

4073

*Document n°4 préparé pour la réunion du
groupe de réflexion de LA HAYE 17-19 décembre 1990*

CLUB DU SAHEL - OCDE

*CONTRIBUTION A UN BILAN ECONOMIQUE ET SOCIAL
DES PAYS DU SAHEL
1980 - 1990*

Annexe 2 : - Démographie

- Santé

- Education

Document provisoire

Sahel D(90) 365

Novembre 1990



PRESENTATION

Les chapitres 1 sur la démographie et 2 sur la santé ont été rédigés par Sabine STAHL (économiste) au Centre d'Observation des Economies Africaines -COBEA-Orsay.

Le chapitre 3 sur l'éducation de base au Sahel a été rédigé par Roger PONS, consultant Club du Sahel.

Ce travail est une version provisoire. Il sera complété par l'ensemble des commentaires qui seront adressés au Club du Sahel.

Les idées exprimées et les faits exposés le sont sous l'entière responsabilité des auteurs et ne sauraient engager le CILSS, le CLUB DU SAHEL ou l'OCDE.

• ALE •

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

SOMMAIRE

Chapitre 1

Les tendances démographiques au cours des années 1980 p. 3

Chapitre 2

*Un premier bilan sanitaire à partir des principaux indicateurs
entre 1980 et 1990* p. 19

Chapitre 3

L'éducation de base au Sahel p. 30

$$E = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{\lambda_i} + \lambda_i \right)$$

$$x_{ij}^k$$

$$E = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{\lambda_i} + \lambda_i \right)$$

$$= \sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{\lambda_i} + \lambda_i \right)$$

$$E = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{\lambda_i} + \lambda_i \right)$$

$$= \sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{\lambda_i} + \lambda_i \right)$$

$$E = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{\lambda_i} + \lambda_i \right)$$

chapitre 1

LES TENDANCES DEMOGRAPHIQUES AU COURS DES ANNEES 1980

Introduction

La zone étudiée regroupe les pays du CILSS le Nigéria, la Côte d'Ivoire et le Bénin. Cela représente 22 % de la superficie du continent africain et environ un quart de sa population.

Cet ensemble de pays présente les mêmes caractéristiques que le continent auquel il appartient à savoir : le sous-peuplement (la densité moyenne africaine est de 12 h/km² ; celle de la zone étudiée est de 23 h/km², mais si l'on omet le Nigeria, elle n'est plus que de 7 h/km²), la forte croissance démographique et l'explosion de l'urbanisation.

Compte tenu du grand nombre d'Etats l'Afrique est sous-peuplée, et l'Afrique Sub-saharienne l'est encore plus, excepté le Nigeria dont la population est trois fois supérieure à celle de l'ensemble des pays du CILSS (cf graphiques 1). La population du Nigeria représente également plus de 60 % de la population totale étudiée. Le Nigeria jouit d'une situation particulière, pays traditionnellement fort peuplé, il est aujourd'hui le 8ème pays du monde de part sa population ; en 2020, il devrait atteindre la 6ème place dans la population mondiale en doublant le Brésil et le Japon.

Les autres pays arrivent bien loin, derrière le plus peuplé, la Côte d'Ivoire avec 10 millions d'habitants ne représente que 10 % de la population du Nigeria ; on peut distinguer ensuite un groupe de pays de 5 à 10 millions d'habitants soit le Bénin, la Mauritanie, et le Tchad enfin les pays de moins d'un million d'habitants : la Gambie, la Guinée Bissau et le Cap Vert (cf. tableau 1.).

On peut parler de balkanisation humaine de l'Afrique.

Par delà cette description sommaire mais néanmoins essentielle, quelles sont les grandes tendances démographiques qui se dégagent de cette décennie qui vient de s'écouler ?

Afin de répondre à cette question bien globale, nous essaierons dans les paragraphes qui suivent d'éclairer les préoccupations suivantes :

- y-a-t-il des changements majeurs intervenus dans les taux de croissance naturels de la population au cours de cette dernière décennie par rapport à la décennie 1970 ? La croissance de la population est-elle imputable à la baisse de la mortalité ou à la hausse de la natalité ?

- Qu'en est-il des taux de fécondité?
- Quelle est l'image de la structure par âge de la population totale?
- L'urbanisation est-elle toujours croissante sur les dix années qui viennent de s'écouler?
- Qu'en est-il des migrations en Afrique de l'ouest? Est-ce un phénomène qui perdure? qui s'estompe? Les traditionnels pays d'immigration ou d'émigration ont-ils changé au cours de cette décennie?

1. Evolution de la population totale

Les taux d'accroissement annuels moyens de la population ne sont donnés qu'à titre indicatif, les données diffèrent d'une source à l'autre. En effet, les chiffres de population sont estimés en fonction des données des recensements à partir de lois stables de mortalité et de natalité, et sont donc réajustés à chaque recensement.

Toutefois, les taux d'accroissement annuels permettent de déterminer la tendance générale de la population (cf. Tableau 2.).

Les taux d'accroissement des pays sahéliens sont les plus élevés du monde. Dans la plupart de ces pays, les taux sont voisins de 3 % par an, ce qui suppose un doublement de la population en une vingtaine d'années.

De plus, contrairement à une idée reçue, les taux d'accroissement ne semble pas baisser à la fin de la décennie 80, mais bien s'accroître dans certains pays.

L'accroissement de la population totale est le résultat de trois flux : les naissances, les décès et enfin les migrations. Nous étudierons donc successivement ces trois variables.

L'accroissement naturel de la population (tableau 3) correspond à l'excédent (ou au déficit) des naissances sur les décès ; il est égal à l'excès algébrique du taux brut de natalité sur le taux brut de mortalité.

L'évolution des taux d'accroissement naturels confirme que la population des pays sahéliens connaît un rythme de croissance élevé qui se poursuit dans la fin des années 80. Il apparaît clairement que cette croissance a été le fait de la réduction des taux bruts de mortalité. Il faut maintenant expliquer plus en détail ces deux indicateurs (cf. Graphique n°2).

TABLEAU 1

POPULATION TOTALE EN MILIEU D'ANNEE (millions)

	1960	1970	1980	1985	1986	1987	1988	1989
BURKINA FASO	4,16	5,07	6,96	7,88	8,09	8,31	8,53	8,76
CAP VERT	0,2	0,27	0,3	0,33	0,34	0,34	0,35	0,36
GAMBIE	0,33	0,45	0,63	0,75	0,77	0,80	0,83	0,85
GUINEE BISSAU	-	-	0,81	0,89	0,90	0,92	0,94	0,96
MALI	4,04	5,16	6,59	7,39	7,58	7,77	7,97	8,18
MAURITANIE	0,97	1,09	1,55	1,77	1,81	1,86	1,91	1,96
NIGER	2,88	4,01	5,52	6,39	6,59	6,79	7,00	7,22
SENEGAL	3,5	3,92	5,71	6,57	6,76	6,95	7,15	7,36
TCHAD	3,03	3,31	4,48	5,02	5,14	5,27	5,40	5,54
TOTAL CILSS	19,11	23,28	32,55	36,99	37,98	39,01	40,08	41,18
BENIN	2,05	2,66	3,46	4,04	4,18	4,31	4,45	4,60
COTE D'IVOIRE	3,46	4,16	8,33	10,25	10,68	11,13	11,60	12,08
NIGERIA	51,6	58,5	84,73	99,67	103,13	106,64	110,27	114,01
TOTAL	95,33	111,88	161,62	187,94	193,95	200,10	206,48	213,06
TOTAL-NIGERIA	43,73	53,38	76,89	88,27	90,82	93,46	96,21	99,05

Sources : 1960 et 1980 World Tables 84, autres années Africa economic and financial data UNDP/WB 89.

Note : les effectifs des années 1988 et 1989 ont été obtenus à partir de l'effectif 87 et en utilisant le taux d'accroissement de 87 (supposé constant jusqu'en 89).

TABLEAU 2

TAUX D'ACCROISSEMENT ANNUEL MOYEN

	60-70	70-80	80-85
BURKINA FASO	2,00	3,22	2,51
CAP VERT	3,05	1,06	1,92
GAMBIE	3,15	3,42	3,55
GUINEE BISSAU	-	-	1,90
MALI	2,48	2,48	2,32
MAURITANIE	1,17	3,58	2,69
NIGER	3,37	3,25	2,97
SENEGAL	1,14	3,83	2,85
TCHAD	0,89	3,07	2,30
BENIN	2,64	2,66	3,15
COTE D'IVOIRE	1,86	7,19	4,24
NIGERIA	1,26	3,77	3,30

Source : calculs à partir des données du tableau précédent

TABLEAU 3

TAUX D'ACCROISSEMENT NATURELS AU COURS DES ANNEES 1960-1990

	1960 - 1980 %	1980 - 1990 %
BURKINA FASO	2,1 - 2,6	2,7 - 2,9
MALI	2,3 - 2,6	2,7 - 2,9
MAURITANIE	2,2 - 2,3	2,4 - 2,8
NIGER	2,5 - 3	3 - 3,2
SENEGAL	2,1 - 2,6	2,7
TCHAD	1,6 - 2,0	2,1 - 2,6
BENIN	2,3 - 3,1	3,1 - 3,2
COTE D'IVOIRE	2,2 - 2,7	2,7 - 3,8
NIGERIA	2,6 - 3,2	3,3 - 3,4

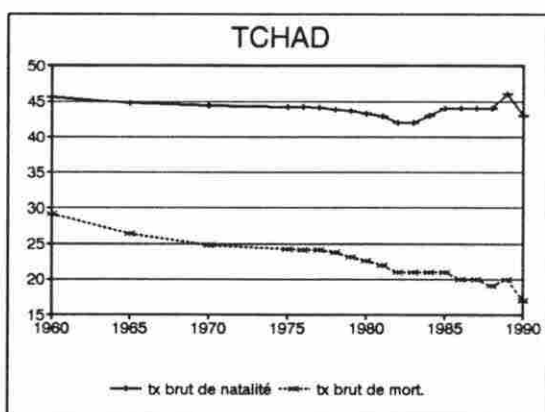
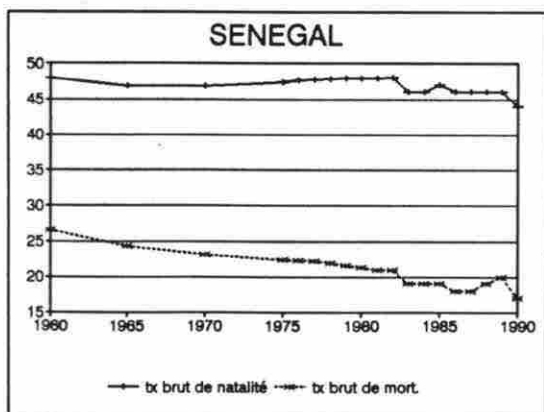
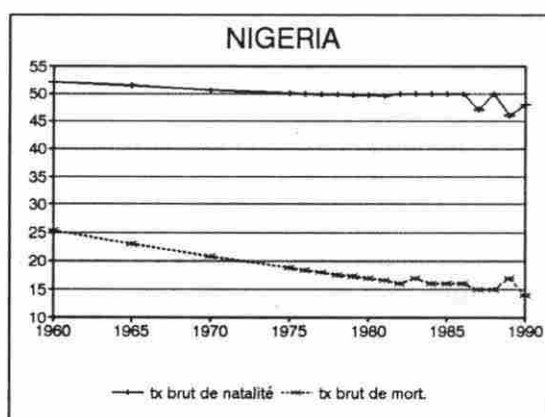
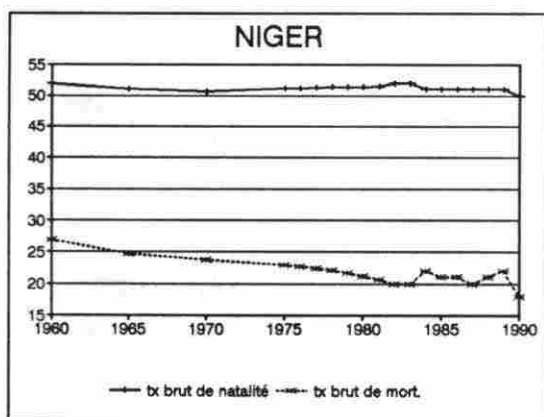
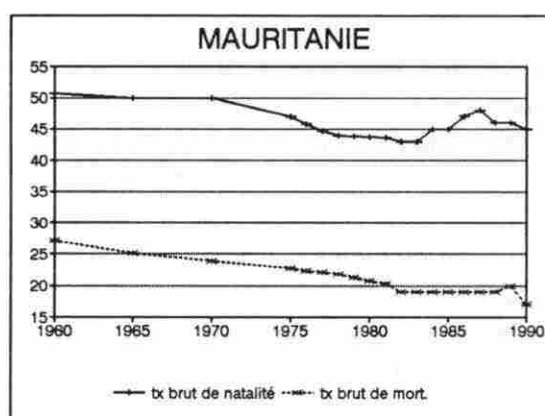
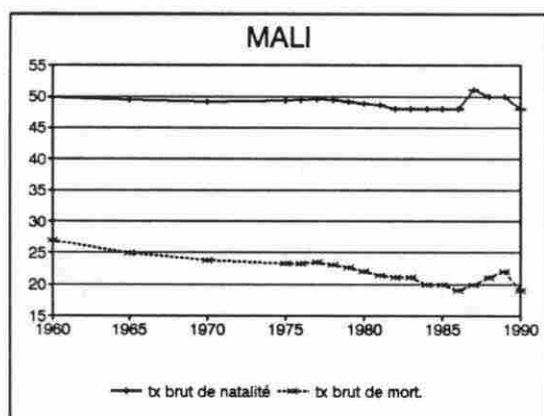
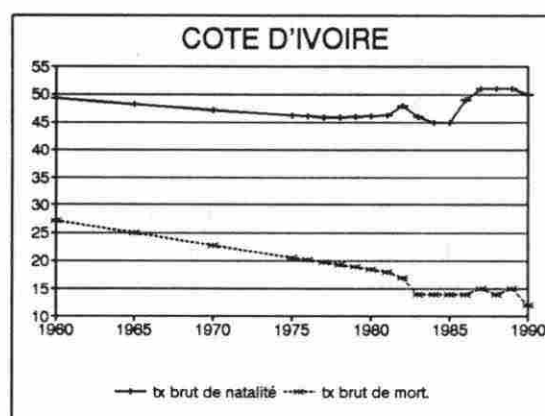
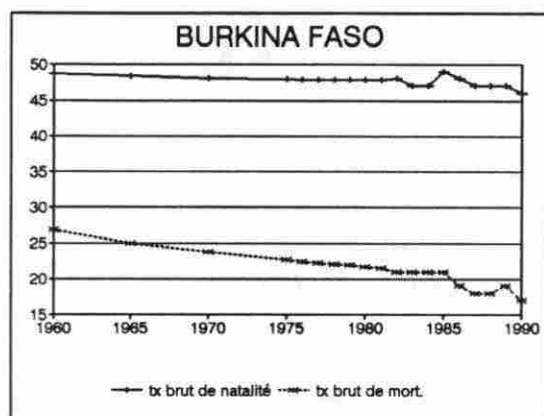
source : calculs effectués d'après les données des Nations Unies

Les taux bruts de mortalité expriment le rapport entre le nombre de décès observés dans une population et l'effectif de cette population. Cet indicateur, tout comme le taux brut de natalité, ne permet pas de comparaison géographique, c'est un indice global et donc pondéré implicitement par la structure de la population à laquelle il s'applique. Or, pour l'instant ne connaissant pas les structures par âge des pays, nous ne pouvons comparer les taux de mortalité entre différents pays.

Toutefois la comparaison des taux brut de mortalité sur une période plus ou moins longue (10 à 20 ans) devient légitime, elle donne d'autre part une bonne idée de l'évolution de la mortalité et donc dans une certaine mesure de l'état de santé.

