

Chapitre 3

GRANDS DEFIS EN MATIERE DE SURVIE ET DE DEVELOPPEMENT HUMAIN AU SAHEL

Baba Traoré

*Centre d'études et de recherche sur la population et le développement,
Institut du Sahel
(CERPOD-INSAH, Bamako, Mali)*

Les populations du Sahel subissent les contraintes d'un environnement particulièrement difficile. La concentration des pluies sur quelques mois de l'année ne permettant la réalisation que d'une saison agricole, la désertification, les aléas pluviométriques se traduisant périodiquement par des sécheresses sévères sont autant de facteurs qui concourent à la fragilité économique des pays et freinent leur développement. Au lendemain de la grande sécheresse des années soixante-dix, les pays sahéliens ont décidé de fédérer leurs moyens pour une meilleure prise en considération de ces contraintes écologiques. Le Comité permanent inter-États de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS) a ainsi été créé en 1973, avec le mandat de s'investir dans la recherche de la sécurité alimentaire et la rationalisation de la gestion des ressources naturelles. Cette organisation internationale regroupe 9 pays : le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Gambie, la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Tchad.

La dimension démographique fait partie intégrante des préoccupations du CILSS. En effet les conditions écologiques pèsent sur les structures démographiques : les contraintes écologiques freinent le progrès agricole, concourent à la fragilité économique et jouent sur le niveau de la mortalité ; elles contribuent par-là même au maintien de la forte fécondité, pour assurer le renouvellement de la main d'œuvre familiale, assurer le remplacement des enfants décédés et la prise en charge des plus âgés. Réciproquement l'accroissement de la population génère une pression sur les ressources et contribue à la dégradation de l'environnement.

Ce chapitre propose un bilan de la situation démographique des pays du CILSS¹, en matière de mortalité et de santé, de fécondité, et de croissance démographique.

Il s'appuie sur les indicateurs publiés par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD, 2003) et la Division de la population des Nations unies (United Nations, 2003).

Une espérance de vie qui augmente, mais encore trop lentement

Avec une espérance de vie moyenne à la naissance de l'ordre de 48 ans, les pays du Sahel figurent parmi les pays ayant la plus forte mortalité au monde (figure 1). La durée de vie moyenne y est inférieure de plus de 17 ans à celle de l'ensemble des pays en développement, et de près de 28 ans par rapport à l'ensemble des pays développés. Des progrès ont cependant été accomplis depuis les années soixante-dix, la durée de vie moyenne ayant augmenté d'environ 8 ans. Alors que le Sahel avait une espérance de vie plus faible que la moyenne sub-saharienne en 1970-75, la comparaison s'établit aujourd'hui à son avantage. Mais le renversement de situation ne s'explique qu'en partie par l'amélioration de la situation sahélienne, il tient bien davantage aux conséquences de l'épidémie de sida, plus développée dans les autres parties de l'Afrique, qui a conduit à une diminution de l'espérance de vie dans bien des pays depuis le milieu des années quatre-vingt (voir chapitre 4). L'écart avec la moyenne des pays en développement s'est en revanche creusé : le recul de la mortalité dans le Sahel a été plus lent qu'ailleurs.

¹ Dans ce texte, le terme de « populations sahéliennes » fait référence aux pays du CILSS.

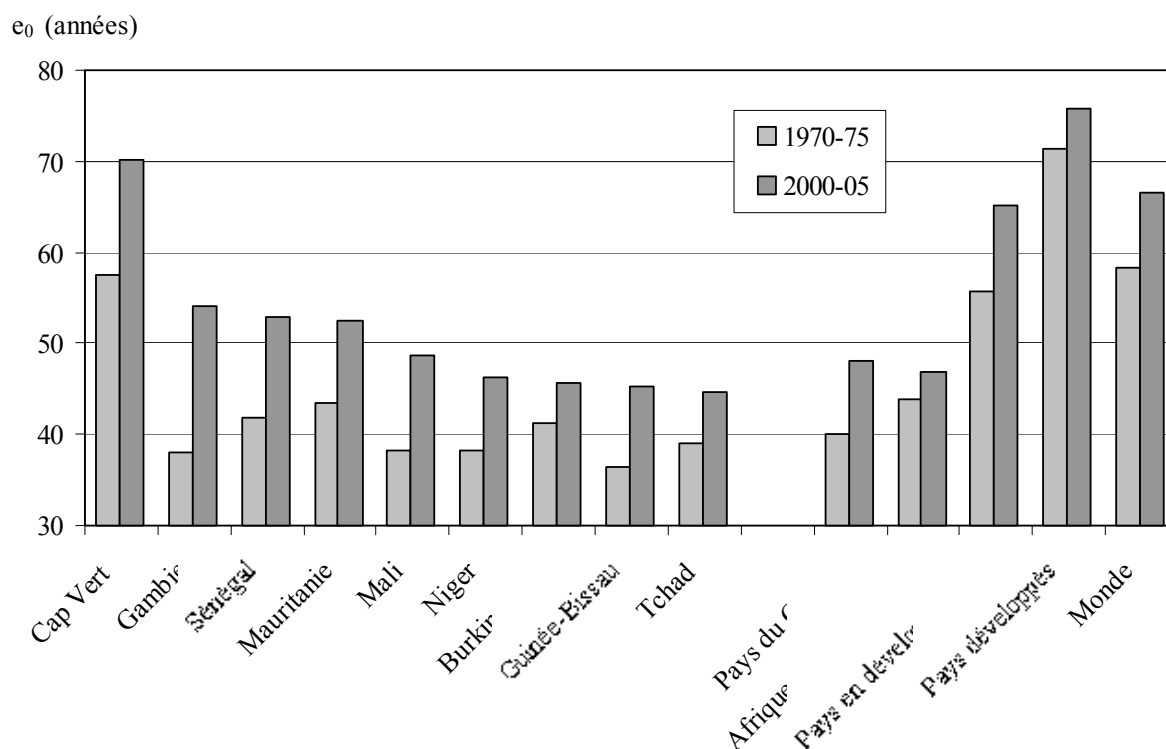


Figure 1

Espérance de vie à la naissance (e_0). Périodes 1970-75 et 2000-05 (estimations).
(classement des pays selon l'espérance de vie en 2000-05)

