

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1987



Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNICEF

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE
1987

*Copyright © Fonds des Nations Unies pour l'enfance
1986*

*Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication
ne peut être reproduite ou conservée et classée dans un
système de stockage et de recherche de données ou
transmise sous une forme quelconque ou par des
procédés électroniques, mécaniques, de reprographie,
d'enregistrement ou quelque autre moyen sans
l'autorisation préalable de l'UNICEF.*

*UNICEF, UNICEF House, 3 UN Plaza, New York, N.Y.
10017, Etats-Unis*

UNICEF, Palais des Nations, CH-1211 Genève 10, Suisse.

*Couverture et graphisme: Miller, Craig et Cocking,
Woodstock, Royaume-Uni*

*Figures et tableaux: Stephen Hawkins, Oxford
Illustrators, Oxford, Royaume-Uni*

Composition et production: Tex SA, Genève, Suisse

*Préparé et compilé pour l'UNICEF par P. et L. Adamson,
Benson, Oxfordshire, Royaume-Uni*

Titre original: The State of the World's Children 1987

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1987



James P. Grant
Directeur général du
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
(UNICEF)

TABLE DES MATIÈRES

I LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1987

Ethique et capacités

Nous disposons aujourd’hui des connaissances qui pourraient permettre aux parents de protéger la santé de leurs enfants pour un coût dérisoire. Nous disposons également des capacités de communiquer ces connaissances au plus grand nombre. Il est donc temps d’affirmer que la mort de millions d’enfants est tout aussi inacceptable lorsqu’elle est le fait de la malnutrition et d’infections qui n’ont rien d’inéluctable que lorsqu’elle survient dans les urgences soudaines de la sécheresse ou de la famine.

page 1

Une nouvelle offensive contre la pauvreté

Il est possible de maintenir le progrès contre le courant contraire de la récession économique, à condition de décomposer les grands objectifs du développement en une série d’objectifs atteignables et à condition que les gouvernements décident de mobiliser les capacités actuelles – et en particulier les capacités de communication nouvelles – afin de mettre les connaissances nécessaires à la disposition de chacun.

page 13

Mobiliser chacun autour de la santé de l’enfant

Un résumé des données scientifiques qui pourraient permettre à la majorité des parents de protéger la vie et la croissance normale de leurs enfants à un coût abordable tant pour eux que pour leur pays. Toutes les familles ont aujourd’hui le droit de disposer de ces connaissances, qu’il s’agit de leur transmettre par tous les canaux possibles.

page 24

L’essor de la TRO

Les efforts accomplis au cours des années 80 pour faire connaître la thérapie par réhydratation orale (TRO) au plus grand nombre permettent aujourd’hui de sauver chaque année un nombre d’enfants que l’on estime à 500 000. D’ici à 1995, ce chiffre pourrait dépasser 3 millions par an.

page 35

Vers la vaccination universelle

Les progrès de la vaccination à faible coût dans les années 80 préviennent d’ores et déjà près d’un million de décès d’enfants par an dans le monde en développement. 77 pays, qui totalisent ensemble plus de 90 % des naissances dans le monde en développement, se sont désormais engagés à poursuivre l’objectif de la vaccination universelle d’ici à 1990.

page 45

Mobilisation sociale et continuité

La mobilisation sociale afin d’atteindre des buts précis en matière de santé peut constituer un moyen concret de se rapprocher d’un système permanent et complet de soins de santé primaires – à condition que cet objectif ait été planifié au préalable.

page 56

Objectif croissance

Avec la diffusion croissante des soins de santé primaires, il devient aujourd’hui possible de surveiller régulièrement la croissance de la majorité des enfants dans le monde en développement. La surveillance de la croissance, accompagnée de méthodes peu coûteuses de protection de l’enfant, peut permettre d’informer les parents et de susciter leur participation dans l’utilisation des connaissances actuelles permettant de protéger la santé et la croissance normale des enfants – à un coût abordable pour chacun ou presque.

page 64

Conclusions

La stratégie de la mobilisation sociale signifie que pour ainsi dire tout individu, toute organisation, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, pourrait aujourd’hui contribuer à l’entreprise visant à poser l’un des jalons les plus importants de l’histoire de l’humanité : celui qui marquera la victoire sur les effets les plus terribles de la pauvreté absolue, tels qu’ils se manifestent de nos jours sur notre planète.

page 79

II UN AJUSTEMENT A VISAGE HUMAIN

La crise économique la plus sévère des cinquante dernières années a provoqué au cours des années 80 une baisse du niveau de vie dans de nombreuses parties du monde. Afin de s'efforcer de relancer la croissance et de redresser leur balance des paiements, un grand nombre de pays en développement ont été contraints d'adopter des politiques de redressement économique, dites «d'ajustement», qui bien souvent entraînent des difficultés supplémentaires pour les secteurs les plus pauvres de la population, ceux qui ont le moins de possibilités d'épargner de l'argent. Ce chapitre, qui présente brièvement un rapport spécial que l'UNICEF publiera en 1987, émet des propositions – à l'intention tant des pays industrialisés que des pays en développement – visant à relancer la croissance économique tout en permettant de protéger la croissance mentale et physique de la prochaine génération.

page 85

III QUARANTE ANNÉES DE PROGRÈS

Le facteur humain

Pour commémorer le quarantième anniversaire de la fondation de l'UNICEF, Varindra T. Vitchachi passe en revue les principaux changements intervenus au cours des quatre dernières décennies dans la situation des enfants du monde et dans l'activité de l'UNICEF.

page 97

Tableaux graphiques

Présentation visuelle de la situation des enfants dans le monde en 1986 et des progrès accomplis depuis 1946. Trente figures en couleur inédites basées sur les statistiques les plus récentes résument les données actuelles et l'évolution des quarante dernières années dans les domaines de la population et la mortalité juvénile-infantile, de l'espérance de vie, de l'alimentation, de la scolarisation, de l'alphabétisation, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, des soins de santé maternelle et infantile, de l'insuffisance pondérale à la naissance et de la mortalité liée à la maternité, de la thérapie par réhydratation orale, de la vaccination, de l'allaitement maternel, de l'espacement des naissances et de ses effets sur la survie infantile, de l'anémie, de la carence en iodé et de l'avitaminose A, de la proportion des familles vivant dans la pauvreté, et des relations entre santé et richesse.

page 105

IV STATISTIQUES

Tableaux

Tableaux statistiques présentant, pour tous les pays du monde, des données économiques et sociales en rapport avec le bien-être des enfants. Outre les indicateurs de base, les tableaux comportent, pour chaque pays, des données sur la nutrition, la santé, l'éducation, la démographie et l'économie.

page 121

Notes

Note générale sur les données, signes et explications, notes relatives aux tableaux, définitions, sources principales.

page 137

ENCADRÉS

La récession: un ajustement à visage humain	1	Pays donateurs: investir dans le futur	16
La récession: un ajustement à visage humain (suite)	2	Soudan: l'exemple de Khartoum	17
Egypte: vaincre la déshydratation	3	Equateur: les vagues de la survie	18
Turquie: prévenir 22 000 décès	4	Mozambique: le modèle de Maputo	19
Population: moins de décès, moins de naissances	5	Bolivie: mobiliser un million de personnes	20
Amérique centrale: un pont vers la paix	6	Amérique centrale: campagnes pour la survie des enfants	21
Algérie: réduire de moitié la mortalité	7	Inde: vers la vaccination universelle	22
La vaccination universelle: renouveler l'engagement	8	Les ONG: à l'œuvre pour la survie des enfants	23
Burkina Faso: un village, un poste de santé	9	Bangladesh: des prêts pour les femmes	24
Colombie: protéger quatre millions d'enfants	10	Inde: toucher la nation entière	25
Brésil: toucher le Nord-Est	11	Zimbabwe: davantage de cultures vivrières	26
Bangladesh: toucher 25 millions de personnes	12	Philippines: combattre la famine	27
Pérou: vacciner 600 000 personnes	13	La survie des enfants: le taux de survie juvénile-infantile	28
Inde: les ICDS à l'échelle nationale	14	Birmanie: la lutte pour l'alphanétisation	29
République dominicaine: former 20 000 volontaires	15	La carence en iode: une solution à portée de main	30

FIGURES

- Fig. 1 Augmentation de la fourniture de vaccins par l'UNICEF, 1982-1985
- Fig. 2 Utilisation de la TRO et décès par diarrhée, estimations et projections, 1980-1995
- Fig. 3 Nombre d'enfants sauvés en l'an 2000 si les objectifs des programmes de survie sont atteints
- Fig. 4 Modifications du produit intérieur brut par habitant, 1976-1980 et 1980-1985
- Fig. 5 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants, Botswana, 1979-1984
- Fig. 6 Récession, insuffisance pondérale à la naissance et mortalité infantile, Nord-Est du Brésil, 1977-1984
- Fig. 7 Différences de taux de mortalité juvénile selon les régions à l'intérieur d'un même pays
- Fig. 8 Estimation des taux d'utilisation de la TRO pour les enfants de moins de 5 ans, milieu des années 80, par région OMS
- Fig. 9 Estimation de l'accès aux SRO par région OMS, 1982-1984
- Fig. 10 Décès pouvant être prévenus par la vaccination dans le monde en développement, 1985
- Fig. 11 Production globale de sels de réhydratation orale, 1982-1985
- Fig. 12 Efficacité des SRO à base de riz
- Fig. 13 Promotion de la TRO, Egypte, 1983-1985
- Fig. 14 Vaccins fournis par l'UNICEF, 1982-1990 (projection)
- Fig. 15 Vacciner tous les enfants d'ici 1990: progrès accomplis et restant à accomplir
- Fig. 16 La vaccination en Inde: progrès accomplis et projections, 1978-1990
- Fig. 17 Le déclin de la poliomyélite dans les Amériques, 1969-1984
- Fig. 18 La vaccination au Brésil: progrès accomplis et défi à relever, 1979-1985
- Fig. 19 Décès et infirmités évitables par la vaccination: la part de l'Inde
- Fig. 20 Facteurs familiaux affectant la nutrition de l'enfant
- Fig. 21 Résultats du programme thaïlandais de surveillance de la croissance, 1979-1984

I

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE

1987

James P. Grant

Ethique et capacités

Une nouvelle offensive contre la pauvreté

Mobiliser chacun autour de la santé de l'enfant

L'essor de la TRO

Vers la vaccination universelle

Mobilisation sociale et continuité

Objectif croissance

Conclusions

Le taux de mortalité juvénile-infantile

Le taux de mortalité juvénile-infantile (TMJI) désigne le nombre d'enfants qui meurent avant l'âge de cinq ans pour 1000 naissances vivantes. Cette année, c'est ce taux qui détermine l'ordre dans lequel figurent les pays dans les tableaux statistiques du présent rapport.

Les chiffres indiquant le taux de mortalité juvénile-infantile de certains pays, tant dans le texte que dans les tableaux statistiques, sont des estimations établies par la Division de la population des Nations Unies sur une base permettant une comparaison internationale et en utilisant diverses sources. Ces chiffres peuvent, dans certains cas, différer des chiffres des services statistiques nationaux.

Les données nationales sont le plus souvent établies tous les cinq ou dix ans à partir des recensements effectués dans les pays; elles ne reflètent donc pas encore l'impact des campagnes et des programmes de survie récents mentionnés dans le texte.



Ethique et capacités

Depuis la fondation de l'UNICEF, voici quarante ans, les mentalités ont profondément évolué. On ne tolère plus, aujourd'hui, que des millions d'enfants périssent dans les urgences soudaines de la sécheresse et de la famine, où que ce soit sur la planète. Qu'il s'agisse de la crise du Kampuchea en 1979-1980 ou de celle de l'Afrique en 1984-1986, l'attention des médias bouleverse suffisamment d'individus et de gouvernements dans le monde pour les pousser à entreprendre le genre d'action qui préviennent tout au moins les morts massives.

Il y a quarante ans, pareille conscience ne prédominait pas encore. Au début des années 40, par exemple, quelque trois millions d'hommes, de femmes et d'enfants sont morts de faim à Calcutta et au Bengale, tandis que le reste du monde, auquel ne parvenaient certes que des échos lointains, restait pour ainsi dire dans l'inaction¹.

Un tel changement constitue un pas important vers un monde véritablement civilisé. Cependant, à l'occasion de son quarantième anniversaire*, l'UNICEF veut faire largement savoir qu'il est grand temps de faire le pas suivant.

Le plus grand danger qui guette aujourd'hui les enfants dans le monde est de très loin l'*«urgence silencieuse»* des infections fréquentes et de la sous-alimentation largement répandue. Aucune *«urgence criante»*, aucune famine, aucune sécheresse, aucune inondation n'a jamais tué 280 000 enfants en une semaine. Pourtant, c'est ce que cette urgence silencieuse est en train de faire chaque semaine.

* La version intégrale de *La Situation des enfants dans le monde 1987* contient un chapitre spécial commémorant le quarantième anniversaire de l'UNICEF. Ce chapitre, dont l'introduction est due à Varindra T. Vittachi, Directeur général adjoint de l'UNICEF, présente plus de 30 tableaux et graphiques qui résument les grands changements survenus dans le monde de la mère et de l'enfant au cours des quatre dernières décennies - y compris la réduction de moitié des taux de mortalité juvénile-infantile.

Il est temps que les gouvernements et les peuples décident que la mort de tant de millions d'enfants par an est tout aussi inadmissible lorsqu'elle est le fait de la malnutrition et de l'infection que lorsqu'elle est due à des sécheresses ou à des famines soudaines.

Il est temps en effet, car dans les années 80 nous disposons, pour la première fois, des connaissances et des moyens permettant de combattre efficacement l'infection et la malnutrition des enfants, sur une grande échelle et à un prix supportable**. Il suffit, pour démontrer de façon spectaculaire l'ampleur de ces nouvelles potentialités, de rappeler que les vies de plus de quatre millions d'enfants ont déjà été sauvées, *au cours des cinq dernières années seulement*, par des pays qui se sont mobilisés pour appliquer les solutions actuelles et peu coûteuses avec l'ampleur nécessaire. Au cours des douze derniers mois, l'extension du domaine d'application de deux seulement de ces méthodes - la vaccination et la thérapie par réhydratation orale (TRO)*** - a sauvé la vie d'environ un million et demi d'enfants de moins de cinq ans (voir figures 1 et 2).

Les événements de la première moitié des années 80 ont donc démontré qu'une révolution est possible dans le domaine de la santé des enfants, en dépit de la récession économique qui frappe encore tant de pays dans le monde en développement.

Les deux premiers des encadrés qui figurent sur les pages de gauche de ce rapport résument la gravité persis-

** En appliquant les solutions peu coûteuses actuellement disponibles, il serait d'ores et déjà possible de prévenir environ *la moitié* des plus de 14 millions de décès juvénile-infantiles recensés chaque année (voir pages 24 à 34).

*** La thérapie par réhydratation orale est une méthode peu coûteuse par laquelle les parents peuvent prévenir ou traiter la déshydratation causée par la diarrhée, qui tue actuellement plus de trois millions d'enfants par an (voir pages 35 à 44).

La récession: un ajustement à visage humain

1

Le rapport de cette année sur la situation des enfants dans le monde témoigne du progrès spectaculaire des stratégies pour la survie des enfants dans de nombreux pays en développement. Dans un autre rapport qui paraîtra au début de 1987, cependant, l'UNICEF attire l'attention sur un puissant facteur qui affecte aujourd'hui les enfants du monde: la récession économique persistante.

La stagnation du commerce international, la chute du prix des produits de base, la diminution de l'aide, l'accumulation des remboursements de la dette ainsi qu'une réduction brutale des prêts privés ont, au cours des dix dernières années, bloqué le développement économique dans de nombreux pays. De 1980 à 1985, le revenu moyen de 17 pays d'Amérique latine sur 23 et de 24 pays d'Afrique au sud du Sahara sur 32 a régressé. Dans l'ensemble, le revenu moyen a diminué de 9% en Amérique latine et de 15% en Afrique. Seules les économies les plus dynamiques de l'Asie du Sud-Est et les grands pays plus autonomes tels que l'Inde et la Chine ont réussi à maintenir une croissance économique importante. Pour l'ensemble du tiers monde, 1986 a été la septième année consécutive de croissance négative ou négligeable du revenu par habitant.

De ce fait, de nombreux pays ont subi de graves crises de la balance des paiements, puisque le montant de leurs importations et le remboursement de leur dette ont considérablement dépassé les aides, les prêts et les recettes de leurs exportations. Les dépenses gouvernementales ont souvent dépassé les revenus, ce qui, ajoutant encore aux tensions, a provoqué d'intenables déficits internes.

Lorsque ces tensions deviennent insupportables, les réformes de politique deviennent inévitables. Ces réformes sont généralement connues sous le nom de «politique d'ajustement». Leur objectif commun est de diminuer les énormes déficits des balances des paiements, de satisfaire aux exigences essentielles en matière de devises, de maintenir les importations vitales, d'honorer les échéances de remboursement de la dette et de jeter les fondements d'une reprise de la croissance économique.

Après sept années de vaches maigres, les politiques d'ajustement dominent désormais les stratégies économiques de nombreux pays en développement et sont une condition du soutien du Fonds monétaire international (FMI), auquel environ 70 pays ont demandé de l'aide depuis 1980.

L'étude de l'UNICEF à paraître prochainement examine ces politiques d'ajustement sous l'angle de leurs

effets sur les familles les plus pauvres du monde en développement. Sa conclusion générale est que «la qualité des services de santé et d'éducation est en baisse dans de nombreux pays» et que «la détérioration de l'état de santé et de la qualité de la nutrition est très répandue» parmi les jeunes enfants d'Afrique et d'Amérique latine.

Les familles pauvres n'ont, ni sur le plan économique, ni sur le plan politique, la capacité de se protéger des chocs les plus violents de la récession. Le rapport montre que la malnutrition, l'insuffisance pondérale à la naissance et la mortalité juvénile sont en hausse dans les milieux pauvres de pays tels que la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Jamaïque, les Philippines, l'Uruguay et plusieurs pays d'Afrique où les années de récession ont été aggravées par des années de sécheresse.

Les dépenses gouvernementales par habitant en matière de santé et d'éducation ont également diminué pendant cette décennie dans la moitié des pays d'Afrique et d'Amérique latine. Il en résulte que, dans de nombreux pays, les écoles n'ont ni livres, ni papier et les dispensaires ne disposent ni du personnel requis, ni des fournitures essentielles.

L'UNICEF ne met pas en cause la nécessité des politiques d'ajustement destinées à rétablir la croissance économique. En revanche, l'organisation s'interroge sur le bien-fondé humain ou économique de l'attitude consistant à sacrifier les esprits et les corps en plein croissance de la génération montante sur l'autel des politiques d'ajustement. Se faisant l'avocat d'un «ajustement à visage humain», le rapport souligne que «les politiques qui sapent les ressources les plus précieuses d'une nation, à savoir ses ressources humaines, affaiblissent ses futures capacités économiques.»

Les stratégies d'ajustement actuelles comportent généralement des réductions des dépenses publiques (notamment des subventions aux produits de consommation tels que les denrées alimentaires), des restrictions du crédit et la dévaluation de la monnaie afin de restreindre la demande d'importations, l'augmentation des prix à la production pour stimuler celle-ci (notamment dans l'agriculture) et la libéralisation des importations jointe à la privatisation des actifs nationalisés afin d'essayer d'améliorer les résultats économiques. Au total, les politiques déflationnistes sont prédominantes.

Il est inévitable que la baisse de l'emploi et des salaires, jointe à la hausse des prix des produits de base,

(Suite dans l'encadré suivant)

tante de cette récession, ainsi que son impact sur les groupes les plus vulnérables. En bref, il s'agit de baisses de revenus et de difficultés croissantes pour presque la moitié de la population du monde en développement (voir figure 4). Or — comme l'histoire l'a souvent montré — l'adversité du présent peut constituer la force qui parvient à briser le moule du passé afin de redéfinir les priorités pour l'avenir*. Nous constatons maintenant dans de nombreux pays, en effet, l'apparition d'une nouvelle façon de concevoir la satisfaction des besoins humains essentiels : une méthode basée sur la mobilisation des ressources d'ores et déjà disponibles pour communiquer les connaissances d'ores et déjà existantes. Aujourd'hui, ces connaissances pourraient permettre à des millions de parents d'améliorer leurs propres conditions de vie ainsi que celles de leurs enfants, même avec les maigres ressources dont ils disposent. La capacité nouvelle de communiquer ces connaissances signifie qu'il est aujourd'hui

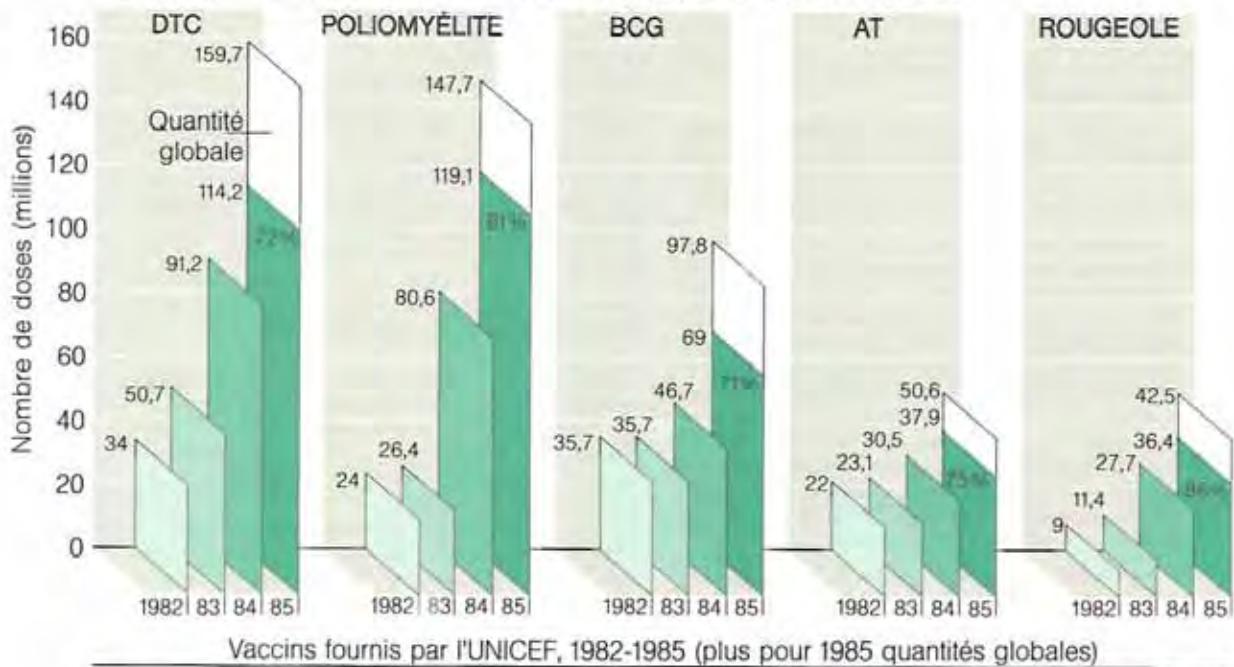
possible, pour la première fois, de les mettre à la disposition du plus grand nombre.

Les pages 24 à 34 de ce rapport exposent plus en détail les données et les méthodes qui pourraient conduire à une révolution pour la survie et la santé des enfants, à un coût abordable pour tous les pays en développement et que tous les pays industrialisés pourraient contribuer à couvrir — même en des temps économiques aussi sombres que ceux que nous traversons. Ce qui importe le plus, cependant, c'est que les méthodes elles-mêmes sont aujourd'hui éprouvées, qu'elles sont pratiquement et financièrement réalisables. Et il est hors de doute que, d'ici dix ans — d'ici le cinquantième anniversaire de l'UNICEF —, la combinaison de méthodes de ce type pourrait permettre de réduire de moitié au moins les taux de mortalité infantile (voir figure 3).

Il est cependant tout aussi clair que cela ne se produira que si l'évolution des mentalités suit l'évolution des capacités croissantes de notre époque. Pour l'instant, on considère toujours comme *normal* que 14 millions de jeunes enfants meurent chaque année et que des millions d'autres souffrent de malnutrition et d'une mauvaise santé — malgré le fait que les progrès techniques et sociaux récents aient vidé de son sens le sentiment d'impuissance sur lequel se fonde cette acceptation.

* Les périodes difficiles mènent plus souvent que les périodes d'abondance à la définition de normes minimales de bien-être. Aux États-Unis, par exemple, le «new deal» de Roosevelt est né de la Grande dépression ; et au Royaume-Uni, le système de rationnement mis en place pour contribuer à surmonter la pénurie alimentaire des années d'immédiat après-guerre a en fait fini par améliorer les normes nutritionnelles pour l'ensemble du pays.

Fig. 1 Augmentation de la fourniture de vaccins par l'UNICEF, 1982-1985



DTC: Diphtérie, tétanos, coqueluche (généralement 3 doses).
 Poliomyélite: généralement 3 doses.
 BCG: protège contre la tuberculose; une seule dose.

AT: tétanos (deux injections d'anatoxine tétanique sont nécessaires durant la grossesse pour protéger l'enfant contre le tétanos du nouveau-né).
 Rougeole: une seule dose, le plus près possible du 9^e mois.

Source: Estimations UNICEF et OMS.

La récession: un ajustement à visage humain (suite)

frappe le plus durement ceux qui sont le moins en mesure de faire des économies et qui doivent de ce fait se priver des biens les plus indispensables. De même, les réductions des dépenses gouvernementales en matière de santé et d'éducation ont les plus fortes répercussions sur ceux qui sont le plus tributaires de ces services; une nouvelle fois, les pauvres.

Le rapport ne vise pas à accommoder les yeux de ses lecteurs aux ténèbres ambiantes, mais à allumer quelques lueurs d'espoir dans les sanctuaires de la politique économique. Car les stratégies de rechange existent bel et bien. Mais elles presupposent que les dirigeants des pays concernés, ainsi que la communauté internationale tout entière, s'engagent à accorder la priorité à la protection des plus pauvres tout en œuvrant pour rétablir la croissance économique. C'est d'un tel engagement, par exemple, que peuvent provenir des politiques favorisant les petits agriculteurs et les petits producteurs afin d'améliorer l'emploi, la productivité, le revenu et la nutrition des très démunis. Les succès récents du Zimbabwe en matière de production alimentaire, par exemple (voir encadré n° 26), sont dus en bonne partie à un investissement dans la productivité des pauvres eux-mêmes.

De même, un tel engagement pourrait également entraîner une restructuration des dépenses publiques afin de favoriser les services de base à bas prix plutôt que les services spéciaux onéreux destinés à l'élite.

A ce stade, les politiques d'ajustement de rechange s'imbriquent dans les puissantes stratégies de protection des enfants qui lont depuis plusieurs années l'objet principal du rapport de l'UNICEF sur «la situation des enfants dans le monde». En effet, une redistribution des dépenses en faveur de la promotion massive de mesures peu onéreuses telles que la réhydratation orale et la vaccination, l'amélioration du sevrage et l'espacement des naissances, pourrait faire progresser notablement la protection des enfants malgré les difficultés économiques actuelles. L'utilisation des connaissances à la disposition de la majorité pourrait ainsi constituer un élément clé de l'«ajustement à visage humain».

Pour illustrer l'ampleur potentielle de ce changement d'attitude, le rapport signale que le Gouvernement des Philippines, dans les dernières années du régime Marcos, a dépensé environ cinq fois plus d'argent pour quatre hôpitaux de pointe que pour les services de soins de santé primaires destinés à l'ensemble de la nation. L'Indonésie, en revanche, a réussi à augmenter ses dépenses affectées à la vaccination tout en rédui-

sant les dépenses globales de santé, principalement en remettant à plus tard la construction de nouveaux hôpitaux.

Il va de soi que de telles stratégies d'ajustement de remplacement ne peuvent être appliquées sur une grande échelle sans la coopération de la communauté internationale. Si l'on veut éviter les aspects inhumains et en fin de compte antiéconomiques de l'ajustement, la stabilisation à court terme de l'économie doit céder le pas aux priorités jumelles que sont le rétablissement de la croissance économique à moyen et à long termes et la protection des groupes les plus pauvres de la communauté pendant ce temps. L'ajustement à visage humain exige donc un financement externe accru. En particulier, il requiert le rééchelonnement de la dette, l'amélioration des flux d'aide, l'accroissement des prêts et un accès plus vaste des produits des pays pauvres aux marchés des pays riches.

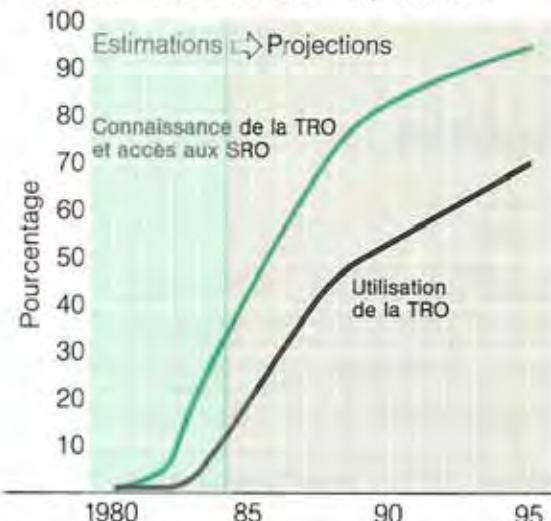
En d'autres termes, la communauté internationale sera également appelée à s'engager sur le plan politique. Ces douze derniers mois, on a constaté que les organismes financiers internationaux avaient pris conscience du problème. En juillet 1986, par exemple, le Directeur général du FMI indiquait qu'*«il est difficile de concevoir comment parvenir à une situation viable sur le plan extérieur si de larges secteurs de la main-d'œuvre manquent des compétences professionnelles ou, pire encore, des apports alimentaires et sanitaires de base, pour produire des biens compétitifs sur les marchés mondiaux. Après tout, le capital humain est le facteur de production le plus important des pays, qu'ils soient industriels ou en développement.»*

«Toute politique d'ajustement qui permet que des enfants soient sacrifiés au nom de la stabilité financière est inacceptable», conclut le rapport. «Or, cela s'est déjà produit, sans qu'il y ait là rien d'inéluctable. Des solutions de rechange existent. Il s'agit maintenant de convaincre les responsables à tous les niveaux — au sein tant des gouvernements nationaux que des institutions internationales — de prendre rapidement les mesures qui s'imposent. Si l'on n'agit pas immédiatement, de nombreux enfants mourront, et bon nombre des survivants souffriront d'atteintes irréparables.»

L'étude spéciale de l'UNICEF, *Ajustement à visage humain*, sera disponible courant 1987. Pour plus de détails, écrire à: UNICEF, Division of Information and Public Affairs, UNICEF House, 3 UN Plaza, New York, NY 10017, Etats-Unis.

Fig. 2 Utilisation de la TRO et décès par diarrhée, estimations et projections, 1980-1995

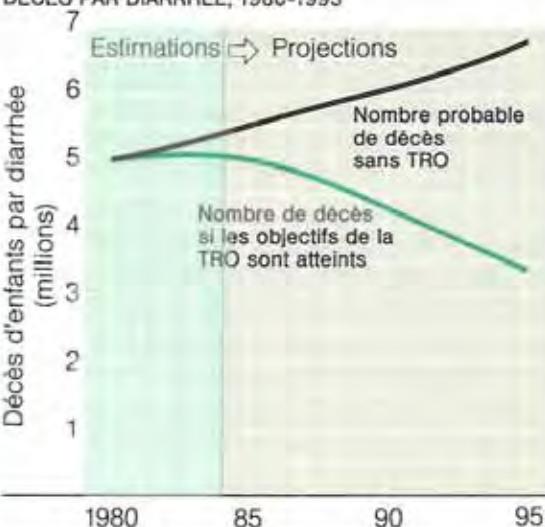
PROGRÈS ET OBJECTIFS DE LA TRO, 1980-1995



Note : Jusqu'en 1983, les estimations relatives à l'«utilisation» ne concernent que les SRO. Après cette date, elles s'appliquent aussi à d'autres solutions de réhydratation orale, en particulier celles préparées à partir d'ingrédients ménagers tels que sucre et sel.

Source : Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Cinquième rapport du programme 1984-1985, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/CDD/86.16).

DÉCÈS PAR DIARRHÉE, 1980-1995



Note : Les projections supposent a) que 67% des décès par diarrhée peuvent être évités par la TRO et b) que 80% de ceux qui utilisent la TRO l'appliqueront correctement, et que ce pourcentage passera à 100% d'ici à 1995.

Source : Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Organisation mondiale de la Santé.

Il est temps aujourd'hui que l'exigence morale se hisse au niveau des capacités existantes, pour déclencher un changement fondamental dans les mentalités publiques et politiques, un changement qui redéfinisse ce qui est acceptable à notre époque, qui exige que les connaissances actuelles soient mises au service de toute l'humanité, et qui rende inconcevable de ne pas accomplir ce qu'il est actuellement possible de réaliser.

Une nouvelle éthique

La création même de l'UNICEF annonçait le début de ce changement. Fondé en 1946 comme une composante du premier effort accompli à l'échelle du monde entier pour atténuer les conséquences d'un grand désastre international — la seconde guerre mondiale — l'UNICEF constituait, de la part de la communauté internationale, l'expression du besoin d'une nouvelle éthique, une déclaration de principe affirmant qu'il faut protéger les enfants du monde en cas de désastre et en temps de crise — quelle que soit la folie de leurs aînés.

Ce principe est aujourd'hui largement admis, comme l'a amplement démontré la réaction massive du monde entier, tant publique que politique, face à l'urgence africaine. Toutefois, à l'heure où l'UNICEF profite de son quarantième anniversaire pour envisager la prochaine décennie, il est de toute évidence impératif de susciter, dans les mentalités, un changement équivalent — un changement qui rendrait l'urgence silencieuse tout aussi intolérable à la majorité de la population mondiale.

Ce changement serait sans aucun doute accéléré si le monde pouvait voir cette urgence silencieuse, tout comme les médias lui ont permis de voir l'urgence criante de l'Afrique ou du Kampuchea. Or l'urgence silencieuse est aussi une urgence invisible. Plus de 14 millions d'enfants meurent actuellement chaque année dans l'anonymat. Ils meurent plongés dans le coma terminal de la déshydratation; aux derniers stades d'une infection respiratoire; en prise aux spasmes du tétonos; dans les souffrances de la rougeole; dans le long processus de fréquentes maladies «courantes» qui affaiblissent sans cesse le corps en lui soutirant ses réserves nutritives et énergétiques, jusqu'à ce qu'il ne lui reste plus rien pour lutter contre le prochain rhume, la prochaine fièvre ou le prochain accès de diarrhée.

Cette urgence-là signifie que, même au cours des deux dernières années, plus d'enfants sont morts en Inde et au Pakistan que dans les 46 pays d'Afrique réunis*. Et c'est

* L'Asie du Sud, qui compte la plus grande population infantile et enregistre le nombre de décès d'enfants le plus élevé de toutes les régions du monde en développement, est en train d'accélérer ses programmes de développement social — sur une très grande échelle — avec l'intention d'utiliser les connaissances actuelles pour améliorer de façon significative la santé des enfants de la

Egypte: vaincre la déshydratation

Aboutissement d'un programme de santé qui pourraient bien être, selon le *British Medical Journal*, «le plus réussi du monde», plus de 75% des mères égyptiennes utilisent désormais les sels de réhydratation orale (sro) pour traiter leurs enfants atteints de diarrhée.

Il y a trois ans encore, la déshydratation diarrhéique était, pour les jeunes enfants égyptiens, le fléau numéro un: elle tuait 130 000 enfants de moins de deux ans par année. Les sno avaient beau être à disposition dans les centres de santé publics et les pharmacies privées, peu de médecins les prescrivaient. Moins de 2% des mères égyptiennes en avaient entendu parler et moins de 1% les avaient utilisés.

Le revirement commença en janvier 1983, lorsque le Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques, aidé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, se mit à étudier une nouvelle façon de procéder dans le gouvernorat d'Alexandrie. Le contenu des sachets de sno fut ramené à 5,5 grammes pour correspondre au volume des verres les plus courants; divers slogans et noms de marque furent essayés; un récipient et une cuillère en matière plastique furent conçus pour permettre des mesures fiables; enfin, les messages de la campagne soulignant l'importance de la poursuite de l'alimentation au cours d'un épisode diarrhéique furent essayés auprès de mères ayant des enfants de moins de trois ans.

Le lancement du nouveau produit dans l'ensemble du pays, en février 1984, fut accompagné d'une grande campagne d'information, à l'aide d'affiches, de panneaux publicitaires, de journaux, de magazines, de la radio et de la télévision, qui touche à elle seule 90% de la population. Une série de messages télévisés, avec en vedette une actrice très populaire, furent diffusés aux heures de plus grande écoute. En été, au plus fort de la saison où l'incidence de la diarrhée est la plus élevée, ces messages passèrent six fois par jour sur le petit écran.

L'impact fut immédiat. Dans une enquête réalisée moins de deux ans après le début de la campagne, 80% des mères déclaraient avoir appris l'existence du remède par la télévision; 66% en avaient également été informées par un médecin ou un agent de santé. Le symbole graphique de la campagne, qui montre une mère administrant des sno à son enfant à l'aide d'une

cuillère, devint rapidement la publicité la plus connue d'Egypte.

Le fabricant eut du mal à faire face à la demande, mais l'Egypte produit désormais assez de sno pour préparer 15 millions de litres de solution par an, et plus de 5 millions de tasses et de cuillères ont été distribuées ou vendues. Trois sachets de sno sur cinq sont vendus en pharmacie, bien que le même produit puisse être obtenu gratuitement dans les centres de santé publics.

Surtout — et c'est là le plus important —, en l'espace de deux ans, 96% des mères ayant de jeunes enfants ont entendu parler des sno: 82% déclarent les utiliser quand leur enfant a la diarrhée et, sur ce chiffre, 97% savent préparer correctement la solution. Deux mères sur trois affirment continuer à nourrir leur enfant au cours de l'épisode diarrhéique.

Ce bouleversement n'a toutefois pas été l'œuvre des seuls moyens d'information. Les professionnels de la santé ont joué un rôle prépondérant en cautionnant le traitement, encore que de nombreux médecins continuent à prescrire des traitements médicamenteux inefficaces. Plus de 13 600 médecins et infirmiers ont été formés à la thérapie par réhydratation orale, qui figure désormais au programme des diverses écoles de médecine. En septembre 1985, 77% des hôpitaux et des dispensaires avaient déjà prévu un endroit où le personnel médical peut enseigner aux mères comment administrer les sno à leurs enfants, et où mères et agents de santé peuvent se convaincre de l'efficacité du traitement.

Pour populariser les sno dans les régions rurales reculées, le Ministère de la santé mena une expérience dans 213 villages représentant une population de près de 800 000 personnes, où 564 villageois reçurent des sno et une brève formation. Pendant une période de quatre mois, ces «dépositaires» fournirent sno et conseils nutritionnels à l'intention de 28 000 enfants souffrant de diarrhée; les cas de déshydratation grave furent orientés vers le centre de santé le plus proche. Des «dépositaires» sont actuellement formés dans quatre nouveaux gouvernorats.

L'Egypte est aujourd'hui le chef de file mondial en matière de promotion de la réhydratation orale. Encouragé par ce succès, le gouvernement s'est désormais engagé à vacciner la quasi-totalité des enfants du pays d'ici à juillet 1987 — trente-cinquième anniversaire de la révolution égyptienne.

Fig. 3 Nombre d'enfants sauvés en l'an 2000 si les objectifs des programmes de survie sont atteints

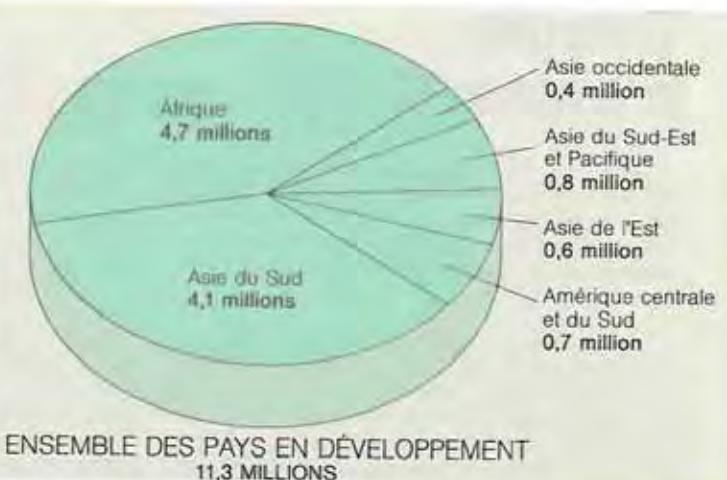
En faisant connaître les méthodes peu coûteuses actuelles de préserver la santé infantile, l'UNICEF estime qu'il est possible, d'ici la fin du siècle, d'atteindre les objectifs suivants :

Abaissement du taux de mortalité héméro-infantile (TMJI)* à 70 ou moins dans tous les pays;

Réduction du TMJI de 50% dans tous les pays où il est actuellement compris entre 70 et 140;

Abaissement du TMJI à 35 ou moins dans tous les pays où il est actuellement de 70 ou moins.

Le diagramme représente le nombre d'enfants qui seraient sauvés annuellement si ces objectifs sont atteints.



Note : * Le TMJI est le nombre annuel de décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes.

en raison de cette urgence que plus d'enfants sont morts en 1986 au Bangladesh qu'en Ethiopie, au Mexique qu'au Soudan, en Indonésie que dans les huit pays du Sahel frappés par la sécheresse*.

Que ces millions d'enfants ne soient pas morts dans une région particulière à un moment précis ne fait, sur le plan moral, aucune différence. Cela signifie cependant qu'aucun appareil photographique ne s'est braqué sur leur souffrance, que leur mort, par conséquent, ne constitue pas une nouvelle retentissante et que le monde ne ressent pas la culpabilité qui le pousserait à agir en leur nom. Pourtant, ces victimes de l'urgence silencieuse

n'en sont pas moins mortes. Et l'amour et les espoirs de leurs familles n'en sont pas moins devenus douleur et larmes.

L'organisation sociale

Par le passé, on pouvait prétendre qu'il était peu utile d'attirer l'attention sur cette vaste tragédie, avec l'argument qu'on ne pouvait faire grand-chose d'autre, pour l'éviter, qu'attendre que le développement économique s'engage sur sa voie lente et incertaine. En d'autres termes, on a admis l'existence de la malnutrition et de la maladie quotidiennes à parcellle échelle, car l'on pensait qu'elles étaient inévitables. Aujourd'hui, une telle façon de voir est tout simplement périmée. Aujourd'hui, les progrès des connaissances et de l'organisation sociale permettant de mettre en pratique ces connaissances sortent cette tragédie invisible de la sphère de l'inéluctable, pour la placer dans le domaine de l'évitable. Ils rendent donc l'urgence silencieuse aussi inacceptable que l'urgence criante.

C'est pour cette raison que ce rapport se fonde sur un appel en faveur d'un élargissement du cadre de nos préoccupations, un appel à l'opinion publique et politique mondiale pour qu'elle s'adapte à cette nouvelle situation, un appel aux médias pour qu'ils trouvent de nouveaux moyens de faire prendre conscience de cette urgence invisible, et un appel à la formation d'une nouvelle opinion publique qui réagisse face à la malnutrition et à la maladie – où qu'elles sévissent – de la même manière qu'elle réagit actuellement face à la souffrance des enfants dans les désastres plus soudains et plus ponctuels de notre époque.

réponse (voir encadrés n°s 12, 14, 22 et 25). L'Association sud-asia-tique de coopération régionale (SAARC), en particulier, est un organisme nouvellement créé qui a inscrit la coopération pour la survie et le développement des enfants parmi les priorités de son ordre du jour politique. Vers la fin du mois d'octobre 1986, pendant que ce rapport sera sous presse, une importante conférence de la SAARC, organisée en collaboration avec l'UNICEF, permettra d'échanger des projets et des expériences et de discuter les efforts entrepris dans la région pour mettre les services de base à la disposition de tous les enfants de la région et de promouvoir à la fois la vaccination universelle d'ici à 1990 et la connaissance universelle du traitement de la diarrhée (y compris la connaissance de la TRO). Après cette conférence, la coopération pour la santé et la survie des enfants sera révisée annuellement dans le cadre de rencontres de haut niveau entre les pays de la SAARC. Les sept pays membres de la SAARC sont le Bangladesh, le Bhoutan, l'Inde, les Maldives, le Népal, le Pakistan et Sri Lanka.

* On compare ici des nombres absolus de décès dans des populations de grandeurs différentes. Cette comparaison est valable dans la mesure où les nombres réels représentent la mort d'enfants pris individuellement. Cependant, même la proportion d'enfants qui meurent avant l'âge de cinq ans est presque aussi élevée en Asie du Sud qu'en Afrique.

Turquie: prévenir 22 000 décès

Le succès de la campagne de vaccination menée en 1985 ne signifie pas seulement que la Turquie pourrait atteindre l'objectif de la vaccination universelle des enfants dans les deux ans; il ouvre la voie à d'autres mesures visant à réduire la mortalité infantile élevée du pays.

Certains experts doutaient que la campagne de vaccination atteigne son objectif: disposant d'un personnel sanitaire national de 12 000 personnes seulement et de fonds limités, les organisateurs se proposaient d'atteindre plus de 40 000 communautés fort dispersées et de vacciner contre cinq maladies 80% des enfants non vaccinés du pays.

Or la campagne, qui s'est déroulée en trois phases de dix jours chacune, en septembre, octobre et novembre, a atteint l'objectif fixé: vacciner un peu plus de 4 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans. Travailant à partir de 45 000 postes de vaccination temporaires, la plupart établis dans des écoles, les équipes ont administré 26 millions de vaccinations; 55% des jeunes enfants du pays ont désormais reçu les sept doses indispensables à une protection complète. L'Organisation mondiale de la Santé a calculé que la campagne a permis de prévenir plus de 2 millions d'infections et plus de 22 000 décès d'enfants.

La campagne doit son succès au soutien qui lui fut accordé au plus haut niveau: le Président et le Premier Ministre, les gouverneurs de province et les préfets de district s'y sont tous ralliés.

En outre, tandis que l'on dispensait une formation aux vaccinateurs et que l'on préparait les approvisionnements en vaccins, une campagne médiatique se chargeait d'informer les parents sur l'importance de la vaccination. Trois mois avant le lancement de la campagne, les réseaux nationaux de radio et de télévision commencèrent à diffuser des annonces et des messages publicitaires. Au total, la télévision turque fit don d'un temps d'antenne d'une valeur de 5 millions de dollars. Placards publicitaires et panneaux d'affichages apparurent dans les rues; la presse écrite assura une couverture presque quotidienne de l'événement, et les services postaux apposèrent sur tous les envois un message sur la vaccination.

Les chefs de village, les imams et les enseignants — figures respectées dans les communautés turques — pesèrent de tout leur poids dans la campagne. Les chefs de village et les imams se rendirent de maison en maison pour inciter les familles à faire vacciner leurs

enfants. Quelque 70 000 instituteurs — un tiers du nombre total — écourteront leurs vacances d'été pour prêter leur concours à la campagne. Le vendredi précédent le lancement, les imams lancèrent un appel en faveur de la vaccination dans chacune des 54 000 mosquées turques.

La campagne n'a pas seulement permis de sauver des vies; elle a renforcé durablement les services de santé. Les agents de santé ont amélioré leurs compétences, qu'il s'agisse d'administrer les vaccins ou d'atteindre les communautés, et des dizaines de milliers de familles ont été inscrites sur les listes des centres de santé. Les taux de couverture vaccinale diminuèrent au cours des mois de février et mars 1986, en raison du mauvais temps, mais une campagne d'accélération de la vaccination d'une durée de sept jours, en avril, permit de les rétablir.

La Turquie se concentre désormais sur la déshydratation diarrhéique et les infections respiratoires, qui, ensemble, sont responsables de plus de la moitié des décès survenant chez les jeunes enfants.

On s'attaquera aux infections respiratoires un peu plus tard; entre-temps, cependant, un programme national a été lancé en avril 1986 pour informer les parents sur la déshydratation diarrhéique et les inciter à la prévenir au moyen de sels de réhydratation orale et de remèdes préparés à domicile, tels que l'*ayran* (boisson traditionnelle à base de yaourt).

Trente centres de réhydratation ont ouvert leurs portes entre mars et juin 1986 et, d'ici à la fin de 1987, un centre fonctionnera dans chaque hôpital pour enfants. Les films et messages publicitaires télévisés, destinés à faire connaître le traitement, atteignent 85% de la population, et le message est renforcé par la radio, l'affichage et la presse nationale. Pour la deuxième année consécutive, des graphistes, des compositeurs, des organismes bénévoles et des particuliers proposent gratuitement leurs services.

Neuf millions de sachets de sels de réhydratation orale ont déjà été fournis aux centres de santé; les sachets seront également adressés aux enseignants, aux chefs de village et aux imams quand ces derniers auront reçu la formation nécessaire pour préparer la solution. D'ici à 1987, quand le programme sera pleinement opérationnel et lorsque la demande annuelle de sachets atteindra, comme on s'y attend, le chiffre de 12 millions, on pourra également les procurer dans les magasins et les cafés locaux.

Un tel changement de mentalité est fondamental pour la «situation des enfants dans le monde» dans les dernières années de ce siècle. L'évolution de l'opinion et de l'attitude prédominantes forme en effet le contexte moral qui favorise les changements dans le monde des faits, le climat dans lequel les idées et les mouvements s'épanouissent ou périssent. A différentes époques du passé, par exemple, l'opinion publique a admis des maux tels que l'esclavage et le colonialisme, le racisme et l'*apartheid*; mais des changements dans cette même opinion ont fini par rendre inacceptables ces notions.

A l'occasion du quarantième anniversaire de l'UNICEF, il est grand temps pour la communauté internationale de déclarer qu'il est tout aussi intolérable que 40 000 enfants meurent chaque jour, et que des millions d'autres soient malnutris, deviennent aveugles, subissent des lésions au cerveau et deviennent infirmes dans l'urgence silencieuse de l'infection et de la malnutrition, des fléaux que le monde peut prévenir — comme il l'a déjà montré — sur une grande échelle et à un prix abordable.

Il est grand temps de dire qu'il est révoltant de laisser cette situation se perpétuer jour après jour, année après année, tandis que notre civilisation entre dans le XXI^e siècle. Il est grand temps de placer les décès massifs d'enfants sur le même plan que l'esclavage, le racisme et l'*apartheid*, au nombre des faits que l'humanité ne peut tout simplement plus admettre. Il est grand temps de mobiliser les capacités nationales et internationales pour appliquer des mesures connues et peu coûteuses à l'échelle nécessaire, d'utiliser notre détermination morale pour que ce qui est possible maintenant soit dès à présent entrepris.

Il faudra bien sûr résoudre mille problèmes pratiques, et il ne sera certes pas facile d'appliquer des solutions — même bien connues — sur une telle échelle. Mais comparons plutôt ces problèmes pratiques aux difficultés que l'humanité a surmontées dans tant de domaines au cours du passé récent. Peut-on vraiment prétendre que la tâche est trop difficile? Peut-on vraiment dire qu'il faut attendre la reprise de la croissance économique, alors que plus de trois millions d'enfants meurent chaque année de déshydratation diarrhéique*, qui peut être prévenue par une éducation sanitaire élémentaire de la famille et par des thérapies orales qui coûtent moins d'un dollar? Et peut-on vraiment dire que c'est trop cher, qu'il faut «attendre le développement économique», alors que trois millions et demi d'enfants meurent chaque année de maladies qui pourraient être prévenues par la vaccination, pour un coût annuel inférieur au prix de cinq avions de combat perfectionnés?

* Les maladies diarrhéiques tuent environ cinq millions d'enfants chaque année. Quelque 70% de ces décès sont dus à la déshydratation, qui peut être prévenue dans presque tous les cas grâce à la TRO.

Nous avons aujourd'hui les connaissances et les moyens. Si les maladies et la malnutrition que l'on peut d'ores et déjà prévenir soulevaient l'indignation de l'opinion publique et politique, qui oscrait vraiment nier qu'il est possible d'anéantir ces maux à notre époque?

Les dix prochaines années

Dans une certaine mesure, chaque individu et chaque organisation contribuent à la formation des courants d'opinion, et la responsabilité de parvenir au but visé incombe donc à chacun. Mais pour changer cette mentalité, nous devons commencer par sortir de l'ornière de l'acceptation et concevoir l'avenir d'une manière qui reflète plus fidèlement les possibilités du présent.

Fort de l'expérience acquise au cours des cinq dernières années de collaboration avec des gouvernements partout dans le monde en développement, l'UNICEF peut affirmer avec certitude — comme il n'aurait pu le faire il y a cinq ans — que si les gouvernements et les peuples se mobilisent pour encourager et soutenir la mise en œuvre des moyens peu coûteux permettant aux parents de protéger la santé des enfants, alors la prochaine décennie pourrait être une décennie d'espérance pour les enfants du monde.

En l'espace d'une décennie, la majorité des enfants du monde peuvent échapper aux taux de mortalité élevés et aux maladies fréquentes qui ralentissent leur croissance.

En l'espace d'une décennie, la majorité des parents peuvent acquérir une certaine capacité de réduire la mortalité qui contribuera à son tour à susciter de nouvelles attitudes face à la régulation des naissances (voir encadré n° 5).

En l'espace d'une décennie, on ne devrait plus considérer comme normal et inévitable, mais comme scandaleux et honteux qu'un grand nombre d'enfants meurent de déshydratation ou de la rougeole, ou qu'ils soient malnutris, infirmes ou aveugles en raison d'un manque de soins sanitaires de base.

En l'espace d'une décennie, il est possible d'atteindre l'un des plus grands idéaux de notre civilisation: une protection de base pour la vie et le développement physique et mental normal des enfants du monde entier.

Nul ne saurait nier que la pauvreté impose — et imposera — des limites; mais même dans ces limites, une nouvelle ère peut s'ouvrir dès à présent pour la santé infantile. Protéger la vie et la croissance des ces millions de jeunes enfants permet en outre d'apporter une contribution de taille et à long terme à la guerre contre la pauvreté et au ralentissement de la croissance démographique au

Population : moins de décès, moins de naissances

Depuis quatre ans, l'UNICEF rassemble les expériences faites par de nombreux pays afin de dégager les possibilités actuelles d'une «révolution pour la survie des enfants» qui pourrait sauver la moitié au moins des plus de 14 millions d'enfants de moins de cinq ans qui meurent actuellement chaque année.

L'enthousiasme soulevé dans le monde entier par cette possibilité a souvent été atténué par l'expression d'une inquiétude sous-jacente : ne risque-t-on pas, en sauvant autant de vies, d'exacerber le problème démographique ?

Les rapports entre les taux de mortalité et les taux de natalité sont nombreux et complexes. On n'a cependant jamais observé de baisse marquée et prolongée du taux de natalité qui n'ait été précédée d'une chute similaire du taux de mortalité infantile.

Une des raisons tient au fait que lorsque les parents sont convaincus que leurs enfants survivront, ils ont tendance à n'avoir que le nombre d'enfants qu'ils désirent effectivement, et à ne plus «compenser» les décès probables par des naissances supplémentaires. Une autre raison, liée à la première, tient à ce que les parents d'un enfant mort en bas âge ont tendance à avoir un autre enfant plus rapidement que cela n'aurait été le cas autrement, ce qui, là encore, augmente le taux de natalité.

Plus directement, plusieurs des méthodes les plus puissantes dont on dispose actuellement pour améliorer la santé et sauver la vie des enfants sont également parmi les méthodes les plus efficaces pour limiter la natalité.

L'encouragement de l'allaitement maternel, par exemple, est une des manières peu coûteuses les plus efficaces pour augmenter les chances de survie des nourrissons dans les collectivités pauvres. Dans le même temps, les modifications hormonales produites dans l'organisme de la mère par l'allaitement ont également un effet contraceptif. Bien que n'étant pas totalement fiable, sur ce point, pour la mère, l'allaitement pré-

vient toutefois plus de grossesses que les programmes de planification familiale.

De même, la diffusion des connaissances et des moyens d'espacement des grossesses est une façon très efficace de réduire à la fois les décès et les naissances. On sait désormais, par exemple, que le fait de laisser s'écouler au moins deux ans entre les naissances peut diminuer de moitié le risque de mortalité infantile. On a également découvert que d'autres mesures en faveur des femmes, comme par exemple les programmes d'alphabetisation ou d'instruction extra-scolaire, sont étroitement liées à la baisse des taux de mortalité et de natalité.

Plus généralement, le fait de permettre à la mère d'avoir accès aux connaissances actuelles sur les méthodes permettant d'améliorer la santé de ses enfants peut susciter en elle la confiance, le sentiment de maîtriser sa propre vie, qui est au cœur de la question démographique et de l'acceptation de la planification familiale. Dans ce sens, on peut dire que les techniques permettant de sauver des vies avec l'aide des parents, telles que la thérapie par réhydratation orale ou la vaccination complète, sont directement liées à des attitudes menant vers des familles moins nombreuses. Comme l'a déclaré le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé : «*Cette action curative (...) peut donner à la mère confiance dans la survie de son enfant. Elle la convainc en outre qu'elle peut prendre des mesures pour ne pas avoir davantage d'enfants.*»

Citons enfin la preuve spectaculaire apportée par les pays dont on peut dire qu'ils ont déjà accompli une révolution pour la survie des enfants. Des pays tels que Sri Lanka, la Chine, le Costa Rica, la République de Corée et la Thaïlande, par exemple, ont déjà ramené la mortalité infantile à un taux relativement faible. Or ce résultat a, ultérieurement, contribué à atteindre des taux de natalité parmi les plus faibles du monde en développement. C'est tellement vrai que si tous les pays en développement connaissaient les mêmes taux de natalité et de mortalité infantile que la moyenne de ces cinq pays, il y aurait eu cette année 9 millions de décès d'enfants — et près de 22 millions de naissances — en moins.

cours des dernières années de ce siècle. Cela, comme les responsables de l'UNICEF l'ont affirmé lorsque l'organisation reçut le Prix Nobel de la paix en 1965, et comme les pays en développement les plus prospères l'ont depuis montré dans la pratique, le développement physique et mental des enfants et le développement social et économique de leurs sociétés seront toujours étroitement liés.

La mobilisation sociale

Une ébauche de cette nouvelle ère dans la santé des hommes se dessine au travers de l'expérience récente de nombreux pays; elle a été clairement formulée au cours de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui s'est tenue en 1978 à Alma-Ata en URSS. L'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont conclu de ces expériences que l'objectif «La santé pour tous d'ici l'an 2000» peut être atteint grâce aux soins de santé primaires. Actuellement, en ce qui concerne les enfants, de nombreux pays commencent à prouver que cet idéal est atteignable.

En des temps où les ressources sont rares, de nombreux pays regardent, pour accomplir une première étape réalisable, du côté des connaissances et des techniques peu coûteuses, qui ont à présent prouvé de façon éclatante qu'elles sont capables d'engendrer une révolution au profit de la survie et du développement des enfants.

La principale de ces méthodes est la vaccination, qui a, au cours des années 80, étendu sa couverture dans le monde en développement au point de sauver actuellement la vie d'environ un million d'enfants par année. Le rôle de la thérapie par réhydratation orale est d'une importance potentiellement équivalente; en effet, malgré ses débuts timides au commencement des années 80, on estime qu'elle a sauvé la vie d'environ un demi-million d'enfants en 1986. D'autres progrès des connaissances - dans des domaines aussi fondamentaux que l'alimentation et le sevrage des enfants, la prévention et le traitement des maladies les plus courantes, l'espacement des naissances et les soins prénatals - permettent aussi désormais de gagner beaucoup de terrain, à très peu de frais, contre les décès et les infirmités dus à l'infection et à la malnutrition (voir pages 24 à 34).

Mais s'il est une chose que nous avons apprise au cours de ces quatre dernières décennies, c'est qu'il n'existe aucun processus automatique qui transforme les progrès techniques en améliorations d'envergure dans la vie de la majorité des hommes. Seules des politiques lucides, appuyées par l'engagement politique et par la mobilisation des ressources économiques et sociales nécessaires, peuvent faire de ces nouvelles potentialités une nouvelle réalité pour les enfants du monde.

Le véritable défi n'est plus, dès lors, ni scientifique ni technique: il est politique et social. Il s'agit de susciter la volonté politique et l'organisation sociale nécessaires pour appliquer les connaissances actuelles à l'échelle voulue et à un coût supportable. Et c'est dans ce domaine que l'on commence aujourd'hui à accomplir les percées les plus importantes.

Ce qui rend possible la mise en pratique des solutions actuelles, en effet, c'est la transformation récente de la capacité du monde en développement de communiquer avec la grande majorité de ses habitants et de leur venir en aide. Au cours des vingt dernières années, une révolution des moyens de communication a introduit des postes de radio dans une majorité de ménages, des télévisions dans une majorité de villages, des écoles dans une majorité de communautés, et elle a fourni aux sociétés en développement une capacité de communication infinitement plus grande que celle dont disposaient les pays industrialisés à un stade semblable de leur propre développement.

La plupart des pays en développement ont à présent développé cette infrastructure de la communication et de la capacité d'appui à un tel point qu'elle constitue l'une des armes les plus puissantes dans l'arsenal du développement. Et c'est cette percée sociale - la formation de millions d'agents de santé communautaires, l'apparition de médias et d'éducation de masse, le fait que la majorité des jeunes mères dans presque tous les pays sachent lire, l'expansion des services gouvernementaux, l'essor de milliers de mouvements bénévoles, et l'accroissement du nombre d'organisations populaires de toutes sortes - qui permet à présent de mettre en œuvre les percées scientifiques modernes et peu coûteuses sur une échelle sans précédent.

C'est le nouveau potentiel que de nombreux pays commencent désormais à exploiter: La Turquie et la Colombie, l'Inde et Sri Lanka, le Nigéria et le Burkina Faso, l'Egypte et l'Algérie, l'Équateur et le Pérou, la Bolivie et la République dominicaine, l'Indonésie et la Thaïlande, expérimentent tous des nouvelles stratégies basées sur cette nouvelle capacité de communiquer des connaissances à leurs habitants et de les aider à les mettre en pratique pour améliorer leur propre existence.

En agissant de la sorte, ces pays montrent également qu'il est nécessaire de mener contre les principaux problèmes sociaux une attaque concertée plutôt que sectorielle. Ils montrent que la santé, par exemple, ne relève pas seulement de la responsabilité des ministères de la santé et des médecins, mais de l'ensemble de la société. C'est pourquoi c'est la société entière qui doit s'efforcer de mettre en œuvre les connaissances actuelles pour s'attaquer aux problèmes sanitaires prioritaires, en utilisant ses systèmes d'éducation et ses religions nationales, ses services de radio et de télévision, ses journaux à grand

tirage et ses médias traditionnels, ses organisations religieuses et ses mouvements bénévoles, ses organisations communautaires locales et toutes les instances de gouvernement national et régional, ainsi qu'en mettant à contribution la compétence et l'autorité de tous les niveaux des services de santé eux-mêmes.

Les encadrés sur les pages de gauche de ce rapport donnent quelques exemples de cette nouvelle démarche. Toutes les méthodes nationales sont uniques, car elles correspondent à la culture et à la situation d'un pays par-

ticulier. Mais leur point commun réside dans la création d'alliances entre les services de santé professionnels et un large éventail d'institutions dont la capacité à atteindre régulièrement la majorité de la population est beaucoup plus grande que celle des seuls services de santé. Et la leçon commune que l'on peut retirer de ces exemples est qu'il est aujourd'hui possible d'apporter des améliorations de taille à la santé infantile, à condition qu'une société soit prête à mobiliser toutes ses ressources afin de mettre les connaissances actuelles à la disposition des parents d'aujourd'hui.

Une nouvelle offensive contre la pauvreté

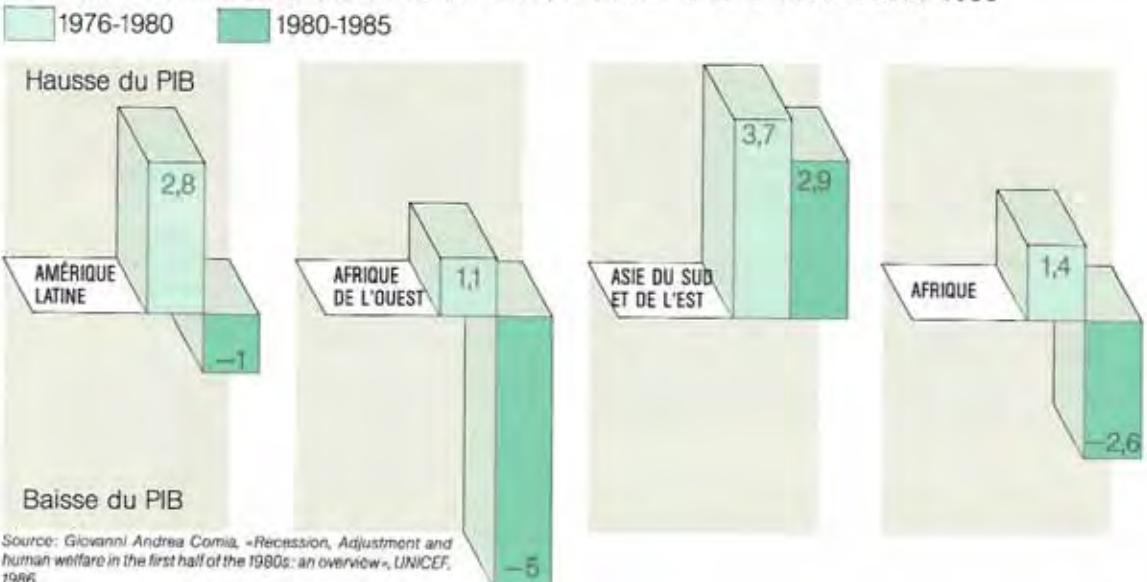
Le sentiment que le monde peut aujourd'hui entrer dans une nouvelle ère de la santé infantile s'inscrit, pour l'UNICEF, dans une longue histoire de lutte en faveur des droits et des besoins des enfants du monde. Cette histoire commence avec l'engagement de l'organisation dans une importante opération de secours, pour protéger les enfants, surtout européens, victimes de la deuxième guerre mondiale. C'est cette «urgence criante» qui a motivé la création de l'UNICEF et qui a défini son rôle originel.

Or, au moment même où l'Europe, avec l'aide du plan Marshall, se relevait du désastre, une grande partie de l'Asie accédait à l'indépendance et une partie importante de l'Afrique se préparait à s'engager sur la voie de la décolonisation.

La conscience de la pauvreté dans le reste du monde gagnait du terrain, et décision fut prise que l'UNICEF poursuivrait ses opérations et que son mandat serait étendu pour que son aide s'adresse, dans le monde entier, à tous les enfants qui en avaient besoin.

C'est pourquoi la deuxième phase, entre 1950 et 1980, vit l'UNICEF collaborer avec un nombre toujours plus grand de gouvernements du monde en développement sur des programmes visant à promouvoir les services de santé maternelle et infantile, la lutte contre les maladies, une meilleure nutrition, l'approvisionnement en eau salubre, un assainissement sûr, des logements bon marché et l'enseignement primaire.

Fig. 4 Modifications du produit intérieur brut par habitant, 1976-1980 et 1980-1985



Source: Giovanni Andrea Comia, «Recession, Adjustment and human welfare in the first half of the 1980s: an overview», UNICEF, 1986.

Amérique centrale: un pont vers la paix

En dépit des conflits politiques et des crises économiques, les gouvernements des sept Etats d'Amérique centrale et du Panama se sont alliés pour combattre un ennemi commun. Le 24 mars 1986, au cours d'une réunion pacifique tenue à San Salvador, les ministres de la santé de ces pays ont signé un accord sans précédent en vue de collaborer à la survie et au développement des enfants de la région.

L'objectif est de diminuer de moitié la mortalité juvénile-infantile de la région en sauvant quelque 50 000 enfants par an au Belize, au Costa Rica, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, à Panama et au Salvador. L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et l'UNICEF apportent leur soutien au programme. Peu après la signature du contrat, 15 millions de dollars ont été mis à disposition par le Gouvernement italien; et la Communauté économique européenne envisage actuellement une subvention de contrepartie.

Le pacte pour la survie des enfants fait partie d'un plan en sept points lancé en 1984 par l'OPS et les ministres de la santé d'Amérique centrale, avec comme mot d'ordre: «La santé, un pont vers la paix en Amérique centrale». Les objectifs comprennent le renforcement des services de santé de la région, l'amélioration de la nutrition et l'approvisionnement en eau potable. L'Assemblée mondiale de la santé a adopté ce plan en mai 1984. En août 1986, 236 millions de dollars avaient été promis et 400 millions de dollars supplémentaires faisaient l'objet de négociations entre les divers pays donateurs et les organisations internationales.

Les besoins sont grands, même dans les pays nantis de la région. La guerre et la violence ont jeté dans des refuges de fortune ou chassé hors de leurs pays plus d'un million de personnes. La mortalité juvénile-infantile est en hausse et près de deux enfants sur trois souffrent de malnutrition à des degrés divers. Dix millions de personnes – soit 40% de la population – n'ont pas accès aux services de santé.

Au cœur du programme réside la conviction que le souci du bien-être des enfants et des mères transcende l'idéologie et peut servir de passerelle à une compréhension mutuelle et à la paix.

Le Salvador a prouvé depuis deux ans qu'une telle conviction n'a rien d'utopique. Chaque année, lors de trois journées nationales de vaccination, le gouvernement et les forces d'opposition ont déposé les armes, répondant à un cessez-le-feu officieux négocié par l'Eglise catholique pour permettre la vaccination de tous les enfants contre cinq maladies.

Tous les partis politiques du pays appuient désormais la campagne pour améliorer les chances de survie des enfants salvadoriens. Lors d'une réunion spéciale, tenue en avril 1986, le Congrès salvadorien a promulgué un décret par lequel le deuxième dimanche d'avril deviendrait officiellement une journée de vaccination.

Des indices de plus en plus nombreux laissent présager que l'engagement en faveur de la santé des enfants ignore les frontières:

- A la veille de la campagne du Honduras pour la survie des enfants le 25 avril 1986, le Ministère de la santé constata qu'il allait manquer d'anatoxine tétanique; le Gouvernement nicaraguayen expédia aussitôt les 100 000 doses de vaccin nécessaires.
- Le Gouvernement du Honduras a aidé le Guatemala en lui fournissant près de 200 000 sachets de sels de réhydratation orale destinés à prévenir la déshydratation diarrhéique chez les enfants des zones rurales. Et il a également fourni 50 000 sachets au Salvador lorsque celui-ci en manqua. Le Nicaragua a fait de même pour le Panama.
- Des équipes techniques du Guatemala ont pris part aux journées nationales de vaccination du Salvador et aux campagnes de vaccination «Journée de santé du peuple» du Nicaragua, en partie pour roder leur propre campagne de vaccination.

Depuis deux ans, les coordonnateurs des programmes de survie des enfants de chacun des pays se réunissent régulièrement pour partager leurs expériences et leurs plans. La paix est encore un espoir lointain pour les pays d'Amérique centrale; mais l'alliance qu'ils ont conclue dans le but de combattre un ennemi commun leur a permis de faire un premier pas dans cette direction.

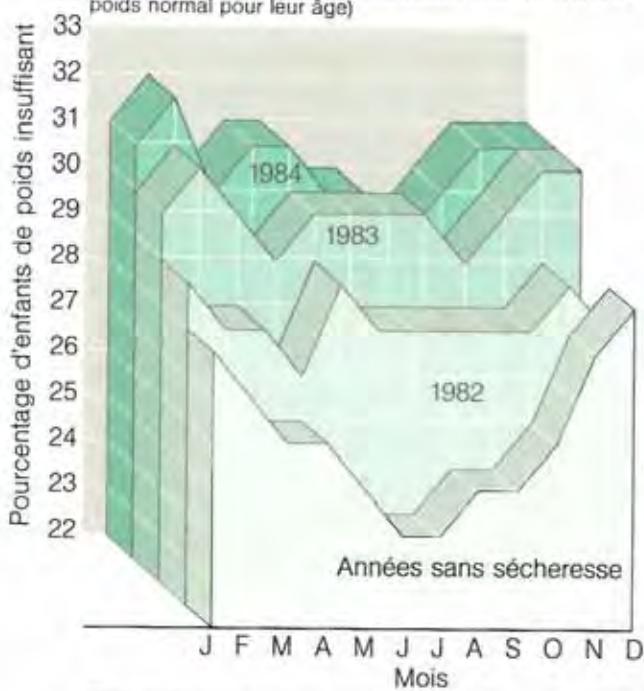
Vers la fin de cette période, l'UNICEF commença à utiliser cette expérience considérable – accumulée dans plus de 100 pays – pour s'engager dans la défense de certaines idées. En participant à la formulation et à la promotion d'idées et de stratégies telles que les services de base, une technologie appropriée et les soins de santé primaires, l'organisation entendait contribuer, sur une plus grande échelle, à ce que le progrès économique se traduise par une amélioration de la qualité de la vie du plus grand nombre. Cette période connut son apogée lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata et lors de l'Année internationale de l'enfant (1979), au cours de laquelle l'UNICEF a coordonné un programme mondial pour accroître la prise de conscience des problèmes auxquels les enfants du monde sont confrontés – y compris dans le monde industrialisé.

Considérées dans leur ensemble, ces trois décennies représentent une période de progrès spectaculaires au profit des enfants: entre 1950 et 1980, les taux de mortalité juvénile ont diminué de 50%, l'espérance de vie moyenne s'est élevée de 30%, la production alimentaire a triplé et les taux d'inscription dans les écoles ont doublé.

De tels progrès ont été rendus possibles, en grande partie, par le développement général et la croissance économique. Mais c'est à ce moment-là, avec les années 80, qu'est arrivée la crise économique.

Fig. 5 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants, Botswana, 1979-1984

Pourcentages nationaux (enfants pesant moins de 80% du poids normal pour leur âge)



Source: Programme national de surveillance de la nutrition, Botswana, 1985.

Au cours de la décennie actuelle, plus de la moitié des populations d'Afrique ont vu leurs revenus réels moyens chuter de plus de 15%. En Amérique latine, la moyenne des salaires est aujourd'hui de 9% inférieure à ce qu'elle était en 1980. Dans l'ensemble du monde en développement, 1986 a été la septième année consécutive de croissance négative ou négligeable pour les revenus. Seules les économies plus importantes ou plus dynamiques d'Asie du Sud et de l'Est ont pu conserver l'élan de leur développement économique (voir figure 4).

Ce sont les pauvres qui ont pâti le plus durement de ce choc. Moins on a d'argent et moins on peut faire d'économies. La baisse de l'emploi, la chute des salaires et les réductions des dépenses gouvernementales pour les services sociaux ont souvent privé les plus pauvres des biens les plus essentiels – nourriture, vêtements, soins de santé, logement. Dans de nombreux pays en développement, le résultat en est une aggravation de l'état nutritionnel de bien des enfants parmi les plus vulnérables (voir figures 5 et 6).

Après trois décennies de progrès sans précédent, l'élan du développement économique est donc en train de marquer le pas.

Mais pour l'UNICEF, le ralentissement actuel de la croissance économique ne signifie pas automatiquement que l'élan du développement social doive en pârir. Trois décennies de progrès ont créé des connaissances et des capacités – particulièrement dans les domaines des communications et de l'organisation sociale – qu'il reste encore à exploiter sérieusement et systématiquement au profit de la santé et du bien-être du plus grand nombre. Et au cours de ces prochaines années, c'est l'exploitation de ces capacités existantes qui devra maintenir le processus d'amélioration de la qualité de la vie.

La promotion de la vaccination universelle et de la connaissance universelle de la TRO, par exemple, pourrait avoir comme effet de sauver jusqu'à sept millions de jeunes vies chaque année – un progrès incontestable vers un monde plus humain. Or, ce n'est ni la reprise de la croissance économique ni l'apparition de nouveaux moyens – tout nécessaires que ces facteurs puissent être – qui amèneront ce changement, mais plutôt la mobilisation de la volonté politique et des ressources sociales dans le but de tirer tout l'avantage des capacités *dont nous disposons déjà*.

Mais avant de considérer les idées et les mesures à mettre en œuvre dans la lutte pour exploiter ces capacités, il faut tenir compte des dangers immédiats de la récession.

La dimension humaine

De nombreux pays en développement adoptent actuellement des «politiques d'ajustement» pour venir à bout de la récession. Nous développons, dans un supplément,

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1987

ment spécial au rapport de cette année, l'argument selon lequel de telles mesures de redressement devraient explicitement tenir compte du besoin de protéger les enfants issus des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables de la société. Comme l'écrit Richard Jolly, de l'UNICEF :

«*Cette approche élargie de l'ajustement n'est pas seulement une question de bien-être humain. Négliger la dimension humaine de l'ajustement constitue une erreur économique des plus fondamentales. De nombreuses preuves existent déjà, qui attestent que l'investissement dans les ressources humaines rapporte des profits économiques. Ne pas protéger les jeunes enfants aux stades critiques de leur croissance et de leur développement équivaut à provoquer des dommages persistants pour toute une génération, dont les résultats risquent fort d'avoir des effets sur le développement et la prospérité économiques au cours des prochaines décennies.*

«*Si le but d'une politique d'ajustement est de poser les bases d'une croissance soutenue de l'économie à plus long terme, il est insensé de négliger les besoins les plus essentiels de la population. Pourtant, si on abaisse les normes nutritionnelles ou si on réduit les services sanitaires ou éducatifs de base, c'est exactement de cela qu'il s'agit.*

«*Combien d'entre nous admettraient que la malnutrition augmente parmi nos propres enfants, sans entreprendre ou exiger des mesures énergiques et urgentes pour y remédier ?*

Combien d'entre nous pourraient accepter que nos familles traversent une période d'austérité assez grave pour causer une malnutrition croissante parmi nos enfants – même si on nous assurait de ne pas nous inquiéter avec l'argument qu'en cinq ou dix ans les niveaux nutritionnels retrouveraient des valeurs raisonnables ? Si nos réponses personnelles sont aussi peu équivoques, ne pourrions-nous pas nous unir dans la recherche urgente d'autres solutions, sur le plan international comme au niveau national ?»³

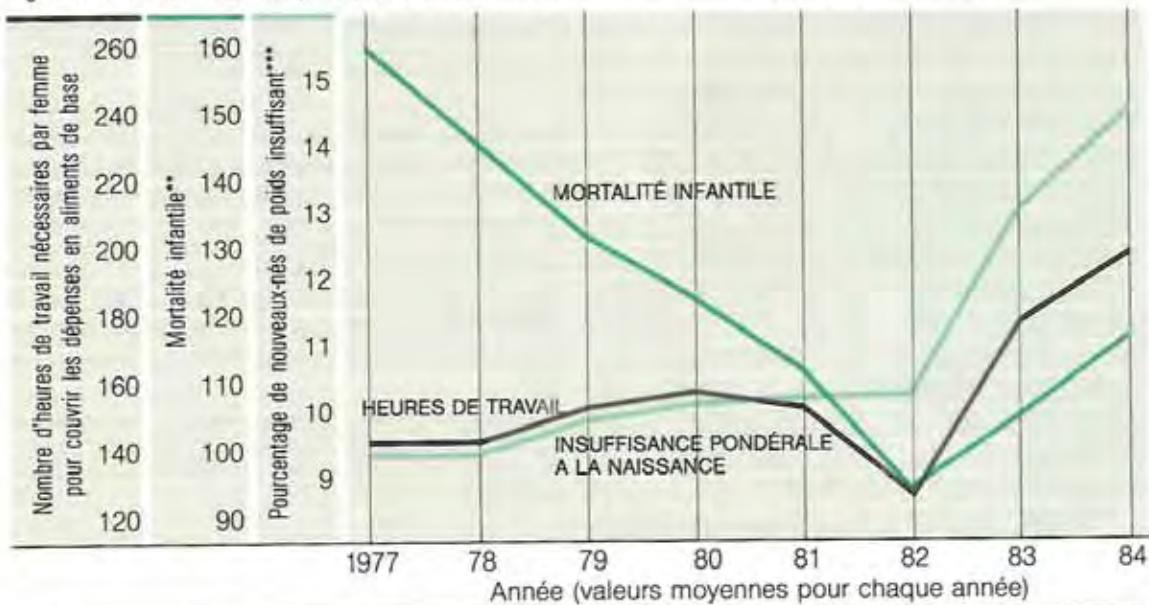
D'autres solutions existent ; elles sont présentées plus en détail dans le supplément au présent rapport.

