

# **Bulletin de la population et du développement de l'Afrique**

**Juin-Juillet 1999**




**Nations Unies  
Commission économique pour l'Afrique**

# Bulletin de la population et du développement de l'Afrique

Juin - Juillet 1999



© 1999 Commission économique pour l'Afrique  
Addis-Abeba, Ethiopie



***Le Bulletin de la population et du développement de l'Afrique*** est publié en anglais et en français par la Division de la sécurité alimentaire et du développement durable (DSADD) de la Commission économique pour l'Afrique, avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Son contenu ne reflète pas nécessairement les vues de l'Organisation des Nations Unies, ni des organisations qui apportent leur soutien à cette publication. Les articles publiés dans le bulletin peuvent être librement reproduits.

Pour toute correspondance, s'adresser à :

Le rédacteur en chef, le *Bulletin de la population et du développement de l'Afrique*,  
Division de la sécurité alimentaire et du développement durable (DSADD),  
Commission économique pour l'Afrique  
B.P. 3001  
Addis-Abeba, Ethiopie  
Courrier électronique : [APDB@un.org](mailto:APDB@un.org)

Les contributions extérieures pour le premier numéro proviennent de :

Dr. M. Were, équipe d'appui du FNUAP, Addis-Abeba.  
Dr. M. Jato UNFPA-CST, Addis-Abeba  
M. Z.W. Kazeze, CEA/CDSR-Afrique australe, Lusaka  
Dr. Toma Makannah, CEA/CDSR-Afrique de l'Ouest, Niamey  
M<sup>me</sup> B. Jackson, CARE-Ethiopia

Pour ce document ainsi que d'autres publications, veuillez visiter le site Web de la CEA à l'adresse suivante:  
<http://www.un.org/depts/ECA/divis/index.html>

Photo de couverture : UN Photo 152,891/Kay Muldoon.

Les frontières et les noms indiqués sur ce bulletin n'impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

# Sommaire

## Gros plan sur la CIPD

La contribution de l'Afrique à la CIPD+5 : Bilan général .....	1
Le Forum de la Haye .....	4
Les Forums des parlementaires, des ONG et de la jeunesse .....	7
Objectifs quantitatifs de la DDN et du PA-CIPD : Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest .....	9

## L'espace des données

Politiques pour une baisse des taux de croissance démographique dans les pays africains .....	11
---	----

## Le SIDA en Afrique

Craintes et espoirs .....	16
Le SIDA un défi au développement .....	19

## Nouvelles des EAT du FNUAP

Vue d'ensemble des activités en matière de population des NSN/FNUAP .....	21
Sur l'efficacité des campagnes de promotion de la planification familiale reposant sur des canaux multiples de communication .....	22

## Une ONG au travail

CARE-Ethiopia .....	24
---------------------	----

## Le modèle PEDDA

Un outil de plaidoyer modélisant les relations entre population, développement, environnement et agriculture .....	26
--	----

Note sur le vieillissement .....	29
----------------------------------	----

## Notes de recherche

Mutilations génitales féminines : faits observés à partir d'enquêtes démographiques et de santé .....	30
Evaluation de l'impact des antennes sanitaires communautaires au Burkina Faso .....	32

## Quoi de neuf ?

Le PNUE et le FNUAP signent un accord en vue de renforcer la coopération .....	33
Rapport spécial de la FAO sur les perspectives de l'alimentation en Afrique subsaharienne .....	34

Dates à retenir .....	36
-----------------------	----

Nouvelles acquisitions de la bibliothèque .....	38
---	----

# Avant-propos

Dans la vision de la CEA, la lutte contre la pauvreté demeure une tâche fondamentale du développement à long terme de l'Afrique. La CEA a récemment estimé que pour parvenir à réduire la pauvreté de moitié d'ici à l'an 2015, le continent doit réaliser un taux de croissance macro-économique d'au moins 7% par an. Toutefois, elle reconnaît que la lutte contre la pauvreté par le biais d'un développement économique et social durable n'est pas seulement un problème macro-économique ou financier. Il y a lieu, entre autres : d'intégrer les politiques de la population, de l'environnement, et de la science et de la technologie aux stratégies nationales de développement; d'investir dans les secteurs sociaux qui mettent en valeur les ressources humaines et qui bénéficient aux pauvres; de faire face à l'impact social et économique du VIH/SIDA ; de tirer profit des nouvelles technologies de l'information et des initiatives d'intégration régionale, en vue d'élargir les marchés intérieurs et d'améliorer la compétitivité internationale ; de promouvoir la bonne gouvernance, notamment, pour réduire les conflits.

Le *Bulletin de la population et du développement de l'Afrique* est une nouvelle publication de la Commission économique pour l'Afrique, qui aborde les questions concernant la pauvreté sous un angle démographique, en tenant compte des relations qui existent entre elle et les autres domaines du développement, telles que définies dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA-CIPD). Le bulletin présentera aux lecteurs des informations sur l'évolution actuelle et les activités de la Commission, ainsi que sur d'autres questions d'actualité examinées dans le cadre du (PA-CIPD). Il a également pour objectif d'être aussi réceptif que possible aux intérêts des lecteurs. Puisqu'il s'agit du premier numéro d'une nouvelle initiative, la rédaction attend avec intérêt les réactions des lecteurs, qui seront mises à profit, afin d'améliorer la qualité et la pertinence des prochains numéros et d'aider les Etats membres à relever de manière plus efficace les défis auxquels ils font face en matière de population et de développement.



Le Secrétaire exécutif,  
K. Y. Amoako

# Editorial

Le bulletin de la population et du développement de l'Afrique est une nouvelle publication de la Division de la sécurité alimentaire et du développement durable (DSADD) de la Commission économique pour l'Afrique et dont les deux premiers numéros seront publiés en 1999, avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Il a pour but de favoriser l'échange d'expériences entre pays africains dans la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) et du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA-CIPD). Il présente des informations qui couvrent les domaines thématiques du PA-CIPD et constitue une tribune où débattre des conclusions de travaux de recherches, des initiatives politiques, des résultats des actions et des activités menées à la base. Le bulletin sera diffusé auprès des planificateurs, des décideurs politiques, des universitaires et des chercheurs, des ONG, des organisations internationales et du public en général.

Le bulletin étant conçu comme une tribune de discussion, la DSADD invite toutes les parties intéressées à participer au débat sur la population et le développement en général. En particulier, les chercheurs et les ONG sont invités à envoyer des rapports sur leurs activités. La DSADD souhaite recevoir des informations sur des activités récentes ou à venir (réunions, ateliers et autres conférences scientifiques) et des publications également récentes sur la question. Le délai de soumission des contributions pour le deuxième numéro est fixé à la fin du mois de novembre 1999.

La plupart des questions abordées dans ce premier numéro reviendront régulièrement. Ainsi, le deuxième numéro du bulletin couvrira-t-il des événements relatifs au PA-CIPD, mais aussi à la question du SIDA en Afrique, et il comportera un espace réservé aux données, à un gros plan sur les équipes d'appui du FNUAP et sur les activités d'une ONG, à des notes de recherche, etc. Cependant, le Comité de rédaction demeure ouvert à toute suggestion concernant des articles à soumettre ou des questions à aborder.

Le Comité de rédaction tient à remercier tous ceux et celles qui ont répondu à la lettre annonçant le lancement du bulletin. Toutes leurs suggestions et leurs contributions qui nous sont parvenues n'ont pu être reflétées dans ce premier numéro en raison des délais de publication, mais elles seront évaluées pour insertion dans le deuxième numéro.

# La contribution de l'Afrique à la CIPD+5 : Bilan général

### Contexte

Plus de 180 Etats ont participé à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994. C'est la plus grande conférence intergouvernementale sur la population et le développement qui ait jamais eu lieu. Le Programme d'action du PA-CIPD pour les 20 prochaines années met l'accent sur le lien fondamental entre population et développement et sur la nécessité de faire face aux besoins individuels des femmes et des hommes, plutôt que sur la réalisation d'objectifs démographiques. La CIPD est entrée dans sa cinquième année en 1999.

Pour marquer cet anniversaire (CIPD+5), l'Assemblée générale des Nations Unies a décidé, dans sa résolution 52/188 du 18 décembre 1997, de tenir du 30 juin au 2 juillet 1999 une session spéciale au plus haut niveau possible, en vue d'un examen et d'une évaluation approfondis de la mise en oeuvre du PA-CIPD. Cet examen permettra d'analyser l'expérience opérationnelle au niveau national, afin de déterminer ce qui a été appris et réalisé, et d'identifier les obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre des recommandations de la CIPD.

L'Assemblée générale des Nations Unies a désigné la Commission de la population et du développement comme Comité préparatoire (PrepCom) de la session spéciale et de la trente-deuxième session de la Commission de la population et du développement en mars 1999. La Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DAES) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) sont les organismes internationaux attitrés pour la coordination du suivi de la CIPD jusqu'à la tenue de la session spéciale.

Dans le cadre de la préparation de la session spéciale, toutes les parties prenantes à la mise en oeuvre du PA-

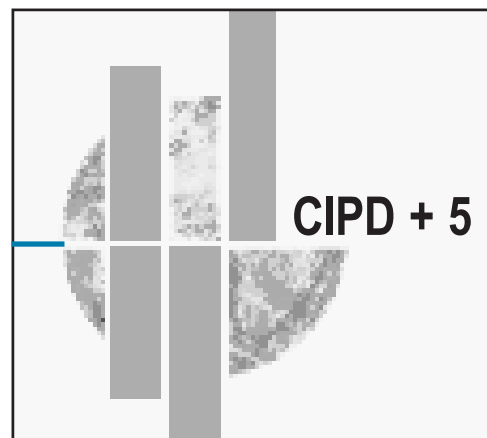
CIPD, y compris les pays concernés par le Programme, les pays donateurs, les organismes des Nations Unies, les représentants de la société civile, les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé, ont entrepris toute une gamme d'activités, afin de faire le bilan de la mise en oeuvre du PA-CIPD. Des bilans quinquennaux régionaux ont également été dressés sur la population et le développement par les Commissions régionales des Nations Unies, dont la CEA.

Le processus du bilan quinquennal a été couronné au niveau mondial par le Forum international chargé de dresser le bilan opérationnel de la mise en oeuvre du Programme d'action (La Haye, 8-12 février 1999).

### Contribution de l'Afrique

Au niveau régional, les Commissions régionales des Nations Unies ont organisé leurs réunions d'évaluation en 1998 dans le cadre du suivi de la CIPD : Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP, 25-27 mars, Bangkok); Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC, 13-14 mai, Aruba); Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale (CESAO, 22-25 septembre, Beyrouth); Commission économique pour l'Afrique (CEA, 23-25 septembre, Addis-Abeba); Commission économique pour l'Europe (CEE, 7-9 décembre, Budapest).

Dans le cadre de la contribution de l'Afrique au suivi de la CIPD+5, la CEA a coordonné, en étroite collaboration avec l'Organisation de l'unité africaine (OUA) et la Banque africaine de développement (BAD), la préparation du rapport régional sur le suivi de la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor sur la population, la famille et le développement durable (DDN) et le PA-CIPD. La DDN est le résultat de la troisième Conférence africaine sur la population tenue à Dakar en 1992 et a



constitué la base d'une Position africaine commune soumise à la CIPD.

Le Secrétariat conjoint CEA/OUA/BAD, en liaison avec le FNUAP et les différentes institutions régionales de formation et de recherche démographiques des Nations Unies, a entrepris diverses activités et organisé des réunions durant lesquelles les Etats membres ont échangé des informations sur leurs expériences respectives, en particulier sur les mutations politiques intervenues depuis la CIPD, sur les obstacles rencontrés et les réussites enregistrées.

Comme première étape d'une évaluation approfondie de l'expérience des pays africains concernant la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD, la CEA a soumis un questionnaire de suivi à tous les Etats membres. Par la suite, la première réunion du Groupe de travail du Comité de suivi a été convoquée à Dakar, les 6 et 7 mai 1998, afin de définir l'apport des institutions sous-régionales spécialisées en matière de population et de développement dans une évaluation régionale. Les institutions en question sont : l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD) de Yaoundé, le *Regional Institute for Population Studies* (RIPS) d'Accra, l'Institut africain de développement économique (IDEP) de Dakar et le Centre de recherche en population pour le développement (CERPOD) de Bamako. Le rapport

soumis par ces institutions a été complété par les résultats des questionnaires reçus de 41 pays, les rapports sous-régionaux présentés par le FNUAP et ses équipes d'appui aux pays, ainsi que les rapports de deux missions organisées par la CEA dans 12 pays africains.

Le rapport met en relief les principales réussites concernant les objectifs de la DDN et du PA-CIPD, ainsi que les obstacles rencontrés dans les domaines clés suivants du Programme :

a) santé et droits en matière de procréation; b) égalité entre les sexes, équité, responsabilisation des femmes et participation des hommes; c) famille, jeunesse et adolescents; d) plaidoyer et stratégies d'information, d'éducation et de communication; e) stratégies, politiques et mécanismes institutionnels en matière de population et de développement; f) rôle des ONG, de la société civile et du secteur privé; et, g) mécanismes institutionnels de coordina-

tion, de mise en oeuvre de supervision et d'évaluation des programmes en matière de population.

La troisième réunion du Comité de suivi de la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD s'est tenue à Addis-Abeba du 23 au 25 septembre, pour examiner les rapports nationaux et le rapport régional. La première réunion du Comité sur le développement durable de la CEA regroupant les représentants de 37 pays africains, d'organisations internationales

### Recommandations en faveur de la population et du développement en Afrique

La troisième réunion du Comité de suivi de la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) et du PA-CIPD (Addis-Abeba, 23-25 septembre 1998) a adopté 82 recommandations en vue d'une mise en oeuvre plus poussée de la DDN et du PA-CIPD. Le nombre de recommandations adoptées reflète la diversité des situations, d'un pays à l'autre, en Afrique et les différents obstacles auxquels les Etats membres font face dans la mise en oeuvre de la DDN et du PA-CIPD. Ces recommandations sont résumées ci-dessous.

- ☐ Les plus importantes questions qui se posent dans la région ont trait au renforcement du soutien à l'élaboration de politiques et à la programmation de la prévention du VIH/SIDA et des services connexes. Les Etats et la communauté internationale devraient, par conséquent, faire de la prévention et de la lutte contre le VIH/SIDA dans la région une priorité au niveau de décision le plus élevé.
- ☐ Les valeurs familiales devraient constituer la base du développement. A cet égard, étant donné l'extrême pauvreté dans laquelle se trouvent de nombreuses familles africaines, il est nécessaire d'offrir aux femmes et aux adolescents des opportunités de générer un revenu, afin qu'ils puissent faire face à la pauvreté et, par conséquent, s'émanciper pour aborder les questions d'hygiène sexuelle et en matière de reproduction.
- ☐ La question des conflits et de l'instabilité politique dans la région devrait recevoir une plus grande attention dans l'analyse des diverses mutations intervenues au sein de la famille africaine.
- ☐ Il est nécessaire de définir et d'appliquer de manière efficace des politiques appropriées en matière de population et de développement, et d'intensifier les interventions ciblées sur les adolescents et les jeunes dans tous les aspects des programmes de santé en matière de reproduction.
- ☐ Il est nécessaire de mettre en place des mécanismes appropriés de décentralisation, de mise en oeuvre, de coordination, de supervision et d'évaluation, dans les pays où ils n'existent pas encore. Des programmes de formation de courte durée comme de longue durée devraient être offerts en vue d'accroître le nombre de personnes qualifiées.
- ☐ Le rôle des ONG, de la société civile et du secteur privé devraient être reconnu et promu dans la résolution des questions démographiques.
- ☐ Les Etats, ainsi que les ONG, la société civile et le secteur privé, devraient développer les activités d'IEC et de plaidoyer qui mobilisent un soutien en faveur de programmes intégrés de santé en matière de reproduction, de la démarginalisation des femmes et de programmes économiques, écologiques et de bien-être social. A cet égard, des recherches appropriées devraient être entreprises en vue de l'élaboration de messages d'IEC et de plaidoyer, du plein engagement et de la participation de toutes les parties prenantes.
- ☐ Les Etats et leurs partenaires dans le processus de développement (les donateurs bilatéraux et multilatéraux, les organisations internationales, les ONG, la société civile et le secteur privé) devraient prêter leur concours à l'allocation des ressources requises pour l'exécution complète des recommandations de la DDN et du PA-CIPD.



et d'institutions régionales a eu lieu à Addis-Abeba en janvier de cette année. Lors d'une session spéciale, les participants à la réunion ont examiné le rapport régional de la CIPD et soumis des recommandations visant à l'améliorer. Un résumé du rapport révisé et adopté, ainsi que des recommandations soumises, a été distribué aux délégués africains qui ont pris part au Forum de La Haye et à la trente-deuxième session de la Commission de la population et du développement.

Pour clôturer le processus d'évaluation de la CIPD+5, des responsables de haut niveau des Commissions nationales pour la population ont débattu du rapport régional de la CIPD lors de la troisième Assemblée générale de la Commission africaine de la population organisée par le Secrétariat conjoint CEA/OUA/BAD à Abuja (Nigéria), du 10 au 14 mai 1999. Le rapport sera soumis pour commentaires au Conseil économique et social (ECOSOC) de l'OUA. Les

recommandations qui seront faites par le Conseil constitueront un apport à la session spéciale de l'Assemblée générale sur la CIPD+5.

*Tous les rapports et documents mentionnés sous le titre « Contribution de l'Afrique » sont disponibles auprès de la DSADD de la CEA. Ils peuvent être également consultés sur le site Web de la DSADD à l'adresse suivante : <http://www.un.org/depts/divis/fssd/>*

## Forum de La Haye

### Assemblée générale des Nations Unies

Session extraordinaire sur la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)



Le Forum international chargé de dresser le bilan opérationnel de la mise en oeuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD-PA) ou, en abrégé, «Forum de la Haye», a été organisé par le FNUAP et accueilli par le Gouvernement des Pays-Bas, du 8 au 12 février 1999. Le Forum avait pour objectif d'examiner les leçons apprises, les réussites enregistrées et les obstacles rencontrés, de permettre un échange d'expériences entre pays connaissant les mêmes situations, de regrouper une grande variété de partenaires afin de jeter un regard nouveau sur les engagements en matière de population et de développement et, enfin, d'apporter une contribution technique à la session spéciale de l'Assemblée générale. Le Forum a évalué l'expérience opérationnelle en matière de programmes nationaux de mise en oeuvre du PA-CIPD, en mettant l'accent sur cinq thèmes fondamentaux : créer un climat porteur; améliorer la santé en matière de reproduction; favoriser l'égalité entre les sexes et la promotion des femmes; renforcer les partenariats; mobiliser des ressources et en superviser l'utilisation.

### Création d'un climat porteur

Des progrès ont été accomplis dans l'application concrète du Programme d'action. L'évaluation quinquennale montre qu'il y a eu une forte adhésion dans toutes les régions à la création d'un climat porteur permettant d'atteindre les objectifs de la CIPD. Plusieurs pays ont défini et sont en train de mettre en oeuvre des politiques de population assez vastes, fondées sur les droits humains, qui englobent les liens entre les tendances démographiques et le développement socio-économique. De plus en plus de femmes bénéficient de législations protégeant leurs droits fondamentaux et



*Dr. Nafis Sadik, Directrice Exécutive du FNUAP, prononçant son discours de clôture au Forum de la Haye*

condamnant la violence à leur égard, y compris les pratiques traditionnelles néfastes. Des groupes de la société civile sont de plus en plus reconnus comme des personnes morales utiles à la mise en oeuvre du Programme d'action.

Néanmoins, il reste beaucoup à faire, même si les réussites enregistrées et les leçons apprises jusqu'ici permettent d'aller de l'avant. L'égalité entre les sexes, l'équité et la promotion des femmes devraient être partie intégrante des initiatives politiques axées sur le développement durable. La réforme du secteur de la santé et les approches sectorielles devraient accorder la priorité aux services de santé en matière de reproduction tenant compte du sexe et assurant un accès universel à une santé de qualité. Les planificateurs et les décideurs, aux niveaux national et local, devraient être formés pour mieux comprendre les liens entre population, environnement et macro-économie.

### Egalité entre les sexes, équité et promotion des femmes

La CIPD et la quatrième Conférence

internationale sur les femmes ont permis de mieux comprendre et de débattre au niveau national du caractère fondamental de l'égalité entre les sexes, de l'équité et de la promotion des femmes dans le cadre du développement durable.

L'évaluation quinquennale montre que d'importantes leçons ont été apprises et que des informations sont disponibles sur les meilleures pratiques. Les Etats ont accompli d'importants progrès dans la mise en oeuvre de conventions internationales, telles que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Bon nombre de pays ont mis en place des plans d'action en faveur des femmes, afin de promouvoir et de protéger les droits fondamentaux des femmes. Les législations sur la violence à l'égard des femmes et l'intégration de la parité dans les politiques de développement durable ont renforcé la primauté des questions de genre. La sensibilisation de plus en plus poussée du public aux questions concernant les droits des femmes permet d'exercer une plus forte pression en vue de traduire les déclarations politiques et les législations en actions concrètes. L'égalité entre les sexes est de plus en plus utilisée comme principe directeur des programmes en matière de population et de développement, quel que soit le contexte social, culturel, économique et politique.

