



Commission Economique  
des Nations Unies pour l'Afrique



27017  
e-1  
UNDP

Programme des Nations Unie  
pour le Développement

Distr.: GENERALE

ECA/UNDP/WSSD/NA/3

FRANÇAIS

Original: ANGLAIS

Conférence sous-régionale de suivi du Sommet  
mondial pour le développement social:  
sous-région de l'Afrique du Nord

Marrakech (Maroc)  
23 - 25 mars 1999

**Progrès accomplis dans la  
réalisation des objectifs  
du secteur social**

Notes

\* le présent document n'a pas été revu par les services d'édition;

\* Ce document est une contribution de l'UNICEF, Bureau Régional  
du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, Amman ( Jordanie).

## I. INTRODUCTION

### 1. *Vue d'ensemble*

1. Comme l'a défini la Commission Economique pour l'Afrique (CEA), la sous-région de l'Afrique du Nord est composée de 7 pays avec une population totale de 167 millions en 1997, dont près de la moitié – 74 millions – est représentée par des enfants de moins de 18 ans. Que la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA), qui se compose de 20 pays caractérisés par une grande diversité, puisse réaliser les objectifs de cette fin de décennie avant la fin de l'an 2000, dépendra en grande partie des six pays suivants; l'Iran, l'Egypte, le Soudan, l'Algérie, le Maroc et l'Irak. Parmi ces six pays, quatre se situent dans la sous-région de l'Afrique du Nord et ces quatre pays représentent 90% des enfants de la sous-région. Ainsi, la réalisation du secteur social dans ces quatre pays de la sous-région est primordiale pour assurer la réalisation des objectifs du SME de l'UNICEF pour les années 90. Puisque l'Iran a déjà accompli des progrès excellents dans la réalisation de ces objectifs, les réalisations dans la sous-région de l'Afrique du Nord feront la différence en ce qui concerne les progrès du secteur social. Les éléments les plus inquiétants dans les pays de la sous-région sont la crise économique incertaine, le conflit civil et la préoccupation concernant la sécurité, qui sont défavorables au développement du secteur social et retardent ou minent le progrès des enfants et des femmes.

2. La population totale dans les 7 pays de la sous-région est passée de 162.3 million en 1995 à 166.9 million en 1997. A l'exception de la Libye, le PNB per capita de tous les autres pays de la sous-région est inférieur à la moyenne mondiale qui est de 5.051 US\$. Le PNB per capita dans la sous-région variait entre 320 US\$ au Soudan et 5.540 US\$ en Libye en 1996. Seuls deux pays avaient un PNB per capita supérieur à la moyenne de la région MENA qui était de 1.710 US\$ en 1995.

3. Lorsque l'on compare la moyenne du PNB per capita qui est de 27.086 US\$ dans les pays industrialisés du monde et celle de 1.710 US\$ dans les pays de la région MENA, il est clair que le PNB de plusieurs pays dans la sous-région est inférieur au quinzième du PNB des pays industrialisés<sup>1</sup>. Donc, la majorité des pays de la région est confrontée à des difficultés économiques graves. Il n'est pas si encourageant de remarquer que la sous-région de l'Afrique du Nord montre une tendance à la baisse au niveau de la croissance économique depuis ces dernières années. Même la Libye, dont le PNB per capita est le plus élevé de la sous-région, a accusé une baisse de la croissance économique principalement provoquée par la chute du prix du pétrole sur le marché international du pétrole et la réduction des exportations de pétrole ces dernières années. Cette situation a entraîné une réduction spectaculaire dans les budgets de la sécurité sociale. Le taux d'inflation annuel au Soudan est passé de 63% en 1995 à 86% en 1997 et une augmentation moins importante de l'inflation a été enregistrée en Algérie passant de 23% en 1995 à 25% en 1997. La pauvreté est en augmentation dans plusieurs pays de la sous-région. La part de la population vivant avec moins de 1 US\$ par jour est de 31% en Mauritanie et 8% en Egypte, alors que dans d'autres pays moins de 5% de la population souffrent de la misère noire. Cependant, la

répartition des revenus dans les pays de la sous-région présente des disparités considérables entre les revenus.

4. Le chômage croissant dans les pays dont la proportion des jeunes est élevée crée non seulement une tension et une insécurité sociales mais contribue également davantage à l'aggravation de la disparité et de la pauvreté<sup>2</sup>. Par exemple, en Algérie, le taux de chômage représente toujours 29.5% de la main-d'œuvre active alors que 70% de ces chômeurs sont à la recherche d'un emploi pour la première fois. Le revenu par capita est passé de 2.389 US\$ en 1995 à 1.520 US\$ en 1997, ce qui a affaibli les mesures de filets de sécurité mises en œuvre pour protéger les pauvres. La pauvreté rurale représente plus de 50% alors que la pauvreté globale touche 19% de la population.

**Tableau 1**  
**PNB per capita, taux de croissance annuelle moyen (%) et taux d'inflation annuel**  
**Sous-région de l'Afrique du Nord**

Pays	PNB per Capita (US\$)		Taux de croissance annuelle moyen (%)		Taux d'inflation annuel (%)	
	1994	1996	1965-80	1990-98	1985-95	1990-96
Algérie	1650	1520	4.2	-1.9	23	25
Egypte	720	1080	2.8	2.2	16	11
Libye	5310	5540	0.0	0.0	ND	ND
Mauritanie	480	470	-0.1	1.7	7	6
Maroc	1140	1290	2.7	0.2	5	4
Soudan	480	320	0.8	0.6	63	86
Tunisie	1790	1930	4.7	1.3	6	5
Monde	4812	5051	3.1	1.5	32	32

Source : Rapports du SEM, 1998, 1999, UNICEF, New York.

