



Assemblée générale

Distr.
GÉNÉRALE

A/51/256
26 juillet 1996
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

Cinquante et unième session
Point 100 de l'ordre du jour provisoire*

ACTIVITÉS OPÉRATIONNELLES DE DÉVELOPPEMENT

Progrès accomplis à mi-parcours de la décennie dans l'application
de la résolution 45/217 de l'Assemblée générale relative au
Sommet mondial pour les enfants

Rapport du Secrétaire général

RÉSUMÉ

L'année 1996 représente un jalon dans le déroulement de la décennie consacrée au suivi des engagements pris et des promesses faites lors du Sommet mondial pour les enfants. Elle est marquée par l'appel lancé par le Secrétaire général pour que soient examinés, à mi-parcours de la décennie, les progrès accomplis depuis le Sommet mondial en vue d'une évaluation plus complète des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés pour la fin et pour le milieu de la décennie.

En février 1996, tous les chefs d'Etat ou de gouvernement ont été invités à appuyer de toute leur influence les examens de la mi-décennie à l'échelon national et l'élaboration du présent rapport. Tous les chefs des organismes des Nations Unies ont également été appelés à fournir un appui coordonné aux pays concernés par les programmes pour les aider à procéder à leurs examens nationaux dont le présent rapport analyse les résultats, y compris ceux des pays industrialisés.

Conformément à la Déclaration et au Plan d'action du Sommet mondial, l'analyse de l'évolution et des progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés en faveur des enfants ainsi que des résultats obtenus et des autres faits importants survenus depuis le Sommet est présentée dans une perspective régionale, y compris pour les pays industrialisés. L'action menée par le système des Nations Unies est mise en relief, comme spécifié dans la résolution.

* A/51/150.

Le présent rapport contient en outre un examen par objectif des progrès accomplis à la mi-décennie et présente en conclusion les enseignements à retenir et les tâches futures pour parvenir aux buts fixés pour l'an 2000.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphe</u> s	<u>Page</u>
I. INTRODUCTION	1 - 16	5
A. Importance du Sommet mondial pour les enfants	3 - 9	5
B. Situation à mi-parcours de la décennie	10 - 16	7
II. LE SUIVI DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS	17 - 64	9
A. Le Sommet mondial pour les enfants et la Convention relative aux droits de l'enfant	17 - 21	9
B. Élaboration et exécution des programmes d'action nationaux	22 - 29	10
C. Action menée par le système des Nations Unies	30 - 39	12
D. Contribution des organisations non gouvernementales (ONG)	40 - 46	14
E. Action pour des progrès durables	47 - 57	16
F. Mobilisation des ressources	58 - 64	19
III. PROGRÈS ACCOMPLIS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS	65 - 284	21
A. À l'échelon mondial	65 - 66	21
B. À l'échelon régional	67 - 100	21
1. Amérique latine et Caraïbes	67 - 71	21
2. Asie du Sud	72 - 77	22
3. Région de l'Asie orientale et du Pacifique ..	78 - 82	24
4. Afrique subsaharienne	83 - 88	25
5. Moyen-Orient et Afrique du Nord	89 - 92	26
6. Europe centrale et orientale, Communauté d'Etats indépendants et pays baltes	93 - 96	27
7. Pays industrialisés	97 - 100	28
C. Examen des résultats de la mi-décennie, par objectif	101 - 284	29
1. Mortalité néonatale et mortalité des enfants de moins de cinq ans	106 - 119	30
2. Vaccination, rougeole, tétanos néonatal et poliomyélite	120 - 140	33
3. Maladies diarrhéiques	141 - 153	37
4. Dracunculose (ou filariose)	154 - 164	40
5. Affections aiguës des voies respiratoires ...	165 - 174	41
6. Mortalité maternelle	175 - 187	43
7. La malnutrition des enfants	188 - 202	46
8. Troubles dus à une carence en iode	203 - 212	49
9. Carences en vitamine A	213 - 226	51
10. Allaitement maternel	227 - 242	53
11. Eau potable et assainissement	243 - 256	55
12. Education de base	257 - 271	57
13. Analphabétisme	272 - 284	60

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphe</u> s	<u>Page</u>
IV. CONCLUSION	285 - 299	63

Annexes

I. Objectifs concernant les enfants et le développement dans les années 90		67
II. État au 31 mai 1996 de la signature de la Déclaration du Sommet mondial, de l'élaboration des programmes d'action nationaux et de la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant		72

I. INTRODUCTION

1. Le Sommet mondial pour les enfants, qui s'est tenu au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York les 29 et 30 septembre 1990, a eu lieu moins d'un mois après l'entrée en vigueur de la Convention relative aux droits de l'enfant et son introduction dans le droit international, et a marqué une étape historique dans l'essor pris par la cause des enfants dans le monde. Réunissant 71 chefs d'État ou de gouvernement et 88 délégations à l'échelon ministériel, le Sommet a adopté la Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant et un Plan d'action en vue de son application. Dans le Plan d'action sont définis sept objectifs principaux concernant la survie, la santé, la nutrition, l'éducation et la protection des enfants, à atteindre d'ici l'an 2000, ainsi que 20 autres objectifs complémentaires (voir la liste complète des objectifs à l'annexe I). Dans sa résolution 45/217 du 21 décembre 1990, l'Assemblée générale des Nations Unies a prié instamment tous les États et les autres membres de la communauté internationale d'oeuvrer pour la réalisation de ces buts et objectifs.

2. Au paragraphe 35 iv) du Plan d'action du Sommet mondial, le Secrétaire général est prié d'organiser au milieu de la décennie un examen à tous les niveaux appropriés des progrès accomplis dans l'application de la Déclaration et du Plan d'action. Il a donc été décidé, lors de la présentation à l'Assemblée générale lors de sa quarante-neuvième session du rapport sur la suite donnée au Sommet mondial pour les enfants, que le 30 septembre 1996, sixième anniversaire du Sommet, serait une date tout indiquée pour faire le point des progrès accomplis à mi-parcours de la décennie. En février 1996, le Secrétaire général a invité tous les chefs d'État ou de gouvernement à appuyer personnellement les examens nationaux de la mi-décennie et a adressé une demande analogue aux chefs des organes et organismes compétents des Nations Unies. Le présent rapport est donc le fruit de nombreuses contributions des gouvernements et des organismes internationaux qui ont lancé des activités dont certaines sont encore en cours.

A. Importance du Sommet mondial pour les enfants

3. Le Sommet mondial pour les enfants fut la première d'une série de conférences mondiales organisées sous les auspices de l'ONU dans les années 1990. Ces conférences ont servi, par leurs contributions dans des domaines distincts mais connexes, la cause du développement humain dans le monde. Le Sommet mondial n'a donc pas seulement donné une importance nouvelle à la cause des enfants dans le programme d'action de la communauté internationale : il a constitué une base de départ pour une relance du mouvement international contre la pauvreté dans toutes ses dimensions sociales et économiques. Le Sommet et l'action à laquelle il a donné naissance ont bénéficié en cela de l'extraordinaire attention que les médias ont portée aux questions relatives à l'enfance.

4. Le Sommet a été pour le système des Nations Unies la première occasion de coordonner ses efforts pour donner suite à une conférence internationale en visant des objectifs précis, mesurables et assortis d'un délai. Ces objectifs sont issus de consultations dont les conclusions avaient déjà été approuvées par le Conseil d'administration du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

au titre d'une série de buts et de stratégies de développement en faveur des enfants pour les années 1990, qui avaient principalement pour objet de réduire la mortalité des nouveau-nés et des jeunes enfants, cette réduction étant considérée à la fois comme une fin en soi et comme un indicateur essentiel du bien-être général de la société.

5. L'engagement pris par de nombreux chefs d'État ou de gouvernement à l'égard des objectifs fixés, tant lors du Sommet que par la suite lorsque d'autres s'y sont associés, a apporté un important élément de crédibilité et de volonté politiques. La stratégie consistant à fixer un délai pour atteindre les buts, à les faire approuver au niveau politique le plus élevé et à proposer une aide, notamment technique, pour les réaliser, fait partie depuis lors des mécanismes utilisés par l'ONU pour mobiliser l'opinion internationale en faveur des questions touchant le développement humain.

6. L'élaboration conjointe de l'ordre du jour du Sommet mondial a facilité la mobilisation rapide et efficace de toute la communauté internationale aux fins de la Déclaration et du Plan d'action. En effet, l'idée maîtresse des objectifs et leur formulation précise ont leur origine dans des résolutions déjà adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé, la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous et le Conseil d'administration de l'UNICEF, ainsi que dans les principes d'action précédemment formulés par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation internationale du Travail (OIT) et la Banque mondiale. Des organisations non gouvernementales (ONG) internationales ont également participé à l'élaboration de la Déclaration et du Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants.

7. La validité des déclarations et plans internationaux se mesure, en dernière analyse, aux suites concrètes que leur donnent les gouvernements et à l'accueil que leur réservent les différentes couches de la société. Au cours de la période qui a suivi le Sommet, on a assisté à un élan sans précédent pour transformer les "promesses faites aux enfants" à l'échelon international en programmes d'action nationaux. Plus de 150 nations, représentant 85 % de la population mondiale des enfants, ont alors établi des programmes de cette nature. Dans 70 pays, dont de nombreux États fédéraux, une tâche analogue a été menée au niveau des subdivisions nationales, et des programmes d'action ont été établis à l'échelon des États, des provinces, des districts et des municipalités. Ce système des programmes d'action nationaux est un fait unique dans l'histoire de l'action des Nations Unies en faveur du développement et représente un nouveau type de relation entre la prise de décisions au niveau international et l'action au niveau national.

8. Le dynamisme des activités qui ont fait suite au Sommet mondial pour les enfants a aussi bénéficié du fait que ses objectifs ont été réaffirmés dans les déclarations et plans d'action des grandes conférences internationales qui ont eu lieu par la suite, notamment la Conférence des Nations Unies de 1992 sur l'environnement et le développement, la Conférence internationale de 1992 sur la nutrition, la Conférence mondiale de 1993 sur les droits de l'homme, la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, le Sommet mondial de 1995 pour le développement social, la quatrième Conférence mondiale de 1995 sur les femmes et la deuxième Conférence des Nations Unies sur

les établissements humains (Habitat II), tenue en 1996. On peut donc considérer que les décisions prises en 1990 par le Sommet mondial pour les enfants ont servi de tremplin pour les programmes relatifs au développement humain, à l'environnement et aux droits de l'homme que ces instances, à participation souvent beaucoup plus large, ont adoptés par la suite.