Devons-nous laisser nos enfants mourir de faim ?

Les pays en développement peuvent d'ores et déjà entreprendre quelques-uns de ces changements. La question de Julius Nyerere, «*Devons-nous laisser nos enfants mourir de faim pour payer nos dettes ?*», est aujourd'hui tout sauf rhétorique pour de nombreux pays ; mais comme l'a déclaré l'an dernier Mahbub-ul-Haq, ministre des finances du Pakistan, lors de la réunion annuelle du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale à Séoul :

«*D'autres questions sont tout aussi légitimes. Par exemple, devons-nous laisser nos enfants mourir de faim pour augmenter nos dépenses militaires ? Car la triste réa-*

Fig. 6 Récession, insuffisance pondérale à la naissance et mortalité infantile, Nord-Est du Brésil, 1977-1984*



Notes : * Population couverte : 38 millions en 1984. ** Nombre annuel de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes.

*** Insuffisance pondérale à la naissance : moins de 2500 grammes.

Source : R.A. Becker, A. Lechting, «Brazil: Evolução da Mortalidade Infantil no período 1977-84», Ministère de la santé, Centre de documentation, Brasilia DF, 1986.

lité est qu'entre 1972 et 1982, les dépenses de santé et d'éducation des pays en développement à bas revenu ont diminué (...) tandis que, simultanément, les dépenses que le monde en développement consacre à la défense ont passé de 7 milliards à plus de 100 milliards de dollars. Lorsque nos enfants pleurent au milieu de la nuit, devons-nous leur donner des armes au lieu du lait?

«Posons-nous aussi une autre question : devons-nous destiner une bonne partie de nos budgets de développement à créer des équipements pour les riches et pour les privilégiés ? Mon expérience personnelle m'a permis de découvrir qu'il a suffi de retarder la construction d'un hôpital urbain coûteux pour couvrir tous les frais d'un programme accéléré de vaccination et de soins sanitaires pour tous nos enfants. Ne nous incombe-t-il pas de redresser les distorsions dans nos propres priorités et nos propres coûts avant de lancer de fervents appels pour que l'on corrige les absurdités internationales ?»²

Certains pays prennent déjà cette tâche au sérieux. En Indonésie, par exemple, la chute rapide des revenus du pétrole a entraîné des coupes dans les dépenses gouvernementales, y compris en matière de santé. Mais jusqu'à présent, ces réductions ont touché le programme de construction d'hôpitaux ; les dépenses en vue de la vaccination universelle et celles consacrées aux postes de santé posyandu basés dans les villages ont en réalité augmenté. De même, l'Algérie augmente ses dépenses en soins préventifs de base, bien que le volume des budgets de la santé ait fondu sous l'effet de la crise économique et de la baisse des prix des produits de base (voir encadré n° 7).

Mais le fait est que de nombreux pays en développement ne pourront consacrer des ressources importantes à la protection des plus pauvres que si l'ensemble de leurs ressources augmente quelque peu en termes réels. Et ce but ne pourra être atteint que grâce à un engagement parallèle de la part des pays industrialisés ; un accroissement de l'aide publique et de prêts à taux d'intérêts peu élevés ; des accords sur des prix plus équitables et plus stables pour les principales exportations de produits de base du tiers monde ; la diminution des restrictions qui frappent les exportations de produits manufacturés des pays en développement les plus pauvres ; des conditions plus souples de remboursement des dettes (et, pour une grande partie de l'Afrique au sud du Sahara, un moratoire sur les remboursements pour la décennie à venir).

De telles actions entreprises par les pays industrialisés sont tout aussi essentielles pour la protection des pauvres que tout ce que les pays en développement peuvent entreprendre eux-mêmes. Les rejeter en les taxant d'idéalisme reviendrait à admettre que l'idéalisme subit lui-même une crise aiguë. L'aide publique à tous les pays en développement, par exemple, ne représente aujourd'hui que le 0,36% du PNB du monde industrialisé, et il est

difficile de prendre au sérieux l'allégation selon laquelle les pays industrialisés – qui sont en moyenne de 60% plus riches qu'ils ne l'étaient il y a vingt ans – peuvent sacrifier aujourd'hui une part plus mince de leurs richesses qu'ils ne le pouvaient alors.

Les objectifs sociaux

Comme l'expose également le supplément au présent rapport, toute politique visant à satisfaire les besoins minimaux des groupes les plus pauvres de la société doit comporter un élément essentiel, à savoir une méthode permettant d'évaluer si oui ou non cette politique permet effectivement d'atteindre cet objectif. Tout au long des années 80, les gouvernements et les organismes économiques ont fourni une avalanche de statistiques sur la baisse des PNB, sur l'augmentation des taux d'inflation et sur la détérioration des balances des paiements. Cependant, nous ne disposons que de peu de données et de chiffres sur les conséquences humaines de telles tendances – sur l'approvisionnement alimentaire des ménages, sur le pourcentage de gens vivant au-dessous du seuil de pauvreté, ou sur l'augmentation du nombre d'enfants sous-alimentés.

En période d'abondance comme en temps de vaches maigres, il est donc nécessaire de surveiller l'évolution du développement humain aussi bien que celle du développement économique. L'UNICEF souhaite donc que l'on accorde de plus en plus d'importance, au cours des années à venir, à des indicateurs sociaux tels que le taux de mortalité juvénile-infantile, la proportion des enfants d'un pays qui grandissent normalement, les taux d'alphanétisation, la couverture vaccinale et l'accès à l'eau salubre, aux systèmes d'assainissement et aux soins de santé primaires. En même temps, il est également important de contrôler à quelle vitesse les pays en développement réduisent l'écart entre leurs propres niveaux de mortalité juvénile-infantile, d'alphanétisation, d'espérance de vie et de fertilité, et les niveaux qui peuvent être atteints, comme l'ont montré des pays plus avancés.

De tels indicateurs permettent de garder à l'esprit les véritables objectifs du développement. Et pendant les années 70 et 80, une vaste gamme de ces objectifs sociaux a été définie par les Nations Unies et par ses institutions spécialisées. L'Organisation mondiale de la Santé, par exemple, a présenté de manière détaillée le but de la santé pour tous d'ici l'an 2000 – comprenant la vaccination de tous les enfants d'ici à 1990*. De même, la Déclaration internationale de l'eau potable et de l'assainissement a fixé le but de l'eau salubre et d'un assainissement sûr

* En mai 1986, la trente-neuvième Assemblée mondiale de la santé a demandé à ses membres «d'étudier la situation sanitaire des populations et d'en suivre en particulier l'évolution parmi les groupes défavorisés pour obtenir un indicateur de la qualité du développement et de son impact sur l'environnement, »³

Algérie: réduire de moitié la mortalité

7

L'Algérie a lancé un nouveau programme national qui vise à diminuer de moitié la mortalité juvénile-infantile avant la fin de la décennie en cours.

Ce pays d'Afrique du Nord, qui compte 22 millions d'habitants, a rapidement progressé sur le plan économique depuis 1962, année de l'indépendance. Le revenu moyen par habitant s'élève désormais à plus de 2400 dollars par an, se classant ainsi dans la tranche supérieure des revenus moyens. La mortalité infantile a été réduite de moitié, 90% de la population a accès à des soins de santé et plus de 50% des naissances se produisent dans des centres de santé ou en milieu hospitalier.

Or, depuis six ans environ, le progrès commence à marquer le pas. A elle seule, la rougeole tue encore chaque année 10 000 enfants de moins de cinq ans. Bien que les services de santé algériens aient officiellement adopté la thérapie par réhydratation orale dès 1971, la déshydratation due à la diarrhée continue de tuer jusqu'à 30 000 enfants par an. Un enfant sur dix, enfin, meurt encore avant l'âge de cinq ans.

Au milieu de 1984, le Gouvernement algérien regarda les faits en face et estima que le nombre de décès d'enfants était inacceptable. «Nous ne pouvons attendre que tout soit en place», déclara le Ministre de la santé. *Des vies humaines sont en jeu, et nous devons agir rapidement.*»

La première mesure consista, en 1984, à lancer une campagne multimédias au cours de l'été, la saison où la diarrhée frappe le plus souvent. Des messages publicitaires vantant les mérites de la thérapie par réhydratation orale passèrent sur le petit écran quatre fois par jour aux heures de la plus grande écoute, touchant plus de 80% des familles algériennes. La presse et les différentes radios consacrèrent des articles de fond, des reportages et des éditoriaux au thème de la diarrhée. Les centres de santé, les administrations publiques, les écoles et les organisations communautaires distribuèrent des affiches et des brochures. Pour faire face à la demande croissante du public, tous les centres de santé furent approvisionnés en sols de réhydratation orale et dotés de personnels de santé formés à leur utilisation.

En novembre 1985, une campagne de rattrapage d'une durée de six jours fit passer le taux de vaccination antirougeoleuse de 40% à 70% parmi les enfants âgés de moins de quatre ans. Plus de 12 000 agents de santé vaccinèrent 1,2 million d'enfants dans 6840 postes de

vaccination, dont un bon nombre furent installés dans des écoles, des mairies de village et au domicile de particuliers.

Tous les moyens de communication furent utilisés pour inciter les parents à faire vacciner leurs enfants. Ces derniers ramenèrent chez eux des circulaires distribuées à l'école pour les lire à leurs parents. Dans les villages et les villes, des crieurs publics répandirent le message sur les places de marché et dans les rues. Les dirigeants religieux donneront des informations à la fin de leur sermon du vendredi dans les mosquées. Des membres des mouvements nationaux de femmes et de jeunes effectuèrent des visites à domicile chez les familles du voisinage. Journaux et magazines firent paraître des articles et des informations mises à jour. La télévision annonça la campagne six fois par jour et des bulletins radiodiffusés indiquaient quotidiennement le nombre de vaccinations effectuées.

En avril 1986, les services de santé et leurs nouveaux alliés s'attaquèrent à la diphtérie, à la coqueluche et au tétanos; quatre journées nationales de vaccination permirent d'administrer le triple vaccin à près de 260 000 enfants de moins d'un an; plus de 145 000 furent vaccinés contre la rougeole.

Le mois suivant, le Ministre de la santé lança officiellement le programme national algérien visant à réduire de moitié la mortalité infantile d'ici à 1990. Au nombre des objectifs figurent une réduction de l'ordre de 50% des décès par diarrhée et la vaccination complète de 80% au minimum des enfants de moins de deux ans. Les mères sont encouragées à sauvegarder leur propre santé et celle de leurs enfants en espaçant leurs grossesses.

Au cours des trois prochaines années, plus de 30 000 agents de santé seront recyclés pour jouer un rôle plus actif dans les soins maternels et infantiles; 600 agents des services sociaux reçoivent actuellement une formation pour effectuer des visites de routine dans les jeunes foyers. Les enseignants, les chefs religieux, les mouvements de femmes et de jeunes et les moyens d'information ont tous annoncé qu'ils s'engageraient à soutenir ce nouveau programme.

L'Algérie est de plus en plus consciente du fait que le terrible gaspillage des jeunes vies humaines n'est pas seulement intolérable, mais évitable; et toutes les chances sont réunies pour que, d'ici à 1990, l'élan nouveau que le pays imprime à la survie des enfants sauve non moins de 40 000 d'entre eux par an.

pour tous d'ici à 1990. En ce qui concerne le bien-être des enfants, l'Assemblée générale des Nations Unies a établi très précisément l'objectif général, en suggérant que les pays qui connaissent une mortalité infantile supérieure à 100 décès pour 1000 naissances vivantes devraient être en mesure de réduire ce taux à 50, voire moins, d'ici à l'an 2000, et que l'ensemble des pays pourraient au cours de la même période parvenir à une réduction de 50%.

Des objectifs semblables pourraient être fixés dans les domaines de l'approvisionnement alimentaire des ménages, de l'éducation élémentaire et de l'alphabetisation, de la nutrition et du logement adéquats et du progrès vers l'égalité pour les femmes. En d'autres termes, il est actuellement possible d'établir une série bien fondée d'objectifs sociaux dont l'ensemble constituerait une tentative directe de surmonter les manifestations les plus graves de la pauvreté dans le monde au cours des dernières années de ce siècle.

Les objectifs réalisables

Au cours des quatre dernières décennies de décolonisation et de développement, de grands progrès ont été accomplis dans la lutte contre la pauvreté. Toutefois, dans les années 80, deux interrogations remettent cette réussite en question.

La première concerne ce que l'on peut faire pour le milliard d'individus les plus pauvres du monde, ceux que ce progrès est loin d'avoir atteints, ce quart le plus démunis de l'humanité au sein duquel on trouve la grande majorité des 40 000 jeunes enfants qui meurent actuellement chaque jour (voir figure 7). La deuxième question est de savoir s'il faut renoncer à l'espoir d'atteindre ces grands objectifs sociaux en raison de la pression de la crise économique, ou s'il existe des moyens de maintenir un tel progrès humain, même dans la situation économique actuelle.

Il est d'ores et déjà évident qu'épouser ces objectifs eux-mêmes ne suffit tout simplement pas. Placés seuls sur des piédestaux élevés, ils deviennent vite semblables aux dieux peu respectés d'une religion oubliée. Pour qu'ils se transforment en une force de changement, il faut les subdiviser en stratégies concrètes et progressives, capables d'exciter la volonté et l'ambition politiques, plutôt que de susciter des vœux pieux et des promesses sur papier. Il faut les traduire en objectifs que la majorité plutôt que la minorité peut comprendre et viser activement. On doit en outre pouvoir les appliquer plus facilement dans la pratique, pas à pas, plutôt que d'en discuter indéfiniment en des termes qui conduisent à une complexité toujours plus décourageante.

L'UNICEF estime que lorsque de tels objectifs précis et

compréhensibles seront formulés, la capacité actuelle des communications de masse trouvera toute sa raison d'être en devenant peut-être la principale force de développement social des années 80. Car si de telles étapes progressives peuvent être définies, alors les stratégies de mobilisation sociale peuvent commencer à englober des sociétés tout entières et toute une série de ressources nouvelles pour atteindre ces objectifs. Des progrès humains importants peuvent dès lors subsister, même en période de graves difficultés économiques.

De nombreux pays en développement, qui agissent sur la base des connaissances actuelles au profit de la survie et du développement des enfants, commencent déjà à adopter cette façon de procéder. La démarche se base sur un engagement politique en faveur d'une série initiale d'objectifs – tels que la vaccination universelle ou la lutte contre les maladies diarrhéiques –, suivie par une mobilisation sociale aussi vaste que possible pour les atteindre. Cette méthode a d'ores et déjà prouvé qu'elle est capable d'appliquer les solutions peu coûteuses déjà connues aux problèmes prioritaires pour les mettre en œuvre sur une grande échelle.

Une telle démarche est possible grâce aux progrès des connaissances dans de nombreux domaines du développement social et grâce à l'évolution de la capacité de communication et de soutien qu'ont connus la plupart des pays en développement au cours des quarante dernières années. Si cette capacité peut être préservée de l'érosion due à la crise économique, alors ces deux avantages permettraient de s'attaquer, à un coût accessible à tous les pays du monde, à certains problèmes prioritaires du développement humain – la promotion des soins de santé primaires, l'amélioration de l'approvisionnement alimentaire des ménages, l'augmentation de la productivité, la diminution de la demande de temps et d'énergie imposée aux femmes, ainsi que l'amélioration du logement, de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et des conditions de vie matérielles de base.

On peut donc imaginer aujourd'hui que la méthode de la mobilisation sociale s'applique à une série progressive d'objectifs précis; les pays qui appliquent actuellement cette méthode au domaine de la santé des enfants pourraient dès lors ouvrir la voie vers un objectif encore plus élevé – celui de vaincre les aspects les plus graves de la pauvreté absolue au cours des dernières années de ce siècle.

Mais pour que la mobilisation sociale soit efficace, il est essentiel de diviser les objectifs sociaux en des propositions applicables. On pourra ainsi susciter une volonté politique et une participation massive, en démontrant qu'il est possible de parvenir à d'importantes améliorations par la mobilisation des capacités existantes pour accomplir ce qui est d'ores et déjà pratiquement et financièrement réalisable.

La vaccination universelle: renouveler l'engagement

Le 25 octobre 1985, alors que les Nations Unies entamaient leur cinquième décennie, des chefs d'Etat et des hautes personnalités de 21 gouvernements se joignaient à des citoyens ordinaires pour signer une déclaration par laquelle ils s'engageaient à vacciner tous les enfants du monde d'ici à 1990. Dix mois plus tard, 74 gouvernements et plus de 400 organisations bénévoles, tant dans les pays développés que dans des pays en développement, avaient signé la Déclaration. Les nations en développement signataires abritent plus de 80% des jeunes enfants du tiers monde.

Ces milliers de signatures témoignent de l'espoir grandissant que l'objectif de la vaccination universelle contre six maladies meurtrières, fixé dès 1977 par l'Assemblée mondiale de la santé, est désormais réalisable grâce à une meilleure technologie en matière de vaccins et à la mise en place de nouvelles stratégies susceptibles d'informer les parents du monde entier des bienfaits de la vaccination.

Le «Forum du peuple» tenu à New York pour inaugurer la Déclaration réunit les citoyens de plus de 60 pays — près de la moitié de l'effectif total des Nations Unies. Le Secrétaire général des Nations Unies, Javier Pérez de Cuellar, l'un des orateurs, déclara:

«Que la maladie soit la cause du grand nombre actuel de décès et d'infirmités est un crime contre la conscience humaine. Le décès d'un enfant, quand celui-ci est évitable, est un blâme qui s'adresse à l'ensemble de l'humanité.»

Presque tous les pays en développement figurant sur la liste des signataires faisaient partie des 77 pays qui avaient déjà informé le Secrétaire général de leur intention de vacciner la majorité de leurs enfants. Mettant cette promesse en pratique, plus de trois quarts des pays en développement ayant adopté la Déclaration ont déjà lancé des programmes accélérés de vaccination. Et pour ne citer qu'un pays donateur, le Canada, son premier ministre, Brian Mulroney, a paraphé l'engagement une semaine seulement après que son gouvernement ait annoncé une subvention de 18 millions de dollars destinée aux programmes de vaccination dans les pays les plus pauvres du Commonwealth.

«Ce jour est le premier grand jour de l'Année interna-

tionale de la paix», déclara le premier ministre Mulroney à la cérémonie de signature. «La paix n'est pas seulement l'absence de guerre, c'est aussi le droit de se développer et de vivre...»

Extrait de la déclaration:

«Nous les peuples, résolus à préserver les générations futures du fléau des maladies évitables qui aujourd'hui tuent plus de 3,5 millions d'enfants chaque année et rendent infirmes 3,5 millions d'autres,

«Avons décidé d'associer nos efforts pour réaliser ces desseins, et pour réaliser le but des Nations Unies de l'immunisation universelle d'ici l'an 1990

«Et considérons ce renouvellement d'engagement comme une commémoration appropriée à la célébration du 40^e anniversaire des Nations Unies.»

Gouvernements signataires de la déclaration:

Afrique: Botswana, Burkina Faso, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ethiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Zimbabwe.

Amériques et Caraïbes: Argentine, Belize, Brésil, Canada, Colombie, Costa Rica, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua, Panama, Pérou, Salvador.

Asie et Pacifique: Australie, Bangladesh, Bhoutan, Birmanie, Chine, Inde, Indonésie, Japon, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Philippines, République de Corée, Sri Lanka, Thaïlande.

Europe: Autriche, Bulgarie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Norvège, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, Saint-Siège, Suède, Turquie, Yougoslavie.

Moyen-Orient et Afrique du Nord: Chypre, Egypte, Iran, Iraq, Jordanie, Maroc, République arabe syrienne, République démocratique populaire du Yémen, Tunisie.

Le courage d'agir

Cette stratégie du développement social représente également une approche différente, plus pratique, moins ethnocentrique et, enfin, plus morale du problème du développement.

Moins ethnocentrique, car elle peut transcender les perceptions culturelles et politiques du développement influencées par la civilisation occidentale et parce qu'elle peut s'orienter vers des objectifs qui sont éminemment universels. Tous les parents désirent, par exemple, assurer la survie de leurs enfants. Et tous les parents désirent que leurs enfants grandissent normalement, sur les plans physique et mental, et qu'ils ne souffrent pas constamment de quelque maladie.

Plus pratique, car on n'avance aucune abstraction technique ou économique pour tenir lieu de progrès. Au lieu de cela, on encourage et on mesure directement le progrès au moyen de critères qui sont importants et compréhensibles pour tous.

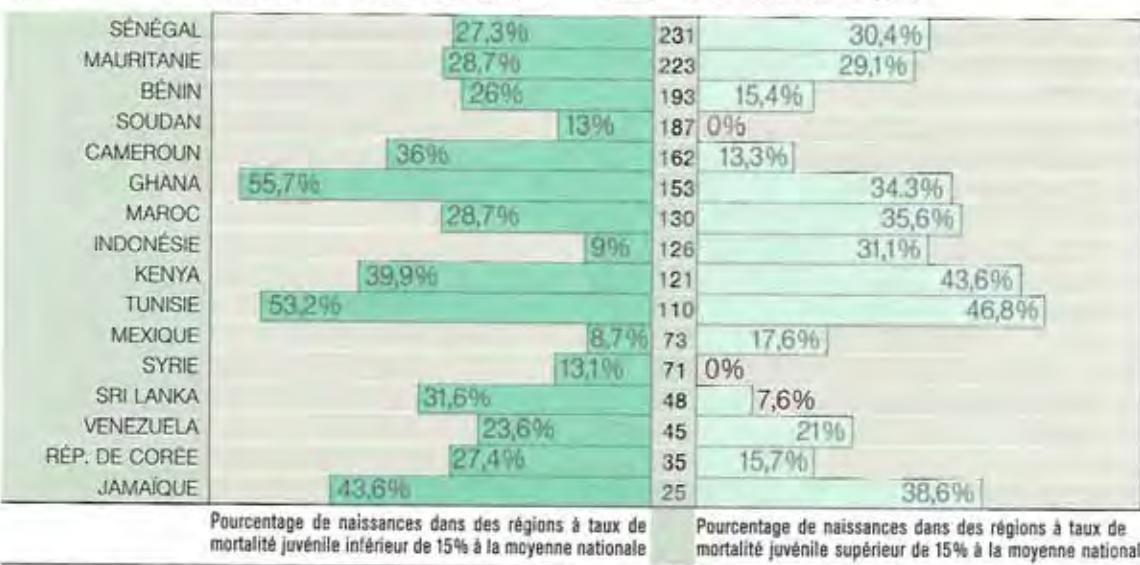
Pareille façon de faire ne déprécie en rien le développement économique et technique. Elle est même utile au développement économique à long terme, car elle protège le développement des ressources humaines, et elle se fonde sur des mesures peu coûteuses rendues possi-

bles par des connaissances et des techniques nouvelles. Elle reconnaît cependant que s'il faut mettre la technique à la disposition du plus grand nombre, alors celle-ci doit conférer un pouvoir plutôt que d'aliéner l'individu, et si elle ne doit pas seulement servir les riches, alors il faut décider consciemment qu'elle doit être utile aux pauvres. Enfin, en permettant aux gens d'agir au moyen des connaissances actuelles pour satisfaire leurs propres priorités, cette démarche met en pratique la leçon majeure qui ressort des quatre dernières décennies d'efforts pour le développement : il n'y aura tout simplement pas de développement qui ne soit le résultat de la volonté des gens eux-mêmes et d'actions basées sur les connaissances qui leur sont utiles, pour atteindre des buts qu'ils se sont eux-même choisis.

Le point le plus important est que cette méthode qui consiste à fractionner les objectifs sociaux en des étapes faisables et à mobiliser toutes les ressources possibles pour les réaliser est volontairement plus simple, plus accessible et moins décourageante, car peu complexe dans ses phases initiales. Elle a donc plus de chances de susciter l'engagement politique nécessaire, de générer les ressources indispensables et d'être appliquée à l'échelle voulue. Elle est donc, en fin de compte, plus morale que les stratégies de développement qui ridiculisent les pauvres par la complexité et l'abstraction de leurs propositions et par l'absence de points de départ réalisables à

Fig. 7 Différences de taux de mortalité juvénile selon les régions à l'intérieur d'un même pays

Le diagramme ci-dessous indique le pourcentage de naissances dans les régions où le taux de mortalité juvénile est supérieur ou inférieur de 15% à la moyenne nationale. Ainsi, plus la barre est longue, plus les inégalités dans la répartition des facteurs de réduction de la mortalité juvénile sont marquées. Le taux de mortalité juvénile du pays figure



Source : Analyse par l'UNICEF de données inédites de l'Enquête mondiale sur la Ménoproté

Burkina Faso: un village, un poste de santé

A la fin de l'année 1984, le Burkina Faso vaccinait plus d'un million d'enfants en une seule opération de trois semaines, intitulée «Vaccination Commando». Depuis lors, un «commando» soins de santé veille à ce que chacun des 7500 villages du pays dispose désormais d'un poste de santé géré par deux agents de santé villageois bénévoles.

Les obstacles semblaient pourtant insurmontables. Avec un revenu moyen par habitant de 160 dollars par an, ce pays d'Afrique de l'Ouest est l'un des plus pauvres du monde. Quinze années de sécheresse ont fait de nombreuses victimes au sein d'une population essentiellement rurale qui s'élève à 7 millions d'habitants. Un enfant sur quatre décède avant l'âge de cinq ans et 40% sont gravement malnutris. A elle seule, la rougeole est responsable de la moitié des décès juvéniles-infantiles.

Pour rallier le soutien de chacun à la cause de la Vaccination Commando, le nouveau gouvernement établit sans tarder des comités de vaccination dans chaque village, département et province. Des panneaux d'affichage dressés le long des routes firent connaître la campagne au public, et la radio nationale diffusa l'appel à la vaccination dans toutes les langues locales. Les comités de défense de la révolution — composés de militants présents dans chaque communauté — placèrent des affiches dans les lieux publics et rendirent visite aux familles pour leur expliquer les bienfaits de la vaccination.

C'est la rougeole, la fièvre jaune et la méningite — autant de menaces familiaires au Burkina Faso — qui furent choisies comme cibles, une seule dose de vaccin suffisant à conférer une protection totale contre chacune de ces maladies. Une fois la campagne ouverte, parents et enfants affluèrent dans les postes de vaccination. Plus de 60% des enfants âgés de moins de quinze ans furent vaccinés contre la fièvre jaune et la méningite, et le nombre des enfants de moins de six ans immunisés contre la rougeole passa de 7% à 60%. Un an plus tard, le Ministère de la santé estimait qu'on avait ainsi prévenu près d'un demi-million de cas de rougeole.

Le Plan sanitaire quinquennal du pays, élaboré dans le sillage de la Vaccination Commando, vise à vacciner tous les enfants âgés de moins de cinq ans d'ici à 1990. Quelque 400 centres de santé sont en cours de cons-

truction ou de réaménagement, et des équipes mobiles se rendent deux fois par an dans les régions reculées pour vacciner contre la fièvre jaune et les six grandes maladies meurtrières de l'enfance.

Entre-temps, la méthode «commando» a été reprise à des fins inattendues: poser le plus rapidement possible les bases d'un système de soins de santé primaires.

Cette campagne a été lancée en septembre 1985, avec pour mot d'ordre «un village, un poste de santé primaire». Au cours des six mois suivants, chaque village construisit ou rénova une «hutte sanitaire», élut un comité de santé de cinq membres pour la superviser et choisit une sage-femme et un agent de santé pour la diriger. Les 15 000 agents de santé bénévoles reçurent alors une formation d'un mois aux soins prénatals, aux techniques d'accouchement sans danger, aux premiers secours élémentaires et au traitement de maladies courantes telles que le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires. Ils ont l'entièvre responsabilité de veiller à ce que les enfants qui leur sont confiés soient complètement vaccinés.

Avant de retourner chez lui, chaque agent bénévole reçut une bicyclette pour les visites à domicile et une trousse de sage-femme ou un assortiment de médicaments. Pour permettre aux agents de santé de renouveler leur stock de médicaments et afin que le coût de ceux-ci reste modique pour les patients, le Ministère de la santé mit sur pied en avril 1986 un système de distribution des médicaments essentiels. En moins de deux mois, 15 dispensaires et 100 drogueries populaires ont ouvert leurs portes; d'autres établissements du même type sont planifiés.

Dans tout le pays, des villageois jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de leurs conditions de vie, assurant ainsi un meilleur avenir à leurs enfants. En décembre 1985, plus de 350 écoles, 300 dispensaires et cliniques d'accouchement, et plus de 2000 puits ont été construits grâce au travail bénévole permettant au gouvernement d'économiser environ un tiers des coûts totaux. Enfin, la première vague d'une opération «Alphabétisation Commando», au début de 1986, a vu 36 000 jeunes agriculteurs suivre pendant deux mois un stage d'initiation à la lecture et au calcul, comportant des messages sur les soins de santé pour enfants et adultes.

partir desquels il soit possible d'avancer vers des solutions plus globales. Il n'est plus temps aujourd'hui, dans le monde en développement, de proposer des analyses raffinées et des solutions que chacun ne peut ni comprendre ni adopter sur une échelle significative et qui ne peuvent dès lors être appliquées que par des groupes d'experts travaillant sur des projets de «micro-développement», qui n'ont pas la moindre chance d'être reproduits sur une échelle plus grande. Comme l'écrit Karl-Eric Knutsson, de l'UNICEF:

«Toute une industrie du développement a été créée, avec ses organisations propres et ses "experts en développement". Ces derniers obtiennent une reconnaissance et des positions de pouvoir fondées pour l'essentiel sur des connaissances et des compétences reconnues par leurs pairs et qui sont inscrites dans l'orthodoxie des modèles institutionnalisés. Ceci a souvent conduit à une production démesurée d'analyses complexes des problèmes sans considération suffisante de leur pertinence par rapport à une situation donnée, plutôt qu'à des stratégies applicables basées sur une sélection réaliste des facteurs mis en jeu. La conséquence de cette ambition a été ou bien l'encouragement à une action sans rapport avec le sujet et donc sans efficacité ou bien le découragement pur et simple de tout type d'action dès lors que les problèmes sont présentés comme étant d'une complexité intrinsèque telle que toute volonté d'agir s'en trouve d'emblée anéantie. Or, ce qui est nécessaire, c'est une analyse nouvelle et mieux informée, pertinente par rapport aux besoins des populations concernées et non seulement par rapport aux besoins propres des experts en développement.

«Lorsque des objectifs existent et qu'ils sont acceptés par tous, les possibilités d'introduire les compétences nouvelles nécessaires et de construire des organisations efficaces à cet

effet sont facilitées. Fixer des objectifs ressentis comme importants par un grand nombre de personnes démunies, peut libérer leur énergie sociale, accroître leur emprise sur d'autres aspects de leurs conditions d'existence et leur permettre en fin de compte de chercher à atteindre d'autres objectifs importants du développement. De la sorte, chaque série d'actions jette les bases des suivantes de façon pragmatique et durable. Ce n'est qu'à travers une telle approche intégrée, échelonnée dans le temps, avec des résultats tangibles et visibles à chaque étape, que les énergies et la compétence de chacun pourront être libérées avec un effet cumulatif pour l'accomplissement des objectifs assignés à l'étape suivante.

«En outre, dans un pays après l'autre, cette volonté d'assurer la santé pour tous et d'amplifier l'action sociale, professionnelle et politique pour y parvenir s'avère de plus en plus réalisable. Ceci montre que bien souvent la volonté politique existe bel et bien mais qu'elle reste bridée, car les experts en développement n'ont pas proposé des solutions politiquement et financièrement réalisables.

«Il serait tout à fait immoral de produire, au terme de nos analyses, des propositions irréalisables. Qu'on ne se méprenne point, il ne s'agit pas d'un argument "de moins et de bon marché" pour les pauvres. Bien au contraire, il s'agit d'un vigoureux plaidoyer en faveur de toute action efficace et adaptée avec et pour les pauvres et les faibles qui sont souvent privés d'un tel "développement" en raison même de la nature très sophistiquée des projets émanant de l'industrie du développement. Le lancement d'un projet peut constituer un premier pas sans attendre la mise en place d'une infrastructure complète et parfaite ou une redistribution des ressources au profit des pauvres en zones rurales ou dans les bidonvilles»⁴.

Mobiliser chacun autour de la santé de l'enfant

La mobilisation sociale a déjà prouvé ses capacités en matière de survie et de santé des enfants. Si l'élan actuel ne faiblit pas et si les pays sont plus nombreux à se mettre en campagne pour placer entre les mains des parents les méthodes peu coûteuses dont nous disposons aujourd'hui, il est hors de doute que d'ici à 1990 ou peu après, l'action entreprise dans les années 80 permettra de sauver la vie de quelque cinq millions d'enfants par an.

En d'autres termes, le milieu des années 80 pourra être considéré comme l'époque où le monde aura déployé, en toute conscience, tous les efforts possibles pour préserver les enfants des plus dramatiques conséquences de la pauvreté et pour sortir définitivement l'enfance des ténèbres de la maladie et de la malnutrition.

Si elle se concrétise, la promotion de masse des plus puissantes techniques de protection de la santé infantile pourrait également servir de point de départ à l'implantation de services de soins de santé primaires complets, auxquels tous les enfants ont droit. En effet, en fournissant aux individus les connaissances nécessaires pour leur permettre de s'attaquer eux-mêmes à leurs problèmes de santé les plus urgents, en distribuant les fournitures essentielles et en multipliant le nombre d'agents de santé communautaires qualifiés, les actions entreprises en faveur de la survie des enfants peuvent concrètement poser les fondations d'un système de soins de santé primaires.

Les pages 56 à 63 du présent rapport traiteront plus en détail de la question des soins de santé primaires et de la poursuite des actions entreprises en faveur non seulement de la survie des enfants, mais aussi de la croissance et du développement normal des enfants bien portants.

Il convient tout d'abord de résumer les progrès fondamentaux des connaissances qui, en conjonction avec les nouvelles capacités de communication et de soutien,

pourraient permettre aux parents de devenir eux-mêmes les artisans de cette révolution au profit de la santé des enfants.

Ce que les parents doivent savoir

L'occasion qui s'offre à l'heure actuelle repose sur des données sanitaires nouvelles et essentielles, résultant de recherches scientifiques relativement récentes. Elles pourraient aujourd'hui permettre aux familles du monde entier de préserver leurs enfants des principaux facteurs de malnutrition et de maladie, et ce à un coût abordable pour tous.

A ce jour, ces données ont été publiées dans des monographies, des documents de conférence et des revues médicales. Elles ont également été résumées et plus largement diffusées dans des publications de l'Organisation mondiale de la Santé et dans les précédents rapports de l'UNICEF sur la situation des enfants dans le monde. En 1987, ce matériel sera compilé dans un livre réunissant les faits essentiels, les éléments d'appréciation et les avis émis par des scientifiques et des agents de santé de nombreux pays du monde*.

Ces données constituent le noyau théorique de ce qui est aujourd'hui réalisable. Mais leur portée pratique est entièrement fonction de leur diffusion et de leur compréhension. Elles doivent être connues et assimilées non seulement par tous les niveaux des services de santé, mais encore par les politiciens, les planificateurs, la presse, le public et – avant tout – les familles. Il est donc primordial de poursuivre l'entreprise de vulgarisation entamée. C'est pour cette raison que l'on trouvera ci-

* Ce livre sera publié par l'UNICEF en 1987. Pour davantage de détails, s'adresser à l'UNICEF, Division de l'information, Palais des Nations, CH-1211 Genève 10, Suisse.

après un bref résumé, en langage courant, des connaissances de base grâce auxquelles la plupart des familles pourraient aujourd'hui prévenir l'urgence quotidienne de la malnutrition et de la mortalité infantiles.

○ Toutes les familles ont par exemple le droit d'avoir accès aux connaissances de base dont on dispose actuellement sur la plus courante des maladies de l'enfance, la plus courante aussi des causes de mortalité infantile : la maladie diarrhéique. Elles doivent savoir qu'il n'est ni «normal» ni «anodin» pour un petit enfant de souffrir de diarrhée. Elles doivent savoir que de fréquentes diarrhées peuvent mettre en péril sa croissance, voire tuer subitement, si la déperdition d'eau qu'elles provoquent est trop importante.

Dès lors qu'elles ont conscience du problème, les familles ont également le droit d'avoir accès aux connaissances actuelles qui permettent d'y remédier.

○ Premièrement, les parents doivent savoir qu'il est capital de continuer à administrer nourriture et liquides à un enfant qui souffre de diarrhée. Si l'enfant est nourri au sein, le meilleur traitement qui soit est de continuer à l'allaiter. Le conseil de «laisser reposer l'intestin» en supprimant la nourriture et la boisson est erroné : la diarrhée persistera, conduira à la malnutrition et augmentera le risque de décès par déshydratation¹.

○ Deuxièmement, les parents doivent savoir qu'un enfant souffrant de diarrhée doit, afin de réabsorber la quantité de liquide perdue, boire, dans une tasse ou à la cuillère, une solution spéciale (voir figures 8 et 9). Cette solution peut être préparée en délayant dans de l'eau le contenu d'un sachet de «sels» qui coûte environ 7 cents. Si les sachets sont trop coûteux ou difficiles à obtenir dans les magasins ou les centres de santé locaux, tous les parents doivent savoir comment préparer eux-mêmes une solution sûre et efficace à base d'ingrédients dont ils disposent à domicile (par exemple, du sucre ou du riz mélangé à de l'eau et du sel dans des proportions adéquates)².

○ Troisièmement, tous les parents doivent savoir que si la diarrhée persiste et que, manifestement, l'enfant s'affaiblit, sa vie est en danger ; il est capital de consulter le plus vite possible un agent de santé.

○ Quatrièmement, les parents doivent savoir que les maladies diarrhéiques sont généralement transmises par les matières fécales humaines, notamment celles de l'enfant, et qu'elles peuvent se propager par l'eau ou les mouches. Ils doivent savoir qu'ils peuvent, dans une large mesure, prévenir la maladie en utilisant des latrines, en buvant de l'eau propre, en brûlant les ordures, en se lavant les mains avant de préparer les repas ou de manger, et en écartant les mouches de la nourriture. Il peut se trouver des familles vivant dans un état de dénuement tel

qu'il ne leur permet pas de se conformer à toutes ces recommandations – mais les parents ont néanmoins le droit de savoir pourquoi leurs enfants sont si souvent malades.

La protection de base

Les connaissances qui viennent d'être énumérées pourraient permettre aux parents de préserver environ trois millions d'enfants par an de la mort par déshydratation diarrhéique et bien davantage encore des troubles de croissance et de la malnutrition. D'autres informations, tout aussi simples et directes, peuvent aider les parents à ériger des remparts supplémentaires pour protéger leurs enfants d'autres graves dangers qui menacent leur vie et leur santé.

○ La vaccination contre six maladies principales (la rougeole, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la diphtérie et la tuberculose) pourrait sauver la vie de plus de trois millions d'enfants par an et préserverait encore bien davantage d'enfants de l'engrenage fatal des maladies fréquentes et des troubles de croissance. Or, le facteur essentiel qui freine, à notre époque, l'extension de la couverture vaccinale, est le manque d'information : des millions de parents n'ont pas été assez bien informés, ni assez clairement, ni assez souvent, de la nécessité impérative de faire subir à leurs enfants l'ensemble des vaccinations nécessaires³. Toutes les familles ont désormais le droit de savoir que, pour protéger les enfants contre certaines des principales causes de maladie, de troubles de croissance, de malnutrition et de mort prématurée, il est capital que la future mère subisse deux injections et le nourrisson trois à cinq séances de vaccination au cours de sa première année de vie.

○ Toutes les familles ont également le droit d'avoir accès aux connaissances les plus récentes sur l'importance de l'allaitement maternel. Le lait maternel, tout particulièrement le liquide jaunâtre qui apparaît durant les deux ou trois jours qui suivent la naissance, contribue à protéger le nourrisson contre les infections les plus courantes. Pendant les quatre à six premiers mois de la vie, le lait de la mère fournit à l'enfant toute la nourriture et la boisson dont il a besoin. Là encore, la décision d'allaiter peut ne pas être facile à prendre pour des parents contraints de tenir compte d'une multitude d'autres facteurs. Mais ils ont, tout au moins, le droit de savoir : dans une collectivité pauvre, un enfant de moins de six mois nourri au biberon court environ trois fois plus de risques de tomber malade et trois fois plus de risques de mourir qu'un enfant nourri au sein⁴.

○ Tous les parents ont encore le droit de savoir qu'après l'âge de quatre à six mois, le lait maternel ne suffit plus, et qu'il convient alors, tout en poursuivant l'allaitement,

Colombie: protéger quatre millions d'enfants

Préserver les chances de survie des enfants et leurs chances de croître vigoureusement constituent un défi qui ne peut être relevé par les seuls services de santé. Depuis trois ans, la Colombie montre l'exemple en canalisant l'aide de tous les milieux pour lutter contre l'infection et la malnutrition qui menacent la vie des enfants.

L'histoire commence avec la «croisade de vaccination» de 1984. Pendant trois journées de juin, juillet et août, l'appel à la vaccination fut lancé par le Président, les services de santé, l'Eglise, la Croix-Rouge, les gouverneurs de province et les maires, les journaux et les stations de radio, les enseignants et l'Association des scouts de Colombie. Près de 60 000 volontaires aidèrent au fonctionnement de plus de 10 000 postes de vaccination dressés sur les places de marché, aux coins des rues, dans les dispensaires et les écoles. Le taux de vaccination des enfants colombiens de moins de cinq ans fut ainsi porté à plus de 60%.

Une deuxième croisade en faveur de la vaccination a été entreprise en 1985. 385 000 enfants ont été entièrement vaccinés contre cinq maladies graves, tandis que près de 700 000 femmes recevaient deux injections anti-tétaniques. Le taux d'abandon des moins d'un an, entre la première et la troisième dose contre la poliomélyrite et la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, est tombé de 50% à environ 15%. En outre, le nombre de cas de rougeole signalés en 1985 a été inférieur à la moitié de celui de l'année précédente.

Le succès de la croisade de 1984 a jeté les bases du Plan quinquennal colombien pour la survie et le développement des enfants, qui a été lancé en décembre 1984.

Ce plan est axé sur la protection à accorder aux près de quatre millions d'enfants colombiens de moins de cinq ans, groupe d'âge au sein duquel surviennent actuellement plus d'un quart du total des décès. L'objectif est d'abaisser la mortalité infantile en vaccinant plus de 80% des moins de cinq ans, de diminuer de moitié les décès dus à la déshydratation diarrhéique, de réduire d'au moins un tiers les décès dus aux infections respiratoires et d'empêcher les complications de la grossesse et de l'accouchement. Un programme de contrôle nutritionnel s'attaquera à la malnutrition chronique qui entrave la croissance d'un enfant colombien sur quatre. En outre, pour que le développement mental

et psychologique de l'enfant ne soit pas négligé, les pères et les mères apprennent des jeux et d'autres activités d'éveil.

En 1985 et au début de 1986, 50 000 «surveillants» de santé bénévoles ont été formés au cours de 280 stages organisés par le Ministère de la santé, le Ministère de l'éducation et les autres organismes participant au Plan pour la survie des enfants. En 1987, lorsque ce plan battra son plein, 300 000 surveillants seront au travail dans leur communauté, faisant du porte à porte pour conseiller les parents en matière de soins aux enfants, et signalant aux services de santé les cas réclamant des soins particuliers.

Les surveillants de santé proviennent des rangs des volontaires de la Croix-Rouge, de l'Institut colombien du bien-être familial, de l'Association des scouts, de la police nationale; on trouve aussi parmi eux des prêtres, des religieuses et des laïcs bénévoles de l'Eglise catholique. Mais la majorité d'entre eux sont des élèves du secondaire: un décret présidentiel de février 1985 permet aux élèves des classes terminales de suivre 20 heures de formation, puis de faire 80 heures de travail dans leur communauté. Le Ministère de l'éducation est également en train de réviser les programmes scolaires afin que les élèves de toutes les classes apprennent 16 mesures éprouvées destinées à protéger la croissance et le développement des enfants.

L'Eglise catholique est un allié important dans la poursuite de ces efforts. Elle a déjà formé 1500 surveillants de santé et assure actuellement la formation de 5000 agents de paroisse pour conseiller les parents, les fiancés et les parrains et marraines en matière de techniques de survie infantile. Ces agents desserviront 75 000 familles, principalement dans les zones reculées.

Dans le même temps, la Croix-Rouge colombienne a contribué à implanter 1200 points de distribution, soit près de la moitié des 2556 prévus au total, pour l'encouragement de la thérapie par réhydratation orale et la distribution de sels de réhydratation orale.

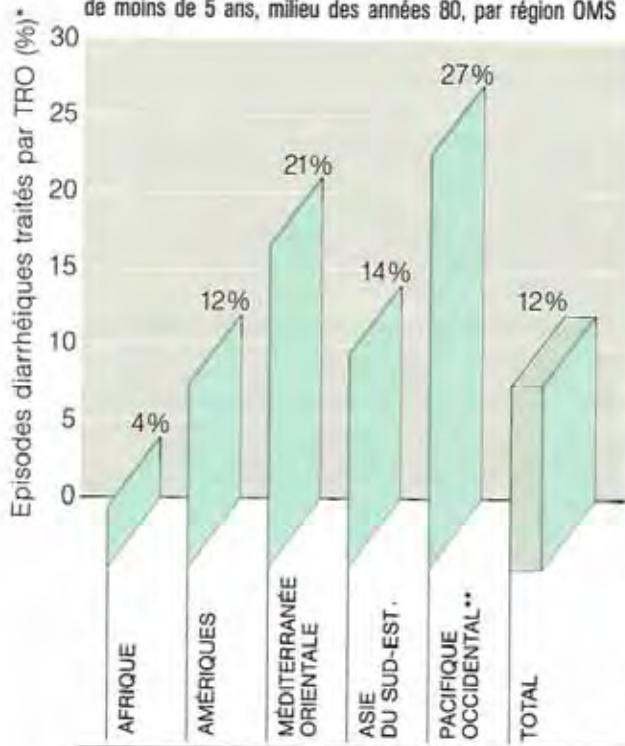
Lorsque l'armée des bénévoles sera au complet, avec 362 000 personnes, en 1989, elle protégera la grande majorité des enfants colombiens, particulièrement ceux qui vivent dans la misère, contre des infirmités et des décès qui n'ont rien d'inéluctable.

d'administrer d'autres aliments afin que la croissance se déroule normalement. Des recherches récentes ont montré qu'un pourcentage élevé d'enfants dans le monde sont sevrés soit trop tôt soit trop tard, ce qui augmente, dans les deux cas, les risques de malnutrition et d'infection*.

○ Les parents ont le droit de savoir qu'au début du processus de sevrage, le jeune enfant a besoin d'une alimentation très particulière. Tout d'abord, l'allaitement maternel devrait se poursuivre, dans la mesure du possible, bien au-delà du douzième mois; les autres aliments ne viennent pas remplacer, mais compléter le lait maternel. En second lieu, un enfant en bas âge doit être nourri plus souvent que les autres membres de la famille et avec des

* Le sevrage ne signifie pas l'arrêt de l'allaitement maternel, mais l'introduction d'une alimentation d'appoint au lait de la mère. La solution idéale est de nourrir l'enfant exclusivement au sein durant les quatre à six premiers mois et d'introduire ensuite d'autres aliments sans jamais attendre au-delà de l'âge de huit mois.

Fig. 8 Estimation des taux d'utilisation de la TRO pour les enfants de moins de 5 ans, milieu des années 80, par région OMS



Notes: * Pourcentage estimé d'épisodes diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans traités à l'aide de SRO (sachets préparés selon la formule OMS/UNICEF) ou de solutions de sel et de sucre préparées à domicile. ** Chine non comprise.

Source: D'après Cinquième rapport du programme 1984-1985, Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/CDS/86.16).

aliments plus énergétiques. Si l'estomac d'un enfant est plus petit que celui d'un adulte, les besoins énergétiques de l'enfant sont proportionnellement bien plus importants: il doit donc recevoir une alimentation moins abondante mais plus riche en calories. Pour ce faire, il faudra donner plus souvent à l'enfant des aliments enrichis en calories: on peut par exemple ajouter aux aliments des céréales germées** ou les mélanger avec des matières grasses ou des huiles telles qu'huiles végétales, margarine, beurre d'arachide, huile de noix de coco, huile d'arachide ou d'autres substances locales de même nature***.

○ Les infections respiratoires aiguës tuent plus de trois millions de jeunes enfants par an. En cas de rhume ou de fièvre, il suffit dans la plupart des cas que les parents fassent absorber à l'enfant une quantité importante de liquide, que la mère continue à le nourrir au sein et que l'on s'efforce de maintenir ses voies respiratoires dégagées afin qu'il puisse respirer normalement. Tous les parents doivent cependant savoir à quel moment un rhume ou une toux ordinaire se transforme en une maladie susceptible d'entraîner la mort. Tout le monde n'a pas accès à un dispensaire ou à un agent de santé qualifié, mais plus de la moitié des familles pauvres pourraient aujourd'hui bénéficier d'une aide qualifiée – à condition de pouvoir déterminer que leur enfant est en danger de mort. Or cela n'est pas difficile: ce qu'il faut savoir se résume en une phrase. Lorsque la respiration d'un enfant qui souffre d'un mauvais rhume s'accélère sensiblement, et surtout lorsque la région située juste au-dessous des côtes se creuse lorsqu'il inspire (au lieu de se bomber comme à l'accoutumée), il faut sans plus tarder amener l'enfant à un agent de santé qualifié*. Dans des cas de ce genre, un traitement à la pénicilline peut, pour quelques cents à peine, sauver une vie.

○ Un enfant dont l'alimentation manque de vitamine A risque d'être frappé d'une cécité définitive, et il se trouve beaucoup plus exposé aux maladies courantes, à la malnutrition et à la mort. Tous les parents ont aujourd'hui le droit de savoir qu'il est facile et peu coûteux de prévenir cette carence en ajoutant, au moins deux fois par jour, quelques légumes à feuilles vertes aux repas de l'enfant. Les légumes les moins chers suffisent; ils sont presque toujours disponibles et accessibles financièrement à la majorité des pauvres⁶.

○ On sait aujourd'hui qu'avec l'espacement des naissances et avec des soins de base prodigues à la mère durant la

** Voir note ***, page 66.

*** Dans les régions les plus pauvres du monde en développement, où les matières grasses ne représentent que 5% environ de l'apport énergétique, une meilleure alimentation est une alimentation plus riche en huile ou en matières grasses. Dans les pays industrialisés, où l'apport énergétique provient à raison de 40% environ des matières grasses, la situation est inverse: mieux s'alimenter, c'est consommer moins de graisses.

Brésil: toucher le Nord-Est

Le gouvernement et l'Eglise catholique du Brésil ont annoncé publiquement un objectif commun : réduire de façon draconienne la mortalité juvénile-infantile avant 1990.

Sur le million d'enfants qui meurent chaque année en Amérique centrale et du Sud, un tiers sont brésiliens. La phase la plus critique de la récession économique du pays est aujourd'hui passée, sans que le fossé séparant les riches des pauvres ait été réduit de beaucoup ; dans le Nord-Est, région appauvrie qui abrite un quart de la population, la mortalité infantile est deux fois plus élevée que dans l'ensemble du pays. Bien que le Brésil se classe parmi les plus gros exportateurs mondiaux de produits alimentaires, plus de 50% des enfants brésiliens souffrent de malnutrition à des degrés divers.

En août 1985, le nouveau gouvernement civil a lancé une grande initiative pour protéger les enfants des effets de la pauvreté : il s'agit du programme national intitulé «Les enfants d'abord». La gestion en est confiée à la Légion brésilienne d'assistance, et le projet bénéficie pour 1986 d'une rallonge budgétaire de 80 millions de dollars.

Ce programme se fonde sur deux essais réalisés dans des zones urbaines pauvres. La mortalité infantile y a chuté de deux tiers en moins d'un an, après que 480 agents du projet et 13 000 mères bénévoles aient appris des mesures simples en faveur de la survie des enfants. La Légion brésilienne d'assistance gère déjà des centres de santé et des garderies dont bénéficient près de deux millions d'enfants et plus de 250 000 mères. Avec les nouveaux moyens financiers dont elle dispose, elle s'emploie pour l'heure à améliorer les services existants et à ouvrir dans le Nord-Est de nouveaux centres destinés à accueillir 1,2 million d'enfants. Ces actions s'inscrivent dans le cadre d'un effort d'envergure nationale.

- La surveillance régulière de la croissance est désormais prônée dans tous les programmes de la Légion brésilienne d'assistance, au même titre que la thérapie par réhydratation orale destinée à prévenir la déshydratation diarrhéique.

- L'allaitement maternel est encouragé dans tous les hôpitaux publics ; à cette fin, on y pratique le maintien des nourrissons auprès de leur mère. La qualité de la nutrition, en particulier pour la mère et l'enfant, se voit consacrer une partie importante de l'allocation gouvernementale aux priorités sociales pour 1986, d'un montant de 3,7 milliards de dollars.

- Depuis maintenant six ans, les journées de vaccination du Brésil, qui ont lieu deux fois par an, mobilisent 400 000 volontaires de toutes les couches de la société pour administrer le vaccin antipoliomyélétique oral. Des signes avant-coureurs font craindre une baisse de la couverture assurée par la campagne, par rapport aux premières journées de vaccination qui avaient permis de vacciner jusqu'à 20 millions d'enfants par jour. L'incidence de la poliomyélite a augmenté en 1985, ce qui a conduit le gouvernement à prendre des mesures pour inverser à nouveau cette tendance en 1986.

L'Eglise catholique, elle aussi, se mobilise dans le Nord-Est en renforçant le programme du gouvernement. L'objectif est de faire bénéficier un million d'enfants de moins de six ans de mesures de survie peu coûteuses. Le «Pastorat de l'enfant» mis sur pied en 1985 par le Conseil national des évêques brésiliens est issu d'une expérience réalisée deux ans auparavant dans une ville du sud, qui avait permis de réduire de moitié la mortalité infantile en moins d'un an.

Le Pastorat de l'enfant est désormais à l'œuvre dans 400 communautés réparties dans 20 des 26 Etats du Brésil, en particulier dans le Nord-Est. Quelques 20 000 responsables et bénévoles du projet ont été recrutés dans leurs communautés respectives et travaillent sous la direction de 800 coordonnateurs en vue de favoriser la survie des enfants et leur développement harmonieux.

Les enfants indigents plus âgés n'ont pas été oubliés. Des organismes publics et non gouvernementaux ont mis leurs forces en commun pour trouver de nouveaux moyens d'aider la multitude d'enfants abandonnés ou fuyant la pauvreté et condamnés à «faire les poubelles» dans les rues des villes pour survivre. Un mouvement national a pris son essor pour soutenir cette entreprise, et la première conférence des enfants de la rue, qui a, en mai 1986, réuni 400 enfants venant de toutes les régions du pays, a suscité une préoccupation et un intérêt nouveaux pour leur sort.

Le Président brésilien, M. José Sarney, a ainsi résumé, à l'occasion de la présentation du programme «Les enfants d'abord», l'engagement commun en faveur des enfants du pays :

«Le gouvernement actuel souhaite voir résolu le problème de la pauvreté, qui altère les forces vives et le plus grand espoir du pays : ses enfants (...). Le gouvernement ne désire pas laisser en héritage la situation explosive que constitue la pauvreté absolue, ni la famine et la malnutrition, qui sont autant de détonateurs.»

grossesse et l'accouchement, le taux de mortalité des mères et des jeunes enfants peut être réduit de moitié environ. C'est pourquoi tous les parents ont le droit de savoir qu'une future mère doit s'alimenter et se reposer davantage, pour son propre bien comme pour celui de son enfant*, qu'elle doit subir au moins deux bilans de santé au cours de sa grossesse (comportant si nécessaire des injections antitétaniques), et que la présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement est indispensable.

○ Un intervalle de temps inférieur à deux ans entre deux naissances multiplie *par deux* le risque de mortalité infantile pour les familles à faible revenu⁷. Tous les parents ont aujourd'hui le droit de le savoir.

○ La consommation de cigarettes ainsi que l'abus d'alcool, de drogues et de médicaments – tout spécialement au cours de la grossesse – mettent en péril la santé de la mère comme celle de l'enfant.

○ Enfin – on y reviendra plus en détail un peu plus loin – tous les parents ont le droit d'être prévenus aussitôt que possible si la croissance de leur enfant présente le moindre signe de retard (que seul une pesée régulière peut permettre de déceler). Si tel est le cas, ils ont le droit d'être conseillés et assistés pour y remédier. Dans la mesure où la croissance de l'enfant est la résultante de l'ensemble de tous les autres facteurs, lui faire gagner régulièrement du poids est à la fois le moyen et le but de toutes les recommandations réunies dans ce bref résumé (voir pages 64 à 78).

L'information de tous

Il se peut que la pauvreté empêche certains parents de mettre en pratique l'ensemble de ces connaissances. Dans la plupart des cas, cependant, ces mesures peu coûteuses de protection des enfants permettront aux parents du monde en développement d'économiser l'argent, le temps, l'énergie et les soucis que leur coûterait un enfant fréquemment malade⁸. La plupart d'entre eux auront toutefois besoin de soutien et de conseils: c'est sur cette question que nous allons maintenant nous arrêter brièvement.

Il importe en premier lieu de savoir que la plupart des parents dans le monde n'ont pas même connaissance des faits qui viennent d'être résumés. Or, à l'ère de la révolution de l'information, ne rien faire pour corriger cette situation serait une négligence impardonnable.

* Dans le monde en développement, l'insuffisance pondérale à la naissance touche environ 20% des nouveau-nés, mais provoque environ 30 à 40% des décès infantiles. Une alimentation plus abondante durant la grossesse réduit l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance. C'est également l'une des méthodes les plus rentables pour favoriser l'amélioration de la santé tant de la mère que de l'enfant.

Les informations grâce auxquelles les familles pourraient très fortement réduire l'impact de la maladie, de la malnutrition et de la mort parmi leurs enfants sont des données que chaque parent devrait posséder, qui devraient faire partie des connaissances de base de chaque famille et être intégrées dans la façon normale d'élever un enfant. C'est pourquoi ces informations doivent être mises à la disposition de toute communauté, par l'intermédiaire de l'école, de la radio, de la télévision, des journaux, des agents de santé, et de tout autre moyen existant de communication et de soutien**.

Il y a là, en d'autres termes, une tâche urgente de communication de masse – une tâche pour laquelle le monde dispose d'outils qui ont, au cours des dix dernières années, connu un développement prodigieux. Cela étant, si l'on veut que la révolution à laquelle nous assistons actuellement dans le domaine de l'information ne bénéficie pas qu'aux riches, il convient d'exploiter au mieux ses capacités de venir en aide aux pauvres.

Les connaissances et la compétence du personnel des services de santé peuvent certes servir pour guider un effort de diffusion de l'information à l'échelle voulue. Mais la tâche elle-même est bien trop importante, aux deux sens du terme, pour être assumée par les seuls services de santé. En effet, ces derniers tendent à conserver pour ainsi dire passivement leurs connaissances, à l'abri derrière les murs des cliniques et les blouses blanches, occupés qu'ils sont à utiliser ce savoir au profit de ceux qui se déplacent pour en bénéficier, parce qu'eux-mêmes ou un membre de leur famille sont malades. La plupart des services de santé ne sont donc pas encore prêts à s'engager dans des tâches de communication de masse, d'éducation, de promotion ou de prévention; ils ne sont pas à même de se plonger dans la collectivité pour doter les familles des connaissances nécessaires à l'amélioration de leur santé.

Dans le monde industrialisé, les catégories instruites de la population ont bénéficié de découvertes scientifiques importantes sur les risques que font courir à la santé le tabac ou l'alcool, ou sur les bienfaits du sport et d'une alimentation saine***. Ces connaissances n'ont pas été

** Des connaissances nouvelles ne suffisent pas toujours, c'est vrai, à provoquer des modifications dans les comportements. Cela n'enlève rien, pourtant, au «droit de savoir» de chacun. Permettre aux individus de faire des choix en connaissance de cause est d'une importance capitale dans le processus de développement.

*** La vague d'intérêt soulevée par l'idée d'assumer sa propre santé – on fait régulièrement un peu d'exercice, on arrête de fumer, on mange plus sainement, on réduit sa consommation d'alcool et on revient à l'allaitement maternel – et la promotion de cette idée touchent essentiellement les groupes instruits et privilégiés des pays industrialisés. C'est là un point auquel il faut réfléchir si l'on veut que les individus les plus démunis, dans ces pays, bénéficient aussi des possibilités actuelles de communication et aient également accès à ces connaissances favorisant une vie plus longue et en meilleure santé.

Bangladesh: toucher 25 millions de personnes

12

Après avoir enseigné à plus de sept millions de femmes comment traiter la déshydratation diarrhéique à l'aide de sel et de mélasse, la Commission pour le développement rural du Bangladesh (BRAC) s'apprête à prendre une série de mesures de plus grande envergure en faveur de la survie des enfants.

En 1986, la BRAC a entrepris des essais en vue d'un programme de survie qui devrait durer un an et coûter 8 millions de dollars; un des volets du programme vise à mettre à la disposition de 25 millions de personnes, soit environ un quart de la population du pays, le traitement antidiarrhéique, la vaccination et des capsules de vitamine A. Dans un deuxième temps, ce nouveau projet apportera à une population de trois millions de personnes un ensemble encore plus complet de soins de santé primaires.

Le programme s'appuiera sur l'effectif de plus de 1200 «anciens» de la campagne de réhydratation orale qui ont, pendant six ans, effectué des visites à domicile. Cette campagne, l'une des tentatives les plus ambitieuses et les plus soutenues qu'on ait jamais vues pour placer une avancée médicale entre les mains des mères, a employé des centaines de jeunes femmes pour enseigner et démontrer les bases de la réhydratation orale dans plus de sept millions de foyers.

A mesure que le programme progressait, cependant, la BRAC se persuadait qu'il fallait faire davantage. Les problèmes de santé étaient trop nombreux et trop interdépendants pour qu'une seule intervention puisse avoir un effet majeur sur la mortalité juvénile. La malnutrition généralisée, les épidémies, le manque d'assainissement et les pratiques souvent dangereuses des accoucheuses traditionnelles exigeaient des mesures supplémentaires et coordonnées.

Il fallait avant tout que la communauté elle-même, et non seulement les mères, participe activement, grâce à des équipes séjournant plus longtemps dans les villages et formant les habitants à toute une gamme de mesures sanitaires et nutritionnelles.

Aujourd'hui, l'expérience acquise de 1980 à 1986 est appliquée au nouveau programme. Des groupements de femmes seront formés au traitement efficace de la diarrhée, ce qui pourrait sauver de la mort, chaque année, 300 000 enfants âgés de moins de cinq ans dans l'ensemble du pays. Une solution de réhydratation nouvelle à base de riz, mise au point par le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, dont le siège est au Bangladesh, va faire l'objet d'essais sur le terrain.

Le programme s'attaquera également à la vaccina-

tion. Malgré l'existence de centaines de centres de santé publics et privés, moins de 2% des enfants du pays ont été vaccinés contre la diphtérie en 1984; la couverture vaccinale pour d'autres maladies est encore plus faible.

Le programme vise à aider le gouvernement à vacciner 80% de toutes les mères en âge de procréer contre le tétanos et tous les enfants de moins de deux ans contre six grandes maladies meurtrières. Le tétanos, qui tue de nombreuses mères, est également responsable de 42% des décès néo-natals. La rougeole, la poliomérite, la diphtérie, la coqueluche et la tuberculose sont responsables de 30% de tous les décès juvéniles.

Pour améliorer la nutrition de l'enfant, le programme utilisera la radio et d'autres moyens de communication pour encourager l'allaitement maternel dès le premier jour de vie de l'enfant et, par la suite, un meilleur équilibre vitaminique dans l'alimentation traditionnelle. La carence en vitamine A représente un objectif tout particulier, car elle rend aveugles chaque année 30 000 enfants du Bangladesh et affecte plusieurs centaines de milliers d'autres enfants en provoquant chez eux des troubles de la vision et une vulnérabilité accrue aux infections et maladies respiratoires. Au cours des quatre années à venir, chaque enfant âgé de six mois à six ans, dans la population de 25 millions de personnes visée par le programme, recevra deux fois par an une capsule de vitamine A.

Dans la partie la plus importante du nouveau programme, la BRAC enseignera à 9000 sages-femmes à utiliser des techniques d'accouchement sans danger, à identifier les grossesses à haut risque et à conseiller les mères pour qu'elles-mêmes et leurs enfants bénéficient d'une meilleure nutrition. Au Bangladesh, presque tous les accouchements se déroulent à domicile, et les sages-femmes exercent une forte influence sur les soins prénatals et postnatals et sur les pratiques en matière d'alimentation. Accouchements non hygiéniques et soins insuffisants sont actuellement la cause d'un pourcentage élevé de décès de nourrissons et de mères.

Instruite par l'expérience, la BRAC formera quelque 10 000 villageois pour qu'ils jouent un rôle directeur dans les soins de santé au niveau de la communauté. Ils siégeront dans les comités de santé villageois et aideront les équipes de la BRAC et le gouvernement à sensibiliser les communautés, à organiser des journées de vaccination et à distribuer des capsules de vitamine A. La BRAC laissera ainsi derrière elle, en quittant les villages, des personnes formées et des enseignements éprouvés.

transmises par le seul truchement des médecins, des cliniques ou des revues médicales, mais encore par la radio et la télévision, les journaux et les magazines, les écoles primaires et secondaires, le service public et des personnalités de renom, des associations sportives, des groupes de pression et des groupements anti-tabac.

Il importe aujourd'hui que les liens entre les professionnels de la médecine, qui détiennent le savoir, et tout un ensemble d'autres institutions, dotées de capacités de diffusion et de communication, se resserrent afin de transmettre aux populations du monde en développement davantage de connaissances sanitaires essentielles. Ainsi que le montrent les encadrés qui figurent dans le présent rapport, ces liens commencent à se tisser dans quelques pays, mais ils exigent, dans la plupart des cas, un soutien gouvernemental et public bien plus actif.

Ainsi, la prochaine grande étape que franchira la santé humaine, tant dans le monde industrialisé que dans le monde en développement, ne résultera pas d'une dépendance accrue à l'égard de la profession médicale ni de nouvelles découvertes scientifiques, quelle que soit leur valeur: elle viendra d'une exploitation optimale du nouveau potentiel de communication des connaissances existantes afin de conférer à un nombre croissant d'individus la capacité de mieux maîtriser leur propre bien-être et celui de leur famille. La pauvreté, les pressions commerciales et les priorités gouvernementales ont de lourdes répercussions sur la santé humaine; la lutte doit donc se poursuivre sur ces différents fronts. Aujourd'hui, cependant, c'est la diffusion des connaissances existantes grâce aux nouvelles capacités de communication qui présente les plus grandes potentialités. Tant dans les pays en développement que dans les nations industrialisées, elle permettra aux individus et aux communautés d'agir eux-mêmes positivement sur leur santé physique et mentale.

Informier les pauvres

L'exemple de la thérapie par réhydratation orale montre mieux que tout autre la nécessité de développer la communication de masse et permet de comprendre l'impatience que ressentent aujourd'hui nombre de personnes engagées dans la lutte pour une meilleure santé infantile.

Cette nouvelle thérapie est, sur le plan théorique, disponible depuis une dizaine d'années. Au cours de cette période, la déshydratation a tué environ 30 millions de jeunes enfants — c'est-à-dire bien plus que la population des enfants de moins de cinq ans vivant actuellement en Europe, en Amérique du Nord ou en Union soviétique. On peut donc sans la moindre hésitation mettre la TRO sur le même plan qu'une découverte scientifique capitale contre le cancer ou les maladies cardio-vasculaires (la

déshydratation diarrhéique a à son actif davantage de morts que chacun de ces deux fléaux — et ses victimes sont bien plus jeunes). Imaginons un instant que la science ait découvert un moyen peu coûteux de prévenir les décès dus au cancer ou aux maladies cardiaques: aurait-il fallu plus de dix ans pour mettre cette découverte à la disposition des habitants des pays industrialisés? (Voir figures 8 et 9.)

Il s'agit ici d'informations *importantes pour les pauvres*. On ne peut donc guère, par définition, en tirer d'importants profits dans l'immédiat. Rares sont donc les canaux commerciaux disposés à les diffuser et à encourager les gens à les appliquer. Or ce problème n'est plus, aujourd'hui, aussi insurmontable qu'il l'aurait peut-être été il y a quinze ou vingt ans. En effet, il existe désormais suffisamment de moyens de communication et de soutien — à condition que la volonté de les utiliser, et de les utiliser tous, soit présente.

Après des décennies de patients efforts, la plupart des pays en développement ont aujourd'hui atteint le point auquel il est possible d'informer et d'aider la majorité de leurs citoyens à mettre en pratique de nouvelles connaissances. C'est cette faculté qui permet aujourd'hui de relier les connaissances scientifiques aux besoins humains.

Mais pour que s'accomplisse cette percée de la communication au profit de la santé, il convient de mobiliser le plus grand nombre de ressources institutionnelles possibles. Il faut faire figurer les dernières connaissances à disposition sur la santé et la survie des enfants dans les programmes des écoles primaires, qui sont aujourd'hui fréquentées par près des trois quarts des enfants du monde en développement. Il faut demander la coopération des temples, des mosquées, des Eglises et des chefs religieux, dont les paroles sont écoutées et respectées par des centaines de millions de parents. Il faut s'assurer le concours quotidien des médias — des stations de radio, dont un milliard de postes à transistors captent aujourd'hui les émissions dans le tiers monde, des chaînes de télévision, qui atteignent aujourd'hui plus de 50% de la population dans la majeure partie des pays en développement, des 8000 quotidiens et des innombrables revues et périodiques qui informent les citoyens désormais alphabétisés du monde en développement, soit 60% de l'ensemble de la population. Il faut demander le concours des sociétés coopératives et des syndicats, des associations d'employeurs et des organismes professionnels, des maisons d'édition et des agences de publicité, des associations de femmes et des mouvements de jeunes, des associations sportives et de l'industrie du cinéma. Il faut coopérer avec les dizaines de milliers d'organisations bénévoles qui travaillent souvent là où les besoins sont les plus pressants. Il faut atteindre la population par le truchement de tous les services concernés des ministères et des services sociaux aussi bien que par les hôpitaux et

Pérou: vacciner 600 000 personnes

Au cours de trois dimanches de la fin de 1985, des équipes de vaccination péruviennes s'enfoncèrent dans les forêts tropicales humides, parcoururent les plateaux abrupts des Andes — et multiplierent par deux le nombre des enfants du pays protégés contre cinq maladies meurtrières.

Les difficultés du terrain ne sont que l'un des problèmes du Pérou. Le pays ne s'est pas encore entièrement remis de la récession et des catastrophes naturelles qui l'ont frappé en 1983, et en 1985 l'inflation dépassa 250%. Jusqu'en 1984, 28% seulement des enfants âgés d'un an avaient été vaccinés contre la poliomyélite et 24% contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos — l'un des faux de vaccination les plus faibles de l'hémisphère occidental. Les enfants de moins de cinq ans ne représentent que 15% de la population, mais on recense dans ce groupe plus de 80 000 décès par an, soit près de la moitié du chiffre total. Les infections respiratoires, la diarrhée et les maladies évitables par la vaccination en sont les principales responsables, au même titre que les complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Abordant ces problèmes l'un après l'autre, le gouvernement annonça ses nouveaux projets en matière de vaccination moins de trois mois après son entrée en fonction en juillet.

Il est évident que les services de santé ne pouvaient espérer, à eux seuls, atteindre chaque communauté. Aussi le gouvernement s'assura-t-il le concours des ministères de l'éducation et de l'agriculture, des administrations régionales, de l'armée, des forces aériennes et de police, de la Croix-Rouge péruvienne, de l'Institut péruvien pour la protection sociale, des écoles d'infirmières, des Eglises, des scouts, des clubs de mères, des clubs Lions et Rotary, ainsi que des organisations communautaires. Les 19 administrations sanitaires régionales du pays se virent confier la tâche de coordonner les activités de ce large éventail de volontaires, en collaboration avec les 1700 administrations de district du Pérou.

Des messages publicitaires radiodiffusés, des programmes de télévision, des articles de magazine et des affiches, offerts pour la circonstance, vantèrent les bienfaits de la vaccination. Partout dans le pays, des journaux publièrent une photographie montrant la fille du

président, âgée d'un an, recevant la vaccination la veille de la campagne. Des troupes de théâtre donnèrent des représentations sur le thème de la vaccination dans les rues des villes et des écoliers défilèrent avec banderoles et pancartes.

Plus de 14 000 postes de vaccination temporaires firent leur apparition dans tout le pays, dans des jardins publics, des hôpitaux, des centres de santé, des écoles, des clubs de mères, sur des marchés, dans des pharmacies et des institutions privées: 15 000 vaccinateurs formèrent les effectifs des postes, et 45 000 volontaires inscrivirent les enfants amenés à la vaccination, en s'assurant que le flot des vaccinations soit régulier. Dans les taudis et les colonies de squatters qui abritent plus de la moitié de la population de Lima et des autres villes, des équipes de vaccination veillèrent tout spécialement à atteindre les enfants en se rendant à leur domicile pour leur administrer les vaccins.

Plus de 4 millions de seringues furent adressées aux postes de vaccination; 10 000 glacières de fabrication locale, conçues de façon que les vaccins restent au froid et demeurent actifs, furent expédiés moins de deux semaines avant chaque journée de vaccination. Le Ministère de la santé assura le transport pour un cinquième, tandis que les forces armées et d'autres organisations se chargèrent des quatre cinquièmes restants, en mettant à disposition camions, avions, hélicoptères, bateaux, et même planeurs.

Le réseau téléphonique national transmit les chiffres à un ordinateur central, à mesure qu'ils étaient communiqués: 939 000 enfants furent vaccinés le 20 octobre, près de 726 000 le 17 novembre et 662 000 le 15 décembre. Environ 663 000 enfants reçurent les trois doses nécessaires pour prévenir la poliomyélite et 643 500 enfants sont désormais complètement protégés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. 841 000 enfants ont reçu leur injection antirougeoleuse. Le coût total par enfant s'élève à 1,62 dollar.

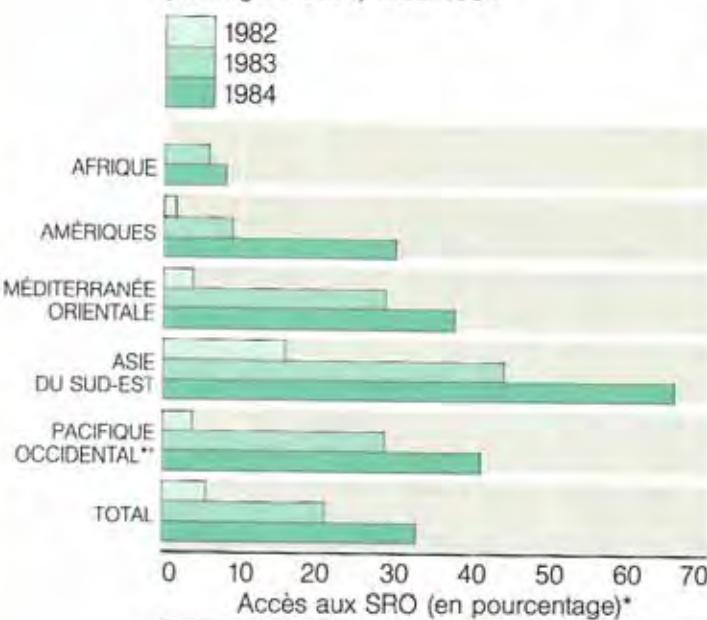
Les journées nationales de vaccination, qui se poursuivront en 1987 et au-delà, font partie intégrante d'un programme global incluant la prévention des décès juvénile-infantiles dus à la déshydratation diarrhéique et aux maladies respiratoires, la surveillance de la croissance et la prestation de soins pré- et postnataux pour les mères.

les dispensaires, les médecins et les infirmières, le personnel paramédical, les accoucheuses traditionnelles et les agents de soins de santé primaires, qui sont de plus en plus nombreux.

On examinera plus loin le cas de quelques pays, pionniers de la mobilisation sociale au bénéfice de la vaccination et de la TRO (voir pages 35 à 55). Précisons au préalable qu'il y a des gens pour penser que tout cela est un peu naïf et déplacé, qu'il s'agit d'une vulgarisation simpliste de connaissances médicales et scientifiques, que la santé est l'affaire des médecins, et que cette mobilisation et cette communication de masse sont des méthodes mieux à leur place dans le domaine du commerce ou de la politique que dans celui de la santé.

La réponse est simple : aujourd'hui, un enfant meurt toutes les dix secondes de déshydratation diarrhéique parce que nous ne nous sommes pas encore réellement efforcés d'informer ses parents — par tous les moyens possibles, par toutes les voies existantes — qu'il existe une méthode simple, bon marché et efficace pour sauver la vie de leur enfant.

Fig. 9 Estimation de l'accès aux SRO, par région OMS, 1982-1984



Notes: *L'accès en pourcentage représente la part de la population ayant normalement accès à un fournisseur régulier de SRO formé à leur utilisation. Dans les pays pour lesquels on ne possède aucune donnée, on suppose que la population n'a aucun accès aux SRO. ** Chine non comprise.

Source: Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. Cinquième rapport du programme 1984-1985. Organisation mondiale de la Santé. 1986 (WHO/CDD/86.16).

La réponse est simple : à chaque minute du jour et de la nuit, six enfants meurent et six autres deviennent physiquement ou mentalement infirmes parce que la vaccination, une méthode dont les riches disposent partout depuis plus de trente ans, n'est toujours à la disposition que d'une minorité des pauvres (voir figure 10).

La réponse est simple : à chaque heure qui passe, 25 enfants deviennent définitivement aveugles parce que nous n'avons pas encore communiqué à leurs parents des informations de base sur la vitamine A grâce auxquelles leurs enfants auraient conservé la vue.

Aujourd'hui, les moyens nécessaires pour transmettre aux pauvres les informations qui leur sont utiles sont là. Si, durant les prochaines années, les ressources institutionnelles se mobilisent en nombre suffisant pour diffuser ces informations, et si les services de santé peuvent consacrer suffisamment de leurs compétences et de leur temps à soutenir ces efforts et à répondre à la demande qui en résultera inévitablement, alors les connaissances dont nous disposons aujourd'hui ouvriront une ère nouvelle à la santé infantile.

Gagner cette bataille représenterait plus qu'une victoire isolée sur la pauvreté. Ce serait aussi une démonstration pratique de la façon dont d'autres plaies vives de la pauvreté pourraient être guéries. Et cette victoire contribuerait tant au ralentissement de la croissance démographique qu'à l'accélération de la croissance économique.