Dans tous les pays, les taux brut de mortalité ont diminué (en moyenne 6 décès de moins pour mille habitants). Nous devrions étayer cette hypothèse d'une étude de la structure par âge pour déterminer sur quelles tranches d'âges s'est concentrée la baisse de la mortalité. La mortalité surtout aux jeunes âges est un indicateur révélateur de la situation sanitaire. Nous reviendrons sur cette hypothèse dans le second chapitre.

ACCROISSEMENT NATUREL DE LA POPULATION



Nous pouvons ajouter que la population étant très jeune (vu les taux bruts de natalité), les taux de mortalité restent relativement élevés.

A la suite des remarquables progrès de la période 60-80, les taux de mortalité semble se stabiliser ou baisser lentement, au cours de la décennie 1980. Dans l'hypothèse où les taux de mortalité se stabiliseraient ou continueraient de baisser, un ralentissement de la croissance démographique ne serait possible que s'il advenait une baisse sensible de la natalité.

Les taux de natalité se situent parmi les plus élevés du monde. Seuls le Nord Yémen et quelques pays de l'Afrique de l'Est (Kenya, Rwanda, Malawi et Zambie) ont des taux supérieurs à ceux observés dans les pays du CILSS et les pays côtiers. Ils sont relativement stables sur l'ensemble de la période. On note toujours des évolutions contrariées en fin de période sur la décennie où les taux semblent décroître au Burkina-Faso et au Sénégal, et par contre semblent croître au Tchad et en Côte d'Ivoire. Toutefois, nous ne devons pas tirer de conclusions trop hâtives, la baisse d'un ratio peut être due à une baisse du numérateur ou à une hausse du dénominateur. (Cette seconde hypothèse paraît d'autant plus vraisemblable que la population a crû relativement aux décès en raison de la baisse de la mortalité).

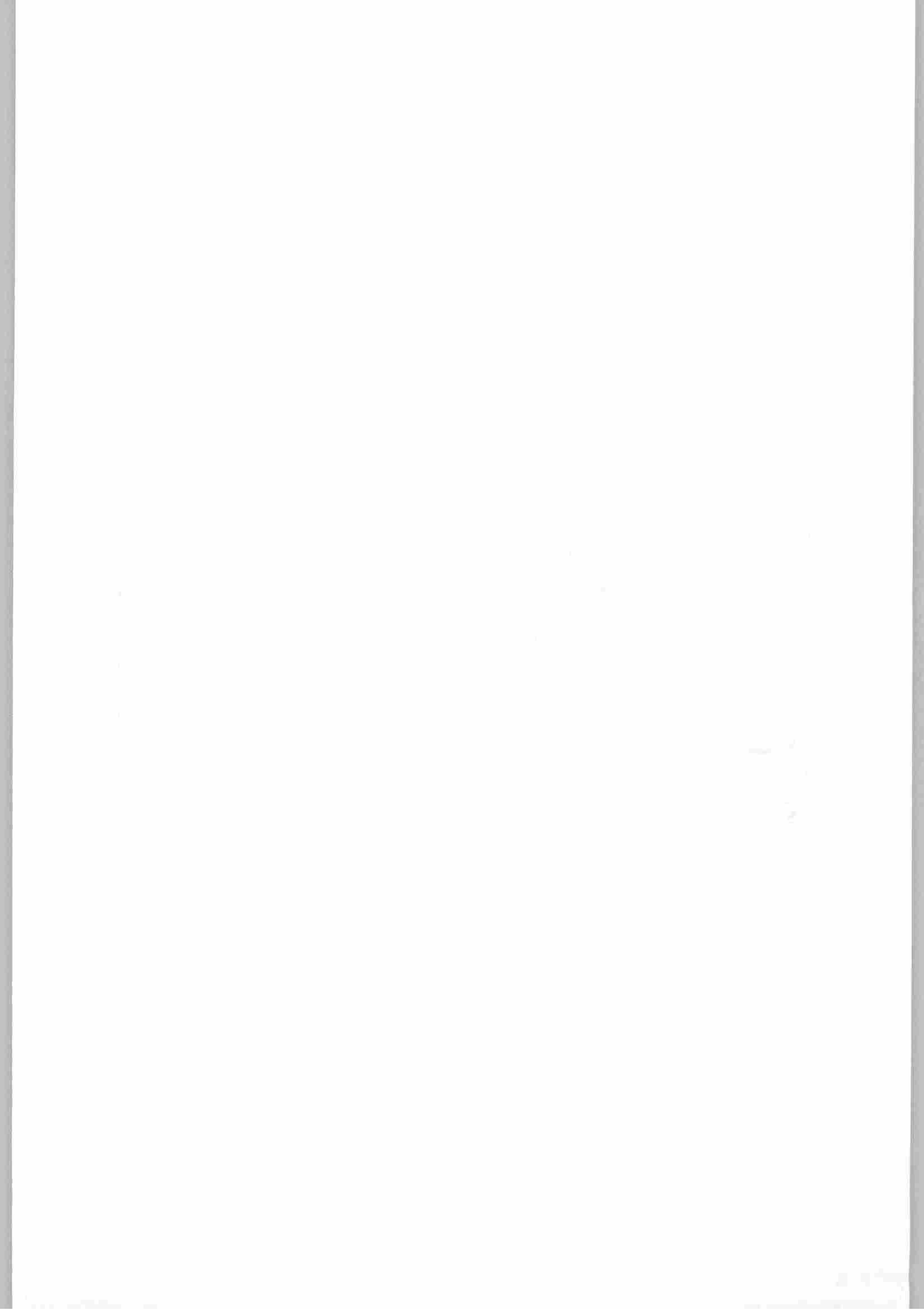
Pour comprendre l'évolution de la natalité, nous devons compléter l'analyse par l'étude d'un indicateur dont la population de référence ne soit plus la population totale, mais la population féminine et encore mieux, la population féminine en âge de procréer ; cet indicateur serait le taux brut de fécondité.

Toutefois, comme le taux brut de natalité, cet indicateur ne tient pas compte de la structure par âge. Nous utiliserons donc, un indicateur synthétique : l'indice synthétique de fécondité.

L'indice synthétique de fécondité est le nombre d'enfants par femme vivant jusqu'à 49 ans et donnant naissance à chaque âge, au nombre égal au taux de fécondité par âge. Il s'agit donc d'un indicateur transversal reflétant l'état de la fécondité à un moment donné.

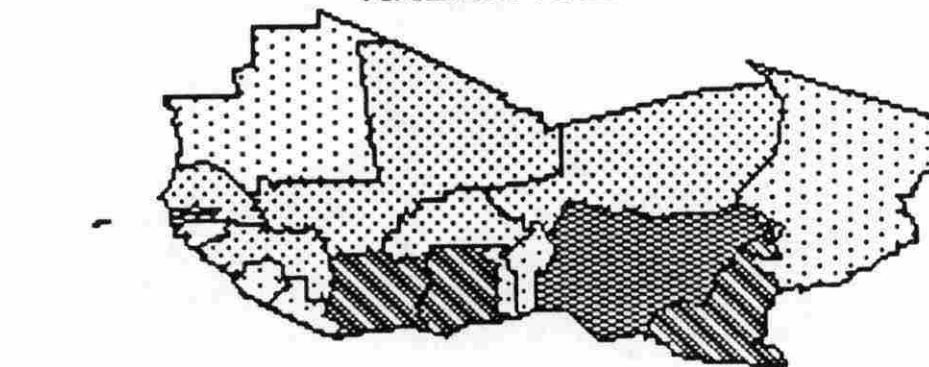
L'indice de fécondité moyen pour l'ensemble des pays est de 6,5 enfants. Avec un minimum de 3 enfants au Cap Vert, ensuite le Tchad avec 5,5 enfants par femme de 1977 à 1982. Le maximum étant de 7 enfants en Côte d'Ivoire, au Niger ou encore au Nigeria actuellement. (cf. Tableau 4.).





L'évolution de l'indice synthétique de fécondité confirme la stabilité de la natalité. La variation des taux bruts de natalité résulte d'une hausse de la population totale (due à une baisse de la mortalité) et non d'une hausse de la natalité.



AFRIQUE de L' OUEST

POPULATION TOTALE en 1988



	100 - 120
	10 - 15
	6.1 - 9
	1 - 6

Source: COBEA

Tableau 4

INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE POUR QUELQUES PAYS

	1960	1970	1980	1985	1987
BURKINA FASO	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5
MALI	6,7	6,6	6,5	6,5	6,5
NIGER	7,1	7,1	7,0	7,0	7,0
SENEGAL	6,5	6,5	6,5	6,6	6,5
TCHAD	5,9	5,7	5,5	5,8	5,9
COTE D'IVOIRE	6,8	6,8	6,8	6,5	7,1
NIGERIA	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9

source :Banque mondiale, rapports sur le developpement et World Tables

Les raisons d'une fécondité élevée et constante

Une question que l'on peut se poser est de savoir si le fait d'avoir un nombre élevé d'enfants résulte d'un choix des femmes.

Si la réponse est non, les femmes souhaiteraient donc avoir moins d'enfants mais n'en ont pas la possibilité. Pourquoi ?

Les femmes rencontreraient toutes sortes d'obstacles lorsqu'elles voudraient réduire leur progéniture. Des "obstacles économiques" : l'enfant est alors conçu comme un investissement, il devra participer à l'activité économique de la famille et assurer les vieux jours de ses parents. Or, l'enfant a aussi un coût, celui-ci s'accroît avec le développement de l'urbanisation et de la scolarisation. De plus, si l'investissement n'est que fictif (l'enfant peut décéder ou partir), le coût est bien réel et immédiat. Toutefois rien ne permet d'écarter ce facteur, nous pouvons néanmoins supposer qu'il pèsera plus dans la décision d'une femme habitant à la campagne que dans celle d'une Dakaroise ou Bamakoise. On pourrait être tenté ici de faire la liaison avec la relation fécondité-revenus. On le sait, les pays sahéliens connaissent les PNB les plus bas, et les indices de fécondité les plus élevés. Mais la relation revenu-fécondité n'est pas mécanique; la probabilité d'une hausse de la natalité en Afrique sub-saharienne serait alors bien faible. Si le revenu influe sur la fécondité, il le fait au travers de schémas plus complexes (passant par l'infrastructure scolaire, sanitaire, etc.). Au niveau micro-économique plus qu'au niveau du revenu, sa répartition semble influencer sur la fécondité.

Un autre obstacle à une réduction de la taille des familles serait la forte mortalité infantile et juvénile.

S'il existe bien une relation entre taux de mortalité infantile et taux de natalité en Afrique soudano-sahélienne¹ l'indice synthétique de fécondité est relativement inerte sur les dernières alors que des progrès ont été faits en matière de mortalité infantile.

On peut toutefois supposer qu'il existe un seuil de mortalité infantile à partir duquel la fécondité baisse.

Ceci nous amène à nous interroger sur la transition démographique. Celle-ci étant définie comme le temps qui s'écoule entre la baisse de la mortalité et la baisse de la natalité². Celle-ci semblerait plus longue en Afrique Subsaharienne.

L'obstacle majeur à une réduction de la taille des familles, dans l'hypothèse où les femmes souhaitent moins d'enfants, mais ne le peuvent serait donc l'absence du planning familial. Or, les taux d'utilisation des contraceptifs sont très faibles. Cela s'explique par le fait que très peu de femmes connaissent les moyens de contraception moderne. Même si l'on ne peut nier la forte pression sociale en faveur d'un grand nombre d'enfants, celle-ci n'explique que partiellement la fécondité élevée et la sous-utilisation des contraceptifs, l'information et l'éducation semblent des facteurs prédominant sur l'évolution future de la fécondité (par leurs effets directs sur la taille des familles mais aussi indirects sur la mortalité infantile).

La mise en place de planning familiaux semble impérative en Afrique sub-saharienne, mais ses effets pourraient être vains s'ils ne sont précédés d'une campagne d'information et d'éducation. Cette réflexion se retrouve dans l'ensemble des observations menées au cours de la décennie 1980.

Nous avons déterminé les facteurs extérieurs qui expliquent le taux élevé de fécondité, toutefois nous devons nous arrêter sur les caractéristiques de la fécondité qui sont singulières en Afrique subsaharienne.

Caractéristiques de la fécondité

D'abord, l'intensité du nombre même d'enfants au cours d'une vie féconde est élevé en moyenne 6,5 enfants par femme, nous y avons déjà insisté dans les paragraphes ci-dessus.

Mais, la population considérée est l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans, fécondes; il néglige la stérilité. Or, l'enquête Sénégal/USAID³ fait apparaître que 25 % des femmes Sénégalaises à la fin de leur période féconde n'ont eu aucun enfant. On peut donc supposer que le nombre effectif d'enfants/femme est supérieur à 7.

¹On consultera avec grand intérêt "Vivre et mourir en Afrique" ENDA, Dakar 1990.

²cf travaux de l'ENDA, op. cité

³enquête USAID/Gt du Sénégal sur les tendances démographiques, Dakar 1990.

Une seconde caractéristique de la fécondité porte sur la période de référence : la période (15/49 ans) consiste en une population de référence représentative pour l'Afrique subsaharienne, contrairement aux pays industriels où la période effective ne démarre qu'à partir de 25 ans. En Afrique subsaharienne, elle démarre vers 15 ans, ce qui est également l'âge même du mariage.

En France par exemple et dans d'autres pays industrialisés, la période de fécondité la plus importante est entre 25 et 30 ans; en Afrique subsaharienne, cette période se situe entre 15 et 20 ans pour décliner lentement jusqu'à 49 ans.

Dans les pays industrialisés, il y a concentration des naissances juste après le mariage, en Afrique subsaharienne, elles s'étalent sur l'ensemble de la vie féconde. La maternité débute vers l'âge de 15 ans pour ne s'interrompre qu'avec la ménopause.

Les naissances sont très rapprochées, le seul "contraceptif" permettant un espacement de l'ordre de 2 à 3 ans semble être l'allaitement.

Une fécondité élevée qui s'explique par un calendrier étalé au long des naissances de 15 à 49 ans et un rythme élevé de naissances rapprochées.

Il semble que l'hypothèse selon laquelle la fécondité serait fonction du taux de mortalité infantile est fautive. Sur les deux dernières décennies, l'Afrique subsaharienne a fait de remarquables progrès en matière de réduction de la mortalité infantile sans que la fécondité ait diminué.

A partir des caractéristiques de la fécondité, des méthodes simples de réduction de la natalité sont proposées au cours de cette décennie 1980 : le recul de l'âge du mariage et l'espacement des naissances. Celles-ci pourraient s'intégrer dans les plans familiaux, mais leur impact serait d'autant plus fort si elles étaient intégrées dans des programmes de scolarisation. Si la relation éducation-taux de natalité n'est pas évidente (le rapprochement des deux séries par l'ENDA n'a permis de distinguer aucune tendance), "on peut raisonnablement penser que si l'éducation a encore un impact très faible sur la natalité, c'est qu'elle n'a pas encore atteint le seuil critique à partir duquel le changement deviendrait possible".

Toutefois, la scolarisation retardant l'âge du mariage permet de réduire quelque peu la natalité. D'autre part, il existe une nette relation entre le taux de mortalité infantile et le niveau d'instruction de la mère. Mais ce taux de mortalité infantile est également fonction de l'âge de la mère, et de l'intervalle intergénéral (séparant deux naissances). Toutes ces variables sont interdépendantes (si l'on veut réduire la natalité, il faut agir parallèlement dans les domaines de la santé et de l'éducation).

Nous devons maintenant déterminer et expliquer les variables de l'accroissement naturel de la population; pour que l'évolution de la population totale soit totalement expliquée, il nous reste à étudier le dernier flux à savoir les migrations.

Or, nous manquons de données récentes à ce sujet, aussi allons-nous essayer d'estimer les flux ou tout au moins leur évolution par la comparaison des taux d'accroissement totaux et naturels de la population.

Il semble bien que sur l'ensemble de la période, les principaux pôles d'immigrations restent les pays côtiers : la Côte d'Ivoire, le Nigeria ; de même les pôles d'émigrations restent les pays enclavés : Mauritanie, Mali, Niger, Burkina Faso.

Cette comparaison nous permet de définir la part de l'accroissement de la population totale.

