

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone: 517 700 Fax: 517844

CONSEIL EXECUTIF
CINQUIEME SESSION ORDINAIRE
25 juin – 3 juillet 2004
Addis-Abeba (ETHIOPIE)

EX.CL/113(V) a

RAPPORT SUR L'ETAT DE LA POPULATION EN AFRIQUE
THEME : *POPULATION ET DEFI DE LA PAUVRETE*

2004

ETAT DU DEVELOPPEMENT SOCIAL EN AFRIQUE **THEME : POPULATION ET DEFI DE LA PAUVRETE**

Introduction

1. La situation socio-économique africaine ne cesse de se détériorer tandis que le phénomène concernant la population sur le continent est caractérisé par des tendances démographiques extrêmes. En général, les pays africains sont caractérisés par des taux de fécondité élevés ainsi que par des taux de mortalité élevés mais en déclin, des taux de croissance de la population élevés, une proportion élevée et croissante de jeunes, et une distribution spatiale disproportionnée. Les autres phénomènes relatifs à la population incluent des niveaux élevés de santé de reproduction et de migration sur le déplacement des personnes, et une urbanisation rapide.

2. Des taux de croissance de population rapides, un accès inadéquat aux services de santé et d'éducation, une inégalité persistante du genre et la violence ont contribué à une pauvreté de plus en plus profonde sur le continent. Cela a été aggravé par le fardeau de la maladie, en particulier le VIH/SIDA et d'autres pandémies, la globalisation, des politiques commerciales internationales injustes, un capital inadéquat et des progrès technologiques lents. Ayant bien à l'esprit ces immenses défis, les dirigeants africains ont décidé de manière collective d'intervenir en établissant l'Union Africaine comme fer de lance de la renaissance africaine au XXIème siècle.

3. L'Union Africaine est une organisation unique qui dispose d'un avantage comparatif sur les autres institutions du continent. En tant qu'organisation régionale, socio-économique et politique, l'UA dispose d'un potentiel considérable pour jouer un plus grand rôle d'avocat sur les questions de population et de développement, remplissant de ce fait la lacune existant depuis plusieurs années et laissant le terrain non seulement à la mise en oeuvre des plans/programmes d'action, mais aussi au contrôle et à l'évaluation des activités dans lesquelles les Etats Membres de l'UA sont signataires. Les dirigeants africains actuels ont commencé, avec une nouvelle vigueur, à affronter résolument les défis de la guerre et de la paix, la violence, le racisme, le respect de la dignité humaine, les droits de l'Homme, la pauvreté et la liberté de vouloir. Ainsi le rêve africain a-t-il été ranimé à l'aube du nouveau millénaire. A travers une initiative de beaucoup plus grande portée, l'Union Africaine (UA) et son cadre de programme régional, le Nouveau Partenariat pour le Développement en Afrique (NEPAD), a émergé comme la nouvelle voie, destinée à réaliser une plus grande unité et une plus grande solidarité entre les pays et les peuples africains.

4. Dans ce contexte et parce que le développement national concerne les gens, les questions logiques du développement devraient être centrées sur les questions de population. Par exemple, les questions qui ont besoin d'être traitées sont des questions telles que celle de savoir si la taille et le taux de croissance de la population d'un pays sont compatibles avec les ressources naturelles et la tendance de la croissance des secteurs socio-économiques de base, y compris le niveau de

vie. Compte tenu des taux de croissance actuels de la population, il est important de savoir si les niveaux de fécondité, de mortalité et de distribution de la population dominants sont désirables et si les caractéristiques de la population sont compatibles avec les développements dans l'éducation, les services de santé, l'abri, l'emploi, la préparation de la main d'oeuvre de la force de travail etc.

5. Au niveau des regroupements régionaux, l'UA travaillera avec les Communautés Economiques Régionales (CERs) pour favoriser des politiques et des programmes de population coordonnés et intégrés qui traiteraient des questions de population déterminantes qui dépassent les frontières nationales. Celles-ci incluent la santé de reproduction, la migration de travail, les réfugiés et les conflits de personnes déplacées, les calamités naturelles, la dégradation de l'environnement, et le contrôle VIH/SIDA.

6. Afin de répondre à cette préoccupation, l'Union Africaine en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (FNUAP) a entrepris de préparer le Rapport sur l'Etat de la population africaine avec pour thème : "Population et défi de la pauvreté". Le rapport reflète plusieurs aspects de la population en lien avec la pauvreté. Le Résumé Exécutif qui suit donne une perspective générale du contenu du document principal qui est également disponible. Le rapport 2004 sur l'état de la population en Afrique est soumis pour information et doit être utilisé à titre de référence par les concepteurs de politique et par ceux qui l'appliquent.

RAPPORT 2004 SUR L'ETAT DE LA POPULATION EN AFRIQUE Thème : *Population et défi de la pauvreté*

RESUME EXECUTIF

Lors du dixième anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), la Commission de l'Union Africaine a passé en revue les questions relatives aux problèmes de développement et de population les plus épineux en Afrique, y compris l'impact des questions de population sur la pauvreté et l'épidémie du VIH/SIDA, les niveaux élevés de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles, les implications d'une jeune population africaine vaste, et le facteur du genre dont on parle beaucoup et qui est la plupart du temps négligé. Le message du rapport est qu'après tout la population et le développement concernent les gens. En dépit de décennies de débats, les décisions et les déclarations traitant de ces problèmes, la population du continent - bien connue pour ses liens familiaux forts, sa communauté de solidarité et l'hospitalité traditionnelle - est engloutie par elles. Un facteur sous-jacent commun à tous les problèmes est la sous-estimation persistante de l'importance de politiques, de programmes et de services de santé de reproduction forts. Il en résulte que les familles et les communautés sont déchirées, la pauvreté mine la moitié de la population, les jeunes se trouvent sans direction, on permet à bien trop de femmes, à leurs enfants et petits enfants de mourir chaque année, et les progrès antérieurs sont sans cesse érodés. Il existe quelques lueurs d'espoir à trouver dans les données et les exemples d'initiatives qui marchent, dans les cadres de politique favorables dans de nombreux domaines, dans de nouveaux mécanismes et structures allant au delà et menant à de véritables progrès, et dans une détermination renouvelée par les dirigeants africains de reconstruire les forces traditionnelles, même si elles ont pris de nouvelles voies. On doit souffler sur ces braises jusqu'aux flammes, avec des allocations de ressources adaptées de telle sorte que l'Afrique et ses peuples puissent prendre la place qui leur revient dans le monde. En résumé, il est grand temps de revenir à un consensus régional et international concernant la population et le développement en Afrique avec l'action la plus forte possible.

Les dynamiques de population et le développement durable en Afrique

La notion de développement pivote non seulement sur la croissance économique, sur les développements dans l'infrastructure et sur les avances technologiques, mais également sur les progrès constants du capital et de son usage effectif. En d'autres mots, la croissance économique seule n'est pas suffisante à moins qu'elle ne soit couplée avec des efforts de développement social, en particulier ceux dirigés vers les besoins spécifiques des pauvres. Ainsi, par essence, le développement durable est un concept centré sur les gens qui implique une production et une consommation croissantes ne compromettant pas les besoins des générations futures, améliorant l'éducation, la santé et les droits des citoyens, réduisant les inégalités, faisant progresser de manière appropriée et conservant le stock de capital y compris l'environnement, avançant le savoir, et fondant des institutions durables et efficaces. Compte tenu des liens inévitables entre la population et le développement, il est crucial de mettre les questions de population en politiques de développement, de calendrier et de programmes. Le succès des efforts nationaux et internationaux sera jugé dans la mesure où les résultats de développement permettent aux gens de

mener des vies plus remplies et plus riches, et cela tout en sauvegardant l'avenir des générations à venir.

Les dynamiques de population

La fertilité, la mortalité et la migration forment la série principale des déterminants des dynamiques de population et des changements d'influence dans les structures d'âge de la population. La densité de la population constitue la deuxième question principale. Mi 2002, on estimait la population africaine à 840 millions, soit 14% de la population mondiale, et on estimait qu'elle excéderait 1,2 milliard en 2025. En termes de densité, l'ensemble de l'Afrique se trouve en deuxième position après l'Asie avec 28 personnes par Km². Les plus grandes densités de population combinées avec des croissances de population les plus fortes causent des déséquilibres dans la capacité de transport de la terre, résultant en une pollution de l'air et de l'eau provenant principalement du processus de production, en une dégradation de la terre et en une érosion du sol, en la perte de la biodiversité et en la déforestation. Cela devient une préoccupation essentielle lorsque l'on regarde les densités des terres arables.

Structure de l'âge. La population africaine est jeune, avec des personnes en dessous de 15 ans représentant 42% de la population en 2 000. L'âge du groupe de travail, de 15 à 60 ans, forme environ 53,2% du total, alors que ceux de 60 ans et plus représentent environ 5%. Cela donne un âge moyen de 18,4 ans, considérablement en dessous des chiffres correspondant des pays développés et des pays en voie de développement à 37,4 ans et 24,3 ans, respectivement. Alors que les populations à travers le monde tendent à vieillir, il est néanmoins estimé que l'âge moyen en Afrique s'élèvera à 27,4 ans en 2050, lorsque ceux qui ont moins de 15 ans seront tombés à 28% et que la proportion des personnes âgées atteindra 10%. Le nombre important des très jeunes traduit les ratios de forte dépendance qui représentent des défis et des responsabilités à l'avenir majeurs tant pour les familles que pour les gouvernements de la région. L'impact des taux élevés de dépendance des jeunes réside dans le fait qu'il y aura peu ou pas d'économies restantes pour le développement à l'avenir, alors que les implications actuelles et futures sont de fortes demandes sur la santé, l'éducation et l'emploi.