5. La sous-région de l'Afrique du Nord se caractérise par des pays ayant des niveaux économiques différents. Le PNB per capita varie de 320 US\$ au Soudan à 5.540 US\$ en Libye. Le PNB per capita de la Mauritanie et du Soudan est inférieur à 500 US\$, dans ces pays où la majorité des pauvres vivent avec un accès minime aux services sociaux dans la sous-région. Presque tous les sept pays de la sous-région n'ont pas réussi à réaliser une croissance économique positive durant ces cinq dernières années, mais l'ont fait avant les années 90. L'Algérie a présenté un taux de croissance négatif et un taux d'inflation élevé, alors que l'Egypte s'est maintenue à 2.2% de taux croissance annuelle de 1990 à 1996. Le Maroc et le Soudan n'ont pas réussi à réaliser ne serait-ce que 1% de taux croissance pendant cette période. Au Soudan, un taux d'inflation annuel très élevé de 86% aggrave davantage la pauvreté et la disparité, qui sont à leur tour défavorables au développement du

<sup>2</sup> 1. Algérie se caractérise par une population jeune, avec 69% de moins de 28.2% de moins de 15 ans. La population scolarisée (5-15) ans représente plus du quart de la population totale. UNICEF Algérie 1999, Rapport Annuel. Voir la composition de la population dans la Sous-région.

secteur social. L’Egypte, la Libye, la Tunisie et le Maroc ont vu leur PNB per capita augmenter durant ces 2 à 3 dernières années alors que celui de l’Algérie, de la Mauritanie et du Soudan a baissé pendant la période de 1994 à 1996.

6. L’Index de Développement Humain (IDH)<sup>3</sup> et les indicateurs économiques de la sous-région confirment que les pays souffrant de la pauvreté accusent des niveaux inférieurs de développement humain. La position des pays dans le Rang de l’IDH comme la Libye (64), l’Algérie (82), la Tunisie (83) sont relativement meilleures comparées au Soudan (145) et à la Mauritanie (149).

7. Ainsi, la croissance élevée de la population, le taux d’inflation élevé et la croissance économique stagnante ou décroissante ont été les facteurs principaux contribuant à l’augmentation du chômage, de la pauvreté et de la disparité dans la sous-région. C’est dans ce contexte que ces pays doivent trouver des solutions en ce qui concerne les jeunes, particulièrement pour ce qui est du chômage et des tensions sociales naissantes dues au conflit civil en garantissant les droits au service social de base aux femmes et aux enfants.

## 2. Dépenses publiques dans le secteur social

8. Parmi les sept pays de la sous-région, les données en pourcentage sur les dépenses du gouvernement central allouées aux secteurs de la santé et de l’enseignement n’étaient disponibles que pour l’Egypte, la Mauritanie, le Maroc et la Tunisie. Parmi les deux secteurs, l’allocation de ressources à l’enseignement est presque le triple de celle à la santé. En ce qui concerne le pourcentage des dépenses du gouvernement affecté à la santé, seule la Tunisie satisfait l’objectif de 5% recommandé par l’OMS. Il faut noter que dans tous les pays sauf l’Egypte, le pourcentage des dépenses du gouvernement affecté à la santé et à l’enseignement est resté constant pendant ces dernières années.

**Tableau 2 :**  
**Pourcentage des dépenses du gouvernement central affecté à :**

Pays	Santé		Enseignement	
	1995	1997	1995	1997
Algérie	ND	ND	ND	ND
Egypte	2	3	12	13
Libye	ND	ND	ND	ND
Mauritanie	4	4	23	23
Maroc	3	3	18	18
Soudan	ND	ND	ND	ND
Tunisie	7	7	18	19

Source : Rapports du SEM, 1997 et 1999

<sup>3</sup> Voir annexe 2 Indices du Développement Humain, (HDI), 1995 et 1998 et Indice classement du développement humain, 1995 et 1998 Sous-Région. D’Afrique du Nord.

9. Les données utilisées dans ce document varient selon les indicateurs sociaux considérés et la disponibilité des données pour couvrir l'étendue de ce document. Depuis le lancement du Sommet Social pour le Développement en 1995, seuls quelques indicateurs possèdent des données adéquates pour effectuer une analyse de la tendance. C'est pourquoi, pour certains indicateurs, des données datant d'avant 1995 ont été utilisées. Le document est organisé de la manière suivante : la Section Deux du document concerne la Mortalité et l'Espérance de Vie et la Section Trois est consacrée à l'étude des progrès accomplis jusqu'ici en ce qui concerne les objectifs relatifs à la Santé et à la Nutrition. Les objectifs concernant le Secteur de l'Enseignement sont abordés dans la Section Quatre. La Section Cinq analyse la réalisation des objectifs concernant l'Eau et l'Hygiène Publique et d'autres questions nouvelles. La Section Six formule quelques conclusions et recommandations.

## II. MORTALITE ET ESPERANCE DE VIE

### 1. *Mortalité des enfants de moins de cinq ans :*

10. Parmi tous les indicateurs de la mortalité, le Taux de Mortalité des Enfants de Moins de Cinq Ans (TMM5) est l'indicateur le plus crucial du bien-être des enfants et dans ce document le taux de progrès accomplis jusqu'à maintenant est essentiellement analysé sur la base de ce taux de survie. Le Tableau 3 montre le TMM5 des années 1960, 1990, 1995 et 1997. L'année de base étant 1960, 1990 le début de la mise en place des objectifs du SME pour les années 90 et 1995 l'année de lancement du Sommet Social. Les données les plus récentes du TMM5 sur les réalisations des objectifs disponibles datent de 1997. De plus, le Tableau 2 fournit également les objectifs du SME calculés sur la base des critères relatifs à la mesure de l'objectif du SME. La dernière colonne du tableau fournit le niveau de réalisabilité de l'objectif avant la fin de l'an 2000 comparé au niveau de réalisation concernant la réduction du TMM5 en 1997.

11. L'indicateur de contrôle pour mesurer les progrès concernant la réduction de la mortalité infantile est le suivant : avant la fin de l'an 2000, réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans au tiers de son niveau en 1990, ou à 70 sur 1.000 naissances vivantes, à savoir le plus bas; et avant 2015 à la moitié. Sur la base de ces indicateurs de 1997, parmi les sept pays de la sous-région de l'Afrique du Nord, trois pays ont déjà réalisé l'objectif de l'an 2000 alors que le Maroc et l'Egypte sont en passe de le réaliser. La Mauritanie et le Soudan doivent fournir beaucoup d'efforts pour progresser vers cet objectif.

