

L'appareil statistique des OMDs : un potentiel à développer pour les INS

Jean-Louis Rallu¹

Les 60 indicateurs et plus des OMDs ne sont pas tous adéquats et certains sont fortement biaisés ou imprécis. Cependant, les contraintes de qualité des données dans les pays en développement ne permettaient pas toujours de retenir des indicateurs plus élaborés. Les OMDs ont le mérite d'inclure de nombreux indicateurs sur la couverture des services, facteur essentiel des progrès dans la réduction de la mortalité, l'analphabétisme et la pauvreté. La production de ces indicateurs représente un poids très lourd pour les INS. Cependant, les OMDs ont contribué à financer de nombreuses enquêtes, des formations à la collecte et à l'analyse des données, et à la constitution de SIG. Ils ont plus largement contribué à informer l'opinion publique sur l'état de la population et ses droits à des conditions de vie décentes. Le rôle que l'ONU veut faire jouer aux OMDs dans les budgets nationaux contribue à accroître le rôle de la statistique publique et est un facteur de transparence.

Introduction

Les OMDs sont nés du Programme d'Action établi suite à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994. Cette conférence mettait fin au débat qui avait animé les précédentes conférences internationales sur la population (Bucarest 1974, Mexico 1984) sur la relation entre croissance rapide de la population et (sous)développement qui n'avait abouti à aucun consensus : la croissance démographique rapide était-elle la cause ou la conséquence du sous-développement ? Le Programme d'Action de l'CIPD 1994 et les OMDs, adoptés par les Nations Unies et les 189 états membres en 2000, conçoivent le développement dans un cadre plus large incluant les droits fondamentaux des personnes à des conditions de vie décentes à l'abri de la pauvreté et de la faim (objectif 1), à l'éducation (objectif 2), l'égalité entre les sexes (objectif 3), la santé (objectif 4, 5 et 6), un environnement durable (objectif 7), dans le cadre d'un partenariat entre pays développés et en développement (objectif 8). Les objectifs se déclinent en 21 cibles et plus de 60 indicateurs³. La

liste de ces indicateurs a été révisée en 2007, certains indicateurs étant remplacés et d'autres faisant leur entrée. La date de référence est 1990 et l'échéance 2015.

La production et le suivi de ces indicateurs par les instituts nationaux de statistiques (INS) des pays en développement est parfois à la limite des capacités des services des pays les plus démunis, en raison de la charge que représentent les opérations de collecte des données et l'analyse des enquêtes. La qualité des données disponibles autour de 1990 pose aussi des problèmes pour la mesure des niveaux et tendances des indicateurs des OMDs. L'entreprise peut être considérée comme gigantesque. Mais a-t-elle été planifiée de manière efficace ? Quel est son impact sur les systèmes statistiques nationaux ?

7.9) ; accès aux soins prénatals (1 et 4 visites) (5.5) ; incidence et mortalité due au paludisme (6.6) ; taux de prévalence, d'incidence et de mortalité par la tuberculose (6.9) ; et sa détection et guérison dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation (DOTS) (6.10) ; certains sont aussi désagrégés selon le sexe.

³ Certains indicateurs consistent en deux indicateurs ou plus : selon les milieux urbain et rural (indicateurs 7.8 et

Dans cet article, nous allons principalement considérer les indicateurs liés à la population⁴ du point de vue de leur adéquation aux objectifs et des questions techniques qu'ils soulèvent, les conditions de leur production et les problèmes de l'estimation des tendances et des progrès vers la réalisation des OMDs. Nous considérerons aussi les retombées des OMDs pour les instituts de statistiques du point de vue des gains de connaissance et de l'amélioration des capacités techniques qui peuvent en résulter. On élargira finalement le cadre pour inclure les conséquences des OMDs sur le contexte sociopolitique entourant la production et l'utilisation des données et la place de la statistique dans la société.

La validité des indicateurs des OMDs

Les divers types d'indicateurs

Au-delà de leur classement selon leur objectif et leur cible, les indicateurs des OMDs peuvent se résumer en deux types : 1) les indicateurs de la couverture des services ou indicateurs intermédiaires de progrès et 2) les indicateurs de résultat. Les premiers recouvrent des indicateurs tels que le taux net de scolarisation au primaire, la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole, d'accouchements assistés de personnel qualifié, de besoins de planification familiale non couverts, etc., et les seconds les taux de mortalité et de morbidité, complétion du cursus primaire, alphabétisation... On peut rattacher au second groupe les indicateurs de pauvreté, d'emploi, de comportement sexuel (objectif 6) et de contraception (objectif 5), bien que ce dernier dépende de la disponibilité des services et aussi de l'autonomie des femmes. C'est un aspect essentiel et un progrès considérable des OMDs d'avoir pris en compte des indicateurs de couverture des services alors que la question de la population et du développement était partie des seuls taux de croissance de la population et du PIB, et que l'Indice de Développement Humain du PNUD ne comprend que quatre indicateurs pondérés (PIB, espérance de vie, alphabétisation et scolarisation⁵).

⁴ Nous ne considérerons pas les indicateurs de l'objectif 7 concernant la pollution, les espèces en danger et les espaces protégés, sauf ceux relatifs à l'accès amélioré à l'eau et aux toilettes (7.8 et 7.9), ni les indicateurs de l'objectif 8 concernant l'aide internationale et la dette nationale, sauf les indicateurs 8.13 à 8.16 liés à la santé et à l'usage des télécommunications et nouvelles technologies.

⁵ L'indice est la moyenne de l'espérance de vie, l'alphabétisation et la scolarisation pondérées 2/3 – 1/3 et le log du PIB ppa (parité de pouvoir d'achat).

De tous les OMDs, le thème de la pauvreté est considéré comme central par l'ONU: les populations pauvres sont les plus éloignées de la réalisation des OMDs (Navaneetham et al. 2008). Le besoin de données désagrégées selon le revenu est donc constamment répété par les agences de l'ONU, de même que le besoin de données désagrégées par sexe et aussi par âge pour saisir la situation des femmes et des jeunes (15-24 ans) dont dépend beaucoup le succès de la lutte contre la pauvreté. Dans la réalité toutefois, il est rare que les indicateurs des OMDs soient désagrégés (sauf pour quelques-uns par sexe et urbain/rural). Ils ont été conçus comme éléments uniques de base de données et non comme des tableaux de chiffres par sexe, âge, niveau d'éducation, de revenus... S'il est difficile de multiplier les indicateurs de la sorte dans le cadre de bases de données, les agences de l'ONU incitent les INS à produire et utiliser des indicateurs désagrégés. C'est ainsi que peut se réaliser l'énorme potentiel des OMDs et qu'on peut enrichir les données disponibles et rendre les analyses au niveau national, ainsi que les comparaisons internationales, plus précises. Notre revue des indicateurs sera centrée sur leur utilité au niveau national et sur les manières d'accroître celle-ci pour les besoins de l'analyse, la programmation de projets et la définition des politiques, plutôt que sur les problèmes de comparaisons internationales.

Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

L'objectif est d'avoir réduit de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population qui vit avec moins d'un dollar par jour (cible 1a) et souffre de la faim (cible 1c) et d'assurer le plein emploi (cible 1b) – notons que ce concept est difficile à définir. Cet objectif inclut des indicateurs démographiques (part de la population en situation de pauvreté, en emploi) alors que d'autres sont des indicateurs macro-économiques (indice d'écart de pauvreté, part du quintile le plus pauvre dans la consommation nationale). La croissance du PIB est considérée par personne occupée et non par habitant et est donc un indicateur de productivité plutôt qu'un indicateur de progrès économique.