Aider les mères

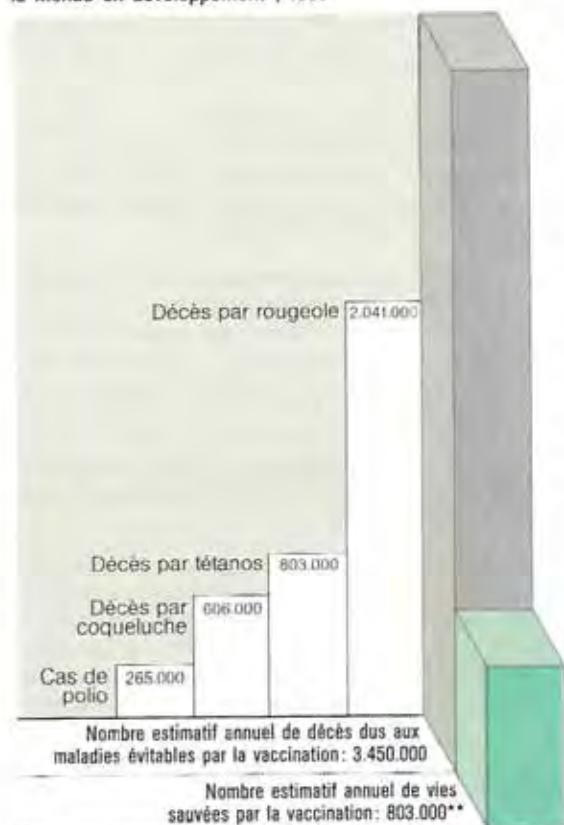
Recourir à la mobilisation sociale en vue d'atteindre des objectifs de développement est une stratégie qui, par définition, demande l'engagement de chacun. Cela étant, on déduira aisément de tout ce qui a été dit ci-dessus que l'engagement de la mère elle-même est, de tous, le plus déterminant.

Dans un monde idéal — dans l'avenir, qui sait —, on pourra dire «parent» au lieu de dire «mère». Aujourd'hui, cependant, c'est encore la mère qui joue le rôle prépondérant dans le domaine des soins aux enfants. C'est donc en informant et en soutenant les mères comme il convient qu'on leur permettra d'agir et d'affranchir tant d'enfants des maladies fréquentes, des retards de croissance et d'une mort prématurée.

Il serait pourtant tout à fait erroné de conclure que les femmes peuvent à elles seules amener ce changement. Elles auront besoin, pour réaliser ce qui n'est encore qu'une virtualité, du soutien de leur famille et de leur communauté, mais aussi d'efforts de développement nationaux et internationaux. Elles pourront ainsi mettre en pratique les connaissances actuelles sur la manière d'améliorer leur vie et celle de leurs enfants.

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1987

Fig. 10 Décès pouvant être prévenus par la vaccination dans le monde en développement*, 1985



Notes: * Chine non comprise. ** Le chiffre de 803.000 décès évités grâce à la vaccination est basé sur des données antérieures à 1985. L'UNICEF estime, au vu de l'augmentation récente des taux de couverture vaccinale dans de nombreux pays, que le chiffre actuel dépasse 1 million.

Source: «Vue d'ensemble: le Programme de vaccination», document préparé pour la Conférence de Carthagène sur la vaccination (octobre 1985), Organisation mondiale de la Santé, 1985 (IFP/M/SC/85/7).

Il faut tout d'abord que des millions de mères s'entendent à répéter ces nouvelles informations, de tous côtés et à tout moment. Comme l'expérience l'a montré dans le monde industrialisé, il importe en effet que tous les médias possibles répètent fréquemment les messages les plus importants. C'est à cette condition que de nouvelles connaissances peuvent recevoir la diffusion et la caution dont elles ont besoin pour passer dans les mœurs.

Outre l'information, les femmes ont un besoin tout aussi important de soutien moral et d'aide pratique si l'on

veut qu'elles trouvent la confiance, le temps et l'énergie qui s'imposent pour mettre en œuvre les connaissances nouvelles. Ce sont déjà les mères qui assument l'essentiel des soins de santé dans le tiers monde, ce sont elles les premières cultivatrices de cultures vivrières, ce sont elles qui élèvent et soignent les enfants, qui confectionnent, lavent et réparent les habits, qui nettoient les maisons, qui récoltent le combustible, qui préparent les repas, qui vont chercher l'eau, qui soignent les malades.

La révolution au profit de la santé des enfants qui peut aujourd'hui advenir épargnerait à des millions de mères une grande partie du temps, des efforts, des dépenses et des soucis que leur coûtent les maladies quasiment incessantes de leurs enfants. Pour que cette révolution s'accomplisse, cependant, elles auront besoin de l'aide pratique de tous ceux qui les entourent.

Il faut que les agents de santé de toutes les communautés conseillent les mères sur place et les aident à appliquer les nouvelles méthodes. Il faut que les familles et les collectivités reconnaissent à sa juste valeur le travail fourni par les mères et leur apportent une aide pratique accrue pour toutes les tâches si exigeantes en temps et en énergie qu'elles accomplissent. Il n'y a rien de vague ni d'abstrait dans le soutien requis; il s'agit au contraire de points pratiques et précis — comme de garantir un intervalle de deux ans au moins entre deux naissances, une alimentation complémentaire, un peu plus de repos et de soins durant la grossesse — qui ne pourront devenir des réalités que si connaissance et compréhension progressent chez les hommes au même titre que chez les femmes.

Il faut que les services gouvernementaux et les organismes de développement de toute nature reconnaissent pleinement le rôle crucial des femmes et qu'ils leur apportent une aide pratique par le biais d'une formation et de moyens permettant d'alléger les tâches de corvée de l'eau et de ramassage de combustible ainsi que les travaux éreintants aux champs et à la maison, d'accroître productivité et revenus, et de mettre à disposition les moyens et les connaissances favorisant l'espacement des naissances et les soins prénataux essentiels.

Voilà pourquoi la mobilisation qui vise à utiliser les connaissances actuelles pour que les enfants d'aujourd'hui connaissent une vie meilleure doit s'accompagner d'une prise de conscience aiguë du rôle que jouent les femmes. Les immenses progrès qui peuvent être accomplis de nos jours dans le domaine de la santé infantile ne se réalisent que s'ils sont au bénéfice, et non au détriment, des mères du monde entier.

L'essor de la TRO

La plupart des nations qui s'engagent aujourd'hui à accomplir une révolution pour la survie des enfants font tout naturellement de la vaccination et de la TRO leurs fers de lance. Non seulement ces deux techniques représentent, dans l'arsenal de la santé publique, des armes on ne peut plus économiques, mais encore elles peuvent triompher d'un ensemble de maladies dont l'action conjuguée est aujourd'hui responsable de plus de la moitié des décès et des cas de malnutrition infantile (voir pages 64 à 78).

Les statistiques montrent que le facteur le plus important de mortalité infantile demeure la déshydratation causée par la diarrhée. Il existe aujourd'hui, pour combattre cette déshydratation, une thérapie orale si efficace qu'on y recourt dans les meilleurs hôpitaux du monde, si simple que tous les parents peuvent l'utiliser à domicile, et si peu coûteuse qu'elle est à la portée de la quasi-totalité des familles de la planète.

Durant les deux dernières années, la TRO a dépassé le stade des projets pilotes et a commencé à enregistrer, sur une plus grande échelle, des résultats spectaculaires. On peut aujourd'hui rendre compte des succès obtenus par l'un des premiers pays à avoir appliqué cette nouvelle thérapie à l'échelle nationale*.

Depuis 1983, les pouvoirs publics égyptiens s'efforcent de mettre la TRO à la disposition de tous les parents du pays. 96% des parents connaissent aujourd'hui cette nouvelle thérapie et 82% y ont déjà recouru (voir encadré n° 3). D'ores et déjà, des dizaines et des dizaines de milliers d'enfants sont sauvés chaque année!. «J'ai pratiqué

la pédiatrie pendant trente-cinq ans dans un pays en développement, a déclaré M. Mamdouh Gabr, ancien ministre égyptien de la santé, président du département de pédiatrie de l'Université du Caire et président de l'Association égyptienne des médecins, et jamais je n'ai connu, en médecine, de plus grand progrès. Il sera dit un jour que la fin du XX^e siècle aura marqué pour l'homme le début d'une nouvelle ère — celle de l'après-TRO.»².

A l'échelle du monde entier, les progrès n'ont certes pas été aussi rapides qu'en Egypte. Néanmoins, les trois dernières années ont connu une accélération telle que, selon les estimations actuelles, la TRO permet aujourd'hui de sauver la vie d'un demi-million d'enfants par an (voir figure 2).

Alors qu'au début de la décennie en cours cette technique n'était connue pour ainsi dire que des spécialistes, on estime que la thérapie par réhydratation orale est aujourd'hui appliquée par 12% des familles dans le monde*. Selon l'OMS et l'UNICEF, ce chiffre pourrait, d'ici à 1990, passer à 50% au moins, ce qui permettrait de sauver environ un million et demi d'enfants par an³. En l'espace de dix ans, il serait possible de transmettre à la quasi-totalité des parents les connaissances nécessaires à l'application de la TRO ; le nombre d'enfants victimes de la déshydratation diarrhéique pourrait alors être de plus de trois millions inférieur à ce qu'il est aujourd'hui (voir figure 2).

La figure II illustre cette progression en montrant l'essor de la production de masse de sachets de réhydratation orale au cours des cinq dernières années. La production mondiale de sachets de sels est passée de 50 millions en 1981 à plus de 300 millions en 1986. En revanche, le pour-

* L'UNICEF a publié récemment une étude, *A perfect solution*, qui traite plus en détail de la mise au point de la TRO et de son histoire. Cet ouvrage peut être obtenu auprès des bureaux de l'UNICEF ou en s'adressant à UNICEF, Division of Information and Public Affairs, UNICEF House, 3 UN Plaza, New York, NY 10017, Etats-Unis.

* Cette estimation prend en compte à la fois les sachets de SRO (préparés selon la formule OMS/UNICEF) et les solutions de réhydratation orale préparées à domicile.

Inde: les ICDS à l'échelle nationale

Parmi les milliers de projets lancés chaque année dans le monde en développement, il en est peu dont on peut dire qu'ils aient marqué la vie d'un pays de façon durable et significative. C'est pourtant l'objectif que les Services intégrés de développement de l'enfant (icds) sont en passe d'atteindre en Inde.

Après des débuts modestes, il y a plus d'une dizaine d'années, les icds comptent aujourd'hui plus de 200 000 personnes occupées à promouvoir les soins de santé primaires et l'éducation préscolaire auprès des 20% de familles indiennes les plus démunies. D'ici à 1990, lorsque le programme aura doublé d'ampleur, il atteindra 20% des enfants issus de familles défavorisées, et d'ici la fin du siècle, tous les pauvres du pays, dans tous les villages et tous les quartiers, devraient en bénéficier.

L'élément central des Services intégrés de développement de l'enfant est l'*anganwadi* — littéralement la «cour» — qui est à la fois un centre d'information et d'assistance en matière de soins aux enfants. Les centres *anganwadi* fonctionnent dans des locaux qui sont offerts gratuitement ou loués pour une somme modique. Les agents des *anganwadi* (âgés de 18 ans au minimum) sont des femmes recrutées au sein de la communauté. Elles reçoivent une formation spéciale pendant trois mois et perçoivent une allocation mensuelle de 250 roupies (environ 20 dollars) pour quatre heures et demie de travail par jour, six jours par semaine. L'encadrement est assuré par un personnel médico-sanitaire plus qualifié qui effectue chaque mois des visites de recyclage dans les centres. La tâche des *anganwadi* consiste à surveiller la croissance des enfants, à apprendre aux mères à prévenir les maladies courantes et à prendre les premières mesures nécessaires (notamment à utiliser la thérapie par réhydratation orale), à éduquer les parents pour favoriser la croissance normale de leurs enfants, à organiser des séances de vaccination et de distribution de vitamine A, à soigner les blessures légères, et à organiser, si besoin est, des distributions de compléments alimentaires. Enfin, elles doivent savoir orienter les enfants plus gravement atteints vers un personnel plus compétent. Tous les centres *anganwadi* fonctionnent en outre comme centres d'éducation préscolaire et proposent des activités d'éveil destinées aux enfants de moins de six ans.

Le programme des Services intégrés de développement de l'enfant a pris une telle ampleur qu'il est désormais l'un des plus étudiés dans le monde en développement. On a certes dénoncé quantité de problèmes, pour la plupart liés au niveau inégal des services de formation, de supervision ou d'orientation. Mais des études indépendantes ont aussi reconnu l'efficacité remarquable des Services intégrés. Dans les régions desservies par le programme, il n'est pas rare de constater une baisse de la malnutrition de l'ordre de 60% par rapport aux régions où le programme n'a pas encore été lancé. Et bien que les Services intégrés de développement de l'enfant ne fonctionnent que dans les régions pauvres, le taux de mortalité infantile est descendu à moins de 90 pour mille naissances vivantes, alors que la moyenne nationale est de 114. Les taux de vaccination et de scolarisation sont généralement plus élevés et les abandons scolaires moins nombreux. On observe même une baisse légère, mais néanmoins sensible, du taux de mortalité dans les régions où les Services intégrés de développement de l'enfant ont réussi à améliorer la santé et la survie des enfants.

Bien que l'*anganwadi* soit un centre de traitement et d'information, son activité est principalement axée sur le développement complet de l'enfant, sur le plan mental comme sur le plan physique. Son rôle consiste à apporter aux familles les connaissances et le soutien qui leur sont nécessaires pour assurer à leurs enfants une croissance normale. Associés aux progrès actuels des connaissances dans des domaines tels que la vaccination, l'allaitement maternel, la réhydratation orale, la surveillance de la croissance, le sevrage et l'espacement des naissances, les Services intégrés de développement de l'enfant, véritable «perçée sociale», ont prouvé qu'ils sont capables de réduire fortement la mortalité et la malnutrition infantiles.

Les Services intégrés de développement de l'enfant, qui font partie du plan de développement indien en 20 points, sont régulièrement passés en revue lors des réunions du Conseil des ministres. Ils sont donc considérés comme un élément central du mouvement qui vise à lutter contre la pauvreté dans le pays. Lorsque le programme aura enfin atteint toutes les familles indiennes défavorisées, son coût demeurera inférieur à 1% du produit intérieur brut du pays.

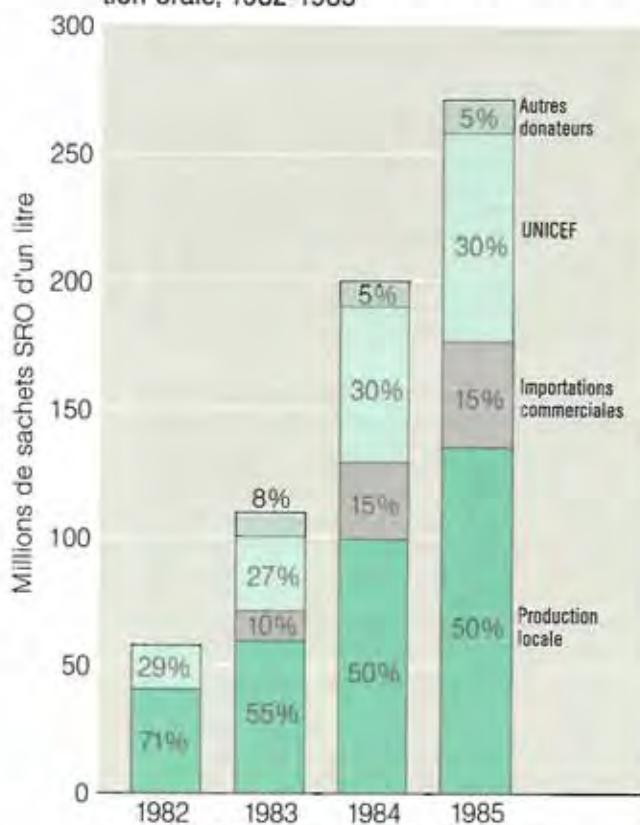
centage des sachets fournis par l'UNICEF est tombé de 60% à 30%, plus de 40 pays s'étant engagés dans la production de masse de SRO en vue de répondre à leurs besoins.

On ne dispose que de peu de données et de chiffres sur le pourcentage de familles qui appliquent la TRO dans tel ou tel pays. Cela étant, diverses enquêtes, d'une fiabilité variable, donnent à penser que le chiffre de 35% aurait déjà été atteint par le Bangladesh, la Bolivie, la Birmanie, la Chine, l'Egypte, le Nicaragua et la Tunisie, tandis que l'Ethiopie, Haïti, le Honduras, l'Inde, l'Indonésie, le Pakistan, les Philippines et la Thaïlande auraient déjà dépassé la barre des 20%⁴.

Les «super SRO»

Parallèlement, les recherches effectuées en permanence sur la TRO s'attachent à la mise au point de solutions de réhydratation orale améliorées grâce auxquelles la thérapie serait à la fois plus efficace et plus facilement

Fig. 11 Production globale de sels de réhydratation orale, 1982-1985



Sources : Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Cinquième rapport du programme 1984-1985, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/CLV/86.16). Chiffres pour 1982 : UNICEF.

commercialisable. Des scientifiques du Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh, ont par exemple indiqué qu'en utilisant de la poudre de riz cuit à la place du glucose, on obtenait une solution qui diminue d'environ 30% la durée de la maladie, qui réduit le volume des selles de 40% et les vomissements dans une proportion qui atteint 60% (voir figure 12)⁵. Si l'expérimentation sur le terrain confirme ces conclusions, les «super SRO» pourraient constituer un progrès doublement important. En effet, des diarrhées fréquentes sont aussi l'un des facteurs de malnutrition les plus importants – voire, selon certains, le plus important de tous (voir pages 64 à 78). Une thérapie de réhydratation qui assurerait également le maintien du niveau nutritionnel de l'enfant par la régression de la diarrhée et le retour à un appétit normal permettrait de rompre la chaîne de la malnutrition et de la maladie qui entrave la vie de tant de jeunes enfants.

En dehors de cet avantage d'ordre nutritionnel, les nouveaux SRO à base de céréales pourraient également constituer un progrès décisif en ce qui concerne la *promotion* du concept même de thérapie par réhydratation orale. Les difficultés rencontrées dans la commercialisation de la TRO tiennent notamment au fait qu'il ne s'agit pas d'un «remède», dans la mesure où cette thérapie ne se traduit ni par une réduction sensible de la durée de la maladie, ni par une diminution du volume des selles (la TRO est une mesure de prévention ou de traitement de la déshydratation, qui redonne de l'énergie et de l'appétit et qui aide l'organisme à surmonter la cause de la diarrhée). Or, les parents souhaitent tout naturellement trouver le moyen de mettre véritablement fin à la plus fréquente des maladies de l'enfance. Des «super SRO» qui favoriseraient de manière évidente la diminution de la diarrhée et des vomissements tout en prévenant la déshydratation seraient par conséquent les instruments d'une thérapie à la fois plus efficace et plus facile à commercialiser. Il existe au total 12 sortes de «sels améliorés» actuellement expérimentés dans des instituts de recherche au Bangladesh, en Birmanie, au Chili, au Costa Rica, en Egypte, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Nigéria, au Pérou, aux Philippines, au Rwanda, au Sénégal, en Thaïlande et au Venezuela.

On comprend bien que la TRO ne puisse progresser sans la poursuite des recherches scientifiques. Le plus grand défi, pourtant, reste de trouver les moyens de transmettre à des millions de parents les connaissances existantes et la confiance nécessaire afin d'appliquer cette thérapie – et de sauver ainsi de la mort plus de trois millions d'enfants par an.

Une promotion tous azimuts

Le pays qui a si bien relevé ce défi peut déjà nous fournir un certain nombre de solutions. Au début des années 80, moins de 2% des parents égyptiens savaient ce qu'était

République dominicaine: former 20 000 volontaires

La République dominicaine a eu recours à un instrument inhabituel, un recensement national des habitations, pour mettre à la portée de chaque famille des mesures simples en faveur de la survie des enfants. Plus de 19 000 volontaires se sont régulièrement rendus dans chaque foyer pour administrer des vaccins, des médicaments antiparasitaires et des sels de réhydratation orale à 90% des mères et des enfants du pays.

C'est aux mois de juin et d'août 1983 que le système fut mis en œuvre. A l'aide de cartes établies lors du recensement sur l'habitat, 20 000 agents bénévoles administrèrent le vaccin antipoliomyélétique oral à 95% des enfants de moins de cinq ans. Chaque année, deux week-ends sont désormais réservés aux campagnes antipoliomyélitiques, qui permettent d'atteindre systématiquement plus de 80% des enfants de moins de trois ans. Un seul cas de poliomyélite a été signalé peu de temps après la première campagne.

En 1985, le Ministère de la santé fut l'un des premiers à utiliser une méthode nouvelle, prouvant que l'on pouvait confier des vaccinations à des volontaires ayant reçu une formation brève, mais bien conçue. Un programme de formation audiovisuel d'une durée de quatre heures fut expérimenté à plusieurs reprises pour fournir des renseignements précis et cohérents sur la manière de vacciner efficacement et en toute sécurité. Plus de 19 000 vaccineurs et 10 000 volontaires remplaçants suivirent le cours. Dans le même temps, le Ministère rénovait son système de conservation des vaccins, qui sont désormais acheminés dans des glacières depuis un entrepôt triginaire unique situé à Saint-Domingue.

C'est en mai 1985 que les volontaires eurent la première occasion d'exercer leurs nouvelles connaissances, en administrant une injection de vaccin antidiptélique, anticoquelucheux et antitétanique à un peu moins de la moitié des enfants dominicains de moins de deux ans. Une deuxième campagne, en février 1986, fit passer ce chiffre à 92%.

En octobre 1985, plus de 615 000 enfants, soit 95% des enfants de moins de cinq ans, furent vaccinés contre la rougeole. Les résultats ne se firent pas longtemps attendre: au cours des quatre premiers mois de 1986, l'hôpital pédiatrique principal de Saint-Domingue n'eut à traiter que 14 cas de rougeole, contre 433 cas en 1985.

Les volontaires se virent enfin confier une tâche encore plus exaltante en décembre 1985 et à nouveau en avril 1986; il s'agissait d'administrer chaque fois une dose de vaccin antitétanique à toutes les jeunes filles et femmes âgées de 10 à 45 ans. Quelque 1,2 million de femmes sont désormais complètement protégées, ainsi que leurs enfants à naître. Pendant la campagne de décembre, 917 000 familles reçurent en outre deux sachets de sels de réhydratation orale ainsi qu'un calendrier expliquant comment les sels peuvent prévenir la déshydratation due à la diarrhée.

Les campagnes les plus ambitieuses se sont attaquées aux infestations parasitaires, qui sont une cause majeure de malnutrition en République dominicaine, particulièrement chez les enfants. Sur 6 millions d'habitants, 5,4 millions furent soignés à l'aide d'un vermifuge en 1984, et 3,6 millions reçurent une seconde dose en 1985.

A la mi-1986, ces volontaires de la République dominicaine avaient pris part à 14 grandes campagnes sanitaires. Pour les aider à maintenir ce rythme, le gouvernement créa, en août 1985, un Conseil national pour les mères et les enfants, qui a su rallier le soutien des horizons les plus divers: des ministères de la santé, de l'éducation et de l'agriculture aux forces armées, en passant par l'Eglise, l'Association nationale de pédatrie, la Croix-Rouge, les universités et les écoles de médecine, ainsi que les groupements bénévoles privés.

Les moyens d'information ont également joué un rôle essentiel en sensibilisant le public de manière durable et en suscitant une demande pour les services offerts par les volontaires. Le conseil national a diffusé dans tout le pays des affiches vantant les bienfaits de l'allaitement maternel, et dans les semaines précédant chaque campagne sanitaire, l'ensemble des médias se charge de diffuser des articles importants et des messages publicitaires préparés par le Conseil. Aux principaux carrefours, des étendards annoncent les campagnes, et des brochures sont distribuées aux arrêts d'autobus.

Les services de santé procèdent chaque année à la planification et à l'établissement du budget pour le recrutement et la formation des nouveaux volontaires, en vue d'entretenir ce système qui repose essentiellement sur le personnel bénévole. Et c'est ainsi, en envoyant des volontaires frapper à chaque porte, que la République dominicaine résoud le problème le plus ardu de tous: atteindre les familles les plus démunies.

la TRO. Aujourd'hui ils connaissent presque tous cette thérapie et ils sont plus de 75% à l'appliquer.

Des enquêtes complémentaires ont permis d'obtenir quelques données de base sur la façon dont les parents ont eu connaissance de la TRO. Environ 30% d'entre eux en ont entendu parler à la radio et quelque 80% ont su de quoi il s'agissait grâce aux messages que la chaîne nationale de télévision a diffusé jusqu'à six fois par jour (voir figure 13). On retrouvait Karima Mokhtar, une célèbre actrice égyptienne, dans chacune des 21 «publicités» télévisées pour la TRO.

Deux tiers des mères, en outre, ont appris comment utiliser les SRO auprès de membres du personnel soignant ou paramédical, après que ceux-ci aient suivi des cours de recyclage d'une ampleur nationale, touchant plus de 19 000 médecins, infirmières et pharmaciens*. Dans les centres hospitalo-universitaires et les facultés de médecine, les programmes ont été modifiés; des séminaires *ad hoc* ont été organisés à l'intention des professionnels de la santé et plus de 100 unités de formation à la réhydratation orale ont été créées dans le pays.

Tandis que les moyens d'information et les services de santé stimulaient la demande, le Ministère égyptien de la santé accroissait l'offre en mettant à disposition des sachets de SRO dans chacun des 4000 centres sanitaires publics et dans la quasi-totalité des 6530 pharmacies privées du pays. Ainsi, la fabrique nationale de sachets de SRO qui produit aujourd'hui (sous le nom de «Rehydran») 75 millions de sachets de 200 millilitres par an est une entreprise qui marche bien. Par ailleurs, toutes les mères qui viennent se procurer des sachets de SRO dans les centres de santé reçoivent gratuitement des cuillères et des verres doseurs en plastique. Voilà, schématiquement, comment la TRO a été mise à la disposition de l'écrasante majorité des parents égyptiens.

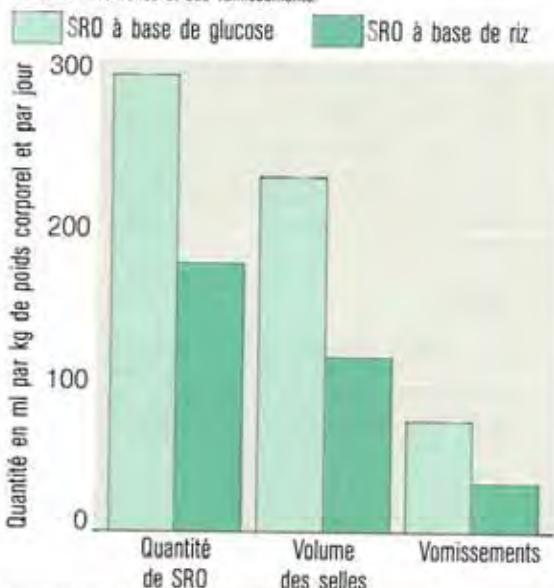
Avant de s'inspirer de cette première tentative d'application de la TRO à l'échelle nationale, il convient de toute évidence de garder à l'esprit que l'Egypte n'est pas représentative des pays en développement, malgré un revenu par habitant relativement faible (700 dollars par an). En effet, près de 90% des Egyptiens ont accès à la télévision et près de 100% vivent à une distance raisonnable d'un centre de santé où travaillent des médecins qualifiés. Il était donc naturel que l'on atteigne la majeure partie des parents grâce à l'action combinée des messages diffusés par les médias et du recyclage des services de santé.

Quoi qu'il en soit, le principe qui sous-tend les résultats obtenus par l'Egypte est universellement pertinent. On ne peut espérer que les connaissances sur la TRO se

* Malheureusement, la plupart des médecins continuent dans le même temps à prescrire des médicaments antidiarrhéiques d'une efficacité plus que douteuse et trop coûteux pour les pauvres.

Fig. 12 Efficacité des SRO à base de riz

Lors d'une expérience menée au Bangladesh, une solution de réhydratation orale préparée avec 50 g de poudre de riz par litre (au lieu des habituels 20 g de glucose) a permis de réduire considérablement la quantité de SRO nécessaire ainsi que le volume des selles et des vomissements.



Source: Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh, 1985.

diffusent d'elles-mêmes à partir des centres scientifiques. Sortir la TRO des laboratoires pour la mettre entre les mains de tout un chacun exige des efforts de communication d'envergure et soigneusement planifiés.

Aujourd'hui, d'autres pays commencent, à leur façon, à appliquer ce principe. En Bolivie, 6500 unités communautaires de réhydratation orale ont été ouvertes, 10 000 volontaires ont été recrutés et 4500 médecins, infirmiers et travailleurs paramédicaux ont été formés à appliquer et à enseigner la TRO (voir encadré n° 20). En Indonésie, plus de 700 000 agents nutritionnels bénévoles enseignent l'application de la TRO dans leur voisinage. En Birmanie, plus de 30 000 agents de santé villageois ainsi que 10 000 aides sages-femmes ont été formés à la fois à appliquer la TRO et à enseigner à des dizaines de milliers de parents la façon de l'utiliser. Au Nicaragua, 20 000 volontaires ont parcouru le pays, de famille en famille, pour faire connaître la TRO, et plus de 1500 professionnels de la médecine ont été formés à l'enseignement de la thérapie dans 365 centres spéciaux de réhydratation orale (les pouvoirs publics ont mis des SRO à la disposition de toutes les pharmacies à condition qu'ils soient vendus à prix fixe). En Inde, les 120 000 agents des *anganwadi* (voir encadré n° 14) expliquent aux mères quand et comment appliquer la TRO, et la Société du Croissant-Rouge forme tous les volontaires à la promotion de la thérapie. Dans les villages de Thaïlande, 457 000 agents de santé bénévo-

Pays donateurs: investir dans le futur

16

En fixant, dans leur budget, le montant de leur aide aux pays en développement, de nombreux gouvernements de pays industrialisés mettent depuis longtemps le bien-être des enfants au premier plan de leurs préoccupations. Certains d'entre eux, notamment le Canada, l'Italie et les Etats-Unis, ont récemment revu leur attitude, afin de tirer parti des nouvelles occasions qui s'offrent à eux d'encourager la survie et la croissance saine des enfants.

Canada

En octobre 1985, le Premier Ministre canadien, Brian Mulroney, a été parmi les premiers chefs de gouvernement à signer la Déclaration d'engagement en faveur de la vaccination universelle (voir encadré n° 8). Une semaine auparavant à peine, son gouvernement avait annoncé un complément spécial à son programme d'assistance: 18 millions de dollars destinés à des programmes de vaccination dans les pays les plus pauvres du Commonwealth. Par la suite, 7 millions supplémentaires furent affectés à la vaccination dans les pays francophones en développement.

Le «Fonds Afrique 2000», créé en mai 1986 au Canada, se préoccupe également de préserver l'avenir des enfants d'Afrique. Ce fonds alloue 109 millions de dollars à des programmes qui profiteront aux enfants en protégeant la santé des mères, en augmentant leurs revenus et en apportant des améliorations dans le domaine agricole pour prévenir la malnutrition.

Italie

En 1979, le Gouvernement italien n'avait consacré que 0,08% de son produit national brut à l'aide internationale au développement. En 1985, ce pourcentage était quatre fois plus élevé. Cette augmentation est due, pour une large part, à la préoccupation croissante que suscite dans l'opinion publique le nombre de décès d'enfants dus à des causes évitables.

L'Italie a ainsi consacré, en 1985, 15 millions de dollars au plan de santé «un pont vers la paix» en Amérique centrale (voir encadré n° 6), et signé un engagement écrit auprès de l'UNICEF pour consacrer plus de 100 millions de dollars à la vaccination dans 29 pays africains pour la plupart, au cours des cinq prochaines années.

A la mi-1986, des programmes de vaccination avaient démarré dans 18 pays d'Afrique, grâce à des fonds italiens d'un montant de 33 millions de dollars. On peut citer, entre autres exemples:

- Le Sénégal, qui, avec des ressources venant d'Italie et de la République fédérale d'Allemagne, a lancé la première phase d'un programme accéléré de vaccination du 1^{er} au 5 octobre 1985. Plus de 87 000 enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés dans dix villes.

- En Somalie, les élèves infirmiers et les responsables des communautés des villes de Muqdisho et de Hargeisa ont contribué à faire passer le taux de couverture vaccinale des moins de cinq ans de moins de 20% à près de 80%. Les Italiens fournissent des fonds, des moyens de transport, des équipements et des vaccins afin d'étendre la vaccination au pays entier.

- A Addis-Abeba, capitale de l'Ethiopie, les campagnes de vaccination par quartiers ont permis de porter la couverture vaccinale des enfants de moins de deux ans à plus de 70%. Les fonds et les compétences techniques apportées par l'Italie sont utilisés pour étendre cette méthode à quatre autres villes.

Etats-Unis

L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) finance près de 10% de l'aide sanitaire internationale. Depuis que le Congrès des Etats-Unis a pour la première fois, en 1985, attribué 25 millions de dollars à un fonds spécial pour la survie des enfants, les ressources affectées par l'Agence à des programmes de survie des enfants ont quadruplé. En 1986, le Congrès a attribué 37,5 millions de dollars supplémentaires au Fonds, ainsi que 60 millions pour d'autres activités liées à la survie des enfants.

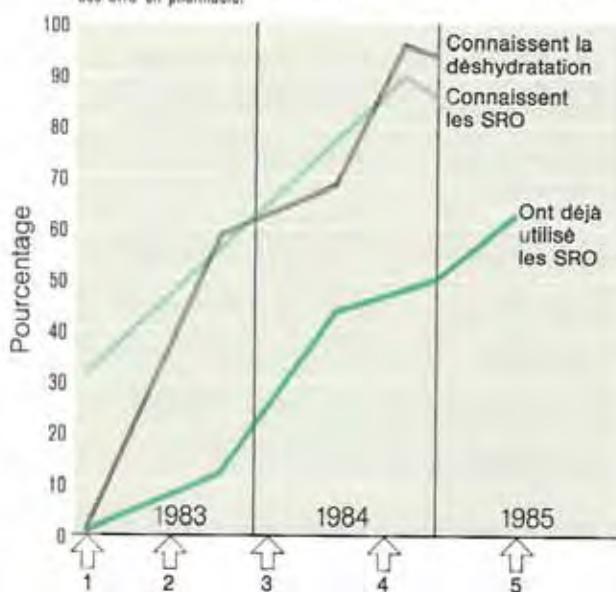
L'USAID soutient actuellement des programmes de réhydratation orale et de vaccination dans plus de 50 pays. Même une brève mention de quelques-uns des projets retenus pour recevoir une aide permet de mesurer l'ampleur de la gamme des préoccupations de l'Agence:

- Vaccination des mères et des enfants de 12 pays d'Afrique, dans le cadre d'un programme quinquennal de 45 millions de dollars lancé en 1984.
- Soutien des mesures d'encouragement à la vaccination et à la réhydratation orale au Nigéria, par un don de près de 14,5 millions de dollars, dont 6 millions pour des projets de l'UNICEF.
- Amélioration de la nutrition des jeunes enfants du Cameroun et du Ghana à l'aide de techniques de surveillance de la croissance et d'éducation nutritionnelle mises au point en Indonésie.

les et auxiliaires de vulgarisation sanitaire enseignent la TRO à toutes les familles de leur communauté; de plus, les 6400 centres de santé et les 16 000 coopératives rurales de médicaments vendent maintenant des SRO. Au Népal, 10 000 points de vente disposent de SRO de production locale qui portent le nom de *Jeevan Jan*, c'est-à-dire «eau vitale». Au Sri Lanka, les sachets *Jeevanees*, un terme équivalent, qui peuvent être obtenus dans toutes les pharmacies et auprès des agents de santé, seront bientôt fabriqués par une société qui en assurera la vente dans ses 10 000 kiosques. Au Bangladesh, les 1200 agents de la Commission pour le développement rural du Bangladesh sont à mi-chemin d'un programme prévu sur dix ans qui consiste à se rendre auprès des 12 millions de mères que compte le pays pour leur expliquer ce qu'est la TRO; à ces

Fig. 13 Promotion de la TRO, Egypte, 1983-1985

Evolution des connaissances sur la déshydratation et les SRO et changements constatés dans l'utilisation des SRO après intervention des médias et diffusion des SRO en pharmacie.



1 Fév. 83: Enquête initiale

2 Juill. 83: Campagne radio et diffusion des nouveaux SRO par les pharmacies privées (Alexandrie seulement)

3 Fév. 84: Campagne TV nationale (1 mois)

4 Sept. 84: Campagne TV nationale (1 mois) et nouveaux SRO dans les pharmacies privées

5 Juin 85: Campagne TV nationale (5 mois); diffusion des SRO dans 98% de l'ensemble des pharmacies du pays.

Note: Le Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques n'a commencé à promouvoir la TRO dans l'ensemble du pays qu'en février 1984; en 1983, la méthode et les nouveaux sachets de SRO ont été expérimentés à Alexandrie. Les pourcentages pour 1983 concernent donc Alexandrie uniquement.

Source: Ministère égyptien de la santé, *Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques - The National Control of Diarrhoeal Diseases Project: an innovative and effective program*, Le Caire, octobre 1985.

efforts viennent s'ajouter des émissions de radio et de télévision déjà vues et entendues par près de 50% des parents (voir encadré n° 12)*.

Atteindre les médecins

On peut dégager de ce qui précède deux leçons essentielles. La première est qu'il importe de développer des stratégies de communication originales pour arriver à expliquer à tous les parents, et non seulement à une minorité, en quoi consiste la TRO. La seconde est qu'il faut, avec non moins de détermination, informer et rallier à cette cause les centres de santé eux-mêmes.

La communication de masse en faveur de la TRO peut susciter une prise de conscience et la volonté de trouver une solution au problème: c'est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour l'adoption de la nouvelle thérapie. Pour mettre celle-ci en pratique, la plupart des parents ont également besoin de l'adhésion et de l'encouragement des agents de santé.

En premier lieu, la crédibilité d'un message de cette nature tient très largement, dans la plupart des cas, à la caution des médecins. L'expérience de l'Egypte et de maints autres pays a montré que les efforts de communication de masse déployés en vue de transmettre des connaissances sanitaires sont le plus souvent voués à l'échec s'ils ne bénéficient pas d'un soutien enthousiaste de la part du corps médical.

En second lieu, les services de santé constituent, dans la plupart des pays, des moyens de communication à part entière, grâce auxquels une proportion élevée de la population peut être informée en matière de prévention sanitaire. Même si le secteur officiel de la santé n'atteint que 25 à 50% de la population dans la plupart des pays en développement, cela n'est pas négligeable, tant s'en faut; de plus, les exemples et les conseils qui y sont donnés ont une influence bien plus grande que ces chiffres ne pourraient le donner à penser. Une mère qui, par hypothèse, amènerait son enfant chez le médecin et en reviendrait avec un flacon de comprimés et le conseil de ne pas nourrir l'enfant pendant un ou deux jours, réduirait à néant tout ce que ses voisins auraient pu entendre au sujet de la TRO et de la nécessité de continuer à nourrir les enfants en cas de diarrhée.

Aujourd'hui, cependant, on n'exploite même pas au maximum les capacités existantes des services de santé pour diffuser les nouvelles connaissances en matière de santé infantile. Selon l'Organisation mondiale de la

* Pour soutenir ces nombreux efforts, l'OMS a formé à ce jour plus de 5000 responsables de programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques, chacun de ces programmes comportant une formation à la TRO.

Soudan: l'exemple de Khartoum

A mesure que le Soudan se remet progressivement de la pire sécheresse du siècle, les autorités sanitaires du pays dirigent leur attention vers un autre fléau frappant les enfants du pays: les maladies évitables par la vaccination.

Avec moins de 10% d'enfants entièrement vaccinés dans le pays, on estime à 50 000 par an le nombre de jeunes victimes inutiles de la rougeole, de la coqueluche, du tétanos, de la diphtérie, de la tuberculose et de la poliomyélite. Au plus fort de la famine de 1984 et 1985, ce sont environ six fois plus d'enfants, affaiblis par le manque de nourriture, qui ont succombé à la lutte contre les maladies évitables par la vaccination.

Bien que le Soudan ait lancé un programme élargi de vaccination en 1976, la couverture vaccinale est constamment restée bien en deçà des objectifs.

En 1985, les ministères de la santé et de l'information, la Commission nationale pour la protection de l'enfance et les administrations sanitaires régionales et provinciales s'unirent à des membres éminents de l'Association de pédiatrie, du Rotary International, de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'UNICEF, en vue de trouver une solution au problème que constitue la faible couverture vaccinale.

De toute évidence, le manque d'information était au cœur du problème: des enquêtes révélèrent que 47% des parents ne savaient pas que des services de vaccination étaient à leur disposition, tandis que 27%, bien qu'ils en aient entendu parler, n'avaient pas vraiment compris l'importance de la vaccination pour leurs enfants.

C'est pourquoi les organisateurs du nouveau programme accéléré de vaccination, lancé dans la région de Khartoum vers la fin de l'année, s'adressèrent à tous les secteurs de la société, y compris les établissements scolaires, les forces armées et la police, pour aider les services de santé à informer les parents de l'utilité de la vaccination.

Les quatre phases de la campagne de vaccination, qui se déroulèrent entre octobre 1985 et janvier 1986, bénéficièrent d'un soutien massif des moyens d'information afin de mieux sensibiliser le public.

Tandis que des volontaires passaient la consigne de maison en maison, la station de radio locale diffusait des

bulletins d'information quotidiens et invitait les parents à amener leurs enfants aux postes de vaccination. Le théâtre Tagadum de Port-Soudan, qui avait créé une pièce à succès sur la vaccination, fut invité à la jouer en divers endroits de la région; elle fut également retransmise à la télévision nationale.

Le programme accéléré de vaccination était aussi destiné à contribuer à l'établissement d'un système sanitaire à long terme, afin d'assurer que les générations d'enfants à venir bénéficient de services de vaccination.

Le nombre de postes de vaccination desservant la région de Khartoum fut doublé, passant de 76 à 152, et 340 agents de santé furent spécialement formés. Pour faire face à la demande croissante, on installa de nouveaux matériels de vaccination et de chaîne du froid afin de garantir une bonne conservation des vaccins.

A la fin de l'année, quelque 52% des 71 000 enfants de la région âgés de moins d'un an avaient été complètement vaccinés contre les six maladies; 82% avaient reçu au moins la première des trois doses contre la poliomyélite, et contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Le programme avait en outre permis de vacciner un nombre presque identique d'enfants de un à trois ans. L'évaluation effectuée montre que 89% des parents savent aujourd'hui qu'ils ont accès à des services de vaccination et comprennent l'importance qu'elle revêt pour leurs enfants.

La région de Khartoum est désormais un exemple à suivre. 1986 a vu le lancement d'un programme national accéléré de vaccination, financé par Live Aid et par les gouvernements canadien, italien et néerlandais. Officiellement inauguré dans la région du centre, il est actuellement élargi afin de toucher quatre régions supplémentaires dans le courant de l'année. En dépit de la guerre civile qui se poursuit, l'objectif est d'étendre la couverture vaccinale à l'ensemble du pays dans les quatre prochaines années, de manière à ce que chaque enfant soudanais soit complètement vacciné d'ici à 1990 et que chaque future mère soit vaccinée contre le tétanos, pour sa propre protection et celle de son enfant.

Lorsque cet objectif aura été atteint et ces acquis maintenus, près d'un million d'enfants de moins d'un an et plus de 1,1 million de femmes seront vaccinés chaque année.

Santé, 25% à peine des dispensaires et des centres de santé des pays en développement possèdent un stock de SRO et emploient une personne formée à la thérapie par réhydratation orale⁸.

Etant donné les contacts qu'ils entretiennent avec le public et le respect qu'on leur voue, les services de santé ont un rôle majeur à jouer dans la formulation et le soutien des messages diffusés lors des campagnes de communication de masse. Par ailleurs, les dispensaires et les centres de santé sont en mesure, dans le cadre de leur fonctionnement quotidien, de transmettre des informations capitales sur la façon d'utiliser les nouvelles connaissances sanitaires. Il est inconcevable, à notre époque, que les parents ne soient pas informés par la radio, la télévision et l'école des données de base concernant la santé infantile. Il est encore plus impardonnable qu'ils n'en soient pas informés par leurs propres services de santé.

Ainsi, l'obstacle le plus important à la propagation de la TRO réside sans nul doute dans le manque de soutien actif du corps médical, soutien qu'il faut considérer comme la seconde condition *sine qua non* de succès de la thérapie. Pour reprendre les termes du docteur Kenneth Bart, membre de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, lors de la deuxième Conférence internationale sur la TRO en décembre 1985 :

«Dans le monde entier, la majorité des médecins, des agents de santé communautaires et des pharmaciens ne connaissent pas encore la thérapie par réhydratation orale ou n'y adhèrent pas encore. Trop nombreux sont ceux qui continuent à prescrire des médicaments et à conseiller aux mères de supprimer l'alimentation durant la diarrhée.»⁹

Avant de rendre compte des efforts qui, parallèlement, visent à éléver les taux de vaccination dans le monde entier, il importe de prendre acte de la différence essentielle qui distingue, du point de vue de la promotion, les deux techniques les plus puissantes de santé publique.

En théorie, la TRO devrait être bien plus facile d'accès que la vaccination. En effet, sans même parler des vaccins eux-mêmes, il ne peut y avoir vaccination sans techniques de conservation au froid, sans fichiers tenus à jour et sans agents de vaccination qualifiés. La TRO n'exige rien de tout cela. Elle peut être appliquée par tous les parents au moyen d'ingrédients à disposition dans la quasi-totalité des foyers. En pratique cependant, la vaccination atteint aujourd'hui quatre fois plus d'enfants que la TRO. Cela s'explique en partie par la relative nouveauté de la thérapie par réhydratation orale. Mais cela s'explique surtout par le fait que si tous les médecins et tous les agents de santé connaissent l'importance de la vaccination, seule une minorité d'entre eux savent que la TRO est d'une importance tout aussi cruciale pour la protection de la vie et de la croissance des enfants.

On comprend donc l'importance du soutien résolu apporté aujourd'hui à la TRO par des groupements professionnels des plus respectés, telle l'Association internationale de pédiatrie.*

Une dimension s'ajoute de la sorte à la promotion de masse de la TRO : il convient de s'assurer qu'à tous les niveaux des services de santé on maîtrise les connaissances existantes sur les maladies diarrhéiques et la thérapie par réhydratation orale.

Aujourd'hui encore, la majeure partie des professionnels de la santé dans le monde continuent à prescrire des médicaments antidiarrhéiques, pour un coût annuel de plus de 400 millions de dollars**. Pourtant, on sait de nos jours que, dans presque tous les cas, ces médicaments

* L'Association internationale de pédiatrie a adopté en 1983, lors de son Congrès de Manille, la résolution suivante :

«Attendu que l'Association internationale de pédiatrie reconnaît que les principales causes de décès et d'infirmité des enfants sont évitables et remédiabiles, et

«attendu qu'il existe des techniques médicales peu onéreuses et extrêmement efficaces pour prévenir et traiter ces causes de décès et d'infirmités, comme l'emploi des fiches de croissance, la vaccination, la thérapeutique de réhydratation par voie orale, ainsi que la promotion de l'allaitement maternel et du sevrage approprié, et

«attendu que ces techniques sanitaires efficaces peuvent être utilisées à grande échelle, dans le domaine des soins de santé primaires, grâce à des méthodes de communication de masse et d'organisation sociale, et

«attendu que l'ensemble – technologie, communication et organisation sociale – rend possible une véritable Révolution pour la survie des enfants qui pourrait réduire de moitié le nombre de maladies et de décès chez les enfants au cours de la prochaine décennie,

«qu'il soit donc résolu que l'Association internationale de pédiatrie s'engage à s'associer et à travailler à tous les niveaux avec l'UNICEF, l'OMS et d'autres partenaires pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles et ainsi provoquer une Révolution pour la survie des enfants.

L'Association internationale de pédiatrie fait notamment appel à toutes les sociétés de pédiatrie locales, nationales et régionales, ainsi qu'à tous les pédiatres en général, pour qu'ils participent à cet effort.»

** 30% de l'ensemble des admissions d'enfants dans les hôpitaux et environ 40% de l'ensemble des consultations données dans les dispensaires et les centres de santé des pays en développement concernent les maladies diarrhéiques. Si tous ces hôpitaux et tous ces centres de santé utilisaient des SRO pour traiter 90% des cas en question – au lieu de prescrire des médicaments antidiarrhéiques et une thérapie intraveineuse – les économies réalisées suffiraient amplement à financer des programmes de promotion de la TRO à l'échelle nationale et la production de SRO en nombre suffisant pour traiter chaque épisode de diarrhée infantile. En d'autres termes, il serait possible d'améliorer de manière très importante la santé infantile sans accroître les dépenses globales. Selon Robert Hogan, spécialiste de la gestion des programmes à l'OMS pour le Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, «la TRO, en remplaçant une mauvaise thérapie par une bonne, pourrait dans bien des cas rembourser l'investissement qu'elle exige.»

sont inutiles — lorsqu'ils ne sont pas carrément nocifs. Aujourd'hui encore, bon nombre de professionnels de la santé continuent à conseiller aux parents de cesser de nourrir un enfant qui souffre de diarrhée. Pourtant, nourriture et liquides s'imposent, précisément, pour maintenir le niveau nutritionnel, accélérer la guérison et prévenir la déshydratation.

En d'autres termes, un pourcentage élevé de médecins dans le monde prescrivent aujourd'hui un traitement inadéquat pour l'une des maladies les plus communes qui soit.

Vers la vaccination universelle

Quatorze millions d'enfants de moins de cinq ans meurent actuellement chaque année. La thérapie par réhydratation orale pourrait réduire ce chiffre d'environ 20 à 25% et la vaccination contre les six principales maladies contre lesquelles un vaccin existe d'une nouvelle tranche de 25% (voir figure 10).

Au milieu des années 70, moins de 5% des enfants du monde en développement recevaient ne serait-ce que leur première dose de vaccin contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche ou le tétanos. Aujourd'hui, 40% environ de ces enfants sont complètement vaccinés et ce chiffre augmente rapidement*. Au cours des deux dernières années, 77 pays – représentant plus de 90% des enfants du monde en développement – ont informé le Secrétaire général de l'ONU de leur intention de vacciner au moins 80% de leur population enfantine d'ici à 1990, conformément à l'objectif que se sont fixé les Nations Unies**.

* La vaccination contre la rougeole constitue une importante exception : seuls 26% environ des enfants du monde en développement en ont bénéficié, alors que la maladie est responsable d'environ 55% de l'ensemble des décès évitables par la vaccination.

Le grand problème de la vaccination antirougeoleuse est celui du moment de l'intervention. Le vaccin administré à des enfants de moins de neuf mois risque d'être neutralisé par les anticorps naturels transmis par la mère. Vacciner les enfants après neuf mois, c'est accepter qu'un grand nombre d'entre eux contractent la rougeole entre le moment où leurs défenses naturelles se seront affaiblies et celui de la vaccination. Le meilleur compromis consiste donc à vacciner les enfants aussi près que possible de leur neuvième mois.

La vaccination antirougeoleuse présente en revanche l'avantage de ne nécessiter qu'une seule dose ; d'autre part, il existe maintenant un vaccin beaucoup moins sensible à la chaleur.

** Il s'agit des 77 pays suivants : Afghanistan, Algérie, Angola, Arabie saoudite, Bangladesh, Belize, Bénin, Bhoutan, Birmanie, Bolivie, Botswana, Brésil, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Chine, Colombie, Congo, Djibouti, Egypte, Equateur, Ethiopie,

En résumé, les années 80 pourraient être considérées un jour comme la décennie au cours de laquelle la grande majorité des enfants du globe ont été vaccinés.

Le nombre de doses de vaccin que l'UNICEF fournit à plus de 100 pays en développement reflète bien cette situation : entre 1982 et 1985, il a triplé, passant de 125 millions à 377 millions, et on pense qu'il atteindra le milliard en 1990 (voir figure 14)***.

Grâce à cette accélération, les vaccins sauvent actuellement la vie d'environ un million d'enfants par année dans le monde en développement (voir figure 10). Si l'objectif 1990 fixé à la vaccination universelle est atteint****,

Gambie, Ghana, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Honduras, Inde, Indonésie, Iran, Iraq, Jordanie, Kampuchea, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Maldives, Maurice, Mauritanie, Mexique, Mozambique, Népal, Nicaragua, Nigéria, Oman, Ouganda, Pakistan, Panama, Paraguay, Pérou, Philippines, République arabe du Yémen, République centrafricaine, République démocratique populaire du Yémen, République dominicaine, Rwanda, Salvador, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Sri Lanka, Suriname, Syrie, Tanzanie, Tchad, Thaïlande, Togo, Turquie, Viet Nam, Zaïre, et Zimbabwe. 46 de ces pays ont signé la Déclaration d'engagement en faveur de la vaccination universelle des enfants d'ici à 1990 (voir encadré n° 8).

*** L'UNICEF est le premier fournisseur international de vaccins. Il se conforme aux normes édictées par le Programme élargi de vaccination de l'OMS. La production locale de vaccins devrait augmenter considérablement au cours des quelques années à venir dans certains pays tels que la Chine, l'Inde et le Pakistan.

**** En pratique, aucun pays, même industrialisé, n'a jamais réussi à vacciner 100% de ses enfants. La vaccination « universelle » doit donc être comprise comme une situation idéale dans laquelle tout enfant peut être vacciné contre la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole. Toutefois, il est généralement admis que lorsque le taux de couverture vaccinale est de 80% ou plus, les modes de trans-

Equateur: les vagues de la survie

Le 26 octobre 1985, les cloches des églises retentirent dans chaque paroisse de l'Equateur, pour appeler les parents, non pas au culte, mais à la sauvegarde de la vie de leurs enfants. Le nouveau programme de survie des enfants de l'Equateur était lancé.

Les premières victimes des catastrophes naturelles et de la récession économique en Equateur sont les enfants. Plus du tiers des familles sont dans le dénuement et deux enfants sur cinq sont malnouris, ce qui les prédispose aux infections. La diarrhée et les maladies évitables par la vaccination sont responsables de près de la moitié des 30 000 décès annuels de jeunes enfants – et pourtant, en 1984, 20% des familles à peine utilisaient des sels de réhydratation orale pour combattre la diarrhée et seulement 50% des enfants de moins de cinq ans étaient complètement vaccinés.

Pour faire face à cette situation, le pays lança un programme national de campagnes de santé, en «vagues» successives, intervenant trois fois par année. L'objectif est de renforcer la capacité des services de santé à atteindre chaque famille. Le programme combine des vaccinations, les sels de réhydratation orale pour prévenir la déshydratation et les fiches de croissance comme moyen d'initier les mères aux questions de nutrition infantile.

Sous l'égide de la première dame du pays, le soutien afflua de toutes parts: des ministères de la santé, de la protection sociale et de l'éducation, de l'Institut national pour l'enfant et la famille, de la Croix-Rouge, de l'Eglise catholique, de donateurs internationaux, et des gouverneurs des 20 provinces du pays.

Il importait en premier lieu de parfaire les connaissances de chaque volontaire. Le Ministère de la santé assura la formation de 3000 agents de santé et autres personnels sanitaires. La Conférence des évêques donna des directives à 660 chefs de communauté. Le programme d'enseignement le plus vaste fut l'occasion pour le Ministère de l'éducation d'organiser un stage d'une semaine destiné à 900 agents d'encaissement, 34 500 enseignants et 150 000 élèves du secondaire.

Il convenait ensuite d'attirer l'attention des parents sur le programme. Une campagne d'information débuta plusieurs mois avant la première «vague» fixée pour les 26-28 octobre. Journaux et magazines, radio et télévision, affiches, banderoles et prospectus véhiculèrent le message dans tout le pays. Partout dans le pays, des enfants se mirent à chanter le thème musical du programme. Les prêtres des paroisses, dans leur ho-

mélie du dimanche, s'attachèrent à montrer les bienfaits des mesures en faveur de la survie des enfants et les élèves des écoles secondaires se rendirent dans les foyers pour expliquer aux parents les stratégies en question.

Les organisateurs fixèrent pour la première «vague» un objectif qu'ils estimaient réaliste: vacciner 257 000 enfants âgés de moins de cinq ans dans 3000 postes de vaccination temporaires. 532 000 enfants se présentèrent à la vaccination, soit plus du double des prévisions. Plus de 621 000 sachets de sels de réhydratation orale furent distribués avec un sac doseur en matière plastique d'une contenance d'un litre. 484 000 enfants reçurent en outre une fiche de croissance indiquant les dates des vaccinations et comportant des informations au sujet de la nutrition.

En moins de 15 jours, la demande de sels de réhydratation orale émanant des dispensaires et des pharmacies avait doublé. Une enquête réalisée deux mois plus tard révéla que 75% des foyers connaissaient désormais bien les sels et que 50% les avaient utilisés. Plus de la moitié avaient appris les notions relatives au traitement grâce à des élèves du secondaire.

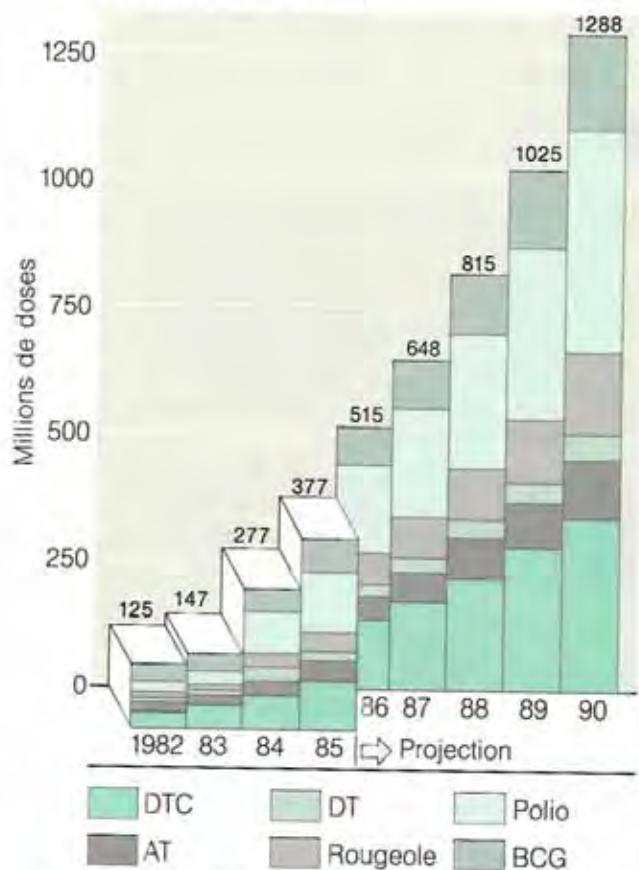
La publicité pour la deuxième vague, du 25 au 27 janvier 1986, débute seulement une semaine à l'avance. Le nombre des vaccinations chuta: un peu moins de 320 000 enfants furent vaccinés et 206 000 fiches de croissance distribuées.

On fit donc des efforts supplémentaires pour la troisième vague qui eut lieu du 21 au 23 juin. La campagne d'information fut intensifiée bien à l'avance; elle mettait l'accent sur un «diplôme» à remettre aux enfants qui recevraient la série complète des vaccinations. On permit aux parents de peser leurs enfants de moins de deux ans au poste de vaccination.

La participation s'éléva à nouveau. Plus de 334 000 enfants furent vaccinés, plus de 436 000 sachets de sels de réhydratation orale furent distribués et près de 145 000 enfants de moins de deux ans furent pesés.

Il est prévu que les campagnes par vagues se poursuivent jusqu'en 1988, date à laquelle elles seront relayées par les services de santé. Le coût par enfant vacciné étant inférieur à 2 dollars par vague de vaccinations, on renforce actuellement cette expérience en vue de favoriser la survie et la croissance optimale des enfants équatoriens.

Fig. 14 Vaccins fournis par l'UNICEF, 1982-1990 (projection)



Note: Les projections pour 1986-1990 sont les meilleures estimations possibles. Ces chiffres sont sujets à d'importantes modifications.

DTC = diphtérie, tétanos et coqueluche
 DT = diphtérie et tétanos
 AT = anatoxine téstanique
 BCG = tuberculose

Source: UNICEF.

trois autres millions d'enfants seront sauvés chaque année, ce qui mettra effectivement fin à l'emprise de six grandes maladies infectieuses: la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose, maladies qui, tout au long de l'histoire, ont prélevé un

mission des maladies sont à tel point bouleversées que même les enfants non vaccinés sont plus ou moins protégés (dans la mesure évidemment où les individus non vaccinés sont répartis de manière égale au sein de l'ensemble de la population, et non pas regroupés dans des zones à taux de couverture vaccinale faible ou nul).

Il est également capital de vacciner les enfants pendant leur première année de vie et de maintenir les taux de vaccination, de façon à ce que chaque nouvelle génération soit à son tour protégée.

effroyable tribut sur la vie et les corps de millions d'enfants, saccagé leur équilibre nutritionnel et entravé leur croissance (voir figure 15).

L'offre

Ce bond en avant de la vaccination ne s'explique pas par l'apparition de nouvelles techniques. A l'exception (importante) d'un nouveau vaccin antirougeoleux plus résistant à la chaleur, presque tous les moyens techniques d'aujourd'hui étaient déjà disponibles au début des années 70. Ce sont deux facteurs non techniques apparus récemment qui ont ouvert la voie à ces progrès spectaculaires.

Il s'agit premièrement de la capacité accrue des gouvernements et des ministères de la santé à organiser la distribution des vaccins, en quantités appropriées, au bon endroit et à la température voulue. Ainsi, ces dernières années, le Programme élargi de vaccination (PEV) de l'OMS a permis la formation de plus de 18 000 professionnels de la gestion des programmes de vaccination et de l'entretien des chaînes du froid. Bien que les problèmes de gestion limitent encore trop souvent les disponibilités en vaccins, presque tous les pays peuvent maintenant disposer de suffisamment de vaccins pour atteindre et maintenir l'objectif de la vaccination universelle.

En deux mots, ce n'est plus l'*offre* qui constitue le principal obstacle à la vaccination des enfants; si la volonté existe, les moyens peuvent être trouvés. Le docteur William Foege, directeur du Groupe d'étude pour la survie des enfants*, a ainsi déclaré cette année qu'"aucun pays réellement décidé à vacciner ses enfants ne peut aujourd'hui en être empêché par manque de ressources nécessaires". Le Directeur du Programme élargi de vaccination de l'OMS, le docteur Ralph Henderson, est du même avis: «*En l'état actuel des choses, aucun pays s'étant doté d'un plan d'opérations PEV réaliste ne devrait souffrir du manque de vaccins, de matériels de chaîne du froid ou de fournitures*», a-t-il déclaré cette année¹.

Au milieu des années 80, le problème crucial dans le domaine de la vaccination n'est plus d'assurer la fourniture des produits et des équipements, mais bien de susciter la demande.

* Le Groupe d'étude pour la survie des enfants a été mis sur pied en mars 1984 par l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le développement et la Fondation Rockefeller «non seulement pour vacciner tous les enfants du monde et donner ainsi un élan aux soins de santé primaires, mais aussi pour promouvoir d'autres mesures efficaces – de la réhydratation orale à l'espacement des naissances et la planification familiale – partout où l'occasion se présente de diminuer la morbidité et la mortalité de ce groupe, le plus vulnérable de tous»².

Mozambique: le modèle de Maputo

En un peu plus de dix ans d'indépendance, le Mozambique a connu des sécheresses et des catastrophes naturelles répétées, la crise économique et une insurrection armée soutenue de l'étranger. En dépit de tout cela, le programme national de vaccination gagne du terrain.

Le Mozambique a adopté une politique de soins de santé primaires peu de temps après l'indépendance, en 1975, et a lancé sa première campagne nationale de vaccination en 1976. Quelques années plus tard, la sécheresse et la guerre avaient pour ainsi dire réduit à néant les progrès accomplis. Depuis lors, les pluies sont revenues, mais les centres de santé sont détruits, les agents de santé qualifiés sont rares et la couverture vaccinale est tombée à moins de 25%. La malnutrition sape la capacité de nombreux enfants à survivre aux assauts du paludisme, des infections diarrhéiques et des maladies évitables par la vaccination.

Se faisant l'interprète de la détermination de son gouvernement à surmonter ces épreuves, l'ancien président Samora Machel a déclaré en novembre 1985 que plus de 90% des enfants âgés d'un an vivant à Maputo, la capitale du pays, seraient vaccinés contre six maladies meurtrières avant la fin de 1986. Ce programme est destiné à servir de modèle pour le reste du pays.

L'objectif est déjà en vue: depuis trois ans, les agents de santé de la ville effectuaient des visites à domicile, recensant les enfants et les femmes enceintes non vaccinées ou les enfants qui n'ont pas été pesés dernièrement, afin de les orienter vers le centre de santé le plus proche. En 1986, ils ont commencé à balayer systématiquement toute la ville. En juin, ils étaient à mi-chemin de leur but: protéger 90% des 34 000 enfants âgés d'un an. Au mois d'août, ils avaient fait du porte à porte dans 62 des 98 *bairros* (arrondissements) de la ville.

Pour réussir pleinement dans leur tâche, il leur faut atteindre les familles les plus insaisissables de la capitale: les pauvres, les analphabètes et les nombreux arrivés récents, qui ont fui la campagne où la guerre fait rage.

Les autorités sanitaires de Maputo forment donc des alliances permanentes destinées à informer chaque famille. Dans les écoles primaires, on enseigne aux enfants les avantages de la vaccination et d'autres mesures sanitaires. Lorsque les campagnes de porte à

porte s'ouvrent dans chaque *bairro*, les militants du parti, les écoles secondaires, les organisations nationales de jeunes et de femmes ainsi que la Croix-Rouge mozambicaine travaillent côté à côté avec les dirigeants des *bairros* et le personnel sanitaire pour encourager les parents à amener leurs enfants. Les opérations sont annoncées par voie d'affiches, de tracts, d'émissions de radio et de télévision, d'appels diffusés par camionnettes munies de haut-parleurs et d'annonces lors des manifestations sportives.

Simultanément, un programme accéléré de vaccination dans la province d'Inhambane, au sud du pays, l'une des plus durement touchées par la sécheresse et par la guerre, ouvre la voie à une autre façon de procéder en zones rurales.

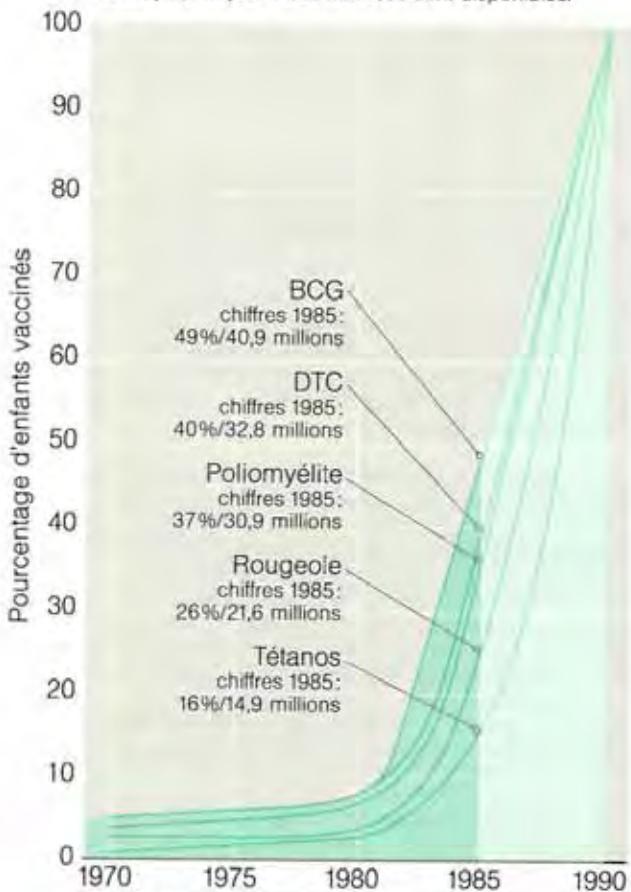
Ce programme a été lancé en mai 1985 avec l'aide de l'UNICEF et du *Save the Children Fund*. Le personnel de santé a formé des travailleurs locaux du parti et des volontaires de l'Association nationale des femmes et de la Croix-Rouge mozambicaine à aider les équipes mobiles de vaccination et à inciter les parents à amener leurs enfants se faire vacciner. Les dates et les lieux de vaccination ne pouvaient être rendus publics, de crainte d'attirer les attaques armées: une stratégie de communication «silencieuse» fut donc mise au point pour encourager la vaccination en passant par les organisations communautaires, la structure du parti, les écoles primaires, la radio et des tracts. Les volontaires et les équipes de mobilisation se rendirent de maison en maison un ou deux jours à l'avance seulement pour signaler aux familles le moment et le lieu de la vaccination.

En décembre, la «stratégie silencieuse» était déjà bien implantée dans neuf districts de la province d'Inhambane, et les équipes avaient atteint 68% des enfants d'un an dans les zones de leur ressort. Au début de 1986, les équipes se sont redéployées pour pénétrer dans les 12 districts de la province. En juillet, elles ont élargi leurs activités: la vaccination est désormais l'occasion d'introduire la surveillance de la croissance des enfants et d'instruire les mères au sujet de la thérapie par réhydratation orale.

Les enseignements tirés des expériences de Maputo et d'Inhambane permettent d'affiner la démarche du pays en matière de soins de santé. D'ici à 1990, le Mozambique espère vacciner 50% des enfants vivant en zones rurales et 90% des enfants des grandes villes.

Fig. 15 Vacciner tous les enfants d'ici 1990: progrès accomplis et restant à accomplir

Vaccination des enfants âgés de 12 mois contre la tuberculose (BCG), la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la poliomyélite* et la rougeole**, et des femmes enceintes contre le tétanos (AT***) dans les pays en développement****. La progression effective (1970-1985) de la vaccination des enfants de moins d'un an dans les pays en développement est indiquée en vert foncé, tandis que la progression requise (1985-1990) pour atteindre l'objectif de la vaccination universelle d'ici 1990 est indiquée en vert clair. 1985 est la dernière année pour laquelle des données sont disponibles.



* Généralement trois doses, mais certains pays n'administrent que 2 doses de DTC et de vaccin antipoliomyélique.

** Dans certains pays, la vaccination antirougeoleuse se pratique après le 12^e mois.

*** Deux injections antitétaniques au cours de la grossesse sont nécessaires pour assurer une protection contre le tétanos néo-natal, responsable de la vaste majorité des décès infantiles par tétanos dans les pays en développement. La couverture vaccinale antitétanique s'applique donc aux femmes enceintes.

**** Chine non comprise. Les estimations les plus récentes de l'OMS pour la couverture vaccinale dans les pays en développement, Chine comprise, sont les suivantes: BCG: 59%; DTC: 43%; poliomyélite: 43%; rougeole: 32%; tétanos: 13%.

Source: Estimations OMS et UNICEF.

La demande

Une mère d'un pays en développement souhaitant faire vacciner son enfant doit en général envisager la perte d'une demi-journée de travail et de salaire, entreprendre un déplacement à pied ou en autobus avec un ou plusieurs nourrissons dans les bras, faire la queue pendant une heure ou plus en plein soleil, revenir en hâte à la maison pour rattraper le travail domestique en retard, se résigner à ce que son enfant fasse une petite poussée de fièvre et que ses pleurs empêchent la famille de dormir cette nuit-là, enfin convaincre son mari et sa belle-mère de l'utilité d'une telle perte de temps et d'argent et de la nécessité de répéter cette expédition trois ou quatre fois pour un enfant qui n'est même pas malade.

Pour créer la demande dans ce contexte, il faut que la vaccination soit offerte en des lieux et à des heures qui conviennent aux parents qui travaillent. Plus important encore: les parents doivent être informés non seulement du lieu et du moment de la vaccination, mais avoir compris que pour protéger la vie et la santé de leurs enfants, ils doivent absolument soumettre ces derniers à une série d'injections qui peut exiger trois à cinq visites.

Lorsque les parents comprennent cela, ils consentent l'effort nécessaire. Autrement, on observe généralement qu'ils ne conduisent leurs enfants à la première séance de vaccination que dans une proportion de 50 à 60% et que bien moins de la moitié de ces enfants se présentent pour la deuxième et la troisième séance. Sur 81 programmes de vaccination évalués par l'OMS dans 30 pays, le taux moyen d'abandon entre la première et la troisième injection de vaccin DTC a atteint près de 40%.

C'est contre cet obstacle que, par le passé, la plupart des programmes de vaccination ont échoué – et c'est sur ce point que l'on enregistre actuellement les plus grands progrès.

Les pays qui, ces cinq dernières années, ont doublé ou triplé leurs taux de couverture vaccinale sont ceux qui ont trouvé de nouveaux moyens de renforcer à la fois les services de vaccination offerts et la demande du public pour ces mêmes services. Ces pays ont décidé qu'il ne suffisait pas de proposer des séances de vaccination le second lundi du mois dans un petit nombre de centres de santé et de le faire savoir par des affiches qui ne seront vues que par 20% de la population et lues par un pourcentage encore plus faible. La décision de vacciner tous les enfants y a été prise à un niveau politique élevé en tant que priorité nationale. Tous leurs moyens de transport et de communication ont été mobilisés pour atteindre cet objectif*.

* En précisant que l'objectif 1990 fixé à la vaccination universelle «ne pourra être atteint sans une accélération continue des programmes nationaux», la trente-neuvième Assemblée mondiale de la santé constate que sa réalisation peut être favorisée «grâce à la

20

Bolivie: mobiliser un million de personnes

Depuis 1983, la Bolivie a mobilisé jusqu'à un million de personnes, soit le sixième de la population du pays, dans le cadre de 17 grandes campagnes organisées au profit de la survie des enfants.

Dans un pays accablé par la pire crise économique de l'hémisphère occidental et défavorisé par un milieu naturel difficile où les hauts plateaux côtoient les plaines tropicales, les services de santé traditionnels ne peuvent atteindre plus du quart de la population. C'est la raison pour laquelle la Bolivie détient le taux de mortalité juvénile-infantile le plus élevé d'Amérique du Sud. Chaque année, plus de 50 000 enfants, soit environ un sur cinq, meurent avant l'âge de cinq ans, victimes avant tout de la déshydratation diarrhéique et des maladies évitables par la vaccination.

En février 1983, le Ministère de la santé décida de réduire de moitié le nombre de victimes; la première mesure qu'il prit dans ce sens fut de s'associer le concours de tous les groupements organisés du pays pour administrer aux enfants le vaccin antipoliomyélite par voie orale. Des « Comités populaires de santé », dirigés chacun par un « délégué populaire à la santé » bénévole, furent mis sur pied dans tout le pays. Les médias, syndicats, conseils de quartier, églises, groupes de mères, organismes bénévoles et associations de professionnels de la santé se rallièrent tous à la même cause. Résultat: entre la fin 1983 et le début 1984, 70% des enfants des zones rurales et 90% des enfants des zones urbaines reçurent au moins une dose de vaccin.

Une deuxième campagne lancée en 1984 pour vacciner les enfants contre la rougeole a permis d'atteindre la moitié des enfants boliviens de moins de cinq ans, dont le nombre s'élève à plus d'un million; à l'issue de la campagne menée en 1985 contre la diphtérie, la rougeole et le coqueluche, et malgré une grève générale, le quart de la population des moins de trois ans, soit 250 000 enfants, ont été vaccinés.

6500 unités de réhydratation orale, dont la plupart sont placées sous le contrôle des délégués populaires à la santé, ont été créées dans le pays pour faciliter la distribution des sels de réhydratation orale et apprendre aux mères à prévenir la déshydratation diarrhéique à la maison. Différents moyens ont été utilisés pour vulgariser cette thérapeutique et soutenir le travail des unités de réhydratation: radio, télévision, représentations théâtrales dans les zones rurales et peintures murales.

D'autres mesures ont été prises dans le cadre de

campagnes destinées à combattre une multitude d'affections infantiles: traitement des maladies parasitaires qui freinent la croissance des enfants, protection contre le paludisme, vaccination contre la fièvre jaune et information des parents sur les mesures à prendre en cas d'infections respiratoires aigües. Dans les nombreuses régions de Bolivie où la carence en iodure est répandue, des injections d'huile iodée assurant une protection pendant deux ou trois ans ont été pratiquées sur les mères et les enfants.

Trois ans après le lancement de ce programme et le changement de gouvernement, les campagnes de santé publique en Bolivie sont entrées dans les mœurs; elles viennent compléter l'action des services de santé traditionnels. La dernière campagne menée en Bolivie — la dix-septième du genre — avait pour objectif de promouvoir la thérapie par réhydratation orale et de vacciner les enfants contre cinq maladies meurtrières. Lancée le 8 juin 1986 dans des régions montagneuses isolées, cette campagne a atteint son point culminant le 22 juin, dans les zones urbaines.

Les séances de vaccination ont été annoncées aux quatre coins du pays en espagnol, quechua et aymara par l'intermédiaire de messages transmis à la radio et à la télévision et repris dans des spectacles de marionnettes, affiches, tracts, articles de journaux, fêtes populaires et spectacles de rue. L'Eglise catholique, la police, l'armée et les organismes bénévoles nationaux et internationaux ont prêté main-forte aux délégués populaires à la santé pour organiser les séances de vaccination. A l'issue des deux semaines, plus de 500 000 enfants de moins de trois ans, c'est-à-dire juste un peu plus de 70%, avaient été vaccinés contre la poliomyélite, la rougeole, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

L'Organisation mondiale de la Santé a annoncé vers la fin de l'année 1986 que le nombre d'enfants boliviens de moins d'un an ayant reçu les trois doses complètes de vaccin antipoliomyélite a plus que doublé, passant de 14% en 1980 à 30% en 1985. Quant aux enfants de moins d'un an qui ont reçu les trois doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, leur nombre a triplé, passant de 11% en 1980 à 33% en 1985. Depuis que la Bolivie a commencé à se mobiliser pour améliorer la santé des enfants, les sels de réhydratation orale font l'objet d'une demande sans cesse croissante qui atteint maintenant 2,5 millions de sachets par an; les cas de rougeole à La Paz, la capitale, ont diminué de plus de 75% et durant les trois dernières années, les services nationaux de santé n'ont pas eu à signaler un seul cas de poliomyélite.

Dans le cas de la Colombie, dont notre rapport de 1985 a traité en détail, la couverture vaccinale a été multipliée par deux pour passer à plus de 60% moins d'un an après que le Président ait déclaré que le faible taux de vaccination était un sujet de honte nationale. Cette déclaration a été suivie d'une véritable croisade de vaccination. En l'espace de douze mois, près d'un million d'enfants ont pu être vaccinés, grâce non seulement aux services de santé, mais au Président et à plusieurs anciens présidents, à 60 000 agents bénévoles des collectivités et 13 000 volontaires de la Croix-Rouge qui ont géré 10 000 postes temporaires de vaccination, grâce à 200 000 enseignants, 2 000 prêtres, des dizaines de banques et d'entreprises privées, grâce aux journaux de la majorité et de l'opposition, et à une campagne radiophonique et télévisée d'une ampleur habituellement réservée aux élections présidentielles.

La campagne colombienne de vaccination a été suivie de près par des observateurs du Burkina Faso, de Turquie et du Salvador, pays qui, depuis lors, ont doublé ou triplé leur couverture vaccinale (voir les encadrés n° 4, 9 et 21).

D'autres pays ont également fait preuve d'imagination pour atteindre la majorité de leur population. Ainsi, en République dominicaine, 20 000 vaccineurs volontaires utilisent les cartes établies lors du recensement national de l'habitat pour localiser les foyers avec de jeunes enfants et leur rendre ensuite visite. Résultat: plus de 80% des moins de cinq ans ont maintenant été vaccinés contre toutes les grandes maladies pouvant être prévenues par la vaccination (voir encadré n° 15).