12. Une analyse du changement du pourcentage du TMM5 entre 1990 et 1995 indique que l'Egypte (55%), suivie de la Libye (44%) et de la Tunisie (40%) avaient fait des progrès remarquables pour ce qui est de la réduction du TMM5 pendant la première moitié des années 90 reflétant l'impact des interventions du SME dans ces pays. L'Algérie a réduit son TMM5 de 37% pendant la même période et le Maroc et le Soudan de 33%. Le pays de la sous-région ayant fait le moins de progrès est la Mauritanie avec une réduction de 9% seulement du TMM5.

**Tableau 3 :**  
**Mortalité des enfants de moins de cinq ans, objectifs pour l'an 2000**  
**du Sommet Mondial de l'Enfance et niveau de réalisabilité de l'objectif<sup>4</sup>.**

Pays	1960	1990	1995	Changement du % entre 1990 & 1995	1997	Objectifs du SME pour l'an 2000	Niveau de réalisabilité de l'objectif
Algérie	270	98	61	37%	39	65	* Déjà réalisé
Egypte	301	172	78	55%	73	7	Sera probablement réalisé
Libye	269	112	63	44%	25	70	* Déjà réalisé
Mauritanie	321	214	195	9%	183	70	Ne sera probablement pas réalisé
Maroc	265	112	75	33%	72	70	Sera probablement réalisé
Soudan	292	172	115	33%	115	70	Ne sera probablement pas réalisé
Tunisie	254	62	37	40%	33	41	* Déjà réalisé
Moyenne de la région MENA					62		
Moyenne mondiale					87		

Source : UNICEF, Rapports du SEM 1992, 1998 et 1999.

13. Le progrès réalisé depuis 1995 jusqu'à 1997 est représenté principalement par la Libye qui enregistre une diminution du TMM5 de 63/1000 naissances vivantes en 1995 à 25/1000 naissances vivantes en 1997, ce qui représente une réduction de 60%. L'Algérie a maintenue la dynamique en réalisant une réduction de 36% pendant ces deux années, mais aucun autre pays n'a montré un taux de réduction aussi rapide. Tous les autres pays ont fait des progrès de moins de 10% de réduction alors que la Tunisie a réalisé une réduction de 11% du TMM5. Il n'y a pas eu de changement dans le TMM5 au Soudan pendant cette période de deux ans.

14. A la vue de ces tendances, il est clair que 3 pays de la sous-région ont déjà réalisé les objectifs de l'an 2000 alors que deux autres pays vont probablement le faire. Le Soudan pourrait y arriver en fournissant beaucoup d'efforts avant la fin de l'an 2000, mais la Mauritanie doit travailler dur pour y arriver. En ce qui concerne l'objectif de 2015, cinq pays de la sous-région vont très probablement réaliser l'objectif visant la réduction de moitié du TMM5 si la dynamique actuelle est maintenue sans interruption.

## 2. Mortalité Maternelle

15. L'indicateur de contrôle pour mesurer le progrès dans la réduction de la mortalité maternelle est de réduire le Ratio Mortalité Maternelle à la moitié de son niveau en 1990 avant la fin de l'an 2000 et à une autre moitié avant la fin de 2015. Les ratios mortalité maternelle sont relativement élevés dans la sous-région (Tableau 4). Alors qu'il existe des questions méthodologiques quant à l'évaluation du RMM, il est clair d'après les estimations disponibles de l'OMS/UNICEF, et les indicateurs de processus d'accès à un personnel

<sup>4</sup> L'objectif pour l'année 2000 est de réaliser un taux de mortalité de moins de 5 en l'an 2000 pour 705 naissances

médical formé et qualifié et à des Soins Obstétriques de base, qu'il n'y a pas eu de progrès significatif dans plusieurs pays de la région quant à la réalisation de cet objectif.

**Tableau 4 :**  
**Ratio Mortalité Maternelle, 1990-95**  
**Sous-région de l'Afrique du Nord**

Pays	RMM déclaré (par 100,000/naissances vivantes) 1990- 1995	Accès à un personnel médical qualifié (%)
Algérie	220	77
Egypte	160	56
Libye	75	76
Mauritanie	550	40
Maroc	230	43
Soudan	550	69
Tunisie	70	81

Source : SEM 1999, UNICEF, New York.

16. Les facteurs principaux entraînant un RMM très élevé dans la sous-région persistent. Le changement positif dépendra de l'amélioration du statut des femmes, d'une meilleure éducation des femmes, d'un meilleur accès à un personnel médical formé et qualifié, et de la disponibilité des équipements pour les urgences.

### 3. *Espérance de vie à la naissance*

17. L'espérance de vie à la naissance est une manifestation de plusieurs causes sous-jacentes liées aux facteurs relatifs aux services fondamentaux et socio-économiques. Afin d'évaluer de manière intelligible les changements de l'espérance de vie à la naissance, nous avons besoin de données couvrant une période bien plus longue que deux ou trois ans. Cependant, les tendances des changements de l'espérance de vie à la naissance peuvent être reconnus pendant cette courte période. Le Tableau 5 présente la situation de l'espérance de vie à la naissance en 1990, 1995 et 1997.

