



Tous Unis dans l'Action  
**BURUNDI**

# *BURUNDI*

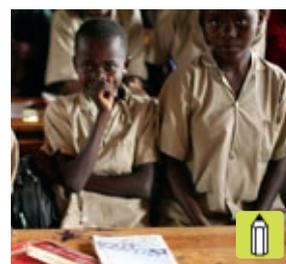
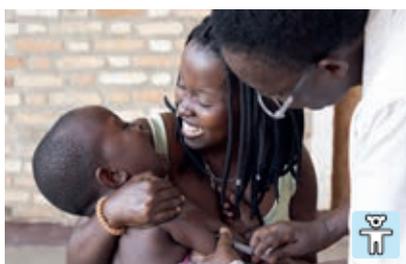
## RAPPORT SUR LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT 2012





# TABLE DES MATIÈRES

<b>iii</b>	Liste des tableaux	<b>2</b>	Chapitre 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim
<b>iii</b>	Liste des figures	<b>10</b>	Chapitre 2 : Assurer une éducation primaire pour tous
<b>v</b>	Liste des abréviations	<b>16</b>	Chapitre 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
<b>vi</b>	REMERCIEMENTS	<b>22</b>	Chapitre 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans
<b>viii</b>	PREFACE	<b>30</b>	Chapitre 5 : Améliorer la santé maternelle
<b>1</b>	Introduction générale	<b>38</b>	Chapitre 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies
		<b>46</b>	Chapitre 7 : Assurer un environnement durable
		<b>58</b>	Chapitre 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement
		<b>74</b>	Conclusion générale



# STABILISATION NUTRITIONNELLE



# LISTE DES TABLEAUX

- 18 Tableau 3.2 Taux d'alphabétisation des femmes de 15-24 ans (en %)
- 32 Tableau 5.1 Evolution des indicateurs de l'accès universel à la santé de la reproduction
- 47 Tableau 7.1 Superficie des forêts en km<sup>2</sup> au Burundi et dans les pays membres de EAC 47
- 62 Tableau 8.1 Résultats obtenus par le Burundi dans le cadre de la seconde enquête sur l'efficacité de l'APD

# LISTE DES FIGURES

- 3 Figure 1.1 Evolution du taux de croissance du PIB réel de 2003 à 2013
- 4 Figure 1.2 Evolution de l'incidence de la pauvreté entre 1990 et 2015 au Burundi
- 4 Figure 1.3 Croissance du PIB dans les pays membres de la Communauté Est-Africaine
- 6 Figure 1.4 Evolution de l'indice d'écart de pauvreté
- 6 Figure 1.5 Comparaison de l'indice d'écart de pauvreté dans les pays de la sous-région EAC
- 7 Figure 1.6 Evolution du Taux d'insuffisance pondérale des moins de 5 ans
- 8 Figure 1.7 Evolution du taux d'insuffisance pondérale dans les pays de l'EAC par rapport au seuil accepté par l'OMS
- 11 Figure 2.1 Evolution du taux net de scolarisation dans le primaire
- 11 Figure 2.2 Taux net de scolarisation au Burundi dans le primaire et dans d'autres pays de EAC
- 12 Figure 2.3 Taux net de scolarisation par province et par sexe en 2010/2011
- 13 Figure 2.4 Taux actuel et désiré d'achèvement du primaire au Burundi entre 1990 et 2015
- 13 Figure 2.5 Taux d'achèvement du primaire au Burundi et dans les autres pays de EAC
- 14 Figure 2.6 Taux actuel et désiré d'alphabétisation des 15-24 ans au Burundi entre 1990 et 2015
- 15 Figure 2.7 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans selon les pays
- 17 Figure 3.1 Indice de parité entre les filles et les garçons dans le primaire et secondaire au Burundi
- 18 Figure 3.2 Indicateurs de l'OMD 3 dans les pays de EAC
- 20 Figure 3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement du Burundi entre 1990 et 2015 (en %)
- 21 Figure 3.4 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national (en %) dans les pays membres de la CEAE
- 23 Figure 4.1 Evolution du Taux de mortalité infanto-Juvenile au Burundi entre 1990-2010 selon les sources
- 23 Figure 4.2 Tendances du Taux de Mortalité Infanto-juvénile au Burundi (Décès pour 1 000 naissances vivantes)
- 24 Figure 4.3 Part de la mortalité néonatale et de la mortalité infantile dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Burundi
- 24 Figure 4.4 Taux de mortalité infantile entre zéro et un an
- 25 Figure 4.5 Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 mois contre la rougeole au Burundi
- 26 Figure 4.6 Causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Burundi 2010
- 31 Figure 5.1 Evolution du ratio de mortalité maternelle au Burundi
- 31 Figure 5.2 Ratio de mortalité maternelle dans les pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est
- 32 Figure 5.3 Evolution du taux d'accouchements assistés depuis 2000
- 33 Figure 5.4 Evolution du taux d'accouchement assisté au Burundi
- 33 Figure 5.5 Evolution du taux de prévalence de la contraception moderne
- 34 Figure 5.6 Evolution des besoins non satisfaits en planification familiale
- 35 Figure 5.7 Disparités provinciales de l'utilisation de la contraception
- 39 Figure 6.1 Prévalence du VIH chez la femme enceinte de 15 à 24 ans (PSN VIH 2012-2016)
- 39 Figure 6.2 Evolution du taux de prévalence du VIH
- 40 Figure 6.3 Progression de la couverture PTME entre 2002 à 2011
- 40 Figure 6.4 Progression de la couverture ARV 2002 à 2011 (PSN VIH 2012-2016)
- 41 Figure 6.5 Mortalité due au SIDA Population de 15 ans et Plus

- 41 Figure 6.6 Evolution des cas de consultation entre 2001 et 2008
- 42 Figure 6.7 Mortalité hospitalière liée au paludisme au Burundi entre 2001 et 2008
- 43 Figure 6.8 Evolution des cas de tuberculoses dépistés de 1985 à 2011 (Rapport PNLT 2011)
- 47 Figure 7.1 Evolution de la proportion de superficie couverte par les forêts
- 48 Figure 7.2 Proportion des superficies couvertes par les forêts au Burundi et dans EAC
- 49 Figure 7.3 Evolution de la quantité émise de CO<sub>2</sub>
- 49 Figure 7.4 Emissions de dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>), tonnes métriques de CO<sub>2</sub> par tête
- 51 Figure 7.5 Consommation de l'ensemble des substances appauvrissant l'ozone en tonnes métriques pondérées au Burundi
- 51 Figure 7.6 Consommation de l'ensemble des substances appauvrissant l'ozone en tonnes métriques pondérées au Burundi et dans EAC
- 52 Figure 7.7 Aires protégées par rapport à la superficie territoriale totale, pourcentage au Burundi et en Afrique de l'Est et Centrale
- 53 Figure 7.8 Aires protégées par rapport à la superficie territoriale totale, pourcentage au Burundi et en Afrique de l'Est et Centrale
- 53 Figure 7.9 Proportion de la population utilisant de sources d'eau potable au Burundi et dans EAC
- 54 Figure 7.10 Proportion de la population utilisant un meilleur système d'assainissement
- 54 Figure 7.11 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées
- 55 Figure 7.12 Population des bidonvilles en pourcentage de la population urbaine
- 60 Figure 8.1 APD nette des pays membres du CAD en millions de dollars (constants 2009)
- 60 Figure 8.2 APD nette des pays membres du CAD rapportés au RNB
- 61 Figure 8.3 Evolution générale du volume de l'aide
- 64 Figure 8.4 Evolution des IDE des principales économies dans le monde (en millions de dollars américains)
- 65 Figure 8.5 Evolution des IDE pour les principaux pays d'Afrique (en millions de dollars américains)
- 66 Figure 8.6 Evolution des Investissements Directs Etrangers au sein de l'EAC (en centaines de millions de dollars)
- 66 Figure 8.7 Evolution des Investissements Directs Etrangers au Burundi et au Rwanda (en millions de dollars américains)
- 67 Figure 8.8 Structure de la dette extérieure en 2010
- 68 Figure 8.9 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services
- 70 Figure 8.10 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants
- 71 Figure 8.11 Abonnés à un service de téléphone mobile pour 100 habitants (en %)
- 72 Figure 8.12 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ACT :</b>	Artemisin based Combination therapy (Thérapie combinée à base d'artémisinine)	<b>OCDE :</b>	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
<b>AMP :</b>	Aires Marines Protégées	<b>ODS :</b>	Ozone depleting Substances (Substances appauvrissant la couche d'ozone)
<b>APD :</b>	Aide Publique au développement	<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ARV :</b>	Anti rétroviraux	<b>ONG :</b>	Organisations Non Gouvernementales
<b>BSS :</b>	Behavioral Surveillance Survey (Enquête de Surveillance Comportementale)	<b>ONUSIDA :</b>	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
<b>CAD :</b>	Comité d'Aide au Développement	<b>PAM :</b>	Programme Alimentaire Mondiale
<b>CCNUCC :</b>	Convention cadre des Nations Unies sur le changement climatique	<b>PCIME :</b>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
<b>CH<sub>4</sub> :</b>	Gaz méthane	<b>PMA :</b>	Pays les Moins Avancés
<b>CHERG :</b>	Child Health Epidemiology Reference Group (Groupe de références épidémiologiques sur la santé de l'enfant)	<b>PNB :</b>	Produit National Brut
<b>CNUCED :</b>	Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement	<b>PNIA :</b>	Plan National d'investissement Agricole
<b>CO<sub>2</sub> :</b>	Dioxyde de Carbone	<b>PNLT :</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>CPN :</b>	Consultation prénatale	<b>PNSR :</b>	Programme National de la Santé de la Reproduction
<b>CSLP :</b>	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté	<b>PNUD :</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>EAC :</b>	East African Community (Communauté d'Afrique d l'Est)	<b>PPTE :</b>	Pays Pauvres très endettés
<b>EDS :</b>	Enquête Démographique et de Santé	<b>PTF :</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>ENECEF :</b>	Enquête Nationale sur les Conditions de vie de l'Enfant et de la Femme	<b>PTME :</b>	Prévention de la transmission mère – enfant
<b>FAD :</b>	Fonds Africain de développement	<b>PVVIH :</b>	Personnes Vivant avec le VIH
<b>FBP :</b>	Financement Basé sur la Performance	<b>RDC :</b>	République Démocratique du Congo
<b>FMI :</b>	Fonds Monétaire International	<b>REDES :</b>	Rapport d'estimations nationales des ressources et dépenses liées au sida
<b>FMSTP :</b>	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Paludisme	<b>RNB :</b>	Revenu National Brut
<b>FOSA :</b>	Formation Sanitaire	<b>SAN :</b>	Stratégie Nationale Agricole
<b>GES :</b>	Gaz à Effet de Serre	<b>SNIS :</b>	Système National d'information Sanitaire
<b>IADM :</b>	Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale	<b>SONU :</b>	Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence
<b>IDA :</b>	International Développement Association	<b>SONUB :</b>	Soins Obstétricaux et Néonatal d'urgence de Base
<b>IDE :</b>	Investissement Direct Etranger	<b>SONUC :</b>	Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence Complets
<b>IGME:</b>	Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité infantile)	<b>SR/PF :</b>	Santé de la Reproduction / Planning Familial
<b>ISTEEBU :</b>	Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi	<b>STN :</b>	Sociétés Transnationales
<b>IUCN :</b>	Union internationale pour la conservation de la nature	<b>TIC :</b>	Technologies de l'Information et de la Communication
<b>MICS:</b>	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)	<b>UE :</b>	Union Européenne
<b>MILDA :</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue Durée d'Action	<b>UNDESA :</b>	United Nations Department of Economic and Social Affairs (Département des Nations Unies des affaires économiques et sociales)
<b>MSP/PNILP :</b>	Ministère de la Santé Publique/Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme	<b>UNESCO :</b>	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
<b>MSPLS :</b>	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA	<b>UNFPA :</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>NC TPM :</b>	Nouveau cas de Tuberculose Pulmonaire à Microscopie (Positive ou négative)	<b>UNICEF :</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>NEIC :</b>	Centre national d'information sur l'énergie	<b>UNITAID :</b>	Facilité internationale d'achats de médicaments contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme
<b>NO<sub>2</sub> :</b>	Dioxyde d'Azote	<b>UNSD :</b>	United Nations Statistics Division (Division des statistiques des Nations Unies)
		<b>VAM :</b>	Vulnerability Analysis and Mapping (Analyse de la vulnérabilité et de la cartographie)
		<b>VIH/SIDA :</b>	Virus d'Immunodéficience Acquise/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise
		<b>WB :</b>	World Bank (Banque mondiale)
		<b>WHO :</b>	World Health Organization (Organisation mondiale de la santé)

## REMERCIEMENTS

Le Rapport national sur les OMD au Burundi édition 2012 a vu le jour grâce à une excellente collaboration entre le Ministère des Finances et de la Planification du Développement Economique et l'ensemble du système des Nations Unies au Burundi sous la Direction du PNUD. La rédaction s'est faite sous la supervision du monsieur Tabu Abdallah Manirakiza, Ministre des Finances et de la planification du Développement Economique et de Madame Rosine Sori-Coulibaly Coordinatrice Résidente des Nations Unies et Représentante Résidente du PNUD. L'équipe de rédaction a été coordonnée par Daniel Gbetnkom, Economiste Principal du PNUD et composée de Arthur Rushemeza (PNUD), Célestin TRAORE (UNICEF), Dismas Nduwimana (UNICEF), Angèle Ndiokubwayo (UNICEFF), Odette Nsabimana (UNICEF), Souraya Hassan Houssein (UNICEF), Alphonse Ciza (OMS), Yolande Magonyagi (UNFPA), Georges Gahungu (UNFPA), Isabelle Moreira (UNFPA), Ouedraogo Michel (UNESCO), Christian Nzeyimana (PAM), Joséphine Twagirayezu (PAM), Audace Buderu (ONUSIDA), Nabor Barancira (FAO), Arthémon Gihimbare (ONU FEMMES), Dismas Baza (OMS), Karolina Tuomisto (OMS), Florentin Donadje (UNICEF).

Du côté du Gouvernement, le comité de revue coordonné par madame Marie Jeanine Hashazinka, Directrice de la Planification (MINEFIPDE) était composé de Balthazar Fengure (MINEFIPDE) ; Ndayishimiye Joseph du Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage, Nizigiyimana Dionis du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, Jean François Busogoro du Programme National Santé de la Reproduction, Ndugaritse Aloys du Ministère

de l'Energie et Mines, Barankariza Spès Caritas du Ministère de la Solidarité nationale, des Droits de la Personne Humaine et du genre, Rufuguta Evariste du Ministère de l'Eau, de l'Environnement, de l'Aménagement du Territoire et de l'Urbanisme, Nsabiyumva Augustin du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Rurankiriza Jean Marie du Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire, Harerimana Benoît du Secrétariat Permanent des Réformes Economiques et Sociales, Nimpaye Emile du Secrétariat Permanent du Comité national de Coordination des Aides et de Hicuburundi Célestin de la Société Civile.

Le rapport a bénéficié de l'assistance de l'équipe de communication du PNUD dans la mise en page et des commentaires de Justin Singbo, Directeur Pays Ajoint (PNUD), de Xavier Michon, Directeur Pays (PNUD) et Ismaila Mbengue Représentant Résident l'UNFPA.

Nos vifs remerciements aux participants à l'atelier national de validation du Rapport sur les OMD du 24 octobre 2012, et aux participants à la journée des Nations Unies pour leurs remarques et observations adressées à l'équipe de rédaction.

Nos remerciements vont enfin à Phoenix Design Aid A/S, Denmark pour son travail d'édition, de mise en page et de publication du document, ainsi qu'à l'équipe de communication du PNUD pour sa contribution à la conception de la couverture.



# PREFACE

Au cours de la 55<sup>ème</sup> session ordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies réunie du 06 au 08 septembre 2000 à New-York, 189 pays avaient approuvé la Déclaration du Millénaire pour le Développement. Il s'agissait d'une vision globale d'un monde où les pays développés et les pays en développement œuvreraient de concert pour l'avancement de tous, en particulier les plus démunis. Ils se sont engagés au plus haut niveau politique à fixer des objectifs qui, une fois atteints, mettraient un terme à la pauvreté extrême à travers le monde à l'horizon 2015. Afin de mettre en place un cadre de développement permettant de mesurer ces progrès, cette vision a été traduite en huit Objectifs du millénaire pour le développement, 18 cibles et 48 indicateurs. En 2007, ce cadre de suivi était révisé afin d'inclure quatre nouvelles cibles décidées par les états membres lors du Sommet mondial de 2005. Des indicateurs complémentaires permettant de suivre les progrès en direction des nouvelles cibles ont également été définis. Ces cibles, assorties d'un calendrier, constituent un véritable pacte entre tous les grands acteurs économiques du monde. Les pays les plus pauvres se sont engagés pour leur part à réaliser des progrès en matière de politiques et de gouvernance intérieure et à mieux rendre compte à leurs propres citoyens. Les pays les plus riches se sont engagés à leur tour à apporter un soutien à travers « un partenariat mondial pour le développement ».

L'adoption de la déclaration du millénaire a fait naître de grands espoirs en Afrique. En effet, tout en définissant des orientations stratégiques pour le développement dans le monde en général, et dans les pays en développement en particulier, cette Déclaration accordait une importance prédominante aux enjeux du continent. Elle appelait à la nécessité de répondre aux besoins particuliers de l'Afrique, un continent où sont concentrées les populations les plus vulnérables du monde, dans le but de l'aider à instaurer une paix et un développement durables, à éliminer la pauvreté et à intégrer dans l'économie mondiale.

Au Burundi tout comme dans la plupart des pays pauvres, les OMD sont ambitieux au regard des délais prescrits. Toutefois, certaines

cibles peuvent encore être atteintes à l'horizon 2015 si toutes les parties consentent les efforts nécessaires, à savoir : améliorer la gouvernance, émanciper la société civile et obtenir son concours actif, promouvoir l'esprit d'entreprise et le secteur privé, mobiliser les ressources intérieures, accroître substantiellement l'aide au développement pour réaliser les investissements prioritaires rendus nécessaires par les OMD, et procéder aux réformes importantes sur les plans budgétaire et commercial.

L'édition 2012 du Rapport national sur les OMD au Burundi a vu le jour avec l'appui du PNUD, la participation de l'ensemble du système des Nations Unies et conjointement avec le Gouvernement. Cet outil de plaidoyer vise à sensibiliser les différents acteurs au développement à cibler le débat à l'échelle du pays sur les questions de pauvreté qui restent au centre des politiques, des stratégies et des programmes de développement. Il vise aussi à mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles des OMD.

Le rapport note que le Burundi a fait des progrès importants sur la plupart des indicateurs des OMD. A titre d'illustration, la probabilité d'atteindre les cibles du taux net de scolarisation dans le primaire, d'élimination des disparités entre les sexes dans le primaire, de stopper la propagation du VIH/sida, maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies tout comme celle de réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre est élevée. D'autres cibles peuvent être atteintes si des efforts importants sont consentis par le gouvernement avec le soutien des partenaires au développement. Il s'agit notamment des cibles des OMD 4 et 5.

Cependant au-delà des progrès ci-dessus relevés, l'espoir n'est pas permis pour le reste des cibles à l'horizon 2015. En effet, le coût de la crise sociopolitique de la décennie 90 pèse encore sur le décollage effectif de l'économie. En dix ans de crise, la plupart des indicateurs de développement humain ont régressé de 15 ans, notamment celui de la pauvreté.

Le rapport encourage le gouvernement à accroître son action de mobilisation des ressources en consacrant des recettes publiques aux investissements prioritaires. Il exhorte aussi les donateurs à honorer enfin les engagements pris de longue date d'accroître nettement l'aide. Ceci procède du fait que les contraintes techniques qui pèsent sur la réalisation des OMD ne doivent pas être confondues avec les contraintes financières. Si la réduction de la pauvreté incombe au premier chef au gouvernement burundais, la réalisation des OMD appelle une augmentation très importante de l'aide publique au développement pour sortir du piège de la pauvreté.

Nous nourrissons l'espoir que les réflexions en cours sur le cadre post-2015 fournissent une approche plus globale à l'éradication de la pauvreté, en la plaçant dans un contexte politique et économique plus large, et en couvrant les trois dimensions, économique, sociale et environnementale du développement durable ainsi que promouvoir des approches fondées sur le respect des droits.

En ce qui concerne le Burundi, la vision partagée du peuple burundais à l'horizon 2015 et les priorités contenus dans le CSLP II sont des atouts pour une impulsion à l'éradication de la pauvreté. Toutefois, un certain nombre de défis et de coûts associés à la matérialisation des recommandations de ce document en rapport avec les OMD sont aussi à considérer et qui sont essentiellement :

- La maîtrise de la croissance démographique est un défi majeur qui doit être relevé.
- La nécessité d'initier des réformes structurelles tant dans la façon de délivrer les services en mettant en avant des approches de développement à la base, inclusives, participatives et équitables ; qu'en s'attelant à un renforcement des capacités humaines et institutionnelles. En effet, le faible niveau de qualification des ressources humaines constitue un handicap réel pour l'employabilité des jeunes et le développement à long terme.
- Enfin, la mobilisation des ressources pour la réalisation des OMD est d'une importance capitale. Cela traduit la nécessité d'une part, de mener des campagnes de plaidoyer et de mobilisation assises sur des planifications participatives et d'autre part de saisir les opportunités existantes notamment tous les fonds créés par les Nations Unies en soutien à la réalisation des OMD.

Au regard des défis ci-dessus mentionnés, nous lançons un appel à tous les partenaires au développement du Burundi pour renforcer le partenariat actuel pour permettre au peuple burundais de réaliser ses aspirations légitimes.

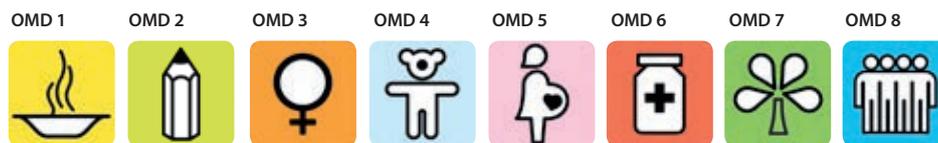


**Son Excellence Monsieur Tabu Abdallah Manirakiza**  
**Ministre des Finances et de la**  
**Planification du Développement Economique**



**Madame Rosine Sori-Coulibaly**  
**Coordinatrice Résidente des Nations Unies**  
**et Représentante Résidente du PNUD**





## INTRODUCTION GENERALE

Dans leur globalité, les OMD visent à lutter contre la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement, et la discrimination contre les femmes. Ils sont devenus aujourd'hui le point de référence commun des états, des organisations de développement international, et des associations de la société civile. Les OMD traduisent un regain d'intérêt pour l'interdépendance et le multilatéralisme et à ce titre, ils représentent une occasion unique de forger un partenariat mondial afin de s'attaquer aux principaux enjeux auxquels le monde est confronté.

Dès lors que la décision de mettre en œuvre les OMD émane du plus haut niveau politique, les états sont, pour la première fois, déterminés à les réaliser, y compris les ministres du commerce et des finances qui, au plan mondial, détiennent les cordons de la bourse. Les Etats et les grandes institutions financières internationales telles que la Banque Mondiale, le FMI, les banques régionales de développement, et de façon croissante, les membres de l'Organisation Mondiale du Commerce ont été clairs sur le fait qu'ils devront également rendre des comptes sur la réalisation de ces objectifs.

Au niveau des Nations-Unies, la performance par rapport à ces objectifs est également suivie de près. Des mécanismes de suivi ont été mis en place, sous la forme de rapports nationaux des Objectifs du millénaire et de rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale. Les organisations de la société civile à travers le monde créent également leurs propres systèmes de rapports, afin de veiller

à ce que les pouvoirs publics soient contraints à un niveau de performance le plus élevé possible.

Tout comme les autres pays d'Afrique, le Burundi a adopté les OMD, et les a incorporés dans les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté. Notons que les OMD se déclinent en huit objectifs de développement découlant de la Déclaration du Millénaire. Ces objectifs sont : (1) réduire l'extrême pauvreté et la faim ; (2) assurer l'éducation primaire pour tous ; (3) promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; (4) réduire la mortalité infantile ; (5) améliorer la santé maternelle ; (6) combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ; (7) préserver l'environnement et (8) mettre en place un partenariat mondial pour le développement, et tout cela à l'horizon 2015.

Tout comme pour les deux premières éditions de 2004 et 2010, ce troisième rapport sur les OMD évalue les progrès réalisés par le Burundi au niveau de l'ensemble des huit objectifs. Il tire également des enseignements et formule des recommandations visant à accélérer la mise en œuvre de ces objectifs. Pour certains indicateurs, le rapport établit des comparaisons avec la performance des pays de la sous-région de la Communauté de l'Afrique de l'Est et d'Afrique centrale.

# Chapitre 1

ELIMINER L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM



### 1.1. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour

Au Burundi, les progrès vers l'atteinte des OMD dans leur ensemble demeurent en deçà des attentes. En effet, s'agissant de la croissance économique, les performances observées depuis 2006 sont bonnes et se situent en moyenne autour de 4 % par an. Cependant, elles ne sont pas suffisamment fortes et sont encore loin du niveau supérieur ou égal à 7 % requis pour réduire de moitié à l'horizon 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour. Elles sont donc restées fragiles.

Au lendemain des accords d'Arusha en 2000, l'économie burundaise a connu une expansion avec une croissance de 5,1 % en 2006. Cette performance ne s'est pas maintenue sur la durée suite à la récession économique et la crise financière internationale dans le monde qui a affecté le volume d'aide au développement en direction des pays africains. Ainsi, la croissance économique du Burundi est tombée à 3,5 % en 2009 avant de remonter progressivement pour atteindre 4 % en 2011. Les projections montrent que ces progrès devraient

continuer en 2012 et 2013 avec des taux de croissance de 4,8 % et 5,3 % respectivement. La figure ci-dessous présente l'évolution de la croissance économique au Burundi entre 2003 et 2013.

La performance du Burundi en termes de croissance économique a eu des effets sur l'incidence de la pauvreté dans le pays. En effet, de 35 % en 1990 la proportion des populations vivant en dessous du seuil de pauvreté a atteint le niveau record de 81,3 % en 1998 suite à la persistance des conflits armés qui ont occasionné une chute drastique de la production dans le pays. Avec le regain progressif de la paix, le pays a renoué avec une faible croissance économique positive. Ainsi, l'incidence de la pauvreté a également diminué progressivement pour se retrouver autour de 67 % en 2006. Cependant, cette pauvreté est répartie de manière inégale à raison de 69 % en zones rurales contre 34 % en zones urbaines. Cette inégalité s'observe aussi entre les provinces. A titre illustratif, le taux de pauvreté est de 30,4 % dans la province de Bururi contre 90,4 % dans la province de Ruyigi.

Figure 1.1

Evolution du taux de croissance du PIB réel de 2003 à 2013



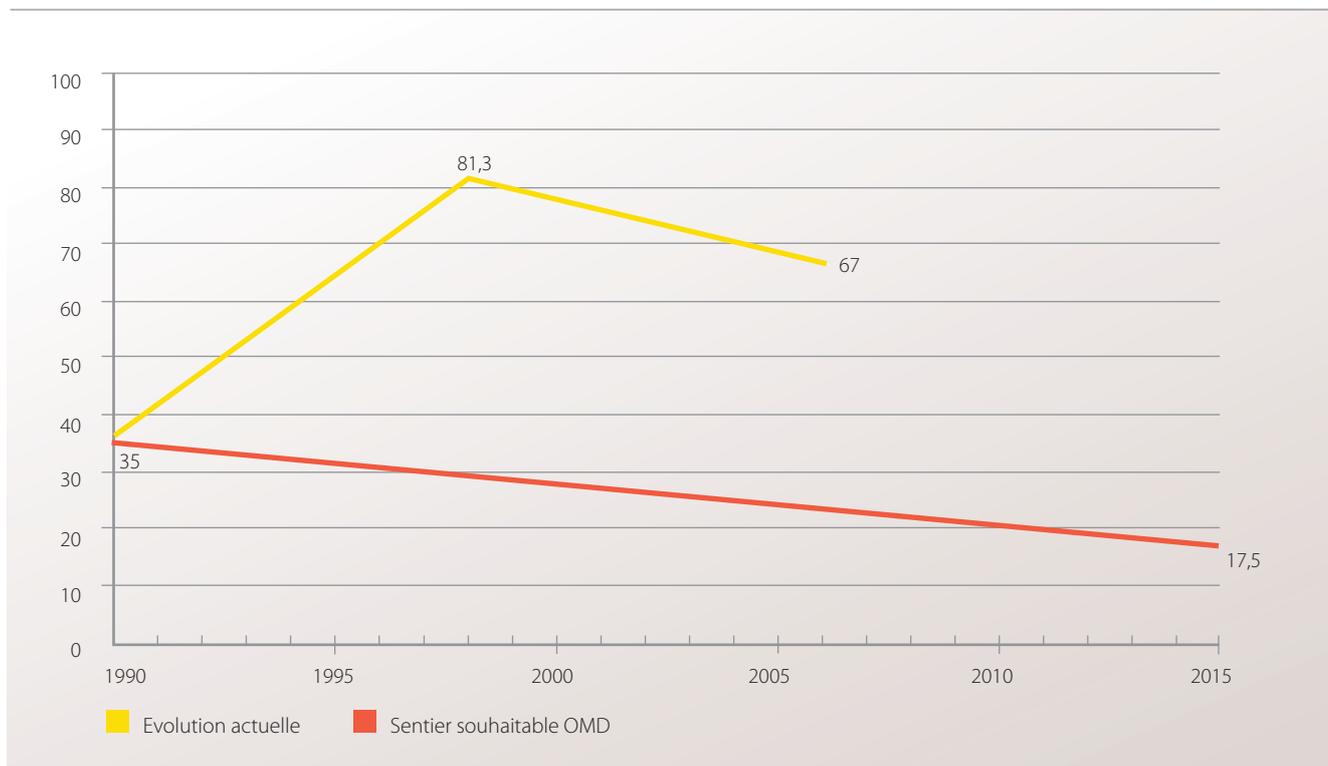
Source : Construit par les auteurs à partir des données de la BAD (2012)

Une linéarisation du rythme de baisse de la proportion des populations pauvres dans les conditions actuelles de création des richesses montre qu'en 2015 l'incidence de pauvreté dans la société burundaise sera autour de 45 %. Ceci est évidemment loin de la cible qui devrait être de 17,5 %.

Une analyse comparative avec les autres pays membres de la communauté de l'Afrique de l'Est montre que la performance du Burundi, bien qu'appréciable est largement inférieure à la moyenne sous-régionale. Exception faite du Kenya, tous les membres de l'East African Community (EAC) ont une croissance économique supérieure à 6 % en 2011, ce qui se rapproche du niveau requis pour déclencher la sortie de la pauvreté qui est de 7 %.

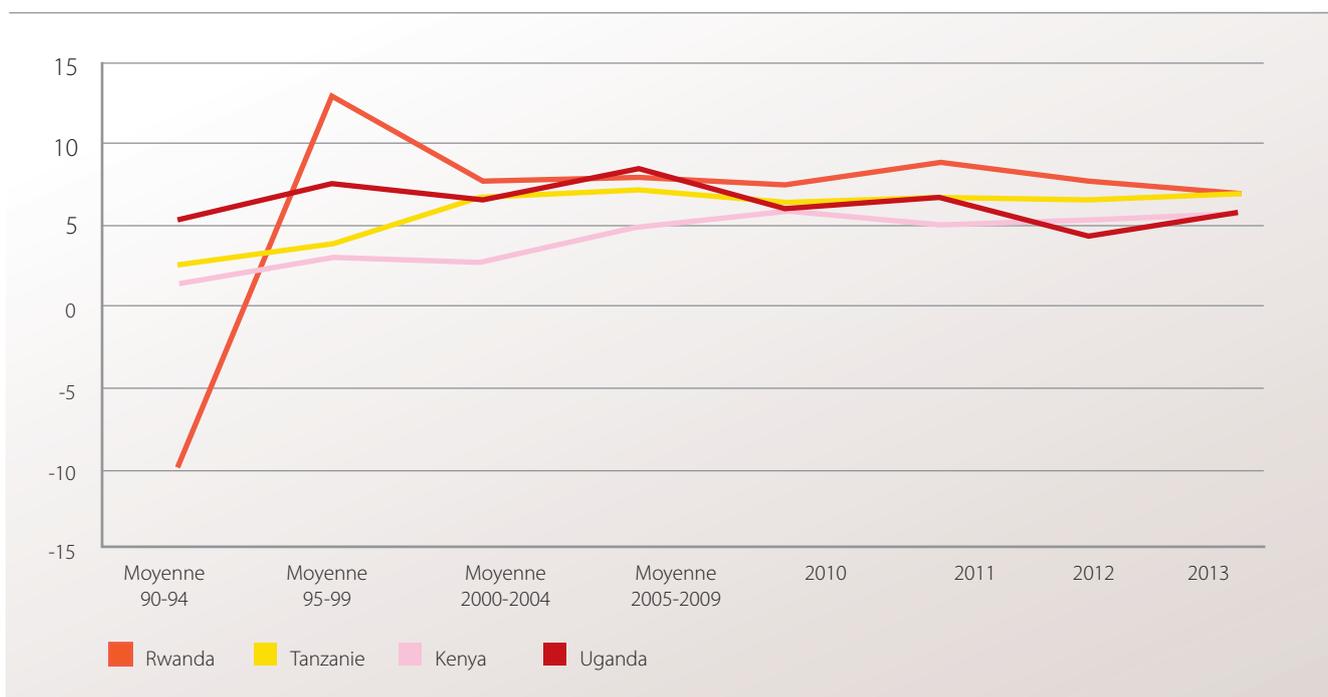
**Figure 1.2**

Evolution de l'incidence de la pauvreté entre 1990 et 2015 au Burundi



**Figure 1.3**

Croissance du PIB dans les pays membres de la Communauté Est-Africaine



## **1.2. Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif.**

La bonne progression de la croissance au Burundi n'a pas d'effet significatif sur le chômage qui est un problème préoccupant qui touche particulièrement les jeunes. En 2009, le taux de chômage était environ trois fois plus élevé chez eux que chez les personnes âgées de 25 à 64 ans. Il est aussi un phénomène essentiellement urbain, dans la mesure où une bonne part de la population rurale se déclare occupée par les activités agricoles. En 2008, le taux de chômage était évalué à 14,4 % à Bujumbura, 9 % à Gitega et 6,5 % à Karusi, et l'âge moyen des chômeurs était de 29 ans (AEO, 2012). Le taux de chômage à Bujumbura tend à croître avec le niveau d'éducation. Il touche 10,7 % des actifs qui n'ont pas été à l'école, 13,7 % de ceux ayant fréquenté le primaire, 18,9 % de la population ayant le niveau du secondaire général, et 12 % des Burundais possédant le niveau de l'enseignement supérieur.

Plusieurs facteurs expliquent le taux élevé du chômage des jeunes et des femmes. Du côté de l'offre d'emplois, on observe un très faible développement du secteur privé formel, et la Fonction publique est peu encline à recruter dans un contexte de maîtrise de la masse salariale. Par ailleurs, les employeurs sont en général réticents à embaucher des gens sans expérience professionnelle. Ces facteurs se combinent avec la forte croissance démographique, entraînant un déséquilibre entre l'offre et la demande sur le marché du travail qui s'accroît chaque année.

Du côté des demandeurs, la formation n'est pas adaptée et reste souvent trop théorique, ne favorisant pas l'esprit d'entreprise et la créativité. Les jeunes préfèrent un travail salarié plutôt que de créer leur propre entreprise, cela d'autant plus que les difficultés pour démarrer une petite entreprise sont grandes. Citons notamment le faible accès au financement (Centre d'alerte et de prévention des conflits [Cenap, 2010]) et le climat des affaires peu attrayant.

La situation actuelle est caractérisée par plusieurs facteurs identifiés dans le CSLP II : absence de politique nationale en matière d'emploi et mauvaise connaissance du marché de travail ; problème de gouvernance dans la gestion des opportunités d'emploi ; inadéquation entre la formation et l'emploi ; inaccessibilité au système formel de financement ; insuffisance de structures d'encadrement à l'auto-emploi ; faible diversification des créneaux porteurs d'emploi.

En réponse au problème de l'emploi des jeunes et des femmes, les autorités ont adopté des mesures d'urgence. Elles ont développé des programmes de travail temporaire en faveur des démobilisés, ou encore exécuté des projets pilotes afin de promouvoir l'activité économique locale ou la réintégration des groupes affectés par la crise. Elles ont aussi mis en place quelques initiatives durables. Par exemple, en 2009, elles ont créé l'Agence Burundaise pour l'Emploi des Jeunes (ABEJ), qui a pour mission d'identifier et de sensibiliser

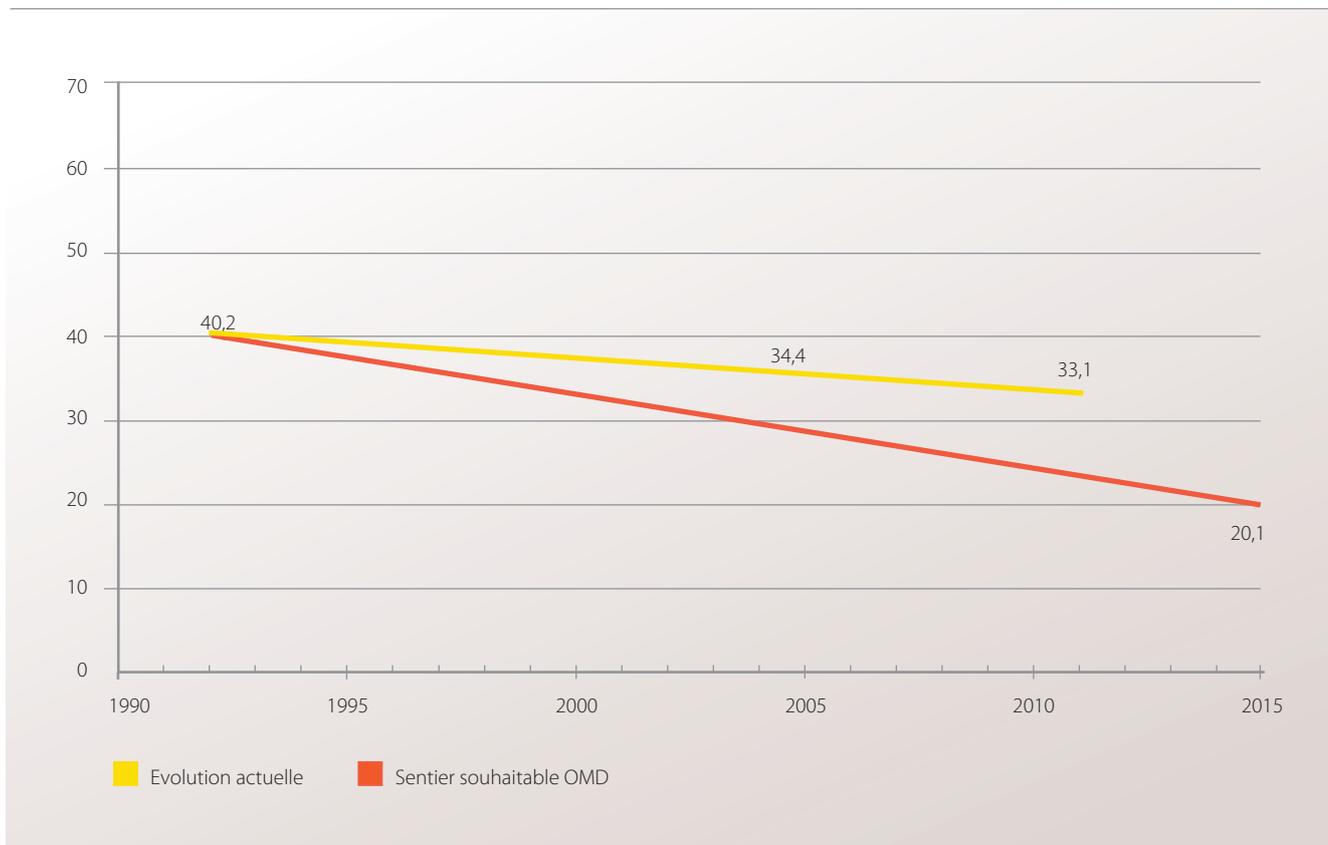
les employeurs pouvant accueillir les jeunes sans expérience professionnelle et les encadrer sous forme de stage de premier emploi. Elles ont aussi renforcé les capacités des jeunes pour combler les lacunes de la formation scolaire ou académique. L'emploi des jeunes a été également identifié comme une importante composante du CSLP II, à même de garantir la paix, la sécurité et la croissance économique du pays. Le CSLP II propose de mettre l'accent sur l'amélioration de l'offre en intensifiant et diversifiant les capacités de la formation technique et professionnelle, en particulier au niveau secondaire et supérieur, dans des domaines porteurs comme le tourisme, les mines, le transport, les technologies de l'information et de la communication, les bâtiments et travaux publics, etc. Il propose un soutien à l'entrepreneuriat et à la modernisation de l'agriculture comme source de travail pour les jeunes en zones rurales et périurbaines.

Aujourd'hui le gouvernement, avec l'appui du Programme des Nations Unies pour le développement, élabore une stratégie nationale relative à l'emploi des jeunes. Une des mesures proposées est la mise en service de l'Observatoire national de l'emploi et de la formation professionnelle. Celui-ci assurera un meilleur suivi des questions sur l'emploi, un renforcement de la gouvernance nationale en la matière et de la transparence sur le marché du travail. À cet effet, la collecte et la diffusion des informations sur le marché du travail devraient être améliorées.

À propos de l'évolution de l'indice d'écart de la pauvreté, elle est restée jusqu'en 2011 sur une bonne tendance au Burundi même si la consommation des 20 % des ménages les plus pauvres demeure très faible autour de 9,0 % de la consommation nationale depuis 2006. L'indice d'écart de la pauvreté est passé de 36,4 % en 2006 à 33,3 % en 2011. Au niveau de la sous-région, le Burundi a la deuxième performance après celle du Rwanda.

**Figure 1.4**

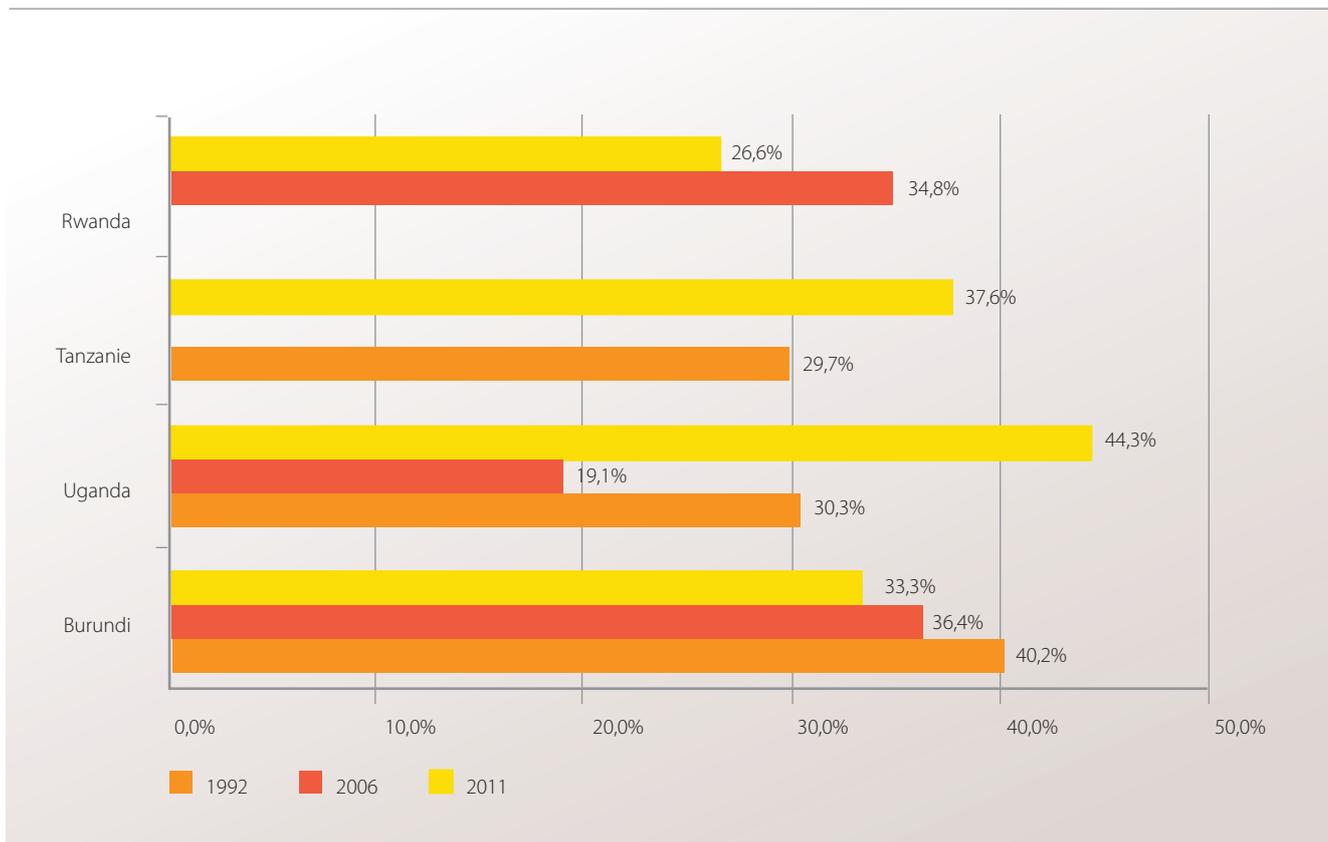
Evolution de l'indice d'écart de pauvreté



Sources : (1) UNSTATS, (2) Annuaire statistique pour l'Afrique 2012, (3) EAC, (4) ISTEERU, Burundi info, (5) Rapport du PNUD sur le Développement humain 2011.

**Figure 1.5**

Comparaison de l'indice d'écart de pauvreté dans les pays de la sous-région EAC



Sources : (1) UNSTATS, (2) Annuaire statistique pour l'Afrique 2012, (3) EAC, (4) ISTEERU, Burundi info, (5) Rapport du PNUD sur le Développement humain 2011.

### 1.3. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

En ce qui concerne la faim, le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé de 2010 révèle un taux d'insuffisance pondérale de 29 % et un taux de malnutrition chronique de 58 % chez les enfants de moins de 5 ans au Burundi. Bien que cette insuffisance pondérale soit une amélioration par rapport à son niveau de 2007 qui était de 35,2 %, elle reste encore supérieure au taux de 21 % accepté par l'OMS.

Le taux de malnutrition chronique quant à lui est passé de 46 % à 58 % entre 2007 et 2010, donc très largement supérieur au seuil d'urgence qui est de 40 %.

Au niveau de la Communauté Est-Africaine, le Burundi est le seul à avoir un taux d'insuffisance pondérale encore au-dessus du seuil acceptable de 21 %. La figure 1.6 ci-dessous établit une comparaison au niveau de la sous-région.

Le statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans reflète la situation de sécurité alimentaire de la population en général. En effet, l'insécurité alimentaire qui varie d'une région à une autre est une des causes sous-jacentes de la malnutrition. Elle est liée aux facteurs tels que les aléas climatiques, la baisse de la fertilité du sol, la raréfaction des terres cultivables ou la hausse des prix des aliments ainsi que les maladies des principales cultures (flétrissement bactérien du bananier, mosaïque sévère et striure brune du manioc).

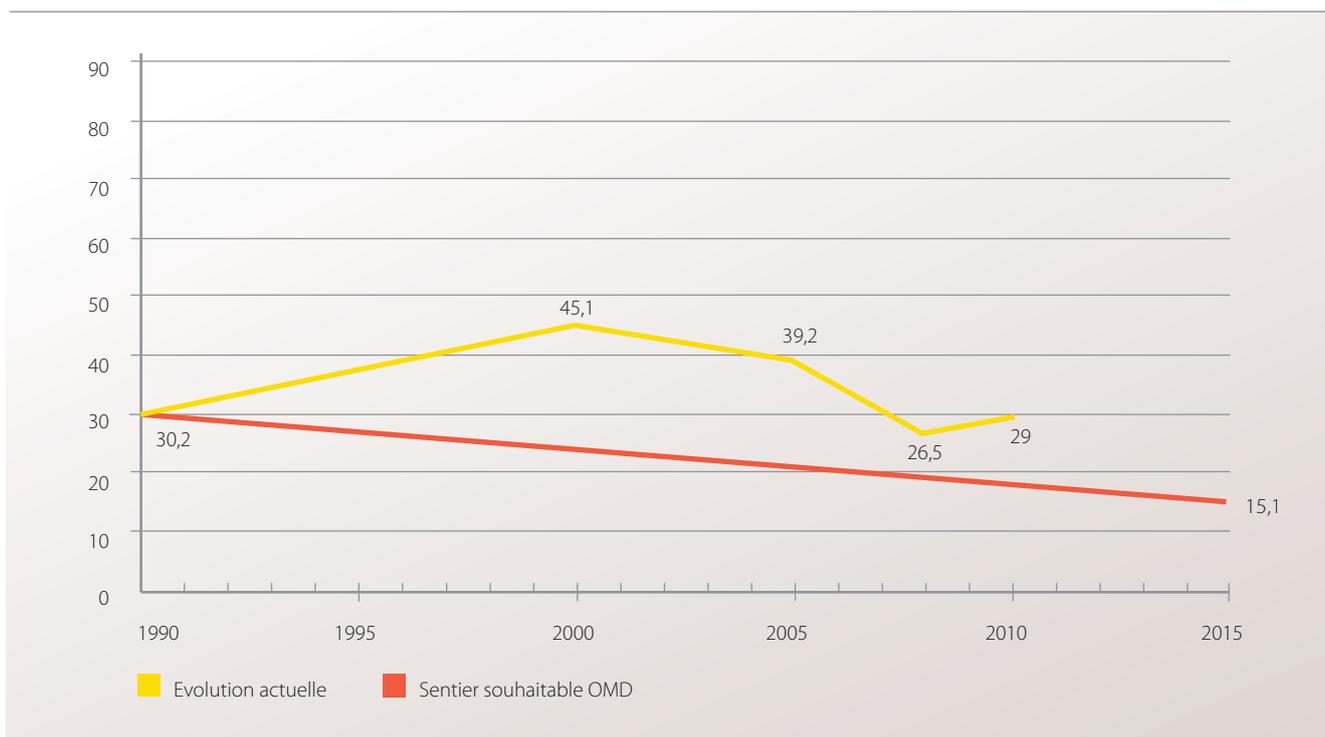
De manière générale, au regard des analyses qui précèdent, il est peu probable que le Burundi puisse atteindre l'objectif de la

réduction de moitié de la proportion des personnes vivant dans l'extrême pauvreté et d'éradication de la faim à l'horizon 2015. Certes, les efforts conjugués du gouvernement du Burundi et de ses partenaires techniques et financiers (PTF) dans la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté de première génération (CSLP I), la cessation des conflits et le retour à la paix sur tout le territoire ainsi que la stabilité des institutions issues des élections de 2005 ont contribué à un regain progressif de la croissance économique. Mais la fragilité de cette croissance est telle qu'elle ne puisse pas résorber significativement la pauvreté. En outre, les défis qui plombent la marche vers une croissance économique soutenue et durable sont encore énormes et variés. Au premier rang de ces défis figure la croissance démographique. Les données disponibles montrent que la population du Burundi augmente annuellement de 2,4 % et exerce une forte pression sur les ressources naturelles. A long terme, il est important de faire baisser sensiblement ce taux en réduisant la fécondité par des actions en faveur de l'éducation et de la survie des enfants et par l'offre de services de santé reproductive. La vision du gouvernement est de réduire le taux de croissance démographique à 2 % à l'horizon 2025.