Certes, des progrès ont été accomplis, mais il y a lieu de renforcer l'action dans des domaines tels que la prise en compte des questions de genre dans les politiques, programmes et activités, la promotion de l'égalité entre les sexes, la lutte contre la violence à l'égard des femmes, la participation des hommes et leur partenariat avec les femmes.

### Promotion de la santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, l'hygiène sexuelle et les droits en matière de procréation

Depuis 1994, il y a une remarquable dynamique dans la définition des politiques et des programmes relatifs aux

droits en matière de procréation et de santé, et une bien meilleure compréhension de l'approche fondée sur les droits humains dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale et l'hygiène sexuelle. Les mutations politiques en cours dans de nombreux pays montrent un engagement clair à se départir de la traditionnelle organisation verticale des services, des cibles et quotas démographiques, au profit d'une approche globale de l'hygiène sexuelle et de la santé en matière de reproduction mettant l'accent sur la qualité des soins. Pour démarrer les réformes, de nombreux pays ont adapté leurs politiques, leur terminologie, et leurs structures institutionnelles. D'autres sont même allés plus loin et ont commencé à opérer un changement de paradigme en intégrant et en assurant un lien entre les différents services concernés. Par conséquent, des acquis commencent à être engrangés et il est nécessaire qu'il y ait un échange d'expériences entre pays, afin d'accélérer le rythme actuel de progression. Maintenant, le défi qui se pose est de savoir, d'une part, comment appliquer

des stratégies globales d'hygiène sexuelle et de santé en matière de reproduction qui mettent l'accent sur une large gamme de services, sans pour autant perdre les compétences spécialisées qui sont fournies dans le cadre de programmes verticaux réussis et, d'autre part, comment y parvenir dans le contexte de rareté des infrastructures sanitaires et des réformes du secteur de la santé. Les droits en matière de procréation touchent à plusieurs domaines d'action. Des législations et des politiques devraient être mises en place pour respecter les engagements pris au Caire, qui garantissent les droits en matière de procréation, l'équité et l'égalité entre les sexes, y compris la participation des femmes aux prises de décisions dans le mariage et la famille, ainsi que la détermination du nombre d'enfants, de l'espacement entre ces naissances et du moment où on les désire. Les Etats devraient maintenir la haute priorité accordée à l'hygiène sexuelle et à la santé en matière de reproduction et veiller, dans leurs réformes du secteur de la santé et leurs approches sectorielles, à ce que l'équité

en matière d'accès à l'information et aux services soit garantie. Les Etats devraient pousser les responsables politiques au niveau le plus élevé à prendre de toute urgence des mesures pour lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA, prévenir la transmission du VIH, améliorer les soins prodigués aux personnes infectées par le VIH, et atténuer l'impact de l'épidémie du SIDA. Les programmes d'hygiène sexuelle et de santé en matière de reproduction à l'intention des adolescents devraient englober non seulement l'éducation sexuelle et la fourniture de contraceptifs, mais également la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST), des services d'orientation efficaces, et des conseils qui abordent la sexualité, forgent l'estime de soi, favorisent l'égalité entre les sexes et garantissent le respect de la vie privée et la confidentialité. Les femmes réfugiées et autres personnes se trouvant dans des situations d'urgence doivent bénéficier de soins appropriés, y compris de santé en matière de reproduction, et une plus grande protection contre les violences sexuelles.

**Nouveau!**

### Site Web sur la contribution de l'Afrique au suivi de la DDN et du PA-CIPD

En collaboration avec l'unité de coordination du réseau POPIN, la Division de la sécurité alimentaire et du développement durable (DSADD) de la CEA a mis en place un site Web consacré à l'expérience africaine dans le suivi de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Une image partielle de la page d'accueil est présentée ci-dessous. L'adresse du site Web est la suivante : <http://www.un.org/Depts/eca/divis/fssd/icpd/index.htm>. Jusqu'à maintenant le site n'existe que dans une version anglaise.



Third meeting of the follow-up committee on the  
**Implementation of the Dakar/Ngor  
Declaration & the Programme of Action  
of the International Conference on  
Population & Development**  
23-25 September 1998, Addis Ababa, Ethiopia



#### AN ASSESSMENT OF AFRICAN EXPERIENCES

This site is based on a background document presented to the First Meeting of the Committee on Sustainable Development held from 25-29 January 1999 in Addis Ababa, Ethiopia. This background document is a revised version of the Report of the Third Meeting of the Follow-up Committee on the Implementation of the Dakar/Ngor Declaration (DND) and the ICPD-PA held from 23-25 September 1998 in Addis Ababa, Ethiopia.

### Renforcement des partenariats

L'évaluation quinquennale a montré que la mutation des paradigmes de développement a débouché sur une inversion des rôles de l'Etat, de la société civile et de la communauté internationale, et que les partenariats se sont multipliés et diversifiés. On assiste à un véritable mouvement vers l'établissement de partenariats dans lesquels les ONG et les groupements de femmes partagent des responsabilités avec les institutions étatiques dans la mise en oeuvre du PA-CIPD. Des mécanismes nationaux de coordination ont été mis en place, qui impliquent différents secteurs de la société civile dans le partage de responsabilités en vue de l'élaboration et de l'exécution de programmes dont ils sont comptables. Dans ce processus, l'importance de la transparence et de la bonne gouvernance est de plus en plus reconnue. Là où les communautés ont été impliquées dans l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques, d'énormes progrès ont été accomplis dans la poursuite du PA-CIPD. Des groupes parlementaires ont joué un rôle de plus en plus actif. L'on a également noté une reconnaissance de plus en plus importante de la nécessité d'impliquer pleinement les jeunes.

Cependant, il est nécessaire de consentir davantage d'efforts afin de créer, de maintenir et de développer des partenariats avec une large gamme d'organisations de la société civile, y compris les ONG, les mouvements de jeunesse et les groupements communautaires. Il est nécessaire d'intensifier les partenariats entre les

secteurs public et privé pour une exécution plus poussée du PA-CIPD. Les ONG devraient bénéficier d'une assistance pour améliorer leurs capacités en matière de gestion, ainsi que leurs capacités techniques et administratives, afin qu'elles puissent s'acquitter de leur responsabilité dans le suivi de la mise en oeuvre des engagements pris lors de la CIPD et d'autres conférences mondiales.

### Mobilisation et contrôle des ressources

Les fonds fournis par les donateurs ont augmenté depuis la CIPD. L'aide internationale au titre des activités en matière de population s'est accrue de manière significative entre 1993 et 1995, passant d'un total de 1,3 milliards de dollars E.-U. en 1993, à une moyenne annuelle de 2 milliards de dollars E.-U. sur la période allant de 1995 à 1997. Pour 1998, il semble qu'il y ait eu une légère baisse des fonds accordés par les donateurs. Le pourcentage de l'aide publique au développement (APD) destinée aux activités en matière de population est à son niveau le plus élevé. Les chiffres provisoires pour 1997 montrent que les pays donateurs ont accordé environ 3,1% du total de leur APD aux activités en matière de population. Alors que le volume de l'APD baisse, le pourcentage accordé aux activités en matière de population augmente. Ce chiffre est le pourcentage le plus élevé de tous les temps. Les pays en développement mobilisent également des ressources intérieures pour les activités en matière de population. L'analyse des flux de ressources intérieures a montré

que près de 8 milliards de dollars ont été consacrés aux activités en matière de population en 1997. Le secteur privé, y compris les fondations privées et les ONG, joue un rôle de plus en plus important dans la mobilisation de ressources. Un certain nombre de grandes fondations privées ont annoncé l'élaboration de plans visant à accroître les fonds destinés aux activités en matière de population.

Toutefois, pour atteindre les objectifs de la CIPD, les pays doivent redoubler d'efforts dans la mobilisation des ressources nécessaires à l'exécution du train de mesures prévues par les programmes intégrés de population et de santé en matière de reproduction définis dans le Programme d'action et utiliser les ressources disponibles de manière efficace. Il est nécessaire de concevoir de nouveaux mécanismes permettant de générer des ressources supplémentaires en vue d'atteindre les objectifs de la CIPD. La méthode de contrôle des flux de ressources prévues pour l'exécution du train de mesures intégrées en matière de population devrait être améliorée. La coopération entre la Banque mondiale, le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), les donateurs bilatéraux et le FNUAP dans cette entreprise devrait être renforcée.

*Source : Rapport du Forum international chargé de dresser un bilan opérationnel de la mise en oeuvre du PA-CIPD [http://www.unfpa.org/ICPD/round&meetings/hague\\_forum/reports/forumrept.htm](http://www.unfpa.org/ICPD/round&meetings/hague_forum/reports/forumrept.htm)*

# Les Forums des parlementaires, des ONG et de la jeunesse

Le Forum de La Haye s'est tenu immédiatement à la suite de trois autres forums, à savoir : le Forum des parlementaires, le Forum des ONG, et le Forum de la jeunesse. L'objectif de chacun de ces forums était d'évaluer les réalisations et les défis de la mise en oeuvre du PA-CIPD et de formuler des recommandations utiles au Forum international.

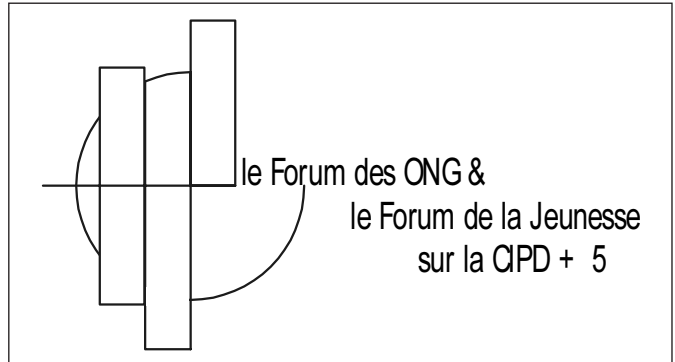
Le Forum des parlementaires a été accueilli par le parlement des Pays-Bas et a réuni 210 parlementaires de 103 pays. La réunion a fait une évaluation des progrès accomplis dans le développement du mouvement des parlementaires après la CIPD. Elle a également été l'occasion d'examiner les mutations politiques, la supervision des programmes et les efforts des parlementaires en matière de mobilisation de ressources et d'allocation de ces ressources aux programmes de la CIPD. La discussion des parlementaires a porté sur les actions prioritaires à entreprendre dans les domaines suivants : santé en matière de reproduction et droits en matière de procréation; genre et population; adolescents, jeunes, personnes âgées et personnes handicapées; population, environnement et sécurité alimentaire; mobilisation de ressources; crises économiques; réseaux de parlementaires. Les parlementaires ont pris l'engagement de promouvoir la santé en matière de reproduction et la démarginalisation des femmes. Ils ont noté les progrès accomplis dans certains domaines, notamment les lois condamnant la violence à l'égard des femmes, mais ils ont également souligné les défis qui persistent. Ils ont lancé un appel aux Etats, afin qu'ils accroissent les flux de l'APD jusqu'à 0,7% du PIB, et que 4,5 à 5% de ce montant soient consacrés à la résolution des questions démographiques.

Dans la mise en oeuvre du PA-CIPD, un des domaines où les progrès ont été nettement visibles est celui de la partici-

pation de plus en plus importante de la société civile. Ceci est illustré par la participation des ONG à l'évaluation de la CIPD+5, qui a démarré au niveau national, s'est poursuivie à travers des consultations régionales, et s'est clôturée avec le

Forum des ONG. Lors de ce forum, les ONG ont évalué leur expérience de la mise en oeuvre du PA-CIPD, en mettant l'accent sur cinq thèmes : ressources et plaidoyer; politiques et services; droits : de la rhétorique à la réalité; liens entre santé en matière de reproduction, population, environnement et développement; partenariats pour la mise en oeuvre du PA-CIPD. Les ONG ont identifié des exemples de bonnes pratiques, les obstacles à franchir, et les mesures cruciales à prendre, afin de traduire les engagements de la CIPD en termes concrets. Le Forum des ONG a mis en relief la nécessité de parvenir à un consensus sur la définition de politiques qui considèrent les ONG comme des partenaires, qui créent des mécanismes permanents de mise en oeuvre du PA-CIPD, qui mobilisent des ressources financières supplémentaires en vue d'activités dans le domaine de l'hygiène sexuelle et de la santé en matière de reproduction; qui garantissent l'intégration de la santé en matière de reproduction dans les réformes du secteur de la santé, qui mobilisent des fonds pour financer les activités des femmes et des jeunes, et qui préviennent la progression du VIH/SIDA.

Le Forum de la jeunesse a regroupé 132 jeunes appartenant à des organisations de jeunesse ou autres, de 111 pays. Il a permis aux jeunes d'évaluer les progrès accomplis depuis la CIPD, d'examiner les obstacles et contraintes identifiés, et d'élaborer les mesures critiques à prendre.



Le Forum des jeunes a mis l'accent sur quatre thèmes clés et quatre questions transversales. Les quatre thèmes clés étaient : éducation; promotion individuelle; hygiène sexuelle et santé en matière de reproduction; violence. Les questions transversales étaient : droits humains; genre; Etat et démocratie; participation des jeunes. Le Forum de la jeunesse a mis en relief le rôle fondamental que les jeunes jouent dans les politiques et programmes de développement axés sur la mise en oeuvre du PA-CIPD. Des recommandations ont été formulées sur l'accès à l'éducation, un choix éclairé et l'accès à la santé en matière de reproduction, l'élimination de la violence à l'égard des jeunes et des enfants, la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes. Le Forum a lancé un appel en vue de : l'inclusion de la santé en matière de reproduction, de l'éducation à la vie familiale, d'une maternité sans danger et de l'équité et de l'égalité entre les sexes dans les programmes d'enseignement; la mise en place d'un nouvel organisme des Nations Unies pour la jeunesse; l'intégration effective des questions concernant la jeunesse aux programmes de développement; l'élaboration de programmes nationaux d'éducation conçus par et pour les jeunes; la promotion, par l'Etat, de l'esprit d'entreprise au sein de la jeunesse. L'impact de ces recommandations sur le Forum de La Haye a été considérable, les jeunes occupant le devant de la scène lors des débats. Leur proposition tendant à consacrer 20% au moins des fonds des

donateurs aux programmes de santé en matière de reproduction afin de faire face aux besoins d'information et de services en faveur des adolescents a été appuyée par un certain nombre de délégations et a trouvé sa place dans les actions proposées dans le rapport du Forum. Cette proposition a été considérée par de nombreux participants comme l'une des grandes réussites du Forum. Ceci est dû au fait que les questions relatives à l'hygiène sexuelle et la santé en matière de reproduction des adolescents, en

particulier la progression significative du VIH/SIDA parmi les jeunes, ont occupé le devant de la scène depuis le Caire, c'est-à-dire au cours des cinq dernières années. La participation enthousiaste et énergique des jeunes a été perçue par bon nombre de participants comme l'une des principales caractéristiques du Forum et comme le signe que l'appel du Caire pour le développement de partenariats et l'adhésion de la société civile commence à devenir une réalité.

*Sources : The Hague Declaration of Parliamentarians on the ICPD Review ([http://www.unfpa.org/ICPD/round&meetings/hague\\_forum/reports/finaldeclaparlia.htm](http://www.unfpa.org/ICPD/round&meetings/hague_forum/reports/finaldeclaparlia.htm)).*

*The Report of the NGO Forum on ICPD+5 (<http://www.ngoforum.org/files/common/final/toc.htm>)*

*The Report of the Youth Forum (<http://www.ngoforum.org/files/youth/final/toca.htm>)*



# Objectifs quantitatifs de la DDN et du PA-CIPD : Perspectives pour l'Afrique de l'Ouest

Sept ans après la troisième Conférence africaine sur la population tenue à Dakar et cinq ans après la Conférence internationale sur la population et le développement tenue au Caire, il est peu probable que de nombreux objectifs quantitatifs fixés pour la fécondité et la mortalité soient atteints.

Bien que les niveaux de fécondité et de mortalité baissent et que l'espérance de vie soit résolument sur la pente ascendante dans la région, ils ne se rapprochent pratiquement jamais des objectifs fixés par la DDN<sup>1</sup> et le PA-CIPD. Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble des estimations et projections démographiques des Nations

Unies sur les taux de fécondité, de prévalence contraceptive, de mortalité infantile et d'espérance de vie à la naissance.

Les deux indicateurs de fécondité révisés sont l'indice synthétique de fécondité (ISF) et le taux de prévalence contraceptive (TPC). Bien que ne faisant pas partie des variables des objectifs, l'ISF a été inclus ici, dans la mesure où il s'agit d'une importante variable dans l'évaluation des progrès. Un niveau de quatre enfants par femme ou en dessous est considéré comme une cible approximative pour la période 2000-2010. A l'exception du Cap-Vert, tous les pays de la région auront encore un ISF de cinq

ou plus au début du nouveau millénaire. Les pays présentant de bonnes chances d'atteindre un ISF de quatre ou moins dans les 10 à 15 ans à venir sont : la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Nigéria et, peut-être, la Gambie et la Guinée. D'autre part, l'on s'attend à ce que dans des pays comme le Niger et le Mali, l'ISF demeure au-dessus de 5 dans la décennie à venir. A l'exception de la Côte d'Ivoire, où il est prévu que la transition en matière de fécondité évolue plus rapidement, les taux de baisse des niveaux de fécondité devraient être les mêmes pour la plupart des pays de la région.

La faible prévalence contraceptive constitue un des facteurs de la lente pro-

**Projections et estimations démographiques concernant l'indice synthétique de fécondité (ISF), le taux de prévalence contraceptive (TPC), le taux de mortalité infantile (TMI) et l'espérance de vie à la naissance (EVN) comparées avec les objectifs de la DDN et du PA-CIPD**

	ISF			TPC		TMI			EVN		
	2000-05	2005-10	2010-15	%t	Période	2000-05	2005-10	2010-15	2000-05	2005-10	2010-15
Monde	2.71	2.57	2.35			57	52	41	65.4	66.5	69.2
Afrique	5.06	4.62	3.80			87	80	65	51.4	51.4	56.1
Bénin	5.80	5.31	4.32	16	1987-1994	88	81	65	53.4	53.7	56.9
Burkina Faso	6.57	6.05	4.99	8	1990	99	91	75	44.4	46.1	53.3
Cap-Vert	3.56	3.23	2.59	--	--	56	50	40	68.9	70.5	73.1
Côte d'Ivoire	5.10	4.56	3.46	11	1990	87	80	62	46.7	47.6	54.8
Gambie	5.20	4.81	4.04	12	1990	122	112	94	47.0	49.0	53.0
Ghana	5.15	4.70	3.90	20	1990	66	58	44	60.0	62.0	66.0
Guinée	5.51	5.03	4.05	2	1990	124	114	96	46.5	48.5	52.5
Guinée-Bissau	5.75	5.32	4.46	--	--	130	122	107	45.0	44.9	44.8
Liberia	6.31	5.81	4.82	6	1985-1989	116	75	56	47.3	54.9	61.5
Mali	6.60	6.07	5.01	7	1990	118	110	90	53.3	55.3	59.3
Mauritanie	5.11	4.59	4.14	3	1987-1994	84	76	68	55.5	57.5	59.5
Niger	6.84	6.28	5.17	4	1990	115	106	88	48.5	50.5	54.5
Nigéria	5.15	4.74	3.93	6	1990	81	76	64	50.1	50.3	53.6
Sénégal	5.57	5.11	4.19	13	1987-1994	63	58	49	52.3	54.3	58.4
Sierra Leone	6.06	5.59	4.66	--	--	170	146	124	37.5	40.7	45.3
Togo	6.05	5.53	4.47	12	1985-1989	84	76	59	48.8	49.8	56.5
Objectifs de la DDN		-	-	20	2000	50		-	55	-	-
				40	2010						
Objectifs de la CIPD		-	-			50		35	-	65	75

Sources: UNPD (à paraître), World Population Prospects. The 1998 revision ; UNFPA (1998), The State of World Population

Proche des objectifs de la DDN/PA-CIPD  
A la portée des objectifs de la DDN/PACIPD  
Evolution négative.

1. A l'origine, les objectifs de la DDN étaient fixés pour l'Afrique dans son ensemble. Ici, ils sont comparés à la situation qui prévaut dans les différents pays.

gression vers de faibles niveaux de fécondité dans la sous-région. A partir des données partielles de cet indicateur, il apparaît que le Ghana et le Cap-Vert<sup>2</sup> pourraient atteindre la cible de 20% en l'an 2000 et de 40% en 2010. Toutefois, il faut souligner que même si la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Togo, le Bénin et le Sénégal risquent de ne pas atteindre les objectifs de la DDN, ils pourraient réussir à accroître leurs taux de prévalence contraceptive aux alentours de 20 à 30%, d'ici à l'an 2010.