Tous les pays du CILSS ont connu une augmentation de l'espérance de vie au cours des trente dernières années mais avec une certaine diversité dans le rythme de la baisse de la mortalité. L'île du Cap Vert doit être traitée à part ; elle connaissait dès les années 1970-75 un niveau de mortalité bien plus faible que les autres pays du CILSS et son espérance de vie au début de ce millénaire (70 ans) la place dans une position bien plus proche des pays développés que des pays de l'Afrique de l'Ouest continentale. Les gains d'espérance de vie enregistrés depuis les années soixante-dix dans les autres pays varient entre 4 et 16 ans. Aujourd'hui tous les pays ont atteint une espérance de vie de 45 ans ou plus ce qui n'était le cas d'aucun d'entre eux en 1970-75. Les progrès ont été particulièrement sensibles en Gambie, qui présente aujourd'hui l'espérance de vie la plus élevée de la région (54 ans) alors qu'elle se situait en avant-dernière position trente ans plus tôt (38 ans). Le Sénégal et le Mali se distinguent également par des gains d'espérance de vie de plus de 10 ans. En revanche l'augmentation a été plus modeste au Burkina Faso (4,5 ans) et au Tchad (5,7 ans), où la prévalence du VIH/sida est la plus élevée de la région (voir *infra*). La diversité des situations sahéliennes s'est ainsi accrue ; l'écart entre valeurs extrêmes de l'espérance de vie (Cap Vert exclu) est passé de 7 ans à 10 ans.

Améliorer la survie des enfants : une étape prioritaire

Le niveau de l'espérance de vie est conditionné pour une large part par celui de la mortalité aux jeunes âges. Dans les pays du CILSS, 3 enfants sur 10 décédaient avant l'âge de 5 ans au début des années soixante-dix, et c'est encore le cas de 2 enfants sur 10 aujourd'hui. Les progrès ont été notables dans tous les pays (figure 2). Seul le Niger connaît encore aujourd'hui un risque de mortalité avant l'âge de 5 ans supérieur à 25 %, ce qui était le cas de tous les pays du CILSS (exception faite du Cap Vert) il y a trente ans.

taux (p. 1000)

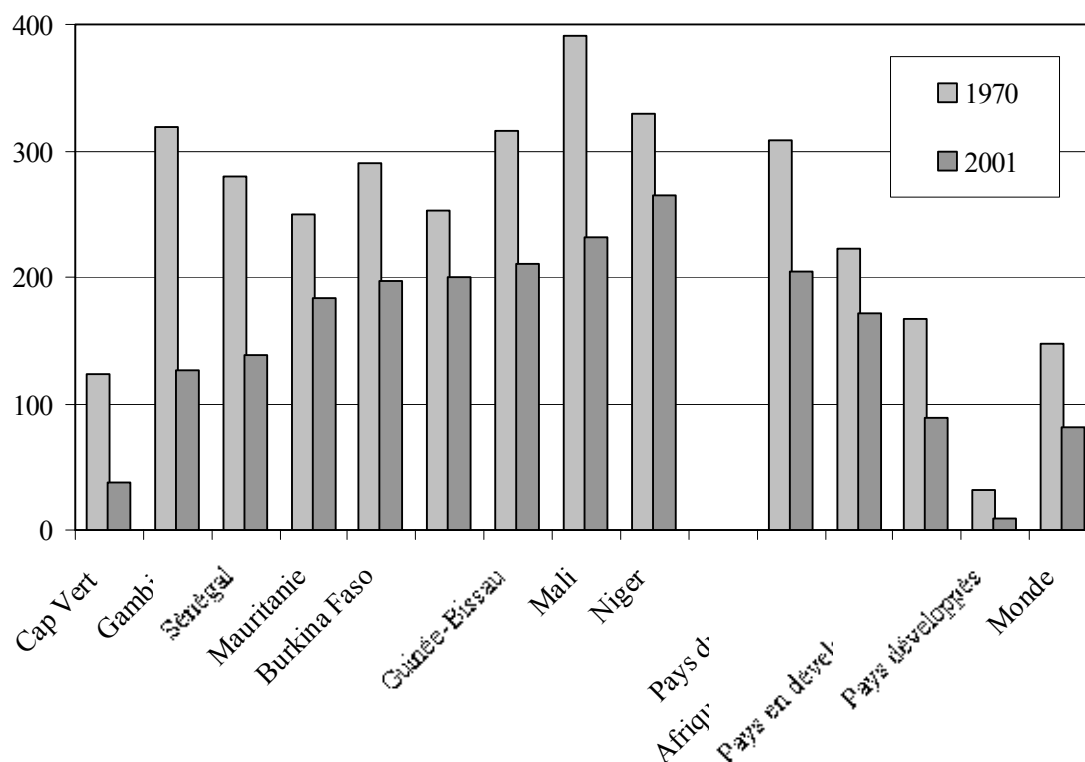


Figure 2

Probabilité (%) de décéder avant l'âge de 5 ans. Périodes 1970 et 2001.
(classement des pays selon le niveau de la mortalité en 2001)

La baisse de la mortalité des enfants dans les pays du CILSS a été supérieure à la moyenne sub-saharienne (33 % contre 23 %) entre 1970 et 2001 mais insuffisante pour rattraper le retard initial. La mortalité des enfants sahéliens dépassait de près de 40 % la moyenne sub-saharienne en 1970, elle lui reste supérieure de près de 20 % aujourd'hui.

Ces décès de la petite enfance sont cependant, pour la très grande majorité d'entre eux, évitables par des moyens éprouvés de longue date ailleurs : prévention et traitement des maladies infectieuses, encadrement des accouchements et plus généralement amélioration des conditions de vie. Partout dans le monde, le recul de la mortalité des enfants a été l'élément moteur de l'allongement de la durée de vie. Les mesures de la mortalité des

enfants sont d'ailleurs reconnues comme d'excellents indicateurs sur la situation sanitaire d'un pays, mais aussi plus largement sur son niveau de développement. Le fossé entre les risques de décéder des enfants sahéliens et les moyennes mondiales, rend compte, si besoin en était, des progrès à réaliser : un enfant du Sahel encourt à sa naissance un risque de décéder dans les cinq premières années de la vie plus de 2 fois plus élevé que la moyenne enregistrée dans les pays en développement et 20 fois plus élevé qu'un enfant né dans un pays développé.

La malnutrition : une dimension conjoncturelle de la situation des enfants dans le Sahel

Dans les pays du Sahel, l'insécurité alimentaire continue à peser lourdement sur la santé des enfants et leurs conditions de survie. L'insuffisance pondérale, un indicateur de malnutrition aiguë, concerne près d'un tiers des enfants âgés de moins de 5 ans dans les pays du CILSS (figure 3). Les pays enclavés enregistrent la situation la plus dramatique, deux d'entre eux (Niger et Burkina Faso) présentant une prévalence de l'insuffisance pondérale d'au moins 40 %. La situation est un peu meilleure dans les pays du Sahel maritime, peut-être en raison de l'accessibilité aux produits de la mer, mais même dans ces contextes plus favorables plus d'un enfant sur sept souffre d'une insuffisance pondérale.