**Tableau 5 :**  
**Espérance de vie à la naissance en 1990, 1995 et 1997,**  
**Sous-région de l'Afrique du Nord**

Pays	1990	1995	1997
Algérie	65	68	69
Egypte	60	65	66
Libye	62	64	65
Mauritanie	47	53	53
Maroc	62	65	66
Soudan	51	54	55
Tunisie	67	69	69

Source: SEM 1999, UNICEF, New York

18. Parmi les sept pays de la sous-région, cinq pays ont vu leur espérance de vie augmenter. Depuis le début de la décennie, l'espérance de vie a augmenté dans tous les pays de la sous-région. Depuis 1995, la Tunisie et la Mauritanie présentent une situation stagnante, l'espérance de vie en Tunisie étant à un niveau élevé de 69 ans comparé à la Mauritanie, 53 ans. Ainsi, les pays de la Sous-région peuvent être divisés en deux groupes; c'est-à-dire des pays avec des taux d'espérance de vie de moins de 55 et de plus de 66. Il n'y a aucun pays avec une espérance de vie à la naissance entre 55 et 65 ans. C'est un signe clair de disparités au niveau du développement entre les pays dans la sous-région. Le passage de l'espérance de vie à la naissance au Soudan de 54 ans en 1995 à 55 ans en 1997 peut être considéré comme une réussite étant donné les circonstances socio-politiques difficiles qui ont marqué le Soudan récemment, caractérisées par la famine, la sécheresse, les inondations et un déplacement généralisé de la population dû aux tensions et au conflit civil.<sup>5</sup>

19. Mais la stagnation de la Tunisie est difficile à expliquer car le pays a profité de niveaux relativement très bas des taux de mortalité pendant une très longue période. La Mauritanie ressort comme le pays ayant un niveau de mortalité élevé et un niveau d'espérance de vie bas. Dans une analyse plus proche des tendances, on voit clairement que cinq pays de la sous-région (71%) ont déjà réalisé l'objectif de l'an 2000 en atteignant une espérance de vie à la naissance de plus de 60 ans.

### III. SANTE ET ALIMENTATION

#### I. Accès aux services de santé publique

20. Le Tableau 6 montre les populations ayant accès aux services de santé de base dans la sous-région. Quatre pays, la Tunisie, la Libye, l'Algérie et l'Égypte ont atteint un accès presque généralisé de leurs populations aux services de santé. Le Maroc a fait des progrès mais des disparités majeures au niveau de cet accès subsistent entre les populations urbaines et rurales. Cependant, il est évident que le Soudan et la Mauritanie sont confrontés à des défis majeurs pour la généralisation de l'accès aux services de santé de base et il existe une nécessité claire d'accélérer les efforts dans ces pays.

**Tableau 6 : Accès aux services de santé,  
1995 et 1997, sous-région de l'Afrique du Nord**

Pays	Pourcentage de la population ayant un accès
Algérie	95
Égypte	99
Libye	100
Mauritanie	ND
Maroc	62
Soudan	ND
Tunisie	90

Source : OMS EMRO 1997 et UNICEF, MENARO 1998.

<sup>5</sup> Le Soudan enregistre le plus grand nombre de personnes déplacés dans le monde. 4 millions, de graves inondations ont dévasté plusieurs centaines de villages et touché plus d'un million de personnes.

## 2. Vaccination :

21. Depuis 1995, des progrès continuent d'être réalisés dans le cadre de la Vaccination Universelle des Enfants dans tous les pays de la sous-région. Quatre pays, la Tunisie, l'Égypte, la Libye et le Maroc ont réalisé une couverture vaccinale universelle de plus de 90% et les maintiennent. L'Algérie qui a réalisé une couverture universelle de plus de 90% en 1995, éprouve des difficultés à maintenir ces niveaux en raison de la situation actuelle liée à la sécurité. Le Soudan et la Mauritanie sont en retard dans la réalisation de cet objectif. Cependant, avec des efforts et un soutien supplémentaires cet objectif peut être réalisé dans tous les pays, puisque des stratégies claires, réalisables et efficaces sont disponibles.

Tableau 7 :  
Couverture Vaccinale déclarée, 1997,  
sous-région de l'Afrique du Nord

Pays	Taux de vaccination, % Enfants de moins de 12 mois - 1997		
	BCG	Rougeole	DPT3/OPV3
Algérie	94	74	79
Égypte	98	92	95
Libye	99	92	96
Mauritanie	69	28	20
Maroc	94	92	95
Soudan	79	71	75
Tunisie	93	92	96

Source: Rapport du SEM- 1999, UNICEF, New York

## 3. Eradication de la polio :

22. Des progrès significatifs vers l'objectif d'éradication de la polio avant la fin de l'an 2000 ont été accomplis dans cette sous-région (Tableau 8). Ce progrès reflète la réalisation et le maintien d'une couverture vaccinale élevée de la polio, en développant un système sensible de surveillance de la Paralyse Fléissée Aiguë (PFA), en réalisant des campagnes de vaccination supplémentaires, y compris les Journées Nationales de Vaccination (JNV) et en menant une surveillance en laboratoire du virus de la polio. Le dynamisme de la région MENA consiste à s'assurer que la polio soit éradiquée avant la fin de l'an 2000. La Tunisie, l'Algérie et le Maroc ont déjà atteint zéro cas de polio. L'Égypte a réduit les cas de polio à 12 cas seulement en 1998 et grâce aux opérations de nettoyage en cours, atteindra probablement la situation de zéro cas en 1999. C'est en Mauritanie et au Soudan que les défis subsistent. Cependant, des JNV récentes efficaces dans ces pays posant un défi ont montré que la couverture universelle de la polio peut être réalisée et elles vont probablement éradiquer la polio de la sous-région avant la fin de l'an 2000.

**Tableau 8 :**  
**Incidence de la poliomyélite déclarée,**  
**sous-région de l'Afrique du Nord (1990, 1995, 1998)**

Pays	1990 (déclarée)	1995 (déclarée)	1998 (Confirmée)
Algérie	2	4	0
Egypte	565	71	12
Libye	5	0	0
Mauritanie	ND	ND	ND
Maroc	0	0	0
Soudan	4	22	42
Tunisie	0	0	0

Source: OMS EMRO, 1997

#### 4. Santé maternelle :

23. Deux pays; l'Egypte et le Maroc ont entrepris des initiatives pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle. Les interventions clés dans ces pays sont en priorité :

1. Enseigner aux communautés la maternité sans risques et les droits de la Femme.
2. Améliorer l'accès aux soins obstétriques de base au travers du soutien aux systèmes de communication et de transport.
3. Former les sages-femmes.
4. Améliorer l'alimentation des jeunes adolescentes et des femmes au travers de Plans de distribution et de soins prénataux au niveau de la communauté.
5. Créer des services de santé «amis des mamans» afin de garantir que les équipements sanitaires fournissent un niveau minimum de soins de base aux mères et à leurs enfants.
6. Améliorer la qualité des soins prénataux et postnataux.
7. Empêcher les pratiques nuisibles comme la mutilation sexuelle, la discrimination et la violence domestique.