Burkina faso : Le taux d'accroissement total est supérieur au taux naturel sur l'ensemble de la période, on a donc un flux net négatif de migrations sur l'ensemble de la période, toutefois, celui semble se réduire sensiblement sur la fin de la décennie 80.

Mali : Les Taux d'accroissement totaux et les Taux d'accroissement naturels sont sensiblement égaux jusqu'en 81; à partir de 83, il apparaît un flux net négatif migratoire (essentiellement vers le Sénégal et la Côte d'Ivoire)

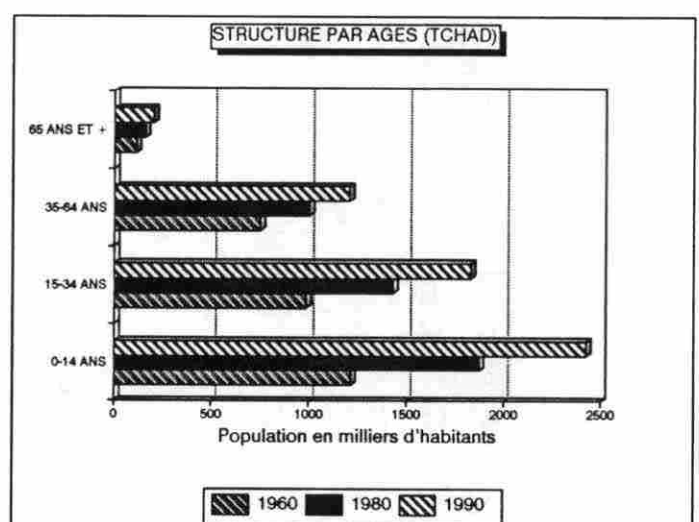
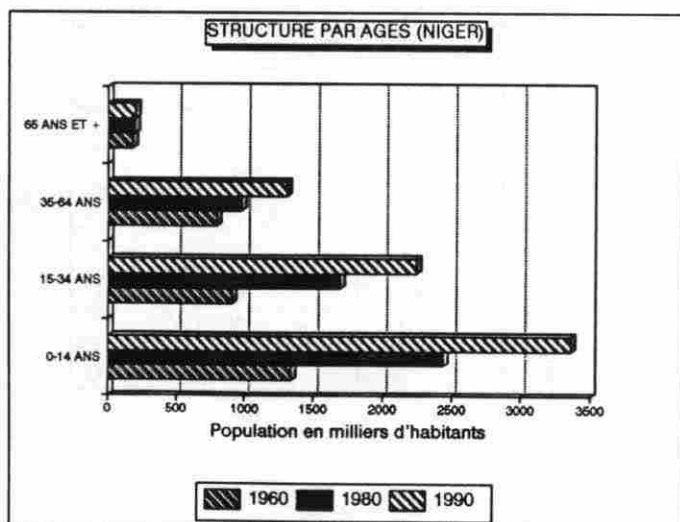
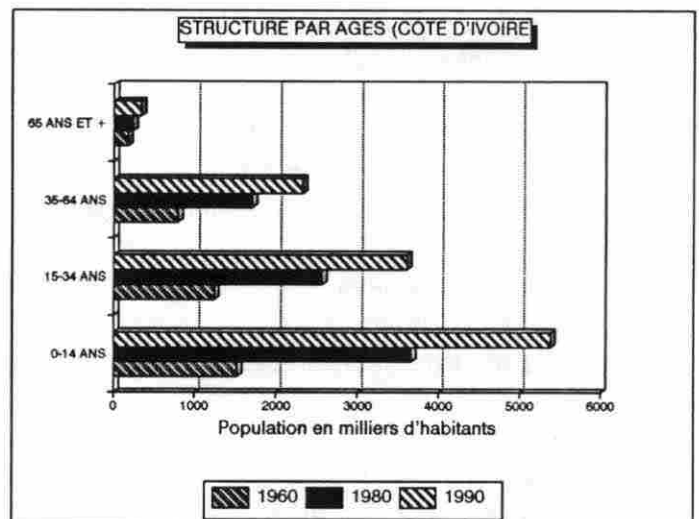
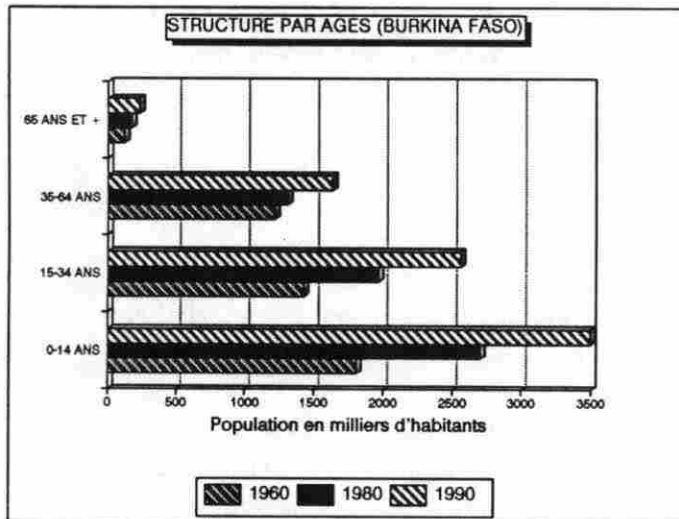
Côte d'Ivoire : reste également un pôle d'immigration sur l'ensemble de la période, toutefois, vers la fin de la période, l'écart se réduit.

Sénégal : apparaît être terre d'immigration, toutefois, semble se ralentir en fin de période.

Structure par âges

- La population africaine est très jeune, les moins de 15 ans représentent plus de 40 % de la population totale dans tous les pays, elle ne cesse de s'accroître du fait de la natalité élevée .
- La part des 15-35 augmente également très significativement, potentiel de transformation sociale, facteur d'instabilité.
- L'augmentation de la population féminine en âge de procréer (15-49) fait que même s'il advenait une réduction de la fécondité, la population continuerait de croître pendant plusieurs décennies.
- La part des plus de 65 ans croît, on peut supposer qu'il y a une amélioration du système de santé.

GRAPHIQUE 2



Urbanisation

La répartition géographique de la population en Afrique subsaharienne est très inégale, d'environ 1 habitant/km² en Mauritanie à plus de 120 habitants au Nigeria, mais elle occulte également de grandes disparités à l'intérieur même des pays.

La population est concentrée généralement dans les régions du Sud du pays, fait facilement expliqué pour les pays côtiers du côté du Golfe de Guinée, il peut s'expliquer pour les pays enclavés par des facteurs écologiques. Ainsi au Niger, l'essentiel de la population se concentre dans la région Sud sur à peine 25 % du territoire, soit la totalité de la zone semi-désertique, la situation est à peu près similaire pour les autres pays de la bande soudano-sahélienne (Tchad, Mali, Mauritanie).

L'Afrique est le continent qui détient le plus faible taux d'urbanisation mais également dont la croissance est la plus forte. La disparité géographique est aussi une caractéristique de la répartition entre citadins et ruraux (cf. Tableau 6.).

Le plus fort contingent de ruraux se trouve au Burkina faso où ils représentent 90 % de la population totale, alors qu'ils ne représenteraient que 45 % de la population de la Côte d'Ivoire. De même, au Mali et au Tchad, les taux d'urbanisation sont respectivement de 20 et 30 %.

Tableau 5

POPULATION URBAINE EN POURCENTAGE DE LA POPULATION TOTALE

	1960	1970	1975	1980	1985	1988
BURKINA FASO	4,7	6,8	9,1	10,3	8	9
CAP VERT	7	6,2	6,2	25	-	-
GAMBIE	12,4	15	16,6	18,5	-	-
MALI	11	14,9	16,9	18,1	20	19
MAURITANIE	3,4	12,8	23,1	23	15	18
NIGER	5,8	8,4	10,3	12,5	15	18
SENEGAL	23	30	32	33,4	36	38
TCHAD	7	11,4	11,4	17,8	27	31
BENIN	9,5	12,6	13,3	14	35	40
COTE D'IVOIRE	19,3	27,6	32,6	39,6	45	45
NIGERIA	13,1	14,4	18,2	20,4	30	34

Source : Banque mondiale, rapports sur le développement dans le monde
UNICEF La situation des enfants dans le monde 1990

Concernant l'urbanisation, on peut distinguer trois groupes de pays :

- *un groupe composé de la Côte d'Ivoire et du Sénégal à "tradition urbaniste". Dès 1960, les taux d'urbanisation sont de l'ordre de 20 % (alors que la population du continent reste fort ruralisée) ; ils sont respectivement de 44 % et 38 %, ils ont crû à un rythme moyen d'environ 3 % qui suit l'évolution de la population totale.*
- *un groupe de pays à "tradition rurale" dont le taux d'urbanisation n'excède pas 20 %, le Mali, le Niger et le Burkina Faso où il n'atteint pas 10 % .*
- *enfin un groupe qui connaît une explosion de l'urbanisation : la Mauritanie, le Tchad , le Bénin et dans une moindre mesure le Nigeria.*

Pour certains de ces pays notamment le Tchad et la Mauritanie, on peut parler d'urbanisation sauvage. Toutefois, ce phénomène s'explique par la sécheresse aurait poussé les nomades à la sédentarisation. La part de la population urbaine a été multipliée par 10 en Mauritanie passant de 4 à 40 % de la population totale ; cette évolution s'est faite en deux temps de 1960 à 1975 la part de la population urbaine dans la population totale double tous les 5 ans passant ainsi de 3 % à 24 %, puis après s'être stabilisée autour de 25 % de 75 à 84, le taux d'urbanisation s'envole de nouveau pour atteindre 31 % en 85 et environ 40 % en 88. Il en est de même au Tchad, où l'on constate une accélération.

Ce phénomène conduit à la "macrocéphalie" (Jean Marc ELA "la Ville en Afrique Noire"), c'est-à-dire la concentration d'une part importante de la population dans la capitale. En 1980, Dakar regroupait 16 % de la population, Abidjan 14 % de la population ivoirienne (etc. voir tableau).

L'urbanisation sauvage dans les périphéries des grandes villes semble continuer, voire même s'intensifier. Les conséquences en sont évidentes, elles ont été suffisamment décrites, notamment en ce qui concerne l'Amérique Latine, c'est pourquoi nous ne nous y attarderons pas. Les conséquences sanitaires seront toutefois largement évoquées dans la seconde partie.

A partir des caractéristiques de l'exode rural en Côte d'Ivoire, on peut essayer de dresser un bilan des caractéristiques des migrants (Migrations, urbanisation et développement en Côte d'Ivoire MORIBA TOURE)

Parmi les migrants on compte globalement deux fois plus d'hommes que de femmes.

L'exode rural est essentiellement le fait des jeunes de 15 à 29 ans. On note un fort contingent de jeunes "déscolarisés".

L'urbanisation semble s'accélérer dans certains pays, et constituera un des problèmes majeurs de demain, l'exode rural est aujourd'hui essentiellement le fait des jeunes (désillusion des jeunes en arrivant en ville, situation explosive).

les principales caractéristiques de l'évolution de la population sont les suivants :

- *la croissance démographique ne ralentit pas, elle s'accélérerait même dans certains pays au cours des années 80 ;*
- *la poussée démographique des deux dernières décennies a essentiellement été le fait de la chute des taux bruts de mortalité ;*
- *la fécondité reste stable à niveau élevé.*
- *on note un ralentissement de la migration entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire à la fin de la décennie 1980 ;*
- *l'urbanisation semble s'accélérer au cours de cette décennie.*

chapitre 2

UN PREMIER BILAN SANITAIRE A PARTIR DES PRINCIPAUX INDICATEURS ENTRE 1980 et 1990

Trois principaux indicateurs permettent de dresser un état de la santé dans les pays d'Afrique de l'ouest: le taux de mortalité, l'espérance de vie et le taux de mortalité infantile. Ces indicateurs n'échappent pas aux limites statistiques qu'il est nécessaire de garder à l'esprit afin de les interpréter correctement.

-le taux brut de mortalité: (tableau en annexe) on note une baisse exceptionnelle de 1960 à 1980 (cf. 1ère partie) ainsi qu'une baisse sensible sur la décennie 80 pour l'ensemble des pays; on peut ajouter que la structure de la population étant relativement stable sur l'ensemble de la période (les 2 cinquièmes de la population ont moins de 15 ans), il semble que les gains en vies humaines se soient concentrés sur les plus jeunes âges.

-l'espérance de vie: c'est un indicateur synthétique, il ne dépend donc pas de la structure par âges. Il correspond à une analyse transversale; autrement dit, il n'indique pas le nombre moyen d'années que devrait vivre un individu (ce qui relèverait plus de la prophétie que de la démographie!) mais "la durée moyenne de vie d'un individu fictif qui subirait au cours de sa vie les mêmes risques de mortalité que ceux observés pour chacune des générations composant la population l'année supposée de sa naissance". L'espérance de vie est donc fonction des taux de mortalité aux différents âges. Ainsi, l'espérance de vie à 5 ans est elle nettement supérieure à l'espérance de vie à la naissance dans les pays à forte mortalité infantile. Si les

espérances de vies sahéliennes sont encore les plus faibles de la planète, les progrès ont été considérables. De 1960 à 1980, l'espérance de vie a augmenté de 10 ans passant en moyenne de 35 ans à 45 ans. Sur la dernière décennie les évolutions sont plus contrastées (en utilisant les dernières estimations pour 1990 du PNUD, de 1980 à 1990 l'espérance de vie aurait augmenté de 10 ans au Burkina Faso, de 6 ans en Côte d'Ivoire et au Tchad, mais d'une année seulement au Bénin).

-la mortalité infantile ou nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour mille naissances vivantes. Ces taux sont impressionnants (cf graphique 3) de l'ordre de 130 pour mille au cours des dernières années. De plus ils seraient fortement sous-évalués, en effet ces taux ne prennent en compte ni la mortinatalité (enfants nés sans jamais avoir respiré) ni les "faux morts-nés" (enfants nés vivants mais décédés avant leur déclaration à l'état-civil). Toutefois le bilan n'est pas si sombre, en effet la mortalité infantile est en constant déclin.

Premiers résultats:

-les principaux indicateurs de la santé en Afrique sub-saharienne sont très médiocres (espérance de vie, taux de mortalité infantile).

-toutefois les progrès réalisés sont considérables

-la situation actuelle de l'Afrique sub-saharienne en matière sanitaire serait relativement favorable si on la comparait aux conditions sanitaires des pays industrialisés avant la Révolution Industrielle. En 1900 l'espérance de vie en Angleterre, aux Etats-Unis et en Suède n'excédait pas les 50 ans alors que les revenus moyens (en dollars de 1982) dépassaient 1000 dollars par an. (1) De même les taux de mortalité infantile actuels du Sahel seraient équivalents aux taux de mortalité en Europe vers 1920 et donc très nettement inférieurs aux taux sévissant en Europe à la veille de la Révolution Industrielle.

Le rapprochement des indicateurs:

A partir des trois indicateurs précédents nous pouvons établir une première classification des pays:

-un groupe de pays "favorisés" (taux de mortalité infantile inférieure à la moyenne et espérance de vie supérieure à la moyenne) la Côte d'Ivoire, le Nigeria et le Benin.

-un groupe de pays dans la "moyenne" (Tchad, Mauritanie, Niger, Sénégal)

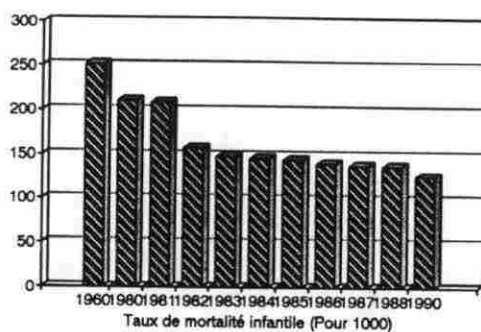
-deux pays atypiques: le Burkina Faso dont la situation était particulièrement défavorable au début des années 80 (espérance de vie de 39 ans, taux de mortalité infantile de 211 pour mille soit un enfant sur cinq qui n'atteignait son premier anniversaire) qui a fait de remarquables progrès (10 ans d'espérance de vie supplémentaires, taux de mortalité infantile divisé par 2). Quant au Mali c'est le seul pays dont le taux de mortalité se soit élevé au cours de la dernière décennie (de 155 à 168 pour mille) ; est-ce un changement dans l'évaluation statistique ou une dégradation de l'état sanitaire ?