Mais aucun pays n'a sans doute mieux profité des enseignements de l'expérience colombienne et ne l'a mieux enrichie que la Turquie.

Le cas de la Turquie

En 1985, le Président et le Premier Ministre turcs prenaient la décision politique de relever le taux de vaccination de 25% à 80%. Cette décision pourrait désormais sauver chaque année 22 000 enfants turcs, et permettre à un

collaboration entre les ministères, les organisations et les individus, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, pour créer une demande effective et veiller à ce que les prestations correspondantes soient fournies; en adoptant une combinaison de stratégies propre à accélérer le programme; et en faisant en sorte que l'augmentation rapide de la couverture vaccinale puisse être soutenue par des mécanismes propres à renforcer d'autres prestations de soins de santé primaires». L'Assemblée note en outre avec satisfaction «l'appui international accru apporté aux programmes de vaccination, notamment par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et des organismes nationaux de développement, des organisations privées et bénévoles et des particuliers, dont les efforts combinés aident à se rapprocher de l'objectif fixé en matière de vaccination»⁴.

nombre d'enfants encore plus grand d'échapper à des infirmités permanentes*

La vaccination de plus de quatre millions de jeunes enfants contre cinq grandes maladies a nécessité la mobilisation non seulement des services de santé afin de faire en sorte que les vaccins soient plus disponibles, mais aussi celle de toute la nation afin de créer la demande nécessaire. Ce résultat a pu être atteint grâce aux messages diffusés par la radio nationale huit à dix fois par jour; grâce aux chaînes de télévision qui ont offert 5 millions de dollars de temps d'antenne pour les annonces en faveur de la campagne; grâce aux 70 000 instituteurs et institutrices qui ont écourté leurs vacances pour participer aux préparatifs de la campagne; grâce à l'aménagement de 45 000 postes de vaccination dans des écoles, magasins, foyers, bureaux, mosquées et centres de santé; grâce au Président et au Premier Ministre qui ont personnellement donné l'exemple en vaccinant de jeunes enfants, imités par les 67 gouverneurs et les 536 préfets qui lancèrent la campagne dans leurs provinces et districts en vaccinant simultanément des nourrissons; grâce aux milliers de chefs de village, infirmières, sages-femmes, agents de santé des collectivités et enseignants ayant fait le tour des foyers pour dresser la liste des enfants à vacciner dans leurs propres villages; grâce au soutien de la police et de l'armée, des personnalités de la télévision et des associations sportives, des entreprises privées et du Croissant-Rouge turc, et de plus de 5 000 volontaires de 60 sections du Rotary Club. L'influence la plus marquante aura peut-être été celle des 54 000 imams qui ont consacré leur sermon du vendredi à la vaccination, en se basant sur une citation du Coran: «Sachez la valeur de la vie avant que la mort ne survienne et celle de la santé avant que de tomber malades» (voir encadré n° 4).

La campagne turque, qui est finalement parvenue à atteindre 80% des enfants non vaccinés du pays, a été à son tour observée par les ministres de la santé et les délégations gouvernementales de nombreux pays: Bangladesh, Chine, Egypte, Indonésie, Nigéria, Pakistan, République arabe du Yémen, Soudan, Syrie et Viet Nam. Tous ces pays ont déclaré depuis lors qu'ils auraient vacciné la grande majorité de leurs enfants d'ici à 1990. Moins d'un an après la campagne turque, la Syrie a vacciné un million de ses enfants contre les six principales maladies pouvant être prévenues.

Le manque d'espace ne nous permet pas de décrire toutes les expériences similaires actuellement en cours dans plus de 20 pays en développement. Quelles que soient les différences culturelles entre ces pays, toutefois, un facteur commun garantit la rapide extension de la couverture vaccinale: l'engagement politique des dirigeants

* Le représentant de l'UNICEF en Turquie au moment de la campagne, Richard Reid, a reçu cette année le titre de Docteur honoris causa de l'Université de Hacettepe, à Ankara, pour «les éminents services rendus à la Campagne turque de vaccination».

Amérique centrale: campagnes pour la survie des enfants

Dans plusieurs pays d'Amérique centrale, des campagnes de vaccination réussies ont déclenché un vaste mouvement en faveur de l'amélioration de la santé des enfants.

Salvador: les journées de vaccination salvadoriennes avaient fait les gros titres en 1985, lorsque le gouvernement et la guérilla avaient cessé les combats pour une trêve de trois jours permettant aux équipes du Ministère de la santé et de la Croix-Rouge internationale de vacciner près de 250 000 enfants.

Cette année encore, les fusils se sont tus. Le 6 avril 1986, dans plus de 1600 postes de vaccination répartis sur tout le territoire, 237 000 enfants ont été vaccinés contre cinq maladies, et 58 000 mères ont reçu des injections antitétaniques.

En raison des pluies violentes tombées le 25 mai, le cessez-le-feu tacite a été prolongé de 24 heures pour permettre la vaccination de 140 000 enfants et de 77 000 mères. Lors de la troisième phase, le 6 juillet, ce sont 150 000 enfants et 97 000 mères qui ont été vaccinés. De janvier à juillet, les services de santé n'ont signalé aucun cas de poliomyélite ni de diphtérie, et seulement 6 cas de rougeole, contre plus de 12 000 en 1984.

Cette année, chaque mère venant faire vacciner son enfant a reçu une «trousse de santé» contenant le dossier de vaccination de son enfant, une fiche de contrôle de la croissance et deux sachets de sels de réhydratation orale destinés à prévenir la déshydratation diarrhéique.

Guatemala: moins de quatre mois après son arrivée au pouvoir, le gouvernement a dressé les plans de la première campagne de vaccination nationale.

Dans les semaines précédant la première phase, prévu pour le week-end du 17 mai, les journaux ont gratuitement fait de la publicité pour les dates de vaccination, et des messages radiophoniques ont fait connaître l'indicatif musical de la campagne jusque dans les moindres recoins du pays, tant en espagnol que dans les principales langues indiennes parlées au Guatemala.

Quelque 40 000 agents de santé et volontaires ont assuré le fonctionnement de plus de 6000 postes de vaccination pendant le week-end.

L'objectif était de protéger un million d'enfants de moins de cinq ans contre cinq maladies. Lorsque les

résultats furent connus, il apparut que 1,2 million d'enfants avaient été vaccinés: les équipes avaient donc touché 170 000 enfants de plus que prévu.

Tandis que les organisateurs se préparaient pour la deuxième phase en juillet, qui a atteint 909 000 enfants, le gouvernement a annoncé qu'il fabriquerait ses propres sels de réhydratation orale en vue de lutter contre les infections diarrhéiques, qui sont actuellement responsables de plus d'un quart des décès d'enfants.

Le Belize envisage de vacciner plus de 80% des enfants et des mères du pays d'ici le 11 décembre 1986, date du quarantième anniversaire de l'UNICEF. Bien que le Belize ait atteint un des taux de mortalité infantile les plus faibles de la région, les services de vaccination réguliers ne touchent que 60% des enfants de moins de six ans.

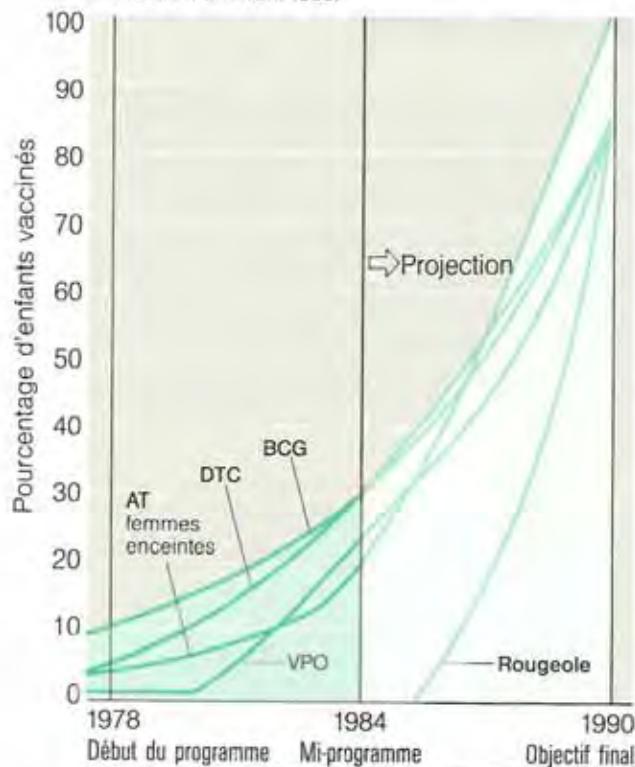
La campagne a été lancée le 3 mars 1986, et les équipes de vaccination soi-disposées pour passer une semaine dans chacun des six districts du pays. Elles ont atteint, selon les estimations, 84% des enfants lors de la première phase, faisant ainsi passer le total national à près de 95%. Au cours de la troisième phase, les équipes ont également distribué des sachets de sels de réhydratation orale, en montrant aux mères comment s'en servir.

Le Honduras organise depuis deux ans des campagnes de vaccination destinées à renforcer les vaccinations dispensées par les services de santé réguliers. Résultat: 70% des enfants de moins d'un an et 92% des enfants de un à quatre ans sont entièrement protégés contre la poliomyélite.

La campagne de cette année, lancée le 24 avril, a mis l'accent sur la survie des enfants. Les mères ont été informées sur la réhydratation orale en recevant leur piqûre antitétanique. La veille de la campagne, dans une cérémonie diffusée en direct à la radio et à la télévision, le Président du Honduras, José Azcona, et tous les ministres du gouvernement, ainsi que des représentants de l'Eglise, des syndicats, des organisations de paysans, des groupes bénévoles et des organismes professionnels ont signé un accord national aux termes duquel ils s'engagent à œuvrer pour la survie des enfants. Toutes les personnes s'occupant de santé infantile, depuis les médecins et les infirmières jusqu'aux accoucheurs et aux agents bénévoles des collectivités, reçoivent une formation intensive leur enseignant des méthodes simples et peu onéreuses pour sauver des vies d'enfants.

Fig. 16 La vaccination en Inde: progrès accomplis et projections, 1978-1990

Le programme élargi de vaccination (PEV) lancé en 1978 en Inde a pour objectif la vaccination de tous les enfants âgés de moins d'un an avant 1990.



Notes: BCG = vaccin antituberculeux (1 dose).

DTC = contre diptérie, tétanos et coqueluche (3 doses).

AT = anatoxine tétanique: deux injections sont nécessaires au cours de la grossesse pour protéger l'enfant contre le tétanos du nouveau-né.

VPO = vaccin polio oral (3 doses).

Rougeole = introduit dans le PEV en 1986 (1 dose à l'âge de 9 mois).

Source: *Futuro*, N° 17, UNICEF, New Delhi, 1986.

nationaux et la mobilisation sociale des ressources du pays.

L'engagement politique

La première condition préalable, l'engagement politique, a très clairement atteint un point d'infexion au milieu des années 80:

Le président Hosni Mubarak a annoncé que l'Egypte aurait vacciné tous ses enfants pour le trente-cinquième anniversaire de la révolution, soit en juillet 1987. La présidente Corazon Aquino a signé cette année une procla-

mation appelant à la vaccination universelle aux Philippines d'ici à 1990. Le premier ministre Rajiv Gandhi a décidé, comme nous l'avions signalé l'année dernière, que la vaccination de tous les enfants de l'Inde avant 1990 constituerait un monument vivant à la mémoire de l'ancien premier ministre Indira Gandhi (voir encadré n° 22). Le président Li Xiannian a déclaré que toutes les régions de Chine auraient atteint un taux de couverture vaccinale de 85% en 1990. Le président José Azcona du Honduras a lancé un appel demandant aux infirmières, syndicats, coopératives agricoles, dirigeants religieux et à la Croix-Rouge d'aider les services de santé à réaliser la vaccination universelle d'ici à 1990 (voir encadré n° 21). En Thaïlande, l'engagement public pris en septembre 1985 par le premier ministre Prem Tinsulanonda a donné son élan à une campagne de vaccination universelle devant aboutir à la fin 1987. Au Mozambique, feu le président Samora Machel a vacciné le premier enfant de la campagne visant à vacciner la quasi-totalité des enfants de Maputo avant la fin 1986 (voir encadré n° 19). En Jordanie, le prince héritier Hassan a lancé une campagne de vaccination et soumis au Conseil arabe des ministres de la santé une résolution demandant la vaccination de tous les enfants du monde arabe d'ici à 1990. En Bolivie, un taux de vaccination de 80% a pu être atteint dans toutes les zones urbaines par la mobilisation des «comités populaires de santé», de l'Eglise, de la police, de l'armée et des médias (voir encadré n° 20). Au Sénégal, le président Abdou Diouf cherche à accroître la vaccination universelle pour la Journée mondiale de la santé du 7 avril 1987 dont le thème international est la vaccination. Au Nigéria, où les conditions sont très difficiles, le gouvernement a décidé de vacciner 80% des enfants du pays en aménageant des postes de vaccination sur les places de marché, dans les écoles, les mosquées et les chapelles, et en faisant connaître l'importance de l'enjeu par le truchement des chefs traditionnels et des dirigeants religieux, des politiciens, du corps enseignant, des vedettes du spectacle, au moyen de messages radiodiffusés, d'annonces dans la presse et d'une campagne de visites à domicile.

Les encadrés n° 13, 17 et 18 exposent, dans ses grandes lignes, l'histoire des efforts entrepris cette année en Equateur, au Pérou et au Soudan en faveur de la vaccination. Dans presque tous les cas, les deux canaux essentiels de communication ont été le système scolaire et les religions établies. Dans des pays tels que le Bangladesh, la Chine, la Colombie et la Thaïlande, par exemple, des messages sur la survie des enfants sont introduits dans les programmes d'enseignement primaire. Au Bangladesh, plus de deux millions et demi de tracts sur la TSO ont été distribués par l'intermédiaire des écoles primaires; ces dernières touchent trois fois plus d'enfants que les services de santé du pays.

Mais le succès de ces campagnes dépend aussi d'un élément plus flou: l'imagination mise au service de la création de la demande.

Inde: vers la vaccination universelle

Comme l'annonçait le rapport de l'année dernière, le Premier Ministre indien Rajiv Gandhi a engagé le pays dans un programme destiné à vacciner tous les enfants en bas âge d'ici à 1990. Les centaines de milliers d'enfants ainsi sauvés chaque année constitueront un «monument vivant» à la mémoire de sa mère, Indira Gandhi. Où en est-on actuellement?

Dans l'un des 420 districts administratifs du pays, un groupe d'une cinquantaine de personnes discutent des moyens qui permettraient de porter la couverture vaccinale de 25% à 80% et plus. Sur un tableau muni de feuilles de papier, l'un des membres du groupe dresse la liste de tous les moyens proposés pour faire parvenir le message de la vaccination à chacun. La plupart des personnes présentes sont des médecins, mais les postes sanitaires ne sont pas pour autant les seuls supports de communication envisagés. On peut lire sur le tableau l'énumération suivante: 15 banques, 19 bureaux de poste, 22 clubs sportifs, 4 journaux, 30 temples, 15 églises, 15 cinémas, 50 écoles, 300 enseignants, 50 panneaux d'affichage en bordure de route, 2 marchés, 4 festivals et carnavales, 8 installations de sonorisation, 75 agents des *anganwadi* (voir encadré n° 14), 3 hôpitaux, 1 bureau principal de *panchayat* (conseil de village), 43 anciens soldats, 12 groupes de jeunes, 4 projecteurs de diapositives, 24 boutiques d'alimentation et 24 panneaux de signalisation, auxquels il faut ajouter la multitude d'infirmières sages-femmes auxiliaires et d'agents de soins de santé primaires du district.

Cet effort de mobilisation de toutes les ressources disponibles dans chaque district, outre les services de santé officiels, est l'élément central de la stratégie adoptée en Inde pour parvenir à la vaccination universelle. Depuis son lancement en 1978, le Programme élargi de vaccination a mis la vaccination à la portée de presque toutes les familles indiennes. Mais dans la pratique, un peu plus de la moitié des familles font administrer la première injection à leurs enfants, et parmi elles, les trois quarts seulement reviennent pour la deuxième et la troisième doses. Pour augmenter la couverture vaccinale, il faut accroître la demande et pour cela, un effort considérable en matière de communication est nécessaire. C'est pourquoi les agents de planification sanitaire ont dès à présent pris contact avec les clubs sportifs et les journaux locaux à travers tout le pays, et passé en revue tous les moyens pouvant contribuer à transmettre le message de la vaccination, pour bien faire comprendre aux familles l'importance d'une série complète de vaccinations et la manière d'y parvenir.

Les efforts visant à élargir la portée du programme actuel de vaccination en Inde, c'est-à-dire à faire passer le taux de vaccination de 25% à 80% et plus, progressent district par district, dans le cadre d'un plan destiné à couvrir le pays entier d'ici à 1990. En 1985, le plan est entré en action dans les 30 premiers districts (qui représentent une population aussi élevée que la Colombie et la Turquie réunies). Le taux de vaccination y a doublé pour atteindre 60%. En 1986, 60 nouveaux districts prennent la relève. De 1987 à 1990, ce sont chaque année une centaine de districts qui s'efforceront d'atteindre un taux de vaccination de 85%. Entre-temps, on surveillera les résultats antérieurs, pour s'assurer que les nouveaux acquis soient maintenus (voir figure 16).

Dès que le plan entre en œuvre dans un district, des visites sont effectuées dans chaque foyer afin d'établir la liste de toutes les femmes enceintes et de tous les enfants de moins d'un an, et de faire comprendre personnellement aux parents la nécessité de la vaccination. Ce message est renforcé par des annonces à la télévision et à la radio, par des affiches et des messages diffusés par haut-parleurs, et par tous les moyens de communication dont dispose le district. A l'augmentation de la demande doit ensuite correspondre une augmentation de l'offre, ce qui suppose une bonne coordination des efforts de part et d'autre.

Selon les estimations, le coût total de la campagne d'intensification de la vaccination devrait atteindre 750 millions de dollars sur une période de cinq ans; cela représente 5 dollars par enfant complètement vacciné et 3 dollars par femme vaccinée contre le tétanos (l'objectif est de vacciner toutes les femmes enceintes). Lorsque le taux de vaccination aura atteint 85%, son maintien à ce niveau exigera environ 150 millions de dollars par année, en comptant l'ensemble des salaires, le coût des vaccins et les frais d'organisation et de création de la demande. C'est un faible prix à payer, lorsqu'on sait que chaque jour, en Inde, plus de 3000 enfants meurent de maladies que la vaccination permet de prévenir et que la poliomylérite, à elle seule, dans le même laps de temps, paralyse à vie 250 enfants.

La campagne pour la vaccination universelle tente d'utiliser l'énorme infrastructure de communications et de soutien que l'Inde a mise en place durant les trente dernières années. Le faible investissement supplémentaire réalisé par le pays pour mettre ce système au service de la vaccination pourrait bientôt lui rapporter des dividendes énormes.

Pour ne citer qu'un exemple, une série de matchs internationaux de cricket en Asie ont été mis à profit pour transmettre des messages relatifs à la vaccination, qui ont atteint des centaines de millions de spectateurs. Au cours d'une série de matchs disputés à Sydney qui opposaient l'Inde à l'Australie, les tableaux d'affichage électroniques répétaient le message «*Protégez votre enfant: vaccinez-le*», formule reprise en anglais et en hindi par les panneaux d'affichage longs de 10 mètres installés autour des terrains, et ainsi transmise à un vaste public de téléspectateurs dans toute l'Asie du Sud. Après la partie, les premiers ministres des deux nations concurrentes, Rajiv Gandhi et Robert Hawke, ont signé des bâches de cricket au cours d'une cérémonie télévisée de soutien à la campagne de vaccination. De même, à Colombo, durant le tournoi de la Coupe asiatique de cricket 1986, les capitaines de toutes les équipes ont souligné dans des interventions télévisées et radiodiffusées l'importance de la vaccination et ont accepté que des slogans en faveur de la vaccination soient peints sur le terrain, en lettres blanches hautes d'un mètre et en trois langues. Ces slogans n'ont pu échapper aux caméras de la télévision et aux spectateurs, qui se comptent probablement par centaines de millions. En juillet 1986, à l'occasion d'un match de football exceptionnel regroupant les meilleurs joueurs

de la Coupe du monde du Mexique, des centaines de millions de téléspectateurs ont pu lire le slogan «*Vaccinez votre enfant*» apparaissant régulièrement sur le tableau électronique et affiché sur les panneaux entourant le terrain.

Souhaitant saisir toutes les occasions de renforcer le message, le Sri Lanka et la Turquie ont même utilisé la formule «*Avez-vous vacciné votre enfant?*» comme tampon officiel de millions de lettres. Le Sri Lanka a également utilisé comme support pour les messages de vaccination six millions de cahiers scolaires et quatre millions de sacs à commissions en plastique. Le Brésil a imprimé des slogans sur les factures de gaz et d'électricité, sur les bulletins de versement et les avis bancaires, sur les programmes de football et les billets de loterie. Dans des dizaines de pays, des millions de timbres-poste consacrés à la vaccination ont déjà été mis en circulation.

Ces façons de diffuser des messages de santé publique sont sans doute peu conventionnelles. Mais les moyens conventionnels ont laissé sans protection vaccinale plus de 60% des enfants du monde en développement et laissé chaque jour 10 000 enfants mourir de maladies que la vaccination aurait permis de prévenir.

Mobilisation sociale et continuité

Le recours à la mobilisation sociale en vue d'atteindre les objectifs fixés en matière de développement n'est pas sans susciter des critiques. Certains se demandent – à bon droit – si les progrès réalisés grâce à cette méthode sont durables, ou si les taux de vaccination ne vont pas décliner lorsque la vague d'enthousiasme initial commencera à retomber. Pour d'autres, il s'agit de savoir si la mobilisation générale au service de la vaccination ou de la TRO ne dessert pas la cause des soins de santé primaires: en permettant d'obtenir des résultats aussi rapides que spectaculaires contre un petit nombre de maladies, elle détournerait l'attention politique et les ressources financières de la tâche moins prestigieuse et de plus longue haleine que représente l'établissement de systèmes de soins de santé plus complets.

L'UNICEF a soutenu par le passé que la mobilisation sociale en vue d'atteindre des objectifs particuliers peut constituer un pas décisif dans l'amélioration des soins de santé primaires. Cette année, des résultats concrets montrent que ce processus, s'il n'a rien d'automatique, est d'autant plus probable qu'il a été soigneusement et délibérément planifié à l'avance.

En Colombie, par exemple, les campagnes de vaccination se sont transformées en un plan national pour la survie et le développement des enfants qui vise à réduire le taux de mortalité infantile du pays de 30% au cours des cinq années à venir. Les problèmes de santé infantile essentiels que sont les maladies évitables par la vaccination, la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës seront attaqués de front (voir encadré n° 10) à l'aide de stratégies analogues mobilisant les forces de toute la nation au profit des services de santé. Après les premières campagnes de vaccination, le Président de la Colombie a pu annoncer que le retard accumulé dans la vaccination des enfants avait été rattrapé, et que les centres de soins de santé primaires et les services ordinaires de vaccination pourraient dèsor-

mais venir à bout de la vaccination des nouveau-nés dans la majeure partie du pays. En conséquence, il ne devrait plus être nécessaire d'organiser des campagnes nationales.

Toutefois, la mobilisation sociale en Colombie a eu, sur le système de santé du pays, des répercussions bien plus profondes que ne le laissent supposer les résultats obtenus en matière de vaccination. Le Ministère colombien de la santé, par exemple, estime que les campagnes ont donné un souffle nouveau aux services de santé permanents en les préparant à assumer un rôle plus important dans la promotion de la santé du pays:

«Jusque-là, le secteur sanitaire se concentrerait sur les soins curatifs; les services de santé avaient tendance à attendre passivement que les patients fassent appel à eux. Les campagnes nationales de vaccination ont introduit un processus qui a rompu avec cette tradition. Un grand nombre de visites à domicile furent effectuées en vue d'enregistrer les enfants devant être vaccinés. La priorité fut accordée à la prévention des maladies et au travail en collaboration avec d'autres institutions.»

«La participation des médias a fait de ce processus un effort massif d'éducation sanitaire du public sans parallèle avec les tentatives réalisées antérieurement. Les professions de la santé ont ainsi montré clairement au public le plus large qu'elles ont les capacités de prévenir la maladie et la mort. Pour la première fois, les médias ont fait une large place aux résultats obtenus ainsi qu'aux possibilités de prévention. A cet égard, la démarche sanitaire traditionnelle a été dépassée.»

«L'expérience tout entière a constitué une sorte de réveil du secteur de la santé. Celui-ci a pu se rendre compte de sa prodigieuse influence, ainsi que de l'immense potentiel de mobilisation nationale autour d'objectifs sanitaires bien définis. Le secteur de la santé lui-même n'a pas manqué de mettre à profit ces découvertes»³.

L'impulsion initiale

Des journées nationales de vaccination existent aujourd'hui en Bolivie, au Brésil, en Colombie, en Equateur, au Guatemala, au Nicaragua, au Paraguay, au Pérou, en République dominicaine et au Salvador. Au nombre de leurs premiers effets tangibles figure la quasi-élimination de la poliomyélite en Amérique du Sud et en Amérique centrale (voir figure 17). Plus des deux tiers des enfants de la région ont maintenant reçu trois doses de vaccin contre cette maladie, et le nombre d'enfants paralysés par la poliomyélite chaque année a passé de près de 5000 en 1979 à 400 à peine en 1985. A l'échelon mondial, cette maladie continue à paralyser plus de 5000 enfants par semaine.

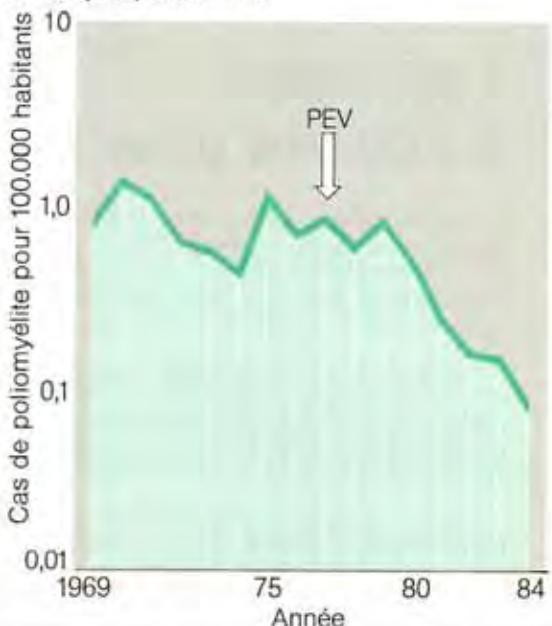
Il n'est toutefois pas certain que des campagnes de ce type garantissent à elles seules la durabilité des taux de couverture vaccinale élevés. Au Brésil, par exemple, on constate déjà des signes avant-coureurs de la baisse des taux de vaccination contre la poliomyélite, après les campagnes de vaccination du début des années 80, qui ont mobilisé jusqu'à 400000 bénévoles et touché près de 20 millions d'enfants². La couverture vaccinale pour la poliomyélite, qui se montait à près de 100% en 1983, est tombée à 89% en 1984, puis à 83% en 1985 (voir figure 18). On ne dispose pas encore d'estimations officielles pour 1986, mais une tendance à la hausse semble se dessiner, à la suite des mesures correctives qui ont été prises. Par rapport aux taux de couverture vaccinale de 1979, inférieurs à 50% (pour un nombre correspondant de cas de polio de 2500), les chiffres de 1985 ne peuvent certes en aucun cas être présentés comme un succès. Mais ils indiquent que la poursuite des efforts est nécessaire pour maintenir la couverture vaccinale atteinte.

Dans l'intervalle, la réussite enregistrée par le Brésil en matière de vaccination a incité le gouvernement à mettre en avant d'autres plans destinés à réduire le taux de mortalité infantile élevé du pays (voir encadré n° 11). En Egypte, le succès remporté par la promotion de la TRO à l'échelon national a lui aussi compté pour beaucoup dans la décision du gouvernement de tenter de vacciner tous les enfants d'ici à la mi-1987.

Pour prendre l'exemple d'un autre pays frayant la voie à cette nouvelle façon de procéder, la Turquie va probablement s'appuyer sur sa réussite en matière de vaccination pour progresser dans le domaine plus vaste des soins de santé primaires: six mois après le début de la campagne, Mehmet Aydin, ministre de la santé, annonçait un renforcement des réseaux de soins de santé primaires «afin de maintenir la couverture vaccinale atteinte et d'accélérer d'autres programmes de survie des enfants et de planification familiale.»

«La campagne de vaccination était indispensable, selon lui, pour donner une impulsion à laquelle succédera un

Fig. 17 Le déclin de la poliomyélite dans les Amériques, 1969-1984



Note: La flèche PEV indique le démarrage du Programme élargi de vaccination.

Source: Rapport intérimaire sur le Programme élargi de vaccination dans les Amériques, avril 1985.

renforcement constant du système national de promotion de la santé.»

Comme en Colombie, la campagne menée en Turquie a permis de combler le retard accumulé, en vaccinant plus de quatre millions d'enfants non protégés; la nouvelle couverture vaccinale peut désormais être maintenue par la vaccination des nourrissons nés chaque année, dont le nombre est bien moins élevé (1,4 million).

Au Salvador également, le système des soins de santé primaires maintient les taux de vaccination obtenus grâce aux trois «jours de tranquillité» de 1985 et 1986, lorsque les combattants engagés dans la guerre civile ont accepté de déposer les armes pour que les enfants du pays puissent être vaccinés. Cette initiative a constitué une première mise à l'épreuve de l'idée qu'une action concrète en faveur de la santé des enfants pourrait être un «pont vers la paix» dans cette zone troublée qu'est l'Amérique centrale. Cette année, les sept pays de la région – le Belize, le Costa Rica, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et le Salvador – ont entamé des travaux sur un projet de survie des enfants de plus grande envergure, qui se déroulera sur une période de cinq ans; ce projet s'intègre lui-même dans un plan régional d'un milliard de dollars intitulé «La santé: un pont vers la paix en Amérique centrale» (voir encadré n° 6).

Les ONG: à l'œuvre pour la survie des enfants

A travers le monde entier, les organisations non gouvernementales (ONG) tant nationales qu'internationales collaborent activement avec les communautés et les gouvernements dans leurs efforts pour protéger la santé et la croissance normale des enfants.

Leur nombre même empêche que l'on rende hommage à chacune de ces organisations; on estime qu'il y a dans le monde plus de 3000 ONG internationales, qui réunissent chaque année plus de 2,3 milliards de dollars au profit de l'aide au monde en développement.

Nombre d'ONG internationales ont été parmi les premiers avocats des méthodes peu coûteuses de protection de la santé infantile telles que la réhydratation orale, la promotion de l'allaitement maternel et de meilleures connaissances au sujet du sevrage, et la surveillance de la croissance pour contrôler le développement général de l'enfant. Ces organisations viennent d'horizons très divers et cette diversité se reflète dans leurs manières de soutenir la cause de la survie des enfants.

- La Ligue des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, qui peut compter, dans le monde, sur un effectif de 230 millions de volontaires et de professionnels de la santé, a lancé en 1984 son programme «Que vive l'enfant», qui s'appuie avant tout sur la lutte contre les maladies diarrhéiques et la vaccination.

Plus de 20 sociétés nationales situées dans des pays en développement gèrent un programme Que vive l'enfant, et un nombre bien plus élevé de sociétés incorporent des mesures de survie des enfants dans divers contextes, tels que formation aux premiers secours, éducation sanitaire, groupements de jeunes et de mères. Les sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont joué un rôle décisif dans de nombreuses campagnes de vaccination, notamment en Colombie, au Salvador et en Turquie.

- En février 1985, le Rotary International a fait don de 120 millions de dollars destinés à acheter du vaccin anti-polioyalitique et à contribuer à la lutte contre la polioyalite partout dans le monde. Cette organisation d'hommes d'affaires a déjà alloué, par l'intermédiaire de son programme «PolioPlus», plus de 23 millions de dollars à la protection de quelque 118 millions d'enfants, dans 33 pays, contre la polioyalite. Rien qu'en Indonésie, Rotary International fournira du vaccin pendant cinq ans afin de protéger 33 millions d'enfants; au Mexique,

l'organisation fournira des réfrigérateurs ainsi que les vaccins nécessaires à la vaccination de 18 millions d'enfants pendant deux ans.

C'est après que des essais locaux préliminaires aient prouvé leur efficacité que le Rotary s'est rallié à la cause de la vaccination anti-polioyalitique sur une échelle mondiale: un projet de l'organisation avait permis de faire baisser de 68% en moins de deux ans l'incidence de la polioyalite aux Philippines.

- Au cours des trois dernières années, des associations de professionnels de la santé de première importance, notamment l'Association internationale de pédiatrie, le Conseil international des infirmières et la Confédération internationale des sages-femmes, ont apporté leur soutien moral et matériel à des mesures peu coûteuses destinées à sauver des enfants.

- En mars 1986, le Comité des Etats-Unis pour l'UNICEF s'est associé à 11 autres ONG internationales – dont la Coopérative pour l'aide américaine au monde entier (CARE), Catholic Relief Services et Save the Children – pour lancer une campagne d'une durée de deux ans en faveur de la survie des enfants à travers tous les Etats-Unis. L'objectif est de provoquer une prise de conscience massive de la possibilité d'agir pour la survie des enfants.

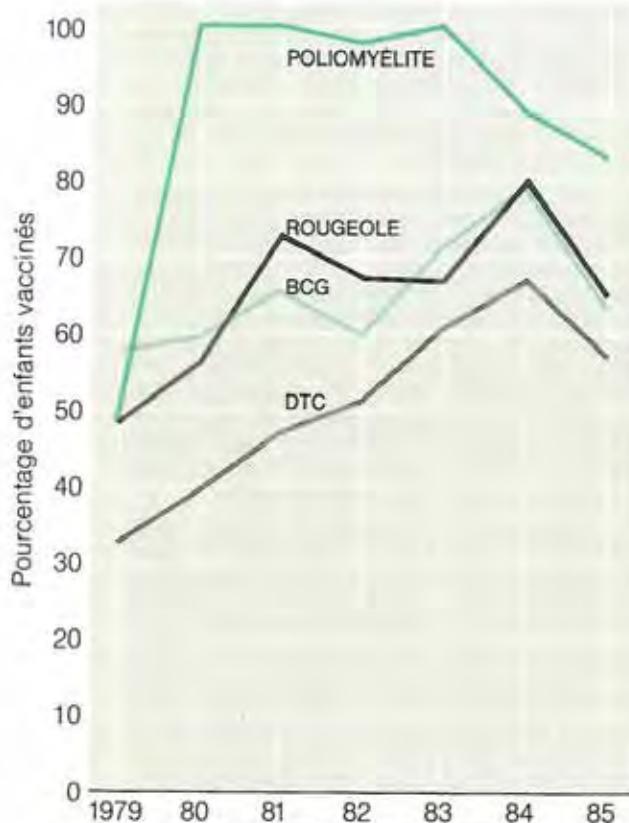
- Quelque 25 millions de scouts et d'éclaireuses participent de plus en plus activement, dans le monde entier, aux activités en faveur de la survie des enfants, fortement aidées en cela par l'Organisation mondiale du mouvement scout et l'Association mondiale des guides et éclaireuses.

En Ouganda, scouts et éclaireuses peuvent désormais gagner un nouveau badge en informant les familles des dates et des lieux de la vaccination, en fabriquant des poteaux indicateurs et en réalisant des affiches, ainsi qu'en s'occupant des enfants plus âgés aux postes de vaccination. Au Brésil, les scouts peuvent gagner un badge attestant de leur compétence en matière de survie des enfants. Aux Philippines, trois millions d'éclaireuses et de scouts travaillent avec l'UNICEF pour promouvoir les soins de santé et la vaccination. A Sri Lanka, enfin, les éclaireuses aident les équipes nationales de vaccination à atteindre l'objectif de la vaccination universelle des enfants avant la fin des années 80.

En lançant ce plan, qui vise à réduire de moitié le taux de mortalité juvénile dans la région, le Directeur général de l'Organisation panaméricaine de la santé, le docteur Carlyle Guerra de Macedo, a annoncé :

«Le projet en faveur de la survie des enfants en Amérique centrale est au cœur du plan général. Chaque année, 100 000 enfants meurent inutilement dans cette région des suites de maladies pour ainsi dire inconnues dans les pays développés. Ce projet collectif, élaboré par l'Organisation panaméricaine de la santé, l'UNICEF et les pays eux-mêmes, qui est alimenté désormais par des fonds provenant du Gouvernement italien et de la CEE, apportera un nouvel espoir et une vie nouvelle aux enfants d'Amérique centrale.»

Fig. 18 La vaccination au Brésil: progrès accomplis et défi à relever, 1979-1985



Note: Les données pour 1985 sont provisoires et sujettes à révision. Bien que les estimations officielles ne soient pas encore disponibles, on s'attend à une augmentation de 2 ou 3% du taux de couverture vaccinale antipoliomyélitique en 1986.

La planification

La leçon essentielle qui ressort de ces campagnes et d'autres campagnes menées ces trois dernières années est qu'il est possible de maintenir et de développer les résultats obtenus par la mobilisation des ressources de la nation sous l'étendard de la vaccination, et que cette réussite peut contribuer à renforcer les soins de santé primaires généraux – si cette ambition à plus long terme est planifiée à l'avance. Dressant le bilan des expériences des campagnes de vaccination organisées dans les années 80, une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF conclut :

«Planification, voilà le mot clé! (...) Planifier pour un seul effort, comme une ou plusieurs journées nationales de vaccination, ne suffit pas. Dès le départ, les plans doivent s'étendre sur trois années au moins. Aucun gestionnaire responsable ne lancerait aujourd'hui une journée nationale ou locale de vaccination en laissant à l'avenir le soin de faire le reste. Cela ne signifie pas qu'il ne faille pas prendre des risques ni que tous les détails doivent être prévus et tous les problèmes résolus à l'avance. Il n'en reste pas moins que des journées de vaccination ou d'autres activités de masse à elles seules aboutiront rarement à des programmes durables. Cette permanence sera d'autant plus difficile à obtenir qu'au lieu de faire partie intégrante des plans dès le début, on tentera de l'ériger après coup.»³

La campagne menée en Turquie fournit l'exemple d'une action planifiée d'emblée pour servir de fer de lance à un programme durable de plus grande envergure, dont le but général est de réduire de 50% en cinq ans le taux de mortalité infantile du pays. Aucun système parallèle n'a été prévu pour compléter les services de santé existants. Au contraire, les professionnels de la santé qui étaient au cœur de la campagne de vaccination sont ceux-là mêmes qui se chargent maintenant de préserver les résultats obtenus en vaccinant désormais les enfants nés chaque année. A la suite des multiples efforts réalisés pour éduquer le public en matière de vaccination et de santé infantile, le nombre total d'enfants inscrits dans les centres de santé a augmenté; le moral des services de santé, qui ont frayé le chemin à une réussite qui est, à juste titre, devenue un motif de fierté nationale, s'est trouvé lui aussi renforcé. En outre, comme la campagne a tissé de nouveaux liens avec ceux qui ont permis d'atteindre la presque totalité de la population, les services de santé s'efforcent maintenant d'obtenir le même rayonnement pour la promotion de la TRO, la lutte contre les maladies diarrhéiques, l'amélioration des pratiques de sevrage et la prévention et le traitement des infections respiratoires aiguës – autant de problèmes qui sont responsables de la majorité des décès d'enfants dans le pays (voir encadré n° 4).

Le chapitre suivant traitera plus en détail des relations qui existent entre les mesures spécifiques de santé infantile et les progrès vers des soins de santé primaires plus

Bangladesh: des prêts pour les femmes

Dans de nombreux endroits du monde, des femmes pauvres qui sont les principaux producteurs de cultures vivrières sont néanmoins dans l'incapacité d'améliorer leurs conditions de vie ainsi que celles de leurs enfants, faute de revenus et d'accès aux crédits qui leur permettraient soit de créer leur propre petit commerce soit d'augmenter leur productivité. Cependant, des études ont montré que, lorsque les femmes disposent de revenus excédentaires, elles accordent la priorité aux besoins de leurs enfants. Par conséquent, accroître les possibilités d'activités lucratives des femmes constitue également un investissement pour le bien-être des enfants.

La Grameen Bank (Banque rurale) du Bangladesh, qui a prêté de l'argent aux pauvres et notamment aux femmes pauvres au cours des dix années passées, a estimé que ces investissements étaient rentables.

«La croyance populaire qui veut que les pauvres ne soient pas solvables, qu'ils ne soient pas capables de gagner leur vie en dehors de l'agriculture, qu'ils ne sachent pas économiser et manquent d'imagination, que la répartition des pouvoirs en milieu rural provoquera l'échec de la banque et que les femmes en particulier ne soient pas en mesure d'emprunter, toutes ces affirmations se sont révélées être des mythes», a déclaré le professeur Muhammad Yunus, l'architecte et le fondateur de la banque.

«Nous commençons lentement à sortir du cercle vicieux formé par des revenus faibles, une épargne faible et un investissement faible, pour entrer dans un cercle en plein essor, à savoir, à revenus croissants, crédits croissants et investissements croissants.»

En 1976, le professeur Yunus décida de mettre à l'épreuve sa foi dans les pauvres des zones rurales en imaginant un plan de crédit pour les villageois habitant à proximité de l'Université de Chittagong où il enseignait. Il organisa de petits groupes d'emprunteurs se partageant la responsabilité des remboursements, plutôt que d'exiger les nantissements traditionnels tels que des terres. En fait, Yunus exclut de son plan les demandeurs qui possédaient plus de 0,2 hectares de terre ou des biens représentant deux fois cette valeur; en procédant de la sorte il faisait de la pauvreté une condition pour être emprunteur plutôt qu'une raison de rejet.

Le succès de son entreprise lui attira une subvention de la Fondation Ford en 1979 et un prêt d'un montant de 17 millions de dollars accordé par le Fonds international de développement agricole. En décembre 1985, 226 succursales desservaient plus de 171 000 emprunteurs dans 3600 villages du pays tout entier.

Plus de 112 000 de ces emprunteurs sont des femmes, dont 65% n'avaient aucune expérience antérieure des banques ou du commerce. Mais les emprunts ont été remboursés. Après neuf ans et 13 millions de dollars empruntés, allant de 200 taka (7 dollars) à 5000 taka (170 dollars), il n'y a presque pas eu de défaillants. La plupart des femmes ayant obtenu des crédits ont acheté du bétail ou du matériel agricole, d'autres ont fait du commerce de détail.

Entre 1980 et 1985, avec l'aide de l'UNICEF, plus de 500 femmes travaillant dans des banques ont été formées pour faire largement connaître les services offerts par la Grameen Bank. Quelque 9500 villageoises ont également reçu une formation d'animatrices afin d'aider les membres de leur communauté à gérer leurs emprunts — la plupart ont dû apprendre à signer — et pour introduire des mesures sanitaires de base. Des membres du groupe apprennent à lire et à écrire, à creuser des puits et à cultiver des légumes pour améliorer l'alimentation de leurs enfants. Leur dossier de prêt contient une illustration sur la manière de préparer à domicile une solution de réhydratation orale.

La Grameen bank a inspiré des expériences identiques qui ont connu un succès équivalent dans des pays tels que la Dominique et la Gambie. Au Népal, par exemple, où les femmes consacrent 60% de leurs revenus à leurs enfants ou à l'alimentation de la famille, plus de 210 groupements féminins de crédit ont été constitués au cours des cinq dernières années. Les femmes ont acheté du bétail ou des semences pour cultiver des légumes destinés à la vente sur les marchés ou ont monté de petites affaires. Les groupements de crédit sont devenus le point de départ d'autres activités, notamment l'alphabétisation, l'amélioration des soins de santé et la promotion de la vaccination et de la thérapie par réhydratation orale.

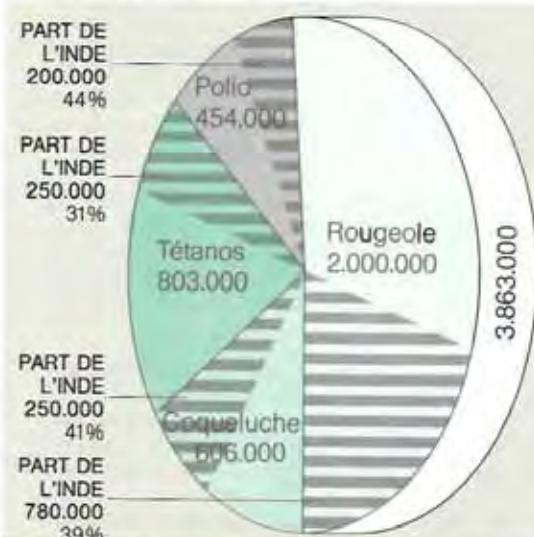
Dans l'intervalle, la Grameen Bank poursuit son expansion: d'ici à 1993, il est prévu que 2000 succursales desservent près de la moitié des pauvres du pays dépourvus de terre, soit le quart de la population totale.

complets. En résumé, les expériences accumulées à ce jour suggèrent que les premières pourraient servir de fer de lance aux seconds, à condition que la planification soit élaborée dans ce sens.

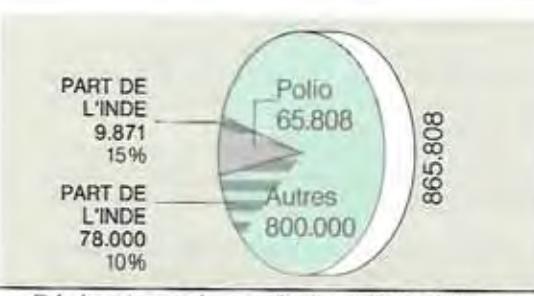
Les agents de santé communautaires

La mobilisation sociale générale vise à mettre un terme, dans un délai raisonnable, à une situation révoltante : des millions d'enfants meurent de maladies et de malnutrition, fléaux que l'on peut à présent prévenir à peu de frais.

Fig. 19 Décès et infirmités évitables par la vaccination : la part de l'Inde



Décès par maladies évitables par la vaccination et cas de paralysie poliomyalgique



Décès et cas de paralysie poliomyalgique évités grâce à la vaccination

Source: Future, N° 17, UNICEF, New Delhi, 1986.

Mais l'information – de quelque source qu'elle provienne – ne peut venir à bout du problème à elle seule. La plupart des parents auront également besoin de conseils concrets et d'aide immédiate lorsqu'il leur faudra mettre en pratique les nouvelles connaissances dans leur vie de tous les jours. C'est ainsi que de nombreuses mères devront être aidées personnellement pour continuer à allaiter au sein en dépit des problèmes parfois ardu斯 qu'elles rencontrent. De nombreux parents auront besoin de quelqu'un qui les conseille individuellement et qui leur donne confiance afin qu'ils parviennent à espacer les grossesses. Pour commencer, il faudra montrer concrètement à presque toutes les mères quand et comment utiliser la thérapie par réhydratation orale. Il sera nécessaire de rechercher de nombreux parents pour leur rappeler les vaccins nécessaires (à l'image de ce qui se fait dans les pays industrialisés). Il faudra les conseiller, pour la plupart, en leur apprenant à déterminer le moment propice pour commencer à compléter l'allaitement maternel par d'autres aliments, à préparer le régime spécial nécessaire à l'enfant avec les moyens à disposition, à donner de fréquents repas à l'enfant, à reconnaître les symptômes des infections respiratoires aiguës ou en leur expliquant l'importance des soins pré-nataux.

Toutes ces mesures destinées à sauver des vies et à promouvoir la santé ont bien plus de chances d'être adoptées par une communauté et d'être intégrées dans la manière normale d'élever les enfants si elles sont introduites et renforcées constamment par un agent de santé qualifié bien préparé, vivant en permanence dans la communauté et disposant de l'entièvre confiance de celle-ci : un agent en contact permanent avec les gens pour mettre à leur disposition des connaissances nouvelles, pour les leur expliquer et répéter simplement, et pour aider les parents à mettre ces notions en pratique le moment venu.

Une formation de quelques mois suffit pour qu'une personne soit prête à assumer ce rôle au sein d'une communauté. On peut donc assurer la préparation de quelque 60 à 100 agents de santé communautaires qualifiés au même coût que la formation d'un seul médecin. Il n'est par conséquent pas impensable qu'un agent de santé de ce type soit à la disposition de chacune des communautés du monde dans les dix années à venir. En fait, de nombreux pays en développement ont fait des progrès considérables dans cette direction au cours des deux dernières décennies.

Pour ne prendre qu'un exemple à grande échelle, l'Inde dispose à présent de 11 000 centres de soins de santé primaires, de 80 000 centres auxiliaires, et de quelque 900 000 travailleurs paramédicaux et accoucheuses traditionnelles. A eux seuls, les Services intégrés de développement de l'enfant ont assuré la formation de plus de 100 000 agents des *anganwadi* (à la disposition de 20% des mères indiennes et des jeunes enfants dans le besoin); ils forment chaque année 20 000 agents supplémentaires.

Inde: toucher la nation entière

On pourrait dire, *grossièrement*, que plus du quart des problèmes liés à la pauvreté dans le monde sont rassemblés dans un seul et même pays. Qu'il s'agisse des décès dus à la diarrhée ou aux maladies que la vaccination permet d'éviter, de l'insuffisance pondérale à la naissance ou de la malnutrition, de la mortalité infantile ou des incapacités qui frappent les enfants, près de 30% des victimes — et parfois plus — vivent en Inde (voir figure 19).

Pourtant, depuis son accession à l'indépendance, en 1947, l'Inde a bâti une nation dont les capacités en matière de développement social pourraient bien étonner le monde dans les vingt prochaines années.

Dans le domaine industriel, l'Inde s'est hissée au rang des dix premières puissances mondiales. En ce qui concerne l'agriculture, la production de denrées alimentaires a augmenté plus vite que la population, ce qui fait que la plupart des récoltes de céréales de base sont maintenant excédentaires. Quant au développement social, l'infrastructure considérable qui est désormais en place est capable d'atteindre la grande majorité des familles indiennes et de leur apporter l'information et le soutien dont elles ont besoin pour améliorer leur santé, leur nutrition et leur productivité.

Le pays est divisé en 5100 «blocs de développement», dotés chacun d'une structure administrative qui comprend généralement deux centres de soins de santé primaires, chacun d'eux regroupant en moyenne huit centres de santé moins importants. En ce qui concerne le personnel médical, le pays dispose de plus de 250 000 médecins allopathes, et de plus d'un million d'agents de santé communautaires qualifiés, comprenant personnel sanitaire communautaire, accoucheuses traditionnelles, guides de santé et agents de santé polyvalents. Dans le domaine de l'éducation, 80% des enfants indiens commencent aujourd'hui leur scolarité et 90% disposent d'une école primaire située à moins d'un kilomètre de leur domicile. La radio touche environ 90% de la population, et la télévision est présente dans 10% des foyers.

A cette infrastructure viennent s'ajouter plusieurs programmes de développement social qui ont pris une telle ampleur qu'ils touchent actuellement un pourcentage important de la population. Un cinquième des enfants indiens nécessiteux ont accès à des soins de santé primaires et reçoivent une éducation préscolaire dans le cadre du programme des Services intégrés de développement de l'enfant (voir encadré n° 14). De même, le Programme de développement des femmes

et des enfants dans les zones rurales touche 300 000 femmes vivant à la campagne, et ce chiffre devrait encore doubler en trois ans.

En d'autres termes, si le Gouvernement indien se fixe un objectif de développement précis, il dispose aujourd'hui d'une structure administrative et d'un système de communications qui lui offrent des chances réelles de pouvoir mener à bien ses projets.

Les résultats ne se sont d'ailleurs pas fait attendre. En un peu plus de vingt ans, la mortalité infantile a diminué de 30%, l'espérance de vie a augmenté de 40% et le taux de natalité a enregistré une baisse d'environ 25%. Il n'a fallu plus de cinq ans (de 1980 à 1984) pour que les quelque 230 000 villages privés d'approvisionnement en eau salubre soient ramenés à 40 000, et aujourd'hui, l'industrie indienne produit chaque année plus de 150 000 pompes à eau pour les villages.

D'ici à la fin du siècle, le pays pourra peut-être retirer des avantages plus importants encore de ce qu'il a investi dans son potentiel de développement social. Les objectifs que le gouvernement s'est fixé pour l'an 2000 — et qui peuvent être atteints grâce au système en place — sont les suivants:

- Réduction de moitié de la mortalité infantile (jusqu'à 60 ou moins pour 1000 naissances vivantes).
- Deux enfants en moyenne par famille (il naît près de 23 millions d'enfants chaque année en Inde. C'est plus que dans toute l'Amérique latine et presque autant que dans toute l'Afrique).
- Réduction de moitié du nombre des femmes qui meurent lors de l'accouchement ou de «causes liées à la maternité».
- Réduction importante de l'insuffisance pondérale à la naissance et de la malnutrition infantile qui frappent encore 30% des enfants (en insistant sur la prévention plutôt que sur les soins curatifs).
- Enseignement primaire pour tous et suppression de l'analphabétisme (un effort particulier sera fait pour alphabétiser les femmes et prévenir les abandons scolaires prématurés des filles).
- Approvisionnement en eau potable pour tous et installation de systèmes d'assainissement pour 50% de la population en zones urbaines et 25% en zones rurales.

L'aide que l'UNICEF apporte à l'Inde pour atteindre ces objectifs est surtout axée sur la vaccination universelle d'ici à 1990 (voir encadré n° 22), la généralisation des connaissances sur le traitement de la diarrhée et sur la réhydratation orale, et la prévention de la malnutrition.

mentaires de ce type (voir encadré n° 25). D'autres projets de grande envergure mettent aussi des agents qualifiés à disposition. Le Programme de développement des communautés urbaines, par exemple, touche à présent deux millions de personnes, et le Programme de développement des femmes et des enfants dans les zones rurales s'applique désormais à plus de 300 000 femmes dans les campagnes. De nombreux projets à l'échelon des Etats ont également augmenté l'effectif du personnel de santé communautaire — le Projet intégré de nutrition dans l'Etat du Tamil Nadu, par exemple, a assuré la formation de plus de 9 000 nutritionnistes communautaires.

Aujourd'hui, il est clair que le déploiement effectif des agents de santé communautaires et l'utilisation efficace de nouvelles stratégies de protection de l'enfance peuvent se renforcer mutuellement. Des méthodes peu coûteuses, susceptibles de faire une différence considérable pour la santé et la survie des enfants d'une communauté, peuvent contribuer à asseoir la position et l'influence de l'agent de santé communautaire — ce qui facilite à son tour la diffusion des nouvelles méthodes de promotion de la santé infantile.

Mettre un certain savoir entre les mains d'une mère peut avoir, sur sa confiance en elle-même et sur sa volonté de prendre davantage en mains d'autres aspects de sa vie ou de celle de sa famille, un effet de «synergie sociale» encore plus important. A propos de la thérapie par réhydratation orale, par exemple, le Directeur général de l'OMS s'est exprimé ainsi:

«Rien ne cause plus d'inquiétude à une mère que de voir son enfant souffrir de diarrhée et de vomissements, refuser de manger, perdre du poids et ne plus sourire ni jouer. Si, après avoir appliquée la thérapie orale qui lui a été enseignée par un agent de santé, elle constate que son enfant a retrouvé une attitude normale ou presque en l'espace de quelque quatre à six heures, elle prend confiance dans le système de santé. Cette action curative est une première étape pour convaincre la mère de l'importance d'autres mesures de lutte contre les maladies diarrhéiques — pour la persuader de poursuivre l'allaitement au sein, de préparer

des aliments de sevrage hygiéniques disponibles sur place, d'utiliser de l'eau et des latrines propres, de se laver les mains et d'aller faire vacciner son enfant, en particulier contre la rougeole. Elle devient ainsi plus réceptive aux conseils qui lui sont prodigues sur les mesures à prendre lorsque son enfant souffre d'une infection respiratoire ou d'une forte fièvre paludique; elle acquiert confiance dans le fait que son enfant survivra. Enfin, elle se persuade qu'elle peut agir pour ne pas avoir davantage d'enfants.»⁴

Une synergie nouvelle

Tout ceci montre que la présence d'un agent de santé qualifié au sein d'une communauté pourrait donner une dimension nouvelle à la révolution pour la survie des enfants qui est actuellement en cours. En effet, un agent de santé qualifié peut être le support permanent d'une communication basée sur la confiance et d'une aide concrète, le moyen pratique de transmettre des connaissances en matière de santé à une communauté, de renforcer constamment les nouvelles techniques pour les faire accepter dans la vie de tous les jours. En aidant les parents à mettre simultanément en pratique une série de méthodes actuelles de protection de l'enfance, on parviendra à un résultat qui sera bien plus que la somme de toutes les actions entreprises.

Nous ne parlons pas ici de sauver quelques vies par des interventions sporadiques et individuelles contre des maladies spécifiques, mais d'une action continue de promotion d'une croissance normale. En d'autres termes, nous avons maintenant la possibilité de protéger non pas simplement la vie, mais encore le développement normal de centaines de millions de jeunes enfants qui sont aujourd'hui handicapés par la combinaison de maladies fréquentes et d'une alimentation insuffisante.

Tel est le but auquel tendent les capacités actuelles, tel est l'espoir qui luit devant nous. Le chapitre qui suit y est consacré.

Objectif croissance

Dans les pays industrialisés, on pèse périodiquement presque tous les enfants pendant les trois premières années de leur vie. L'enregistrement de ces pesées constitue, sur la croissance de l'enfant, un document qui est l'un des outils les plus importants dans l'exercice de la pédiatrie. «*Si l'enfant grandit, c'est qu'il est en bonne santé; si l'enfant ne grandit pas, c'est que quelque chose ne va pas.*» Voilà la première leçon qu'enseignait le regretté Charles Janeway, qui fut le premier président de l'Association internationale de pédiatrie et professeur de pédiatrie à la *Harvard Medical School*. A l'instar de nombreux pédiatres, Janeway exigeait invariablement qu'on lui présentât une fiche de croissance tenue à jour, avant d'aider un de ses jeunes collègues à résoudre un problème spécifique.

Jusqu'ici, l'idée de surveiller de même la croissance de tous les enfants du monde en développement était considérée comme peu réaliste, parce que l'on estimait qu'il serait trop difficile d'organiser une telle opération, et superflue, parce qu'il y avait une multitude d'autres problèmes plus visibles à résoudre.

L'UNICEF estime aujourd'hui que cette opinion est périmentée en raison des progrès accomplis à la fois dans les connaissances en matière de nutrition et dans les capacités organisationnelles. Actuellement, il s'avère de plus en plus réalisable de surveiller la croissance des enfants dans le monde en développement. D'autre part, bien loin d'être inutile, la surveillance de la croissance représente probablement le pas le plus décisif qui soit vers la suppression de la malnutrition infantile à notre époque.

En plus de ses mérites intrinsèques, la surveillance de la croissance offre également un moyen de réunir les actions peu coûteuses décrites dans les chapitres précédents en un ensemble synergique qui pourrait amener une révolution non seulement pour la survie, mais aussi pour le développement et la croissance des enfants.

Ce chapitre est donc consacré à une proposition fondamentale: chaque enfant né dans le monde en développement doit être pesé régulièrement. Jusqu'à ce qu'il ait 36 mois, sa croissance doit être surveillée et favorisée par ses propres parents, assistés par un agent de santé communautaire lui-même formé et appuyé par les services de santé professionnels.

Les mythes de la malnutrition

Plusieurs des pays les plus peuplés du monde en développement font actuellement œuvre de pionniers dans le domaine de la surveillance de la croissance sur une grande échelle. L'Indonésie et la Thaïlande contrôlent déjà régulièrement la croissance d'environ 50% de leurs jeunes citoyens; la Chine et le Brésil se préparent à introduire un système national de surveillance de la croissance au cours des prochaines années; l'Inde a déjà imprimé ses 30 premiers millions de fiches de croissance et elle introduit la pesée régulière par le canal des Services intégrés de développement de l'enfant, qui touchent aujourd'hui 20% des enfants les plus pauvres du pays (voir encadré n° 14); la Turquie et l'Equateur ont attribué une fiche de croissance à chaque enfant qui a été vacciné au cours des récentes campagnes de masse. En Afrique, le Botswana, le Zimbabwe et la Sierra Leone commencent tous à utiliser la surveillance de la croissance dans le but de favoriser la croissance ou d'effectuer des contrôles nutritionnels – ou les deux à la fois.

Peser régulièrement des millions d'enfants et établir des dossiers individuels impose bien sûr de lourdes exigences supplémentaires à la fois aux parents et aux services de santé. Pour quelle raison la pesée régulière, qui ne mène à rien en elle-même, mérite-t-elle donc une telle place prioritaire parmi tous les problèmes urgents du monde en développement?

On ne peut prendre conscience de l'importance de la surveillance de la croissance qu'en balayant les idées reçues qui faussent tout le débat sur la question de la malnutrition infantile.

Pour un public conditionné par les photographies d'enfants mourant de faim, tenant à la main des bols vides, il est quelque peu choquant de s'entendre dire que la malnutrition est pour l'essentiel invisible, que la malnutrition n'est le plus souvent pas due au manque de nourriture dans le foyer, que les enfants les plus malnourris n'ont pas faim et que la plupart des programmes nutritionnels ne parviennent pas à influencer de façon notable l'état nutritionnel des enfants*. En substance pourtant, toutes ces affirmations sont vérifiables. Et en pulvérifiant de vieux mythes, elles déblaient le terrain pour laisser la place à une nouvelle structure de compréhension (voir figure 20).

La fréquence des maladies – en particulier des maladies courantes, telles que la diarrhée, la rougeole, la coqueluche et d'autres infections respiratoires – constitue la principale cause profonde de la malnutrition. Ces affections diminuent l'appétit et réduisent ainsi la consommation alimentaire, souvent pendant plusieurs jours chaque mois; elles entraînent l'absorption des nutriments avalés; elles vident le corps des substances nutritives par la diarrhée et le vomissement; elles brûlent des calories par la fièvre. Elles se traduisent finalement par de fréquentes pertes de poids.

Les infections diarrhéiques sont les plus dévastatrices de toutes. Au cours de chaque journée de diarrhée aiguë, l'enfant perd environ 2% de son poids. Si l'on compte quelque cinq à six accès par année, chaque accès durant une semaine environ, un enfant peut vivre l'équivalent de cinq mois des deux premières années de son existence avec peu d'appétit, une alimentation réduite et des pertes nutritionnelles importantes. Il n'est dès lors pas difficile de comprendre pourquoi la diarrhée représente à elle seule la cause la plus importante de malnutrition infantile dans le monde. Ce n'est pas non plus par coïncidence que les maladies diarrhéiques et les troubles nutritionnels se manifestent le plus souvent dans la classe d'âge de 6 à 24 mois**. La deuxième année de vie est également l'âge où la rougeole – qui provoque une perte de poids corporel de l'ordre de 7% – se déclare le plus couramment.

Lorsqu'un jeune enfant subit de telles pertes de poids

* De nombreux programmes nutritionnels ont d'autres mérites importants: ils encouragent par exemple la fréquentation de programmes préscolaires ou sanitaires.

** Environ 80% de tous les décès par diarrhée frappent des enfants de moins de deux ans. La malnutrition due aux infections diarrhéiques peut pour une large part être attribuée à l'anorexie, capable de réduire de 40% la quantité de nourriture que l'enfant absorbe.

cinq à dix fois par année (un nombre de maladies qui n'a rien d'exceptionnel dans une communauté pauvre du monde en développement), sa croissance en est inévitablement altérée et l'enfant est peu à peu entraîné vers la malnutrition. En Afrique, par exemple, une dépense supplémentaire annuelle de 100 millions de dollars en 1987 et 1988, consacrée à la promotion de la vaccination et des moyens de prévenir et de traiter les maladies diarrhéiques, aurait des résultats plus probants pour la prévention de la malnutrition qu'une dépense identique consacrée à l'importation et à la distribution de nourriture.

La seconde cause principale de la malnutrition infantile réside dans le fait que la majorité des parents n'ont toujours pas accès aux connaissances fondamentales en matière d'alimentation des jeunes enfants. Même s'il y a suffisamment de nourriture dans le foyer pour composer un régime approprié (ce qui est le cas pour la grande majorité des enfants malnourris), les troubles de la croissance peuvent provenir des causes suivantes:

- Allaitement au biberon plutôt qu'allaitement maternel;
- Introduction soit trop précoce soit trop tardive d'aliments solides dans le régime de l'enfant;
- Alimentation d'un jeune enfant avec des aliments de base volumineux, qui remplissent son estomac et apaisent sa faim sans satisfaire ses besoins énergétiques;
- Suppression de l'alimentation, solide et liquide, en pensant que c'est ce qu'il convient de faire lorsque l'enfant a la diarrhée et peu d'appétit;
- Ignorer qu'il est important de consacrer une attention particulière à l'alimentation pendant et après une maladie, afin que l'enfant reprenne le poids qu'il a perdu;
- Nourrir l'enfant peu souvent (par exemple seulement deux fois par jour au lieu de quatre), peut-être parce que sa mère est obligée de travailler ou de se rendre aux champs, ou en raison des difficultés que présente l'approvisionnement en eau et en bois de chauffage;
- Des naissances trop rapprochées ou bien trop d'infections et trop peu de repos et de nourriture pour la mère pendant la grossesse, facteurs d'anémie, d'insuffisances pondérales à la naissance et de mauvaise croissance.

Ces deux causes majeures de la malnutrition – la fréquence des maladies et une alimentation insatisfaisante – interviennent en général simultanément et en se renforçant mutuellement. Ensemble, elles représentent la cause profonde des troubles de la croissance. Ainsi, tandis que l'état nutritionnel de l'enfant s'aggrave, ses forces et son énergie s'épuisent, de sorte que chaque nouvelle

maladie dure plus longtemps et provoque des troubles nutritionnels plus graves qu'elle ne le devrait. Une spirale descendante s'installe alors*, et c'est ce tourbillon qui entraîne tant de millions d'enfants dans la malnutrition.

Finalement, l'enfant malnutri subira un assaut de plus: une infection respiratoire ou un épisode diarrhéique. Seulement cette fois, l'attaque sera trop violente pour son corps affaibli. C'est à cette dernière «goutte d'eau» que l'on attribuera le plus souvent la responsabilité du décès. Il est probable cependant que la plupart des cinq millions d'enfants qui sont morts cette année d'une infection diarrhéique, par exemple, souffraient déjà d'une malnutrition grave due à des maladies antérieures. Ainsi, dans la majorité des cas, c'est le *processus*, et non l'événement, qui tue. Il faut donc s'attaquer aussi bien au premier qu'au second.

La prévention

L'aspect le plus pernicieux de ce processus – et qui en rend la prévention si difficile – réside dans le fait qu'il ne devient visible que lorsque la croissance est perturbée pendant plusieurs mois, de telle sorte que l'on peut diagnostiquer la malnutrition. A ce stade, les tentatives pour rétablir la croissance normale de l'enfant se révèlent plus difficiles, beaucoup plus coûteuses et ont bien moins de chances d'être couronnées de succès.

C'est la raison essentielle pour laquelle tant de programmes nutritionnels dans le monde en développement sont tristement célèbres pour leur manque d'efficacité. En s'attaquant à la malnutrition visible, ils interviennent trop tard. Les troubles de la croissance ne se manifestent pas nettement avant la troisième année de la vie de l'enfant; mais à ce moment-là, son développement aura déjà subi les dommages les plus graves.

La période critique s'étend sur les deux premières années de la vie**. C'est la période pendant laquelle l'enfant devrait grandir le plus rapidement et où ses besoins

* Le lien entre la malnutrition et l'infection n'est pas forcément causal. Il existe également une synergie sociale: la pauvreté, lorsqu'elle se traduit par des insuffisances dans les domaines du régime alimentaire, de l'eau salubre, de l'assainissement, du logement et de la fréquentation scolaire, prédispose un enfant à la fois aux infections et à une mauvaise nutrition, qui peuvent alors combiner leurs effets en une synergie biologique et conduire l'enfant vers une malnutrition toujours plus grave.

** Une enquête menée à Delhi parmi des enfants de cinq ans a par exemple permis de découvrir une différence de poids de 2,46 kg entre les enfants des familles pauvres et les enfants des familles plus aisées. Cependant, le 84% de cette différence pondérale remontait à la première moitié de la vie de ces enfants et le 16% seulement à la deuxième moitié¹.

énergétiques sont proportionnellement les plus grands. Pourtant c'est également à cet âge que les infections diarrhéiques sont les plus courantes et qu'il est le plus difficile de nourrir l'enfant de façon appropriée***.

Après l'âge de deux ans, la plupart des enfants grandissent à la même vitesse que les enfants bien nourris. Bon nombre d'entre eux, cependant, demeurent plus petits et plus minces, parce que les fondements mêmes de leur santé et de leur nutrition, posés au cours des deux

*** A ce stade, il est par exemple nécessaire de nourrir l'enfant plus souvent avec des aliments à plus forte teneur énergétique.

A cours des quatre à six premiers mois de sa vie, un enfant nourri exclusivement avec le lait maternel sera protégé à la fois contre la maladie et contre une alimentation inappropriée. Il grandira donc normalement, même dans une communauté pauvre.

Généralement, la malnutrition commence après l'âge de six mois, lorsque les aliments complétant le lait maternel deviennent essentiels. Le problème principal réside dans la préparation d'aliments semi-solides à forte teneur en calories qui soient appropriés à l'alimentation d'un jeune enfant. Bien que les bouillies de céréales traditionnelles aient une teneur énergétique suffisante, elles sont trop épaisses et indigestes. En les diluant avec de l'eau, on réduit leur densité énergétique. Des recherches récentes menées au *Tanzanian Food and Nutrition Centre* ont montré que si l'on malte du millet, du sorgho ou d'autres céréales en les faisant germer avant de les sécher, on obtient une bouillie de sevrage dont la valeur énergétique est au moins deux fois plus élevée que celle des bouillies traditionnelles. Fait plus significatif encore, des études menées par le Centre ont démontré que l'adjonction d'une ou deux cuillères à café de millet germé, puis séché et moulu, à une bouillie de maïs riche en calories mais trop épaisse permettra de la diluer pour lui donner une consistance plus appropriée à l'alimentation d'un jeune enfant, sans pour autant réduire sa densité énergétique.

Dans le cadre du programme commun OMS/UNICEF d'appui à la nutrition à Iringa, en Tanzanie, de nombreuses mères utilisent du millet malté et de la farine de sorgho (dite «farine miracle») pour préparer des aliments de sevrage à forte teneur énergétique. Il semble que cette utilisation des graines germées était un usage traditionnel qui a largement disparu avec l'introduction d'idées plus modernes. Une autre coutume consistait à faire fermenter des purées de céréales afin d'obtenir un aliment de sevrage semblable à du yaourt, mais qui pourrait présenter l'avantage supplémentaire et capital de mieux résister à la contamination. En effet, l'un des problèmes majeurs de l'alimentation fréquente des jeunes enfants réside dans le fait que la plupart des mères n'ont pas le temps de préparer des aliments de sevrage spéciaux quatre fois par jour. Toutefois, si elles préparent en une seule fois suffisamment de nourriture pour toute la journée et si elles la gardent dans la maison à des températures assez élevées, elles soumettent leurs enfants à un risque de contamination évident, qui peut entraîner de nouvelles infections diarrhéiques. Un aliment de sevrage «fait maison» répondant à toutes les exigences en matière de consistance, de goût, de teneur énergétique, de prix et de facilité de préparation, et résistant également mieux à la contamination constituerait sans aucun doute une percée majeure dans la lutte contre la malnutrition. Découvrir un tel aliment de sevrage représente donc un défi majeur pour la science. Et il est possible que la réponse ne se trouve pas en Occident, mais dans l'une ou l'autre des traditions alimentaires d'Afrique et d'autres sociétés en développement.

premières années de leur vie, ont été érodés². Il n'existe aucun moyen d'intervenir dans le passé de l'enfant pour réparer les dommages qu'il a subis au cours de ces mois critiques*.

Pour toutes ces raisons, il vaut mieux, pour lutter contre la malnutrition, s'efforcer de prévenir les troubles de la croissance au cours de ces deux premières années de vie. Il n'est pas seulement plus facile et moins coûteux de s'attaquer à la malnutrition à ce stade-là, mais cette démarche est de toute évidence préférable pour ce qui est de la protection de la croissance normale de l'enfant.

L'efficacité de cette intervention précoce contre la malnutrition est cependant entravée par le fait que l'ennemi est *invisible*. Les troubles de la croissance tiennent d'un lent processus que ni la mère ni le pédiatre ne peuvent déceler. On ne perçoit aucun problème manifeste, aucune raison d'agir – jusqu'au moment, bien des mois plus tard, où il est généralement trop tard.

La prévention exige donc avant tout un moyen de déceler les troubles de la croissance au stade le plus précoce possible. C'est ici que la surveillance de la croissance offre une réponse valable. En pesant régulièrement l'enfant et en notant les résultats des pesées, on peut voir si l'enfant grandit ou s'il ne grandit pas⁴.

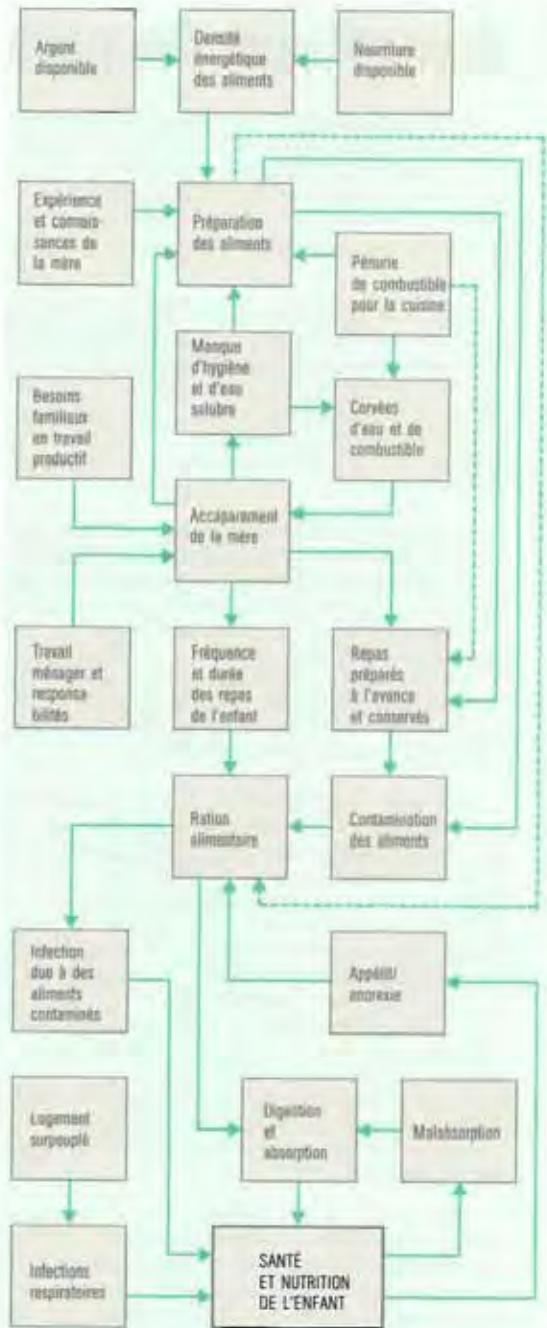
Ainsi, l'argument primordial en faveur de la surveillance de la croissance est qu'elle permet à la lutte contre la malnutrition de passer du traitement à la prévention. Ce faisant, elle permet d'espérer que la lutte contre la malnutrition pourrait concerner le plus grand nombre, au lieu de s'adresser à une minorité, et qu'elle pourrait enfin connaître le succès.

Convaincre les parents

Dans la pratique, aucun parent ne fera l'effort d'emmenier un enfant pour le faire peser tous les mois, à moins de connaître les raisons ou d'être convaincu de l'importance des mesures en faveur de la croissance de l'enfant dans le contexte de tous les autres problèmes et exigences de la vie familiale et active. Contrairement à la diarrhée ou à la fièvre, les premiers troubles invisibles de la croissance n'attirent pas l'attention et n'éveillent aucune préoccupation. D'ailleurs, dans un village ou dans un entourage où tous les enfants sont trop petits et trop minces pour leur âge, les parents, en comparant du regard,

* Comme l'a déclaré David Morley, professeur de santé infantile à l'université de Londres: «Si l'on intervient trop tard, même le programme de réhabilitation nutritionnelle le plus efficace ne pourra que rarement remettre l'enfant sur la voie d'une croissance normale.»³

Fig. 20 Facteurs familiaux affectant la nutrition de l'enfant



Zimbabwe: davantage de cultures vivrières

Tandis que des déficits alimentaires menacent la vie de millions de personnes au sud du Sahara, un pays de l'Afrique australe fait exception: le Zimbabwe. Ce pays est non seulement autosuffisant en ce qui concerne l'aliment de base, le maïs, mais il exporte une grande partie de sa production excédentaire vers d'autres pays africains.

Pourtant, le Zimbabwe n'a pas échappé à la sécheresse qui ravagea l'Afrique au sud du Sahara, et les mauvaises récoltes généralisées de 1983 obligèrent le gouvernement à importer du maïs. Depuis lors, des précipitations plus favorables ont permis aux agriculteurs d'opérer un renversement spectaculaire. La récolte de maïs de 1985 a atteint un record de 2,9 millions de tonnes.

Les progrès du Zimbabwe sont importants pour l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara. Et le message le plus important qui en découle est que les petits agriculteurs (dont un grand nombre sont des femmes) gérant une petite exploitation agricole, le plus souvent de subsistance, qui autrefois n'assuraient qu'un tiers de la production de maïs du pays en cultivent maintenant largement au-delà de la moitié. En 1985, de petits agriculteurs ont récolté 1,8 million de tonnes de maïs, soit plus du triple de leur moyenne antérieure.

Pour accélérer cette production par les petits exploitants agricoles, le gouvernement a fixé des prix suffisamment élevés pour leur garantir des bénéfices et les inciter à cultiver davantage. Un réseau de centres de distribution met à leur disposition des semences, des fertilisants, des pesticides et de l'outillage. De nouveaux dépôts pour le stockage du grain et des points de ramassage des récoltes permettent aux agriculteurs de commercialiser leurs produits sans devoir payer de lourds frais de transport. Les pertes liées à l'entreposage sont également maintenues à un faible niveau, à moins de 1%, contrairement à 15%, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays africains. Le nombre d'agents de vulgarisation agricole aidant les petits agriculteurs à adopter des méthodes modernes a également augmenté.

Pays enclavé, le Zimbabwe s'est fait un devoir d'œuvrer pour l'autosuffisance. Il produit pour ainsi dire l'ensemble des fertilisants dont il a besoin et fabrique ses propres outils agricoles. Des stations de recherche décentralisées mettent au point des semences à fort rendement adaptées aux conditions locales.

Mais le facteur le plus important, qui autorise à lui seul l'augmentation du rendement des petits agricul-

teurs, est la politique des prêts agricoles du gouvernement. En 1985, celui-ci a prêté environ 35 millions de dollars à 90 000 petits agriculteurs, chiffre à rapprocher de celui de 1979, année qui a précédé l'indépendance, s'élevant à 1 million de dollars répartis parmi moins de 4500 petits agriculteurs.

Comme dans la majorité des pays africains, ce sont les femmes qui font les deux tiers des travaux agricoles. Par tradition, elles ne pouvaient posséder de la terre et elles étaient écartées de la liste des candidats aux emprunts ou aux cours de formation; mais en 1981, le Parlement zimbabwéen leur a accordé les mêmes droits qu'aux hommes en ce qui concerne la propriété foncière, la formation et les prêts à l'agriculture.