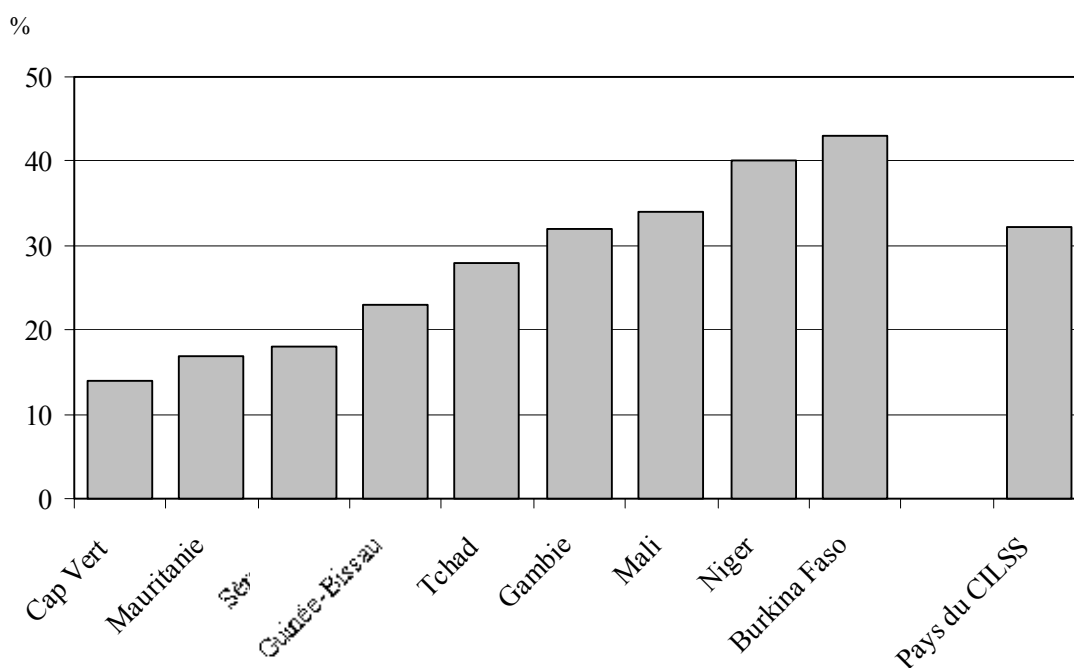


Figure 3
Proportion (%) d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale. 1995-2001.
 (Classement des pays selon la prévalence de l'insuffisance pondérale)

Développer l'encadrement médical des grossesses : un enjeu pour la santé des mères et des enfants

Le suivi médical des grossesses et des accouchements sont des paramètres importants dans le recul de la mortalité des nouveau-nés : ils permettent d'identifier les grossesses à risque, d'assurer rapidement la prise en charge médicale des nouveau-nés en danger et, en offrant des conditions d'accouchement aseptisées, de protéger l'enfant des maladies infectieuses, notamment du tétanos néonatal, l'une des principales causes de décès dans les premières semaines de la vie. L'accouchement en structure sanitaire, quasi-systématique dans les pays développés, concerne près de 6 naissances sur 10 dans les pays en développement, mais à peine un tiers des naissances dans le Sahel (figure 4). La proportion d'accouchements réalisés avec l'assistance de personnel formé ne dépasse 40 % que dans quatre pays du CILSS et elle est inférieure à 20 % dans deux pays (Tchad et Niger). Cet indicateur, qui mesure aussi indirectement l'étendue des structures sanitaires dans le pays, s'avère de fait bien corrélé avec le niveau de la mortalité des enfants : les quatre pays où l'encadrement sanitaire des accouchements est le mieux assuré (Cap Vert, Mauritanie, Gambie et Sénégal) sont aussi ceux où la mortalité des enfants est la plus faible (figure 2).

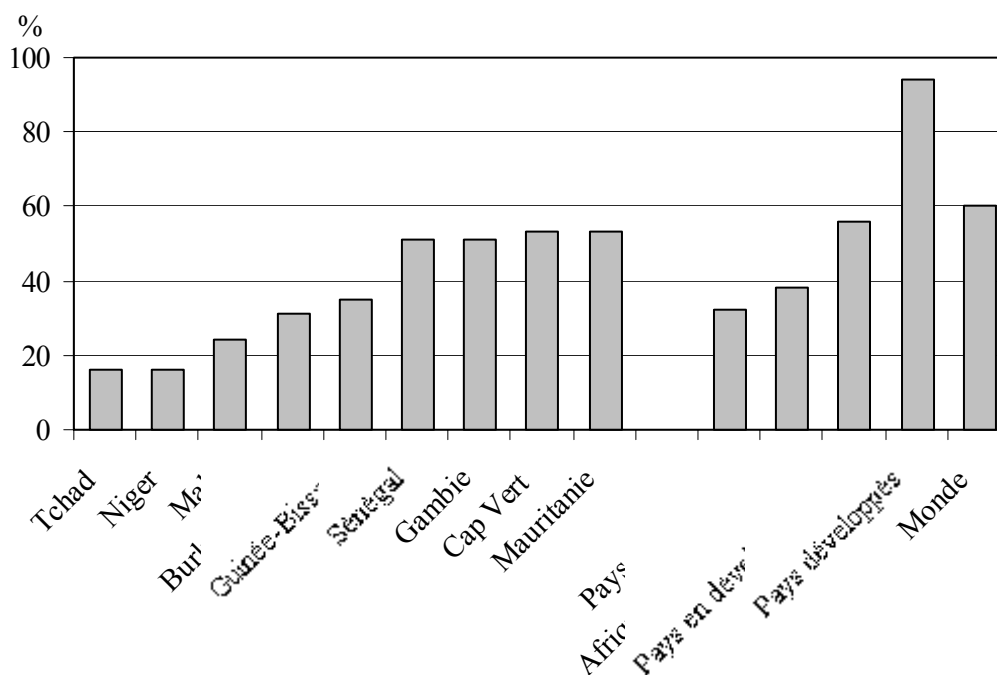


Figure 4
Proportion (%) d'accouchements en structure sanitaire. 1995-2001.