Les deux indicateurs de mortalité qui ont été évalués dans le tableau sont le taux de mortalité infantile (TMI) et l'espérance

de vie à la naissance (EVN). Bien que le TMI soit sur la pente descendante au cours de la période considérée, aucun pays ouest-africain n'atteindra les objectifs quantitatifs fixés par la DDN et le PA-CIPD. Au nombre des pays qui s'en rapprochent le plus, on compte le Cap-Vert, le Ghana et le Sénégal. Le Libéria et la Sierra Leone sont les pays dont on attend le plus de progrès durant la période considérée. Ils sont, néanmoins, parmi les pays ayant les valeurs de départ les plus élevées. Le panorama est pratiquement le même pour ce qui est de l'espérance de vie à la naissance. Des améliorations considérables seront apportées au cours

de la prochaine décennie, mais à l'exception du Cap-Vert et du Ghana, les chiffres d'aucun de ces pays ne se rapprocheraient des normes fixées par la DDN et le PA-CIPD. Au nombre des pays dont on attend des améliorations significatives, on compte, encore une fois, le Libéria et la Sierra Leone et, dans une moindre mesure, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Ghana et le Togo. La stagnation prévue de l'espérance de vie en Guinée-Bissau au cours des années à venir appelle un certain nombre de réformes dans le secteur de la santé de ce pays.

2. Même si le Cap-Vert n'a pas publié de données sur le TPC, en raison de son très bas ISF, il y a de fortes chances qu'il parvienne à un TPC élevé.



# Politiques pour une baisse des taux de croissance démographique dans les pays africains

L'Afrique comprend 53 pays, qui sont membres de la Commission économique pour l'Afrique (CEA). Ces pays ont une population totale estimée à plus de 749 millions en 1998. Pour la période 1995-2000, le taux régional de croissance annuelle restera à un niveau élevé (2,4%), faisant de l'Afrique la région ayant le taux de croissance le plus élevé au monde. La croissance démographique s'est poursuivie en dépit d'une baisse modérée du taux de fécondité (de 6,5 enfants par femme en 1980 à 5,1 enfants par femme en 1998), et malgré les ravages de la pandémie du VIH/SIDA. L'espace des données dans ce premier numéro du *Bulletin de la population et du développement de l'Afrique* offre une vue d'ensemble des mutations intervenues dans les politiques démographiques des gouvernements africains depuis 1974.

## Evolution des perceptions vis-à-vis des problèmes démographiques

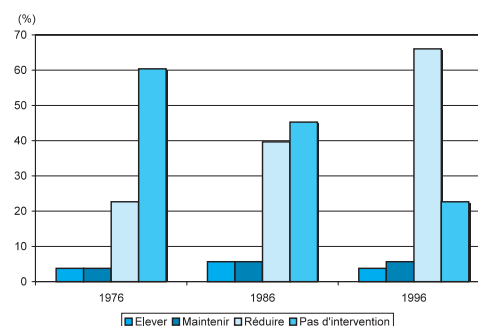
Au cours du quart de siècle qui a suivi la Conférence mondiale sur la population, tenue à Bucarest en 1974, la perception par les décideurs africains des relations qui existent entre population et

développement a connu une profonde évolution. Depuis 1974, la tendance est allée d'une attitude d'autosatisfaction, non interventionniste, à une préoccupation exacerbée par rapport aux niveaux élevés de fécondité, qui a conduit à l'adoption de diverses stratégies en vue d'abaisser les taux de croissance. Cette tendance a persisté, dans la mesure où un nombre de plus en plus important de pays adoptent des politiques destinées à réduire la croissance démographique. Le pourcentage de pays ayant exprimé le désir d'abaisser leur taux de croissance est passé de 23 en 1976 à 38 en 1986, et à 57 en 1996 (voir figure 1).

De même, entre 1976 et 1996, le pourcentage de pays ayant cherché à abaisser le niveau de fécondité a plus que doublé, passant de 23 en 1976 à 66 en 1996 (voir figure 2).

Cette évolution dans la perception des relations qui existent entre population et développement est reflétée, entre autres, par la réaction des gouvernements africains vis-à-vis de la huitième Enquête démographique des Nations Unies sur les vues et politiques concernant l'accroissement et la répartition démographiques, les niveaux nationaux de fécondité et les programmes de planification familiale. Elle est également reflétée par les réactions des gouvernements africains aux récents questionnaires de la CEA (1998) en vue d'évaluer la mise en œuvre, au niveau national, de la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) et du Programme

Figure 2. Politiques gouvernementales sur le niveau de fécondité en Afrique, 1976-1996



Source: United Nations, *National Population Policies*, New York, 1998

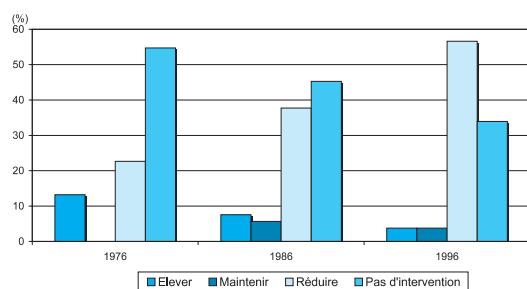
d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA-CIPD).

## Politiques visant à réduire la fécondité

La colonne 1 du tableau 1 montre qu'en 1998, sur 53 pays, plus de la moitié (30 pays) avaient des politiques démographiques clairement définies. La colonne 2 montre également que pour la même année, 14 pays seulement (26%) considéraient leur taux de croissance démographique comme satisfaisant et 37 pays (70%) percevaient leur taux comme étant «trop élevé». Un seul pays (Gabon) considérait son taux de croissance comme «trop bas».

En ce qui concerne la fécondité (voir colonnes 1 et 2 du tableau 2), la majorité des pays africains (40 pays) perçoivent le niveau actuel comme «trop élevé». Sur cet ensemble, 35 pays ont défini des politiques de réduction de la fécondité. Onze pays (Bénin, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Djibouti, Guinée équatoriale, Libye, Ile Maurice, Mauritanie, Somalie, Tchad et Togo) ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis de leur niveau actuel de fécondité.

Figure 1 : Politiques gouvernementales sur le taux de croissance démographique en Afrique, 1976-1996



Source: United Nations, *National Population Policies*, New York, 1998

Parmi ces derniers, la Guinée équatoriale, l'Ile Maurice et le Togo ont mis en place des politiques destinées à maintenir leur niveau de fécondité. Seul un pays (Gabon) a perçu son niveau de fécondité comme étant « trop bas », et deux pays (Côte d'Ivoire et Gabon) ont mis en place des politiques visant à accroître le niveau de fécondité.

Cette vue d'ensemble occulte les variations substantielles qui existent entre zones géographiques et linguistiques en Afrique. Comme le montrent la colonne 2 du tableau 1 et la colonne 1 du tableau 2, les gouvernements pronatalistes, qui considèrent leur taux de croissance et leur niveau actuel de fécondité comme étant bas ou

Libye, Mauritanie, Namibie, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Sao Tome et Principe, Somalie et Tchad) existent essentiellement pour des raisons sanitaires et ne sont pas directement destinés à modifier les niveaux actuels de fécondité.

### Accès aux contraceptifs

Les stratégies adoptées en vue de modifier le niveau de fécondité englobent les services de planification familiale, des mesures concernant le statut de la femme, des plans pour la sauvegarde de l'enfance, de la jeunesse et des autres groupes à haut risque, ainsi que l'information, l'éducation et la communication (IEC). Toutefois, la mise en place de services et leur fourniture à grande échelle, en vue d'offrir un accès aux contraceptifs, n'ont pas beaucoup été mis à profit.

Le nombre de pays ayant des programmes clairement définis et soutenus par le gouvernement en vue de l'accès aux contraceptifs a considérablement augmenté, passant de 4 en 1974 (Botswana, Ghana, Ile Maurice et Kenya) à 24 en 1976, 38 en 1986 et 43 en 1996 (voir figure 3). Il est à noter qu'en 1976, cinq pays (Gabon, Guinée équatoriale, Libye, Malawi et Tchad) ont interdit l'accès à l'information en matière de contraception et aux contraceptifs. Mais depuis 1996, aucun pays ne limite l'accès aux services de contraception. En outre, cinq pays favorisent indirectement l'accès aux contraceptifs et quatre autres (Djibouti, Guinée équatoriale, Gabon et Libye) ne le favorisent pas du tout.

La logique démographique qui sous-tend l'accès aux contraceptifs est que «la contraception permet de réduire la fécondité durant cette période pendant laquelle le développement socio-économique est encore à un stade

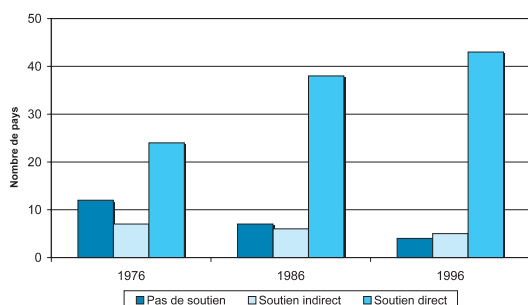
précoce ... [et] d'alléger le fardeau démographique... et de maximiser les acquis du développement en réduisant le rythme de la croissance démographique, de manière à ce qu'il ne dépasse ou ne freine le taux de croissance économique»<sup>1</sup>. Les programmes de planification familiale sont également mis en place selon une logique fondée sur la santé et le droits humains, ce qui met l'accent sur l'espacement des naissances comme moyen de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles.

Comme le montre la colonne 3 du tableau 2, environ 91% des gouvernements africains (48 pays) favorisent directement ou indirectement l'accès aux contraceptifs, afin de modifier la fécondité et/ou d'améliorer la santé maternelle et infantile. Il faut noter, en outre, que certains pays africains, dont le Bénin, la Côte d'Ivoire, l'Ile Maurice, la Mauritanie, la Somalie, le Tchad, etc., qui percevaient leur niveau de fécondité comme satisfaisant et ont adopté des politiques de non-intervention ou d'intervention afin de le maintenir ou de l'élever, permettent à présent l'accès aux méthodes contraceptives.

### Engagements pris lors des forums régionaux et mondiaux<sup>2</sup>

Les préoccupations suscitées par les problèmes démographiques ont débouché sur l'adoption du Programme d'action de Kilimandjaro (PAK) en faveur de la population africaine et pour un développement autocentré, lors de la deuxième Conférence africaine sur la population (Arusha, 1984). Le PAK, qui adresse 84 recommandations aux Etats membres de la CEA, a constitué pendant longtemps le plan directeur de la mise en oeuvre des programmes de population en Afrique. Il a insufflé une dynamique qui a amené la majorité des pays africains à adopter des politiques claires et précises de réduction des niveaux de fécondité et des taux de croissance démographique.

**Figure 3. Politiques gouvernementales sur l'accès aux contraceptifs en Africa, 1976-1996**



Source: United Nations, *National Population Policies*, New York, 1998

satisfaisants et, adoptent, par conséquent, une attitude de laisser-faire ou entendent élever les niveaux de fécondité, se rencontrent plus en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique de l'Est, en Afrique du Nord ou en Afrique australe. En fait, cette attitude est plus visible dans les pays francophones, lusophones et hispanophone. Deux pays (Côte d'Ivoire et Gabon) ont défini des politiques en vue d'accroître leur taux de croissance démographique et leur niveau de fécondité. Les programmes de planification familiale de 12 pays (Angola, Bénin, Djibouti, Guinée Bissau,

1 CEA (1990); Information sur la population en Afrique, n° 59: 6-14.

2 CEA (1999); Mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du PA- CIPD : une évaluation des expériences africaines. United Nations (1993); Population Policies and Programmes, New York, (ST/ESA/SER.R/128). n° de vente E.93XII.5.

Lors de la troisième Conférence africaine sur la population (Dakar, 1992), les gouvernements africains ont, encore une fois, reconnu que la croissance démographique rapide remettrait en cause les efforts déployés en vue d'une croissance économique soutenue et d'un développement durable. En conséquence, ils ont unanimement approuvé la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) qui, pour la première fois, fixe des objectifs démographiques quantitatifs que les pays de la région doivent atteindre d'ici à l'an 2000 et à l'an 2010. Des objectifs ont été fixés en vue de réduire le taux régional d'accroissement démographique (de 3 % à 2,5 et à 2% d'ici à l'an 2000 et à l'an 2010) et les taux de mortalité (infantile, juvénile et maternelle). Il est

également question d'accroître l'espérance de vie à la naissance (à 55 d'ici à l'an 2000) et l'utilisation de contraceptifs (de 10 à 20% en l'an 2000, et à 40% en 2010). La DDN a constitué la base de la Position africaine commune lors de la CIPD tenue au Caire (Egypte), en septembre 1994.

En réaffirmant ces objectifs, la CIPD a lancé un vibrant appel aux gouvernements africains pour qu'ils se penchent sérieusement sur des facteurs clés connexes tels que la croissance démographique, la pauvreté, la croissance économique, la protection de l'environnement, et l'adoption de modèles durables de consommation et de production. Les objectifs globaux adoptés par la suite dans le PA-CIPD

englobent : a) des services de santé en matière de reproduction pour tous; b) une éducation primaire pour tous; c) la suppression de l'écart entre filles et garçons en matière d'éducation en 2005; d) un taux de mortalité en dessous de 30 pour 1000 naissances et un taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en dessous de 45 pour 1000 naissances dans tous les pays; la réduction de la mortalité maternelle de 75% par rapport aux niveaux de 1990.

En adoptant ces cadres régional et mondial (DDN et PA-CIPD) dans les années 90, bon nombre de pays africains ont eu l'opportunité de réexaminer et de redéfinir leurs politiques en matière de population et de développement.

**Tableau 1. Existence de politiques nationales de la population et perceptions  
et politiques sur la croissance démographique en Afrique (1998)**

Région et pays	Politique nationale de la population (Année)*	Croissance Démographique	
		Perception (2)	Intention (3)
Afrique de l'Est			
Burundi	Aucune	Trop élevé	Plus bas
Comores	Aucune	Trop élevé	Plus bas
Djibouti	..	Trop élevé	Plus bas
Erythrée	Aucune	..	..
Ethiopie	1993	Trop élevé	Plus bas
Kenya	1995	Trop élevé	Plus bas
Madagascar	1990	Trop élevé	Plus bas
Rwanda	1990	Trop élevé	Plus bas
Seychelles	Aucune	Trop élevé	Plus bas
Somalie	..	Satisfaisante	Non-intervention
Ouganda	1995	Trop élevé	Plus bas
Rép. Unie de Tanzanie	1992	Trop élevé	Plus bas
Afrique centrale			
Cameroun	Oui	Trop élevé	Plus bas
République Centrafricaine	Aucune	Satisfaisante	Maintien
Tchad	Aucune	Satisfaisante	Non-intervention
Congo	Aucune	Trop élevé	Plus bas
Rep. Dém. Du Congo	Aucune	Satisfaisante	Non-intervention
Guinée équatoriale	Aucune	Satisfaisante	Maintien
Gabon	Aucune	Trop bas	Elever
Sao Tome et Principe	Aucune	Satisfaisante	Non-intervention
Afrique du Nord			
Algérie	1997	Trop élevé	Plus bas
Egypte	Oui	Trop élevé	Plus bas
Libye	Oui	Satisfaisante	Non-intervention
Mauritanie	1995	Satisfaisante	Non-intervention
Maroc	Oui	Trop élevé	Plus bas
Soudan	Oui	Trop élevé	Plus bas
Tunisie	Oui	Satisfaisante	Plus bas
Afrique australe			
Angola	Aucune	Satisfaisante	Non-intervention
Botswana	1997	Trop élevé	Plus bas
Lesotho	1994	Trop élevé	Plus bas
Malawi	1994	Trop élevé	Non-intervention
Maurice	1992	Satisfaisante	Maintien
Mozambique	Aucune	Trop élevé	Non-intervention
Namibie	1997	Trop élevé	Plus bas
Afrique du Sud	1998	Trop élevé	Plus bas
Swaziland	..	Trop élevé	Plus bas
Zambie	1989	Trop élevé	Plus bas
Zimbabwe	1998	Trop élevé	Plus bas
Afrique de l'Ouest			
Bénin	1996	Satisfaisante	Non-intervention
Burkina Faso	1991	Trop élevé	Plus bas
Cap-Vert	1995	Trop élevé	Plus bas
Côte d'Ivoire	1997	Satisfaisante	Elever
Gambie	1979	Trop élevé	Plus bas
Ghana	Oui	Trop élevé	Plus bas
Guinée	1996	Trop élevé	Non-intervention
Guinée-Bissau	..	Satisfaisante	Non-intervention
Liberia	..	Trop élevé	Plus bas
Mali	1991	Trop élevé	Plus bas
Niger	1992	Trop élevé	Plus bas
Nigéria	1988	Trop élevé	Plus bas
Sénégal	1988	Trop élevé	Plus bas
Sierra Leone	..	Trop élevé	Non-intervention
Togo	Aucune	Trop élevé	Non-intervention

Sources: Secrétariat de la CEA

United Nations (1998); *National Population Policies*, New York

United Nations(1999); *World Population Monitoring*, New York

Deux points (..) indiquent que les données ne sont pas disponibles.

Dans la colonne 1, **Année\*** indique l'année d'adoption de la dernière politique de la population. Oui/Non indique l'existence/la non existence d'une politique de la population. Pour les pays dont on ne dispose pas de la date d'adoption d'une politique nationale de la population, on utilise 'Oui'

**Tableau 2. Perceptions et politiques de l'Etat en matière de fécondité et d'accès aux contraceptifs en Afrique (1996)**

Région et pays	Niveau de fécondité		Politique d'accès aux contraceptifs (3)
	Perception (1)	Intention (2)	
Afrique de l'Est			
Burundi	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Comores	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Djibouti	Satisfaisant	Non-intervention	Pas de soutien
Erythrée	..	..	..
Ethiopie	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Kenya	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Madagascar	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Rwanda	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Seychelles	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Somalie	Satisfaisant	Non-intervention	Soutien direct
Ouganda	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Rép. Unie de Tanzanie	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Afrique du Centre			
Cameroun	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
République Centrafricaine	Trop élevé	Non-intervention	Soutien direct
Tchad	Satisfaisant	Non-intervention	Soutien direct
Congo	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Rép. Dém. Du Congo	Satisfaisant	Non-intervention	Soutien direct
Guinée	Satisfaisant	Maintien	Pas de soutien
Gabon	Trop bas	Elever	Pas de soutien
Sao Tome et Principe	Trop élevé	Non-intervention	Soutien direct
Afrique du Nord			
Algérie	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Egypte	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Libye	Satisfaisant	Non-intervention	Pas de soutien
Mauritanie	Satisfaisant	Non-intervention	Soutien direct
Maroc	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Soudan	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Tunisie	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Afrique du Sud			
Angola	Trop élevé	Non-intervention	Soutien direct
Botswana	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Lesotho	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Malawi	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Maurice	Satisfaisant	Maintien	Soutien direct
Mozambique	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Namibie	Trop élevé	Non-intervention	Soutien direct
Afrique du Sud	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Swaziland	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Zambie	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Zimbabwe	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Afrique de l'Ouest			
Bénin	Satisfaisant	Non-intervention	Soutien direct
Burkina Faso	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Cap-Vert	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Côte d'Ivoire	Satisfaisant	Elever	Soutien direct
Gambie	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Ghana	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Guinée	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Guinée-Bissau	Trop élevé	Non-intervention	Soutien direct
Liberia	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Mali	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Niger	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Nigéria	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Sénégal	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Sierra Leone	Trop élevé	Plus bas	Soutien direct
Togo	Satisfaisant	Maintien	Soutien direct

**Sources:** Secrétariat de la CEA

United Nations (1998); National Population Policies, New York

Deux points (..) indiquent que les données ne sont pas disponibles.

# Crainces et espoirs

Selon les dernières estimations d'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA a atteint 33,4 millions en 1998. Plus de 95% des personnes infectées vivent dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne plus de 22,5 millions personnes sont infectées. Dans bon nombre de pays africains, l'épidémie qui accroît la mortalité au sein de la population active, est en train d'effacer des décennies d'efforts en matière de développement.

Dès le début des années 80, la présence du VIH a été notée sur une zone géographique allant de l'Afrique de l'Ouest à l'Océan indien. Aujourd'hui, les zones les plus touchées sont l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe. L'Afrique de l'Ouest enregistre des taux d'infection beaucoup plus bas. Au Botswana, en Namibie, au Swaziland et au Zimbabwe, un adulte sur cinq au moins vit avec le VIH ou avec le SIDA. Au début des années 90, l'Afrique du Sud traînait derrière ses voisins en ce qui concerne les niveaux d'infection.