La production a fait un bond en avant, même parmi les 90% d'agriculteurs n'ayant contracté aucun emprunt. La part des petits agriculteurs dans les produits commercialisés est passée de 10% en 1980 à 38% en 1985; le montant de leurs ventes de maïs et de coton a passé de 17 millions à 218 millions de dollars pour la même période.

Les profits n'ont pas été répartis de façon égale, le Zimbabwe ayant choisi un système de transition progressif édifié à partir du système d'exploitation commerciale existant par le passé. Environ 5500 agriculteurs blancs, dont les exploitations avoisinent 2200 hectares en moyenne, possèdent encore 40% des terres du pays et reçoivent deux tiers des prêts à l'agriculture. Des projets ambitieux, visant à réinstaller 162 000 familles noires sur des terres appartenant jadis à des blancs, ont dû être modérés, et jusqu'ici ce sont 35 000 familles qui ont été réinstallées. Dans le même temps, la tension monte sur les terres généralement plus pauvres cultivées par 900 000 familles noires qui gèrent une petite exploitation de 23 hectares en moyenne; l'épuisement et l'érosion des terres qui en résultent menacent de saper la base même de la sécurité alimentaire du pays.

Toutefois, les petits agriculteurs du Zimbabwe ont prouvé qu'avec l'aide de l'Etat et des prix fixés de manière plus équitable, ils peuvent produire suffisamment de produits alimentaires pour leur propre famille et un excédent commercialisable. A un moment où des gouvernements et des organisations internationales sont de plus en plus conscients des faiblesses des projets agricoles d'envergure, le Zimbabwe montre le chemin à suivre pour disposer d'un modèle nouveau de sécurité alimentaire familiale, en privilégiant les aides aux petits cultivateurs plutôt qu'aux grands exploitants agricoles.

peuvent aisément s'imaginer que leur enfant grandit normalement.

La majorité des parents d'enfants souffrant de troubles de la croissance ne se rendent donc pas compte qu'il y a un problème. Pourquoi donc devraient-ils s'astreindre à emmener leur enfant pour le faire peser 36 fois au cours des trois premières années de sa vie?

L'engagement parental dans le domaine de la surveillance de la croissance se fonde sur le désir de tout parent de voir ses enfants grandir normalement, tant sur le plan physique que mental, et de leur éviter des maladies constantes. Aujourd'hui, la méthode consistant à surveiller et favoriser la croissance offre cette possibilité à des millions de parents. Mais avant que l'on puisse s'attendre à les voir réagir, il faut qu'ils soient conscients à la fois du problème et de sa solution potentielle. Une fois de plus, le défi de la surveillance de la croissance commence par un défi de communication de masse — le défi de créer une conscience universelle du problème de la croissance et une demande massive pour sa solution.

Aujourd'hui, plus du tiers des enfants dans de nombreux pays ne grandissent pas comme ils le devraient et, de ce fait, ne réaliseront jamais l'ensemble des potentialités physiques et mentales avec lesquelles ils sont nés. Leurs parents ont le droit de savoir que leurs fils et leurs filles ne grandissent pas normalement. Et ils ont le droit de savoir pourquoi.

Ils ont le droit de savoir que leurs enfants devraient grandir aussi bien que les enfants des riches de leur propre société et aussi bien que les enfants d'Europe ou d'Amérique du Nord, et que les différences de taille dont ils s'aperçoivent au fur et à mesure de la croissance de leurs enfants ne sont pas dues à leur race ou à leur nationalité, mais à une mauvaise santé et à une mauvaise alimentation.

Ils ont le droit de savoir que c'est la fréquence des maladies, des maladies «bénignes» telles que la toux, le rhume, la diarrhée et la fièvre, qui perturbent la croissance de leurs enfants; ils ont le droit de savoir qu'il existe actuellement des mesures peu coûteuses qu'ils peuvent appliquer eux-mêmes pour protéger cette croissance et ils ont le droit, dans l'accomplissement de cette tâche, de bénéficier de l'aide des services sanitaires de leur pays.

Les parents ont en particulier le droit de savoir que pour prévenir une mauvaise croissance, ils doivent être avertis le plus tôt possible de la moindre perturbation. Si les parents se rendent compte que le seul système d'alerte précoce est la pesée régulière de leur enfant, alors la surveillance de la croissance prendra une grande importance à leurs yeux et la plupart d'entre eux feront de grands efforts pour y soumettre leur enfant.

Les agents de santé communautaires

Il ne serait guère utile de susciter une prise de conscience massive des connaissances scientifiques concernant les troubles de la croissance et leurs causes, si les parents ne pouvaient rien entreprendre pour les combattre. Or, avec l'augmentation actuelle du nombre d'agents de santé communautaires et les connaissances actuelles dans le domaine des mesures peu coûteuses, on peut faire beaucoup.

Il faudra généralement qu'un agent de santé communautaire — ne serait-ce qu'un agent de santé bénévole ayant reçu une formation de quelques semaines ou de quelques mois — aide les mères à contrôler régulièrement la croissance de leurs enfants. Et c'est l'agent de santé communautaire qui incarne le deuxième grand avantage du progrès que constitue la surveillance de la croissance. En effet, tout en donnant un avertissement précoce de troubles éventuels, la surveillance de la croissance peut également constituer un canal d'information et de soutien des parents dans l'utilisation des connaissances actuelles pour protéger cette croissance.

La pesée mensuelle régulière de l'enfant — accompagnée d'un entretien sur son développement avec l'agent de santé communautaire — peut engendrer jusqu'à 36 contacts séparés entre la mère et les services de santé au cours des trois premières années de la vie d'un enfant. De plus, comme il est important d'aider concrètement et de mettre en confiance les parents pour leur permettre d'appliquer les connaissances nouvelles, ce contact régulier avec une personne qualifiée pourrait constituer le principal moyen de les informer et de les appuyer dans l'utilisation des méthodes actuelles peu coûteuses de protection de l'enfant.

En d'autres termes, le processus de la surveillance de la croissance peut également favoriser la connaissance des éléments suivants: quand et comment utiliser la TRO, quand et où emmener l'enfant pour le faire vacciner, pourquoi l'allaitement maternel est-il si important et comment surmonter les difficultés occasionnelles qu'il présente, à quel moment faut-il commencer à administrer d'autres aliments, pourquoi le régime de l'enfant doit être plus riche en calories, pourquoi faut-il nourrir l'enfant fréquemment, comment lui assurer un apport suffisant de vitamine A, comment éviter l'anémie ou la carence en iodé (voir encadré n° 30), ou encore pourquoi est-il nécessaire d'administrer périodiquement des vermis, de laisser passer au moins deux ans entre deux grossesses, de se soumettre à des contrôles prénatals, et d'assurer à la mère plus de repos et de nourriture pendant les mois qui précèdent l'accouchement.

Les fiches de croissance distribuées dans le cadre des meilleurs programmes actuels de surveillance de la croissance comportent elles-mêmes de tels messages sous la

Philippines: combattre la famine

La moitié de l'année, c'est la saison de soudure pour 200 000 ouvriers travaillant dans les plantations de sucre et leurs familles, dans l'île du Negros occidental, aux Philippines. Mais depuis deux ans la saison de soudure n'est pas seulement synonyme de morte saison mais de mort tout court. La mort par la famine et la maladie pour les plus vulnérables des habitants de l'île: les enfants.

L'effondrement des cours mondiaux du sucre, de 29 cents la livre en 1980 à moins de 3 cents en 1985, a dévasté l'économie de l'île qui dépend presque exclusivement d'une seule culture: celle de la canne à sucre.

La production s'est ralentie, les salaires déjà faibles ont été encore réduits et de nombreux travailleurs des plantations ont été licenciés. A présent, pendant la saison de raffinage, de nombreuses familles ne peuvent s'offrir qu'un seul repas de riz et de légumes par jour; pendant la saison de soudure, de mai à octobre, il arrive qu'ils soient obligés de survivre en ne consommant un repas de riz que tous les deux jours.

Une enquête réalisée en 1985 a montré que dans certaines régions de l'île de Negros, plus de 40% des enfants de moins de 14 ans sont modérément ou gravement malnutris. L'hôpital de Bacolod City a signalé une augmentation de 67% des décès d'enfants pour le premier trimestre de 1985 par rapport à la même période de 1984. La mortalité infantile est montée en flèche pour atteindre près du double du taux national, la plupart des décès étant dus à la malnutrition.

Reconnaissant qu'il fallait venir en aide à la population sans plus tarder, l'Office national du développement économique, l'Office provincial de planification et l'UNICEF ont lancé un programme d'urgence en septembre 1985. Pour parer au danger immédiat, les enfants sous-alimentés reçoivent des compléments alimentaires et des soins de santé de base. Pour les protéger à plus long terme, leurs familles bénéficient d'une formation en nutrition et à la production d'aliments à domicile.

Dans 2000 centres d'alimentation, 85 000 enfants reçoivent quotidiennement une petite collation riche en protéines, préparée localement à partir de haricots, de riz, de lait et d'huile. Des groupements religieux, des organisations de planteurs et les ministères de la protection sociale, du développement, de la santé et de l'éduca-

tion collaborent à la tâche complexe que constitue la distribution de compléments alimentaires.

Tandis que les enfants prennent leur collation, les agents de santé et les volontaires des communautés dispensent à leurs parents les notions sur la santé et la nutrition. Huit «nutri-bus» ont été équipés pour transporter les agents dans les régions les plus reculées.

Entre-temps, les agents de santé donnent de la vitamine A, des comprimés de fer, des sels de réhydratation orale et administrent des vaccins. Les enfants sont pesés chaque mois, en partie pour dépister ceux qui ont besoin d'aliments complémentaires, mais aussi pour sensibiliser davantage les mères à l'importance de la surveillance de la croissance de leur enfant.

En moins de six mois, un contrôle effectué sur plus de 1000 enfants du programme a montré que 87% d'entre eux avaient pris en moyenne 1,5 kg. A Valladolid, où le programme est en plein essor et fournit des rations supplémentaires à 894 des 4400 enfants âgés de moins de cinq ans de la communauté, 140 enfants de moins d'un an sont décédés au premier trimestre de 1985, alors qu'aucun décès n'a été signalé pour la même période en 1986.

Pour que les familles de l'île de Negros disposent de leurs propres ressources alimentaires pendant les périodes de disette, des enfants de quelque 50 écoles apprennent les techniques de base du jardinage et utilisent des semences de haute qualité fournies par le programme. Une centaine de promoteurs basés dans les villages, formés pour augmenter les récoltes des jardins sans avoir à recourir à des fertilisants ou à des pesticides coûteux, aident chacun 30 familles à cultiver 3000 jardins modèles.

Il reste au programme à atteindre chaque enfant à risque. Mais même si l'ensemble du financement nécessaire était assuré — actuellement il en coûte 5 cents par jour par enfant — le programme ne constitue qu'une opération provisoire. Les travailleurs de l'île de Negros ont besoin d'accéder à la propriété foncière si l'on veut qu'ils aient leurs propres cultures vivrières et assurent la survie de leurs enfants.

Dans la première étape vers une solution permanente, le nouveau gouvernement philippin a annoncé que les propriétaires de plantations doivent louer 10% des terres à leurs travailleurs pour qu'ils y plantent des cultures vivrières.

forme d'une liste de contrôle des actions que les parents peuvent entreprendre. Alliée à une notation visible de la croissance de l'enfant, cette série d'informations contient un tel potentiel de protection pour la vie et la santé de l'enfant, que la carte en papier ou en plastique sur laquelle elle est imprimée pourrait à juste titre recevoir le nom de «certificat de vie» ou de «passeport pour la santé», et être distribuée à chaque nouveau-né.

La surveillance de la croissance peut donc aider à rassembler toutes ces mesures. Dès lors, de nouveaux horizons s'ouvrent à la santé infantile. En effet, tout comme les maladies fréquentes exercent une force synergique descendante sur la croissance de l'enfant, des actions telles que la vaccination et la TRO peuvent exercer une force synergique ascendante équivalente sur cette croissance³. En supprimant cinq à six des incidents qui retardent la croissance chaque année – ce qui est actuellement tout à fait possible – les parents peuvent offrir à leur enfant plus de temps pour retrouver son poids normal entre deux maladies et ils peuvent supprimer une partie des risques susceptibles de l'entraîner dans le tourbillon d'une mauvaise croissance et de maladies fréquentes au cours des années les plus critiques de son développement.

Donner les moyens aux mères

En tant que technique, la surveillance de la croissance peut fournir un avertissement précoce lorsque la croissance est perturbée. En tant que processus, elle peut constituer le moyen de transmettre une nouvelle information sur la façon de favoriser la croissance. En tant qu'élément central des soins de santé infantile, enfin, elle peut contribuer à déplacer l'accent du rôle des professionnels vers celui des parents, des dispensaires vers les communautés, de la dépendance vers la responsabilité individuelle. De la sorte, elle peut contribuer à créer d'authentiques soins de santé primaires.

Si la santé infantile s'organise autour du traitement des maladies au coup par coup, alors elle tendra naturellement à accorder plus d'importance aux médecins et aux dispensaires. Si, au contraire, les soins de santé infantile s'organisent autour d'un effort continu en faveur d'une croissance normale, alors ses acteurs principaux seront ceux qui s'en préoccupent aussi continuellement: les parents. Favoriser la croissance est une tâche quotidienne et non pas mensuelle. Ce sont les gestes quotidiens des parents, et non pas l'intervention de l'agent de santé, qui déterminent le plus si l'enfant prendra ou ne prendra pas les quelques centaines de grammes nécessaires avant la pesée du mois suivant.

Une fois admis que les parents sont les agents de santé infantile les plus importants, la tâche principale des services de santé officiels consistera à leur fournir les moyens

qui leur permettront d'atteindre leur but: élever des enfants en bonne santé. Dans ce processus, la surveillance de la croissance représente à la fois un moyen et un message.

Ce processus équivaut à affirmer chaque mois que le maintien de la croissance normale d'un enfant dans une communauté pauvre constitue un travail difficile qui exige une certaine compétence, et que pour l'accomplir une mère mérite et a besoin de la reconnaissance et de l'aide pratique de son mari, de sa communauté et des services de santé de son pays. Il s'agit également d'affirmer chaque mois que l'enjeu est la croissance et que la principale protagoniste est la mère.

Dans les meilleurs programmes de surveillance de la croissance lancés actuellement, c'est la mère qui procède à la pesée, participe à la notation des résultats et interprète la ligne sur la fiche de croissance qui représente les progrès de son enfant. Elle peut poser les questions qu'elle veut, recevoir les conseils dont elle a besoin, donner un soutien aux autres mères ou en recevoir et requérir les services plus spécialisés de personnes plus qualifiées, au cas où elle-même ou son enfant en ont besoin. Ce processus consiste toutefois essentiellement à donner à la mère plus de moyens pour protéger la croissance de son enfant par des actions quotidiennes. La véritable question n'est pas de savoir si la fiche de croissance est régulièrement remplie, mais si la mère est elle-même incitée à prendre part en toute connaissance de cause à la protection de la croissance de son enfant.

Dans le processus de la pesée régulière, de la notation et de la discussion des résultats, la mère voit elle-même que la santé de son enfant dépend de son alimentation, qu'une bonne alimentation constitue quatre vaccinations quotidiennes contre la malnutrition et que l'accroissement pondéral est fonction d'une réduction au minimum de l'impact des maladies courantes et d'une utilisation optimale de la nourriture disponible.

Si une mère pèse elle-même régulièrement son enfant et participe à la notation des résultats de façon à constater et à comprendre ce qui fait que cet enfant grandit, et si elle a la possibilité de s'entretenir de la croissance de son enfant avec un agent de santé, alors cette mère verra l'importance des pesées mensuelles. Elle en viendra à considérer une infection respiratoire ou une fièvre non plus seulement comme un incident passager, mais comme une menace pour la croissance de son enfant. Elle verra que la diarrhée est une maladie nutritionnelle contre laquelle il est essentiel d'appliquer la TRO et de poursuivre l'alimentation, non seulement pour protéger l'enfant contre la déshydratation, mais aussi pour sauvegarder sa croissance. Elle verra qu'un enfant a besoin d'une plus grande quantité de nourriture au cours des semaines qui suivent immédiatement une maladie afin de guérir complètement, et que «guérison complète» signifie qu'il

doit reprendre le poids perdu pour que la croissance ne soit pas perturbée. Elle *verra* que s'il faut sacrifier du temps et de l'argent pour augmenter la valeur énergétique de la nourriture de l'enfant en y ajoutant des huiles ou des matières grasses, c'est que pour grandir normalement l'enfant a besoin d'une énergie supplémentaire à ce stade critique de sa vie. Elle *verra* qu'en allaitant exclusivement son bébé pendant les quelques premiers mois après sa naissance, elle lui assure une croissance normale.

Le message n'a plus rien d'abstrait et l'agent de santé n'est plus la seule personne à le comprendre et à s'en soucier. Si elle se sert de la surveillance de la croissance comme d'un outil, la mère comprendra que tout ce qu'elle apprend vise un objectif global et comporte des liens avec le but unificateur et mesurable qu'est la croissance de son enfant.

Le contrôle en retour

Un gain de poids d'un mois à l'autre constitue une raison de se réjouir. L'absence d'accroissement pondéral* est une raison visible de s'inquiéter. En rendant le problème tangible à ceux qui peuvent le mieux y remédier — les parents et l'agent de santé —, la surveillance de la croissance déclenche aussi l'action.

L'une des raisons qui font que les troubles de la croissance se transforment en malnutrition et que l'on intervient trop tard réside dans le fait que généralement aucun signe manifeste n'incite les parents ou l'agent de santé à agir, parce qu'aucun symptôme visible ne suscite des inquiétudes — jusqu'à ce qu'il soit presque trop tard. Grâce à la surveillance de la croissance, un fléchissement ou une chute de la courbe de croissance de l'enfant constitue ce déclencheur, tout comme, à l'opposé, un redressement de la courbe reflète le succès d'une action précoce entreprise pour maintenir ou rétablir la croissance. En d'autres termes, la surveillance de la croissance constitue une boucle de rétroaction, un mécanisme qui complète le circuit des actions bien fondées grâce auquel les soins de santé infantile peuvent désormais devenir un processus plus dynamique.

Les soins de santé primaires

En reconnaissant que la mère est l'agent de santé infantile le plus important, la surveillance de la croissance définit un modèle nouveau des soins de santé infantile. Dans la configuration conventionnelle, le

médecin et le dispensaire occupent le centre du terrain, tandis que la mère et l'enfant demeurent à la périphérie. La surveillance de la croissance, presque par définition, renverse cette situation pour placer la mère au centre et demander aux agents de santé, aux médecins, aux dispensaires et aux hôpitaux de jouer un rôle d'appui en tant que conseillers, éducateurs, ou intermédiaires permettant de transmettre les nouvelles connaissances et la confiance nécessaire à leur utilisation, en tant que sources pour l'approvisionnement en biens sanitaires de base tels que tablettes antipaludiques, sachets de SRO, contraceptifs ou capsules de vitamine A et en tant que services d'orientation pour porter les problèmes plus graves à l'attention de professionnels mieux qualifiés.

Du point de vue des services de santé, l'organisation des soins de santé infantile autour de l'encouragement de la croissance pourrait donc représenter un pas décisif vers les soins de santé primaires. La surveillance de la croissance demande que les connaissances et les compétences des professionnels de la santé sortent des centres sanitaires — où elles sont cantonnées dans un rôle passif — pour se déployer activement dans la communauté afin d'informer et de soutenir les parents dans leurs efforts pour favoriser la santé de leurs enfants. De cette manière, la surveillance de la croissance peut contribuer à drainer les soins de santé vers la communauté. Elle devient un forum, une occasion d'introduire d'autres actions sanitaires et le moteur essentiel des soins de santé primaires pour les enfants.

Sur un plan encore plus global, une conception des soins de santé infantile qui considère la mère comme le premier agent de santé implique presque automatiquement la participation d'un éventail de ressources beaucoup plus large encore — comprenant les écoles et les centres préscolaires, les journaux et les magazines, la radio et la télévision, les institutions religieuses et les mouvements bénévoles, les sports et les divertissements — en tant que canaux essentiels pour atteindre, informer et soutenir les mères dans leur tâche. En d'autres termes, l'objectif unificateur de «mobiliser chacun autour de la santé de l'enfant» réside dans les connaissances et les actions qui permettront non seulement de sauver des vies, mais aussi de conférer à des millions de parents le pouvoir de protéger et de promouvoir la croissance normale de leurs enfants.

Respecter les mères

Idéalement, la surveillance de la croissance devrait être une activité organisée par et pour les mères elles-mêmes, dans un lieu et à un moment pratique dans chaque communauté, appuyées par des services de santé disposés à fournir les traitements appropriés, y compris des soins curatifs complexes si le besoin s'en fait sentir, lors-

* On définit plus exactement l'«absence d'accroissement pondéral» comme étant l'incapacité d'un enfant à prendre du poids au cours de deux périodes consécutives entre les pesées ou la perte de plus de 500 grammes entre deux pesées³.

que de graves problèmes nutritionnels se présentent. Toutefois, dans la plupart des pays, un tel idéal constitue aujourd'hui un objectif à atteindre plutôt que le reflet de la réalité. Ainsi, c'est seulement dans quelques cas rares que la surveillance de la croissance fonctionne de façon optimale.

On rencontre encore des problèmes techniques dans la mise au point de balances qui seraient assez bon marché et suffisamment légères, précises et résistantes – et qui perturberaient moins l'enfant que l'on pèse*. La formation et la supervision des agents de santé présentent des lacunes. Les insuffisances des systèmes d'orientation amènent des problèmes plus difficiles à résoudre, en isolant en fait l'agent de santé communautaire et la mère, transformant ainsi les soins de santé primaires en un système sanitaire de deuxième classe pour les pauvres, au lieu d'en faire un système efficace et égalitaire pour fournir à tous les soins de santé appropriés.

Les deux défauts les plus graves et les plus répandus des nouveaux programmes lancés actuellement, cependant, sont la confusion quant à l'objectif de la surveillance de la croissance et l'exclusion des mères d'une participation pleine et entière au processus.

Le premier problème provient des différentes fonctions que peuvent remplir les fiches de croissance. On peut les utiliser, par exemple, pour identifier les enfants malnutris dont la croissance est déjà ralentie et qui ont besoin de compléments alimentaires et d'une réhabilitation nutritionnelle. Ce processus est parfois nécessaire ; il diffère cependant beaucoup de l'encouragement de la croissance, avec laquelle on ne devrait pas le confondre. L'encouragement de la croissance vise des enfants beaucoup plus jeunes, particulièrement les moins de deux ans, et constitue en premier lieu une tentative de prévenir les troubles de la croissance. Parmi les programmes actuels de surveillance de la croissance, les plus efficaces ne sont pas ceux qui tendent un filet de sécurité sous une barre nutritionnelle, mais ceux qui aident l'enfant à rester au-dessus de cette barre.

Cette confusion se manifeste d'autre part par l'utilisation de courbes de croissance moyennes avec lesquelles on compare les courbes individuelles. Seulement, les enfants peuvent être grands ou petits ; ce qui importe, c'est la courbe de croissance de chacun, son gain de poids mensuel. La comparaison avec un enfant « moyen » peut,

* Différents pays sont actuellement en train d'expérimenter divers types de balances. L'organisation *Teaching Aids at Low Cost* (TALC, P.O. Box 49, St. Albans, Herts AL1 4AX, Royaume-Uni) a présenté un modèle de balance – dont elle fournira le ressort principal – qui peut être fabriqué sur place pour moins de 5 dollars. On avance également dans la mise au point d'une balance résistante actionnée par l'énergie solaire, munie d'un affichage digital et d'une capacité suffisante pour permettre de surveiller aussi l'accroissement pondéral de la future mère pendant la grossesse⁵.

encore, être une méthode pour identifier rapidement les enfants en situation de risque, mais elle ne contribue pas à encourager la croissance et elle peut inquiéter et décourager sans raison une mère dont l'enfant est petit, mais prend régulièrement du poids chaque mois**.

Enfin, parmi les tentatives qui visent aujourd'hui à instaurer la surveillance de la croissance, trop nombreuses sont celles qui centrent le processus sur un médecin ou un agent de santé qui pèse l'enfant, remet à jour la courbe sur la fiche de croissance puis reclasse celle-ci, tout en n'adressant que quelques mots anodins au parent. Si la fiche de croissance n'est pas un outil placé entre les mains de la mère, alors elle ne vaut même pas le papier sur lequel elle est imprimée. C'est la mère qui doit favoriser tous les jours la croissance de son enfant, en lui procurant la nourriture adéquate et en réduisant au minimum l'impact des maladies. C'est donc elle qui a besoin de comprendre la fiche qui l'incite à agir et qui reflète les résultats de ses efforts.

On entend parfois dire que des mères sans éducation ne peuvent comprendre ni des graphiques ni la surveillance de la croissance et que seuls les agents de santé professionnels peuvent faire ce travail. Voici comment Jon Rohde, l'un des pédiatres qui ont joué un rôle prépondérant dans l'introduction de méthodes modernes de la surveillance de la croissance, répond à cet argument :

«La surveillance de la croissance, qui consiste le plus souvent à peser régulièrement l'enfant et à noter son poids sur une fiche de croissance, permet à la mère de visualiser la croissance. La fiche doit être conçue de telle sorte que la mère puisse l'utiliser et la comprendre. C'est elle qui doit percevoir et assimiler ce qu'elle mesure. C'est pourquoi la mère doit elle-même peser l'enfant, noter le poids sur la fiche et déterminer si la croissance de son enfant depuis la dernière pesée correspond à ses attentes. Les détracteurs prétendent que les mères ne savent pas peser correctement, qu'elles ne comprennent pas les graphiques, qu'elles ne savent pas noter le poids sur les fiches, qu'elles ne savent pas lire... Ridicule! Si elles ne savent pas, c'est parce que nous ne voulons pas leur apprendre. Nous ne prenons pas le temps de le faire et nous ne respectons ni leurs capacités ni leur motivation. Nous traitons les mères comme de jeunes enfants irresponsables, pour ensuite nous étonner de ce qu'elles ne suivent pas nos conseils sur l'éducation de leurs enfants. Chaque fois que nous avons abordé des mères avec un minimum de sensibilité culturelle et de respect intellectuel, nous nous sommes trouvés face à des femmes intéressées, capables de peser leurs enfants avec précision et capables d'interpréter leur croissance avec la perspicacité et la finesse d'un nutritionniste qualifié.»

** De même, un enfant qui pèse plus que la moyenne pour son âge, mais qui n'a pas pris suffisamment de poids depuis la dernière pesée, présente un problème de croissance qu'il s'agit de résoudre.

La survie en chiffres: le taux de survie juvénile-infantile

En matière de survie des enfants, la mesure de base est le taux de mortalité juvénile-infantile ou TMJI (nombre annuel de décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes). Il est très simple, sur cette base, de déterminer le taux de survie juvénile-infantile pour 1000 naissances : il suffit de soustraire le TMJI de 1000. En divisant ce chiffre par dix, on obtient le pourcentage des enfants qui survivent jusqu'à l'âge de cinq ans. Le tableau ci-dessous indique ce pourcentage, pour tous les pays, en 1960 et en 1985.

	1960	1985		1960	1985		1960	1985
Afghanistan	62,0	67,1	Zambie	77,2	86,5	Corée, Rép. pop. dém.	88,0	96,5
Mali	63,0	69,8	Pérou	76,7	86,7	Corée, Rép. de	88,0	96,5
Sierra Leone	60,3	69,8	Jamahiriya arabe libyenne	73,2	87,0	Panama	89,5	96,5
Malawi	63,6	72,5	Maroc	73,5	87,0	Maurice	89,6	96,8
Guinée	65,4	74,1	Indonésie	76,5	87,4	Uruguay	94,4	96,8
Ethiopie	70,6	74,3	Congo	75,9	87,8	Roumanie	91,8	96,9
Somalie	70,6	74,3	Kenya	79,2	87,9	Yougoslavie	88,7	96,9
Mozambique	69,8	74,8	Zimbabwe	81,8	87,9	URSS	94,7	97,1
Burkina Faso	61,2	75,5	Algérie	73,0	88,3	Chili	85,8	97,4
Angola	65,4	75,8	Honduras	76,8	88,4	Trinité-et-Tobago	93,3	97,4
Niger	68,0	76,3	Tunisie	74,5	89,0	Jamaïque	91,2	97,5
Rép. centrafricaine	69,2	76,8	Guatemala	77,0	89,1	Koweït	85,2	97,5
Tchad	67,4	76,8	Arabie saoudite	70,8	89,1	Costa Rica	87,9	97,7
Guinée-Bissau	68,5	76,8	Nicaragua	79,0	89,6	Portugal	88,8	97,8
Sénégal	68,7	76,9	Afrique du Sud	80,8	89,6	Bulgarie	93,8	97,9
Mauritanie	69,0	77,7	Turquie	74,2	89,6	Hongrie	94,3	97,9
Kampuchea	78,2	78,4	Iraq	77,8	89,9	Pologne	93,0	97,9
Liberia	69,7	78,5	Botswana	82,6	90,1	Cuba	91,3	98,1
Rwanda	75,2	78,6	Viet Nam	76,7	90,2	Grèce	93,6	98,2
Yémen, Rép. arabe du	62,2	79,0	Madagascar	81,9	90,3	Tchécoslovaquie	96,8	98,3
Yémen, Rép. dém. pop. du	62,2	79,0	Papouasie-Nlle-Guinée	75,3	90,6	Israël	96,0	98,4
Bhoutan	70,3	79,4	Equateur	81,7	90,8	Nouvelle-Zélande	97,3	98,6
Népal	70,3	79,4	Brésil	84,0	90,9	Autriche	95,7	98,7
Burundi	74,2	80,0	Birmanie	77,1	90,9	Belgique	96,5	98,7
Bangladesh	73,8	80,4	Salvador	79,4	90,9	Rép. dém. allemande	95,6	98,7
Bénin	69,0	80,7	Rép. dominicaine	80,0	91,2	Italie	95,0	98,7
Soudan	70,7	81,3	Philippines	86,5	92,2	Etats-Unis	97,0	98,7
Bolivie	71,8	81,6	Mexique	86,0	92,7	Rép. féd. d'Allemagne	96,2	98,8
Tanzanie	75,2	81,7	Colombie	85,2	92,8	Irlande	96,4	98,8
Nigéria	68,2	81,8	Rép. arabe syrienne	78,2	92,9	Singapour	95,0	98,8
Haiti	70,6	82,0	Jordanie	78,2	93,5	Espagne	94,4	98,8
Ouganda	77,6	82,2	Mongolie	84,2	93,6	Royaume-Uni	97,3	98,8
Pakistan	72,3	82,6	Paraguay	86,6	93,6	Australie	97,5	98,9
Oman	62,2	82,8	Liban	90,8	94,4	France	96,6	98,9
Rép. dém. pop. lao	76,8	83,0	Thaïlande	85,1	94,5	Hong Kong	93,5	98,9
Zaire	74,9	83,0	Albanie	83,6	94,8	Canada	96,7	99,0
Cameroun	72,5	83,8	Chine	79,8	95,0	Danemark	97,5	99,0
Togo	69,5	84,0	Sri Lanka	88,7	95,2	Pays-Bas	97,8	99,0
Inde	71,8	84,2	Venezuela	88,6	95,5	Norvège	97,7	99,0
Côte d'Ivoire	68,0	84,3	Emirats arabes unis	76,1	95,7	Japon	96,0	99,1
Ghana	77,6	84,7	Guyane	90,6	95,9	Suisse	97,3	99,1
Lesotho	79,2	85,6	Argentine	92,5	96,0	Finlande	97,2	99,2
Egypte	70,0	86,4	Malaisie	89,4	96,2	Suède	98,0	99,2

En évoquant plus particulièrement les expériences faites en Indonésie, où 124 000 centres de surveillance de la croissance ont été créés dans les deux tiers des villages du pays, Rohde poursuit :

« Certains détracteurs ont noté que dans nombre de ces villages indonésiens les avantages des pesées ne sont pas encore visibles. Cela n'a rien d'étonnant, lorsque l'on voit plus de cent mères faire la queue pour tendre leur enfant à un agent de santé qui note quelques lignes ou quelques chiffres mystérieux sur la fiche de croissance et rend la fiche et l'enfant à la mère, en se hâtant déjà vers la suivante. Penser ne signifie pas surveiller la croissance : la pesée n'a en soi que peu de valeur, voire pas du tout. Sans feed-back elle ne mène à rien. Dans des milliers de ces villages, pourtant, la pesée mensuelle assurée par les mères est devenue la force motrice de toutes les activités sanitaires. »

« Lorsqu'elle est convenablement organisée, à proximité du domicile, par un petit groupe de mères qui bénéficient des conseils adéquats et occasionnellement de l'appui professionnel du système sanitaire, la surveillance de la croissance constitue l'activité périodique sur laquelle se basent, au niveau du village indonésien, les soins de santé primaires. Les femmes du village se réjouissent d'avance de participer à cette réunion mensuelle, sanitaire et sociale, car elles peuvent y retrouver leurs amies, apprendre des "tuyaux" pratiques pour améliorer leur cadre de vie familial et s'assurer que leur enfant est en bonne santé ou que l'on entreprend les actions appropriées avant même que l'enfant ne paraisse malade ou malnutri. Comme, agréable, comprise et abordable quant à son coût, la surveillance de la croissance à l'échelon du village – en mettant l'accent sur le dialogue et sur une intervention thérapeutique opportune – constitue un moyen pratique pour susciter un engagement communautaire de grande envergure dans la promotion de la santé infantile. »

« De plus, des activités de surveillance de la croissance basées dans les villages sortent les services de santé primaires des établissements de santé pour les placer aux mains de la communauté. Au cours des réunions de pesée mensuelles, les villageois ont commencé à exiger d'autres services, demandant des séances de vaccination, la TRO, des traitements vermifuges, un réapprovisionnement en contraceptifs, de la vitamine A et des soins curatifs simples dans le village. C'est là que la surveillance de la croissance acquiert toute son importance, qu'elle répond à une demande et qu'elle parvient à toucher une grande partie de la population qui en a besoin : ce sont là les véritables soins de santé primaires »¹.

Le commencement

La surveillance de la croissance ne peut certes pas résoudre tous les problèmes qui se posent lorsqu'un élève

un enfant dans une communauté pauvre. D'ailleurs, les exigences de temps et d'énergie imposées à la mère ne la facilitent en rien, surtout en pleine saison agricole. Cependant, la prévention des maladies fréquentes et de la malnutrition permettra également d'améliorer les conditions de vie de la mère, en lui donnant plus de fierté et de confiance en elle-même, en lui évitant des soucis et des dépenses d'énergie et en lui permettant d'épargner 10%, voire plus, de son revenu et de son temps⁶. Malgré toutes les difficultés, la surveillance de la croissance représente aujourd'hui une possibilité réaliste pour la majorité des enfants du monde pauvre ainsi que pour les enfants des pays plus riches.

Des pas importants ont déjà été franchis dans ce sens – surtout en Inde et en Indonésie – et nombre de ces aventures novatrices démontrent une fois de plus l'importance des communications de masse et de la mobilisation de toutes les ressources disponibles. Citons par exemple une évaluation récente du meilleur programme de surveillance de la croissance d'Asie, le Projet intégré de nutrition du Tamil Nadu :

« Il est parvenu à faire comprendre l'importance de la croissance de l'enfant aux mères, aux personnalités publiques, aux administrateurs, au grand public et aux agents de santé. (...) Une utilisation efficace des services d'éducation et de communication est parvenue à créer une conscience massive du rôle crucial que joue la croissance dans la vie de l'enfant. »⁷

De même, dans le cadre du programme de surveillance de la croissance mis sur pied par le *Child in Need Institute* (CINI) au Bengale-Occidental, l'effort simultané dans le domaine de la communication a inclus les instituteurs, les dirigeants des *panchayat* (conseils villageois) et les accoucheuses traditionnelles. Voici les conclusions d'un rapport de 1986 sur ce programme :

« L'innovation majeure dans la surveillance de la croissance au CINI réside dans la participation active et décidée des communautés. La création de mahila mandals (organisations villageoises de femmes) est une démarche originale pour atteindre le but visé. Des associations de jeunes, des instituteurs, des dirigeants de panchayat, des accoucheuses traditionnelles et des guérisseurs ont également suivi un enseignement sur la surveillance de la croissance et l'éducation nutritionnelle, pour oeuvrer au profit de la survie des enfants. »

« Le programme comprend une division de communication indépendante. L'un des points importants est que celle-ci fait régulièrement appel aux services d'une agence publique professionnelle pour appuyer les activités de communication. Ils ont réussi à créer une conscience de l'importance de la croissance et de la santé infantile au sein des communautés, auprès des mères, des instituteurs, des aînés des villages et du public en général... »⁸

Birmanie: la lutte pour l'alphabétisation

Près de deux millions d'adultes ont été alphabétisés en Birmanie au cours des vingt dernières années avec l'aide de quelque 500 000 volontaires.

En 1962, le Gouvernement birman décida que tout citoyen devait recevoir une instruction élémentaire. Mais le pays ne disposait pas des moyens nécessaires à la réalisation de ce programme (aujourd'hui encore, le revenu annuel par habitant des 37 millions de Birmans est inférieur à 200 dollars). Il fallait donc trouver un moyen peu coûteux pour que la majorité de la population apprenne à lire et à écrire.

Une expérience d'une durée de cinq ans, entamée en 1964, conduisit à la réalisation d'un premier livre de lecture comprenant 25 leçons se rapportant principalement à la vie rurale en Birmanie. Ce programme, représentant en moyenne 80 heures d'enseignement et pouvant être assimilé en moins d'une année, fut l'objet d'une campagne d'envergure nationale qui démarra en 1969.

Pour limiter les dépenses, on fit coïncider le début des campagnes d'alphabétisation avec le début des congés d'été dans les universités, c'est-à-dire en avril; à ce moment-là, en effet, des milliers d'étudiants et d'enseignants retournent à leurs frais dans les villages. Des enseignants locaux et des villageois sachant lire et écrire furent également recrutés comme volontaires. Chacun reçut une formation préalable de deux semaines; aucun ne fut rémunéré.

Les organisateurs comprurent immédiatement que le succès de l'opération dépendrait de la capacité des élèves et des enseignants à conserver assez longtemps leur enthousiasme initial. On lança donc une vaste campagne de mobilisation sociale. Dans tout le pays, des messages transmis au moyen d'affiches et de panneaux, et repris inlassablement par les moyens d'information, attirèrent l'attention de la population sur l'enjeu qui représentait l'alphabétisation pour le développement national. Chaque nouvelle phase de la campagne reçut un large écho dans la presse et à la radio. Bien que l'orientation générale soit donnée par un comité central, chaque campagne était en fait placée sous la responsabilité d'un comité local d'alphabétisation et devait, sur le plan local, un sujet de fierté.

Les cérémonies d'ouverture des différentes phases de la campagne se déroulèrent en présence de responsables locaux et d'artistes célèbres, chanteurs, acteurs de cinéma et écrivains. Des kermesses et des festivals de musique accompagnèrent les lancements et des fêtes populaires accueillirent les volontaires.

Dans les villages et dans les villes, des haut-parleurs diffusaient des chansons sur le thème de l'alphabétisation. Des badges, sacs à bandoulière, casquettes, banneroles, éventails en papier, affiches et cartes postales portant l'emblème de la campagne contribuèrent à renforcer son impact auprès du public et permirent de récolter des fonds. Les associations de travailleurs, de paysans et de jeunes prirent toutes une part active à ce mouvement. Les villages dont 90% de la population avait passé avec succès les tests d'alphabétisme furent proclamés «villages alphabétisés» et à cette occasion, des fêtes y célébrèrent la «victoire du peuple».

La campagne fut menée pas à pas; les opérations ne démarraient pas dans un nouveau secteur tant que l'on n'avait pas la certitude que toute la population du secteur précédent savait lire et écrire. De 1969 à 1984, 233 communes, et quelque 48 000 villages organisèrent des campagnes d'alphabétisation. A l'heure actuelle, le mouvement touche les trois quarts des 314 communes de Birmanie.

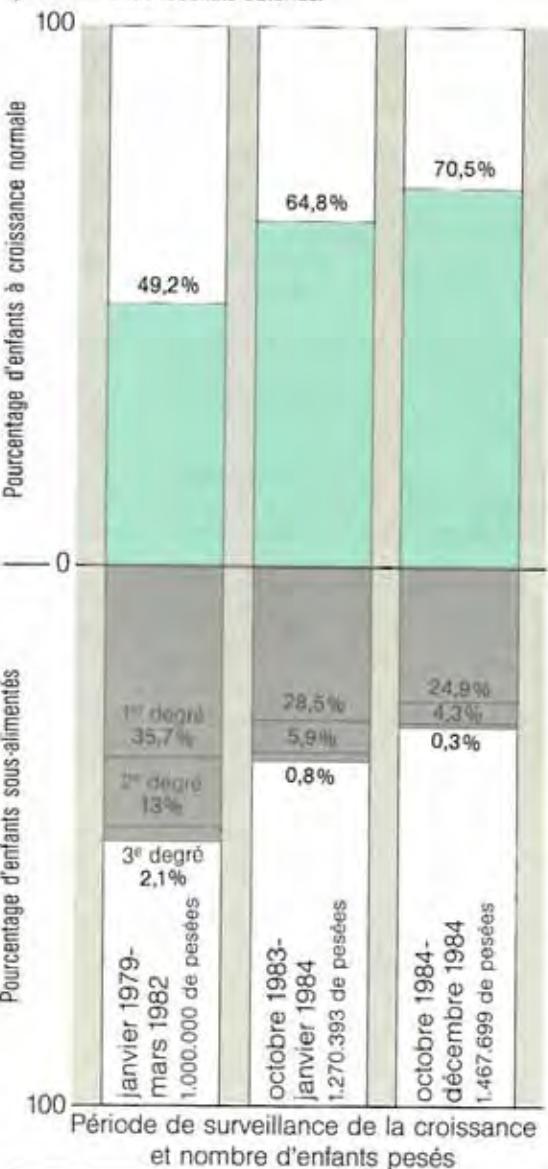
Dès qu'un village est déclaré village alphabétisé, on crée des cercles de lecture et des bibliothèques villageoises pour aider la population à entretenir les connaissances récemment acquises. 64 brochures de soutien spécialement conçues à l'intention des nouveaux lecteurs ont été rassemblées en cinq anthologies complètes sur des sujets tels que la nutrition, les soins aux enfants, les soins prénatals, l'hygiène publique et l'agriculture.

La campagne a permis de maintenir le taux d'alphabétisation des hommes à un niveau élevé, puisqu'il dépasse 85%, mais les résultats les plus spectaculaires ont été obtenus auprès des femmes. Avant que les premières expériences ne démarrent, on estimait que le tiers des femmes savait lire et écrire. Or en 1983, le taux d'alphabétisation des femmes dépassait 70%. Ces résultats remarquables sont aussi importants pour les enfants que pour les femmes, tant il est vrai que l'éducation de la mère accroît les chances de survie de son enfant.

D'ici 1990, la Birmanie prévoit d'étendre la campagne d'alphabétisation à l'ensemble des communes, parallèlement à la généralisation de l'insécution primaire. Entre-temps, le gouvernement a annoncé son intention de vacciner tous les enfants d'ici à 1990. La mobilisation sociale que la Birmanie a su créer pour la campagne d'alphabétisation sera un atout précieux pour gagner la bataille de la vaccination.

Fig. 21 Résultats du programme thaïlandais de surveillance de la croissance, 1979-1984

Le programme thaïlandais de surveillance de la croissance permet aujourd'hui de peser régulièrement 1,5 million d'enfants dans 37 000 villages. A chaque pesée, les parents sont informés de ce qu'ils doivent faire pour préserver la croissance de l'enfant. Les enfants atteints de troubles de la croissance sont examinés de plus près pour déterminer la cause du mal et tenter d'y remédier, soit en renforçant l'éducation nutritionnelle, soit par une alimentation complémentaire, soit en faisant appel à des agents de santé plus qualifiés. Le graphique résume les résultats obtenus.



Source: Ministère thaïlandais de la santé, Division de la nutrition, Programme thaïlandais de surveillance de la croissance, Bangkok, novembre 1985.

L'histoire d'un succès

La plupart des programmes novateurs actuellement en action n'ont pas encore été évalués. Et comme le dit la conclusion d'un séminaire de l'UNICEF sur la surveillance de la croissance, qui a eu lieu en 1985, «ce qu'il faut à présent avant toute chose, c'est un succès qui démontre que la surveillance de la croissance peut être effectuée correctement et qu'elle peut amener des changements». On assistera peut-être cette année à l'apparition d'un tel succès à l'échelon national. La Thaïlande est en effet en train de réussir dans le domaine de la surveillance de la croissance ce que l'Egypte est parvenue à faire pour la TRO au cours des trois dernières années.

Malgré ses débuts timides – dans 2000 villages seulement en 1981-1982 – le programme thaïlandais de la surveillance de la croissance enregistre aujourd'hui régulièrement la croissance de plus d'un million et demi de jeunes enfants dans 37 000 villages. D'ici à la fin de l'actuel plan quinquennal de développement national, tous les 57 000 villages de la Thaïlande seront couverts.

Les parents utilisent les fiches de croissance, qui comprennent une liste de contrôle des vaccinations, pour évaluer la croissance de leurs enfants et les comités villageois s'en servent pour évaluer la compétence de leur agent de santé. La figure 21 présente les résultats enregistrés à ce jour.

Au cours des premières années de ce programme, une enquête nutritionnelle a analysé les fiches de croissance de plus d'un million d'enfants et elle a montré que seuls 49% des jeunes enfants grandissaient «normalement». Quatre années plus tard, cette proportion est passée à 70%. Dans les cinq provinces que couvre ce programme, on a signalé des modifications du même ordre.

Une fois de plus, il apparaît clairement que les succès obtenus par la Thaïlande dans la surveillance de la croissance sont le résultat d'un engagement politique de haut niveau, suivi par une mobilisation sociale à tous les échelons. Présidé chaque année par un nouveau ministre du cabinet, le programme peut faire appel aux ressources des autres ministères du gouvernement ainsi qu'à tous les secteurs des services de santé. Il emploie également une fiche de croissance spécialement conçue pour être utilisée par les parents et publie régulièrement un bulletin.

Selon le Ministre thaïlandais de la santé publique, «le succès de ce programme dépend principalement du niveau d'engagement et de compréhension au sein des communautés». A cette fin, le programme n'a pas mobilisé seulement les médecins et les infirmières des régions rurales de Thaïlande, mais aussi les agents de santé villageois, l'Association thaïlandaise des pédiatres, les associations de commerçants, la Croix-Rouge, les stations de radio, les professionnels des relations publiques, les équipes

mobiles d'éducation nutritionnelle, ainsi que les journalistes et les éditorialistes des plus grands journaux thaïlandais⁸.

Une amélioration considérable de la croissance des enfants d'un pays, comme celle que la Thaïlande est en train de réaliser, constitue un pas en avant décisif dans le développement national. Il s'agit d'une amélioration dans la qualité de la vie pour les enfants d'aujourd'hui – et pour la nation de demain. On a pu constater à maintes reprises qu'une mauvaise croissance chez l'enfant est directement liée à une productivité physique et économique moindre à l'âge adulte, à des taux de risques élevés pendant la grossesse et lors de l'accouchement, à une incidence accrue de l'insuffisance pondérale à la naissance, à une réduction du nombre des connexions nerveuses du cerveau et à de moins bons résultats scolaires⁹.

La lutte contre la malnutrition constitue donc une lutte contre l'une des causes de la pauvreté aussi bien que contre l'un de ses symptômes. D'ailleurs, à moyen terme, le maintien de la croissance des enfants peut contribuer à maintenir la croissance du pays.

Un indicateur du développement

Le programme thaïlandais a également démontré un dernier avantage que la surveillance de la croissance offre aujourd'hui au processus de développement.

Nous avons déjà vu que la surveillance de la croissance pourrait constituer le point de convergence d'une combinaison interactive des méthodes actuelles peu coûteuses permettant de protéger le développement normal et la vie des enfants d'un pays. De plus, comme le prouve la Thaïlande, le processus pourrait en même temps engendrer un ensemble de statistiques sur la croissance des enfants qui pourrait représenter l'un des plus fins indicateurs du développement.

Dans les pays industrialisés, on a pu dire que la croissance des enfants était «l'indice le plus précis des conditions de vie et de santé des différents groupes et classes qui composent une société moderne»¹⁰. De même, dans le monde en développement, une analyse de la croissance mensuelle des enfants peut refléter fidèlement des facteurs aussi essentiels que la nourriture à la disposition des ménages, la fréquence et la gravité des maladies, ainsi que l'approvisionnement en eau salubre, l'accès à un assainissement sûr et aux services de santé primaires. Selon les conclusions du rapport du séminaire 1985 de l'UNICEF sur ce sujet, «la croissance est un indicateur important de la santé et du développement de l'enfant, mais elle montre également comment une société organise son développement et son évolution, comment s'équilibrent les aspects économiques et sociaux du développement»¹¹.

En d'autres termes, tout comme la surveillance de la croissance de son enfant peut apporter à la mère l'écho en retour nécessaire pour juger des résultats de ses efforts, la surveillance de la croissance des enfants d'un pays peut offrir aux planificateurs et aux politiciens l'écho en retour de leurs politiques économiques et sociales.

Une surveillance de la croissance permettant d'obtenir des statistiques locales et nationales sur la croissance des enfants – un processus qui est déjà en marche dans plusieurs pays du monde – pourrait donc devenir à la fois une méthode efficace pour favoriser le développement humain et un indicateur précis de l'influence qu'exerce le changement économique sur la capacité de la majorité des hommes à satisfaire leurs besoins fondamentaux.

Que ce soit à titre de moyen ou de mesure, la surveillance de la croissance des enfants d'un pays – alliée à la mobilisation de toutes les ressources existantes pour donner aux parents les moyens d'encourager cette croissance – est un nouveau moyen d'aller de l'avant. Un moyen qui revêt une importance cruciale pour le développement au cours des vingt prochaines années.

Conclusions

La cause principale de la mort précoce, de la mauvaise santé et de la croissance défectueuse de tant d'enfants dans le monde est la pauvreté. Au cours des années 80, la lutte contre la pauvreté a été freinée — voire, dans plus d'un pays, inversée — par suite de la persistante récession de l'économie mondiale.

Aujourd'hui, l'Europe et l'Amérique entament un fragile relèvement économique. Jusqu'ici, cependant, ce relèvement n'a pas eu de retombées sensibles pour les couches défavorisées, tant dans le tiers monde que dans les pays industrialisés. Pour la première fois, peut-être, nous assistons à une reprise de la croissance qui n'est pas accompagnée d'une reprise parallèle du prix des produits de base et de l'emploi. Les matières premières (à l'exclusion du pétrole) ont atteint leurs prix les plus bas depuis trente ans, les niveaux se situant à 50% à peine de ceux de la fin des années 70. Et dans le monde industrialisé, le chômage, surtout chez les jeunes et les plus désavantagés, se situe encore à des niveaux sans précédent. Par exemple, à New York, une des villes les plus riches du monde, le pourcentage des enfants appartenant à des familles vivant au-dessous du seuil de pauvreté officiel est aujourd'hui de 40%, alors qu'il était de 15% dans les années 70. A ce jour, le relèvement économique n'a guère touché les pauvres, pays industrialisés et pays en développement confondus. La lutte contre la pauvreté connaît ainsi son plus grand défi depuis la fin de la dernière guerre mondiale.

Pour donner une nouvelle impulsion à cette lutte, il est essentiel que des changements structurels soient opérés à l'intérieur des pays, par le biais de la réforme agraire, d'une nouvelle répartition des sources de revenus et de politiques économiques visant à accroître la participation et la productivité des pauvres. De même, des changements structurels doivent être apportés aux relations entre les pays — notamment, prix plus équitables et plus stables pour les produits de base, plus grande ouverture

des marchés aux articles manufacturés en provenance du tiers monde, réforme du système monétaire international, accroissement de l'aide publique, multiplication des prêts à faible intérêt — pour que l'économie mondiale reprenne son essor et que soient créées les conditions qui permettront à la grande majorité des familles de notre globe d'améliorer, grâce aux gains obtenus par leur propre travail, la qualité de leur vie.

Pour que le progrès se poursuive

Entre-temps, les institutions spécialisées des Nations Unies continuent à œuvrer avec les gouvernements afin de mettre à profit l'expérience acquise en quarante ans et renforcer la lutte contre la pauvreté absolue en utilisant au mieux toutes les ressources disponibles. Les fruits de cette action peuvent d'ores et déjà être perçus sur des fronts nombreux et divers, sous la forme de connaissances nouvelles et de nouvelles techniques peu onéreuses, lesquelles, si elles pouvaient être mises à la disposition de la majorité, permettraient à leur tour à la lutte contre les pires aspects de la pauvreté absolue de gagner du terrain, en dépit de toutes les vicissitudes économiques.

De même, l'UNICEF, qui consacre la plus grande partie de ses ressources à l'amélioration des conditions de vie dans les pays en développement, s'attache à tirer les leçons de sa propre expérience et de celle des gouvernements avec lesquels il coopère depuis quarante ans, dans l'espoir de dégager des voies et des moyens inédits qui permettront de préserver les acquis en faveur de l'enfance, même en l'absence de ressources supplémentaires.

Ce que la lutte contre la pauvreté ne peut se permettre, en effet, c'est de sacrifier toute une génération d'enfants sur l'autel de la récession.

La carence en iodé: une solution à portée de main

La vaccination et la TBC ont une portée universelle. Il existe cependant d'autres mesures peu coûteuses qui attendent d'être appliquées dans des régions du monde connaissant des problèmes sanitaires particuliers.

Le meilleur exemple en est l'iodation du sel afin d'éliminer les maladies dues à la carence en iodé, qui touchent des centaines de millions de personnes dans les régions montagneuses ou facilement inondées d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, où le sol, et donc la nourriture, manquent d'iodé. Ioder tout le sel de consommation en Inde coûterait moins cher qu'une tasse de thé par personne et par an. Cette mesure pourrait éradiquer une maladie qui diminue la productivité de millions d'adultes et porte irréparablement atteinte aux capacités mentales et à la croissance physique de centaines de milliers d'enfants.

Du fait que le symptôme le plus manifeste du déficit en iodé est le goitre, un gonflement disgracieux de la thyroïde à la base du cou, les carences en iodé ont longtemps été considérées comme un problème esthétique. Mais dans les années 50 et 60, des recherches d'avant-garde dues à des savants tels que le docteur V. Ramalingaswami (aujourd'hui directeur général du Conseil indien de la recherche médicale) ont commencé à révéler les effets cachés et terrifiques de la carence en iodé.

La carence en iodé diminue la quantité de thyroxine, une hormone produite par l'organisme. Chez les adultes, il en découle une léthargie physique et une diminution de la productivité qui peuvent se corriger par l'adjonction d'iodé dans les aliments. Chez les enfants en pleine croissance et les fœtus dans le ventre de leur mère, la croissance du cerveau, du corps et du système nerveux central peut être irréparablement endommagée. Des recherches récentes ont en outre révélé que la carence en iodé est liée à un taux élevé d'avortements spontanés, de naissances d'enfants morts-nés et de décès d'enfants en bas âge.

Dans certains villages, 15 à 20% des enfants naissent avec le cerveau atteint, et grandissent sans pouvoir être instruits ni occuper un emploi. Dans les poches géographiques où se rencontre le déficit en iodé, un quart de la population est sourd-muet ou souffre de troubles physiques ou mentaux prononcés.

A l'inverse de la plupart des problèmes sanitaires, la carence en iodé a une solution scientifique «centralisée». Il n'est en effet ni onéreux ni techniquement difficile d'ajouter de l'iodate de potassium au sel dans la proportion de 80 à 100 parties par million. L'organisme humain n'ayant besoin que d'une cuillère à café d'iodé pour toute la vie, cette simple mesure peut suffire à éradiquer la carence en iodé.

Certains problèmes se posent toutefois. L'iodation augmente légèrement le coût du sel, et il n'est pas toujours facile de convaincre les gens de payer davantage pour des bienfaits qu'ils ne connaissent guère. De même, il n'est pas facile d'appliquer des réglementations gouvernementales alors que tant de personnes interviennent dans la production, le transport et la commercialisation du sel, et que la concurrence sur les prix est si vive. En outre, même après l'addition d'iodate, celui-ci peut à nouveau s'échapper par filtration si le stockage et le transport ne sont pas adéquats. Mais le plus grand problème tient à la nécessité de convaincre les pouvoirs publics que la carence en iodé est un problème grave dont la solution est à portée de main sans être excessivement onéreuse, ainsi que de convaincre de très nombreuses personnes de n'acheter que du sel iodé et de le conserver comme il convient.

Dans certaines régions, l'efficacité de l'iodation du sel a déjà été spectaculairement démontrée. En Chine, par exemple, le taux de goitres dans la province de Jixian a passé de 65% en 1978 à 4% en 1986. Dans un village jusque-là connu pour son pourcentage élevé de handicapés mentaux, la productivité a été multipliée par dix et plus une seule naissance d'enfant affligé de crétinisme n'a été enregistrée. De même, dans une région du royaume du Bhoutan, le pourcentage d'enfants nés avec un déficit en iodé est tombé de 10% à 1% dans l'année qui a suivi l'iodation du sel.

L'an dernier a été créé le Conseil international pour la lutte contre les troubles dus aux carences en iodé; il a pour charge de favoriser l'éradication des troubles dus à ces carences et d'échanger les expériences faites par les pays ayant déjà lancé des programmes de lutte contre ce fléau. Si ces efforts reçoivent le soutien politique requis, et si le public est davantage informé sur la question, il ne fait aucun doute qu'un des problèmes sanitaires les plus tragiques et les moins inéluctables pourra être éliminé avant la fin de ce siècle.

Faire peser le poids de la récession sur ceux qui sont le moins à même de le supporter – les enfants des familles pauvres – serait aussi barbare qu'inhumain. Et à long terme, ce serait aller à l'encontre des principes élémentaires de l'économie puisque les fondements mêmes du capital humain, dont dépend toute l'action en faveur du développement, en seraient ébranlés. Témoignant devant une commission du congrès des Etats-Unis d'Amérique, l'économiste John Kenneth Galbraith déclarait: «*Parmi les erreurs qui ont entaché les conseils donnés ces quarante dernières années aux pays en développement, la plus grave a été de placer l'investissement dans l'appareil industriel avant l'investissement dans le capital humain.*»

Durant les quatre dernières décennies, les acquis sociaux, y compris les améliorations apportées à la santé et au bien-être général des enfants, ont été dus en grande partie au développement et aux progrès de l'économie. Par conséquent, selon les thèses classiques, le précaire climat économique des années 80, qui se prolongera presque certainement dans les années 90, devrait empêcher toute avancée réelle en ce qui concerne le bien-être des hommes. Mais un tel argument ne tient pas compte du fait que les quarante dernières années ont été marquées par une grande accumulation de moyens. D'une manière générale, les capacités qui ont ainsi vu le jour – notamment dans le secteur des communications et dans celui des infrastructures – n'ont pas encore été intensivement exploitées au bénéfice du progrès social.

Aujourd'hui, alors que la mise en place des capacités nouvelles est freinée par les faibles niveaux de la croissance économique, le moment est assurément venu de se livrer à une exploitation plus systématique des capacités existantes en vue de livrer assaut aux effets les plus graves de la pauvreté.

Autrement dit, ce sont les connaissances acquises durant les quarante dernières années – auxquelles s'ajoutent les moyens nouveaux dont nous disposons pour les mettre en œuvre – qui constituent précisément le potentiel à partir duquel nous pouvons espérer réaliser un progrès significatif sur le plan social, même en l'absence d'une avancée majeure sur le plan économique.

Participer à l'action

Dans les années à venir, le progrès dépendra donc dans une grande mesure de l'organisation et de la mobilisation de moyens existants. Et une telle action – il convient de le souligner en guise de conclusion – se prête par définition à une participation quasi universelle.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les études de cas nationaux présentées dans les encadrés du présent rap-

port pour se rendre compte que les grandes améliorations que l'on constate à l'heure actuelle dans la santé infantile ne sont pas dues uniquement à l'intervention de présidents ou de premiers ministres, de gouvernements ou de services de santé : elles sont dues aussi à l'action de prêtres et d'imams, d'instituteurs et de pédagogues, de journalistes de la presse et de la radio, de partis politiques et de syndicats, d'organisations féminines et de coopératives ouvrières, d'associations patronales et de groupements de consommateurs, d'accoucheuses traditionnelles et de sages-femmes qualifiées, d'organisations sportives et récréatives, de mouvements de jeunes et de clubs d'hommes d'affaires, ainsi que d'organismes professionnels divers, allant de l'Association internationale de pédiatrie au Conseil international des infirmières.

Les institutions d'aide bilatérale et les organismes des Nations Unies ont pris une part importante à toute cette action, de même que des millions de particuliers et des milliers d'organisations non gouvernementales, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement (voir encadrés n°s 16 et 23).

Exploiter les moyens qui existent aujourd'hui pour mieux assurer la survie des enfants et leur plein épaulement est donc un objectif qui nous concerne tous et que nous pouvons tous aider à atteindre.

Perspectives d'avenir

Généralement parlant, les progrès que nous avons signalés dans le présent rapport ont pu être obtenus, pour l'essentiel, en utilisant les moyens existants et en visant d'abord un nombre limité d'objectifs de santé infantile qui répondent à des besoins évidents et fondamentaux et qui se prêtent à une action à la fois efficace et compatible avec les ressources disponibles.

Si elle bénéficiait des mêmes appuis que ceux qui ont été mobilisés récemment en faveur de la lutte contre la famine, une telle stratégie permettrait sans aucun doute dans une grande mesure de faire échec à l'«urgence silencieuse» que suscitent les phénomènes évitables de malnutrition et d'infection dont pâtissent tant d'enfants dans le monde.

L'UNICEF est convaincu que l'on pourrait faire beaucoup, au cours de la prochaine décennie, pour venir à bout de cette «urgence silencieuse», et ramener les taux de mortalité juvénile-infantile, au début des années 90, à la moitié de ceux du début des années 80.

C'est pourquoi nous voulons conclure ce rapport, qui est celui du quarantième anniversaire de l'UNICEF, en nous tournant résolument vers l'avenir :

Dans dix ans, lorsque l'UNICEF célébrera son cinquantième anniversaire, l'opprobre devrait frapper toutes les

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1987

nations dont la grande majorité des enfants n'auraient pas été vaccinés et où les parents n'auraient pas appris à protéger leurs enfants contre les conséquences mortelles de la déshydratation et des fréquentes maladies diarrhéiques.

D'ici dix ans, presque tous les parents devront avoir été informés des méthodes que nous connaissons aujourd'hui concernant l'espacement des naissances et les soins prénatals, les méthodes peu coûteuses de lutte contre les maladies infantiles courantes et les moyens de favoriser l'épanouissement physique et mental des enfants, et recevoir une aide dans ces domaines.

Dans beaucoup moins de dix ans, tous les gouvernements, la communauté internationale et ses institutions économiques devront avoir cherché et trouvé de nouveaux moyens pour faire face aux crises économiques de manière que celles-ci ne se traduisent *jamais* par un accroissement de la malnutrition et de la mortalité parmi les jeunes enfants.

D'ici dix ans, la mobilisation de toutes les ressources disponibles pour une action directe en faveur des objectifs sociaux devrait s'être étendue à de nouvelles initiatives sur la voie de «la santé pour tous d'ici l'an 2000», et avoir amorcé l'attaque contre certains des autres aspects les plus graves de la pauvreté absolue.

La tâche qui nous attend sera de continuer à lutter en faveur de la reprise et de la croissance de l'économie, mais, en même temps, de nous pencher sur les besoins les plus manifestes des hommes pour voir de quelle manière nos connaissances actuelles, et des méthodes nouvelles permettant aux populations de tirer le meilleur parti de ces connaissances, pourraient nous aider, par étapes concrètes et现实的, à répondre à ces besoins.

Fixer une série d'objectifs spécifiques et atteignables

pour la réalisation de nos grandioses plans de développement: telle est désormais la condition de tout progrès. Aujourd'hui, toute proposition visant à réduire la pauvreté dans le monde, pour être considérée sérieusement, doit être susceptible de réussir à grande échelle. Qu'il s'agisse des gouvernements de pays riches ou pauvres ou qu'il s'agisse d'individus soucieux de leur propre développement, c'est l'espoir de réussir qui suscite les engagements et libère les ressources. La réussite engendre la confiance et élève les ambitions, elle avive l'espoir et fait redoubler d'efforts, et c'est elle qui, d'une part, encourage la participation, et, d'autre part, permet d'accumuler l'expérience qui facilite le changement.

De nos jours, on recourt à des stratégies nouvelles de mobilisation sociale pour atteindre certains objectifs spécifiques et现实的, tels que la vaccination universelle ou la connaissance universelle de la TRO. Dans le courant des quatre dernières années seulement, de nombreux pays en développement ont fait la preuve que ces objectifs peuvent être atteints grâce à ces tactiques.

On peut donc dire qu'une nouvelle stratégie pour la préservation du progrès social est effectivement entrée en application vers le milieu des années 80.

Si les premiers pas le long de cette voie nouvelle ont été modestes, comme il se devait, la destination ultime est digne des plus nobles ambitions de l'homme. Car la stratégie qui consiste à mobiliser toutes les ressources disponibles en vue d'atteindre successivement des objectifs sociaux préétablis suppose la coopération de tous les individus et de toutes les organisations, dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, afin que puisse être planté l'un des jalons les plus importants de notre histoire: celui qui marquera notre victoire sur les effets les plus terribles de la pauvreté absolue, tels qu'ils se manifestent de nos jours sur notre planète.

NOTES

Chapitre 1 Ethique et capacités

(pages 1-12)

1. Amartya Sen, *Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation*, Oxford University Press, Oxford, 1981.

Chapitre 2 Une nouvelle offensive contre la pauvreté

(pages 13-23)

1. Richard Jolly, «Adjustment policies and rising levels of malnutrition», déclaration devant le Conseil économique et social des Nations Unies, Genève, juillet 1985.
2. Mahbub-ul-Haq, «Do we dare?», déclaration devant la réunion annuelle de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international, Séoul, octobre 1985.
3. «La coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de santé», résolution de la trente-neuvième Assemblée mondiale de la santé, Organisation mondiale de la Santé, 16 mai 1986 (WHA 39.22).
4. Karl-Eric Knutsson, «Vacciner pour le développement», *Les Carnets de l'enfance*, vol. 69/72, UNICEF, 1985.

Chapitre 3 Mobiliser chacun autour de la santé de l'enfant

(pages 24-34)

1. *Traitemennt de la diarrhée et utilisation de la thérapie par réhydratation orale (TRO)*, document conjoint OMS/UNICEF, deuxième édition, Organisation mondiale de la Santé, 1986. Voir aussi *Le traitement des diarrhées aiguës*, Organisation mondiale de la Santé, 1984 (WHO/CDD/SER/80.2 Rev. 1 (1984)).
2. *Traitemennt de la diarrhée et utilisation de la thérapie par réhydratation orale (TRO)*, document conjoint OMS/UNICEF, deuxième édition, Organisation mondiale de la Santé, 1986. Voir aussi *Thérapie par réhydratation orale pour le traitement à domicile de la diarrhée*, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/CDD/SER/86.9).
3. Ralph H. Henderson, «Results of EPI sample surveys of immunization coverage performed during review of national programmes by year, 1978-1983», document préparé pour l'UNICEF, avril 1984. Voir aussi Ralph H. Henderson, «Vaccine preventable diseases of children: the problem», et Donald Henderson, «Childhood immunization as an impetus to primary health care», in *Protecting the world's children: vaccines and immunization within primary health care*, Rockefeller Foundation, New York, 1984.

4. «L'allaitement au sein, la fécondité et le planning familial», *Population Reports*, Série J, n° 24, The Johns Hopkins University, août 1982. Voir aussi Joe D. Wray, «Maternal nutrition, breast-feeding and infant survival», in W. Henry Mosley (éd.), *Nutrition and human reproduction*, Plenum Press, New York, 1978, et Natividad Relucio-Clavano, «Mode of feeding and its effect on infant mortality and morbidity», *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 28, n° 6, décembre 1982.

5. *Principes de base de la lutte contre les infections respiratoires aiguës chez les enfants des pays en développement*, Déclaration commune OMS/UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, 1986.

6. Edouard M. DeMaeyer, «Les carences en vitamines et en minéraux», *Santé du Monde*, Organisation mondiale de la Santé, octobre 1984.

7. Deborah Maine, *Family planning: its impact on the health of women and children*, Center for Population and Family Health, Columbia University, New York, 1981.

and children, Center for Population and Family Health, Columbia University, New York, 1981.

8. James P. Grant, *La situation des enfants dans le monde 1986*, Aubier Montaigne, Paris, 1985.

Chapitre 4 L'essor de la TRO

(pages 35-44)

1. Ministère égyptien de la santé, «The National control of Diarrhoeal Diseases Project: a three-year status report», février 1986.
2. Mamdouh Gabr, «Oral rehydration therapy: present status, problems of implementation», déclaration devant la deuxième Conférence internationale sur la thérapie par réhydratation orale, Washington, décembre 1985.
3. M.H. Merson, Organisation mondiale de la Santé, communication personnelle, mars 1986. Voir aussi Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, *Cinquième rapport du programme 1984-1985*, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/CDD/86.16).
4. Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, données de rapports émanant des systèmes d'information de gestion, Organisation mondiale de la Santé, 1984.

5. D. Mahalanabis, «Mise au point d'une formule améliorée de sels de réhydratation orale (SRO) possédant des propriétés antidiarrhéiques et des qualités nutritionnelles; les «super SRO»», Organisation mondiale de la Santé, 1985 (CDD/DDM/85.3).

6. Robert Hogan, Organisation mondiale de la Santé, communication personnelle, 1986.

7. Kenneth J. Bart, «Future directions», déclaration devant la deuxième Conférence internationale sur la thérapie par réhydratation orale, Washington, décembre 1985.

Chapitre 5 Vers la vaccination universelle

(pages 45-55)

1. «Vue d'ensemble; le Programme élargi de vaccination», document préparé pour la Conférence de Carthagène sur la vaccination (octobre 1985). Organisation mondiale de la Santé, 1985 (EPI/MISC/85/7).
2. *Protecting the world's children: vaccines and immunization within primary health care*, Rockefeller Foundation, New York, 1984.
3. Ralph H. Henderson, «Results of EPI sample surveys of immunization coverage performed during review of national programmes by year, 1978-1983», document préparé pour l'UNICEF, avril 1984.
4. «Programme élargi de vaccination», résolution de la trente-neuvième Assemblée mondiale de la santé, Organisation mondiale de la Santé, 16 mai 1986 (WHA 39.30).

Chapitre 6 Mobilisation sociale et continuité

(pages 56-63)

1. Ministère colombien de la santé, *National vaccination crusade 1984*, Bogota, 1985.

2. James P. Grant, *La situation des enfants dans le monde 1986*, Aubier Montaigne, Paris, 1985.
3. *Accélération des activités de vaccination: principes de la planification*, Déclaration conjointe OMS/UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, 1985.
4. H. Mahler, déclaration devant la deuxième Conférence internationale sur la thérapie par réhydratation orale, Washington, décembre 1985.

Chapitre 7 Objectif croissance

(pages 64-78)

1. Jon E. Rohde, «Feeding, feedback and sustenance of primary health care», déclaration devant le treizième Congrès international de nutrition, Brighton, août 1985.
2. Jon E. Rohde et Robert Northrup, «Diarrhea is a nutritional disease», document préparé pour la deuxième Conférence internationale sur la thérapie par réhydratation orale, Washington, décembre 1985. Voir aussi *Growth of children: strategies for monitoring and promotion*, UNICEF, avril 1986.
3. David Morley, Pat Harman et Gill Tremlett, «Growing big: monitoring of child growth by communities», document préparé pour un séminaire de l'UNICEF, Delhi, mai 1986.
4. *Growth monitoring of preschool children: practical considerations for primary health care projects*, Fédération mondiale des associations de la santé publique, septembre 1985.
5. Hossein Ghassemi, «Monitoring and promotion of growth of young children: major elements of strategy», document préparé pour un séminaire de l'UNICEF, New York, janvier 1986.
6. James P. Grant, *La situation des enfants dans le monde 1986*, Aubier Montaigne, Paris, 1985.
7. M.K. Bhan et Shanti Ghosh, «Successful growth monitoring: some lessons from India», document préparé pour un séminaire de l'UNICEF, Delhi, mai 1986.
8. Division de la nutrition du Ministère thaïlandais de la santé, «Growth monitoring program of Thailand, 1986», novembre 1985.
9. Joe D. Wray, «Draft report: discussions of certain issues related to growth monitoring», document préparé pour un séminaire de l'UNICEF, New York, avril 1986.
10. J. Tanner, R. Whitehouse et M. Takaishi, «Standards from birth to maturity for height, height velocity and weight velocity: British children I», *Archives of Disease in Childhood*, vol. 41, 1986.
11. *Growth of children: strategies for monitoring and promotion*, UNICEF, avril 1986.

II

UN AJUSTEMENT A VISAGE HUMAIN

Une étude spéciale de l'UNICEF

Après avoir publié en 1984 une étude intitulée *L'impact de la récession mondiale sur les enfants*, l'UNICEF prépare aujourd'hui une étude complémentaire sur les effets des politiques économiques d'ajustement que nombre de pays en développement ont été contraints d'adopter au cours des années 80. Ce qui suit est une première présentation des thèses principales de cet ouvrage.

Un ajustement à visage humain

Ce texte résume une étude de l'UNICEF à paraître au début de 1987. Celle-ci repose dans une large mesure sur des données et des observations fournies par des membres du personnel, des bureaux extérieurs et des consultants de l'UNICEF. Andrea Cornia et Frances Stewart sont responsables de sa préparation, sous la direction générale de Richard Jolly.

En 1984, l'UNICEF publiait un rapport intitulé *L'impact de la récession mondiale sur les enfants*. Cette étude montre que la récession mondiale et les ralentissements économiques s'étaient traduits, partout dans le monde, par une aggravation très réelle du sort des enfants. Il était impérieux, selon ce rapport, de lutter très activement contre cet état de choses, tant sur le plan national qu'international, sans quoi «une dégradation encore bien plus grave des conditions de bien-être des enfants interviendra inévitablement (...). Il est donc évident qu'il faut agir maintenant en vue de remédier à cette situation et d'empêcher qu'elle ne se dégrade davantage.»

On a vu, depuis lors, s'exercer deux grandes forces antagonistes. Certes, les opérations visant à la survie et au développement des enfants se sont multipliées de façon spectaculaire dans de nombreux pays, ainsi que l'indiquent les rapports sur la situation des enfants dans le monde de cette année et des deux années précédentes. Si la vaccination et la thérapie par réhydratation orale ont généralement entraîné cette dynamique, ces opérations s'intégraient souvent aussi à une action de plus grande envergure visant à renforcer les soins de santé primaires et à développer, dans ce dessein, certaines de leurs composantes fondamentales, entre autres l'approvisionnement en eau salubre et l'éducation, ainsi que d'autres services de base.

Il reste que le niveau de vie a, dans le même temps, continué à souffrir du fléchissement économique, notamment en Amérique latine et en Afrique (mais souvent aussi dans d'autres parties du monde – y compris dans les pays industrialisés – pour les chômeurs et les travailleurs

à bas revenus). Dans certains pays africains, ces pressions économiques sur le niveau de vie sont devenues extrêmement graves, plusieurs années de sécheresse venant exacerber les effets du déclin économique et de la récession.

Les données à disposition, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, ne permettent pas de tirer des conclusions générales sur la résultante de ces forces antagonistes. On peut cependant affirmer que l'*impact humain* du déclin économique a été d'une ampleur disproportionnée. Un plus grand souci de la croissance économique et des besoins humains, sur le plan intérieur comme sur le plan international, ne manquerait pas à tout le moins d'alléger ces pressions, voire, si tout le nécessaire est fait, d'engendrer une force ascendante.

A la suite des propositions du «plan Baker» que James Baker, secrétaire au Trésor des Etats-Unis, a présenté en octobre 1985, la nécessité de l'augmentation de la croissance dans les pays en développement, de même que la nécessité de la multiplication des mesures d'ajustement favorisant la croissance, ont été clairement reconnues, autant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. On a moins pris conscience, par contre, de la nécessité d'agir pour assurer la protection des catégories démunies et vulnérables; les responsables de l'économie et des finances ont accordé une attention limitée à ce qu'il importe de changer. Or ces questions ont suscité d'importantes déclarations en 1986 (voir encadré «Vers un consensus», page 88). Tant sur le plan national qu'à l'échelon international, c'est l'application de mesures concrètes qui s'impose aujourd'hui, de sorte que les mesures et les idées décrites ci-après soient l'objet d'une politique générale largement appliquée. Le présent résumé se propose de mettre en lumière la signification d'une telle démarche.

Cet ensemble de mesures – que l'UNICEF appelle

«ajustement à visage humain» – viendrait renforcer et soutenir les mesures de survie et de développement des enfants, accroissant en outre leur efficacité en relevant le niveau de vie de base, tout spécialement pour les ménages à faible revenu.

Le déclin économique

La plupart des pays en développement souffrent en cette décennie des effets de la crise économique la plus grave que le monde ait connue depuis les années 30. Ils ont été victimes de la récession mondiale entre 1980 et 1983, d'une aggravation pour ainsi dire sans précédent de leurs termes de l'échange (état de choses que n'a pas modifié le début de reprise enregistré dans les pays industrialisés), d'une dette, enfin, à laquelle ils ne peuvent faire face. Autant de facteurs de déséquilibre qui ont exigé d'importants ajustements économiques dans de nombreux pays. Malheureusement, les mesures de redressement choisies se sont souvent soldées par l'aggravation des conditions d'existence des groupes les plus vulnérables, tout particulièrement à court terme.

Dans les pays industrialisés, la croissance de la production par habitant n'a pas dépassé 1,5% par an de 1980 à 1985, chiffre de moitié inférieur à celui de la fin des années 70. Durant les années les plus difficiles de cette période de récession (1980-1983), le taux de croissance annuel était inférieur à 1% et a continué à diminuer en 1982.

Les effets négatifs de cette évolution se sont trouvés encore amplifiés dans les économies en développement. La stagnation du commerce international a provoqué une diminution de leurs échanges et des prix de leurs exportations. Le prix en dollars des produits de base a baissé de plus de 30% de 1980 à 1985. En 1985, la valeur en dollars des exportations des pays en développement était de 15% inférieure à ce qu'elle avait été en 1980. Le montant total de l'aide internationale a stagné, s'établissant en 1985 à un niveau inférieur à celui de 1980, tandis que le financement net des banques privées, qui constituait dans les années 70 la source la plus importante de financement du développement, a pour ainsi dire été réduit à néant depuis le début des années 80. En 1985, le financement net des banques privées accordé aux pays en développement se réduisait exclusivement à ce qui avait été stipulé dans les accords internationaux.

Les pays en développement ont également dû faire face à l'énorme dette accumulée pendant les années 70. Cette dette s'est trouvée considérablement alourdie par des taux d'intérêt très élevés, conséquence de la récession et de la politique économique suivie par les pays industrialisés. La dette totale accumulée par le tiers monde avait atteint 888 milliards de dollars à la fin 1985,

tandis que le financement du service de la dette – à valoir sur des emprunts antérieurs – dépassait 130 milliards de dollars, soit pratiquement un quart du revenu des exportations de ces pays. Dans certains pays, le montant du service de la dette dépassait la moitié des recettes d'exportations.