L'encadrement sanitaire est également un facteur essentiel pour protéger la santé des mères des complications de la grossesse et de l'accouchement. Ces risques, plus élevés pour les premières grossesses des jeunes mères et pour les naissances rapprochées, touchent un grand nombre de femmes dans les pays du Sahel, où les femmes débutent jeunes leur vie féconde et où la contraception reste rare. La mortalité maternelle est de l'ordre de 630 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays du CILSS (figure 5). La Guinée Bissau, le Tchad et la Mauritanie se distinguent par une mortalité maternelle particulièrement importante (supérieure à 750 décès pour 100 000 naissances), le Cap Vert présentant au contraire un niveau relativement faible (35 pour 100 000), proche de celui des pays développés. On estime qu'en Afrique une femme sur 23 meurt des causes liées à la maternité, contre une sur 35 en Asie du Sud et une sur 10 000 femmes en Europe septentrionale.

La mortalité maternelle ne représente cependant que la partie la plus visible des conséquences des complications de la grossesse et de l'accouchement sur la santé des femmes. On estime ainsi que les décès maternels s'élèvent à près de 585 000 chaque année, mais que les femmes qui souffrent de pathologies (lésions, infections) suite aux complications de grossesse ou d'accouchement sont 15 fois plus nombreuses.

Les suites des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses font partie des causes de la mortalité maternelle (on estime que 70 000 femmes en meurent chaque année dans le monde) et constituent un aspect important à intégrer aux politiques de santé publique.

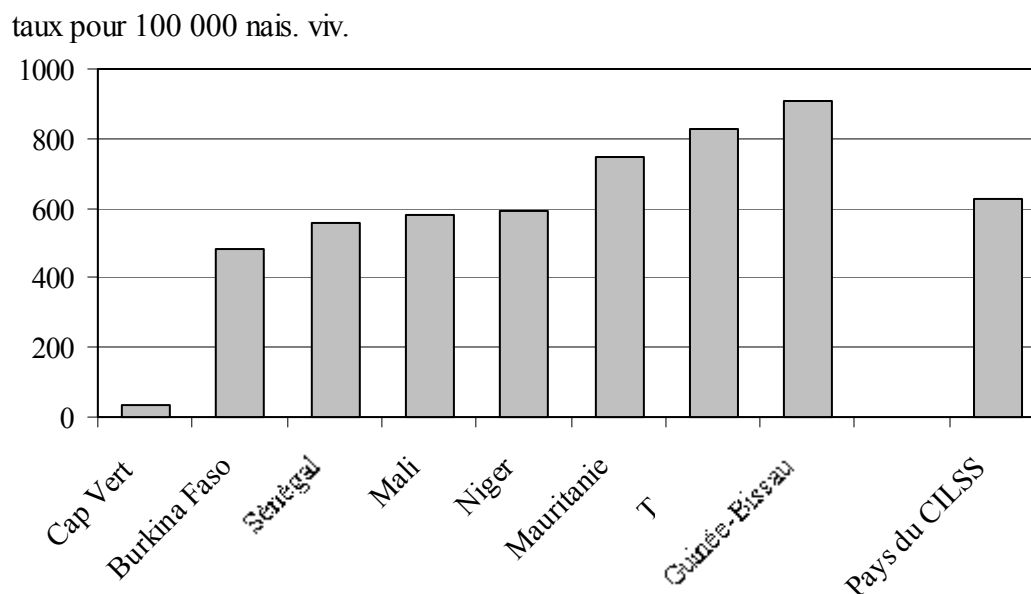


Figure 5
Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes. 1985-2001.
 (classement des pays selon le taux de mortalité maternelle)

L'épidémie de VIH/sida : une bombe à retardement ?

L'Afrique sub-saharienne est non seulement la région du monde qui a connu les progrès sanitaires les plus lents, mais aussi celle qui est le plus violemment atteinte par l'épidémie de sida. La proportion de la population adulte (15-49 ans) infectée par le virus y est estimée à 9 % de la population adulte (15-49 ans) contre 1,3 % sur l'ensemble des pays en développement et 0,3 % dans les pays développés (figure 6). L'étendue de l'épidémie et le coût quasi-inaccessible des traitements font du sida un frein considérable à la poursuite de la baisse de la mortalité générale, se traduisant dans le meilleur des cas par un ralentissement de l'augmentation de l'espérance de vie sinon par un véritable retournement de tendance, comme cela est observé dans les pays les plus touchés d'Afrique australe et orientale.

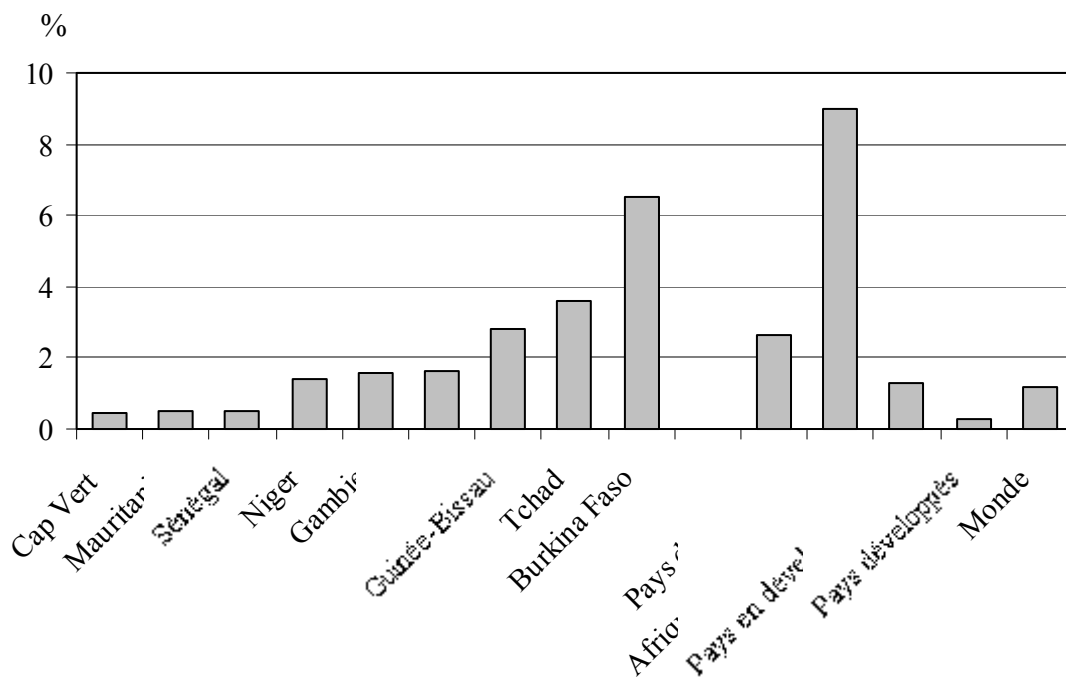


Figure 6
Proportion (%) d'adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH/sida en 2001.
 (classement des pays selon la prévalence du VIH/sida)