L'indicateur central est la proportion de personnes en situation de pauvreté, défini comme disposant de moins de 1 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat (ppa) (indicateur 1.1). La Banque mondiale a relevé ce montant à 1,25 dollars (World Bank 2009) et pourrait encore le relever à 1,40 dollars. Ceci montre une première difficulté dans l'établissement d'un seuil 'universel' de la pauvreté. De plus, la mesure de la parité de pouvoir d'achat pose problème car les données nécessaires ne sont pas disponibles dans tous les pays. Cependant cela n'affecte que les comparaisons

internationales et il est mentionné à la suite de l'indicateur 1.1 'pour suivre les tendances des pays en matière de pauvreté, utiliser les indicateurs nationaux de pauvreté'. Ces indicateurs donnent la proportion de population dont le revenu est inférieur aux seuils nationaux de pauvreté : pauvreté alimentaire (*food poverty line*) et pauvreté vis-à-vis des besoins de base qui incluent la précédente plus principalement des coûts de logement, santé et éducation (*basic needs poverty line*). Ces seuils sont souvent calculés à partir d'un panier de denrées, biens et services, pour les milieux urbains et ruraux et éventuellement pour différentes provinces. La base des indicateurs de pauvreté est les enquêtes sur le revenu et la consommation des ménages qui servent aussi de base aux PRSP (*Poverty Reduction Strategies and Plans*) de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international. Il serait trop long d'énumérer les biais liés à ces méthodes : choix d'utiliser les revenus ou la consommation - dont les données sont souvent de meilleure qualité-, imprécision de la valorisation de la production d'autosubsistance⁶, prise en compte incomplète des envois d'argent des migrants (*remittances*)⁷. De la qualité des ressources et dépenses (consommation) déclarées à l'enquête et des seuils de pauvreté définis lors de l'analyse découle celle de la proportion de personnes en situation de pauvreté et de l'indice d'écart de la pauvreté (1.2)⁸. Il est souvent préférable d'utiliser pour les analyses, les distributions par quintile plutôt que les populations sous la ligne de pauvreté, mais celles-ci, de même que la part du quintile le plus pauvre dans la consommation nationale (1.3), sont encore affectées par la déclaration des revenus et de la consommation.

La cible 1b : 'assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif', compte quatre indicateurs. Le taux de croissance du PIB par personne occupée (1.4) est un indicateur habituel de la productivité, et la proportion de la

population occupée disposant de moins de 1 dollar (ppa) par jour (1.6) est une estimation des personnes pauvres bien qu'ayant un emploi (« *working poor* »). Le rôle de l'accroissement de l'emploi est mesuré par le ratio emploi/population (ou taux d'emploi) (1.5) et la proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée (1.7 – deux indicateurs). Le taux d'emploi est certes préférable au taux de chômage⁹ de la liste d'indicateurs antérieure à 2007, mais des indicateurs plus nombreux seraient nécessaires, tels que la proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi, le travail à temps partiel ou saisonnier, ... par exemple. Ces indicateurs nécessiteraient d'être désagrégés par sexe et âge, de sorte à pouvoir répondre à la préoccupation envers les femmes et les jeunes mentionnée dans le titre de la cible. De l'emploi des jeunes dépend en effet le revenu des ménages qu'ils commencent de former et donc l'évolution future de la pauvreté dans le cadre des difficultés à sortir de la reproduction intergénérationnelle de la pauvreté. La contribution des femmes aux revenus du ménage est aussi un facteur reconnu de réduction de la pauvreté.

Les indicateurs de la cible 1c : 'réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim' sont les suivants : la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'insuffisance pondérale (1.8) et la proportion de la population n'atteignant pas l'apport calorique minimal (1.9). Ce sont des indicateurs habituels des enquêtes sur la nutrition. Ils devraient être désagrégés aux niveaux urbain/rural, selon le sexe, l'âge et, évidemment, selon le revenu ainsi que selon diverses caractéristiques du ménage, du chef de ménage ou de son conjoint pour permettre de cibler les politiques de santé et de nutrition liées à la réduction de la pauvreté.

Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous

L'objectif est 100% des enfants ayant complété l'enseignement primaire.

Les indicateurs de cet objectif sont adéquats, mais ils sont difficiles à produire et donc souvent de faible qualité. De plus, les données à partir desquelles ils sont construits devraient être analysées plus en détail pour une évaluation précise des systèmes d'éducation et une compréhension de leurs failles et des moyens d'y remédier.

- Le taux net de scolarisation en primaire (2.1) est un indice de la couverture des services

⁶ Par exemple, en milieu rural, les migrants de retour de la ville la valorisent parfois au coût en milieu urbain alors que les non migrants la valorisent au coût local

⁷ Par comparaison aux enquêtes spécifiques sur la migration et les remittances qui incluent les envois de biens, les paiements effectués de l'étranger (factures, frais de scolarité ou de santé, etc).

⁸ L'indice d'écart de pauvreté (*poverty gap ratio*) est la distance moyenne séparant la population de la ligne de pauvreté (une distance 0 étant affectée aux non-pauvres) exprimée en tant que pourcentage de la ligne de pauvreté, avec z = ligne de pauvreté ; y_i = le revenu de l'individu i ; q the nombre de pauvres ; n la taille de la

$$PG = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[\frac{z - y_i}{z} \right]$$

population

⁹ La mesure du chômage étant difficile dans les économies où le secteur informel est important.

d'éducation. C'est le rapport des enfants scolarisés d'âge primaire à la population d'âge primaire. Il est difficile à mesurer en raison de la connaissance approximative de l'âge dans les pays en développement. Mais le problème vient surtout de la qualité des données des ministères de l'éducation. La collecte des données relève en effet des services statistiques de l'éducation et l'analyse pourrait se faire en relation avec l'INS. En l'absence de données par âge sur la population scolaire (généralement ou dans certains établissements d'enseignement), ce sont tous les enfants inscrits en primaire qui sont inclus au numérateur et le taux s'apparente alors au taux brut de scolarisation, seul indicateur disponible pour certains pays et qui figure dans les bases de données avec une note pour indiquer ce point. Même quand il s'agit du taux net, il est souvent approximatif. Certains établissements scolaires ne fournissent aucune donnée - ou n'en fournissent pas tous les ans, conduisant les services statistiques des Ministères à effectuer des estimations ou simplement à reconduire les chiffres de la dernière année disponible - ou au contraire gonflent parfois les chiffres, au-delà de la pratique de ne pas rayer les enfants qui ont changé d'école, pour recevoir plus de subventions. Les données de recensements ou d'enquêtes sont souvent préférables aux données des services de l'éducation, mais elles ne sont pas exemptes de biais liés à la qualité des déclarations faites à l'enquête.

- L'indicateur 'pourcentage d'élèves commençant la 1^{ère} année qui atteignent la 5^{ème} année¹⁰ d'enseignement primaire' (2.2) nécessite un suivi longitudinal des élèves qui dépasse les possibilités des établissements scolaires et des services statistiques de l'éducation des pays en développement (il est parfois même d'assez mauvaise qualité dans les pays développés); on dispose donc le plus souvent de cet indice pour une cohorte reconstituée lorsqu'il s'agit de données de l'éducation. Le longitudinal peut être calculé à partir des enquêtes démographiques et de santé (EDS) ou des enquêtes MICS (*multiple indicator cluster surveys*)
- Le taux d'alphabétisation des jeunes de 15-24 ans (2.3) est normalement issu d'enquêtes sur l'alphabétisation mais il est le plus souvent une mesure indirecte à partir du nombre d'années d'enseignement déclaré dans les EDS

¹⁰ Il faut noter que dans certains pays, le cursus primaire recouvre 6 années et qu'on y ajoute parfois une 7^{ème} année quand le niveau des élèves est trop faible pour entrer directement en secondaire.

ou MICS ou dans les recensements¹¹. Cependant, dans ce dernier cas, on ne connaît pas toujours le détail des classes suivies ou le nombre d'années d'éducation et on dispose seulement d'une information telle que « primaire » ou « primaire incomplet ».