2.1 La mortalité infantile révélatrice des carences du système sanitaire

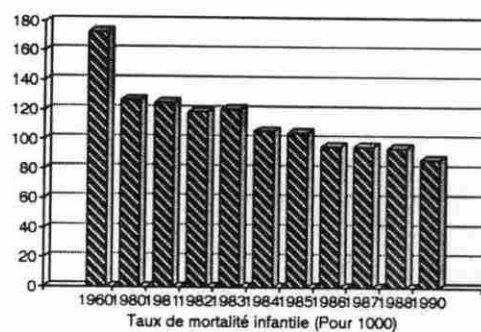
Le phénomène le plus préoccupant est sans conteste les niveaux élevés de mortalité infantile. Les enfants sont les plus vulnérables, lors des grandes épidémies la prévalence des maladies tout comme la létalité (nombre de décès rapportés au cas déclarés) sont très supérieurs pour les tranches d'âges les plus jeunes). C'est en analysant les causes de la mortalité infantile que nous découvrirons les carences du système sanitaire.

GRAPHIQUE 1

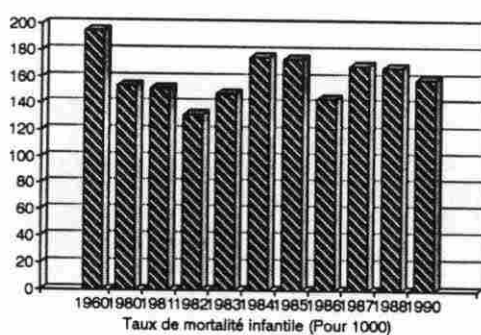
BURKINA FASO



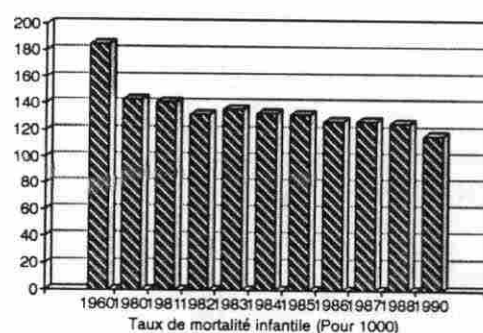
COTE D'IVOIRE



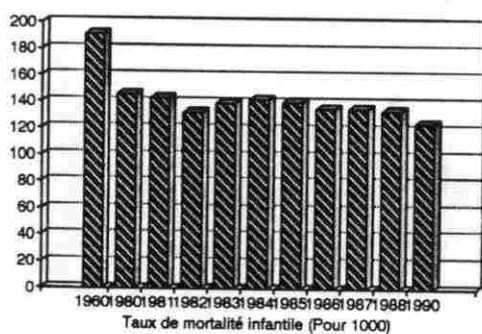
MALI



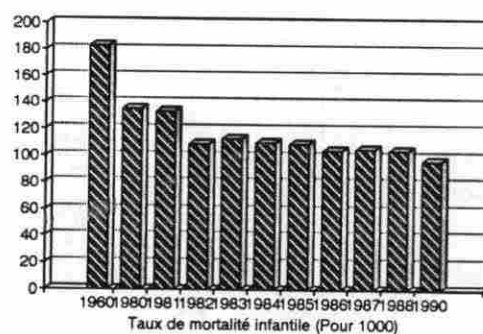
MAURITANIE



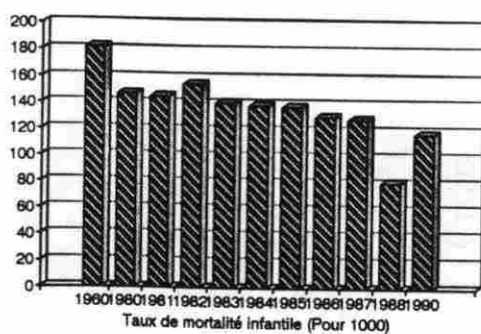
NIGER



NIGERIA



SENEGAL



TCHAD

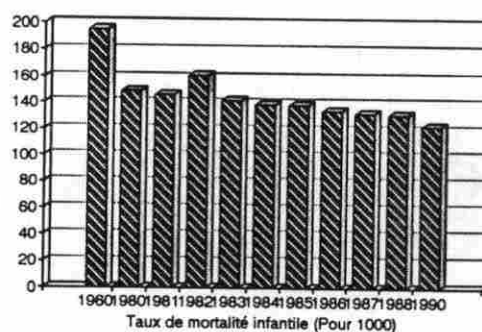


TABLEAU 1

TAUX DE MORTALITE INFANTILE (enfants de moins d'un an)

	1960	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1990
BENIN	206	154	152	117	148	116	115	117	116	109	101
BURKINA FAS	252	211	208	157	148	146	144	140	138	137	126
COTE D'IVOIR	173	127	125	119	121	106	105	96	96	95	87
MALI	195	154	152	132	148	176	174	144	169	168	159
MAURITANIE	185	143	141	132	136	133	132	127	127	126	116
NIGER	191	146	143	132	139	142	140	135	135	134	124
NIGERIA	183	135	133	109	113	110	109	104	105	104	96
SENEGAL	182	147	145	155	140	138	137	130	128	80	117
TCHAD	195	149	146	161	142	139	138	134	132	131	122

TABLEAU 2

TAUX DE MORTALITE JUVENILE(enfants de 1 à 4 ans)

	1960	1980	1981	1982	1983	1984	1985
BENIN	49	34	33	23	31	19	19
BURKINA FAS	63	51	50	36	31	30	29
COTE D'IVOIR	39	26	25	23	20	15	15
MALI	46	34	33	27	31	44	43
MAURITANIE	43	31	30	27	16	25	25
NIGER	45	31	31	27	28	29	28
NIGERIA	42	28	28	20	17	21	21
SENEGAL	42	32	31	34	28	27	27
TCHAD	46	32	20	37	29	27	27

source : Banque mondiale, rapports sur le developpement dans le monde

Les causes de mortalité infantile

La mortalité néo-natale: (entre 0 et 1 mois) 60% des décès durant cette période seraient imputables au tétanos du nouveau-né dû à une contamination de la plaie ombilicale.

La mortalité infantile: (entre 0 et 1 an) les principales causes de décès sont les maladies diarrhéiques, la rougeole, le paludisme. Les enquêtes EMIS (Enquêtes sur la mortalité infantile au Sahel) organisées par l'IFORD (institut de formation et de recherche démographique) de Yaoundé dans 3 pays sahéliens (Burkina Faso, Mali et Sénégal) de 1981 à 1985 donnent un bon aperçu de la situation des enfants au Sahel. Si les 3 principales causes de décès sont le paludisme, la diarrhée et la rougeole il existe de grandes disparités dans la distribution de ces maladies dans les causes de décès. Ainsi au Burkina Faso, les maladies diarrhéiques constituent la plus importante cause de décès avec environ un quart des décès puis vient la rougeole environ un décès sur dix ; au Sénégal le paludisme et les maladies diarrhéiques occupent les premières places: respectivement 29 et 18% des décès; à Bamako les diarrhées sont responsables de plus de 35% des décès, viennent ensuite les maladies respiratoires 11%, toutes les autres maladies ayant des taux inférieurs à 10% .

La mortalité infantile apparaît comme un phénomène tant rural qu'urbain. L'EMIS Bamako donne un taux de mortalité infantile de 100 pour 1000 pour la capitale en 1985 (pour la même année la Banque Mondiale donne un taux national de 155 pour 1000). Ceci est d'autant plus inquiétant que la capitale monopolise une grande partie des infrastructures sanitaires. Au Mali, sur l'ensemble du territoire un quart des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus au paludisme. La prévalence des maladies est donc différente entre villes et campagnes. Les maladies parasitaires sont plus fréquentes en milieu rural; les maladies infectieuses telle la rougeole si elles sont souvent périodiques dans les campagnes sévissent à l'état endémique dans les villes avec des recrudescences saisonnières. Ainsi, le paludisme prévaut dans les campagnes, la rougeole dans les villes et les maladies diarrhéiques sont toujours présentes dans les trois premières maladies mais occupent des places différentes en fonction de la prévalence des 2 précédentes maladies. Paradoxalement la médecine curative est concentrée dans les villes alors que les décès de petits citadins (1/4 à la suite de maladies diarrhéiques) pourraient être évités par des mesures préventives. En effet, il existe une méthode très simple de traitement de la diarrhée: la TRO ou thérapie par réhydratation orale, il s'agit de sachets contenant une solution minérale que l'on peut se procurer dans les centres de santé ou que la mère peut elle-même fabriquer avec de l'eau, du sel et du sucre. De même, nombre de décès dus à la rougeole pourraient être évités, si la rougeole maligne tue dans les premiers jours, les complications (essentiellement respiratoires) pourraient être sensiblement réduites. La grande majorité des études menées au cours de cette décennie indiquent que bon nombre de vies humaines pourraient être sauvées par l'application de soins primaires, peu coûteux.

Les causes de mortalité juvénile

L'évolution de la mortalité entre 1 et 5 ans suit celle de la mortalité infantile; toutefois, les taux sont nettement inférieurs. A noter une recrudescence de la mortalité entre 2 et 3 ans, période du sevrage, le jeune enfant doit alors fabriquer ses propres anti-corps, passant sans transition d'une nourriture liquide à une nourriture solide il est alors très sensible à toute

pathologie. D'où l'importance de l'alimentation en cette période qui, si elle est insuffisante ou déficiente en vitamines risque de compromettre gravement son développement physique et mental.

Les effets néfastes de la malnutrition sont particulièrement sensibles durant cette période; si la malnutrition n'est que rarement une cause immédiate de décès (environ 6% des décès au Burkina Faso en 1984 seraient dûs à des avitaminoses ou à des états de carences) elle constitue souvent une cause favorisante. La malnutrition aggrave la diarrhée et la rougeole de même que la diarrhée et la rougeole aggravent la malnutrition. Les risques de décéder à la suite d'une infection respiratoire aigüe (diphtérie, coqueluche, tuberculose, rougeole) seraient 70 fois plus élevés en cas de malnutrition.

De plus, on peut ajouter les phénomènes de synergie entre plusieurs maladies (par exemple la rougeole et la diarrhée).

Tous les enfants ne sont pas égaux devant la mort. Nous avons vu que les petits citadins étaient plus favorisés que leur camarades des campagnes mais il existe beaucoup d'autres facteurs d'inégalité. Un enfant aura toutes les chances de son côté s'il naît en ville, en juin, dans un hôpital, d'une mère de plus de 19 ans et de moins de 35 ans dont c'est le premier enfant (l'EMIS Bamako révèle que près de 25% des enfants de mère de 45 ans à 49 ans ont péri avant l'âge d'un an ainsi que 13% des enfants de mère de moins de 20 ans). De même la fécondité de la mère est un facteur d'inégalité devant la mort, la probabilité de décéder avant un an est beaucoup plus élevée à partir du rang 4 et elle s'élève d'autant plus que l'espace intergénéral (qui sépare 2 naissances) est faible. Si les naissances étaient concentrées entre 20 et 35 ans et si en moyenne les femmes n'avaient pas plus de 5 enfants, il s'en suivrait une baisse de la mortalité infantile.

Le facteur "environnement familial de l'enfant" qui semble le plus déterminer ses chances de survie est certainement l'éducation de la mère. Les auteurs de "vivre et mourir en Afrique" ont élaboré un modèle économétrique de la santé en Afrique, la variable à expliquer est l'espérance de vie et la première variable explicative par ordre d'importance n'est autre que le pourcentage de filles inscrites à l'école. Ce résultat peut paraître surprenant au premier abord, toutefois lorsque l'on sait que l'espérance de vie est fortement conditionnée par la mortalité infantile, que des méthodes simples (TRO, soins primaires) peuvent sauver de nombreux enfants, que la fécondité décroît avec le taux de scolarisation on comprend que la scolarisation des femmes est un préliminaire à tout programme de santé et de natalité.

Le mois de naissance est également un facteur d'inégalité devant la mort : les décès sont très inégalement répartis au cours de la période annuelle. Les mois d'avril à juin sont les plus mortels (du fait des conditions climatiques).

La mortalité des adultes

Les causes de mortalité des adultes sont mal connues. Les données sur la mortalité par âges sont rares, de plus les causes de mortalité pour les tranches d'âges supérieures deviennent très diverses. Un recensement des maladies en Afrique serait trop long, nous nous limiterons donc à l'ensemble des maladies sévissant à l'état endémique. De 60 à 80% des

décès en Afrique sont le fait de maladies parasitaires et infectieuses. Les adultes sont essentiellement touchés par les maladies parasitaires celles-ci entretiennent généralement un lien avec l'eau. La bilharziose, la dracunculose et l'amibiase (pour ne prendre que les plus importantes) sont fonction de la qualité de l'eau. De même les maladies véhiculées par les moustiques (paludisme, fièvre jaune, onchocercose, filariose et trypanosomiase-maladie du sommeil) sont indirectement liées à l'eau, leur prévalence augmente dans les zones humides, les épidémies apparaissent pendant les périodes de pluies (paludisme).

Nous nous trouvons ici devant un dilemme, il faut favoriser le développement de l'hydraulique pour réduire la prévalence des maladies liées à la qualité et à la quantité de l'eau mais du même coup, on augmente les risques d'épidémies de maladies véhiculées par les insectes.

Les maladies citées sont rarement mortelles (même pour le paludisme, taux de létalité inférieur à 1%, un décès pour 150 cas), mais elles sont toujours affaiblissantes. L'onchocercose est cause de cécité, la dracunculose ou ver de Guinée est cause d'inactivité pendant plusieurs mois d'un quart de la population de 15 à 40 ans dans le sud-ouest du Nigeria. Les conséquences économiques de ces diverses formes d'invalidité temporaires ou permanentes sont importantes.

2.2 Des infrastructures insuffisantes et inadaptées

La couverture en eau

L'eau entretient des liens plus ou moins étroits avec une majorité de maladies sévissant en Afrique, nous venons de les décrire. Malheureusement, les données sur la couverture en eau sont difficilement interprétables car elles sont quantitatives mais aussi qualitatives. La définition de l'accessibilité à l'eau de l'OMS: à un quart d'heure de marche à pied, peut paraître trop restrictive, de même à partir de quel niveau de pureté l'eau peut être considérée comme saine? A cela, il faut souvent ajouter la saisonnalité de la disponibilité mais aussi de la qualité de l'eau.

Voici toutefois quelques données (Evaluation de la stratégie de la santé d'ici à l'an 2000, OMS).

	approvisionnement en eau saine % population couverte			assainissement* % population couverte		
	totale urbaine rurale			totale urbaine rurale		
1980						
Côte d'Ivoire	20	30	10	17	13	20
1983						
Bénin	14	45	9	10	45	4
Niger	36	48	34	8	36	3
Nigéria	36	60	30		30	
Sénégal	43	63	27		87	

*mesures d'assainissement suffisantes à domicile ou dans le voisinage immédiat

Il semble qu'aucun pays sahélien n'offre une couverture en eau et en assainissement à plus de la moitié de sa population. Ces chiffres sont nationaux et cachent de grandes disparités à l'intérieur des pays, des régions et aussi des villes.

Au Mali, le taux de couverture des besoins en eau par région (points d'eau villageois réalisés ou prévus/total des besoins en hydraulique villageoise) fait apparaître de grandes inégalités de 8% dans la région de Mopti à 41% dans la région de Koulikoro). Les villes sont mieux desservies que les campagnes mais la répartition n'est pas égalitaire entre tous les citadins. A Bamako il n'y que 15% de ménages branchés à l'eau de ville, 16% s'approvisionnent à une fontaine publique, 58% à un puits et 6% l'achètent à des porteurs d'eau. Les puits constituent donc la principale source d'approvisionnement de plus de 50% des Bamakois. Les puits de Bamako sont secs 4 mois par an dans les quartiers périphériques.