L'inefficacité des systèmes de production agricole constitue un autre défi. Dans l'ensemble, la productivité agricole est faible et ne permet pas d'assurer la sécurité alimentaire des populations et de dégager un surplus commercialisable. La situation peut s'améliorer moyennant la mise en œuvre effective de la Stratégie Nationale Agricole (SAN) et du Plan National d'Investissement Agricole (PNIA).

Figure 1.6

Evolution du Taux d'insuffisance pondérale des moins de 5 ans



Sources : (i) MICS II (UNICEF-Burundi2000), (ii) PAM, VAM 2004 (analyse de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité), (iii) Enquêtes nutritionnelles 2005 et 2007, (iv) PAM (Analyse Globale de Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité, 2008) et (v) Enquête démographique et de santé (2010)

Le caractère embryonnaire du secteur privé qui constitue le moteur de la croissance dans toute société en émergence est également une contrainte. Les investissements privés nationaux et étrangers sont encore modestes pour augmenter la valeur ajoutée économique. L'instauration d'un cadre favorable aux affaires peut inciter les privés à investir, seuls ou en partenariat avec l'Etat, dans des secteurs porteurs de croissance.

Enfin, le déficit chronique de l'énergie freine le développement de l'industrie et des services et constitue un obstacle à la réalisation des activités visant la réduction de la pauvreté.

Au-delà, de ces défis structurels, nous pouvons ajouter les facteurs conjoncturels qui ne sont pas favorables à l'évolution vers la réduction de la pauvreté et l'éradication de la faim. Ce sont notamment les fluctuations des cours mondiaux du café qui constitue la principale culture d'exportation du Burundi; la flambée des prix du pétrole dont les conséquences se manifestent notamment par le renchérissement des coûts de transport et des engrais chimiques dérivés du pétrole qui sont le plus utilisés au Burundi; la flambée mondiale des prix des produits alimentaires qui sont importés par le Burundi et enfin les changements climatiques

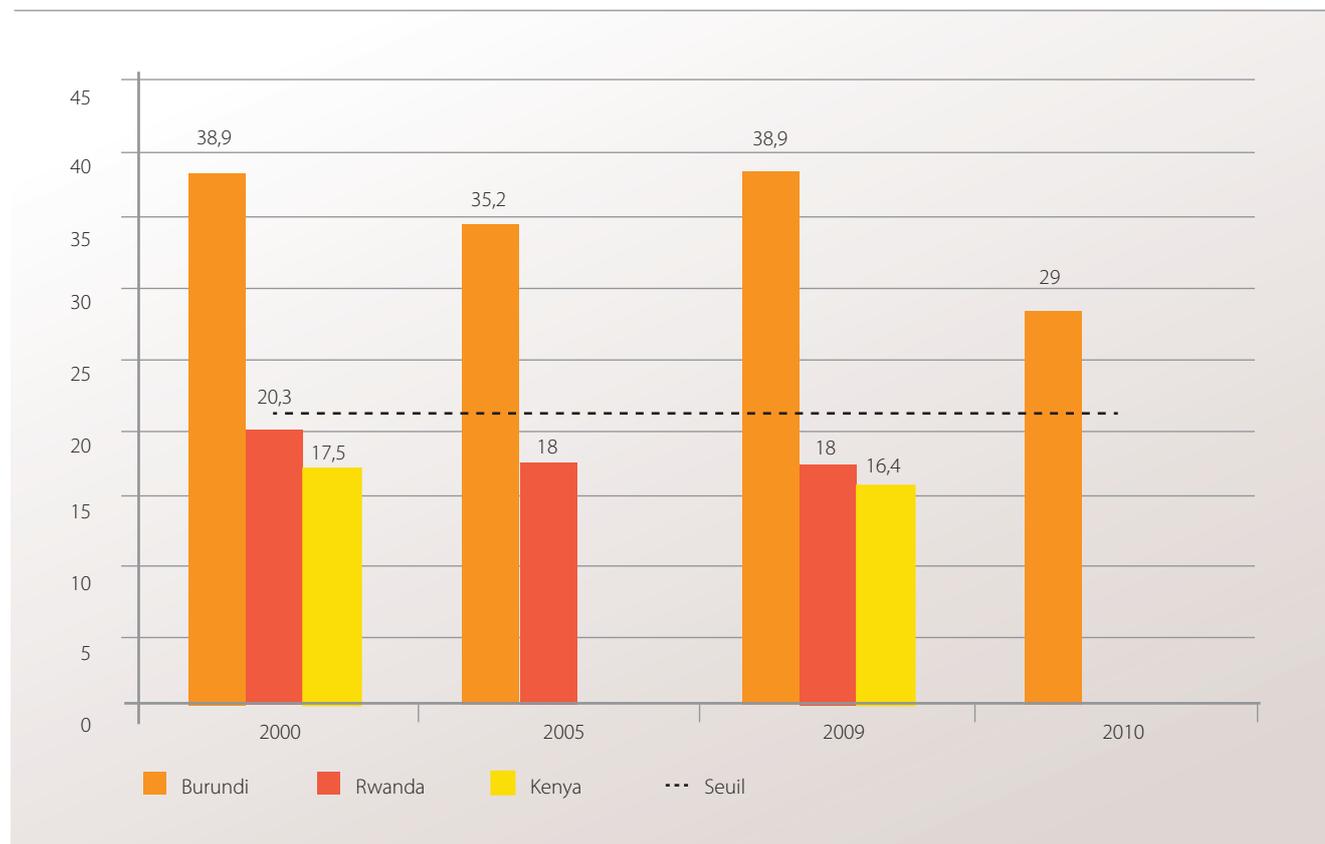
dont les effets néfastes sont plus ressentis par les populations pauvres qui n'ont pas les moyens d'y faire face. Nous pouvons également mentionner le problème de gouvernance économique, notamment la corruption qui annihile les efforts consentis pour améliorer la performance de certains secteurs, ainsi que la chute constante des flux d'aide publique au développement liée à la transition du pays de l'humanitaire vers la phase du développement économique.

Pour réaliser les avancées notables sur cet OMD, les domaines de priorités sont les suivants :

- Adoption d'une stratégie de croissance économique accélérée, durable et centrée sur la réduction de la pauvreté en milieu rural ;
- Modernisation de l'agriculture ;
- Maitrise de la démographie par la promotion de la planification familiale ;
- Mise en place des conditions pour l'émergence d'un secteur privé dynamique créatrice de nouveaux emplois ;
- Accroissement de l'offre énergétique et facilitation de l'accès aux énergies modernes.

**Figure 1.7**

Evolution du taux d'insuffisance pondérale dans les pays de l'EAC par rapport au seuil accepté par l'OMS



Sources : UNSTATS pour le Kenya et le Rwanda. Pour le Burundi : (i) MICS II (UNICEF-Burundi2000), (ii) PAM, VAM 2004 (analyse de la sécurité alimentaire et de la Vulnérabilité), (iii) Enquêtes nutritionnelles 2005 et 2007, (iv) PAM (Analyse Globale de Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité, 2008) et (v) Enquête démographique et de santé(2010)



# Chapitre 2

## ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

*« d'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles partout dans le monde les moyens d'achever un cycle complet d'étude primaire » (OMD 2).*

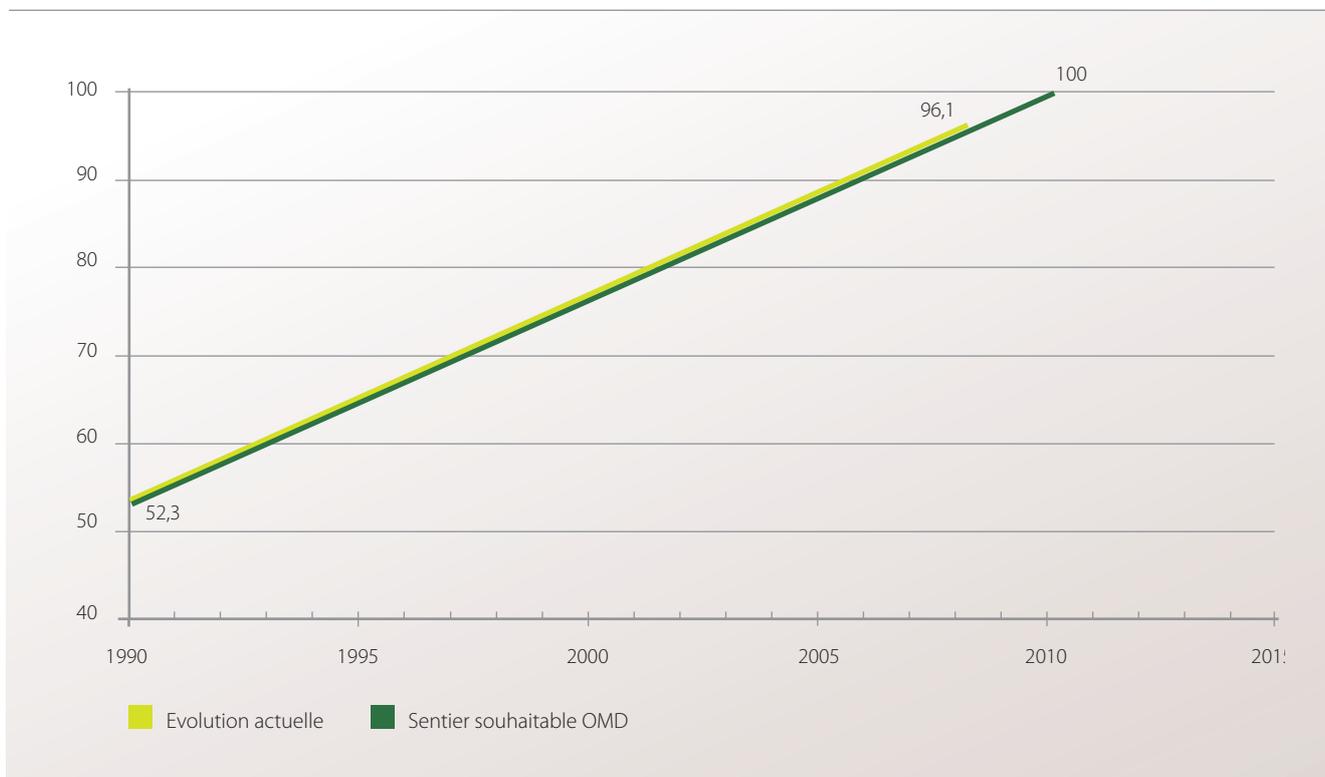


Depuis l'adoption des OMD en 2000, des améliorations ont été notées sur le taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire au Burundi qui est passé de 52,88 % en 1990 à 96,1 % en 2010. Cette performance alternait entre régression à une moyenne de -4 %

entre 1990 et 1994, relèvement lent entre 1995 et 2004 à un rythme de 2,5 % et enfin une augmentation accélérée à une vitesse de 5 % entre 2005 et 2010.

**Figure 2.1**

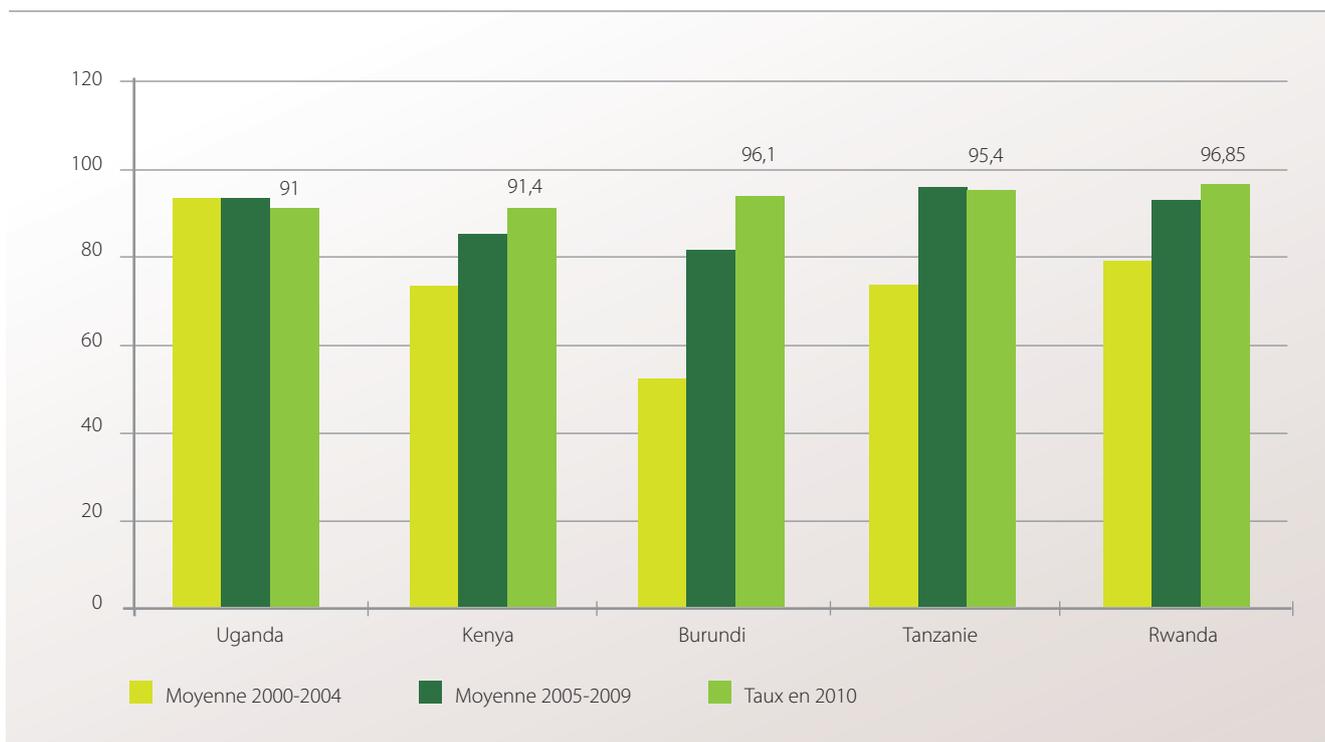
Evolution du taux net de scolarisation dans le primaire



Sources : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

**Figure 2.2**

Taux net de scolarisation au Burundi dans le primaire et dans d'autres pays de EAC



Sources : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

Cependant, cette situation d'ensemble relativement satisfaisante cache des disparités entre les provinces comme nous le montre le graphique 2.2. Les provinces de Bururi, Kayanza, Makamba Kirundo, Muramvya, Cibitoke et Rutana accueillent des enfants de rapatriés et se singularisent par des taux supérieurs à 100 %.

Du point de vue du taux net de scolarisation, la parité est atteinte au niveau national même si les provinces de Muyinga, Mwaro, Kirundo, Muramvya et Kayanza se situaient encore à un indice de parité de 0,9 en 2010/2011.

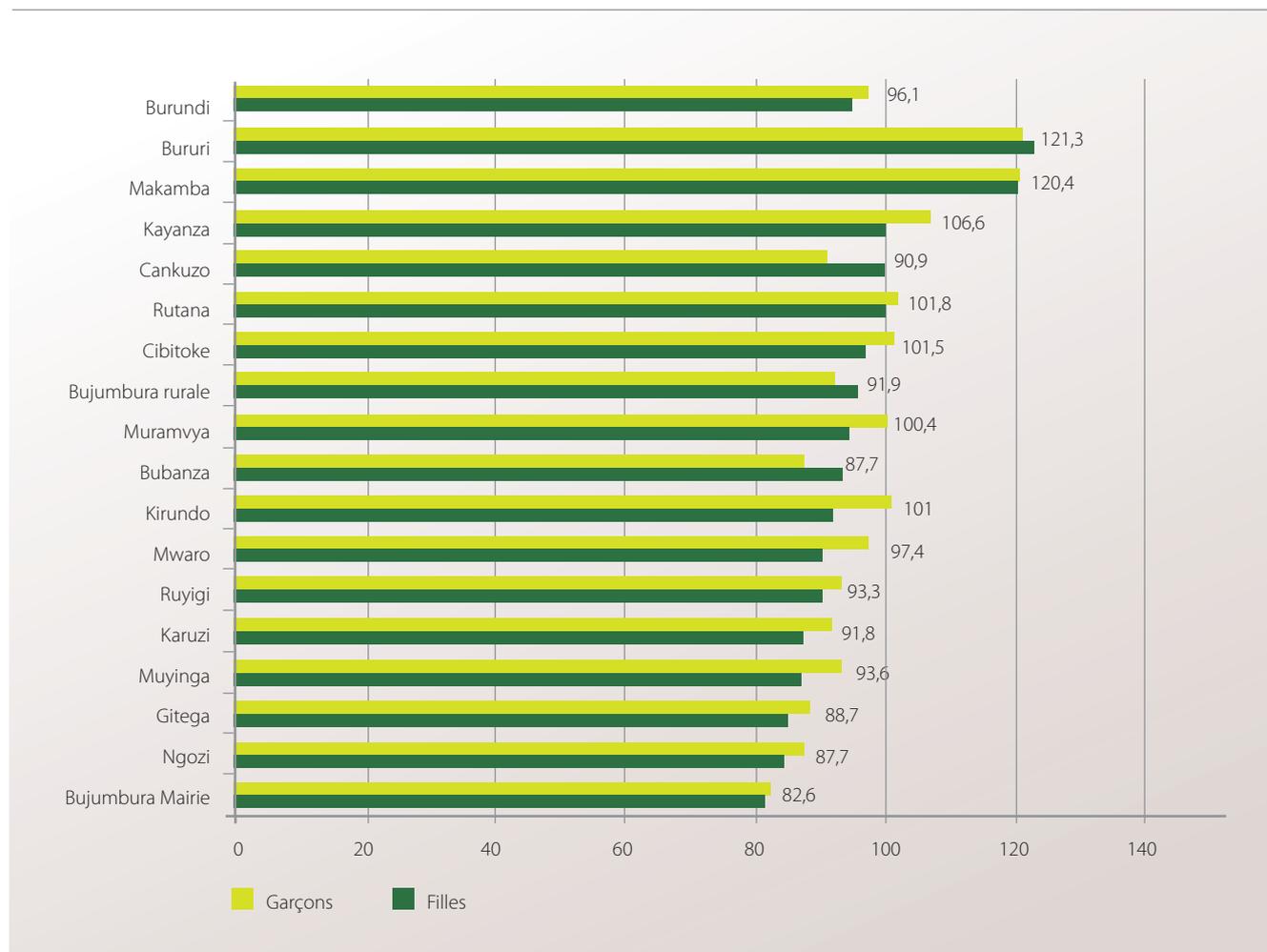
A propos du taux d'achèvement du cycle primaire, il s'est considérablement détérioré depuis 1990, passant de 54 % à 36 % en 2005 avant de remonter progressivement avec le retour de la paix pour atteindre 51,20 % en 2009. Pour pouvoir atteindre cet objectif en 2015, tous les enfants ayant atteint l'âge officiel d'entrer à l'école primaire auraient dû être scolarisés en 2009 et suivre linéairement les classes sans abandon ni redoublement jusqu'en 2015. Or, dans le pays, au moins un tiers des enfants en âge de scolarisation n'allait pas à l'école en 2008.

Les performances en matière d'achèvement au primaire ne reflètent pas les efforts déployés par le Burundi pour l'accès des enfants à l'éducation. Les causes de cette contre-performance sont surtout à rechercher dans les taux élevés de redoublement (38,4 %) et d'abandons (6,5 %) d'après le rapport 2010-2011 sur les indicateurs de l'Enseignement au Burundi. Le pays occupe un mauvais classement par rapport aux autres pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est.

Le taux d'alphabétisation des hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans s'est amélioré, passant de 51,8 % en 1990 à 77,6 % en 2010. Dans la sous-région de EAC et la RDC, le Burundi enregistre une troisième performance derrière le Kenya et l'Uganda. Cette performance résulte des sacrifices consentis dans le domaine de l'alphabétisation des adultes mais surtout des efforts déployés pour faciliter l'accès à l'éducation au niveau du formel.

**Figure 2.3**

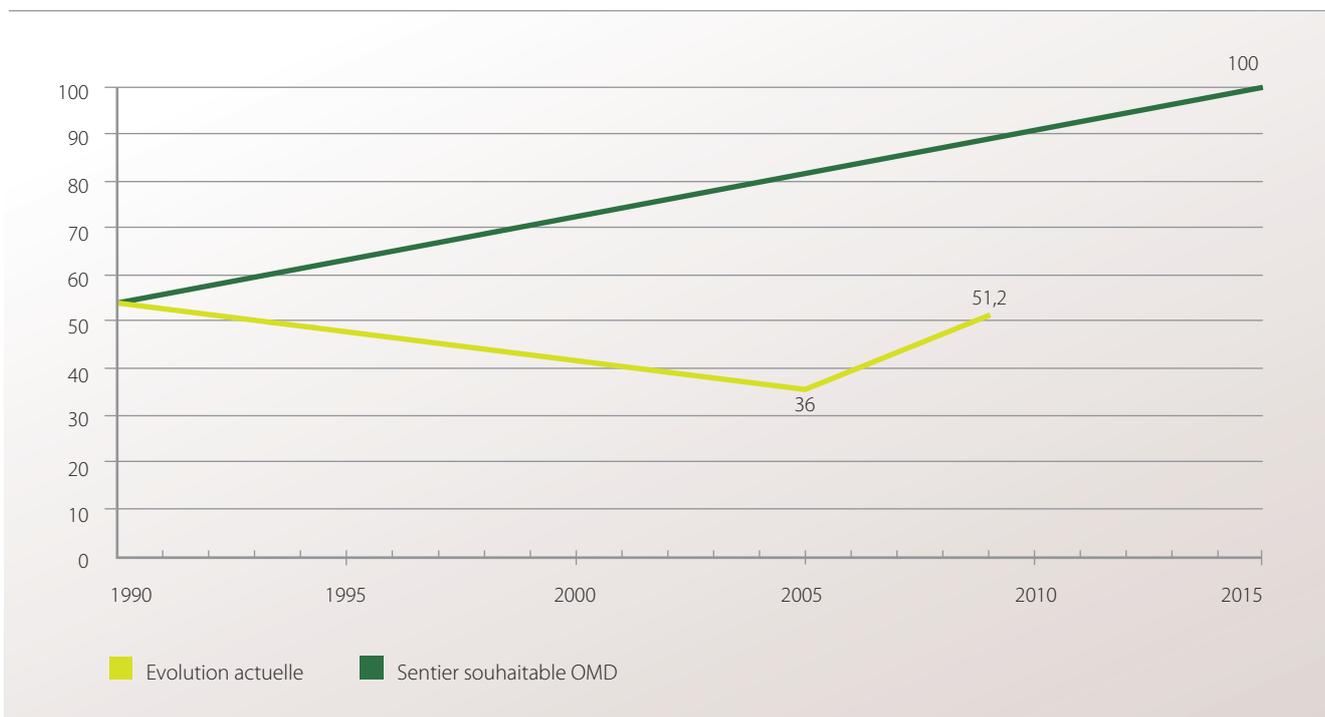
Taux net de scolarisation par province et par sexe en 2010/2011.



Indicateurs 2010/2011 sur l'Enseignement au Burundi. Bureau de planification et des statistiques de l'éducation.

Figure 2.4

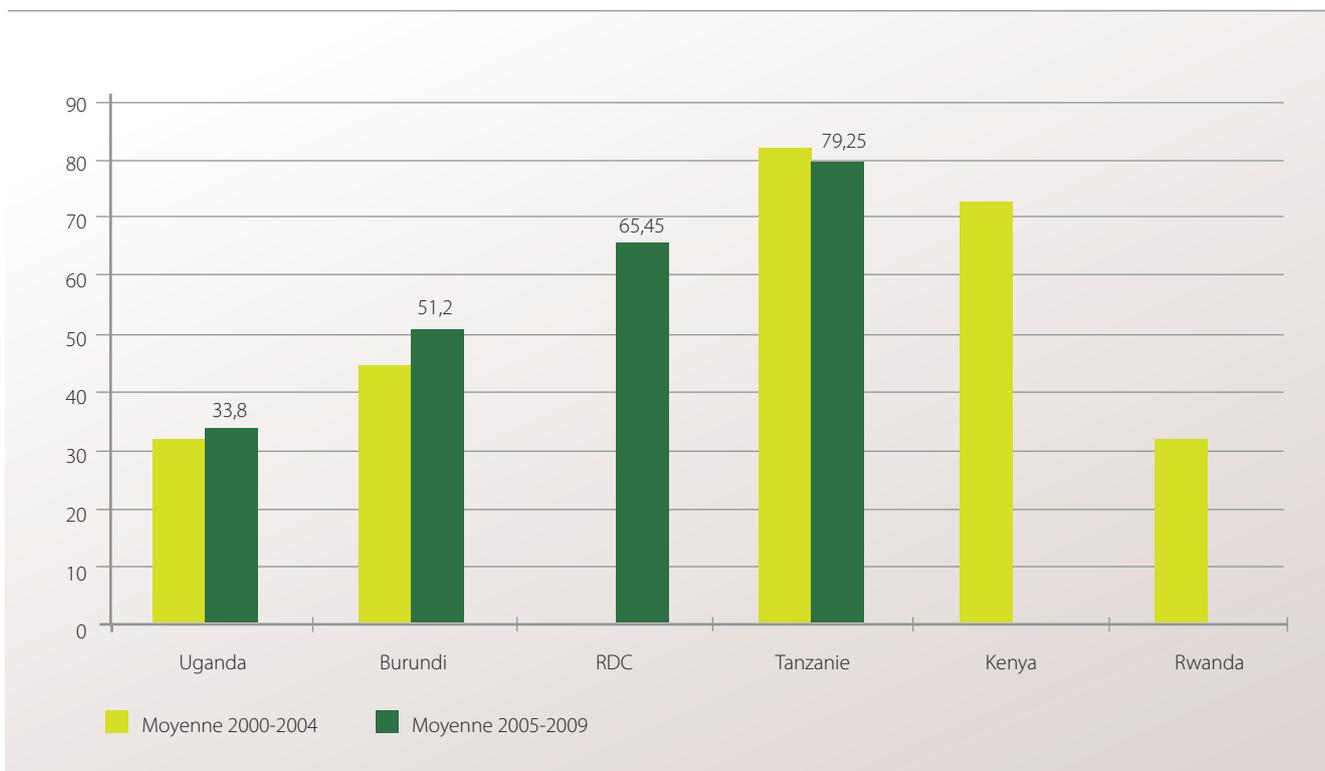
Taux actuel et désiré d'achèvement du primaire au Burundi entre 1990 et 2015



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

Figure 2.5

Taux d'achèvement du primaire au Burundi et dans les autres pays de EAC



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

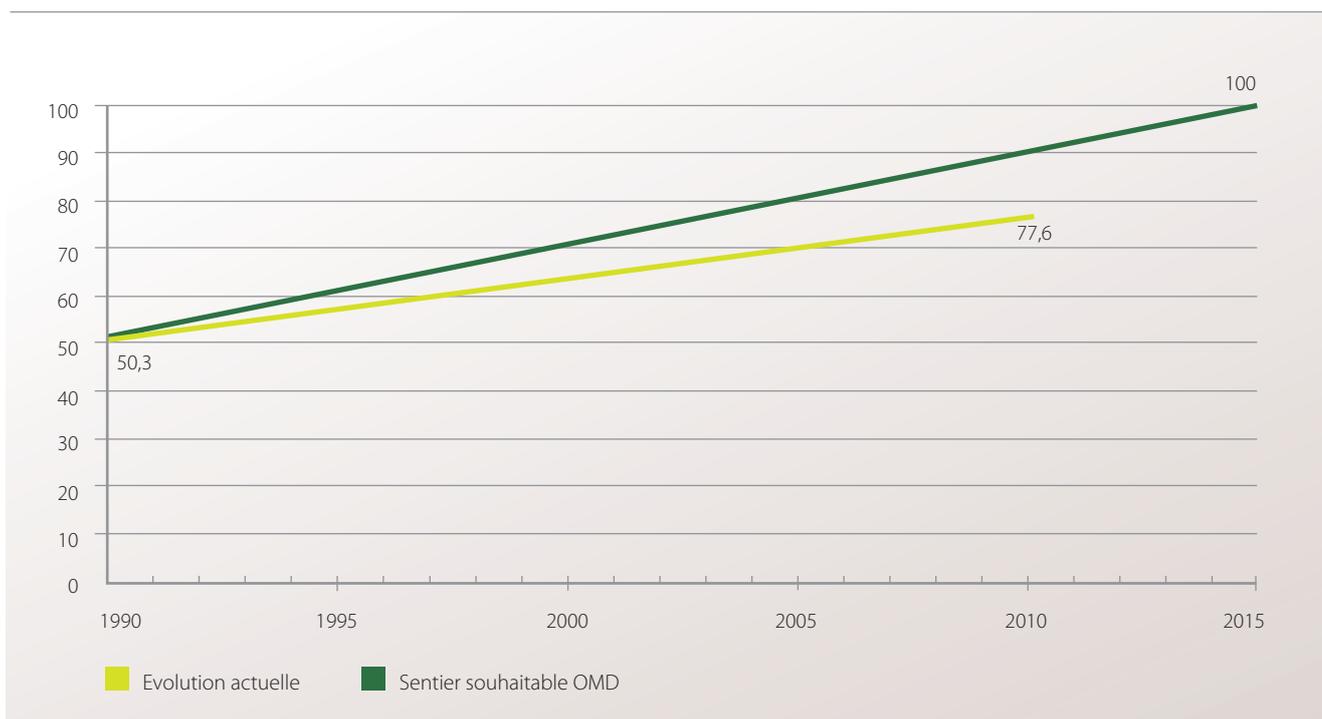
De manière générale, les bonnes performances observées sur les indicateurs de scolarisation et d’alphabétisation surtout après 2005 s’expliquent par certaines initiatives politiques, notamment la mesure présidentielle, prise en 2005, relative à la gratuité des frais de scolarité et le retour à la paix qui ont permis, même aux enfants ayant dépassé l’âge scolaire d’être inscrits à l’école. En outre, le Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre la Pauvreté de première génération (CSLP I) avait dans ses axes d’orientation le développement du capital humain dans lequel les efforts dans le domaine de l’éducation constituaient une première priorité. Il apparaît clairement que l’objectif du Gouvernement est d’assurer en général, l’éducation à tous les enfants en âge d’être scolarisés et plus particulièrement aux filles et aux enfants à besoins spécifiques (vulnérables, handicapés, batwa). La suppression des frais de scolarité, l’augmentation des infrastructures d’accueil et du nombre des enseignants ainsi que la mobilisation pour une grande participation communautaire procèdent de cette volonté. Nous noterons également que la priorité donnée à l’éducation et notamment à l’enseignement primaire s’est manifestée dans l’allocation des budgets, où la part de l’enseignement primaire se situait autour de 51,7 % du volume global des dépenses de l’éducation en 2010.

Dans l’ensemble, la marche vers l’atteinte de l’OMD 2 est appréciable au Burundi et l’objectif de la réalisation de l’éducation primaire universelle à l’horizon 2015 est possible si une série d’actions appropriées sont poursuivies et intensifiées. Il s’agit principalement de :

- l’augmentation des infrastructures d’accueil en veillant à leur répartition régionale,
- la promotion de l’inclusion à l’école de tous les enfants en âge d’être scolarisés,
- la réduction des redoublements,
- la formation des enseignants qualifiés et l’amélioration de leurs conditions de vie,
- l’organisation des sessions de recyclage pour les enseignants,
- la production des manuels scolaires et du matériel didactique,
- la sensibilisation sur la scolarisation des filles,
- la promotion des valeurs de paix et de convivialité dans les écoles afin de faire face aux violences observées dans certains endroits.

**Figure 2.6**

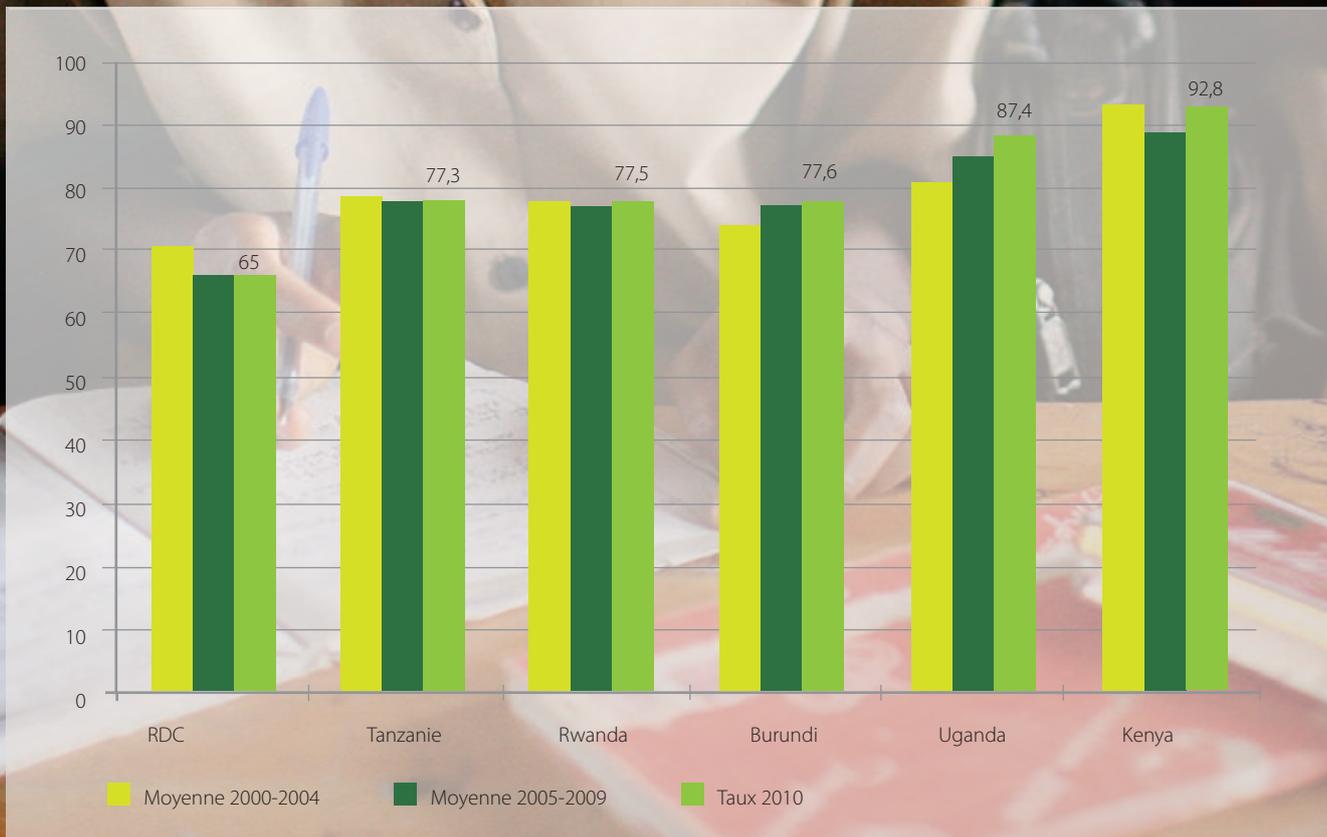
Taux actuel et désiré d’alphabétisation des 15-24 ans au Burundi entre 1990 et 2015



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

**Figure 2.7**

Taux d'alphabétisation des 15-24 ans selon les pays.



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

# Chapitre 3

## PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES



L'objectif principal de l'OMD 3 est d'éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur de 2000-2005, si possible à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard. Les données disponibles montrent que la performance du Burundi en matière de parité filles/garçons dans l'enseignement primaire et secondaire est très bonne. En 2009 ce ratio dans les deux cycles était de 97 % et 72 % respectivement. Entre 2010 et 2011 la parité dans le primaire se trouvait autour de 1,02 % pendant que l'évolution dans le secondaire était encore lente avec un pourcentage autour de 76 % en 2011.

Cependant, la marche vers la parité filles/garçons reste un défi important dans l'enseignement supérieur. Le rapport est passé de 40 % en 1999 à 54 % en 2010. A l'Université du Burundi, ce ratio est en défaveur des filles. Au cours de la période 1990-2000, le rapport filles / garçons fluctue entre 35 %-41 % et s'est retrouvé autour de 43 % en 2006. Ce taux varie en fonction des filières. Par exemple 70 % des filles sont dans les filières tertiaires et 15 % dans les filières agro-industrielles et industrielles.

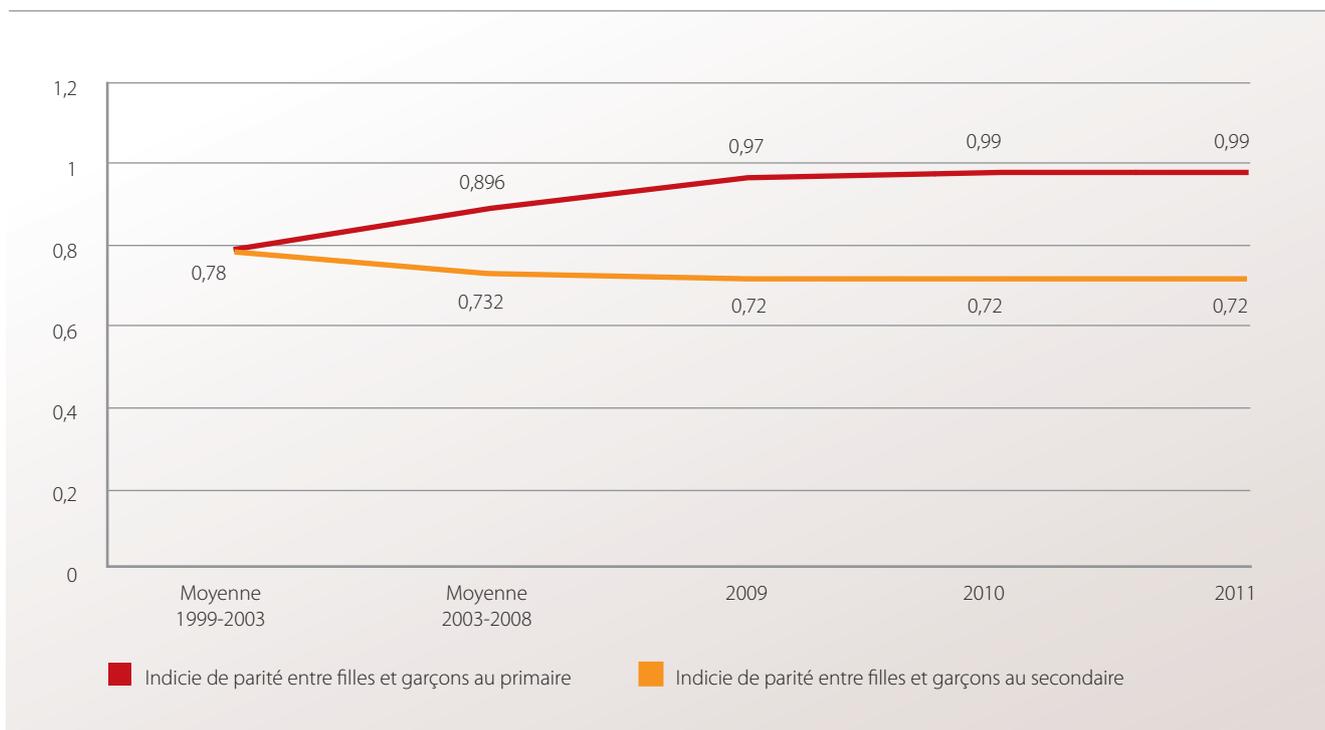
Cette mauvaise performance s'explique par la carence de l'offre d'éducation privée dans le supérieur, mais également par le coût de scolarité relativement élevé par rapport au niveau général de revenu des populations.

Une revue comparative des performances du Burundi avec celles des pays de la Communauté des Etats de l'Afrique de l'Est révèle que, bien qu'ayant fait des progrès considérables et assuré la parité dans la scolarisation au niveau du primaire, le Burundi se trouve en avant dernière position par rapport à ces pays au niveau du secondaire et du supérieur comme l'illustre la figure ci-dessous.

A propos de l'alphabétisation des jeunes femmes de 15-24 ans, le Burundi a enregistré une légère évolution entre 2000 et 2011 passant de 70,40 % à 77,6 %. Bien qu'il ait atteint une performance appréciable en 2010, les chiffres montrent que par rapport aux autres pays de la Communauté des Etats de l'Afrique de l'Est, le Burundi accuse encore un retard important par rapport au taux d'alphabétisation des femmes de 15-24 ans.

**Figure 3.1**

Indice de parité entre les filles et les garçons dans le primaire et secondaire au Burundi



Source : UNSTATS, Annuaire statistique pour l'Afrique 2012.

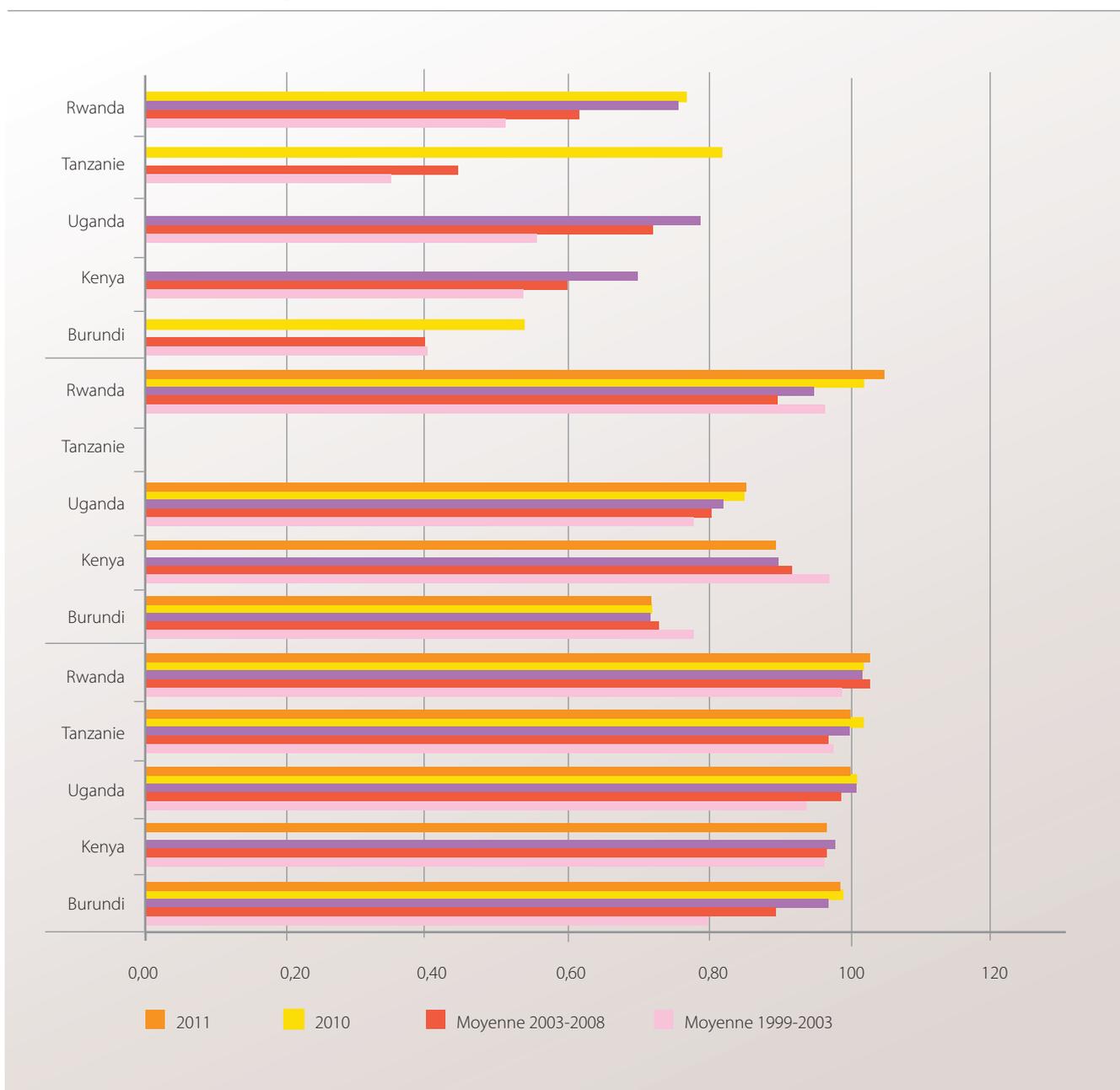
**Tableau 3.2**

Taux d'alphabétisation des femmes de 15-24 ans (en %)

Pays	1991	2000	2001	2002	2006	2007	2010
Burundi		70.4					77.6
Kenya		91.9				72.3	93.9
Ouganda	63.1			76.2	81.1		85.5
République Démocratique du Congo			63.1				61.8
République-Unie de Tanzanie				76.2			76.5
Rwanda		76.9					77.8

**Figure 3.2**

Indicateurs de l'OMD 3 dans les pays de EAC



Source : UNSTATS, Annuaire statistique pour l'Afrique 2012.

L'accélération de la croissance économique telle que préconisée par le CSLPII, exige des efforts soutenus d'alphabétisation des jeunes filles en âge de travailler. Ces efforts peuvent s'articuler autour des stratégies suivantes :

- Approche reposant sur le droit. Au même titre qu'il existe un droit à l'éducation, il doit exister un droit à l'alphabétisation. Réduire l'analphabétisme aura une incidence positive sur la réduction de la pauvreté.
- Approche sociale, qui envisage l'alphabétisation comme un outil servant à lutter contre les inégalités sociales ou culturelles. Cette approche a été privilégiée par le Burundi.
- Approche fonctionnelle, qui vise à soutenir la croissance économique et à accroître la productivité de la main d'œuvre, car elle s'attaque à la préparation à la vie active, à la création de son propre emploi, à l'accès aux microcrédits (en particulier pour les femmes), à la gestion de l'environnement pour améliorer la productivité.

En ce qui concerne la proportion des femmes ayant accès aux emplois salariés, le Burundi est encore à la traîne par rapport aux autres pays de la sous-région. Cependant, des efforts importants sont déployés pour se conformer aux dispositions légales dans ce domaine. Une étude de 2007 a révélé que les femmes représentaient 19 % au niveau des cadres de direction à la Fonction Publique, 27 % et 28 % respectivement dans les secteurs parapublic et privé. Une autre étude montre qu'en 2008 les femmes représentaient respectivement environ 31 %, 18 % et 12 % au niveau des ministres, des gouverneurs de provinces et des administrateurs communaux. En diplomatie, elles occupaient environ 13 % des postes. Sur un total de 326 postes de responsabilité de l'administration centrale (Ministres, Chefs de cabinet, Directeurs généraux, Directeurs de départements et ambassadeurs) et des entreprises publiques, les femmes occupent moins de 20 %.

L'évolution de la représentativité des femmes est tout simplement une application de la constitution burundaise en vigueur qui dispose en son article 143 que 30 % des femmes soient aux hautes fonctions tant au niveau du pouvoir législatif qu'à l'Exécutif. Le Code du travail dans ses articles 3 et 300 ainsi que la politique de protection sociale adoptée en 2010 confirment cette disposition. Le Code électoral de septembre 2009 a introduit pour la première fois au Burundi un quota d'au moins 30 % de femmes dans les conseils communaux étendant ainsi au niveau local une disposition jusqu'alors nationale. En octobre 2009, le réseau des femmes élues locales était officiellement mis en place dotant ainsi les 714 conseillères communales d'un cadre de concertation.

Cependant, les efforts énumérés ci-dessus consentis par les pouvoirs publics et la société civile font face à certaines pratiques dans la société burundaise qui limitent leur portée. Il s'agit notamment :

- des considérations culturelles qui ne sont pas toujours favorables à l'éducation des femmes ;
- des disparités entre les hommes et les femmes sur le marché du travail. Les femmes sont en majorité dans le secteur dit informel. Les emplois rémunérés dans ce secteur ne présentent aucune garantie de sécurité et de protection sociale ;
- De la non convergence des programmes d'éducation et les besoins du marché du travail.

Ces difficultés exigent des initiatives additionnelles de la part des décideurs. Ainsi, l'Etat devrait :

- Accroître l'offre des infrastructures sociales (garderies, hospices, etc..).
- Aplanir les disparités salariales entre les secteurs à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale salariale.
- Mettre en œuvre une politique de protection sociale pour couvrir les femmes travaillant dans le secteur informel.
- Etablir une adéquation entre la politique nationale de l'éducation et la politique d'emploi en favorisant et en renforçant l'éducation post primaire et l'éducation technique et professionnelle.

Enfin, le Burundi a fait des efforts très louables en termes de proportion des sièges occupés par les femmes au Parlement National. Elle est passée de 12,3 % en 1993 à 32 % en 2010.

En comparaison avec les autres pays de la sous-région, le Burundi est sur une bonne voie. Cette tendance pourrait se maintenir si les dispositions de la Constitution ainsi que les politiques d'égalité et d'équité continuent d'être appliquées et que d'autre part les partis politiques adhèrent au principe stipulés par la loi électorale.

La croissance observée du nombre de femmes au Parlement du Burundi est le fruit des efforts variés consentis par le mouvement des femmes burundaises qui a mis l'accent sur des actions collectives de mobilisation des femmes, la représentation de leurs intérêts et leur capacité de plaider pour exiger des changements conformes aux promesses faites aux femmes et consignées dans les textes régionaux, internationaux dont le Burundi est partie prenante. C'est grâce à cette mobilisation qu'il a été possible d'ouvrir le débat politique autour de la représentation des femmes dès les négociations de Paix à Arusha en 2004. Cette ouverture a permis de mettre en place les dispositifs légaux et des textes régissant le processus électoral, en particulier la réforme du code électoral. Ce sont ces débats sur la participation des femmes dans les instances de prise de décision qui ont abouti à l'adoption du principe de quota minimal de 30 % des femmes au Gouvernement et au Parlement.