Au-delà du suivi des OMDs, une analyse détaillée des cursus scolaires et de la performance de l'enseignement devrait désagréger les deux premiers indices par sexe et âge détaillé de sorte à connaître la proportion d'enfants d'âge normal¹² dans chaque classe, ce qui n'est que le détail des données sur lesquelles le taux net est construit. Il faudrait aussi connaître les débuts de scolarisation tardifs, les taux de redoublement et d'abandon par classe et âge détaillé ; ceux-ci sont plus fréquents à certains niveaux et pour les enfants en retard, ainsi que pour les filles dans le cadre d'une inégalité entre les sexes qui se manifestent plus particulièrement à certains niveaux. L'indicateur de complétion du cursus primaire devrait aussi être calculé selon l'âge, un retard important réduisant les chances de poursuite de la scolarité. Les recensements permettent de calculer les indicateurs 2.1 et 2.3 désagrégés par sexe et âge détaillé si le questionnaire demande la classe - comme dans les EDS et les MICS-, et non seulement le niveau (primaire, secondaire, supérieur).

Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

L'objectif n'a pas de cible chiffrée. Le but ultime est la parité.

Dans le cadre d'une analyse approfondie de la situation des sexes, les indices de cet OMD pourraient inclure le ratio selon le sexe de la plupart des autres indices lorsque c'est applicable. Les trois indices retenus représentent une information assez faible.

- 'Rapport des taux bruts de scolarisation des filles aux taux des garçons en primaire, secondaire et supérieur'. Le taux brut de scolarisation est un indice peu précis qui regroupe les enfants de tous âges inscrits par niveau, primaire, secondaire ou supérieur. Le numérateur et le dénominateur recouvrent donc des populations d'âges différents et l'indice peut être supérieur à 100 %. Il est aussi sensible à la durée passée en classes primaires. Si, par exemple, les garçons redoublent plus que les filles, à scolarisation complète, les taux seront

¹¹ On considère habituellement que quatre années d'éducation sont nécessaires pour ne pas être analphabète.

¹² L'âge auquel on n'est pas en retard de scolarité

plus élevés pour les garçons faisant croire à une scolarisation incomplète des filles. Cet indicateur n'est guère meilleur que celui qu'il remplace depuis la révision de 2007¹³. Il aurait été plus simple de choisir le rapport selon le sexe des taux nets de l'objectif 2 (2.1) désagrégé par sexe. Il serait aussi utile de calculer le rapport des taux net de scolarisation par classe pour avoir une vue plus complète des inégalités sachant que la scolarisation des filles chute souvent au niveau du secondaire long ou du supérieur.

- La proportion de femmes salariées hors secteur agricole (et pêche¹⁴) est fournie par les recensements ou les enquêtes emploi. Le choix de considérer le secteur plutôt que la profession exclut les femmes qui travaillent dans les administrations des grandes exploitations agricoles, ce qui représente un biais. Cependant, le principal problème est que les pays incluent parfois tout l'emploi rémunéré, y compris les indépendants et donc les femmes qui vendent leurs produits au marché ou font de l'artisanat à la maison, ce qui accroît indûment et parfois fortement l'indice.
- La proportion de sièges occupés par les femmes dans les législatures uniques ou chambres basses des parlements est facilement disponible. Certains pays calculent le même indice au niveau des ministères, secrétariat d'état et départements administratifs, ce qui représente un complément d'information important sur l'accès des femmes aux fonctions de décision.

Objectif 4 et 5 : « Réduire la mortalité infantile » et « Améliorer la santé maternelle »

Pour éviter les répétitions, on considérera ces deux objectifs ensemble. Les objectifs sont de réduire la mortalité des enfants des deux tiers et la mortalité maternelle des trois quarts. Les indicateurs de services doivent atteindre 100%. Un pourcentage de réduction uniforme de la mortalité quel que soit le niveau de départ est difficilement réalisable, conduisant les pays les plus avancés à atteindre des niveaux voisins de ceux observés dans les pays développés il y a une ou deux décennies, ce qui suppose des niveaux techniques et de qualification du personnel déjà élevés et

¹³ Il remplace depuis 2007, le rapport des effectifs de filles à ceux des garçons dans le primaire, qui était affecté par le rapport de masculinité.

¹⁴ La pêche n'est pas mentionnée, cependant elle représente souvent une activité informelle importante pour les femmes (notamment la collecte de coquillages) au même titre que l'agriculture.

difficilement accessible aux pays en développement, notamment lorsque la fuite des cerveaux réduit le personnel qualifié.

Ces objectifs incluent des indicateurs de couverture des services : proportions d'enfants vaccinés contre la rougeole (4.3), d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié¹⁵ (5.2), accès aux soins prénataux – au moins 1 et au moins 4 visites (5.5, deux indicateurs) et besoins de contraception non couverts (5.6) ainsi que le taux de prévalence contraceptive (5.3)¹⁶, et des indices de mortalité : juvénile - enfants de moins de cinq ans (4.1), infantile (4.2) et maternelle (5.1) et de fécondité des adolescentes (5.4). La collecte des données relève des services statistiques de la Santé, notamment pour les indicateurs de couverture des services, et l'analyse peut se faire en relation à l'INS. Les EDS et les MICS fournissent aussi ces indices, incluant d'autres vaccinations que la rougeole et d'autres fréquences que 1 ou 4 visites prénatales ainsi que la durée de la grossesse au moment de ces visites ce qui représente un gain d'information important, utile aux services et praticiens de la santé. Les EDS et MICS fournissent les indicateurs de mortalité et fécondité et ceux-ci peuvent aussi être obtenus par des méthodes indirectes à partir des recensements. Dans les pays où les données des services de santé ou de l'état civil¹⁷ sont complètes, ces sources peuvent aussi être utilisées. Les méthodes indirectes sont beaucoup moins précises que les données d'enquêtes mais elles sont souvent les seules disponibles vers 1990, posant un problème de comparabilité des données, notamment en liaison à la période de référence, moins précise dans les recensements¹⁸, et aux risques d'omissions d'enfants décédés dans un questionnaire moins centré sur les naissances et leur devenir que celui d'une EDS ou d'une MICS. Cependant, l'information recueillie par les enquêtes peut aussi être incomplète. Les estimations issues des recensements, de l'état-civil ou des registres de la santé sont donc utiles comme élément de comparaison avec les autres sources. Dans les pays en développement, en matière de mortalité, les niveaux observés selon les différentes sources sont souvent peu cohérents.

¹⁵ On notera qu'il n'est pas proposé de définition du personnel de santé qualifié.

¹⁶ Qui est moins spécifiquement un indicateur de couverture des services étant aussi un indicateur de pratique, mais celle-ci est liée à la disponibilité des services.

¹⁷ Cependant, les données du Ministère de la Santé sont souvent plus complètes que celles de l'état civil.

¹⁸ L'information collectée par les recensements est le nombre d'enfants nés et survivants. Le rapport sert à calculer la mortalité maternelle qui est donc relative à toute la période de vie féconde de femmes de différents âges, même si les femmes les plus âgées sont exclues.