"L'assainissement est l'ensemble des actions devant permettre d'améliorer les conditions d'hygiène et de salubrité liées aux eaux usées, aux excréta et aux ordures ménagères dans les centres urbains et ruraux". La répartition de l'assainissement suit de façon à peu près identique celle de l'eau. Les campagnes sont nettement moins favorisées que les villes, toutefois la monopolisation des lieux d'aisance par les villes est beaucoup moins préoccupante que celle de l'eau; dans les campagnes les eaux usées sont plus facilement disséminables et les ordures ménagères peuvent être brûlées régulièrement. Bamako dispose d'un embryon de réseau d'égouts sanitaires, et seuls 4% des logements y sont raccordés. Dans les quartiers de la périphérie dépourvus de caniveaux, l'évacuation des eaux usées se limite à l'épandage en plein air.

La collecte des ordures pose également des problèmes. On estime que la capitale génère autour de 800 mètres cubes par jour d'ordures ménagères dont seulement 350 mètres cubes sont collectés par les services municipaux. Nous insisterons sur les conditions de vie particulièrement insalubres dans la périphérie des grandes villes: accès à l'eau limité à quelques rares puits, aucune évacuation des eaux usées et ordures. Malgré la pollution, l'eau

de ces puits sert à tous les usages, elle est souvent contaminée par la proximité des lieux d'aisance.

En résumé, si la couverture en eau et assainissement s'est certainement améliorée dans les campagnes, en revanche la situation a dû se dégrader dans les villes du fait de l'urbanisation sauvage de la périphérie des villes où les conditions sanitaires sont particulièrement déplorable.

La couverture médicale

La population ayant accès aux soins de santé serait sur 1985/87 en pourcentage de la population totale, d'environ 15% au Bénin et au Mali, de 30% en Côte d'Ivoire et au Tchad, de 40% au Nigeria, au Niger et au Sénégal, et la population burkinabé serait la mieux couverte avec 50% .

L'amélioration des ratios population/médecins et population/infirmiers est très nette de 1960 à 1980 et semble se poursuivre sur la dernière décennie. Malgré tout, les effectifs médicaux restent encore très faibles (le Nigeria détient la meilleure couverture médicale 8 000 h/médecin or celle-ci est 16 fois inférieure à celle de la France environ 500h/médecin). D'autre part, on constate une mauvaise répartition spatiale du personnel médical. Au Mali, la couverture médicale n'est que de 15% de la population alors que l'on dénombre 12 000 habitants par médecin (au Sénégal 40% de la population à accès aux soins avec 13 000 habitants par médecin). La répartition spatiale des médecins reste très inégalitaire au Mali où la moitié des médecins et sages-femmes est concentrée dans la capitale qui représente moins de 10% de la population totale.

A Bamako, on rencontre un médecin pour 2400 habitants, dans la région de Gao un médecin devrait soigner 10 fois plus de personnes (23 000) dans la région de Mopti 20 fois plus (52 000). La concentration du corps médical prévaut dans l'ensemble des pays; ainsi au Burkina Faso, les provinces du Kadiogo et du Houet qui abritent les 2 principales villes du pays regroupent à elles seules 62% des médecins (en 1985 le ratio population/médecin est d'environ 6 000 pour le Kadiogo, de 19 000 pour le Houet et atteint plus de 300 000 pour les régions rurales de Bazenga et d'Ouhritenga). Sur les 198 médecins que comptait le pays en 1985, 122 exerçaient à Bamako ou à Ouagadougou, qui regroupait également 70 pharmacies sur un total de 111 (soit 63%) de même que 60% des sages-femmes, 42% des infirmiers spécialisés et brevetés mais seulement 24% des agents itinérants de santé et accoucheuses auxiliaires. Nous avons appris précédemment par l'EMIS Bamako que la mortalité infantile à Bamako restait relativement élevée pour un milieu urbain (100 pour mille contre 155 pour mille pour l'ensemble du pays). Ceci conforte notre point de vue: la médecine préventive est toute aussi importante que la médecine curative.

Tableau 3

COUVERTURE MEDICALE

	HABITANTS/MEDECINS (en milliers)			HABITANTS/INFIRMIER (en milliers)		
	1960	1980	1984	1960	1980	1984
BENIN	23	17	16	2,7	1,7	1,7
BURKINA FASO	82	48	36	4	5	1,7
COTE D'IVOIRE	29	21		2,9	1,6	
MALI	67	22	25	4,9	2,4	1,3
MAURITANIE	37	14	12	5	2	1,2
NIGERIA	74	16	8	4	3	1
NIGER	82	43	39	8,5	4,7	0,5
SENEGAL	2	16	13	1,4	1,4	2
TCHAD	72	42	38	5,8	3,8	3,4

Source : Banque mondiale, rapports sur le développement dans le monde

2.3 La couverture vaccinale

La vaccination est largement répandue dans les pays sahéliens. La couverture est de plus en plus importante avec la mise en place des PEV (programmes élargis de vaccination). Les PEV devraient permettre d'obtenir une grande couverture vaccinale mais aussi d'informer les populations et de les sensibiliser au problème de la vaccination des jeunes enfants. Les pays qui ont aujourd'hui la meilleure couverture vaccinale, le Burkina Faso et le Nigéria, ont été les premiers à mettre en oeuvre des PEV (dès 1984).

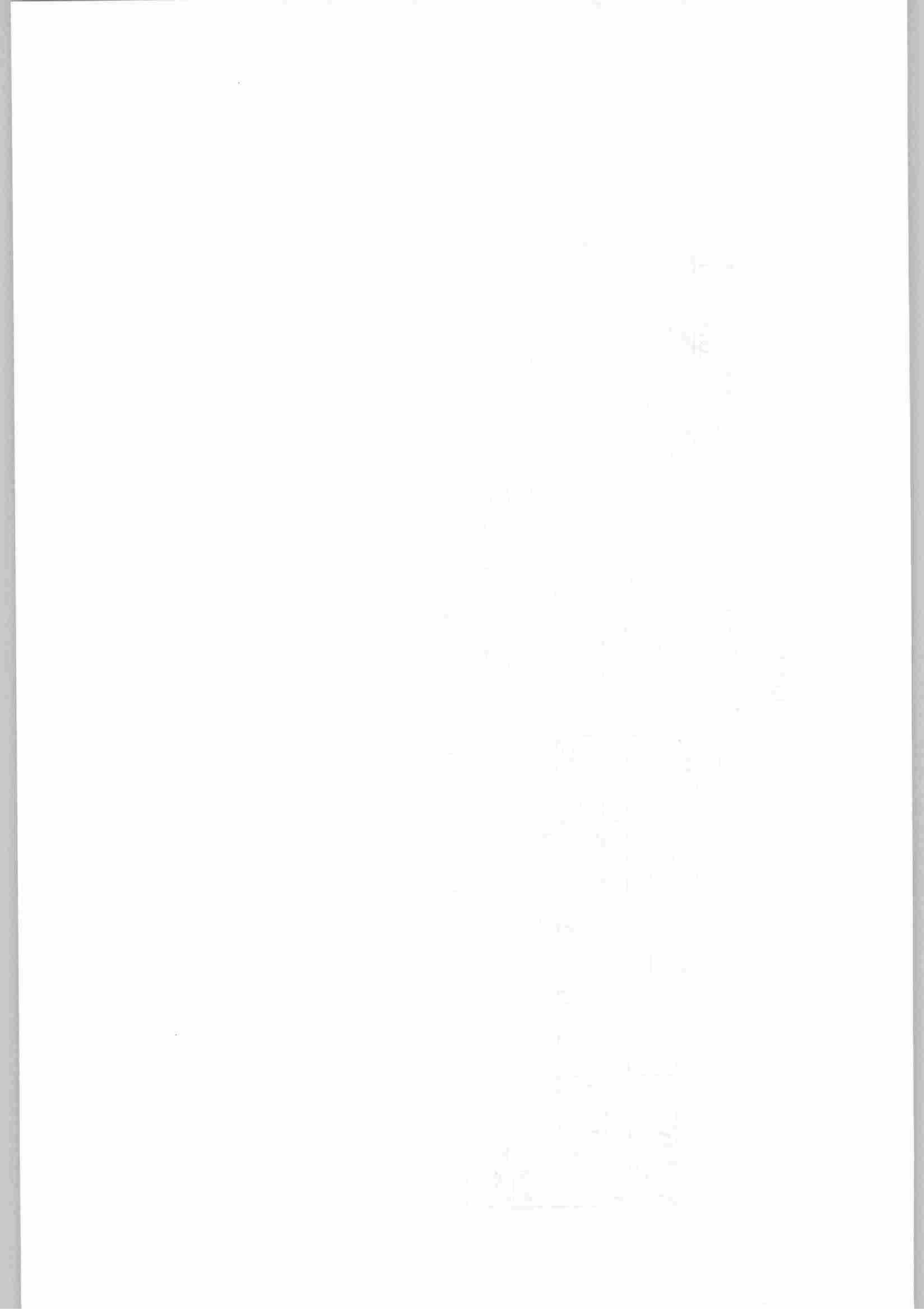
Les moyens financiers mis à la disposition de la santé:

Dans tous les pays sahéliens la part du budget consacrée à la santé est très faible et bien inférieure à la norme de l'OMS de 10% (de 86 à 87 selon l'UNICEF, 6% des budgets béninois et burkinabé, 4% du budget ivoirien auraient été consacrés à la santé; au Mali et en Mauritanie les pourcentages seraient respectivement de 2 et 1%). En Côte d'Ivoire, le budget s'amenuiserait d'année en année; à partir de 1985 il n'est plus que d'un milliard alors que les besoins annuels sont estimés à 10 milliards de francs CFA. Les budgets semblent dérisoires face aux besoins, de plus il servent essentiellement à assurer les salaires.

TABLEAU 4

COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS D'UN AN										
	TUBERCULOSE		DTC		POLIO			ROUGEOLE		
	1981	1987/88	1981	1987	1988	1981	1987	1988	1981	1987/88
TCHAD		38			14			14		17
NIGER	28	39	6	5	16	6	5	16	19	24
BENIN		50		52	30		52	30		30
COTE D'IVOI	70	52	42	71	32	42	71	32	28	30
MALI	19	64		12	18		12	18		23
NIGERIA	23	72	24	20	58	24	20	58	55	59
BURKINA FA	16	73	2	34	30	2	34	30	23	49
MAURITANI	57	79	18	32	28	18	32	28	45	45
SENEGAL	81			69	55		69	55		53

Source : UNICEF, la situation des enfants dans le monde 1990



Le budget de la santé au Burkina Faso en 1985 représentait environ 7% du budget de l'Etat, il se décomposait comme suit :

- 75% en charges de personnel*
- 9% en charges récurrentes*
- 13% en matériel*
- 3% pour l'évacuation*

aucune place n'est laissée à la recherche et à l'investissement.

TOUT INVESTISSEMENT NE PEUT PROVENIR QUE D'UN FINANCEMENT EXTERIEUR. *A cet égard, les aides extérieures sont en diminution au cours de la décennie 1980. Chaque année il n'y a pas plus de 2% des engagements d'aide publique au développement qui sont affectés à la santé.*

Conclusion et perspectives

Si l'on constate une certaine amélioration de l'état sanitaire au cours des dix dernières années, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir. En termes de politique d'intervention dans ce secteur, une certitude semble se dessiner depuis le début des années 1980 : priorité à la médecine préventive. Une baisse de la mortalité dans les prochaines décennies ne sera obtenue qu'au prix d'une plus large mise en place de la médecine préventive et surtout d'une scolarisation des femmes plus importante.

Si certaines maladies ont disparues : la variole a été éradiquée, les cas de choléra, de lèpre sont rares, l'oncochercose a disparu des bassins voltaïques ; si les PEV permettront de réduire la prévalence de nombreuses maladies meurtrières chez les enfants : rougeole, tétanos, tuberculose ; le spectre du SIDA est de plus en plus pesant sur le continent africain. Les progrès en matière d'espérance de vie, de réduction des taux de mortalité infantile peuvent être totalement remis en cause. Environ 10% des personnes atteintes du sida seraient africaines, l'OMS estimait pour l'Afrique en avril dernier, le nombre de cas de sida à 64 000 environ. La propagation du virus HIV serait très rapide en Afrique, il y prendrait des allures de pandémie. Les modes de contamination en Afrique diffèrent de ceux des pays occidentaux. Dans ces derniers on compte 1 cas féminin pour 7 cas masculins alors qu'en Afrique la prévalence du sida est équivalente chez les hommes et les femmes et la contamination de mère à nouveau-né très importante. Les progrès sanitaires peuvent être totalement remis en cause.

L'EDUCATION DE BASE AU SAHEL

Dans cette variation des thèmes que semble affectionner la politique du développement avec : la décennie de l'eau, l'année de la femme, la journée de l'arbre, etc., la mode de la décennie qui commence pourrait bien être celle de l'éducation de base. Le vaste rassemblement de mars 1990 en Thaïlande (JOMTIEN) animé non seulement par l'UNESCO, jusque là spécialiste jouissant de l'exclusivité ; mais aussi par la Banque Mondiale, le PNUD et l'UNICEF, marque un tournant et donne le "la" à tous ceux qu'intéresse le développement du Tiers Monde.

Enfin ! s'exclameront les rares qui déplorait la méconnaissance - pour ne pas dire l'occultation - de l'éducation des masses, un peu tristes de voir, même les partisans de "l'approche globale", pourtant soucieux de mener désormais des actions intégrées et efficaces au bénéfice des populations rurales ou urbaines plus ou moins délaissées, ignorer ou sous-estimer ce goulet d'étranglement du développement.

Depuis un an, et surtout après la Conférence internationale de JOMTIEN, les publications, articles et réunions consacrés au développement ne manquent pas de mettre l'accent sur l'éducation de base, sujet jusque là assez peu évoqué dans cette nébuleuse, sauf naturellement par les spécialistes de l'enseignement et l'UNESCO.

Il aura fallu que les doctrines propres au développement évoluent par étapes, au dur contact des réalités. Après avoir constaté que les nombreux échecs enregistrés ici ou là provenaient de l'insuffisante prise en compte des mentalités et des motivations des populations, en particulier des ruraux toujours largement majoritaires, voici que l'on découvre que la participation de ces populations se heurte finalement à leur manque d'éducation de base. Comment associer sérieusement des villageois, en particulier des femmes, à la gestion d'une coopérative, à la prise en charge de leurs problèmes avec un minimum de techniques, si l'on continue d'avoir affaire à des gens analphabètes. Comment espérer tirer la jeunesse de son dilemme actuel : végéter à la campagne ou aller grossir la population flottante et déracinée des villes ; sans une scolarisation efficace et réellement formatrice ? La seule culture orale ne suffit pas face aux impératifs techniques du développement.

Après d'innombrables séminaires, conférences et rencontres, l'évidence a fini par transparaître. La nouvelle mode est lancée ; gageons qu'elle durera, au moins quelques années. On peut déplorer qu'il ait fallu si longtemps pour apercevoir et admettre la nécessité de ce préalable incontestable qu'est l'éducation de base. Mais rien ne sert de trop critiquer et mieux vaut tard ...

Cette "révélation" tardive, solennellement orchestrée par les organisateurs de la "Conférence mondiale sur l'éducation pour tous" (JOMTIEN, 5-9 mars 90) : PNUD, UNESCO, UNICEF, Banque Mondiale, a été aussi longtemps différée, non pas seulement du fait de l'aberration des maîtres à penser du développement, que ceux-ci se trouvent dans les PED, les organismes internationaux spécialisés ou chez les bailleurs de fonds. Le retard mis

particulier dans les pays du Sahel, résulte aussi de certaines pesanteurs et intérêts, chez les uns comme chez les autres, ainsi qu'on le verra plus loin. Les grands projets d'infrastructures étaient plus attrayants, par les marchés induits pour les uns, par leur côté spectaculaire pour les autres.