Niveaux et tendances de la fécondité. Entre 1995 et 2000, le taux de fécondité total a atteint 5,27 enfants par femme pour l'ensemble de la région, ce qui constitue le taux le plus élevé du monde, dépassant de loin le niveau de 2,2 enfants requis pour remplacer la population. L'implication d'une forte fécondité pour les femmes est assez sérieuse. Premièrement, chaque maternité comporte un risque d'atteinte à la vie de la mère. Deuxièmement, la forte fécondité dénie souvent aux femmes l'opportunité de développer leur potentiel le plus

important et ainsi d'être des participants effectifs au processus de développement. Troisièmement, cela alourdit le fardeau, en particulier des femmes pauvres ayant à leur charge une famille.

Indicateurs de population sélectionnés		
	Taux de naissance	Taux de fécondité total
* le monde	23	2,28
* Afrique	38	5,27
* Asie	22	2,7
* Amérique Latine/Caraïbes	23	2,69
* Europe	10	1,41
* Amérique du Sud	14	2

Mortalité. La mortalité en Afrique est également la plus élevée du monde, avec un taux de mortalité global (TMG) estimé à 14 pour 1000 (1995-2000) ; 11 pays dans la région ont eu des TMGs de 20 et au-delà en 2002. Cela est dû à de pauvres conditions de vie dans la région et à la prédominance de maladies dues à des maladies infectieuses et transmissibles, et plus récemment à l'impact de l'épidémie du VIH. L'estimation du taux de mortalité infantile (TMI) en Afrique était de 91 pour 1000 naissances pour la période 1995-2000, et de 86 pour 2002. Seuls neuf pays avaient des taux de mortalité infantile de 50 et en dessous de 1000 en 2002. Les taux de mortalité en dessous de 5 sont encore généralement très élevés en Afrique, en dépit du fait qu'ils ont été coupés de moitié de 256 à 175 morts pour 1000

L'urbanisation rapide et les installations non planifiées l'accompagnant ont affecté de manière défavorable le développement humain de différentes manières : une qualité de vie en déclin due au manque d'accès à l'éducation, à la santé, aux soins, à l'eau potable, à l'enlèvement d'ordures, etc., le surpeuplement et la pollution croissante de l'air et de l'eau. Beaucoup de ceux qui vivent dans des zones rurales à la recherche d'une nouvelle vie dans la ville trouvent seulement un nouveau type de pauvreté dans les bidonvilles avec de faibles aménités. Le chômage, exacerbé par l'arrivée de nombreux ruraux, a multiplié le nombre des enfants de la rue et a accru leur vulnérabilité à la prostitution, aux drogues, à l'alcool et parfois au crime.

naissances entre 1960 et 1995. La forte mortalité infantile résulte essentiellement d'une qualité inadéquate des soins maternels à l'enfant, en particulier les soins pré et post-nataux, y compris le manque de rapport précoce, la malnutrition et la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En termes de mortalité maternelle, le risque de mortalité maternelle pendant la vie d'une femme s'élève de 1 à 16 en Afrique comparé à 1 pour 110 en Asie, à 1 pour 160 en Amérique Latine et à 1 pour 3 500 pour l'Amérique du Nord. Cependant la mortalité et la morbidité maternelles sont évitables par le biais de l'accès généralisé aux soins de la santé de reproduction, y compris le planning familial, les soins pré et post-nataux, et les soins d'urgence obstétriques.

Espérance de vie. De 1950 à 2000, l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes s'étendait de 38 à 51 ans en Afrique, de 41 à 66 en Asie, et de 47 à 65 ans au niveau mondial. L'estimation pour l'Afrique pour 2002 était de 53 ans pour les deux sexes. Les indicateurs d'espérance de vie pour 1993-2003 montrent que des augmentations appréciables sont apparues en Libye, en Egypte, au Maroc, en Tunisie et au Bénin, et des baisses considérables sont apparues au Botswana, au Lesotho, en Namibie, en Afrique du Sud et au Swaziland, probablement liées à une forte prédominance du VIH.

Migration. La migration a toujours constitué une question socio-économique majeure en Afrique et reste inséparable des conditions de vie africaines. Un phénomène récent est la féminisation des migrants : la moitié des migrants africains sont actuellement des femmes, ce qui suggère que les rôles sociaux traditionnels ont été modifiés de manière considérable. Parmi les questions de migration pertinentes se trouvent les crises de réfugiés, les trafics de travailleurs migrants et les trafics humains, qui sont considérés comme de la migration irrégulière. Une partie

importante du travail lié à la migration est la "fuite des cerveaux" qui implique l'émigration de personnes hautement qualifiées. L'inversion de la fuite des cerveaux constitue une priorité sectorielle, et le Nouveau Partenariat pour le Développement en Afrique (NEPAD) a proposé des mesures politiques pour atténuer son effet sur les économies nationales. De même, l'identification des moyens de maximiser les effets sur le développement des envois de fonds dans leur pays natal par ceux qui travaillent à l'étranger et l'amélioration des mécanismes de transfert des fonds sont d'une importance croissante en Afrique.

Urbanisation. L'Afrique a l'accroissement de population urbaine le plus rapide du monde avec une moyenne annuelle de 4% entre 1995 et 2000. Actuellement, 38% de la population totale en Afrique vit dans les villes, et en 2030 la proportion atteindra probablement 53%. A cela s'ajoute que 60,9% des populations urbaines vivaient dans des taudis en 2001. Dans les deux prochaines décennies, 87% de la croissance de la population en Afrique aura lieu dans des zones urbaines.

Pauvreté et développement durable.

Comme cela est universellement connu, la moitié de la population africaine vit en dessous du seuil de pauvreté. La majorité de la population rurale et 41% des résidents urbains en Afrique vivent dans la pauvreté, avec une capacité inadéquate pour faire face aux besoins de base tels que la nourriture, le logement, l'éducation et la santé. Cette pauvreté qui se fait sentir partout est la face humaine de l'échec de l'Afrique à générer un développement durable, un processus qui implique une croissance économique auto-suffisante, un changement technologique, une modernisation des institutions ainsi que des changements dans les attitudes et les valeurs. A côté de la capacité inadéquate à fournir une croissance économique et péniblement un lent développement social, les principales questions socio-économiques comprennent ici la dégradation environnementale, l'investissement inadéquat dans le développement de ressources humaines, la faible production agricole, l'insécurité alimentaire et la prédominance d'une opportunité inégale des femmes.

L'avenir de l'Afrique dépend de la manière dont les pays dans la région abordent la gouvernance économique et politique, et la mesure dans laquelle les pays évitent les conflits civils et entreprennent des réformes économique et sociales effectives pour éradiquer la pauvreté et apporter un développement durable.

Presque chaque étude entreprise sur n'importe quel type de population et sur n'importe quel niveau de désagrégation montre que les ménages les plus pauvres tendent à avoir le plus grand

nombre d'enfants. Les familles avec des ratios d'enfants et d'adultes élevés ont plus de chance d'être pauvres et incapables de fournir l'investissement social requis pour leurs enfants. Compte tenu d'un choix réel, les familles individuelles choisiraient d'avoir des familles plus petites que celles de leurs parents. Le statut de la santé est un autre résultat important et un entrant clef du développement durable. Les retours sur investissement pour l'éducation des femmes et la santé sont de manière significative plus grands que ceux des hommes. Cela est dû à la forte interaction entre les facteurs tels que l'instruction pour les femmes, la santé, le statut nutritionnel et la fécondité, d'une part, et l'effet synergétique de cette combinaison de facteurs sur l'avenir de l'éducation, de la santé et de la productivité, d'autre part.

L'impact démographique et socio-économique du VIH/SIDA en Afrique.

Le VIH/SIDA est d'une importance vitale dans le spectre des questions comprenant le développement, la sécurité, la production alimentaire et l'espérance de vie. Le SIDA constitue un défi du développement, peut être l'obstacle le plus important au développement social et économique en Afrique sub-saharienne.

Impact démographique. L'une des caractéristiques pernicieuses du VIH/SIDA est qu'il diminue l'espérance de vie de manière drastique et influence de manière importante les démographiques humaines. Les chiffres sont bien connus. Depuis le début de l'épidémie, quelques 15 millions d'Africains sont morts sur un total d'environ 21,8 millions. Le SIDA a réduit la moyenne de l'espérance de vie de 11 pays africains à 47 ans alors qu'elle était de 62 ans sans SIDA. La division population des Nations Unies projette les populations de 2015 des 35 pays africains les plus affectés à moins de 10% qu'ils n'auraient été sans le VIH/SIDA. A cause de la forte proportion des morts parmi les jeunes et la transmission verticale élevée (environ 30%), on s'attend à ce que la structure de l'âge dans les pays les plus touchés change. La pyramide de la population typique avec sa large base de jeunes s'effilant de manière progressive vers un plus petit groupe de personnes âgées est transformée en une base rétrécie couronnée par une "cheminée" relativement étroite due à une fécondité plus faible et à une mortalité élevée. L'implication est une réduction significative de la capacité productive potentielle à l'avenir.