Le taux de mortalité maternelle (défini par l'OMS¹⁹) est un des indices les plus difficiles à mesurer car il implique un suivi de la femme pendant la grossesse et les 42 jours suivant sa terminaison. Il n'est d'ailleurs pas correctement mesuré dans la plupart des pays développés (Bouvier Colle et al. 1991)²⁰. L'attention portée à cet indice dans le cadre des OMDs fait que les services de santé tendent à ne pas inclure les décès tardifs ou pour des causes indirectes, de sorte à réduire le taux et se rapprocher de la réalisation de l'objectif. Dans les EDS ou MICS, le souvenir précis des événements, de leur cause et de leur période d'occurrence par les enquêtées est nécessaire or, souvent, on interroge les femmes sur le décès de leurs sœurs (Filipi Graham 1990) mais, en système de résidence patrilocal, les sœurs résident parfois loin les unes des autres et connaissent mal ce qui est arrivé à leurs sœurs (Filipi 1991). L'OMS a aussi développé un questionnaire pour mesurer la mortalité maternelle par les recensements (WHO 2001). Vu que la mortalité maternelle représente un événement relativement rare, il est préférable d'avoir un grand échantillon.

Le taux de fécondité des adolescentes, lorsque les données d'état civil ou des services de santé sont incomplètes, est souvent issu des EDS et MICS ou de méthodes indirectes appliquées aux données de recensement. Il est alors moins fiable mais, comme pour la mortalité infantile, c'est souvent la seule information disponible autour de 1990. Parmi les méthodes indirectes, la méthode d'Arriaga repose sur les déclarations des femmes du nombre d'enfants qu'elles ont eu, comparant éventuellement deux recensements et est donc sujette aux omissions. La méthode des enfants au

foyer (OCM)²¹, rapporte les enfants du ménage à leur mère dans le ménage, les enfants non appariés étant distribués au prorata. Les femmes célibataires rurales migrantes en ville peuvent ne pas déclarer leurs enfants restés à la campagne (ce qui affecte aussi la méthode d'Arriaga) et les enfants ruraux non appariés par la OCM peuvent être affectés à des femmes plus âgées, conduisant à une sous-estimation des taux pour les jeunes femmes. Vu les liens entre maternité précoce, fin prématurée des études, difficulté d'accès à l'emploi et pauvreté, et la preuve qu'un certain nombre de ces naissances sont synonymes d'une non utilisation du préservatif et d'un risque de contamination par le virus du sida, la fécondité des adolescentes et son évolution nécessitent d'être précisément mesurées.

Le taux de prévalence contraceptive mesuré à partir des données des services de la santé ne tient pas compte des contraceptifs distribués par les ONG et le secteur privé. Les données des EDS et MICS sont donc préférables mais la cohérence des estimations avec les contraceptifs vendus ou distribués doit être vérifiée. Les EDS sont les seules pour le moment à fournir les besoins de contraception non couverts²².

Ces indices sont des indices de base de la santé de la reproduction et permettent déjà une certaine appréciation de la situation d'un pays ou d'une province et de divers groupes socio-économiques lorsque des données désagrégées sont produites. Les OMDs valent surtout par les EDS ou MICS qu'ils ont suscitées et les très nombreux indices qu'elles fournissent, plus en mesure de définir les groupes qui n'accèdent pas aux services de santé et d'orienter les efforts dans leur direction. Le lien entre les services et la santé est apparu dans plusieurs études montrant que les seconds sont très corrélés aux premiers (Rallu 2010, Choe, Chen 2006).

Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

L'objectif est d'inverser les tendances.

Cet objectif considère prioritairement trois maladies : le sida, le paludisme et la tuberculose, mais les pays sont libres d'y inclure d'autres maladies, y compris des maladies non transmissibles²³, notamment si elles représentent des enjeux de santé nationaux. De même que les objectifs 4 et 5, l'objectif compte des indices de couverture des services, des indicateurs de mortalité

¹⁹ La définition de la mort maternelle par l'OMS est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » (OMS 2005 http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf). On calcule un 'maternal mortality ratio' qui est le rapport des décès maternels aux naissances vivantes et un 'maternal mortality rate' qui est le rapport des décès maternels aux femmes d'âge reproductif. Le premier est l'indicateur retenu par les OMDs. Le Maternal mortality ratio impliquerait que le dénominateur soit le nombre de grossesses, qui n'est pas connu en raison des avortements naturels précoces et des avortements non déclarés. Le dénominateur retenu est les naissances vivantes, ce qui en fait bien un 'ratio' et non un taux.

²⁰ En France, une enquête en 1990 a montré qu'un décès maternel sur deux n'était pas enregistré comme tel, parce que les causes indirectes n'étaient pas prises en compte ou que le médecin ignorait la grossesse ou l'accouchement (Bouvier-Colle et al. 1991).

²¹ Own Children Method.

²² Les MICS pourraient produire cet indice en ajoutant quelques questions.

²³ Telles que le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, etc.

et de morbidité ainsi que des indices de comportement sexuel.

- Si l'indice de prévalence du VIH chez les 15-24 ans (6.1) ne pose pas de problème technique, il nécessite que des tests soient fréquemment pratiqués dans un cadre volontaire et anonyme ou dans un contexte clinique. Certains pays pratiquent peu de tests et présentent des chiffres très sous-estimés.
- Les indices sur l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque²⁴ (6.2) et pourcentage des 15-24 ans ayant des connaissances exactes et complètes²⁵ sur le VIH/sida (6.3) sont issus des enquêtes EDS, MICS ou d'enquêtes spécifiques dans le cadre de campagne de sensibilisation des jeunes au problème du sida ; ils nécessitent un questionnaire détaillé sur les rapports sexuels. Si le focus sur les jeunes se comprend, la réalité montre que les infections progressent aussi chez les adultes au sein du couple et que l'information doit aussi être dirigée vers eux, notamment en raison de leur rôle dans la sexualité extra-conjugale ou commerciale et de la difficulté des femmes pour négocier l'emploi du préservatif. Il serait donc bon de mesurer aussi les pratiques et connaissances des adultes.
- L'écart entre les taux de scolarisation des orphelins et des non orphelins de 10-14 ans (6.4) amalgame tous les orphelins et n'est donc pas uniquement lié au sida - mais tous ont droit à la même considération. La sélection selon l'âge est difficile à justifier car la situation à 10-14 ans découle pour beaucoup de la situation à des âges plus jeunes. La collecte des données peut tout aussi facilement se faire pour tous les enfants par âge et fournir une information plus complète permettant une analyse des mécanismes conduisant à l'arrêt de la scolarisation selon l'âge et la durée depuis le décès des parents et utilisable pour le développement de projets visant à réduire le désavantage de ces enfants.
- La proportion de personnes au stade avancé de l'infection ayant accès à des médicaments antirétroviraux (6.5) s'inscrit dans le cadre d'un accès universel aux médicaments de base inclus dans l'objectif 8. Cependant, les estimations sont affectées par la qualité du dénominateur (cf. ci-dessus) et aussi du numérateur : les

²⁴ Avec un partenaire qui n'est pas un conjoint ou une personne cohabitante.

²⁵ 'Connaissances complètes' s'entend comme la réponse à toutes les questions du module 'connaissances' du questionnaire.

services de santé n'ont connaissance que de ceux qui les fréquentent et ignorent les autres sources de médicaments. Les données d'enquête sont sujettes à divers biais liés à un sujet sensible.

Les services de santé mesurent les taux d'incidence et de mortalité par le paludisme (6.6 – deux indicateurs) ainsi que la prévalence de la tuberculose (6.9 - trois indicateurs). Ils collectent également les proportions de cas de tuberculose décelés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation (DOTS) (6.10 - deux indicateurs). Les niveaux sont souvent sous-estimés dans les pays où les services de santé sont les moins développés.

Les proportions d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (6.7)²⁶, et de ceux atteints de fièvre et traités au moyen de médicaments (6.8) sont collectés par les enquêtes EDS et MICS. Pour les indices de prévalence, d'incidence et de mortalité au moins, une collaboration entre Ministère de la santé et INS est nécessaire pour assurer la qualité des données.