Avant de se pencher sur les actions à entreprendre et d'examiner en détail ce qu'il convient de faire pour améliorer les choses dans une perspective à long terme - car en ce domaine l'échelle de temps est fort longue - il convient d'abord d'établir le diagnostic et d'analyser la situation actuelle. Pour cela, on prendra le plus souvent une vue dynamique et comparative des diverses données qui caractérisent l'éducation au Sahel, principalement durant la décennie 80-90. Les 3 pays les moins peuplés du CILSS, en particulier le Cap-Vert qui compte moins d'un demi-million d'habitants, sont le plus souvent absents des statistiques de l'UNESCO ou de la Banque Mondiale. Il n'a donc pas été possible de les prendre en compte aussi complètement qu'on l'aurait voulu. Auparavant, pour mieux situer les pays du CILSS dans l'Univers et en Afrique, on évoquera les données majeures de l'éducation dans les pays en développement.

3.1 La situation actuelle de l'éducation de base

L'éducation et ses problèmes n'attirent guère l'attention des médias, tout comme la plupart des activités à effets et résultats diffus ou lointains. La crise actuelle de ce secteur est passée à peu près inaperçue, et pourtant elle est profonde. Elle atteint surtout les bases mêmes de la pyramide de l'éducation : l'enseignement primaire et l'alphabétisation. Selon l'UNESCO, dans le Tiers Monde les effectifs du primaire ont certes cru nettement et continuent de s'accroître dans l'ensemble (332 millions en 1960, 587 en 1987), mais alors que la démographie y est partout explosive, dans un cinquième des PED, ils ont diminué, parfois même d'un tiers, entre 1980 et 1985 dans certains pays d'Afrique, la région du Monde de loin la plus touchée. Plus de 130 millions d'enfants âgés de 6 à 11 ans, dont 60% de filles, ne suivent aucune sorte d'enseignement. Ceux qui sont scolarisés (29% environ), cessent de fréquenter l'école avant d'avoir achevé le cycle éducatif de base ou bien le terminent sans avoir atteint le niveau requis.

Face aux problèmes économiques et financiers, exacerbés depuis le début des années 80 ; ainsi qu'à une forte croissance démographique, les PED consacrent moins de moyens à l'éducation primaire dont l'universalité apparaît comme un but de plus en plus inaccessible.

Les pays industrialisés rencontrent eux aussi des difficultés, l'analphabetisme y marque une certaine recrudescence. Mais l'écart des moyens avec les pays du Sud est énorme et s'accroît (jusqu'à 6.000 \$ par an consacrés à la scolarité d'un enfant dans les nations les plus riches, quelques dizaines de \$ dans les pays les moins développés d'Afrique et d'Asie du Sud). Aussi prévoit-on la persistance de ce fléau qu'est l'analphabetisme. Toujours selon l'UNESCO, on devrait compter encore près de 950 millions d'analphabètes en l'an 2000, dont les 2/3 de femmes, soit plus d'un adulte sur 5 dans le Monde.

Pays avec taux d'analphabétisme de 70% ou plus (en 1985 ; personne de 15 ans ou plus)

	Taux d'analphabétisme (%)	Nbre d'analphabètes (1 000)	Taux d'analphabétisme féminin (%)	Taux d'analphabétisme masculin (%)
Somalie	88,4	2 771	93,5	81,6
Burkina Faso	86,8	3 776	93,9	87,3
Yemen	86,3	3 090	96,9	73,1
Niger	86,1	2 815	91,4	80,6
Mali	83,2	3 604	89,0	77,1
Afghanistan	76,3	7 605	92,2	61,1
Gambie	74,9	285	84,9	64,4
Tchad	74,7	2 146	89,1	59,5
Népal	74,4	2 892	88,1	61,3
Bénin	74,1	1 630	84,3	63,3
Sénégal	71,9	2 565	80,9	62,6
Guinée	71,7	2 297	82,8	60,3
Sierra Leone	70,7	1 568	78,7	62,2
Pakistan	70,4	39 408	81,4	60,1

Source : UNESCO

NB : Si l'on inclut les jeunes de moins de 15 ans non scolarisés, le nombre d'analphabètes s'élève fortement. En 1989, il dépasse 4,5 millions d'individus au Sénégal, pays du CILSS le moins en retard avec le Cap Vert.

L'Afrique subsaharienne se trouve dans une situation plus sérieuse que les autres régions du monde en développement (Amérique Latine, Asie) et les pays sahéliens du CILSS sont en Afrique, parmi ceux où l'éducation de base est la plus mal en point. Le tableau ci-dessus se passe de commentaires ; parmi les 14 pays du Monde où l'analphabétisme est le plus élevé, 6 sont membres du CILSS et représentent plus de 90% de la population du Sahel.

Le constat fait par l'UNESCO et la Banque Mondiale pour l'Afrique subsaharienne vaut sur certains points pour le Sahel, moins bien parti en général et particulièrement en ce qui concerne la croissance des effectifs scolaires.

Pendant la période coloniale, missionnaires et gouvernements métropolitains implantèrent en Afrique un réseau d'écoles de type occidental assuré en grande partie par des expatriés. L'accès à l'éducation était très limité, surtout dans les pays enclavés à population très clairsemée, comme ceux du Sahel.

Entre 1960 et 1983, les effectifs scolaires africains, tous niveaux confondus, ont quintuplé pour atteindre 63 millions. La croissance (9% par an) durant les années 70 était double ou triple de celle constatée en Asie ou en Amérique latine, déjà plus avancée, il est vrai.

Actuellement, dans l'ensemble africain, la population scolaire augmente un peu plus vite que la population totale ; les experts pensent qu'entre 1980 et la fin du siècle celle d'âge scolaire (primaire et secondaire) pourrait s'élever de 3,3 % par an en moyenne.

Les deux principaux problèmes qui se posent aujourd'hui à nombre de pays africains sont la quasi-stagnation des effectifs et la dégradation de la qualité de l'enseignement. Le ralentissement de la croissance s'est fait surtout sentir depuis les premières années de la décennie 1980. Elle s'est accentuée ces derniers temps, sous l'effet des restrictions budgétaires et aussi du désintérêt des gouvernements, préoccupés par d'autres sujets plus brûlants. Le primaire est de loin le niveau le plus touché.

La qualité de l'enseignement est en baisse, elle aussi, et cela est au moins aussi grave : manque de livres scolaires, de fournitures et de matériel pédagogique. Nombre d'écoles du primaire sont démunies des moyens les plus élémentaires : crayons, papier, craie, cartes, livres de lecture, sans parler du mobilier, le plus souvent inexistant, ni des locaux insuffisants ou inadaptés. Dans le même pays, on peut voir d'une agglomération à l'autre, des écoles primaires installées dans des cases en ruine ou fort délabrées, et des salles de classe construites coûteusement en matériaux dits "nobles" (ciment, verre, etc.). Bien sûr, les villes sont généralement mieux loties que les villages.

Le personnel enseignant est souvent insuffisamment formé et trop peu nombreux, d'où des classes primaires et secondaires surchargées et des cours d'une extrême indigence. Diverses causes expliquent cette situation : rémunération trop faible des instituteurs et des professeurs ; manque de considération pour la fonction enseignante, laquelle ne conduit généralement pas aux postes supérieurs de la haute administration ou du gouvernement ; nécessité de "s'exiler" en brousse alors que les jeunes, surtout lorsqu'ils ont fait quelques études, rêvent de vivre dans la capitale, à défaut de pouvoir partir même à l'étranger, privant leurs pays des cadres indispensables. Le niveau très médiocre des instituteurs n'est pas l'apanage de l'Afrique francophone ou lusophone. Au Nigéria, par exemple, en 1981, il suffisait d'avoir fréquenté l'école primaire pendant 5 ans seulement pour être admis dans l'enseignement !

L'enseignement supérieur, pourtant très privilégié, par rapport au primaire surtout, n'est pas exempt de critiques. Selon la Banque Mondiale, il souffre de 4 faiblesses en Afrique au Sud du Sahara. Les experts estiment que, chargées de former les cadres appelés à occuper des postes de responsabilité dans l'administration, les affaires et les professions libérales, les universités africaines, dont les effectifs ont été multipliés par 20 entre 1960 et 1983 (de 21 à 430.000 étudiants), forment trop de diplômés de qualité et d'utilité douteuses ; génèrent trop peu de connaissances nouvelles et n'apportent guère au développement (peu d'instituteurs en formation) ; coûtent beaucoup trop cher ; sont socialement inéquitables et économiquement inefficaces.

Il est vrai que les dotations budgétaires aux divers ordres d'enseignement, déjà bien modestes (2 à 4% du PNB) sont en outre très déséquilibrées. Le niveau supérieur s'octroyait en 1983 entre 12 et 26% (moyenne 21%) dans les pays du CILSS, alors qu'il s'adressait à moins de 1% de la population scolarisée. Le secondaire bénéficiait de 17 à 37% (moyenne 30%) et le primaire de 28 à 49% (moyenne 36%, soit guère plus que le secondaire). Comme on va le voir en détail un peu plus loin, il n'est pas sans intérêt de noter que dans la plupart

de ces pays sahéliens, les budgets attribués à l'enseignement ont diminué en valeur relative, et même assez souvent en valeur absolue, depuis 1975-80, particulièrement au Mali et au Niger. Le secteur primaire est celui qui a le plus souvent décliné, alors que le secondaire et surtout le supérieur, qui avaient fortement augmenté entre 1975 et 80, se maintenaient à peu près.

L'aide extérieure accordée aux PED africains n'a cessé de croître, mais la part orientée vers l'éducation a toujours été mineure (moins de 9% environ du total). Son analyse est frappante : l'éducation primaire, véritable Cendrillon, a reçu en moyenne moins de 5% de cette portion déjà bien modeste, ce qui représente 0,4% de l'aide extérieure ! (cf diagramme ci-après).

L'évolution des dernières années de la décennie 80 a confirmé ces distorsions : 7% seulement de l'aide internationale à l'éducation sont allés à l'enseignement primaire, contre 16% au secondaire, 33% à l'enseignement technique et à la formation professionnelle (y compris celle des enseignants), et 34% à l'enseignement supérieur.

On mesure par ces données, à quel point le système éducatif des Etats de l'Afrique subsaharienne est agencé et financé -y compris par les aides extérieures- afin de profiter avant tout à la bourgeoisie citadine, qui comprend en majeure partie les familles des gouvernants, hauts fonctionnaires ou militaires, des gros commerçants et des cadres. La seule partie de l'enseignement primaire valable, doté d'un personnel à peu près formé et de locaux et équipements corrects se situe dans les capitales et quelques rares villes. Les lycées et l'université sont également dans les grandes cités où réside l'intelligentsia et les classes dirigeantes.

Que reste-t-il alors pour le primaire et l'alphabétisation des adultes ? La portion congrue évidemment.

Autre constatation inquiétante, qui elle, touche tous les niveaux de l'enseignement : la répartition des dépenses par catégories. Ainsi, dans le supérieur, les bourses dont bénéficient la quasi-totalité des étudiants dans certains pays du CILSS, absorbent de 60% du budget (Niger) à 78% (Mali). Dans le secondaire, les salaires des enseignants représentent jusqu'à 68% (Burkina Faso) ; alors que dans le primaire ce poste énorme va de 84% (Niger) à 88% (Burkina Faso) et même 97% (Mali) ! Dans ces conditions que reste-t-il pour assurer les autres dépenses de fonctionnement ? D'où la misère que connaissent les écoles, particulièrement en brousse, et aussi certains lycées et universités.

Rapportées par élève du primaire, les dépenses publiques de fonctionnement ont décliné dans l'ensemble des pays du CILSS, sauf en Gambie, de 1970 à 1983. En \$ constants de 1983, elles sont passées de 86 à 41\$ par élève au Mali, 58 à 38 au Burkina Faso, 131 à 65 au Niger, 120 à 101 au Sénégal, 196 à 143 en Mauritanie. Depuis 1983, cette tendance au déclin n'a fait que s'accroître au fur et à mesure que les budgets devaient supporter le service de la dette et subir les effets de la crise économique.

Ainsi, le pourcentage des dépenses budgétaires consacrées à l'éducation par l'Etat a décliné dans la quasi-totalité des pays membres du CILSS entre 1980 et 1987. Au Niger, la baisse a été régulière de 18% en 1980 à 11,1% en 1987 ; au Sénégal on est passé de 23% à

16,9% ; au Mali, de 15,7 à 9%. Seul le Burkina Faso a accru la part de l'éducation (15,5 en 1980, 19% en 1987). Cette indigence des crédits est d'autant plus rudement ressentie que la plus grande part va aux salaires des enseignants, aux bourses des lycéens et des étudiants. Il reste fort peu de moyens pour les livres, le matériel et les autres fournitures scolaires pourtant indispensables.

Les coûts unitaires de l'éducation, en pourcentage du PNB par habitant, sont révélateurs de la charge des élèves selon qu'ils sont, en Afrique francophone : dans le primaire (29%), le secondaire (143%) ou le supérieur (804%). Un étudiant revient donc 28 fois plus cher qu'un élève du primaire et près de 6 fois plus qu'un lycéen.

L'examen au niveau national de la situation de l'enseignement dans les principaux pays du CILSS mérite attention, en particulier pour ce qui concerne les effectifs, leurs évolutions, les taux de scolarisation, la scolarité des filles, les enseignants, les dépenses publiques, l'aide extérieure ainsi que les principaux problèmes actuels.

Le Sénégal est, après les petits pays maritimes du CILSS (Cap Vert, Gambie, Guinée Bissau) celui qui est le moins en retard dans l'éducation de base au Sahel. Il est le premier pour l'enseignement supérieur. L'ouverture sur la mer, l'urbanisation, en particulier avec Dakar et St Louis, l'histoire, expliquent cette position relativement privilégiée, qui n'exclut pas, malheureusement, plusieurs zones d'ombres. Sur les 7,5 millions de Sénégalais, 47% ont moins de 15 ans. Un grand bond a été fait par l'enseignement entre l'Indépendance en 1960 et les premières années de la décennie 80. Aujourd'hui, après 30 ans, les résultats ont beaucoup progressé par rapport à la classe d'âge : de 13 à plus de 50% dans le primaire, 1,3 à 13% dans le secondaire, 0,5 à 1,2% dans le supérieur.

Après la crise économique et la libéralisation, la part des dépenses publiques totales dans le PIB ayant régressé de 32% en 1980-81 à 22% en 1985-86, les dépenses consacrées à la santé et à l'éducation ont diminué en termes réels. En 1987-88, le budget du Ministère de l'Education Nationale a été ramené à 21,9% du budget général soit 3,3 du PIB (contre 23% et 3,94% en 1983-84). La part allouée à l'enseignement élémentaire a diminué de 49,1% en 1985-86 à 45% en 1987-88. Cette restriction, conjuguée à l'augmentation des candidats à l'école primaire, risque de faire régresser à l'avenir le taux brut de scolarisation primaire, si des mesures ne sont pas prises. Le salaire des maîtres est élevé, d'où l'idée de la "double vacation", un maître se voyant confier deux groupes d'élèves et recevant un complément salarial de 25%.

Quant aux analphabètes, jeunes et adultes, dont le nombre est estimé à plus de 4,5 millions au Sénégal -ce qui relativise "l'avance" de ce pays- la mise en oeuvre de la politique d'éducation permanente proposée par la Commission nationale de la réforme, de l'éducation et de la formation (CNREF), n'est pas encore entrée dans sa phase concrète.

Le Cap Vert est singulier à plus d'un titre : il connaît certes les rigueurs de la sécheresse, mais c'est un archipel océanique éloigné du Sahel ; sa population totale est réduite (300.000 habitants) mais les îles (4.000 km²) sont densément peuplées ; les Capverdiens sont bien d'origine africaine, mais ils sont pour la plupart le fruit d'un métissage avec l'ancien colonisateur portugais ; enfin, la quasi-totalité sont de confession chrétienne alors que le Sahel

est à plus de 90% habité par des musulmans. Toutes ces particularités influent grandement sur l'éducation au Cap Vert qui est devenu indépendant en 1975, depuis 15 ans seulement.