24. Des progrès significatifs ont été accomplis en ce qui concerne la disponibilité et l'utilisation du Planning Familial en Tunisie, en Algérie, en Egypte et au Maroc (Tableau 10). Le Taux d'Emploi des Contraceptifs (TEC) est passé de niveaux bas, 7% en Algérie en 1990 à 57% en 1998. Peu de progrès ont été accomplis au Soudan et en Mauritanie. Aucune donnée n'est disponible pour la Libye. A l'exception de la Mauritanie et du Soudan, tous les autres pays de la sous-région de l'Afrique du Nord sont en passe de réaliser les objectifs de planning familial énoncés avant la fin de 2005.

25. Le taux de fécondité total dans la sous-région varie largement de niveaux aussi bas que 3 pour-cent en Tunisie à 6 pour-cent en Libye en 1997 (Tableau 9). En général la sous-région possède des taux de fécondité et de croissance démographique relativement élevés, caractéristiques qu'ils partagent avec l'ensemble de la région MENA.

**Tableau 9 :**  
**Taux de fécondité total; sous-région de l'Afrique du Nord,**  
**1990, 1995 et 1997**

Pays	1990	1995	1997
Algérie	5.1	3.6	3.9
Egypte	4.3	3.7	3.4
Libye	6.8	6.2	6.0
Mauritanie	6.5	5.2	5.1
Maroc	4.5	3.4	3.2
Soudan	6.4	5.6	4.6
Tunisie	3.7	3.0	3.0

Source: OMS EMRO, 1997 et UNICEF, MENARO, 1998.

**Tableau 10 :**  
**Taux d'emploi des contraceptifs,**  
**sous-région de l'Afrique du Nord**

Pays	1980 - 1990	1990 - 1995	1998
Algérie	7	57	57
Egypte	38	48	55
Libye	ND	ND	ND
Mauritanie	1	4	4
Maroc	36	50	59
Soudan	9	8	8
Tunisie	50	60	60

Source: Rapport du SEM 1992, 1997 & 1998.

## 5. VIH/SIDA

26. La sous-région de l'Afrique du Nord a des frontières communes avec des pays de l'Afrique subsaharienne, qui possèdent les niveaux de contamination par le VIH/SIDA les plus élevés du monde. Il est crucial et important d'investir tôt dans la prévention et le contrôle du VIH/SIDA, particulièrement chez les jeunes et les femmes dans la sous-région afin de protéger les bénéfices majeurs réalisés en ce qui concerne la survie des enfants pendant ces dernières décennies. Dans le cadre de l'ONUSIDA, des Programmes de Contrôle du VIH/SIDA ont été lancés dans tous les pays et l'aide doit se poursuivre pour assurer la réalisation de ces programmes.

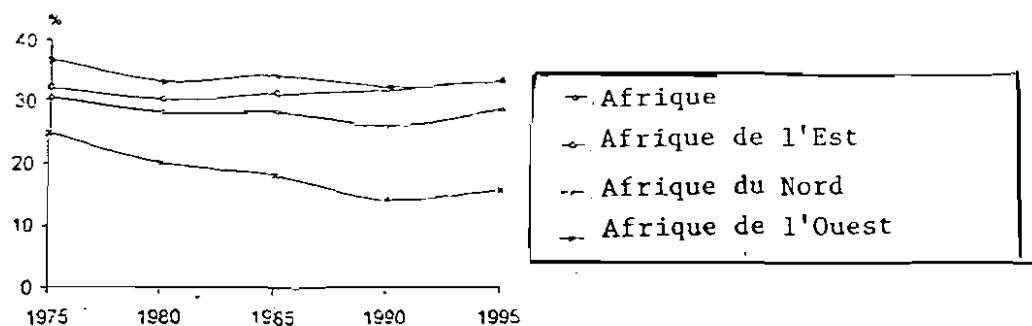
## 6. Malnutrition

27. Les données sur la malnutrition des enfants se limitent à quelques pays de la sous-région. Des preuves disponibles suggèrent que la situation de la malnutrition est en cours de stagnation en Algérie, en Tunisie, au Maroc et au Soudan alors qu'elle se détériore en Egypte depuis 1995. Aucune donnée récente n'est disponible pour la Mauritanie et la Libye.

La plus forte prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire dans la région est de 34% au Soudan et la situation doit être similaire en Mauritanie.

28. Une analyse comparative des tendances des sous-régions de l'Afrique concernant la prévalence d'enfants d'âge préscolaire et de poids insuffisant pendant la période de 1975 à 1995 montre que la sous-région de l'Afrique du Nord possède la prévalence la plus basse relativement (moins de 20%) d'enfants ayant un poids insuffisant (cf. Figure 1). Cependant, depuis 1990 on remarque que la tendance est à la hausse.

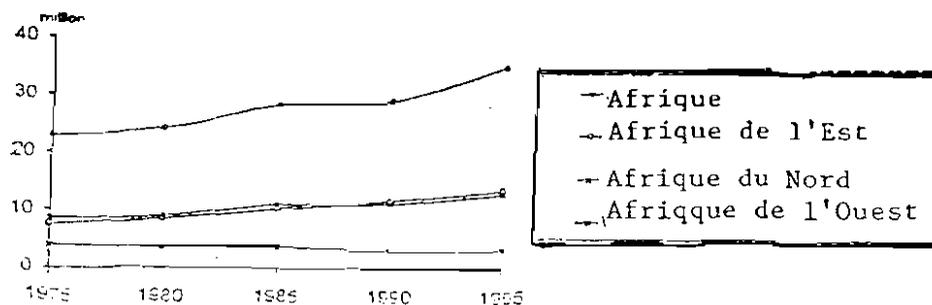
*Figure 1*  
Tendance en Afrique du taux de malnutrition  
des enfants âgés de moins de 5 ans  
1975-1995



Note : Les données sur l'Afrique Centrale et Australe ne sont pas suffisantes pour produire une estimation des Tendances.