Dans ce contexte africain, la prévalence observée dans les pays du CILSS, de 2,6 % au sein de la population adulte, s'avère relativement faible. Cette situation ne signifie pas pour autant que la menace soit levée. D'une part certains pays sont plus fortement affectés, en particulier le Burkina Faso (6,5 %) et dans une moindre mesure le Tchad (3,6 %) et la Guinée Bissau (2,8 %). D'autre part, rien ne permet de penser que l'épidémie ne va pas se développer dans les autres pays, où la prévalence est encore inférieure à 2 %. L'importance des mouvements migratoires tout comme les modalités de la vie conjugale et sexuelle (multipartenariat, écart d'âges important entre partenaires, lévirat, sororat...) sont des facteurs favorables à l'extension de l'épidémie et les comportements préventifs ne sont pas encore entrés dans les mœurs. L'utilisation du préservatif est encore peu fréquente, elle tend

à augmenter chez les hommes célibataires mais reste marginale chez les hommes mariés, en particulier les polygames qui occupent pourtant une position clé dans le dispositif de transmission du virus.

Les conséquences de l'épidémie n'épargnent aucune des structures socio-économiques des pays : le VIH/sida fauche la population active, augmente le nombre d'orphelins et impose une immense charge aux systèmes de soins de santé et de sécurité sociale.

Même en situation de prévalence modérée, la mise en œuvre d'une politique déterminée de lutte contre l'épidémie doit restée une priorité.

Une fécondité toujours élevée

À mortalité élevée, fécondité élevée : ce principe qui résume le régime démographique pré-transitionnel, reste dans une large mesure de règle dans les populations du Sahel. Même si la mortalité des enfants a significativement baissé, les garanties de survie des enfants restent trop incertaines pour que les familles prennent le risque de limiter leur fécondité. Mettre au monde un grand nombre d'enfants semble demeurer la stratégie potentiellement rassurante pour pouvoir compter sur la présence de descendants pendant la vieillesse. Le niveau de la fécondité dans les populations sahéliennes traduit avant tout cette valorisation de la famille nombreuse.

Dans les années soixante-dix, tous les pays du CILSS avaient une fécondité moyenne d'au moins 6,5 enfants par femme et la moyenne sahélienne était de 7,3 enfants par femme (figure 7). En ce début de XXI^e siècle, le niveau de fécondité reste très élevé, avec une moyenne régionale de 6,6 enfants par femme, et des moyennes nationales dépassant 6,5 enfants par femme dans cinq pays. La transition de la fécondité a cependant débuté partout en milieu urbain et s'affirme clairement au niveau national au Cap Vert, en Gambie et au Sénégal où l'indice synthétique de fécondité est passé à moins de 5 enfants par femme. Le changement est spectaculaire au Cap Vert où le niveau de fécondité a été divisé par deux en trente ans (3,3 contre 7 enfants par femme). Il traduit une transformation profonde des attentes et des comportements de fécondité : la pratique contraceptive y concerne aujourd'hui plus de la moitié des femmes. En revanche, au Sénégal et en Gambie, la baisse de la fécondité, de l'ordre de 2 enfants par femme, ne correspond pas, pour l'instant, à une évolution des pratiques de reproduction de la part des couples mais résulte principalement du recul de l'âge au mariage des femmes. La pratique contraceptive y reste faible et d'un niveau proche de celui des autres pays sahéliens, de l'ordre de 10 % (figure 8).

Le régime de fécondité élevé était partagé jusqu'au milieu des années quatre-vingt par l'ensemble des pays d'Afrique sub-saharienne ; la différence de fécondité entre le Sahel et la moyenne sub-saharienne était faible (7,3 contre 6,8 enfants par femme en 1970-75). Mais, à la différence des pays sahéliens, la plupart des autres pays sub-sahariens se sont progressivement engagés dans la transition de la fécondité et l'écart s'est creusé. Les pays du Sahel apparaissent aujourd'hui comme le dernier « bastion » de la forte fécondité, en Afrique et dans le monde² : l'écart est de 2,2 enfants par femme avec la moyenne sub-saharienne, de

² En dehors de l'Afrique, seuls l'Afghanistan et le Yémen présentent encore des niveaux de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme.

QUESTIONS DE POPULATION AU MALI

3,7 avec la moyenne des pays en développement et de 4,8 enfants avec la moyenne des pays développés.

ISF (nb enfants par femme)

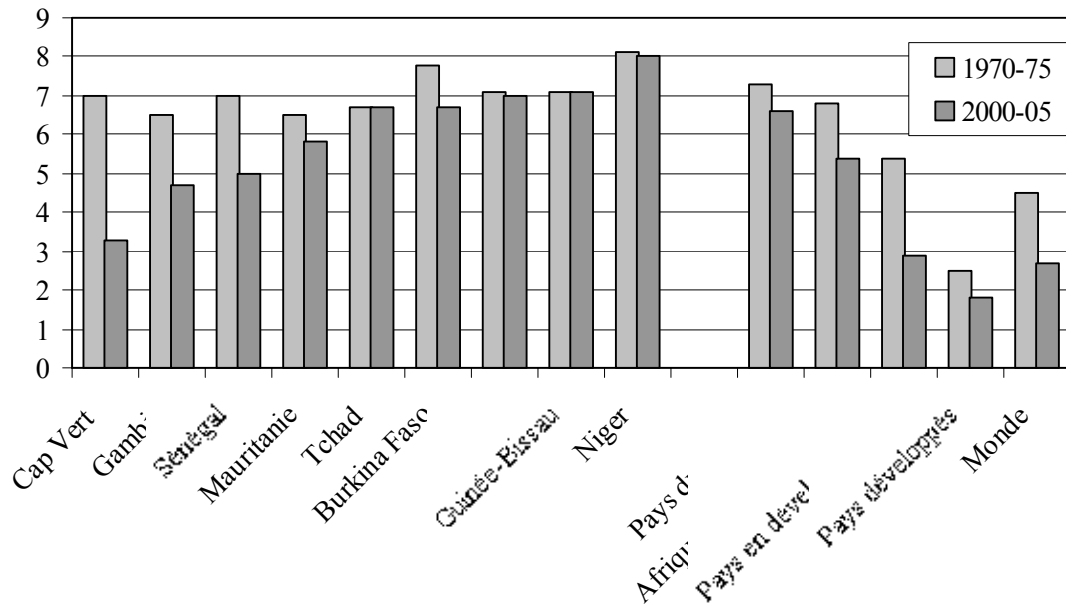


Figure 7

**Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme).
Périodes 1970-75 et 2000-05 (estimations).
(classement des pays selon le niveau de fécondité en 2000-05)**