En raison du marasme des marchés mondiaux combinés à la chute du prix des produits de base et à la hausse des taux d'intérêt, la capacité de paiement des importations s'est trouvée fortement restreinte et le revenu par habitant a enregistré une baisse importante. Cette baisse a atteint la moyenne annuelle de 0,6% de 1980 à 1985 dans les pays en développement. Dix-sept pays d'Amérique latine sur 23 et 24 pays d'Afrique au sud du Sahara sur 32 ont subi une telle baisse. Globalement, le revenu par habitant a diminué de 9% en Amérique latine et de 15% en Afrique au sud du Sahara.

Certaines parties du continent asiatique, y compris le Moyen-Orient, ont également subi une forte baisse de revenus. En revanche, les économies dynamiques de l'Asie du Sud-Est, de la Chine et de l'Inde, qui se trouvaient relativement à l'écart de l'évolution générale de l'économie, ont bénéficié d'une croissance élevée.

Aux baisses sensibles du revenu national se sont greffés d'importants déséquilibres comptables à la fois intérieurs et extérieurs. De nombreux pays ont enregistré un déficit important et croissant de leur balance des paiements, le paiement de leurs importations et du service de la dette dépassant largement les revenus en provenance de leurs exportations. Ces déficits extérieurs s'accompagnent souvent de déficits intérieurs, les dépenses publiques étant largement supérieures aux recettes, et ce dans le contexte d'une inflation de plus en plus marquée. Ces pays n'ont pas été en mesure de faire face à de tels déséquilibres, tout particulièrement aux déficits considérables de leur balance des paiements. N'ayant pu trouver les sources de financement qui leur auraient permis de faire face à leurs besoins en devises, ils ont, de plus en plus nombreux, demandé le soutien du Fonds monétaire international (FMI). En 1984, 35 pays étaient au bénéfice de programmes du FMI alors qu'ils n'étaient que 10 en 1979.

Lorsque ces déséquilibres deviennent insupportables, des réformes de politique s'imposent, tant pour réduire le déséquilibre que pour favoriser la reprise de la croissance et du développement. En l'absence de telles réformes, les pays concernés risquent de vivre crise après crise, dans l'impossibilité de payer leurs importations et dans le contexte d'un déclin économique permanent. On appelle «politiques d'ajustement» les réformes économiques visant à corriger d'importants déséquilibres et à jeter les fondations d'une reprise de la croissance. La mise en œuvre d'une telle politique s'impose pour bénéficier d'un prêt du FMI.

Vers un consensus

Depuis environ une année, on prend mieux conscience tant du tribut payé par l'homme aux difficultés économiques des pays en développement que de la nécessité d'agir pour protéger les catégories les plus pauvres et les plus vulnérables de la population.

- «Les programmes d'ajustement ne peuvent être efficaces qu'avec le soutien des gouvernements et de l'opinion publique. Mais plus la croissance économique tardera à venir compenser l'ajustement et plus les conditions d'existence des populations s'aggraveront, plus ce soutien sera difficile à préserver. De même, il est difficile de concevoir comment parvenir à une situation viable sur le plan extérieur si de larges secteurs de la main-d'œuvre manquent des compétences professionnelles ou, pire encore, des apports alimentaires et sanitaires de base, pour produire des biens compétitifs sur les marchés mondiaux. Après tout, le capital humain est le facteur de production les plus important des pays, qu'ils soient industriels ou en développement.

«Si l'ajustement n'est pas en soi incompatible avec la croissance et la satisfaction des besoins essentiels de la population, cela ne signifie pas pour autant qu'il entraîne automatiquement une amélioration dans ces domaines. Tout dépend en effet de la manière dont cet ajustement s'opère. Il va de soi qu'un ajustement qui prend la forme d'une augmentation des exportations, de l'épargne et de l'investissement et d'une plus grande efficacité économique contribuera davantage à la croissance qu'un ajustement reposant sur une réduction des investissements et des importations. De même, tenir compte des besoins essentiels des groupes sociaux les plus vulnérables en matière de santé, d'alimentation et d'enseignement fera plus pour éléver le niveau de vie que si l'on méprise ces besoins.

«Les formes d'ajustement les plus propices à la croissance et à la satisfaction des besoins humains ne surgiront pas du néant. Il importe d'encourager leur

application par un ensemble d'incitations et de mesures appropriées. Elles exigeront en outre un certain courage politique».

Déclaration de Jacques de Larosière, Directeur général du Fonds monétaire international, devant le Conseil économique et social des Nations Unies, 4 juillet 1986.

- «Etant donné que l'un des soucis majeurs de la Banque mondiale est de soulager la pauvreté, la question des «coûts» transitoires de l'ajustement est essentielle lorsqu'on projette des prêts destinés à l'ajustement sectoriel. Cette question a gagné en importance à mesure que ce type de prêt se développait. La Banque mondiale a pour objectif d'une part d'aider les gouvernements à trouver des moyens d'alléger les coûts humains de l'ajustement, d'autre part de modifier dans ce sens la forme de celui-ci et des mesures institutionnelles. Durant l'application du programme de redressement, les pouvoirs publics et la Banque mondiale doivent être très attentifs à toute répercussion négative des mesures adoptées sur les catégories les plus vulnérables de la population. Le cas échéant, des programmes compensatoires doivent être élaborés en faveur des catégories touchées.»

Banque mondiale, Sector adjustment lending: progress report, janvier 1986.

- «Les objectifs de nutrition pour les plus démunis font (ou devraient faire) partie intégrante des politiques et des programmes d'ajustement mis en œuvre par les gouvernements et les organisations affiliées, avec, si nécessaire, des mesures compensatoires spéciales, le but étant que les catégories sociales vulnérables aient un niveau de nutrition adéquat. Un certain nombre de pays et d'organisations des Nations Unies ont, ces derniers temps, placé ces réflexions au tout premier rang de leurs préoccupations.

Comité administratif de coordination des Nations Unies, Sous-Comité de la nutrition, avril 1986.

L'aggravation du sort des enfants

De grandes régions du monde en développement ne sont pas sorties de la crise économique, tant s'en faut, et nombreux sont les pays dans lesquels la conduite de l'économie se trouve entièrement assujettie aux politiques d'ajustement.

Une étude de l'UNICEF sur les répercussions d'une telle politique confirme qu'en matière de santé et de nutrition la régression se fait largement sentir. Le niveau de l'éducation et les services de santé se dégradent également dans maints pays.

Depuis le début des années 80, la malnutrition va s'aggravant dans de nombreuses régions du monde en développement. Le fait est prouvé dans 10 pays africains, au Belize, en Bolivie, au Brésil, au Chili, en Jamaïque, en Uruguay et dans certaines régions des Philippines et de Sri Lanka. Après avoir baissé au long des décennies, le taux de mortalité infantile est de nouveau en hausse dans certaines régions du monde, comme à la Barbade, au Brésil, au Ghana et en Uruguay. En outre, la tendance à l'amélioration a stoppé dans 21 pays au moins. Entre 1979 et 1982, le nombre de nouveau-nés souffrant d'une insuffisance pondérale a augmenté dans 10 pays au bas mot, dont la Barbade, le Cameroun, la Guinée-Bissau, la Jamaïque, la Malaisie, le Rwanda et la Tanzanie. Des maladies que l'on croyait éradiquées ont réapparu, tels le pian et la fièvre jaune au Ghana ou le paludisme au Pérou.

Il faut préciser que les pays cités sont les seuls sur lesquels on dispose d'informations. Or, les statistiques sur la nutrition et la santé étant peu nombreuses, voire parfois inexistantes, il va sans dire que de nombreuses régions n'ont pas consigné ni peut-être même constaté le développement de la malnutrition et la régression du niveau de santé dont elles étaient victimes.

L'éducation a également été touchée. Au Chili et au Ghana par exemple, le taux de fréquentation de l'école primaire est en diminution tandis que le taux d'abandon scolaire va croissant. En outre, on voit davantage d'enfants au travail. En Bolivie, l'absentéisme à l'école primaire est passé de 2,2% en 1980 à 8,5% en 1983.

Il a été établi qu'à Sri Lanka l'alphabétisation et la formation scolaire ont régressé de 1979 à 1981. A la Jamaïque, le taux de réussite aux examens a accusé une forte chute. Le nombre des échecs et des abandonnements scolaires est également en hausse à São Paulo, au Brésil. Par ailleurs, il y a pénurie de médicaments dans les services de santé de la plupart des pays en développement. Au Ghana, à la Jamaïque, à Sri Lanka et dans de nombreux autres pays, les agents de santé sont découragés de voir leurs revenus baisser, le matériel se dégrader, et l'argent venir à manquer pour les dépenses quotidiennes. Au Ghana, la fréquentation des dispensaires et des hôpitaux

était d'un tiers moins importante en 1983 qu'en 1979. A la Jamaïque, des soins naguère gratuits sont devenus payants et, dans les hôpitaux, les patients doivent apporter leur literie et leur nourriture pour survivre.

La nature des politiques d'ajustement

Les politiques d'ajustement comportent en règle générale trois catégories de mesures: tout d'abord, des mesures visant à réduire la demande, notamment au niveau des dépenses publiques, de façon à restreindre les importations, à redresser la balance commerciale et à réduire le déficit budgétaire; ensuite, des mesures prévoyant l'allocation de ressources destinées à favoriser la production de biens d'exportation et de biens susceptibles de remplacer des importations; enfin, des réformes se préoccupant de l'assainissement de l'économie à long terme.

Les mesures d'ajustement de la première catégorie comportent dans la quasi-totalité des cas la réduction des dépenses publiques, les économies s'effectuant en priorité sur les subventions, ainsi que la réglementation des financements intérieurs. Les mesures de la deuxième catégorie comprennent la dévaluation de la monnaie et le relèvement des prix de production de manière à favoriser l'agriculture. La troisième catégorie comporte, en règle générale, les mesures suivantes: restructuration des marchés financiers, augmentation des taux d'intérêts, libéralisation des importations et privatisation de biens publics. La politique de restriction de la demande, ou déflation, est à la base de toute politique d'ajustement classique. Quant aux autres mesures citées, elles sont appliquées dans la majeure partie des cas.

Les politiques d'ajustement tendent à aggraver les conditions d'existence des groupes sociaux les plus vulnérables, tout au moins à court terme. Cette tendance s'explique par trois mécanismes essentiels:

- La réduction du niveau de l'emploi et des salaires pour les ménages à faible revenu;
- L'augmentation du prix des produits de base, notamment des denrées alimentaires;
- La réduction des dépenses publiques relatives aux services de base, notamment dans le domaine de la santé, de l'éducation et de l'assainissement.

Les exemples de l'encadré «Le tribut humain à la récession des années 80» (page 90) montrent à quel point le déclin des revenus et la hausse des prix alimentaires mettent en péril la capacité des groupes les plus vulnérables de subvenir à leurs besoins essentiels. Les réductions imposées aux services de base aggravent encore le problème.

Le tribut humain à la récession des années 80

Les informations à disposition ne sont pas complètes mais elles suffisent à montrer les graves contrecoups du ralentissement ou du déclin économique.

• **Le chômage** est très élevé et va s'aggravant dans de nombreux pays. Avec la crise économique qui continue de sévir à la Jamaïque, le taux de chômage, aujourd'hui de 26%, est rarement passé en-deçà de 25%. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, ce taux atteint 50% pour les hommes, 66% pour les femmes. Dans les 13 pays d'Amérique latine sur lesquels des informations existent, le chômage s'est aggrisé entre 1980 et 1984. En Bolivie, il est passé de 7,5% en 1980 à 13,3% en 1984; au Chili, de 15% en 1981 à 24% en 1984; aux Philippines, de 8,9% en 1979 à 11,1% en 1985; en Turquie, enfin, de 15% en 1980 à 20% en 1984.

• **Les salaires réels** des travailleurs qu'emploie encore le secteur officiel de l'économie sont en baisse. Ils ont enregistré une diminution de 18% à Sri Lanka (1979-1983), de 16% aux Philippines (1981-1985), de 22% au Ghana (1979-1984), de 16% au Chili (1981-1985) et de 18% à São Paulo, Brésil (1981-1984). Au Mexique, les salaires réels ont diminué de 30% entre 1981 et 1984 et au Pérou de 13%. En Turquie, ils ont diminué de 20% durant les deux ou trois dernières années. Le salaire réel minimal équatorien était, en 1984, de 23% inférieur à son niveau de 1981.

La diminution du nombre d'emplois offerts dans le secteur officiel combinée à la baisse des salaires ont incité de plus en plus de gens à entrer dans le secteur «non structuré» ou «informel» où ils cherchent pour la plupart à gagner leur vie par la vente de services. Partout où il y a eu diminution des salaires et du niveau de l'emploi dans le secteur officiel, on a pu constater une extension du secteur informel. Or, même en temps normal, les revenus sont généralement moins élevés dans le secteur informel que dans le secteur officiel; durant une crise économique, ils baissent davantage encore. En effet, la concurrence, plus nombreuse, se fait plus dure, et les marchés de biens et services fournis par le secteur informel sont dans le marasme. C'est pourquoi les revenus de ce secteur de l'économie ont accusé une baisse plus sensible encore que les salaires du secteur officiel.

• **Les prix alimentaires** ont augmenté davantage que d'autres prix dans maints pays, tels le Brésil, le Chili, la Jamaïque et Sri Lanka, et c'est souvent le coût de l'alimentation des plus démunis qui a subi la plus forte hausse. Cela s'explique en partie par la dévaluation de la monnaie, une mesure qui s'inscrit dans la plupart des politiques d'ajustement. Tel est le cas à la Jamaïque où les aliments de base essentiels, comme la farine de maïs, sont des produits d'importation. En Afrique, les prix alimentaires ont subi les conséquences de la sécheresse. En outre, la hausse des prix de production, mesure relevant également de la politique d'ajustement, a causé, à Sri Lanka par exemple, l'augmentation des prix alimentaires pratiqués en ville.

Les prix alimentaires ont également souffert de la suppression de subventions. Quelque 94 programmes d'ajustement ont été mis en œuvre depuis le début des années 80 et, dans le tiers des cas, les pays ont été amenés à réduire ou à faire plafonner les subventions alimentaires.

Dans sept pays qui, en 1980, bénéficiaient d'importantes subventions alimentaires, le montant en termes réels de ces subventions par habitant a accusé une chute sensible entre 1980 et 1985. En Zambie, par exemple, ce montant, de plus de 6 dollars en 1980, tombait à zéro en 1983, en application de la politique d'ajustement. À Sri Lanka, des subventions alimentaires d'importance ont fait place à un modeste système de tickets alimentaires, dont la valeur réelle a subi l'érosion inflationniste. Les subventions alimentaires ont également été supprimées à la Jamaïque dans le cadre de la politique d'ajustement; un programme d'aide alimentaire a certes été mis en œuvre, mais il ne touche pour le moment qu'un cinquième des femmes et des enfants.

On a calculé qu'à la Jamaïque un ménage de cinq personnes, dont deux salariés, ne peut acheter que la moitié de la nourriture indispensable pour couvrir ses besoins nutritionnels minimaux. Dans les villes chiliennes, plus de 60% des ménages ont un revenu inférieur au coût d'un panier alimentaire de base. Au Ghana, enfin, le salaire minimal ne représente qu'une partie de ce qui permettrait de couvrir les besoins alimentaires essentiels des ménages urbains.

La diminution des dépenses publiques, que l'on retrouve dans toute politique d'ajustement, a inévitablement des répercussions sur les dépenses de santé et d'éducation, notamment si ces domaines subissent des restrictions disproportionnées. Entre 1979 et 1983, les dépenses de santé par habitant en prix constants ont diminué dans près de la moitié des pays africains sur lesquels des données sont à disposition, ainsi que dans 60% des pays d'Amérique latine. Les dépenses d'éducation par habitant ont été réduites dans un tiers des pays africains et 59% des pays d'Amérique latine. Les dépenses d'équipement ont été les plus touchées avec les dépenses renouvelables, tels les médicaments, les livres et le papier, les réparations et l'entretien. La dépense réelle par habitant en matière de services de santé a subi une chute de 80% au Ghana entre 1974 et 1982, de 78% en Bolivie entre 1980 et 1982 et de 32% au Salvador entre 1980 et 1984. Au Libéria, le montant alloué aux dépenses de médicaments a été réduit de 35% de l'exercice 1981/82 à l'exercice 1982/83. Entre 1981 et 1985, à la Jamaïque, les dépenses d'éducation ont chuté de 40% et les dépenses de santé de 33%.

Les catégories d'individus les plus touchés varient d'un pays à l'autre. Cependant, toutes les données disponibles montrent que le fardeau de la récession a été le plus lourd pour les ménages à faible revenu dans le secteur «informel» et les ménages à salaire minimal dans le secteur officiel. De même, les ménages ruraux les plus pauvres sont tout particulièrement vulnérables. Il s'agit essentiellement d'agriculteurs de subsistance, mais souvent aussi d'ouvriers agricoles et de certains autres groupes, tels les travailleurs employés sur les plantations de canne à sucre à Negros aux Philippines ou sur les plantations de thé à Sri Lanka. Les individus les plus vulnérables parmi les catégories énumérées, ceux qui, bien plus encore que les autres, ont subi les effets de la récession, sont les enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, tant il est vrai que les familles les plus pauvres comptent le plus souvent un nombre d'enfants supérieur à la moyenne.

Si l'ajustement permet une augmentation de la croissance, il pourrait également, à plus long terme, profiter aux secteurs pauvres et vulnérables de la population, notamment si des mesures sont adoptées en vue de garantir une distribution équitable des revenus de la croissance. Mais le bénéfice à long terme, même s'il est important, ne répond pas aux besoins immédiats des individus les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes ou les femmes qui allaitent.

L'ajustement, sous une forme ou une autre, s'impose sans nul doute, mais il est parfaitement concevable, tant du point de vue technique que du point de vue pratique, de repenser les politiques de façon à partager autrement les bénéfices obtenus et à assurer la protection des caté-

gories particulièrement vulnérables à la fois à court et à long terme.

L'ajustement à visage humain

Il est certain que d'importantes mesures s'imposent dans de nombreux pays. Mais il n'y a aucune raison pour que les groupes vulnérables, notamment les enfants, en fassent les frais. *«Devons-nous laisser nos enfants mourir de faim pour payer nos dettes?»*, s'est exclamé M. Nyerere, le président tanzanien. On peut sans le moindre doute élaborer des politiques d'ajustement qui garantissent la protection des catégories vulnérables tout au long du processus de redressement. Certains pays en ont fait la démonstration.

Opter pour un ajustement à visage humain, c'est choisir de prendre des mesures qui assurent, améliorent même, le bien-être des groupes vulnérables durant la période de redressement, à la fois à court et à moyen terme. Protéger les catégories sociales vulnérables n'est pas seulement un impératif humanitaire, c'est aussi une nécessité économique. Les politiques économiques qui sapent la santé et l'éducation des enfants compromettent aussi les ressources les plus précieuses d'une nation, à savoir ses ressources humaines, et affaiblissent ses futures capacités économiques.

L'ajustement à visage humain exige la croissance économique, tout au moins à moyen terme. Les besoins humains peuvent certes être satisfaits sans croissance économique pendant un certain temps, mais cela finit nécessairement par échouer. La Jamaïque, par exemple, a déployé des efforts importants pour la protection des plus pauvres durant les années 70, mais le niveau de l'emploi et des salaires a constamment baissé à partir de 1974, de sorte qu'il a fallu au début des années 80 recourir à des mesures d'ajustement. Or ces mesures ont provoqué l'abandon de nombreux programmes d'aide sociale. Le Ghana fournit également l'exemple d'un pays dans lequel les besoins essentiels n'ont pu être satisfaits en raison d'un déclin économique prolongé. Au Chili, malgré une croissance lente, voire négative, des salaires réels en baisse et un taux de chômage élevé, la défense du niveau de santé et d'éducation des enfants a été assurée durant la dernière décennie. Mais la situation économique s'étant aggravée au début des années 80, les opérations très spécifiques dans lesquelles le pays s'était engagé n'ont pas suffi à contrecarrer les effets de la baisse des revenus et de la hausse du chômage et on a vu apparaître les signes d'une aggravation de la santé et de la malnutrition.

L'ajustement à visage humain est donc une politique axée sur la croissance.

Mais la croissance ne suffit pas. L'ajustement à visage

La protection des plus vulnérables

Plusieurs pays ont su favoriser le bien-être des groupes sociaux les plus vulnérables durant le processus d'ajustement, que ce soit par la défense de leurs revenus ou par l'application de mesures plus directes visant à sauvegarder leur état nutritionnel.

La défense des revenus

- Zimbabwe: Depuis 1980 les pouvoirs publics ont permis aux petits cultivateurs d'accéder plus facilement au crédit ainsi qu'à des aides à la commercialisation. Le pourcentage des prêts qui leur ont été consentis par l'*Agricultural Finance Corporation* est passé de 17,4% en 1982/83 à 34,7% en 1985/86. La valeur du maïs et du coton que les petits cultivateurs ont mis sur le marché est passée de 17 millions de dollars en 1980 à 218 millions de dollars en 1985, tandis que leur part des ventes passait de 10% à 38%.
- Botswana: Le programme national visant au développement des terres arables fournit des subventions aux petits cultivateurs pour l'achat d'outils, de graines et d'engrais.
- Bangladesh: La *Grameen Bank* consent des prêts à ceux qui ne possèdent pas de terres. Fondée en 1976, elle comptait en décembre 1985 plus de 171 000 membres, des femmes pour plus de la moitié, dans plus de 3600 villages. Les prêts, s'élevant à 13 millions de dollars, ont été investis dans plus de 300 activités différentes et les cas d'insolvabilité sont quasiment inexistant. Ces prêts sont destinés à des secteurs créateurs de revenus, tels la vente de produits alimentaires ou l'artisanat. Mais la *Grameen Bank* a fait davantage que de prêter des fonds à des ménages ne disposant pas des garanties exigées par les banques traditionnelles; elle a démontré que des prêts de cette nature n'occasionnent pas plus de pertes qu'ils ne requièrent de subventions, mais qu'ils peuvent être au contraire très rentables sur le plan commercial.
- Inde: Le programme de garantie de l'emploi appliqué dans l'Etat de Maharashtra fournit du travail à ceux qui en font la demande, et ce pour la réalisation de travaux publics, travaux d'irrigation ou aménagements routiers par exemple. En 1978/79, 800 000 personnes ont ainsi obtenu un travail, pour la plupart des agriculteurs de subsistance et des travailleurs sans terres; ces emplois représentaient pratiquement 70% des gains des travailleurs dépourvus de terres. Ce programme défend les revenus pendant les périodes de sécheresse, mais il améliore également la résistance de la terre à la sécheresse, ainsi que sa productivité à long terme.
- Inde: A Ahmedabad, l'Association des travailleuses indépendantes apporte un soutien social aux femmes

démunies et leur accorde des prêts. L'Association a consenti 1159 prêts destinés à des activités du secteur informel.

- Botswana: Un programme de secours fournit du travail dans le cadre de projets d'infrastructure. Au cours des années 1985 et 1986, en période de sécheresse, environ 74 000 personnes ont été embauchées, leurs gains venant compenser 37% des revenus perdus en raison des mauvaises récoltes.
- République de Corée: Des complexes industriels ruraux ont été créés dans les régions déshéritées.
- Chili: Des projets gouvernementaux pour l'emploi ont fourni du travail à presque 13% de la population active en 1983.

La sauvegarde de l'état nutritionnel

- Botswana: Le programme général de secours en cas de sécheresse prévoit une alimentation complémentaire pour les élèves des écoles primaires ainsi que pour tous les enfants de moins de cinq ans dans les zones rurales, les enfants malnutris d'âge préscolaire dans les zones urbaines, les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les tuberculeux. En 1985/86, les bénéficiaires de cette mesure étaient au nombre de 678 000, à savoir 62% de la population du Botswana. Malgré plus de cinq années de sécheresse et une baisse de la production alimentaire équivalente à une disette, la malnutrition a pu être endiguée.
- Zimbabwe: Un programme d'alimentation complémentaire à l'intention des enfants assure la sauvegarde de leur état nutritionnel en période de sécheresse.
- Chili: Le pays a appliqué pendant longtemps des programmes généraux de nutrition en faveur des femmes enceintes, des mères allaitantes, des nourrissons et des enfants d'âge scolaire. Durant les années 70, ces programmes ont permis le relèvement des niveaux nutritionnels malgré les fluctuations économiques et la baisse de revenus dont les pauvres ont été victimes. En 1983, la crise économique s'aggravant, certains programmes nutritionnels ont subi des restrictions. Or, presque aussitôt, on a pu constater les signes d'une augmentation de la malnutrition.
- Jamaïque et Sri Lanka: Le programme d'aide alimentaire de la Jamaïque comme le programme de tickets alimentaires de Sri Lanka contribuent à couvrir les besoins nutritionnels de la moitié de la population. Ces programmes sont certes moins généreux que les subventions auxquelles ils se sont substitués et ils ont de plus subi l'érosion inflationniste. Néanmoins, ils ont contribué à l'amélioration de la nutrition et, avec un accroissement de l'aide fournie, cette contribution pourrait aisément être élargie.

humain exige également l'adoption de mesures spécifiques qui assurent la protection des catégories vulnérables de la population durant le processus d'ajustement:

○ *L'engagement explicite du gouvernement garantissant la protection des groupes vulnérables durant le processus de redressement.* Cette mesure ne peut être pleinement efficace que si les déclarations officielles et les directives administratives destinées à l'ensemble des responsables de l'économie en rendent clairement compte.

○ *Davantage de mesures d'ajustement axées sur l'expansion,* qui assurent le maintien des niveaux de l'investissement, de la production et de l'emploi à court et à long terme. L'ajustement à visage humain envisage le facteur temps d'un point de vue bien spécifique. L'objectif prioritaire est d'atteindre un taux de croissance durable à moyen terme tout en assurant la protection des catégories vulnérables à la fois à court et à moyen terme; la stabilisation à court terme revêt moins d'importance. Le moyen terme peut exiger une quantité plus importante de capitaux extérieurs.

○ *La restructuration* de l'économie de façon que les groupes vulnérables jouissent d'une protection aussi large que ne le permettent les ressources à disposition. Il importe, au premier chef, de protéger l'emploi et les revenus des plus démunis et de garantir un niveau de nutrition adéquat et l'accès aux services de base.

○ *Une surveillance systématique* des effets de l'ajustement sur les secteurs vulnérables de la population.

L'orientation et l'expansion de la croissance

Une politique d'ajustement revêt généralement un caractère déflationniste. Elle implique en effet une réduction des dépenses publiques, une baisse de la production, une diminution du niveau de l'emploi et une aggravation du chômage. Se traduisant souvent aussi par une diminution de l'investissement, elle provoque une réduction du potentiel de croissance économique. Durant les processus d'ajustement engagés depuis le début des années 80, de nombreux pays ont réduit leurs dépenses d'équipement, ce qui n'a pas permis le relèvement de leur potentiel de croissance, qui semble au contraire être en recul.

Dans l'application d'une politique d'ajustement à visage humain, il importe d'éviter, autant que faire se peut, le scénario déflationniste: il faut développer la production de biens d'exportation et de biens de substitution pour les importations plutôt que de réduire les dépenses publiques. La République de Corée a su combiner avec succès la croissance économique et l'ajustement (voir

plus bas). En adoptant une telle politique, la plupart des pays traverseraient encore une période de ralentissement ou de réduction de la production, mais la croissance reprendrait à brève échéance. Au Zimbabwe, par exemple, la croissance a repris après une période de récession de deux ans.

L'aide extérieure à la croissance

Avec une politique d'expansion, le relèvement de la balance commerciale peut prendre un certain temps, ce qui implique la nécessité d'un financement transitoire accru. La réduction importante des capitaux à disposition depuis le début des années 80 explique dans une large mesure les difficultés auxquelles l'Afrique et l'Amérique latine ont dû faire face. En Afrique, les transferts de fonds sont passés de 8,6 milliards de dollars par an pour l'exercice biennal 1977/78 à moins 5,4 milliards de dollars pour 1984/85. En Amérique latine la chute s'est avérée plus importante encore, les chiffres s'établissant à 4,9 milliards de dollars par an en 1977/78 et à moins 39 milliards de dollars en 1984/85.

Il importe que les donateurs d'aides bilatérales ou multilatérales recherchent des moyens de financer l'ajustement permettant de garantir le niveau nutritionnel et de ne pas mettre en péril la santé des enfants. On s'accorde aujourd'hui à penser qu'il s'agit là d'une nécessité impérieuse dans les situations d'urgence dues aux conditions climatiques, telles les famines ou les périodes de sécheresse. Mais il conviendrait de porter le même regard sur les crises muettes, dans lesquelles ce sont les aléas de l'économie qui causent une aggravation de la malnutrition et de la santé, et que, souvent, les pays en développement ne peuvent maîtriser davantage que le climat.

Toutes les décisions afférentes aux versements de fonds aux pays endettés devraient tenir compte de la nécessité de protéger les secteurs sociaux vulnérables:

○ Il conviendrait de réaménager les dettes et de permettre aux pays d'échelonner leurs paiements de telle sorte que les catégories vulnérables soient protégées tout au long du processus de redressement. Au moins quelques-unes des dettes contractées par les pays les plus pauvres devraient être annulées.

○ Dans les pays les plus démunis la protection des secteurs vulnérables dépend dans une très large mesure de l'aide extérieure, mais les versements devraient être plus élevés. Il conviendrait de les affecter à des mesures dont bénéficieraient ces groupes sociaux et dont l'application serait garantie jusqu'au moyen terme inclus. L'aide alimentaire peut être affectée à des programmes d'alimentation ainsi qu'à des programmes «des vivres contre du

travail» tandis que les fonds généraux permettent d'acheter les médicaments essentiels, de verser les salaires des agents de santé de base, d'entretenir les écoles, les installations, les routes et les moyens de transport. Une part trop importante de l'aide continue de servir au financement de nouveaux hôpitaux et de nouvelles routes, quand il s'agit en tout premier lieu de couvrir les dépenses renouvelables, en médicaments par exemple, et de maintenir les installations et les équipements existants en bon état, de sorte que les centres de santé primaires et les écoles fonctionnent et que les vaccins parviennent à destination.

○ La plupart des pays en développement doivent avoir un plus large accès aux marchés des pays développés. Grâce au produit de leurs exportations, ils pourraient en effet financer à la fois le service de leur dette et les importations nécessaires à l'accélération de la croissance. Les pays les plus démunis, très largement tributaires de l'exportation des produits de base, peuvent nécessiter des aides spéciales si les prix de leurs produits continuent à baisser sur le marché mondial.

La restructuration

Plusieurs pays ont montré tout ce qui pouvait être entrepris pour favoriser le bien-être des groupes vulnérables durant tout le processus d'ajustement (voir encadré «La protection des plus vulnérables», page 92).

Parmi les mesures efficaces qui ont été mises en œuvre pour protéger les revenus des pauvres, on peut mentionner l'amélioration du sort des petits agriculteurs, l'aide à la petite production dans les secteurs rural et urbain, et l'ouverture d'emplois dans le cadre de travaux publics pendant la période d'ajustement la plus difficile.

En contribuant à maintenir le niveau des salaires, ces mesures pour l'emploi permettent aux familles de répondre à leurs besoins essentiels. Mais leurs effets ne sont pas immédiats et elles ne compensent pas toujours entièrement les pertes de revenus. Dans les périodes de dénuement extrême il peut s'avérer indispensable de fournir des aides directes garantissant le niveau nutritionnel, notamment en ce qui concerne les nourrissons et les enfants en bas âge.

La restructuration des services sociaux

Les pouvoirs publics peuvent apporter une amélioration considérable aux services sociaux de base, même en période de rigueur, en consacrant leurs dépenses non pas à des services coûteux essentiellement à l'usage d'une petite élite mais à des opérations d'envergure peu onéreuses. Des exemples en sont fournis par les mesures préconisées dans le présent rapport sur la situation des

enfants dans le monde, tels la vaccination, la surveillance de la croissance, la thérapie par réhydratation orale et l'encouragement à l'allaitement maternel.

Certains pays ont un potentiel de changement considérable. Aux Philippines, par exemple, les subventions allouées en 1985 à quatre hôpitaux de haut niveau, réservés à l'élite, étaient presque *cinq fois* plus élevées que le montant des dépenses totales consacrées aux soins de santé primaires; par ailleurs, les dépenses consacrées à l'enseignement primaire ne représentaient que 0,5% des montants alloués aux établissements publics d'enseignement supérieur.

Il reste que certains pays se sont engagés depuis le début des années 80 dans une œuvre de restructuration importante:

République de Corée: la part de l'aide sociale dans les dépenses publiques totales est passée de 22,5% en 1979 à 29,3% en 1984. Le niveau nutritionnel s'est élevé, les taux de mortalité infantile et maternelle ont diminué et la proportion des individus vivant dans le dénuement absolu a marqué un net recul. Ces résultats ont été obtenus avec une croissance supérieure à 7% par an, cependant qu'un ajustement de grande ampleur permettait de ramener le chiffre du déficit commercial de plus de 4 milliards de dollars en 1979/80 à 3,1 milliards de dollars en 1984, le pourcentage du déficit budgétaire par rapport au revenu national de 3,4% à 0,4% et le taux d'inflation de 39% à moins de 1%.

Zimbabwe: les dépenses consacrées à l'administration et à la défense représentaient 44% des dépenses renouvelables en 1980, 28% seulement en 1984, tandis que les dépenses de santé et d'éducation passaient de 22% à 27%. Mieux, le budget consacré à l'instruction primaire est passé de 32% à 58% des dépenses totales d'éducation et les dépenses réelles par habitant en matière d'instruction primaire ont *double* durant la période d'ajustement. De surcroît, la part des mesures de prévention sanitaire est passée de 7,6% à 14% du budget total de la santé.

Tanzanie: les pouvoirs publics danois ont financé une opération de grande envergure permettant de fournir des médicaments au pays tout entier pour une somme inférieure à 25 cents par habitant.

Burkina Faso: ce pays, l'un des plus pauvres du monde, a assuré la vaccination de 60% des enfants pour la somme de 4 dollars par habitant seulement, et ce en période de sécheresse et dans le cadre d'une politique d'ajustement.

Les avantages économiques

Tout le monde ou presque s'accorde à penser que, du point de vue économique, il est utile de nourrir et d'éduquer les populations. Mais c'est là une vérité que l'on

oublie parfois en période de crise économique. Des êtres humains sont alors sacrifiés. Aussi n'est-il pas inutile de fournir quelques preuves des avantages économiques des mesures préconisées ici :

○ De nombreuses études ont montré que dans l'ensemble du monde en développement la production par hectare était plus importante dans les petites exploitations agricoles que dans les grandes. De plus, des informations portant sur le Zimbabwe laissent à penser que, si l'occasion leur en est donnée, les petits exploitants ont davantage tendance à innover que les gros producteurs.

○ Les programmes de travaux publics sont non seulement source d'emplois et de revenus, mais ils permettent encore, à long terme, en améliorant les infrastructures, d'accroître la productivité et de relever le niveau de l'emploi. Des études sur la question ont montré que ces programmes sont souvent d'un grand rapport.

○ Dans de nombreux pays, les petites entreprises sont souvent d'un bien meilleur rapport que les grandes sociétés industrielles.

○ La malnutrition des enfants se traduit à long terme par une diminution des capacités physiques et mentales. Une faible consommation alimentaire provoque également une diminution de la productivité des travailleurs.

○ On a constaté que l'enseignement primaire se traduisait dans de nombreux pays par le relèvement du niveau de productivité des agriculteurs. Par ailleurs, l'éducation des femmes favorise l'amélioration de la santé et de la nutrition de la famille, la diminution de la mortalité infantile et l'abaissement de la fécondité.

Les pays en développement sont donc parfaitement à même, par une action concertée, d'assurer la protection des groupes sociaux vulnérables durant la période d'ajustement. Il s'agit pour eux de définir clairement des objectifs prioritaires et de réaménager leurs dépenses à bon escient. Cette action n'est pas nécessairement coûteuse. Ainsi, le programme général de secours en cas de sécheresse mis en place par le Botswana n'a coûté que 18 dollars par habitant, soit 2% du produit intérieur brut, ainsi qu'un montant équivalent versé par des donateurs. Le profit qui en résulte est indéniable. *Si les mesures appliquées pour assurer la protection des catégories exposées sont intelligentes, si elles sont soutenues par des mesures économiques favorisant une croissance régulière de la production, de l'emploi et des revenus à moyen terme, ni les femmes, ni les enfants ne souffriront comme ils souffrent aujourd'hui.*

La tâche de surveillance

Il est impératif de surveiller de façon systématique les effets qu'exerce l'ajustement sur les individus, notam-

ment sur les plus pauvres d'entre eux. Ce contrôle est bien plus important que celui des chiffres économiques aisément accessibles, auxquels recourent le plus souvent les pays pour suivre le déroulement d'une politique d'ajustement. Rares sont les pays qui s'attachent à observer les effets de l'ajustement sur les êtres humains, et les données à disposition sont généralement insuffisantes. Les enquêtes sur la nutrition sont rares. Rares sont aussi les informations sur les gains et les dépenses des ménages à faibles revenus, et lorsque ces informations existent, leur publication est fréquemment retardée.

Avec des informations de cette nature, il est plus facile de détecter les besoins, d'élaborer des programmes et de surveiller leur déroulement. Elles permettent encore de s'assurer de l'efficacité des mesures appliquées; en cas d'inefficacité, elles peuvent ainsi être corrigées.

Le Botswana fournit un exemple en la matière. En raison de la grave période de sécheresse que connaît le pays depuis 1982, le rendement des cultures est passé de 50 000 tonnes en 1982 à 10 000 tonnes en 1984. La conséquence en a été que la majeure partie de la population rurale du pays n'a pu subvenir à ses besoins essentiels. Le système de surveillance existant a permis d'alerter le gouvernement à temps pour qu'il prenne les mesures de secours appropriées, grâce auxquelles la malnutrition a pu être endiguée. Le pesage des enfants de moins de cinq ans, mois après mois, constitue une part importante du système de surveillance national de la nutrition, qui permet en outre de déterminer les actions appropriées sur le plan local.

Le Botswana a déployé ces efforts pour lutter contre une crise causée par la sécheresse, mais il serait aisé d'aborder de façon analogue d'autres circonstances dans lesquelles la situation économique met en péril les catégories vulnérables. Il conviendrait que des services nationaux et internationaux se consacrent avant tout à réunir les données appropriées et à les diffuser de sorte que les gouvernements sachent sans retard où et quand les plus vulnérables ont besoin de protection.

La nécessité d'agir

Toute politique d'ajustement qui permet que des enfants soient sacrifiés au nom de la stabilité financière est inacceptable. Or, cela s'est déjà produit, sans qu'il y ait là rien d'inéluctable. Des solutions de rechange existent. Il s'agit maintenant de convaincre les responsables à tous les niveaux — au sein tant des gouvernements nationaux que des institutions internationales — de prendre rapidement les mesures qui s'imposent. Si l'on n'agit pas immédiatement, de nombreux enfants mourront, et bon nombre des survivants souffriront d'atteintes irréparables.

III

QUARANTE ANNÉES DE PROGRÈS

Une présentation graphique de la situation des enfants dans le monde aujourd’hui et des principaux changements intervenus depuis la fondation de l’UNICEF, voici quarante ans

Le facteur humain: en guise d’introduction, un coup d’œil sur les 40 dernières années, par Varindra T. Vittachi, Directeur général adjoint de l’UNICEF pour les relations extérieures

Index des figures

15 tableaux résumant la situation des enfants dans le monde de 1946 à 1986

Définition des régions continentales

PAYS DÉVELOPPÉS

Europe

Albanie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale d'Allemagne, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Saint-Siège, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Yougoslavie

Autres pays développés

Australie, Canada, Etats-Unis d'Amérique, Israël, Japon, Nouvelle-Zélande, Union des Républiques socialistes soviétiques

PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Afrique

AFRIQUE SEPTENTRIONALE

Algérie, Egypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Soudan, Tunisie

AFRIQUE AU SUD DU SAHARA

Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Swaziland, Tchad, Togo, Zaïre, Zimbabwe

Amérique centrale et du Sud

AMÉRIQUE CENTRALE ET CARAÏBES

Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Costa Rica, Cuba, Dominique, Grenade, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, République dominicaine, Saint-Christophe-et-Nièves, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-Grenadines, Salvador, Trinité-et-Tobago

AMÉRIQUE DU SUD

Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Equateur, Guyane, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay, Venezuela

Asie et Océanie

CHINE ET ASIE DE L'EST

Chine, Hong Kong, Mongolie, République de Corée, République populaire démocratique de Corée

ASIE DU SUD-EST

Birmanie, Brunei Darussalam, Indonésie, Kampuchea, Malaisie, Philippines, République démocratique populaire lao, Singapour, Thaïlande, Viet Nam

ASIE DU SUD

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Iran, Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka

OCÉANIE

Fidji, Iles Salomon, Kiribati, Nauru, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

ASIE OCCIDENTALE

Arabie saoudite, Bahreïn, Chypre, Emirats arabes unis, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, République démocratique populaire du Yémen, République arabe du Yémen, Turquie

Tableaux graphiques

1	Population et mortalité juvénico-infantiles	Population et mortalité juvénico-infantiles (moins de 5 ans) par région, 1950 et 1986
2	Natalité, mortalité et espérance de vie	Population, natalité et mortalité dans le monde, 1986 Espérance de vie à la naissance, par région, 1950 et 1986
3	Le déclin de la mortalité et de la natalité	Mortalité juvénico-infantile et taux bruts de natalité par région, 1950-1986 Nombre annuel estimatif de décès juvénico-infantiles par cause, 1986
4	Nourriture disponible par personne	Nourriture disponible par jour et par personne, par région, 1961 et 1984
5	Education et alphabétisation	Modifications de la pyramide scolaire selon le sexe et la région, 1960 et 1986 Population alphabétisée totale, 1950 et 1985 Population alphabétisée, par région, 1960 et 1985
6	Approvisionnement en eau et assainissement	Approvisionnement en eau et assainissement dans les pays en développement, 1970-1985 Eau salubre et assainissement adéquat, par région, 1985
7	La santé maternelle et infantile	Couverture estimée des soins de maternité, 1986 Couverture des soins de santé pour femmes enceintes et nourrissons, 1986
8	Insuffisance pondérale à la naissance et mortalité liée à la maternité	Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance, par région, 1986 Répartition de l'insuffisance pondérale à la naissance par région, 1986 Mortalité liée à la maternité: estimation par régions, 1983
9	L'essor de la thérapie par réhydratation orale	Taux minimaux estimatifs d'utilisation de la TRO pour les enfants de moins de 5 ans, milieu des années 80 (par région OMS) Production globale de sels de réhydratation orale, 1982-1985 Accès minimal estimé aux SRO, 1982-1984 (par région OMS)
10	Les progrès de la vaccination	Couverture vaccinale des femmes enceintes et des enfants âgés d'un an, par région, 1984-1985
11	L'allaitement maternel	Prévalence de l'allaitement maternel dans quelques pays, 1962-1984
12	L'espacement des naissances et la survie	Mortalité infantile en fonction de l'espacement des naissances Mortalité infantile en fonction de l'âge de la mère, 1968-1970 Mortalité maternelle en fonction du rang de naissance, Matlab, Bangladesh, 1968-1970
13	Les carences en fer, en iodé et en vitamine A	Zones de forte prévalence de l'avitaminose A et de la xérophthalmie chez les enfants, 1986 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes, 1986 Troubles iodo-déficitaires (TID) dans le monde en développement, estimations pour 1986
14	Pauvreté et dépenses en armements	Dépenses publiques militaires et sociales en pourcentage du PNB Enfants de moins de 5 ans vivant dans la pauvreté absolue en zones urbaines et rurales, par région, 1986
15	Santé et richesse	Santé et richesse: pays en développement et pays industrialisés, 1986

Le facteur humain

par Varindra T. Vittachi

Avant la seconde guerre mondiale il n'existait pour ainsi dire aucune structure officielle qui se préoccupait, sur le plan international, de la souffrance individuelle. Certes, quelques institutions privées non gouvernementales, religieuses ou non, telles la Croix-Rouge internationale et un certain nombre de missions religieuses, avaient pris sur elles d'alléger ces souffrances. Mais les moyens dont elles disposaient étaient nécessairement limités car elles en étaient réduites, pour concrétiser leurs idéaux, à compter sur des contributions privées, sur la charité et le bénévolat.

On avait certes déjà, au début du siècle, commencé à agir au niveau intergouvernemental, sous l'impulsion de la Société des Nations, dans les domaines du travail, de l'éducation, de la santé publique et des droits de l'enfant. Mais cela ne dura guère. Les dirigeants d'un monde qui, à l'époque, était dans une large mesure – et pour un demi-siècle encore – constitué d'empires coloniaux rivaux ne pouvaient que refuser toute idée ou action fondée sur le concept d'internationalisme. Les conditions d'existence de l'homme du commun et de sa famille constituaient un problème dont la responsabilité semblait incomber exclusivement aux patrons des colonies. Et ces derniers, qui se disaient en substance qu'il y aurait toujours des pauvres, abandonnaient les problèmes humains de l'abandon matériel aux âmes charitables et aux œuvres de bienfaisance.

Un nouveau début

L'UNICEF fut fondé en 1946. Héritier de l'une des branches de l'Administration des Nations Unies pour les secours et la reconstruction, le Fonds était l'une des premières institutions intergouvernementales créées pour se consacrer à la souffrance individuelle*. Sa mission était évidente et urgente, les besoins de ceux qui l'intéressaient – les enfants victimes de la guerre la plus dévasta-

trice de l'histoire – étaient indéniables et l'ampleur des ressources nécessaires telle qu'on ne pouvait songer s'en remettre exclusivement à la charité privée. Car le but était d'en finir avec le fléau qui s'était brusquement abattu sur une partie du monde qui n'était plus accoutumée, en plein xx^e siècle, à contempler dans ses rues le spectacle d'une telle misère.

Le Fonds international des Nations Unies pour le secours à l'enfance fut, dans un premier temps, conçu comme une organisation de secours d'après-guerre tirant ses ressources de contributions étatiques et ayant pour objectif de distribuer nourriture, vêtements et médicaments aux enfants nécessiteux des villes bombardées en Europe, au Japon et en Chine. Ces situations d'urgence – l'UNICEF les appelle urgences «criantes» – qui exigent et obtiennent sans tarder l'attention des gouvernements, des moyens d'information et de l'opinion publique, se distinguent des situations d'urgence «silencieuse» que sont la souffrance et la mort de millions et de millions d'enfants, chaque jour victimes de la misère et du sous-développement les plus désespérés. A ces urgences criantes, les Etats répondirent avec générosité: les ressources furent acheminées rapidement et de façon adéquate. En 1950, les nations les plus gravement touchées qui étaient en mesure de reconstituer elles-mêmes les infrastructures endommagées furent à même d'assumer le sort de leurs enfants. L'opinion selon laquelle l'UNICEF avait rempli son mandat était alors largement partagée, aussi l'Assemblée générale de l'ONU tenue en 1950 examina-t-elle la question de la dissolution de l'UNICEF (voir *The Children and the Nations*). L'éloquent plaidoyer de M. Ahmed Bukhari, le représentant du Pakistan, marqua un tournant dans la discussion. Pour lui, bien que la situation d'urgence criante pour laquelle l'UNICEF avait

* Deux livres sur l'UNICEF viennent de paraître. Ils retracent, l'un par le récit, l'autre par l'image, la fondation et l'évolution du Fonds: *The Children and the Nations* (Macmillan) et *We are the Children* (Atlantic Monthly Press).

été mis sur pied fut dépassée, un nombre d'enfants bien plus considérable encore souffrait aussi gravement de pauvreté chronique dans le monde non industrialisé. La session aboutit à la prolongation de l'existence de l'UNICEF, existence définitivement confirmée en 1953. La mission du Fonds était d'élaborer des programmes destinés à favoriser le bien-être des enfants et de procéder à leur application en collaboration avec les gouvernements du monde non industrialisé (le vocabulaire international de l'époque ne connaissait pas encore les expressions de «pays en développement», «pays les plus gravement touchés», «tiers monde» qui nous sont aujourd'hui familières). C'est là la genèse de l'UNICEF, l'organisation internationale de développement au profit des enfants. On conserva l'acronyme UNICEF bien qu'on écourtât le nom de l'organisation, qui devint «Fonds des Nations Unies pour l'enfance», pour mieux traduire l'ampleur de sa tâche. Durant les trente-cinq années qui suivirent, et tout particulièrement après 1979, Année internationale de l'Enfant qui fut couronnée de succès, plusieurs résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies et du Conseil d'administration de l'UNICEF universalisèrent le mandat de l'organisation de façon à y inclure également le bien-être des enfants du monde industrialisé.

Des changements prometteurs

Au cours des quarante années qui se sont écoulées depuis la naissance de l'UNICEF, le monde a connu des changements considérables qui ont modifié peut-être plus que jamais dans l'histoire les relations entre individus, entre communautés, entre l'homme enfin et son environnement:

- Le concept d'internationalisme et ses corollaires (le multilatéralisme et la coopération internationale comme instrument du développement économique et social) se sont substitués à l'impérialisme dans la gestion des affaires humaines. Les premiers mots de la Charte des Nations Unies, «*Nous, peuples des Nations Unies*», ont offert l'espoir et la perspective d'un monde nouveau et meilleur pour les générations à venir.
- Avec les progrès techniques dont ont bénéficié les transports et la communication, le monde est devenu un «village global» à l'échelon planétaire.
- La technique médicale a évolué selon une progression géométrique.
- La population mondiale a plus que doublé, passant de 2 à 4,8 milliards d'habitants.
- Alors que durant des millénaires les femmes – plus de la moitié de la population mondiale – avaient été confinées dans des rôles subalternes et empêchées de s'épanouir, le monde a, mieux que jamais dans l'histoire, pris conscience de leur condition.

La liste est sans fin. Le sens des réalités commande cependant d'assortir cette liste de réserves. En effet, tout progrès se trouve freiné par les forces de l'inertie et des intérêts matériels qui concourent au *statu quo*. Il n'est pas jusqu'au plus bel espoir d'amélioration de la condition humaine qui ne soit contrarié par les efforts que déploient groupes et individus, combattant sous le couvert de tel ou tel noble principe alors qu'ils défendent en fait leurs intérêts particuliers.

Quelques exemples de ce triste état de fait:

- Tandis que la fission nucléaire offrait la perspective d'une énergie nouvelle et inépuisable à employer à des fins pacifiques pour le bien de l'humanité, cette énergie a été asservie à des fins guerrières qui menacent l'existence même du genre humain.
- La promesse solennelle que firent les fondateurs des Nations Unies de remettre le glaive au fourreau a été trahie: comment qualifier le fait que 1000 milliards de dollars soient, cette année, consacrés à l'armement dans le monde, et que, durant les quarante dernières années, 150 guerres «classiques» aient fait rage entre Etats, et au sein des Etats?
- La révolution qui s'est déroulée dans le domaine des communications ne s'est pas assortie d'une révolution des relations internationales ou des valeurs sociales, en l'absence de laquelle on peut craindre que l'ère de l'information qui s'ouvre à nous n'accroisse encore les injustices et les inégalités de l'ère industrielle qu'elle remplace.
- La croissance démographique rapide de l'humanité est souvent considérée comme une menace. Or, il s'agit d'un défi lancé à la compétence humaine et à la technique: les parents ne doivent plus ressentir la nécessité d'avoir de grandes familles pour être sûrs de voir survivre au moins quelques-uns de leurs enfants.
- Les avantages considérables qu'offrent les techniques et les connaissances dont on dispose actuellement en matière de santé n'ont pas été diffusés de façon à toucher la population du monde en développement en assez grand nombre, et ce dans une large mesure parce que les gouvernements tendent à se conformer à la pratique coloniale qui concevait le service de santé à l'image de la pratique hospitalière: on préfère l'approche curative, coûteuse, à l'approche préventive, bien moins coûteuse et bien plus efficace. Nous possédons les techniques et les moyens qui permettraient de communiquer les connaissances nécessaires à la bonne application de ces techniques, mais ces progrès n'ont pas été conjugués à bon escient. Presque 15 millions de jeunes enfants le paient chaque année de leur vie, la plupart du temps faute de mesures préventives.

QUARANTE ANNÉES DE PROGRÈS

L'œuvre accomplie

Contre cette toile de fond où se mêlent les couleurs de l'espoir et du doute, du progrès et de la régression, des promesses et des déceptions, une question se détache: l'histoire du développement des quarante dernières années est-elle, comme on le pense souvent, l'histoire d'un échec? La réponse est un non sans équivoque. Les pages qui suivent illustrent graphiquement des progrès importants qui ont été accomplis dans les domaines les plus divers et dont la population du monde en développement a tout particulièrement tiré partie. Voici quelques exemples des plus marquants:

- Le pourcentage des enfants qui survivent au-delà de l'âge de cinq ans a connu une hausse spectaculaire depuis 1950 (voir tableau n° 3). C'est là le signe que la révolution au profit de la survie et du développement des enfants, le noyau même du travail de l'UNICEF depuis le début des années 80, loin de se heurter à un courant contraire, s'accompagne d'un progrès général, quoique freiné par la récession globale des années 80.
- L'espérance de vie moyenne à la naissance est sensiblement plus élevée qu'auparavant; elle est aujourd'hui de 69 ans en Chine (niveau enregistré aux Etats-Unis à la fin des années 50) contre 45 ans en 1950; dans le reste de l'Asie elle est de 58 ans contre 40 ans à peine en 1950; au Moyen-Orient elle est de 63 ans contre 45 ans en 1950; en Amérique centrale et en Amérique du Sud elle est de 65 ans contre 50 ans en 1950; en Afrique, enfin, elle est passée durant cette même période de 38 à 51 ans.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. On se doit cependant de les assortir de deux réserves: tout d'abord, dans la plus grande partie du monde en développement l'espérance de vie reste inférieure à celle que connaît le monde industrialisé, où elle est passée de 66 à 73 ans entre 1950 et 1986. Cette disparité est inacceptable. Deuxièmement, si les pays en développement veulent combler cet écart, ils doivent s'appuyer non pas sur le système de soins curatifs hospitaliers, mais sur les soins de santé primaires et la prévention.

- Entre 1950 et 1986, le taux de natalité enregistré dans les pays en développement a accusé une forte baisse. L'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Est, qui se sont trouvées à la tête du mouvement en faveur de la planification de la famille, ont réduit leur taux de natalité de 46 à 31 pour 1000, la Chine de 45 à 19 pour 1000 (niveau enregistré aux Etats-Unis à la fin des années 60), l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud de 43 à 31 pour 1000 - diminution considérable compte tenu du poids des habitudes - et l'Afrique de 51 à 45 pour 1000. Le taux de natalité reste très élevé dans bon nombre des pays les moins à même de le supporter, mais, à considérer le monde en développement dans son ensemble, l'on constate que ce taux a sen-

siblement baissé tout comme a diminué, en l'espace d'une génération, l'importance de la famille moyenne. De nombreux démographes estiment que cette tendance n'est vraisemblablement pas près de s'inverser.

○ Aujourd'hui, dans le monde en développement, il y a bien davantage d'écoliers qu'en 1950. La proportion d'enfants de 6 à 11 ans qui fréquentent l'école primaire est aujourd'hui de 70% et, dans l'enseignement secondaire, le nombre d'élèves a quadruplé. Le taux d'alphabétisation des pays en développement a plus que doublé, passant de 26% en 1950 à environ 62% en 1985. (Mais 60% des alphabètes sont des femmes.)

○ Près de 60% des habitants des pays en développement ont aujourd'hui accès à de l'eau salubre, notamment dans les villes, contre 29% en 1970.

○ Durant les vingt dernières années, la production alimentaire par habitant dans le monde en développement a augmenté au rythme annuel de 0,4%. L'Afrique est le seul continent où la production alimentaire par habitant a accusé un fléchissement, de l'ordre de 10%, depuis les années 70. De nombreux pays, tels l'Inde, l'Indonésie et le Pakistan, qui, il y a vingt ans seulement, étaient de gros importateurs de céréales alimentaires, répondent aujourd'hui à leurs propres besoins.

○ Les taux de couverture vaccinale des enfants contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (40%), contre la tuberculose (50%) et la poliomérite (37%), ont fait un bond en avant spectaculaire (par contre, la prévention de la rougeole, maladie la plus meurtrière, reste à la traîne).

○ La régression de l'allaitement maternel a cessé dans quelques pays en développement, tels le Brésil, la Jamaïque, la Malaisie, le Mexique, le Paraguay, Sri Lanka, la Thaïlande, ainsi que dans la plupart des pays industrialisés.

Le progrès en péril

Les résultats que nous venons d'évoquer sont remarquables. Les pays en développement ont fait beaucoup pour leurs enfants. Mais le fait qu'ils soient de moins en moins aptes à financer le progrès social met les acquis en péril. La crise économique des années 80 a eu des effets immédiats qui se font encore durement sentir dans les pays dont les économies reposent largement sur les exportations de produits de base et de cultures marchandes. Les pays en développement ont de plus en plus de difficultés à financer des programmes sociaux en raison de l'augmentation des prix des biens d'équipement et de la technologie employée dans les industries manufacturières, en raison de la vague de protectionnisme qui se cache derrière des euphémismes tels que «subventions à

l'exportation», en raison de l'augmentation des tarifs de fret, et en raison d'une assistance financière dont les conditions se font de plus en plus dures – taux d'intérêt plus élevés, échéances plus courtes et « clauses restrictives » auxquelles sont assujetties les mesures sociales du pays. Etant donné que les mesures sociales ne sont pas, par définition, source de revenus – tout au moins au début – mais source de dépenses, la volonté politique des dirigeants nationaux est largement soumise aux règles du « pragmatisme » dur, même lorsqu'ils souhaitent en toute sincérité œuvrer pour le bien-être des enfants.

Voilà pourquoi l'UNICEF dépense beaucoup de temps et d'énergie pour renforcer la détermination des pays en développement à se battre pour leurs enfants, qu'ils reconnaissent comme la plus précieuse de leurs ressources nationales, et pour que les dirigeants et les responsables au sein des gouvernements et des organismes de financement adoptent une politique d'« ajustement à visage humain » (voir chapitre précédent, pages 85 à 95).

C'est l'une des raisons pour lesquelles l'UNICEF applique et invite à appliquer la stratégie qui consiste à mobiliser toutes les structures sociales existantes pour qu'elles agissent de concert en faveur de la protection et des soins à donner aux enfants. Il faut donc faire appel aux médias, aux organisations religieuses, aux groupes de volontaires, aux groupements professionnels, telles les associations de pédiatrie, aux syndicats, aux grandes entreprises, aux associations de bienfaisance, par exemple le Rotary Club, etc.

L'œuvre à accomplir

L'œuvre accomplie en matière de développement, telle qu'on l'a décrite plus haut, montre que beaucoup a été fait pour le bien-être des enfants depuis 1946. Il ne faut pas pour autant oublier que beaucoup reste à faire pour donner aux enfants la protection et les soins nécessaires. Il faut avoir davantage souci de leur survie, de leur croissance, de leur nutrition ainsi que du développement de la petite enfance; il faut recourir tant aux structures de l'enseignement primaire qu'à l'éducation extrascolaire; il faut favoriser l'amélioration de la condition des femmes; il faut enfin veiller à garantir les services de base comme l'approvisionnement en eau potable. D'autres progrès importants ne sauraient être réalisés sans le zèle nécessaire. Ils concernent le vaste champ des droits de l'enfant, qui sont en cours de codification sous forme d'une convention internationale. Ces droits comprennent la protection de l'enfant contre les conflits armés, les bouleversements économiques ou sociaux, la toxicomanie, l'abandon, la négligence, ou d'autres formes, plus brutales encore, de mauvais traitements. Il s'agit là souvent de problèmes liés à la pauvreté – souvent aussi cependant, ils sont liés à l'abondance. Les enfants des pays industrialisés en sont victimes mais aussi ceux d'un nombre crois-

sant de pays en développement, à des degrés divers. L'enfance et l'éducation ont foncièrement changé depuis la naissance de l'UNICEF. Cela s'explique par la profonde influence exercée par la télévision, par l'éclatement de la famille étendue et par le fait qu'on élève les enfants en se fondant davantage sur des ouvrages spécialisés que sur un système de valeurs morales. Il faut ajouter à ces phénomènes le fait que la santé et le bien-être de l'enfant deviennent de plus en plus l'affaire des institutions, de sorte que certains aspects traditionnels du métier de parent sont maintenant du ressort de structures lointaines et impersonnelles. On comprend aisément pourquoi se perd l'ancien principe selon lequel le degré de civilisation se mesure à l'aune de l'attention portée aux enfants.

Le souci constant de l'UNICEF est de susciter le désir des familles de mieux s'occuper de leurs enfants et de leur en donner la possibilité, et ce, quels que soient les stratégies et les programmes soutenus par le Fonds: qu'il s'agisse de creuser des puits pour obtenir de l'eau salubre, de mettre la vaccination à la disposition de tous, de contribuer au développement de l'enseignement primaire, d'encourager l'allaitement maternel et de meilleures pratiques de sevrage, de favoriser la croissance infantile, de lutter contre les maladies diarrhéiques, de fournir des conseils sur la nutrition, l'hygiène et l'assainissement de l'environnement, de recycler les accoucheuses traditionnelles, de relever le taux d'alphabétisation des femmes et de favoriser leur accès à des activités lucratives, de préconiser l'espacement des naissances pour le bénéfice à la fois de la mère et de l'enfant, ou de mettre au point du matériel audiovisuel pour la propagation des connaissances. Si l'UNICEF conjugue son action avec celle des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des médias et des individus, c'est pour susciter un climat durable et répandu d'attention constante aux besoins des enfants. En l'absence de cette sollicitude élevée au rang de principe moral, les enfants risquent fort d'être non pas les premiers mais les derniers à l'ordre du jour du développement.

Les besoins des enfants recouvrent une gamme étendue de priorités: pour assurer leur survie et leur croissance, il faut leur donner une alimentation nutritive et de l'eau salubre; pour protéger leur vie, il faut les préserver de toute violence ou dommages physiques ou psychologiques, et prévenir les maladies; pour que leur vie soit plus riche, il faut leur donner le sens des valeurs; pour que leur vie soit plus belle, il faut donner libre cours au jeu et à l'imagination; enfin, pour assurer leur avenir, il faut leur offrir un enseignement fonctionnel et une formation professionnelle.

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance sait l'importance de chacun de ces besoins mais il n'ignore pas pour autant qu'il ne peut, seul, les assumer tous. L'UNICEF n'est rien de plus qu'une poignée d'individus et une poignée de dollars, environ un million de dollars par jour

affectés à des programmes dans plus de 100 pays en développement. Mais, heureusement, l'institution internationale au service des enfants a la chance d'avoir de nombreux alliés potentiels qui se consacrent à la protection et aux soins des enfants, certains d'entre eux étant spécialisés dans tel ou tel aspect de cette branche du développement. Avec l'enthousiasme et la compétence qui sont les leurs, ils sont prêts à poursuivre le travail courageux et méritant qu'ils accomplissent depuis de nombreuses années au profit de l'enfance. Il convient en effet de souligner que des institutions privées peuvent apporter une réponse plus adéquate à certains des besoins de l'enfance qu'un organisme intergouvernemental, par exemple lorsqu'il s'agit d'assurer une protection contre les effets d'un conflit armé. En tout état de cause, le rôle de l'UNICEF est celui d'un catalyseur, d'un haut-parleur au service d'idées qui ont fait concrètement leurs preuves et d'un avocat plaident la cause des enfants du monde.

Le facteur humain

A l'heure où l'UNICEF célèbre son quarantième anniversaire, des signes prometteurs indiquent que, partout dans le monde, les individus sont toujours plus désireux de soutenir l'action entreprise à grande échelle au profit des enfants nécessiteux, notamment en cas de désastre, d'urgence criante. Le grand élan populaire pour l'Afrique qui fit suite à la vaste campagne d'information sur la famine en Ethiopie, en octobre 1984, a incité les Etats à verser de très importantes contributions en argent et en nature pour la réalisation des programmes de secours d'urgence mis en œuvre par les Nations Unies. De même, des organisations d'assistance non gouvernementales ont bénéficié d'un ample soutien provenant d'entreprises privées et de particuliers. Les opérations *Band Aid* et *Live Aid*, qui ont produit des résultats sans précédent, ont donné à des musiciens et à leurs admirateurs l'occasion non seulement de réunir de l'argent, mais aussi de créer un climat de solidarité exceptionnelle avec l'Afrique. La chanson «*We are the world, we are the children*», grâce à laquelle des fonds ont été réunis dans de nombreux pays, représentait l'expression musicale de la profonde solidarité dont le monde est capable.

Les citoyens du monde réclament aujourd'hui qu'il soit répondu comme il convient aux situations d'urgence criante. La force de cette revendication prouve, à l'évidence, qu'ils ne se fatiguent pas de donner — au contraire, peut-être, des milieux officiels et des médias, qui semblent souffrir d'une certaine saturation. Quand les hommes savent d'une part que leurs semblables ont besoin d'aide et d'autre part qu'il est possible de leur porter

secours, ils puisent en eux une nouvelle générosité et le meilleur de leur entendement.

En 1986, même après que le ballon de l'aide officielle se soit dégonflé et alors que le malheur de l'Afrique ne faisait plus la une des journaux écrits ou télévisés, on a constaté avec beaucoup d'espérance que, dans le monde entier, en Europe, en Asie, en Afrique et en Amérique, des hommes se sont regroupés sous la bannière de *Sport Aid*, et, avec une «course contre la montre», ont cherché à remettre la crise africaine et son évolution au premier plan et à réunir d'importants capitaux.

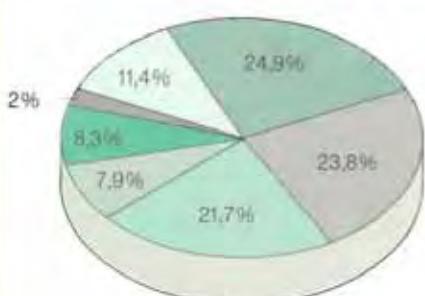
Grâce à de nombreux dirigeants politiques d'Amérique latine, d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient, qui ont répondu à l'appel de l'UNICEF en faveur de la révolution au profit de la survie et du développement des enfants, les taux de vaccination ont enregistré une hausse spectaculaire : l'objectif de la vaccination universelle fixé par l'Assemblée mondiale de la santé en 1977 n'est plus aujourd'hui l'espérance utopique qu'il était encore récemment. Le Burkina Faso, par exemple, a fourni la preuve que même un pays pauvre peut mobiliser ses ressources pour assurer la protection de ses enfants, pour autant qu'existe la volonté politique d'agir en ce sens. Le Salvador, l'Ethiopie, Sri Lanka ont montré que même des pays déchirés par la guerre civile peuvent agir en vue de protéger les enfants du fléau des maladies meutrières.

L'histoire, souhaitons-le, se souviendra du milieu des années 80 comme de la période où l'humanité entière aura reconnu la force des masses comme une force bénéfique qui s'exerce non seulement en faveur de changements politiques nécessaires, mais encore en faveur de changements sociaux. En 1986, la puissante stratégie de mobilisation sociale a su, mieux qu'auparavant, faire ses preuves en matière de développement. En 1986, la nature de la crise africaine a été bien plus largement comprise : certes une urgence criante nécessitant des secours immédiats, mais aussi une urgence silencieuse et durable à laquelle il convient de répondre par des mesures de développement. En 1986, on a commencé à comprendre à quel point il importait d'ajuster les politiques financières et économiques à l'échelle nationale et internationale de façon que les besoins des groupes vulnérables soient pris en considération ; quelques pays industrialisés ont commencé à prendre des mesures allant dans ce sens. On a même adopté, en 1986, un ton plus modéré dans la pratique du débat international, signe que même les durs parmi les durs peuvent s'émouvoir de considérations humaines. Si l'UNICEF a une leçon à tirer de sa quarantième année d'existence, comme d'ailleurs de chacune des années qui ont précédé, c'est que, même dans les moments les plus sombres, continue de briller la flamme de l'espérance d'un monde meilleur pour les enfants.

Population et mortalité juvénico-infantiles

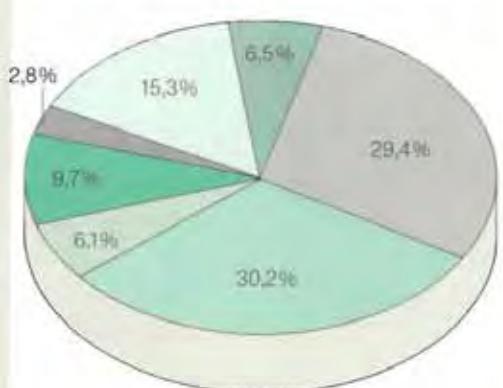
Population et mortalité juvénico-infantiles (moins de 5 ans) par région, 1950 et 1986

POPULATION JUVÉNO-INFANTILE

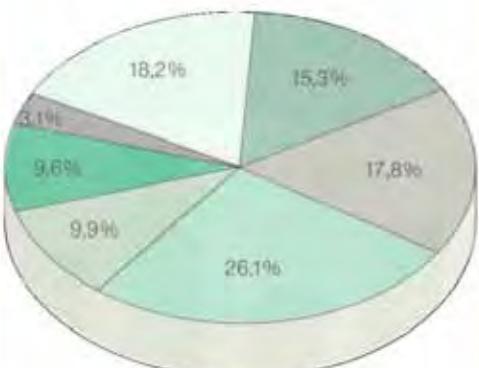


1950
341 MILLIONS

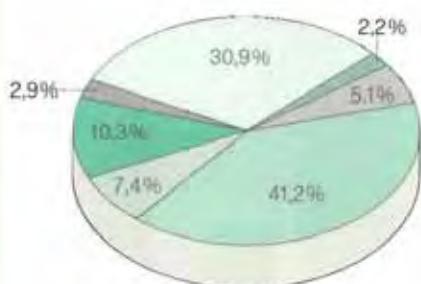
MORTALITÉ JUVÉNO-INFANTILE



1950
24,8 MILLIONS



1986
575 MILLIONS



1986
13,6 MILLIONS

- █ Pays industrialisés
- █ Chine et Asie de l'Est
- █ Asie du Sud-Est
- █ Asie du Sud

- █ Amérique centrale et du Sud
- █ Asie occidentale
- █ Afrique

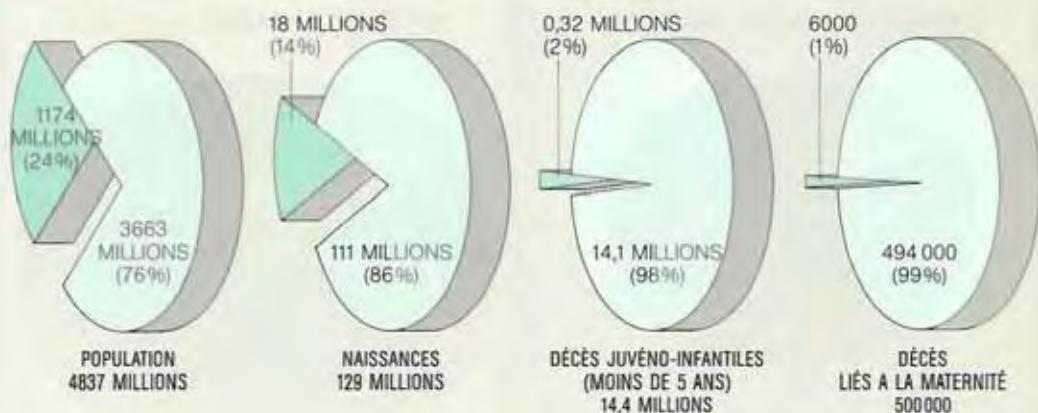
Source: Estimations de la Division de la population des Nations Unies, 1986.

Natalité, mortalité et espérance de vie

Population, natalité et mortalité dans le monde, 1986

Pays industrialisés

Pays en développement



Source: Division de la population des Nations Unies, Bureau de statistique des Nations Unies et estimations de l'OMS.

Espérance de vie à la naissance, par région, 1950 et 1986

1950 1986

80

70

60

50

40

30

20

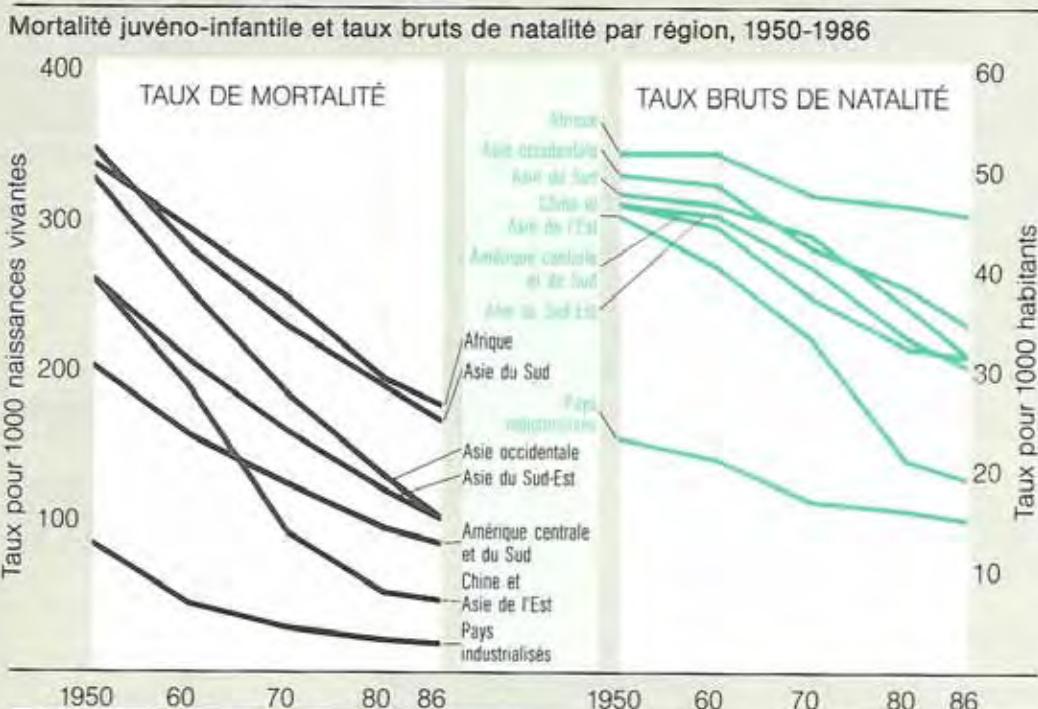
10

0

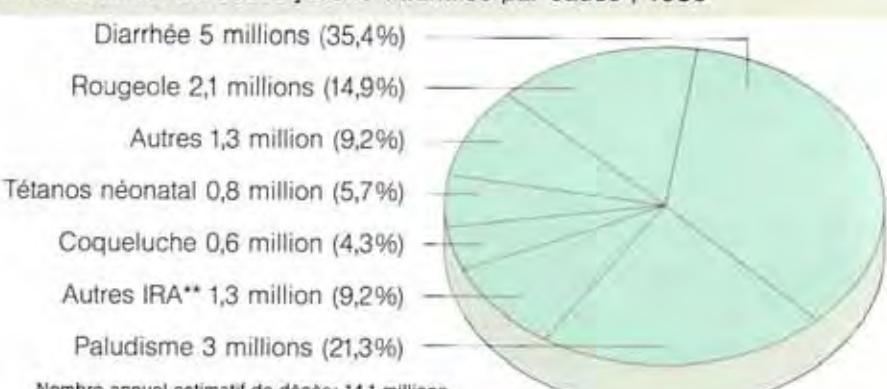


Source: Division de la population des Nations Unies (estimations, 1986).

Le déclin de la mortalité et de la natalité



Nombre annuel estimatif de décès juvéniles et infantiles par cause*, 1986



Notes: *Pour les besoins de ce graphique, chaque décès a été attribué à une seule cause, alors qu'en réalité les décès d'enfants sont dus à des causes multiples.

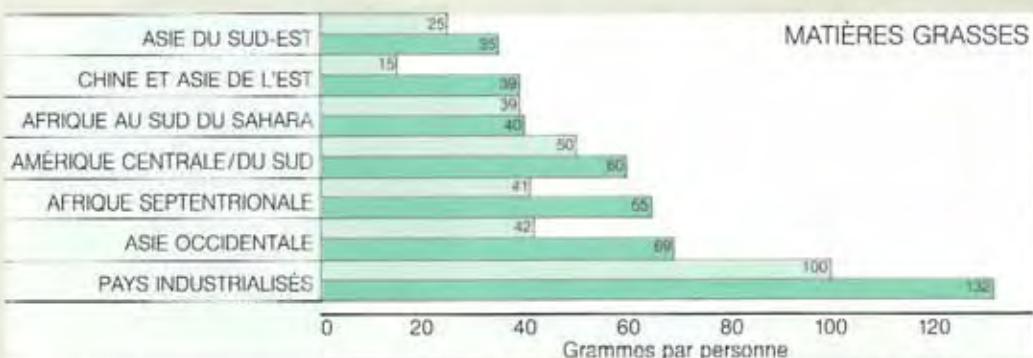
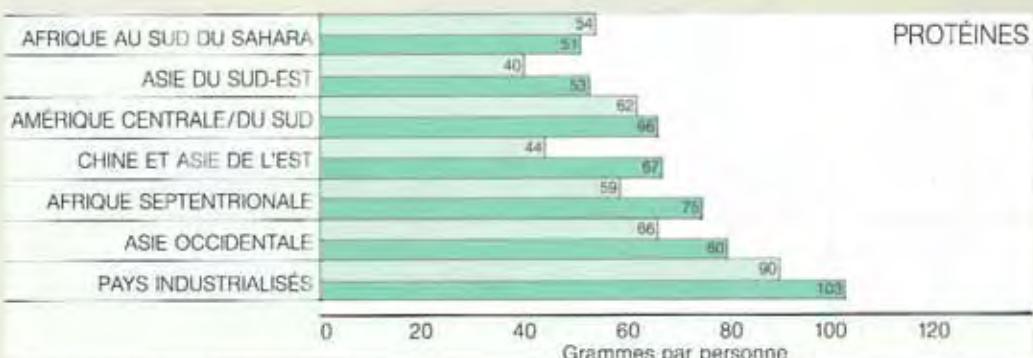
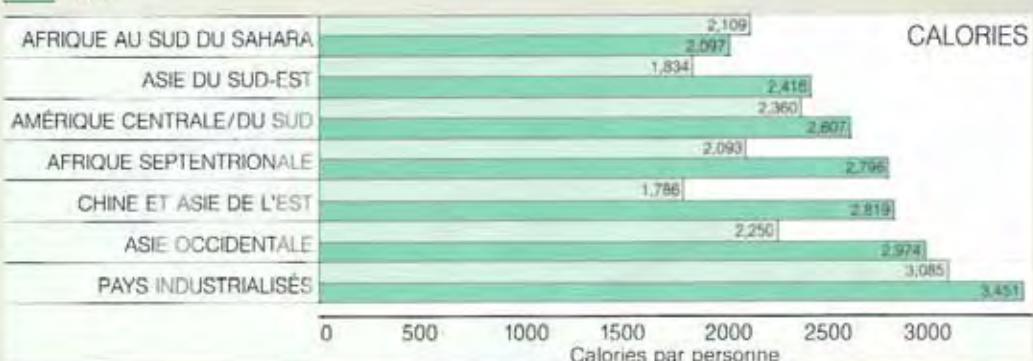
** Autres infections respiratoires aigües (IRA): tuberculose, diphtérie, pneumonie, grippe, pleurésie, bronchite et bronchiolite aigües, otite moyenne et autres maladies des voies respiratoires.

Source: Estimations OMS et UNICEF.