Objectif 7 : Préserver l'environnement

Nous considérerons uniquement la cible 7c concernant l'accès à une source d'eau de boisson ou à des toilettes améliorées en milieu urbain et rural (7.8 et 7.9 – deux indicateurs chacun) qui sont liés à la santé. L'objectif de cette cible est de réduire de moitié le pourcentage de population sans accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base. Cependant, la collecte de cette information par les recensements et les enquêtes auprès des ménages ne permet pas de mesurer la qualité de l'eau, ni l'absence de pollution résultant des toilettes – de telles mesures sont effectuées par l'analyse chimique de prélèvements mensuels ou bihebdomadaires. Il s'ensuit qu'ils représentent une information très pauvre ; de plus les différents types d'accès inclus dans les questionnaires sont variables selon les pays²⁷. Néanmoins, ces indicateurs sont souvent

²⁶ Notons qu'il est apparu que les moustiques développent une résistance aux insecticides.

²⁷ La liste des sources d'eau de boisson collectées dans les recensements ou enquêtes est variable selon les pays et va de l'accès au réseau public (pas nécessairement délivrant de l'eau potable), à un puits, ou un trou d'eau (bore hole). Selon les sources retenues comme améliorées, les chiffres varient, l'analyse montrant parfois que seule la collecte d'eau à la surface de la terre (mare, rivière) a été exclue. Tout type de toilettes est pratiquement considéré comme amélioré ; seules les déjections dans la brousse, dans les cours d'eau ou dans la mer étant considérées comme non améliorées.

corrélés avec la mortalité infantile (Choe, Chen 2006). Ils peuvent aussi faire partie des informations permettant de caractériser le statut de pauvreté du ménage dans les recensements et enquêtes qui ne collectent pas le revenu.

Cet objectif inclut la cible 7c : améliorer les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis. L'échéance est fixée à 2020 en raison de l'ampleur de la tâche. La proportion de citoyens vivant dans des taudis (7.10) est liée à une définition qui recouvre au moins une des conditions suivantes : accès insuffisant à une source d'eau améliorée, à des infrastructures d'assainissement, surpeuplement (trois personnes ou plus par pièce) et habitations faites de matériaux non durables. Certains de ces critères peuvent être contestables, notamment une densité de trois personnes par pièce peut se rencontrer dans des milieux urbains pas spécialement défavorisés ni insalubres et est fréquente en habitat traditionnel rural.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat pour le développement

Cet objectif concerne principalement le système économique et financier, l'aide internationale et le service de la dette nationale, en partenariat avec les pays développés.

La cible 8e 'en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement' inclut un seul indicateur : la proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base à un coût abordable (8.13). Il est évident que déterminer l'accès durable et un coût abordable est particulièrement difficile. L'accès durable fait référence à la rupture de stocks des dispensaires et devrait inclure la conservation réfrigérée des médicaments en zone tropicale lorsque nécessaire. La notion de coût abordable reste à définir notamment pour les plus démunis. Dans beaucoup de pays, un ensemble de médicaments de base est gratuit dans les dispensaires. La Banque mondiale mesure le coût de la santé à la charge des personnes dans le cadre des enquêtes revenus et consommation des ménages, ce qui semble plus intéressant lorsque cet indice est considéré par décile de revenus et autres caractéristiques du ménage, mais on ne peut pas isoler les traitements ou médicaments à un niveau fin.

La cible 8f 'en coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les nouvelles technologies en particulier les technologies de l'information et de la communication, soient à la portée de tous inclut trois indicateurs : le nombre de lignes téléphoniques pour 100 personnes (8.14), le pourcentage de la

population abonnée à un service de téléphonie mobile (8.15) et le pourcentage de la population utilisant l'internet (8.16). Le ratio des lignes téléphoniques à la population (données des télécoms et des compagnies privées) à la population fournit des données annuelles. Les recensements et enquêtes collectent ces indicateurs de manière épisodiques. L'accès à l'internet traduit un accès à l'information très différent s'il se fait de manière constante à la maison ou simplement pour des emails dans les internet cafés ; la distinction ne peut pas toujours être faite avec l'information disponible. Ces indicateurs permettent aussi d'orienter les campagnes d'information. Cependant, les sources d'information enregistrées par les EDS en matière de santé de la reproduction sont plus précises.

En résumé

Cette revue rapide des indicateurs des OMDs liés à la pauvreté, l'éducation, le genre et la santé livre un paysage assez confus et fait apparaître que certains indices sont peu précis ou peu adaptés à la mesure des phénomènes considérés. Ces indices sont en effet dépendants de la qualité des données, très variable dans les pays en développement. Cependant, ils permettent dans l'ensemble d'avoir une vision acceptable de la situation. Le suivi des progrès est quant à lui davantage perturbé par les types de sources disponibles dans les années 1990 et dans les années récentes, les premières étant plus souvent des données de recensement traitées à l'aide de méthodes indirectes et les seconds des données d'enquêtes. Dans le domaine de l'éducation, les indices retenus suffisent à évaluer la tendance globale dans l'éducation primaire répondant à l'Objectif 2, mais celle-ci est très affectée par la qualité des données, vu la difficulté de mesurer le taux net de scolarisation et plus encore la complétion du cursus primaire à partir de données des services de l'éducation.. Les indicateurs d'égalité des sexes donnent une mesure générale, voire imprécise (3.1), et insuffisante de la situation des femmes, sans fournir par exemple de différentiels de salaires. Certes, les données nécessaires manquent souvent dans les pays en développement²⁸. Mais, de nombreux indices de l'écart de situation entre hommes et femmes dans l'éducation et la santé sont disponibles avec

²⁸ La définition d'un indice par UNIFEM : ratio des revenus des ménages à revenu unique dont le chef est une femme à ceux des ménages de couples est également très biaisée. Il apparaît que les femmes qui décohabitent sont celles qui peuvent se le permettre. Ainsi, les jeunes femmes célibataires chef de ménage ont souvent une profession et des revenus élevés et il en est de même des divorcées et des veuves qui vivent seules ; les autres vivent avec leur famille, parfois avec des parents éloignés.

d'autres indicateurs des OMDs (objectifs 1, 2, 4 et 6) s'ils sont calculés selon le sexe. Dans le domaine de la santé de l'enfant et de la femme, les indicateurs sont adéquats, mais insuffisants : vaccination limitée à la rougeole, non prise en compte de la durée de la grossesse lors des visites prénatales, par exemple. En matière de pauvreté et d'emploi, l'utilisation d'indices non désagrégés ne permet pas de définir les populations affectées par la pauvreté, y compris certaines populations cibles comme les femmes et les jeunes, et donc de concevoir des projets pour en réduire l'incidence.

C'est en général le reproche qu'on peut faire aux OMDs d'être incapables de fournir un cadre pour la planification d'activités et de projets. Cela est d'ailleurs bien ressenti par les agences de l'ONU qui réclament une information désagrégée selon le sexe et l'âge (au moins les jeunes, 15-24 ans), le milieu urbain/rural, régional ou provincial, pour identifier les populations et les zones où l'aide est la plus nécessaire. Les diverses agences de l'ONU recherchent aussi des informations sur les groupes cibles relevant de leur domaine : les enfants, les femmes, les jeunes sans diplôme ni emploi, etc. Cependant, on devrait rechercher un niveau d'analyse plus détaillé : par exemple, les migrants ruraux venus résider en milieu urbain pour leur scolarisation ou pour chercher du travail représentent des groupes vulnérables. Ils sont souvent accueillis par la famille éloignée qui les prend plus ou moins en charge, ce qui induit parfois des conduites à risque résultant dans l'arrêt de la scolarisation, l'infection par le VIH, et ultérieurement la reproduction intergénérationnelle de la pauvreté, notamment pour les mères adolescentes et les couples sans emploi stable (Rallu 2009). La connaissance des caractéristiques et des évolutions de ces populations nécessite de nombreux croisements de variables. Elle est indispensable pour connaître la situation de divers groupes socio-économiques ou géographiquement localisés et sert de base à la formulation de projets visant à accroître l'emploi, réduire la pauvreté et les inégalités entre les sexes et améliorer la qualification et la santé. Ces projets peuvent impliquer des actions coordonnées de plusieurs agences de l'ONU. Ainsi, c'est l'ensemble des données réunies pour la production des indicateurs des OMDs qui en fait leur richesse et leur principale contribution à la connaissance statistique des pays en développement. C'est aussi ce qu'a révélé l'analyse des divers objectifs en relation à la pauvreté (Navaneetham et al. 2008) permettant de dépasser la logique des bases de données limitées à des indicateurs au niveau national.