Malgré la pauvreté de cet archipel déshérité, l'enseignement primaire y est plus développé que dans aucun autre pays membre du CILSS. Les statistiques gouvernementales donnaient pour l'année scolaire 1984-85 : 56.000 élèves dans l'enseignement de base (47.000 dans l'élémentaire ; 9.000 dans le complémentaire) qu'instruisaient 1.720 instituteurs dans 450 écoles. La moyenne d'élèves par classe était de 35, nombre plutôt favorable pour un PED. Le taux de scolarisation au niveau primaire est très élevé ; il reste peu d'enfants non scolarisés. A cet égard, le Cap Vert est très éloigné des pays sahéliens, et très proche de bien des nations avancées.

L'enseignement secondaire (classique et technique) touchait près de 5.000 élèves en 1985. Il était dispensé par 200 professeurs dans 4 établissements.

Le gouvernement a fait des efforts sérieux depuis l'indépendance pour "rattraper" tous ceux qui n'avaient pu être alphabétisés dans le passé. L'éducation extra-scolaire comporte l'alphabétisation des adultes, associée à la formation et au perfectionnement professionnels.

La Guinée Bissau : pays lusophone comme le Cap Vert, a connu l'indépendance assez récemment, après des périodes critiques. L'économie y rencontre des difficultés, ce qui ne facilite pas la tâche des dirigeants. En 1983, 12% des dépenses publiques allaient à l'enseignement, l'équivalent de 3% du PNB. Elles finançaient en totalité le fonctionnement, 1% seulement étant utilisé pour les équipements. Le secteur primaire accueille aujourd'hui un peu plus de 100.000 élèves pour une population totale d'environ 1 million d'habitants. Bien qu'en régression surtout qualitative, il correspondait tout de même à un taux de scolarisation de 60% en 1986 après avoir atteint 67% en 1980 et 62 en 1983. Le secteur scolaire de ce petit pays possède par ailleurs plusieurs des caractéristiques propres aux ex-colonies portugaises mais aussi nombre de celles des pays sahéliens. Il manque de bien des choses pour assurer son redressement.

En Gambie (800.000 habitants), le système éducatif demeure profondément marqué par l'empreinte britannique et l'anglophonie. Devenu indépendant en 1965, ce petit pays a tenté l'union avec le Sénégal en 1981, mais la Confédération de Sénégalie qui a échoué ces années dernières, n'a pas eu le temps d'influer sur l'éducation de base.

Le primaire y a progressé rapidement et de manière régulière jusqu'en 1986. Le taux de scolarisation est ainsi passé de 52% en 1980, à 68% en 1983, et plus de 70% en 1986. On y compte plus de 100.000 élèves.

En revanche, l'analphabétisme est encore répandu avec 75% parmi les plus de 15 ans (en 1985).

Le Burkina Faso (8 millions d'habitants) est de loin au Sahel le pays qui a fait le plus grand effort pour accroître les dépenses d'éducation au cours de la décennie 80, en dépit d'une conjoncture difficile.

L'enseignement primaire touchait en 1986 environ 1/3 des enfants scolarisables dont le nombre a cru pour atteindre aujourd'hui 1.250.000. Malgré cela, plus de 800.000 de ces jeunes seront des analphabètes, sauf rattrapage ultérieur, improbable pour la plupart d'entre eux.

Au Burkina Faso, les défauts signalés sont à peu près les mêmes que dans les états voisins : insuffisance de personnel cadre et enseignant, qualification très faible des maîtres, manque de documents et prix élevés des manuels scolaires, sous-scolarisation des filles, disparités criantes entre la ville et la campagne.

L'alphabétisation des masses préoccupe à juste titre le gouvernement, car le pays compte près de 4 millions d'analphabètes âgés de plus de 15 ans. Il a le taux le plus élevé d'analphabétisme des Etats sahéliens avec plus de 85 %, juste devant le Niger et le Mali.

L'enseignement secondaire touche 45.000 jeunes des villes principales, et le niveau supérieur compte près de 4.000 étudiants.

La Mauritanie se distingue elle aussi des autres Etats du CILSS. Sa population urbaine représente aujourd'hui 39% (contre 14% en 1970), taux très supérieur à la moyenne sahélienne. La proportion de la population scolarisable dans le primaire qui fréquente effectivement l'école n'a cessé de croître régulièrement pour parvenir à 46% en 1986. La progression a été sensible tout au long de la décennie 80. Enfin, même si la quasi-totalité des pays du CILSS est très islamisée, la "République Islamique de Mauritanie" l'est institutionnellement. Située à la bordure méridionale du Sahara, son gouvernement regarde plutôt vers le Maghreb ; sa politique éducative vise "la formation de citoyens profondément enracinés dans les valeurs culturelles arabo-islamiques". Ceci explique qu'il encourage l'enseignement traditionnel dispensé dans les écoles coraniques et les mahadras.

Longtemps négligée, la scolarisation des filles a remarquablement progressé durant la décennie 80. Parmi les 150.000 enfants scolarisés pendant 86-87, 60.000 étaient des filles (40%) et 90.000 des garçons (60%).

Le taux de scolarisation au niveau des régions est très inégal ; la ville de Nouakchott a elle seule compte près d'un tiers de la population scolarisée.

Les régions désertiques de l'intérieur, peuplées de nomades et isolées, sont dans une situation scolaire nettement plus précaire.

L'enseignement mauritanien connaît par ailleurs des problèmes semblables à ceux que rencontrent les pays voisins : taux de redoublement élevé, manque de maîtres compétents. Ces défauts n'ont pas disparu malgré les efforts des années dernières, au contraire. Enfin le départ brusqué de quelques 150 à 200.000 négro-africains et l'arrivée concomitante de 60 à 80.000 Maures résidant au Sénégal, après les graves incidents du printemps 1989, ont fatalement provoqué des perturbations dans l'enseignement mauritanien comme dans celui du Sénégal.

Faute de statistiques publiées, il est malaisé de citer des chiffres pour l'analphabétisme. Celui-ci est probablement, en Mauritanie, sensiblement inférieur à celui du Sénégal voisin ;

il pourrait néanmoins se situer au-dessus de 70% avec une proportion de femmes analphabètes de 80% ; ceci pour les personnes de plus de 15 ans.

Le Mali est le pays où l'enseignement s'est le plus dégradé au cours des dix dernières années. La fraction du budget consacrée à l'éducation y a chuté de 15,7% des dépenses publiques totales en 1980 à moins de 9% depuis 1986. L'écart entre le taux de croissance des effectifs scolaires et celui d'augmentation de la population scolarisable est négatif depuis 1983. Le pourcentage d'élèves scolarisés a baissé régulièrement : dans le primaire : 25% en 1980, 23% en 1983, 22% en 1986.

Cette situation est d'autant plus regrettable qu'il s'agit du pays le plus peuplé du Sahel (8 millions d'habitants).

La géographie et la répartition spatiale de la population font que là encore les disparités sont importantes. Aucune comparaison entre les classes primaires situées au centre de Bamako et celles perdues dans les agglomérations lointaines de Tombouctou ou de Kidal. De même, les secteurs où sont implantées les "missions" chrétiennes sont, comme au Burkina Faso ou au Tchad, ceux où la qualité de l'enseignement est la meilleure.

Au niveau supérieur, l'orientation des étudiants de l'Université de Bamako mériterait, comme dans les pays voisins, d'être revue sérieusement. Les petites entreprises locales se plaignent, en effet, de ne pas trouver là les cadres gestionnaires et les ingénieurs qui leur font défaut.

Enfin, l'analphabétisme est toujours très élevé. En 1985, on dénombrait 3,6 millions d'analphabètes parmi les plus de 15 ans ; le Mali venait au 5ème rang dans le monde avec 83%.

Le Niger a des caractéristiques assez voisines de celles du Mali, et l'enseignement y a nettement périclité au cours de la décennie 80. Selon le PNUD et la Banque Mondiale, moins qu'au Mali mais plus qu'au Sénégal, les dépenses publiques nigériennes ont diminué en % du budget total : 20% en 1976, 18% en 1980, 14% en 1983, 11% en 1987. Le taux de scolarisation dans le primaire a stagné autour de 22% durant les 10 dernières années. En dépit de quelques efforts pour former davantage de conseillers pédagogiques et d'inspecteurs à la Faculté de pédagogie, le niveau de l'enseignement a décliné faute de maîtres compétents en nombre suffisant. Là encore, un écart important sépare certaines écoles de Niamey, de niveau correct, de celles de brousse, privées des éléments indispensables (instituteurs, locaux, fournitures).

L'enseignement supérieur est dispensé à près de 3.500 étudiants qui fréquentent l'Université de Niamey créée après l'indépendance et dont l'essor remonte surtout à 1975. Les effectifs ont été multipliés par 7 depuis lors. Cette université a d'abord fonctionné en liaison étroite avec celle de Ouagadougou afin de bénéficier d'une synergie (sciences au Niger, lettres au Burkina Faso). Les étudiants des deux pays se répartissaient selon leur discipline. Puis, peu à peu, le nationalisme et l'expansion des effectifs étudiants aidant, l'enseignement supérieur a été de plus en plus national, et a recouvert toutes les disciplines. Ceci n'exclut pas une forte assistance technique française, la France ayant financé l'essentiel des dépenses de construction

et détachant en permanence -comme dans les autres capitales universitaires sahéliennes- des dizaines de professeurs.

Le vaste campus de Niamey, passablement agité ces dernières années, abrite aussi l'Ecole des ingénieurs géologues et des mines régionale, patronnée par la CEAO et financée par des bailleurs de fonds qui ne semblent pas avoir fait toutes les "études de marché" préalables nécessaires, avant de lancer ce qui pourrait bien être un éléphant blanc de plus au Sahel.

Enfin, à 70 km de Niamey, à Say, se trouve implantée depuis le début des années 80, l'Université islamique pour l'Afrique de l'Ouest, une oeuvre considérable de la Conférence Islamique. Cet établissement ouvert aux musulmans de la région enseigne grâce à des professeurs, anglophones par la plupart, les sciences, la littérature et naturellement l'Islam.

Le Tchad a malheureusement depuis plus d'une décennie pâti de l'agression libyenne et des conséquences qu'elle a eues, à la fois sur l'unité nationale, l'administration et l'économie de ce pays très divers. Les 5 millions de Tchadiens sont en majorité musulmans, mais la partie sud, la plus riche, est peuplée d'animistes et de chrétiens. L'enseignement coranique y voisine parfois avec celui des "missions", tous deux complétant le plus important : l'enseignement public. Au total, avec un taux de scolarisation (43% en 1986) nettement meilleur que ceux des autres grands pays sahéliens enclavés (Niger, Burkina Faso, Mali), le secteur primaire tchadien touche près de 500.000 enfants. Malheureusement, là comme ailleurs au Sahel, les moyens en personnel qualifié et en fournitures scolaires sont parfois très insuffisants. Les écoles les mieux encadrées sont en général celles tenues par les missions chrétiennes, dans le sud du pays pour la plupart, notamment dans la zone cotonnière de Moundou. Par contre les établissements des zones désertiques sont dans une situation plus précaire, même si certains (à Faya-Largeau par exemple) fonctionnent correctement.

A noter aussi que le Tchad est le pays sahélien où la proportion des filles scolarisées est la plus faible (28% dans le primaire). En revanche, avec 75% d'analphabètes chez les plus de 15 ans, il ne vient qu'au 5ème rang dans le groupe du CILSS après le Burkina Faso, le Niger, le Mali et la Gambie.

La Banque Mondiale s'apprête à faire un gros effort en faveur du Tchad, dont on peut penser qu'après une période difficile ce pays va croître, y compris pour l'éducation.

*

* *

Manifestement, dans les Etats du CILSS, il a manqué un programme d'éducation bien conçu, et surtout une volonté gouvernementale de formation de tous les jeunes par une école de base présente partout et bien pourvue en personnel enseignant et en équipements. Le Sahel mesurera cruellement à l'avenir combien il en coûte de ne pas avoir de Jules Ferry.

Bien qu'assez mal dotés par la nature, les Etats sahéliens ont bénéficié au cours des dix dernières années de ressources suffisantes, notamment extérieures, pour mener à bien et à long terme des programmes ou plans d'éducation de base. Un regard en arrière et l'analyse de la situation, montrent, qu'en réalité, les dirigeants ne l'ont pas vraiment voulu. Ils se sont

contentés de gérer le quotidien, sans modifier l'ordre établi dans l'enseignement, s'intéressant d'abord aux grandes villes et favorisant les enfants des élites (lycées, universités). Ainsi, n'est-ce pas surprenant par exemple qu'un pays comme le Niger -qui a pourtant bénéficié des fruits de l'activité minière depuis bientôt 20 ans et a été pas mal aidé- fasse partie des 5 pays les moins scolarisés du monde, et ne compte dans sa population adulte que 13% d'alphabétisés.

Les 3.500 étudiants de l'Université de Niamey sont pour beaucoup formés, comme ceux des autres universités sahéliennes d'ailleurs, à des disciplines inadaptées aux besoins réels du pays. Une loi non écrite, mais ancrée dans les esprits, voulait que tous les étudiants soient non seulement boursiers mais aussi, assurés, une fois diplômés, d'entrer dans la fonction publique. En fait, les pays manquent d'ingénieurs agronomes, de techniciens supérieurs, d'ingénieurs mécaniciens, de gestionnaires spécialisés, d'instituteurs. Le choix fait par un grand nombre d'étudiants sahéliens en faveur du droit, des lettres ou des sciences sociales risque de les fourvoyer, car les débouchés sont réduits au Sahel, dès lors que l'administration est saturée, ce qui est bien le cas général. D'où des mécontents et des révoltés susceptibles de troubler gravement l'ordre public, comme on l'a vu à Niamey ou à Dakar.

Au total, dans l'ensemble des pays sahéliens, la population scolarisable dans l'enseignement primaire avoisinait 5,5 millions d'enfants en 1983. Sur ce nombre, 1.885.000 étaient effectivement scolarisés soit 34%. En 1990, sur les 7 millions de jeunes de cette classe d'âge, 2,5 millions fréquentent les écoles primaires soit 35%. C'est dire que le taux n'a pratiquement pas progressé dans cette région, qui est l'une des moins scolarisées du Monde. Si des programmes vigoureux d'alphabétisation ne sont pas conduits à leur terme pour rattraper, au moins partiellement, ces 4,5 millions de jeunes Sahéliens de moins de 15 ans non analphabétisés, les Etats du CILSS demeureront avec des populations aux 2/3 analphabètes à la fin du siècle ! Point n'est besoin d'insister sur les conséquences graves que cet état de fait risque d'avoir à bien des égards et particulièrement sur le développement de la région.

L'enseignement secondaire bénéficiait en 1983 à 370.000 adolescents au Sahel, dont près du 1/3 au Sénégal. Depuis, il s'est développé dans les villes grandes ou moyennes et sa qualité est relativement bonne, là où l'africanisation des professeurs ne s'est pas faite au détriment de la compétence. Ce niveau d'éducation a beaucoup moins souffert que le primaire des restrictions budgétaires des 6 ou 8 dernières années. Les lycées sont de plus en plus fréquentés par les filles, dont le pourcentage varie désormais de 25 à 35% selon les pays. Les effectifs féminins évoluent dans le temps. Le premier niveau d'enseignement comptait déjà 28% (Tchad) à 41% (Sénégal) de filles en 1983. Aujourd'hui la "féminisation" du primaire a encore progressé, surtout dans les pays occidentaux du Sahel (Sénégal, Mauritanie, Gambie, Guinée-Bissau) nettement en avance à cet égard sur leurs voisins orientaux.