9. En septembre 1993, pour le troisième anniversaire du Sommet mondial pour les enfants, une table ronde a réuni à New York des représentants de gouvernements qui ont renouvelé leur engagement à l'égard des objectifs fixés pour l'an 2000 en faveur des enfants et adopté une série d'objectifs à plus court terme, fixés pour la fin de 1995. Les objectifs de la mi-décennie ont été établis en vue d'entretenir l'élan pris par les activités qui ont fait suite au Sommet. Comme les précédents, les objectifs de la mi-décennie sont issus d'une série de réunions internationales : la Conférence internationale de 1992 sur l'assistance aux enfants africains, organisée à Dakar par l'Organisation de l'unité africaine (OUA), la deuxième Conférence sur les enfants de l'Asie du Sud, organisée en 1992 à Colombo par l'Association sud-asiatique de coopération régionale (ASACR) et la Conférence sur les enfants arabes, organisée à Tunis, en 1992 également, par la Ligue des États arabes, ainsi que la Consultation ministérielle des pays d'Asie orientale et du Pacifique, tenue à Manille en 1993, et la session de 1993 du Comité mixte UNICEF/OMS des directives sanitaires. La Conférence mondiale de 1993 sur les droits de l'homme, tenue à Vienne, a approuvé la décision de fixer à 1995 la date à laquelle tous les États devraient avoir ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant. En avril 1994, le Sommet ibéro-américain a approuvé une série d'objectifs pour la mi-décennie concernant les pays d'Amérique latine et des Caraïbes aux termes de l'Accord de Nariño.

B. Situation à mi-parcours de la décennie

10. Aux fins de l'examen à mi-parcours, les objectifs du milieu et de la fin de la décennie ont été regroupés en 17 objectifs pour lesquels on dispose de quelques données chiffrées permettant de mesurer les progrès accomplis. On trouvera au chapitre III du présent rapport un compte rendu détaillé des résultats obtenus, objectif par objectif et à l'échelle régionale. Le chapitre II contient un exposé des nombreuses activités de tous ordres qui ont fait suite au Sommet mondial pour les enfants.

11. Bien que les données issues de l'examen à mi-parcours soient encore en cours d'analyse et d'interprétation, les premières informations paraissent encourageantes et permettent d'espérer que la plupart des objectifs en faveur des enfants seront atteints dans la majorité des pays. Il y a, certes, des différences considérables selon les pays et selon les régions et l'on constate que, pour certains objectifs, il n'y a pas eu de progrès notable. Dans certains cas, cela est dû au fait que l'objectif initial a été établi sur la base d'informations insuffisantes quant à l'ampleur du problème. Dans d'autres, la mise au point de stratégies efficaces exigeait un délai plus long. Dans d'autres cas encore, le bilan varie sensiblement selon les pays et selon les régions, voire à l'intérieur même des régions et des pays. Pour le reste de la décennie, la tâche essentielle sera d'améliorer ce bilan.

12. Les progrès les plus importants ont été faits dans le domaine des maladies qui peuvent être évitées et, plus particulièrement, en ce qui concerne la

promotion de services tels que la vaccination, la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, l'éradication de la polio et de la dracunculose (ou filariose) et la promotion de l'allaitement maternel. Des progrès sensibles ont été faits grâce à la ratification quasi universelle de la Convention relative aux droits de l'enfant qui a contribué à créer des conditions favorables à la protection de l'enfance. L'accès à l'eau salubre s'est considérablement amélioré. En matière d'éducation, les résultats semblent indiquer quelques progrès, mais plus lents qu'il ne serait souhaitable. Les résultats les moins satisfaisants concernent la régression de la malnutrition due à des carences protéiniques et caloriques, de la mortalité maternelle et de l'analphabétisme des adultes, et l'extension des services d'assainissement. Il est donc évident qu'il faut faire davantage pour atteindre l'objectif primordial qu'est la réduction substantielle de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

13. Vu les obstacles auxquels se heurte le développement humain dans de nombreuses parties du monde, l'effort fourni par beaucoup de pays en développement est vraiment impressionnant. Il est certain que l'impulsion donnée par le Sommet mondial pour les enfants et le système des programmes d'action nationaux qui en a résulté ont contribué dans une large mesure aux succès enregistrés, de même que l'intérêt accru porté aux questions relatives à l'enfance que le Sommet a contribué à susciter et dont témoigne l'attention soutenue portée à ces questions par les médias de tous les pays.

14. Certains éléments importants de la Déclaration et du Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants et de son suivi ne sont pas exprimés en termes d'objectifs mais sont des préoccupations connexes. L'un des engagements les plus importants concerne la nécessité de réduire les inégalités entre les sexes, d'améliorer la condition de la femme et d'assurer aux filles le même traitement, le même accès aux services et les mêmes chances qu'aux garçons et ce, dès la petite enfance. L'accent a été mis en outre sur la nécessité d'encourager la famille, vu le rôle primordial qui lui incombe en matière d'éducation et de protection des enfants; sur les problèmes concernant les enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, notamment les enfants exploités à des fins économiques et victimes de conflits armés; sur la nécessité de protéger l'environnement et de le gérer rationnellement afin de préserver l'avenir social et économique des enfants, et sur la nécessité de relancer la croissance économique. Toutes ces questions ont servi de base aux travaux des conférences internationales qui ont eu lieu par la suite.

15. Autre résultat important : les objectifs fixés en faveur des enfants ont été l'occasion de constater dans de nombreux pays que les systèmes de collecte de données d'information ne permettait pas de suivre d'assez près l'évolution des problèmes relatifs à la survie, au développement et à la protection des enfants. La collecte, l'analyse et l'exploitation des données ont donc donné lieu à d'importantes activités de développement des capacités et, depuis 1990, la disponibilité et la fiabilité des statistiques sociales se sont considérablement améliorées.

16. Le présent rapport montre clairement que les cinq années qui se sont écoulées de 1990 à 1995 ont été une période sans précédent sur le plan de la mobilisation sociale, des activités de plaidoyer et des progrès fondamentaux réalisés dans le monde entier en faveur des enfants, avec les incidences heureuses que cela implique sur le développement humain. S'il justifie une

certaine satisfaction, le bilan à mi-parcours de la décennie met aussi en évidence les domaines dans lesquels il faut à présent rectifier et améliorer les politiques, les stratégies, les plans d'action, voire les objectifs eux-mêmes. Cet effort permanent de réflexion et d'adaptation fait partie des activités de suivi auxquelles toutes les conférences des Nations Unies qui se sont succédé ces dernières années ont donné naissance.

II. LE SUIVI DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS

A. Le Sommet mondial pour les enfants et la Convention relative aux droits de l'enfant

17. Adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1989, la Convention relative aux droits de l'enfant est entrée en vigueur le 2 septembre 1990, acquérant ainsi la force obligatoire d'un traité international. Elle a été ensuite le traité relatif aux droits de l'homme le plus rapidement adopté de tous les temps, puisque le 1er juillet 1996, elle avait été ratifiée par 187 pays. Parmi les six pays qui ne l'ont pas encore fait, les États-Unis d'Amérique et la Suisse ont signé la Convention et exprimé leur intention de la ratifier.

18. Le fait que la ratification universelle de la Convention était l'un des objectifs de la mi-décennie a eu pour effet de lier les activités prévues par les programmes d'action nationaux pour atteindre les objectifs à la Convention qui leur a servi de cadre et de fondement juridiques. Dans de nombreux pays, la ratification a bénéficié de l'appui des ONG et d'organismes gouvernementaux - notamment les commissions nationales pour l'enfance - ainsi que des bureaux locaux et groupes affiliés d'organismes des Nations Unies - notamment les bureaux de pays de l'UNICEF et les comités nationaux pour l'UNICEF. L'appui unanime à la cause des enfants et l'attention soutenue des médias, ainsi que le caractère universel d'une convention qui couvre à la fois les droits sociaux, économiques, politiques et civils ont largement contribué à la ratification exceptionnellement rapide de la Convention.

19. L'action en faveur de l'enfance a en outre reçu un appui considérable des États parties qui se sont volontairement imposé une obligation juridique à l'égard des droits et devoirs consacrés par la Convention. En tant que traité international d'une durée illimitée, la Convention a légitimé les objectifs et, par ailleurs, en s'efforçant d'atteindre les objectifs, les pays tendent à faire prévaloir les droits énoncés dans la Convention. De nombreux programmes d'action nationaux témoignent d'une prise de conscience de plus en plus nette de ces interrelations.

20. La responsabilité des activités prévues par les programmes d'action nationaux a également été rattachée aux mécanismes de contrôle établis par la Convention. Conformément à l'article 44, le Comité des droits de l'enfant a été créé en 1991 pour surveiller l'exécution des programmes à l'échelon national. Plus de 50 pays ont déjà rendu compte au Comité des mesures qu'ils ont prises pour donner concrètement effet à leurs obligations conventionnelles. Le Comité n'a pas manqué de réexaminer les programmes d'action nationaux de façon à lier plus étroitement les progrès accomplis par rapport aux objectifs et le respect des droits de l'enfant. Les observations du Comité sur les rapports présentés

par les États parties ont fréquemment retenu l'attention des médias, ce qui a permis de surveiller de près la façon dont les gouvernements et les organisations internationales s'acquittent des promesses faites aux enfants lors du Sommet.

21. La Convention relative aux droits de l'enfant, qui constitue un cadre général pour la protection de l'enfance, non seulement renforce et étaye les mesures prises pour progresser vers les objectifs relatifs à la santé, à la nutrition et à l'éducation, mais impose aussi aux États parties de mettre en place une législation adéquate. A ce jour, 15 pays au moins ont incorporé les principes de la Convention dans leur constitution nationale et 35 autres ont adopté de nouvelles lois ou modifié des textes en vigueur pour aligner leur législation interne sur les normes établies par la Convention. Ces mesures, s'ajoutant à l'intérêt d'une grande partie de l'opinion publique pour la Convention, ont placé avec force les besoins des enfants au premier plan des préoccupations de politique générale et favorisé ainsi, directement ou indirectement, les activités visant à atteindre les objectifs.