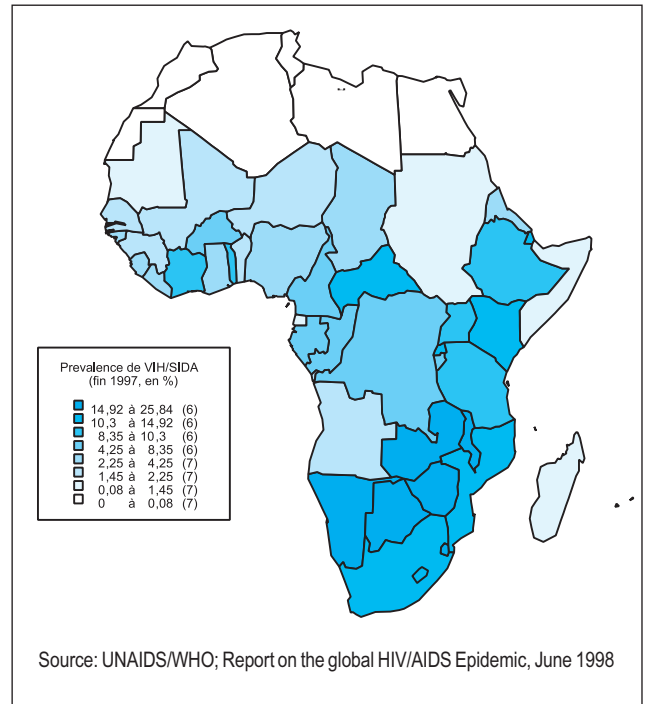
Malheureusement, elle est en train de les rattraper rapidement. En 1998, un peu plus de 50% des nouveaux cas d'infection recensés en Afrique australe sont à mettre sur le compte de ce seul pays. C'est le cas le plus extrême en Afrique, mais des pays comme la République Centrafricaine, la Côte d'Ivoire, Djibouti et le Kenya ont des taux de prévalence de 10% ou plus. L'instabilité sociale et politique a certainement joué un rôle de premier plan dans les pays où la maladie s'est répandue rapidement. Les migrations massives d'hommes seuls vers l'industrie minière de l'Afrique du Sud en sont un exemple. Les mouvements massifs de populations pendant et après le génocide du Rwanda en sont un autre. A eux seuls, ces éléments n'expliquent toutefois pas les différences sous-régionales constatées dans la progression du VIH. Il est nécessaire d'entreprendre d'autres recherches pour comprendre les

différentes facettes du SIDA et la manière dont il se développe dans différentes régions et au sein de différentes populations.

En Afrique subsaharienne, le VIH s'est surtout répandu à travers des contacts hétérosexuels. Ceci veut dire que les taux de prévalence chez les femmes et les enfants sont plus élevés que dans d'autres parties du monde. Quatre-vingt-sept pour cent des enfants ayant contracté le VIH vivent en Afrique.

Ce pourcentage élevé peut s'expliquer de plusieurs manières. Premièrement, on trouve davantage de femmes en âge de procréer ayant contracté le VIH en Afrique que partout ailleurs. Les femmes africaines connaissent des taux de fécondité plus élevés et presque tous les enfants en Afrique sont nourris au sein. On estime que l'allaitement compte pour 30 à 50 % de toutes les formes de transmission de la mère à l'enfant. Enfin, les médicaments permettant de réduire la transmission de la mère à l'enfant sont, de loin, moins accessibles en Afrique.

Souvent, les filles deviennent infectées à un plus jeune âge que les garçons. Cet écart d'âge au moment de l'infection montre que les jeunes filles deviennent infectées par le biais de relations sexuelles avec des hommes plus âgés. Il se pourrait que bon nombre de ces jeunes filles aient choisi de telles relations, mais certaines n'auraient simplement pas été en mesure de résister. Les relations sexuelles forcées avec un partenaire infecté présentent un risque d'infection plus élevé, car la probabilité d'abrasion et de blessure est plus élevée,



et l'utilisation de préservatifs peu probable.

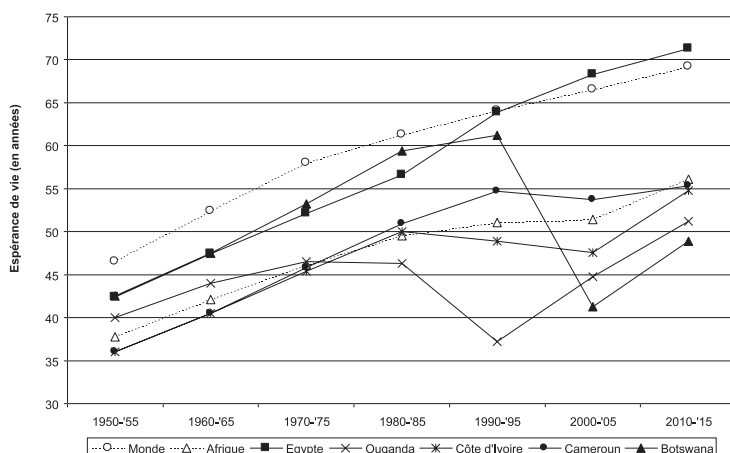
## L'impact démographique du SIDA

Avec la Révision de 1992, la Division de la population des Nations Unies a explicitement anticipé l'impact virtuel du SIDA dans la préparation des estimations et projections démographiques concernant les zones où l'épidémie a atteint des proportions alarmantes. Dans la Révision de 1998, l'impact du SIDA est examiné dans 34 pays, tous peuplés d'au moins un million d'habitants en 1995 et présentant, pour la plupart, une prévalence de VIH de 2% ou plus au sein de la population adulte en 1997. Vingt-neuf de ces pays se trouvent en Afrique subsaharienne.

L'effet le plus dramatique du SIDA s'exerce sur l'espérance de vie à la naissance. Dans les 29 pays africains en question, l'espérance de vie a déjà été réduite d'environ sept ans et l'on s'attend à ce qu'elle demeure constante aux alentours de 47 ans pour la prochaine décennie, au lieu de progresser jusqu'à



## Espérance de vie à la naissance dans le monde, en Afrique et dans certains pays africains



A cause du SIDA, l'Afrique connaît une baisse dans l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Dans certains pays comme l'Ouganda et le Botswana, l'espérance de vie est même en déclin jusqu'aux niveaux des années '50.

Source : UNPD/DESA (à paraître) ; World Population Prospects. The 1998 Revision.

57 ans, comme on aurait pu l'espérer sans le SIDA. Le Botswana et la Namibie sont certainement les pays les plus touchés. Dans ces deux pays, l'espérance de vie pourrait baisser de 20 ans entre 1990-1995 et 2000-2005. Dans les pays d'Afrique australe les plus touchés, l'espérance de vie en 2015 ne devrait pas être supérieure au niveau atteint dans les années 60, ce qui veut dire que le SIDA va effectivement annihiler les progrès accomplis depuis lors.

Le SIDA aura également un impact sur la mortalité infantile et juvénile. Dans les neuf pays africains les plus touchés, il a déjà augmenté le taux de mortalité infantile d'environ 10%, celui-ci passant de 76 à 86 pour 1000 naissances vivantes. D'ici à l'an 2015, le taux de mortalité infantile tomberait à 27 pour 1000 en l'absence de SIDA, mais en raison de l'épidémie, l'on ne s'attend pas à ce que ce chiffre soit inférieur à 52%.

Dans les 29 pays africains où l'impact du SIDA a été examiné, il est prévu que la croissance démographique baisse de son niveau actuel d'environ 2,4% à 2,1% en l'an 2015, alors qu'elle n'aurait dû baisser que de 2,8 à 2,4% sans le SIDA. Dans le cas du Zimbabwe, le taux annuel de croissance démographique devrait être inférieur à 1% en 2000-2010. En dépit de l'impact considérable que le

SIDA aura sur les taux de croissance démographique, l'on ne s'attend pas pour autant à ce que cela débouche sur une croissance démographique négative dans quelque pays que ce soit.

## SIDA et développement

A l'échelle mondiale, en particulier en Europe de l'Ouest et en Amérique, le SIDA est devenu la maladie des pauvres et des moins instruits. Aux Etats-Unis, les citoyens d'origine africaine courent huit fois plus de risques de le contracter que les blancs. Plus vraisemblablement, les riches et les plus instruits bénéficient plus facilement d'informations sur le VIH et ont les connaissances qui leur permettent de tirer profit de ces informations. En Afrique subsaharienne, cependant, la situation est différente. Là, les niveaux les plus élevés de prévalence du VIH concernent les pays ayant les niveaux d'alphabétisation les plus élevés. Bien qu'il soit difficile de tirer des conclusions concernant le comportement individuel à partir des données nationales, il est fort probable que les mutations sociales qui accompagnent la scolarisation et, en fin de compte, l'augmentation des revenus, soient également associées à des comportements qui augmentent les risques d'infection par le VIH. Les popu-

lations les moins instruites sont généralement moins mobiles et ont un cercle de relations sociales et sexuelles moins large. La progression du VIH et du SIDA en Afrique semble accompagner le développement, ce qui est une conclusion très inquiétante.

Cette relation positive que l'on observe entre le niveau d'instruction et la prévalence du VIH est, néanmoins, plus prononcée au niveau des anciennes générations. Ceci veut dire que les plus vieilles générations ont été infectées durant les toutes premières années de l'épidémie, lorsqu'il y avait peu ou pas d'informations sur le VIH. Les plus jeunes générations ont eu un meilleur accès à l'information sur le VIH et le SIDA durant leurs années d'activité sexuelle et tendent également à utiliser ces informations dans le contrôle de leur comportement sexuel.

On pourrait également en déduire que l'information et l'éducation font la différence et doivent être perçues comme deux outils importants dans les campagnes de prévention.

## Jeunesse vulnérable : clé du développement futur

Les jeunes gens sont touchés de manière disproportionnée par le VIH et le SIDA. Environ 50% des nouveaux cas d'infection par le VIH concernent le groupe d'âge des 15-24 ans, la tranche d'âge durant laquelle la plupart des individus démarrent leur vie sexuelle. Cette vulnérabilité des jeunes crée en même temps une opportunité de lutter contre la maladie. Les travaux de recherche montrent que les jeunes adoptent un comportement sexuel plus sûr, lorsqu'ils ont les informations, la capacité et les moyens nécessaires. Mais la prévention du SIDA ne devrait pas se limiter à la fourniture de services, d'informations et de préservatifs. Ces services devraient s'accompagner de changements structurels et de politiques qui créent un environnement dans lequel les populations peuvent facilement réduire ou contrôler leur exposition au VIH. Le Sénégal est l'un des pays qui montrent que la prévention est effectivement

efficace. Les dirigeants politiques y ont, très tôt, pris l'initiative de discuter de manière ouverte des dangers que présente le VIH, en cherchant en même temps le soutien des communautés religieuses et autres dans les activités de prévention. L'éducation sexuelle a été intégrée aux programmes des écoles primaires et secondaires. Le traitement des maladies sexuellement transmissibles a été mis à la portée du plus grand nombre et l'utilisation de préservatifs a été activement promue. Le résultat net de cette action précoce a été de maintenir à un niveau très bas la prévalence du VIH. Alors que le VIH gagne rapidement du terrain dans d'autres

agglomérations de l'Afrique de l'Ouest, à Dakar, le taux d'infection semble être resté en dessous de 2%, non pas parce que les jeunes du Sénégal ont moins de relations sexuelles que les autres mais, tout simplement, parce qu'ils prennent plus de précautions. L'Ouganda constitue un autre exemple, où la reconnaissance du problème par les autorités politiques a été une étape importante dans la lutte contre la progression du virus. Dès 1986, le gouvernement a reconnu l'impact de la maladie sur le développement national et démarré la lutte contre sa progression. En dépit de sérieux obstacles, les efforts de lutte contre le VIH montrent une tendance à la baisse de la prévalence du

VIH. Sur les 20 hôpitaux du pays chargés du suivi du VIH/SIDA, cinq font état d'une tendance à la baisse, de 1991 à 1995.

*Sources : UNDP/DESA (à paraître), World Population Prospects : the 1998 Revision; UNAIDS/AIDS Epidemic Update, December 1998; UNAIDS, AIDS in Africa. Fact Sheet, 30 November 1998; PNUD/DESA, The Demographic Impact of HIV/AIDS. Report on the Technical Meeting, New York, 10 November 1998; PRB, Uganda Reproductive Health in Policy and Practice, 1998; UNAIDS/WHO, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, June.*



# Le SIDA, un défi au développement

**« Le SIDA n'est pas seulement un problème de santé. C'est un défi au développement et il doit être traité en tant que tel »**

Le VIH/SIDA a été un important point de l'ordre du jour de la récente Conférence conjointe des ministres africains responsables de la planification et des finances qui a été accueillie par la CEA, à Addis-Abeba, du 6 au 8 mai 1999.

Lors de son intervention, M. Piot, Directeur exécutif d'ONUSIDA, a mis l'accent sur le fait que le VIH/SIDA devrait constituer l'un des principaux points de l'agenda du développement, parce qu'il a un impact non seulement sur l'économie des ménages, sur le secteur privé, mais également, au niveau macro-économique.

Ce sont les familles qui souffrent en premier lieu des conséquences du SIDA. En effet, il est émouvant de voir mourir un être cher. En outre, ces familles doivent faire face à des pertes économiques. Une famille moyenne sera confrontée à une perte de revenu de 50% lorsqu'un de ses membres meurt de SIDA. Imaginez devoir vivre avec la moitié ou moins de votre revenu actuel. Pensez aux changements qui vont intervenir dans votre vie. Maintenant, pensez aux changements que de telles pertes occasionnent pour ceux qui, déjà, ne font que survivre. Des enquêtes montrent, en outre, qu'un tiers des ménages ruraux touchés par le VIH/SIDA connaissent une réduction de 50% de leur production agricole. Au Zimbabwe, une étude montre une réduction de 61% de la production de maïs, de 47% de celle de coton et de 49% de celle de légumes. Les pertes de revenu conduisent souvent à des choix douloureux, et la réduction des dépenses en matière d'éducation en est un. Une étude sur la Côte d'Ivoire a montré que dans les familles où quelqu'un est mort de SIDA, les dépenses scolaires ont été réduites de moitié.

De la même façon que le SIDA a un impact cruel sur les familles, il a également un impact cruel sur l'économie nationale et le secteur privé. La non-scolarisation des enfants induit d'autres problèmes sociaux et une perte

de compétitivité dans une économie mondiale qui repose de plus en plus sur le savoir. L'alimentation qui n'est pas produite au niveau national doit être importée ou retirée de ce qui devrait être exporté. Les modèles disponibles montrent que d'ici à l'an 2005, les traitements du SIDA (et pas même les plus chers) vont absorber plus de 60% du budget du Ministère de la santé du Zimbabwe. Au Kenya, ce chiffre tournera aux alentours de 50%. Des études montrent également que les bénéfices des sociétés privées ont baissé de 7 à 20%, comme conséquence directe du SIDA. Dans six sociétés précises de quatre pays, le coût annuel du SIDA pour ces sociétés variait de 50 à 300 dollars E.-U. par travailleur. L'absentéisme du fait du VIH et du SIDA constitue 52% de ces coûts. Le recrutement et la formation de nouveaux employés appelés en remplacement comptent pour 17%. Il

faut y ajouter l'impact invisible d'une réduction de la main-d'oeuvre qualifiée (c'est-à-dire les enfants qui n'ont pas reçu une éducation en raison de la mort d'un ou de leurs parents) pour remplacer ceux qui sont atteints du SIDA, et on voit facilement que le coût pour l'économie sera élevé. Ces coûts supplémentaires et la perte de main-d'oeuvre qualifiée qui les accompagnent ont évidemment une incidence sur les efforts des pays africains tendant à attirer les investissements étrangers de haute qualité.

S'il est encore difficile d'évaluer pleinement les effets de l'épidémie du SIDA sur les performances macro-économiques, il ne fait aucun doute que le SIDA est en train d'exercer un effet négatif sur les économies africaines les plus touchées. La Banque mondiale, par exemple, estime que les pays ayant une prévalence élevée de VIH vont perdre 1%

## La baisse de l'espérance de vie fait la une, mais pas la sécurité alimentaire

Lorsqu'un homme tombe malade, la femme qui s'en occupe n'a pas le temps de désherber les champs de maïs correctement, de s'occuper des bananiers, de sécher le café ou de récolter le riz, ce qui veut dire que moins de produits alimentaires seront récoltés, moins de revenus seront tirés des cultures commerciales. Les voyages jusqu'en ville pour le traitement médical, les frais d'hôpital et les médicaments engloutissent toute l'épargne. Les guérisseurs traditionnels sont payés en nature (chèvres, poulets). Lorsque l'homme meurt, ses instruments agraires sont vendus pour payer les frais d'enterrement. Les pratiques rituelles de deuil interdisent les travaux aux champs pendant sept jours. Du temps précieux à consacrer aux travaux des champs est ainsi perdu.

L'impact du SIDA sur la sécurité alimentaire diffère selon les sous-régions. En Ouganda, par exemple, les systèmes agraires ne sont pas les plus exposés à la pandémie du SIDA. L'Ouganda a un sol fertile, un climat tropical, des pluies abondantes, des terres en quantité suffisante, et une alimentation de base constituée d'une variété de manioc résistant à la sécheresse et nécessitant peu de main-d'oeuvre, de patate douce, de mil, et de banane verte. Mais dans les systèmes agraires pluviaux de maïs de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique australe, SIDA veut dire désastre. Si la phase terminale de la maladie et les obsèques coïncident avec la période durant laquelle certaines tâches sont accomplies, comme le désherbage et la récolte, les cultures sont compromises.

Reproduit de *Africa Recovery*, Vol.12, n°. 4, avril 1999.

de la croissance de leur PIB par habitant chaque année. Dans le cas du Kenya, par exemple, les pertes cumulatives prévues devraient excéder 15% au cours de la prochaine décennie. Des mesures plus larges de promotion du bien-être, tel que l'indice de développement humain du PNUD, devraient baisser de manière considérable dans les pays d'Afrique australe, en raison du SIDA.

M. Piot a, en outre, souligné que la réponse aux problèmes de développement induits par le SIDA doit être recherchée en Afrique même. Cette réponse exige la combinaison d'un soutien politique fort, d'une large participation institutionnelle et d'interventions soigneusement choisies dans le cadre des programmes. Un élément clé des stratégies à suivre se rapporte à l'ouverture d'esprit par rapport à la maladie et à la manière dont elle se répand. Les populations sont décimées à cause de l'ignorance, des stigmates, de l'humiliation, de la peur, et de l'idée de châtement qui entourent le SIDA. La lutte contre le SIDA exige, en outre, un partenariat international en vue d'élaborer des plans nationaux forts, de mobiliser des ressources financières plus importantes pour ces plans, et d'élaborer des plates-formes techniques nationales ou régionales pour aider à concevoir et mettre en oeuvre des

### **Nouvelle initiative sur le SIDA en vue de favoriser la collaboration entre pays de la région des Grands Lacs.**

Selon un rapport d'évaluation, la région des Grands Lacs est particulièrement exposée à la progression du SIDA pour un certain nombre de raisons. Les routes commerciales transfrontières très empruntées entre Goma (République démocratique du Congo) et Mombassa (Kenya), et entre Goma et Dar-es-Salam (Tanzanie) ont permis au SIDA de se frayer un chemin à travers le continent. Le VIH est transmis au cours de rencontres sexuelles entre les camionneurs et les femmes vivant le long des routes (des femmes qui travaillent souvent comme prostituées parce qu'elles n'ont pas d'autre choix). En outre, l'instabilité politique au cours des dernières années a aggravé la situation économique et conduit à des mouvements de masse de réfugiés. La première priorité de l'initiative consistera à mettre en place un programme conjoint de prévention du VIH/SIDA le long des principaux axes routiers entre Goma et Mombasa d'une part, et entre Goma et Dar-es-Salam d'autre part, et de mener des activités de prévention du VIH auprès des réfugiés et des populations déplacées. L'initiative a également pour objectifs de promouvoir l'utilisation de préservatifs grâce au marketing social; de faire en sorte que le plus grand nombre bénéficie de la prévention et du traitement de maladies sexuellement transmissibles (MST) qui, si elles ne sont pas traitées, accroissent le risque de transmission du VIH; d'améliorer les soins et l'assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA; et de développer un système d'échanges d'informations et de mobilisation de ressources regroupant les pays de la région des Grands Lacs.

*Pour plus d'information, veuillez contacter Anne Winter, ONUSIDA, Genève (+41 22) 791 4577, ou Lisa Jacobs, ONUSIDA, Genève, (+41 22) 791 3387, Ivan Hermans, ONUSIDA, Kigali (+250) 73519 ou Abigail Bing, ONUSIDA, New York (+1 212) 584 5024. Vous pouvez également visiter la page d'accueil d'ONUSIDA sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>.*

programmes. Pour être efficace, un tel partenariat international contre le VIH/SIDA ne doit pas se limiter aux gouvernements africains et aux

organismes des Nations Unies, mais englober les ONG, le secteur privé et la communauté internationale des donateurs.

# Vue d'ensemble des activités en matière de population des EAT/FNUAP

Le concept de note de stratégie nationale (NSN), tel que défini par l'Assemblée générale des Nations Unies, fait du programme de développement d'un pays le cadre dans lequel les organismes des Nations Unies fournissent leur aide au développement. Par conséquent, le pays constitue l'unité de base des activités en matière de développement. Pour ce qui est des programmes en matière de population, les antennes du FNUAP sont les centres de coordination des activités menées au niveau national. De par sa nature même, la population est un champ à facettes multiples nécessitant une approche multidisciplinaire. Pour faire face à cette réalité, le FNUAP et ses partenaires du développement dans le cadre du Système des Nations Unies en matière de population ont mis en place un système de services d'appui technique (SAT) qui a démarré en 1992. Des fonds sont affectés à ces services au niveau national, dans le cadre du renforcement des capacités nationales.