(Note : Ces Figures et données sur la situation alimentaire proviennent de «Base de Données Globales de l'OMS sur la Croissance et la Malnutrition des Enfants». Programme d'Alimentation, OMS, Genève, 1997)

*Figure 2*  
Tendance en Afrique du nombre d'enfants  
malnutris (moins de 5 ans) - 1975-1995



Note : Les données sur l'Afrique Centrale et Australe ne sont pas suffisantes pour produire une estimation des Tendances.

29. Comme le montre la Figure 1, la sous-région de l'Afrique du Nord a réussi à maintenir le nombre total d'enfants ayant un poids insuffisant à 5% tout au long de ces 20 dernières années, alors que d'autres sous-régions en Afrique ont continué à ajouter des enfants ayant un poids insuffisant à la population existante d'enfants sous-alimentés. Ainsi, les réalisations du secteur social dans la sous-région de l'Afrique du Nord ont montré un impact significatif sur la disparition du problème de la malnutrition. Mais il est encore nécessaire de prendre des mesures spéciales pour réduire le nombre d'enfants ayant un poids insuffisant ainsi que le taux de prévalence de la malnutrition dans la sous-région de l'Afrique du Nord.

30. La situation alimentaire dans la sous-région est déterminée par les facteurs liés au niveau des ménages concernant la nourriture, la santé et les soins et par des facteurs liés à la société comme le statut de la femme et par des facteurs macro-économiques qui déterminent la capacité de mobilisation des ressources chez les pauvres. L'amélioration du statut des femmes et le plaidoyer en faveur des filets de sécurité sociaux et des dépenses du secteur public contribueront à la réduction de la malnutrition. Il est également urgent de se concentrer sur un certain nombre d'actions réalisables qui peuvent entraîner assez rapidement une amélioration directe et mesurable de l'alimentation, comme (a) le soutien permanent à l'allaitement maternel; (b) une alimentation complémentaire améliorée; (c) l'apport en vitamine A; (d) l'iodation universelle du sel; (e) l'apport en fer et acide folique et le contrôle de la croissance dans les communautés et les centres de santé.

### 7. *Micronutriments*

31. Trois pays, la Tunisie, l'Algérie et la Libye iodent maintenant plus de 90% de leur sel comestible. Ces pays peuvent déclarer qu'ils ont éliminé les Troubles dus à la Carence en Iode. L'Égypte et le Maroc font de beaux progrès et vont réaliser l'objectif du SME. Néanmoins, des progrès limités ont été effectués au Soudan et en Mauritanie. Au Soudan, l'UNICEF prête actuellement son soutien pour l'accélération de l'iodation du sel dans la plus grande usine, qui produit 80% du sel total requis au Soudan.

32. Les progrès pour l'élimination de la carence en vitamine A sont en cours dans la sous-région. En plus de la diversification diététique et des apports de routine au travers des services de santé publique, une réalisation majeure fut l'ajout de l'apport en vitamine A pendant les Journées Nationales de Vaccination (JNV). Le Soudan qui est le pays de la sous-région avec le niveau le plus haut de carence en vitamine A, a réussi l'Apport Universel en Vitamine A pour tous les enfants entre 6 mois et 5 ans au travers des JNV.

33. L'anémie due à la Carence en Iode demeure un problème majeur dans la sous-région. Les efforts actuels se limitent à l'apport en fer et en acide folique au travers du système de santé publique. Plusieurs pays examinent la possibilité de fortification de la farine en fer et autres micronutriments, qui peuvent avoir un large impact et accélérer la réalisation de cet objectif.

---

## 8. Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés

34. Parmi les 324 hôpitaux et centres de maternité ciblés en 1995 pour l'IHAB dans la sous-région de l'Afrique du Nord, 273 ont été désignés comme des Centres de Santé Amis des ébés en 1997 (Tableau 11). Les données ne sont pas disponibles pour la Libye et la Mauritanie. La Tunisie a accompli les progrès les plus significatifs en atteignant une situation d'IHAB de 100% par la certification de tous les 141 centres ciblés.

**Tableau 11 :**  
Statistiques sur l'IHAB en 1997,  
sous-région de l'Afrique du Nord

Pays	Nb total des hôpitaux/centres de maternité ciblés	Nb de centres de santé élus amis des bébés
Algérie	2	2
Égypte	106	95
Libye	?	0
Maroc	45	35
Mauritanie		
Soudan	30	15
Tunisie	141	141
Total	423	273

Source: UNICEF, Bureau régional du MENA

## VI. ENSEIGNEMENT

### 1. Réalisation des objectifs de l'enseignement

35. L'objectif du SME est de réaliser l'accès universel à l'enseignement de base et le passage par l'enseignement primaire d'au moins 80% des enfants en âge d'aller à l'école primaire avant la fin de l'an 2000 et de réaliser l'enseignement primaire universel en 2015. Le nombre d'enfants inscrits à l'école primaire continue d'augmenter à la fois dans le monde et aussi dans la sous-région de l'Afrique du Nord. Néanmoins, l'objectif de l'enseignement pour tous les pays avant la fin de l'an 2000 restera un défi majeur dans certains pays de la sous-région.

36. D'autres objectifs fixés pour l'enseignement sont de réduire l'analphabétisme chez les adultes au moins à la moitié de son niveau en 1990 avant la fin de l'an 2000 et, avant la fin de 2005, de fermer le fossé entre les sexes dans l'enseignement des écoles primaires et secondaires et, avant la fin de 2020, réduire l'analphabétisme chez les femmes au moins à la moitié de son niveau en 1990.

37. Dans les années 1990 seulement près de la moitié des enfants étaient inscrits dans la sous-région. Aujourd'hui l'inscription dans les écoles primaires a augmenté de plus de 80% en Libye, en Tunisie, en Algérie, en Egypte et au Maroc. La Mauritanie et le Soudan devront accomplir de gros efforts pour augmenter les inscriptions dans les écoles primaires qui sont de 64 pour-cent et 59 pour-cent respectivement. Le fossé a été considérablement réduit en Libye, qui a enregistré en 1995 l'inscription de 98% des garçons et 96% des filles. De la même manière, beaucoup de progrès vers la fermeture du fossé entre les sexes sont apparus en Egypte, en Tunisie et en Algérie, alors que le Maroc, la Mauritanie et le Soudan font état de moins de progrès.