Dans l'ensemble, les différentes tendances des indicateurs de cet OMD révèlent une volonté affirmée du Gouvernement du Burundi de résoudre avec le soutien des partenaires les questions d'inégalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes. Cette volonté transparait à travers tous les axes stratégiques du CSLPII, mais également dans plusieurs cadres législatifs, ainsi que des dispositions législatives visant à améliorer la situation sécuritaire des femmes et des jeunes filles.

Cependant, les efforts consentis font face à plusieurs défis. En effet, bien que les femmes représentent 51 % de la population

et constituent une force importante de production dans une économie nationale basée essentiellement sur l'agriculture, elles restent assez marginalisées à cause des pesanteurs culturelles qui limitent leur pleine émancipation. Malgré les garanties stipulées dans la Constitution, il convient de relever que les femmes demeurent faiblement représentées dans les instances de décision. En tenant compte du genre dans les stratégies de lutte contre la pauvreté et de développement, l'objectif peut connaître une avancée significative en 2015. L'accent devrait notamment être mis sur :

- la scolarisation des jeunes filles et leur maintien à l'école ainsi que la promotion et le renforcement de l'enseignement post-primaire pour les filles,
- l'adoption de la loi sur les successions, les régimes matrimoniaux et les libertés.
- l'augmentation de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive,
- la promotion des technologies pour l'allègement de la charge de travail des femmes,
- l'élimination des inégalités en matière d'emploi entre les sexes,
- l'augmentation de l'intégration des femmes dans les sphères de décision et la lutte contre les violences à l'égard des filles et des femmes.
- la mise en place d'infrastructures pour le renforcement d'un système judiciaire sensible aux questions d'inégalités des sexes et à l'autonomisation des femmes.

**Figure 3.3**

Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement du Burundi entre 1990 et 2015 (en %)

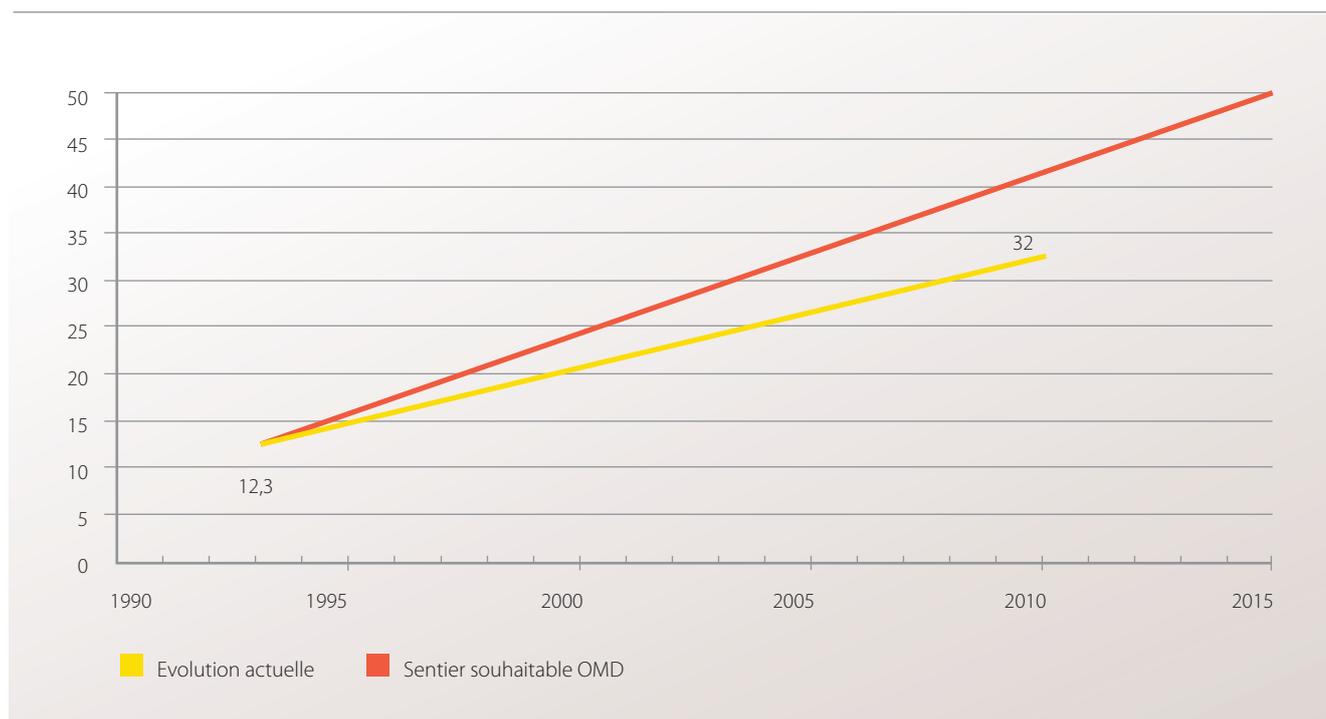




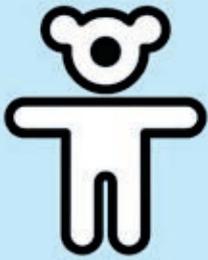
Figure 3.4

Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national (en %) dans les pays membres de EAC



# Chapitre 4

## REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS



Au plan mondial, des progrès substantiels ont été faits pour atteindre les cibles de l'OMD4. Entre 1990 et 2010, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué de 35 % passant de 88 décès pour 1000 naissances vivantes à 57 en 2010<sup>1</sup>. Le rythme annuel de régression se situait autour de 1,9 % entre 1990 et 2000 et 2,5 % entre 2000 et 2010. Cependant, pour atteindre l'objectif, le taux moyen annuel de réduction attendu était de 13,5 %.

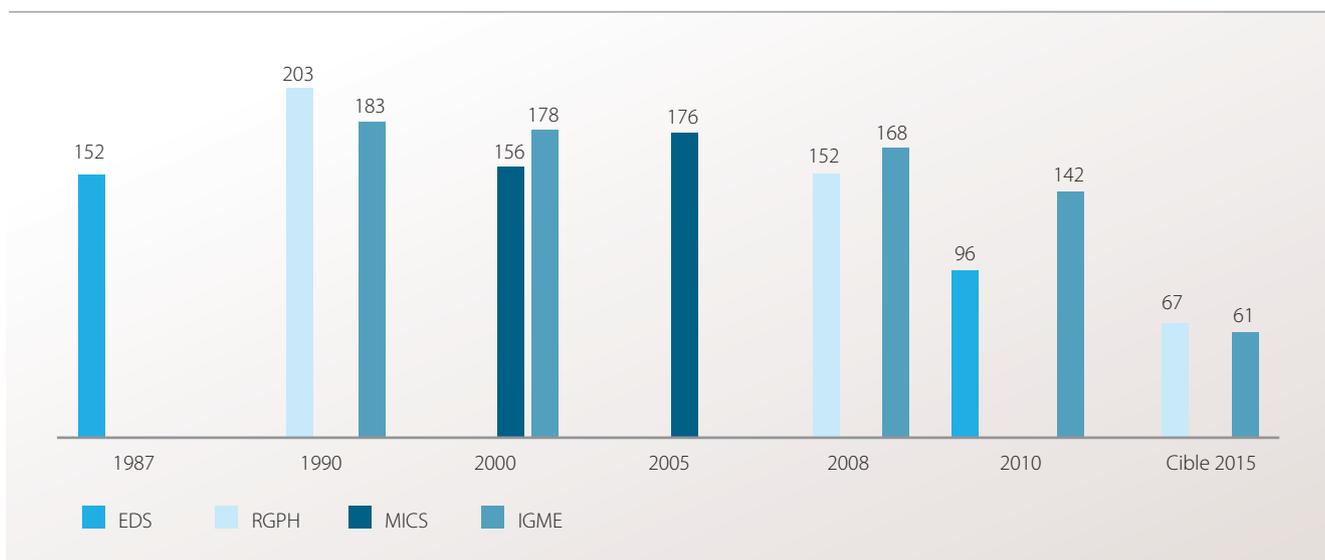
## 1. Evolution des cibles de l'OMD 4 entre 1990 et 2010 au Burundi

### • La mortalité infanto Juvénile

Selon les estimations du Groupe Inter agence des Nations Unies, le taux de mortalité infanto juvénile du Burundi est passée de 183 décès pour 1000 naissances en 1990 à 142 en 2010. La moyenne annuelle de réduction au cours de cette période se situe entre 1,3 % et 2,8 % en fonction des sources, ce qui est insuffisant pour atteindre l'objectif. La moyenne minimale annuelle de réduction requise est entre 4.8 et 5.4. Cependant l'enquête démographique et de santé de 2010 estime ce taux à 96 décès pour 1000 naissances vivantes.

Figure 4.1

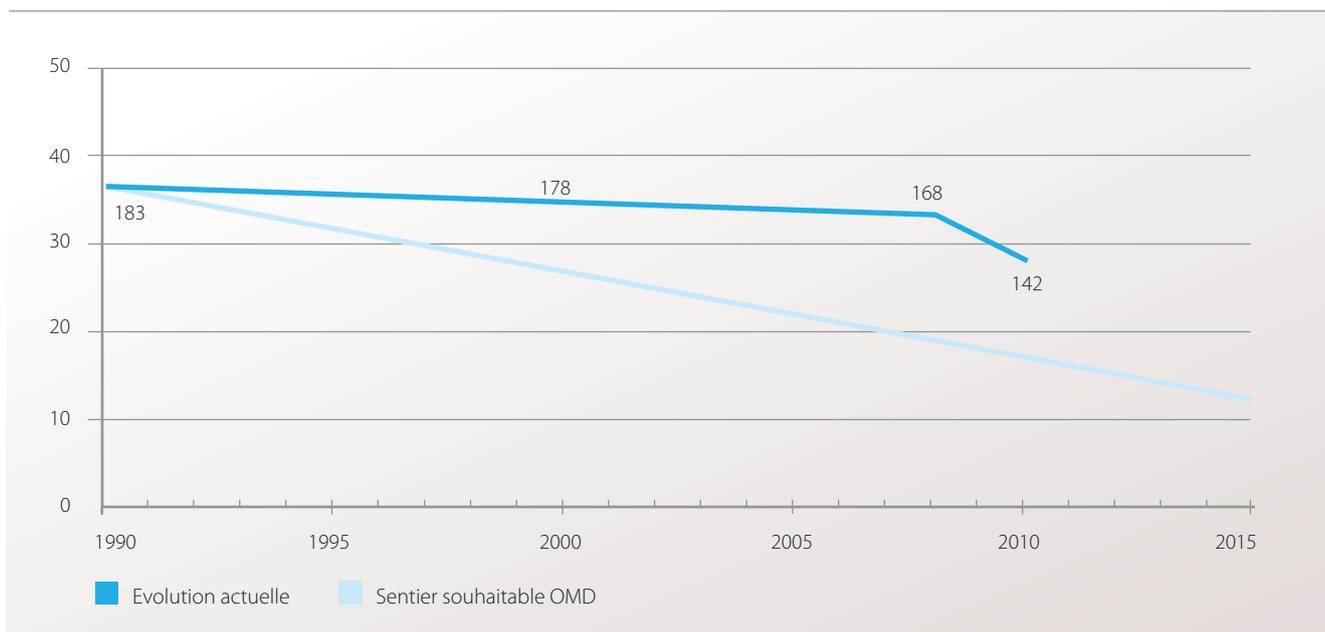
Evolution du Taux de mortalité infanto-Juvénile au Burundi entre 1990-2010 selon les sources



Sources: (EDS) : Enquête Démographique et de Santé; (RGPH) Recensement Général de la population et de l'habitat; (MICS) Enquête à indicateur Multiple; (IGME) Groupe Inter agence des NU pour l'estimation de la mortalité infantile

Figure 4.2

Tendance du Taux de Mortalité Infanto-juvénile au Burundi (Décès pour 1 000 naissances vivantes)



Source des données: IGME

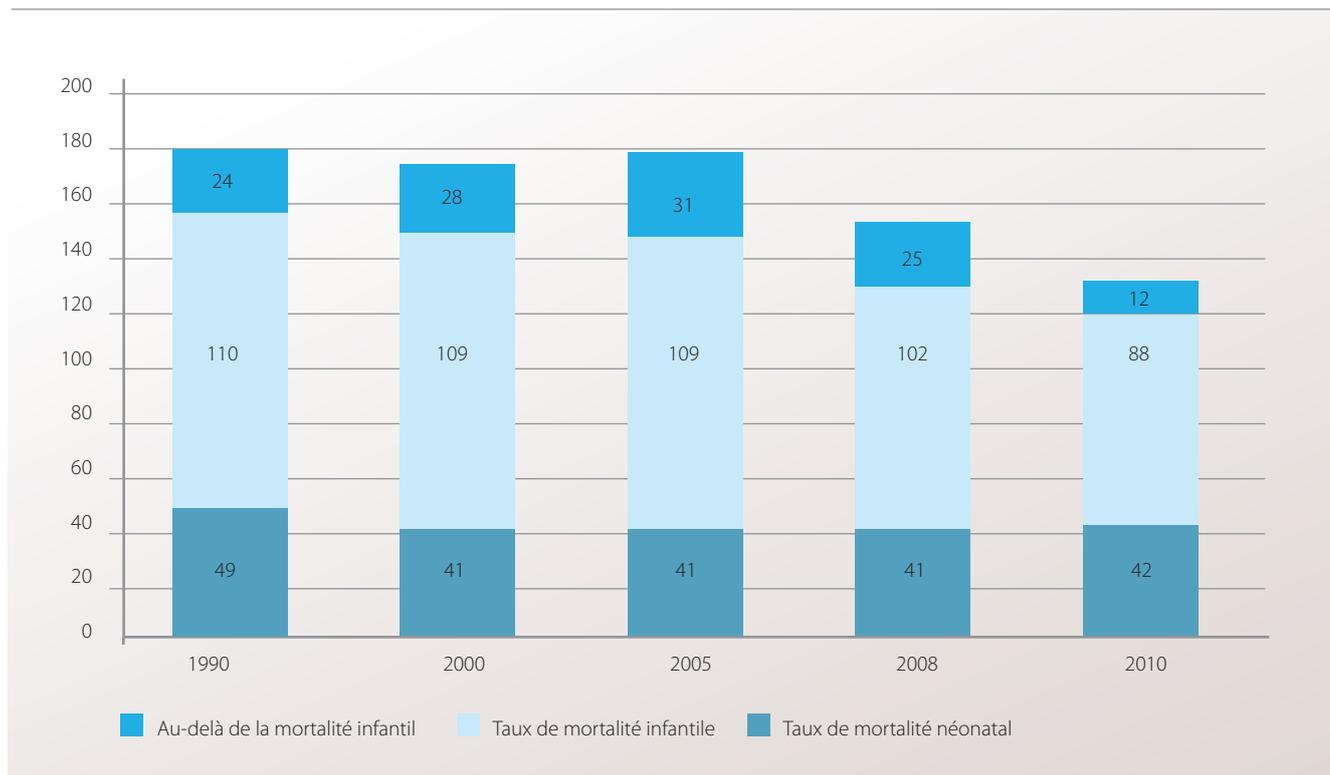
<sup>1</sup> "Niveaux et tendances de la mortalité infantile", Rapport 2011, Estimations élaborées par le groupe inter-agences de l'ONU sur la mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile (enfants 0-1 ans) est estimé en 2010 à 88 décès/1 000 naissances vivantes ce qui représente 24 000 décès par an (contre 27 000 en 1990) comparé à 110 décès/1 000 naissances en 1990. Une des principales causes de cette mortalité infantile est la mortalité néonatale (0-1 mois) qui est estimée à 42 décès /1 000 naissances vivantes en 2010 soient 12 000 décès par an (contre 12 000 en 1990).

Si l'on constate un déclin dans la mortalité infanto juvénile durant la dernière décennie, la mortalité néonatale reste stagnante pour plusieurs raisons notamment la faible qualité des soins aux mères et aux nouveaux nés et l'absence de la mise en œuvre de certaines interventions essentielles et à haut impact sur la survie du nouveau-né malgré l'amélioration de l'accès aux soins par les femmes enceintes et les enfants du fait de la politique nationale de gratuité pour ces cibles.

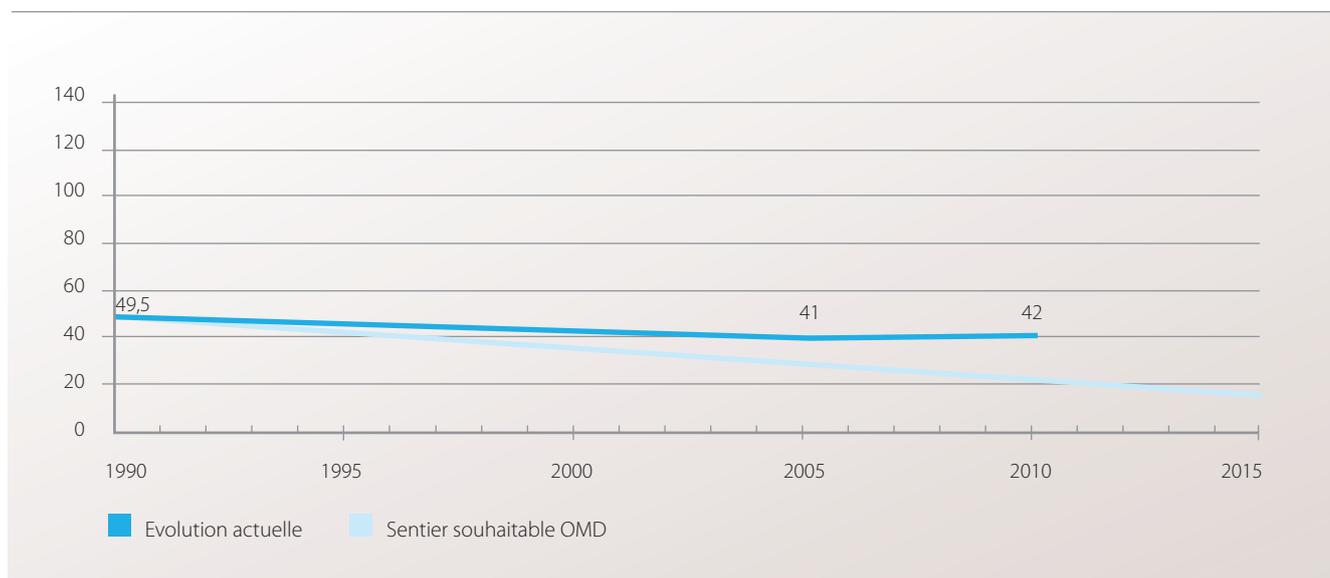
**Figure 4.3**

Part de la mortalité néonatale et de la mortalité infantile dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Burundi



**Figure 4.4**

Taux de mortalité infantile entre zéro et un an



### • La couverture vaccinale anti rougeoleuse des enfants

Depuis 2005, des améliorations de la couverture vaccinale ont été observées à travers tout le pays. En effet les couvertures systématiques en vaccin contre la rougeole sont respectivement de 91 % en 2009 et 92 % en 2010 et 2011. Ces performances ont été réalisées grâce à la conduite des activités de vaccination de routine ainsi que des campagnes nationales de rattrapage et de suivi avec le soutien technique et financier des partenaires dont GAVI. Comme résultat, la rougeole qui était la première cause de mortalité chez les enfants burundais au début des années 80, n'est plus qu'un problème de santé publique au Burundi depuis 2008 et ne figure même plus dans la liste des 10 premières causes de mortalité infantile en fin 2009. Ces bonnes performances seront renforcées par l'introduction en janvier 2013 de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole dans la vaccination systématique au Burundi pour les enfants de 12-23 mois. Cependant, cette maladie se manifeste encore dans les districts à faible couverture vaccinale de routine par des cas notifiés et épidémies.

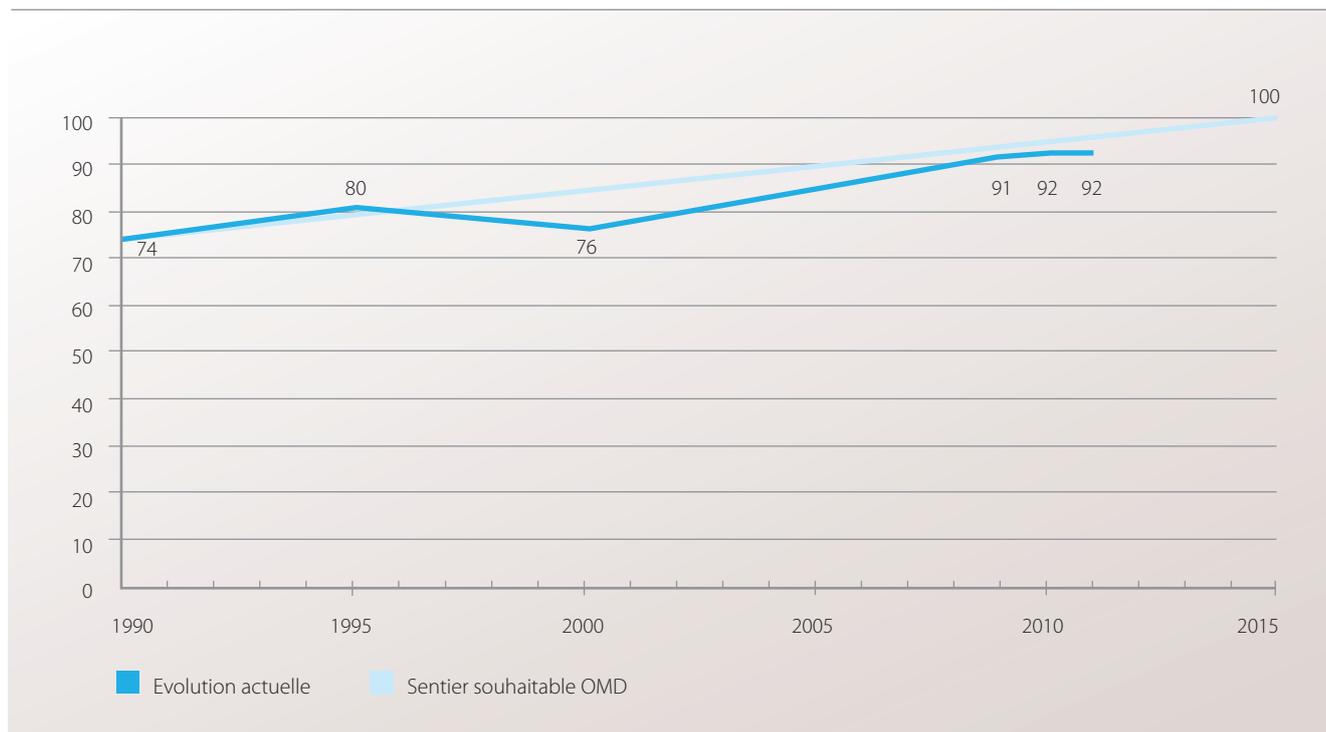
Les principales causes des décès des enfants de moins de 5 ans au Burundi sont les causes néonatales (31 %, y compris la prématurité/faible poids à la naissance, l'asphyxie et les infections), la pneumonie (17 %) et la diarrhée (14 %) ; viennent ensuite le VIH/SIDA (6 %) et le paludisme (4 %)<sup>2</sup>. D'autre part on estime que plus d'un tiers des décès d'enfants sont imputables à la malnutrition. Au Burundi 58 % des enfants de moins de 5 ans sont des malnutris chroniques<sup>3</sup>. Le progrès observé sur ces indicateurs s'est heurté à la détérioration

des conditions de vie des ménages pendant une longue période de crise sociopolitique. En outre, ce taux de mortalité reste élevé à cause de l'état de pauvreté en général et de la sous alimentation en particulier, ainsi que des principales maladies telles que la malaria, la malnutrition, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques. Pour le taux de mortalité infantile, il était de 102 pour mille naissances vivantes en 2008. Cette amélioration résulte essentiellement des efforts fournis en matière de vaccination car le Burundi avait enregistré des taux élevés de couverture vaccinale même pendant la période de crise. La proportion d'enfants immunisés contre la rougeole a connu une nette amélioration se situant autour de 84 % en 2008. A la fin de 2008, la rougeole était éliminée en tant que problème de santé publique au Burundi et n'était plus sur la liste des 10 causes de mortalité infantile. La vaccination, les soins offerts aux femmes pendant l'accouchement ainsi qu'aux nouveaux nés ont conduit à l'élimination du tétanos Maternel et Néonatal au Burundi en 2009.

Il est important de noter que la réduction de la mortalité infantile et juvénile est viscéralement tributaire de la performance du pays dans les autres OMD, notamment la réduction de l'extrême pauvreté et de la faim, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement et le niveau d'éducation des mères. Ceci apparait comme un défi majeur.

Figure 4.5

Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 12 mois contre la rougeole au Burundi



2 Rapport 2012 -OMS/CHERG  
3 Enquête Démographique et de Santé, EDS 2010

## 2. Analyse des inégalités

La mortalité des enfants du Burundi varie selon certaines caractéristiques socio-économiques :

- Selon le milieu de résidence : le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en milieu rural est supérieur à celui du milieu urbain (131 ‰ contre 79 ‰).
- Selon les régions : la région Nord présente les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans les plus élevés (155 ‰). A l'opposé, c'est à Bujumbura-Mairie que ces taux sont les plus faibles (69 ‰).
- Les enfants dont la mère n'a aucune instruction courent un risque plus élevé de mortalité que ceux dont la mère a un niveau primaire ou secondaire, avec des taux de mortalité des moins de 5 ans respectivement de 141 ‰, 118 ‰ et 47 ‰.
- Dans les ménages du quintile le plus pauvre, le quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans est estimé à 152 ‰ contre 80 ‰ dans les ménages du quintile le plus riche.
- Selon l'âge de la mère à la naissance : le risque de décéder de l'enfant est plus élevé quand la mère avait moins de 20 ans à la naissance de l'enfant (taux de mortalité infantile de 122 ‰ pour les enfants nés de mère de moins de 20 ans contre 77 ‰ pour les enfants nés de mère plus âgée).

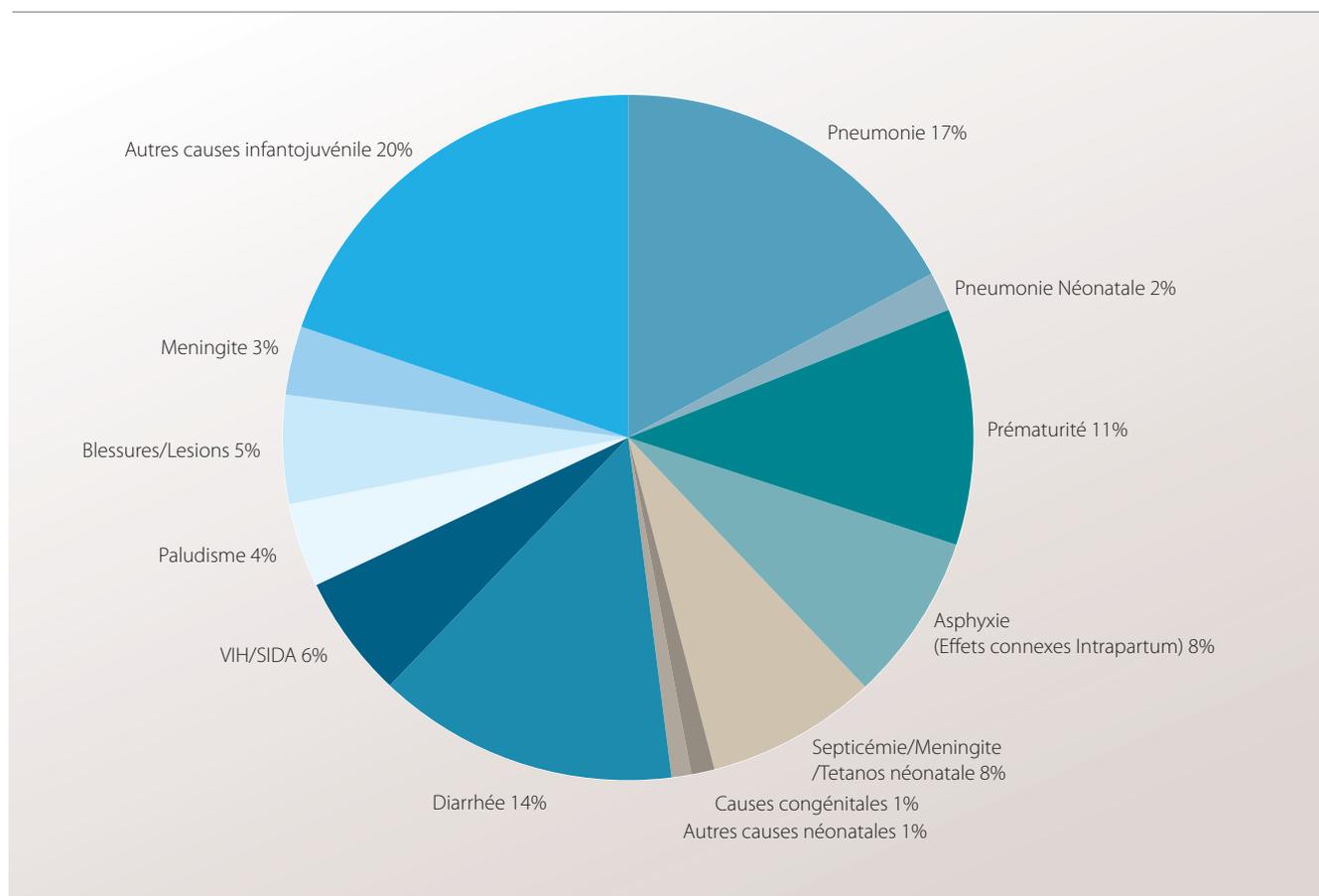
Dans les orientations stratégiques de la politique de santé publique, le principe d'équité « santé pour tous » c'est à dire donner à chaque membre de la communauté les mêmes chances d'accéder aux services de santé de qualité ainsi que la juste répartition des ressources entre les régions et les différentes collectivités figure parmi les priorités et constitue un des piliers à maintenir à long terme.

## 3. Identification des principaux facteurs qui ont contribué à l'accélération des progrès

- Politique de gratuité des soins: Le Burundi a adopté la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans (2006), la gratuité de la prise en charge des femmes enceintes de la période prénatale jusqu'à la période postnatale (2009), la gratuité des médicaments de prise en charge du VIH et de première ligne pour la prise en charge du paludisme. Ces politiques ont amélioré l'accès financier et entraîné une augmentation de la fréquentation des structures de santé. Cependant, la qualité des soins reste à améliorer.
- Mise en œuvre du Financement Base sur les performances (FBP) depuis 2010. Cette stratégie qui a été généralisée en 2010 a permis

Figure 4.6

Causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Burundi 2010



Source: Adapté de Countdown to 2015 - The 2012 report - OMS/CHERG<sup>4</sup>

d'améliorer l'utilisation et la qualité des soins tout en assurant la motivation du personnel de santé et renforcé le système en permettant certains investissements dans les structures de santé périphériques.

- Extension de la couverture sanitaire : on estime que plus de 80 % de la population a accès à une structure de santé dans un rayon de moins de 5 Km. Cependant au regard de la situation géographique du pays on devrait analyser le temps d'accès aux structures de soins.
- Amélioration de la couverture vaccinale : le Burundi a maintenu des couvertures vaccinales satisfaisantes au cours des dix dernières années. Le programme de vaccination a été renforcé par l'introduction du vaccin pentavalent (2004) et du vaccin contre l'infection à Pneumocoque (2011), la seconde dose de vaccin contre la Rougeole (introduite en janvier 2013) et contre le Rotavirus (prévu pour décembre 2013). Ces activités préventives ont fortement contribué à la diminution des taux de mortalité infantile et des enfants de moins de 5 ans.
- Coordination et support des partenaires techniques et financiers (PTF) : un groupe de coordination sectoriel appelé cadre Partenariat pour la santé et le Développement a été mis en place depuis 2008 et est fonctionnel à travers ses réunions mensuelles. Les PTF, y compris le Fonds Mondial de lutte Contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme et GAVI, soutiennent de façon prioritaire les programmes de santé de l'enfant.
- Organisation biannuelle de la semaine santé mère enfant de façon continue depuis 2002 : c'est une opportunité d'offrir 2 fois par an aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes des interventions à haut impact telles que la supplémentation en vitamine A, fer/acide folique, le déparasitage des enfants et le rattrapage vaccinal.
- Campagnes de distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides : ces campagnes organisées entre 2009 à 2011 et soutenues par la distribution de routine des moustiquaires aux femmes enceintes et aux enfants complétant leur vaccination, représentent un moyen de lutte efficace contre le paludisme.

#### 4. Contraintes affectant les progrès vers les cibles

Les contraintes limitant les performances des cibles de l'OMD 4 sont d'ordre institutionnel et opérationnel et liées aux stratégies d'interventions sanitaires mises en oeuvre au niveau de services de santé et dans la communauté. Au niveau institutionnel, les problèmes sont relatifs à :

- La faible participation du gouvernement dans le financement des activités clés dans le domaine de la survie de l'enfant en particulier la vaccination de routine, l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux et test de dépistage pour la prise en charge du VIH, les intrants nutritionnels, les moustiquaires imprégnées d'insecticide etc. En effet, le budget national alloué au secteur de la santé a progressé de 3,3 % en 2005 à 11 % en 2011 restant néanmoins au-dessous des 15 % recommandés par l'OMS.
- Au manque de ressources humaines qualifiées dans le secteur de

la santé : on estime que le pays compte 1 médecin pour 19.231 habitants<sup>6</sup> (la norme de l'OMS est de 1/10000) et la majorité de ces médecins travaillent en ville alors que plus de 90 % de la population vit en zone rurale ; un infirmier pour 1349 habitants (la norme de l'OMS est de 1/3000) mais la majorité de ces infirmiers sont sous qualifiés (niveau A3). Ceci est aggravé par un taux de rotation élevé du personnel à tous les niveaux.

- A une faible intégration/coordination des programmes du Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA qui intervient dans le domaine de la santé de l'enfant.
- Au faible niveau de mise en œuvre de la décentralisation du système de santé et de la mise en œuvre des soins communautaires.

Au niveau opérationnel :

- Un faible accès et utilisation des interventions à haut impact telles que la PCIME et la PTME<sup>7</sup> lié au manque de capacités techniques de prise en charge et d'organisation des services de santé.
- Un faible développement et organisation des interventions de prise en charge au niveau communautaire.
- Une faible intégration des activités de promotion et de prise en charge nutritionnelle.
- Une qualité insuffisante des interventions en santé maternelle notamment dans le domaine des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, y compris les soins post natal.
- La mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance (FBP) a des effets pervers, notamment en ce qui concerne les activités dont les indicateurs ne sont pas valorisés (notamment la nutrition et la PCIME).
- Faible qualité des activités de planification, de supervision du personnel de santé et de suivi des activités à tous les niveaux
- Faiblesse du système national d'information sanitaire (SNIS) à pouvoir fournir à temps des informations fiables pour la planification et la prise de décision

#### 5. Nouveaux défis aux conséquences imprévisibles pour les OMD

- La crise financière mondiale a des conséquences néfastes sur le système de santé en général. En effet, les projets et les réformes en cours qui ont un impact direct sur l'OMD 4 (telles que la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans, la gratuité des ACT et des ARV, le PBF et la Carte d'Assurance Maladie) risquent d'être difficiles à pérenniser du fait qu'ils dépendent en grande partie du financement extérieur. D'autre part la crise financière par la réduction du nombre d'emploi qu'elle occasionne, risque de diminuer la capacité financière contributive des ménages et de limiter leur accès aux soins.
- La croissance démographique représente un grand défi pour le développement socio-économique du pays. En effet, la fécondité élevée<sup>8</sup>, la forte densité de la population (310hab/km<sup>2</sup>) et le faible accès des ménages à la terre accentuent la pression sur la disponibilité et le coût des ressources alimentaires et augmentent

6 Source : Plan National de Développement Sanitaire PNDS II

7 Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, PTME

8 6,4 enfants par femme selon l'EDS 2010

la pression de la demande sur les services de santé infantile.

- Les changements climatiques : depuis les années 2000, le Burundi fait face à des aléas climatiques récurrents tels que les déficits pluviométriques et les inondations. Les perturbations climatiques ont poussé certains ménages à moins investir dans certaines cultures de bonne valeur nutritionnelle notamment pour l'alimentation des enfants de moins de 5 ans (céréales et légumineuses) et à préférer les tubercules. Le réchauffement climatique a modifié l'écologie de certains vecteurs de maladie notamment les moustiques. On rapporte des recrudescences de cas de paludisme dans des zones considérées jusque-là comme indemne de la maladie. Les vagues de déficits hydriques entre 2004 et 2008 dans les zones du Bugesera et du Moso ont conduit aux déplacements des membres actifs des ménages et parfois de ménages entiers avec des conséquences néfastes sur la situation nutritionnelle des catégories plus vulnérables comme les femmes et les enfants.
- La crise alimentaire et énergétique : le Burundi est affecté par l'augmentation mondiale du prix des denrées alimentaires et du carburant. Les importations alimentaires sont cruciales pour compléter une production agricole structurellement déficitaire. La pression démographique et les changements climatiques contribuent à la déforestation du pays avec comme conséquence, l'augmentation du prix du charbon qui représente la source principale de combustible.
- L'envolée du prix des denrées alimentaires et des combustibles et la pression démographique ont aggravé l'insécurité alimentaire au Burundi ; les ménages les plus pauvres ne sont plus en mesure d'assurer une alimentation suffisante pour eux-mêmes et pour leurs enfants.

diarrhéiques, le paludisme et les causes néonatales en introduisant les innovations et les nouvelles technologies et stratégies sanitaires telles que les nouveaux vaccins ( Rotavirus, Seconde dose de vaccin contre la rougeole, Vaccin contre HPV), le rapid SMS, la fortification des aliments à domicile ( Sprinkles).

- Développer et mettre en œuvre les Plans d'action tels que la Feuille de route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, la Feuille de route pour la Redevabilité de la Santé de la mère et de l'enfant, la Feuille de route sur la Sécurité Alimentaire et la Nutrition, etc.
- Renforcer le système de référence et de contre référence pour éviter les trois retards<sup>9</sup> et renforcer la disponibilité des soins néonataux de qualité dans les hôpitaux de district.
- Mieux coordonner le financement et les interventions dans le domaine de la mortalité néonatale, infantile et des enfants de moins de 5 ans.
- Développer une stratégie multisectorielle de lutte contre la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans.
- Renforcer les capacités techniques et managériales des agents de santé à tous les niveaux y compris dans le suivi évaluation des activités et le SNIS.
- Développer et organiser les soins au niveau communautaire ainsi que l'approche intersectorielle y compris la promotion des pratiques familiales et communautaires clés favorables à la santé et la nutrition.

## 6. Domaines de priorité/Perspectives

Malgré ces orientations stratégiques qui s'ajoutent aux mesures gouvernementales relatives à la gratuité des soins de santé aux enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes jusqu'à l'accouchement, une diminution de deux tiers entre 1990 et 2015 du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sera difficile à atteindre si les interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile ne sont pas mises en œuvre à échelle. Pour ce faire les domaines prioritaires sur lesquels les pouvoirs publics devraient se focaliser sont les suivants :

- Mettre en œuvre à échelle des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité infantile telles que la PCIME et la prise en charge communautaire du paludisme, des diarrhées, de la malnutrition aigüe et des complications du nouveau-né, la lutte contre le VIH/SIDA.
- renforcer les programmes de la santé de la reproduction, de prévention et de lutte contre les principales maladies meurtrières des enfants que sont les infections respiratoires, les maladies



# Chapitre 5

## AMELIORER LA SANTE MATERNELLE



## 1. Tendances

Le ratio de mortalité maternelle connaît une tendance décroissante au Burundi depuis 1990. Selon les estimations de Maternal Mortality Estimation Interagency Group (MMEIG), le ratio de mortalité maternelle est passé de 1100 à 800 décès maternels sur 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2010, soit une réduction globale de 27 %. La moyenne annuelle de réduction est d'environ 1,5 %, soit 15 décès maternels sur 100 000 naissances vivantes par an. Si cette vitesse est maintenue, le Burundi sera en 2015 à un ratio

annuel de 725 décès maternels comparé à la cible qui est de 275 sur 100 000 naissances vivantes. Cependant les données issues de l'EDS indiquent un ratio de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010. En nous référant aux tendances, l'atteinte de la cible de cet OMD est possible si des efforts importants en termes d'investissements dans ce domaine sont consentis de la part du Gouvernement et des partenaires au développement du Burundi en 2015. C'est la principale raison pour laquelle l'OMD5 a été retenu dans le Cadre d'accélération des OMD adopté de manière consensuelle par le Gouvernement et les Nations Unies.

Figure 5.1

Evolution du ratio de mortalité maternelle au Burundi

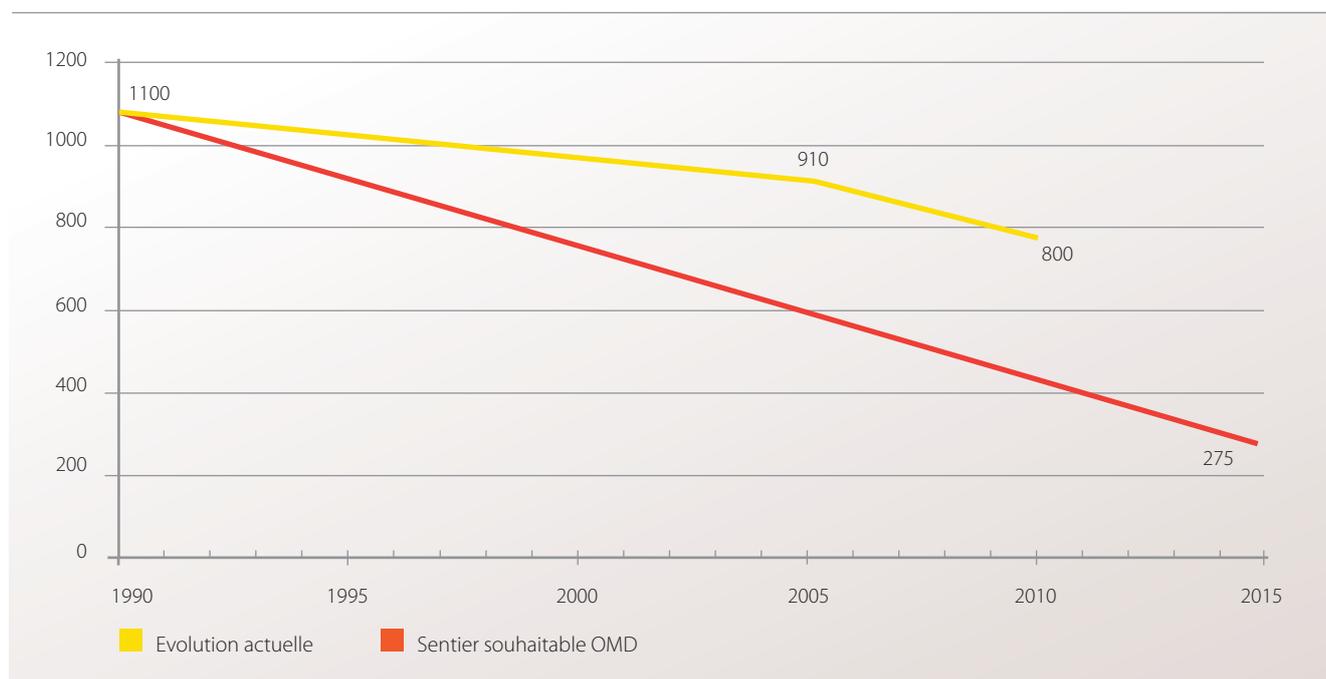
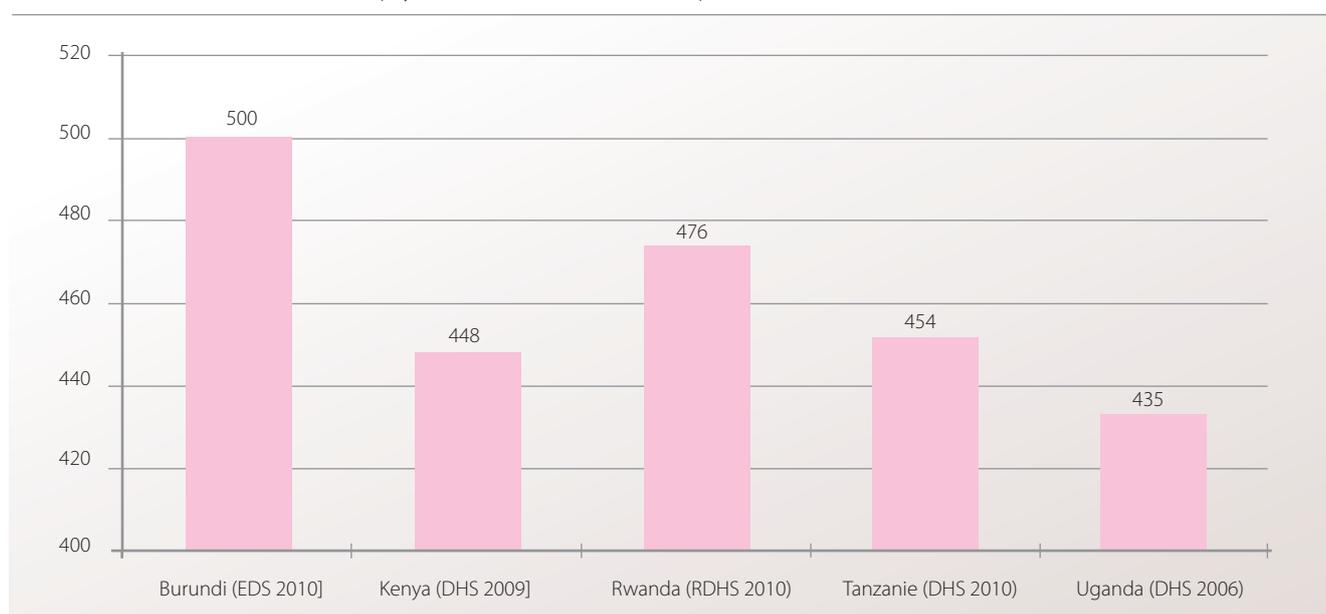


Figure 5.2

Ratio de mortalité maternelle dans les pays de la Communauté de l'Afrique de l'Est



Source : Données EDS des pays

Cependant, la performance du Burundi reste légèrement faible par rapport à celle des autres pays membres de la Communauté de l'Afrique de l'Est selon les données des différentes EDS comme le montre la figure 5.2 ci-dessous.

Selon l'évaluation des besoins en SONU faite en 2010, les décès maternels sont dus principalement aux complications obstétricales directes telles que les hémorragies, les dystocies et les infections. L'hémorragie est la cause la plus fréquente des décès maternels, et l'hémorragie du post-partum occupe plus de 72 % des cas d'hémorragie. L'EB-SONU a montré que la rupture utérine est la principale cause des décès. Le taux de létalité par hémorragie (3,3 %) est trois fois plus que le taux de létalité acceptable (1 %).

La figure 5.4 ci-dessous montre l'évolution du taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié surtout depuis 2000. En 2006, les soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes ou qui accouchent ont été déclarés gratuits au Burundi. On peut remarquer une bonne progression de cet indicateur à partir de 2006. Sur une période de 11 ans, la progression est annuellement située autour de 4,2 %, et si on projette sur 2015 dans les mêmes conditions, le Burundi arrivera à un taux d'accouchement assisté de 81,3 %. Au regard de ces progrès, la cible de 2015 (85 %) pourra être atteinte moyennant le maintien de la gratuité des soins et l'amélioration de la qualité des services.

**Tableau 5.1**

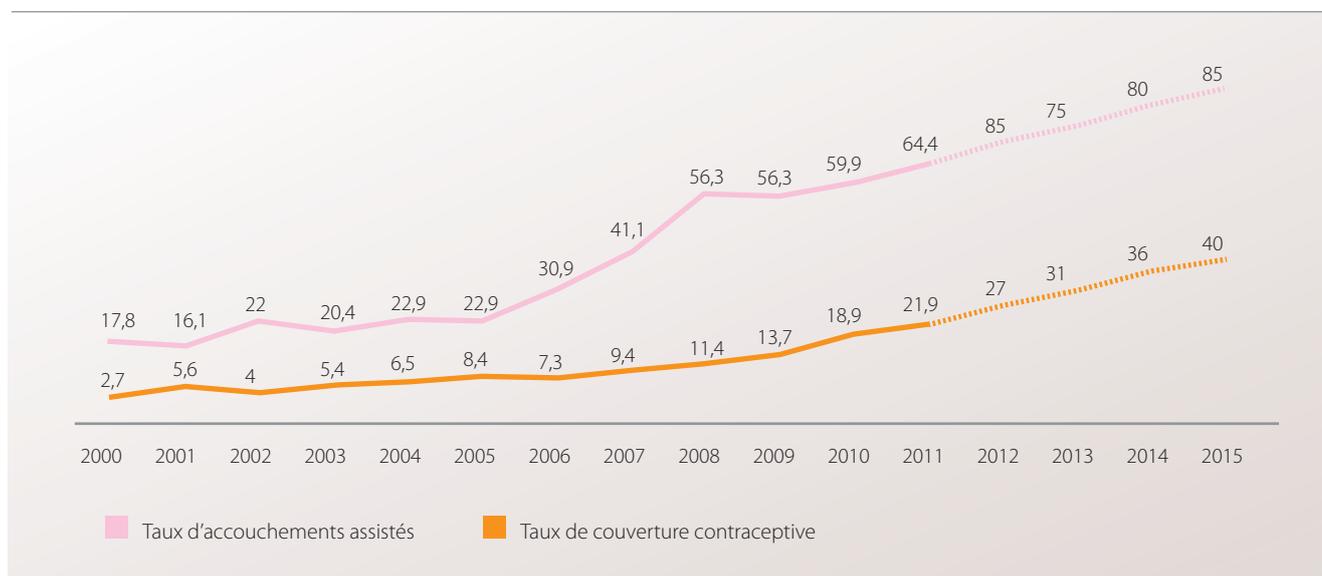
Evolution des indicateurs de l'accès universel à la santé de la reproduction  
5B : « Assurer l'Accès Universel à la Santé Génésique en 2015 ».