Impact socio-économique. Le VIH/SIDA a déjà appauvri des familles pauvres qui perdent des revenus salariaux et sur lesquels pèsent déjà des dépenses en soins médicaux, des coûts élevés pour les funérailles et un soutien pour les enfants laissés derrière. Cela a laissé les enfants de parents souffrants avec une responsabilité accrue, à savoir la contribution à la survie du foyer au détriment de leur éducation. Les conséquences émotionnelles de la perte répétée d'amis et d'êtres chers laisse des traces psychiques importantes. Les jeunes filles à la maison portent la plupart du fardeau de l'apport des soins au détriment de leur éducation et de leur propre promotion, qui affectera de manière négative les perspectives de l'axe du genre dans le développement. Il y a d'autres conséquences telles que des chiffres accrus de femmes et d'enfants à la tête de foyers et une situation de négligence par rapport à des orphelins en nourrice négligés ou abusés. Les grands-parents peuvent avoir sur les épaules des responsabilités parentales qui ont pour résultat une détérioration plus importante dans la qualité de la vie de ceux qui sont déjà pauvres. L'impact économique de la pandémie s'est manifestée dans tous les secteurs, y compris l'éducation, la santé, le travail et l'agriculture. Cela a affecté les budgets nationaux et les efforts d'éradication de la pauvreté, et peut réduire la croissance économique annuelle par tête d'1 à 2% dans les pays africains les plus durement touchés. En 2010, le PIB par tête dans certains de ces pays pourrait atteindre 8 %, et la consommation par tête même plus. La pression sur les dépenses nationales augmentera probablement en raison du VIH/SIDA, pendant que les revenus nationaux tomberont au fur et à mesure que les économies déclineraient. La qualité et l'efficacité de l'éducation et des systèmes de santé sont touchés de manière négative à cause de la morbidité et de la mortalité croissantes parmi les enseignants et les professionnels de la santé infectés. Comme le SIDA affecte les gens dans les groupes de l'âge de productivité économique - les 25-45 ans -, cela touche de manière négative la taille et la productivité de la force de travail. Les tranches d'âge

les plus touchées sont les 20-29 ans pour les femmes et les 30-39 ans pour les hommes. La majorité des gens mourant du SIDA se trouvent au début de leur vie de travail. La mort constitue seulement la perte ultime. Ils deviennent généralement improductifs pendant une longue période, attrapant des maladies multiples, avant même de mourir. La plupart des morts apparaissent parmi les travailleurs les plus qualifiés et les plus expérimentés, que ce soient des cols bleus ou des cols blancs.

La santé de reproduction et le VIH/SIDA : implications et choix.

La relation entre les économies et la maladie est complexe. Le principal effet sur l'économie se trouve dans l'équité de la distribution de revenus et la réduction de la pauvreté correspondante. Quatre facteurs restent d'une importance fondamentale pour la réduction de la mortalité : les revenus de la croissance, l'amélioration de la technologie médicale, l'éducation de base et l'accès au public des services de santé, avec d'importantes synergies parmi elles. Pour la mortalité maternelle en particulier, une étude observe que les taux relativement élevés dans la plupart du monde en voie de développement sont une conséquence d'une négligence continue de la santé de reproduction de la femme, couplée avec le legs d'un programme d'interventions inefficaces. Des 529 000 morts maternelles de par le monde, 240 000 (45%) étaient en ASS. La mortalité maternelle représente moins de la moitié du tableau parce que pour chaque mère qui meurt, plus de 20 développent des infirmités parfois graves liées à leur maternité.

Statut de la santé de reproduction.

Dans le contexte africain, la maternité et la naissance impliquent des risques de santé même pour les femmes sans problèmes de santé pré-existants. Jusqu'à 40% des femmes enceintes font l'expérience de problèmes de santé liés à leur maternité et 15% souffrent sur le long terme voire ont des complications pouvant porter atteinte à leur vie. Les problèmes de santé maternelle comptent pour plus de 2% du fardeau global de la maladie, et presque 3,5% en Afrique sub-saharienne (ASS). Cela n'a pas à être ainsi. Sous des conditions optimales, moins de 10 maternités pour 1000 se déroulent sans aucun problème et, comme l'expérience des pays industrialisés le montre, peu de femmes meurent.

L'impact social et économique d'une forte mortalité et morbidité maternelle - le coût de la négligence - est élevé. La mortalité maternelle est une perte tragique au début de la vie et contient de multiples ramifications. Elle signifie le démembrement de la famille et la perte d'une force productive pour la communauté. Elle signifie non seulement le décès de la mère, aussi tragique et non-nécessaire soit-il, elle met en danger l'ensemble de la famille, en particulier les enfants. Cependant, aussi tragique la mort maternelle soit-elle, la santé de reproduction n'obtient pas l'attention prioritaire qu'elle mérite parce qu'elle est essentiellement perçue comme un "problème de femme". Il existe des lueurs d'espoirs. Le contexte politique et socio-économique semble s'améliorer ; des engagements clairs pour mettre en priorité la santé de reproduction et les interventions VIH/SIDA émergent. Cependant, si les niveaux d'investissement et de mise en oeuvre constituent une indication, les engagements ne se trouvent pas encore au même niveau en raison de l'urgence de ces questions.

Quelques études sur les bénéfices des services de santé de reproduction indiquent que dans une forte mortalité typique, un pays africain très fécond, le coût de l'arrêt d'une naissance non désirée par le biais du planning familial est de 380 US \$, alors que la dépense estimée pour le gouvernement s'élèverait à 440 US \$. Plusieurs études montrent que chaque dollar investi dans le planning familial permet d'économiser entre 9 et 32 US \$ dans les différents contextes de mortalité et de fécondité, et que le coût par usager tombe au fur et à mesure de l'évolution des programmes. Le coût de la modification de la mortalité et de la morbidité maternelles et de la mortalité péri-natale est estimé à 140 US \$, alors que les bénéfices, à travers la difficulté à quantifier, sont décuplés. Les contributions de la santé de reproduction améliorée à l'ensemble du développement sont élevées. Elles se matérialisent par la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile, une fécondité réduite, une contribution améliorée à la force de travail, le bien-être général et la qualité de vie de la famille, de la communauté et de la nation.

Les complications d'un avortement à risque constituent un problème de santé public majeur en Afrique. L'OMS estime qu'il y a environ 5 millions d'avortements à risque par année en Afrique dont résultent 34 000 morts. Dans la mesure où l'avortement est illégal dans presque tous les pays africains, presque tous les avortements qui en découlent sont effectués sous dans des conditions dangereuses dont résulte un taux élevé de complications. Une avortement sans risque, dans tous les cas où la loi le permet, sauve de nombreuses vies. Des soins post-nataux effectifs (SPN) réduisent la mortalité maternelle de quelque un-cinquième dans beaucoup de pays à faibles revenus.

Les facteurs sous-jacents de la forte morbidité et mortalité maternelle.

L'accès et l'utilisation des services de santé ont des implications importantes pour la santé de reproduction. Cependant, l'accès à des services de santé de qualité est limité dans la plupart des pays africains et une utilisation de ces services même moins élevées. Parmi les facteurs majeurs contribuant à une morbidité et à une mortalité maternelle élevée en Afrique se trouvent :

- Les initiatives d'une maternité sans risque ;
- Améliorer la santé d'une mère et de sa famille, et dans le processus, accroître les propositions de travail la capacité productive et le bien-être économique des communautés ;
- Réduire la fuite de l'énergie productive des femmes causée par des grossesses fréquentes, une santé maternelle pauvre, une grossesse et un accouchement avec des complications, et s'occuper des enfants malades, libérant ainsi leur énergie psychique, augmentant leur capacité à avoir des revenus et contribuant à réduire leur pauvreté ;
- Réduire la difficulté émotionnelle et économique causée par des grossesses non désirées ou à de mauvais moments qui interfèrent avec les activités socio-économiques des femmes ;
- Accroître les perspectives des enfants pour mener une vie productive.

- un manque de qualité des services de santé et en particulier des soins obstétricaux de base et d'urgence ;
- un manque d'information adéquate (qui présente souvent des cas de rapports tardifs pour des soins antérieurs à la naissance) ainsi qu'un manque de capacité et de volonté d'utiliser et de payer pour des soins médicaux ;
- le sous-développement et la pauvreté vont au-delà des faibles revenus et d'un accès limité aux services sociaux et comprennent l'infériorité sociale, la faiblesse physique, la vulnérabilité, l'absence de pouvoir et l'humiliation, tous ces facteurs ayant un grand impact ;
- le mariage précoce, les enfants prématurés, la forte parité et la violence domestique (on estime qu'en Afrique 86 000 femmes sont mortes d'accidents intentionnels en 2000. Les victimes sont souvent trop jeunes ou trop faibles pour se protéger ou sont réduits au silence par les conventions sociales ou la pression) ;
- les mutilations génitales sur les femmes (MGF), qui sont toujours pratiquées dans 28 pays à travers l'Afrique sub-saharienne - d'Est en Ouest - et qui sont concentrées le long de la Vallée du Nil, affectent de manière négative la sexualité des femmes et conduit à de nombreuses complications.

Les interventions de santé reproductive qui fonctionnent : les leçons tirées d'Afrique

Même à l'aube du 21^{ème} siècle, il est courant pour les femmes en Afrique qui sont sur le point d'accoucher de ne pas mettre l'enfant au monde. Ce qui doit être fait pour apporter de l'espoir et des sourires aux mères africaines est bien connu : éviter l'indésirable/le non-planifié ou les grossesses trop rapprochées, assurer la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence (SOU) avec des systèmes de renvoi fonctionnels et prendre des mesures pour réduire les trois jours de délai (délai dans la décision de recherche des soins appropriés, dans l'obtention des équipements adéquats et dans l'obtention de soins appropriés). Alors que la plupart des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement ne peuvent pas être prévus ou évités, ils peuvent être traités par des SOU performants, et ainsi plus de femmes survivront.