**Tableau 12 :**  
**Tendances des indicateurs de l'enseignement de base,**  
**1995 & 1996, sous-région de l'Afrique du Nord**

Pays	Taux d'alphabétisation 1995		Taux net d'inscription dans le primaire 95		Inscription dans le secondaire 96		Accomplissement de la 5 <sup>e</sup> année 1995
	M	F	M	F	M	F	
Egypte	64	39	95	82	80	68	98
Libye	88	63	98	96	95	95	-
Tunisie	79	55	98	95	63	59	92
Algérie	74	49	99	91	66	59	95
Maroc	57	31	81	62	44	33	78
Mauritanie	50	26	64	55	19	11	63
Soudan	58	35	56 <sup>6</sup>	48	14	12	94

Source: SEM, 1998 et 1999, UNICEF, New York.

38. Des disparités entre les hommes et les femmes relatives au taux d'alphabétisation chez les adultes dans presque tous les pays de la sous-région suggèrent qu'il reste encore beaucoup à faire avant que l'analphabétisme puisse être éradiqué. L'Egypte, le Maroc et la Mauritanie ne vont probablement pas réaliser l'objectif de Jomtien qui consiste à éradiquer l'analphabétisme avant la fin de l'an 2000. Tous les pays seront vivement encouragés à réduire les disparités de moitié entre les hommes et les femmes au niveau de l'alphabétisation, avant la fin de la décennie. Cependant, dans tous les pays sauf le Maroc et la Mauritanie les taux nets d'inscription des hommes et des femmes sont maintenant supérieurs au repère de 80% établi pour la réalisation avant la fin de l'an 2000. Les taux d'accomplissement de la 5<sup>e</sup> année du cycle primaire semblent également positifs à l'exception de la Mauritanie, où les pressions économiques et sociales ont entraîné des taux de recalage et d'échec scolaire plus élevés que la moyenne.

39. Les taux de passage du primaire au secondaire inférieurs à la moyenne, particulièrement pour les jeunes filles, en Tunisie, en Algérie, au Maroc et en Mauritanie prouvent qu'il existe une insuffisance d'écoles secondaires, une insuffisance d'enseignants formés pour le secondaire et les difficultés qu'ont beaucoup d'enfants à accéder aux écoles

<sup>6</sup> Les données sur taux net d'inscription pour le Soudan ne sont disponibles, en conséquence le Ratio de scolarisation est utilisé pour le Soudan.

secondaires dans les zones rurales isolées, où réside encore une grande partie de la population.

40. La tendance actuelle vers la réforme de l'enseignement en Egypte, en Tunisie, en Algérie et au Maroc est motivée par la prise de conscience de la qualité et de la pertinence. Des projets innovateurs en Egypte, en Tunisie, en Algérie et au Maroc ont répondu à ce défi. En Egypte, l'amélioration des programmes scolaires et de l'apprentissage en classe ont commencé à transformer les classes passives traditionnelles en environnements d'apprentissage dynamiques et participatifs. Le programme de Compétences d'Apprentissage de Base en Tunisie a commencé par se concentrer sur les besoins individuels des étudiants tout en soulignant la nécessité d'encourager les étudiants à développer des compétences au-delà des compétences purement académiques. En Algérie, le Ministère de l'Education s'est engagé dans la réforme du programme scolaire pour y inclure des valeurs et des attitudes globales, qui pourraient aider à transformer une société meurtrie par le conflit civil. Au Maroc, un projet d'amélioration des écoles rurales a ciblé l'inscription des filles, particulièrement dans les communautés lointaines où des équipements scolaires insuffisants, l'absence d'enseignantes et une qualité d'enseignement inférieure à la moyenne ont poussé les parents à empêcher leurs filles d'aller à l'école.

## V. EAU ET HYGIENE PUBLIQUE

### I. Progrès

41. Deux pays de la sous-région, c'est-à-dire la Libye et la Tunisie ont réalisé l'objectif de l'Accès Universel à l'Eau Salubre. Des progrès sont en cours dans plusieurs pays comme l'Egypte, la Mauritanie, le Maroc, le Soudan et l'Algérie. Les progrès accomplis dans la sous-région de l'Afrique du Nord pour l'accès à une hygiène appropriée varie de 51% au Soudan à 98% en Libye en 1997. Les progrès les plus significatifs ont été accomplis en Egypte, au Soudan et en Algérie (cf. Tableau 13).

**Tableau 13 :**  
**Population totale ayant accès à :**

Pays	Eau potable salubre		Hygiène appropriée	
	1995	1997	1995	1997
Algérie	79	78	77	91
Egypte	80	87	50	88
Libye	97	97	98	98
Mauritanie	66	74	ND	32
Maroc	55	65	41	58
Soudan	60	73	22	51
Tunisie	99	98	96	80