Indicateurs		1990	2005	2010	2011	Cible 2015
Taux d'utilisation de la contraception moderne (Rapports PNSR)		4 %	8,4 %	18,9 %	21,9 %	40 %
Pourcentage de besoins non-satisfaits en planification familiale (EDS)		23 % (EDS 1987)	---	31 % (EDS 2010)	ND	15 %
Pourcentage de naissances ayant eu une, et quatre visites prénatales (Rapports PNSR)	CPN1	Non disponible	93 %	99 %	100 %	100 %
	CPN3 et plus	Non disponible	22 %	33 %	79,9 %	100 %
Taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) (EDS)		Non disponible	Non disponible	11 % (EDS 2010)	Non disponible	77,8

Source : Rapports du Programme National de Santé de la Reproduction et EDS 2010

**Figure 5.3**

Evolution du taux d'accouchements assistés depuis 2000.



En ce qui concerne l'accès universel à la santé de la reproduction, le tableau 5.1 donne la synthèse de la situation de quatre indicateurs pour mesurer les progrès réalisés.

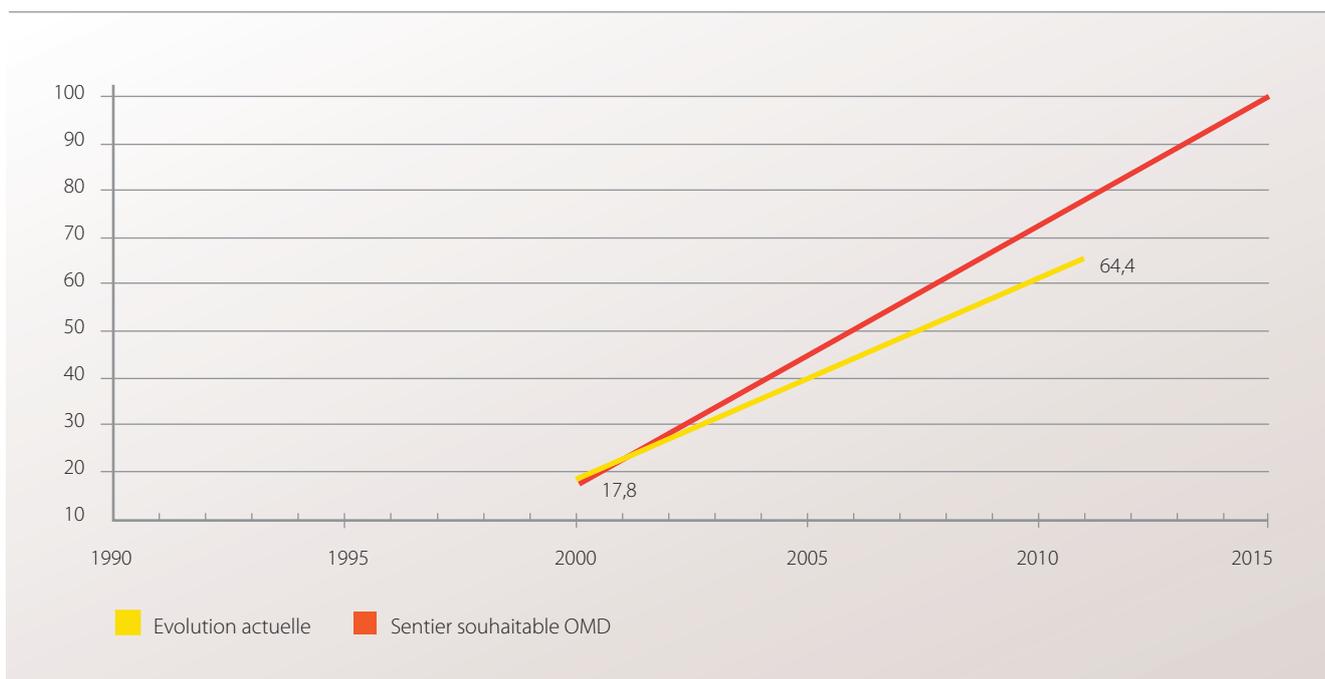
A propos de la planification familiale, les données disponibles montrent une utilisation croissante des méthodes modernes de contraception : de 4 % en 1990 à 21,9 % en 2011. Cette évolution est liée notamment à l'absence de rupture de stock en contraceptifs depuis 2006, à la formation des prestataires sur les méthodes de longue durée d'action (DIU et Implant) et au financement basé sur la performance. Sur une période de 11 ans, la prévalence contraceptive

a connu une progression moyenne annuelle de 1,7 %. La projection sur l'année 2015 donne une prévalence de 28,9 %. En maintenant le même rythme et en intensifiant les méthodes de longue durée d'action la cible de 40 % sera atteinte pour cet indicateur.

Les besoins non satisfaits en Planification familiale montrent une augmentation significative entre 1990 et 2010 à cause de l'intensification des activités de communication pour le changement de comportement. Cependant, l'inaccessibilité, particulièrement dans les zones desservies par les confessions religieuses qui n'offrent pas la contraception moderne (représentent 30 % des Formations sanitaires), demeure un obstacle.

**Figure 5.4**

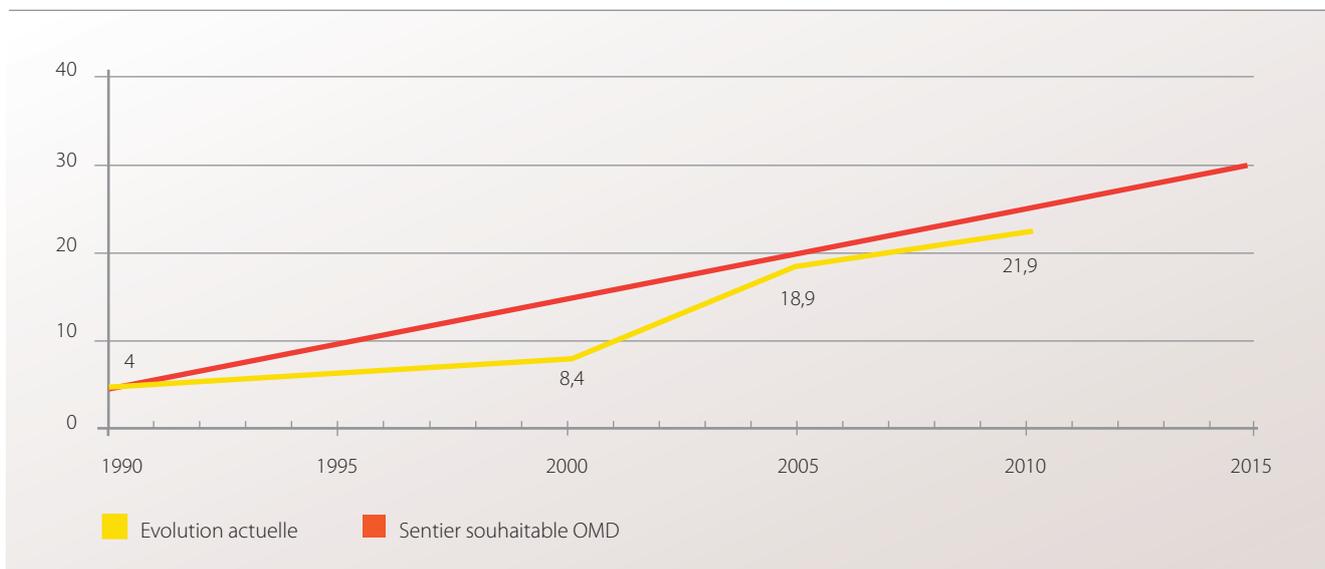
Evolution du taux d'accouchement assisté au Burundi.



Source des données : Rapports du Programme National de Santé de la Reproduction

**Figure 5.5**

Evolution du taux de prévalence de la contraception moderne



Source : Rapports du Programme National de Santé de la Reproduction et EDS 2010

## 2. Inégalités régionales et provinciales

Malgré la bonne performance de la plupart des indicateurs susmentionnés, on observe néanmoins des disparités importantes entre les régions et les provinces du Burundi. La carte ci-dessous indique les disparités provinciales de l'utilisation de la contraception moderne dont les facteurs explicatifs sont:

- La prise de conscience d'une forte pression sur les terres cultivables. La région Nord affiche les taux de contraception les plus élevés ;
- La participation communautaire dans la création de la demande et l'offre des services de Planification familiale ainsi que le partenariat public privé (Ngozi et Kayanza) ;
- Le niveau d'instruction de la population en Mairie de Bujumbura qui affiche des taux de contraception plus élevés
- Les barrières culturelles particulièrement les croyances religieuses qui empêchent l'utilisation des contraceptifs modernes.

Des grandes disparités interprovinciales s'observent également au niveau des accouchements assistés. Cette disparité s'explique par :

- Le financement basé sur la performance qui a commencé dans les provinces de Bubanza, Cibitoke, Ruyigi, Les facteurs socioculturels locaux et l'absence des partenaires de mise en œuvre (ONG, associations à base communautaire) dans certaines provinces (Mwaro et Muramvya) ;
- La présence massive des ONG ayant contribué au renforcement des capacités du système de santé et à la mobilisation communautaire ((Makamba, Cibitoke, Muyinga) ;
- L'influence positive des populations rapatriées de la Tanzanie (Makamba, Ruyigi et Muyinga) ;

Enfin, les résultats de l'EDS 2010 indiquent au sujet de la fécondité des adolescentes que les grossesses précoces sont plus élevées parmi les jeunes filles non instruites (23 %) par rapport à celles ayant un niveau secondaire ou plus (6 %).

## 3. Contraintes au progrès vers l'atteinte des cibles de l'OMD 5 à l'horizon 2015

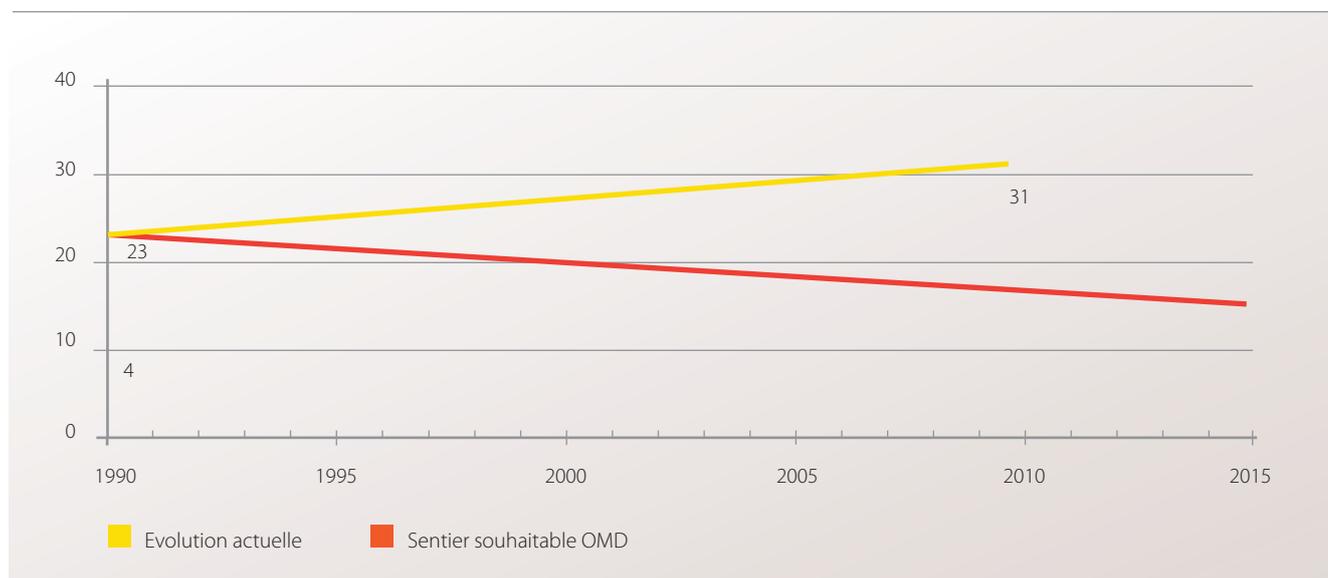
### 3.1. Obstacles majeurs

Les principales contraintes qui entravent la marche vers les cibles de l'OMD5 se résument aux points suivants :

- Mentalité toujours pro-nataliste qui encourage les grossesses trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées et trop tardives ;
- Faible accès aux services de planification familiale particulièrement dans les zones couvertes par les formations sanitaires gérées par les confessions religieuses qui n'offrent pas les méthodes contraceptives modernes ;
- Sous-notification des décès maternels tant au niveau communautaire qu'au niveau des Formations Sanitaires pour éviter les responsabilités suite aux décès ;
- Faible qualité de l'offre des services particulièrement les SONU à cause de la capacité limitée du système sanitaire en général et du système de référence et contre référence en particulier, sans oublier les trois causes de retard (décision de recourir aux soins, accès aux soins et obtention des soins) freine les progrès vers l'atteinte de l'OMD5 ;
- Faible développement des services de santé maternelle y compris la planification familiale au niveau communautaire et manque d'harmonisation de la gestion des agents de santé communautaire ;

Figure 5.6

Evolution des besoins non satisfaits en planification familiale



Source : EDS 2010

- Insuffisance du personnel tant en qualité qu'en quantité particulièrement la catégorie des sages-femmes ;
- Manque d'intégration des services conviviaux aux adolescents et jeunes dans le système de santé du Burundi ;
- Faible coordination des actions pour la réduction de la mortalité maternelle tant au niveau des partenaires qu'au niveau des programmes du MSPLS ;
- Faible financement alloué à la santé (11,2 % du budget national 2012 est alloué au secteur de la santé alors que la déclaration d'ABUJA recommande un minimum de 15 % du budget national) ;
- La décentralisation financière n'a pas suivi la décentralisation administrative qui a mis en place les districts sanitaires dans le système de santé du Burundi ;
- La faible ou non mise en œuvre de certaines interventions clés telles que le Traitement préventif intermittent du paludisme, les soins aux nouveaux nés, les soins post natals

- que tout récemment l'adoption de la déclaration de politique démographique nationale ;
- Du financement basé sur la performance des services de soins offerts à la population ;
- De la disponibilité permanente des produits contraceptifs à tous les niveaux ;
- Du renforcement des capacités techniques des structures sanitaires et des prestataires de soins ;
- Du partenariat public-privé dans la création de la demande et de l'offre des services de santé maternelle, y compris la planification familiale ;
- De l'utilisation de la stratégie mobile pour améliorer l'accès à l'information et aux services de SR/PF dans les zones particulièrement desservies par les formations sanitaires tenues par les confessions religieuses qui n'offrent pas les contraceptifs modernes.

### 3.2. Propositions concrètes

Face aux obstacles ci-dessus, les pouvoirs publics se sont engagés dans plusieurs initiatives salutaires dans le but d'accélérer les progrès vers l'atteinte des cibles de l'OMD 5. Il s'agit particulièrement :

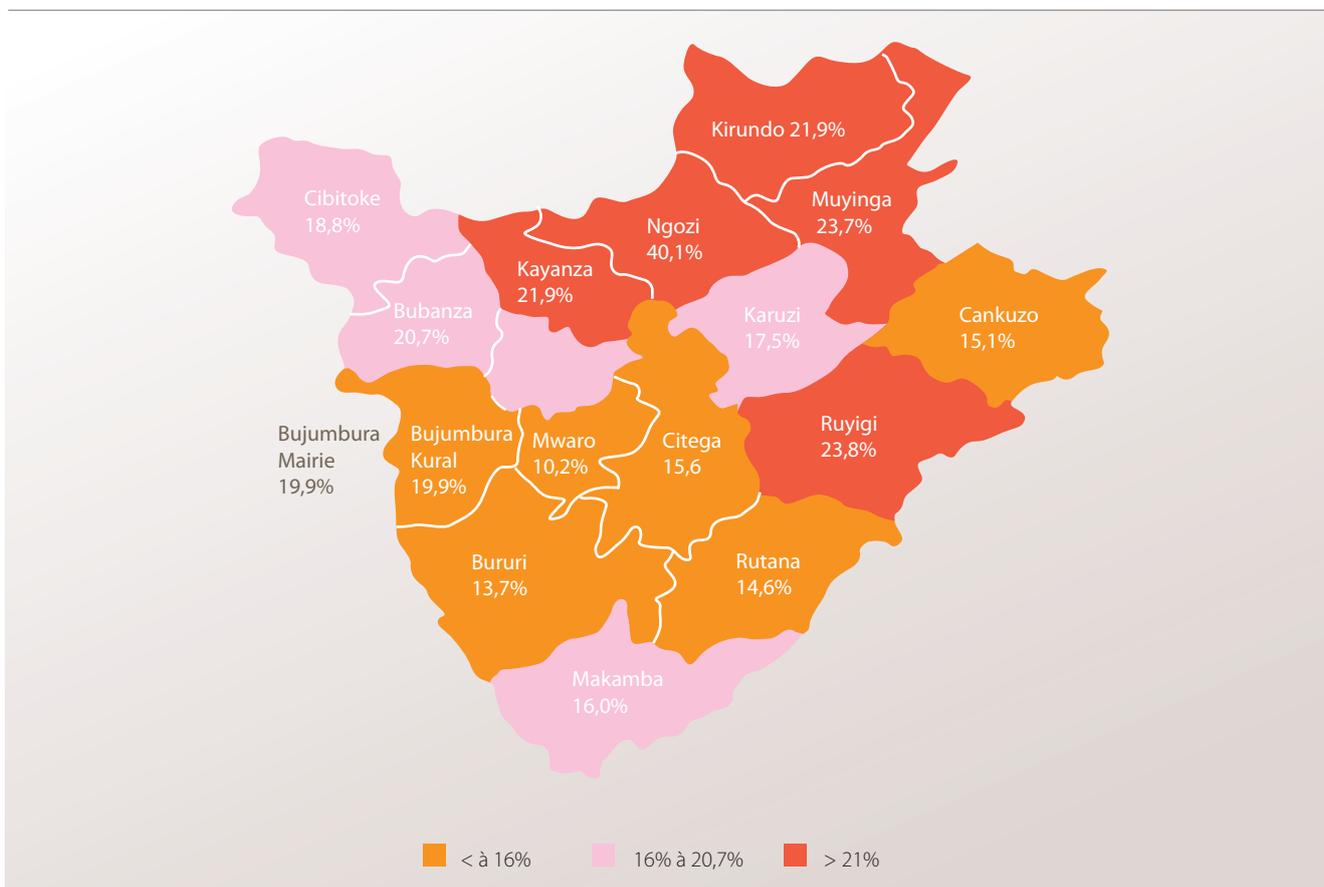
- De l'engagement politique au niveau des hautes autorités de l'Etat en faveur de la santé maternelle à travers la politique de gratuité des soins aux femmes enceintes ou qui accouchent, ainsi

Cependant, ces efforts apparaissent encore insuffisants. Il est important que les pouvoirs publics avec le soutien des partenaires se penchent sur :

- La base des normes nationales révisées en matière de santé de la reproduction pour renforcer les services obstétricaux et néonataux pour les rendre conformes aux normes SONUB et SONUC ;

Figure 5.7

Disparités provinciales de l'utilisation de la contraception



- L'institutionnalisation des audits/revues des décès maternels aussi bien dans les FOSA qu'au niveau communautaire (Autopsie verbale et enquête confidentielle) ;
- La mise en place des mécanismes permettant d'éviter les trois retards favorisant les décès maternels et néonataux ;
- La mise en place des postes secondaires offrant les services de SR/PF afin de minimiser les barrières géographiques aux populations se trouvant dans les aires de santé desservies par les FOSA confessionnelles ;
- Le renforcement de la participation communautaire en matière de création de la demande et l'offre des services de SR/PF
- L'intégration des services conviviaux de SR/Jeunes dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires ;
- Le renforcement du Programme de communication efficace en SR/PF afin de susciter un changement de comportement ;
- La promotion du leadership national, du financement durable, d'une aide au développement et d'une coordination de l'aide efficaces en faveur de la santé maternelle et reproductive. C'est en mettant en œuvre la feuille de route pour la Réduction de la santé maternelle et néonatale et la feuille de route pour la redevabilité de la santé de la mère et de l'enfant et le Cadre d'Accélération des OMD à travers une plateforme ad hoc que le Burundi pourrait atteindre l'OMD5 et ses cibles d'ici 2015.

## 4. Facteurs exogènes et structurels

Les efforts de mise en œuvre des recommandations ci-dessus doivent tenir compte des défis tant exogènes que structurels.

### 4.1. Crise financière

La crise financière mondiale a des conséquences néfastes sur le système de santé en général et sur les interventions ciblant les enfants et les femmes en particulier. En effet, les projets et les réformes en cours qui ont un impact direct sur l'OMD 5 (telles que la gratuité des soins avant, pendant et après l'accouchement, la gratuité des ACT et des ARV, le PBF et la Carte d'Assurance Maladie) risquent d'être difficiles à pérenniser. Par ailleurs, la réduction du nombre d'emplois occasionnée par la baisse du volume d'investissements, risque de diminuer la capacité financière contributive des ménages et de limiter leur accès aux soins.

### 4.2. Explosion démographique

La démographie galopante représente un grand défi pour le développement socio-économique du Burundi. En effet, la forte fécondité<sup>10</sup> accentue la pression sur les ressources alimentaires et augmente la pression de la demande sur les services de santé maternelle et infantile.

### 4.3. Changements climatiques

Depuis les années 2000, le Burundi fait face à des aléas climatiques récurrents tels que les déficits hydriques et les inondations. Les perturbations climatiques ont poussé certains ménages à moins investir dans certaines cultures de bonne valeur nutritionnelle notamment pour l'alimentation des enfants et des femmes (céréales et légumineuses) et à préférer les tubercules.

### 4.4. Crise alimentaire et énergétique

Le Burundi est affecté par l'augmentation mondiale du prix des denrées alimentaires et du carburant. Au Burundi, les importations alimentaires sont cruciales pour compléter une production agricole structurellement déficitaire. La pression démographique et les changements climatiques contribuent à la déforestation du pays avec comme conséquence par exemple, l'augmentation du prix du charbon qui représente la source principale de combustible.

L'envolée du prix des denrées alimentaires et des combustibles et la pression démographique ont aggravé l'insécurité alimentaire au Burundi ; les ménages les plus pauvres ne sont plus en mesure d'assurer une alimentation suffisante pour eux-mêmes et pour leurs enfants.



# Chapitre 6

## COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES



## 1. VIH/SIDA

Cible : De 2000 à 2015, avoir stoppé la propagation du sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle période (1990 à 2000)

Le VIH/SIDA demeure un problème majeur de santé publique et le Burundi est classé parmi les pays les plus touchés en Afrique de l'Est et centrale. Selon l'enquête de séroprévalence réalisée en 2007, la Séroprévalence moyenne était de 2,97 % au sein de la population de 18 ans et plus avec une prédominance féminine. Depuis lors,

des progrès notables ont été enregistrés en matière de prévention et de prise en charge avec des effets positifs sur la réduction de la séroprévalence et la réduction de la mortalité.

En effet, la séroprévalence est estimée à 1,4 % dans la population de 15 à 49 ans (EDS 2010). La même enquête montre que la prévalence chez les femmes de 15 à 24 ans est de 0,8 % alors qu'elle était de 3,5 % en 2007 (Rapport ONUSIDA, OMS, UNICEF, UNFPA, 2008). Chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, les données de surveillance sentinelle montre une tendance à la diminution de la séroprévalence.

Figure 6.1

Prévalence du VIH chez la femme enceinte de 15 à 24 ans (PSN VIH 2012-2016)

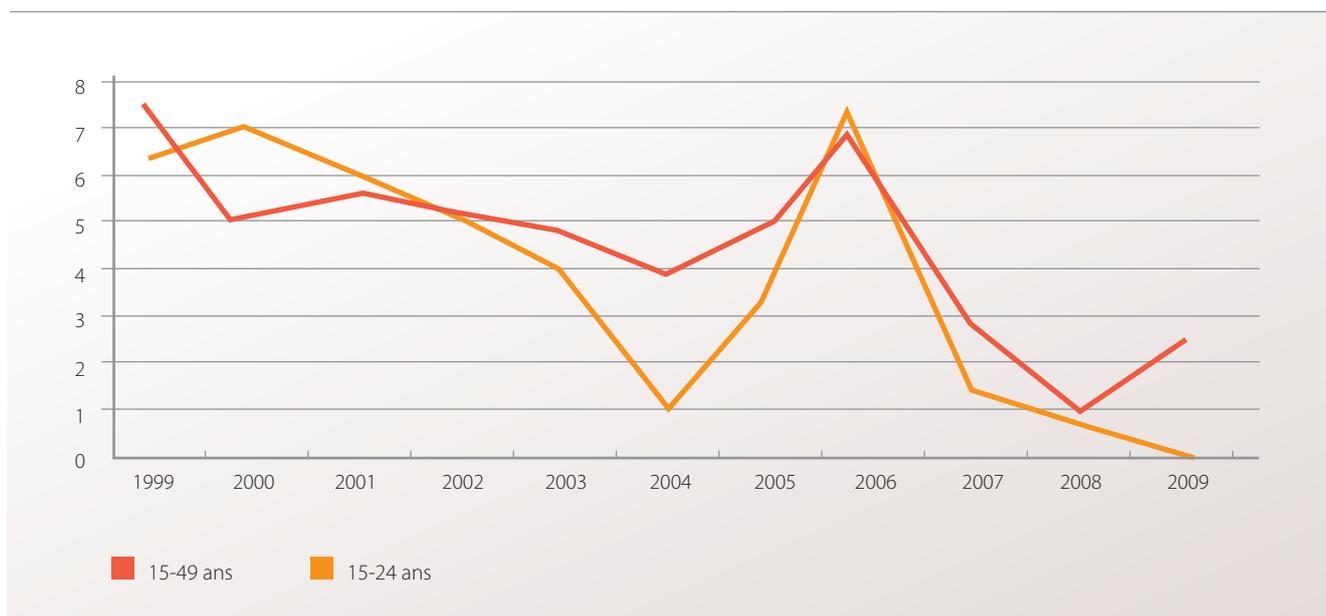
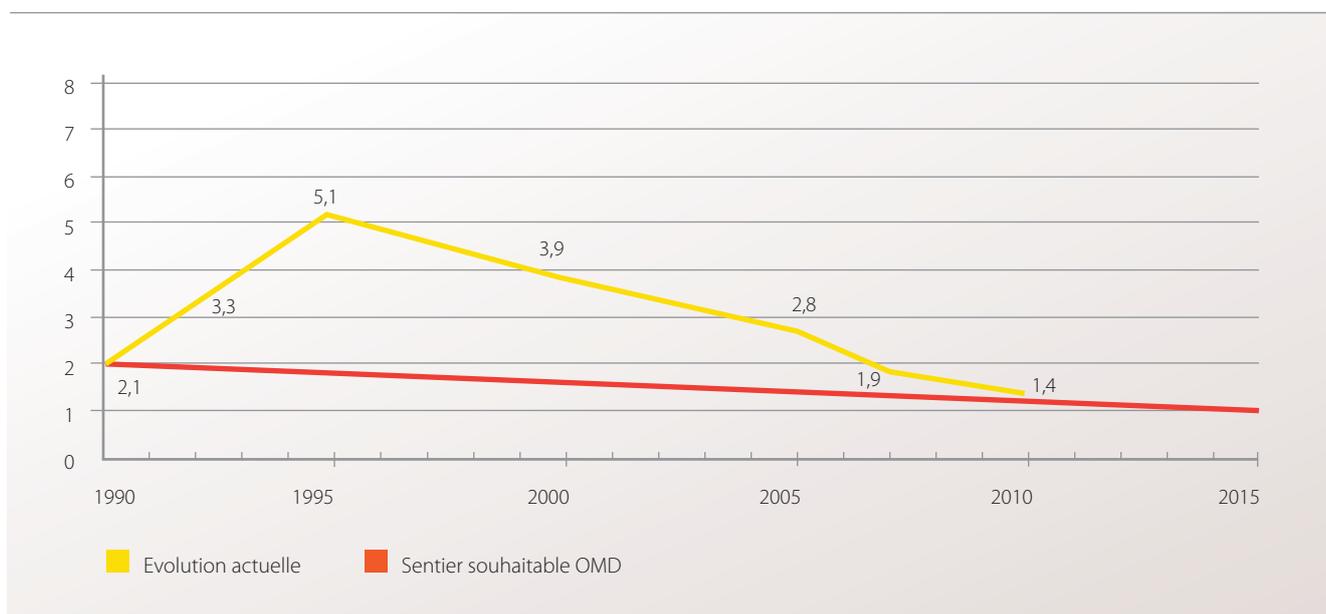


Figure 6.2

Evolution du taux de prévalence du VIH



Les mêmes tendances à la diminution de la séroprévalence s'observent au niveau des groupes à haut risque comme les hommes en uniforme où la séroprévalence est passée de 2,9 en 2007 (enquête BSS 2007) à 0,4 % en 2011 (Enquête BSS 2011), les professionnels de sexe où la séroprévalence est passée de 37,7 % à 19,8 % selon les mêmes enquêtes.

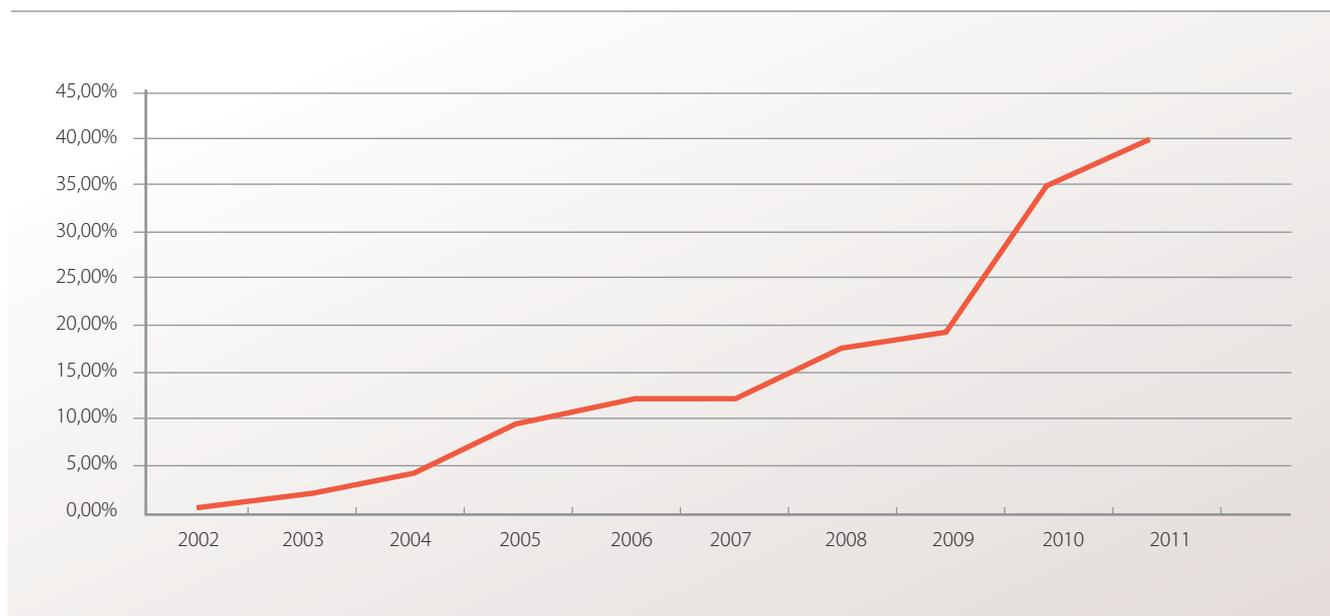
Malgré ces progrès, il faut noter que des efforts supplémentaires restent nécessaires pour faire face à la progression préoccupante de l'épidémie en zone rurale où vivent plus de 90 % de la population et améliorer les couvertures des interventions clés contenues dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2012-2016. A titre illustratif, un des résultats attendus de ce plan est de porter la couverture en ARV à 90 % chez les adultes et les enfants au moment où cette dernière se situe encore à 43,1 % chez l'adulte et 13,7 %

en 2011 chez les enfants de moins de 15 ans (Estimation Spectrum 2011). Il est aussi urgent de parvenir à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Or, la couverture PTME reste encore assez basse malgré quelques progrès enregistrés (en 2011, seuls 38,12 % des femmes enceintes avaient accès aux ARV).

Par ailleurs à travers les données de l'enquête EDS 2010, il est apparu la nécessité de maintenir et de renforcer les activités de sensibilisation auprès de la population pour les amener à adopter des comportements positifs face aux risques de contamination du VIH notamment par l'utilisation des préservatifs. En effet, l'utilisation du préservatif n'a été que de 29,96 % au cours des derniers rapports sexuels dans la tranche d'âge sexuellement active 15 à 24 ans et le multi partenariat sexuel est de 3 % dans la même tranche d'âge en milieu urbain (EDS 2010).

**Figure 6.3**

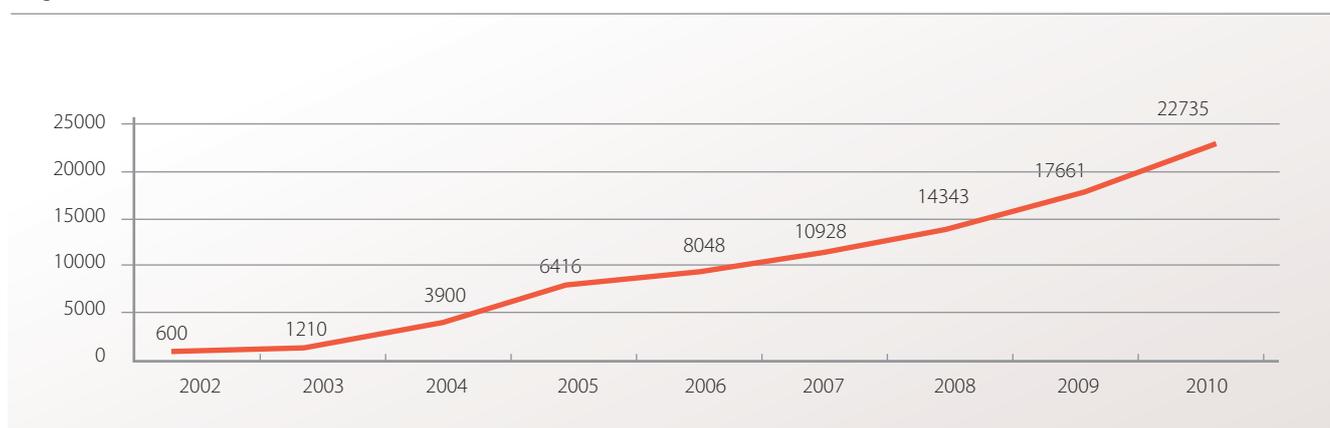
Progression de la couverture PTME entre 2002 à 2011



Source des données : UNSTATS

**Figure 6.4**

Progression de la couverture ARV 2002 à 2011 (PSN VIH 2012-2016)



Source des données : UNSTATS

Parallèlement à l'évolution de la prise en charge et surtout l'introduction des ARV, le taux de mortalité par le VIH et le nombre d'orphelins du sida ont amorcé une diminution progressive. En effet, le nombre de décès est passé de plus de 12000 cas par an en 2004 à moins de 6000 cas par an en 2011 (diminution de près de 50 %) comme le montrent les données d'estimation 2011 sur la mortalité liée au VIH dans le graphique ci après.

S'agissant des orphelins du sida, il y a dans ces dernières années une tendance à la diminution bien qu'ils soient encore nombreux. Selon les estimations, le nombre d'orphelins était 149077 (Spectrum 2008), il est de 138 319 en 2012 et selon les mêmes estimations, ce nombre sera de 112133 en 2015.

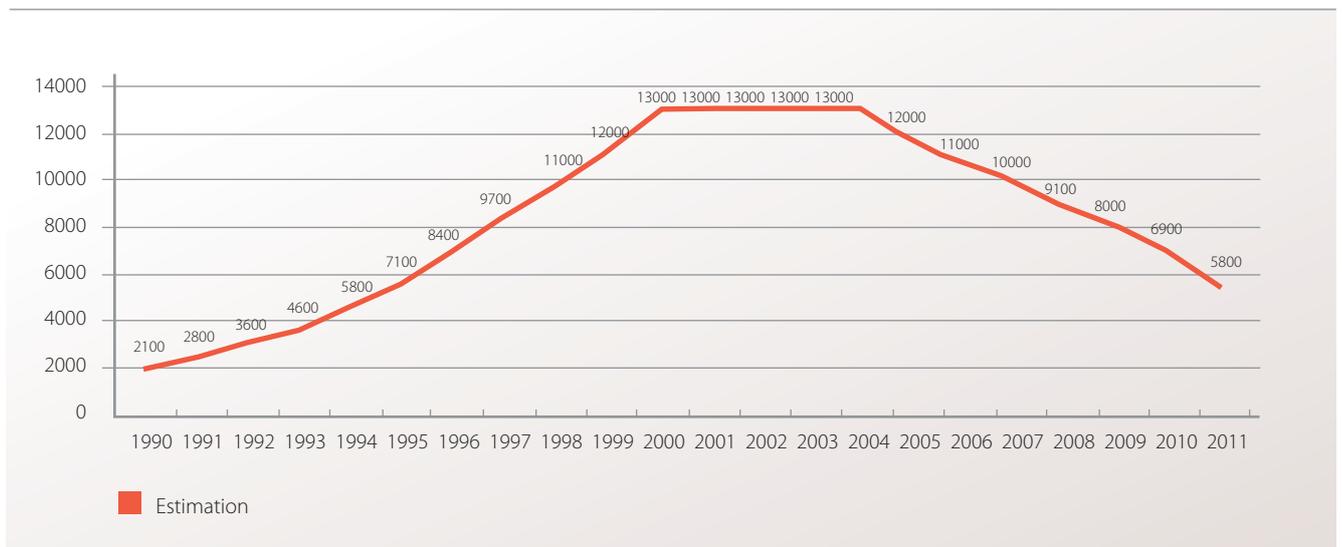
## 2. Paludisme

Conformément à la cible paludisme relatif à l'OMD6, il est question d'avoir commencé à inverser la tendance de cette maladie pour la période 1990-2000 et avoir maîtrisé le paludisme, de 2000 à 2015.

Le paludisme demeure un problème important de santé publique au Burundi car il compte parmi les premières maladies tueuses du pays et une priorité du plan 2011-2015 de développement sanitaire. Il représente 74,7 % de l'ensemble des consultations externes enregistrées dans les formations sanitaires en 2010 et 62,6 % dans la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans. Les données disponibles pour la période de 2000-2010 montrent une évolution en dents de scie du nombre de cas de paludisme sous l'influence d'une combinaison de facteurs notamment l'amélioration du système de rapportage ainsi qu'une augmentation de la fréquentation des structures de soins consécutive aux mesures de gratuité des soins aux moins de cinq ans (2006) et des anti-paludiques de première ligne à toutes les catégories de malades.

**Figure 6.5**

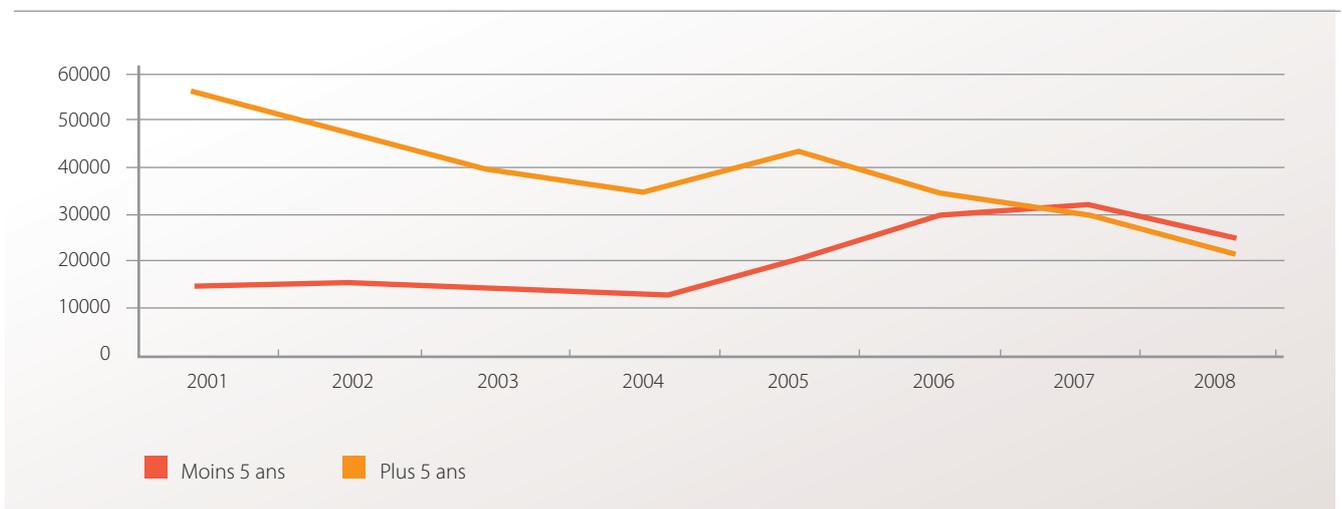
Mortalité due au SIDA Population de 15 ans et Plus



Source des données : UNSTATS

**Figure 6.6**

Evolution des cas de consultation entre 2001 et 2008



Source des données : Rapport évaluation impact des interventions de lutte contre le paludisme, MSP/PNLP

Quant au taux de décès dû au paludisme, il se situait à 1,9 % en 2006 contre 7,6 % en 1990 (ISTEEBU). La mortalité proportionnelle liée au paludisme chez les moins de 5 ans est de 36 % en 2010 et un taux de létalité hospitalière de 0,09 %. D'une manière générale, on remarque qu'une tendance générale à la baisse même si l'amélioration progressive du système de notification des décès pourrait avoir entraîné une augmentation apparente du nombre de décès pour certaines années.

Avec les efforts fournis depuis 2009 en matière de couverture universelle à travers la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées durant les campagnes et les services de routine, la proportion d'enfants de moins de 5 ans et celle des femmes enceintes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides est respectivement de 45,2 % et 49,7 % (EDS 2010) alors que ces indicateurs étaient de 8,3 % et 16 % en 2005 (MICS 2005). Cependant, des efforts doivent être menés pour promouvoir leur utilisation régulière dans les ménages.

### 3. Tuberculose

Comme les deux premières maladies, la tuberculose reste un problème majeur de santé publique. Elle sévit sous mode endémo épidémique avec une incidence annuelle de 88 cas notifiés pour 100.000 habitants toute forme confondue (Global Tuberculosis Control, WHO Report OMS 2010). Si on tient compte du risque annuel d'infection, la prévalence de la tuberculose au Burundi serait de 212 cas pour 100.000 habitants en 2009, 239 cas pour 100.000 habitants en 2000 et 162 cas pour 100.000 habitants en 2010. Ces chiffres restent en deçà de la réalité car le taux de détection pour l'exercice 2011 est de 47 %, encore loin de la cible de 70 %, fixée par l'OMS (rapport PNL 2011). La tuberculose touche essentiellement la tranche d'âge de la population productive de 15-44 ans, ce qui constitue un frein à la lutte contre la pauvreté et au développement en général.

La lutte contre cette maladie est actuellement rendue difficile par

deux nouveaux défis qui sont la coinfection tuberculose/VIH (26 % des malades tuberculeux sont en même temps coinfectés par le VIH (Enquête de séroprévalence du VIH chez les tuberculeux 2007) et la tuberculose multi résistante où en moyenne 20 cas de tuberculose multi résistante sont diagnostiqués chaque année.

Malgré ces défis, il faut signaler que le Programme national de lutte contre la tuberculose enregistre de bonnes performances en termes de notification des cas et de suivi des malades sous traitement.

Au niveau du suivi, le taux de succès thérapeutique des NC TPM+ est de 92 % (au-delà la cible de l'OMS qui est de 85 %). Le taux d'abandon des NC TPM+ a diminué, passant de 11 % en 2006 à 3 % en 2010. Le taux de décès et d'échec sont respectivement de 4 % et de 1 % (Rapport PNL 2011).

### 4. Analyse des inégalités

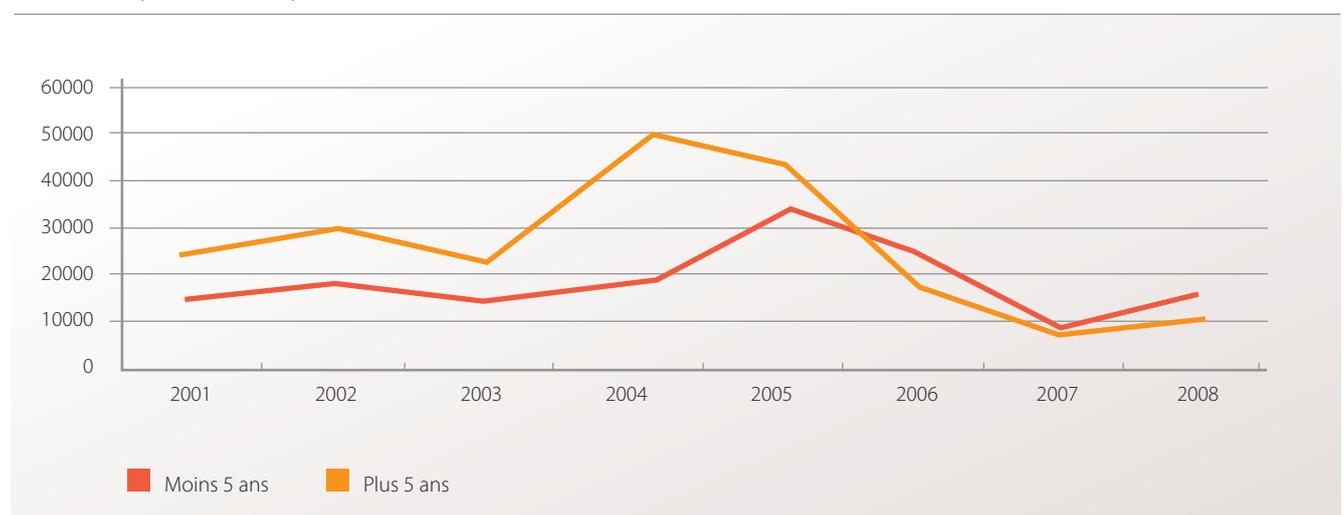
La lutte contre les 3 maladies est intégrée dans le paquet des soins des formations sanitaires et du niveau communautaire. Toutefois, des disparités entre provinces peuvent s'observer suite à l'insuffisance des ressources tant humaines que matérielles qui freine la décentralisation effective de certaines interventions clés dans ce domaine.

Ainsi, au niveau du VIH/sida, la non dévolution de la prescription des ARV et la mise en œuvre de la PTME qui restent toujours de la prérogative des médecins fait que l'accessibilité à ces services et leur couverture restent faibles dans certaines provinces reculées de l'intérieur du pays comparées à Bujumbura Mairie.

Quant au paludisme, la possession et l'utilisation des moyens de prévention du paludisme, la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide de Longue Durée d'Action (MILDA) en l'occurrence, sont meilleurs en milieu urbain par rapport au milieu rural. A titre illustratif, la proportion d'enfants de moins de cinq ans du milieu urbain qui dorment sous

Figure 6.7

Mortalité hospitalière liée au paludisme au Burundi entre 2001 et 2008



Source des données : Rapport évaluation impact des interventions de lutte contre le paludisme, MSP/PNL

MILDA (62,8 %) contre seulement 43,6 % du milieu rural. Il en est de même pour les femmes enceintes : 65,4 % contre 48,2 % en faveur du milieu urbain (EDS 2010).

Par rapport à la tuberculose, l'accès aux services de dépistage et de prise en charge reste limité dans certaines provinces suite au relief accidenté. Pour faire face à ces défis, le Programme a mis en place un système de collecte et de transport des crachats et a introduit le DOTS communautaire avec une forte implication des agents de santé communautaire.

## 5. Facteurs de progrès

De manière générale, un certain nombre de facteurs ont contribué aux progrès accomplis à ce jour. Il s'agit principalement de :

- ▶ L'adoption et l'introduction de nouveaux traitements efficaces du paludisme à plus de 95 % à savoir les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine en 2003 et leur large disponibilité dans toutes les structures de soins publiques et confessionnelles, ce qui a permis d'améliorer l'accès à un traitement rapide et d'éviter l'évolution vers les complications et le décès.
- ▶ L'engagement politique des hautes autorités vis-à-vis des interventions de lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose qui se traduit notamment par la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes, des traitements anti paludique de première ligne de même que pour la tuberculose et

le VIH a permis de lever les barrières financières d'accès aux soins.

- ▶ Les Réformes du MSPLS notamment la décentralisation du système de santé à travers la création de districts sanitaires, le Financement basé sur la Performance, l'intégration de la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose dans le paquet minimum d'activités des Formations sanitaires etc. Les dites réformes facilitent la mise à échelle nationale des interventions de prévention et de traitement à travers les campagnes intégrées et les activités de routine.
- ▶ L'approche multisectorielle dans la réponse à l'épidémie du VIH/SIDA et dans une moindre mesure dans la lutte contre le paludisme et la tuberculose a contribué à améliorer les performances des interventions.
- ▶ La forte implication de la société civile dans la lutte contre le paludisme et particulièrement des PVVIH dans la lutte contre le sida.