B. Élaboration et exécution des programmes d'action nationaux

22. Le Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants prévoit l'éventuelle nécessité d'adapter les objectifs concernant les enfants à la situation propre à chaque pays en ce qui concerne l'échelonnement des activités, les priorités, les normes admises et la disponibilité des ressources, et admet également que les moyens utilisés pour atteindre les objectifs puissent varier selon les pays. Afin de faciliter cette adaptation et la mise au point des modalités d'exécution, tous les gouvernements ont été invités, à l'article 34 i) du Plan d'action, à élaborer des programmes d'action nationaux.

23. En mars 1996, 155 pays sur 193 avaient établi un programme d'action national, soit dans sa forme définitive, soit en projet. À l'exception de quelques petits pays insulaires en développement, la plupart de ceux qui n'ont signalé aucune action à cet égard sont des pays victimes d'une guerre, d'une catastrophe ou autres difficultés extrêmes. De nombreux pays d'Europe centrale et orientale et de la Communauté d'États indépendants (CEI) n'étaient pas représentés séparément au Sommet mondial pour les enfants, mais 25 d'entre eux ont par la suite signé la Déclaration et 15 ont commencé à établir ou établi leur programme d'action national. Parmi les 30 pays industrialisés, 18 ont définitivement mis au point ou préparé leur programme.

24. De nombreux États ont créé ou renforcé un conseil ou une commission chargé d'élaborer le programme d'action national et de veiller à son exécution, et présidé dans certains cas par le chef de l'État ou du gouvernement. D'autres États ont confié cette tâche à un comité ministériel ou à un ministère spécialisé (de la planification, de la santé ou des affaires sociales). Dans de nombreux pays, des établissements universitaires, des groupes religieux et communautaires et des ONG ont fait partie des mécanismes spéciaux de coordination, et des organismes des Nations Unies ont également participé à l'élaboration des programmes d'action nationaux.

25. Ces programmes ont été établis à une époque où de nombreux pays entreprenaient des réformes administratives tendant à décentraliser la gestion des affaires publiques, ce qui a également favorisé la décentralisation des

programmes. Ainsi, dans 65 pays appartenant à toutes les régions, des programmes d'action ont été établis à l'échelon des subdivisions nationales - État, province, district ou municipalité. En Chine, par exemple, chaque province a signé un contrat avec le Comité national de coordination pour les femmes et les enfants pour préparer un programme d'action. En Inde, huit États ont arrêté leur plan d'action et sept autres ont des plans à l'état de projet. En Amérique latine, 16 pays sur 24 ont décidé de décentraliser l'élaboration de leur programme d'action et dans les deux plus grands pays de la région, le Brésil et le Mexique, tous les États adhèrent à ce système. Plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, notamment l'Afrique du Sud et le Ghana, ont établis des plans décentralisés. Des mesures de décentralisation sont en cours dans certains pays du Moyen-Orient, notamment l'Égypte et le Soudan. Dans la région de l'Europe centrale et orientale, de la CEI et des pays baltes, la Croatie et la Fédération de Russie ont entrepris l'élaboration de programmes décentralisés.

26. Plusieurs pays ont décidé d'adapter les objectifs à leur situation nationale. L'Argentine, le Brésil, le Costa Rica et la Tunisie, par exemple, visent une baisse du taux de mortalité néonatale et du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, plus importante que celle prévue à l'échelon mondial. En matière d'éducation de base, l'Équateur, les Maldives, le Mexique, la République de Corée, l'Uruguay et le Zimbabwe visent aussi des objectifs plus élevés. Certains pays à faible revenu, comme Sri Lanka et le Bangladesh, se sont fixé des objectifs plus élevés dans certains secteurs, d'autres ont ajouté de nouveaux objectifs à ceux du Plan d'action, d'autres encore se sont fixé des objectifs moins ambitieux. Il faut s'attendre à ce que les examens nationaux des progrès accomplis au milieu de la décennie donnent lieu à d'autres adaptations et changements de priorité.

27. La plupart des pays en développement ont entrepris d'incorporer dans leurs plans nationaux de développement les objectifs et stratégies de leur programme d'action national qui ont, par ailleurs, servi de base à des actions concertées d'organismes des Nations Unies dans le cadre des notes de stratégie de pays et ont été pris en compte, en particulier par l'UNICEF, dans ses programmes de coopération.

28. Environ les deux tiers des programmes d'action nationaux des pays en développement comportent une estimation des incidences financières de la réalisation des objectifs mais, dans la plupart des pays, l'analyse des coûts n'a guère eu d'effet sur la répartition des ressources et sur la structure du budget national.

29. Les programmes d'action nationaux ont été un élément important de l'approche par objectifs que le Sommet mondial pour les enfants a été le premier à adopter à l'échelon mondial. Bien que la qualité et l'efficacité de ces programmes varient entre les pays et au sein même des pays, ce système a été une expérience nouvelle dont il y a beaucoup à retenir et qui pourra être très utile dans l'avenir. L'élaboration de ces programmes a donné lieu à de nombreuses activités de développement des capacités et de mobilisation, dont certaines ont eu des retombées intéressantes pour le développement social et économique en général, outre leur contribution immédiate au succès du programme du Sommet mondial.

C. Action menée par le système des Nations Unies

30. Au paragraphe 35 iii) du Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants, il est demandé à tous les organes et organismes des Nations Unies compétents de collaborer sans réserve à la réalisation des buts et objectifs du Sommet. Étant l'organisme des Nations Unies spécialement chargé des questions relatives à l'enfance, l'UNICEF a participé étroitement aux activités faisant suite au Sommet, tant à l'échelon national qu'à l'échelon international. Dans sa décision 1991/10, le Conseil d'administration du Fonds a prié le Directeur général de faire en sorte que l'UNICEF, sous la direction du Secrétaire général, collabore avec d'autres organisations et organismes compétents des Nations Unies, au titre de ses activités régulières, pour aider le plus possible les pays en développement à atteindre les objectifs fixés dans la Déclaration et le Plan d'action.

31. Bien que les organes et organismes des Nations Unies aient, en général, collaboré à la mise en oeuvre du Plan d'action, leur participation a été plus ou moins importante selon les pays et les organisations. Certaines organisations et certains gouvernements ont parfois eu tendance à considérer que les objectifs du Sommet mondial relevaient de la seule compétence de l'UNICEF. Mais depuis que ces objectifs ont été adoptés par les conférences internationales qui ont eu lieu ensuite et que l'élimination de la pauvreté et l'investissement dans les ressources humaines ont été reconnus par l'ensemble du système des Nations Unies comme étant des facteurs essentiels du développement humain, la responsabilité des objectifs en faveur de l'enfance est à présent plus largement partagée.

32. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a joué un rôle capital dans la définition des objectifs relatifs à la santé et dans l'aide fournie aux pays pour les atteindre. Sa collaboration avec le Fonds s'est exercée principalement dans le cadre du Comité mixte OMS/UNICEF des directives sanitaires (CMDS). En mai 1993, l'Assemblée mondiale de la santé, lors de sa quarante-sixième session, a invité les Etats membres de l'OMS à donner, au niveau politique et économique, la priorité voulue aux engagements énoncés dans le Plan d'action du Sommet mondial, et prié le Directeur général de l'OMS de prendre les mesures nécessaires à cet effet. Le Comité mixte a tenu une session extraordinaire en 1996 pour examiner les progrès accomplis dans la réalisation de tous les objectifs relatifs à la santé et a conclu que la définition des objectifs avait efficacement stimulé dans tous les pays les efforts en faveur de la santé et du bien-être des enfants et que ce résultat était déjà, en soi, très important. L'examen par objectif qui fait l'objet du chapitre III du présent rapport s'inspire dans une large mesure des travaux du Comité mixte.

33. Nombre de dispositions du Plan d'action intéressent directement le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dont l'action est principalement axée sur l'hygiène de la procréation, notamment la planification de la famille. Les organisations et organes des Nations Unies compétents dans le domaine de la santé de l'enfant et de l'hygiène de la procréation - FNUAP, COMS, UNICEF et PNUD - se sont fixé des buts communs correspondant aux objectifs du Sommet et ont distribué à leurs bureaux extérieurs des directives communes afin de renforcer leur collaboration. La Banque mondiale, dont le Rapport sur le développement dans le monde de 1993 était consacré à la santé et aux réformes dans ce domaine, a également prêté son concours à une série de mesures conformes

aux objectifs du Sommet mondial. On peut relever d'autres signes de la convergence des programmes. Par exemple, la Banque mondiale place désormais le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et le taux de mortalité maternelle au premier rang des indicateurs de la pauvreté.

34. Dans le domaine de l'éducation, la collaboration de l'Unesco et du Fonds s'est exercée dans le cadre du Comité mixte Unesco/UNICEF sur l'éducation, et à l'occasion des activités de suivi de la Conférence sur l'éducation pour tous tenue en 1990 à Jomtien (Thaïlande). En 1993, lors du Forum sur l'éducation pour tous, tenu à New Delhi avec l'appui de l'Unesco, de l'UNICEF et du PNUD, les neuf pays les plus peuplés du monde en développement - Bangladesh, Brésil, Chine, Egypte, Inde, Indonésie, Mexique, Nigéria et Pakistan - ont renouvelé leur engagement en faveur de l'éducation de base universelle. Le Fonds et l'Unesco ont en outre collaboré à la mise au point d'approches novatrices de l'éducation de base dans le cadre du projet mixte, intitulé "L'éducation pour tous : en faire une réalité". Ce projet offre un exemple d'action conjointe visant à accélérer les progrès vers l'objectif de l'éducation pour tous. Cet objectif a fait l'objet d'un examen approfondi en 1995-1996, dans le cadre du suivi de la Conférence de Jomtien aux niveaux régional et mondial, lors d'une réunion consultative tenue à Amman.

35. Les organes et organismes des Nations Unies qui fournissent une aide aux enfants dans les situations d'urgence, notamment le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et le Programme alimentaire mondial (PAM), ont tenu compte des objectifs en faveur des enfants dans leurs propres programmes. Entre la moitié et les deux tiers des bénéficiaires qu'ils visent sont des femmes et des enfants. Des programmes alimentaires appuyés par le PAM ont mis l'accent sur le régime nutritionnel des jeunes enfants, des femmes enceintes et des mères allaitantes et encouragé, entre autres, l'allaitement maternel. Le PAM a aussi appuyé l'éducation de base et l'alphabétisation par ses programmes d'alimentation scolaire. Les directives du HCR concernant les enfants réfugiés, qui dataient de 1988, ont été remaniées compte tenu des objectifs du Sommet mondial, et la collaboration du HCR avec d'autres institutions s'est intensifiée.