Nourriture disponible par personne

Nourriture disponible par jour et par semaine*, par région, 1961 et 1984

1961
1984



Note: *Aucune supposition n'est faite quant à la répartition ou la consommation de denrées alimentaires dans

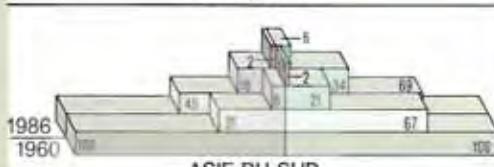
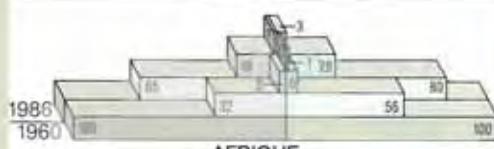
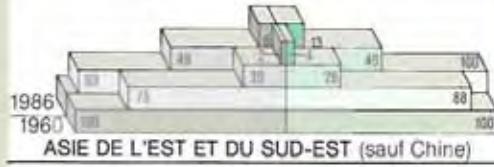
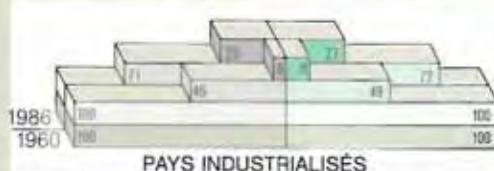
la région, c'est-à-dire parmi les pays de la région ou parmi la population de ces pays.

Source: Estimations FAO, juillet 1986.

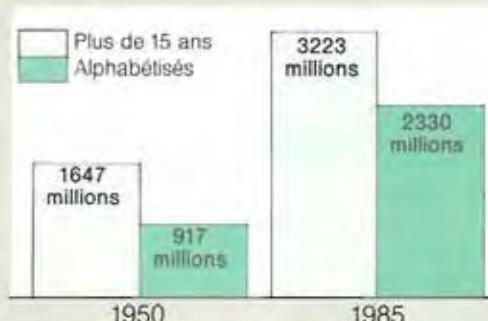
Education et alphabétisation

Modifications de la pyramide scolaire selon le sexe et la région, 1960 et 1986

		Inscriptions dans le supérieur
		Inscriptions dans le secondaire
		Inscriptions dans le primaire
		Population 6-11 ans = 100
FILLES	GARÇONS	



Population alphabétisée totale, 1950 et 1985



Population alphabétisée, par région, 1960 et 1985

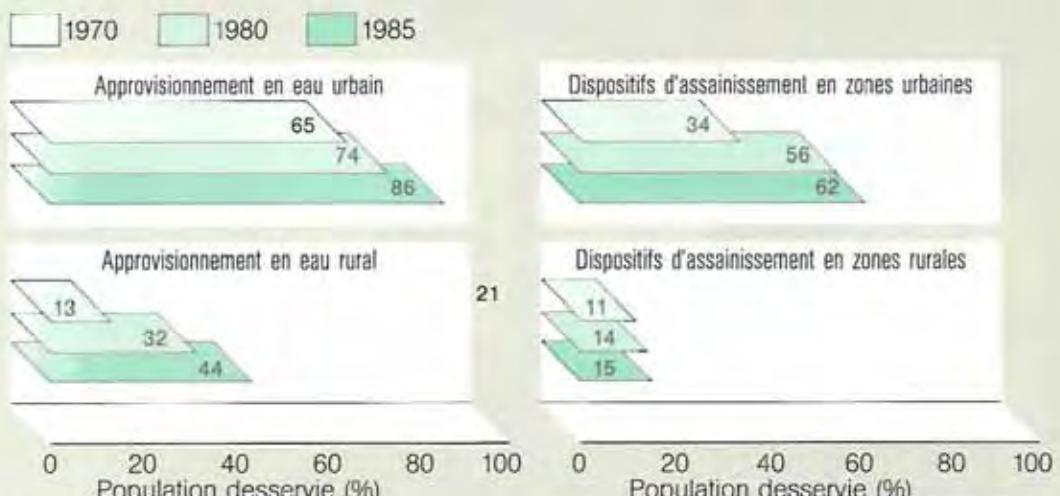


Sources: Données démographiques: estimations de la Division de la population des Nations Unies. Alphabétisation: The current literacy situation in the world, ST-85/WS-9, UNESCO, juillet 1985; Alphabétisation 1969-1971: progrès de l'alphabétisation dans les divers continents, UNESCO, 1972; Etude statistique sommaire sur l'éducation dans le monde de 1960 à 1982, UNESCO, ED/BIE/CONFINTED 39/Ref. 1, 12 juillet 1984.

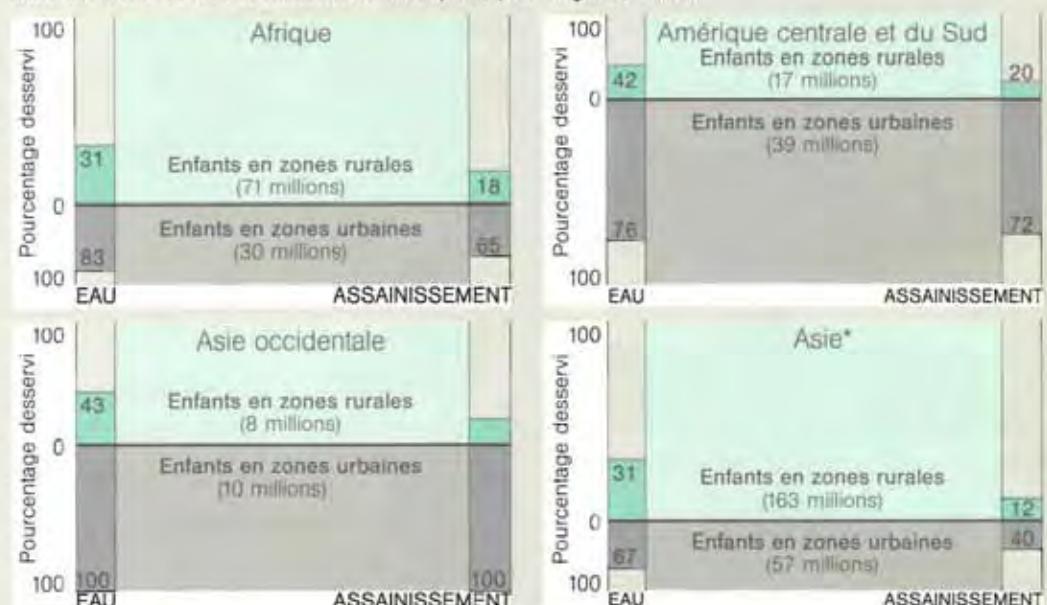
Sources: Scolarisation: d'après des estimations fournies par le Bureau de statistique de l'UNESCO, mai 1986. Population: estimations de la Division de la population des Nations Unies.

Approvisionnement en eau et assainissement

Approvisionnement en eau et assainissement dans les pays en développement*, 1970-1985



Eau salubre et assainissement adéquat, par région, 1985



Note: * Chine et Asie occidentale non comprises.

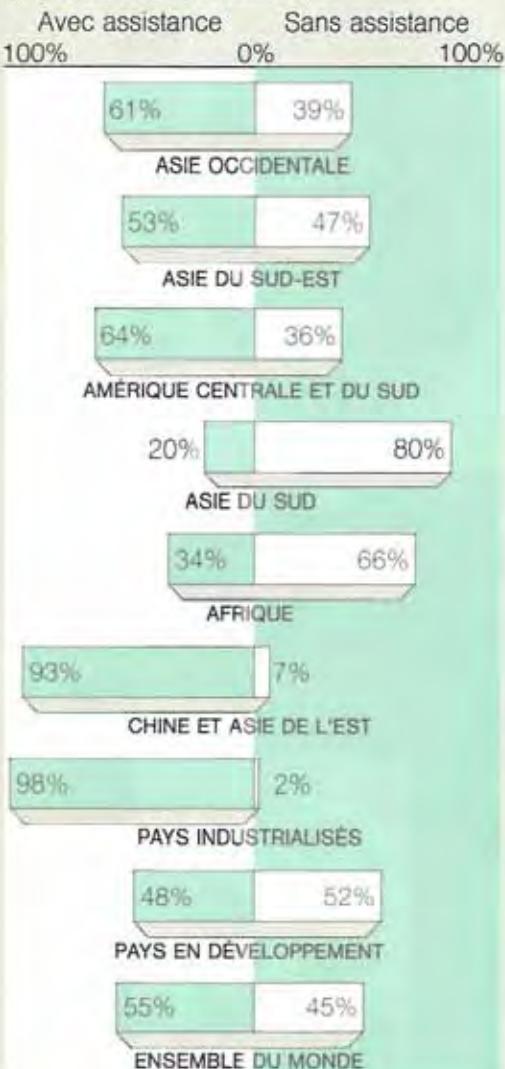
Sources: Pourcentages estimatifs de population desservie en 1970 : « Examen à mi-parcours des progrès accomplis durant la Décennie internationale de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement », OMS,

A39/11, 21 mars 1986. Pourcentages estimatifs pour 1980 et 1985 : dernières estimations de l'OMS. Estimations démographiques : Division de la population des Nations Unies.

La santé maternelle et infantile

Couverture estimée des soins de maternité, 1986

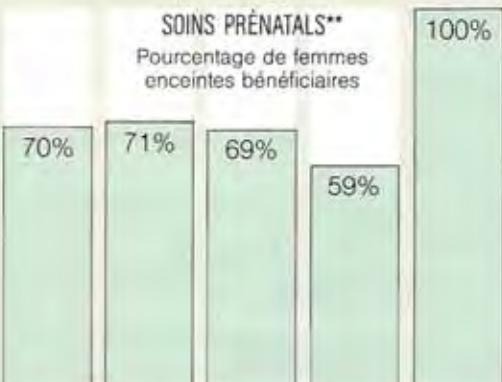
Pourcentage de naissances bénéficiant ou non de l'assistance de personnel qualifié



Couverture des soins de santé pour femmes enceintes et nourrissons*, 1986

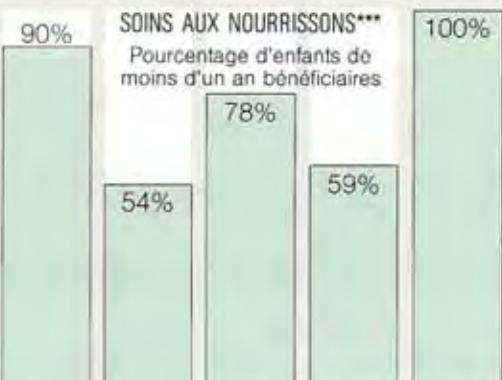
SOINS PRÉNATAUX**

Pourcentage de femmes enceintes bénéficiaires



SOINS AUX NOURRISSONS***

Pourcentage d'enfants de moins d'un an bénéficiaires



Sources: Estimation des naissances: Division de la population des Nations Unies et Bureau de statistique des Nations Unies, 1986. Estimation de la couverture des soins par région: Erica Royston et Jane Ferguson, «La couverture des soins de maternité: étude critique des renseignements accessibles», Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, Vol. 38, N° 3, OMS, 1985.

Notes: * Personnel qualifié à disposition au cours de la grossesse (accouchement non compris, voir graphique ci-contre) et de la petite enfance (jusqu'à l'âge d'un an).

** 101 pays, Chine, Nigéria et Bangladesh non compris.

*** 72 pays, Chine, Nigéria, Brésil, Inde et Bangladesh non compris.

Sources: Soins de santé disponibles (couverture en pourcentage): médianes basées sur les données fournies à l'OMS par les Etats membres pour l'évaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Population 1986: estimations de la Division de la population des Nations Unies et de l'UNICEF.

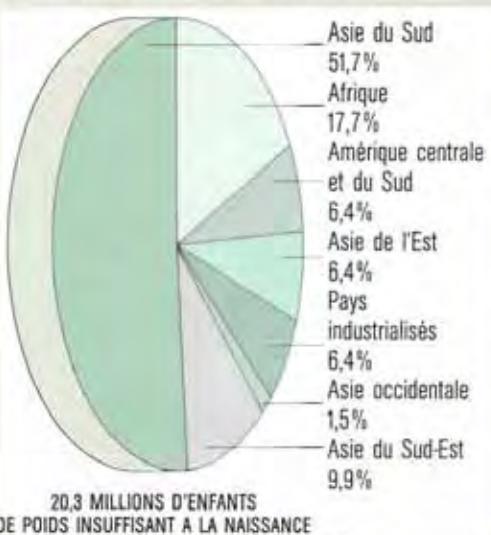
Insuffisance pondérale à la naissance et mortalité liée à la maternité

Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance*, par région, 1986**



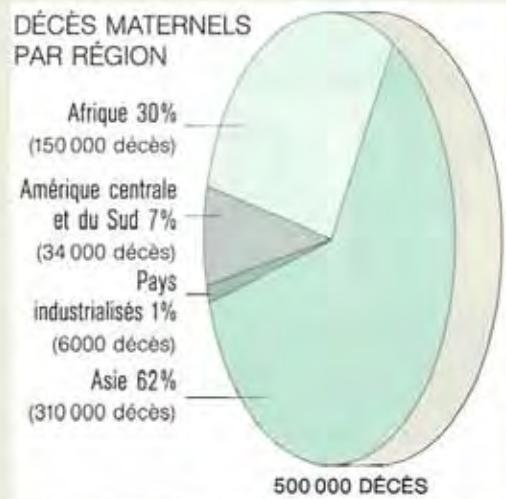
Notes: * Moins de 2500 grammes. ** Les chiffres, basés sur des enquêtes effectuées en 1982, ont été actualisés en fonction des estimations de natalité pour 1986. On n'a pas tenu compte de l'amélioration de l'approvisionnement alimentaire en Asie ou de la détérioration de cet approvisionnement en Afrique depuis 1982.

Repartition de l'insuffisance pondérale à la naissance par région*, 1986**

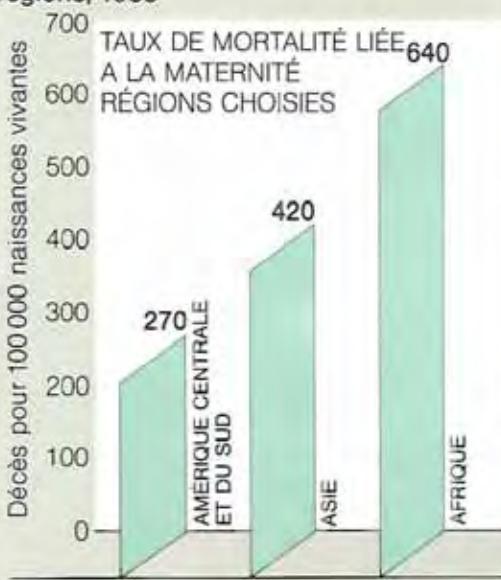


Sources: «Fréquence de l'insuffisance pondérale à la naissance; mise à jour», Relevé épidémiologique hebdomadaire, N° 27, OMS, 6 juillet 1984. Estimations de la natalité en 1986; Division de la population des Nations Unies.

Mortalité liée à la maternité: estimation par régions, 1983

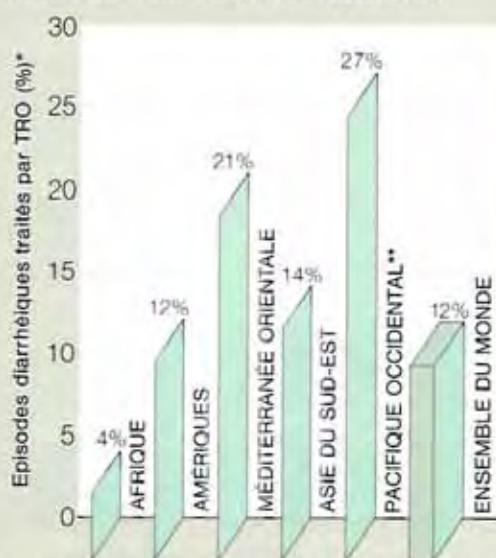


Source: Estimations provisoires de la Division de la santé familiale, OMS, août 1986.



L'essor de la thérapie par réhydratation orale

Taux minimaux estimatifs d'utilisation de la TRO pour les enfants de moins de 5 ans, milieu des années 80 (par région OMS)

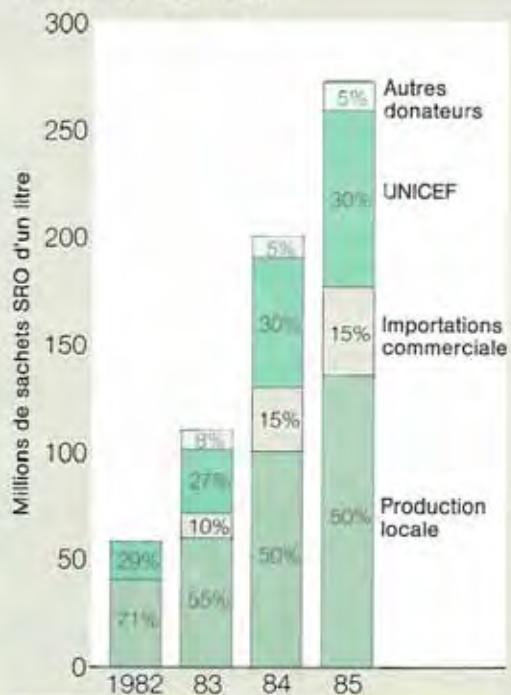


Notes: * Pourcentage probable d'épisodes de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans traités à l'aide de SRO (sachets de sels préemballés selon la formule OMS/UNICEF) ou à l'aide de solutions de sucre et de sel préparées à domicile.

** Chine non comprise.

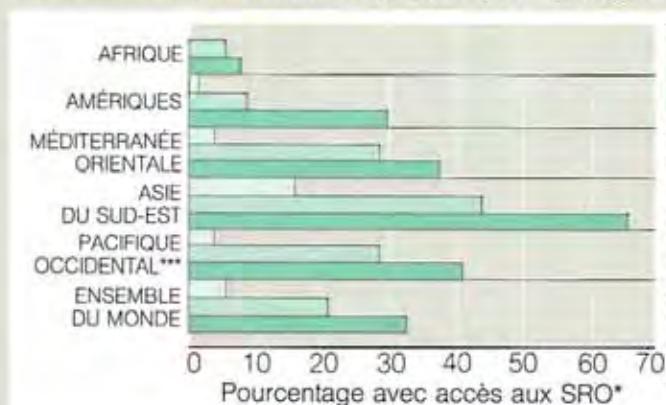
Source: D'après Cinquième rapport du programme 1984-1985, Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, OMS, 1986 (WHO/CDD/86.16). Chiffres pour 1982: UNICEF.

Production globale de sels de réhydratation orale, 1982-1985



Source: Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Cinquième rapport du programme 1984-1985, OMS, 1986 (WHO/CDD/86.16).

Accès minimal estimé aux SRO, 1982-1984* (par région OMS)



Notes: * Le pourcentage de population ayant accès aux SRO représente la part de la population ayant normalement accès à un fournisseur régulier de SRO formé à leur utilisation. Les calculs supposent que l'accès aux SRO est nul dans les pays pour lesquels on ne dispose d'aucune donnée.

** Chine non comprise.

Source: Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Cinquième rapport du programme 1984-1985, OMS, 1986 (WHO/CDD/86.16).

Les progrès de la vaccination

10

Couverture vaccinale des femmes enceintes et des enfants âgés d'un an, par région, 1984-1985*

Protection contre la tuberculose (BCG), la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC**), la poliomyélite**, la rougeole*** et le tétanos du nouveau-né**** (par vaccination des femmes enceintes).

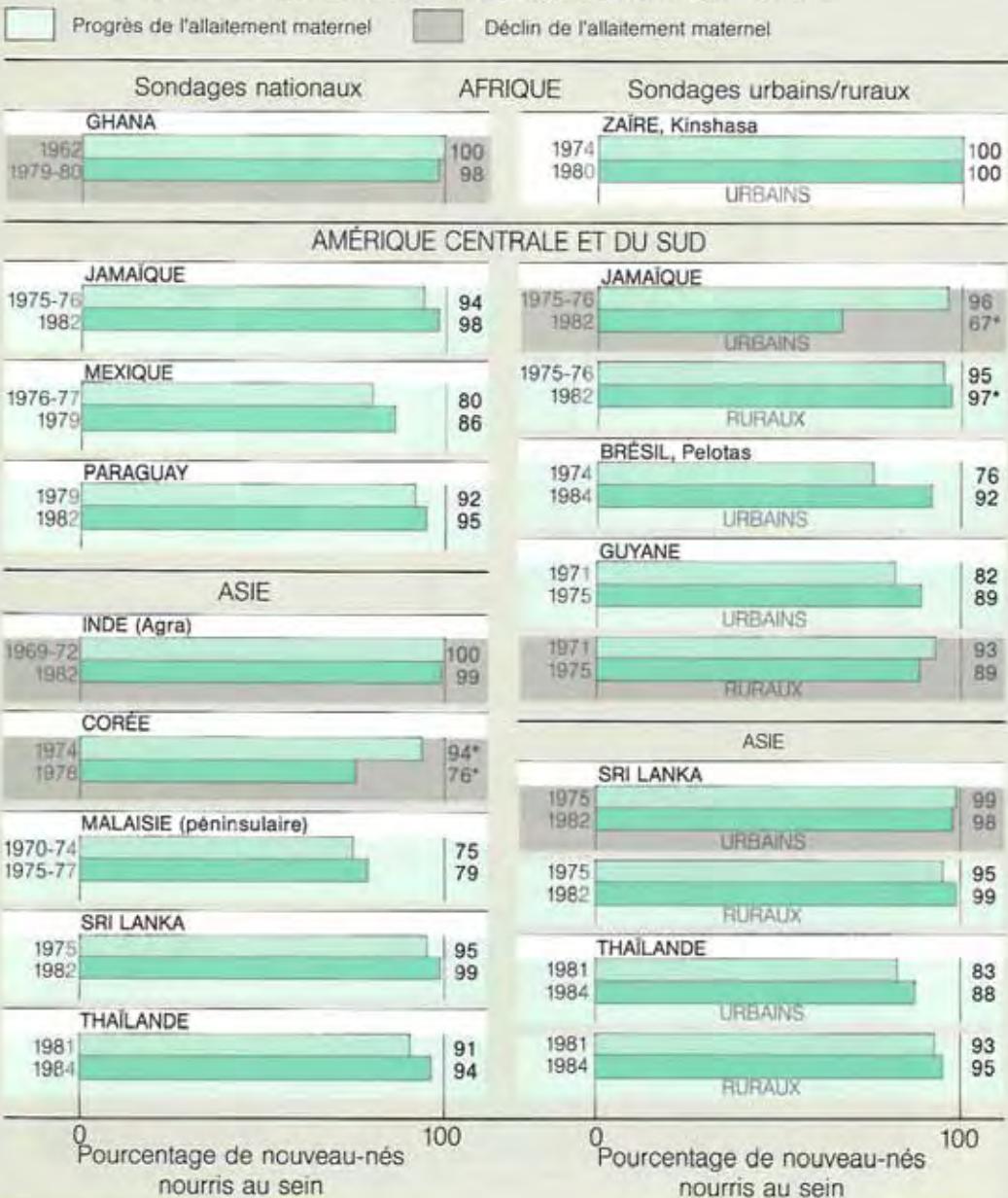


Notes: * Dernière année pour laquelle on dispose de données pour tous les pays. ** Généralement 3 doses, mais certains pays n'administrent que 2 doses de DTC et de vaccin antipoliomyélitique. *** Dans certains pays, la vaccination antirougeoleuse se pratique après le 12^e mois. **** Deux injections antitétaniques au cours de la grossesse sont nécessaires pour assurer une protection contre le tétanos du nouveau-né, responsable de près d'un million de décès infantiles dans le monde en développement. ***** Représente 15 pays, à l'exception du Brésil et du Mexique.

Source: Estimations UNICEF et OMS.

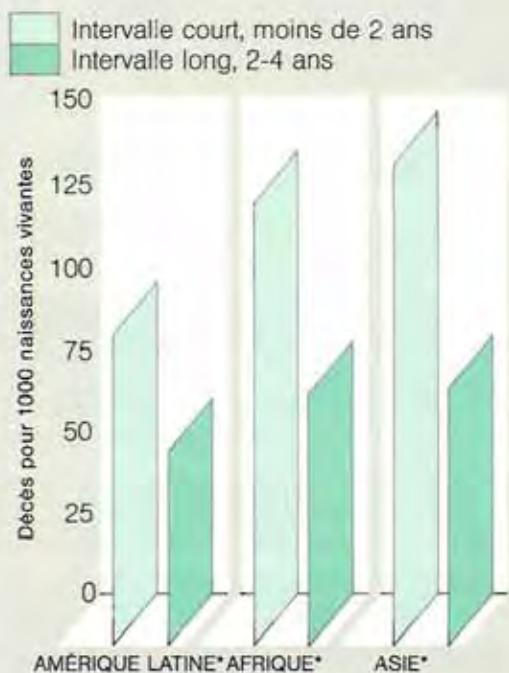
L'allaitement maternel

Prévalence de l'allaitement maternel dans quelques pays, 1962-1984

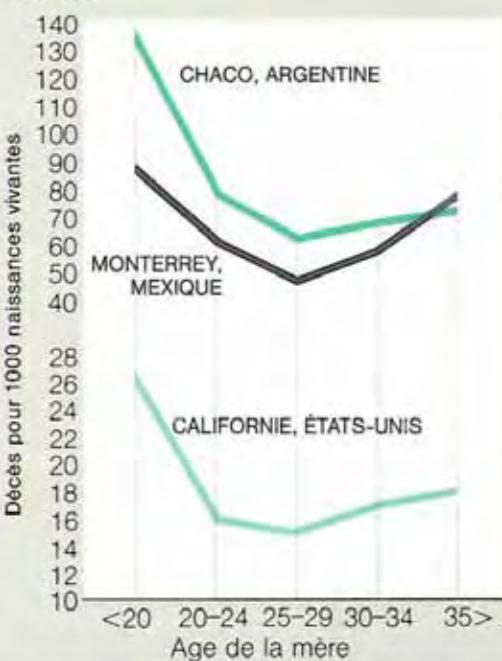


L'espacement des naissances et la survie

Mortalité infantile et espacement des naissances



Mortalité infantile en fonction de l'âge de la mère, 1968-1970

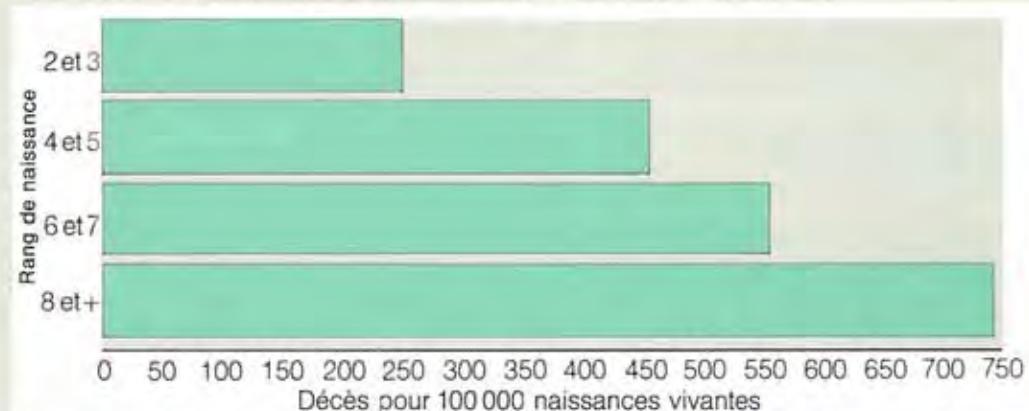


Note: * D'après un choix d'enquêtes réalisées dans ces régions.

Source: «Birth spacing prevents child deaths», Center for Population and Family Health, Columbia University, 1986.

Source: «Family planning: its impact on the health of women and children», Center for Population and Family Health, Columbia University, 1981.

Mortalité maternelle en fonction du rang de naissance, Matlab, Bangladesh, 1968-1970



Source: «Family planning: its impact on the health of women and children», Center for Population and Family Health, Columbia University, 1981.

Les carences en fer, en iodé et en vitamine A

Zones de forte prévalence de l'avitaminose A et de la xérophthalmie* chez les enfants, 1986

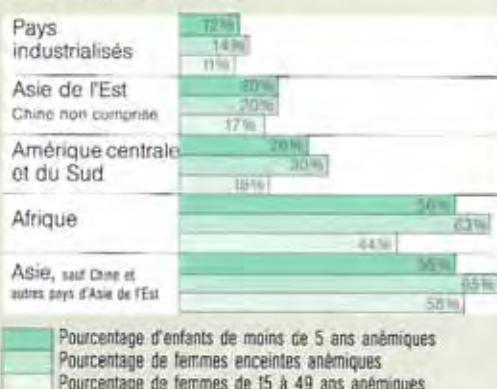
Chaque année, plus de 500 000 enfants de moins de 5 ans perdent la vue. Aveugles en l'espace de quelques semaines, 60 à 70% d'entre eux meurent. 6 à 7 autres millions présentent des symptômes d'avitaminose A modérée qui les rendent de ce fait plus vulnérables aux maladies infectieuses.

Région	Pays où la fréquence des cas crée un grave problème de santé	Pays où l'existence de cas sporadiques impose la vigilance
Afrique	Angola, Bénin, Burkina Faso, Ethiopie, Ghana (nord), Kenya, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria (nord), Ouganda, Soudan, Tanzanie, Tchad, Zambie	Algérie, Botswana, Burundi, Lesotho, Madagascar, Maroc, Rwanda, Somalie, Sénégal, Zimbabwe
Amérique centrale et du Sud	Bolivie, Brésil (Nord-Est), Haïti, Mexique, Salvador	Équateur, Pérou
Asie du Sud	Afghanistan, Bangladesh, Inde, Népal, Sri Lanka	Pakistan
Asie du Sud-Est	Birmanie, Cambodge, Indonésie, Rép. dém. pop., Laos, Viêt Nam	Malaisie, Thaïlande
Asie occidentale	Oman	Egypte, Iran, Irak, Jordanie, Syrie, Turquie, Yémen
Asie de l'Est		Chine

* La xérophthalmie (littéralement « œil sec ») caractérise toutes les manifestations oculaires de l'avitaminose A : hémérosiope, dessèchement de la conjonctive, formation de plaques kératinisées sur la conjonctive, surface embrumée ou granuleuse, dessèchement et aspect granuleux de la cornée, ulcération cornéenne et lésions rétiniennes. Les cas d'avitaminose A sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Source : « Prévenir et combattre la carence en vitamine A, la xérophthalmie et la cécité nutritionnelle ; proposition d'un programme décennal de soutien aux pays », OMS (NUT/84.5 Rev 1), février 1985, et dernières évaluations OMS/UNICEF.

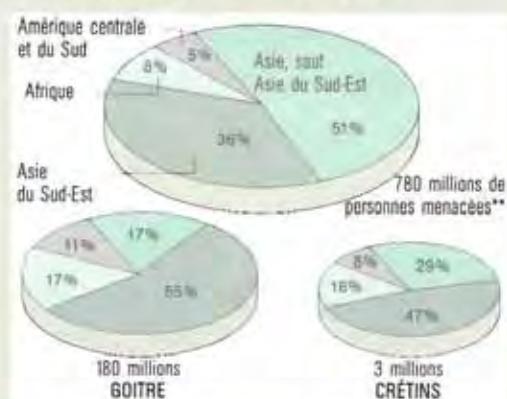
Prévalence de l'anémie* chez les enfants et les femmes, 1986



* L'anémie se définit comme une concentration d'hémoglobine inférieure aux valeurs de référence de l'OMS selon l'âge, le sexe et le nombre de grossesses.

Sources : DeMaeyer, E. et M. Adriaens-Tegman, « La prévalence de l'anémie dans le monde », Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, Vol. 38, N° 3, OMS, 1985. Population 1986 : estimations de la Division de la Population des Nations Unies.

Troubles iodo-déficitaires (TID)* dans le monde en développement, estimations pour 1986



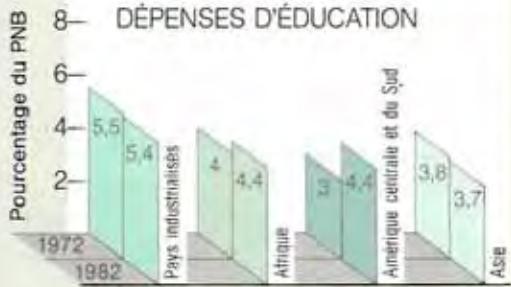
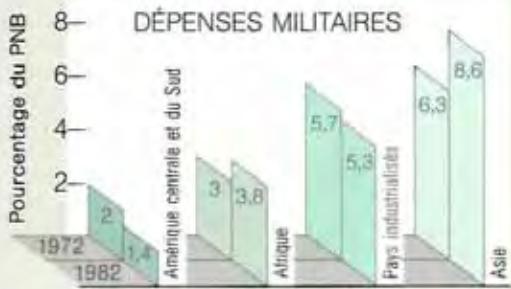
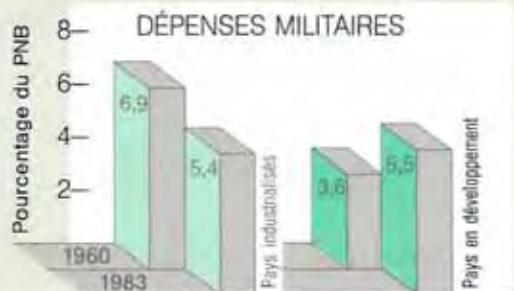
* Les TID couvrent toute la gamme des incapacités physiques et mentales qui résultent de la carence en iodé, particulièrement dangereuse pour le cerveau en pleine croissance du fœtus, du nourrisson et de l'enfant. Les incapacités classées approximativement par ordre croissant de gravité sont les suivantes : goitre, hypothyroïde, déficience mentale, troubles de l'ouïe, troubles du langage, strabisme, nystagmus, spasmodicité, faiblesse neuromusculaire, crétinisme endémique et mort intrautérine (avortement spontané, fausse couche). Les enfants de mères atteintes de carence en iodé peuvent être frappés d'émigration mentale à des degrés divers, allant des formes bénignes au crétinisme profond. Les troubles iodo-déficitaires sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

** Population vivant dans des zones où l'environnement manque d'iodé, c'est-à-dire où le sol, l'eau et les aliments d'origine animale et végétale contiennent une quantité d'iodé très inférieure à celle qui existe dans d'autres régions.

Sources : « ACC-SGB program for the control of iodine deficiency disorders in the developing world », OMS, 1986, « Iodine deficiency disorders in South-East Asia », OMS, 1985.

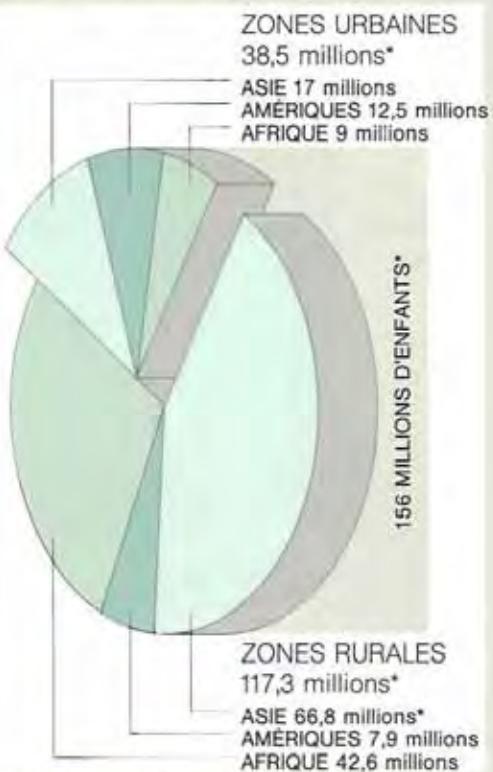
Pauvreté et dépenses en armements

Dépenses publiques militaires et sociales en pourcentage du PNB



Source: D'après Sivard, R., World Military and Social Expenditure, World Priorities, Washington, D.C., 1974 et 1985.

Enfants de moins de 5 ans vivant dans la pauvreté absolue en zones urbaines et rurales, par région, 1986



Note: * Chine non comprise

Amériques (20,4 millions) 36%

Asie* (83,8 millions) 43%

Afrique (51,6 millions) 49%

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans vivant dans la pauvreté absolue

Sources: Population d'enfants de moins de 5 ans: estimations de la Division de la population des Nations Unies. Pourcentage de population urbaine/rurale vivant en dessous du seuil de pauvreté absolue: d'après les dernières estimations publiées dans les rapports de la Banque mondiale et reproduites dans les tableaux statistiques à la fin du présent rapport (indicateurs de base).

Santé et richesse

Santé et richesse: pays en développement et pays industrialisés, 1986

Pays en développement
Pays industrialisés

Taux de mortalité juvénile	18 [85]	49% (40,9 millions)
Taux de mortalité infantile	15 [85]	58% (10,3 millions)
Spérance de vie	60 ans [73 ans]	51% (211,0 millions)
PNB par habitant	\$685 [\\$8150]	12% (10,6 millions)
Taux de croissance du PNB par habitant	2,1% [2,7%]	50% (63,6 millions)
Taux de croissance démographique	0,8% [2,6%]	14% (2,5 millions)
Dépenses publiques militaires (% PNB, 1982)	\$153 milliards (5,2%)	47% (305 millions)
Dépenses publiques d'éducation	\$113 milliards (3,9%)	11% (32,7 millions)
Dépenses publiques de santé (% PNB, 1982)	\$530 milliards (5,4%)	Anémie chez les femmes (15-49 ans)
Inégalité de revenus*	38% (374 millions)	48% (53,8 millions)
Analphabetisme parmi les adultes (1985)	35% (17,3 millions)	Mortalité liée à la maternité (1983)
Inscriptions dans l'enseignement secondaire (1984)	26% (21,6 millions)	50% (53,8 millions)
Couverture vaccinale antirougeoleuse	76% (13,5 millions)	Soins aux mères
Couverture vaccinale antipoliomyélitique	97% (30,9 millions)	66% (65,5 millions)
Couverture vaccinale DTC	68% (11,7 millions)	100% (17,6 millions)
	62% (11 millions)	Couverture des soins prénatals
	41%	62,5% (2,5 millions)
	41%	100% (17,5 millions)
	51%	Couverture des soins infantiles
	38% (19 millions)	18% (19 millions)
	2%	7% (1,3 million)
	2%	Insuffisance pondérale à la naissance
	29%	57%
	29%	98%
	77%	Eau salubre (1985)
	2495	77%
	3451	Dispositifs d'assainissement (1985)
	60 grammes	2495
	103 grammes	Ration calorique quotidienne par habitant (1984)
	43 grammes	3451
	132 grammes	Ration quotidienne de protéines par habitant (1984)
		Ration quotidienne de matières grasses (1984)

Notes: Ces chiffres sont un résumé de tous les graphiques préparés pour ce rapport. Pour les sources, notes, pays concernés, etc., se reporter aux graphiques originaux. * Pourcentage de revenus privés allant aux 20% de foyers les plus aisés, 1970-1982.

IV

STATISTIQUES

Statistiques économiques et sociales mondiales
en rapport avec le bien-être des enfants

Nouvel indice de la mortalité juvénile-infantile
Index des pays énumérés dans les tableaux

TABLEAUX

1: Indicateurs de base

TMJI TMI population natalité et décès juvénile-infantiles PNB par habitant
 espérance de vie alphabétisation des adultes
 inscriptions scolaires répartition du revenu

2: Nutrition

Insuffisance pondérale allaitement maternel malnutrition
 émaciation production alimentaire apport en calories

3: Santé

Accès à l'eau accès aux services de santé
 vaccination des enfants et des femmes enceintes production de SRO
 naissances suivies par du personnel qualifié

4: Education

Alphabétisation des hommes et des femmes postes récepteurs de radio
 inscriptions dans le primaire scolarisation primaire complète
 inscriptions dans le secondaire

5: Indicateurs démographiques

Population juvénile-infantile taux de croissance démographique
 taux brut de mortalité taux brut de natalité
 espérance de vie taux de fécondité urbanisation

6: Indicateurs économiques

PNB par habitant taux de croissance annuelle du PNB inflation
 pauvreté dépenses des gouvernements aide publique au développement
 dettes

7: Indicateurs de base relatifs à des pays moins peuplés

Note générale sur les données

Signes et explications

Notes relatives aux tableaux

Définitions

Sources principales

Nouvel indice de la mortalité juvénile

La collaboration entre la Division de la population des Nations Unies et l'UNICEF permet aujourd'hui de présenter un nouvel indice, considérablement amélioré, de la mortalité infantile et juvénile: le taux de mortalité juvénile (TMI).

Au début des années 80, il n'existe aucun série d'estimations de la mortalité infantile qui permette des comparaisons internationales, et l'UNICEF décida donc d'apporter son appui à la Division de la population des Nations Unies dans le cadre d'un travail visant à établir la première série d'estimations et de projections de la mortalité infantile calculées à partir d'une norme internationale. Établies en 1982, ces estimations et projections ont été utilisées pour la première fois dans le rapport *La situation des enfants dans le monde 1982-83*. Une deuxième phase de collaboration entre les deux organismes a permis d'établir une série comparable d'estimations et de projections de la mortalité juvénile, tout en révisant les données de mortalité infantile.

Jusqu'ici, les publications internationales exprimaient statistiquement la mortalité juvénile comme étant le nombre de décès pour 1000 enfants âgés de un à quatre ans (révolus). Le dénominateur étant différent de celui de la mortalité infantile (nombre de décès pour 1000 naissances vivantes), cela signifiait que les deux estimations ne pouvaient être facilement combinées ou analysées. De plus, le dénominateur utilisé dans le cadre de la mortalité juvénile était d'une telle ampleur que le taux tombait rapidement en dessous de 1 pour 1000 à mesure que le pays améliorait ses conditions de santé.

Il serait souhaitable que le taux de mortalité juvénile soit adopté, au cours des quelques années à venir, par tous les pays pour leurs analyses statistiques nationales, régionales, etc., afin qu'il devienne rapidement la norme utilisée lorsqu'il s'agit de mortalité des enfants.

L'examen rigoureux des données sur la mortalité juvénile entrepris au cours de ces travaux révèle que, sur les 14,5 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans qui meurent actuellement chaque année dans le monde, près de 5 millions sont âgés de plus d'un an, une proportion plus élevée qu'on ne l'avait précédemment estimé. Il semblerait, contrairement à ce que l'on pensait, qu'au lieu de 1 décès d'enfant de plus d'un an pour 2,5 décès d'enfants de moins d'un an, ce rapport serait en fait de 1 pour 2. Il est intéressant de relever que dans les pays développés, cette proportion n'est aujourd'hui que de 1 pour 5,5.

Ces nouvelles estimations permettent en outre de tirer une autre conclusion importante, sous forme de projection: le nombre total annuel de décès juvéniles devrait passer, d'ici la fin du siècle, de son niveau actuel de 14,5 millions à environ 10 millions. L'un des buts de l'appui apporté par l'UNICEF aux activités nationales dans le domaine de la survie et du développement des enfants est bien entendu d'accélérer ce processus de progrès et de prévenir les conséquences des difficultés économiques mondiales actuelles. L'objectif est de parvenir, d'ici la fin du siècle, à une réduction mondiale de la mortalité juvénile considérablement plus importante que celle dont la projection est basée sur les tendances passées et présentes. L'une de ces projections demeure toutefois très inquiétante: celle qui prévoit qu'à la fin du siècle le nombre des décès juvéniles en Afrique ne sera pas inférieur à ce qu'il est aujourd'hui — soit environ 4,3 millions par an. Ainsi l'Afrique, qui compte aujourd'hui moins de 30% de l'ensemble des décès juvéniles en comptera, selon cette projection, plus de 40%, et dépassera même l'Asie du Sud en chiffres réels. C'est avant tout en Afrique qu'il s'agit de déployer les plus grands efforts possibles en vue de réduire la tragédie des innombrables décès qui pourraient être évités.

Index des pays

Dans les tableaux des pages suivantes, les pays sont énumérés par ordre décroissant de leurs taux de mortalité juvénile (moins de 5 ans), arrondis à l'unité la plus proche. L'ordre numérique des pays est indiqué dans la liste alphabétique suivante.

Afghanistan	1	Guinée	5	Panama	90
Afrique du Sud	59	Guinée-Bissau	14	Papouasie-Nouvelle-Guinée	65
Albanie	80	Guyane	85	Paraguay	77
Algérie	53	Haiti	31	Pays-Bas	125
Angola	10	Honduras	54	Pérou	46
Arabie saoudite	57	Hong Kong*	122	Philippines	71
Argentine	86	Hongrie	103	Pologne	104
Australie	120	Inde	40	Portugal	101
Autriche	110	Indonésie	49	Rép. arabe syrienne	74
Bangladesh	25	Iran	38	Rép. centrafricaine	12
Belgique	111	Iraq	61	Rép. dém. allemande	112
Bénin	26	Irlande	116	Rép. dém. pop. lao	35
Bhoutan	22	Israël	108	Rép. dominicaine	70
Birmanie	68	Italie	113	Rép. féd. d'Allemagne	115
Bolivie	28	Jamahiriya arabe libyenne	47	Roumanie	93
Botswana	62	Jamaïque	98	Royaume-Uni	119
Brésil	67	Japon	127	Rwanda	19
Bulgarie	102	Jordanie	75	Salvador (El)	69
Burkina Faso	9	Kampuchea	17	Sénégal	15
Burundi	24	Kenya	51	Sierra Leone	3
Cameroun	37	Koweït	99	Singapour	117
Canada	123	Lesotho	43	Somalie	7
Chili	96	Liban	78	Soudan	27
Chine	81	Libéria	18	Sri Lanka	82
Colombie	73	Madagascar	64	Suède	130
Congo	50	Malaisie	87	Suisse	128
Corée, Rép. de	89	Malawi	4	Tanzanie	29
Corée, Rép. pop. dém. de	88	Mali	2	Tchad	13
Costa Rica	100	Maroc	48	Tchécoslovaquie	107
Côte d'Ivoire	41	Maurice	91	Thaïlande	79
Cuba	105	Mauritanie	16	Togo	39
Danemark	124	Mexique	72	Trinité-et-Tobago	97
Egypte	44	Mongolie	76	Tunisie	55
Emirats arabes unis	84	Mozambique	8	Turquie	60
Équateur	66	Népal	23	URSS	95
Espagne	118	Nicaragua	58	Uruguay	92
Etats-Unis	114	Niger	11	Venezuela	83
Ethiopie	6	Nigéria	30	Viet Nam	63
Finlande	129	Norvège	126	Yémen, Rép. arabe du	20
France	121	Nouvelle-Zélande	109	Yémen, Rép. dém. pop. du	21
Ghana	42	Oman	34	Yougoslavie	94
Grèce	106	Ouganda	32	Zaire	36
Guatemala	56	Pakistan	33	Zambie	45
				Zimbabwe	52

* Colonie

N.B.: Pour des raisons techniques, les chiffres des tableaux statistiques sont indiqués à la manière anglo-saxonne: les décimales par un point et les tranches de 1000 par une virgule.

TABLEAU 1: INDICATEURS DE BASE

	Taux de mortalité juvénile infantile (moins de 5 ans)		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Population (millions d'habitants) 1985	Nombre annuel de naissances/bébés juvéniles/infantiles (0-4 ans) 1985	PNB par habitant (dollars) 1984	Espérance de vie à la naissance (années) 1985	Taux d'alphabétisation des adultes hommes/femmes (%) 1985	Répartition du revenu parmi les ménages (%)	
	1960	1985	1960	1985						les plus pauvres 40%	les plus riches 20%
Pays à TMJI très élevée (supérieur à 175)											
Médiane	309	220	186	136	4827	219427/45707	260	46	42/21	65/41	
1 Afghanistan	380	329	215	189	16.5	844/279		38	39/8	19/9	
2 Mali	370	302	210	175	8.1	410/123	140	43	23/11	30/18	
3 Sierra Leone	397	302	225	175	3.6	171/51	310	35	38/21	46/32 ^a	
4 Malawi	364	275	206	157	6.9	373/102	180	46	52/31	76/54	
5 Guinée	346	259	208	153	6.1	286/74	330	41	40/17	49/23	
6 Ethiopie	294	257	175	152	43.6	2175/555	110	41	/	58/34	
7 Somalie	294	257	175	152	4.7	221/56	260	41	18/6	28/15	
8 Mozambique	302	252	174	147	14.0	633/158	230 ^b	46	55/22	91/68	
9 Burkina Faso	388	245	220	145	6.9	334/82	160	46	21/6	34/20	
10 Angola	346	242	208	143	8.8	416/100	470 ^c	43	49/	146/121	
11 Niger	320	237	191	140	6.1	315/74	190	44	19/9	34 ^d /19 ^e	
12 Rép. centrafricaine	308	232	183	137	2.3	115/26	260	44	53/29	98/51	
13 Tchad	326	232	195	138	5.0	223/51	80 ^f	45	40/11	55/21	
14 Guinée-Bissau	315	232	188	138	0.9	37/8	190	44	46/17	88/40	
15 Sénégal	313	231	180	137	6.4	301/69	380	44	37/19	63/42	
16 Mauritanie	310	223	185	132	1.9	95/21	450	45	/	45/29	
17 Kampuchea	218	216	146	145	7.3	316/68		45	/	/	
18 Libéria	303	215	180	127	2.2	107/23	470	50	47/23	95 ^g /57 ^h	
19 Rwanda	248	214	146	127	6.1	314/68	280	48	61/33	64/60	
20 Yémen, Rép. arabe du	378	210	214	128	6.8	331/70	550	50	27/3	107/21	
21 Yémen, Rép. dém. pop. du	378	210	214	128	2.1	101/21	550	50	59/25	97/36	
22 Bhoutan	297	206	186	134	1.4	53/11	80 ⁱ	47	/	32/17	
23 Nepal	297	205	186	134	16.5	669/137	160	47	39/12	100/43	
24 Burundi	258	200	152	119	4.7	220/44	220	48	43 ^j /26 ^k	55/36	
25 Bangladesh	262	196	156	124	101.1	4374/853	130	49	43/22	67/55	17 47
26 Bénin	310	193	185	115	4.1	207/40	270	45	37/16	92/43	
27 Soudan	293	187	170	112	21.6	975/180	360	49	41 ^l /21 ^m	59/42	
28 Bolivie	282	184	167	117	6.4	278/51	540	52	84/65	94/81	
29 Tanzanie	248	183	146	111	22.5	1144/212	210	52	90 ⁿ /80 ^o	91/84	
30 Nigeria	318	182	190	110	95.2	4848/873	730	50	54/31	/	
31 Haïti	294	180	197	123	6.6	272/49	320	54	40/35	74 ^p /64 ^q	6 48
32 Ouganda	224	178	133	108	15.5	784/141	230	50	70/45	65/49	
Pays à TMJI élevé (100-174)											
Médiane	238	128	152	83	14987	500477/73057	740	57	68/50	101/86	
33 Pakistan	277	174	163	115	100.4	4155/727	380	51	40/19	63/32	
34 Oman	378	172	214	109	1.2	56/10	6490	54	/	94/72	
35 Rép. dém. pop. lao	232	170	155	116	4.1	163/28	80 ^r	53	92/76	94 ^s /80 ^t	
36 Zaire	251	170	148	103	29.9	1356/231	140	51	79/45	103 ^u /74 ^v	
37 Cameroun	275	162	163	99	9.9	424/68	800	52	68/55	117/98	
38 Iran	254	-	169	-	44.6	1772/284		58	62/39	113/88	
39 Togo	305	160	182	98	3.0	135/22	250	52	53/28	124/80	
40 Inde	282	158	165	105	758.9	22606/3617	260	57	57/29	100/68	16 49
41 Côte d'Ivoire	320	157	200	105	9.8	448/69	610	52	53/21	93/64	
42 Ghana	224	153	132	94	13.6	642/100	350	53	64/43	89/70	
43 Lesotho	208	144	149	106	1.5	64/9	530	50	62/84	94/126	
44 Egypte	300	136	179	93	46.9	1626/220	720	59	59/30	101/76	17 ^w 48 ^x
45 Zambie	228	135	135	84	6.7	323/44	470	52	84/67	100/89	11 61 ^y
46 Pérou	233	133	142	94	19.7	700/91	1000	60	91/78	120/112	7 ^z 61
47 Jamahiriya arabe libyenne	268	130	160	90	3.6	162/21	8520	60	81/50	/	
48 Maroc	265	130	163	90	21.9	754/98	670	60	45/22	97/61	
49 Indonésie	235	126	139	79	166.4	5043/630	540	55	83/65	118/112	14 49
50 Congo	241	122	143	77	1.7	78/9	1140	48	71/55	/	
51 Kenya	208	121	124	76	20.6	1138/137	310	54	70/49	104/97	9 60
52 Zimbabwe	182	121	110	76	8.8	417/51	760	57	81/67	136/137	
53 Algérie	270	117	168	81	21.7	916/105	2410	61	63/37	106/82	
54 Honduras	232	116	144	76	4.4	182/21	700	61	61/58	101/101	
55 Tunisie	255	110	159	78	7.1	225/25	1270	62	68/41	125/102	
56 Guatemala	230	109	125	65	8.0	334/37	1160	61	63/47	78/67	
57 Arabie saoudite	292	109	170	78	11.5	480/53	10530	62	35 ^u /12 ^v	81/56	
58 Nicaragua	210	104	140	69	3.2	142/15	860	62	/	113/118	
59 Afrique du Sud	192	104	135	78	32.4	1246/131	2340	55	/	/	
60 Turquie	258	104	190	84	49.3	1466/154	1160	63	86/62	116/107	12 57
61 Iraq	222	101	139	73	15.9	678/68	3020 ^r	63	90/87	113/99	
62 Botswana	174	99	119	72	1.1	55/6	960	56	73/69	89/102	
63 Viêt Nam	233	98	156	72	59.7	1815/182		60	91 ^z /78 ^y	120 ^x /105 ^w	
64 Madagascar	181	97	109	63	10.0	446/42	260	51	74/62	78/71	

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité juvénile infantile (voir tableau 1).

	Taux de mortalité juvénile-infantile (moins de 5 ans)	Taux de mortalité infantile (moins d'un an)	Population (millions d'habitants) 1985	Nombre annuel de naissances/déces juvéniles-infantiles (0-4 ans) (milliers) 1985	PNB par habitant (dollars) 1984	Espérance de vie à la naissance (années) 1985	Taux d'alphabétisation des adultes hommes/femmes (%) 1985	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%) garçons/filles 1982-1984	Répartition du revenu parmi les ménages (%) 1975-1982	
									les plus pauvres 40%	les plus riches 20%
Pays à TMJI moyen (30-89)										
Médiane	138	54	92	44	16927	379847/22267	1480	67	89/84	106/100
65 Papouasie-Nlle Guinée	247	94	165	68	3.5	131/12	710	53	55/35	68/55
66 Équateur	183	92	124	67	9.4	340/31	1150	65	85/80	117/114
67 Brésil	160	91	116	67	135.6	4008/361	1720	64	79/76	106/99
68 Birmanie	229	91	153	66	37.2	1101/99	180	59	/	75/70
69 Salvador	206	91	142	65	5.6	218/20	710	66	75/69	69/69
70 Rép. dominicaine	200	88	125	70	6.2	200/18	970	64	78/77	104/115
71 Philippines	135	78	80	48	54.5	1743/139	660	63	86/85	115/113
72 Mexique	140	73	92	50	79.0	2566/180	2040	66	92/88	120/117
73 Colombie	148	72	93	48	28.7	865/61	1390	64	89/87	119/122
74 Rép. arabe syrienne	218	71	135	54	10.5	487/34	1620	54	76/43	114/96
75 Jordanie	218	65	135	49	3.5	163/11	1570	65	87/63	101/98
76 Mongolie	158	64	109	49	1.9	68/4	63	93*/8*	105/107	
77 Paraguay	134	64	86	44	3.7	130/8	1240	66	91/85	107/99
78 Liban	92	56	68	44	2.7	80/5	66	86/69	115/105	
79 Thaïlande	149	55	103	44	51.4	1313/72	860	63	94/88	101*/97*
80 Albanie	164	52	122	43	3.1	83/4	72	/	104/97	15 50
81 Chine	202	50	150	36	1059.5	19805/990	310	69	82/56	116/93
82 Sri Lanka	113	48	70	36	16.2	423/20	360	69	91/83	103/99
83 Venezuela	114	45	81	38	17.3	551/25	3410	69	88/85	106/104
84 Emirats arabes unis	239	43	145	35	1.3	35/2	21920	68	58*/38*	94/95
85 Guyane	94	41	69	33	0.9	26/1	590	69	97/95	99/99
86 Argentine	75	40	61	35	30.6	730/29	2230	70	96/95	107/107
87 Malaisie	106	38	73	28	15.6	450/17	1980	68	81/66	100/98
88 Corée, Rép. pop. dém. de	120	35	85	27	20.4	607/21	68	/	118*/114*	
89 Corée, Rép. de	120	35	85	27	41.3	958/34	2040	68	96*/88*	104/102
90 Panama	105	35	69	25	2.2	60/2	1980	72	89/88	106/101
91 Maurice	104	32	70	26	1.1	26/1	1090	67	89/77	112/112
92 Uruguay	56	32	50	29	3.0	58/2	1980	71	93*/94*	110/107
93 Roumanie	82	31	69	25	23.0	394/12	2560*	71	/	100/99
94 Yougoslavie	113	31	92	23	23.2	365/11	2110	71	97/86	101/101
Pays à faible TMJI (inférieur à 30)										
Médiane	42	13	35	11	11657	180247/3287	7260	74	97/93	102/101
95 URSS	53	29	38	24	278.6	5193/150	4550*	72	/	
96 Chili	142	26	114	22	12.0	270/7	1700	70	97*/96*	112/110
97 Trinité-et-Tobago	67	26	54	22	1.2	30/1	7150	69	97/95	107/108
98 Jamaïque	88	25	62	20	2.3	63/2	1150	74	/	106/107
99 Koweït	128	25	89	22	1.8	66/2	16720	72	76/63	96/94
100 Costa Rica	121	23	84	19	2.6	77/2	1190	73	94/93	103/100
101 Portugal	112	22	81	19	10.2	172/4	1970	72	89/80	122/123
102 Bulgarie	62	21	44	16	9.1	144/3	4150*	72	/	100/100
103 Hongrie	57	21	51	20	10.7	134/3	2100	71	/	101/101
104 Pologne	70	21	62	19	37.2	648/14	2100*	72	/	101/100
105 Cuba	87	19	62	15	10.0	177/3	74	96*/96*	111/105	
106 Grèce	64	18	53	14	9.9	145/3	3770	74	97/88	105/105
107 Tchécoslovaquie	32	17	26	15	15.6	234/4	5820*	72	/	86/89
108 Israël	40	16	33	13	4.3	94/2	5060	75	97/93	95/97
109 Nouvelle-Zélande	27	14	23	12	3.3	52/1	7730	74	/	103/101
110 Autriche	43	13	37	11	7.5	94/1	9140	73	/	100/98
111 Belgique	35	13	31	9	9.9	122/2	8610	74	/	96/97
112 Rép. dém. allemande	44	13	37	10	16.8	241/3	7180*	73	/	94/96
113 Italie	50	13	44	11	57.3	697/9	6420	75	98/96	103/102
114 Etats-Unis	30	13	26	11	238.0	3769/49	15390	75	/	17 40
115 Rép. fed. d'Allemagne	38	12	31	10	60.9	631/8	11130	74	/	20 40
116 Irlande	36	12	31	10	3.6	78/1	4970	73	/	97*/97*
117 Singapour	50	12	36	9	2.6	43/1	7260	73	93/79	115/111
118 Espagne	56	12	46	10	38.5	572/7	4440	75	97/92	112/110
119 Royaume-Uni	27	12	23	10	56.1	748/9	8570	74	/	100/101
120 Australie	25	11	21	9	15.7	247/3	11740	75	/	105/104
121 France	34	11	29	8	54.6	772/8	9760	75	/	109/107
122 Hong Kong	65	11	44	9	5.5	92/1	6330	76	95/81	107/104
123 Canada	33	10	28	9	25.4	382/4	13280	76	/	105/102
124 Danemark	25	10	22	8	5.1	56/1	11170	75	/	100/101
125 Pays-Bas	22	10	18	8	14.5	175/2	9520	76	/	95/97
126 Norvège	23	10	19	8	4.1	50/1	13940	76	/	98/99
127 Japon	40	9	31	6	120.7	1533/14	10630	77	/	100/100
128 Suisse	27	9	22	8	6.4	71/1	16330	76	/	20 38
129 Finlande	28	8	22	6	4.9	63/1	10770	74	/	102/101
130 Suède	20	8	16	6	8.4	89/1	11860	76	/	98/99

TABLEAU 2: NUTRITION

	Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance 1982-1983	Pourcentage de mères allaitant au sein 1980-1984			Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition bénigne-moderée/grave 1980-1984	Prévalence de l'émaciation en pourcentage du groupe d'âge de 12 à 23 mois 1982-1984	Indice moyen de production alimentaire par habitant (1974-75 = 100) 1987-1984	Apport journalier de calories par habitant en pourcentage des besoins 1983
		3 mois	6 mois	12 mois				
Pays à TMJI très élevé (supérieur à 175)								
Médiane	14	95	94	79	31/7	23	95	91
1 Afghanistan	20	-	-	-	/	-	102	-
2 Mali	13	-	-	-	/	26	101	68
3 Sierra Leone	14	98*	94*	83*	24*/3*	36	95	91
4 Malawi	10	-	-	95*	30*/1*	28	100	95
5 Guinée	18	-	-	-	/	-	93	84
6 Ethiopie	13	-	97*	95*	60*/10*	41	100	93
7 Somalie	-	100*	100*	-	16*/	62	69	89
8 Mozambique	16	-	-	-	/	-	73	71
9 Burkina Faso	21	-	-	-	/	17*	94	85
10 Angola	19	96*	-	-	/	-	81	87
11 Niger	20	65*	30*	15*	17*/9*	21	113	97
12 Rép. centrafricaine	23	-	-	-	/	-	94	91
13 Tchad	11	-	-	-	/	-	95	68
14 Guinée-Bissau	15	-	-	-	/	-	-	-
15 Sénégal	10	94	94	82	/	20	66	102
16 Mauritanie	10	-	-	-	30*/10*	-	95	97
17 Kampuchea	-	100*	100*	90*	/	-	107	-
18 Libéria	-	96	92	64	17*/2*	7	91	102
19 Rwanda	17	-	98*	-	29*/8*	23	112	98
20 Yémen, Rép. arabe du	9	80*	76*	55*	54*/4*	17*	84	92
21 Yémen, Rép. dém. pop. du	12	85*	73*	58*	32*/8*	36*	83	94
22 Bhoutan	-	-	-	-	33/6	-	104	-
23 Népal	-	99*	99*	97*	50*/7*	27*	91	93
24 Burundi	14	-	95*	90*	30/5	36	106	102
25 Bangladesh	50	98*	97*	89*	63*/21*	21	99	81
26 Bénin	10	95*	90*	75*	/	14	97	83
27 Soudan	15	91*	86*	72*	53*/2*	-	93	90
28 Bolivie	10	93*	91*	48*	49*/3*	-	84	82
29 Tanzanie	14	-	-	-	43*/7*	-	100	98
30 Nigéria	25	98*	94*	90*	/	-	96	86
31 Haïti	17	93*	85*	72*	65*/5*	18*	90	83
32 Ouganda	10	85*	70*	20*	15*/4*	-	98	101
Pays à TMJI élevé (100-174)								
Médiane	13	95	92	85	33/3	13	91	101
33 Pakistan	27	98*	96*	90*	62*/10*	14	104	95
34 Oman	14	-	-	-	/	-	-	-
35 Rép. dém. pop. lao	15	90*	90*	90*	/	-	129	90
36 Zaire	8	100*	100*	85*	-	11	92	96
37 Cameroun	13	98*	97*	-	/	-	83	88
38 Iran	14	-	-	-	/	-	99	118
39 Togo	17	-	99*	90*	/	9*	92	94
40 Inde	30	-	-	-	33*/5*	37	110	96
41 Côte d'Ivoire	14	93*	90*	50*	/	21*	110	112
42 Ghana	17*	100*	70*	25*	23*/7*	28	73	66
43 Lesotho	10	99*	98*	90*	/	7	78	104
44 Egypte	7	-	91*	84*	46*/11	3*	91	126
45 Zambie	2	-	-	93*	-	47	74	84
46 Pérou	9	78*	72*	55*	42*/2*	-	84	85
47 Jérusalem arabe libyenne	5	-	-	-	/	-	94	155
48 Maroc	9	95*	95*	95*	40*/5*	-	91	105
49 Indonésie	14	98*	97*	83*	27*/3*	17	120	110
50 Congo	15	97*	97*	85*	30*/1*	-	96	109
51 Kenya	13	89*	84*	44*	30*/2*	8*	82	83
52 Zimbabwe	15	-	-	88*	/	-	69	82
53 Algérie	12	-	-	-	/	-	79	115
54 Honduras	9	48*	28*	24*	29*/2*	-	99	94
55 Tunisie	7	95*	92*	71*	60*/4*	3*	84	121
56 Guatemala	18	-	84*	74*	/	-	101	95
57 Arabie saoudite	6	-	91*	52*	/	9	98	134
58 Nicaragua	15	-	-	71*	65*/3*	-	78	101
59 Afrique du Sud	12	-	-	-	/	-	83	118
60 Turquie	7	99*	91*	51*	/	-	103	123
61 Iraq	7	-	-	-	/	-	85	118
62 Botswana	12	-	-	97*	31*/1*	19	61	93
63 Viet Nam	25	-	-	-	/	-	123	93
64 Madagascar	11	95*	95*	85*	/	-	89	112

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité juvénile-infantile (voir tableau 1).

Pays à TMJI moyen (30-99) Médiane	Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance 1982-1983	Pourcentage de mères allaitant au sein 1980-1984			Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition bénigne-moderée/grave 1980-1984	Prévalence de l'évacuation en pourcentage du groupe d'âge de 17 à 23 mois 1982-1984	Index moyen de production alimentaire par habitant (1974-75 = 100) 1982-1984	Apport journalier de calories par habitant en pourcentage des besoins 1983
		3 mois	6 mois	12 mois				
65 Papouasie-Nlle-Guinée	25				38%	52%	95	79
66 Equateur	9	59*	19*	5*	40%/ 55%/ 50%/ 52%/ 6%/ 48%/ 43%/ 4%	16*	89	89
67 Brésil	20	90*	90*	90*			115	106
68 Birmanie	13		77	55		48	124	117
69 Salvador						1	88	90
70 Rép. dominicaine	15	66*	47*	26*		4	99	105
71 Philippines	15	68*	58*	28*	40%/ 3%	16*	107	104
72 Mexique	15	62*	48*	27*			104	126
73 Colombie	10	84*	58*	28*	43%/ 8%	10	104	110
74 Rép. arabe syrienne	9	88*	72*	41*			123	127
75 Jordanie	7	79*	70*	41*		9*	136	117
76 Mongolie	10						90	117
77 Paraguay	6	80*	77*	49*			105	
78 Liban	10						145	
79 Thaïlande	12	48*	47*	20*	29%/ 1%	18*	115	105
80 Albanie	7						107	121
81 Chine	6						128	111
82 Sri Lanka	25	83*	74*	48*		22*	125	106
83 Venezuela	9	50*	40*	30*			88	99
84 Emirats arabes unis	7							
85 Guyane	18*	77	60	35	/			
86 Argentine	6				/		109	119
87 Malaisie	10	47*	34*	19*	/	6	112	111
88 Corée, Rép. pop. dém. de					/		113	127
89 Corée, Hép. de	9	94*	93*	84*	/		109	118
90 Panama	8	62*	48*	30*	48%/ 3%		99	98
91 Maurice	9				/		88	118
92 Uruguay	8	51*	21*	13*	/		105	99
93 Roumanie	6				/		119	126
94 Yougoslavie	7				/		109	141
Pays à faible TMJI (inférieur à 30)								
Médiane		6			/		107	129
95 URSS	6							
96 Chili	9							
97 Trinité-et-Tobago		59*	28*	3*	10%/ 50%/ 14%/ 16%/ 11%		101	132
98 Jamaïque	12	57*	40*	16*			102	105
99 Koweït	7						60	129
100 Costa Rica	9	38*	20*	9*	46%/ 1%		89	111
101 Portugal	8							
102 Bulgarie	6							
103 Hongrie	10	45*	21*	4*				
104 Pologne	8	42*	32*					
105 Cuba	9							
106 Grèce	6							
107 Tchécoslovaquie	6							
108 Israël	7							
109 Nouvelle-Zélande	5							
110 Autriche	6							
111 Belgique	5							
112 Rép. dém. allemande	6							
113 Italie	7							
114 Etats-Unis	7	33	25	8				
115 Rép. féd. d'Allemagne	5							
116 Irlande	4							
117 Singapour	8							
118 Espagne								
119 Royaume-Uni	7							
120 Australie	6							
121 France	5							
122 Hong Kong	8		18*					
123 Canada	6	26*	13*					
124 Danemark	6							
125 Pays-Bas	4	17*						
126 Norvège	4							
127 Japon	5							
128 Suisse	5							
129 Finlande	4							
130 Suède	4							

TABLEAU 3: SANTÉ

	Pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau potable 1983		Pourcentage de la population ayant accès à des services de santé 1980-1982		Pourcentage d'individus complètement vaccinés 1980-81/1984-85					Nombre de saches de SRD pour 100 enfants de moins de 5 ans 1984	Pourcentage de naissances suivies par du personnel soignant qualifié 1984		
	Total/Urban/Rural		Total/Urban/Rural		Enfants d'un an			Femmes enceintes Tétées					
	Tuberculose	DTC	Poli	Bougonie									
Pays à TMJI très élevé (supérieur à 175)													
Médiane	31 / 65 / 21	36 / / /	22/32	13/20	8/20	21/30	5/11	46	22				
1 Afghanistan	10* / 28* / 8*	/ / /	33/11	4/16	3/16	11/13	1/4	4					
2 Mali	14 / 46 / 8	/ / /	19/13*	2*	2*	13*	1/	115					
3 Sierra Leone	23 / 61 / 6		35/45*	13/9*	7/12*	36/21*	9/45*	34	25				
4 Malawi	51 / 66 / 49	80*	86/72*	66/56*	68/55*	65/50*	130*	18	59				
5 Guinée	17* / 69* / 2*	/ / /	47/10*	2*	15/30*	5/5*	5/5*	9					
6 Ethiopie	/ / /	43* / /	10/11*	6/6*	7/6*	7/12*	4*	66	58				
7 Somalie	31 / 65 / 21	25* / 50* / 15*	6/31*	9/22*	8/22*	9/36*	0/10*	67	2				
8 Mozambique	13* / 50* / 7*	30* / /	46* / 56*	56* / 32*	32* / 32*	32* / 46*	40* / 40*	28					
9 Burkina Faso	30* / 27* / 31*	48* / 51* / 48*	16/33*	2/9*	2/9*	23/40*	11/5*	25					
10 Angola	28 / 90 / 12	30* / /	47/30*	9/19*	7/13*	17/44*	9/	52	15				
11 Niger	34 / 41 / 33	40* / 100* / 30*	28/28*	6/4*	6/4*	19/22*	3/9*	152	47				
12 Rép. centrafricaine	16* / / /	/ / /	17/59*	13/24*	13/24*	12/30*	9/20*	72					
13 Tchad	26* / / /	/ / /	15*	3*	3*	7*	5*	21					
14 Guinée-Bissau	33 / 21 / 37	/ / /	45*	16*	15*	30*	16*	111					
15 Sénégal	44 / 69 / 27	/ / /	22/56*	34/37*	34/37*	22/38*	/	29					
16 Mauritanie	/ 80 /	30* / /	57/74*	18/21*	18/21*	45/59*	1/	38	23				
17 Kampuchea	/ / /	/ / /	59*	23*	26*	29*	21*	220					
18 Libéria	40 / 71 / 20	/ / /	47*	39/43*	26/42*	44*	60/38	10	89				
19 Rwanda	60 / 55 / 60	26* / 60* / 25*	51/73*	17/44*	15/50*	42/45*	5/20*	20					
20 Yémen, Rép. arabe du	31/100 / 21	22* / 70* / 5*	12/18	16/8	16/8	23/11	/	35	12				
21 Yémen, Hép. dém. pop. du	50 / 73 / 39	30* / /	8/28*	4/15*	2/14*	1/14*	1/6	223	10				
22 Bhoutan	17 / 40 / 14	19/ /	43/47*	6/53*	4/52*	21/38*	35*	73	3				
23 Népal	15 / 71 / 11	/ / /	22/57	8/32*	2* / 20*	2* / 67*	1/10	42	10				
24 Burundi	26 / 90 / 22	31* / 90* / 30*	65/65*	38/36*	6/29*	30/42*	25* / 25*	34	12				
25 Bangladesh	42 / 29 / 43	45* / /	0/2*	0/2*	0/2*	0/2*	0/2*	61					
26 Bénin	20* / 26* / 15*	40* / /	37* / 30*	20* / 20*	45* / 20*	6* / 25*	35*	26	34				
27 Soudan	48 / / 31	52* / 40*	2/14*	1/9*	1/9*	1/7*	1/4*	113	20				
28 Bolivie	43 / 78 / 12	23* / /	49/23	20/6	14/46	23* / 20	/	230					
29 Tanzanie	46 / 88 / 39	70* / 100* / 66*	/53*	58/46*	56/46*	58*	35/40*	190	74				
30 Nigéria	37 / 60 / 30	40* / 75* / 30*	23/25*	24* / 25*	24* / 25*	55/20*	11/11*	3					
31 Haïti	33 / 58 / 25	/ / /	19/61*	5/24*	2/24*	26*	16/61*	64	20				
32 Ouganda	16* / 90* / 7*	61* / 90* / 57*	18/18*	9/8*	8/8*	22/22*	20/20*	50					
Pays à TMJI élevé (55-100)													
Médiane	52 / 78 / 33	67 / 93 / 39	53/75	36/53	37/59	27/52	7/16	39	50				
33 Pakistan	39 / 78 / 24	50* / 100* / 32*	6/43*	2/32*	2/32*	1/25*	0/10*	83	24				
34 Oman	/ / /	/ / /	51/80	18/62*	18/62*	22/68*	39/27	119	60				
35 Rép. dém. pop. Iao	21 / 28 / 20	/ / /	4/6*	7* / 8*	7* / 8*	7* / 4*	2* / 4*	60					
36 Zaïre	19 / 43 / 5	20* / 60* / 17*	34/	18/16*	18/	20/22*	/	22					
37 Cameroun	26* / / /	/ / /	8/68*	5/64*	5/64*	16/41*	13*	7					
38 Iran	/ / /	/ / /	20*	7/13	32/63*	38/63*	39/63*	1/23*	318				
39 Togo	37 / 68 / 26	/ 25/ /	44/55*	9/11*	9/11*	47/11*	57/11*	24					
40 Inde	54 / 80 / 47		73/65	37/51	4/37	/	24/33	34	33				
41 Côte d'Ivoire	20 / 30 / 10	36* / 61* / 11*	16*	42* / 11*	34* / 11*	28* / 31*	25* / 32*	22					
42 Ghana	43 / 72 / 47	64* / 92* / 45*	9/41*	7/23*	7/18*	16/83*	3/2	221	73				
43 Lesotho	14* / 37* / 11*	/ / /	81/87*	56/65*	54/65*	49/63*	/0*	195	28				
44 Egypte	75* / 88* / 64*	/ / /	72/53*	84/57	84/67	78/41	0/20	67	24				
45 Zambie	7 / 65 / 33	75* / /	72* / 82*	44* / 46*	77* / 46*	21* / 55*	38*	20					
46 Pérou	52 / 73 / 18	/ / 17*	48/70*	14/48*	16/48*	19* / 53*	4/8*	39	44				
47 Jamahiriya arabe libyenne	98* / 100* / 90*	/ / /	55/	55/	57/	6/		76					
48 Maroc	/ / /	50* / 93* / 24*	45* / 78*	43/46*	45/46*	42*	/	76					
49 Indonésie	33 / 40 / 29	/ / /	62/65*	3* / 26*	25*	26*	7/24*	22	31				
50 Congo	29 / 42 / 7	/ / /	92/80*	42/59*	42/59*	49/52*	/	17					
51 Kenya	28 / 61 / 21	/ / /	75*	58*	57*	55*	/	39					
52 Zimbabwe	52* / /	71* / 100* / 62*	64/76*	39/63*	38/63*	56/53*	30* / 40*	3	69				
53 Algérie	90* / 100* / 80*	90/100 / 80	59/83*	33/30*	30/32*	17/45*	/	94					
54 Honduras	69 / 91 / 55	60* / 85* / 65*	26/41*	30/49*	32/75*	33* / 49	8/25*	125	50				
55 Tunisie	/ 100 /	/ / /	65/88*	36/80*	37/80*	65/84*	2/8*	163	60				
56 Guatemala	51 / 90 / 55	34* / 47* / 25*	43/41*	43/34*	43/33*	12/11*	/	49					
57 Arabie saoudite	93 / 100 / 68	97* / 100* / 88*	33/88*	41/81*	50/81*	8/79*	/	22					
58 Nicaragua	53 / 91 / 10	80* / 100* / 60*	25/95*	18/39*	99/78*	15/27	31* / 24*	203					
59 Afrique du Sud	/ / /	/ / /	74* / 24*	42/55*	63* / 55*	27/61*	4*	16					
60 Turquie	63* / 63* / 63*	/ / /	76/82*	13/74*	16/74*	35/22*	4/9*	31	60				
61 Iraq	73* / 97* / 22*	/ / /	91/68*	70/68*	45/67*	63/69*	32/17*						
62 Botswana	65 / 98 / 47	89* / 100* / 85*	33/88*	41/81*	50/81*	8/79*	/						
63 Viet Nam	/ / /	31*	5*	3*	2*	3*	/	25	100				
64 Madagascar	23 / 73 / 9	60* / /	13/13*	35/35*	3/3*	10*	1/25*	18	62				

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité juvénile-infantile (voir tableau 1).