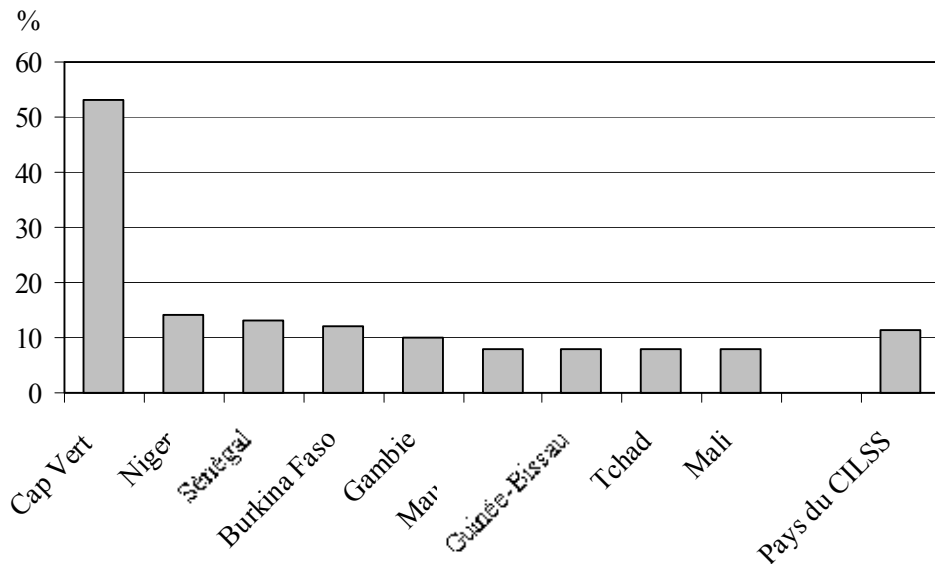


Figure 8

Proportion (%) de femmes mariées pratiquant la contraception. 1995-2001.

Les défis d'une croissance démographique rapide

Conséquence de l'évolution contrastée de la mortalité et de la fécondité, les pays du Sahel connaissent une croissance très rapide de leur population. Le taux d'accroissement annuel moyen est estimé à 2,6 % sur la période 1975-2001 dans les pays du CILSS ce qui, sans changement, correspond à un doublement de la population tous les 28 ans (figure 9). À l'exception du Cap Vert, le taux d'accroissement dépasse 2,5 % dans tous les pays, avec des niveaux maximums de 3 % et plus au Niger, en Guinée-Bissau et en Gambie. Les perspectives sur les 15 prochaines années montrent que ce rythme de croissance est amené à se poursuivre. À l'exception du Sénégal et de la Gambie, le taux annuel d'accroissement pour 2001-2015 est estimé d'un niveau comparable et même généralement supérieur à celui des années 1975-2001. Sur ce point encore, l'écart se creuse entre le Sahel et le reste du monde où le rythme de croissance démographique est partout à la baisse : le taux d'accroissement démographique des pays du Sahel est supérieur de 33 % à la moyenne subsaharienne sur la période 2001-2015, alors qu'il lui était comparable sur la période 1975-2001 ; il est deux fois plus élevé que la moyenne des pays en développement et sept fois plus élevé que la moyenne des pays développés.

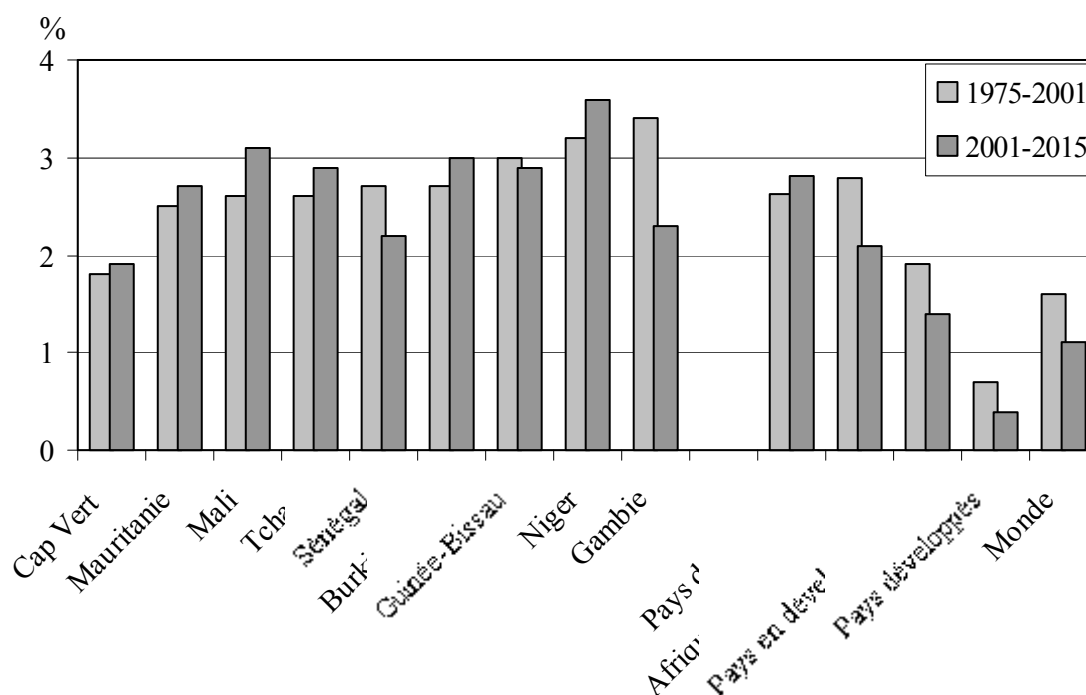


Figure 9
Taux d'accroissement démographique annuel moyen (%).
Périodes 1975-2001 et 2001-2015 (estimations).
 (classement des pays selon le taux en 1975-2001)

La gestion de cet accroissement de la population constitue un défi majeur pour les pays du Sahel, et cela à plusieurs titres :

- l'augmentation rapide de la population génère une pression sur les ressources. Dans des économies dominées par l'agriculture, l'accès aux terres est un enjeu important et, sauf transformation majeure des modes de production, la pression foncière, qui se manifeste déjà, ne fera que s'accroître avec, pour corollaires probables, une détérioration de l'environnement (appauvrissement des sols, déforestation ...) et des risques de conflits et d'inégalités socio-économiques croissantes.

- l'augmentation de la population se traduira aussi par une augmentation des migrations, notamment vers les villes. Le taux de croissance des villes est trois fois plus élevé que celui du monde rural (5,6 % contre 1,9 %). Le milieu urbain regroupe actuellement un quart environ de la population sahélienne, on estime qu'il en réunira la moitié en 2025. La prise en charge de la croissance urbaine, en terme d'habitat, d'infrastructures mais aussi d'emploi, est donc un véritable enjeu.