36. Lors des préparatifs du Sommet mondial de 1995 pour le développement social, l'Administrateur du PNUD a engagé les représentants résidents à faire une place importante aux objectifs en faveur des enfants dans leurs responsabilités et leurs activités en matière de développement humain durable. Depuis 1990, le Rapport sur le développement humain publié chaque année par le PNUD a donné, du développement et des stratégies nécessaires à sa réalisation, une vision qui concorde avec le programme d'activités dont le Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants et ses objectifs sont le modèle. Cela montre une fois encore que tous les organes et organismes du système des Nations Unies partagent une même conception du progrès humain, autour de laquelle ils unissent leurs efforts.

37. En octobre 1995, le Comité administratif de coordination (CAC) a souligné que les récentes conférences des Nations Unies, y compris le Sommet mondial pour les enfants, s'enchaînaient de façon continue. Il a en même temps recommandé de créer dans les différents organismes des centres de liaison chargés de contrôler le suivi de chaque conférence et de son programme d'action, et rappelé la nécessité pour les organisations compétentes et leurs bureaux locaux de

continuer à jouer leur rôle propre aux fins de l'application des recommandations des conférences ou des programmes d'action nationaux. Le Comité a réaffirmé à cet égard que l'UNICEF était le centre nerveux de toutes les activités relatives au Sommet mondial pour les enfants et à son suivi. En matière de suivi de toutes les conférences tenues ces dernières années, le Comité a pour principe qu'il faut donner la priorité à l'action des pays eux-mêmes et à l'élaboration de programmes d'action spécifiquement nationaux, moyennant l'appui coordonné des organismes compétents des Nations Unies.

38. La mise au point de méthodes permettant de mesurer les progrès accomplis a constitué un volet important des activités consécutives au Sommet mondial pour les enfants. L'UNICEF, l'OMS, l'Unesco et d'autres organismes ont étroitement collaboré pour établir une liste d'indicateurs de base à recommander aux pays pour mesurer les progrès. L'OMS et l'UNICEF ont défini ensemble les indicateurs de base concernant tous les objectifs relatifs à la santé et à la nutrition. Avec le Fonds international de développement agricole (FIDA), l'UNICEF a procédé à un examen technique des indicateurs de la sécurité alimentaire des ménages. Avec l'Unesco, l'UNICEF a mis au point et appliqué un système de mesure des résultats scolaires. Dans le cadre du Système conjoint de surveillance de l'eau et du réseau sanitaire, l'UNICEF et l'OMS ont défini les critères de base permettant de mesurer les progrès accomplis dans le domaine de l'eau et de l'assainissement. Enfin, le PNUD et l'UNICEF ont évalué ensemble les flux d'aide que gère le Comité d'aide au développement de l'Organisation des coopérations et de développement économiques (OCDE).

39. Le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, l'Unesco et l'OMS ont en outre contribué à la mobilisation des ressources aux fins des objectifs du développement humain en mettant au point la formule 20 %/20 %, selon laquelle les pays en développement devraient affecter aux services sociaux de base des crédits représentant 20 % au moins du montant total de leurs dépenses publiques, et les gouvernements donateurs 20 % au moins de l'aide publique au développement (APD), y compris les contributions à des organismes multilatéraux et à des ONG. Par l'intermédiaire du réseau des coordonnateurs résidents, le système des Nations Unies aide les gouvernements qui en font la demande à appliquer la formule 20 %/20 % à l'échelon national.

D. Contribution des organisations non gouvernementales (ONG)

40. L'exceptionnel mouvement de mobilisation sociale, d'activités de plaidoyer et d'action concrète suscité par l'adoption de la Convention relative aux droits de l'enfant et par le Sommet mondial pour les enfants n'aurait pas pris un tel essor ni obtenu de tels résultats sans la contribution des organisations non gouvernementales (ONG). Les objectifs en faveur des enfants ont permis d'établir un programme d'activités international autour duquel se sont mobilisées dans le monde entier les ONG qui oeuvrent au service de l'enfance. Celles-ci ont bien accueilli les objectifs qui étaient issus d'une analyse globale des problèmes relatifs à l'enfance et indiquaient en même temps la voie menant à des projets et activités bien définis qu'elles avaient les moyens et la capacité d'entreprendre.

41. Des ONG nationales, locales et internationales ont participé à l'élaboration et à l'exécution des programmes d'action nationaux dans plus de 90 pays. Dans de nombreux pays, des ONG sont membres permanents des comités

chargés d'élaborer et de mettre en oeuvre ces programmes, ce qui leur a permis de nouer des relations plus étroites avec des représentants des services et organismes officiels compétents. Les administrations publiques et les ONG ont ainsi eu l'occasion de concentrer leurs efforts sur des objectifs communs. L'exécution des activités a en outre stimulé la coopération entre ONG et montré la nécessité de développer sur le plan institutionnel les ONG qui sont au service de l'enfance.

42. Dans les pays où les programmes d'action nationaux ont été décentralisés, les ONG locales et communautaires ont eu l'occasion d'intervenir et de jouer un rôle essentiel dans la prestation de services, la sensibilisation de l'opinion et la mobilisation des populations locales. Pour atteindre les objectifs, il ne suffit pas de mettre en place des services, il faut aussi modifier les comportements. Proposer un service n'aura guère d'effet sur le bien-être des enfants et des mères s'il n'est pas utilisé, et utilisé efficacement. C'est pourquoi les groupes religieux, les groupements féminins, les organisations de jeunes, les associations de parents et d'enseignants et autres, qui forment la trame du tissu communautaire, ont un rôle essentiel à jouer pour que des progrès durables soient faits à l'échelon local.

43. Les ONG ont joué un rôle capital dans les activités de promotion des objectifs en faveur des enfants en sensibilisant l'opinion publique et les dirigeants politiques par des campagnes dans les médias. Dans de nombreux pays, et surtout dans le monde en développement, les ONG se sont chargées d'une responsabilité particulière à l'égard des objectifs et se sont faites les défenseurs et les champions de la cause des enfants. Elles ont en outre organisé des rencontres, des conférences et des journées d'étude ayant pour thème les objectifs du Sommet mondial et la Convention relative aux droits de l'enfant, à l'intention de leurs propres adhérents. Par exemple, 5 000 scouts, représentant plus d'un million de membres dans la région de l'ASACR, ont fait la promesse de diffuser des informations sur la thérapie de réhydratation par voie orale, lors du Jamboree de l'Organisation mondiale du scoutisme, en 1994. Plus d'une centaine de chefs religieux de huit religions différentes et de chefs de groupes traditionnels autochtones de 14 pays d'Asie et du Pacifique ont publié, en 1993, une déclaration invitant instamment les organisations spirituelles et religieuses à agir en faveur des objectifs du Sommet mondial pour les enfants et de la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant.

44. Quatre grandes ONG internationales - Save the Children Alliance, World Vision International, Plan International et Fonds chrétien pour l'enfance - ont lancé ensemble une action en faveur de l'éducation des filles dans six pays : Sénégal, Bolivie, Inde, Bangladesh, Malawi et Philippines, et la possibilité d'une collaboration future avec des partenaires intergouvernementaux, notamment l'UNICEF et la Banque mondiale, est à l'étude.

45. Certaines ONG internationales ont consacré le meilleur de leurs efforts à la poursuite d'un objectif particulier et ont pris dans ce domaine la tête des activités de mobilisation des ressources et de promotion. Depuis 1987, Rotary International a remarquablement favorisé l'éradication de la polio grâce à sa campagne quinquennale Polio Plus. L'Association internationale Helen Keller a joué un rôle de premier plan dans la lutte contre les troubles dus à une carence en vitamine A (principale cause de cécité accidentelle) en distribuant des capsules de vitamine A et en fournissant une assistance technique à des ONG et à

des ministères de la santé. Depuis 1994, l'Organisation mondiale du scoutisme contribue à la promotion de l'utilisation universelle de la thérapie de réhydratation par voie orale pour traiter la déshydratation due à la diarrhée. Kiwanis International a lancé le Worldwide Service Project pour s'associer à la lutte contre les troubles dus à la carence en iode et mobilisé dans 11 pays des contributions aux fins des programmes visant cet objectif. Le Programme mondial pour l'an 2000 du Centre Carter a joué un rôle important avec l'UNICEF et l'OMS dans la lutte contre la dracunculose.

46. Enfin, la contribution des ONG à la ratification quasi universelle de la Convention relative aux droits de l'enfant et à son application a été considérable. Si la reconnaissance des droits de l'enfant s'est si largement répandue dans l'opinion publique, c'est principalement grâce à l'action de nombreuses ONG internationales et nationales. À l'échelon international, la Save the Children Alliance et les comités nationaux pour l'UNICEF ont été particulièrement actifs. Le Groupe des ONG pour la Convention relative aux droits de l'homme (qui compte 37 ONG internationales) fournit en permanence à leurs réseaux régionaux et aux ONG nationales des informations sur les rapports que les États parties présentent au Comité des droits de l'enfant et sur des rapports "parallèles" établis par des associations d'ONG. Le Groupe des ONG suit les progrès réalisés dans l'application de la Convention ainsi que les travaux du Comité, auquel il fournit sur demande des informations.

E. Action pour des progrès durables

47. Pour atteindre les objectifs en faveur des enfants et pour que les bénéfices acquis soient durables, il a fallu que des efforts considérables soient faits à différents niveaux de la société et par de nombreuses institutions pour développer et renforcer les capacités. De nombreux membres de la communauté internationale ont fourni aux pays une assistance technique et matérielle pour recenser les besoins dans ce domaine et y répondre. À l'échelon national, le développement des capacités en matière de prestation de services a été une priorité très importante. Vers la fin des années 80, à l'époque de la campagne mondiale pour l'"immunisation universelle des enfants d'ici 1990", de nombreux pays ont considérablement renforcé et étendu leurs réseaux de soins de santé primaires et de santé maternelle et infantile afin d'atteindre les communautés et les familles les plus pauvres et les plus isolées.