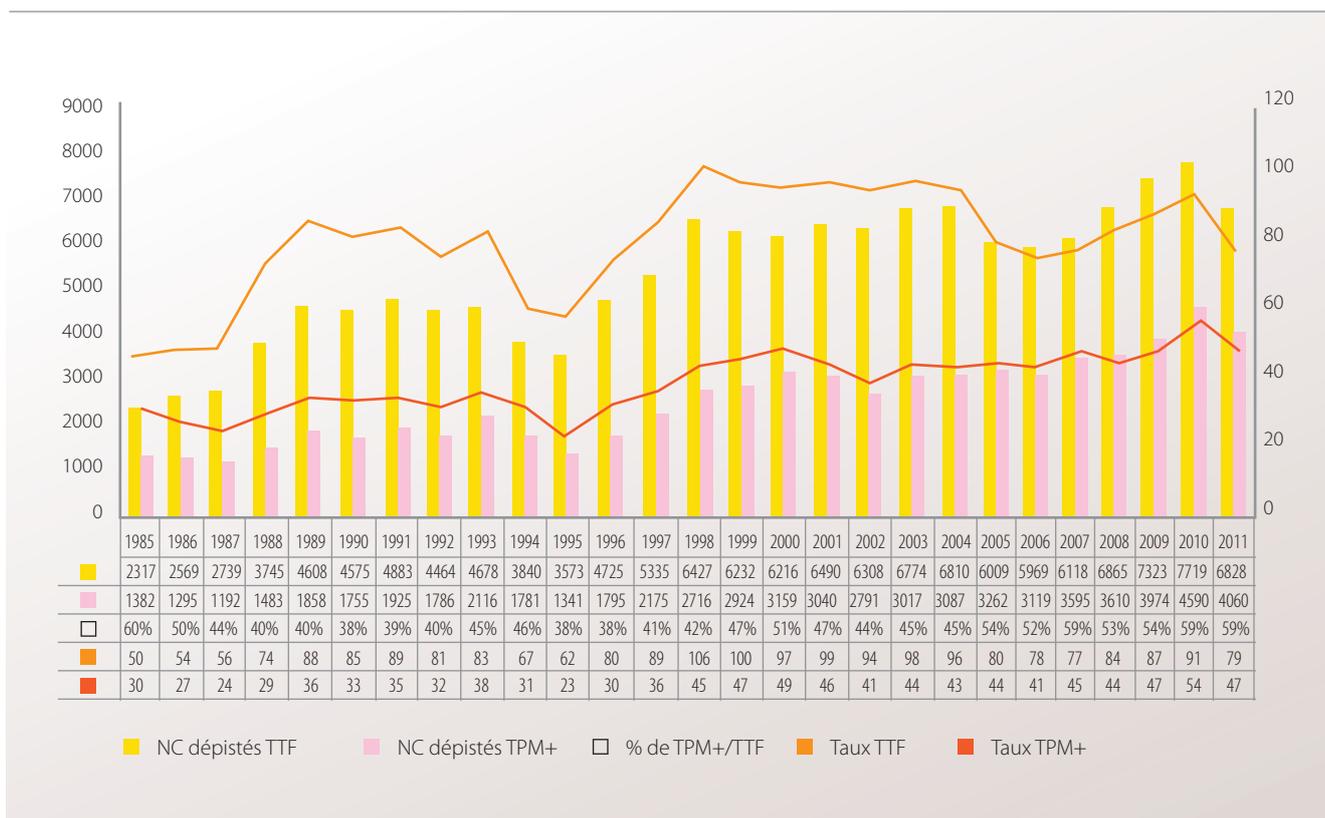
## 6. Contraintes affectant les progrès vers les cibles

Même si des avancées en termes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, paludisme et tuberculose sont notés, il persiste des facteurs limitant ayant une influence négative sur les tendances et qui requièrent une attention particulière pour améliorer la situation dans le futur :

- 1) La dépendance quasi exclusive aux sources externes de financement à travers des projets de lutte contre le VIH/SIDA, le

Figure 6.8

Evolution des cas de tuberculoses dépistés de 1985 à 2011 (Rapport PNL 2011)



paludisme et la tuberculose, particulièrement pour les intrants nécessaires à la prise en charge des malades (anti paludiques, ARV, anti tuberculeux, etc). Cette situation pourrait compromettre la disponibilité continue des services dans la mesure où les projets sont limités dans le temps. Un effort de mobilisation des ressources internes et l'augmentation du budget du gouvernement sont requis pour maintenir les acquis et progresser vers l'impact.

- 2) Une insuffisance de ressources matérielles et humaines aussi bien qualitative que quantitative, une faible intégration des services VIH en particulier de la PTME dans les services de santé de la reproduction, la non dévolution de la prescription des ARV aux autres prestataires de soins, limitent la prescription à grande échelle des ARV au niveau des structures de soins, le diagnostic rapide de la tuberculose multirésistante, l'extension des traitements aux ACT du paludisme dans le secteur privé et au niveau communautaire. Les solutions proposées pour atténuer la situation sont notamment la délégation des tâches dans la prescription des ARV, l'acquisition d'équipements modernes pour le diagnostic des différentes formes de tuberculose, le renforcement des capacités techniques et managériales des programmes et l'extension du traitement communautaire du paludisme et de la tuberculose et les activités d'information, d'éducation et de communication pour la promotion et la lutte contre ces maladies.

La rupture récurrente des stocks d'ARV et la faible disponibilité des moustiquaires imprégnées en dehors des campagnes de distribution de masse est un frein à l'offre continue de services de lutte contre le VIH et le paludisme dans les centres de santé. Pour pallier cette situation, il est important d'améliorer la planification et la gestion de la chaîne d'approvisionnement des commodités, de renforcer l'intégration des services.

- 3) Les coûts prohibitifs des ACT dans le secteur privé et l'absence de subvention des soins liés à la prise en charge du paludisme grave aux malades âgés de plus de cinq ans annihile les efforts d'accès universel aux traitements du paludisme, d'où la nécessité d'un plaidoyer pour l'extension de la subvention des ACT à toutes les tranches d'âges et au secteur privé
- 4) L'usage parfois inapproprié des moustiquaires imprégnées, d'insecticide à longue durée d'action.

## 7. Perspectives

Pour pérenniser les facteurs de progrès et transcender les défis, le Gouvernement ainsi que tous les acteurs du développement du Burundi devraient se concentrer sur certains domaines qui semblent prioritaires.

Les priorités indiquées dans les plans stratégiques respectifs des trois maladies pour la période 2012-2016 mettent un accents sur des domaines transversaux communs, notamment la mobilisation des ressources additionnelles, la documentation de l'impact et de bonnes pratiques dans la lutte contre ces 3 maladies, le renforcement de la communication pour le changement de comportement, le renforcement du système de gestion et d'approvisionnement des médicaments, des réactifs et des consommables médicaux

Plus spécifiquement, il faudrait poursuivre les efforts de mise à échelle des interventions clé de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose en vue de progresser vers la couverture universelle

Pour le VIH/SIDA, les efforts devraient être déployés en matière de prévention de nouvelles infections à VIH et notamment l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sans oublier la prise en charge des PVVS y compris la mise sous ARV des PVVS éligibles. Un accent particulier sera également mis sur la réduction de l'impact socio économique, la discrimination due au VIH /Sida et la prise en compte du genre dans les programmes de lutte.

S'agissant du paludisme, il est question de maintenir la bonne couverture en moustiquaire imprégnée à travers une distribution continue, une nouvelle campagne nationale de distribution de masse des moustiquaires et surtout promouvoir une utilisation correcte à travers le renforcement de la communication pour le changement de comportement afin d'atteindre la cible de plus de 90 % de taux d'utilisation dans la population générale. De même, l'approvisionnement continu des structures de soins en traitements anti paludiques efficaces à tous les niveaux et le renforcement des capacités des personnels de santé sont à poursuivre afin de garantir un accès au traitement efficace et abordable à plus de 90 % des cas dans moins de 24 heures du début de symptômes y compris au niveau communautaire. Face au défi de l'émergence potentielle d'une résistance aux médicaments et outils de prévention, une surveillance continue de l'efficacité s'impose pour éclairer une prise de décision sur le changement de protocole en temps opportun.

Concernant la tuberculose, le renforcement de la détection de la tuberculose pour atteindre la cible sera poursuivi de même que le renforcement de la prise en charge de la coïnfection tuberculose/VIH et de la tuberculose multi résistante et le maintien des acquis en matière de prise en charge pour maintenir les taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas à plus de 90 %.



# *Chapitre 7*

## ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE



Réduire la pauvreté et réaliser un développement durable doivent aller de pair avec une planète en bon état. Les Objectifs du millénaire reconnaissent que la préservation de l'environnement fait partie intégrante de la prospérité de l'économie mondiale et du bien-être social. Ne pas préserver la biodiversité par exemple, compromettra les efforts de développement socio-économique. A cet égard, il faut souligner le rôle déterminant des forêts, lesquelles contribuent à maintenir la santé de l'environnement en atténuant les changements climatiques, en conservant la biodiversité, en entretenant des ressources en eau propres et fiables, en contrôlant l'érosion, en protégeant les sols agricoles, en fournissant des énergies renouvelables et à faible coût et en agrémentant l'environnement urbain. L'exploitation anarchique des ressources naturelles telles que les forêts, les sols, les ressources en eau, et les ressources halieutiques (souvent par une minorité parmi les plus puissants) a causé bien de graves bouleversements à la nature au cours des dernières décennies, portant préjudice aux populations les plus vulnérables qui dépendent des ressources naturelles pour leurs moyens de subsistance. Les analyses qui suivent évaluent la performance du Burundi en matière d'indicateurs d'environnement durable, mais également par rapport à la sous-région.

## 1. Intégrer les principes de développement durable dans les politiques et programmes nationaux ; inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales naturelles

Cette articulation examine les cibles 7A et 7B. Il s'agit de la tendance à la déperdition des ressources environnementales du Burundi en comparaison avec les autres pays de la sous-région et de la réduction de la perte de la biodiversité pour atteindre une diminution significative du taux de perte d'ici à 2015

### a. Proportion des superficies couvertes par les forêts

Le Burundi n'est pas en bonne voie pour inverser la tendance à la déperdition des ressources environnementales. Les superficies de zones forestières se sont amenuisées au cours des vingt dernières années comme le montre le tableau suivant :

**Tableau 7.1**

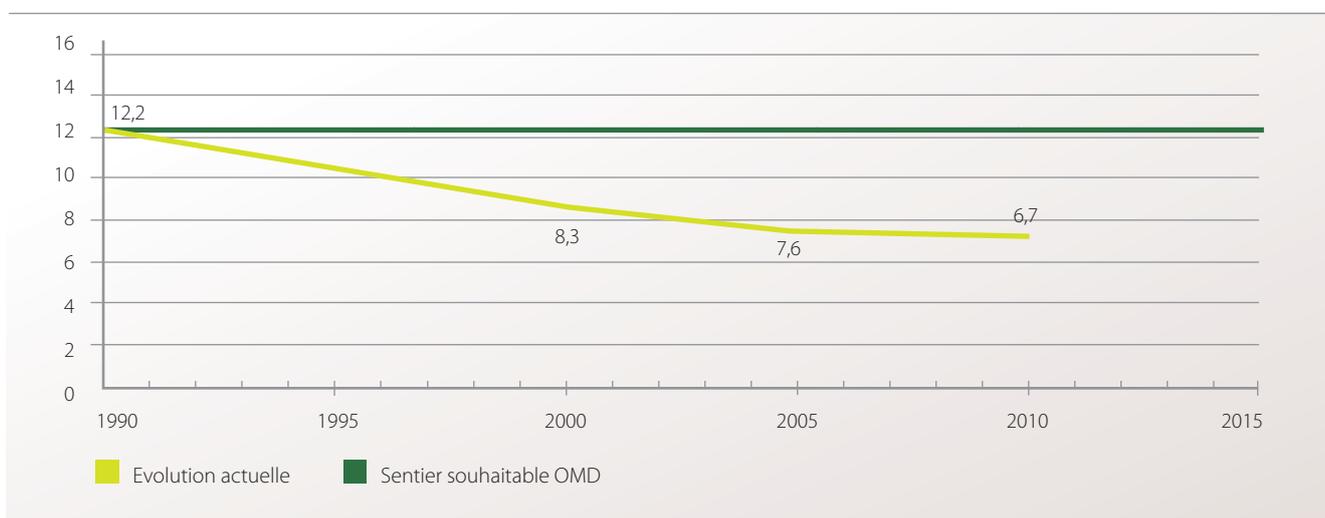
Superficie des forêts en km<sup>2</sup> au Burundi et dans les pays membres de EAC

Pays	1990	2000	2005	2010	Vitesse moyenne de déforestation	Disparition totale des forêts en années
Burundi	3145,2	2143,2	1948,4	1864,9	64	29
Kenya	37875,5	36710,1	36127,4	35544,7	116,5	305
Ouganda	58225,6	47353,6	42038,4	36723,2	1075,1	34
Rwanda	3392,7	3655,7	4102,8	4628,8	62 reforestation	
Tanzanie	439562,4	397323,9	375720	354116,1	4273,8	83
RDC	1658204,9	1627714,5	1611296,7	1594878,8	3166,3	504

Source des données : UNSTATS, 2012

**Figure 7.1**

Evolution de la proportion de superficie couverte par les forêts



Source des données : UNSTATS

Au Burundi, la surface couverte par les forêts est passée de 11,3 % à 6,7 % de la superficie totale du pays entre 1990 et 2010, soit une vitesse de déforestation moyenne de 64 Km<sup>2</sup> par an. Si ce rythme de déperdition des forêts est maintenu, le Burundi n'aura plus de forêts dans 29 ans. La tendance est similaire dans les autres pays membres de East African Community (EAC), exception faite du Rwanda où nous notons un effort de régénération des forêts au cours des vingt dernières années. Le déboisement à une échelle aussi massive et son corollaire, la combustion de la plupart du bois, a suscité l'émission d'énormes quantités de gaz à effet de serre dans l'atmosphère. Selon les prévisions du Centre national d'information sur l'énergie (NEIC, 2001) les émissions mondiales de dioxyde de carbone devraient augmenter de 1,9 % chaque année entre 2001 et 2025 (<http://www.eia.doe.gov/neic/press>). Une grande partie de cette augmentation devrait provenir du monde en développement. Ainsi, les émissions des pays en voie de développement devraient dépasser la moyenne mondiale et se situer à 2,7 % par an entre 2001 et 2025 en raison de la destruction des forêts.

### b. Emissions de dioxyde de carbone (CO2)

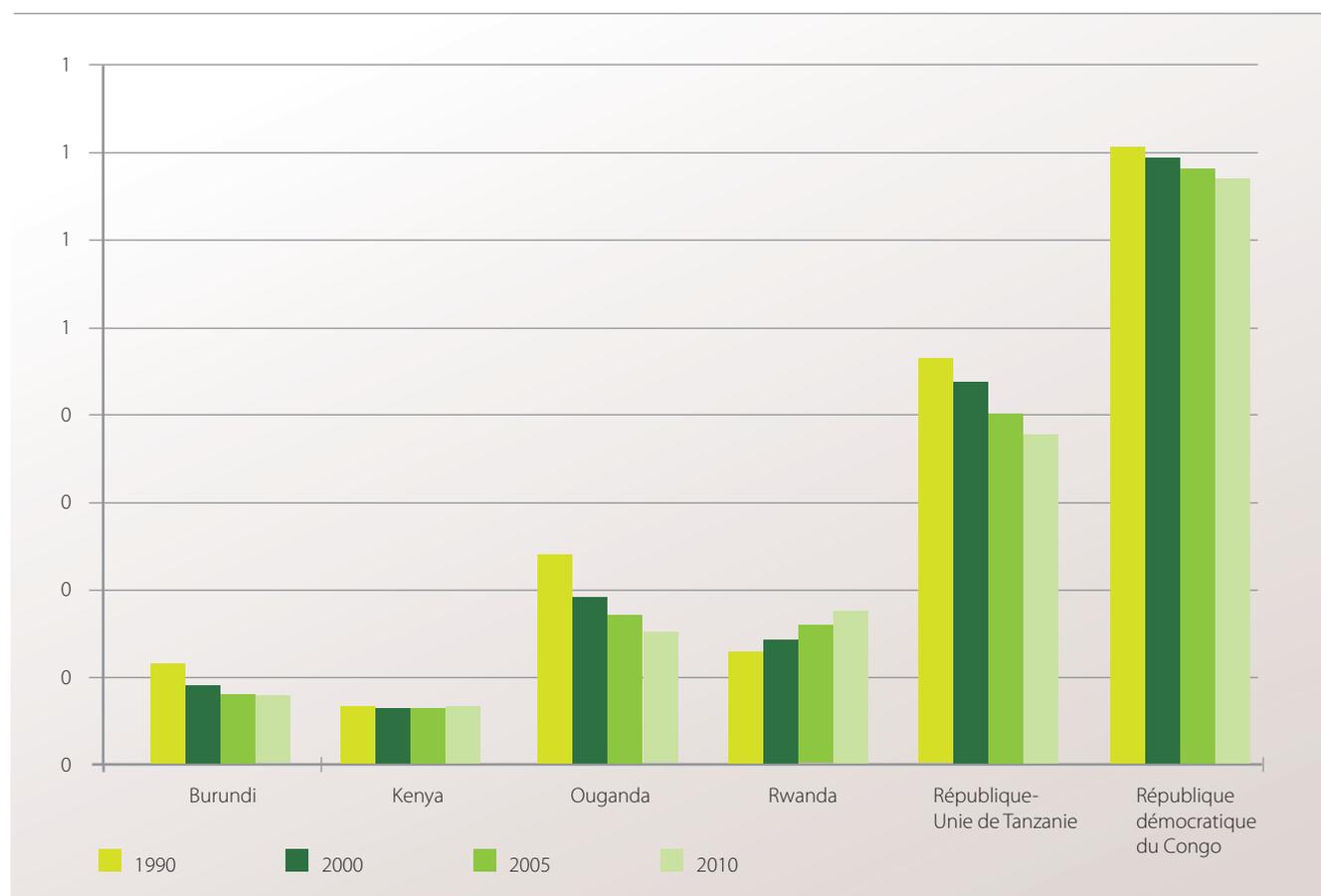
Le CO2 est connu en raison « de l'effet de serre » qui a une incidence sur la température de la planète. Un doublement de la concentration de

CO2 dans l'atmosphère aurait pour conséquence une augmentation de 1,5 à 4,5 °C de la température moyenne mondiale, ce qui aurait des répercussions néfastes sur les conditions économiques, sociales et environnementales de la plupart des pays du monde (UNSD, 2010). Réduire les émissions de gaz à effet de serre demeure une solution à long terme pour lutter contre le réchauffement climatique de la planète. Un changement climatique sans mesures d'atténuation pourrait à long terme, réduire la capacité des systèmes naturels et humains à s'adapter.

Au cours de ces 30 dernières années, les émissions de ces gaz ont augmenté de 70 % sans qu'aucune mesure supplémentaire ne soit prise par les pouvoirs publics, tandis que les émissions des six principaux gaz à effet de serre devraient augmenter de 25 à 90 % à l'horizon 2030, par rapport à leurs niveaux de 2000 (UNDESA, 2010). Les principaux gaz à effet de serre qui se trouvent dans l'atmosphère terrestre sont le dioxyde de carbone (CO2), le méthane (CH4), l'oxyde d'azote (NO2) et l'ozone. Les principaux secteurs où les émissions/éliminations de CO2 sont généralement évaluées sont: l'énergie, les procédés industriels, l'agriculture, les déchets, le secteur de l'utilisation des sols, l'évolution de l'utilisation des sols et la foresterie.

Figure 7.2

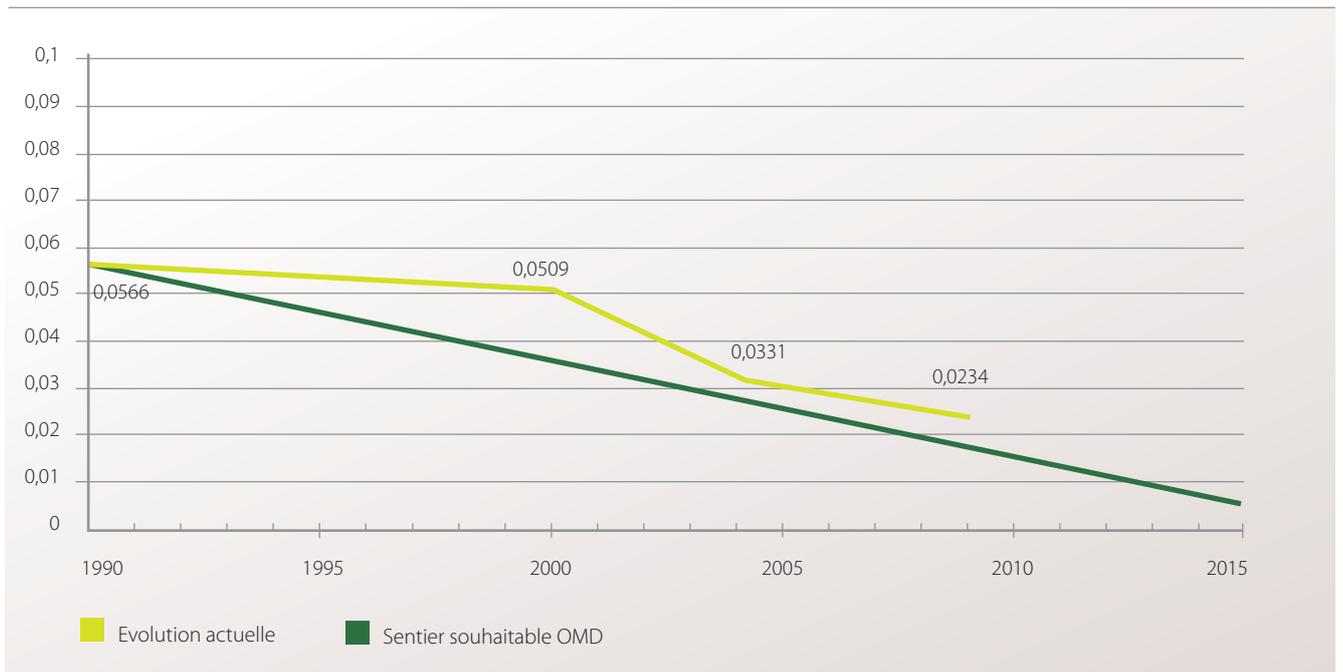
Proportion des superficies couvertes par les forêts au Burundi et dans EAC



Source des données: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012

**Figure 7.3**

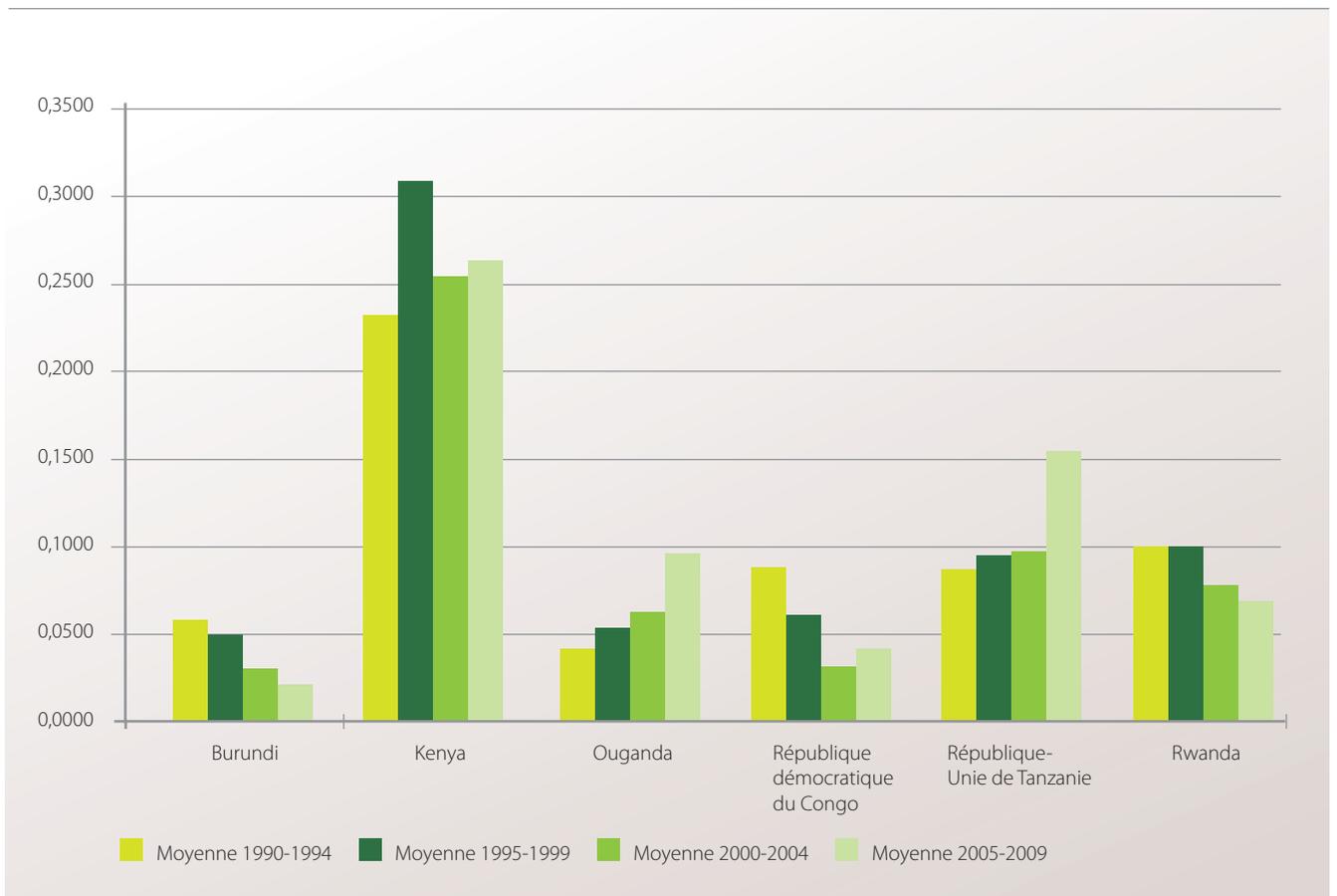
Evolution de la quantité émise de CO2



Source des données : UNSTATS

**Figure 7.4**

Emissions de dioxyde de carbone (CO2), tonnes métriques de CO2 par tête



Source des données: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012

Selon CarboAfrica, un projet de recherche internationale regroupant 15 institutions d'Afrique et d'Europe, l'Afrique contribue de façon significative aux émissions de gaz à effet de serre dans le monde (GES) à partir de sources autres que les combustibles fossiles, mais elle pourrait absorber davantage de carbone à partir de l'atmosphère qu'elle n'en rejette.

Malgré le rythme de déforestation relativement élevé au Burundi, les émissions de dioxyde de carbone ont baissé constamment au cours des vingt dernières années passant de 0,0566 à 0,0234 tonne métrique par tête entre 1990-1994 à 2005-2009. Les émissions moyennes par tête ont augmenté dans la sous-région d'EAC. Dans l'ensemble, les émissions de CO<sub>2</sub> au Burundi et dans la sous-région sont faibles en termes absolus et par tête par rapport aux autres régions. A titre de comparaison, les Etats-Unis d'Amérique avaient une émission de CO<sub>2</sub> de 19,5 tonnes métriques par tête et de 584,1 millions de tonnes métriques en termes absolus.

### c. Consommation de substances contribuant à la destruction de la couche d'ozone

Cet indicateur présente l'évolution de la consommation de substances destructrices de la couche d'ozone (ODS) qui sont contrôlées dans le cadre du Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, permettant ainsi de déduire la quantité d'ODS éliminées grâce à ce protocole. Il décrit les progrès en direction de l'élimination totale des ODS, réalisés par les pays qui ont ratifié le protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone et ses amendements. L'élimination des ODS ainsi que leur substitution par des substances moins nocives ou de nouveaux procédés entraînera la restauration de la couche d'ozone dont l'appauvrissement a des conséquences néfastes sur la santé des êtres humains, des animaux, des végétaux, des micro-organismes, de la vie marine, des matériaux, des cycles biochimiques et la qualité de l'air (UNSD, 2010). La figure ci-dessous, décrit la consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone au Burundi et dans les pays d'Afrique de l'Est et Centrale et montre un déclin de cette consommation entre 1990 et 2010.

## Proportion des superficies couvertes par les forêts au Burundi et dans EAC

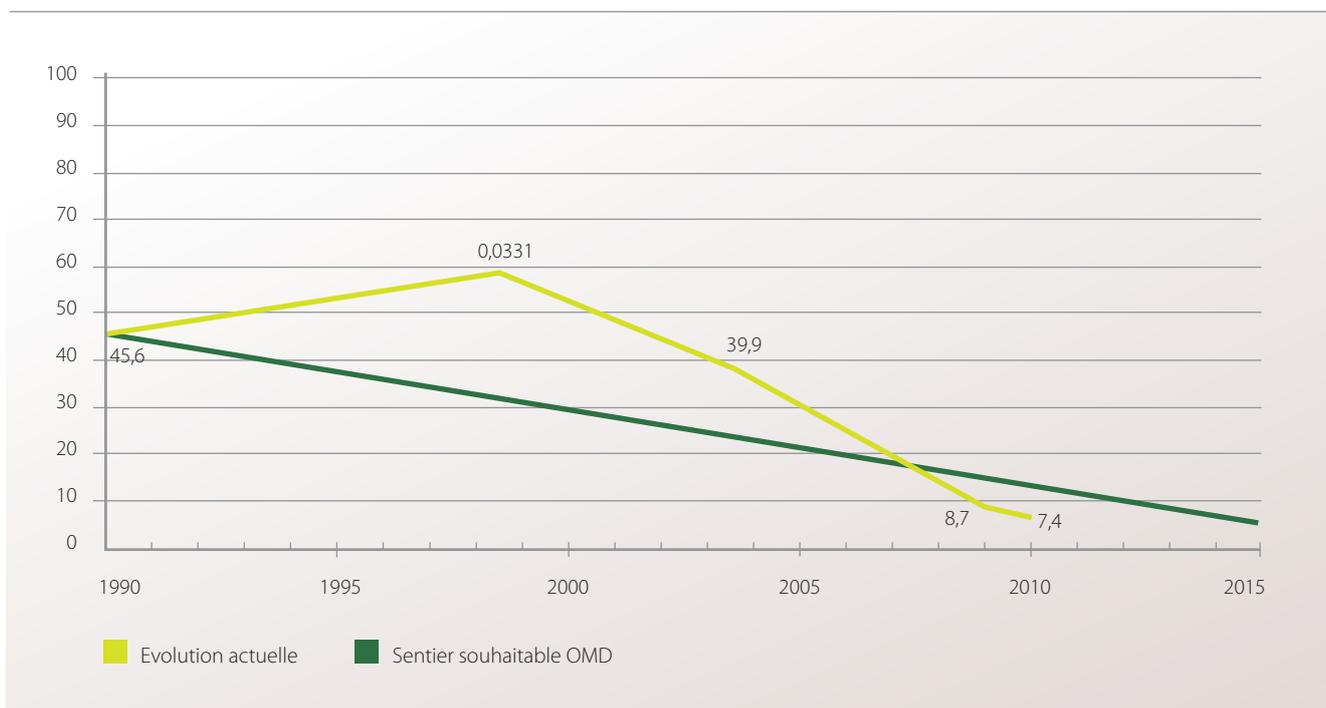
Les pays africains sont confrontés au double défi de devoir répondre à leurs besoins de développement tout en évitant d'accroître la dépendance sur les combustibles fossiles ou des technologies inefficaces et, parallèlement à cela, d'atténuer les impacts divers et complexes du changement climatique. Tous les pays africains, à l'exception de l'Angola, du Libéria et de la Somalie, ont ratifié la Convention cadre des Nations Unies sur le changement climatique (CCNUCC) ainsi que le mécanisme proposé pour sa mise en œuvre, à savoir le Protocole de Kyoto adopté en 2001 à Bonn par 180 pays du monde entier.

Les pays africains sont censés bénéficier du protocole de Kyoto et des flux de financement qu'il préconise à savoir: le Fonds spécial pour le changement climatique et le Fonds pour les pays les moins avancés. Dans le cadre du Protocole, les pays développés pourront compenser certaines de leurs émissions en payant pour des projets économiques en carbone tels que des plans de préservation des forêts ou des plantations d'arbres dans les pays en développement. Les fonds seront également mis à disposition pour aider les pays en développement pour acquérir des technologies plus propres telles que l'énergie solaire, l'énergie éolienne ou les véhicules

électriques, actuellement trop onéreuses pour de nombreux pays africains. Des fonds complémentaires seront disponibles pour aider les pays en développement à s'adapter et à atténuer les impacts du changement climatique, au moyen, par exemple de systèmes de riposte contre les inondations et la conception d'infrastructures adéquates. De nombreux pays (notamment l'Algérie, le Botswana, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, l'Égypte, le Ghana, le Lesotho, le Mali, Maurice, le Niger, le Sénégal, les Seychelles, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe) se sont lancés dans une stratégie de communication nationale afin de fournir des états des lieux détaillés des émissions et "puits" à dioxyde de carbone afin d'atténuer les impacts du changement climatique. En Afrique du Nord comme en Afrique australe, des options d'exploitation plus poussée de sources alternatives d'énergie (par exemple solaire, éolienne, micro-hydro, géothermique et biomasse) sont actuellement à l'étude, comme moyen complémentaire de lutte contre le changement climatique.

**Figure 7.5**

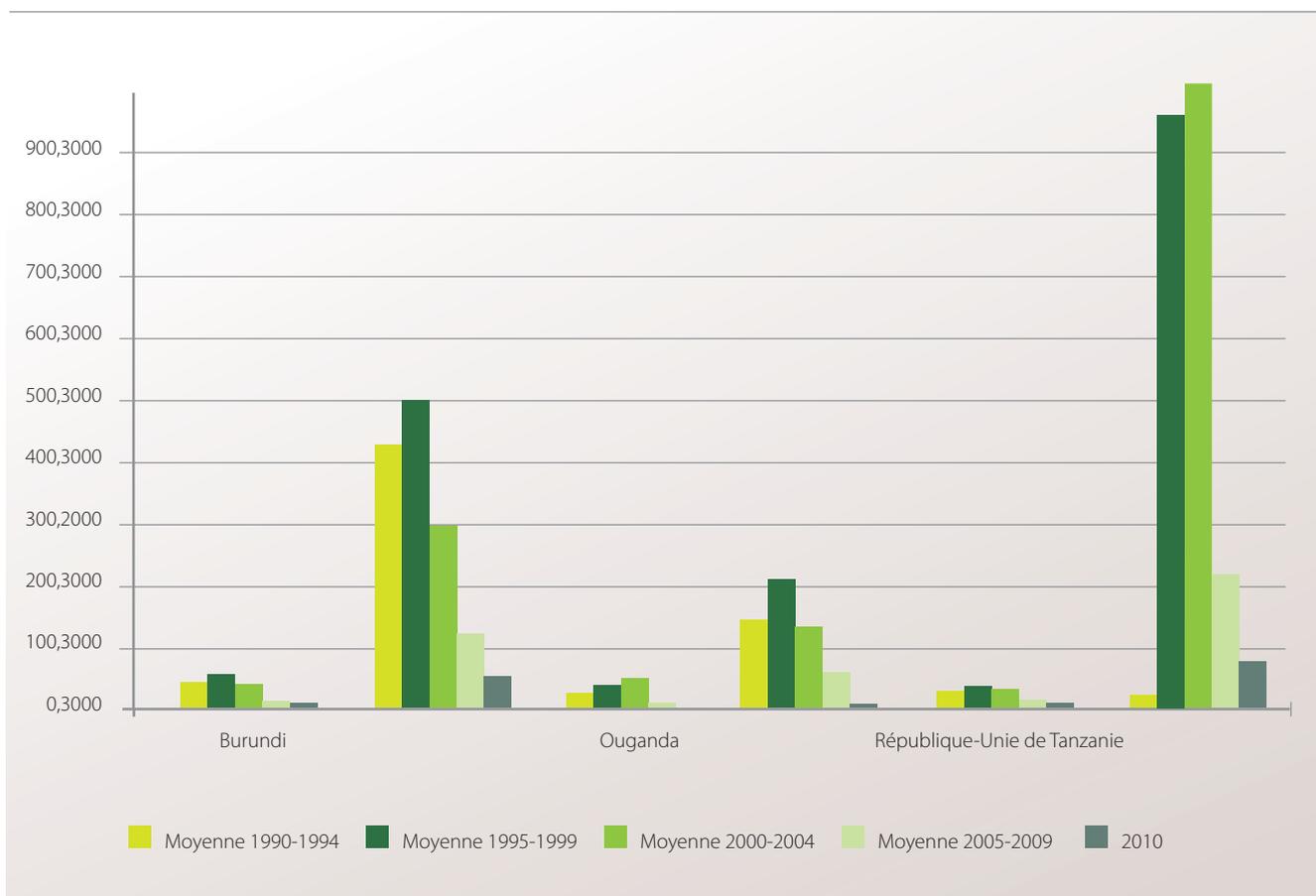
Consommation de l'ensemble des substances appauvrissant l'ozone en tonnes métriques pondérées au Burundi



Source des données : UNSTATS

**Figure 7.6**

Consommation de l'ensemble des substances appauvrissant l'ozone en tonnes métriques pondérées au Burundi et dans EAC



Source: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012

#### d. Proportion des ressources en eau totales utilisées

Cet indicateur mesure le volume total des eaux souterraines et de surface prélevé de leurs sources pour une utilisation humaine (dans les domaines agricoles, domestiques et industriels), exprimé en pourcentage du volume total d'eau disponible annuellement à travers le cycle hydrologique (ressources en eau totales réellement renouvelables). Cet indicateur montre dans quelle mesure les ressources totales en eau renouvelables sont exploitées pour répondre à la demande en eau du pays. Il s'agit d'une mesure de la pression qu'exerce un pays sur ses ressources hydriques et donc sur le caractère pérenne de son utilisation de l'eau

L'une des répercussions qui sera la plus généralisée et potentiellement la plus dévastatrice si l'environnement n'est pas préservé au Burundi et en Afrique de l'Est et Centrale, sera les bouleversements dans la fréquence, l'intensité et la prévisibilité de la pluviométrie. Les changements de la pluviométrie régionale auront à terme une incidence sur la disponibilité de l'eau. Néanmoins, les données disponibles indiquent que les pays enclavés (Rwanda, Burundi) qui sont plus exposés à la rareté de l'eau, ont augmenté de façon substantielle l'utilisation de leurs ressources en eau entre 1990 et 2010. Tous les autres pays utilisent moins de 3 % de leurs ressources au total en eau.

#### e. Proportion des zones marines et terrestres protégées

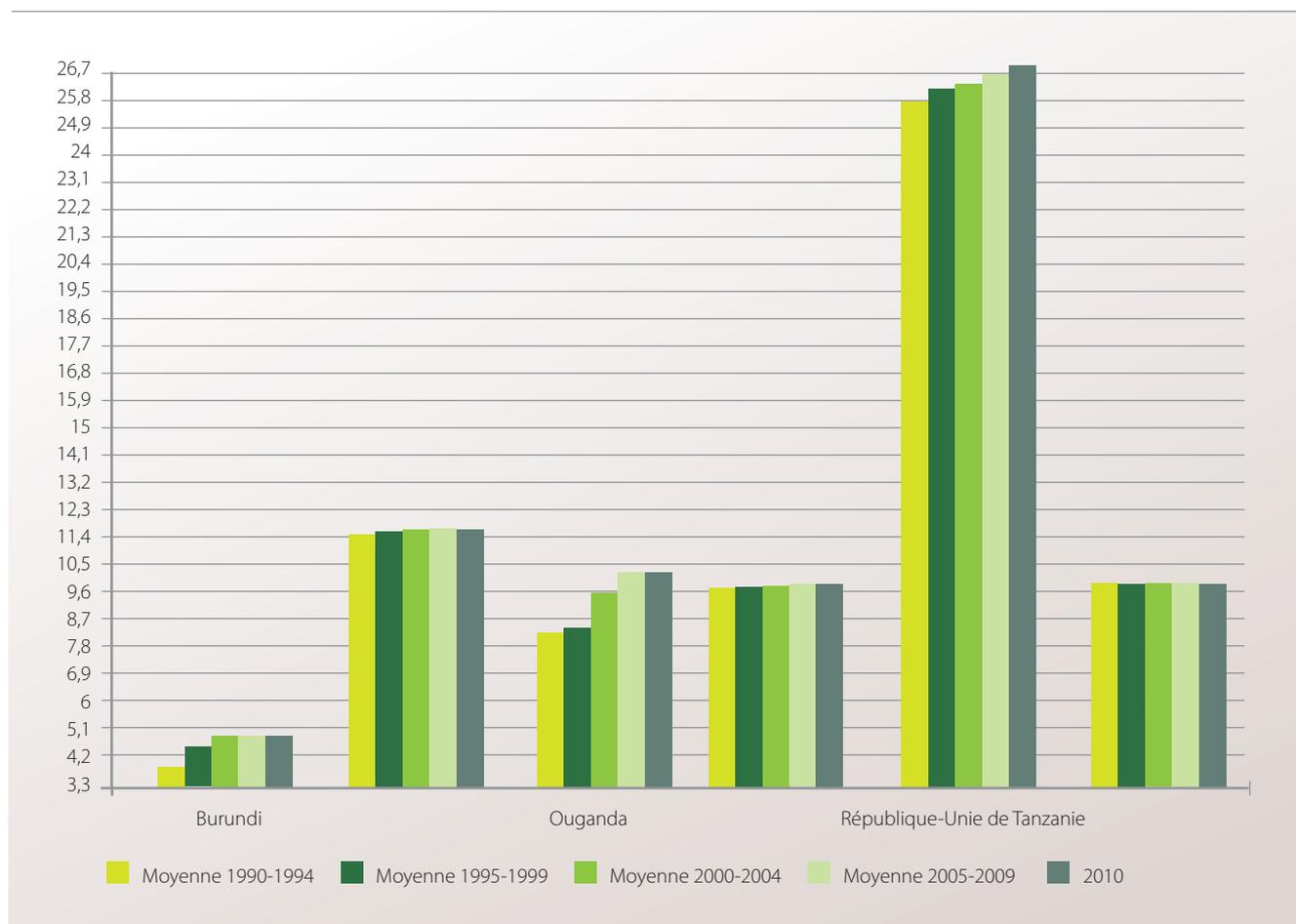
L'Union internationale pour la conservation de la nature (IUCN) définit une zone protégée comme étant un espace géographique, reconnu, consacré à la conservation à long terme de la nature et des écosystèmes et des valeurs culturelles associées, et gérée par des instruments légaux ou d'autres moyens efficaces.

La nécessité impérieuse d'améliorer la gestion et la protection des aires marines apparaît de façon croissante au fur et à mesure que le nombre et l'état de nombreuses réserves halieutiques continue à se détériorer. Il semble évident que la vaste majorité des tentatives de gestion durable des ressources halieutiques fut vouée à l'échec, et de nombreux gestionnaires de ressources se sont mis en quête de solutions alternatives à la stratégie de gestion traditionnelle. Les aires marines protégées sont considérées comme d'importants outils de réduction des risques associés aux méthodes actuelles de gestion des pêcheries. Les aires marines protégées (AMP) sont des zones de l'océan qui sont protégées des différentes activités humaines.

Exception faite du Burundi avec un pourcentage de superficie sous protection autour de 5 % en 2010, les autres pays d'Afrique de l'Est et Centrale retenus dans le cadre de ce rapport à titre de comparaison ont fixé un pourcentage supérieur à l'objectif international de 10 % depuis les années 1990.

Figure 7.7

Aires protégées par rapport à la superficie territoriale totale, pourcentage au Burundi et en Afrique de l'Est et Centrale



Source des données: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012

## 2. Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un système d'assainissement de base

L'accès aux meilleures sources d'eau et au meilleur système d'assainissement est essentiel au développement humain et à la réduction de la pauvreté, et constitue un des déterminants d'une bonne santé.

### a. Proportion de la population utilisant une source d'eau potable

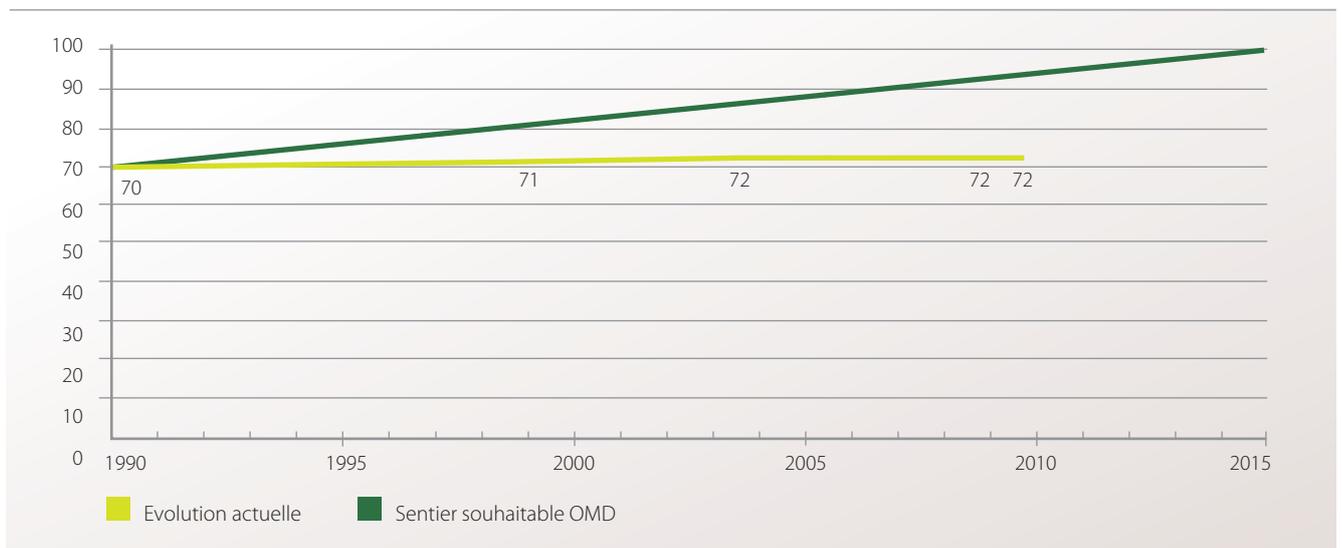
Cet indicateur désigne la proportion de la population ayant accès à une meilleure source d'eau potable située dans une localité ou à

une distance commode de la localité où réside l'utilisateur. Citons parmi les sources d'eau potable : l'eau en bouteille ; l'eau de pluie ; les sources aménagées et puits de forage protégés ; les bornes publiques et les adductions d'eau à domicile.

Au Burundi et en Afrique de l'Est et du Centre, la proportion de la population disposant durablement d'un accès à l'eau potable demeure faible et augmente lentement. Au Burundi, le pourcentage est passé 70 % à 72,5 % en 20 ans. Cependant, au cours de la même période, l'Ouganda est passé de 45 % à 73 %, ce qui est une bonne progression en termes d'accès à l'eau. La RDC, pays le plus peuplé de la sous-région n'a qu'un taux de 45 % de sa population utilisant une meilleure source d'eau potable en 2010.

Figure 7.8

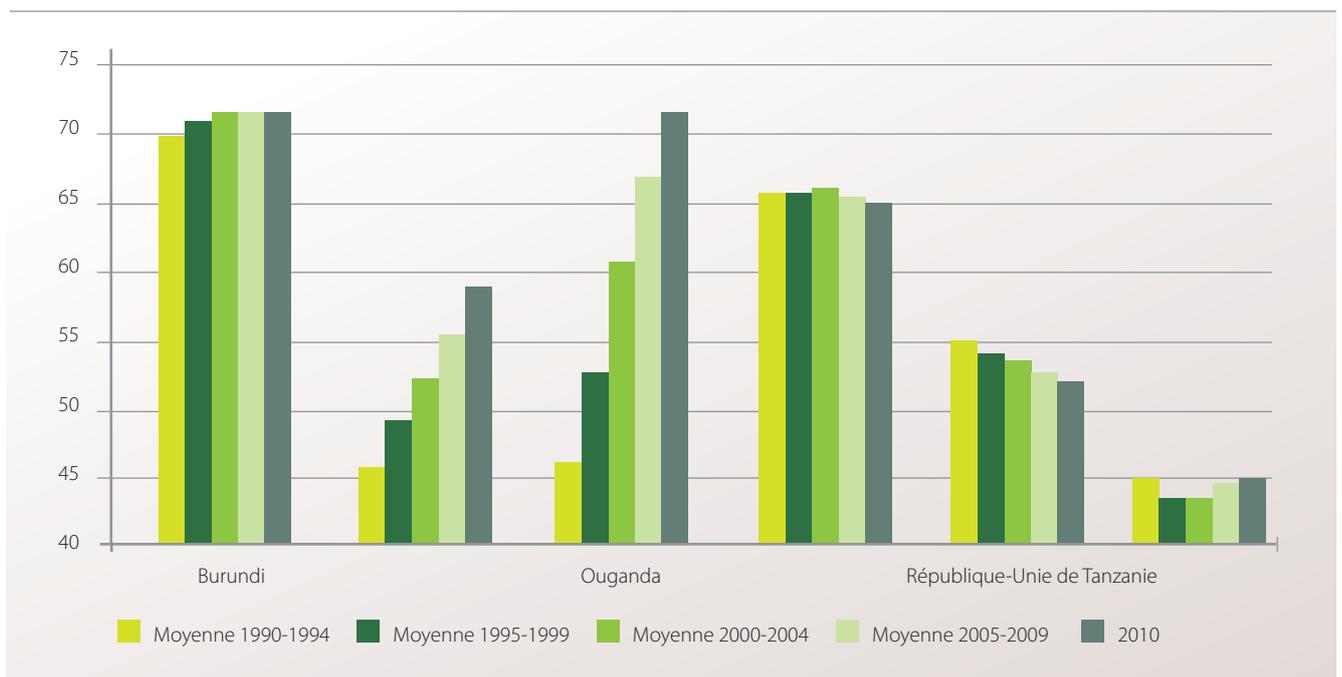
Aires protégées par rapport à la superficie territoriale totale, pourcentage au Burundi et en Afrique de l'Est et Centrale



Source des données: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012

Figure 7.9

Proportion de la population utilisant de sources d'eau potable au Burundi et dans EAC



Source des données: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012

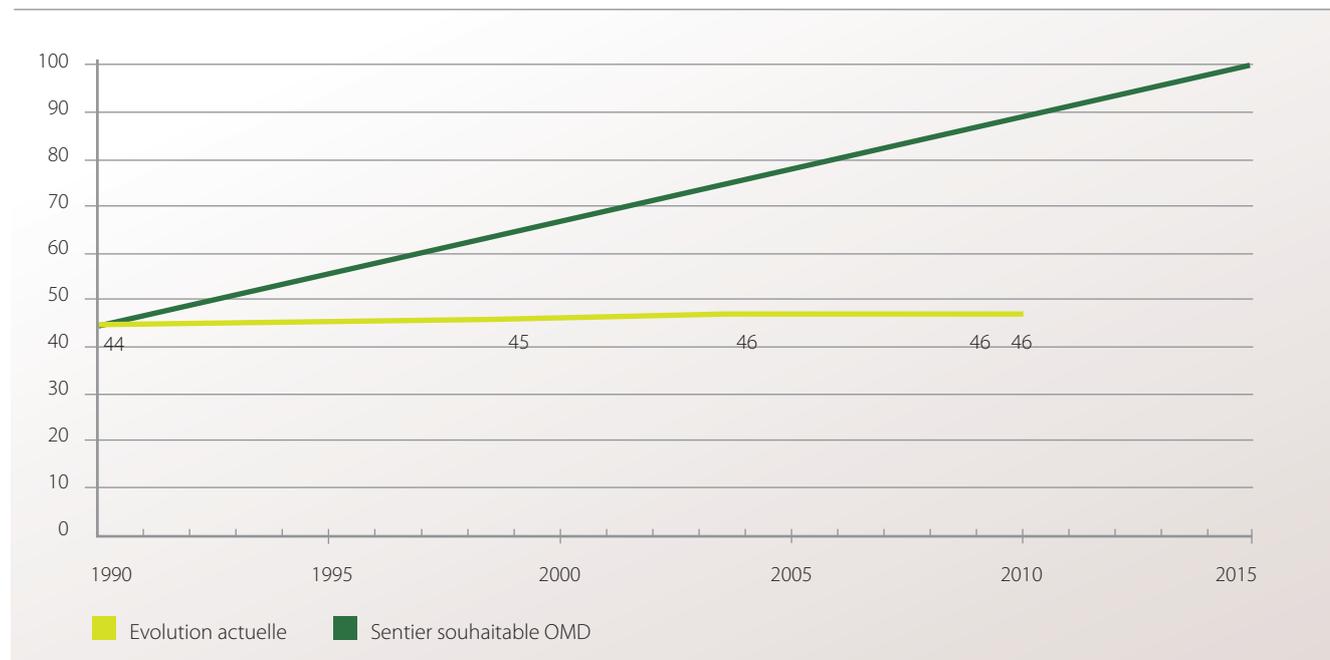
### a. Proportion de la population utilisant un meilleur système d'assainissement

La fourniture d'un système adéquat d'assainissement est indispensable pour réduire la pauvreté, protéger la santé humaine et l'environnement. Cet indicateur suit les progrès réalisés en matière d'accès de la population aux systèmes d'assainissement, un service

social essentiel de base. L'accès à des systèmes adéquats d'évacuation des excréta est fondamental pour réduire les risques des maladies y associées. Si on le ventile en fonction de critères géographiques (par zones rurales/urbaines) ou par critères socioéconomiques, cet indicateur fournit des preuves tangibles d'inégalités (UNSD, 2011).