- enfin, le maintien, et à plus forte raison le développement, des services publics de base (santé, écoles...) nécessitera une mobilisation considérable de moyens, dont le déploiement s'avère aujourd'hui déjà bien difficile.

Développer la scolarisation des filles : une composante incontournable d'un projet de développement pour le Sahel

L'évolution démographique dans le Sahel requiert une réelle mobilisation politique pour répondre au risque d'appauvrissement croissant des populations et à la marginalisation de la région par rapport au reste du monde. La mise en œuvre de programmes de population, améliorant l'accessibilité et la qualité des structures de soins de santé, y compris en matière de reproduction, en constitue une dimension importante mais certainement pas suffisante. Comme l'expérience l'a prouvé ailleurs dans le monde, le développement économique et social est une condition majeure de l'évolution des comportements démographiques. La généralisation de la scolarisation, pour les femmes comme pour les hommes, en est une composante essentielle : partout le développement de l'instruction féminine est associé à une baisse de la mortalité des enfants et à une maîtrise de la fécondité. L'instruction augmente l'accès à l'information, elle améliore le statut des femmes, facilite le recours aux services publics et augmente leur pouvoir de négociation et de décision au sein de la famille.

La scolarisation a augmenté dans tous les pays du Sahel au cours des dernières décennies mais, exception faite du Cap Vert, elle est encore loin d'être généralisée. La proportion d'enfants inscrits à l'école primaire ne dépasse 60 % que dans trois pays (Gambie, Mauritanie, Sénégal) et reste inférieure à 45 % au Niger (30 %), au Burkina Faso (36 %) et au Mali (43 %) (figure 10). La sous-scolarisation des filles reste de mise partout (sauf au Cap Vert). Le rapport entre le taux de scolarisation primaire des filles et celui des garçons ne dépasse 90 % que dans les trois pays où la fréquentation scolaire est la plus élevée. Ailleurs on compte à peine 6 ou 7 filles scolarisées pour 10 garçons.

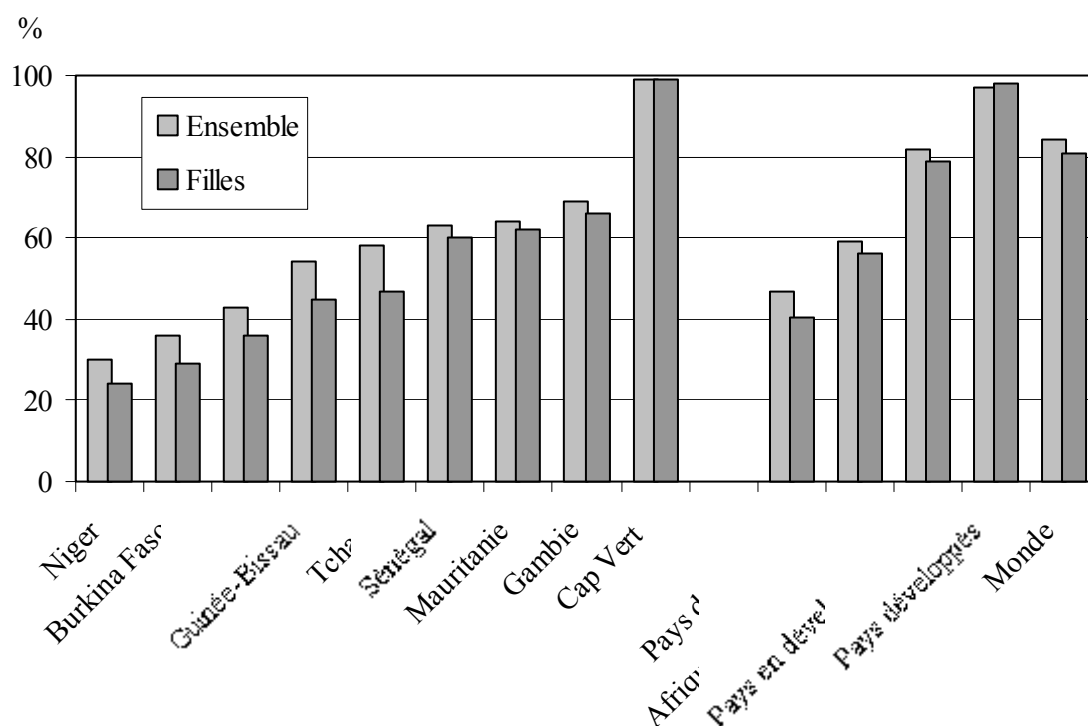


Figure 10
Taux (%) de scolarisation primaire en 2000-01.
 (classement des pays selon le niveau de scolarisation primaire pour les deux sexes)

CONCLUSION

L'examen des différents indicateurs démographiques met en évidence le fossé croissant entre l'Afrique sahélienne et le reste du monde. Partant d'une situation sanitaire initialement plus défavorable, les pays du CILSS ont aussi connu des progrès plus lents au cours des dernières décennies. Le rapprochement du niveau de la mortalité générale du Sahel avec la moyenne sub-saharienne ne doit pas faire illusion : il traduit avant tout, non pas une accélération des progrès sanitaires dans les pays sahéliens, mais l'interruption de la baisse de la mortalité provoquée par l'épidémie de VIH/sida dans les autres régions d'Afrique. Au sein des pays du CILSS, seul le Cap Vert a connu un réel décollage et présente aujourd'hui une situation plus proche des pays développés que de ses voisins sahéliens. Une opposition apparaît également entre les pays enclavés (Niger, Burkina Faso, Mali, Tchad) et les pays côtiers (Gambie, Sénégal, Mauritanie)³. Ces derniers bénéficient d'un encadrement sanitaire plus important, d'un niveau de scolarisation plus élevé, d'une meilleure situation sanitaire des enfants (mortalité, malnutrition) et sont plus avancés dans la transition de la fécondité.

³ La position de la Guinée Bissau est moins claire, avec des indicateurs, se rapprochant, selon le cas, de l'un ou l'autre des deux groupes de pays.

L'indicateur de développement humain (IDH), calculé par le PNUD sur la base des indicateurs de santé, de scolarisation et de niveau de vie, résume ces différences (figure 11). L'IDH des pays côtiers est supérieur de 35 % à celui des pays sahéliens enclavés et se rapproche de la moyenne sub-saharienne. Le Cap Vert est le seul pays classé dans le groupe des pays avec un indice de développement humain moyen. Les autres pays du CILSS évoluent avec un indice de développement humain faible et figurent tous parmi les 25 pays en queue de classement mondial. Le Niger, le Burkina Faso et le Mali sont, juste avant la Sierra Leone, les pays avec l'indice de développement humain le plus faible du monde selon le classement de 2003.