Dans le cadre des SAT, le premier niveau de fourniture de ces services techniques est constitué de nationaux et d'institutions nationales. Le deuxième niveau est celui des équipes d'appui technique du FNUAP (EAT/FNUAP) et le troisième niveau est constitué de spécialistes des SAT du siège de l'organisme ou des sièges des Commissions régionales. La CEA détient un de ces postes de SAT. L'ensemble des postes techniques dans le système des SAT est groupé au sein des EAT/FNUAP, qui constituent le premier niveau auquel un pays s'adresse pour des services techniques qu'il ne peut assurer.

Trois des huit EAT mondiaux sont en Afrique. L'EAT d'Addis-Abeba fournit des services aux pays de l'Afrique de l'Est, à certains pays de l'Afrique centrale et aux pays anglophones de l'Afrique de l'Ouest. L'EAT de Dakar fournit des services aux autres pays de l'Afrique de

l'Ouest et à quelques pays de l'Afrique centrale, et celle de Harare aux pays de l'Afrique australe. Les trois EAT de l'Asie sont basés à Bangkok, Katmandou et Suva. L'EAT qui couvre les pays arabes et l'Europe est basé à Amman, et l'EAT chargée de l'Amérique latine et des Caraïbes vient juste de déménager de Santiago (Chili) à

Mexico. Outre les services techniques offerts aux pays, les trois EAT d'Afrique collaborent également avec des institutions régionales, en particulier la CEA, l'OUA et les programmes régionaux de population.

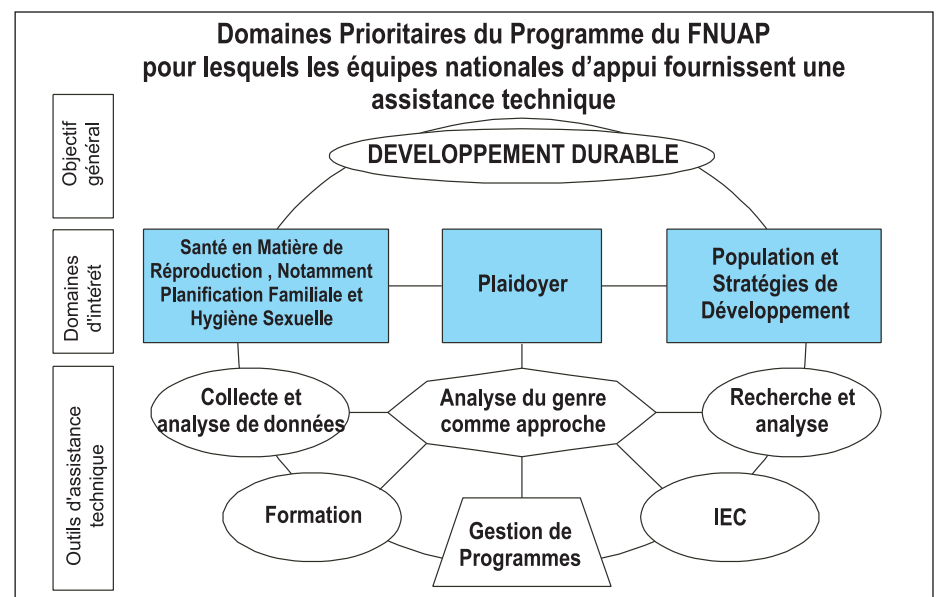
Par le truchement des antennes du FNUAP, les EAT fonctionnent à la demande des pays, qui soumettent au Directeur de l'EAT les demandes de services techniques. Sur la base du cahier des charges de chaque requête, le



*l'EAT/FNUAP d'Addis Abéba*

Directeur prend la décision d'affecter un ou plusieurs conseillers régionaux pour faire face à la requête. La composition des équipes de conseillers régionaux dans chaque EAT/FNUAP reflète les besoins techniques sous-régionaux en fonction des trois priorités thématiques définies par le FNUAP à la suite de la CIPD. Ces trois domaines prioritaires sont : la santé en matière de reproduction et les droits en matière de procréation; la population

*suite sur page 23*



# Sur l'efficacité des campagnes de promotion de la planification familiale reposant sur des canaux multiples de communication

Les campagnes de communication dans le domaine de la planification familiale ont montré une utilisation plus répandue de contraceptifs mais, jusqu'à présent, il n'est pas sûr que les messages sur la contraception à travers divers moyens de communication soient plus efficaces que ceux qui sont transmis par un mode de communication unique. Miriam N. Jato de l'EAT/FNUAP pour l'Afrique de l'Est et anciennement chargée de recherche principale et de l'évaluation au Centre des programmes de communication de l'Université Johns Hopkins a recueilli des éléments d'information sur cette question dans une étude qu'elle a récemment effectuée.

L'étude concerne la Tanzanie, pays dont la population est d'environ 30 millions d'habitants et le taux annuel de croissance démographique de 3%. Quatre Tanzaniens sur cinq vivent en zone rurale, environ 40% de la population sont analphabètes. Le Gouvernement tanzanien a commencé à intégrer la planification familiale dans les services de santé maternelle et infantile en 1988 et a également entrepris de renforcer les services de planification familiale, grâce à la formation du personnel, à l'amélioration des systèmes de logistique et au lancement de campagnes nationales de communication. En 1992, un programme de commercialisation de préservatifs par le secteur privé a démarré, le gouvernement a adopté une politique nationale de population préconisant une diffusion plus large de l'information en matière de planification familiale. Ces initiatives semblent avoir eu un impact conséquent sur l'utilisation de contraceptifs. En moins de trois ans, le recours aux

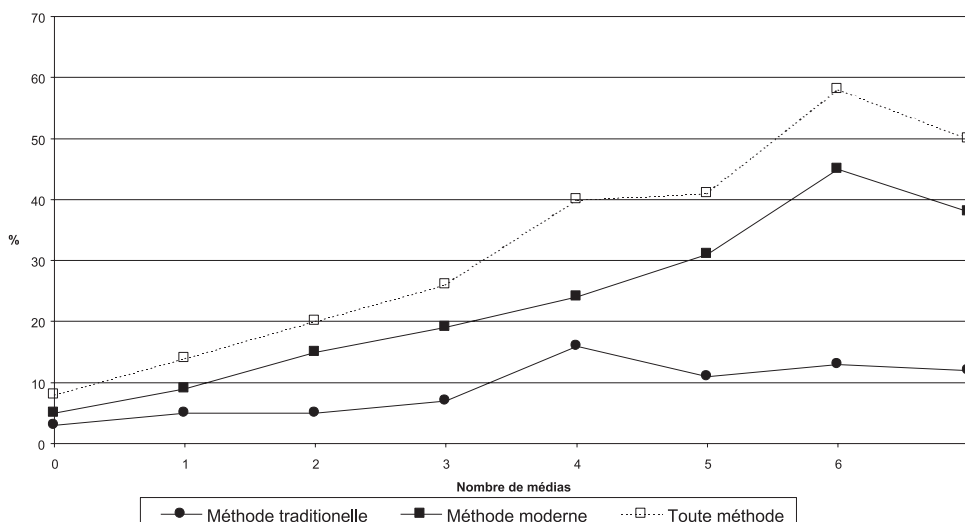


Dr. Miriam Jato

méthodes contraceptives modernes a pratiquement doublé, pour atteindre 11,3%. La descendance finale est également tombée de 6,3 naissances par femme en 1991-1992 à 5,8 en 1994.

L'étude avait pour objectif de déterminer si les messages de

planification familiale adressés aux femmes par les médias, évalués en fonction du souvenir qu'elles gardaient de ces messages, avaient eu un effet sur leur utilisation actuelle de contraceptifs, l'approbation par leur époux de la planification familiale, les discussions avec leur époux au sujet de la planification familiale ou des visites à un service de planification familiale. L'étude évalue également les effets d'un nombre de plus en plus élevé de moyens de communication sur le comportement en matière de contraception. Au nombre des campagnes médiatiques qui ont eu lieu durant la période d'évaluation, on compte : des messages retransmis par la radio, plusieurs feuillets radiophoniques et des émissions de variété; des campagnes faisant usage de logos, d'affiches et de dépliants; des articles dans les journaux, etc. Les données utilisées dans cette analyse pour évaluer l'impact des



Pourcentage de femmes âgées entre 15 et 49 ans ayant recours à la contraception, en fonction du nombre de moyens de communication adressant des messages en matière de planification familiale dont elles ont connaissance



campagnes de planification familiale à travers les médias sur le comportement en matière de contraception proviennent de l'enquête démographique et sanitaire tanzanienne de 1991-1992, et d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 4 225 femmes qui avaient participé, en 1994, à l'enquête tanzanienne sur les connaissances, les attitudes et les pratiques.

L'étude montre que les messages adressés aux femmes sur la planification familiale à travers les médias entraînent un recours plus fréquent à l'utilisation de contraceptifs, en particulier aux méthodes modernes. Par exemple, 3% seulement des femmes auxquelles n'était parvenu aucun message relatif à la planification familiale utilisaient les méthodes modernes, contre 18% de celles qui avaient connaissance de ces messages à travers au moins un moyen de communication de l'information en matière de planification familiale. En outre, le recours aux méthodes modernes a gagné du terrain avec l'accroissement des moyens de communication, touchant 45% des femmes ayant eu connaissance des messages à travers six moyens de communication différents. Les femmes qui ont eu connaissance de ces messages étaient également plus enclines à discuter de planification familiale avec leur époux et à visiter les structures sanitaires. Ces effets persistent, même

après contrôle des caractéristiques concernant le contexte socio-démographique et d'autres variables pertinentes.

Naturellement la question de la causalité est importante. Les femmes se sont-elles souvenues des messages de planification familiale parce qu'elles utilisaient déjà ou comptaient utiliser des contraceptifs, ou bien les messages les ont-elles poussées à changer de comportement? Il est difficile de répondre clairement à cette question sans données supplémentaires, mais le fait est que le recours aux contraceptifs a progressé de manière significative après le lancement de plusieurs campagnes.

Toutefois, il est bien connu que le fait d'utiliser de manière fréquente les contraceptifs est un processus graduel et complexe. Peu de femmes adoptent une méthode contraceptive immédiatement après avoir reçu des informations sur la planification familiale. Cependant, la diffusion continue de tels messages à travers différents canaux de communication induit des connaissances et change les attitudes, et cela permet de créer un climat dans lequel la planification familiale est perçue comme une norme sociale. La diversité de moyens de communication est source de complémentarité et de renforcement entre ceux-ci, plutôt qu'un double emploi.

Les conclusions de ces recherches en

matière de programmes sont qu'il est nécessaire d'utiliser des canaux multiples de communication pour la promotion de la planification familiale et d'autres aspects de la santé en matière de reproduction. La priorité devrait être accordée aux canaux de communication touchant le plus grand nombre de personnes de la population cible (en l'occurrence, la radio), mais des canaux d'appui (tels que les imprimés et la communication interpersonnelle) devraient également être utilisés dans l'assortiment de médias. La diffusion des messages à travers les médias semble compenser le faible niveau d'éducation à l'utilisation plus fréquente de contraceptifs. Bien que la promotion des questions sanitaires à travers les médias ne constitue pas un succédané à l'éducation formelle, il serait utile d'en apprendre davantage sur les moyens d'utilisation de la radio et des autres médias, afin de fournir les informations aux femmes analphabètes.

*Cet article est un résumé de l'étude de Miriam M. Jato, Calisto Simbakalia, Joan M. Taresevich, David N. Awasum, Clement N.B. Kihinga et Edith Ngirwamungu, intitulé « The Impact of Multimedia Family Planning Promotion on the Contraceptive Behaviour of Women in Tanzania », International Family Planning Perspectives, vol. 25 no. 2, juin 1999, pp. 60-67*

---

### **suite de page 21**

et les stratégies de développement; le plaidoyer.

Un des points forts des EAT/FNUAP est la nature multidisciplinaire de la composition des équipes de conseillers provenant de divers organismes. Les 18

conseillers régionaux actuellement en poste à l'EAT/FNUAP d'Addis-Abeba sont recrutés par sept organismes. M<sup>me</sup> Miriam Jato, principal auteur de l'article sur la promotion multimédia de la planification familiale présenté dans ce numéro, est conseillère en genre, population et développement au sein de l'EAT

d'Addis-Abeba. Elle a été recrutée par UNIFEM.

Le schéma sur page 21 résume les domaines présentant des défis auxquels le système des SAT doit faire face et donne un aperçu des compétences existant au sein des EAT.

# CARE-Ethiopia

Care-Ethiopia est une antenne de *Cooperative for American Relief to Everywhere*, qui a été créé après la deuxième Guerre mondiale, lorsque les Américains envoyaient des cargaisons de produits alimentaires et de vêtements aux populations d'Europe, afin de les aider à refaire leur vie. A partir de cette initiative, le programme s'est élargi pour faire face aux besoins des populations pauvres d'autres régions du monde. Avec le temps, un certain nombre de bureaux nationaux de CARE ont été mis en place, débouchant sur la formation de CARE International. Les pays membres consacrent leurs ressources et leurs efforts au secours, à la réhabilitation et au perfectionnement des nécessiteux à travers le monde. Aujourd'hui, la confédération compte dix bureaux de collecte et de gestion de fonds en Allemagne, en Australie, en Autriche, au Canada, au Danemark, aux Etats-Unis, en France, au Japon, en Norvège et au Royaume-Uni, qui constituent CARE International et mènent des activités dans environ 65 pays.

CARE-Ethiopia a signé son premier Accord fondamental avec la *Relief and Rehabilitation Commission* (un organisme étatique de coordination des ONG et connu maintenant sous le nom de *Disaster Prevention and Preparedness Commission*) à la fin de l'année 1984, lors de la terrible sécheresse qui avait frappé l'Ethiopie. Les opérations d'aide alimentaire d'urgence dans la région orientale de Hararghe ont démarré au début de l'année 1985. Le principal objectif de CARE durant ses premières années de présence en Ethiopie a été de réduire les souffrances occasionnées par les graves famines résultant de la sécheresse chronique et de la dégradation de l'environnement. En raison de l'ampleur de la famine de 1984-1985, le gouvernement a invité CARE à étendre ses activités à la partie Ouest de Haraghe, dans l'Est des régions de Showa et de Borana. L'aide alimentaire a été également distribuée aux populations touchées par la sécheresse dans le Nord de la Showa, en collaboration avec



d'autres ONG internationales.

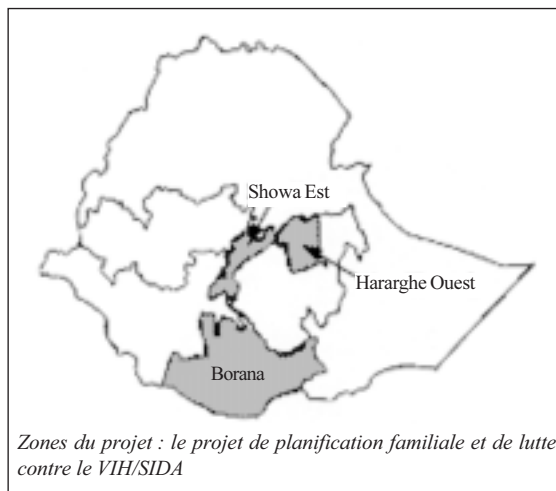
Dans le cadre du processus évolutif de secours en vue de l'amélioration des conditions de vie et du développement, les activités de CARE se sont développées. Bien que le volet alimentaire demeure une partie importante du programme global de CARE dans le pays, il est maintenant essentiellement utilisé à l'appui des activités de développement. L'approche de CARE-Ethiopia est fondée sur le principe du développement communautaire, à la fois comme philosophie et stratégie de mise en oeuvre ciblant les pauvres des zones rurales. Les projets de CARE mettent l'accent sur la participation des communautés cibles, aussi bien en termes d'apports que de prise de décisions. Mettant l'accent sur cinq domaines de son programme (infrastructure urbaine et rurale, eau et assainissement, irrigation à petite échelle, santé en matière de reproduction, y compris la lutte contre le VIH/SIDA, et micro-crédit), CARE-Ethiopia mène actuellement des activités dans les régions suivantes : Oromia, Amhara, Afar et Somali, ainsi que dans la municipalité d'Addis-Abeba.

## Projet sur la planification familiale et le VIH/SIDA

Le projet sur la planification familiale et le VIH/SIDA de CARE-Ethiopia a démarré en 1996, pour une période de cinq ans dans les quatre zones de la région Oromo (Showa Est, Hararghe Ouest, Hararghe Est et Borana). Ses principaux objectifs sont : l'amélioration des

connaissances, attitudes et pratiques des communautés rurales en vue d'une planification familiale, l'accès du plus grand nombre à des méthodes contraceptives modernes sur une base durable, et le changement de comportements à risque au regard de la transmission du virus d'immuno-déficience humaine.

Le projet cible 246 000 bénéficiaires directs, toutes les femmes et tous les hommes en âge de procréer ou sexuellement actifs, y compris les adolescents non mariés. La stratégie consiste à fournir des services communautaires de planification familiale, par le biais de l'éducation, des conseils, de la distribution de contraceptifs et de préservatifs, de la production et de la diffusion d'informations précises dans ce domaine,



Zones du projet : le projet de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA

de l'éducation et de la communication en matière de planification familiale et de VIH/SIDA. En outre, le projet renforce la capacité des entités du Ministère de la santé, afin d'améliorer la qualité des services offerts.

CARE emploie des agents de vulgarisation qui vivent et travaillent avec des associations de paysans bien définies, pour une période de six mois. Durant cette période, les agents travaillent en étroite collaboration avec des volontaires de la communauté qui ont été sélectionnés pour jouer le rôle de distributeurs communautaires de divers contraceptifs et d'éducateurs. Les volontaires sont formés

dans le domaine des méthodes de planification familiale, des techniques de conseils et services d'orientation, ainsi que dans les méthodes d'éducation par les pairs. Les agents de vulgarisation collaborent étroitement également avec les services du Ministère de la santé, pour mettre les communautés en relation, non seulement pour des services de planification, mais aussi pour des services généraux de santé en matière de reproduction et des soins de santé primaire. Il s'agit là d'une évolution générale des activités de CARE en matière de population et de santé qui, d'une action principalement axée sur la planification familiale, est passée à une approche intégrée du développement.

Le projet sur la population et le VIH/SIDA est centré sur une approche intégrée de la santé en matière de reproduction, mettant l'accent sur l'espacement des naissances et la prévention du VIH/SIDA. Une nouvelle initiative qui sera prise en considération au cours des deux ans et demi à courir avant la fin du projet concerne les mutilations génitales féminines (MGF), une pratique très répandue en Ethiopie. L'initiative sera intégrée à l'approche globale du projet concernant l'information, l'éducation et la communication, afin de susciter une prise de conscience des dangers et risques allant de pair avec les MGF. Le projet est exécuté en partenariat avec les bureaux régionaux et de zone de la santé, ainsi que des organisations gouvernementales et non gouvernementales ayant des programmes similaires.

### Evaluation du projet

Récemment, une évaluation à mi-parcours du projet a été réalisée, afin de comparer l'état d'avancement du projet avec ses objectifs et les effets des interventions sur la population. Les résultats de l'évaluation indiquent clairement que ce programme communautaire a eu un grand impact sur les communautés et qu'il a complété les efforts du gouvernement tendant à améliorer la situation sanitaire. Comme il a souvent été mentionné durant les entretiens avec les membres des communautés, «ce projet nous a ouvert les yeux. Auparavant,

nous étions juste comme des moutons allant dans la même direction que nos parents et nos grands parents. Maintenant, nous avons les connaissances qui nous permettent de choisir et d'agir dans le sens de nos intérêts et de ceux de nos enfants». Alors que la stratégie du projet implique que l'agent de vulgarisation quitte la communauté après six mois et aille travailler dans une autre, laissant les agents chargés de la distribution de préservatifs et de contraceptifs et les pairs éducateurs continuer leur travail, les membres des communautés ont demandé de manière répétée le maintien des agents en question. En ce qui concerne ces agents et ces pairs éducateurs, le projet a trouvé que ces individus (au nombre de 150 à l'heure actuelle) ont continué leur travail sur la base du volontariat, travaillant parfois 3 ou 4 jours par semaine. Non seulement ils mènent des activités dans les domaines de la planification familiale et de la prévention du VIH/SIDA, mais ils offrent leurs services également au Ministère de la santé, en apportant leur concours aux campagnes de vaccination.

Il faut deux à trois heures à l'agent chargé de la distribution de préservatifs et de contraceptifs ou à l'agent de vulgarisation pour se rendre d'un village à l'autre. La zone couverte par le projet est très montagneuse et n'est pas adaptée à l'utilisation de bicyclettes ou autres moyens de transport mécanisés. Les entretiens dans des communautés éloignées et dispersées montrent que celles-ci ont souvent été visitées et que les connaissances non seulement sur les avantages de l'espacement des naissances, mais aussi sur de l'utilisation de contraceptifs ont été considérablement améliorées. En outre, il est clair que les connaissances au sujet des méthodes de transmission du VIH/SIDA et de sa prévention l'ont également été dans ces zones rurales reculées.