48. L'un des domaines dans lesquels le développement des capacités était le plus nécessaire était le relevé systématique de données sociales, notamment la mise au point de systèmes de collecte des données et de méthodes d'enquête permettant de suivre l'évolution des tendances. À l'époque du Sommet mondial, il était clair que, pour beaucoup d'objectifs et dans de nombreux pays, les moyens de suivre avec la périodicité appropriée les améliorations apportées au bien-être des enfants étaient insuffisants, voire inexistantes. Reconnaisant ces lacunes, le Sommet mondial, au paragraphe 35 iv) de son Plan d'action, a demandé l'aide de l'ONU pour mettre en place "des mécanismes appropriés de suivi de l'application du présent Plan d'action, en faisant appel aux spécialistes des bureaux de statistique de l'ONU, des institutions spécialisées, de l'UNICEF et d'autres organes des Nations Unies". Dès les premières étapes du suivi du Sommet, la mise au point de ces mécanismes a retenu l'attention, comme cela est indiqué plus haut, au paragraphe 38.

49. Des listes d'indicateurs de base recommandés aux pays pour suivre les progrès accomplis par rapport aux objectifs du Sommet ont été dressées par l'UNICEF, l'OMS et l'Unesco en veillant à ce que leur clarté permette aux dirigeants politiques, aux directeurs de programmes et au grand public de les comprendre et de les utiliser sans difficulté. De nombreux pays en développement ont, pour leur part, entrepris de perfectionner leurs systèmes préexistants de collecte de données pour pouvoir mettre à la disposition des planificateurs et des programmeurs des données de base fiables sur des phénomènes vitaux tels que la mortalité, la morbidité, la prévalence des différentes maladies, l'état nutritionnel, le taux de scolarisation et autres.

50. Une partie importante de la tâche a consisté à mettre au point, pour mesurer les indicateurs sociaux relatifs aux objectifs en faveur des enfants, des instruments de mesure qui soient d'utilisation rapide, peu coûteux et fiables. Les recensements n'ayant lieu, en général, que tous les dix ans, l'application des méthodes classiques d'enquête dans le domaine social risquaient d'entraîner des retards du même ordre.

51. L'une des plus importantes activités de développement des capacités en matière de collecte, d'analyse et d'exploitation des données a été l'élaboration par l'UNICEF, divers organismes des Nations Unies et des institutions universitaires, d'une méthode d'enquête sur les ménages à l'usage des pays, à savoir le système d'enquête en grappes à indicateurs multiples. Cette méthode allie la rapidité et la simplicité des enquêtes en grappes, à la fiabilité et à l'étendue des méthodes classiques d'enquête sur les ménages. Rapide et très souple, cette méthode permet d'ajouter des "modules" aux enquêtes sur les ménages qu'effectuent les pays. Elle est en outre particulièrement peu coûteuse : d'après des données concernant 77 pays, le coût moyen des enquêtes effectuées en application de cette méthode et des opérations connexes de contrôle a été compris entre 50 000 et 75 000 dollars des Etats-Unis, soit un coût relativement peu élevé par rapport à celui des enquêtes socio-économiques de type classique et de même envergure. En janvier 1996, 91 pays avaient achevé une enquête en appliquant la nouvelle méthode, ou s'étaient engagés à le faire, aux fins de l'examen à mi-parcours de la décennie. Sur les 105 pays en développement pour lesquels on dispose de rapports de situation à la mi-décennie, 82 ont appliqué la méthode d'enquête en grappes à indicateurs multiples pour effectuer une enquête spéciale, ou ont incorporé des "modules" dans d'autres enquêtes nationales. Ces enquêtes ont été conçues de manière à pouvoir servir à l'élaboration et à l'examen des politiques. Leur utilisation a contribué à stimuler la collaboration intersectorielle, elles fournissent en outre une base de données ventilées par sexe et par âge et représentent en soi une contribution utile aux activités visant à atteindre les objectifs en faveur des enfants.

52. Depuis 1992, l'UNICEF élabore et diffuse largement un rapport, intitulé Le progrès des nations, dans lequel les progrès ou l'absence de progrès dans la réalisation des objectifs sont présentés dans des tableaux où les pays sont groupés par catégorie régionale. Cette présentation permet aux pays de comparer leurs progrès à ceux d'autres pays de la région et favorise en outre le dialogue entre les pouvoirs publics en vue d'une action.

53. En ce qui concerne les objectifs sectoriels, des efforts considérables ont été faits pour améliorer l'efficacité des systèmes de prestation de services.

Dans le domaine des soins de santé, l'Initiative de Bamako, proposant une nouvelle approche des programmes et lancée en 1987 par les ministres africains de la santé, a été largement mise en oeuvre, principalement en Afrique de l'Ouest. Elle visait à réactiver des services de santé qui avaient cessé de fonctionner par suite de difficultés de recrutement de personnel, d'infrastructures et d'approvisionnement en fournitures médicales, et mettait l'accent sur la gestion locale des centres sanitaires et de l'approvisionnement en médicaments essentiels. Des programmes fondés sur l'Initiative de Bamako sont actuellement en cours dans 41 pays : 28 en Afrique subsaharienne, cinq en Asie et au Moyen-Orient, deux dans la région de l'Europe centrale et orientale, de la CEI et des pays baltes et six dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Dans plusieurs pays, des services de santé gérés par la communauté ont réussi à réaliser des gains suffisants pour couvrir le coût des traitements et des médicaments essentiels, et les dépenses renouvelables.

54. En ce qui concerne la lutte contre les troubles dus chez les enfants à des carences nutritionnelles, les activités de développement des capacités ont porté, entre autres, sur l'établissement de liens d'association avec des industries privées visant, par exemple, l'enrichissement de produits alimentaires en vitamine A. Un effort considérable a également été fait en ce qui concerne l'adjonction d'iode au sel pour prévenir les carences en iode. Bien que dans les pays en développement la production de sel soit souvent une industrie artisanale non mécanisée et qu'il soit donc difficile d'intervenir dans le processus de la fabrication, des moyens très ingénieux ont été employés pour étendre le champ d'application des plans nationaux pour l'iodation du sel aux producteurs de toutes les catégories. La quasi-totalité des 94 pays où les carences en iode posent des problèmes ont désormais des plans d'iodation massive du sel fondés sur un partenariat entre les secteurs public et privé. Ces plans, qui tiennent compte des problèmes de coût et de participation, remplissent les conditions nécessaires pour être durables.

55. Dans le domaine de l'alimentation en eau et de l'assainissement, des progrès considérables ont été faits dans la mise au point de techniques et de systèmes de gestion peu onéreux qui font appel au concours de la communauté, en vue d'atteindre les objectifs de la fin de la décennie. En revanche, la redistribution des investissements dans cette direction est moins satisfaisante.

56. En ce qui concerne l'éducation, le développement des capacités exige beaucoup plus que d'ouvrir des écoles pour les enfants non scolarisés. Les investissements dans les ressources humaines auront une importance capitale pour accroître les effectifs du corps enseignant. Il faut aussi revaloriser les aptitudes des maîtres à l'enseignement pour que les classes soient plus vivantes et intéressantes, renforcer les relations entre l'école et les organisations communautaires, instituer des programmes de bourses pour encourager la fréquentation scolaire, organiser des classes à plusieurs niveaux dans les zones isolées et peu peuplées, et développer l'enseignement préscolaire.

57. De nombreuses initiatives ont été prises au cours des cinq dernières années pour décentraliser la planification et la prestation des services de base à l'intention des enfants et des femmes. Cette décentralisation prend des formes diverses mais l'idée maîtresse reste la même : aider les administrations locales à mieux s'acquitter de la gestion des services et de leur responsabilité, avec notamment le souci de l'intérêt commun. Il y a cependant d'importants problèmes

à résoudre avant que la décentralisation fasse pleinement sentir ses effets. Il faudra, en particulier, établir un juste équilibre entre l'autorité centrale et la périphérie, transférer du centre à l'échelon local les compétences techniques et administratives et allouer des ressources supplémentaires aux administrations locales pour leur permettre de s'acquitter de nouvelles fonctions. Le développement plus poussé de la collaboration entre les administrations locales et les communautés - y compris les ONG et les organisations communautaires - influera profondément sur les progrès accomplis par rapport aux objectifs en faveur des enfants et sur leur pérennité.

F. Mobilisation des ressources

58. Au paragraphe 34 iii) du Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants, chaque pays est invité "à réviser [...] son budget ordinaire et, dans le cas des pays donateurs, le budget d'aide au développement, de façon que les programmes destinés à réaliser les objectifs de la survie, de la protection et du développement de l'enfant soient considérés comme prioritaires lors de l'affectation des ressources". Il est souligné ensuite que "rien ne devrait être épargné pour que l'exécution de ces programmes soit garantie dans les époques d'austérité économique et d'ajustement structurel". Pour ouvrir plus largement l'accès aux services sociaux de base, des ressources supplémentaires seront nécessaires et devront être gérées efficacement pour réaliser des économies.

59. La mobilisation des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs est, depuis le Sommet mondial pour les enfants, une préoccupation constante. Les premières estimations donnent à penser qu'un montant supplémentaire de 20 milliards de dollars des États-Unis serait nécessaire chaque année, pendant la durée de la décennie. Dans leur programme d'action national, plusieurs pays ont tenté de chiffrer le déficit de leurs ressources nationales par rapport au financement qu'exige la réalisation des objectifs. En Équateur, par exemple, le programme d'action national comporte l'objectif "impératif" de rétablir pour la mi-décennie l'affectation au secteur social de crédits représentant 9,4 % des dépenses publiques, comme c'était le cas en 1980. En Égypte, le programme d'action national recommande d'affecter 7,5 % du budget aux services sociaux de base dans le plan de développement pour la période 1992-1997. Le Sénégal prévoit de porter de 5 à 9 % d'ici l'an 2000 la part du budget consacrée à la santé. Mais les programmes d'action nationaux ne comprennent pas tous une estimation des coûts et, même lorsque les coûts ont été établis, l'expérience montre que les difficultés budgétaires, le fardeau de la dette et l'absence de consensus politique ont limité les effets de ces estimations sur l'établissement des budgets annuels.

60. L'initiative de la formule 20 %/20 %, évoquée plus haut, au paragraphe 39, est issue dans une certaine mesure du Sommet mondial pour les enfants et des débats qui ont eu lieu à l'époque sur la mobilisation des ressources aux fins du développement humain. Le principe de la réciprocité, qui est un élément essentiel de la formule, s'est imposé à une époque où la faiblesse de leur économie et les pressions du financement extérieur ont conduit de nombreux pays en développement à adopter des politiques d'austérité rigoureuses. La suite a montré que c'est souvent le secteur social qui a le plus souffert de l'austérité budgétaire, au détriment des couches pauvres de la population, déjà

défavorisées. Le déclin des dépenses sociales a été constaté dans plusieurs pays d'Amérique latine, d'Asie du Sud et d'Afrique subsaharienne.