Source: Rapports du SEM, 1997 et 1999

## VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. La diversité des situations de développement social dans la sous-région mérite une attention spéciale pour l'accélération de la mise en place d'interventions pour réaliser les Objectifs du SME pour les années 90 et les buts et objectifs fixés par le Sommet Social. Le premier groupe de pays, c'est-à-dire la Tunisie, la Libye et l'Algérie ont déjà réalisé les objectifs du SME pour l'an 2000. Deux pays, l'Égypte et le Maroc ont fait des progrès significatifs vers la réalisation des objectifs mais devront réfléchir à des mesures pour réduire les disparités. La Mauritanie et le Soudan sont confrontés aux défis les plus importants qui consistent à améliorer la situation sociale de leur population due à la pauvreté, à l'inflation élevée et au chômage élevé, en plus des catastrophes dues aux hommes. C'est pourquoi ces trois différents groupes de pays dans la sous-région nécessitent des stratégies spécifiques pour maintenir et accélérer les réalisations des buts et objectifs dans le secteur social.
2. Les objectifs de Vaccination Universelle des Enfants et d'Eradication de la Polio sont en passe de réaliser les objectifs du SME à temps. La Mauritanie et le Soudan méritent une attention et une aide particulières dans ce domaine pour assurer des réalisations réussies de ces objectifs. Quatre pays, la Mauritanie, le Soudan, l'Égypte et le Maroc doivent accélérer et donner la priorité aux interventions clés visant à la réduction du RMM à un niveau inférieur à la moitié des niveaux de 1990.
3. La malnutrition dans la sous-région demeure un défi important, car beaucoup de pays n'ont pas accusé de baisse de la prévalence de la malnutrition. L'ensemble de la sous-région doit aborder non seulement les aspects relatifs à la nourriture et à la santé mais aussi ceux relatifs aux soins. Dans ce processus, les facteurs sociaux et économiques comme la capacité de mobilisation des ressources chez les pauvres et le statut de la femme doivent faire l'objet d'une attention spéciale.
4. En abordant la malnutrition liée aux micronutriments, la sous-région continue de faire des progrès dans l'iodation universelle du sel et l'IHAB. Des progrès limités ont été accomplis dans l'élimination de la carence en vitamine A et dans le contrôle de l'Anémie due à la Carence en Fer. Il est impératif de se concentrer sur un certain nombre d'actions réalisables, comme nous l'avons évoqué précédemment, pouvant entraîner des réalisations directes et mesurables des objectifs liés aux micronutriments.
5. Cinq pays de la sous-région; la Libye, la Tunisie, l'Algérie, l'Égypte et le Maroc ont réalisé un niveau de plus de 80% des inscriptions nettes dans le primaire. Une dynamique spéciale est nécessaire pour augmenter l'inscription nette dans le primaire en Mauritanie et au Soudan. La disparité entre les sexes au niveau de l'enseignement demeure encore un problème dans la sous-région bien que la Libye ait montré non seulement une égalité significative des sexes mais aussi un taux d'inscription très élevé de 98% pour les garçons et de 96% pour les filles. Des disparités significatives subsistent entre les hommes et les femmes pour ce qui est des taux d'alphabétisation dans presque tous les pays de la sous-région. Ce problème nécessite une attention première, car l'élimination du fossé entre les sexes est nécessaire pour garantir l'égalité des droits humains fondamentaux.

6. La majorité des pays de la sous-région a atteint un niveau considérablement élevé d'accès à l'Eau Salubre et à l'Hygiène Publique. Trois pays, à savoir le Maroc, le Soudan et la Mauritanie doivent accélérer les actions pour assurer un accès universel à l'Eau Salubre, avec une attention particulière pour l'hygiène publique aussi.
7. La ratification de la CDE par tous les pays de la sous-région a créé de nouvelles opportunités au travers desquelles la réalisation des objectifs du développement social pour les enfants et les femmes devient obligatoire. Cette opportunité devrait être utilisée au maximum pour atteindre les personnes non atteintes et réduire toutes les disparités dans tous les pays de la sous-région.
8. La non disponibilité de données est apparue comme une contrainte majeure dans l'examen des progrès. Des manques dans les données empêchent de réaliser une analyse sérieuse de la tendance. L'absence de données au niveau sous-national limite l'analyse de la disparité. La collecte et l'analyse des statistiques sociales de base, très souvent, ne bénéficient pas d'une grande priorité dans beaucoup de pays de la sous-région. La majorité des pays de la sous-région ont réalisé les objectifs du SME, qui sont à un niveau de 90% ou 80%. La tâche est de réaliser les 5% ou 10% restants pour garantir l'universalité de l'accès aux services de base du secteur social. Cela demande des données éparpillées au niveau sous-national, des sexes et du secteur. C'est pourquoi une grande priorité devrait être accordée à l'amélioration et au renforcement de la collecte, l'analyse et l'utilisation de données dans le développement, la planification et la réalisation sociales.
9. La mesure de la réalisation de l'objectif au niveau du développement social à la fin de la décennie ne peut être possible que par l'établissement de systèmes efficaces et réguliers de contrôle et d'évaluation en place dans les pays de la sous-région. Ainsi, tous les pays devraient accorder une priorité capitale à l'établissement et au maintien de systèmes efficaces de contrôle et d'évaluation.

## RÉFÉRENCES

- UNICEF: Rapports sur la Situation des Enfants dans le Monde: 1992, 1996, 1997, 1998 et 1999, New York.
- UNICEF: Rapports du "Le Progrès des Nations": 1996, 1997 et 1998.
- UNICEF: 1999 Rapports Annuels, Algérie, Egypte, Libye, Mauritanie, Maroc, Soudan, et Tunisie.
- UNICEF MENARO 1993: "Apprentissage pour le 21<sup>e</sup> siècle, Stratégies pour l'Enseignement des Femmes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord", Amman, Jordanie.
- UNICEF MENARO 1995: "Défis et Alternatives - Echecs Scolaires des Jeunes Filles à l'Ecole Primaire au Moyen-Orient et en Afrique du Nord", Amman, Jordanie.
- UNICEF MENARO, Décembre 1998: "Incorporation des Indicateurs des Priorités de l'UNICEF ; les Objectifs du Sommet Mondial de l'Enfance (SME), La Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE)/La Convention de l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination Contre les Femmes (CEDCF), et Nouvelles Questions dans les MNSD. "Un Document Présenté à la Conférence ESCWA, Décembre 1-3 1998, Beyrouth, Liban.
- UNICEF MENARO, 1998: " Plan Consolidé Régional pour Accélérer la Réalisation des Priorités du Programme - 1998-2000.
- OMS-1997: "Base de Données Globales de l'OMS sur la Croissance et l'Alimentation des Enfants", Programme d'Alimentation, OMS, Genève.
- OMS-1997: Indicateurs Démographiques et Sanitaires pour les Pays de la Méditerranée Orientale, Alexandrie, Egypte.
- OMS-1998: EMRO, «Weakly Polio Fax», Alexandrie, Egypte.
- Banque Mondiale-1999: Rapport sur le Développement Mondial, 1998-1999, Washington D.C.
- PNUD 1995 & 1998: Rapports sur le Développement Humain, New York.