### Obstacles rencontrés

La mise en oeuvre de ce projet se heurte à un sérieux obstacle : les communautés rurales n'ont pas accès aux

services d'orientation et de nombreux couples intéressés sont ainsi exclus du bénéfice de Norplant ou de contraceptifs injectables. Le Norplant n'est disponible que dans les hôpitaux de zone, qui peuvent se situer jusqu'à 4 heures de route (en véhicule) du site du projet. Un autre obstacle concerne la pénurie de personnel. Selon la politique gouvernementale, les injectables ne peuvent être administrés que dans des centres de santé, par un personnel spécialement formé à cet effet. Par conséquent, une infirmière ou une sage-femme qui n'a pas été formée pour administrer des injections selon les directives du Ministère de la santé ne peut pas se voir confier des produits injectables, même si sa formation technique et sa formation par CARE lui permettent d'assurer ce service. Un autre obstacle concerne l'absence de fourniture systématique de produits contraceptifs. Souvent, les services de santé ne reçoivent pas les produits à temps et/ou reçoivent différents types de produits, tels que les contraceptifs par voie orale. Il en résulte de graves ruptures dans l'utilisation de contraceptifs, sans parler des déceptions et frustrations que les clients éprouvent en se rendant compte qu'ils ne peuvent obtenir les contraceptifs qu'ils désirent au centre de santé.

### Viabilité du projet

Si les agents chargés de la distribution de préservatifs et de contraceptifs et les pairs éducateurs ont jusqu'à présent travaillé très durement sur la base du volontariat et qu'aucun d'eux n'a «abandonné en cours de route», il y a fort à craindre qu'ils ne poursuivent le travail sans rémunération conséquente de leurs heures supplémentaires. Le défi pour CARE, la communauté et le Ministère de la santé, en tant que partenaires, est de définir une stratégie de soutien à ces individus qui jouent un rôle clé dans leurs activités. Des suggestions concernant la viabilité du projet ont été faites par les membres de la communauté : a) fournir une aide extérieure au profit des activités

*suite sur page 28*

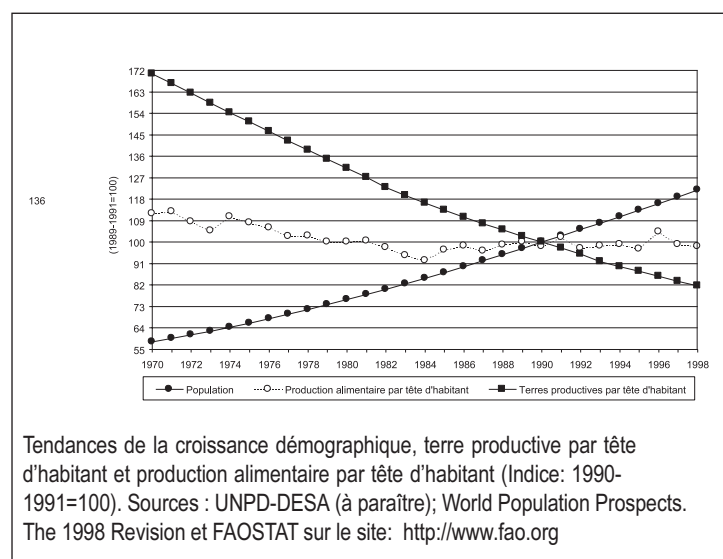
# Le modèle PEDa : un outil de plaidoyer modélisant les relations entre population, développement, environnement et agriculture

Au cours des deux dernières décennies, l'Afrique a connu de graves crises qui se sont manifestées, entre autres, par une baisse constante de son taux de

mum recommandé, et 30 à 40% de la population sont sous-alimentés. La malnutrition touche même un plus grand nombre de personnes. L'insécurité alimentaire, la croissance démographique rapide et la dégradation de l'environnement constituent des défis très importants pour les politiques publiques en Afrique aujourd'hui.

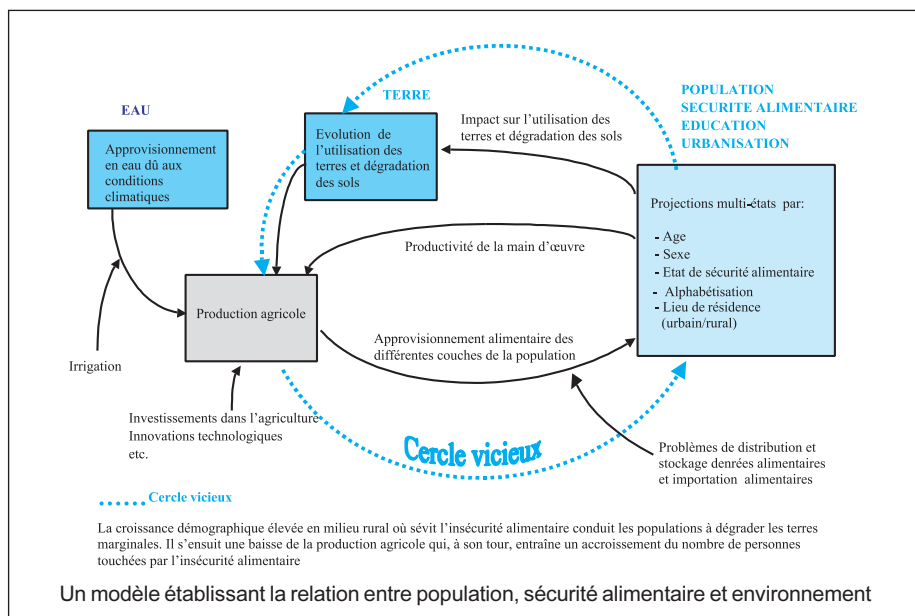
Grâce à la notion de développement durable, telle que reflétée par la série de

nécessité d'aller au-delà des approches sectorielles nationales en matière de développement, vers une approche tenant compte de l'interaction entre secteurs et de l'interdépendance entre les objectifs des grandes orientations. Il a été prouvé de manière convaincante que les performances économiques d'un pays et la sécurité alimentaire de sa population, au moins à moyen ou à long terme, sont intimement liées aux tendances démographiques et éducatives, ainsi qu'à l'état de l'environnement naturel. Dans la mesure où ces questions sont étroitement liées entre elles dans la réalité, elles devraient également être considérées globalement dans le cadre des politiques nationales et de la planification du développement national. Faire fi de ces relations intersectorielles pourrait entraîner de graves conséquences dans l'avenir. La compréhension scientifique et bien fondée des interdépendances n'est, toutefois, pas suffisamment bien reflétée par les institutions politiques des pays pris



croissance économique. Depuis 1994, cependant, la situation du continent s'est nettement améliorée, mais elle n'est pas encore suffisamment ferme. La vie, en général, demeure difficile, près des trois quarts de la population vivant au niveau ou en-dessous du seuil de pauvreté. Deux éléments fondamentaux sont à l'origine de la détérioration continue de la qualité de la vie en Afrique. Premièrement, le taux de croissance démographique est plus élevé que celui de la production alimentaire dans la plupart des pays africains. Deuxièmement, la détérioration accélérée de l'environnement du continent contribue également à la baisse des rendements agricoles. Aujourd'hui, plus des trois quarts des pays de l'Afrique subsaharienne produisent moins de nourriture que dans les années 80. Le nombre de calories par jour et par personne est bien en dessous du mini-

conférences que les Nations Unies ont organisées dans les années 90, on assiste à une meilleure compréhension de la





individuellement. Il y a une forte inertie dans de tels systèmes, en partie, à cause de la formation traditionnelle des experts qui se caractérise souvent par un

afin de tester les hypothèses et la structure du modèle, et il est prévu de préparer des données relatives à trois autres pays africains. La manuel de l'utilisateur du

modèle PEDA est en cours d'élaboration également. En juin 1999, un atelier de formation a été organisé pour doter les formateurs et les experts nationaux des connaissances et de la capacité pour une plus large diffusion du modèle et une extension de ses applications.

A partir de maintenant, le modèle PEDA peut être utilisé et personnalisé par les

de trois caractéristiques individuelles dichotomiques : lieu de résidence (urbain/rural), niveau d'alphabétisation et sécurité alimentaire. Grâce à la manipulation de variables de scénarios, le modèle permet à l'utilisateur de faire des projections sur le pourcentage de population parvenant à la sécurité alimentaire ou non à un point déterminé dans le temps.

S'inspirant du travail de Partha DasGupta de l'Université de Cambridge et d'autres, le modèle part du principe d'une chaîne de causalité des interactions entre croissance démographique élevée, dégradation de l'environnement et baisse de la production agricole par habitant. En raison de la croissance démographique élevée, il est nécessaire d'utiliser davantage de terres marginales et d'engager plus de main-d'oeuvre pour maintenir les niveaux de production. Ceci induit également des niveaux de fécondité plus élevés, qui finissent par accentuer la dégradation de l'environnement, le faible niveau de productivité et, par conséquent, l'insécurité alimentaire.

Le PEDA considère les problèmes de pauvreté rurale aussi bien comme des causes que comme des effets de la dégradation de l'environnement. Ce sont en particulier les couches rurales,

cloisonnement des disciplines et, en partie, du fait que l'impact de l'évolution dans un secteur est souvent invisible, à court terme, dans un autre secteur. Partant de là, la nécessité de convaincre les décideurs politiques et les experts nationaux de la synergie négative induite par les interconnexions qui existent entre croissance démographique, dégradation de l'environnement et baisse de la production agricole constitue un objectif de premier ordre de la Division de la sécurité alimentaire et du développement durable (DSADD) de la CEA. Avec cet objectif à l'esprit, la DSADD a fait appel à M. W. Lutz, Directeur de l'*International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA)* pour mettre au point un modèle informatique de simulation qui sera utilisé pour illustrer les interactions entre la population (P), l'environnement (E), le développement socio-économique (D) et l'agriculture (A).

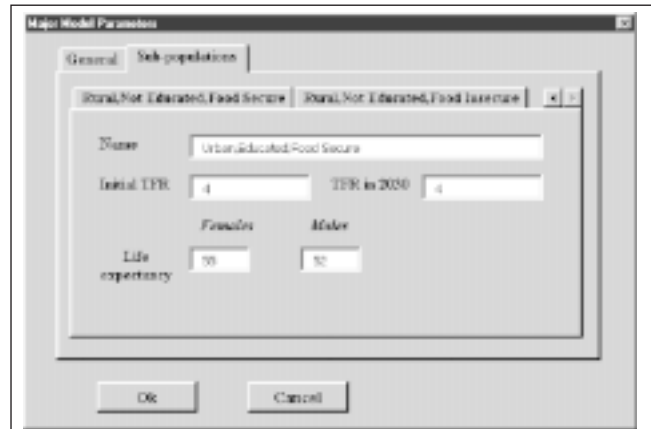
Le modèle a été présenté de manière formelle, en novembre 1998, au siège de la CEA, à Addis-Abeba, à un groupe d'experts comprenant des scientifiques des Etats membres et d'organisations internationales affiliées. Des données provisoires sur trois pays (Burkina Faso, Madagascar et Zambie) ont été préparées,

chercheurs, les universitaires et les décideurs politiques, en vue de la prise de décisions et de l'analyse au profit d'un pays déterminé. La CEA continuera, néanmoins, à promouvoir le modèle et toute initiative visant une application plus poussée de celui-ci.

## Qu'est-ce que le PEDA?

Le PEDA est un modèle interactif de simulation par ordinateur (mis au point pour l'environnement Windows), qui démontre l'impact à long terme de politiques nationales alternatives sur la situation de la sécurité alimentaire des populations. Le modèle repose sur des techniques démographiques multi-états et

permet des projections de huit différents sous-groupes de la population à la fois (par âge et par sexe), sur la base



La définition des variables de scénario est simple. Dans le présent exemple, un scénario constant de fécondité est défini pour la population urbaine, instruite et jouissant d'une sécurité alimentaire

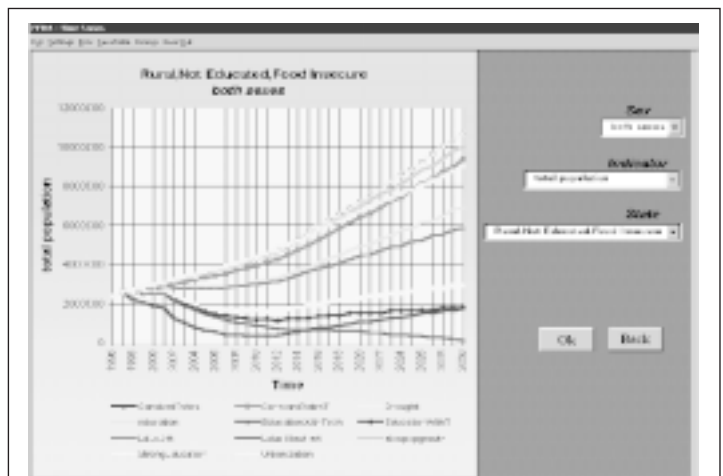


Image d'écran d'un des types de réalisations prédéfinis du programme : projection du nombre total des populations rurales analphabètes et menacées par l'insécurité alimentaire, selon les scénarios appliqués.

analphabètes, vivant dans l'insécurité alimentaire qui, dans leur lutte pour la survie, vont exploiter les ressources

naturelles sans tenir compte des cycles naturels de régénération, ce qui entraîne la déforestation, la désertification et/ou la dégradation des terres.

Les données de base requises pour faire les simulations englobent la répartition par âge et par sexe de la population en fonction du niveau d'alphabétisation, du lieu de résidence (urbain/rural) et de la situation de la sécurité alimentaire. La combinaison de ces trois caractéristiques permet de distinguer huit différents sous-groupes de la population sur lesquels les projections sont faites de manière indépendante, à partir de techniques démographiques multi-états.

La fonction de répartition alimentaire entre population rurale et urbaine est également un élément fondamental du modèle. Celui-ci reconnaît que même lorsque la quantité totale de production alimentaire disponible pour la population est théoriquement suffisante pour que chacun bénéficie de la ration minimale nécessaire, la répartition de la production alimentaire est souvent inégale. Cette inégalité résulte du fait que certaines personnes ont un pouvoir d'achat plus élevé que d'autres ou ont un accès privilégié à la production alimentaire, grâce à d'autres moyens. Il s'ensuit que certaines personnes demeurent dans l'insécurité alimentaire, même lorsque la quantité totale de production alimentaire destinée à la consommation est au-dessus du minimum. En raison de l'absence de données, la fonction de répartition alimentaire requiert une approximation, par le biais d'une fonction de répartition des revenus, qui peut être dérivée des enquêtes sur les revenus des ménages qui existent pour un certain nombre de pays africains.

A partir de ces données de base, on peut fixer un certain nombre de variables de scénarios ayant trait à la population (niveaux de fécondité et de mortalité), au développement (taux de transition dans l'éducation), à l'agriculture (utilisation d'engrais et d'outillage mécanique, pertes de produits alimentaires lors de la production ou du transport, importations et exportations de produits

alimentaires) et faire des projections sur le pourcentage de la population bénéficiant d'une sécurité alimentaire ou non, dans des conditions données.

Puisque tous les résultats des projections et estimations sont stockés dans une base de données, toute pyramide de population ou tranche d'âge de la population de n'importe lequel des huit sous-groupes peut être montrée pour n'importe quel point dans le temps. Le modèle offre également des résultats graphiques prédéfinis que la plupart des utilisateurs trouveront satisfaisants. Ces résultats graphiques englobent des courbes temporelles comparant des scénarios applicables à chaque sous-groupe défini de la population ou à l'ensemble de la population, et des courbes comparant les sous-groupes pour tout scénario défini. En outre, on peut facilement générer des pyramides d'âge animées pour chaque sous-groupe de la population.

### **suite de page 25**

agricoles de l'agent chargé de la distribution de préservatifs et de contraceptifs; b) s'occuper des enfants des agents féminins lorsqu'elles sont au travail; c) faire en sorte que les volontaires, ainsi que leurs familles, bénéficient gratuitement des services du Ministère de la santé. Pour des raisons de viabilité,

### **Qui peut utiliser le PEDA?**

Le PEDA est conçu pour être utilisé à deux niveaux différents. L'initialisation du modèle pour un pays donné constitue une entreprise d'envergure qui requiert les connaissances d'un expert. Toutefois, une fois que le modèle a été initialisé pour un pays particulier, toute personne ayant des connaissances de base en informatique et en démographie peut facilement faire des projections et tester l'effet de scénarios de politiques alternatives en matière de sécurité alimentaire des populations.

*Pour toute information supplémentaire sur le modèle PEDA et ses applications, s'adresser au Centre de coordination du PEDA, DSADD de la CEA, P.O. Box 3001, Addis-Abeba, Ethiopie, Fax (251) 1 51 44 16, courrier électronique : [peda.uneca@un.org](mailto:peda.uneca@un.org)*

il est d'une importance capitale qu'une solution raisonnable, opérationnelle et économique soit trouvée, ce qui ne peut se faire que dans le cadre d'une véritable consultation avec les partenaires de CARE, notamment avec la communauté elle-même.

# Note sur le vieillissement

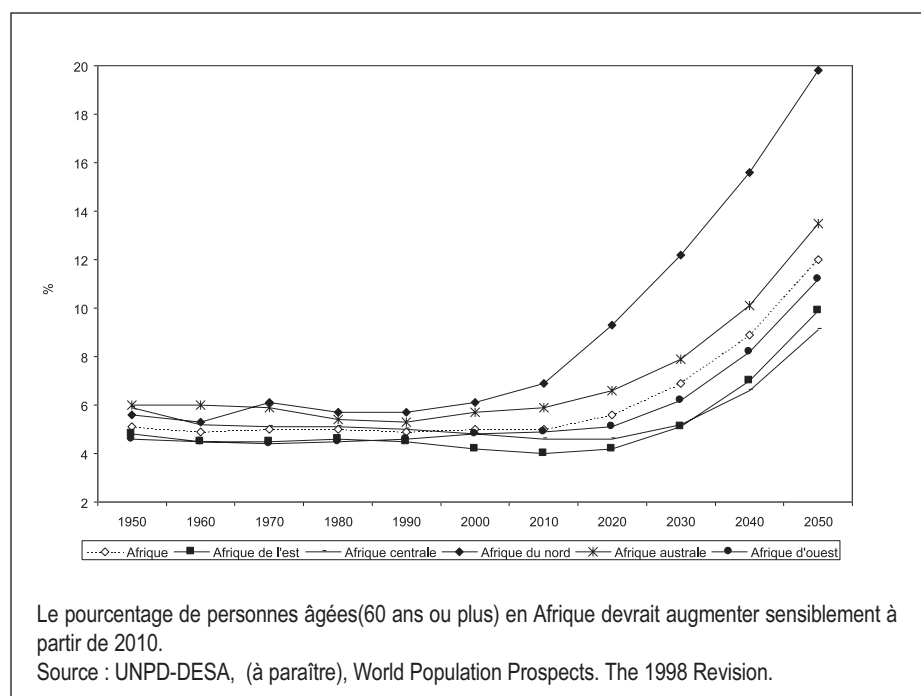
Dans le passé, les problèmes relatifs au vieillissement en Afrique suscitaient peu d'intérêt. Tout d'abord, le pourcentage de personnes âgées en Afrique est resté stable pendant presque cinquante ans et, en second lieu, les personnes âgées étaient généralement prises en charge à travers les structures familiales traditionnelles et les liens d'assistance mutuelle. Ce système est désormais remis en cause. Premièrement, le pourcentage de personnes âgées devrait s'accroître de 5 à 12% dans les 50 années à venir. Deuxièmement, en raison de la baisse de la croissance démographique, de la pauvreté croissante et des décès induits par le VIH/SIDA, les personnes âgées ne pourront plus compter comme auparavant sur leurs enfants ou sur la famille élargie pour les aider.



des problèmes auxquels les personnes âgées vont devoir faire face. Lors de la première réunion du Comité du développement durable, tenue au siège de la CEA à Addis-Abeba en janvier de cette année, la question du vieillissement a été soulevée lors de l'évaluation du PA-

économiques et sociaux aux personnes âgées.

Au nombre des pays africains qui ont commencé à résoudre les problèmes de vieillissement, on compte l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Ile Maurice, et le Zimbabwe. Le Gouvernement du Botswana<sup>1</sup> a déclaré son intention de commander une étude sur les besoins des personnes âgées et les soins en leur faveur. Cette étude devrait le guider dans la définition d'une politique sur le vieillissement de la population. De même, le Gouvernement de l'Ile Maurice<sup>2</sup> a pris des initiatives en vue de l'intégration des personnes âgées à la société. Ces initiatives englobent la création d'un Conseil des personnes âgées (1996) et l'organisation d'activités axées sur le bien-être des personnes âgées. Le gouvernement a également mis en place un Comité national de coordination qui doit préparer un livre blanc sur les incidences du vieillissement et soumettre des propositions d'action. Comme au Botswana, la politique nationale de population du Zimbabwe commence à résoudre les questions de vieillissement et permet de dresser une liste des stratégies à mettre en oeuvre. Celles-ci englobent la mise en place d'une législation sur les soins aux personnes âgées, l'octroi d'une certaine forme d'assistance publique aux personnes âgées ne bénéficiant pas de pension, l'offre de ressources appropriées aux personnes âgées s'occupant d'orphelins du SIDA et l'identification des moyens permettant aux personnes âgées de continuer à apporter une contribution effective à la vie économique, culturelle et sociale de leurs familles et de leurs communautés.