Deux domaines s'avèrent critiques pour la réduction du facteur rhésus (FR) lié à la mortalité et à la morbidité en Afrique. Le premier est d'assurer une assistance expérimentée à tous les niveaux des services de santé allant des livraisons essentielles, de l'équipement et de l'infrastructure maternelle aux soins des nouveaux nés. Le second consiste à renforcer la capacité de l'individu, de la famille et de la communauté pour améliorer la santé de la mère et du nouveau né, y compris le lien entre les communautés et les ménages et les équipements de santé, et institutionnaliser la préparation des naissances au niveau de la communauté.

Les services de planning familial comprennent un autre domaine majeur. Le planning familial réduit la fécondité et ainsi le risque de mort maternelle postérieur dans la vie postérieure. De plus, l'utilisation du planning familial libère et renforce la capacité des femmes, et par conséquent, a un impact important sur le développement de la famille et de la communauté au sens large. Les gouvernements africains ont reconnu l'importance de la fourniture d'une gamme la plus large possible de méthodes de contraception. Il est nécessaire d'améliorer les choix par le biais d'un mélange plus équilibré et de promouvoir une plus grande acceptation de la barrière ou des méthodes duales en vue d'une forte prédominance des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en particulier le VIH/SIDA, en Afrique. La participation des hommes dans l'usage des méthodes contraceptives.

Le coût de l'inaction s'avère élevé. On estime que si les questions de santé de reproduction ne sont pas effectivement abordées, il y aura 2,5 millions de morts maternelles, 7,5 millions de morts infantiles et 49 millions de femmes handicapées dans les dix prochaines années en Afrique. En dépit de cela il y a des raisons d'espérer. Les problèmes liés à la santé de reproduction peuvent trouver des solutions pratiques et déjà éprouvées. La plupart d'entre elles ont bien été expliquées en Afrique. Le coût annuel estimé pour les services (environ 1990) dans les pays à faibles revenus était de 90 \$ par dossier pour les soins prénataux et les soins de l'accouchement, de 12 \$ pour le planning familial, et de 11 \$ pour l'IST. Ce qui est demandé c'est l'amélioration de la direction et la montée d'interventions rencontrant un succès.

VIH/SIDA

Déjà aux niveaux des épidémies (prédominance de plus de 5%) sur plus de 22 pays, le VIH/SIDA est désormais la cause principale de mort en ASS. Chaque année il y a 3 millions de nouvelles infections perturbatrices parce que la majorité des nouveaux infectés sont des adultes et les jeunes de moins de 25 ans. Comme cela est bien connu, l'importance et l'impact de la pandémie sont effrayants en particulier en Afrique australe qui reste la partie la plus touchée du continent ; mais le VIH/SIDA a également progressé dans toutes les autres parties du continent. Plus de femmes (plus vulnérables) que d'hommes sont atteintes (110 pour 100 en Afrique). Les âges de plus grande prédominance sont les jeunes hommes (de 20 à 54 ans), les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et les enfants en dessous de cinq ans.

La tuberculose (TB) est la plus importante maladie liée au VIH dans les pays pauvres en ressources. L'une des plus grandes tueuses d'Africains, la TB avait été contrôlée par le biais de traitements massifs et d'immunisation dans les années 70 et 80, mais elle est revenue par vengeance, alimentée par l'épidémie du VIH/SIDA. Ceux qui ont des systèmes immunitaires affaiblis par le VIH/SIDA sont particulièrement touchés dans la mesure où les cas non traités prennent de l'importance. L'émergence de médicaments résistants à différentes bactéries constitue un autre facteur de résurgence.

Le secteur de la santé se trouve submergé par la pandémie, pris entre la demande croissante de services et une capacité réduite pour accoucher à cause de la mauvaise santé et des maladies parmi les prestataires de service infectés par le VIH.

L'éducation a pour charge de permettre à la jeunesse de rester non infectée pendant qu'à l'école et dans la promotion de l'adoption de comportements qui les préserveront de l'infection toute leur vie - un "vaccin social". Le SIDA mine cette institution par une réduction graduelle mais irréversible.

Dans certains pays africains, les patients atteints du VIH/SIDA occupent plus de 50% des lits. De manière significative, la demande accrue de la part des jeunes qui ne sont pas normalement des bénéficiaires de soins médicaux. Les effets sur le moral sont particulièrement marqués dans le secteur de la santé dans la mesure où les charges de travail s'accroissent et la tension augmente, alimentés par une forte mortalité chez les enfants, les jeunes adultes et les collègues.

L'impact du SIDA sur l'éducation est particulièrement profonde parce que l'éducation mise sur l'enrichissement de la personne. Les estimations montrent qu'à cause du VIH/SIDA à la fin de la première décennie du 21^{ème} siècle il y aura moins d'enfants au niveau primaire de 12 à 24% dans une gamme de pays en Afrique de l'Est et australe. Certaines études montrent que le niveau de l'infection du SIDA chez les enseignants est supérieur aux autres groupes de population, certains pays perdant la moitié de ceux formés chaque année.

Les menaces par rapport à la famille prennent plusieurs formes, à la fois économique et psychologique. En Tanzanie, un simple cas d'infection par le SIDA coûte entre 2 462 et 5 316 \$ (1985) en termes de traitement et de productivité perdue. Couplées avec les faibles revenus et la faible croissance préexistante, les conséquences de l'infection du VIH pour ces ménages constitue un pas supplémentaire vers la pauvreté. Cela est aggravé par le fait que ceux qui meurent du SIDA sont pour la plupart des jeunes adultes dont dépendent les enfants et les personnes âgées, laissant les enfants ou les grands-parents à la tête des foyers. En 2000, l'ASS avait 18 millions d'enfants de moins de 15 ans qui étaient orphelins - 70% à cause du VIH/SIDA. Les chiffres devraient atteindre 24 millions en 2010. Les soins de ces enfants tombent souvent sur une famille élargie, dépassant leurs ressources limitées et déclinantes.

Transmission

Le VIH/SIDA est une composante essentielle de la santé de reproduction et sexuelle et la plupart des transmissions par le VIH en Afrique se font par voie sexuelle. Cependant, la sexualité en Afrique, comme dans la plupart des sociétés, constitue un sujet tabou. Il n'y a pratiquement pas de discussions au sujet du sexe entre parents et enfants (la jeunesse) même en cet âge du VIH/SIDA, entre partenaires sexuels ou parmi les groupes de pairs même dans un cadre universitaire. Les ramifications du traditionnel faible statut des femmes sont telles que la discussion dans une atmosphère d'échanges mutuels d'informations - beaucoup moins quel type de négociation sur n'importe quel aspect de l'usage du préservatif - est pratiquement impossible.

Les caractéristiques du comportement sexuel sont déterminées par des facteurs complexes non seulement de moralité individuelle, de choix personnel et de décision privée à propos des risques, mais également une série de facteurs sociétaux. Même si les interactions et les liens ne sont pas toujours clairs, on sait bien que les partenaires sexuels multiples, les travailleurs dans le commerce du sexe et une histoire d'infections transmises par voie sexuelle (ITVS) constituent des facteurs de risques très importants pour la transmission sexuelle. Les autres modes majeurs de transmission en Afrique comprennent la transfusion sanguine, la pauvre qualité des services de santé (réutilisation d'une seringue, erreurs de précaution à vie, etc.), l'utilisation de médicaments intraveineux - croissante dans les zones urbaines - et l'homosexualité. La transmission de la mère à l'enfant (TME) compte pour 90% des infections chez les enfants, affectant 30 à 40% des enfants nés de mère séropositives.

Les leçons à tirer

Direction. Le rôle de direction à tous les niveaux et l'importance de l'engagement politique au plus haut niveau ont constitué une grande démonstration du succès des 10 dernières années, par exemple en Ouganda. Les dirigeants africains ont affirmé dans la Déclaration d'Abuja fournir la direction directe et l'établissement du Groupe Africa Watch SIDA à des chefs d'Etat, chargés de suivre cela et d'autres engagements. Beaucoup de dirigeants sont à l'origine d'initiatives, de conseils dirigeants, s'exprimant souvent et à voie haute. L'engagement et le rôle des dirigeants religieux/spirituels et des dirigeants de la communauté est aussi d'une grande importance.

Plaidoyer et communication pour un changement des comportements (CDC). Ceux-ci jouent un rôle charnière important dans les interventions contre le VIH/SIDA. Il existe aussi de bons exemples de messages et de méthodes appropriés de CDC (i.e., l'éducation par pair entre les jeunes) qui ont opéré des changements de comportements. Ces efforts comprennent la promotion d'une sexualité plus sûre et des comportements moins risqués, y compris l'abstinence, la réduction du nombre des partenaires, l'usage systématique et correct des préservatifs, et éviter l'usage de médicaments injectables. La participation des gens vivant avec le VIH/SIDA (PLWHAs) a clairement amélioré le succès des interventions même si elle entravée

par des niveaux élevés de déni, de crainte, de rejet et stigmatisation. Beaucoup de pays africains ont des associations bien établies de PLWHAs et une plus grande implication des gens vivant ou affectés par le VIH/SIDA (GIPA) font du travail louable sur la scène internationale.

Prévention, soins et traitement. La prévention viable nécessite des avancées majeures vers un développement durable, une réduction de la pauvreté et un renforcement de la capacité des femmes.

Prévenir la transmission au Sénégal

Le Sénégal est considéré comme une histoire à succès en matière de prévention. Il a gardé la prédominance à moins de 2%. Cela peut être attribué à :

- des normes culturelles concernant le sexe prémarital qui est moins commun au Sénégal comparé avec ses voisins ;
- une participation active de la communauté ainsi que des dirigeants politiques et religieux.