61. La formule 20 %/20 % a recueilli depuis quelques années de nombreuses adhésions à l'échelon international. Le Sommet mondial de 1995 pour le développement social l'a approuvée et a proposé dans son Programme d'action "un engagement mutuel entre pays développés et pays en développement intéressés de consacrer, respectivement, en moyenne, 20 % de l'aide publique au développement (APD) et 20 % du budget national à des programmes sociaux essentiels". En avril 1996, une réunion internationale de suivi, organisée par les Gouvernements norvégien et néerlandais, a adopté le "Consensus d'Oslo" proposant des mesures concrètes pour donner effet à la formule 20 %/20 %, et recommandant notamment aux organismes multilatéraux de fournir un appui aux pays en développement pour les aider à préparer et à exécuter des programmes sociaux en faveur des couches pauvres de la population et à contrôler les dépenses budgétaires consacrées aux services sociaux de base.

62. Les données dont on dispose sur les allocations budgétaires ne permettent qu'une évaluation approximative de la part des budgets affectée aux services sociaux de base. Cette part semblait être, en moyenne, de l'ordre de 12 à 15 % des budgets nationaux, aux environs de 1990. D'après plusieurs indicateurs, les crédits affectés aux services sociaux de base auraient commencé à diminuer dans les années 1980. On note toutefois quelques signes d'amélioration : les programmes d'ajustement structurel ont pris progressivement "un visage humain", des dispositifs de protection sociale fonctionnent désormais dans de nombreux pays et les dépenses publiques consacrées à l'enseignement primaire et à divers services sociaux de base sont mieux garanties. Plusieurs donateurs fournissent en outre une aide financière accrue à la prestation de services sociaux.

63. Les ONG ont également contribué efficacement à la mobilisation des ressources aux fins des programmes et objectifs en faveur des enfants. Les importantes contributions de Rotary International et de Kiwanis International ont déjà été mentionnées. La contribution financière d'ONG, tant internationales que nationales, représente souvent une part substantielle des ressources destinées à l'exécution des programmes d'action nationaux. Au Kenya, par exemple, des ONG et le secteur privé financent 10 % de l'ensemble du programme d'action national quinquennal. La contribution des comités nationaux pour l'UNICEF aux activités de suivi du Sommet mondial pour les enfants a également été considérable : depuis 1990, ils ont joué, dans 19 pays, un rôle important dans 22 opérations de conversion de la dette, annulant ainsi des dettes d'une valeur nominale de près de 200 millions de dollars et dégageant l'équivalent de quelque 53 millions de dollars en monnaie locale au profit des programmes de développement social.

64. Outre la restructuration des dépenses publiques et l'appel à un financement extérieur accru, de nombreux pays ont cherché d'autres moyens de produire des ressources supplémentaires pour financer des services sociaux de base. Il ne serait pas exact de dire que le Sommet mondial pour les enfants a directement déclenché cette mobilisation des ressources mais, en contribuant à créer un climat dans lequel les dépenses sociales ont été reconnues comme un important investissement aux fins du développement humain, les activités de suivi du Sommet mondial ont joué un rôle de catalyseur qui a favorisé l'allocation de

crédits à des fins sociales, à commencer par le bien-être des enfants, ou qui du moins a stabilisé ces crédits et en a enrayé la diminution.

III. PROGRÈS ACCOMPLIS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS

A. À l'échelon mondial

65. Pendant la première moitié des années 90, les progrès accomplis par rapport aux objectifs de la mi-décennie ont été plus importants que par rapport à ceux de la fin de la décennie. Les domaines dans lesquels le plus de progrès ont été faits sont la réduction de la mortalité liée à la rougeole, l'augmentation de l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale, l'éradication de la dracunculose et la ratification universelle de la Convention relative aux droits de l'enfant. Des progrès sensibles ont aussi été faits en ce qui concerne la couverture vaccinale, la diminution des cas de polio et de rougeole, la promotion et l'adoption dans les maternités et hôpitaux de nouvelles pratiques encourageant l'allaitement maternel, et l'iodation du sel. En matière de ration en vitamine A, certains pays progressent rapidement mais près de la moitié de ceux où les troubles dus à la carence en vitamine A posent un problème de santé publique n'ont guère avancé. Il faut aussi faire davantage pour lutter contre le tétanos néonatal.

66. Ce n'est que dans le domaine de l'alimentation en eau que d'importants progrès ont été faits par rapport aux objectifs de la fin de la décennie. La réduction de la mortalité infantile a considérablement progressé mais 40 % seulement des pays en développement sont en bonne voie pour atteindre l'objectif. Pour l'enseignement primaire, les progrès ont tout juste suivi le rythme de l'accroissement démographique, et il reste beaucoup à faire dans les domaines de la malnutrition, de la mortalité maternelle et de l'analphabétisme des adultes ainsi que de l'accès aux services d'assainissement.

B. À l'échelon régional

1. Amérique latine et Caraïbes

67. La région de l'Amérique latine et des Caraïbes a enregistré des progrès importants par rapport aux objectifs de la mi-décennie en faveur des enfants. Dans de nombreux pays, la couverture vaccinale a déjà surpassé l'objectif final de la décennie. L'éradication de la polio s'est confirmée, aucun cas n'ayant été signalé depuis 1991. L'iodation du sel et l'enrichissement de la ration alimentaire en vitamine A pour lutter contre les troubles dus à des carences en micronutriments ont rapidement progressé. L'objectif de la mi-décennie concernant la ratification universelle de la Convention relative aux droits de l'enfant a été atteint et de nombreux pays ont commencé à adapter leur législation interne en conséquence. Comme à l'échelon mondial, les progrès par rapport aux objectifs de la fin de la décennie ont été moins spectaculaires, tout en restant appréciables.

68. De nombreuses mesures ont été prises dans la région pour mobiliser les dirigeants et la société en faveur du programme du Sommet et encourager les gouvernements à passer de la signature de la Déclaration à des engagements concrets en faveur des enfants. Certains pays, notamment le Brésil, Cuba et le

Mexique, ont pris la tête de cette action en se servant de l'élaboration de leur programme d'action national pour mobiliser les administrations publiques et pour réorienter leur réflexion vers des objectifs et des résultats mesurables. L'UNICEF, pour sa part, a saisi toutes les occasions d'encourager les gouvernements à prendre les mesures appropriées. Un Comité de coordination interinstitutions a été créé pour faciliter une action commune à l'appui des gouvernements qui se font un devoir d'atteindre les objectifs.

69. En avril 1994, 28 gouvernements ont confirmé leur engagement à l'égard des objectifs en faveur des enfants en signant l'Accord de Nariño. À cette occasion, ils ont également identifié de nouveaux problèmes particulièrement préoccupants (grossesses d'adolescentes, invalidités et droits civiques) et appelé à des investissements dans le secteur social pour rendre les services plus efficaces et plus équitables. Dans l'Accord sont énoncés en outre les objectifs spéciaux que se sont fixés les pays d'Amérique latine et des Caraïbes compte tenu de la situation propre des pays et de la région. Les indicateurs concernant l'eau et l'assainissement ont, par exemple, été corrigés en baisse, l'objectif de la "couverture universelle" ayant été jugé trop ambitieux; en revanche, la priorité a été donnée à la réduction de l'écart entre les zones desservies et non desservies par les réseaux. Dans le secteur de l'éducation, une stratégie lancée en Colombie dans les zones rurales sous le nom de "Escuela Nueva" (Ecole nouvelle) a été adoptée dans toute la région comme étant le moyen le plus efficace de scolariser les enfants encore exclus du système scolaire.

70. L'Accord de Nariño met en évidence la nécessité d'institutionnaliser les programmes d'action nationaux, de favoriser leur décentralisation aux échelons de l'État fédéré, du district et de la municipalité et de donner à tous les groupes de la société la possibilité de coopérer à l'élaboration et à la mise en oeuvre des mesures visant à atteindre les objectifs. Il souligne en outre que, pour les pays, il est impératif d'affecter à des services sociaux de base des fonds provenant de sources de financement publiques, privées et extérieures.

71. Au début des années 90, de nombreux pays ont dû faire face à des problèmes d'ajustement structurel et de démocratisation ainsi qu'à l'aggravation des injustices et inégalités sociales résultant des difficultés qu'ils avaient à surmonter. Vu ces difficultés, les progrès accomplis en faveur des enfants sont encourageants. On constate une lente augmentation des dépenses de caractère social, sans pour autant que l'on puisse considérer comme terminée la crise dont souffrent la qualité et le taux de couverture de services en matière de santé et d'éducation. D'importantes améliorations sont nécessaires dans les domaines de la mortalité périnatale, des soins obstétricaux, de l'hygiène de la procréation, en particulier chez les jeunes, de la qualité de l'enseignement, des mesures spéciales de protection de l'enfance et de l'égalité d'accès aux services pour les couches défavorisées.

2. Asie du Sud

72. Bien que l'Asie du Sud conserve depuis quelques années une croissance économique modérée, les bénéfices n'en ont pas été également répartis, et le revenu par habitant reste le plus faible du monde. Alors que la région ne compte que huit pays, elle représente un quart de la population mondiale des enfants et on y enregistre un tiers du nombre total des décès d'enfants de moins

de cinq ans et la moitié des enfants qui dans le monde souffrent de malnutrition.

73. En dépit de ce qui précède, d'importants progrès ont été faits par rapport aux objectifs de la mi-décennie : éradication quasi totale de la dracunculose, réduction de la mortalité liée à la rougeole, ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant et promotion de l'allaitement maternel grâce à l'adoption de pratiques appropriées dans les hôpitaux et maternités. L'iodation du sel a considérablement progressé, quelque 60 % de la population de la région consommant désormais du sel iodé. En ce qui concerne la vaccination, les progrès ont été inégaux : le taux de couverture vaccinale atteint 70 % au moins au Bangladesh, au Bhoutan, en Inde, aux Maldives et à Sri Lanka, mais tombe à un niveau nettement inférieur au Pakistan et au Népal, et n'atteint que 20 % en Afghanistan. Par rapport à l'objectif concernant la thérapie de réhydratation par voie orale, les progrès sont lents dans certains pays, en partie à cause de la diffusion insuffisante des instructions à suivre pour soigner les enfants atteints de maladies diarrhéiques.