Les Nations Unies ayant déclaré 1999 année des personnes âgées, une occasion est ainsi offerte de plaider en faveur d'actions permettant de résoudre certains

CIPD+5. Cependant, il a également été reconnu que la plupart des pays africains n'ont pas de politiques ou de programmes offrant des services sanitaires,

*Un site des Nations Unies consacré à l'Année internationale des personnes âgées, 1999, peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/>*

1 « Botswana Country Report », Ministry of Finance and Development Planning, Government of Botswana, March 1999 », présenté à la Conférence pour la sous-région de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe de suivi du Sommet mondial pour le développement social (Nairobi, Kenya 15-17 mars 1999).

2 « Country Statement », République de Maurice, présenté à la Conférence mentionnée dans la note ci-dessus.

# Mutilations génitales féminines : faits observés à partir d'enquêtes démographiques et de santé<sup>1</sup>

Bien que les mutilations génitales féminines (MGF) aient retenu l'attention à l'échelle internationale au cours de ces dernières années, il y a eu peu de recherches sur l'ampleur de cette pratique et sur la solidarité entre femmes à ce sujet. Jusqu'aux années 90, seul le Soudan disposait de données d'enquêtes à grande échelle sur les MGF. Toutefois, de récentes enquêtes démographiques et de santé (DHS) offrent quelques-unes des premières données nationales représentatives sur les MGF (l'expression utilisée dans les rapports d'EDS est : mutilations génitales féminines). La première EDS à inclure des questions relatives aux MGF a été conduite dans le Nord du Soudan, entre 1989 et 1990. Depuis lors, des informations sur les MGF ont été collectées en République Centrafricaine, en Côte d'Ivoire, en Egypte, en Erythrée, au Mali, en Tanzanie et au Yémen.

Pour les entretiens concernant les MGF, les EDS utilisent des termes reconnus dans un certain nombre de langues. En général, les EDS utilisent l'expression «mutilations génitales féminines» pour décrire des procédés médicalement inutiles, qui impliquent une ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie), une ablation du clitoris et une ablation partielle ou totale des petites lèvres (excision), ou une ablation complète de tout organe génital extérieur avec suture ou rétrécissement de l'ouverture vaginale (infibulation). Cette classification repose sur une typologie des procédés de mutilation génitale élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La typologie de l'OMS englobe également une quatrième catégorie qui recouvre un ensemble de procédés douloureux tels que le perçage, le rétrécissement ou l'élargissement des organes génitaux féminins.

## Prévalence

Dans les pays où des enquêtes ont été menées, les MGF sont une pratique courante. Ces procédés sont pratiquement universels chez les femmes en Egypte, en Erythrée, au Mali et dans le Nord du Soudan. Dans ces pays, environ neuf femmes sur dix connaissent une ablation d'au moins une partie de leurs organes génitaux extérieurs. Les MGF sont une pratique moins courante en Côte d'Ivoire et en République Centrafricaine (RCA), avec des niveaux de prévalence de 43% chez les femmes de 15 à 49 ans. Il n'y a pas eu de collecte de données sur la prévalence au Yémen. Ces pratiques touchent un nombre substantiel de femmes et de filles. L'application des niveaux de prévalence à de récentes estimations démographiques des Nations Unies permet de dire qu'environ 30 millions de femmes ont connu une forme ou une au-

Niveaux de prévalence	République centrafricaine 1994-95	Côte d'Ivoire 1994	Egypte 1995	Erythrée 1995-96	Mali 1995-96	Soudan 1989-90	Tanzanie 1996	Yémen 1991-92
<b>Prévalence de MGF (%)</b>	43	43	97	95	94	89	18	nd
<b>Prévalence selon le niveau d'éducation (%)</b>								
Analphabètes	48	55	100	95	94	83	nd	nd
Niveau minimum/Education primaire complète	45	25	100	93	94	98	nd	nd
Education secondaire complète+	23	23	91	92	90	98	nd	nd
<b>Prévalence selon le lieu de résidence (%)</b>								
Milieu urbain	40	40	94	93	90	93	10	nd
Milieu rural	46	45	100	95	96	87	21	nd
<b>Prévalence selon la religion (%)</b>								
Musulmanes	50	80	98	99	94	90	nd	nd
Chrétiennes	43	16	88	92	85	47	nd	nd
Religions traditionnelles/autres	42	39	nd	nd	90	nd	nd	nd
<b>Prévalence selon l'âge des personnes interrogées (%)</b>								
15-19	35	35	98	90	93	87	14	nd
20-24	43	42	98	94	94	90	16	nd
25-29	44	48	97	95	94	89	20	nd
30-34	44	47	96	96	95	90	21	nd
35-39	48	44	97	97	94	89	19	nd
40-44	51	45	97	96	94	89	21	nd
45-49	53	44	97	97	92	91	22	nd

Source: DHS

nd : données non disponibles

<sup>1</sup> Dans les rapports des DHS, la terminologie utilisée est 'female genital cutting'.

tre de mutilation dans les pays où des enquêtes ont été menées. Vingt-et-un millions d'autres filles âgées de moins de 15 ans auraient déjà subi des mutilations ou seraient sur le point d'en subir.

Dans la plupart des pays étudiés, les plus jeunes femmes semblent pratiquement aussi exposées à ces procédés que leurs mères avant elles. Une comparaison des niveaux de prévalence entre groupes d'âge de femmes de 15 à 49 ans montre peu ou pas de baisse dans la pratique de mutilations génitales. La RCA est le seul pays qui présente une baisse légère, mais continue, de prévalence entre groupes d'âge. La prévalence chez les femmes âgées de 20 à 24 ans y est de 43%, contre 53% chez celles âgées de 45 à 49 ans.

En l'absence de données nationales, certains chercheurs ont pu avancer que ces pratiques sont plus répandues dans les couches les plus défavorisées de la population. Toutefois, il ressort des EDS que dans les pays ayant un niveau de prévalence élevé, il n'y a pas de différences fondamentales concernant les niveaux des MGF en fonction du niveau d'éducation ou du lieu de résidence. Par exemple, la prévalence chez les Égyptiennes ayant reçu une éducation secondaire est de 91%, contre 100% chez les analphabètes. De même, la différence entre femmes urbaines et rurales est minime, avec des niveaux de prévalence de 94 et 100%, respectivement. En RCA et en Côte d'Ivoire, pays qui ont les niveaux de prévalence les plus bas, les familles qui offrent une éducation à leurs filles semblent moins enclines à respecter ces traditions. Dans les deux pays, les niveaux de prévalence chez les femmes ayant au moins reçu en partie une éducation secondaire est de 23%. Par contre, les niveaux de prévalence chez les femmes les moins éduquées varient de 45 à 55%. Comme dans les pays ayant un niveau élevé de prévalence, toutefois, il n'y a pas de différences fondamentales entre les femmes urbaines et les femmes rurales.

Dans les pays où les enquêtes ont été menées, les musulmanes subissent plus facilement une forme ou une autre de

MGF que les chrétiennes. Même si les MGF sont antérieures à l'Islam et ne reposent sur aucun fondement doctrinal dans les textes primaires de la Loi islamique, elles semblent relever d'une forte tradition culturelle sur certains groupes musulmans. Par exemple, 80% des femmes musulmanes en Côte d'Ivoire ont subi une mutilation, contre 16% de femmes chrétiennes. Les différences les plus frappantes dans la prévalence de MGF selon la religion peuvent être observées en Côte d'Ivoire et au Soudan. Une analyse à variables multiples des données recueillies dans ces deux pays montre une relation statistiquement significative et très forte entre religion et MGF, même après contrôle de l'âge des femmes, de leur niveau d'éducation, et de leur lieu de résidence.

### Types de mutilations génitales féminines

Les données disponibles indiquent que de nombreuses femmes subissent l'ablation d'une partie substantielle de leurs tissus génitaux dans le cadre de ces pratiques. Une étude clinique menée en 1996 en Égypte montre que plus de 70% de la population faisant l'objet de l'étude avaient au moins subi partiellement ou totalement une ablation du clitoris et des petites lèvres. En Érythrée et au Soudan, de nombreuses femmes subissent une infibulation, la forme la plus risquée du point de vue physique et la plus répandue de MGF, qui se traduit par une fermeture de la zone vaginale. Parmi les femmes qui ont subi une MGF, 85% des Soudanaises et 34% des Érythréennes ont affirmé avoir été infibulées.

### Conditions et conséquences sanitaires

La majorité des femmes sont opérées par des tradipraticiens, même si, au Soudan et en Égypte, un nombre important de ces opérations est effectué par des professionnels de la médecine. La tendance vers une médicalisation des MGF semble être en bonne voie en Égypte, les mères optant de plus en plus souvent en faveur de cette solution pour

leurs filles. Chez les Soudanaises, où l'infibulation est la forme de MGF la plus pratiquée, des sages-femmes qualifiées offrent souvent différents choix.

Les problèmes médicaux liés aux MGF constituent une question de santé publique importante. Des estimations prudentes permettent d'affirmer que plus d'un million de femmes en RCA, en Égypte et en Érythrée (les seuls pays dans lesquels de telles données ont été recueillies) ont connu les effets néfastes de ces procédés sur leur santé. Les femmes d'Érythrée et de la RCA sont celles qui ont le plus fait état de tels problèmes. Les femmes de la RCA ont en général fait état d'hémorragies comme complications après leur opération, alors que les Érythréennes ont souvent connu des difficultés concernant l'ablation, à la suite de relations sexuelles ou d'accouchements.

### Attitudes

Le soutien de la plupart des femmes dans les pays à haute prévalence semble bien répandu et bien ancré. En dépit des risques médicaux et de la censure internationale qui accompagnent les MGF, ces procédés bénéficient d'un soutien général et ardent des femmes. Plus de sept femmes sur dix en Égypte, au Mali et au Soudan souhaitent que cette pratique perdure. Dans ces pays, les jeunes femmes ont tendance à exprimer la même opinion que leurs aînées, ce qui laisse penser qu'il existe peu de différences d'attitude entre différentes générations de femmes. En RCA et au Yémen, les femmes, dans l'ensemble, approuvent moins les MGF, les niveaux de soutien étant de 30 et 21%, respectivement. Cependant, le taux de prévalence en RCA est relativement bas (43%).

Au nombre des pays ayant un niveau élevé de prévalence, seul l'Érythrée semble avoir une masse critique d'opposants aux MGF parmi la population adulte, ce qui laisse penser qu'il existe une ouverture à grande échelle au changement. Environ quatre Érythréens sur dix aimeraient voir ces pratiques disparaître. L'opposition est



# Evaluation de l'impact des antennes sanitaires communautaires au Burkina Faso

L'Unité d'enseignement et de recherche en démographie (UERD) est en train de mener un projet de recherche dont l'objectif est d'évaluer les stratégies communautaires de prestation de services de santé en matière de reproduction au niveau de l'antenne sanitaire communautaire de Bazega au Burkina Faso.

L'UERD évalue l'efficacité de deux stratégies différentes : a) amélioration du centre de santé au regard des services de santé en matière de reproduction; b) recrutement et formation d'agents choisis au sein de la communauté locale (agents des services communautaires ou ASC). Dix-huit mois après le début des opérations, l'UERD a fait une évaluation

de leur impact sur la population en général, sur la base d'une conception et d'un protocole de recherche quasi-expérimentale.

Les résultats montrent un accroissement significatif de la prévalence de contraceptifs (de 3,6 à 8%) dans la zone d'intervention des ASC sur la période considérée. Cependant, les niveaux de prévalence demeurent faibles. L'accroissement de la prévalence de contraceptifs n'est pas le résultat d'un accroissement de la demande induite par les ASC, mais plutôt celui d'un accès plus large, en raison de la proximité de la source d'approvisionnement.

L'échantillon sur lequel les recherches ont été menées est constitué

de 1 600 concessions choisies de manière aléatoire (2 000 femmes et 1 500 hommes) et a été conçu pour permettre des recherches dans d'autres domaines de la santé en matière de reproduction, c'est-à-dire les maladies sexuellement transmissibles, y compris le SIDA, les mutilations génitales féminines, les avortements, etc. Une autre évaluation est prévue pour l'an 2000.

*Pour de plus amples informations sur ce projet, s'adresser à : UERD, Université de Ouagadougou, B.P. 7118, 03 Ouagadougou, Burkina Faso, Facsimilé : +(226) 36 21 38, courrier électronique [uerdmw@fasonet.bf](mailto:uerdmw@fasonet.bf).*

---

## **suite de page 31**

particulièrement forte au sein des couches urbaines et instruites de la population.

Bien que le niveau d'opposition chez certaines personnes interrogées soit assez fort, il est difficile de dire si des attitudes moins favorables se traduisent par des niveaux de prévalence nettement plus bas. Malgré leur opposition personnelle à ces pratiques, un certain

nombre de mères affirment que leurs filles ont subi ou vont subir une forme ou une autre de MGF. Souvent, tout un ensemble de puissants facteurs de blocage, notamment le poids de la tradition et les normes communautaires bien ancrées à l'appui de ces pratiques, empêchent les mères opposées au MGF de laisser leurs filles intactes. Selon les femmes soudanaises opposées à ces pra-

tiques, par exemple, les deux principales raisons de la pérennité de ces pratiques sont la « peur des critiques de la société » et l'« insistance des vieilles femmes ».

*Une version complète de ce rapport est disponible sur le site Web d'EDS à l'adresse suivante : <http://www.macoint.com/dhs/news/fgc.html>.*

---

# Le PNUE et le FNUAP signent un accord en vue de renforcer la coopération

Les chefs de secrétariat du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont signé un mémorandum d'accord en avril, dont le but est de renforcer la coopération entre les deux programmes dans des domaines d'une importance capitale pour le développement durable. Signé par les directeurs exécutifs des deux organisations (M. Klaus Toepfer et M<sup>me</sup> Nafis Sadik), l'accord est dicté par le souci d'examiner les questions concernant la relation entre population, ressources naturelles, environnement et bien-être.

Avec une population mondiale qui devrait atteindre les 6 milliards en octobre 1999 et la pression continue sur la capacité de charge de la planète due aux modèles de consommation non durables, à l'exode rural et à l'urbanisation accélérée, il incombe aux deux principaux programmes des Nations Unies dans ce domaine de collaborer et de renforcer, chacun, les activités de l'autre. L'accord couvre trois grands domaines de coopération : conseils techniques et recherche; plaidoyer, sensibilisation, éducation et formation des populations; et, renforcement de la coordination dans le cadre des différents mécanismes interagences des Nations Unies.

En signant l'accord, M. Toepfer a fait observer que «la stabilisation de la population est de plus en plus perçue comme un élément essentiel de la préservation de l'environnement aux niveaux local,



*Dr. Nafis Sadik*

national et mondial. De même, les modèles de consommation et de production équilibrés qui favorisent une utilisation durable des ressources et empêchent la dégradation de l'environnement sont perçus comme des éléments clés d'une approche intégrée en vue d'atteindre les objectifs des pays en matière de population et de développement. Ce nouvel accord permettra au PNUE et au FNUAP de mieux comprendre la complexité des questions en jeu et de faciliter, ainsi, la recherche de solutions». Mme Sadik a, quant à elle, dit qu'«il est impératif d'adopter une approche globale pour relever les défis mondiaux complexes. La croissance démographique mondiale actuelle, les pressions sur l'environnement et les ressources naturelles, qu'il s'agisse de l'eau, des terres, de l'air ou de l'énergie, exigent une mise en commun de nos expériences et de notre esprit d'anticipation. L'édification d'un meilleur avenir, aussi

bien pour les pays développés que pour les pays en développement, appelle une action urgente et une participation à l'échelle mondiale. Nos efforts conjoints permettront à nos deux organisations de toucher le plus grand nombre, afin de promouvoir des politiques nouvelles et durables pour l'avenir. La durabilité est la clé des problèmes aussi bien démographiques qu'environnementaux. L'avenir de la planète terre et de ses populations repose sur les décisions que nous prenons aujourd'hui : les questions démographiques et environnementales sont intimement liées et doivent être abordées comme telles».

L'accord ne constituera pas simplement un engagement conjoint en faveur de la coopération à l'appui des missions complémentaires du PNUE et du FNUAP, mais aussi un cadre à partir duquel des initiatives spécifiques de coopération pourront être développées en vue de leur mise en oeuvre pratique sur le terrain. Il répond également à l'appel des Etats pour une plus grande efficacité de la coopération au sein du système des Nations Unies, fondée sur l'avantage comparatif des deux organisations.

*Contact : Corrie Shanahan, FNUAP, fac-similé : (212) 557-6416, courrier électronique : shanahan@unfpa.org, ou Maaïke Jansen, PNUE, tel: (212) 963-8151, courrier électronique : jansen@un.org.*

# Rapport spécial de la FAO sur les perspectives de l'alimentation en Afrique subsaharienne

Bien qu'une bonne partie de l'Afrique subsaharienne continue de connaître de meilleures perspectives en matière d'alimentation et de production agricole, un rapport spécial de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) tire la sonnette d'alarme sur les guerres et troubles civils qui demeurent une menace contre la sécurité alimentaire dans bon nombre de pays de la sous-région. Des conditions climatiques défavorables aggravent la situation dans certaines zones.

L'Angola est peut-être le pays le plus touché par les troubles civils, les perspectives de l'alimentation y étant extrêmement sombres cette année, en raison de la reprise des combats entre les forces gouvernementales et les rebelles de l'UNITA, juste après le début de la campagne agricole actuelle. Il est fait état de déplacements à grande échelle des populations des zones rurales, avec leur cortège de familles qui abandonnent leurs champs et leurs maisons pour se réfugier dans les villes tenues par les forces gouvernementales ou dans les pays voisins. Certains rapports font état d'un dépeuplement systématique des campagnes angolaises. La production alimentaire de l'Angola en 1999 devrait baisser considérablement et le pays aura besoin d'une importante assistance alimentaire. En raison de l'insécurité générale et des mines antipersonnelles, la distribution des secours devra se faire par transport aérien, ce qui est coûteux.

En Somalie, six mauvaises récoltes consécutives causées par des conditions climatiques défavorables et aggravées par les troubles civils et l'insécurité ont débouché sur la mort de famine de nombreuses personnes et une malnutrition très répandue. Les activités économiques et commerciales ont été mises en veilleuse, en particulier dans le sud, et de nombreuses personnes errent

en quête de nourriture et pour échapper aux combats entre factions rivales. La FAO estime que plus d'un million de personnes sont confrontées à une pénurie alimentaire, dont 400 000 sont sous la menace d'une famine, et cette situation appelle la communauté internationale à concevoir des moyens pour toucher une population désespérée de plus en plus nombreuse, pendant que la distribution des secours continue d'être sérieusement mise à mal par l'insécurité. Il y a également un besoin urgent de semences pour les cultures de la saison du Gu, qui démarre à peine.

Au Soudan, malgré une récolte record de céréales en 1998, la situation alimentaire dans le sud demeure précaire, avec quelque 2,36 millions de personnes ayant besoin d'une assistance alimentaire d'urgence, en raison du conflit civil qui y fait rage depuis longtemps.

En Ouganda, on fait état de graves pénuries alimentaires dans le sous-comté de Kifamba, dans le district de Rakai, suite à une série de mauvaises récoltes. Dans les districts Nord de Gulu et Kitgum touchés par les troubles civils, le rapport affirme que la reprise des combats s'est traduite par une détérioration des conditions de sécurité. Une assistance alimentaire internationale continue d'être fournie à environ 400 000 personnes déplacées de ces zones.

Dans la région des Grands Lacs (Burundi, Rwanda, République du Congo et République démocratique du Congo), le rapport qualifie la situation alimentaire de précaire, ajoutant que les efforts en vue d'accroître la production alimentaire sont annihilés par l'insécurité qui y persiste, les violences sporadiques et les mauvaises conditions climatiques. Le Burundi a souffert de sécheresses ayant entraîné une baisse de la production de céréales et de légumes à gousses, même si celles des autres produits

agricoles tels que les racines, tubercules et bananes a été satisfaisante. Concernant la sécurité, cependant, la situation demeure très instable. Les problèmes alimentaires sont particulièrement graves pour environ 550 000 personnes qui vivent encore dans des camps de regroupement, en raison de l'insécurité persistante et des violences sporadiques. L'aide alimentaire nécessaire pour porter secours à environ 300 000 personnes en 1999 est estimée à 50 000 tonnes.

Aussi bien en République démocratique du Congo qu'en République du Congo, la situation alimentaire est difficile, se détériorant de manière spectaculaire dans les capitales des deux pays. Les prix des produits alimentaires sont montés en flèche. Une récente enquête auprès de familles de la banlieue de Kinshasa montre que 90% des dépenses quotidiennes des ménages sont consacrées à la nourriture.