	Pourcentage de la population ayant accès à une source d'eau potable 1983	Pourcentage de la population ayant accès à des services de santé 1980-1983	Pourcentage d'individus complètement vaccinés 1980-81/1984-85					Nombre de sachets de SRU pour 100 enfants de moins de 5 ans 1984	Pourcentage de naissances suivies par du personnel soignant qualifié 1984	
			Total/Urbain/Rural	Total/Urbain/Rural	Fumigation	DTC	Polio	Rougeole	Femmes enceintes Tétanos	
Pays à TMJ moyen (30-99)										
Médiane	68 / 86 / 47	75 / - / -	62/71	40/59	42/65	32/55	10/21	25	82	
65 Papouasie-Nlle Guinée	16 / 55 / 10	- / - / -	62/67	50/34	29/32	/24	/			34
66 Équateur	59 / 98 / 21	18 / - / -	74/64	21/48	14/47	67/54	2/11*	1	27	
67 Brésil	76 / 86 / 53	- / - / -	58/64*	40/64*	99/86*	58/75	/	66	73	
68 Birmanie	25 / 36 / 21	50*/100*/31*	9/25	4/8	2/2	/	4/12	79	97	
69 Salvador	51* / 67*/40*	- / - / -	56/46*	43/55*	42/55*	44/58*	26/	133	35	
70 Rép. dominicaine	60 / 85 / 32	80*/ - / -	12/43	36/20	46/84*	29*/95*	85/25	22	98	
71 Philippines	54 / 53 / 55	- / - / -	94/66*	39*/51*	30/53*	10*/48*	/21*	51		
72 Mexique	74 / 91 / 40	45*/ - / -	40/25	26/52	43/49	9*/75*	/	116		
73 Colombie	81*/ 84*/20*	75*/ - / -	40/73*	15/60*	16/61*	14/52*	2/6*	126	51	
74 Rép. arabe syrienne	71*/ 98*/54*	75*/ 92*/60*	35/51*	13/38*	13/38*	13/35*	0/6*	1	37	
75 Jordanie	89*/100*/65*	- / - / -	0/2*	30/44	32/41	29/30	0/9	64	75	
76 Mongolie	- / - / -	- / - / -	51/52	76/77	92/77	17/20	/	17	100	
77 Paraguay	25 / 46 / 10	56*/ 89*/44*	31/80	17/67	14/68	10/62	29/44*	19	22	
78 Liban	92*/ 95*/85*	- / - / -	- / -	4*/4	9*/4	1*/	/	11	45	
79 Thaïlande	65 / 50 / 70	- / - / -	79/79*	17/64*	15/65*	14/24*	26/40*	45	33	
80 Albanie	- / - / -	- / - / -	93/90	94/95	92/92	90/96	/			
81 Chine	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -				
82 Sri Lanka	36 / 76 / 26	93*/ - / -	61/71*	46/70*	48/71*	1/2	72/41*	37	87	
83 Venezuela	- / - / -	- / - / -	66/23	46/21	95/44	40/19	/	78	82	
84 Emirats arabes unis	93*/ 95*/81*	- / - / -	15/59	11/80*	34/66	/	/	25	96	
85 Guyane	80 / 100 / 60	- / - / -	68/77*	35/57*	42/56*	68/27*	/57*	8	93	
86 Argentine	63 / 72 / 17	70*/ 80*/21*	64/76*	42/47*	31/64	60/75*	/	25		
87 Malaisie	80 / 97 / 71	- / - / -	94/95*	58/58*	62/47*	/	48*	23	82	
88 Corée, Rép. pop. dém. de	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -			100	
89 Corée, Rép. de	- / - / -	95*/ 97*/86*	30*/84	70/69	89/78	4*/55*	/			
90 Panama	62 / 97 / 26	81*/ 95*/64*	68/94*	46/73*	45/71*	47/83*	16/	7	83	
91 Maurice	95*/ 95*/95*	95*/ - / -	89/87*	87/93*	87/93*	34*/67*	1/20*	49	84	
92 Uruguay	79 / 95 / 3	80*/ - / -	96/96*	53/67*	59*/81*	18*/63*	28/13*	12		
93 Roumanie	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -			99	
94 Yougoslavie	- / - / -	- / - / -	99/85*	90/85*	95/85*	95*/95*	/			
Pays à faible TMJ (inférieur à 30)										
Médiane	- / - / -	- / - / -	90/90	84/90	90/92	70/75	- / -	-	99	
95 URSS	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -				
96 Chili	85 / 100 / 18	- / - / -	99/95*	85/91*	91/91*	88/92*	/	1	95	
97 Trinité-et-Tobago	99 / 100 / 96	- / - / -	1/	24/65	38/66	10/	60/	90		
98 Jamaïque	86*/ - / -	- / - / -	38/50*	34/60*	34/58*	12*/69*	50*/50*	65	89	
99 Koweït	89*/ - / -	93*/ - / -	2/3	79/93*	81/93*	71/91*	7/20	99		
100 Costa Rica	93 / 100 / 82	79*/100*/63*	79/88*	67/77*	67/74*	68/75*	/	7	93	
101 Portugal	- / - / -	- / - / -	- / -	73/94*	18/74	64/46	/			
102 Bulgarie	- / - / -	- / - / -	97/99	97/99	98/99	98/98	98/		100	
103 Hongrie	- / - / -	- / - / -	99/99	99/99	98/98	99*/99	/		99	
104 Pologne	- / - / -	- / - / -	95/	95/95*	95/95*	65/75*	/			
105 Cuba	- / - / -	- / - / -	99/96	67/85	99/99*	48/80*	/			
106 Grèce	- / - / -	- / - / -	95/58*	95/60	95/98	70/	/			
107 Tchécoslovaquie	- / - / -	- / - / -	95/99	95/99	95/98	95*/99	/		100	
108 Israël	- / - / -	- / - / -	75/68*	84/86*	88/92*	69/83*	/		99	
109 Nouvelle-Zélande	- / - / -	- / - / -	- / -	76*/73*	72*	80*/	/		99	
110 Autriche	- / - / -	- / - / -	90/90	90/90	90/90	90*/25*	/			
111 Belgique	- / - / -	- / - / -	- / -	95/95	99/95	50*/	/		-100	
112 Rép. dém. allemande	- / - / -	- / - / -	95/98	80/90	90/97	95/97	/			
113 Italie	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -				
114 Etats-Unis	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	96*/	/		100	
115 Rép. fed. d'Allemagne	- / - / -	- / - / -	40/	50/	80/	35*/	/			
116 Irlande	- / - / -	- / - / -	- / -	75/	33/45*	65/91	10/			
117 Singapour	100 / 100 / -	- / - / -	98/74*	84/76*	83/79*	47*/67*	90*		100	
118 Espagne	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -			96	
119 Royaume-Uni	- / - / -	- / - / -	- / -	74*	44/55*	71/83*	52*/58*	/	98	
120 Australie	- / - / -	- / - / -	- / -	80/96	79/94	80/97	125*	/	99	
121 France	- / - / -	- / - / -	- / -	99/95*	77/85*	98*/90*	74/74*	90*		
122 Hong Kong	99 / 100 / 93	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -			99	
123 Canada	- / - / -	- / - / -	- / -	95/85*	85/94	97/94	/	/		
124 Danemark	- / - / -	- / - / -	- / -	97/97	97/97	92/92	/			
125 Pays-Bas	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -				
126 Norvège	- / - / -	- / - / -	- / -	90*	70*	70*	80*	/	100	
127 Japon	- / - / -	- / - / -	- / -	85/90*	78/	75*	69*/66*	/		
128 Suisse	- / - / -	- / - / -	- / -	90/90*	92/94*	90/78*	70*/81*	/		
129 Finlande	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	99*/99*	99/99*	56*/87*	/		
130 Suède	- / - / -	- / - / -	- / -	- / -	- / -	- / -			100	

TABLEAU 4: ÉDUCATION

	Taux d'alphabétisation des adultes		Postes récepteurs de radio pour 1000 habitants 1983	Taux d'inscription dans l'enseignement primaire			Pourcentage d'enfants ayant accompli la durée totale de la scolarité primaire 1980-1984	Taux d'inscription dans l'enseignement secondaire 1982-1985 garçons/filles
	1970 hommes/femmes	1985 hommes/femmes		1980 (brut) garçons/filles	1982-84 (brut) garçons/filles	1982-84 (net) garçons/filles		
Pays à TMJI très élevé (supérieur à 175)								
Médiane	26/8	42/21	51	35/15	65/41	50/38	49	17/8
1 Afghanistan	13/2	39/8	78	15/2	19/9	16/8	54	11/5
2 Mali	11/4	23/11	16	14/6	30/18	/	61*	10/4
3 Sierra Leone	18/8	38/21	202	30/15	46/32*	37/26*	48*	23*/10*
4 Malawi	42/18	52/31	48	/45	76/54	50/42	28	6/2
5 Guinée	21/7	40/17	31	44/16	49/23	35/16		21/8
6 Ethiopie	8/1	/	98	11/3	58/34	/	49*	17/9
7 Somalie	5/1	18/6	25	13/5	28/15	21/11	33*	19/10
8 Mozambique	29/14	55/22	21	60/36	91/68	51/41	26	8/4
9 Burkina Faso	13/3	21/6	18	12/5	34/20	28/16	75	5/3
10 Angola	16/7	49/	19	/	146/121	71/61	24	/
11 Niger	6/2	19/9	49	7/3	34*/19*	/	67*	/
12 Rép. centrafricaine	26/6	53/29	57	53/12	98/51	80/42	53	24/8
13 Tchad	20/2	40/11	219	29/4	55/21	/	29*	11/2
14 Guinée-Bissau	13/6	46/17	32	35/15	88/40	76/35	18	17/4
15 Sénégal	18/5	37/19	70	36/17	63/42	50/34	86	17/8
16 Mauritanie	/	/	101	13/3	45/29	/	80	19/6
17 Kampuchea	/23	/	131	/	/	/		/
18 Libéria	27/8	47/23	185	45/18	95*/57*	/		33*/13*
19 Rwanda	43/21	61/33	53	68/30	64/60	60/57	47	3/1
20 Yémen, Rép. arabe du	9/1	27/3	20	14/	107/21	/	15*	16/2
21 Yémen, Rép. dém. pop. du	31/9	59/25	61	20/5	97/36	/	40*	26/11
22 Bhoutan	/	/	9	5/	32/17	/	25*	6/1
23 Népal	23/3	39/12	25	19/1	100/43	/	27*	34/10
24 Burundi	29/10	43*/26*	40	27/9	55/36	42/29		5/3
25 Bangladesh	36/12	43/22	8	66/26	67/55	60/50	20	26/11
26 Bénin	23/6	37/16	78	38/15	92/43	/	63	32/12
27 Soudan	28/6	41*/21*	246	35/14	59/42	/	69	21/15
28 Bolivie	68/46	84/65	575	78/50	94/81	82*/72*	32*	38/32
29 Tanzanie	48/18	90*/80*	29	33/18	91/84	62/61	76	4/2
30 Nigéria	35/14	54/31	79	46/27	/	/		/
31 Haïti	26/17	40/35	23	50/42	74*/64*	42*/38*	45*	13*/12*
32 Ouganda	52/30	70/45	22	/32	65/49	43/37	58*	10/5
Pays à TMJI élevé (55-100)								
Médiane	49/20	68/50	138	67/39	101/88	85/78	70	38/25
33 Pakistan	30/11	40/19	78	46/13	63*/32*	/	35*	22*/6*
34 Oman	/	/	619	/	94/72	75/56	60*	38/19
35 Rép. dém. pop. lao	37/28	92/76	95	34/16	94*/80*	/		20*/13*
36 Zaïre	61/22	79/45	96	88/32	103*/74*	/	65*	33*/13*
37 Cameroun	47/19	68/55	89	87/43	117/98	/	67*	27/16
38 Iran	40/17	62/39	180	56/27	113/88	91/75	70*	47/33
39 Togo	27/7	53/28	214	63/24	124/80	84/56	43	36/12
40 Inde	47/20	57/29	61	80/40	100/68	/	38*	44/24
41 Côte d'Ivoire	26/10	53/21	129	68/24	93/64	/	89*	27/11
42 Ghana	43/18	64/43	173	52/25	89/70	/	75*	48/28
43 Lesotho	49/74	62/84	34	63/102	94/126	60/82	38*	16/23
44 Egypte	50/20	59/30	174	80/52	101/76	/	64	67/45
45 Zambie	66/37	84/67	27	51/34	100/89	/	85	22/12
46 Pérou	81/60	91/78	160	95/71	120/112	95*/91*	70	64/57
47 Jamahiriya arabe libyenne	60/13	81/50	223	92/24	/	/	82	/
48 Maroc	34/10	45/22	163	67/27	97/61	70/46	80	35/24
49 Indonésie	66/42	83/65	138	86/58	118/112	97/93	68	42/31
50 Congo	50/19	71/55	61	103/53	/	/	74	/
51 Kenya	44/19	70/49	34	64/30	104/97	/	62	23/16
52 Zimbabwe	63/47	81/67	45	/	136/137	99/99	77*	46/31
53 Algérie	39/11	63/37	215	55/37	106/82	92/74	77	50/35
54 Honduras	55/50	61/58	49	68/67	101/101	86/86	27*	31/34
55 Tunisie	44/17	68/41	163	88/43	125/102	99/95	78	40/26
56 Guatemala	51/37	63/47	43	50/39	78/67	63/56	38	16/15
57 Arabie saoudite	15/2	35*/12*	295	22/2	81/56	64/41	79	42/28
58 Nicaragua	58/57	/	278	65/66	113*/118*	72/74	27	38/47
59 Afrique du Sud	/	/	282	94/85	/	/		/
60 Turquie	69/35	86/62	123	90/58	116/107	/	85*	47/28
61 Iraq	50/18	70/87	188	94/36	113/99	97/88	87*	70/39
62 Botswana	37/44	73/69	119	35/48	89/102	71/81	73	19/23
63 Viet Nam	/	91*/78*	/	/	120*/105*	/	47*	53*/43*
64 Madagascar	56/43	74/62	213	58/45	78*/71*	/	50	/

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité juvénile-infantile (voir tableau 1).

	Taux d'alphabétisation des adultes		Postes Récepteurs de radio pour 1000 habitants 1983	Taux d'inscription dans l'enseignement primaire			Pourcentage d'enfants ayant accompli la durée totale de la scolarité primaire 1980-1984	Taux d'inscription dans l'enseignement secondaire 1982-1985 garçons/filles
	1970 hommes/femmes	1985 hommes/femmes		1960 (brut) garçons/filles	1982-84 (brut) garçons/filles	1982-84 (net) garçons/filles		
Pays à TMJI moyen (30-89)								
Médiane	81/71	89/84	201	99/90	106/100	/	72	55/56
65 Papouasie-Nlle-Guinée	39/24	55/35	67	59/7	68/55	/	67*	15/8
66 Equateur	75/68	85/80	319	87/79	117/114	/	62*	53/54
67 Brésil	69/63	79/76	386	97/93	106/99	80*/79*	20*	31*/36*
68 Birmanie	85/57	/	23	61/52	75*/70*	66*/64*	27*	22*/18*
69 Salvador	61/53	75/69	362	82/77	69/69	64/63	68*	23/25
70 Rép. dominicaine	69/65	78/77	201	99/98	104/115	/	72*	/
71 Philippines	83/80	86/85	45	98/93	115/113	97/98	72	61/66
72 Mexique	78/69	92/88	290	82/77	120/117	/	66	56/53
73 Colombie	79/76	89/87	133	77/77	119/122	/	37*	48/49
74 Rép. arabe syrienne	60/20	76/43	195	89/39	114/96	99/86	87	67/54
75 Jordanie	64/29	87/63	191	94/59	101/98	91/88	97	79/77
76 Mongolie	87/74	93*/86*	101	79/78	105/107	/	95*	82/90
77 Paraguay	84/75	91/85	75	105/90	107/99	92/89	48*	37/35
78 Liban	79/58	86/69	797	105/99	115/105	/	61/63	
79 Thaïlande	86/72	94/88	146	88/79	101*/97*	/	43*	29*/28*
80 Albanie	/	/	168	102/86	104/97	/	72/61	
81 Chine	/	82/56	67	/	116/93	/	66*	41/27
82 Sri Lanka	85/69	91/83	117	100/90	103/99	/	91	54/58
83 Venezuela	79/71	88/85	405	100/100	106/104	/	68*	37/46
84 Emirats arabes unis	24/7	58*/38*	341	/	94/95	73/74	97	49/61
85 Guyane	94/89	97/95	381	107/106	99/99	89/91	84	58/62
86 Argentine	94/92	96/95	540	98/99	107/107	/	66*	57/62
87 Malaisie	71/48	81/66	437	108/83	100/98	/	97	50/49
88 Corée, Rép. pop. dém. de	/	/	/	/	118*/114*	/	/	
89 Corée, Rép. de	94/81	96*/88*	451	99/89	104/102	99/99	94	92/86
90 Panama	81/81	89/88	160	98/94	106/101	87/87	73	55/62
91 Maurice	77/59	89/77	211	103/93	112/112	98/99	/	53/49
92 Uruguay	93/93	93*/94*	573	111/111	110/107	/	88	59*/61*
93 Roumanie	96/91	/	143	101/95	100/99	/	/	58/68
94 Yougoslavie	92/76	97/86	238	113/108	101/101	/	98	84/80
Pays à faible TMJI (inférieur à 30)								
Médiane	94/89	97/93	404	105/103	102/101	97/97	95	83/84
95 URSS	98/97	/	665	100/100	/	94/95	52*	/
96 Chili	90/88	97*/96*	304	111/107	112/110	97*/97*	52*	62/68
97 Trinité-et-Tobago	95/89	97/95	309	89/87	107/108	97*/97*	78	69/72
98 Jamaïque	96/97	/	394	92/93	106/107	94/96	80	56/60
99 Koweït	65/42	76/63	285	131/102	96/94	81/77	98	86/79
100 Costa Rica	88/87	94/93	86	97/95	103/100	88/89	75	41/46
101 Portugal	78/65	89/80	171	132/129	122/123	82/81	88*	41/46
102 Bulgarie	94/89	/	230	94/92	100/100	97/97	87	85/85
103 Hongrie	98/98	/	540	103/100	101/101	99/99	93	74/73
104 Pologne	98/97	/	247	110/107	101/100	99/99	94	73/78
105 Cuba	86/87	96*/96*	316	109/109	111/105	97/97	86	71/77
106 Grèce	93/76	97/88	406	104/101	105/105	95*/96*	93	84/80
107 Tchécoslovaquie	/	/	270	93/93	88/89	/	94	33/57
108 Israël	93/83	97/93	270	99/97	95/97	89/91	73/83	
109 Nouvelle-Zélande	/	/	890	110/106	103/101	97/97	/	86/88
110 Autriche	/	/	530	106/104	100/98	/	95	72/76
111 Belgique	99/99	/	468	111/108	96/97	93/94	75	110/105
112 Rép. dém. allemande	/	/	384	111/113	94/96	/	/	91/86
113 Italie	95/93	98/96	250	112/109	103/102	/	100	75/74
114 Etats-Unis	99/99	/	2043	/	/	/	/	/
115 Rép. féd. d'Allemagne	/	/	401	/	/	/	96	/
116 Irlande	/	/	456	107/112	97*/97*	/	/	88*/98*
117 Singapour	82/55	93/79	272	121/101	115/111	100/100	90	68/69
118 Espagne	93/87	97/92	285	106/116	112/110	100/100	95	88/93
119 Royaume-Uni	/	/	993	92/92	100/101	92/93	/	83/86
120 Australie	/	/	1301	103/103	105/104	96/96	/	91/93
121 France	99/98	/	860	144/143	109/107	97/97	95	83/95
122 Hong Kong	90/64	95/81	510	93/79	107/104	96/95	98	65/70
123 Canada	/	/	761	108/105	105/102	95/94	/	102/101
124 Danemark	/	/	392	103/103	100/101	/	99	106/104
125 Pays-Bas	/	/	793	105/104	95/97	/	95	103/99
126 Norvège	/	/	412	100/100	98/99	98*/99*	100	94/99
127 Japon	99/99	/	713	103/102	100/100	100/100	100	93/95
128 Suisse	/	/	364	118/118	/	/	99	/
129 Finlande	/	/	987	100/95	102/101	/	/	95/111
130 Suède	/	/	858	95/96	98/99	97*/97*	98	80/90

TABLEAU 5: INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

	Population moins de 16 ans/ moins de 5 ans (millions) 1985	Taux annuel d'accroissement de la population (%) 1973-1984	Taux brut de mortalité 1980 1985	Taux brut de natalité 1980 1985	espérance de vie 1960 1985	Indice synthétique de l'accolade 1985	Pourcentage de la population urbaine 1985	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%) 1973-1984
Pays à TMJI très élevé (supérieur à 175)								
Médiane	221T/86T	2.6	28 19	48 47	37 46	6.5	22	5.4
1 Afghanistan	7.3/2.7		30 26	52 48	34 38	6.8	19	
2 Mali	3.9/1.6	2.6	29 22	50 50	35 43	6.7	18	4.5
3 Sierra Leone	1.6/0.6	2.1	35 29	48 47	30 35	6.1	28	3.5
4 Malawi	3.4/1.3	3.1	28 21	53 53	38 46	7.0	12	7.3
5 Guinée	2.7/1.1	2.0	33 23	48 47	33 41	6.2	22	6.2
6 Ethiopie	20.5/8.1	2.8	28 23	51 49	36 41	6.7	12	6.1
7 Somalie	2.2/0.9	3.0	28 23	47 48	36 41	6.6	34	5.4
8 Mozambique	6.3/2.4	2.6	21 19	45 45	40 46	6.1	19	10.2
9 Burkina Faso	3.2/1.2	1.8	31 19	50 48	35 46	6.5	8	4.8
10 Angola	4.1/1.6	3.1	31 21	50 47	33 43	6.4	25	6.0
11 Niger	3.0/1.2	3.0	31 22	46 51	35 44	7.1	16	7.1
12 Rép. centrafricaine	1.1/0.4	2.3	30 21	44 44	37 44	5.9	42	4.6
13 Tchad	2.2/0.9	2.1	30 21	46 44	35 46	5.9	27	6.5
14 Guinée-Bissau	0.4/0.1		28 21	41 41	36 44	5.4	27	
15 Sénégal	3.0/1.2	2.9	27 20	48 46	37 44	6.5	36	3.8
16 Mauritanie	0.9/0.4	2.1	28 20	51 50	36 45	6.9	35	5.1
17 Kampuchea	2.6/1.3		21 18	45 44	42 46	4.9	11	
18 Liberia	1.1/0.4	3.3	24 16	46 48	40 50	6.9	40	6.0
19 Rwanda	3.1/1.2	3.3	22 18	51 51	42 48	7.4	6	6.6
20 Yémen, Rép. arabe du	3.4/1.3	2.8	29 17	50 48	37 50	6.9	20	8.8
21 Yémen, Rég. dém. pop. du	1.0/0.4	2.3	29 17	50 47	37 50	6.7	40	3.5
22 Bhoutan	0.6/0.2	1.9	25 18	43 38	38 47	5.4	4	4.6
23 Népal	7.5/2.7	2.6	26 18	46 41	38 47	6.0	8	8.4
24 Burundi	2.2/0.9	2.2	25 18	44 46	42 48	6.4	25	3.3
25 Bangladesh	48.6/17.9	2.5	22 17	47 43	40 49	5.8	12	7.7
Pays à TMJI élevé (55-100)								
Médiane	521T/218T	3.0	21 12	47 42	44 57	6.0	40	5.5
33 Pakistan	46.1/17.4	2.9	24 15	49 42	43 51	5.6	30	4.4
34 Oman	0.6/0.2	4.5	28 13	51 46	40 54	7.0	9	17.6
35 Rép. dém. pop. lao	1.8/0.7	1.6	19 15	42 39	44 53	5.6	16	5.7
36 Zaïre	14.2/5.4	3.0	22 15	47 45	42 51	6.1	37	7.1
37 Cameroun	4.5/1.7	3.1	24 15	44 43	40 52	5.8	42	8.2
38 Iran	20.1/7.3	3.1	19 11	53 40	50 58	5.4	52	5.0
39 Togo	1.4/0.5	2.8	27 15	48 45	39 52	6.1	22	6.5
40 Inde	296.0/99.2	2.3	21 12	42 30	44 57	4.0	26	4.2
41 Côte d'Ivoire	4.7/1.7	4.5	26 15	44 45	39 52	6.7	42	8.3
42 Ghana	6.6/2.6	2.6	21 14	47 47	45 53	6.5	32	5.3
43 Lesotho	0.7/0.3	2.4	24 16	41 42	40 50	5.8	17	20.1
44 Egypte	19.6/7.1	2.6	21 11	45 35	46 59	4.6	46	3.0
45 Zambie	3.3/1.3	3.2	23 14	50 48	42 52	6.8	50	6.4
46 Pérou	8.4/3.0	2.4	19 10	47 36	48 60	4.7	67	3.6
47 Jamahiriya arabe libyenne	1.8/0.7	4.1	19 10	49 45	47 60	7.0	65	7.9
48 Maroc	9.5/3.3	2.4	21 10	50 34	47 60	4.7	45	4.2
49 Indonésie	68.3/22.6	2.3	23 12	44 30	41 55	3.8	25	4.5
50 Congo	0.8/0.3	4.1	25 18	45 44	38 48	6.0	40	5.4
51 Kenya	11.3/4.5	4.0	24 13	57 55	42 54	8.1	20	7.9
52 Zimbabwe	4.4/1.7	3.2	19 12	47 47	45 57	6.6	25	6.1
53 Algérie	10.4/3.8	3.1	21 10	51 42	47 61	6.4	43	5.4
54 Honduras	2.2/0.8	3.5	19 9	51 42	47 61	6.0	40	5.7
55 Tunisie	2.9/1.0	2.4	19 9	47 32	48 62	4.5	57	3.8
56 Guatemala	3.8/1.4	2.8	20 10	49 42	46 61	5.9	40	4.1
57 Arabie saoudite	5.4/2.1	4.9	23 8	49 41	44 62	7.0	72	7.3
58 Nicaragua	1.6/0.6	3.0	18 9	51 43	47 62	5.7	57	5.2
59 Afrique du Sud	14.0/5.2	2.4	21 13	41 38	44 55	5.0	56	3.7
60 Turquie	19.0/6.4	2.2	16 9	43 30	51 63	3.8	46	4.0
61 Iraq	7.8/3.0	3.6	20 8	49 43	49 63	6.4	71	5.5
62 Botswana	0.6/0.2	4.4	20 12	52 49	46 56	6.5	19	11.3
63 Viet Nam	24.9/8.0	2.6	23 10	41 30	44 60	4.0	20	2.3
64 Madagascar	4.6/1.8	2.8	23 16	44 44	41 51	6.1	22	5.5

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité juvénile-infantile (voir tableau 1).

	Population moins de 15 ans/ moins de 5 ans (millions) 1985	Taux annuel d'accroissement de la population (%) 1973-1984	Taux brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité 1985	Pourcentage de la population urbaine 1985	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%) 1973-1984
			1980	1985	1980	1985	1980	1985			
Pays à TMJI moyen (30-99)											
55 Papouasie-Nlle-Guinée	15/0.6	2.6	23	13	44	37	41	53	5.5	14	6.1
66 Équateur	41/1.5	2.9	15	8	46	36	53	65	4.8	52	3.9
67 Brésil	52.2/18.1	2.3	13	8	43	30	55	64	3.6	73	4.0
68 Birmanie	14.8/4.9	2.0	21	10	42	30	44	59	3.9	24	4.0
69 Salvador	2.6/1.0	3.0	17	8	48	39	50	66	5.3	39	3.6
70 Rép. dominicaine	2.7/0.9	2.4	17	8	49	32	51	64	3.9	56	4.7
71 Philippines	23.3/8.0	2.7	15	8	46	32	46	63	4.2	40	3.7
72 Mexique	35.3/11.8	2.9	12	7	45	33	57	66	4.3	70	4.0
73 Colombie	11.3/3.9	2.0	13	8	45	30	55	64	3.8	67	2.9
74 Rép. arabe syrienne	5.3/2.1	3.4	18	8	47	46	50	64	7.0	50	4.3
75 Jordanie	1.8/0.7	2.8	20	7	47	46	47	65	7.3	64	4.7
76 Mongolie	0.8/0.3	2.8	15	8	41	35	52	63	5.0	51	4.1
77 Paraguay	1.6/0.6	2.5	13	7	43	35	56	66	4.7	44	3.2
78 Liban	1.1/0.3		14	8	43	29	60	66	3.6	80	
79 Thaïlande	19.9/6.4	2.2	15	8	39	26	52	63	3.1	20	3.1
80 Albanie	1.1/0.4	2.0	11	6	41	27	62	72	3.4		
81 Chine	341.4/93.3	1.4	19	7	37	19	47	69	2.3	21	2.9
82 Sri Lanka	5.9/2.1	1.8	9	6	36	26	62	69	3.1	21	3.5
83 Venezuela	7.2/2.6	3.3	10	5	45	32	60	69	3.9	87	4.3
84 Emirats arabes unis	0.4/0.2	10.7	19	4	46	27	53	68	5.7	78	10.4
85 Guyane	0.4/0.1		10	6	42	27	60	69	3.0	32	
86 Argentine	10.0/3.5	1.6	9	9	24	24	65	70	3.3	85	2.1
87 Malaisie	62.0/2.2	2.4	24	6	44	29	54	68	3.6	38	3.6
88 Corée, Rép. pop. dém. de	8.3/2.8	2.6	13	8	41	30	54	68	3.8	64	4.1
89 Corée, Rép. de	13.7/4.4	1.5	14	6	43	23	54	68	2.6	65	3.1
90 Panama	0.9/0.3	2.3	10	5	41	27	61	72	3.3	52	4.6
91 Maurice	0.4/0.1	1.4	10	6	44	24	59	67	2.6	42	3.4
92 Uruguay	0.9/0.3	0.5	10	10	22	19	68	71	2.7	85	0.8
93 Roumanie	6.2/1.9	0.8	9	10	20	17	65	71	2.4	49	
94 Yougoslavie	5.9/1.8	0.8	10	9	23	16	63	71	2.1	46	2.7
Pays à faible TMJI (Inférieur à 30)											
95 URSS	73.2/25.0	0.9	7	9	24	19	68	72	2.4	66	3.0
96 Chili	3.9/1.3	1.7	12	7	37	22	57	70	2.5	84	2.4
97 Trinité-et-Tobago	0.4/0.1	1.5	8	7	38	25	64	69	2.8	64	1.2
98 Jamaïque	0.9/0.3	1.2	10	5	39	27	63	74	3.1	54	2.7
99 Koweït	0.8/0.3	5.8	10	3	44	37	60	72	5.9	94	7.7
100 Costa Rica	1.0/0.4	2.9	10	4	47	30	62	73	3.4	50	3.3
101 Portugal	12.7/0.8	1.0	7	10	24	17	63	72	2.1	31	2.5
102 Bulgarie	2.2/0.7	0.3	9	11	18	15	69	72	2.2	67	2.1
103 Hongrie	2.5/0.7	0.2	10	13	16	13	68	71	1.8	56	1.4
104 Pologne	9.9/3.3	0.9	8	10	24	17	67	72	2.2	61	1.8
105 Cuba	2.9/0.8	0.7	9	7	32	17	64	74	2.0	72	1.6
106 Grèce	2.3/0.7	1.0	8	10	19	15	69	74	2.1	60	2.5
107 Tchécoslovaquie	4.0/1.2	0.5	10	12	17	15	70	72	2.1	65	1.7
108 Israël	1.4/0.5	2.2	6	7	27	22	69	75	3.0	90	2.7
109 Nouvelle-Zélande	0.9/0.3	0.6	9	8	26	16	71	74	1.9	84	0.9
110 Autriche	1.5/0.5	0.0	12	13	18	12	69	73	1.6	56	0.6
111 Belgique	2.0/0.6	0.1	12	12	17	12	70	74	1.6	96	1.2
112 Rép. dém. allemande	3.5/1.2	0.1	13	13	17	14	70	73	1.9	77	0.2
113 Italie	12.0/3.2	0.3	10	11	18	11	69	75	1.6	67	1.0
114 Etats-Unis	55.6/18.7	1.0	9	9	24	16	70	75	1.9	74	1.3
115 Rép. féd. d'Allemagne	10.2/3.0	0.1	11	12	17	10	70	74	1.4	86	0.3
116 Irlande	1.1/0.4	1.3	12	9	21	21	70	73	3.0	57	2.2
117 Singapour	0.7/0.2	1.3	8	5	38	17	65	73	1.7	100	1.3
118 Espagne	10.0/2.7	1.0	9	9	21	15	69	75	2.1	76	2.0
119 Royaume-Uni	11.8/3.7	(1)	12	12	17	13	71	74	1.8	92	0.2
120 Australie	4.0/1.2	1.3	9	8	22	16	71	75	1.9	86	1.5
121 France	12.5/3.9	0.5	12	11	18	14	70	75	1.9	73	1.2
122 Hong Kong	1.4/0.4	2.4	7	6	35	17	65	76	1.9	92	2.6
123 Canada	5.8/1.9	1.2	8	7	27	15	71	76	1.7	76	1.2
124 Danemark	1.0/0.3	0.2	9	11	17	11	72	75	1.5	86	0.6
125 Pays-Bas	3.1/0.9	0.7	8	9	21	12	73	76	1.5	88	1.0
126 Norvège	0.9/0.3	0.4	9	11	18	12	73	76	1.6	73	2.7
127 Japon	28.2/7.7	0.9	7	7	18	13	68	77	1.8	76	1.4
128 Suisse	1.2/0.4	0.1	10	10	18	11	71	76	1.5	58	0.8
129 Finlande	1.0/0.3	0.4	9	10	19	13	68	74	1.6	64	1.9
130 Suède	1.6/0.5	0.2	10	12	14	11	73	76	1.6	84	0.7

TABLEAU 6: INDICATEURS ÉCONOMIQUES

	PNB par habitant (dollars) 1984	Déviance annuelle moyenne du PNB par habitant (%) 1965-1984 1980-1984	Taux d'inflation (%) 1973-1984	Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté absolue 1977-1984 urbaine/rurale	Pourcentage des dépenses de l'administration centrale aux secteurs santé/éducation/défense 1983	Rapport de l'APD en millions de dollars (1983) en pourcentage du PNB 1984 du pays bénéficiant	Service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services 1970 1984
Pays à TMJI très élevé (supérieur à 175)							
Médiane	260	1.0	-1.1	10.7	30/65	4.7/13.4/9.5	162/8.8
1 Afghanistan			2.3*		18/36	/ /	7/
2 Mali	140	1.1	1.9	10.4	27*/44*	2.5/10.1/7.9	320/32.0
3 Sierra Leone	310	0.6	1.1	15.4	/65	6.2/14.8/4.2	61/6.2
4 Malawi	180	1.7	1.4	9.4	25/85	6.8/13.4/6.2	159/13.8
5 Guinée	330	1.1	0.5	4.5	/	/ /	123/6.3
6 Ethiopie	110	0.4	0.5	4.4	60*/65*	/ /	363/7.7
7 Somalie	260		0.4	20.2	40/70	/ /	363/
8 Mozambique	230*		2.2		/		259/
9 Burkina Faso	160	1.2	2.1	10.6	/	6.8/19.6/20.7	188/19.7
10 Angola	470		-3.8		/	/ /	93/
11 Niger	190	1.3	-4.6	11.5	/35*	/ /	162/14.8
12 Rép. centrafricaine	260	0.1	2.8	13.8	/	/ /	114/18.8
13 Tchad	80*		12.3*		30/56	/ /	115/
14 Guinée-Bissau	190		-0.9		/		3.9/
15 Sénégal	380	-0.5	-0.7	9.0	/	4.7/17.6/9.7	333/14.8
16 Mauritanie	450	0.3	1.0	7.7	/	/ /	168/24.6
17 Kampuchea						/	17/
18 Libéria	470	0.5	5.0	6.7	23/	7.3/15.8/7.9	133/13.6
19 Rwanda	280	2.3	1.6	10.5	30/90*	/ /	165/10.2
20 Yémen, Rép. arabe du	550	5.9	2.7	12.6	/	4.9/12.9/17.0	314/8.2
21 Yémen, Rép. dém. pop. du	550		2.1		/20	/ /	85/7.3
22 Bhoutan	80*		1.3		/	/ /	18/6.0
23 Népal	160	0.2	0.6	8.1	55/65	4.5/9.9/5.4	198/7.9
24 Burundi	220	1.9	-0.5	12.2	55/85	/ /	141/150
25 Bangladesh	130	0.6	-0.7	9.9	86/86	/ /	1202/9.3
26 Bénin	270	1.0	0.9	10.8	/65	/ /	77/8.0
27 Soudan	360	1.2	2.4	19.3	/85*	13/6.1/9.5	616/
28 Bolivie	540	0.2	8.0	54.5	/85*	3.1/26.9/10.8	172/5.5
29 Tanzanie	210	0.6	4.5	11.5	15*/25*	/	559/14.7
30 Nigéria	730	2.8	6.9	13.0	/	/ /	33/0.0
31 Haïti	320	1.0	0.9	7.2	55/78	/ /	135/7.5
32 Ouganda	230	2.9	0.6	64.5	/	4.6/12.9/17.0	164/3.3
Pays à TMJI élevé (55-100)							
Médiane	740	2.1	0.1	12.1	27/42	4.7/15.8/13.5	156/4.2
33 Pakistan		2.5	3.4	10.8	32/29	1.0/3.1/34.8	698/2.1
34 Oman	6490	6.1	3.7	16.4	/	3.5/6.4/51.3	72/1.0
35 Rép. dém. pop. lao	80*					/ /	34/
36 Zaïre	140	-1.6	-0.7	48.2	/80*	3.2/16.3/7.9	314/10.1
37 Cameroun	800	2.9	3.5	12.8	15/40	3.7/13.2/9.6	188/2.5
38 Iran			0.9*			5.7/13.9/8.7	13/
39 Togo	250	0.5	3.1	8.2	42/	5.7/19.6/6.8	110/26.7
40 Inde	260	1.6	3.1	7.8	40/51	2.4/1.9/20.0	1547/0.8
41 Côte d'Ivoire	610	0.2	4.2	11.7	30*/26*	/ /	128/2.2
42 Ghana	350	1.9	3.6	52.2	59*/37*	5.8/18.7/6.2	216/5.7
43 Lesotho	530	5.9	2.7	11.9	50/55	7.2/17.4/	97/17.6
44 Egypte	720	4.3	4.6	13.1	21*/25*	2.8/10.7/15.7	1764/5.5
45 Zambie	470	-1.3	-2.2	10.4	25/	8.4/15.2/	238/9.8
46 Pérou	1000	-0.1	-1.9	56.7	49/	6.2/18.5/27.6	310/1.9
47 Jamahiriya arabe libyenne	8520	-1.1	-7.9	10.8	/	/ /	/
48 Maroc	670	2.8	0.1	8.3	28/45	2.9/18.6/14.9	286/2.3
49 Indonésie	540	4.9	3.6	17.4	26/44	2.2/9.4/11.7	673/0.9
50 Congo	1140	3.7	10.7	12.3	/	/ /	98/5.3
51 Kenya	310	2.1	1.2	10.8	10/55	7.0/20.6/13.8	431/7.5
52 Zimbabwe	760	1.5	3.2	11.4	/	6.1/21.5/18.3	298/5.8
53 Algérie	2410	3.6	3.4	12.2	20/	/ /	122/0.2
54 Honduras	700	0.5	2.4	8.6	14/55	/ /	290/9.6
55 Tunisie	1270	4.4	2.4	9.9	20/15	/ /	180/2.2
56 Guatemala	1160	2.0	-2.7	9.4	21/25	/ /	65/0.7
57 Arabie saoudite	10530	5.9	-4.4	14.1	/	/ /	7.4/15.4
58 Nicaragua	860	1.5	0.3	17.2	21/19	/ /	114/4.2
59 Afrique du Sud	2340	1.4	0.3	13.2	/		/
60 Turquie	1160	2.9	1.2	42.4	/	1.8/12.5/13.2	242/0.5
61 Iraq	3020*					/ /	4/
62 Botswana	960	8.4	8.4	9.8	40*/55*	5.6/19.4/7.0	103/11.6
63 Viet Nam							109/
64 Madagascar	260	1.6	6.6	14.4	50/50	/ /	156/7.0

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité juvénile-infantile (voir tableau 1).

	PNB par habitant (dollars) 1984	Croissance annuelle moyenne du PNB par habitant (%)		Taux d'inflation (%) 1973-1984	Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté absolue 1977-1984 urbaine/rurale	Pourcentage des dépenses de l'administration centrale: aux secteurs: santé/éducation/défense 1983	Flux de l'APD en millions de dollars (1983)/ en pourcentage du PNB 1984 du pays hélicoptère	Service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services 1970 1984
		1965-1984	1980-1984					
Pays à TMJI moyen (30-99)								
55 Médiane	1480	2.9	-0.5	11.9	21/38	7.1/13.7/10.6	149/1.3	9.3 14.1
65 Papouasie-Nlle-Guinée	710	0.6	-2.6	6.8	10/75	9.2/20.9/4.2	322/13.8	0.6 12.9
66 Équateur	1150	3.8	-2.8	17.8	40/65	7.5/26.0/10.6	136/1.5	8.6 33.4
67 Brésil	1720	4.6	-1.3	71.4	/	7.3/37/4.1	161/0.1	12.5 26.6
68 Birmanie	180	2.3	4.1	6.0	40/40	/	275/4.3	15.9 36.9
69 Salvador	710	0.6	7.2	11.3	20/32	8.4/16.6/15.8	263/6.6	3.6 17.2
70 Rép. dominicaine	970	3.2	1.1	9.0	45/43	10.5/15.3/8.7	198/4.2	4.6 18.0
71 Philippines	660	2.6	-1.3	12.9	32/41	6.8/25.6/13.6	397/1.2	7.3 14.1
72 Mexique	2040	2.9	0.6	31.5	/	1.2/11.0/2.0	83/0.1	23.6 34.3
73 Colombie	1390	3.0	-0.4	23.8	34/	/	88/0.2	12.0 20.6
74 Rép. arabe syrienne	1620	4.5	0.3	11.9	/	/	859/5.3	11.0 12.9
75 Jordanie	1570	4.8	2.5	9.6	14/17	3.6/11.5/25.6	677/18.0	3.6 14.8
76 Mongolie							50/1.3	
77 Paraguay	1240	4.4	1.5	12.9	19/50	3.7/12.0/12.5	77/	11.8 13.0
78 Liban								
79 Thaïlande	860	4.2	3.1	8.2	15/34	5.1/20.7/19.8	475/1.1	3.4 12.0
80 Albanie								
81 Chine	310	4.5	7.3	1.8	/	/	798/0.3	
82 Sri Lanka	360	2.9	3.1	14.9	/	/	468/8.0	
83 Venezuela	3410	0.9	5.2	11.7	/	8.6/19.1/5.2	14/	10.3 11.2
84 Emirats arabes unis	21920	-2.3	8.7	/		7.7/9.8/43.2	/	
85 Guyane	590	0.5	-2.2	7.8	/	/	/	
86 Argentine	2230	0.3	-3.8	180.8	30*/35*	14/7.6/9.1	49/0.1	21.5 29.1
87 Malaisie	1980	4.5	3.6	6.2	21/59	/	327/1.1	3.6 7.7
88 Corée, Rép. pop. dém. de								
89 Corée, Rép. de	2040	2.9	3.4	17.6	18/11	16/20.5/31.9	/	19.4 13.5
90 Panama	1980	2.6	1.9	6.7	21/30	13.1/11.0/	72/1.1	7.7 7.9
91 Maurice	1090	2.7	-1.0	12.7	12/12	7.8/15.6/0.9	36/3.5	3.0 14.8
92 Uruguay	1980	1.8	-3.7	50.0	25/	3.4/6.5/12.7	4/0.1	21.6 29.8
93 Roumanie	2560*		2.7	/		0.8/2.5/55		12.3
94 Yougoslavie	2110	6.6	-0.2	24.6	/	/	3/	9.9 6.8
Pays à faible TMJI (inférieur à 30)								
95 Médiane	7260	2.6	0.8	10.2	/	8.9/8.7/8.3	/	
96 URSS	4550*							
97 Chili	1700	0.1	1.9	75.4	35*/45*	6.0/13.7/12.0	2/	19.0 26.2
98 Trinité-et-Tobago	7150	2.6	10.4	15.6	/39	/	5/0.1	4.4 2.4
99 Jamaïque	1150	0.4	2.8	16.6	/80	/	170/8.2	2.7 21.0
100 Emirats arabes unis	16720	0.1	4.6	9.2	/	6.2/10.1/13.3	/	
101 Costa Rica	1190	1.6	3.5	24.1	/	22.5/19.4/3.0	217/6.7	10.0 25.3
102 Portugal	1970	3.5	-0.3	20.5	/	/	98/0.5	
103 Bulgarie	4150*							
104 Hongrie	2100	6.2	1.8	4.3	/	/	/	24.2
105 Hongrie	2100*	1.5		19.4	/	/	/	
106 Cuba								
107 Grèce	3770	3.8	-0.3	17.3	/	/	12/	
108 Tchécoslovaquie	5820*						13/	9.3 18.3
109 Israël	5060	2.7	0.4	84.4	/	4.3/8.4/29.0	1256/6.3	2.7 17.9
110 Nouvelle-Zélande	7730	1.4	2.1	13.6	/	12.6/11.9/4.9	/	
111 Autriche	9140	3.6	1.7	5.3	/	7.1/7.9/9.7	/	
112 Belgique	8610	3.0	0.6	6.4	/	1.7/13.9/5.2	/	
113 Rép. dém. allemande	7180*							
114 Italie	6420	2.7	0.8	17.2	/	11.5/8.6/3.5	/	
115 Etats-Unis	15390	1.7	0.9	7.4	/	10.7/1.9/23.7	/	
116 Rép. féd. d'Allemagne	11130	2.7	1.0	4.1	/	18.6/0.8/9.3	/	
117 Irlande	4970	2.4	0.6	14.4	/	/		
118 Singapour	7260	7.8	7.2	4.4	/	6.4/21.6/18.5	41/0.2	0.6 1.0
119 Espagne	4440	2.7	-0.1	16.4	/	0.6/6.0/4.4		
120 Royaume-Uni	8570	1.6	0.7	13.8	/	/		
121 Australie	11740	1.7	1.4	10.2	/	7.1/7.9/9.7	/	
122 France	9760	3.0	0.3	10.7	/	14.6/8.2/7.3		
123 Hong Kong	6330	6.2	6.0	9.8	/	/		
124 Canada	13280	2.4	0.6	9.2	/	6.3/3.6/8.0	14/	0.0 0.2
125 Danemark	11170	1.8	1.1	9.4	/	/		
126 Pays-Bas	9520	2.1	-0.2	5.9	/	11.3/11.2/5.3	/	
127 Norvège	13940	3.3	2.5	9.4	/	10.6/8.8/8.6	/	
128 Japon	10630	4.7	3.5	4.5	/	/		
129 Suisse	16330	1.4	1.5	3.9	/	13.4/3.1/10.4	/	
130 Finlande	10770	3.3	2.7	10.7	/	10.6/13.8/5.5		
131 Suède	11860	1.8	0.9	10.2	/	1.5/9.2/6.9		

TABLEAU 7:
INDICATEURS DE BASE RELATIFS A DES PAYS MOINS PEUPLES

	Taux de mortalité juvénile-infantile (moins de 5 ans)		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Population (millions d'habitants) 1985	Nombre annuel de naissances décès juvéniles-enfants (0-4 ans) (milliers) 1985	PNB par habitant (dollars) 1984	Espérance de vie à la naissance (années) 1985	Taux d'alphabétisation des adultes hommes/femmes (%) 1985	Taux d'inscriptions à l'école primaire du groupe d'âge pertinent garçons/filles 1982/1984
	1960	1985	1960	1985						
1 Gambie	361	292	205	169	0.6	32/9	260	36	36/15	85/51
2 Djibouti				152*	0.4	/	480*	/	/	/
3 Guinée équatoriale	315	223	188	132	0.4	17/4	180*	45	/	/
4 Swaziland	227	182	152	124	0.7	31/6	790	50	70/64	114/109
5 Gabon	288	178	171	108	1.2	41/7	4100	50	70/53	127/117
6 Comores	216	135	128	85	0.4	21/3	340	51	56*/40*	107*/76*
7 Maldives				75*	0.2	/	400*	83*/82*	/	/
8 Cap-Vert	213	95	143	70	0.3	11/1	320	60	61/39	/
9 Vanuatu		75*			0.1	/	350*	57*/48*	/	/
10 São Tomé-et-Principe				50*	0.1	/	330	73*/42*	/	/
11 îles Salomon				46*	0.3	/	640*		/	/
12 Saint-Christophe-et-Nièves				41*	(.)	/	1150		/	/
13 Dominique				40*	0.1	/	1010		/	/
14 Qatar	239	43	145	35*	0.3	11/(.)	19810	71	51*	105/101
15 Saint-Vincent				33*	0.1	/	840		/	/
16 Samoa				33*	0.2	/				
17 Suriname	96	41	70	33	0.4	11/(.)	3510	69	68*/63*	124*/115*
18 Antigua-et-Barbuda				30*	0.1	/	1860		/	/
19 Bahreïn	208	35	130	30	0.4	14/(.)	10470	70	79/64	107/93
20 Fidjii	98	34	71	29	0.7	21/1	1860	70	90/81	111/109
21 Belize				23*	0.2	/	1110		/	/
22 Bahamas				23	0.2	/	6690		/	/
23 Sainte-Lucie				18*	0.1	/	1130		/	/
24 Chypre	36	17	30	16	0.7	13/(.)	3650	75	/	/
25 Grenade				14*	0.1	/	860		/	/
26 Seychelles				14*	0.1	/	2430*		/	103*/102*
27 Barbade	91	16	74	11	0.3	5/(.)	4370	73	/	107/108
28 Brunei Darussalam				12	0.2	/	20520*		85*/69*	/
29 Malte	42	14	37	12	0.4	7/(.)	3360	72	86/82	98/92
30 Luxembourg	41	11	33	9	0.4	4/(.)	13160	72	/	/
31 Islande	22	8	17	6	0.2	5/(.)	11020	77	/	97/101

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité juvénile-infantile (voir tableau 1).

Note générale sur les données

Les données rassemblées dans ces tableaux s'accompagnent de définitions, de sources, d'explications des signes, et de notes spéciales lorsque, pour un chiffre précis, la définition générale utilisée pour cet indicateur ne s'applique pas. Des tableaux établis à l'aide d'un si grand nombre de sources — la liste des «sources principales» compte neuf organismes — sont inévitablement sujets à des degrés divers de fiabilité. Les données nationales officielles transmises aux organismes compétents des Nations Unies ont été utilisées chaque fois que cela était possible. Dans les nombreux cas où les données officielles fiables manquent, ce sont les estimations de l'organisme compétent des Nations Unies qui ont été utilisées. En l'absence de telles estimations normalisées au niveau international, les données des tableaux proviennent des bureaux des services extérieurs de l'UNICEF concernés. Ces données sont indiquées par un astérisque ou par la lettre y.

Les chiffres relatifs aux taux de mortalité infantile et juvénile

infantile, à l'espérance de vie, aux taux bruts de natalité et de mortalité, etc., ont été établis dans le cadre du travail courant d'estimations et de projections de la Division de la population des Nations Unies. Ces estimations et projections, ainsi que d'autres estimations internationales, font l'objet de mises à jour périodiques, ce qui explique pourquoi certaines données diffèrent de celles de publications antérieures de l'UNICEF. Dans le cas du PNB par habitant et de l'aide publique au développement (APD), les données sont le résultat d'un processus permanent de révision et de mise à jour dont sont responsables, respectivement, la Banque mondiale et l'OCDE.

Chaque fois que cela s'est avéré possible, seules des données nationales globales ou provenant d'enquêtes nationales par sondage ont été utilisées; il y a cependant quelques exceptions, comme par exemple dans le cas de la prévalence de l'émaciation. Une note indique les cas où le chiffre mentionné ne s'applique qu'à une partie d'un pays.

Signes et explications

Sauf indication contraire, les chiffres résumant les statistiques pour les quatre grands groupes de pays définis en fonction de leur taux de mortalité juvénile-infantile (TMJI) représentent les valeurs médianes établies pour chacun de ces groupes. La valeur médiane est la valeur centrale d'une série de valeurs classées par ordre de grandeur; c'est la moyenne la plus couramment utilisée lorsqu'on se trouve en présence d'un très large éventail de données différentes, comme c'est le cas dans les tableaux des pages précédentes. Elle offre notamment l'avantage d'éviter les distorsions

lorsqu'il s'agit de très petits ou de très grands pays. Lorsque l'éventail des données est moins étendu, la moyenne la plus couramment utilisée est la moyenne réelle, qui est la somme de toutes les valeurs divisée par le nombre de données. Toutefois, du fait que les pays cités ici ont des chiffres de population qui diffèrent grandement, on se heurterait immédiatement au problème de la pondération. D'où ce choix de la valeur médiane pour donner au lecteur une idée de la situation dans un pays caractéristique appartenant à un groupe de TMJI donné.

... Donnée non disponible

* Provenant des bureaux des services extérieurs de l'UNICEF

(-) Moins de la moitié de l'unité utilisée

T Total (par opposition à médiane)

x Voir notes relatives aux tableaux

y Provenant des bureaux des services extérieurs de l'UNICEF; voir notes relatives aux tableaux.

La plupart des chiffres relatifs au TMJI sont des interpolations à partir d'estimations calculées sur une période de cinq ans par la Division de la population des Nations Unies sur une base se prêtant à une comparaison internationale et en utilisant diverses sources. Dans certains cas, il se peut que ces estimations diffèrent des chiffres les plus récents des statistiques nationales.

Notes relatives aux tableaux

Tableau 1

Indicateurs de base

Sierra Leone	Inscriptions dans le primaire	1979
Mozambique	PNB par habitant	1980
Angola	PNB par habitant	1980
Niger	Inscriptions dans le primaire	1981
Tchad	PNB par habitant	1982
Libéria	Inscriptions dans le primaire	1980
Bhoutan	PNB par habitant	1981
Burundi	Alphabétisation des adultes	1982
Soudan	Alphabétisation des adultes	1983
Tanzanie	Alphabétisation des adultes	1983
Haiti	Inscriptions dans le primaire	1981
Rép. dém. pop. Iao	PNB par habitant	1981
Zaire	Inscriptions dans le primaire	1978
Egypte	Revenu des ménages	1974
Pérou	Revenu des ménages	1972
Arabie saoudite	Alphabétisation des adultes	1982
Iraq	PNB par habitant	1980
Viet Nam	Alphabétisation des adultes	1979
Brésil	Inscriptions dans le primaire	1980
Philippines	Revenu des ménages	1970
Mongolie	Revenu des ménages	1970-71
Thaïlande	Alphabétisation des adultes	1982
Sri Lanka	Inscriptions dans le primaire	1980
Venezuela	Revenu des ménages	1970
Emirats arabes unis	Alphabétisation des adultes	1975
Argentine	Revenu des ménages	1970
Malaisie	Revenu des ménages	1973
Corée, Rép. pop. dém. de	Inscriptions dans le primaire	1976
Corée, Rép. de	Alphabétisation des adultes	1982
Panama	Revenu des ménages	1970
Uruguay	Alphabétisation des adultes	1975
Roumanie	PNB par habitant	1983
URSS	PNB par habitant	1980
Chili	Alphabétisation des adultes	1984
Costa Rica	Revenu des ménages	1971
Portugal	Revenu des ménages	1973-74
Bulgare	PNB par habitant	1980
Pologne	PNB par habitant	1980
Cuba	Alphabétisation des adultes	1981, Age 10 ans et plus
Tchécoslovaquie	PNB par habitant	1980
Rép. dém. allemande	PNB par habitant	1980
Irlande	Inscriptions dans le primaire	1981
	Revenu des ménages	1973

Tableau 2

Nutrition

Sierra Leone	Allaitement au sein	1978
Ethiopie	Allaitement au sein	1977
Somalie	Malnutrition	Age 0-6 ans
Burkina Faso	Emaciation	1978
Angola	Allaitement au sein	1976, durée non spécifiée
Libéria	Malnutrition	1976
Rwanda	Allaitement au sein	Durée non spécifiée
Yémen, Rép. arabe du	Allaitement au sein	1979
	Malnutrition	1979
	Emaciation	1979
Yémen, Rép. dém. pop. du	Allaitement au sein	1978, régions rurales seulement
	Emaciation	1978
Népal	Allaitement au sein	1976
	Malnutrition	1975
	Emaciation	1975
Bangladesh	Allaitement au sein	1976
Soudan	Allaitement au sein	1979
Bolivie	Allaitement au sein	1977
	Malnutrition	1979
Haiti	Allaitement au sein	1977
	Emaciation	1978
Ouganda	Malnutrition	Entre 70% et 80% de la norme poids/longueur Moins de 70% de la norme poids/longueur
Pakistan	Allaitement au sein	1974/76
Zaire	Allaitement au sein	1975/76
Cameroun	Allaitement au sein	1978
Togo	Allaitement au sein	1977
	Emaciation	1977
Lesotho	Allaitement au sein	1976
Egypte	Allitètement au sein	1978
	Malnutrition	1978, enfants d'âge préscolaire
	Emaciation	1978
Pérou	Allaitement au sein	1977-78
	Malnutrition	1972
Maroc	Malnutrition	1971
Congo	Malnutrition	Age 0-15 ans
Kenya	Allaitement au sein	1978
	Emaciation	1979
Tunisie	Malnutrition	1975
	Emaciation	1974
Guatemala	Allaitement au sein	1978
Nicaragua	Malnutrition	1975

Notes relatives aux tableaux

Tableau 2

(suite)

Botswana	Allaitement au sein	1979
Papouasie-Nlle-Guinée	Malnutrition	1978, âge non spécifié
	Emaciation	1975
Equateur	Malnutrition	Age 0-6 ans
Brésil	Emaciation	Age 0-17 ans
Birmanie	Malnutrition	1974
Rép. dominicaine	Allaitement au sein	Age 0-3 ans
Philippines	Allaitement au sein	1975
	Malnutrition	1978
	Emaciation	Age 0-6 ans
Mexique	Allaitement au sein	1976
Rép. arabe syrienne	Allaitement au sein	1978
Jordanie	Allaitement au sein	1976
	Emaciation	1975
Paraguay	Allaitement au sein	1979
Thaïlande	Allaitement au sein	1979
	Emaciation	1978
Sri Lanka	Allaitement au sein	1975
	Emaciation	1976
Venezuela	Allaitement au sein	1977
Malaisie	Allaitement au sein	1974
Corée, Rép. de	Allaitement au sein	1974
Panama	Allaitement au sein	1979
	Malnutrition	1975
Trinité-et-Tobago	Allaitement au sein	1977
Jamaïque	Allaitement au sein	1976
Costa Rica	Allaitement au sein	1976
	Malnutrition	1978
Hongrie	Allaitement au sein	1975-76
Pologne	Allaitement au sein	1977
Hong Kong	Allaitement au sein	1974
Canada	Allaitement au sein	1978
Pays-Bas	Allaitement au sein	1975

Tableau 3

Santé

Afghanistan	Eau potable	1980
Sierra Leone	Vaccination	Age 1-2 ans
Guinée	Eau potable	1980
	Vaccination	1983
Mozambique	Eau potable	1980
	Tétanos	1982
Burkina Faso	Eau potable	1980
Angola	Vaccination	Age 1-2 ans
Niger	Tétanos	1983
Rép. centrafricaine	Eau potable	1980
	Vaccination	Age 1-2 ans
Tchad	Eau potable	1980
Sénégal	Vaccination	Age 0-2 ans
Bénin	Eau potable	1980
Bolivie	Rougeole	Age 1-5 ans
Pakistan	Service de santé	1978
Zaire	DTC	1983
Cameroun	Eau potable	1980
Côte d'Ivoire	Vaccination	Age 0-3 ans
Lesotho	Eau potable	1980
Egypte	Eau potable	1980
Pérou	Rougeole	Age 1-5 ans
Jamahiriya arabe libyenne	Eau potable	1980
Indonésie	DTC	2 doses seulement
Congo	Vaccination	Age 1-2 ans
Zimbabwe	Eau potable	1980
	Tétanos	1983
Honduras	Rougeole	Age 1-5 ans
Tunisie	Vaccination	Age 18-30 mois
Guatemala	DTC, poliomyélite	Age 1-4 ans
Nicaragua	Tétanos	1982
Turquie	Eau potable	1977
Iraq	Eau potable	1980
Papouasie-Nlle-Guinée	DTC	2 doses seulement
Equateur	Rougeole	Age 1-5 ans
Brésil	Poliomyélite	1980, 2 doses seulement
Birmanie	Poliomyélite	1982
	Poliomyélite	1985, âge 0-4 ans
Salvador	Eau potable	1980
	Poliomyélite	2 doses seulement
Rép. dominicaine	Poliomyélite	Age 0-3 ans
	Rougeole	Age 1-5 ans
Mexique	Rougeole	1980, âge 1-5 ans
	Rougedile	1984, âge 1-4 ans
Colombie	Tétanos	1983
Rép. arabe syrienne	Eau potable	1980
Jordanie	Eau potable	1980
	Tuberculose	1983
Liban	Eau potable	1980
	Vaccination	1982
Chine	Eau potable	1980
Emirats arabes unis	Eau potable	1980

Notes relatives aux tableaux

Tableau 3

(suite)

Guyane	Rougeole	1982
Corée, Rép. de	Rougoole	1980, âge 1-5 ans
	Rougeole	1982, âge 9-24 mois
Maurice	Eau potable	1980
	Rougeole	1982
Uruguay	Rougeole	Age 1-5 ans
Yougoslavie	Vaccination	1983
	Rougeole	Age 1-5 ans
URSS	Rougeole	Age 1-5 ans
Trinité-et-Tobago	Tétanos	1983
Jamaïque	Eau potable	1975
	Rougeole	1982
Koweït	Eau potable	1975
	Rougeole	Age 1-2 ans
Portugal	Tuberculose, DTC	1983
Hongrie	Rougeole	Age 1-5 ans
Pologne	Vaccination	1983
Cuba	Poliomyélite	2 doses seulement
Grèce	Tuberculose	1983
Tchécoslovaquie	Rougeole	Age 1-5 ans
Israël	Vaccination	1982
Nouvelle-Zélande	DTC, poliomyélite	1983, 2 doses seulement
	Rougeole	Age 1-5 ans
Autriche	Rougeole	1983, âge 1-5 ans
Belgique	Rougeole	Age 1-5 ans
Italie	DTC	1983, 2 doses seulement
	Poliomyélite	1983
Etats-Unis	Rougeole	1982, âge 1-5 ans
Rép. féd. d'Allemagne	Rougeole	Age 1-5 ans
Irlande	DTC	1983
Singapour	Rougeole	Age 1-5 ans
Royaume-Uni	Vaccination	1983
	Rougeole	Age 1-5 ans
France	Rougeole	1983
Hong Kong	Rougeole	1982
Danemark	Tuberculose	1983
Norvège	Tuberculose	1983
Japon	Tuberculose	1983
	DTC	1982
	Poliomyélite	1982, 2 doses seulement
Finlande	Rougeole	1980 et 1982, âge 1-5 ans
Suède	Vaccination	1983
	Vaccination	1983
	DTC	DT seulement
	Rougeole	Age 1-5 ans

Tableau 4

Education

Mali	Scolarisation primaire complète	1977
Sierra Leone	Inscriptions dans le primaire	1978
	Scolarisation primaire complète	1976
	Inscriptions dans le secondaire	1979
Niger	Inscriptions dans le primaire	1981
	Scolarisation primaire complète	1977
Tchad	Scolarisation primaire complète	1975
Libéria	Inscriptions dans le primaire	1980
	Inscriptions dans le secondaire	1980
Bhoutan	Scolarisation primaire complète	1978
Burundi	Alphabétisation des adultes	1982
Soudan	Alphabétisation des adultes	1983
Bolivie	Inscriptions dans le primaire	1980
	Scolarisation primaire complète	1976
Tanzanie	Alphabétisation des adultes	1983
Haiti	Inscriptions dans le primaire	1981
	Scolarisation primaire complète	1978
	Inscriptions dans le secondaire	1981
Ouganda	Scolarisation primaire complète	1978
Oman	Scolarisation primaire complète	1977
Rép. dém. pop. Iao	Inscriptions dans le primaire	1981
	Inscriptions dans le secondaire	1981
Zaire	Inscriptions dans le primaire	1978
	Scolarisation primaire complète	1976
	Inscriptions dans le secondaire	1978
Cameroun	Scolarisation primaire complète	1979
Iran	Scolarisation primaire complète	1969
Inde	Scolarisation primaire complète	1972
Côte d'Ivoire	Scolarisation primaire complète	1978
Ghana	Scolarisation primaire complète	1977
Lesotho	Scolarisation primaire complète	1978
Pérou	Inscriptions dans le primaire	1981
Arabie saoudite	Alphabétisation des adultes	1982
Iraq	Scolarisation primaire complète	1978
Viet Nam	Alphabétisation des adultes	1979
	Inscriptions dans le primaire	1980
	Scolarisation primaire complète	1977
	Inscriptions dans le secondaire	1980
Equateur	Scolarisation primaire complète	1978
Brésil	Inscriptions dans le primaire	1979
	Inscriptions dans le secondaire	1980

Notes relatives aux tableaux

Tableau 4

(suite)

Birmanie	Inscriptions dans le primaire	1977
Colombie	Inscriptions dans le secondaire	1977
Mongolie	Scolarisation primaire complète	1978
	Alphabétisation des adultes	1982
Paraguay	Scolarisation primaire complète	1978
Thaïlande	Scolarisation primaire complète	1977
	Inscriptions dans le primaire	1980
	Scolarisation primaire complète	1976
Venezuela	Inscriptions dans le secondaire	1980
Emirats arabes unis	Scolarisation primaire complète	1978
Argentine	Alphabétisation des adultes	1975
Corée, Rép. pop. dém. de	Scolarisation primaire complète	1975
Corée, Rép. de	Inscriptions dans le primaire	1976
Uruguay	Alphabétisation des adultes	1982
	Alphabétisation des adultes	1975
Chili	Inscriptions dans le primaire	1980
Trinité-et-Tobago	Alphabétisation des adultes	1984
Portugal	Inscriptions dans le primaire	1981
Cuba	Scolarisation primaire complète	1974
Grèce	Alphabétisation des adultes	Age 10 ans et plus
Irlande	Inscriptions dans le primaire	1980
Norvège	Inscriptions dans le primaire	1981
Suède	Inscriptions dans le primaire	1981

Tableau 6

Indicateurs économiques

Afghanistan	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-82
Mali	Seuil de pauvreté	1975
Ethiopie	Seuil de pauvreté	1976
Mozambique	PNB par habitant	1980
Angola	PNB par habitant	1980
Niger	Seuil de pauvreté	1975
Tchad	PNB par habitant	1982
	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-82
Rwanda	Seuil de pauvreté	1975
Bhoutan	PNB par habitant	1981
Soudan	Seuil de pauvreté	1975
Bolivie	Seuil de pauvreté	1975
Rép. dém. pop. lao	PNB par habitant	1981
Zaire	Seuil de pauvreté	1975
Iran	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-83
Egypte	Seuil de pauvreté	1976
Iraq	PNB par habitant	1980
	Seuil de pauvreté	1975
Botswana	Seuil de pauvreté	1971-72
Roumanie	PNB par habitant	1983
URSS	PNB par habitant	1980
Bulgarie	PNB par habitant	1980
Pologne	PNB par habitant	1980
Tchécoslovaquie	PNB par habitant	1980
Rép. dém. allemande	PNB par habitant	1980

Tableau 7

Indicateurs de base relatifs à des pays moins peuplés

Djibouti	PNB par habitant	1981
Guinée équatoriale	PNB par habitant	1981
Comores	Alphabétisation des adultes	1982
	Inscriptions dans le primaire	1980
Maldives	PNB par habitant	1981
	Alphabétisation des adultes	1977
Vanuatu	PNB par habitant	1981
	Alphabétisation des adultes	1979
Sao Tomé-et-Principe	Alphabétisation des adultes	1982
îles Salomon	PNB par habitant	1983
Qatar	Alphabétisation des adultes	1981
Suriname	Alphabétisation des adultes	1978
	Inscriptions dans le primaire	1978
Seychelles	PNB par habitant	1983
Brunéi Darussalam	PNB par habitant	1983
	Alphabétisation des adultes	1982

Définitions

Taux de mortalité juvénile-infantile	nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes au cours d'une année	PNB produit national brut. Les PNB annuels par habitant sont exprimés en dollars actuels des Etats-Unis. Les taux de croissance du PNB par habitant sont des taux de croissance annuelle moyenne calculés en fixant des lignes de tendance aux valeurs logarithmiques des PNB par habitant, aux prix constants du marché, pour chaque année de la période de référence
Taux de mortalité infantile	nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes au cours d'une année	
Espérance de vie à la naissance	nombre d'années que vivrait un nouveau-né sujet aux risques particuliers à une coupe instantanée de la population au moment de sa naissance	
Taux brut de mortalité	nombre annuel de décès pour 1000 habitants	
Taux brut de natalité	nombre annuel de naissances pour 1000 habitants	
Indice synthétique de fécondité	nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge	
Insuffisance pondérale à la naissance	moins de 2500 grammes	
Allaitement maternel	allaitement au sein exclusif ou partiel	
Prévalence de l'émaciation (malnutrition aiguë)	le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -2 E.T. (écart-type) du cinquantième centile de la population de référence poids/âge, c'est-à-dire les enfants dont le poids se situe à environ 77% (ou moins) du poids moyen par rapport à l'âge établi par le <i>National Center for Health Statistics</i> des Etats-Unis	
DTC	diphthérie, tétanos et coqueluche	
SRO	sels de réhydratation orale	
Taux d'alphabétisation des adultes	pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire	
		Seuil de pauvreté absolue le niveau de revenu au-dessous duquel le pouvoir d'achat ne permet pas un régime nutritionnel adéquat plus un accès aux biens de consommation non alimentaires essentiels
		APD aide publique au développement
		Répartition du revenu pourcentage du revenu du secteur privé dont disposent les 20% des ménages les plus riches et les 40% des ménages les plus pauvres
		Malnutrition des enfants bénigne ou modérée: entre 60% et 80% du poids souhaitable en fonction de l'âge; grave: moins de 60% du poids souhaitable en fonction de l'âge
		Taux de scolarisation primaire et secondaire le taux <i>brut</i> de scolarisation est le nombre total d'enfants inscrits dans le primaire ou le secondaire (qu'ils soient ou non en âge de fréquenter l'école primaire ou secondaire), exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants appartenant au groupe d'âge correspondant à l'un ou l'autre de ces niveaux d'enseignement. Le taux <i>net</i> de scolarisation est le nombre total d'enfants inscrits dans le primaire ou le secondaire qui appartiennent au groupe d'âge pertinent, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants appartenant à ce même groupe d'âge.
		Enfants ayant achevé leur scolarisation primaire pourcentage des enfants entrés à l'école primaire qui terminent avec succès ce cycle d'enseignement
		Service de la dette le total des paiements d'intérêts et des remboursements du principal afférents aux dettes extérieures publiques et aux emprunts garantis par l'Etat

Sources principales

Mortalité juvénile	Division de la population des Nations Unies et Bureau de statistique des Nations Unies	Malnutrition juvénile	Bureaux des services extérieurs de l'UNICEF
Population totale	Bureau de statistique des Nations Unies et Division de la population des Nations Unies	Emaciation (malnutrition aiguë)	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Population juvénile	Division de la population des Nations Unies	Production alimentaire et apport en calories	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et Banque mondiale
Natalité	Division de la population des Nations Unies	Accès à l'eau potable	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Décès juvéniles	Division de la population des nations Unies et UNICEF	Taux bruts de mortalité et de natalité	Division de la population des Nations Unies
PNB par habitant	Banque mondiale	Indice synthétique de fécondité	Division de la population des Nations Unies
Espérance de vie	Division de la population des Nations Unies	Population urbaine	Division de la population des Nations Unies
Alphabétisation des adultes	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	Taux d'inflation	Banque mondiale
Postes récepteurs de radio	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	Seuil de pauvreté absolue	Banque mondiale
Inscriptions scolaires et achèvement des études	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	Aide publique au développement	Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Accès aux services de santé	Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Dépenses de santé d'éducation et de défense	Banque mondiale
Naissances suivies par du personnel qualifié	Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Service de la dette	Banque mondiale
Répartition du revenu parmi les ménages	Banque mondiale		
Vaccination	Organisation mondiale de la Santé (OMS) et bureaux des services extérieurs de l'UNICEF		
SRO	Organisation mondiale de la Santé (OMS)		
Insuffisance pondérale à la naissance	Organisation mondiale de la Santé (OMS)		
Allaitement maternel	Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Enquête mondiale sur la fécondité		

De plus amples renseignements sur l'UNICEF et ses activités peuvent être obtenus auprès des bureaux de l'UNICEF suivants :

BUREAUX DE L'UNICEF

Siège de l'UNICEF à New York
Nations Unies, New York, NY 10017,
Etats-Unis d'Amérique

Siège de l'UNICEF à Genève
Palais des Nations,
CH-1211 Genève 10, Suisse

Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est
P.O. Box 44145, Nairobi, Kenya

Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et centrale
P.O. Box 443, Abidjan 04, Côte d'Ivoire

Bureau régional de l'UNICEF pour les Amériques et les Caraïbes
Apartado Aéreo 75 55, Bogotá, Colombie

Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie orientale et le Pakistan
P.O. Box 2-154, Bangkok 10200, Thaïlande

Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord
P.O. Box 811721
Amman, Jordanie

Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie centrale du Sud
73 Lodi Estate, New Delhi 110003, Inde

Bureau de l'UNICEF pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande
GPO Box 4045
Sydney NSW 2001, Australie

Bureau de l'UNICEF pour le Japon
c/o United Nations Information Centre
22nd floor, Shin Aoyama Building Nishikan
1-1, Minami-Aoyama 1-Chome
Minato-ku, Tokyo 107, Japon

COMITÉS NATIONAUX POUR L'UNICEF

Allemagne (République fédérale d'):
Deutsches Komitee für UNICEF
Steinfelderstrasse 9
D-5000 Cologne 1

Australie: UNICEF Committee of Australia
156 Castlereagh Street
AUS-Sydney NSW 2000

Autriche: Österreichisches Komitee für UNICEF
Vienna International Centre (UNO City)
22, Wagramer Strasse 9
A-1400 Vienne

Belgique: Comité belge pour l'UNICEF
1, rue Joseph-II-Bte 9
B-1040 Bruxelles

Bulgarie: Comité bulgare pour l'UNICEF
c/o Ministère de la santé publique
5, place Lénine
BG-Sofia

Canada: Canadian UNICEF Committee/
Comité UNICEF Canada
443 Mount Pleasant Road
CDN-Toronto, Ontario M4S 2L8

Danemark: Dansk UNICEF Komite
Billedvej 8, Frihavnen
DK-2100 Copenhague

Espagne: Asociación UNICEF-España
Apartado 12021
E-28080 Madrid

Etats-Unis d'Amérique: United States
Committee for UNICEF
331 East 38th Street
New York, NY 10016

Finlande: Suomen UNICEF-yhdistys r.y.
Finnish Committee for UNICEF
Perttulanlahti 6
SF-00210 Helsinki

France: Comité français pour le FISE-UNICEF
35, rue Félicien-David
F-75781 Paris Cedex 16

Grèce: Comité national hellénique pour
l'UNICEF
Xenias Street I
GR - Athènes 11527

Hong Kong: Hong-Kong Committee for UNICEF
2030 Morrison Hill Road, Ground Floor
Hong Kong

Hongrie: Az ENSZ Gyermekalap Magyar
Nemzeti Bizottság
P.O. Box 440
H-1395 Budapest 62

Irlande: Irish National Committee for
UNICEF
4, St. Andrew Street
IRL-Dublin 2

Israël: Israel National Committee for
UNICEF
P.O. Box 8009
IL-93105 Jérusalem

Italie: Comitato Italiano per l'UNICEF
Piazza Marconi, 25
I-00144 Rome EUR

Japon: Japan Committee for UNICEF
1-2 Azabudai 3-chome,
Minato-ku
J-Tokyo 106

Luxembourg: Comité luxembourgeois pour
l'UNICEF
99, route d'Arlon
L-1140 Luxembourg

Nouvelle-Zélande: New Zealand National
Committee for UNICEF, Inc.
G.P.O. Box 347
NZ-Wellington 1

Norvège: Den Norske UNICEF-Komite
Olaf Ryes Plass 8
N-0552 Oslo 2

Pays-Bas: Stichting Nederlands Comité
UNICEF
Postbus 85857
NL-2508 CN La Haye

Pologne: Polski Komitet Współpracy z
UNICEF
ul. Mokotowska 39
PL-00551 Varsovie

Portugal: Comité Portugês para a UNICEF
Praça Dr. Fernando Amado
Lote 568, 1 Andar
Zona J De Chelas
P-1900 Lisbonne

République démocratique allemande:
UNICEF-Nationalkomitee der
Deutschen Demokratischen Republik
Warschauer Strasse 8
DDR-1034 Berlin

Roumanie: Fondul Națiunilor Unite Pentru
Copii/Comitetul National Român
6-8 Strada Onesti
R-7000 Bucarest 1

Royaume-Uni: United Kingdom Committee
for UNICEF
55 Lincolns Inn Fields
GB-Londres WC2A 3NB

Saint-Marin: Comité national de Saint-Marin
pour l'UNICEF
c/o Segreteria di Stato per gli Affari Esteri
SM-47031 Saint-Marin

Suède: Svenska UNICEF-Komittén
Box III 14
S-100 61 Stockholm

Suisse: Comité suisse pour l'UNICEF
Postfach
CH-8021 Zurich 1

Tchécoslovaquie: Czechoslovak Committee
for Cooperation with UNICEF
Federal Ministry of Foreign Affairs
Loretské nam. 5
CS-110 00 Prague 1

Tunisie: Comité tunisien pour l'UNICEF
Le Colysée
Escalier B-Bureau 158
TN-Tunis

Turquie: UNICEF Türkiye milli Komitesi
Abdullah Cevdet Sok. 22/10
TR-Cankaya

Yugoslavie: Jugoslovenska Komisija
za Saradnju sa UNICEF-OM
Bulevar Lenjina 2
Palata Federacije-Zapadno Krilo
YU-11070 Novi Beograd

Bureaux de liaison

Argentine: Asociación Argentina para UNICEF
Avenida Belgrano 254
AR-1092 Buenos Aires

Cypre: United Nations Development
Programme
UNICEF
P.O. Box 3521
CY-Nicosie

Islande: UNICEF in Iceland
Storagerdi 30
IS-108 Reykjavik

Union des Républiques socialistes soviétiques:
Alliance of Red Cross
and Red Crescent Societies/
Sojuz Obschestv Krasnogo Kresta i
Krasnogo Polumesiasta
1, Cheremushkinskii Proezd 5
SU-Moscou 117036

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1987

La mort de millions d'enfants est tout aussi inacceptable lorsqu'elle advient dans l'«urgence silencieuse» de l'infection et de la malnutrition que lorsqu'elle s'affiche sur nos écrans de télévision dans les «urgences criantes» de la sécheresse et de la famine: c'est là le thème principal du rapport de cette année. Pour la première fois dans l'histoire, le monde dispose aujourd'hui des moyens nécessaires pour combattre efficacement la malnutrition et les maladies infantiles, sur une grande échelle et pour un coût modéré. Il suffit, pour démontrer de façon spectaculaire l'ampleur de ces nouvelles potentialités, de signaler que plus de quatre millions d'enfants ont déjà été sauvés, au cours des cinq dernières années seulement, par des pays qui se sont mobilisés pour appliquer les nouvelles solutions peu coûteuses avec l'ampleur nécessaire.

Les encadrés insérés dans le rapport illustrent ces expériences pays par pays, en décrivant les nouvelles méthodes utilisées pour améliorer fondamentalement les conditions de vie et de développement des enfants.

La deuxième partie du rapport présente brièvement une étude de l'UNICEF à paraître

prochainement, consacrée aux effets de la crise économique actuelle – et des politiques d'ajustement appliquées pour y faire face – sur les familles les plus pauvres du monde en développement. L'étude plaide en faveur de mesures d'ajustement qui, tout en contribuant à relancer la croissance économique, permettraient de protéger la croissance mentale et physique de la prochaine génération.

La troisième partie représente graphiquement, à l'aide de trente figures en couleur inédites basées sur les statistiques les plus récentes, la véritable «situation des enfants dans le monde» en 1986 et les principaux changements intervenus au cours des quarante dernières années. Ce chapitre commémore le quarantième anniversaire de l'UNICEF.

Enfin, le rapport se conclut sur une importante partie statistique comportant, pour tous les pays, des données relatives à la nutrition, la santé, l'éducation, la démographie et le développement économique. Conformément à l'esprit de l'ouvrage, les pays énumérés dans les tableaux statistiques sont classés en fonction du taux de survie de leurs enfants.