74. Depuis 1990, tous les pays de l'Asie du Sud ont redoublé d'efforts pour atteindre l'objectif de l'éducation pour tous, moyennant un engagement politique plus ferme à l'égard de l'éducation de base et l'augmentation des crédits affectés à l'enseignement primaire. Il en est résulté une augmentation du taux de scolarisation et une légère réduction des disparités entre les sexes et entre les zones urbaines et rurales. Ces succès ont toutefois engendré de nouvelles pressions : insuffisance des locaux scolaires et exigence d'un enseignement primaire de meilleure qualité.

75. En ce qui concerne l'eau, on note un progrès sensible par rapport à l'objectif final de la décennie, mais l'épuisement rapide des nappes phréatiques est préoccupant et risque de poser de graves problèmes pour la seconde moitié de la décennie. Le taux de couverture du réseau d'assainissement est le plus bas de toutes les régions et un effort important s'impose. Bien que le taux de mortalité infantile continue de baisser, il y a peu de chances, au rythme actuel, d'atteindre l'objectif final de la décennie. De toutes les régions, l'Asie du Sud enregistre les taux de malnutrition et d'analphabétisme les plus élevés et, dans ces deux domaines, les progrès vers les objectifs de la fin de la décennie ont été insuffisants.

76. L'objectif de la ratification universelle de la Convention relative aux droits de l'enfant a été atteint dans toute la région et a eu pour effet de stimuler, dans les instances publiques, les débats sur les mesures nécessaires pour protéger les enfants contre l'exploitation et les mauvais traitements, qui retiennent davantage que par le passé l'attention des dirigeants, des médias et des ONG.

77. La pierre de touche du suivi du Sommet mondial à l'échelon régional est la Résolution de Colombo relative aux enfants, adoptée en avril 1993 lors du septième Sommet des chefs d'État ou de gouvernement des pays de l'Association sud-asiatique de coopération régionale (ASACR). Ce document établit une relation étroite entre la réalisation des objectifs et l'engagement pris collectivement d'éliminer la pauvreté. Des objectifs intermédiaires, fixés pour 1995 en vue d'activer et d'accélérer la progression vers les objectifs de la fin de la décennie, constituent la base des programmes d'action nationaux et de

certains programmes décentralisés qui ont contribué à mobiliser l'appui des milieux politiques et de la société.

3. Région de l'Asie orientale et du Pacifique

78. Le bilan des progrès accomplis dans cette région en faveur des enfants présente des résultats spectaculaires. De très grands progrès ont été faits par rapport à tous les objectifs de la mi-décennie, à l'exception de l'élimination du tétanos néonatal. Parmi les objectifs de la fin de la décennie, des progrès sensibles ont été faits dans les domaines de l'éducation et de l'alimentation en eau. Le taux d'alphabétisation des adultes se situe au-dessus de 80 % et plus de 85 % des enfants inscrits dans le primaire poursuivent leur scolarité jusqu'en cinquième année. En ce qui concerne le niveau général d'instruction, les disparités entre les sexes demeurent importantes mais sont beaucoup moins sensibles dans l'enseignement primaire. Ces résultats sont imputables à des investissements substantiels dans le domaine de l'éducation de base. La mortalité infantile a continué de régresser pendant les années 90, mais à un rythme qui ne suffira pas à atteindre l'objectif final de la décennie. La malnutrition, moins grave qu'en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, n'atteint qu'environ 20 % des enfants de moins de cinq ans mais ne diminue que lentement. Enfin, des améliorations sont nécessaires dans le domaine de l'assainissement.

79. Comme dans les autres régions, il y a des différences considérables entre les pays dont certains, comme le Cambodge, le Myanmar, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam, se heurtent à des difficultés particulières dues à la pauvreté et à l'insuffisance des infrastructures.

80. Un nombre croissant de pays de la région ont à résoudre d'urgence des problèmes concernant la protection de l'enfance, qui sont la rançon de l'évolution rapide de la société. Les divers problèmes qui commencent à se poser, notamment l'exploitation du travail des enfants, en particulier des filles, à des fins commerciales, sont les effets secondaires de la réussite économique de la région et, dans certains cas, de la transition entre une économie planifiée et une économie de marché. De nombreux programmes et dispositifs de protection sociale ont été réduits, et les valeurs communautaires et les formes traditionnelles d'entraide et de contrôle ont perdu du terrain dans la société. L'urbanisation accélérée, la dégradation de l'environnement et l'épidémie de VIH/SIDA n'ont fait qu'aggraver les problèmes.

81. Le suivi du Sommet mondial pour les enfants a débuté dans la plupart des pays par l'élaboration du programme d'action national, généralement établi en même temps que le plan de développement national ou incorporé dans ce plan. L'élaboration de ces programmes a été l'occasion de mettre au point des approches et stratégies nouvelles pour répondre à l'évolution de la situation dans la région, et s'est effectuée avec la participation de groupes professionnels et d'organisations privées qui ont joué un rôle important.

82. En Asie orientale, les objectifs en faveur des enfants renvoient principalement au Consensus de Manille, issu de la Consultation ministérielle régionale tenue en septembre 1993, lors de laquelle 17 pays ont réaffirmé leur engagement à l'égard de leur programme d'action national et de l'adoption de

programmes visant à atteindre les objectifs de la mi-décennie. Cet engagement a également été réaffirmé lors de la troisième Consultation ministérielle des pays d'Asie orientale et du Pacifique sur les objectifs relatifs aux enfants et au développement dans les années 90, tenue à Hanoï en novembre 1995. Dans la Déclaration de Hanoï, les pays se sont engagés à accroître les crédits affectés aux programmes sociaux conformément à la formule 20 %/20 %.

4. Afrique subsaharienne

83. Dans l'ensemble, les progrès accomplis en Afrique subsaharienne par rapport aux objectifs ont été les plus faibles de toutes les régions. C'est aussi la seule région où le principal de la dette extérieure est supérieur au produit national brut (PNB) annuel, et la diminution de l'aide publique au développement (APD) n'a pas été compensée par une augmentation des autres investissements internationaux. Une faible croissance économique et des fonds publics d'un niveau insuffisant pour permettre des investissements dans le secteur social, la menace de la sécheresse et la dégradation de l'environnement, l'extension de l'épidémie de VIH/SIDA, l'instabilité résultant des mutations politiques et les bouleversements causés par les conflits armés, tout cela a contribué à entraver les progrès vers les objectifs.

84. En dépit de toutes ces difficultés, des progrès ont été faits. L'iodation du sel progresse rapidement et près de 60 % de la population pauvre consomme du sel iodé, la dracunculose est en voie de disparition et l'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale a sensiblement augmenté dans de nombreux pays de la région. En ce qui concerne les autres objectifs, des progrès ont été enregistrés par certains pays, plutôt que par l'ensemble de la région. En matière de vaccination, alors que le taux de couverture est d'environ 50 % pour la région, 11 pays atteignaient 80 % et davantage pour les trois doses du vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC). L'Initiative de Bamako, qui offre un autre exemple des efforts qui ont été fournis, a contribué à l'accroissement soutenu des taux de vaccination dans des pays tels que le Bénin, le Burkina Faso, le Congo, le Mali et le Togo.

85. D'énormes problèmes se posent dans le domaine de la lutte contre le paludisme, les maladies diarrhéiques, les affections aiguës des voies respiratoires et la rougeole. Dans certains pays, les taux de malnutrition chez les enfants atteignent 30 ou 40 %. Dans le domaine de la survie de l'enfant, les taux en Afrique commencent à subir les effets négatifs de l'épidémie de VIH/SIDA qui n'a pas seulement un impact direct sur la mortalité infantile : la maladie et la mort des parents infectés par le VIH sont liées aussi à l'augmentation de la malnutrition, des taux d'abandon scolaire et du nombre d'enfants obligés de gagner leur subsistance dans les rues, souvent en se livrant à la mendicité, à la délinquance et à la prostitution.

86. Le taux de scolarisation a peu progressé dans le primaire et l'augmentation du nombre d'inscriptions ne correspond qu'à l'augmentation de la population en âge d'entrer dans l'enseignement primaire. Mais la tendance à la baisse enregistrée dans les années 80 semble s'être inversée dans la première moitié des années 90, où l'on a noté une légère augmentation. La réalisation des objectifs en matière d'éducation demeure néanmoins un problème majeur pour la région, la toute première priorité étant d'améliorer l'éducation des filles car, dans certains pays, le taux d'analphabétisme chez les femmes dépasse 80 %. On

note aujourd'hui un engagement plus ferme des gouvernements à l'égard de l'objectif de l'éducation pour tous et une nouvelle prise de conscience de l'importance que revêt l'enseignement primaire universel pour progresser sur tous les fronts dans le domaine socio-économique.

87. La mortalité infantile continue de diminuer à l'échelon régional, mais à un rythme très insuffisant pour permettre d'atteindre l'objectif final de la décennie : dans plusieurs pays très peuplés, cette diminution est faible, voire nulle. L'Afrique subsaharienne se place au second rang des taux de malnutrition et, bien que ce taux soit très inférieur à celui de l'Asie du Sud, il semble avoir augmenté pendant la première moitié de la décennie.

88. Le Consensus de Dakar de juin 1993, qui a fait suite à la Conférence internationale de 1992 sur l'assistance aux enfants africains, demeure le principal document de référence pour le suivi du Sommet mondial pour les enfants en Afrique subsaharienne. Les pays participants se sont engagés à concrétiser les objectifs du Sommet dans des programmes d'action nationaux et à procéder à une restructuration de leur budget de manière à appuyer l'application de ces programmes et à intensifier la mobilisation des ressources internes. Les États africains ont décidé en outre d'accélérer leurs efforts en faveur de la vaccination, de la lutte contre les troubles dus à la carence en iode et de l'éducation, adoptant ainsi pour la région une série d'objectifs de la mi-décennie. La Convention relative aux droits de l'enfant, ratifiée par la quasi-totalité des pays de la région, sert de support à une campagne en faveur de l'élaboration de programmes pour la protection et la réhabilitation de l'enfance et visant, dans une optique plus vaste, à relever la société civile.