Une compréhension et des méthodes de communication améliorées, en particulier parmi les jeunes, commencent à porter leurs fruits. Le défi est de les adapter aux circonstances locales et de donner une information correcte, appropriée et pertinente. On devrait renforcer le test et le conseil volontaire (TCV) compte tenu de l'attention particulière que les dirigeants africains reconnaissent à une claire obligation morale de fournir tout soin, tout soutien et toute aide appropriés ou de faisabilité pour les individus infectés du ou par le VIH/SIDA, simplement comme toute autre maladie. Le manque ou l'inadéquation du traitement du VIH et des infections supplémentaires constitue une cause majeure de souffrance ou d'une évolution précoce du VIH en SIDA et une mort prématurée. Les bénéfices des soins comprennent la réduction de la souffrance, l'amélioration de la qualité de la vie de l'individu et de la société dans son ensemble, et le bien-être d'une activité productive économique et sociale prolongée. La question des soins doit être vue comme multi-sectorielle. Alors que le secteur de la santé peut jouer un rôle directeur, l'implication de tous les participants à toutes les étapes de la maladie et à travers le continuum des soins est important. Les activités basées sur la communauté et sur le foyer sont cruciales. L'implication des praticiens de la médecine traditionnelle a démontré son utilité dans beaucoup de communautés et pourrait aider à atténuer des pratiques douloureuses (mutilations génitales féminines - MGF, sectionnement de l'uvule, scarification, etc.).

Le traitement avec une thérapie anti-rétrovirale très active (TARTA) a changé la face du VIH/SIDA, augmentant de manière drastique la survie et la qualité de vie des PLWHAs. De même, le traitement est complexe et les médicaments sont coûteux en dépit des énormes diminutions. Les médicaments génériques sont disponibles pour moins de 350 \$ par an (2002) au lieu de 10 000 \$ et plus il y a quelques années, mais les implications pour la plupart des pays africains avec des dépenses de santé publiques par tête par an d'environ 10 \$ sont énormes. Les études ont été menées pour développer des régimes plus simples et moins chers. L'OMS a lancé l'initiative "3 pour 5" : 3 millions qui en ont besoin (50% des estimés) reçoivent un traitement ART en 2005. La plupart des arguments en faveur de l'introduction de l'ART en Afrique sont basés sur des considérations politiques, d'éthique et de droits de l'Homme. Il existe quelques études sur les implications de la fourniture de services et d'économie. Le besoin de traitements est indispensable, mais cela ne devrait pas faire de l'ombre aux actions préventives maintenant ou au besoin de développer de

nouvelles méthodes - la vaccins, les microbicides etc - pour une meilleure prévention des activités. Cela ne devrait pas non plus remplacer les fonds des autres activités de santé.

Les adolescents et la jeunesse en Afrique

La population africaine est jeune, exubérante et fait face à des conditions de vie et des espérances de vie qui changent profondément.

La population jeune est extrêmement variée - scolarisée ou non, mariée ou non, employée ou au chômage, avec des bases culturelles différentes, etc. Il ne peut cependant y avoir une approche selon laquelle "une seule taille convient à tout le monde".

Les jeunes représentent non seulement l'avenir mais également le présent, et les sociétés africaines doivent satisfaire leurs demandes et leurs besoins changeant. Leur santé et le développement sont clefs pour le développement du continent. Ils nécessitent l'attention pas moins parce qu'ils sont très nombreux. Le nombre de jeunes en Afrique (de 10 à 25 ans) s'élève à 255 millions et atteindra, selon les estimations, 465 millions en 2010. Il s'accroît en comparaison avec les autres tranches d'âge parce que la jeunesse est la section la plus féconde de la société : environ 75% des jeunes adolescentes (entre 15 et 19 ans) africaines deviennent des mères, représentant 13 % de l'ensemble de la fécondité.

Les besoins particuliers des adolescents

L'adolescence en tant que période distincte de croissance n'est pas entièrement reconnue dans la plupart des sociétés africaines, mais il s'agit du moment d'un changement important et rapide ainsi que d'une période de transition, d'expérimentation et de risques à prendre avec les adolescents qui ne sont pas souvent capables de comprendre l'étendue des risques. Plusieurs événements clefs sociaux, économiques, biologiques et psychologiques qui placent l'échafaudage de la vie adulte se déroulent à l'adolescence. Pendant que la plupart des gens passent à travers cette période sans handicap majeur, un nombre important ne le passe pas. De par le monde, y compris en Afrique, la puberté apparaît plus tôt et l'âge du mariage est en augmentation. Ainsi les jeunes gens prêts sexuellement (et actifs) restent plus longtemps sans être mariés, il s'agit de la distance "biosociale". Ce phénomène est nouveau pour la plupart des communautés africaines/traditionnelles et posent des défis qui ne sont pas courants. Des millions de jeunes gens affrontent les perspectives d'une éducation incomplète et la menace du VIH/SIDA qui aggravent les problèmes traditionnels de mariage précoce, de grossesse précoce, etc.

En même temps, la plupart des jeunes Africains grandissent avec moins d'opportunités en termes d'éducation, de santé, de divertissement et d'emploi à plein temps qui pourraient leur permettre de réaliser leur plein potentiel en tant que contributeurs au développement comme c'était le cas précédemment, et cela à

cause des guerres, des conflits et des problèmes socio-économiques auxquels l'Afrique fait face. Pour les adolescents, l'avenir peut en réalité mal se présenter. Dans les pays avec une prédominance de 15% et plus de VIH/SIDA, au moins un tiers de ceux qui ont maintenant 15 ans mourront du SIDA. Le risque est supérieur à 50% au Botswana, au Kenya, en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe. Cette situation tragique pourrait être atténuée par des stratégies qui assurent que les enfants auront une enfance sécurisée, saine et une bonne éducation, établissant les fondations pour une vie adulte productive en tant que contributeurs du développement de l'ensemble de leur pays, plutôt que de grandir avec des problèmes leur ayant volé leur enfance.

Manque d'opportunité. La pauvreté et les problèmes y afférents d'opportunités limitées, le manque de compétence et d'emplois sont les fondements des problèmes de la plupart des adolescents en Afrique. Les jeunes sont les principales victimes des difficultés économiques et l'instabilité civile a poussé un nombre croissant d'entre eux en dehors de chez eux et dans les villes et, souvent, dans les rues, les exposant à des abus et à l'exploitation. Le taux de jeunes sans emploi est élevé et s'accroît - 56% en Afrique du Sud - atteignant le double du taux des adultes dans la plupart des pays, i.e., en Algérie, au Nigéria. D'autre part, en dépit des lois sur le travail des enfants, la proportion des enfants en dessous de l'âge de 14 ans dans le travail forcé en 1996 dépassait les 40%. On accepte culturellement en Afrique que les enfants travaillent au sein de la famille ou de la communauté, en particulier maintenant que les revenus de la famille ont été érodés par le chômage, des salaires nominaux stagnants et des pertes d'emploi et/ou des échecs en affaires. Beaucoup d'adolescents travaillent principalement pour accroître les revenus de la famille, mais les problèmes économiques de la région et le VIH/SIDA dénaturent souvent cela en exploitation et en vulnérabilité accrue.

Problèmes de santé. Il existe une attention croissante de l'importance actuelle et des implications futures des problèmes de santé des adolescents et du besoin d'un cadre de politique et de service pour leur faire face. La question de la santé de reproduction dans son ensemble, par exemple, prend une dimension très différente à l'adolescence. La mortalité maternelle est beaucoup plus élevée dans ce groupe parce que les risques d'une maternité précoce sont associés avec les facteurs médicaux, reliés aux services et aux facteurs sociaux - y compris les pratiques traditionnelles douloureuses, la sexualité et le genre - qui ont un impact plus grand sur les jeunes. Même s'il existe des indications selon lesquelles l'âge du mariage augmente en Afrique à l'instar d'autres régions du monde, le mariage précoce reste la norme en Afrique. Une fois mariée, une fille doit tomber enceinte dès qu'elle atteint la puberté - aussi tôt qu'à 11 ou 12 ans dans certains cas. Les filles âgées de moins de 15 ans ont 5 à 7 fois plus de risque de mourir durant la grossesse ou l'accouchement que celles entre 20 et 24 ans. La plupart des filles ont un travail obstrué parce que le bassin de la fille est trop étroit. Dans des conditions de manque d'une aide à l'accouchement en Afrique, cela conduit à un travail prolongé ayant pour résultat la mort de l'enfant *in utero*, endommageant le bassin conduisant à la fistule, et même à la mort de la mère par hémorragie, par rupture utérine et/ou par épuisement. L'enfant, s'il est mort-né, est souvent en dessous du poids normal et a plus de risque d'être mort né.

D'autre part, l'avortement est un problème majeur parmi les jeunes, avec un 1/3 de la moitié des maternités précoces avec accouchement interrompu. L'avortement est illégal dans la plupart des pays africains (seuls trois - le Cap Vert, l'Afrique du sud et la Tunisie - autorisent un accès illimité à l'avortement), de sorte qu'il existe un taux élevé de ces avortements avec des hémorragies et des infections menaçant de vie ou de mort. On voit des cas d'avortement dans toutes les marches de vie - étudiants, les jeunes en dehors du système scolaire, les femmes mariées, etc. La pauvreté, la faible accessibilité et disponibilité des services de santé, l'usage limité des contraceptifs (même lorsque la connaissance est considérée comme élevée), et la très forte pression des pairs en faveur de l'expérience sexuelle sont souvent mentionnés comme les causes principales pour la fréquence des avortements. Les avortements sont également souvent associés à la violence sexuelle, aux viols, aux enlèvements, aux mariages précoces et /ou aux dissolutions de mariages. D'autres maladies accablantes doivent être notées parmi les jeunes gens, y compris : la TB, qui a toujours été plus fréquente chez les jeunes et se trouve désormais alimentée par le VIH/SIDA, et la malaria, qui constitue un risque élevé pour une fille adolescente enceinte en particulier. A cela s'ajoute que les maladies telles que la polio et la maladie de rhumatisme du coeur se manifestent eux-mêmes principalement chez les jeunes mais tiennent leur origine de l'enfance.