Les coûts et bénéfices pour les INS

Au-delà des problèmes d'adéquation des indicateurs à la mesure des objectifs et de qualité des données, il convient de considérer l'impact des OMDs sur la production de données et leur utilisation. Les données générées par les enquêtes suscitées par les OMDs représentent un progrès pour la connaissance statistique et peuvent aussi être utilisées pour la planification et le développement de projets. Il faut aussi considérer dans quelle mesure les OMDs ont résulté dans une amélioration des capacités de collecte et d'analyse pour les INS et les services statistiques des ministères, et plus largement, comment ils ont modifié les rapports entre la statistique, les gouvernements et la société civile.

La collecte des données

L'adoption des OMDs s'est accompagnée de la réalisation d'un grand nombre d'enquêtes pour mesurer les indicateurs. Maintenant, la plupart des pays en développement ont au moins une EDS et BDM (Budget des ménages) et beaucoup ont plusieurs EDS, BDM et MICS. Beaucoup de pays ont aussi des enquêtes à but spécifique, notamment en matière de santé (sexualité et sida), et certains commencent d'avoir des enquêtes sur le genre (enquêtes sur la violence envers les femmes). Certes, quelques enquêtes avaient déjà eu lieu dans les années 1980 et 1990, et à la suite du programme d'action (PoA) de la conférence du Caire. Cependant, les OMDs ont contribué à accroître la disponibilité de données sur des sujets sociodémographiques fondamentaux pour évaluer le développement social et humain.

Néanmoins, on peut regretter le caractère non coordonné de ces enquêtes qui ne sont pas effectuées à intervalles réguliers pour une même enquête et avec parfois des enquêtes différentes se succédant rapidement. La raison en est tout à la fois le financement élevé que nécessiteraient des campagnes d'enquêtes régulières et la charge de travail que cela représenterait pour les INS des pays en développement qui manquent souvent de moyens matériels et en personnel. Les OMDs ont aussi favorisé la réalisation de recensements. Mais, si ceux-ci ont lieu assez régulièrement en Asie-Pacifique et en Amérique Latine, sauf dans les pays en conflit, ils restent irréguliers en Afrique. Les recensements sont importants comme source de données pour les OMDs parce qu'ils fournissent directement certains indicateurs (cf. ci-dessus), les dénominateurs pour les données d'enregistrement (état-civil, services de la santé, de l'éducation, etc.), et les bases de sondage pour les enquêtes. Cependant, peu de pays en développement ont des systèmes d'enregistrement couvrant

exhaustivement les événements démographiques ou socio-économiques qui représentent les numérateurs des indicateurs. Les enquêtes restent donc les principales sources de données. Dans nombre de pays, les échantillons pour les enquêtes sont tirés à partir du recensement par des consultants extérieurs et le même échantillon sert pour plusieurs enquêtes sans être mis à jour, en raison de l'absence d'enregistrement des nouveaux logements. Des redressements de pondérations sont rarement effectués, même lorsqu'il est reconnu qu'une partie de la population est mal représentée dans l'enquête, par exemple, les adolescents dans les EDS et les enquêtes sur l'emploi.

Avec la mise en place des OMD, la charge de travail des INS est devenue très lourde, avec la nécessité de réaliser périodiquement des recensements et, entre ceux-ci, une ou deux BDM, EDS (ou MICS) et éventuellement des enquêtes emploi ou de santé type OMS. Il en est de même pour les institutions régionales et internationales, y compris l'ONU, qui doivent souvent sous-traiter ces opérations. Les coûts deviennent aussi très élevés pour les financeurs, réduisant les fonds pour les actions de développement. En réponse à cette situation, la tendance est à développer des enquêtes hybrides, sur le modèle des MICS, pour collecter la quasi-totalité des indicateurs qui peuvent l'être par enquêtes. Cependant, les contraintes de taille du questionnaire font que certains indices ne correspondent pas exactement à leur définition dans les EDS, affectant la comparabilité des données. Ces enquêtes soulèvent aussi des problèmes techniques, certains indices (par exemple, le taux de mortalité maternelle) nécessitant des échantillons très larges pour donner des résultats significatifs. La variété des sujets abordés accroît aussi les difficultés de formation des enquêteurs et rend difficile le recours à des enquêteurs spécialisés comme les personnels de santé pour les EDS. Finalement, les économies de moyens humains et financiers réalisées ne sont pas forcément aussi importantes qu'espérées. Et pour certains indicateurs importants, on doit encore recourir aux BDM et EDS.

L'analyse des données

Concernant le suivi des tendances, on ne peut pas remédier au fait que les données à la date de référence des OMDs (1990) sont plus souvent issues de recensements et les données récentes plus souvent issues d'enquêtes, avec des indicateurs qui ne sont pas exactement comparables. Les indicateurs les plus affectés incluent des indicateurs fondamentaux comme la mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans, avec une période de référence plus longue et moins précise dans les recensements et avec un questionnaire moins élaboré que la biographie de la vie féconde

enregistrée par les EDS. L'emploi (et le chômage - qui n'est plus un indicateur de la nouvelle liste des OMD) est aussi mesuré différemment dans les recensements et les enquêtes. En matière d'éducation, les enquêtes demandent la classe suivie, alors que les recensements demandent seulement le niveau (primaire, secondaire, etc.), ce qui ne permet pas de calculer la complétion du cursus primaire dans des cohortes reconstituées. Seules des données des services de l'éducation permettraient de mesurer cet indice dans des cohortes réelles, mais la qualité de ces données est le plus souvent insuffisante.

La tendance à développer des enquêtes hybrides va encore apporter une discontinuité dans les séries statistiques, les indicateurs qu'elles fournissent n'étant souvent que des proxys. Ainsi, la pauvreté est estimée très différemment dans les BDM et dans les enquêtes hybrides qui n'utilisent pas de carnet de dépenses ; cependant, il apparaît parfois que les données de ces dernières peuvent être de meilleure qualité car la mesure des revenus et des dépenses par les BDM est affectée de divers biais (cf. ci-dessus).

Effets des OMDs sur la qualification des INS

L'ONU a pour but la propriété (*ownership*) nationale des OMDs par les Etats. Les OMDs doivent faire partie des informations statistiques de bases disponibles dans chaque pays et être analysés et utilisés localement. Les agences de l'ONU reconnaissent que le développement des capacités des INS est une nécessité primordiale pour y arriver. Ceci a conduit à réaliser des évaluations des INS pour mesurer leur capacité dans la collecte et l'analyse des données.

Pour les pays en développement, la complexité des enquêtes BDM, EDS, MICS ou hybrides, rend nécessaire le recours à des instituts ou sous-traitants spécialisés, comme par exemple Macro pour les EDS, ou à des institutions régionales, et cette sous-traitance, quasi-totale dans les pays les plus démunis, ne résulte pas toujours dans un développement des capacités de l'INS.