Les effets néfastes du conflit entre l'Erythrée et l'Éthiopie commencent à se faire sentir dans les activités agricoles et commerciales. La situation alimentaire dans les zones frontalières est devenue difficile, en particulier pour quelque 100 000 personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, qui fuient les combats et pour 60 000 qui sont retournées en Erythrée d'Éthiopie, abandonnant leurs champs et leur patrimoine. En dépit de l'exceptionnelle récolte de céréales de 1998, suffisante pour dégager des surplus exportables, la situation alimentaire en Éthiopie est critique pour 3 millions de personnes défavorisées, dont des éleveurs des zones touchées par la sécheresse ou par le conflit.

La violence récurrente et l'insécurité générale assombrissent les perspectives de l'alimentation pour 1999 en Sierra Leone et en Guinée-Bissau. Freetown



souffre encore de graves pénuries de produits alimentaires et de carburant. Toutefois, les activités économiques reprennent le dessus, avec le retour des commerçants et la réouverture des banques. Mais du fait que la plupart des membres du personnel des organismes internationaux humanitaires ne sont pas encore retournés dans le pays, certaines activités de réhabilitation agricole, y compris la distribution de semences et engins agraires, seront très limitées. La production alimentaire pour la prochaine saison, qui démarre en avril, devrait être très réduite. Au Libéria voisin, la relance de la production agricole et de la fourniture de produits alimentaires devrait se poursuivre en 1999, suite à l'amélioration des conditions de sécurité.

La deuxième récolte de *vuli* en Tanzanie a connu une baisse considérable dans le Nord et sur la côte, en raison de pluies tardives et d'une pluviométrie inférieure à la normale. Même si la production de *vuli* ne compte que pour 17% de la production céréalière nationale, sa part dans l'approvisionnement alimentaire annuel des ménages vivant dans les régions de production est très

importante. On estime que le nombre de personnes ayant besoin d'une assistance alimentaire en Tanzanie est passé à environ un million.

Dans la région centrale du Mozambique, les inondations consécutives aux pluies torrentielles de la fin du mois de février ont ravagé de nombreuses zones exposées d'habitude à la sécheresse, occasionnant des morts, des pertes de production et de biens. Environ 40 000 ha de terres arables ont été touchées par les inondations, ainsi que plus de 70 000 personnes. Néanmoins, les perspectives de l'alimentation sont bonnes.

Dans d'autres zones de l'Afrique australe, les perspectives de récoltes sont généralement bonnes. On peut s'attendre à une relance de la production en Afrique du Sud, au Zimbabwe et en Zambie; les récoltes devraient être bonnes à Madagascar, au Malawi et au Swaziland. La production céréalière de la sous-région en 1999 devrait être supérieure à celle de 1998, qui était estimée à 18,3 millions de tonnes, c'est-à-dire 15% en dessous de la moyenne.

En Afrique de l'Ouest, les perspectives de l'alimentation pour 1999 sont

généralement bonnes, en particulier dans les pays sahéliens, suite à des récoltes records. Plusieurs pays disposent d'excédents céréaliers que les donateurs pourraient acheter et acheminer vers des zones déficitaires à l'intérieur des pays-mêmes, ou vers d'autres pays de la sous-région.

Le rapport estime que pour 1998, la production céréalière globale du Burkina Faso, du Cap-Vert, de la Gambie, de la Guinée Bissau, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Sénégal et du Tchad aura atteint un niveau record de 10,4 millions de tonnes, c'est-à-dire 35% au-dessus de celle de 1997 et 20% au-dessus de la moyenne des cinq dernières années.

*Le rapport spécial sur l'Afrique est disponible sur le site Web de la FAO à l'adresse suivante : <http://www.fao.org>, cliquer sur economics, GIEWS et ensuite sur reports. Pour de plus amples informations, contacter : John Riddle, Media Officer, tel : (39) 06 57 05 32 59, courrier électronique : [john.riddle@fao.org](mailto:john.riddle@fao.org).*

## Conférences, réunions et ateliers organisés par la CEA

### Conférence régionale sur la fuite des cerveaux et le renforcement des capacités en Afrique

20-23 septembre, Accra, Ghana. Pour plus de détails, contacter UNECA - ESPD, P.O. Box 3001, Addis Ababa, Ethiopia, Fax (251) 1 51 44 16, courrier électronique: [ecainfo@un.org](mailto:ecainfo@un.org), <http://www.un.org/Depts/eca/>

### Séminaire sur la santé en matière de reproduction des femmes et la sécurité alimentaire des familles

Addis-Abeba, Ethiopie, 10-13 octobre. Pour plus de détails, contacter UNECA - FSSDD, P.O. Box 3001, Addis Ababa, Ethiopia, Fax (251) 1 51 44 16, courrier électronique: [ecainfo@un.org](mailto:ecainfo@un.org), <http://www.un.org/Depts/eca/>

### Réunion du Comité des ressources naturelles, de la science et de la technologie

18-22 octobre, Addis-Abeba, Ethiopie. Pour plus de détails, contacter UNECA - FSSDD, P.O. Box 3001, Addis Ababa, Ethiopia, Fax (251) 1 51 44 16, courrier électronique: [ecainfo@un.org](mailto:ecainfo@un.org), <http://www.un.org/Depts/eca/>

### Forum africain du développement : L'Afrique face aux défis de la mondialisation et l'ère de l'information

25-28 octobre, Addis-Abeba, Ethiopie. Pour plus de détails, contacter Karima Bounemra, UNECA, P.O. Box 3001, Addis Ababa, Ethiopia, Fax (251) 1 51 44 16, courrier électronique: [courrier\\_electronique\\_bounemra.uneqa@un.org](mailto:courrier_electronique_bounemra.uneqa@un.org), <http://www.un.org/Depts/eca/>

### Atelier régional sur les comptes, indicateurs et statistiques de l'environnement

1-5 novembre, Addis-Abeba, Ethiopie. Pour plus de détails, contacter UNECA - DISD, P.O. Box 3001, Addis Ababa, Ethiopia, Fax (251) 1 51 44 16, courrier électronique: [ecainfo@un.org](mailto:ecainfo@un.org), <http://www.un.org/Depts/eca/>

### Préparation de la sixième Conférence régionale africaine : Evaluation de la mise en oeuvre des Plateformes de Dakar et Beijing

23-26 novembre, Addis-Abeba, Ethiopie. Pour plus de détails, contacter UNECA - ACW, P.O. Box 3001, Addis Ababa, Ethiopia, Fax (251) 1 51 44 16, courrier électronique: [ecainfo@un.org](mailto:ecainfo@un.org), <http://www.un.org/Depts/eca/>

## Evénements organisés par d'autres institutions ou organisations

### INDEX 99: the Second Biennial International Conference on Indices and Indicators of Sustainable Development

11-15 July, St.-Petersburg, Russia. Pour plus de détails, contacter Dr. Irina G. Malkina-Pykh; tel: +1 (812) 232-9772; fax: +1 (812) 272-4265; courrier électronique: [malkina@mail.admiral.ru](mailto:malkina@mail.admiral.ru).

### Workshop on Enforcement of and Compliance with Multilateral Environmental Agreements

12-14 July, Geneva, Switzerland. Pour plus de détails, contacter Fay Goode, UNEP; tel: + (41 22) 917 82 90; fax: + (41 22) 917 80 24; courrier électronique: [fgoode@unep.ch](mailto:fgoode@unep.ch)

### Population and the Environment: Modeling and Simulating this Complex Interaction

12-13 August, Rostock, Germany. Pour plus de détails, contacter Dr. Alexia Prskawetz, Max Planck Institute for Demographic Research, Doberaner Strasse 114, 18057 Rostock, Germany, courrier électronique: [fuernkranz@demogr.mpg.de](mailto:fuernkranz@demogr.mpg.de); internet <http://www.demogr.mpg.de/Events/Workshops/popenviron.htm>

### Towards a Society for all Ages. Fourth Global Conference of the International Federation on Ageing

4-9 septembre, Montréal, Canada. Pour plus de détails, contacter the International Federation on Ageing, 425, Viger St. West, Suite 520, Montréal, Québec, N2Z 1W5, Canada. tel: 514 396 3358, fax: 514 396 3378, courrier électronique: [ifa@citenet.net](mailto:ifa@citenet.net).

### Troisième Millénaire: Un monde de Seniors

8-12 Septembre, Paris - La Défense, France. Pour plus de détails, contacter Coordination internationale FIAPA (Albert Magarian), 24 rue d'Anjou, 75413 Paris Cedex 08, France, Tel +(33) 01 44 56 84 50/31, Fax +(33) 01 56 85 35.

## Événements organisés par d'autres institutions ou organisations

### Conference on Displacement, Forced Settlement and Conservation

9-11 Septembre, University of Oxford, U.K.. Pour plus de détails, contacter Dr. Dawn Chatty, Refugee Studies Programme, University of Oxford,; fax + 44 01865 270721; courrier électronique dawn.chatty@qeh.ox.ac.uk

### Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'évaluation de la mise en oeuvre du Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement

27-28 Septembre, New York, Etats-Unis. Pour plus de détails, contacter Deonanan Oodit; tel: +1-212-963-4671; fax: +1-212-963-4260; courrier électronique: oodit@un.org; Internet: <http://www.un.org/esa/sustdev/sids.htm>

### Conference on Sustainable Land Use Management

28 septembre - 1 octobre, the European Ecological Federation and the Ecology Center of the University of Kiel, Germany. Pour plus de détails, contacter Uta Schauerte, Ecology Center, Schauenburgerstraße 112, D-24118 Kiel; tel.: +49-431-880-4022; fax: +49-431-880-4083; courrier électronique: Uta@pz-oekosys.uni-kiel.de; Internet: <http://www.ecology.uni-kiel.de/slm99>

### The Role of NGOs in the 21<sup>st</sup> Century

10-16 octobre, Seoul, Korea. Pour plus de détails, contacter The Tripartite Steering Committee; tel: +82-346-570-7160; fax: +82-346-570- 7156; courrier électronique: ngo99@gip.kyunghee.ac.kr; or tel: +1-212-986-8557; fax: +1-212-986-0821.

### Assemblée générale des Nations Unies : Quatre réunions plénières sur le suivi de l'Année internationale des personnes âgées

octobre-novembre, New York, USA. Pour plus de détails, voir <Http://www.un.org/esa/socdev/iyop/>

### Conférence africaine sur la population

6-10 décembre, Durban, Afrique du Sud. Pour plus de détails, contacter, Martin Bangha, International Organising Committee Secretariat, Union for African Population Studies, B.P. 21007, Dakar Ponty, Senegal, Tel: +(221) 825 59 51, Fax: +(221) 825 59 55, courrier électronique: uepa@cyg.sn.

### Quarante-quatrième session de la Commission sur le statut de la femme

6-24 mars 2000, New York, Etats-Unis. Pour plus de détails, contacter DAW, Room DC2-1216, UN, New York, NY 10017, US; fax: + 1 (212) 963-3463; courrier électronique: timothy@un.org; Internet: <http://www.un.org/womenwatch/daw>

### Eight Session of the Committee on Sustainable Development (CSD)

Printemps 2000. Pour plus de détails, contacter Andrey Vasilyev, Division du développement durable; tel: +1-212-963-5949; fax: +1-212-963-4260; courrier électronique: vasilyev@un.org

### Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the Twenty-First Century. General Assembly Special Session

5-9 June 2000, New York, USA. Pour plus de détails, contacter DAW, Room DC2-1216, UN, New York, NY 10017, US; fax: + 1 (212) 963-3463; courrier électronique: timothy@un.org; Internet: <http://www.un.org/womenwatch/daw>

### Etat de la population mondiale, 1998

New York, FNUAP, 1998

Chaque année, depuis 1978, le FNUAP publie un rapport mettant en relief les nouvelles tendances démographiques. C'est ainsi que plusieurs thèmes ont été couverts récemment : droits en matière de procréation et santé en matière de reproduction; urbanisation; 5 milliards d'habitants sur la planète; population, ressources et environnement; femmes, population et développement. Le rapport de 1998, met l'accent sur la croissance démographique sans précédent des jeunes générations et des plus anciennes. Un nombre plus élevé que jamais de jeunes gens entrent dans une phase de procréation et dans le marché du travail. Au même moment, le nombre et le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans augmentent à un rythme sans précédent. Notre avenir sera modelé par la façon dont les familles et les sociétés feront face aux besoins de ces « nouvelles générations » croissantes, à savoir : éducation et santé, y compris la santé en matière de reproduction des jeunes; assistance sociale, médicale et financière au bénéfice des plus âgés.

*L'Etat de la population mondiale, 1998 et l'Etat de la population mondiale, 1997 sont disponibles en anglais auprès du Service des publications des Nations Unies, DC-2, pièce 853, New York, NY 10017, Etats-Unis. Pour de plus amples informations, envoyer un courrier électronique à : publications@un.org ou un fac-similé au (212) 963-3489. Pour les commandes des éditions en arabe, espagnol ou français, contacter Joaquin@unfpa.org.*

### Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry. Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action

New York, UNFPA, January 1999

De juin à août 1998, le FNUAP a mené une enquête mondiale dans les pays en développement et les pays développés, dans le cadre de son évaluation quinquennale de la mise en oeuvre du PA-CIPD. L'enquête a mis l'accent sur les dimensions opérationnelles des programmes de population et de santé en matière de reproduction, l'objectif étant d'évaluer les progrès accomplis et les obstacles rencontrés au niveau national depuis la CIPD. Cent-quatorze réponses ont été reçues des pays en développement et des économies en transition, et 18 des pays développés. Les résultats de l'enquête offrent des preuves solides de l'impact mondial du PA-CIPD. Ils montrent que certains progrès ont été accomplis dans plusieurs domaines clés, en particulier les politiques de promotion de la femme, la qualité des soins de santé en matière de reproduction, les services de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, et le renforcement des partenariats avec la société civile. En outre, la question de la santé en matière de reproduction des adoles-

cents semble avoir émergé comme une préoccupation majeure de bon nombre de pays, débouchant sur un nombre plutôt limité, mais explicite, d'initiatives dans ce domaine. D'autre part, la grave pénurie de ressources financières et humaines combinée à une multitude de facteurs institutionnels et socio-culturels, constituent des obstacles à la pleine mise en oeuvre du PA-CIPD. Ces contraintes sont fréquemment citées dans tous les domaines d'activité. Toutefois, les politiques et mesures législatives prises depuis la CIPD dans de nombreux pays offrent de nouvelles opportunités pour améliorer véritablement l'existence des populations par le biais d'actions débouchant sur une mise en oeuvre plus poussée du PA-CIPD.

*FNUAP, 220 EAST 42<sup>nd</sup> Street, New York, NY 10017, Etats-Unis*

### Rapport économique sur l'Afrique : La problématique de la lutte contre la pauvreté et de la viabilité économique

Division des politiques économiques et sociales, CEA, 1999.

Comme par le passé, cette édition du Rapport économique sur l'Afrique passe en revue les performances économiques des pays de la région au cours de l'année écoulée et examine les perspectives à court et à moyen terme. Mais contrairement au passé, les performances de l'année écoulée et le défi que doivent relever les décideurs politiques africains sont évalués dans la perspective de la réduction de moitié de la pauvreté dans les 15 prochaines années. Pour la quatrième année consécutive, le PIB de l'Afrique a connu une croissance plus rapide que celle de la population, ce qui représente un fort contraste par rapport à quinze ans de baisse du revenu par tête d'habitant. Cette croissance du PIB de 3,3%, contre 2,9% en 1997, constitue le taux le plus élevé de toutes les régions du monde. Toutefois, les performances économiques globalement positives de l'Afrique n'ont pas été les mêmes à travers le continent et le niveau de la croissance ne suffit pas encore pour produire un impact significatif sur la pauvreté. Pour réduire la pauvreté de moitié dans les 15 prochaines années, l'Afrique doit parvenir à un taux de croissance moyen de 7% par an et le maintenir. Les conditions climatiques et l'environnement économique extérieur constituent les deux facteurs exogènes déterminants d'une future croissance.

Outre le passage en revue des performances économiques de la région en 1998, le rapport met l'accent sur la viabilité des économies africaines. Pour assurer le suivi des performances et de la viabilité, trois indicateurs ont été mis au point par la CEA : l'indice de performance annuelle, l'indice de viabilité économique et l'indice de la politique économique. L'analyse de ces indicateurs montre que même les pays africains qui entament une relance ne disposent, dans la durée, que d'une faible marge de manoeuvre pour soutenir la croissance et le

développement. Par conséquent, le principal défi à relever consiste à concevoir et à réorienter les politiques publiques, en vue de parvenir à un certain niveau de performance et de le maintenir pour arriver à éradiquer la pauvreté à long terme.

*Pour de plus amples informations, contacter : UNECA-ESPD, B.P. 3001, Addis-Abeba, Ethiopie, fac-similé (251) 1 51 44 16, courrier électronique : [ecainfo@un.org](mailto:ecainfo@un.org).*

**Reproductive Health in Policy & Practice**  
**Lori Ashford and Carolyn Makinson, Washington,**  
 Population Reference Bureau, 1999.

Pour évaluer la mise en oeuvre du Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, des chercheurs de haut niveau du Brésil, d'Inde, du Maroc et de l'Ouganda ont mené des études de cas par pays. Ce rapport englobe ces études de cas et offre également une analyse de la manière dont les ressources ont été mobilisées et réparties pour soutenir les programmes de santé en matière de reproduction. Les différents rapports sur le Brésil, l'Inde, le Maroc et l'Ouganda sont également disponibles. Les rapports sur le Maroc et le Brésil sont également disponibles respectivement en français et en portugais.

*Les commandes peuvent être adressées au Population Reference Bureau, 1 875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington D.C. 20009-5728, Etats-Unis, courrier électronique : [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org). Le texte complet du rapport est également disponible sur l'Internet à l'adresse suivante : <http://www.prb.org>*

**African Development Indicators 1998/99**

Herndon, The World Bank

Cette collection statistique révisée et augmentée offre une série détaillée de données sur l'Afrique en un volume. Elle présente des données sur 53 pays africains, regroupées en 300 tableaux ou matrices différents pour plus de 350 indicateurs du développement. Plus de 20 graphiques permettent d'interpréter les données. Les indicateurs sont regroupés en 15 chapitres couvrant les données de base, les comptes nationaux, les prix et les taux de change, la monnaie et les banques, le secteur extérieur, la dette extérieure et les flux y relatifs, les financements publics, l'agriculture, l'électricité, les communications, les transports, la main-d'oeuvre et l'emploi, les entreprises publiques, les flux d'aide, les indicateurs sociaux, les indicateurs environnementaux, et les indicateurs du bien-être des ménages. Chaque chapitre comprend une brève introduction sur la nature des données et sur leurs limites, suivie de notes techniques définissant les indicateurs et identifiant des sources spécifiques. La plupart des indicateurs présentent les

données par année, pour la période allant de 1980 à 1997. Plusieurs indicateurs comprennent également des moyennes et des taux de croissance moyens pour trois périodes récentes. Des efforts considérables ont été consentis pour harmoniser les données et faciliter les comparaisons entre pays.

*The World Bank, P.O.Box 960, Herndon, VA 20172-0960, Etats-Unis, fac-similé (703) 661-150, courrier électronique : [books@worldbank.org](mailto:books@worldbank.org), Internet : <http://www.worldbank.org/>*

**World Population Profile: 1998. With a Special Chapter Focusing on HIV/AIDS in the Developing World.**

U. S. Bureau of Census. Report WP/98, U. S. Government Printing Office. Washington DC, March 1999.

*World Population Profile: 1998* est le tout dernier répertoire de données et d'analyses sur la démographie, la fécondité, la mortalité, l'utilisation de contraceptifs et des sujets connexes à la démographie du Bureau du recensement des Etats-Unis. La section du Rapport intitulée *Special Focus* offre une mise à jour sur l'une des principales questions internationales en matière de santé et de démographie : l'épidémie mondiale du VIH/SIDA.

*International Programs Center, Population Division, U. S. Census Bureau, Washington, DC 20233-8860 USA, Fax (301) 457-1539, courrier électronique : [prowe@census.gov](mailto:prowe@census.gov). Le Rapport peut également être téléchargé à partir du site Internet <http://www.census.gov/ipc/www/wp98.html>*

**Beyond Malthus. Nineteen Dimensions of the Population Challenge**

Lester R. Brown, Gary Gardner and Brian Hallwell, Norton.Ww, March 1999

L'énorme pression démographique se fait sentir : alors que les gouvernements luttent pour faire face à la nécessité d'éduquer les enfants, de créer des emplois et de régler les problèmes liés aux effets de la croissance démographique, toute nouvelle menace telle que VIH/SIDA ou l'épuisement de la nappe d'eau peut rapidement prendre des proportions désastreuses. Avec l'accroissement des taux de mortalité en Afrique, qui rappelle davantage la nuit des temps que le millénaire radieux auquel beaucoup s'attendaient, les pays de ce continent font marche arrière vers un stade démographique qu'ils ont connu auparavant, avec des taux de mortalité et de natalité élevés et, en fin de compte, un taux de croissance démographique bas. L'évolution de la situation dans bon nombre de pays pourrait laisser libre cours à la spirale d'instabilité politique et de déclin économique.