Figure 7.10

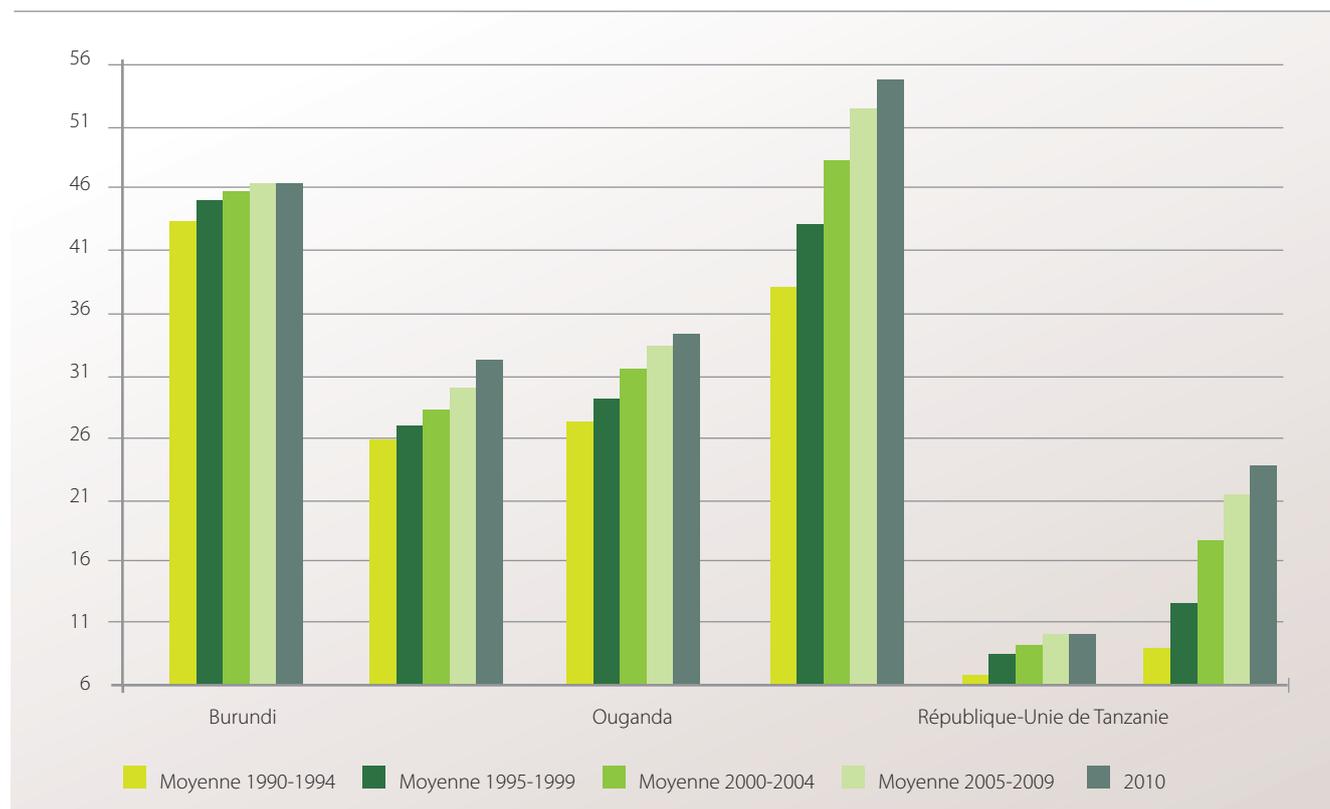
Proportion de la population utilisant un meilleur système d'assainissement



Source des données: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012

Figure 7.11

Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées



Source des données: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012

Au Burundi, les données montrent que la proportion de la population utilisant un meilleur système d'assainissement est restée stagnante autour de 46 % entre 1990 et 2010. La situation est alarmante en Tanzanie, RDC, Kenya et Ouganda où les taux en 2010 sont respectivement autour 10 %, 22 %, 30 % et 32 %.

### 3. Réussir à améliorer sensiblement, d'ici 2020, la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

Les Nations Unies ont défini le pourcentage des populations urbaines vivant dans les taudis comme étant la proportion de la population urbaine à qui fait défaut au moins l'une des cinq conditions de logement ci-après : *manque d'accès à une eau meilleure; manque d'accès à des systèmes d'assainissement améliorés ; surface d'habitation suffisante, non surpeuplée; qualité/caractère durable des habitations et sécurité de l'occupation.*

Il s'agit d'un indicateur clé qui mesure l'adéquation du logement. Le surpeuplement, l'inadéquation du logement, le manque d'eau et d'assainissement sont des manifestations de la pauvreté. Ils privent les résidents de leurs droits humains, sont associés à certaines catégories de risques de santé et sont souvent préjudiciables au développement futur. Un accroissement de cet indicateur est signe de détérioration des conditions de vie dans les zones urbaines. La ventilation de cet indicateur par type d'états des logements fournit davantage d'information encore sur la gravité des mauvaises conditions de vie (UNSD, 2011)

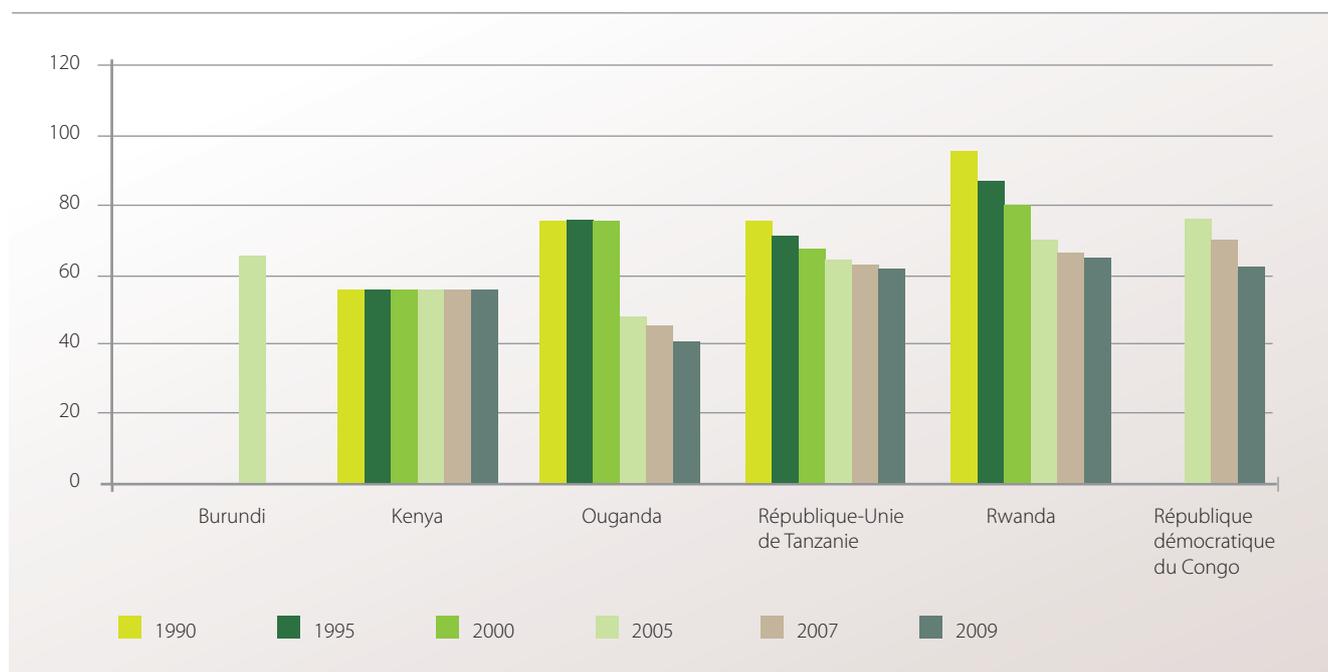
Les estimations disponibles montrent que la proportion des burundais vivant dans les bidonvilles se situait autour de 64,3 % en 2005. Les performances dans les autres pays se situent autour du même niveau, exception faite du Kenya avec un taux stagnant autour de 54,7 % depuis 20 ans.

Dans l'ensemble, le rôle déterminant de l'environnement dans la réalisation des autres OMD exige des pays africains qu'ils intègrent les principes d'environnement durable dans leurs politiques et programmes. Ainsi, les pouvoirs publics dans tous les pays devraient accorder une proportion importante du budget national à la préservation de l'environnement au lieu d'attendre continuellement les financements extérieurs. En plus, il est important que les programmes nationaux et sous-régionaux de préservation de l'environnement intègrent en même temps le souci de créer des emplois verts pour les jeunes.

La communauté internationale, pour sa part, devrait adopter des mesures hardies en vue de la gestion durable de la biodiversité, en tant que vecteur de développement durable. A cet égard, il y a lieu de regretter que les engagements pris par les pays développés dans le cadre de l'Accord de Copenhague du 18 décembre 2009, d'octroyer des fonds à hauteur de 30 milliards de dollars américains pour la période 2010-2012 en équilibrant les affectations de fonds entre les mesures d'adaptation et celles d'atténuation ne soient pas tenus. L'autre engagement des pays développés relatif à la mobilisation d'une enveloppe de 100 milliards de dollars américains par an à l'horizon 2010 afin de faire face aux besoins des pays en développement qui était une occasion pour les pays d'Afrique d'accélérer la mise en œuvre de l'OMD 7 n'a également pas été tenu.

Figure 7.12

Population des bidonvilles en pourcentage de la population urbaine



Source des données: Division des statistiques des Nations unies - indicateurs du millénaire, 2012





# Chapitre 8

## METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT



L'approche préconisée pour financer les OMD induit des niveaux de dépenses publiques élevés jusqu'à l'horizon 2015. Cette approche consiste en l'estimation des dépenses nécessaires à la réalisation des cibles des OMD dans chaque secteur, puis une agrégation au niveau national et le calcul du déficit de financement à combler grâce au financement externe en vue d'atteindre lesdites cibles. Les estimations du coût budgétaire obtenues grâce à cette approche varient considérablement, mais elles débouchent toutes sur un constat largement partagé, à savoir une importante augmentation du budget de l'Etat. Dans ces conditions, la question qu'il convient de se poser est de savoir dans quelle proportion les gouvernements devraient accroître les programmes de dépenses et d'où devraient provenir les fonds nécessaires. Il s'en suit que, compte tenu de la situation précaire des pays pauvres et des ambitions affichées par les OMD, leur réalisation requiert une mobilisation accrue des ressources internes, mais surtout des apports extérieurs encore plus substantiels. Les dernières estimations des Nations Unies tablent sur un financement externe de 75 milliards de dollars par an pour la réalisation des OMD à l'horizon 2015 dans les pays en développement.

La mobilisation des ressources internes essentiellement à travers l'effort fiscal et l'emprunt national est restée très insuffisante par rapport aux besoins de financement du développement en Afrique en général et au Burundi en particulier. Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer cette situation. Elles vont de la faiblesse de la pression fiscale et celle de l'épargne aux modalités de sa mobilisation.

En effet, les recettes fiscales en tant que sources principales de revenus de l'Etat, ne peuvent être mobilisées à la mesure des ambitions des OMD, comme l'indique le niveau moyen de la pression fiscale qui est resté autour de 25 % du PIB dans l'ensemble de la sous région EAC. Ce ratio bien que supérieur à la moyenne africaine, qui se situe autour de 22 % du PIB ; hormis l'Afrique du Sud, et de l'ordre de 16 % du PIB pour le reste de l'Afrique subsaharienne, reste inférieur à celui observé dans les pays développés. A titre de comparaison, dans l'OCDE, les recettes fiscales représentaient environ 32 % du PIB en 2002 (CNUCED, 2007). En général, les efforts de recouvrement des recettes se heurtent à la fraude et à l'évasion fiscale que beaucoup de pays n'arrivent pas à juguler. Le Burundi quant à lui continue avec les efforts entrepris à travers les réformes législatives (Cours anticorruption, cours des comptes, lois anti blanchiment et les réformes administratives et fiscales).

C'est donc au regard de la faiblesse des ressources mobilisables au niveau national que les OMD prônent le renforcement du partenariat mondial pour le développement basé sur un système commercial et financier international ouvert, et la priorité aux besoins particuliers des pays les moins avancés et des Etats insulaires en développement. Il s'agit notamment d'accroître l'aide et d'améliorer son efficacité par sa bonne utilisation et le ciblage des couches vulnérables ; de prendre des mesures propres à assurer la viabilité à long terme de l'endettement de ces pays ; et de faciliter l'accès de leurs produits aux marchés mondiaux. Le partenariat envisagé propose également une coopération internationale en faveur des pays pauvres pour la promotion des

emplois décents pour les jeunes, la disponibilité des médicaments essentiels à prix abordables, et l'accès aux nouvelles technologies, celles de l'information et de la communication en particulier. Par ailleurs, des efforts en matière de bonne gouvernance seront nécessaires à l'amélioration et à l'utilisation des apports extérieurs.

## 1. Aide publique au développement

Pour réaliser les OMD, la communauté internationale appelle à l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse et consistante aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté

### 1.1. Engagements de Bruxelles, Monterrey et Gleneagles

Après la Déclaration du Millénaire, plusieurs promesses d'accroissement de l'APD ont été formulées par les pays développés.

Déjà en 2001, à Bruxelles, lors de la Conférence des Nations Unies pour les Pays les Moins Avancés (PMA), les membres du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economiques (OCDE) s'étaient engagés à consacrer 0,15 à 0,20 % de leur Produit National Brut (PNB) à l'aide au développement des PMA.

Ensuite, en 2002, dans le cadre du Consensus de Monterrey sur le financement du développement, les pays développés avaient confirmé la promesse faite en 1970 de consacrer 0,7 % du Revenu National Brut (RNB) à l'aide au développement, tandis que l'Union Européenne (UE), qui fournit plus de la moitié de cette APD au niveau mondial, avait décidé d'une augmentation à hauteur de 0,39 % du RNB avant 2006.

Un peu plus tard en 2005, au Sommet du G8 à Gleneagles, les membres du CAD s'étaient engagés à accroître l'APD annuelle de 50 milliards (en dollars de 2004) avant 2010. De plus, l'UE avait annoncé qu'elle porterait l'APD à 0,7 % du RNB d'ici à 2015, tandis que les quinze pays de l'UE membres du CAD, s'étaient fixés l'ambitieux objectif de consacrer au minimum 0,51 % de leur RNB à l'APD en 2010.

En termes absolus, d'après les calculs du Secrétariat de l'OCDE, ces diverses promesses impliquaient que l'APD émanant de l'ensemble des membres du CAD soit portée d'environ 80 milliards de dollars à près de 130 milliards de dollars en 2010.

## 1.2. Situation de l'APD des pays de l'OCDE au niveau global en fin 2011

Il y a lieu de reconnaître que des progrès notables ont été enregistrés au niveau de l'APD, même si en 2009 la crise financière a ralenti les montants d'aide en provenance de l'UE. En effet, en termes absolus, les apports nets d'APD consentis par les pays membres du CAD ont totalisé 128,5 milliards de dollars en 2010, soit 6,3 % de plus qu'en 2009. Ce chiffre est le montant d'APD le plus élevé jamais enregistré en termes réels<sup>11</sup>.

Comme l'indique le graphique 8.1 qui suit, en 2010, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne et le Japon ont été les principaux contributeurs en termes de volume. Les pays de l'UE qui sont membres du CAD ont fourni au total 69,7 milliards de dollars, ce qui représente 54 % de l'APD nette totale versée par les donateurs appartenant au CAD. Entre 2009 et 2010, les augmentations de l'APD les plus importantes en termes réels ont été enregistrées par la Belgique, le Canada, la Corée, le Portugal et le Royaume-Uni. Sur la base des engagements actuels, l'OCDE estime que l'UE aura contribué à hauteur de 76 % à l'augmentation de l'APD entre 2008 et 2010.

Figure 8.1

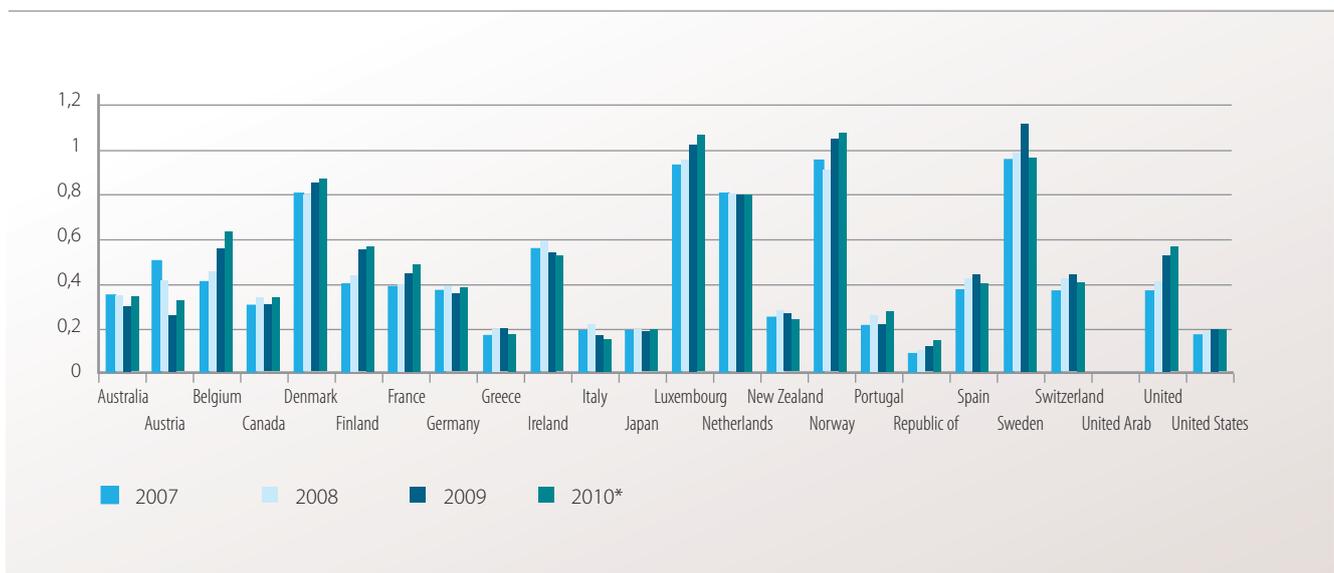
APD nette des pays membres du CAD en millions de dollars (constants 2009)



Source : OCDE, 2011

Figure 8.2

APD nette des pays membres du CAD rapportés au RNB



Source : OCDE, 2011

<sup>11</sup> L'ONU estime toutefois qu'un supplément de 21 milliards de dollars était nécessaire pour que les engagements de Gleneagles en termes d'APD annuelle soient atteints en 2010 (148,5 milliards de dollars courants).

En termes relatifs, l'APD nette a représenté en 2010, 0,32 % du RNB cumulé des membres du CAD, s'établissant ainsi au niveau record déjà atteint en 2005 depuis 1992. Comme indiqué dans le graphique 8.2 ci-dessus, les pays suivants de l'UE ont fait mieux que l'objectif de 0,51 % fixé en 2005 à Gleneagles : la Belgique (0,64 %), le Danemark (0,91 %), la Finlande (0,55 %), l'Irlande (0,52 %), le Luxembourg (1,05 %), la Norvège (1,10 %), les Pays-Bas (0,81 %), le Royaume-Uni (0,57 %) et la Suède (0,97 %). La France y est presque parvenue, avec un rapport APD/RNB de 0,50 %, tandis que d'autres pays n'y sont pas parvenus : l'Allemagne (0,39 %), l'Autriche (0,32 %), l'Espagne (0,43 %), la Grèce (0,17 %), l'Italie (0,15 %) et le Portugal (0,29 %).

Au regard du graphique ci-dessus, il est important de relever qu'à fin 2010, seuls le Danemark, la Finlande, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Suède avaient dépassé la cible de 0,7 % du RNB fixée par l'Assemblée Générale de l'ONU en 1970.

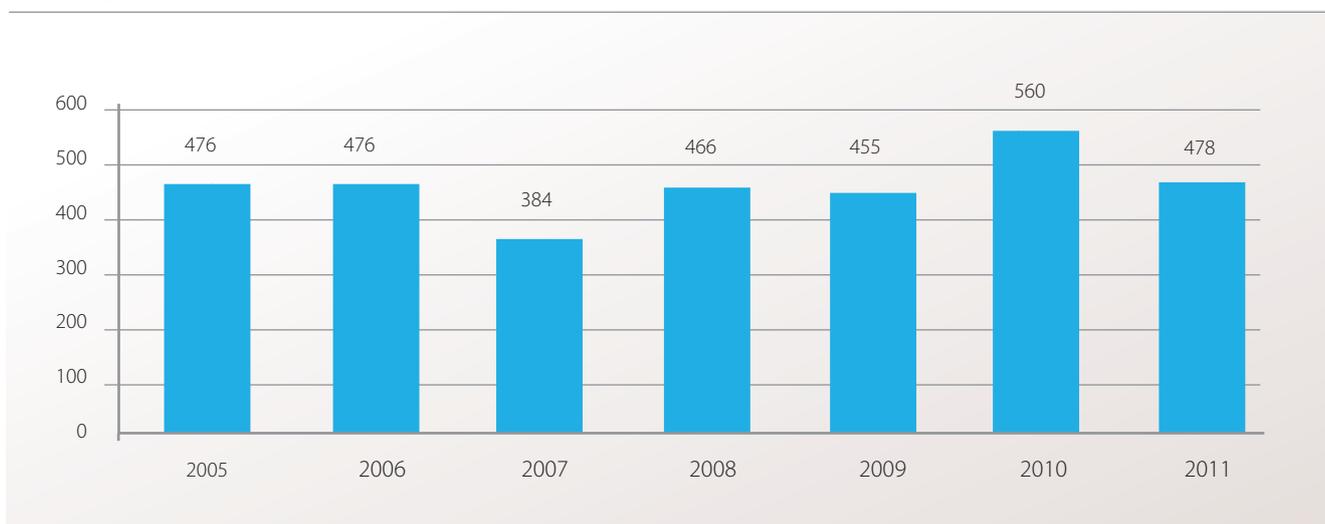
### 1.3. Evolution de l'APD au Burundi

L'aide publique au développement présente des avantages certains pour le Burundi. Elle permet de prendre en charge les dépenses sans compromettre la solvabilité de l'Etat, en particulier les dépenses d'éducation, de santé et d'infrastructures sociales qui constituent le socle des OMD, et qui ne peuvent pas être financées aux conditions du marché en raison de leur faible rentabilité financière. Mais elles induisent des charges de contre partie ou des coûts récurrents dont il faut tenir compte dans la programmation budgétaire.

Cependant, malgré la tendance à la hausse des dernières années, le flux de l'APD ne semble pas être à la hauteur des ambitions des OMD au Burundi. A titre illustratif, le volume de l'aide bilatérale des pays membres du CAD a eu une évolution irrégulière entre 2005-2010 à une moyenne de 7,3 % du volume total reçu par les pays de la CEEAC (OCDE, 2011). Cette irrégularité s'observe également au niveau du volume global d'aide octroyée comme l'indique la figure ci-dessous.

Figure 8.3

Evolution générale du volume de l'aide



Source : Aid Management Platform (AMP)

#### 1.4. Efficacité de l'APD octroyée au Burundi

La Déclaration de Paris de 2005 a marqué un tournant dans la coopération pour le développement en attestant d'une prise de conscience du fait que des efforts considérables sont indispensables, de la part des donateurs comme des pays bénéficiaires pour faire en sorte que l'aide contribue efficacement à la réalisation des objectifs de développement, à commencer par celle des OMD. Considérant qu'il est impératif d'apporter la preuve que des progrès tangibles sont réalisés sur le terrain, les participants au Forum de 2005 avaient décidé de procéder à une évaluation périodique de leurs progrès mutuels au niveau national dans la mise en œuvre des engagements convenus.

En ce qui concerne le Burundi, il y a lieu de rappeler que les performances affichées dans le cadre de la première enquête réalisée par l'OCDE en 2008 avaient été jugées décevantes au regard des résultats obtenus dans le cadre des 12 indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris convenus en 2005<sup>12</sup>.

La seconde phase de l'évaluation de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris a été marquée en 2011 par un deuxième exercice de suivi visant à faire le point des progrès accomplis de manière globale. Le tableau ci-après présente les données obtenues par le Burundi.

Les différents indicateurs de suivi se présentent comme suit :

**Tableau 8.1**

Résultats obtenus par le Burundi dans le cadre de la seconde enquête sur l'efficacité de l'APD

Indicateur 1	D
Indicateur 2a	3
Indicateur 3	52 %
Indicateur 4	53 %
Indicateur 5a	23 %
Indicateur 5b	31 %
Indicateur 6	84 %
Indicateur 7	48 %
Indicateur 8	90 %
Indicateur 9	49 %
Indicateur 10a	14 %
Indicateur 10b	33 %
Indicateur 11	D
Indicateur 12	non

• L'indicateur 1 évalue le caractère opérationnel de la stratégie de développement du pays sur une échelle allant de A à E, A représentant la meilleure note<sup>13</sup>.

• Les indicateurs 2 à 8 visent à mesurer le degré de cet alignement, sachant que pour que l'aide soit efficace, il est nécessaire qu'elle soit alignée avec les stratégies de développement nationales.

• L'indicateur 9 mesure la part relative de l'aide versée au secteur public dans le cadre d'approches fondées sur des programmes. L'objectif général pour 2010 est que 66 % de l'aide au secteur public soient assurés par le biais de cadres communs fondés sur des programmes.

• Les indicateurs 10 a et 10 b mesurent respectivement la proportion de missions sur le terrain effectuées conjointement et la part des travaux d'analyse par pays menés conjointement ou donnant lieu à une coordination. Les objectifs pour 2010 sont de 40 % pour les missions conjointes et 66 % pour les travaux d'analyse conjoints.

• L'indicateur 11 évalue l'existence dans les pays bénéficiaires de cadres d'évaluation des performances. Cet indicateur se répartit en cinq catégories qualitatives allant de A à E.

• L'indicateur 12 renvoie plus spécifiquement à la responsabilité mutuelle portant sur l'exécution des engagements de partenariat pris dans la Déclaration de Paris et des accords éventuellement conclus à l'échelon local concernant l'amélioration de l'efficacité de l'aide.<sup>14</sup>

Le déliement de l'APD (indicateur 8) et, dans une moindre mesure, l'estimation budgétaire de l'APD versée par les donateurs (indicateur 3) ainsi que la coordination de la coopération technique avec les programmes nationaux constituent les seuls domaines où des progrès sont notables au Burundi. En effet, le pays affiche une part de l'aide non liée autour de 90 % et en progression par rapport à 2005. En outre, il est constaté un assez bon rapport de l'aide dans le budget du pays.

Pour tous les autres indicateurs, les résultats sont aussi faibles qu'en 2008. Par exemple : i) il ressort de l'analyse que le Burundi n'est pas doté d'une meilleure stratégie de développement opérationnelle ; ii) la qualité des systèmes nationaux de gestion des finances publiques n'est pas jugée suffisante pour que les donateurs puissent se fixer des objectifs chiffrés quant à leur utilisation ; iii) la faible utilisation des systèmes nationaux par les donateurs traduit l'insuffisante fiabilité des systèmes d'exécution du budget, de reddition des comptes, de contrôle financier et de passation des marchés ; iv) la part de l'aide versée au secteur public assurée par le biais du cadre commun fondé sur des programmes n'atteint ni ne dépasse l'objectif de 66 % de la Déclaration de Paris ; v) le degré de coordination des bailleurs avec les autorités nationales et entre eux pour effectuer des missions sur le terrain et conduire des analyses demeure à un niveau faible.

12 CEA (2010) : Rapport 2010 de la CEA sur la mise en œuvre des agendas internationaux.

13 Cet indicateur vise à évaluer dans quelle mesure un pays receveur a adopté des stratégies nationales de développement qui ont des priorités stratégiques claires se rattachant à un cadre de dépenses à moyen terme et comptabilisées dans les budgets annuels.

14 Cet indicateur vise à évaluer dans quelle mesure sont entreprises des évaluations mutuelles (donneurs et receveurs) des progrès accomplis dans l'exécution des engagements souscrits concernant l'efficacité de l'aide, notamment ceux qui figurent dans la Déclaration de Paris.

Sur cette question de l'efficacité de l'aide, il y a lieu de noter la controverse qui existe à l'heure actuelle autour du bien-fondé de l'aide budget par rapport à l'aide projet. Certaines institutions comme la Commission de l'Union Européenne et la Commission de l'Union Africaine estiment en effet que l'appui budgétaire est la modalité d'aide au développement la plus adaptée pour répondre aux engagements de la Déclaration de Paris. Plusieurs arguments sont avancés pour étayer cette thèse : 1) l'appui budgétaire qui est directement fourni aux gouvernements partenaires, s'intègre dans leurs propres systèmes d'allocation, de passation de marchés et de comptabilité, et permet donc un alignement avec les procédures du pays partenaire (qui concerne sept des douze indicateurs de progrès), à la différence de l'aide projet où les fonds d'aide au développement sont utilisés pour des projets spécifiques, mis en œuvre avec des procédures propres aux donateurs qui en gardent le contrôle du financement ; 2) l'appui budgétaire apporte des ressources au budget de l'État dans son intégralité, ce qui aide le pays à répondre à ses besoins d'investissement mais aussi de fonctionnement, tandis que l'aide au projet ne finance, en général, que des appuis institutionnels ou des investissements ; 3) la fourniture d'un appui budgétaire est

moins coûteuse en termes de temps et d'argent que celle d'une aide au projet ; 4) l'aide budgétaire augmente aussi l'échelle des résultats par comparaison avec l'aide au projet, ce qui accroît par conséquent l'efficience en termes de lutte contre la pauvreté, et ce, dans l'optique d'atteindre les OMD ; 5) l'aide budgétaire augmente la responsabilité interne du gouvernement du pays bénéficiaire qui doit rendre compte à ses propres instances (Parlement, Cour des Comptes, Société Civile, ..) de la manière dont il affecte l'aide budgétaire.

Certains pourfendeurs de l'aide budget font valoir que les services publics ne sont pas toujours aussi bien organisés dans les pays en développement, ce qui se traduit par un risque accru de mauvaise gestion financière des ressources publiques.

Au Burundi, il apparaît clairement que l'aide budget ne constitue pas le principal instrument de l'aide des partenaires au développement surtout avec la transition de l'humanitaire vers le développement. Il ressort en effet de la dernière étude menée par l'OCDE que la part de l'aide fournie sous forme de soutien budgétaire ou d'autres formes d'aide-programme en 2011 est restée autour de 49 % pour le Burundi.

## 2. Investissements directs étrangers

### 2.1. Evolution récente des IDE au niveau mondial

L'Investissement Direct Etranger (IDE) est aujourd'hui mondialement reconnu comme un élément moteur de croissance économique. Au-delà du transfert de capitaux, l'IDE est la source de multiples avantages dont notamment la création d'emplois, le transfert du Know How et de nouvelles technologies, la contribution à la formation de marchés de capitaux, l'amélioration de la compétitivité du pays récipiendaire et son ouverture aux marchés internationaux, le renforcement des capacités industrielles à long terme, etc.. Le niveau d'IDE constitue donc un bon paramètre pour mesurer la compétitivité d'un pays et son intégration dans le marché et l'économie mondiale.

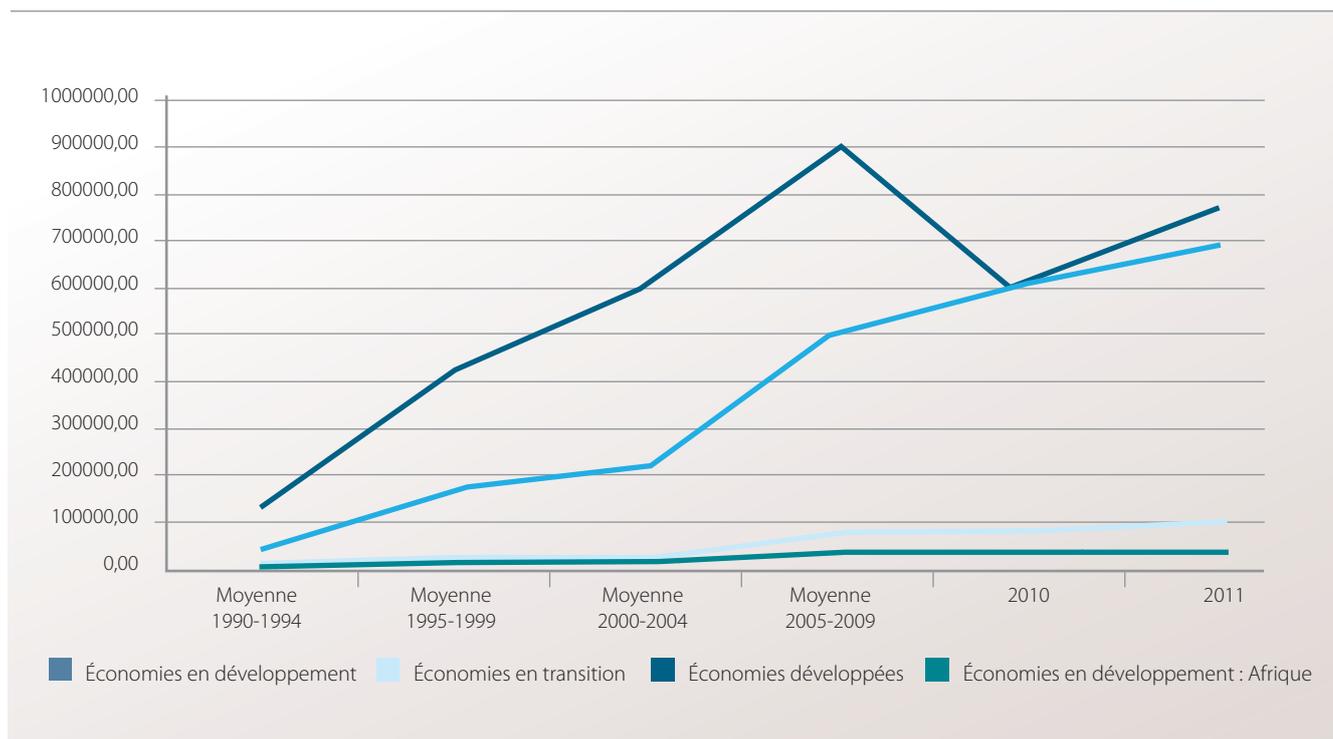
En se référant aux statistiques de la CNUCED et à son *World Investment Report 2012*, on constate que les flux annuels d'investissements étrangers ont beaucoup augmenté depuis les années 1990. Alors qu'ils ne représentaient que 207 milliards de dollars en 1990, ils ont monté progressivement d'année en année jusqu'au pic de 2007 qui a culminé à 1790 milliards de dollars, avant de descendre à 1197 milliards en 2009 suite à la crise économique et financière. Une reprise à la hausse a été observée en 2010 et 2011 avec respectivement un

total d'IDE de 1309 et 1524 milliards. Le graphique N°1 ci-après donne quelques indications sur l'évolution des IDE depuis les années 1990. La CNUCED prévoit que les flux d'IED continueront à se redresser, pour atteindre 1700 milliards de dollars en 2012, puis 1900 milliards de dollars en 2013, correspondant au niveau record atteint en 2007.

Parmi les facteurs qui concourent à l'attraction des IDE, ledit rapport souligne le rôle capital que joue l'Etat en tant que responsable de la création de l'environnement incitatif à travers notamment la mise en place d'une économie de marché caractérisée par le libre échange et d'un système judiciaire et de gouvernance sain ; l'équilibre et la stabilité du cadre macroéconomique et une fiscalité incitatif; des politiques et stratégies industrielles et commerciales qui encouragent l'intégration des compagnies nationales dans les chaînes de valeurs mondiales ; d'un cadre juridique et institutionnel favorable et solide, ainsi que des institutions nationales capables de promouvoir l'investissement et d'attirer des Sociétés Transnationales (STN) partenaires ; le renforcement du pouvoir de négociation des entreprises partenaires locales, en garantissant des conditions de concurrence équitables et en protégeant les droits des travailleurs et l'environnement ; l'amélioration de l'éducation et le développement de l'entrepreneuriat.

Figure 8.4

Evolution des IDE des principales économies dans le monde (en millions de dollars américains)



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

## 2.2. Evolution récente des IDE en Afrique

L'Afrique est de loin le continent qui attire le moins les Flux d'investissements étrangers malgré les progrès réalisés en termes absolus depuis les années 1990. A titre d'exemple, pour les années 2010 et 2011, l'Afrique n'a attiré respectivement que 3,3 % et 2,8 % du total des IDE, alors que les économies en développement ont totalisé respectivement 47,1 % et 44,9 %. Sur les deux années, un petit pays comme Singapour a attiré plus d'investissement que tout le continent africain (respectivement 108 % et 150 % par rapport aux IDE de l'Afrique). Il faut noter que Singapour a été classé premier sur 183 pays dans le rapport Doing Business 2012 de la Banque mondiale et qu'il est à la cinquième place sur 182 pays dans le Rapport 2011 de Transparency International qui classe les pays suivant leur « corruption perception index ».

A l'intérieur de l'Afrique, c'est le Nigeria, l'Egypte et l'Afrique du Sud qui ont attiré le plus d'investissement au cours des dix dernières années. Le poids de la Communauté des Etats de l'Afrique de l'Est (CAE) est très faible puisque pour les années 2010 et 2011 il ne représente respectivement que 4,1 % et 5,5 % des flux d'IED en Afrique, et seulement 29,3 % et 26,1 des IDE du Nigeria.

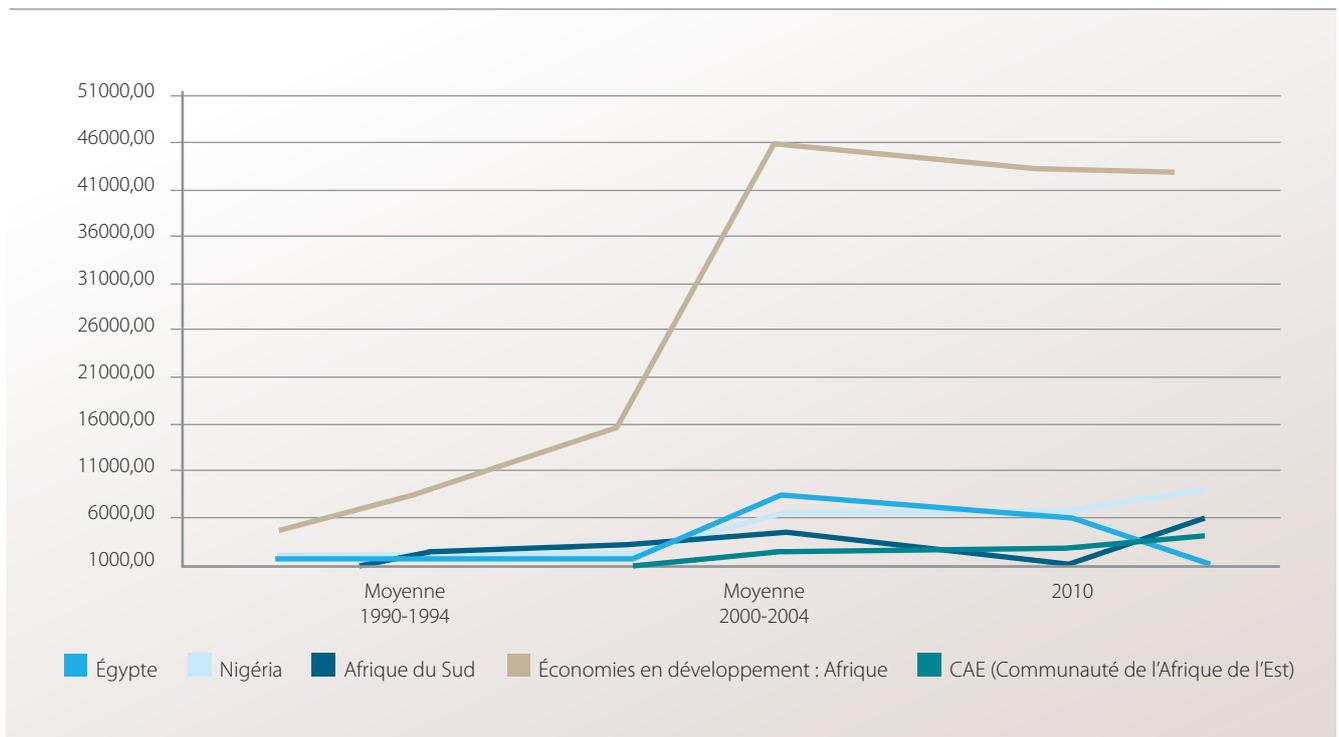
## 2.3. Situation des IDE au Burundi

Le Burundi est de loin le pays le moins performant au niveau de la Communauté des Etats de l'Afrique de l'Est. Alors que les autres pays ont enregistré des progrès incessants depuis les années 2000 comme le montre le graphique ci-dessous, le Burundi est resté avec des flux annuels inférieurs à 2 millions de dollars par an mis à par les pics de 2000 et 2008 qui ont enregistré respectivement 11,7 milliards et 3,8 milliards.

Un pays comme le Rwanda qui présente les caractéristiques similaires que celles du Burundi a enregistré respectivement 42 et 106 milliards d'IED respectivement en 2010 et 2011, alors que le Burundi n'a réalisé que 0,8 et 1,8 sur les mêmes années (voir graphique).

Figure 8.5

Evolution des IDE pour les principaux pays d'Afrique (en millions de dollars américains)



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

Comme indiqué plus haut, les Investisseurs s'installent là où il y a un environnement attractif caractérisé par la sécurité, la bonne gouvernance, le moins de tracasserie, de bureaucratie et de corruption et une justice efficace pour protéger leurs contrats. Ils ont également besoin d'infrastructures de qualité (routes, énergie, télécommunications, etc..) pour optimiser leurs coûts de production. L'expérience des pays aussi divers que Singapour, l'Ile Maurice, la Chine et le Costa Rica suggère que là où l'environnement est positif, les IDE affluent et contribuent à une croissance soutenue.

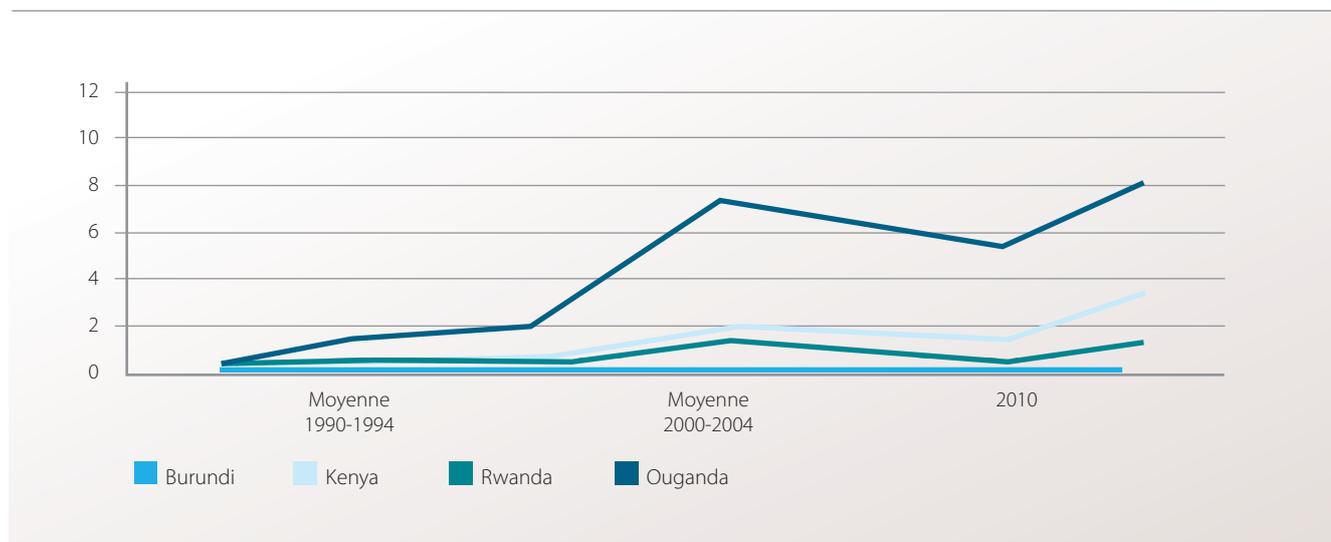
Si on se réfère à l'étude sur l'Examen de la Politique d'Investissement au Burundi réalisée par la CNUCED en 2010, on remarque que le Burundi reste en retard par rapport aux autres pays de la

Communauté Est Africaine (EAC) dans la mesure où son stock total d'IED en 2008 est estimé à 48 millions de dollars représentant 4,4 % du PIB alors que pour l'ensemble des pays de l'EAC, le stock pour la même année (13 185 millions américains) représente en moyenne 19,3 % du PIB. En 2006-2008, les flux d'IED représentaient 0,04 dollar par habitant au Burundi alors qu'ils représentaient 11,2 en moyenne pour les pays de l'EAC.

On constate également que le Burundi enregistre des bonnes performances en ce qui concerne l'environnement des affaires si on se réfère aux derniers rapports de Doing Business et de Transparency International.

**Figure 8.6**

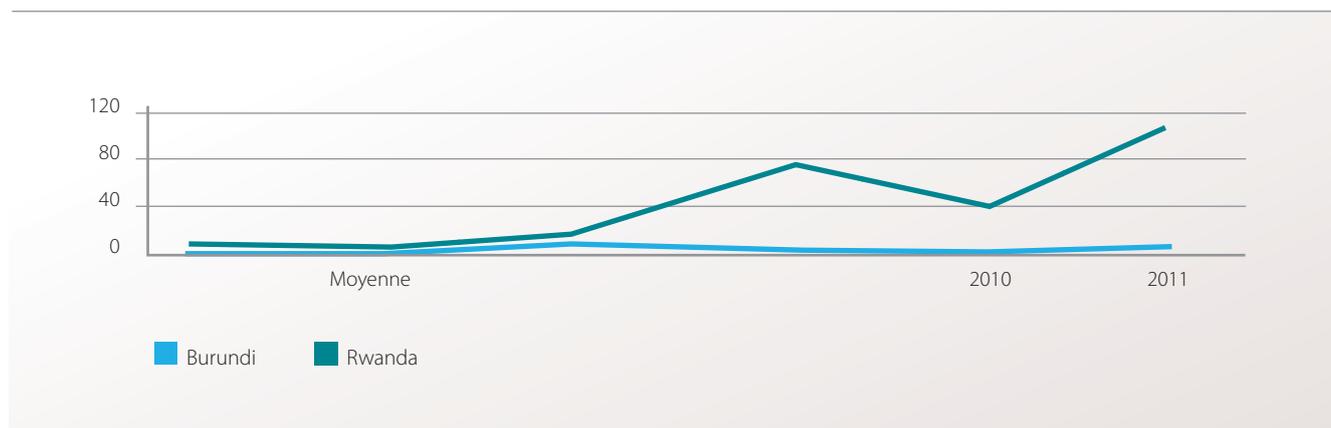
Evolution des Investissements Directs Etrangers au sein de l'EAC (en centaines de millions de dollars)



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

**Figure 8.7**

Evolution des Investissements Directs Etrangers au Burundi et au Rwanda (en millions de dollars américains)



Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

Pour attirer davantage d'IDE, le Burundi a donc besoin d'améliorer sensiblement le climat des affaires à travers notamment la consolidation de la paix et de la stabilité politique, la poursuite des réformes pour moderniser le système judiciaire et le cadre légal, procéder au renforcement de ses institutions et à une harmonisation aux initiatives de la Communauté Est Africaine, améliorer de manière générale la bonne gouvernance et la compétitivité du pays.

Pays	Classement Doing Business 2012	Classement Rapport 2011 de Transparency International
Rwanda	45	49
Tanzanie	127	100
Ouganda	123	143
Kenya	109	154
Burundi	169	172

### 3. Dette extérieure

#### 3.1. Situation du Burundi au titre de la dette

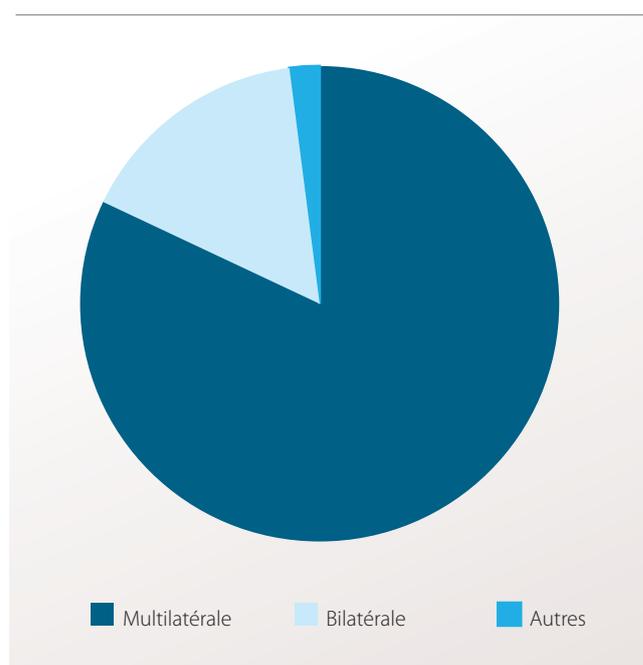
En 2010, la dette publique du Burundi s'élevait à 957,4 milliards de FBU<sup>15</sup> (taux de change moyen d'un dollar américain = 1400 FBU), ce qui représente 52 % contre 56,7 % du PIB en 2009 en pourcentage du PIB aux prix courants<sup>16</sup>. L'encours global de la dette publique burundaise (toutes sources confondues) en 2010 a augmenté de 3,2 % par rapport à 2009. La dette burundaise reste essentiellement extérieure avec la dette multilatérale occupant la part la plus importante.