Les universités sahéliennes sont pour la plupart encore jeunes. Elles existent depuis une trentaine d'années au plus, et se sont développées peu à peu. Les pays les moins peuplés n'en possèdent pas. En 1983, les étudiants étaient près de 30.000 dont 40% (12.000) à Dakar. Aujourd'hui il y aurait près de 40.000 étudiants, sans compter ceux assez nombreux, dont les études se déroulent en Europe, dans les pays de l'Est ou aux Etats-Unis et au Canada. Ainsi qu'on l'a indiqué déjà, l'enseignement supérieur sahélien est loin d'être satisfaisant. Son inadaptation aux besoins des pays n'est pas due seulement aux erreurs ou aux insuffisances des gouvernements. Calqué, lui aussi, sur des modèles étrangers ; doté de professeurs en majorité

expatriés - même au Sénégal ils sont encore nombreux - organisé et contrôlé par ses pairs plus que par les gouvernements ; ce système universitaire coûteux appelle de profondes réformes.

3.2 Que faire ?

Le mérite du grand rassemblement de JOMTIEN en mars 1990 (1.500 délégués venus de 155 pays) a été de faire le point sur l'éducation et de sensibiliser tous ceux que ce sujet concerne : hauts fonctionnaires, éducateurs, bailleurs de fonds, spécialistes, etc. qu'ils appartiennent aux nations intéressées, aux organismes internationaux, aux ONG ou aux pays industriels.

Cette conférence mondiale sur "l'éducation pour tous", patronnée conjointement par la Banque Mondiale, l'UNICEF, l'UNESCO et le PNUD -association jusque là inédite- s'est, conformément au thème retenu, penchée sur le problème majeur le plus préoccupant : l'éducation de base.

Deux documents finals ont été approuvés : une "Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous", et un "Cadre d'action pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux". Les organisateurs se sont engagés à doubler leurs prêts (ceux de la Banque Mondiale passeront ainsi en 3 ans au-delà de 1,5 milliards \$/an), ou leurs programmes relatifs à l'éducation.

Les textes adoptés à JOMTIEN contiennent, entre autres, une autocritique des PED qui se déclarent prêts à définir et conduire de véritables politiques d'éducation, précisant les objectifs et leur planification. C'est en effet l'une des constatations de la conférence : l'absence de plan d'éducation est d'autant plus néfaste dans les PED que ce sujet doit être traité à long terme. Battant le fer à chaud, l'UNESCO a réuni du 26 au 30 mars 1990 à Mexico, peu après JOMTIEN, 250 spécialistes pour participer au Congrès international sur la planification et la gestion du développement de l'éducation, organisé en liaison avec le gouvernement mexicain.

De leur côté, les pays les plus intéressés parmi ceux représentés à la Conférence de JOMTIEN sont invités, dans une première étape, à évaluer leurs besoins avec précision. Il n'est que de consulter les statistiques souvent divergentes et approximatives -quand elles existent- pour apprécier l'importance de cet appel.

La satisfaction des besoins fondamentaux ne doit pas se limiter à développer les systèmes d'enseignement qui existent. La Conférence a insisté sur la nécessité d'une approche élargie. Il faut agrandir le champ de l'éducation de base en englobant l'apprentissage, la qualité de vie, la protection de l'environnement, la tolérance. La formation de base doit aussi prendre un aspect pratique et concret pour préparer les jeunes et les populations aux actions quotidiennes élémentaires. Les connaissances dans le domaine de la santé méritent une plus grande attention.

Les experts ont estimé à 50 milliards \$ (5 par an pendant 10 ans) les financements nouveaux nécessaires à l'objectif -fort ambitieux il est vrai- de l'universalisation de l'enseignement primaire en l'an 2000.

L'"éducation fondamentale" pour reprendre l'expression retenue par la Conférence de JOMTIEN de préférence à l'éducation de base, devrait être préférentiellement dispensée dans

la langue maternelle, plutôt que dans la langue officielle, non parlée dans les foyers les plus nombreux.

Enfin, le grand rassemblement de Thaïlande a évoqué les divers aspects, malheureusement souvent assez sombres, de l'éducation de base dans les PED : la scolarisation des filles encore insuffisante ; la priorité à accorder aux jeunes de moins de 11 ans certes, mais sans oublier les nombreux adultes privés d'enseignement ; le rôle et la condition des enseignants, pierre angulaire du réseau scolaire ; la pénurie de livres et de fournitures, particulièrement aiguë en Afrique subsaharienne. La radio et la télévision scolaires ont fait l'objet de discussions ; les expériences passées ont été analysées (Côte d'Ivoire, Thaïlande, Inde, Nigéria, Niger). La radio améliore les résultats en mathématiques et en anglais ; mais c'est plutôt un complément utile dans certaines régions démunies.

Les organisateurs de JOMTIEN ont décidé de se rencontrer chaque année pour coordonner leurs activités. Les pays concernés feront régulièrement leurs propres évaluations avec le concours de l'UNESCO qui assurera le suivi technique.

D'ores et déjà, le phare de l'actualité du développement est braqué sur l'éducation de base (ou fondamentale) ; la Banque Mondiale va porter une attention accrue à ce vaste et important problème, considéré jusqu'à ces dernières années un peu comme un tabou, par rapport à l'exclusivité de l'UNESCO. Les projets, évaluations et réunions vont se multiplier. Le prochain rassemblement : la Conférence internationale sur l'éducation, organisée par l'Office international de l'éducation (O.I.E.), devrait se tenir à Genève en septembre 1990.

*
* *

Si de nouvelles stratégies doivent être élaborées pour mettre un terme au déclin de l'expansion de l'enseignement primaire et à l'insuffisance grave des programmes d'alphabétisation des adultes dans les PED les plus démunis, quelles sont les réformes et mesures à prendre dans les pays sahéliens ? Outre les correctifs généraux proposés à JOMTIEN, lesquels s'appliquent le plus souvent aux Etats du CILSS, voyons les dispositions particulières supplémentaires ou spécifiques, susceptibles d'améliorer l'éducation de base au Sahel.

En premier lieu, il faudrait établir des programmes détaillés et à long terme, qui corrigeraient peu à peu les déséquilibres actuels. La part des dépenses publiques consacrées à l'éducation est trop faible ; et dans cette part, les crédits alloués au secteur primaire et à l'alphabétisation des adultes sont trop peu importants. Il n'y a aucune raison de continuer à privilégier les niveaux secondaire et supérieur au détriment des masses populaires, lesquelles représentent plus de 95 % de la population. Le primaire exige de disposer de plus du 1/3 qu'il reçoit actuellement, et les dépenses d'éducation doivent au moins retrouver le niveau réel qu'elles atteignaient au début de la décennie dernière.

L'aide extérieure doit, de même, être revue par les donateurs pour mieux prendre en considération l'impératif urgent qu'est le développement de l'éducation de base au Sahel. Non seulement la fraction de cette aide orientée vers ce secteur (12% en moyenne) doit grossir, mais encore, sa répartition entre les divers enseignements doit elle être profondément

rééquilibrée. Octroyer moins de 4% de l'aide bilatérale au primaire, alors que le secondaire en reçoit près de 40% et le supérieur 42%, n'est vraiment pas raisonnable. Le partage de l'aide multilatérale est un peu moins criant (16% au primaire), mais il appelle tout de même une sérieuse révision lui aussi.

Les dépenses relativement importantes que consentent certains pays donateurs (la France en particulier) pour mettre des professeurs du secondaire ou d'université à la disposition des Etats, seraient probablement plus utiles au développement si elles servaient, à défaut de changer de nature, à une assistance technique analogue en personnel, mais mieux appropriée à l'éducation de base (formateurs d'instituteurs par exemple).

Une étude de la Banque Mondiale relative à 12 pays d'Afrique comporte une simulation quelque peu théorique, certes, mais instructive. Cherchant les divers moyens de transférer les maigres crédits dévolus à l'enseignement, du supérieur au primaire, un spécialiste a calculé que si l'on supprimait les bourses données très largement aux étudiants et que les crédits correspondants étaient alloués à l'enseignement primaire, il serait possible d'augmenter très vite de 18% les effectifs. Ceci vaut largement pour les pays du Sahel.

Un examen détaillé du cas sénégalais, fait également par la Banque Mondiale, conclut à la possibilité d'améliorer à peu de frais et de manière appréciable la situation de l'enseignement : double vacation des maîtres (comme exposé plus haut), recours plus fréquent aux instituteurs adjoints (moins coûteux que les titulaires dont les salaires sont plutôt élevés au Sénégal); retour à l'enseignement actif de 400 membres du corps enseignant employés à des tâches administratives, alors que la fonction publique est pléthorique ; réduction des bourses d'études financées par l'Etat ; limitation du budget des oeuvres de l'Université de Dakar ; etc. L'ensemble de ces mesures permettrait d'atteindre en l'an 2000, un effectif de 900.000 élèves dans le primaire, alors que la dérive actuelle, assez préoccupante, conduirait à moins de 700.000 élèves si rien n'était corrigé.

Les constructions scolaires méritent aussi d'être réexaminées à la fois par les dirigeants et les fonctionnaires responsables, et par les bailleurs de fonds. Au Niger par exemple, le coût d'une classe construite en béton est 5 fois supérieur à celui d'une classe en banco, le matériau le plus souvent utilisé dans les constructions en zone rurale, qui a le grand avantage sur le béton d'être plus frais en été et plus chaud en hiver. Les donateurs ne devraient pas, ne serait-ce que par leur complaisance vis-à-vis de leurs interlocuteurs, lorsque ceux-ci manquent de mesure ou de bon sens, allouer des crédits à des programmes de constructions aussi inadéquats qu'onéreux.

La Conférence de JOMTIEN, après bien d'autres, a évoqué la question de la langue d'enseignement. La plupart des spécialistes admettent, comme beaucoup de dirigeants sahéliens le souhaitent, qu'une bonne connaissance de la langue nationale peut être un facteur de stabilité politique et d'unité nationale, favorisant la réalisation des objectifs économiques. Cependant, d'un point de vue purement pédagogique, il paraît acquis maintenant qu'il y a intérêt à utiliser la langue maternelle comme langue d'enseignement dans les premières années du primaire, même lorsque l'objectif final est de scolariser les enfants dans la langue nationale. Certains pays membres du CILSS ont tenté d'orienter leur enseignement primaire de début dans ce sens, mais ils se sont parfois heurtés à la difficulté de disposer d'enseignants compétents et de livres, en langue locale. Plus efficaces semblent-ils ont été les efforts faits

pour développer la communication radiophonique et télévisuelle en langues des diverses ethnies et dont profite toute les populations d'un même Etat.

La pénurie de matériel pédagogique constitue souvent l'un des principaux obstacles aux progrès de l'éducation au Sahel, en particulier dans les écoles primaires de brousse. L'austérité budgétaire a conduit les gouvernements à réduire les dépenses non salariales depuis quelques années. D'où manque de livres, crayons, etc. Il est certain que les donateurs qui assisteraient les gouvernements à combler cette lacune réaliseraient, à coup sûr, une bonne opération au plan coût-efficacité. De la même manière, ce serait un bon service à rendre à l'éducation au Sahel que d'aider les instances compétentes locales à produire des livres et des matériels pédagogiques (cartes, tableaux, etc.) bien adaptés au contexte, aux moeurs et à la mentalité sahéliens.

Les pays n'ont pas, en général, les moyens de réaliser eux mêmes ces outils de développement, pédagogiquement bien conçus et adaptés aux programmes nationaux.

L'alphabétisation au Sahel -comme en Afrique en général- est encore plus mal traitée que l'enseignement primaire. Inutile de revenir sur les chiffres cités au début ; la situation est catastrophique. Comme plus du quart de la population adulte du Monde ne sait ni lire ni écrire, en 1987 l'Assemblée générale des Nations Unies a voulu faire de 1990 l'Année internationale de l'alphabétisation (A.I.A). L'UNESCO est chargée de sa préparation. Un plan d'action décennal doit se développer jusqu'en 2000 (et au delà, ont prévu les opérateurs fort prudents !). La conférence de JOMTIEN (mars 90) et celle de Genève (septembre 1990) se situent dans cette grande perspective, une trentaine d'organisations internationales non gouvernementales (ONG) ont créé un Groupe d'action international sur l'alphabétisation (GAIA). Les médias ont décidé de se joindre à l'action, en particulier au Japon.

Les cibles prioritaires étant, pour l'UNESCO, les pays les moins avancés du globe ou l'analphabétisme est très répandu, on peut escompter que les Etats membres du CILSS bénéficieront des crédits et moyens qui vont être mobilisés.

Sans attendre cette année 1990, plusieurs pays du Sahel ont fait des efforts dans le passé, malgré les difficultés qui les caractérisent. Le Niger, entre autres, avait lancé tout un ensemble d'actions au plan local qui mériteraient d'être évaluées à titre d'exemples, mêmes si leurs résultats ont le plus souvent été modestes. D'autres précédents instructifs se trouvent ailleurs, comme celui du Burkina Faso.

De toute façon, l'alphabétisation est une oeuvre difficile, ingrate et toujours à recommencer. Raison de plus pour que tous : gouvernants sahéliens, ONG, bailleurs de fonds, organismes internationaux, s'associent pour combattre ce fléau qu'est l'analphabétisme, véritable paralysie du développement.

*

* *

En conclusion générale de cet examen, il apparaît nettement que la solution du problème de l'éducation de base au Sahel sera longue et coûteuse. Elle dépend des gouvernants d'abord, des bailleurs de fonds aussi. La Conférence de JOMTIEN n'est qu'un début ; elle a permis une prise de conscience par la communauté internationale de la gravité de la situation dans les PED ; tout particulièrement en Afrique subsaharienne. Dans cet ensemble, le Sahel, fort en retard, est parmi les plus mal partis. Des actions amples et difficiles vont devoir être, d'abord correctement définies, puis opiniâtrement exécutées dans tous les Etats membres du CILSS, si l'on veut remédier aux déficiences.

Faute de s'atteler très sérieusement et avec constance au problème capital de l'éducation de base, on pourra toujours, entre spécialistes africains ou étrangers, évoquer l'esprit de Ségou, l'environnement, la vie des femmes, le sevrage des bébés ou le contrôle des naissances, les échanges frontaliers, le prix du mil, les banques céréalières, les coopératives rurales, l'épargne, la potabilité de l'eau, l'artisanat ou l'organisation du secteur informel. Tous ces propos et projets continueront de passer bien au-dessus de la tête des 30 millions de Sahéliens analphabètes, jeunes ou vieux, ruraux ou citadins ; et, comme hier, on courra, demain, le risque d'accumuler projets dérisoires et échecs coûteux.

"L'instruction est, avec le pain, le premier besoin du peuple" déclarait Danton, voici deux siècles. Tous ceux qu'intéresse l'avenir du Sahel feraient bien de s'inspirer de cette maxime.

BIBLIOGRAPHIE RELATIVE A LA SANTE ET A LA DEMOGRAPHIE

- *"Vivre et mourir en Afrique"* ENDA, Dakar 1990.
- *"Annuaire démographique de l'ONU"*, 1987.
- *"INFO-UNICEF" Evolution de la population de la Côte d'Ivoire, n°33 novembre 1987.*
- *Données générales sur la démographie et la santé parues dans les différents "rapports sur le développement dans le monde"*, Banque Mondiale.
- *"Annuaire de l'UNESCO"*, 1989.
- *"Population et développement en Afrique"* Moriba Touré, CODESRIA.
- *"Enquêtes sur la fécondité au Bénin"*
- *Revue POPSAHEL n°10 août 1989, INSAH-CILSS, Bamako.*
- *"Situation du paludisme dans le monde" Afrique Médecine et santé n° 38 octobre 1989*
- *"La rougeole en milieu tropical" Colette Fillastre, Les enfants du monde n°57, 1980.*
- *"Enfants et femmes du Mali" ed. UNICEF/L'HARMATTAN.*
- *"Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000" OMS, bureau régional de l'Afrique Brazzaville, 1987.*
- *Actes du colloque "Mortalité et société en Afrique au sud du Sahara", Yaoundé 19-23 octobre 1987.*
- *Rapport sur la santé au Burkina Faso,*
- *"Rapport mondial sur le développement humain" PNUD, mai 1990.*
- *"Enquêtes USAID sur les tendances démographiques", Dakar, 1990.*
- *"Enquêtes EMIS"*