Malgré la charge et les coûts prohibitifs que représentent les enquêtes pour le suivi des OMDs, le développement des systèmes d'enregistrement permanent : état civil, statistiques de l'éducation ou de la santé n'a pas connu le développement espéré. Des projets ont été développés en ce qui concerne les statistiques de santé (Health Metric Network - HMN). Mais, ces organismes étant, comme les Nations Unies, principalement des 'administrations', ils accordent un poids important aux aspects de la transmission de l'information du

local au régional et national, alors que les activités techniques de collecte de l'information et de son traitement statistique, dont dépend la qualité des données, ne sont pas abordées. Des instituts de recherche comme l'IHME (Institute of Health Metrics and Evaluation) ont une action ponctuelle de conseil et d'évaluation. Il reste néanmoins un manque de capacité des services administratifs au niveau local ainsi qu'au niveau des administrations centrales en matière de collecte de données au jour le jour, notamment dans la santé, l'éducation, l'emploi et l'économie. Cependant, ces secteurs ont bénéficié de l'entreprise des OMDs et des formations ont été effectuées pour le personnel des services statistiques des ministères. La disponibilité de données administratives exhaustives et de bonne qualité permettrait un suivi annuel de certains indicateurs et permettrait d'espacer les enquêtes qui resteront cependant nécessaires pour les indicateurs nécessitant une information complexe (notamment en relation au Sida).

A partir de ces constatations, les agences des Nations Unies, notamment le PNUD et l'ESCAP, ainsi que les organisations régionales ont réalisé ou financé des séminaires de formation à la production et au suivi des indicateurs des OMDs. Ces formations concernaient la réalisation d'enquêtes, l'analyse des données, le calcul des indices, l'analyse et la projection des tendances pour estimer le progrès vers les OMDs. L'ONU a aussi financé l'achat de matériel pour la réalisation et le traitement des recensements et enquêtes (ordinateurs, GPS, lecture optique des questionnaires), ainsi que le développement de bases de données nationales, dont beaucoup de pays étaient dépourvus. Un logiciel d'information géographique qui peut inclure plusieurs niveaux de cartes à l'échelon infranational, Devinfo, est fourni gratuitement à tous les INS. Des personnels des INS et des ministères sont formés à son utilisation qui est malheureusement relativement compliquée. De ce fait, plusieurs pays n'en maîtrisent pas encore l'utilisation et certains qui utilisaient un autre système d'information géographique (SIG) n'ont pas opéré le passage à Devinfo, rendant difficile l'homogénéisation des bases de données régionales et internationales. Si l'information géographique ne constitue pas une analyse causale, elle est indispensable à la planification au niveau infranational et fournit aux administrations, aux politiques et aux parlementaires des informations récentes dont ils sont souvent dépourvus.

Cependant, dans un certain nombre de cas, la migration internationale (le *brain drain*) ou les départs vers le secteur privé, ont enlevé une partie non négligeable des statisticiens ainsi formés, nécessitant de renouveler périodiquement les formations et laissant parfois les INS plusieurs mois

ou années sans spécialistes dans certains domaines. A l'opposé, le suivi des OMDs a aussi permis le financement de postes de spécialistes dans les INS, par exemple, dans les domaines de la pauvreté, l'environnement, l'emploi, etc. Cependant, les INS se plaignent souvent que leur activité est trop déterminée par les OMDs et que ceux-ci entrent en compétition avec des tâches qui doivent parfois être retardées ou délaissées. Néanmoins, une utilisation complète des données des enquêtes suscitées par les OMDs fournit des informations sur la situation nationale pour les administrations et services publics qui sont utiles à la planification et au développement de programmes. Ces données sont aussi nécessaires pour définir et évaluer l'impact de projets de développement. Par ailleurs, le passage de la production d'indicateurs nationaux au niveau infranational et pour certains groupes socio-économiques de la population a beaucoup accru l'intérêt pour les OMDs dans les INS et les services statistiques des administrations. De plus, les projets ponctuels entrepris dans le cadre des OMDs s'apparentent à des actions de développement ciblées dans les domaines de l'amélioration des services et de l'investissement productif (micro-crédit) et en ont amélioré la méthodologie : programmation, suivi et évaluation.

Il est difficile de faire la balance des coûts et des bénéfices que représentent les OMDs pour les INS. Dans les INS où les données sur le personnel, les qualifications et le budget sont disponibles, il serait intéressant de faire des études des diverses opérations liées aux OMDs sur les effectifs, les qualifications et les ressources et d'établir un bilan. De telles études n'ont pas été effectuées à notre connaissance.

L'INS, le politique et la société civile

Les OMDs ont aussi eu un impact dans le domaine des relations entre la statistique, le politique et la société civile.

Les OMDs ont été adoptés en 2000 et leur mise en œuvre a été d'abord assez lente, avec un accueil mitigé des donateurs devant l'ampleur des besoins. L'échéance prochaine de 2015 et les faibles progrès de nombre de pays des régions les plus pauvres amènent à considérer une action de plus grande envergure et concertée pour la réalisation des OMDs. Ainsi, l'ONU demande que les objectifs des OMDs soient intégrés dans le développement des plans ou politiques de développement et de réduction de la pauvreté, les politiques de population, et les plans nationaux de santé et d'éducation, ainsi que dans la répartition du budget entre les ministères concernés. Des exercices de '*MDG costing and budgeting*' sont organisés par le PNUD en collaboration avec les autres agences de l'ONU, utilisant des logiciels développés par le

PNUD pour mesurer le coût des OMDs dans l'éducation, la santé, la lutte contre le sida, l'environnement, l'égalité entre les sexes et aussi l'énergie. Il est apparu que le coût de la réalisation des OMDs en matière de couverture des services dépasse souvent les moyens nationaux et aussi ceux des donateurs et nécessite une 'régionalisation' des OMDs dans certains pays, consistant en une révision des objectifs à la baisse. Cependant, certains pays d'Asie ont déjà atteint les OMDs et ont fixé des cibles plus élevées. La prise en compte des tendances démographiques, de la couverture des services et d'objectifs précis résulte, pour les secteurs liés aux OMDs, en une amélioration de la planification et de l'attribution des ressources au niveau national et régional. L'aide fournie est aussi plus efficace puisqu'elle est liée aux directives de la Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide au Développement en 2005 (OECD 2009) au niveau des divers projets.

Ce processus a développé le dialogue entre les ministères concernés et l'INS, ainsi qu'avec les services du premier ministre et le ministère des finances. Il en a résulté un rôle accru de la prise en compte des données, et donc de l'INS, dans les affaires de l'Etat, notamment dans les pays où l'exercice budgétaire consistait principalement en négociations entre ministères sans base chiffrée autre que la reconduction des budgets précédents avec des taux de croissance variables. La formation des INS et des services statistiques des ministères à l'utilisation des logiciels de *MDG Costing and Budgeting* accroît leur rôle dans l'élaboration du budget. L'élaboration du budget de l'Etat est ainsi plus rigoureuse et plus transparente. Certes, il peut paraître excessif que les OMDs envahissent la planification et l'élaboration du budget des Etats, mais ceux-ci gardent leur autonomie et l'ONU n'a pas droit d'ingérence ; les décisions sont donc finalement prises par les pays. L'intérêt du PNUD et de l'ONU pour les politiques pro-pauvres en général, peut aussi entrer en conflit avec l'intérêt des gouvernements plus centré sur l'investissement productif. Les engagements nationaux sur les OMDs permettent cependant de trouver les (ou une partie des) financements nécessaires, incluant pour le développement du système statistique, et, finalement, l'amélioration de l'information statistique disponible est un facteur d'attraction de l'investissement étranger.

L'attention portée aux OMDs a aussi contribué au développement de la société civile par l'association entre les OMDs et les droits de la personne (droits de l'homme, égalité entre les sexes, droit à l'éducation et à la santé, droit au travail). La publicité autour des projets associés aux OMDs et des comptes-rendus des rapports nationaux de suivi des OMDs (*National MDG Progress Reports*) dans

les médias a résulté dans un intérêt nouveau ou accru pour les indices démographiques et de développement social qui a contribué à développer la société civile et à l'informer des thèmes et des enjeux qu'ils représentent.