#### 3.2. Allègements des dettes extérieures consentis au Burundi

Les annulations de la dette publique dont le Burundi a bénéficiées en janvier 2009 lorsqu'il a atteint le point d'achèvement de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés, ont permis d'améliorer les ratios d'endettement et d'ouvrir ainsi de nouvelles perspectives. La dette publique a légèrement diminué, de 48 % du PIB en 2010 à 47 % en 2011, et il est prévu que la dette baisse jusqu'à 37 % en 2012 (AEO, 2012). Cependant, afin d'éviter de retomber dans un endettement excessif, le pays continuera de privilégier les financements à taux concessionnel. Dans cette optique, les recours aux mécanismes onéreux, tels que l'émission de titres publics et l'utilisation des crédits relais pour résorber les tensions de trésorerie, seront limités. Il convient de souligner que la dette publique intérieure ainsi que la dette à garantie publique et la dette privée représentent 14 % du PIB en 2011.

Figure 8.8

Structure de la dette extérieure en 2010<sup>17</sup>



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

Le risque de surendettement reste élevé à cause du déséquilibre structurel de la balance commerciale et de la vulnérabilité de l'économie aux chocs externes. À cet égard, le gouvernement s'est engagé, après discussions avec le FMI, à conduire une politique budgétaire et monétaire très prudente et à n'accepter de financements extérieurs que sous la forme de dons ou de prêts très concessionnels.

15 Ministère des Finances et de la Planification du Développement économique ECOBU, 2010  
16 Ibidem  
17 Idem

#### 4. Accès au marché de promotion du commerce international

La mise en place d'un système commercial multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire fait partie des missions de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC). Les négociations se sont intensifiées ces dernières années entre les pays membres de l'OMC pour conclure le Cycle de Doha, le dernier cycle de négociations commerciales engagé en 2001 et qui devait être finalisé en 2005. Cependant, ce cycle est aujourd'hui en panne et les mesures de libéralisation commerciale sont bloquées, en raison de la difficile conciliation des intérêts commerciaux des pays du Nord avec ceux de certains pays en développement sur l'ouverture des marchés agricoles, industriels et des services.

D'un autre côté, les négociations au niveau bilatéral ou régional ont progressé après le Sommet du Millénaire. C'est à ce titre que les pays africains en développement ont pu obtenir un accès préférentiel aux marchés américains et de l'Union Européenne, dans le cadre respectivement de : i) la Loi sur la croissance et les opportunités en

Afrique (AGOA) à travers laquelle les pays d'Afrique subsaharienne peuvent avoir un accès au marché américain en franchise des droits de douane et sans contingent ; et ii) l'initiative Tout Sauf les Armes (TSA) qui est un régime de libre accès au marché de l'Union Européenne en franchise de droits et contingences, à tous les produits originaires des pays les moins avancés (PMA) à l'exception des armes et munitions<sup>18</sup>.

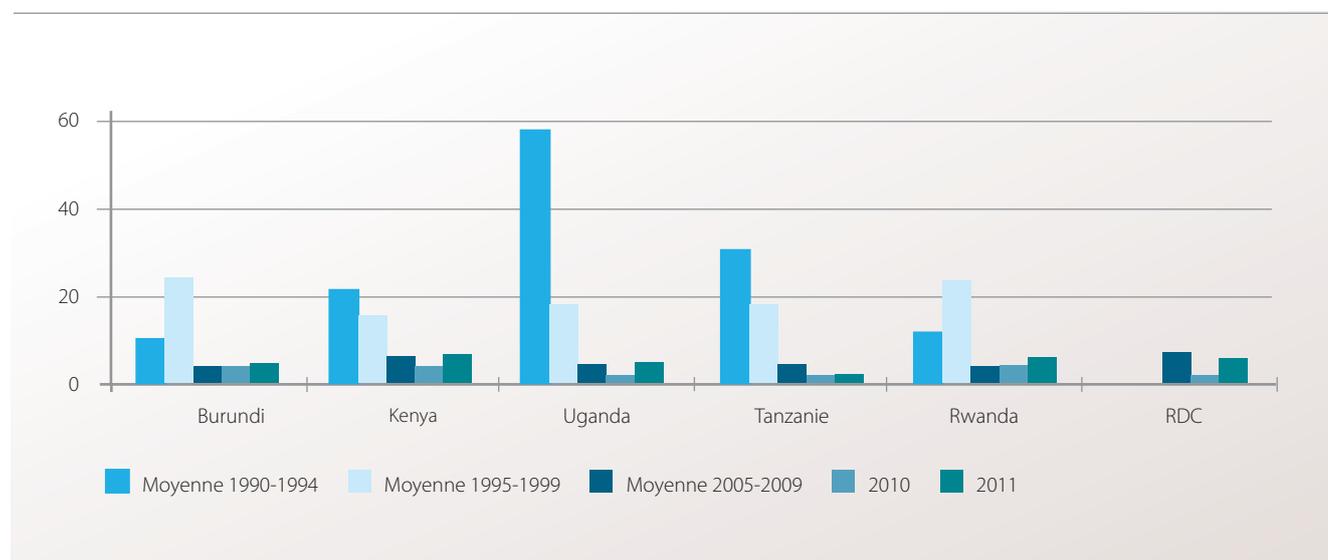
A ce jour, le Burundi ne profite pas de l'AGOA, mais figure parmi les pays africains bénéficiant de l'initiative TSA.

##### 4.1. Situation des exportations au Burundi après Monterrey

Une analyse des exportations des pays du Burundi en proportion du PIB permet de constater que depuis le consensus de Monterrey, il y a une légère amélioration. Entre 1993-2001 et 2002-2010, la part des exportations burundaises dans le PIB est passée de 8,8 % à 9,2 % (Banque Mondiale, 2001). Cette augmentation s'explique davantage par la vigueur de la demande en produits de base sur le marché international que par l'accès préférentiel accordé sur les marchés des pays développés dans le cadre de l'AGOA et/ou de l'initiative TSA.

Figure 8.9

Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

## 5. Accès aux médicaments essentiels

Pour ce qui est du partenariat mondial avec les entreprises pharmaceutiques, en vue de l'accès aux médicaments essentiels à prix abordables, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suit régulièrement la situation de 20 médicaments de première nécessité<sup>19</sup>. Des progrès ont été constatés au niveau mondial au cours des dix dernières années, grâce aux engagements, aux investissements et à la collaboration des partenaires au développement.

### 5.1. Missions, objectifs et mode de financement d'UNITAID

Après la décision du Brésil, du Chili, de la France, de la Norvège et du Royaume-Uni ainsi que du Secrétariat Général des Nations Unies de créer un mécanisme innovant pour donner une nouvelle impulsion au financement de la santé et du développement, la création d'UNITAID fait partie des actions ayant concouru à ces résultats appréciables.

UNITAID est une facilité internationale d'achats de médicaments qui a pour mission de contribuer à accroître l'accès aux traitements contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose pour les personnes vivant dans les pays en développement, en recourant aux leviers du marché pour faire baisser les prix et accroître la disponibilité de médicaments et diagnostics appropriés et de haute qualité.

UNITAID lève des fonds de sources durables et prévisibles sur le long terme, principalement par la voie d'une taxe sur les billets d'avion. Ces fonds sont ensuite déboursés auprès de partenaires internationaux développant des actions dans le domaine de la santé mondiale et de l'approvisionnement en produits de santé. Fin 2009, sur les 28 pays membres d'UNITAID, huit contribuaient par la voie d'un impôt ou taxe sur les billets d'avion imposé par le gouvernement, représentant ainsi en 2009, 69 % des contributions.

A la fin de 2010, UNITAID avait dans le cadre de la lutte contre le VIH-Sida : i) engagé 800 millions de dollars pour des médicaments et tests de diagnostic dans 51 pays ; ii) engagé 104,5 millions de dollars pour la prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant (PTME) dans 16 pays ; iii) déboursé 380 millions de dollars pour fournir des traitements antirétroviraux (ARV) de qualité dont la formulation est adaptée aux enfants, à plus de 360 000 enfants dans le monde entier ; iv) réduit les coûts des traitements ARV de seconde ligne de qualité de 53 % depuis 2008, permettant de faire bénéficier 113 000 adultes vivant avec le VIH de ces bénéfices de prix immédiats.

A propos de la lutte contre le paludisme, UNITAID a : i) fourni 36 millions de traitements de haute qualité contre le paludisme dans 32 pays à prévalence élevée ; ii) fourni 20 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée pour accélérer la montée en charge de la prévention du paludisme en partenariat avec l'UNICEF ; iii) rendu disponible à l'achat un nouveau test prioritaire de diagnostic rapide du paludisme par le biais du Programme de préqualification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; iv) garanti des contrats de

fourniture pour 26 tonnes d'extraits de plante d'artémisinine (15 % de la demande mondiale), essentielle pour produire des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT) vitaux afin de soigner le paludisme.

Enfin, au sujet de la lutte contre la tuberculose, UNITAID a : i) financé un nombre estimé de 915 000 traitements pédiatriques de la tuberculose dans 58 pays ; ii) rendu disponible à l'achat quatre nouveaux médicaments antituberculeux grâce à ses actions conduites avec le Programme de préqualification de l'OMS ; iii) engagé 240 millions de dollars pour l'achat de traitements antituberculeux et de techniques de test rapide de la tuberculose multi-résistante aux médicaments (TB-MR) ; iv) fourni près de 800 000 traitements antituberculeux de première et de seconde ligne à des patients dans 72 pays.

### 5.2. Accès aux médicaments essentiels au Burundi

Le Burundi fait partie des pays qui ont tiré profit des actions d'UNITAID. A titre d'illustration: i) Il est parmi les 32 pays qui ont bénéficié des 328,7 millions de dollars engagés par UNITAID depuis 2006 pour six projets de lutte contre le paludisme ; ii) Il a également bénéficié du projet soutenu par UNITAID sur les traitements de seconde ligne contre le VIH/Sida chez l'adulte.

Cependant, la situation de l'accès aux antirétroviraux en matière de lutte contre le VIH/Sida n'est pas appréciable. Le Burundi est classé parmi les pays ayant un accès faible. En 2010, la proportion de la population éligible recevant un traitement antirétroviral se situait entre 20 %-39 % (UNAIDS, 2011).

## 6. Transfert de technologie

Le constat établi à partir des indicateurs de l'Union Internationale des Télécommunications (UIT) est que, malgré l'accès de plus en plus important des pays en développement aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), la fracture avec les pays industrialisés s'amplifie davantage au lieu de se réduire. Nous nous proposons dans cette articulation d'évaluer le degré de pénétration des TIC au Burundi, à partir d'indicateurs comme le taux d'abonnement aux lignes téléphoniques fixes et cellulaires ainsi que le pourcentage de la population utilisant l'Internet.

### 6.1. Taux d'abonnement aux lignes téléphoniques fixes

Le taux d'accès au réseau téléphonique filaire au Burundi est très faible et évolue très lentement. Il est passé de 0,34 % à 0,39 % entre 2000 et 2010. Exception faite de l'Ouganda et du Kenya qui ont enregistré en 2010 des taux respectifs de 0,98 % et 0,94 %, la performance du Burundi sur cet indicateur est similaire à celle des autres pays membres de la Communauté d'Afrique de l'Est, notamment la Tanzanie et le Rwanda qui ont eu respectivement 0,39 % et 0,37 % pour la même année.

Cette mauvaise performance de la sous-région s'explique par le fait qu'au moment où il fallait consolider et faire évoluer le réseau téléphonique filaire pour favoriser le développement des services de communications haut débits, les opérateurs nationaux de chaque pays ont non seulement, arrêté les investissements dans les réseaux locaux filaires, mais également délaissé la maintenance de l'existant. La conjugaison de ces deux événements a considérablement freiné le développement et la généralisation de l'accès haut débit à travers les technologies numériques.

### 6.2. Taux d'abonnement aux lignes téléphoniques cellulaires

Les contraintes techniques de la téléphonie filaire a entraîné une véritable explosion du marché de la téléphonie mobile au Burundi et dans la sous-région de l'Afrique de l'Est, où les opérateurs privés ont su tirer profit de la libéralisation de ce secteur, initiée depuis une dizaine d'années. Entre 2010 et 2011 le taux d'abonnement aux cellulaires pour 100 habitants au Burundi est passé de 13,72 % à 14,46 % contre 0,26 % en 2000. Les chiffres enregistrés au Kenya, au Rwanda, en Tanzanie et en Ouganda en 2011 étaient respectivement de 64,84 %, 40,63 %, 55,53 % et 48,38 % pour 100 habitants. De manière générale, le mobile a supplanté la téléphonie fixe dont le marché reste stagnant depuis plusieurs années. Le cellulaire est devenu un outil de désenclavement des zones non desservies et un outil de communication de base.

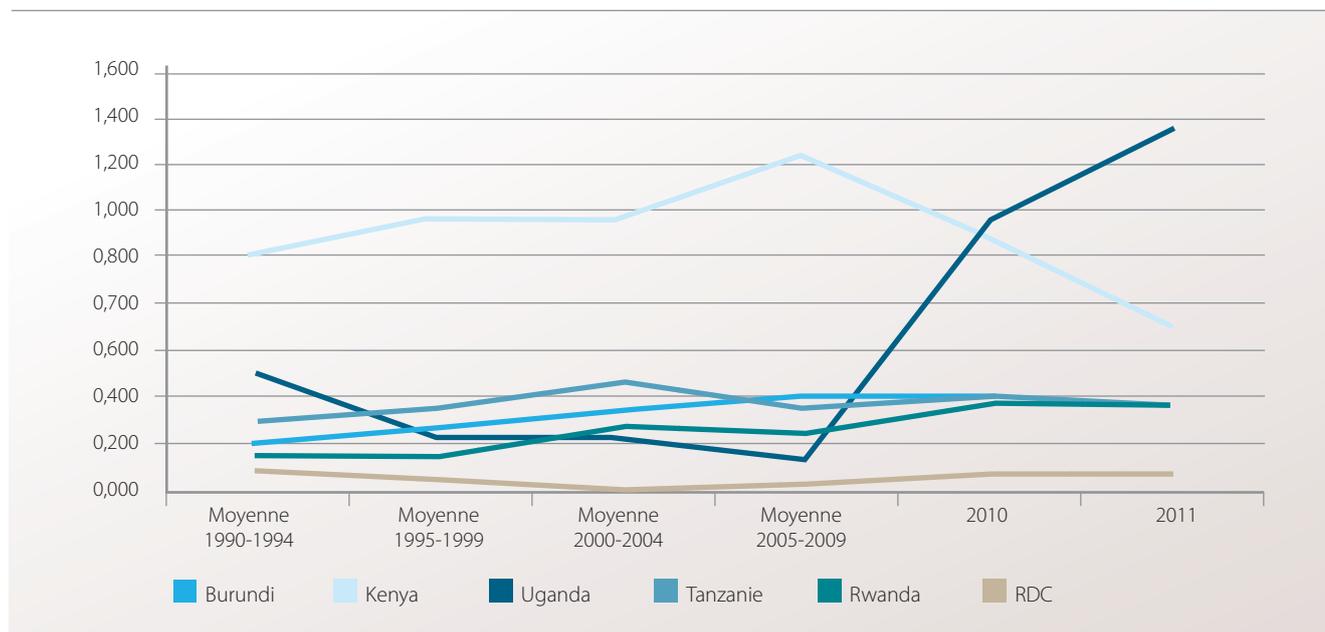
### 6.3. Pourcentage de la population utilisant l'Internet

Dans la sous-région, tous les pays disposent d'un accès Internet. Toutefois, la fiabilité et la rapidité de la connexion varient notablement d'un pays à l'autre du fait de l'utilisation de technologies différentes et de la qualité variable des infrastructures de base. La connexion Internet est en effet particulièrement dépendante de la disponibilité et de la stabilité du réseau électrique et de la qualité du réseau filaire pour les liaisons téléphoniques. Il en résulte un accès Internet surtout concentré dans les grandes villes qui disposent de points de présence.

La quasi totalité des pays de la sous région ont des taux de pénétration Internet bien inférieurs à 23 %, taux de pénétration<sup>20</sup> dans le monde pour l'année 2008. L'obsolescence du réseau de téléphonie fixe, principal support de connexion pour Internet en est la principale cause. Il est à noter qu'en 2008, le taux de pénétration Internet en

Figure 8.10

Nombre de lignes fixes pour 100 habitants



Source des données : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

Afrique de l'Est était de 2,42 utilisateurs pour 100 habitants, à un niveau inférieur d'environ 70 % par rapport à l'Afrique de l'Ouest et d'environ 105 % par rapport à l'Afrique Subsaharienne. Dans la majorité des pays de la sous-région, exception faite du Kenya, de l'Uganda et de la Tanzanie, le nombre d'utilisateurs d'internet pour 100 habitants est resté en dessous de 10 en 2011.

Au Burundi, la proportion des ménages avec un ordinateur 2,60 % est quasi-égale à celle des ménages avec internet 2,70 %. Avec un taux de 7 % en 2011, l'utilisation de l'internet au Burundi reste faible ; l'évolution reste hésitante en une décennie comparativement en 2000 avec un taux de 0,08 %. La fracture numérique au Burundi est une réalité avec un taux d'informatisation bas, renforcée par un coût d'acquisition élevé, conséquence de la conjoncture socio-économique.

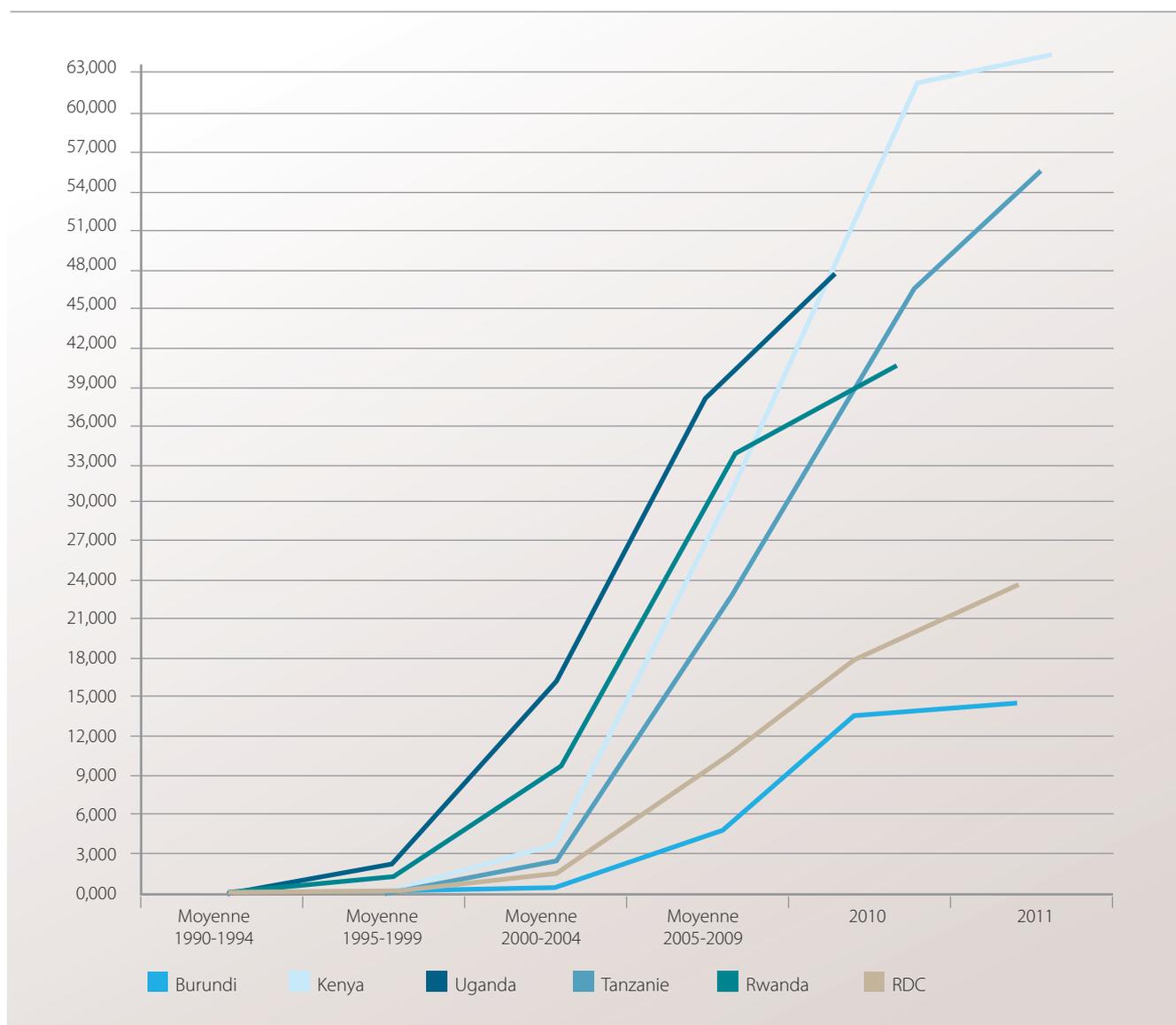
Au regard des analyses effectuées dans ce chapitre, il y a lieu de douter de la capacité du partenariat mondial pour le développement,

s'il est maintenu dans ses formes actuelles, à faciliter la réalisation des OMD à l'horizon 2015 au Burundi. La faible capacité du pays à mobiliser les ressources requises dans un délai aussi court fait de la réalisation des OMD un véritable défi. Cette inquiétude est d'autant plus justifiée que les pays occidentaux, ceux d'Europe de l'Ouest en particulier, dont neuf ont vu leurs notes souveraines être dégradées par les agences de notation le 13 janvier 2012<sup>21</sup>, sont confrontés à des difficultés financières qui pourraient se ressentir sur la dynamique de l'APD, des IDE et des transferts des migrants ainsi que le traitement de la dette extérieure.

Aussi convient-il de revisiter le dispositif d'appui des partenaires techniques et financiers aux pays en développement afin qu'il induise des effets réels sur la situation socioéconomique des populations. Il importe que les réflexions qui sont menées actuellement dans les instances internationales sur la question du développement, et plus particulièrement autour du sort à réserver aux OMD au delà

**Figure 8.11**

Abonnés à un service de téléphone mobile pour 100 habitants (en %)



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT

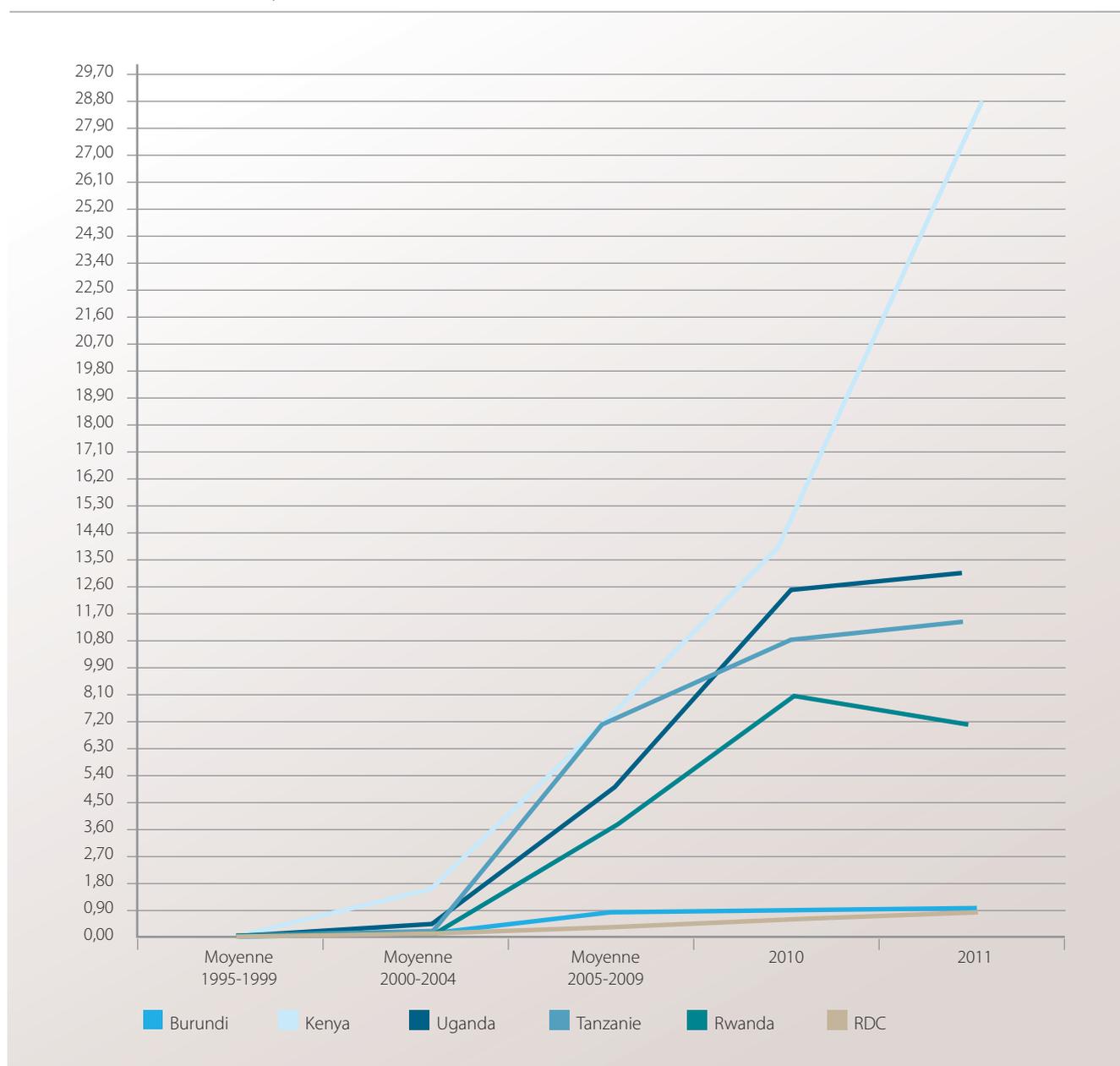
de 2015, prennent en compte le fait que le partenariat mondial pour le développement n'a pas répondu aux attentes, en dépit des engagements souscrits et des initiatives prises au niveau international.

Sur cette question, la construction d'un nouveau partenariat mondial pour atteindre les OMD était au centre des discussions lors du quatrième forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui s'est tenu du 29 novembre au 1er décembre 2011 à Busan en Corée du Sud. Ce forum a jeté les bases d'un nouveau Partenariat Mondial pour une Coopération Efficace au service du Développement, ouvert à la diversité et tenant compte des rôles distincts que toutes les parties prenantes de la coopération peuvent jouer au service du développement. Ce partenariat rénové est notamment fondé

sur : 1) la prise en compte d'approches de la coopération pour le développement alternatives, telles que la coopération sud-sud ou la contribution des organisations de la société civile et des acteurs privés ; 2) l'accroissement de l'indépendance à l'égard de l'aide ; 3) la mise en œuvre d'un Plan d'Action global de renforcement des capacités statistiques ; 4) la mise au point de cadres conjoints de gestion des risques avec les fournisseurs de coopération pour le développement ; 5) la mise en place des programmes de développement axés sur les priorités des pays en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes ; 6) la disponibilité de l'information sur la coopération le développement et les autres ressources consacrées au développement ; et ; 7) la lutte contre la corruption et les flux illicites.

**Figure 8.12**

Nombre d'utilisateurs d'Internet pour 100 habitants



Source : Construit par les auteurs avec les données de UNSTAT



## CONCLUSION GENERALE

Dans un contexte burundais caractérisé par l'insuffisance des flux de ressources financières internes et par d'autres problèmes structurels qu'il faudra du temps pour résoudre, la réalisation des OMD dépendra sans aucun doute d'une aide financière extérieure substantielle, sous forme de subventions et d'autres financements concessionnels. Ainsi, les pouvoirs publics devront redoubler d'efforts pour introduire des réformes nécessaires, améliorer le climat des affaires, mobiliser des ressources et élargir l'espace budgétaire dans le but d'investir dans les secteurs prioritaires pour induire une croissance durable qui aidera à sortir progressivement de la pauvreté. Ceci suppose en particulier de surmonter les quatre pièges décrits par Collier (2007), à savoir le piège des conflits, le piège de la dépendance sur les ressources naturelles, le piège de l'enclavement, et le piège de l'insuffisance de gouvernance ou simplement de la mauvaise gouvernance.

La gouvernance est un des principaux problèmes auxquels fait face le Burundi dans la gestion des flux financiers venant de l'extérieur sous forme d'APD, de prêts et d'allègement de la dette. Pour que l'aide soit efficace, il faut faire preuve de transparence dans la gestion des ressources publiques. La corruption manifeste dans la gestion des ressources publiques constitue aussi un frein à l'utilisation efficace des ressources extérieures. En général, les flux de l'aide extérieure et les prêts se caractérisent par leur volatilité. Il y a souvent une duplication des projets et des programmes par différents bailleurs de fonds pour atteindre les mêmes buts et objectifs. Le manque de coordination et d'harmonisation de l'aide en grande partie, la mauvaise exécution des projets et programmes d'aide. L'irrégularité du décaissement des ressources par les bailleurs de fonds est l'une des raisons pour lesquelles le Burundi ne parvient pas à exécuter les projets dans les délais.

Ces dernières années, la nécessité de créer et d'élargir l'espace budgétaire au Burundi s'est fait sentir en raison de l'impératif de la mise en œuvre d'ambitieux programmes de dépenses dans le cadre du CSLP II permettant de réduire considérablement la pauvreté. Cette nécessité s'impose dans le contexte actuel caractérisé par :

la diminution du flux de ressources extérieures vers de nombreux pays en développement, y compris ceux du Burundi, et la faible mobilisation des ressources internes. Le flux de l'APD vers le Burundi a baissé régulièrement au cours de la décennie écoulée et cette situation, à laquelle se sont ajoutées les faibles recettes internes, a provoqué une prise de conscience quant à la nécessité de créer un espace budgétaire pour répondre aux besoins de financement des principales initiatives de développement national.

En général, il est possible de créer un espace budgétaire grâce à une gestion prudente et efficace des dépenses publiques, à l'intensification des efforts de l'Office Burundais des Recettes (OBR) dans le recouvrement des impôts.

Pour parvenir à réaliser ces ambitions, un certain nombre de recommandations peuvent être formulées, sur la base des insuffisances relevées dans le cadre du présent rapport.

Le Burundi devrait, dans un contexte marqué par la crise financière et économique dans les pays donateurs d'Europe du Nord, diversifier les sources de financement, en ayant recours aux mécanismes de financement innovants et/ou en sollicitant les donateurs non traditionnels qui deviennent des acteurs majeurs de la coopération sud-sud. Au cours de la dernière décennie, les partenariats de l'Afrique avec les économies émergentes et le secteur privé ont connu une croissance exponentielle. Cette coopération non traditionnelle se traduit certes essentiellement par l'augmentation des échanges commerciaux et des investissements privés, mais les économies émergentes tendent également à s'affirmer en tant que bailleurs de fonds. Des pays tels que le Brésil, l'Inde, la Chine, l'Arabie Saoudite et la Russie n'ont eu de cesse d'augmenter leur aide bilatérale au cours des dernières années, ainsi que leurs contributions aux initiatives et mécanismes multilatéraux. Dans ce contexte, la reconnaissance par les pays émergents des principes de la Déclaration de Paris lors du Forum de Busan est à accueillir favorablement. Pour une meilleure efficacité de l'APD, les efforts devraient s'orienter vers : 1) renforcer les capacités et les systèmes de production de données en matière de statistiques ; 2) créer ou rendre opérationnels les comités nationaux

de mise en œuvre de la Déclaration de Paris ainsi que les cadres d'évaluation des performances. En outre, il est proposé de créer les conditions pour que l'aide budget soit un instrument efficace de l'aide au développement au Burundi, en rendant opérationnelles les stratégies de développement adoptées au niveau national et en améliorant la fiabilité des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et de passation des marchés.

A propos du traitement de la dette extérieure, il importe que la baisse des niveaux de la dette extérieure consécutive aux annulations consenties dans le cadre des initiatives PPTE et IADM ne soient pas un prétexte pour se ré-endetter à nouveau, au regard de l'apparition de nouveaux prêteurs<sup>22</sup>, dont les pratiques de financement diffèrent à plusieurs titres de celles observées par les bailleurs traditionnels.

Au sujet des IDE, il est important de promouvoir les investissements dans l'industrie manufacturière et les services qui ont plus d'effets sur le développement. Relever les défis de l'attraction des firmes multinationales dans les activités productives demande l'amélioration de la qualité des services fournis par les différentes infrastructures, l'amélioration du cadre macroéconomique dans une perspective de stabilité, la transparence dans les affaires publiques et de manière générale un climat des affaires de standard international et le développement du capital humain.

Au sujet de l'accès aux médicaments essentiels, pour que les actions d'UNTAID aient plus de retombées sur les populations du Burundi, il est proposé que la visibilité de cette facilité de financement soit renforcée. De plus, les partenaires au développement sont invités à promouvoir des mécanismes novateurs de financement de la santé.

# BIBLIOGRAPHIE

Collier, P (2007). *The Bottom Billion: Why the Poorest Countries Are Failing and What Can be Done About It. Oxford University Press, 198, Madison Avenue, New York*

OCDE, Banque africaine de développement, Commission Economique pour l'Afrique (CEA), United Nations Development Programme, *Perspectives économiques en Afrique 2011 L'Afrique et ses partenaires émergents, 2011*

OCDE, *Efficacité de l'Aide 2005-10 : progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, 2011*

UNAIDS (2011), *World AIDS Day Report*

# ANNEXE I

## OMD, CIBLES ET INDICATEURS

Les objectifs et cibles sont fondés sur la Déclaration du Millénaire des Nations Unies; l'Assemblée générale les a approuvés au titre de la feuille de route du Secrétaire général pour l'application de la Déclaration. En concertation avec d'autres départements, fonds et programmes de l'ONU, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et l'Organisation de coopération et de développement économiques, le PNUD a défini plus de 40 indicateurs chiffrables permettant d'évaluer les progrès.

## OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

OBJECTIFS ET CIBLES	INDICATEURS
<p><b>Objectif 1 :</b> <b>Réduire l'extrême pauvreté et la faim</b></p> <p><b>Cible 1 :</b> Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour</p> <p><b>Cible 2 :</b> Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Proportion de la population disposant de moins de 1 dollar par jour (en parité du pouvoir d'achat)</li><li>2. Indice d'écart de la pauvreté [incidence de la pauvreté x degré de pauvreté]</li><li>3. Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale</li><li>4. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale</li><li>5. Proportion de la population dont l'apport calorique est inférieur au minimum requis</li></ol>
<p><b>Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous</b></p> <p><b>Cible 3 :</b> D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Taux net de scolarisation dans le primaire</li><li>7. Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième</li><li>8. Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans.</li></ol>
<p><b>Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b></p> <p><b>Cible 4 :</b> Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015, au plus tard</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>9. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, respectivement</li><li>10. Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes</li><li>11. Pourcentage de femmes salariées dans le secteur non agricole</li><li>12. Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national</li></ol>

OBJECTIFS ET CIBLES	INDICATEURS
<p><b>Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile</b></p> <p><b>Cible 5 :</b> Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</p>	<p>13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</p> <p>14. Taux de mortalité infantile</p> <p>15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole</p>
<p><b>Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle</b></p> <p><b>Cible 6 :</b> Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle</p>	<p>16. Taux de mortalité maternelle</p> <p>17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</p>
<p><b>Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b></p> <p><b>Cible 7 :</b> D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle</p> <p><b>Cible 8 :</b> D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle</p>	<p>18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans</p> <p>19. Taux d'utilisation de la contraception</p> <p>20. Nombre d'enfants orphelins du sida</p> <p>21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie</p> <p>22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme</p> <p>23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie</p> <p>24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe</p>
<p><b>Objectif 7 : Assurer un environnement durable</b></p> <p><b>Cible 9 :</b> Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales</p> <p><b>Cible 10 :</b> Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau salubre</p> <p><b>Cible 11 :</b> Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis</p>	<p>25. Proportion de zones forestières</p> <p>26. Superficie des terres protégées pour préserver la diversité biologique</p> <p>27. PIB par unité d'énergie consommée (rendement énergétique)</p> <p>28. Emissions de dioxyde de carbone (par habitant) (A ces indicateurs s'ajoutent deux chiffres concernant la pollution atmosphérique mondiale : l'appauvrissement de la couche d'ozone et l'accumulation de gaz favorisant le réchauffement de la planète)</p> <p>29. Proportion de la population ayant accès à une source d'eau améliorée</p> <p>30. Proportion de la population ayant accès à un système amélioré d'assainissement</p> <p>31. Proportion de la population ayant accès à la sécurité d'occupation des logements (la ventilation urbaine/rurale de plusieurs des indicateurs ci-dessus pourra être utile au suivi de l'amélioration de la situation des habitants de taudis)</p>

OBJECTIFS ET CIBLES	INDICATEURS
<p><b>Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement*</b></p> <p><b>Cible 12 :</b> Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire Cela suppose un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aux niveaux tant national qu'international</p> <p><b>Cible 13 :</b> S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés La réalisation de cet objectif suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application du programme renforcé d'allègement de la dette des PPTE et l'annulation des dettes bilatérales envers les créanciers officiels, et l'octroi d'une APD plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté</p> <p><b>Cible 14 :</b> Répondre aux besoins particuliers des petits Etats enclavés et des petits Etats insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement et les conclusions de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée générale)</p> <p><b>Cible 15 :</b> Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme</p> <p><b>Cible 16 :</b> En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et productif</p> <p><b>Cible 17 :</b> En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement</p> <p><b>Cible 18 :</b> En coopération avec le secteur privé, mettre les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, à la portée de tous</p>	<p><i>Certains des indicateurs figurant plus loin seront évalués séparément dans les cas des pays les moins avancés (PMA), de l'Afrique, des pays sans littoral et des petits Etats insulaires en développement. Aide publique au développement</i></p> <p>32. APD nette, en pourcentage du produit national brut des pays donateurs membres du CAD/OCDE (cibles : 0,7 % au total et 0,15 % pour les PMA)</p> <p>33. Proportion de l'APD consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement)</p> <p>34. Proportion de l'APD qui est déliée</p> <p>35. Proportion de l'APD consacrée à l'environnement dans les petits Etats insulaires en développement</p> <p>36. Proportion de l'APD consacrée au secteur des transports dans les pays sans littoral</p> <p><i>Accès aux marchés</i></p> <p>37. Proportion des exportations (en valeur et à l'exclusion des armes) admises en franchise de droits et hors contingent</p> <p>38. Taux moyens de droits et contingents appliqués aux produits agricoles, textiles et vêtements</p> <p>39. Subventions agricoles nationales et à l'exportation dans les pays de l'OCDE</p> <p>40. Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales</p> <p><i>Viabilité de la dette</i></p> <p>41. Proportion de la dette bilatérale des PPTE envers les créanciers officiels qui a été annulée</p> <p>42. Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services</p> <p>43. Proportion de l'APD fournie au titre de l'allègement de la dette</p> <p>44. Nombre de pays ayant atteint les points de décision et d'achèvement de l'Initiative PPTE</p> <p>45. Taux de chômage des 15 à 24 ans</p> <p>46. Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable</p> <p>47. Nombre de lignes téléphoniques pour 1 000 habitants</p> <p>48. Nombre de micro-ordinateurs pour 1 000 habitants</p>

# ANNEXE II

## INDICATEURS DE SUIVI DES OMD AU BURUNDI

### 1. Introduction

Dans le cadre de l'élaboration du rapport sur les progrès réalisés au niveau de l'ensemble des OMD au Burundi, il a été envisagé de constituer une annexe statistique sur l'ensemble des indicateurs des OMD. Cette annexe, doit bien détailler le contenu des indicateurs mais aussi vérifier la qualité des sources de données utilisées dans les notes analytiques sur les différents OMD. Et c'est dans ce cadre, qu'un consultant a été recruté pour accompagner les équipes d'experts chargés de rédiger les notes constituant le rapport principal.

Pour satisfaire toutes les équipes d'experts qui travaillent sur les OMD, le consultant, a participé aux différentes réunions organisées par les agences du Système des Nations Unies, chef de file de la rédaction des rapports d'avancement de chacun des OMD.

### 2. Approche méthodologique

Le premier élément de l'approche méthodologique était de prendre part aux différentes activités/réunions organisées dans le cadre du travail de rédaction des rapports sur les OMD.

Le deuxième élément méthodologique était de faire l'inventaire des sources de données potentielles et d'évaluer leur solidité. Cette procédure s'est faite simultanément avec la première activité pour répondre au souci de « timing » exigé par le travail.

Par ailleurs, il a été question d'identifier les données relatives aux autres pays membres de l'EAC pour pouvoir comparer le Burundi avec les pays de la sous région. Aussi pour certains OMD, la RDC a été incluse dans le groupe des autres pays.

### 3. Principales sources des données

#### 3.1. Pour les Indicateurs des OMD

- **UNSTATS** (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>)

L'Organisation des Nations Unies a développé un site officiel des indicateurs OMD. Ce site contient les données officielles, les définitions, les méthodes de calcul et les sources de données de plus de 60 indicateurs mesurant les progrès réalisés vers les Objectifs du Millénaire pour le développement. Ces données sont compilées par le Groupe d'Experts Inter-Institutionnel (IAEG de son acronyme en anglais), coordonné par la Division de Statistique des Nations Unies. Ces données sont aussi organisées par pays et par années.

Dans le cadre du rapport sur les OMD au Burundi, ces données nous ont servi de référence principale car elles sont produites en utilisant la même procédure et les mêmes méthodes.

- **IDH 2012**

Le rapport du PNUD sur le développement humain durable a été aussi exploité pour compléter la base de données.

- **Annuaire statistique de l'Afrique**

Depuis 2008, la BAD, l'UA et l'UNECA, ont mis ensemble leurs énergies et produisent désormais un annuaire statistique commun. Ce document, possède en son sein un module spécifique sur les OMD. Dans le cadre de ce rapport du Burundi, nous avons aussi extraits les données de ce module pour compléter les données manquantes de l'UNSTATS.

[http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Yearbook\\_2012\\_web.pdf](http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Yearbook_2012_web.pdf)

- **Database de l'EAC (<http://www.statistics.eac.int/>)**

Pour prendre en compte la dimension de comparaison régionale du rapport du Burundi sur les OMD, nous avons aussi exploité les données statistiques de l'EAC.

- **Burundi INFO**

Pour le cas spécifique des sources nationales des données, l'Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi a mis en ligne une base de données multidisciplinaire assez riches. Cette base de données possède aussi un module spécifique sur les OMD. Cette dernière a été aussi exploitée pour enrichir les données sur le Burundi.

- **Autres indications**

Les données manquantes ont été symbolisées par une cellule vide.

### **3.2. Pour les autres Indicateurs d'analyse des OMD**

D'autres indicateurs ont été exploités pour enrichir le rapport sur les OMD. Il s'agit principalement des données sur les investissements directs étrangers et la croissance économique réelle avec des prévisions en 2013. Les sources pour ces données ont été principalement la base de données de la « Conférence des Nations Unies pour le Commerce et le Développement » ainsi que celle du FMI dénommées « World Economic Outlook » publiée en Avril 2012.

IDE : [http://unctadstat.unctad.org/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS\\_referer=&sCS\\_ChosenLang=fr](http://unctadstat.unctad.org/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_ChosenLang=fr)

Taux de croissance réelle : <http://knoema.com/IMFWEO2012Apr>

## **4. Bilan de la compilation des données**

Au moment où nous sommes entrain de produire ce rapport d'étape, pratiquement tous les 64 indicateurs des OMDs sont déjà renseignés. Pour faciliter l'analyse des données par les experts, nous avons aussi généré des graphiques et des autres éléments d'analyses qui sont entrain d'être utilisés par les agences qui participent à cet exercice.