Cependant, l'inscription à l'école primaire est faible dans la plupart des pays africains et dans 19 des pays de l'ASS, moins de 30% du groupe d'âge est inscrit à l'école secondaire. Au Burundi, en République Centrafricaine, au Mali et au Niger, moins de 10% des filles reçoivent au moins sept ans d'instruction. Les jeunes disposant d'un faible niveau d'éducation ont des perspectives particulièrement limitées d'auto-suffisance économique.

Education

L'importance et l'impact de l'éducation sur le développement humain est indéniable. Cependant, l'inscription à l'école primaire est faible dans la plupart des pays africains et dans 19 pays d'ASS, moins de 30% du groupe d'âge est inscrit à l'école secondaire. Au Burundi, en République Centrafricaine, au Mali et au Niger, moins de 10% des filles reçoivent au moins sept ans d'instruction. Les jeunes avec des faibles niveaux d'éducation ont des perspectives particulièrement limitées d'auto-suffisance économique.

VIH/SIDA. Les concepteurs politiques connaissent bien l'impact du VIH/SIDA sur les jeunes Africains. Les trois quart (soit 8,6 millions) des jeunes du monde vivant avec le VIH/SIDA sont originaires d'ASS, avec une prédominance allant de 33% au Botswana à 0,3% en Mauritanie en 1999. Immanquablement, la prédominance parmi les jeunes filles en Afrique est plus forte que parmi les garçons. Les filles constituent 64% des 15-24 ans vivant avec le VIH/SIDA. Les jeunes sexuellement actifs se trouvent face à un risque élevé, en particulier lorsqu'ils ont des partenaires sexuels multiples, ont des rapports sexuels non protégés, et, pour les jeunes femmes, ont des partenaires masculins plus âgés. Le taux le plus élevé d'ITS, y compris une infection du VIH, se trouve parmi les jeunes de 20 à 24 ans et le plus élevé ensuite parmi les adolescents de 15 à 19 ans. Les jeunes sont particulièrement vulnérables au VIH/SIDA en raison des attributs physiologiques, psychologiques, sociaux et économiques de l'adolescence.

La sauvegarde de l'avenir de l'Afrique à travers le développement de la jeunesse

Le penchant des adolescents pour un comportement de prise de risque et une susceptibilité à une forte pression accentuent leur vulnérabilité. Cela est en partie dû à leur manque d'informations fiables, appropriées et qui se tiennent sur la sexualité, le VIH/SIDA, etc., ainsi que la manière de se protéger et de se gérer. Certains parents pensent toujours que l'éducation sexuelle encourage l'expérimentation sexuelle, en dépit de preuves indiquant que l'éducation sexuelle semble reporter les premiers rapports sexuels, réduire le nombre des partenaires sexuels et accroître la probabilité de l'usage du préservatif. Les études montrent que la source la plus importante d'information pour la plupart de la jeunesse africaine est ses pairs qui sont trop souvent simplement mal informés et perpétuent ainsi le flux d'informations erronées.

Le silence entourant la sexualité constitue l'une des forces motrices de la vulnérabilité de l'adolescent. Les dirigeants africains ont reconnu les adolescents comme un groupe à part avec des caractéristiques, des problèmes et des besoins spécifiques. Il est désormais nécessaire de reconnaître que les interventions pour eux fonctionnent mieux comme une partie d'un développement durable plus large et des programmes de réduction de la pauvreté. Des conditions améliorées de dialogue et une active participation des parents/de la famille, de l'école et de la communauté peuvent être créées en fournissant aux jeunes une connaissance et une information appropriées. Il est également important d'impliquer les jeunes, y compris les jeunes PLWHAs dans le cas du VIH/SIDA, en conceptualisant, en planifiant, en mettant en oeuvre et en appliquant les programmes. La jeunesse accueille favorablement cette opportunité de participation et son implication sauve des coûts et assure la possession, le succès et la viabilité. L'éducation des pairs, au sein ou en dehors de l'école, constitue un élément clef. De plus, les jeunes ont besoin d'être dotés avec des aptitudes à vie, y compris des aptitudes dans la formation de l'amitié, la communication, l'auto-attention et la confiance, la négociation, la tolérance, un esprit critique et créatif, et de faire face à l'émotion et à la pression. Les programmes devraient atteindre les jeunes les plus en situation de risque - les orphelins, les enfants ouvriers, les enfants de la rue, les toxicomanes, etc. - et rendre des services amicaux aux jeunes. Cela a été prouvé être important pour les services de santé de la jeunesse en particulier.

Les implications des programmes pour adolescent pour le développement socio-économique.

Les retombées économiques des programmes pour adolescents sont difficiles à estimer en raison de leur caractère complexe, multi-sectoriel et multidimensionnel. La recherche limitée entreprise montre qu'1 \$ investi dans des programmes d'éducation sur le VIH/SIDA pour des adolescents scolarisés, par exemple, donne un bénéfice de 0,5 \$, de 5 \$ et de 99 \$ dans les domaines de prédominance du VIH de moins de 1%, d'1% et de 20% respectivement. Certaines études montrent que les retombées d'1 \$ investi dans une instruction pour adolescents est de 3,3\$, et que l'éducation adulte pour les jeunes est de 19,90 \$. Une études dans les Caraïbes a montré que pour une grossesse précoce, le coût financier direct est entre 28 \$ et 262 \$, cela

dépendant du lieu, et entre 33 et 363 \$ par naissance par an. Alors que celles-ci sont pour la plupart sous-estimées, le coût annuel d'une grossesse interrompue par le biais d'un planning de famille sera seulement de 17 \$.

Le **manque de force contraignante** en raison de la pauvreté, et pour les filles, l'inégalité de genre et la discrimination constitue un facteur sous-jacent significatif. L'adolescence pourrait être une voie d'accès pour l'atteinte d'un statut d'égalité pour les femmes, éliminant les pratiques traditionnelles douloureuses, etc., parce qu'il s'agit d'un âge réceptif au changement. Cependant, l'opportunité est souvent perdue en raison du manque d'éducation et de pression sociale sous couvert de mariage précoce et d'autres traditions.

Les Etats africains ont depuis longtemps reconnu les droits des jeunes dans la Déclaration des droits de l'enfant ainsi que dans les autres instruments internationaux et régionaux. Néanmoins, la plupart de ces droits continuent à être à cause de la négligence du public et de la pression culturelle. Des délégués à l'Assemblée Générale sur la Session spéciale sur le VIH/SIDA (en 2001), par exemple, étaient résolus à "réduire en 2005 la fréquence du VIH parmi les jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans dans les pays les plus atteints, à hauteur de 25% globalement en 2010". Aujourd'hui nous savons que l'objectif de 2005 ne sera pas atteint.

On a dit qu'investir dans les enfants et la jeunesse constitue le meilleur investissement qu'un gouvernement puisse faire. Les bénéfices sont visibles dans l'agriculture, dans le bétail, dans l'industrie et les services de santé. Les retombées sur les investissements de la santé de reproduction et de la sexualité des adolescents sont élevées et compétitives. Les études montrent que les pays en Asie de l'Est constituaient un plus grand succès que l'ASS dans le développement économique dans les années 1970 et 1980 à cause du lourd investissement dans les enfants et la bonne gestion macro-économique des décennies précédentes. Finalement, les gouvernements africains devront décider s'ils peuvent supporter les coûts énormes de l'inaction à l'avenir. Si le 21^{ème} siècle doit être africain, cela se passera par le biais du développement et d'une pleine participation de la jeunesse africaine des deux genres.

Questions de genre et dynamique de population en Afrique.

Encadré : La condition sociale, économique et politique des femmes constitue d'un des déterminants majeurs du développement.

Depuis l'ère de l'après-indépendance, les vies des femmes africaines ont subi des changements positifs profonds qui ont été facilités par des efforts nationaux, des instruments régionaux et internationaux qui ont promu un renforcement des femmes. A cet égard, le premier traité a désigné spécifiquement l'abord des préoccupations et des droits des femmes, sous le nom de Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEDCF) ou encore de Convention sur les femmes entrée en vigueur en 1981. Il a également appelé à la prise de mesures

appropriées pour éliminer la discrimination contre les femmes sur toutes les questions relatives au mariage et aux relations familiales ainsi qu'à la modification des autres préjugés de type culturel néanmoins profondément ancrés, et cela en plus des trois conférences internationales entre 1975 et 1995 qui se sont concentrées spécifiquement sur les femmes. Les nombreuses autres conférences des Nations Unies dans les années 90 ont révélé les désavantages auxquels les femmes devaient faire face, y compris : la Conférence internationale des NU sur l'environnement et le développement (CNUCED, Rio de Janeiro, 1992) ; la Deuxième Conférence mondiale des NU sur les droits de l'Homme (Vienne, 1993) ; la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Le Caire, 1994) ; et le Sommet mondial sur le développement social (SMDS, Copenhague, 1995). Toutes ces conférences ont indiqué le type de législation et les interventions stratégiques devant être prises. De plus, ils ont identifié les objectifs essentiels qui pourraient être utilisés pour mesurer les progrès vers le renforcement des femmes. Certains des objectifs, en particulier ceux liés à l'éducation et à la santé, ont été rassemblés dans la Buts de Développement du Millénaire, et par conséquent dans le NEPAD ainsi que dans les cadres de stratégie de réduction de la pauvreté.