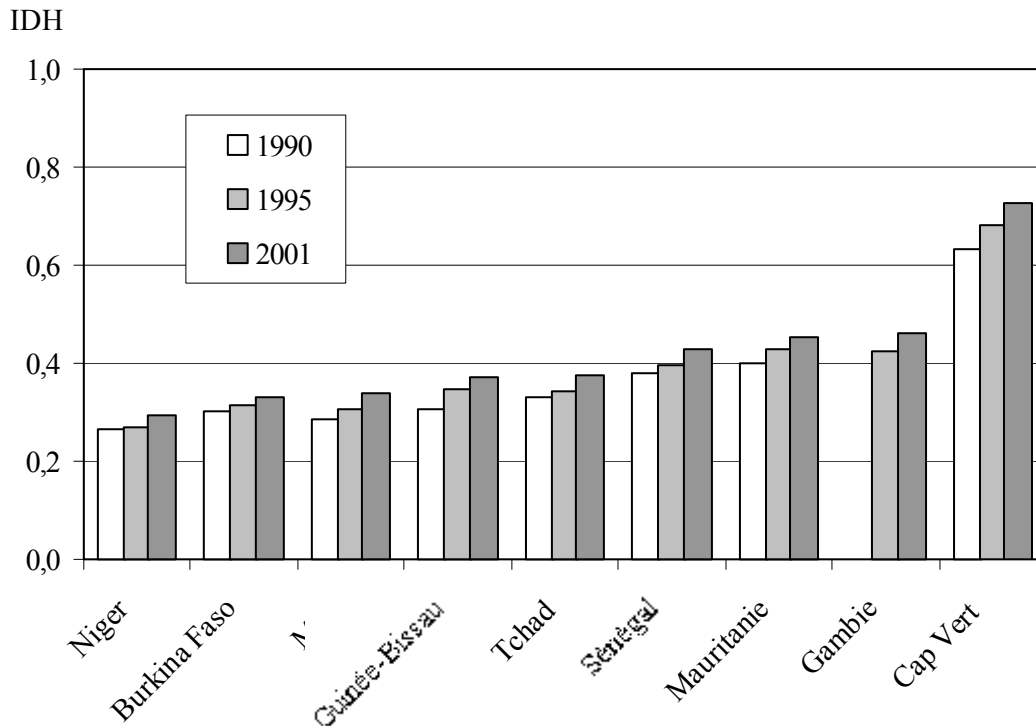


Figure 11
Indice de développement humain dans les pays du CILSS.

La Conférence internationale sur la population et développement (ICPD) organisée au Caire en 1994 avec la participation de 179 pays, a conduit à l'adoption d'un programme d'actions visant à réduire les inégalités socio-économiques dans le monde et à garantir, à moyen terme, l'accès de tous à la santé et à l'éducation. Une séance exceptionnelle de l'Assemblée générale des Nations unies en 1999 et une réunion internationale (189 pays représentés) en 2000 ont suivi pour préciser les « objectifs du millénaire pour le développement » et inviter les pays à une intensification de leurs actions.

Parmi les objectifs fixés à l'horizon 2015, mentionnons :

- l'accès de tous, filles et garçons, à une scolarisation primaire complète et la disparition des inégalités de scolarisation primaire et secondaire entre les sexes ;

- une réduction, entre 1990 et 2015, de deux tiers du niveau de la mortalité avant 5 ans ;
- une réduction, entre 1990 et 2015, du niveau de la mortalité maternelle de trois quarts ;
- un encadrement sanitaire des accouchements pour au moins 40 % des naissances en 2005, 50 % en 2010 et 60 % en 2015 ;
- la lutte contre l'épidémie de sida en garantissant au plus grand nombre (90 % des jeunes en 2005, et 95 % en 2015) l'accès à l'information et aux moyens de prévention et de dépistage du sida ;
- la disponibilité de la contraception et des soins de santé reproductive (obstétrique, maladies sexuellement transmissibles...) dans 80 % des structures sanitaires d'ici 2010.

Le programme est ambitieux et l'écart entre les indicateurs actuels des pays du Sahel et les objectifs annoncés à l'horizon d'une dizaine d'années à peine s'avère considérable. C'est un véritable pari et un appel à la mobilisation qui sont lancés aux décideurs pour atteindre les objectifs, du moins pour éviter que l'Afrique sahélienne ne s'isole encore davantage du reste du monde.

Avec cette même vision, les états membres du CILSS en adoptant le Programme d'action de Ouagadougou en matière de population et développement (PAO) en 1997 (CILSS/INSAH/CERPOD, 2002), se sont engagés à prendre un certain nombre de mesures pertinentes parmi lesquelles :

- mettre en œuvre des programmes de vaccination complète des enfants pour arriver à une couverture universelle et totale en 2010 et maintenir ce niveau les années suivantes ;
- entreprendre des actions pour éduquer les populations sur les micro-nutriments, accentuer la lutte contre l'anémie et favoriser la consommation des produits locaux pour améliorer l'état nutritionnel des enfants en particulier ;
- intégrer mieux les services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale et l'hygiène sexuelle, pour que les formations sanitaires puissent offrir un plateau technique complet à tous les niveaux, afin d'augmenter de 5 à 10 pour cent par an le nombre de formations sanitaires avec le plateau sanitaire technique ciblé ;
- faire face aux conséquences de la sexualité précoce des jeunes en les éduquant dès l'école primaire. Les états doivent aussi rendre les préservatifs accessibles à tous pour réduire les rapports sexuels non protégés ;
- intensifier les efforts de coordination nationale, sous-régionale et régionale pour lutter contre la progression de la pandémie du VIH/sida ;
- renforcer les mesures actuellement appliquées, pour atteindre un taux de scolarisation de 100 pour cent en l'an 2010. Une attention particulière devrait être accordée à la scolarisation de la petite fille afin que les inégalités entre les sexes disparaissent au niveau national et régional.

BIBLIOGRAPHIE

- CILSS/INSAH/CERPOD, 2002. – *Programme d'Action de Ouagadougou en matière de population et développement*. – 40 p. [réédition mars 2002]
- PNUD (Programme des Nations unies pour le développement), 2003. – *Rapport mondial sur le développement humain 2003. Les objectifs du millénaire pour le développement: Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. – Paris, Économica, 376 p
- UNITED NATIONS, 2003. – *World population prospects : the 2002 revision*. – New-York, Population division, Department of economic and social affairs, 939 p. et CD-rom