# ANNEXE III

## BREF APERÇU DE LA RÉALISATION DES OMD AU BURUNDI EN 2012

### OMD 1 : ELIMINER L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM

Cible	Indicateur	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015 <sup>1</sup>
<b>Cible 1 :</b> Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour → Base de référence en 1990 : 35 % → Objectif 2015 du Burundi : 17,5 % en dessous du seuil de pauvreté	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour</li> <li>▶ Indice d'écart de la pauvreté [incidence de la pauvreté x degré de pauvreté]</li> <li>▶ Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation nationale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 67 % en 2006 avec une projection qui indique 45 % en 2015.</li> <li>• 36,4 % en 2006 et 33,3 % en 2011</li> <li>• 9 % en 2006</li> </ul>	Improbable
<b>Cible 2 :</b> Réduire de moitié la proportion des personnes qui souffrent de la faim entre 2000 et 2015 → Base 1990 : 30,2 % ; Objectif 2015 : 15,1 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale</li> <li>▶ Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 26,9 % en 2010</li> <li>• Plus de 50 % de la population en 2010</li> </ul>	Improbable

### OMD 2 : ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

Cible	Indicateur	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015
<b>Cible 1 :</b> De 2000 à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	▶ Taux net de scolarisation dans le primaire	• 96,1 % en 2010/2011	Probable
	▶ Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième	• 51,2 % en 2010	Improbable
	▶ Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans	• 77,6 % en 2010	Possible

### OMD 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Cible	Indicateur	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015
<b>Cible 1 :</b> Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire de 2000 à 2005, si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	▶ Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaire 99 % en 2011</li> <li>• Secondaire 72 % en 2011 et Supérieur 54 % en 2011</li> <li>• 77,6 % en 2011</li> </ul>	Probable au primaire
	▶ Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport à celui des hommes	Non disponible	Possible au secondaire
	▶ Pourcentage des femmes salariées dans le secteur non agricole	Non disponible	Improbable au supérieur
	▶ Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national	• 32 % en 2010	

## OMD 4 : REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Cible	Indicateur	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015
<b>Cible 1</b> : Réduire des deux tiers entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans → Base 1990 : 183 ; → Objectif 2015 du Burundi : 67	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Taux de mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans</li> <li>▶ Taux de mortalité néonatale</li> <li>▶ Proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 142 pour mille en 2010</li> <li>• 96 selon EDS 2010</li> <li>• 42 pour mille en 2010</li> <li>• 92 % en 2010</li> </ul>	Possible si efforts supplémentaires consentis

## OMD 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

Cible	Indicateur	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015
<b>Cible 1</b> : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle → Base 1990 : 1100 → Objectif 2015 du Burundi : 275	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Taux de mortalité maternelle (décès sur 100 000 naissances vivantes)</li> <li>▶ Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 800 en 2010 selon MMEIG</li> <li>• 500 selon EDS 2010</li> <li>• 68 % en 2011</li> </ul>	Possible si efforts supplémentaires consentis
<b>Cible 2</b> : Assurer en 2015, l'accès universel à la santé de la reproduction	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Taux de prévalence contraceptive</li> <li>▶ Taux de fécondité chez les adolescentes</li> <li>▶ Couverture en consultation prénatale (au moins une visite et au moins 4 visites)</li> <li>▶ Besoins non satisfaits en planification familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25,3 % en 2012 (Rapport PNSR)</li> <li>• 11 % en 2010 (EDS)</li> <li>• Au moins une visite : 100 % en 2012 (Rapport PNSR)</li> <li>• Au moins 4 visites : 79,9 % en 2012 (Rapport PNSR)</li> <li>• 31 % en 2010 (EDS)</li> </ul>	Possible

## OMD 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Cible	Indicateur	Etat des indicateurs	Possibilité d'atteinte en 2015
<b>Cible 1</b> : D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans</li> <li>▶ Utilisation du préservatif</li> <li>▶ Nombre d'enfants orphelins du SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,4 % en 2011</li> <li>• 21,9 % en 2010</li> <li>• 140 000 en 2010</li> </ul>	Possible
<b>Cible 2</b> : De 2000 à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	<p><b>Paludisme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie</li> <li>▶ Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme</li> </ul> <p><b>Tuberculose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie</li> <li>▶ Proportion de cas de tuberculose détecté et soignés dans le cadre de traitement de brève durée sous surveillance directe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de décès : 1.9 % en 2006</li> <li>• 38 % de la population générale, 45,3 % des enfants de moins de 5 ans et 50 % de femmes enceintes dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action en 2010</li> <li>• 162 pour 100 000 habitants en 2010</li> <li>• Taux de détection en 2010: 70 % ; taux des cas soignés : 79 % en 2005 contre norme de 85 %</li> </ul>	Possible

## BREF APERÇU DE LA RÉALISATION DES OMD AU BURUNDI EN 2012 (SUITE)

### OMD 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

<b>Cible</b>	<b>Indicateur</b>	<b>Etat des indicateurs</b>	<b>Possibilité d'atteinte en 2015</b>
<b>Cible 1</b> : Intégrer les principes de développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Proportion de zones forestières</li> <li>▶ Superficie des terres protégées pour préserver la biodiversité</li> <li>▶ PIB par unité d'énergie consommée (rendement énergétique)</li> <li>▶ Emission de dioxyde de carbone (CO2), tonnes métriques de CO2 par tête (CDIAC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6,7 % en 2010</li> <li>• 5,6 % en 2008</li> <li>• Non disponible</li> <li>• 0,0234 en 2010</li> </ul>	Improbable
<b>Cible 2</b> : Réduire de moitié, de 2000 à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre → <i>Objectif 2015 : 73,5 % avec accès à l'eau potable</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Proportion de la population ayant accès à une source d'eau meilleure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 72,72 % en 2010</li> </ul>	Possible
<b>Cible 3</b> : Réussir, de 2000 à 2015, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement</li> <li>▶ Proportion de la population ayant accès à la sécurité d'occupation des logements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 46 % en 2010</li> <li>• Non disponible</li> </ul>	Improbable

## OMD 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT

<i>Cible</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Etat des indicateurs</i>	<i>Possibilité d'atteinte en 2015</i>
<b>Cible 1 :</b> Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ APD reçue par le pays en développement en pourcentage de leur revenu national brut</li> <li>▶ Accès au marché : Proportion des exportations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 39,64 % en 2010</li> <li>• Taux de couverture du commerce : 20 % en 2010</li> </ul>	Improbable
<b>Cible 2 :</b> Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme	▶ Viabilité de la dette : Service de la dette, en % des exportations des biens et services	• 1,2 % en 2010	Possible
<b>Cible 3 :</b> En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile	▶ Taux de chômage des 15 à 24 ans	• Non disponible	
<b>Cible 4 :</b> En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	▶ Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base à un coût abordable	• Non disponible Le niveau d'accès reste bas à cause de la pauvreté	
<b>Cible 5 :</b> En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nombre de lignes téléphoniques pour 1.000 habitants</li> <li>▶ Nombre d'utilisateurs d'Internet pour 1000 habitants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixes : 3,9 pour 1000 hab. en 2010</li> <li>• Mobiles : 137,2 pour 1000 hab. en 2010</li> <li>• 10 de la population en 2008</li> </ul>	Improbable

# ANNEXE IV

## STATISTIQUES SUR LES OMD

### 4.1. OMD du Burundi

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
<b>OMD un : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim</b>									
1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)	35,0								
1.2 Indice d'écart de la pauvreté			40,20						
1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale			7,90						
1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée									
1.5 Ratio emploi/population	83,99	83,93	83,77	82,89	82,66	82,47	82,33	82,03	
1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins d'un dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat)			80,70						
1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée									
1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans									
1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique		44,00					56,00		
<b>OMD deux : Assurer l'éducation primaire pour tous</b>									
2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	52,88	51,88	50,90	50,16	33,37	34,28	35,48	32,86	
2.2 Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire qui terminent l'école primaire		54,00							
2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	51,80								
<b>OMD trois : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>									
3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur									
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation primaire	0,83	0,84							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation secondaire	0,57	0,58							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation supérieure		0,36							
3.2 Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole	4,30								
3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national									
<b>OMD quatre : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>									
4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	192,8	183,0	182,00	181,00	178,0	176,0	173,0	171,00	
4.2 Taux de mortalité infantile	115,85	110,00	109,00	109,0	107,0	106,0	105,0	103,0	
4.3 Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole	74,00	74,00	69,00	69,00	42,00	80,00	79,00	77,00	
<b>OMD cinq : Améliorer la santé maternelle</b>									
5.1 Taux de mortalité maternelle	100,0					1 100,0			
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié									

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
			67,0	68,0				68,50	81,30	66,69	66,70				
	47,30								36,40					33,3	
	5,10								9,00						
	84,90	84,56	81,50	80,86	81,39	79,64	80,10	82,83	83,31	83,27					
	85,30								75,80						
	6,90						30,80								
			38,90					35,20				38,90			
				59,00	59,00					62,00					
	35,90	38,86	45,62	49,91	53,60	55,80	58,46	60,48	79,63	85,03	93,20	93,75	94,1		
			40,30	42,65	47,80	45,20	48,75	36,10	51,50	50,15	46	51,95			
			73,30	65,10								76,60	77,60		
		0,81	0,80	0,80	0,78	0,80	0,83	0,86	0,91	0,93	0,95	0,97	0,99	0,99	
				0,79		0,77	0,75	0,74	0,74	0,72	0,71	0,72	0,72	0,72	
		0,41	0,35	0,36	0,43	0,46	0,38	0,38	0,43				0,54		
		6,00	6,00	14,40	19,50	18,40	18,40	18,40	30,50	30,50	30,50	30,50	31,40	34,10	30,5
	168,0	166,0	164,0	162,0	159,0	158,0	156,0	154,0	151,00	148,0	145,0	143,0	160,0	155,7	
	102,0	101,00	114,50	114,00	113,00	112,50	110,50	110,00	106,5	104,5	90,00	97,50	102,00	96,3	
	70,00	75,00	76,00	76,00	77,00	77,00	78,00	87,00	92,00	88,00	84,00	91,00	92,00		
			900,0	800,0	800,0	800,0	800,0	759,0		815,0	892,5	866,0	866,0		
		19,00	25,20					29,30				34,00	60,30		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
5.3 Taux de contraception									
5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes	33,00					60,00			
5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)									
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale									
<b>OMD six : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>									
6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans	3,70	4,40	5,00	5,50	5,70	5,90	5,90	5,80	
6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque									
6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida									
6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans									
6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux									
6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie									
Cas notifiés de paludisme, pour 100 000 habitants									
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100 000 habitants, tout âge									
6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide									
6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés									
6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie									
Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	212,00	217,00	220,00	228,00	239,00	249,00	248,00	239,00	
Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants	20,00	21,00	22,00	23,00	25,00	27,00	26,00	24,00	
Incidence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	148,00	152,00	155,00	158,00	161,00	165,00	168,00	171,00	
6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation									
Taux de détection de la tuberculose dans le cadre du traitement direct à court terme et sous observation	55,00	56,00	49,00	50,00	40,00	33,00	37,00	50,00	
Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage					44,00	45,00		67,00	
<b>OMD sept : Assurer un environnement durable</b>									
7.1 Proportion de zones forestières	11,30								
7.2 Emissions de CO2 (total, par habitant et pour 1 dollar de PIB, en parité du pouvoir d'achat)									
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), en milliers de tonnes métriques de CO2 (CDIAC).	304,00	345,00	319,00	337,00	341,00	334,00	330,00	315,00	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), tonnes métriques de CO2 par tête (CDIAC).	0,05	0,06	0,05	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), kg de CO2 pour 1\$ PIB (PPA) (CDIAC).	0,11	0,10	0,11	0,12	0,13	0,13	0,13	0,12	
7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone	43,00	45,60	48,20			56,20	58,80	62,00	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
		21,90	15,70		19,70				9,10			9,00		21,90	
	40,00		26,70	30,00							65,00				
			78,00					92,40					98,90		
					29,00										
	5,60	5,40	5,10	4,80	4,60	4,30	4,00	3,70	3,50	3,20	3,10	3,10			
								25,30							
								30,40							
								64,50							
												27,00	34,00		
											48475,0				
											73,00				
			1,30					8,30					45,20		
			31,30					30,00					17,20		
	233,0	234,0	239,0	241,0	240,0	238,0	235,0	232,0	227,0	215,0	198,0	179,0	162,0		
	22,00	22,00	23,00	23,00	23,00	23,00	22,00	23,00	22,00	21,00	19,00	16,00	14,00		
	174,0	177,00	249,5	179,0	179,0	176,0	173,00	168,0	162,0	155,0	147,0	137,00	129,00		
	60,00	57,00	56,00	56,00	54,00	57,00	56,00	54,00	50,00	53,00	58,00	65,00	70,00		
	74,00		80,00	80,00	79,00	79,00	78,00	79,00	83,00	86,00	90,00	90,00			
			80,00												
			7,70					7,00			6,80		6,70		
	301,00	293,00	301,00	216,00	220,00	165,00	198,00	154,00	187,00	176,00	194,00	191,00			
	0,05	0,05	0,05	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02			
	0,12	0,12	0,09	0,08	0,06	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06				
	64,50	59,70	53,90	46,60	19,20	9,20	4,90	8,50	8,90	8,90	7,30	7,30	7,40		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
7.4 Proportion de stocks de poissons vivant dans des milieux biologiques sains									
7.5 Proportion des ressources d'eau totales utilisées									
7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées	3,84	3,84	3,84	4,22	4,22	4,22	4,66	4,66	
7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction									
7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée	70,00	70,00	70,00	70,00	71,00	71,00	71,00	71,00	
7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	44,00	44,00	44,00	44,00	44,00	45,00	45,00	45,00	
<b>OMD huit : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</b>									
8.4 APD reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut	23,50	22,18	28,92	23,36	34,05	29,04	12,92	5,87	
Importations des pays développés en provenance des pays en développement admises en franchise de droits, pourcentage.							98,52	98,72	
Importations des pays développés en provenance des pays les moins avancés, admises en franchise de droits, pourcentage.							98,52	98,72	
8.11 Allègement de la dette annoncé au titre de l'Initiative en faveur des pays très endettés et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM)									
8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services	41,70	28,90	35,30	35,50	39,00	27,30	53,40	30,20	
8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants	0,14	0,18	0,22	0,26	0,26	0,28	0,25	0,26	
8.15 Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants	-	-	-	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	
8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants	-	-	-	-	-	-	-	0,01	

## 4.2. OMD du Kenya

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
<b>OMD un : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim</b>									
1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)			38,40		28,50			19,60	
1.2 Indice d'écart de la pauvreté			15,40		9,40			4,60	
1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale			3,40		5,60			6,00	
1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée									
1.5 Ratio emploi/population									
1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins d'un dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat)			31,50		23,20			15,70	
1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée									
1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans				20,10	19,80				
1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique		33,00					32,00		
<b>OMD deux : Assurer l'éducation primaire pour tous</b>									
2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire									
2.2 Proportion d'élèves commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire qui terminent l'école primaire									

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
			2,30												
	4,66	4,66	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86		
													5,00		
	71,00	72,00	72,00	72,00	71,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00		
	45,00	45,00	45,00	45,00	46,00	46,00	46,00	46,00	46,00	46,00	46,00	46,00	46,00		
	7,76	9,40	12,87	21,40	27,99	39,47	56,32	46,89	47,35	49,19	44,84	42,17	39,64		
	99,82	99,97	99,98	100,0	99,93	99,97	100,0	100,0	99,97	100,0	100,0	100,0	100,0		
	99,82	99,97	99,98	100,0	99,93	99,97	100,0	100,0	99,97	100,0	100,0	100,0	100,0		
															1 008,0
	41,30	45,00	38,10	31,40	73,60	47,20	101,90	34,30	11,50	6,70	3,50	1,90	1,20		
	0,29	0,30	0,31	0,32	0,33	0,35	0,39	0,43	0,37	0,37	0,38	0,39	0,39		
	0,01	0,01	0,26	0,51	0,78	0,94	1,43	2,11	2,68	3,50	6,05	10,26	13,72	14,5	
	0,02	0,04	0,08	0,11	0,12	0,20	0,35	0,54	0,66	0,70	0,81	0,90	1,00	1,11	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
								43,40							
								16,90		47,70					
								4,80							
		66,10						55,00							
								15,40							
		39,60													
	18,50		17,50			16,50						16,45			
				33,00	32,00					32,00					
		62,60	66,75	75,10	69,85	77,60	78,10	79,55	81,45	89,50	87,65	88,50	91,40	82,90	
						72,80									

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	89,80								
<b>OMD trois : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>									
3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur									
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation primaire	0,96	0,97							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation secondaire	0,73								
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation tertiaire									
3.2 Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole	21,40	22,20	24,20	23,00	25,50	26,60	29,40	32,20	
3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national	1,10							3,00	
<b>OMD quatre : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>									
4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	100,05	103,00	105,00	108,00	112,00	114,00	116,00	117,00	
4.2 Taux de mortalité infantile	65,05	66,00	68,00	69,00	71,00	72,00	73,00	73,00	
4.3 Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	78,00	81,00	84,00	84,00	84,00	83,00	81,00	79,00	
<b>OMD cinq : Améliorer la santé maternelle</b>									
5.1 Taux de mortalité maternelle	400,0					460,0			
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié				45,40					
5.3 Taux de contraception				32,70					
5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes	117,90					111,20			
5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)				94,90					
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale				35,30					
<b>OMD six : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>									
6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans	3,50	4,20	5,60	7,10	8,30	9,20	9,70	9,90	
6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque		345,5							
6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida									
6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans									
6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux									
6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie									
Cas notifiés de paludisme, pour 100 000 habitants									
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100 000 habitants, tout âge									
6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide									
6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés									
6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie									
Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	202,0	187,0	171,00	161,00	157,00	157,00	170,0	183,0	
Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants	22,00	20,00	17,00	15,00	13,00	12,00	13,00	13,00	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
			92,50							83,90		92,70	92,80		
		0,97	0,99		0,95	0,95	0,94	0,96	0,97	0,99	0,98	0,98		0,97	
		0,96	0,95		0,96	1,02	0,93	0,95	0,93	0,87	0,92	0,90		0,90	
			0,54	0,54	0,54		0,60	0,60				0,70			
		3,60	3,60	3,60	3,60	7,10	7,10	7,10	7,10	7,30	7,25	9,80	9,80	9,80	9,80
	116,00	114,00	113,00	111,50	110,00	109,00	107,50	103,00	101,50	100,00	81,50	80,50	79,50	92,70	
	72,00	70,00	73,00	72,00	71,50	70,50	70,00	67,50	67,00	66,50	54,50	54,00	53,50	60,20	
	99,00	76,00	75,00	74,00	78,00	72,00	73,00	69,00	77,00	80,00	90,00	88,00	86,00		
			490,0			414,0	414,0	432,5	414,0	414,0	470,0	410,0	385,0		
	44,30	44,00				41,60		41,60			43,80	44,00	61,60		
	39,00	45,50				39,30						47,75			
		142,0	116,00						106,3						
	91,90		76,20			88,10						91,50			
	28,00					27,40					25,60				
	9,60	9,20	8,60	8,10	7,60	7,20	6,80	6,50	6,30	6,10	5,90	6,10			
												51,90			
												51,20			
												52,00	61,00		
											30307,0				
											81,00				
			2,90			4,60						46,70			
	40,40		64,50			26,50						23,20			
	205,0	231,00	260,0	288,0	310,0	317,00	322,0	313,0	335,0	312,00	301,0	300,0	283,0		
	14,00	16,00	18,00	20,00	21,00	21,00	20,00	18,00	21,00	19,00	18,00	19,00	17,00		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Incidence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	139,0	139,0	142,0	148,00	157,00	169,0	184,0	203,0	
6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation									
Taux de détection de la tuberculose dans le cadre du traitement direct à court terme et sous observation	36,00	37,00	41,00	54,00	55,00	61,00	67,00	68,00	
Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage					73,00	75,00	77,00	65,00	
<b>OMD sept : Assurer un environnement durable</b>									
7.1. Proportion de zones forestières	6,50								
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), en milliers de tonnes métriques de CO2 (CDIAC).	5823	4840	5541,0	6348,0	6557,0	7554	9329	8265	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), tonnes métriques de CO2 par tête (CDIAC).	0,25	0,20	0,22	0,25	0,25	0,28	0,33	0,29	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), kg de CO2 pour 1\$ PIB (PPA) (CDIAC).	0,13	0,15	0,17	0,17	0,19	0,23	0,20	0,23	
7.3. Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone	452,3	442,9	350,4	352,10	563,50	562,0	410,6	573,0	
7.5. Proportion des ressources d'eau totales utilisées	6,70								
7.6. Proportion de zones terrestres et marines protégées	11,50	11,53	11,53	11,60	11,61	11,62	11,62	11,62	
7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction									
7.8. Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée	44,00	45,00	45,00	46,00	47,00	48,00	49,00	49,00	
7.9. Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	25,00	26,00	26,00	26,00	27,00	27,00	27,00	27,00	
7.10 Proportion de citoyens vivant dans des taudis	54,60					54,80			
<b>OMD huit : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</b>									
8.4. APD reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut									
8.6 Proportion du total des importations des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés qui sont admises en franchise de droit							92,82	92,67	
8.12. Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services	28,60	26,30	23,50	12,80	17,00	20,70	18,90	12,90	
8.14. Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants	0,75	0,83	0,83	0,83	0,86	0,94	0,95	0,94	
8.15. Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants	-	-	-	-	0,01	0,01	0,01	0,02	
8.16. Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants	-						0,01	0,03	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	230,0	259,0	346,0	314,0	336,0	349,0	357,0	359,0	355,0	347,0	332,0	312,00	298,0		
	72,00	73,00	72,00	72,00	73,00	78,00	81,00	80,00	83,00	82,00	78,00	84,00	82,00		
	77,00	79,00	80,00	80,00	79,00	80,00	80,00	82,00	85,00	85,00	85,00	86,00			
			6,30					6,20			6,10		6,05		
	10037	10172	10418	9369	7968	6755	7624	8562	9575	9831	10242	12350			
	0,34	0,33	0,33	0,29	0,24	0,20	0,22	0,27	0,26	0,26	0,27	0,31			
	0,23	0,24	0,20	0,17	0,14	0,15	0,16	0,17	0,16	0,17	0,20	0,14			
	566,9	387,9	381,4	343,4	322,0	268,4	200,0	267,5	134,8	88,80	75,70	58,30	56,20		
								8,90							
	11,62	11,62	11,73	11,73	11,73	11,73	11,73	9,95	11,73	11,73	11,73	11,73	11,73		
													8,00		
	50,00	51,00	52,00	52,00	53,00	53,00	54,00	56,00	56,50	56,50	57,00	57,50	58,00		
	28,00	28,00	28,00	29,00	29,00	29,00	30,00	30,00	30,00	31,00	31,00	31,00	32,00		
			5,80					5,80		54,80		54,70			
	92,74	89,93	90,56	89,24	96,86	97,54	96,99	96,32	98,29	98,55	98,95	98,60	97,93		
	12,40	13,00	17,20	12,30	13,60	14,40	7,30	9,40	6,70	5,90	4,60	4,80	4,10		
	0,97	0,95	0,93	0,96	0,98	0,97	0,86	0,81	0,80	1,24	1,68	1,68	0,94	0,68	
	0,04	0,08	0,41	1,87	3,61	4,71	7,34	12,95	20,09	30,28	42,40	49,07	61,63	64,84	
	0,05	0,11	0,32	0,62	1,21	2,94	3,02	3,10	7,53	7,90	8,60	10,04	14,00	28,0	

### 4.3. OMD de l'Ouganda

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
<b>OMD un : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim</b>									
1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)			70,00				64,40		
1.2 Indice d'écart de la pauvreté			30,30				24,80		
1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale			6,00				7,30		
1.5 Ratio emploi/population								59,9	
1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins d'un dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat)			66,00				60,40		
1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée									
1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans						20,80			
1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique		19,00					23,00		
<b>OMD deux : Assurer l'éducation primaire pour tous</b>									
2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire									
2.2 Proportion d'élèves commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire qui terminent l'école primaire									
2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	83,70	69,80							
<b>OMD trois : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>									
3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur									
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation primaire	0,80	0,81							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation secondaire	0,85								
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation tertiaire		0,38							
3.2 Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole									
3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national	12,20							18,10	
<b>OMD quatre : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>									
4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	177,85	174,0	173,00	171,00	170,0	167,0	164,0	160,0	
4.2 Taux de mortalité infantile	108,00	105,0	104,0	102,0	101,00	100,0	98,00	96,0	
4.3 Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	52,00	54,0	56,00	57,00	59,00	57,00	55,00	54,0	
<b>OMD cinq : Améliorer la santé maternelle</b>									
5.1 Taux de mortalité maternelle	600,0					590,0			
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié						37,80			
5.3 Taux de contraception						14,80			
5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes		152,0	197,6						
5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)						91,20			
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale						30,0			
<b>OMD six : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>									
6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans	9,40	9,70	9,60	9,30	9,00	8,50	8,10	7,70	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
		60,50			57,40				51,50			38,00			
		24,50			22,70				19,10			12,20		44,3	
		5,90			5,70				6,10			5,80			
					77,50			70,30				75,40			
		56,60			53,50			47,8					34,50		
					31,50	26,10		29,20							
				19,00					16,40			16,40			
				19,00	19,00					21,5					
				100,00	84,30	100,80	90,00	93,0	92,00	93,0	89,00	101,10	91,00	90,9	
			38,20	40,50	35,30	22,20	25,50		31,80		37,80	31,80			
					80,80				84,10				87,40		
		0,90	0,92	0,95	0,97	0,96	0,97	0,98	0,99	1,00	1,00	1,01	1,01	1,00	
			0,76	0,76	0,80	0,80	0,79	0,79	0,81	0,80	0,83	0,82	0,85	0,85	
		0,53	0,51	0,53	0,62	0,60	0,62		0,76		0,79	0,79			
						39,00									
	18,10	18,10	17,90	17,80	24,70	24,70	24,70	23,90	23,90	29,80	30,70	30,70	31,50	34,25	
	155,00	150,00	148,0	145,50	145,00	143,00	140,50	138,0	135,50	125,5	122,00	120,0	118,0	116,7	
	94,00	91,00	86,0	84,50	84,50	83,50	82,00	81,00	74,00	72,5	71,50	70,50	69,5	73,90	
	50,00	55,00	57,00	59,00	62,00	64,00	66,00	68,0	71,00	68,0	59,00	63,00	55,00		
			517,50	505,00	505,00	505,00	505,00	427,50	435,00	435,0	432,50	435,00	372,50		
		37,80	39,00					39,00	41,90			42,00	41,90		
		23,70		22,80				19,70	23,70			24,00			
	190,20				204,00	158,60									
				92,40					93,50						
				35,00					38,00						
	7,30	7,00	6,70	6,40	6,20	6,00	5,90	5,90	5,80	5,80	5,80	6,20			

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque									
6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida		6,20							
6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans									
6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux									
6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie									
Cas notifiés de paludisme, pour 100 000 habitants									
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100 000 habitants, tout âge									
6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide									
6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés									
6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie									
Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	526,00	501,0	483,0	471,0	465,0	461,0	456,0	446,0	
Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants	60,00	57,00	54,00	51,00	51,00	50,0	49,00	48,0	
Taux de détection de la tuberculose dans le cadre du traitement direct à court terme et sous observation	13,00	17,00	18,00	19,00	24,00	22,00	24,00	26,0	
Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage						44,0	33,00	40,0	
<b>OMD sept : Assurer un environnement durable</b>									
7.1 Proportion de zones forestières	24,10								
7.2 Emissions de CO2 (total, par habitant et pour 1 dollar de PIB, en parité du pouvoir d'achat)	803,00	829,0	840,0	832,0	763,0	994,0	1115,0	1148	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), en milliers de tonnes métriques de CO2 (CDIAC).	803,00	829,0	840,0	832,0	763,0	994,0	1115,0	1148,0	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), tonnes métriques de CO2 par tête (CDIAC)	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), kg de CO2 pour 1\$ PIB (PPA) (CDIAC).	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07	0,07	
7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone	14,40	14,90	15,80	21,00	10,20	14,30	15,80	24,60	
7.5 Proportion des ressources d'eau totales utilisées									
7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées	7,89	8,43	8,43	8,51	8,51	8,51	8,51	8,51	
7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction									
7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée	43,00	44,0	46,00	47,00	49,00	50,0	52,00	53,00	
7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	27,00	28,0	28,00	29,00	29,00	29,00	29,00	29,00	
<b>OMD huit : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</b>									
8.4 APD reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut	15,69	20,32	26,12	19,21	19,12	14,62	11,23	13,00	
8.6 Proportion du total des importations des pays développés									



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Importations des pays développés en provenance des pays en développement admises en franchise de droits, pourcentage.							96,77	97,33	
Importations des pays développés en provenance des pays les moins avancés, admises en franchise de droits, pourcentage.							96,77	97,33	
8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services	78,60	72,30	56,90	50,40	27,00	19,50	17,90	19,70	
8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants	0,16	0,16	0,16	0,11	0,15	0,19	0,22	0,24	
8.15 Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants						0,01	0,02	0,02	
8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants								0,01	

#### 4.4. OMD de la Tanzanie

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
<b>OMD un : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour</b>									
1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)			72,60						
1.2 Indice d'écart de la pauvreté			29,70						
1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale			7,40						
1.4 Taux de croissance du PIB per personne occupée									
1.5 Ratio emploi/population		86,90							
1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins d'un dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat)			70,00						
1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée		0,50							
1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans			25,10				26,90		
1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique		29,00					42,00		
<b>OMD deux : Assurer l'éducation primaire pour tous</b>									
2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	51,20	50,50							
2.2 Proportion d'élèves commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire qui terminent l'école primaire									
2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	62,80								
<b>OMD trois : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>									
3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur									
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation primaire	0,98	0,98							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation secondaire	0,71	0,77							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation tertiaire		0,19							
3.2 Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole									
3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national								17,50	
<b>OMD quatre : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>									
4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	159,20	155,00	155,00	155,00	155,00	155,00	152,00	147,00	
4.2 Taux de mortalité infantile	97,85	95,00	95,00	95,00	95,00	94,00	93,00	90,00	
4.3 Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	80,00	79,00	81,00	77,00	79,00	78,00	78,00	73,00	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	98,34	94,30	89,4	98,45	96,92	99,98	99,65	99,31	99,97	99,9	99,99	99,98	99,97		
	98,34	94,30	89,4	98,45	96,92	99,99	99,65	99,31	99,97	99,9	99,99	99,98	99,97		
	15,00	11,80	15,70	8,30	9,00	8,00	8,20	7,80	3,70	1,60	0,50	0,80	1,10		
	0,25	0,24	0,25	0,22	0,21	0,23	0,26	0,31	0,37	0,55	0,54	0,72	0,98	1,35	
	0,13	0,24	0,52	1,13	1,52	2,91	4,23	4,63	6,84	13,8	27,30	28,99	38,38	48,3	
	0,07	0,11	0,16	0,24	0,38	0,46	0,72	1,74	2,53	3,67	7,91	9,79	12,51	13,01	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
			84,60							67,90					
			41,60							28,10				37,60	
			7,30							6,80					
				75,60					79,20						
			84,40							64,00					
				3,80					11,40						
		25,30						16,70				16,70	16,20		
				40,00	39,00					34,00					
		49,30	55,95	61,70	76,85	85,10	88,40	92,85	96,30	97,30	97,70	95,90	95,40	98,00	
			73,90	92,20		80,00	81,20	79,20	82,50		73,90	81,40			
					78,40							77,40	77,30		
		1,00	0,99	0,98	0,97	0,96	0,96	0,96	0,97	0,98	0,99	1,00	1,02	1,00	
		0,27		0,31	0,39	0,44	0,41	0,48					0,82		
									30,50						
	17,50	17,50	16,40		22,30	22,30	21,40	21,40	30,40	30,40	30,40	30,40	30,70	36,00	
	141,00	136,00	130,00	125,00	136,00	133,50	110,00	107,50	104,50	114,50	109,50	80,50	78,50	86,70	
	87,00	84,00	81,00	77,00	84,50	74,50	68,00	66,50	65,00	72,50	69,50	52,00	50,50	58,60	
	72,00	72,00	78,00	86,00	89,00	97,00	94,00	91,00	93,00	90,00	88,00	91,00	92,00		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
<b>OMD cinq : Améliorer la santé maternelle</b>									
5.1 Taux de mortalité maternelle	870,0					840,0			
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié			43,90				38,20		
5.3 Taux de contraception			10,40		20,40		18,40		
5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes	144,00				129,60			137,50	
5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)			62,20				49,50		
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale			27,80		27,30		26,00		
<b>OMD six : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>									
6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans	4,55	5,10	5,90	6,50	7,00	7,20	7,30	7,30	
6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida									
6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans									
6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux									
6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie									
Cas notifiés de paludisme, pour 100 000 habitants									
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100 000 habitants, tout âge									
6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide									
6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés									
Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	303,0	287,0	271,00	257,00	246,0	236,0	230,0	226,0	
Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants	32,00	29,00	27,00	24,00	22,00	20,00	19,00	18,00	
Incidence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	226,0	226,0	226,0	226,0	226,0	226,0	226,0	226,0	
Taux de détection de la tuberculose dans le cadre du traitement direct à court terme et sous observation	39,00	42,00	46,00	50,00	53,00	59,00	64,00	65,00	
Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage					80,00	73,00	76,00	77,00	
<b>OMD sept : Assurer un environnement durable</b>									
7.1. Proportion de zones forestières	46,80								
Emissions de dioxyde de carbone (CO <sub>2</sub> ), en milliers de tonnes métriques de CO <sub>2</sub> (CDIAC).	2373,0	2435,0	2362,0	2637,0	2446,	3553,0	3462,0	2882,0	
Emissions de dioxyde de carbone (CO <sub>2</sub> ), tonnes métriques de CO <sub>2</sub> par tête (CDIAC).	0,09	0,09	0,09	0,09	0,08	0,12	0,11	0,09	
Emissions de dioxyde de carbone (CO <sub>2</sub> ), kg de CO <sub>2</sub> pour 1\$ PIB (PPA) (CDIAC).	0,10	0,10	0,11	0,10	0,14	0,13	0,10	0,09	
7.5 Proportion des ressources d'eau totales utilisées									
7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées	25,74	25,74	25,94	26,04	26,04	26,13	26,13	26,19	
7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction									
7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	54,00	54,00	
7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	8,00	8,00	8,00	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
			629,5				578,0	595,0	580,0	580,0	633,5	454,0	457,0		
		35,80					43,40	46,30				43,00	48,90		
		25,40					28,20	26,40				26,00	34,40		
					113,00					128,20					
		48,80						78,20			75,80		87,80		
		22,30						24,30				25,30			
	7,20	7,10	6,90	6,70	6,50	6,30	6,10	5,90	5,70	5,60	5,40	4,60			
													42,70		
											86,40				
												33,00	42,00		
											24088				
											84,0				
		2,10						16,00			25,70		63,60		
		53,40						58,20			56,70		59,10		
	225,00	230,0	233,00	236,0	235,0	232,00	223,0	209,0	195,00	198,0	184,00	183,00	183,00		
	17,00	18,00	17,00	17,00	17,00	17,00	16,00	15,00	14,00	14,00	13,00	13,00	13,00		
	228,0	232,00	236,0	239,0	239,0	235,00	225,0	213,00	200,0	192,00	190,0	183,00	177,00		
	69,00	68,00	68,00	74,00	70,00	71,00	73,00	74,00	74,00	75,00	75,00	77,00	77,00		
	76,00	78,00	78,00	81,00	80,00	81,00	81,00	82,00	85,00	88,00	88,00	88,00			
			42,30					40,00			38,60		37,70		
	2556,0	2538,0	2651,0	3128,0	3590,0	3806,0	4353,0	5618,0	5959,0	6150,0	6538,0	6960,0			
	0,08	0,08	0,08	0,09	0,10	0,10	0,12	0,14	0,15	0,15	0,15	0,16			
	0,08	0,08	0,09	0,10	0,10	0,11	0,13	0,13	0,12	0,12	0,12	0,56			
			5,40												
	26,19	26,19	26,36	26,36	26,50	26,50	26,5	21,10	26,53	26,88	26,88	26,8	26,88		
													12,00		
	54,00	54,00	54,00	54,00	55,00	55,00	55,5	61,00	61,00	60,50	60,50	63,50	63,50		
	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
<b>OMD huit : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</b>									
8.6 Proportion du total des importations des pays admises en franchise de droit									
Importations des pays développés en provenance des pays en développement admises en franchise de droits, pourcentage.							89,29	91,49	
Importations des pays développés en provenance des pays les moins avancés, admises en franchise de droits, pourcentage.							89,29	91,49	
8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services	31,30	38,90	39,30	26,30	18,40	17,20	18,40	12,50	
8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants	0,29	0,29	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,33	
8.15 Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants						0,01	0,03	0,06	
8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants	0,00							0,01	

#### 4.5. OMD du Rwanda

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
<b>OMD un : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour</b>									
1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)									
1.2 Indice d'écart de la pauvreté									
1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale									
1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins d'un dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat)									
1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée							31,20		
1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans			24,30				22,60		
1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique		44,00					53,00		
<b>OMD deux : Assurer l'éducation primaire pour tous</b>									
2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire									
2.2 Proportion d'élèves commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire qui terminent l'école primaire		39,30							
2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	51,80	74,90							
<b>OMD trois : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>									
3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur									
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation primaire	0,98	0,99							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation secondaire	0,78	0,82							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation tertiaire									
3.2 Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole						32,40			
3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national	17,10							17,10	
<b>OMD quatre : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>									
4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	181,85	175,00	185,00	206,0	289,00	254,00	209,00	205,0	
4.2 Taux de mortalité infantile	111,70	105,00	111,00	107,0	136,00	129,00	119,00	121,00	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	90,57	80,53	89,18	96,81	96,14	98,30	98,2	97,56	97,88	95,71	97,63	99,94	99,83		
	90,57	80,53	89,18	96,81	96,14	98,30	98,2	97,56	97,88	95,71	97,63	99,94	99,83		
	20,75	16,25	11,85	6,45	6,05	4,85	10,5	6,35	3,45	2,15	1,95	1,25	1,95		
	0,38	0,45	0,51	0,51	0,45	0,40	0,39	0,40	0,38	0,40	0,29	0,40	0,39	0,35	
	0,12	0,15	0,32	0,79	1,69	3,53	5,14	7,63	14,05	20,09	30,77	40,14	46,80	55,53	
	0,01	0,08	0,12	0,17	0,22	0,68	0,8	4,30	5,80	7,20	9,00	10,00	11,00	12,00	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
			74,60						72,10					63,2	
			36,90						34,80					39,85	
			4,80						4,60					5,20	
			75,50					72,80							
			20,30					18,00				18,00			
				38,00	38,0					33,00					
			72,00	74,60	77,15	88,40	86,40	87,70	95,00	93,75	92,30	95,65	96,85	98,7	
			31,10	30,40	36,7	31,10									
			77,60									76,60	77,50		
		0,98	0,97	0,99	1,00	1,01	1,02	1,03	1,04	1,03	1,03	1,02	1,02	1,03	
		1,01	0,95	0,99	0,99	0,89	0,90	0,88	0,90	0,90	0,91	0,95	1,02	1,05	
				0,48	0,50	0,56	0,62					0,76	0,77		
			33,00												
	17,10	17,10	17,10	25,70	25,7	25,70	48,80	48,80	48,80	48,80	48,80	56,30	56,30	53,6	56,3
	199,0	188,0	186,5	181,00	176,5	171,50	167,0	140,0	136,00	107,50	103,5	100,5	97,00	117,5	
	118,0	112,0	106,5	103,5	101,0	98,50	96,00	82,50	80,50	66,50	64,00	62,50	60,50	95,0	

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
4.3 Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	83,00	89,00	82,00	74,00	25,00	84,00	76,00	66,00	
<b>OMD cinq : Améliorer la santé maternelle</b>									
5.1 Taux de mortalité maternelle	910,00					1000,0			
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié			25,80						
5.3 Taux de contraception			21,20				13,70		
5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes	60,30						45,00		
5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)			94,40						
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale			38,20						
<b>OMD six : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>									
6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans	4,80	4,10	4,10	4,00	4,00	4,00	3,90	3,90	
6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque									
6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida									
6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans									
6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux									
6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie									
Cas notifiés de paludisme, pour 100 000 habitants									
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100 000 habitants, tout âge									
6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide									
6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés									
6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie									
Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	521,00	516,00	517,00	506,0	495,00	487,00	470,00	448,0	
Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants	61,00	61,00	62,00	61,00	59,00	58,00	55,00	51,00	
Incidence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	405,00	409,00	410,00	408,0	403,00	394,00	383,00	367,0	
6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation									
Taux de détection de la tuberculose dans le cadre du traitement direct à court terme et sous observation	22,00	11,00				14,00	16,00	20,00	
Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage							61,00	68,00	
<b>OMD sept : Assurer un environnement durable</b>									
7.1 Proportion de zones forestières	12,90								
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), en milliers de tonnes métriques de CO2 (CDIAC).	682,00	631,00	638,00	642,0	620,00	612,00	631,00	653,0	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), tonnes métriques de CO2 par tête (CDIAC).	0,10	0,09	0,10	0,11	0,11	0,11	0,11	0,10	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), kg de CO2 pour 1\$ PIB (PPA) (CDIAC).	0,11	0,11	0,12	0,23	0,17	0,15	0,14	0,13	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	72,0	78,00	74,00	69,00	69,0	90,00	84,00	89,00	95,00	94,00	92,00	93,00	82,00		
			955,5	1071,0	1071,0	171,00	1071,0	650,0	750,00	750,0	645,0	750,0	545,0		
		26,0	31,30					38,60		52,10		52,00	69,00		
		51,6	13,20					17,40			36,40	36,00		51,6	
	59,80				40,0			42,50			41,00				
			91,50					94,40			95,80		98,00		
			36,40					38,50					18,90		
	3,80	3,6	3,50	3,40	3,30	3,10	2,90	2,70	2,60	2,60	2,50	2,70			
								32,80							
								52,25							
								74,60							
												81,00	88,00		
											11429				
											40,00				
			5,00					13,00			55,70				
			12,60					12,30			5,60				
	419,0	390	361,0	325,0	289,0	252,0	215,00	192,0	167,00	152,00	143,0	138,0	128,0		
	47,00	43,0	40,00	36,00	31,0	27,00	22,00	19,00	15,00	13,00	12,00	12,00	11,00		
	343,0	315,0	317,00	254,0	225,0	202,0	181,00	162,0	146,00	133,0	123,00	115,00	106,0		
	26,00	27,0	26,00	25,00	31,0	38,00	40,00	48,00	59,00	59,00	61,00	61,00	60,00		
	72,00	67,0	61,00		58,0	67,00	77,00	83,00	86,00	86,00	87,00	85,00			
			13,90					15,60			16,80		17,60		
	642,0	671,0	686,0	689,0	689,0	682,0	689,0	689,0	689,0	715,00	704,0	726,0			
	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07			
	0,12	0,12	0,11	0,10	0,09	0,09	0,08	0,07	0,07	0,06	0,06	0,16			

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
7.5 Proportion des ressources d'eau totales utilisées									
7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées	9,89	9,89	9,89	9,89	9,89	9,89	9,89	9,89	
7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction									
7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00	
7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	36,00	37,00	38,00	39,00	40,00	41,00	42,00	43,00	
<b>OMD huit : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</b>									
8.4 APD reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut	11,19	18,89	17,21	18,09	94,95	53,48	34,00	12,51	
8.6 Proportion du total des importations des pays développés admises en franchise de droit									
Importations des pays développés en provenance des pays en développement admises en franchise de droits, pourcentage.							99,84	100,0	
Importations des pays développés en provenance des pays les moins avancés, admises en franchise de droits, pourcentage.							99,84	100,0	
8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services	9,90	11,60	13,50	14,80	6,50	20,00	19,20	13,50	
8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants	0,15	0,16	0,18	0,18	0,18	0,12	0,18	0,18	
8.15 Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants									
8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants									

#### 4.6. OMD de la République Démocratique du Congo

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
<b>OMD un : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour</b>									
1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)									
1.2 Indice d'écart de la pauvreté									
1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale									
1.5 Ratio emploi/population									
1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins d'un dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat)									
1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans						30,70			
1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique									
<b>OMD deux : Assurer l'éducation primaire pour tous</b>									
2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire		57,00							
2.2 Proportion d'élèves commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire qui terminent l'école primaire		54,70							
2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	68,9								
<b>OMD trois : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</b>									
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation primaire	0,62	0,75							
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation secondaire	0,48								
Indice de parité entre filles et garçons, en scolarisation tertiaire									

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
			1,60												
	9,89	9,89	9,89	9,89	9,99	9,99	9,99	12,35	9,99	9,99	9,99	9,99	9,99		
													6,00		
	66,00	66,0	66,00	66,00	67,0	53,50	54,50	56,50	61,50	64,50	70,00	70,00	69,50		
	45,00	46,0	47,00	48,00	49,0	50,00	50,00	51,00	53,00	53,00	54,00	55,00	55,00		
	17,66	19,4	18,69	18,45	22,38	18,46	23,85	22,61	19,56	19,40	19,96	17,87	18,49		
	99,84	99,48	99,23	100,0	99,6	99,60	99,73	99,82	100,00	99,99	99,95	99,62	99,97		
	99,85	99,8	99,23	100,0	99,6	99,60	99,73	99,82	100,00	100,0	99,95	99,62	99,97		
	30,00	39	24,90	11,20	8,60	8,20	7,20	4,40	2,90	2,40	1,30	1,80	2,70		
	0,16	0,17	0,22	0,25	0,29	0,29	0,25	0,26	0,25	0,24	0,17	0,32	0,37	0,36	
	0,07	0,15	0,48	0,77	0,95	1,48	1,52	2,42	3,33	6,54	13,22	23,56	33,40	40,6	
	0,01	0,1	0,06	0,24	0,29	0,36	0,43	0,56		2,12	4,50	7,70	8,00	7,00	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
									87,70						
									52,80						
									5,50						
								70,90							
									59,70						
				33,60						28,20			24,20		
					70,00					69,00					
		33,30													
										76,10		54,80			
				70,40								65,40	65,00		
		0,91			0,79					0,82	0,84	0,86	0,87	0,86	
		0,53			0,58					0,53	0,56	0,56	0,58	0,57	
										0,35	0,36	0,31			

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
3.2 Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole	25,90								
3.3 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national	5,40							5,00	
<b>OMD quatre : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>									
4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	189,6	181,00	181,00	181,00	181,00	181,00	181,00	181,00	
4.2 Taux de mortalité infantile	117,9	117,00	117,00	117,00	117,00	117,00	117,00	117,00	
4.3 Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	38,0	17,00	25,00	33,00	39,00	27,00	21,00	20,00	
<b>OMD cinq : Améliorer la santé maternelle</b>									
5.1 Taux de mortalité maternelle	930,0					870,0			
5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié									
5.3 Taux de contraception		7,70							
5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes			125,00						
5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)									
5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale									
<b>OMD six : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b>									
6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,10	1,10	
6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque									
6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida									
6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans									
6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux									
6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie									
Cas notifiés de paludisme, pour 100 000 habitants									
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100 000 habitants, tout âge									
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100 000 habitants, 0-4 ans									
6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide									
6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés									
Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100 000 habitants	661,0	649,0	638,0	640,0	640,0	634,0	631,0	621,00	
Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants	78,00	76,00	74,00	74,00	74,00	73,00	72,00	70,00	
Taux de détection de la tuberculose dans le cadre du traitement direct à court terme et sous observation	18,0	27,00	29,00	27,00	28,00	30,00	31,00	30,00	
Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage					72,00	74,00	48,00	64,00	
<b>OMD sept : Assurer un environnement durable</b>									
7.1 Proportion de zones forestières	70,70								
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), en milliers de tonnes métriques de CO2 (CDIAC). Dernière mise à jour: 02 juil. 2012	4070,0	3755,0	3619,0	3410,0	2479,0	2967,0	3249,0	2926,0	

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
							12,00	12,00	12,00	8,40	8,40	8,40	8,40	8,40	8,90
	181,00	181,00	181,00	181,00	181,00	181,00	181,00	181,00	179,00	177,00	174,00	172,00	170,00	198,2	
	117,00	117,00	117,00	117,00	117,00	117,00	117,00	117,00	116,00	115,00	114,00	113,00	112,00	111,60	
	20,00	15,00	46,00	35,00	42,00	49,00	57,00	61,00	63,00	66,00	61,00	67,00	68,00		
			770,0					660,0			670,0		540,0		
		70,00		60,70				61,00		74,00			79,30		
		44,30		31,40						20,60			17,70		
				117,00			126,00					135,00			
				68,20						85,30			87,70		
										26,90			24,20		
	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20			
													6,00		
													15,20		
													63,40		
												13,00	14,00		
											37400,0				
											156,00				
											147,00				
				0,70						5,80			38,10		
				52,00						29,80			39,10		
	612,00	600,0	596,0	592,0	583,0	565,0	552,0	546,0	547,0	547,0	540,0	537,0	535,0		
	68,00	66,00	66,00	65,00	63,00	60,00	57,00	56,00	56,00	56,00	55,00	54,00	54,00		
	38,00	38,00	38,00	40,00	41,00	45,00	51,00	52,00	50,00	50,00	51,00	53,00	53,00		
	70,00	69,00	78,00	77,00	78,00	83,00	85,00	85,00	86,00	87,00	87,00	88,00			
			69,40					68,70					68,00		
	2534,0	2248,0	1646,0	1566,0	1544,0	1698,0	1936,0	2244,0	2384,0	2574,0	2794,0	2695,0			

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), tonnes métriques de CO2 par tête (CDIAC). Dernière mise à jour: 02 juil. 2012	0,11	0,10	0,09	0,08	0,06	0,07	0,07	0,06	
Emissions de dioxyde de carbone (CO2), kg de CO2 pour 1\$ PIB (PPA) (CDIAC). Dernière mise à jour: 02 juil. 2012	0,16	0,17	0,19	0,14	0,17	0,19	0,18	0,16	
7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone	-	17,70	-	-	-	1209,7	960,4	578,0	
7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées	9,9	9,96	9,99	9,99	9,99	9,99	9,99	9,99	
7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée	45,0	45,00	45,00	45,00	45,00	44,00	44,00	44,00	
7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	9,0	9,00	9,00	9,00	11,00	12,00	12,00	13,00	

### OMD huit : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

8.6 Proportion du total des importations des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés qui sont admises en franchise de droit									
Importations des pays développés en provenance des pays en développement admises en franchise de droits, pourcentage.							94,45	91,16	
Importations des pays développés en provenance des pays les moins avancés, admises en franchise de droits, pourcentage.							94,45	91,16	
8.11 Allègement de la dette annoncé au titre de l'Initiative en faveur des pays très endettés et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM)									
8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services									
8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants	0,09	0,09	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,02	
8.15 Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants						0,02	0,02	0,02	
8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants									

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	0,05	0,05	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04			
	0,15	0,12	0,11	0,11	0,11	0,12	0,13	0,13	0,13	0,14	0,13	0,35			
	907,4	410,60	454,6	1151,2	1081,3	607,6	364,3	312,60	228,20	90,50	50,50	89,70	76,60		
	9,99	9,99	9,99	9,99	9,99	9,99	9,99	7,25	9,99	9,99	9,99	9,99	9,99		
	44,00	44,00	44,00	44,00	44,00	44,00	44,00	44,00	45,00	45,00	45,00	45,00	45,00		
	14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	19,00	20,00	21,00	21,00	23,00	23,00	24,00	24,00		
	99,92	99,89	99,93	99,59	98,10	99,99	99,52	99,27	99,60	99,99	99,60	99,96	99,97		
	99,92	99,89	99,93	99,59	98,10	100,0	99,52	99,27	99,60	99,99	99,60	99,96	99,97		
															9474,0
					2,95	24,55	8,85	15,45	7,85	2,65	3,65	3,85	2,45		
	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,06	0,07	0,06	0,06	
	0,02	0,02	0,03	0,29	1,07	2,30	3,57	4,78	7,47	10,85	15,91	14,73	17,92	23,13	
			0,01	0,01	0,09	0,13	0,20	0,24	0,30	0,37	0,44	0,56	0,72	1,20	

## 4.7. Autres données

### 4.7.1. Evolution des Investissements directs Etrangers (en millions de dollars US)

ANNEE	moyenne 1990-1994	moyenne 1995-1999	moyenne 2000-2004	moyenne 2005-2009	2010	2011
Burundi	0,60	0,65	2,34	1,06	0,780581	1,654
Egypte	757,18	851,86	957,40	8640,54	6385,6	-482,7
Kenya	17,64	24,27	54,33	202,56	178,0645	335,2497
Nigéria	1489,72	1498,40	1785,15	6572,19	6098,963	8915
Rwanda	4,72	3,13	8,32	69,85	42,33	106
Afrique du Sud	112,62	1588,26	2154,42	5237,29	1228,347	5807,361
Ouganda	28,16	132,08	202,91	677,36	543,8727	792,2601
République-Unie de Tanzanie	16,40	225,02	355,12	824,01	1022,809	1095,401
Monde	201344,95	603851,24	837483,65	1481628,94	1309001	1524422
Economies en développement	61576,16	175484,92	225529,00	499592,89	616660,7	684399,3
Economies en transition	1426,24	7411,23	15623,53	73879,96	73754,5	92162,89
Economies développées	138342,55	420955,09	596331,13	908156,09	618586,1	747860
Economies en développement : Afrique	4345,57	8919,21	15961,85	45850,59	43122,14	42651,85
CAE (Communauté de l'Afrique de l'Est)	67,52	385,15	623,02	1774,83	1787,857	2330,565

Source: Conçu par l'auteur à partir des données UNCTADstat

#### 4.7.2. Taux de croissance réel au sein de l'EAC

	Burundi	Rwanda	Tanzanie	Kenya	Uganda
1990	3,5	0,4	7	4,1	6,5
1991	5,8	-4,3	2,1	1,3	1,8
1992	1	6,6	0,6	-1,1	2,8
1993	-6,2	-10,4	1,2	-0,1	8,2
1994	-3,8	-41,9	1,6	2,5	6,4
Moyenne 90-94	0,06	-9,92	2,5	1,34	5,14
1995	-7,9	24,5	3,6	4,3	11,3
1996	-8	11,6	4,5	4	9,1
1997	0,4	14,9	3,5	0,2	5,5
1998	4,8	8,3	3,7	3,3	3,8
1999	-1	5,1	3,5	2,4	8,2
Moyenne 95-99	-2,34	12,88	3,76	2,84	7,58
2000	-0,9	6,5	4,9	0,6	5,4
2001	1,7	8,5	6	4,7	5,2
2002	2,4	13,2	7,2	0,3	8,7
2003	2,5	2,2	6,9	2,8	6,5
2004	3,8	7,4	7,8	4,6	6,8
Moyenne 2000-2004	1,9	7,56	6,56	2,6	6,52
2005	4,4	9,4	7,4	6	6,3
2006	5,4	9,2	7	6,3	10,8
2007	4,8	5,5	6,9	7	8,4
2008	5	11,2	7,3	1,5	8,8
2009	3,5	4,1	6,7	2,6	7,2
Moyenne 2005-2009	4,62	7,88	7,06	4,68	8,3
2010	3,8	7,5	6,5	5,6	5,9
2011	4,2	8,8	6,7	5	6,7
2012	4,8	7,6	6,4	5,2	4,2
2013	5	7	6,7	5,7	5,4
2014	6	7	6,9	6,3	6
2015	5,8	6,8	7,1	6,3	7
2016	5,9	6,5	7,1	6,5	7
2017	6	6,5	7	6,5	7

Source: Conçu par l'auteur à partir des données du FMI, World Economic Outlook, April 2012









Tous Unis dans l'Action  
**BURUNDI**



**Système des Nations Unies au Burundi**

Compound du BNUB  
Chaussée d'Uvira  
Boîte Postale 1490, Bujumbura, Burundi  
Sites web : [www.bi.one.un.org](http://www.bi.one.un.org)  
[www.bi.undp.org](http://www.bi.undp.org)

**Ministère des Finances et de la  
Planification du Développement Economique**

Avenue de l'Indépendance N°1  
Boîte Postale 224,  
Bujumbura, Burundi