La CPID est à remarquer parce qu'elle a modifié l'ensemble de l'objectif de la politique sur la population sous un certain angle en ciblant des populations sexuelles pour des droits à une santé de reproduction. Ici encore, les renforcement des femmes a été mis en lumière comme un déterminant clef des résultats en ce qui concerne la reproduction. Le CEDCF fut parmi les premiers à inclure le droit d'un choix pour la reproduction. La politique de l'environnement positive a clairement contribué à une prise de décision par les femmes, augmentant l'inscription des filles dans les écoles primaires, l'emploi, le planning familial parmi d'autres domaines d'amélioration relatifs au statut de la femme.

Les progrès n'ont, cependant, pas été assez loin, et le rôle et la condition de la femme africaine ainsi que son impact sur le développement social, souvent, ne sont pas pleinement reconnus. Les initiatives de développement posent souvent en prémisses l'affirmation selon laquelle les rôles des femmes sont limités à une version simplifiée de "travaux domestiques" et de garde d'enfant. Cela en dépit d'un ensemble important d'études, la plupart facilitées par les premières Conférences des Nations Unies sur les Femmes qui se sont déroulées entre 1975 et 1995, et qui ont mis en lumière leur rôle réel à la fois dans l'agriculture de subsistance et dans la production de culture commerciale, ainsi que dans l'économie formelle et informelle (i.e. le commerce local). Les études ont également révélé que le fonctionnement profond de l'économie dépendait de ce qui était souvent mal placé en "travaux domestiques". Ces activités consommatrices en temps et en énergie orientées vers la production de services - y compris la cuisine et le nettoyage pour la famille et les membres de la communauté s'occupant des enfants, des malades et des personnes âgées et tendant aux besoins émotionnels de la famille et des membres de la communauté - fournissent du travail à l'économie.

La féminisation de la pauvreté.

Les dimensions du genre comprennent des facteurs tels que l'accès aux ressources de propriété communes telles que les forêts et les rivières, les services fournis par l'Etat, ainsi que les bénéfices tels que la santé, l'éducation, la terre et

l'équipement. De plus, la pauvreté induit un manque de dignité, d'autonomie et de temps libre. Même à l'intérieur du même foyer, les femmes et les filles peuvent être relativement plus pauvres que les autres membres du foyer même si le foyer par lui-même ne tombe pas dans la ligne de pauvreté absolue définie. De telles formes de disparité de genre constituent un indicateur des liens entre la pauvreté et l'inégalité dans la distribution des ressources et des revenus dans les sociétés africaines. L'ampleur du refus de ce qui revient de droit à quelqu'un varie selon les pays, mais la caractéristique totale indique un accès et une distribution des ressources inégaux entre les hommes et les femmes aussi bien que la participation limitée des femmes dans les institutions économiques et politiques. Les femmes sont également pénalisées par le manque d'infrastructures et la pauvreté du temps. Un élément important du bien-être des femmes est lié à la répartition du travail et des loisirs. Dans tous les pays où les données sur l'utilisation du temps par les femmes et par les hommes est disponible, les femmes travaillent de plus longues heures que les hommes à la fois dans les zones rurales et urbaines, avec les premières travaillant de bien plus longues heures. Les "heures supplémentaires" résultent du rôle de reproduction des femmes en plus de leur participation dans les activités agricoles et de revenus génératrices d'activité avec de faibles retombées.

Dans les zones rurales où l'investissement en infrastructures est faible et où la dégradation de l'environnement est en augmentation, les femmes passent de longues heures à aller chercher de l'eau, de l'essence et du fourrage. Mais cela casse leur dos, consomme du temps et de l'énergie, et un travail non rémunéré n'est pas comptabilisé comme un travail dans les systèmes de comptabilité nationaux (SCN), et ceux qui effectuent de telles tâches non rémunérées ne sont ni rétribués économiquement ni valorisés socialement comme des membres productifs de la société. La pauvreté du temps de la femme est l'une des facteurs causal dans le faible taux d'inscription à l'école et à l'acquisition. La pauvreté du temps affecte également de manière négative la santé des femmes et des enfants.

Absence de droits juridiques et d'alphabétisation juridique. Les femmes sont plus pauvres de manière disproportionnée en raison de l'absence ou de la non entrée en vigueur du mariage, de l'héritage, du travail et des lois sur la terre. Même lorsque les lois existent, la plupart des femmes n'en n'ont pas connaissance. Les femmes manquent d'accès à la propriété de la terre et à son utilisation, au crédit et à d'autres ressources productives et le manque d'acquisition de ces ressources limite les retombées des entreprises en dehors de la ferme. De plus, la discrimination du marché par rapport aux femmes résulte de leur concentration dans des travaux peu rémunérés. Même lorsque l'on donne aux femmes accès à des services tels que les micro-crédits, elles ne sont pas souvent formées au marketing ou aux autres aptitudes mieux rémunérées.

Pauvreté et santé des femmes.

Les femmes pauvres portent un fardeau disproportionné de forte fécondité. La pauvreté accroît la demande pour les enfants. Les femmes et les hommes pauvres manquent d'éducation et d'information qui leur permettraient de faire des choix en connaissance de cause sur la santé de reproduction. Le manque d'éducation limite l'accès des femmes au contrôle des naissances, et la volonté des hommes et des femmes à investir dans l'éducation en particulier dans l'éducation des filles, un

investissement qui rend les familles nombreuses moins solvables. Même si les hommes ont des forts taux de fécondité, c'est le plus souvent les femmes qui portent le fardeau de la responsabilité de la contraception. La concentration croissante sur la sexualité des adolescents et la santé de la reproduction ouvre une fenêtre d'opportunités aux normes posant des défis, aux croyances et aux pratiques liées aux stéréotypes de genre et à la promotion de responsabilités égales dans les domaines tels que la fécondité, la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et le bien-être des partenaires sexuels ainsi que de leurs enfants.

La route vers la mort maternelle est accélérée par le statut subordonné des femmes, les pratiques traditionnelles discriminatoires et des conditions environnementales pauvres, y compris le manque d'eau potable. Ces formes de maladie de santé se transforment en un transfert intergénérationnel de désavantages. Une mère avec un statut nutritionnel pauvre a pour résultat des poids d'enfants faibles à la naissance, et il y a 3 à 10 fois plus de probabilité que les bébés sans mère meurent dans les deux ans que les enfants avec des parents en vie. En général, les différentes dimensions du genre et de la pauvreté ont pour résultat des soins infantiles pauvres, qui à leur tour ont pour résultat une mortalité et une morbidité particulièrement élevés, les deux résultant en une fécondité élevée et une pauvreté accrue.

La différence entre genre s'approfondit pour l'éducation secondaire et tertiaire. En dépit de cette moyenne relativement faible, il y a un certain nombre de pays qui ont mis fin à la différence entre genre dans l'inscription au niveau secondaire. En 1999/2000, l'Algérie, la Libye, la Tunisie, le Lesotho, la Namibie, le Botswana, Maurice et Madagascar ont mis fin à la différence entre genre dans les inscriptions scolaires.

Féminisation du VIH/SIDA

La myriade de désavantages rencontrés par les femmes a eu pour résultat le port d'un fardeau disproportionné de la pandémie VIH/SIDA. Dans beaucoup de pays africains, comparés aux hommes, les femmes expérimentent une discrimination dans leur statut juridique et leur traitement. Cela peut comprendre des droits diminués à tenir, hériter ou disposer d'une propriété, de participer aux processus démocratiques, ou de prendre des décisions sur le mariage ou sur l'éducation de leurs enfants. Le VIH/SIDA exacerbe les difficultés que les femmes rencontrent et leur rend difficile l'exercice de leurs droits de propriété, d'emploi, de statut marital et de sécurité.

Caractéristiques changeantes de la transmission du VIH. De par le monde, le schéma dans les infections VIH/SIDA homme/femme change. Il y a eu un tournant progressif dans la transmission hétérosexuelle et dans les taux d'infection croissants chez les femmes. Les femmes sont biologiquement plus vulnérables à l'infection ; les données de l'ONUSIDA indiquent que la transmission du VIH de l'homme à la femme est estimé à deux fois celui de la femme à l'homme. Plus de femmes que d'hommes meurent du SIDA et la tranche d'âge de l'infection est différente de manière significative pour les deux sexes. En Afrique sub-saharienne, les femmes

représentent 55% de l'ensemble des adultes infectés par le SIDA, alors que les adolescentes sont infectées à un taux de cinq à six fois plus élevé que leurs homologues masculins.

La face cachée de l'impuissance. Une contribution majeure à la féminisation du VIH/SIDA est le manque de puissance économique et sociale et ainsi l'incapacité des femmes à négocier un sexe plus sûr. Dans la plupart des sociétés, les femmes et les filles ne peuvent pas s'abstenir de sexe ou insister pour l'usage du préservatif. Elles sont souvent forcées à avoir des rapports sexuels non protégés ou courent le risque d'être infectées par leurs maris dans des sociétés où il est courant pour les hommes d'avoir plus d'une partenaire. Cependant, un autre facteur contributif est une connaissance inadéquate du SIDA. D'autres raisons comprennent un accès insuffisant aux services de prévention du SIDA et au manque de méthodes de prévention de contrôle du SIDA chez les femmes tels que les microbicides. Devenir séropositif a souvent plus d'impact économique sur les femmes que sur les hommes. Les femmes ont une propension à perdre leur emploi dans le secteur formel et à souffrir de l'ostracisme social et de l'expulsion de leur maison.