L'intérêt du public pour les OMDs a contribué à contraindre les gouvernements à des résultats. Si les OMDs ne s'accompagnent pas, comme l'Indice de Développement Humain, d'un classement des pays où il y a des premiers et des derniers, l'attention portée aux progrès vers la réalisation des OMDs a tout autant mis la pression sur les gouvernements. La perspective d'un échec à réaliser les OMDs apparaît à la société comme la preuve d'une incapacité du gouvernement à réduire la pauvreté, assurer le bien-être de la population et accroître les chances de développement du pays. La visibilité médiatique des OMDs touche ainsi au domaine de la gouvernance. Bien qu'elle soit la grande absente des OMDs (Martens, Debiel 2008), la gouvernance est reconnue comme une condition essentielle à leur réalisation et le cycle actuel (2008-2011) de programmes des agences de l'ONU fait une grande place à la gouvernance, avec des activités programmées par un grand nombre d'agences individuellement ou en collaboration.

Recommandations

Malgré leurs imperfections et la charge de travail qu'ils entraînent, les OMDs sont une occasion d'améliorer les systèmes statistiques existants. Nous allons présenter quelques recommandations qui s'inscrivent dans le cadre de l'appropriation (ownership) des OMDs.

- Les INS et les services statistiques des administrations nationales doivent être des partenaires actifs dans les enquêtes et autres activités statistiques sous-traitées par les organisations internationales et financées par l'aide internationale, et cette participation doit résulter dans des capacités propres accrues, visant à une autonomie des services statistiques. Cette participation doit se faire à tous les niveaux : collecte, traitement et analyse des données.
- Au-delà de la production des indicateurs des OMDs, les données produites doivent être analysées en détail de sorte à mettre en évidence les caractéristiques des divers groupes socio-économiques et des diverses régions des pays.
- Ces analyses doivent être utilisées pour la planification et la formulation de projets de développement et d'amélioration des infrastructures des services.

- Les systèmes d'enregistrement de l'information doivent être développés de sorte à disposer de données annuelles sur la population, la santé, l'éducation, l'économie, l'environnement, etc.
- Il est souhaitable que les INS soient les partenaires des services statistiques des administrations pour la collecte et l'analyse des données.
- Finalement, les INS doivent exiger des rapports de transparence dans leur relation au politique vis-à-vis des médias, de la société civile et des organisations internationales.

Conclusion

L'évaluation des OMDs ne doit pas se limiter aux imperfections qui entourent les indicateurs et le suivi des évolutions, mais prendre aussi en compte le progrès qu'ils représentent dans la connaissance statistique des populations des pays en développement (bien que beaucoup ne disposent pas encore de tous les indicateurs). Outre les indicateurs des OMDs, les enquêtes qu'ils ont permis de réaliser constituent un réservoir de données pour la programmation et la planification aussi bien que pour la recherche. Les OMDs ont montré le lien fort qui existait entre la couverture des services et la morbidité, la mortalité ou le niveau d'éducation. En ce sens, on s'est effectivement éloigné du dilemme croissance démographique – sous développement, pour promouvoir un accès universel à la santé et à l'éducation primaire, incluant l'accès pour toutes les femmes à la santé de la reproduction, fondé sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes.

Le but de faire des OMDs une information statistique de base à la disposition des Etats pour la planification s'est accompagné de la formation du personnel des INS et des services statistiques dans les ministères avec souvent la création de postes ou de sections. Les capacités nationales en matière de collecte et d'analyse d'enquêtes se sont développées et le recours à la sous-traitance de ces tâches devrait se réduire ou se faire en collaboration. Si les OMDs représentent une charge importante sur les systèmes statistiques, ils ont aussi contribué à développer leurs moyens. Cependant, il faudrait évaluer précisément les bénéfices en termes de moyens matériels, humains et financiers.

Dans un contexte sociopolitique plus large, les OMDs ont accru le rôle de la statistique dans la planification et l'élaboration des budgets ainsi que sa visibilité. Ils contribuent à développer et informer la société civile et à améliorer la gouvernance par la référence nécessaire à des indicateurs statistiques en comparant les résultats à des objectifs quantitatifs à une échéance déterminée. Si l'entreprise est remarquable, son côté gigantesque, la lenteur de sa mise en œuvre, la résistance initiale des gouvernements et des donateurs, et récemment la crise économique compromettent son succès. Néanmoins, les activités réalisées dans le domaine des services et de la connaissance statistique restent des acquis importants.

Références Bibliographiques

Bouvier-Colle M-H., Varnoux N., Costes N., Hatton P. (1991), « Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age », *International Journal of Epidemiology*, N°3, pp.717-721.

Choe M., Chen K. and J. (2006), « Potential for Reducing child and Maternal Mortality through Reproductive and Child Health Intervention Programmes: an Illustrative Case Study from India », *Asia Pacific Population Journal*, 21-1, 13-44.

Filipi V., Graham W. (1991), « Estimer la mortalité maternelle à l'aide de la méthode des sœurs », *Les dossiers du CEPED*, N°13, 29p.

Martens J., Debiel T. (2008), « The MDG Project in Crisis; Midpoint View and Prospects for the Future », INEF – Institut for Entwicklung und Frieden.

Navaneetham K., Dharmalingam A., Caselli G. (eds.) (2008), *Poverty, nutrition and mortality: a comparative perspective*, CICRED, Paris, 302 p.

OECD (2009), « The Paris Declaration and Accra Agenda for Action », http://www.oecd.org/document/18/0,2340,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html

- Rallu J.L. (2010)**, « Gender equity and development in the frame of MDGs: A comparison between Asia-Pacific and Africa », session 61, PAA Annual Meeting 15-17 April.
<http://paa2010.princeton.edu/download.aspx?submissionId=100146>
- Rallu J.L. (2009)**, « Urban drift, urban growth, urban youth », in *A New Generation Youth lifestyle; Influence and Impact*, Monica Rao ed., Hyderabad, India : Icfai University Press, pp. 68-96
- Rallu J.L. (2008)**, « Population, Migration and Development in Asia, with Special Emphasis on the South Pacific: The Impact of Migration on Population and the MDGs », in ESCAP, *Expert Group Meeting on Migration and Development*, ESCAP, Bangkok.
http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM_Ittmig_Asia/P02_Rallu.pdf
- UNDP (2007)**, « The Millennium Development Goals ; Progress in Asia and the Pacific »,
<http://www.mdgasiapacific.org/node/21>
- UNDP (2008)**, A future within reach: reshaping institutions in a region of disparities to meet the Millennium Development Goals in Asia and the Pacific,
http://www.mdgasiapacific.org/files/shared_folder/documents/Regional_MDGs_report_2.pdf
- UNDP (2009)**, What are the Millennium Development Goals?
<http://www.undp.org/mdg/basics.shtml>
- United Nations (2009)**, The Millennium Development Goals Report.
http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf
- United Nations (2009)**, MDG Data Portal,
<http://www.un.org/millenniumgoals/stats.shtml>
- UNDESA (2003)**, Rapport de la Réunion d'Experts sur l'Amélioration des Statistiques de Fécondité et Mortalité en Afrique Francophone,
http://unstats.un.org/unsd/Demographic/meetings/wshops/vitstats/Cameroon_03.pdf
- WHO (2001)**, Every death counts: measurement of maternal mortality via a census,
[http://www.who.int/bulletin/archives/79\(7\)657.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(7)657.pdf)
- World Bank (2009)**, New Data show more than 1.4 billion live on less than US\$ 1.25 a day,
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:21881954~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>