Peur de la divulgation. Les femmes sont blâmées comme des vecteurs de la pandémie (aux partenaires et aux enfants), et cela même si c'est couramment le mari qui transmet l'infection du VIH à son épouse. Elles peuvent être qualifiées de femmes légères, d'abusées, d'abandonnées ou même de tuées. Comme une étude a noté que les conséquences négatives de la révélation peuvent être plus dures pour les femmes que pour les hommes, en partie parce que les femmes sont économiquement et socialement plus vulnérables, et parce qu'il y a une tolérance sociale moindre pour les femmes perçues comme ayant des partenaires sexuels multiples que pour les hommes. Par conséquent, l'une des causes majeures de l'extension rapide de la pandémie est que la plupart de ceux qui sont atteints par la maladie ne révèlent pas leur statut de séropositif du SIDA.

Fardeau accru des soins et destitution. Comme une étude récente de la FAO l'a souligné "le VIH/SIDA n'est pas seulement un autre problème de santé et de sous-développement. Il s'agit d'une maladie unique à cause de son impact dévastateur, systémique et cumulatif". Dans l'ensemble, l'épidémie produit de nouveaux mécanismes pour l'appauvrissement et crée ainsi des nouveaux schémas de pauvreté et une probabilité d'insécurité. Les femmes sont non seulement plus vulnérables à l'infection du VIH biologiquement mais elles portent également le poids du coût social et économique de la maladie.

La gamme et la profondeur des responsabilités des femmes se sont accrues pendant l'ère du SIDA. Des soins accrus donnés pour les parents malades et mourants ont été ajoutés au poids du travail existant. Cela a conduit au retrait des filles et, dans une moindre mesure, même les garçons des écoles, à la fois pour économiser sur les coûts et ajouter au travail du ménage. Il en résulte que le VIH/SIDA facilite une augmentation accrue dans les disparités de genre. Dans les zones rurales où les femmes représentent souvent la majorité de la force de travail agricole, en particulier dans la production alimentaire, les soins donnés ont été montrés pour réduire les produits de la ferme pour la consommation de la famille et la vente.

Les veuves et les enfants orphelins du VIH/SIDA sont privés de propriété et de bénéfices comme le bétail et les outils enlevés de la ferme par les parents du malade. Dans une étude pilote de 29 veuves vivant avec le VIH/SIDA, 90% menaient des batailles judiciaires sur la propriété et 88% de celles qui se situaient dans des zones rurales étaient incapables de satisfaire leurs besoins de ménage. Etre jetée hors de la ferme signifie l'absence de maison, ce qui contribue à la destitution des femmes et de leurs enfants. Une telle calamité encourage souvent un comportement à haut risque tel que du sexe non protégé pour de l'argent, une maison, de la nourriture ou de l'éducation, ce qui exacerbe encore plus l'étendue de la pandémie.

Genre et éducation.

En Afrique sub-saharienne, des chiffres inacceptablement élevés d'enfants en âge d'aller à l'école ne sont pas inscrits à l'école. Parmi eux, un nombre disproportionné sont des filles. L'inscription en primaire nette en Afrique sub-saharienne est de 57%, ce qui représente le taux le plus bas dans le monde ; il est plus élevé en Afrique du Nord avec 81%. Le décalage entre les genres s'élargit pour l'éducation secondaire et tertiaire. En dépit de la moyenne relativement basse, il y a un certain nombre de pays qui ont mis fin au décalage entre les genres dans l'inscription en école secondaire. En 1999/2000, l'Algérie, la Libye, la Tunisie, le Lesotho, la Namibie, le Botswana, Maurice et Madagascar avaient mis fin au décalage ente les genres dans l'inscription à l'éducation. En réalité, la plupart de ces pays, en particulier les trois d'Afrique australe, ont montré un décalage entre les genres inversé, où le taux d'inscription net des garçons était plus bas.

Taux d'alphabétisation

Globalement, il y a plus jeunes femmes illettrées que d'hommes. Les données disponibles suggèrent qu'il y a une barrière de genre bien plus importante dans les taux d'alphabétisation que dans l'inscription à l'école. Le problème est que dans les plus grands en Afrique sub-saharienne soit 35 à 41 pays pour lesquels les données sont disponibles ont une ratio inférieure à 100 pour les femmes alphabétisées pour 100 hommes.

Si les pays en Afrique avaient mis fin au

Les études ont montré le lien entre l'alphabétisation des femmes et les résultats démographiques. Des enquêtes démographiques et de santé dans un certain nombre de pays de pays africains montrent qu'une augmentation de 10% dans les taux d'alphabétisation des femmes a réduit la mortalité des enfants de 10%, par contre les changements dans l'alphabétisation des hommes ont peu d'influence.

Education comme une voie au renforcement. Il existe des preuves importantes dans que le soutien à l'éducation constitue une voie de renforcement des femmes. L'éducation améliore l'accès au savoir, à l'information et aux idées nouvelles aussi bien qu'à la capacité à utiliser celles-ci de manière effective. Une étude de la Banque Mondiale sur le genre et les MDGs allèguent que l'élimination des disparités de genre dans l'éducation est l'une des mesures de développement les plus efficaces

décalage entre les genres dans l'instruction entre 1960 et 1992 aussi rapidement qu'en Asie, leur revenu par tête aurait pu s'accroître de 0,5-0,9% de points supplémentaires par an. En Afrique, cela se serait signifié approximativement le doublement de la croissance des revenus par tête.

qu'un pays puisse prendre. Lorsqu'un pays éduque à la fois ses filles et ses garçons, la productivité économique tend à s'accroître, la mortalité maternelle et infantile tombe habituellement, les taux de fécondité déclinent et la santé et les perspectives d'éducation de la génération sont améliorées.

Plusieurs facteurs limitent l'inscription des filles et la réalisation de l'éducation dans la plupart des pays d'ASS. Ceux-ci comprennent un manque d'écoles ou leur situation à de longues distances exposant les filles à une violence possible et à de longues absences de la maison, le mariage précoce, le surmenage des mères, la pauvreté des ménages et l'augmentation des coûts d'instruction, le stéréotype des genres dans le curriculum de l'école qui décrit des options limitées pour les filles, la violence dans les écoles, le genre des enseignants influençant les comportements et le manque d'emploi viable pour les femmes. Dans la plupart des pays, les femmes rencontrent des inégalités fondées sur le genre dans le marché du travail telles que les bas salaires, moins d'emplois réguliers et un plus haut niveau de sous-emploi que les hommes. Là où l'agriculture est l'un des moyens essentiel de subsistance, la part des femmes dans l'emploi non agricole est petite.

Ouvrir de nouvelles perspectives. Beaucoup d'études ont montré que l'emploi en dehors de la maison a le potentiel de réduire la dépendance des femmes sur les autres, de fournir des sources alternatives d'identité et de soutien social, et d'accroître le désir de reporter le mariage et l'espace pour les naissances limitées. Le potentiel de mise en vigueur de l'emploi dépend d'un certain nombre d'autres facteurs. Ceux-ci comprennent un environnement de travail satisfaisant et sain, une protection contre le chômage dans des cas de grossesse et de mariage et un accès aux services appropriés tels que les soins infantiles. Sont de même importance les mesures qui assurent que les femmes ont non seulement accès à des revenus mais également au contrôle de tels revenus. De plus, l'emploi devient un facteur de renforcement lorsqu'il fournit l'accès aux femmes à un soutien non-familial y compris de groupes de femmes, des sources indépendantes d'information et à des services tels que le crédit, le marketing et la santé. De tels soutiens et services facilitent souvent une utilisation plus importante du contrôle des naissances et une amélioration significative dans le bien-être des enfants.

Aller de l'avant.

Les défis clefs pour un développement durable en Afrique tendent effectivement à s'attaquer aux causes premières de la pauvreté et à inverser l'extension du VIH/SIDA. En conséquence, les principales actions requises sont :

- l'accroissement de la volonté politique pour la mise en oeuvre des plans d'action sur lesquels on s'est accordé régionalement et internationalement, y compris ceux énoncés dans la CIPD, la Plateforme de Beijing et les Déclarations de Dakar/Ngor ainsi que ceux adoptés au Sommet social, le Sommet mondial sur le développement durable et les autres forums ;

Une personne ne marche pas très loin ou très vite sur une seule jambe. Comment pouvons-nous espérer que la moitié de la population puisse développer une nation ?
Julius Nyerere.

- la mise en place des mécanismes effectifs qui mettent en vigueur la législation visant à l'équité du genre, à l'égalité et au renforcement des femmes y compris la protection de la propriété et des droits fonciers. Renforcer les aspects positifs de la culture africaine tout en éradiquant ceux qui sont pénibles et ceux qui décèlent les processus de développement ;
- une mise en oeuvre effective de stratégies et de programmes de réduction de la pauvreté ;
- le renversement de la dégradation de l'environnement et de la sécurité alimentaire. S'attaquer à la sous-nutrition et à la malnutrition chronique, en particulier chez les femmes enceintes et les enfants ;
- l'assurance d'un accès universel et un investissement accru dans l'éducation et la santé ;
- la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile aussi bien que des maladies infectieuses transmissibles ;
- l'amélioration de la disponibilité de données au jour le jour par l'amélioration de la capacité de la collecte des informations pour permettre aux gouvernements de mieux cibler les politique et les programmes, de renforcer l'intégration de la population et du planning de développement et de contrôler les progrès menant aux résultats.

AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

African Union Common Repository

<http://archives.au.int>

Organs

Council of Ministers & Executive Council Collection

2004

The state of Africa's population Report- 2004 theme: Population and the poverty challenge

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/4387>

Downloaded from African Union Common Repository