5. Moyen-Orient et Afrique du Nord

89. D'importants progrès ont été accomplis sur presque tous les objectifs de la mi-décennie. Les taux de vaccination ont sensiblement augmenté et la prévalence des maladies évitées par la vaccination a diminué en conséquence. En ce qui concerne l'immunisation des mères contre le tétanos, les taux enregistrés restent faibles mais il est possible que cela soit dû à une méthode de mesure défectueuse. Des progrès considérables ont été faits par rapport aux objectifs de la fin de la décennie relatifs à l'alimentation en eau et, aussi, à l'extension des réseaux d'assainissement. Les taux de scolarisation ont augmenté dans l'ensemble bien que l'écart entre les filles et les garçons demeure important. Les taux d'analphabétisme sont comparables à ceux de l'Afrique subsaharienne et, dans ce domaine également, l'écart entre les hommes et les femmes est important. Mais, la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord est de toutes les régions celle qui a le plus progressé vers l'objectif final de la décennie concernant la mortalité infantile et les trois quarts des pays de la région sont en bonne voie pour l'atteindre.

90. Bien que son PNB par habitant soit relativement élevé, la région a connu des difficultés économiques. Elle souffre aussi d'une insuffisance des capacités de planification, de gestion et de prévision des coûts, de la faible participation de la société aux affaires publiques et de restrictions budgétaires dues à des problèmes de structures.

91. Le Plan panarabe pour la survie, la protection et le développement de l'enfant, adopté en 1992 par la Ligue des États arabes, a fixé pour la mi-

décennie des objectifs correspondant à ceux du Sommet mondial pour les enfants. Les ministres arabes de la santé ont approuvé ces objectifs en 1994 et ont en outre préconisé la mise en place de systèmes de contrôle efficaces et créé un comité permanent chargé de suivre l'application du Plan. De nombreux pays ont créé des organismes spécialement chargés des questions concernant le bien-être des enfants. Plusieurs de ces organes ont bénéficié de l'appui des instances les plus élevées, notamment celui du chef de l'Etat ou du gouvernement.

92. La Convention relative aux droits de l'enfant ayant été ratifiée par la quasi-totalité des pays de la région, celle-ci est entrée dans une ère nouvelle ouvrant des possibilités multiples pour l'épanouissement et la protection des enfants. L'examen de problèmes jusque là tenus cachés, comme le travail des enfants et les mauvais traitements infligés à des enfants, est devenu possible et a bénéficié de l'autorité d'instances de haut niveau. Il est désormais possible de consacrer des ressources et des programmes aux besoins des enfants particulièrement défavorisés. Plusieurs pays ont entrepris d'harmoniser leur législation interne avec les dispositions de la Convention.

6. Europe centrale et orientale, Communauté d'États indépendants et pays baltes

93. Pour examiner les progrès accomplis par rapport aux objectifs en faveur des enfants en Europe centrale et orientale, dans la Communauté d'États indépendants et dans les pays baltes, il ne faut pas perdre de vue qu'avant l'actuelle période de transition, la plupart des pays de cette région se situaient à un niveau élevé en matière de protection de l'enfance et de services sociaux en faveur des enfants. Les indicateurs sociaux et économiques de nombre de ces pays se sont dégradés pendant la première moitié de la décennie. Le passage d'une économie planifiée à une économie de marché a entraîné une grave désorganisation de ces services. Les dispositions de protection sociale ont perdu de leur efficacité et les institutions et mécanismes sociaux exigent des réformes urgentes.

94. Après avoir atteint certains objectifs, notamment dans le domaine de la vaccination, au début de la décennie, de nombreux pays de la région ont subi, au cours des deux ou trois dernières années, des revers, y compris des épidémies de polio et de diphtérie. À cet égard, ces pays ont à faire face à un problème différent de ceux des autres régions : trouver le moyen de maintenir et de conserver les résultats substantiels obtenus précédemment. Les efforts doivent se concentrer davantage sur les domaines les plus critiques, en particulier celui de la lutte contre les maladies diarrhéiques et des affections aiguës des voies respiratoires auxquelles sont imputables 60 % des décès d'enfants dans la plupart des pays.

95. La transition a eu en outre pour effet de placer un nombre croissant d'enfants dans des "conditions particulièrement difficiles" : enfants pris dans des situations de conflit armé, abandonnés et placés dans des institutions, arrêtés pour délinquance juvénile, victimes de mauvais traitements ou exploités. Tous les pays de la région ont ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant mais nombre d'entre eux ne sont pas en mesure de lui donner effet, faute de ressources financières. Les efforts porteront essentiellement sur l'adoption de mesures d'un coût abordable qui ne nécessiteront pas de grosses dépenses publiques, et il sera fait appel au concours des médias et des ONG.

96. Plusieurs programmes de secours d'urgence ont été mis en place grâce à des appels à la solidarité lancés par le Département des affaires humanitaires de l'ONU. Des projets à court terme, visant expressément à remédier à la pénurie de fournitures et de médicaments indispensables pour améliorer la prestation des services et soins de santé, ont également été lancés pour le Bélarus, l'Ukraine et la Fédération de Russie. En général, ces opérations d'urgence visent aussi, à plus long terme, la réforme du secteur social et comportent des activités de plaidoyer en faveur d'une meilleure répartition des ressources au profit des services intéressant les enfants et les femmes.

7. Pays industrialisés

97. Les pays industrialisés ont joué un rôle important dans le suivi du Sommet mondial pour les enfants. A la fin de mai 1996, 15 d'entre eux avaient achevé d'élaborer leur programme d'action national (voir l'annexe II). Chacun de ces programmes prévoit à la fois une action à l'échelon national et une coopération internationale. Les dix pays suivants : Australie, Autriche, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis d'Amérique, Japon, Norvège, Nouvelle-Zélande et Suède, ont à ce jour présenté leurs résultats à la mi-décennie; les Pays-Bas et l'Allemagne auront bientôt achevé leurs examens de la mi-décennie.

98. Avant le Sommet mondial pour les enfants, on estimait qu'environ 10 % de l'aide publique au développement fournie à titre bilatéral étaient normalement affectés à des services sociaux de base. Depuis lors, même si dans l'ensemble l'aide publique au développement marque une tendance à la baisse, certains signes semblent indiquer une augmentation de ce pourcentage au profit du développement social. Bien que le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ait depuis peu adopté un système de rapports séparés sur l'éducation de base et sur les soins de santé de base, les premières informations ne permettent pas encore d'évaluer de façon sûre les montants de l'aide publique au développement actuellement consacrés à des services sociaux de base. La réunion internationale d'avril 1996 sur la Formule 20 %/20 % a permis de préciser ce qu'il faut entendre par "services sociaux de base" en vue de faciliter la mise au point de mécanismes chargés de contrôler l'application de cette formule par les pays qui l'auront adoptée.

99. Depuis le Sommet, plusieurs donateurs ont accru leur appui financier aux programmes de lutte contre les troubles dus aux carences en vitamine A et en iode, ainsi qu'aux programmes visant à améliorer la qualité de l'enseignement primaire, à favoriser son extension et à fournir des services aux enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles. Plusieurs donateurs - Danemark, Japon, Nouvelle-Zélande et Pays-Bas - ont souligné qu'ils avaient augmenté leurs contributions à l'UNICEF et accru leur appui financier en faveur de l'éducation des filles en Afrique, en particulier le Canada et la Norvège. Le Canada s'est fixé pour objectif de consacrer 25 % de son aide publique au développement pour répondre plus généralement aux "besoins humains de base" et, en 1994, les Pays-Bas ont été le premier pays donateur à établir un rapport spécial sur l'assistance aux enfants.

100. Les États-Unis ont célébré en 1995 le dixième anniversaire de leur Programme international relatif à la survie de l'enfant, qui a fourni un appui important à l'élimination de la polio dans les Amériques. Le Japon fait un

effort analogue en Asie et les deux pays se sont engagés conjointement en avril 1996 à collaborer aux fins de l'élimination de la polio et de la lutte contre la malnutrition et les carences en micronutriments. Divers pays donateurs, notamment le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Suède ont adopté, comme domaines prioritaires de leur coopération pour le développement, la réduction de la pauvreté, la promotion des droits de l'homme et la gestion rationnelle des affaires publiques. Ces domaines d'action couvrent les services sociaux de base pour les enfants et les femmes et les programmes visant à donner effet à la Convention relative aux droits de l'enfant.

C. Examen des résultats de la mi-décennie, par objectif

101. La notion d'objectif en faveur des enfants a été lancée à l'origine par l'UNICEF au titre de sa contribution à la quatrième Décennie des Nations Unies pour le développement. Ces objectifs étaient destinés à servir à la fois de moteur pour la relance de l'action globale pour le développement humain et de point de référence pour évaluer les progrès accomplis dans le domaine socio-économique en général. Il faut donc considérer que les progrès par rapport aux objectifs en faveur des enfants font partie intégrante d'un mouvement plus vaste dont le système des Nations Unies continue d'être le fer de lance.

102. A la fin de juin 1996, l'examen définitif des progrès réalisés au milieu de la décennie était achevé dans 34 pays et était en cours dans 56 pays, dont plusieurs pays industrialisés. A l'échelon régional, les pays de l'Asie orientale et du Pacifique ont procédé à Hanoï en novembre 1995 à un examen à l'échelon ministériel, et d'autres examens régionaux de haut niveau sont prévus en août 1996 pour les pays de l'Association sud-asiatique de coopération régionale (ASACR) et pour les Amériques. A l'échelon international, deux importants examens à la mi-décennie ont été effectués conjointement avec l'Unesco et l'OMS. Le présent rapport rend compte des résultats de ces examens nationaux, régionaux et internationaux, disponibles à la fin de juin 1996.

103. La suite du présent chapitre présente un examen par objectif dans une perspective mondiale. Les sept objectifs essentiels et les 20 objectifs d'appui fixés par le Sommet mondial pour les enfants ainsi que les objectifs de la mi-décennie ont été fusionnés et combinés de manière à mettre rationnellement en évidence leurs interrelations. Ont été retenus les objectifs entrant dans les catégories de la santé, de la nutrition et de l'éducation, et les objectifs primordiaux de la décennie, à savoir la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle.

104. Chaque objectif est analysé par rapport aux buts fixés pour la fin et pour le milieu de la décennie suivant le plan ci-après : énoncé des objectifs pertinents; exposé du problème que les objectifs visent à résoudre; résumé des progrès par rapport à l'objectif, y compris, s'il y a lieu, une description des stratégies adoptées; et exposé des domaines d'action prioritaire pour l'avenir. En ce qui concerne la santé et la nutrition, ces actions prioritaires ont été définies d'après une analyse plus détaillée présentée, avec certaines données actualisées, à la réunion de mai 1996 du Comité mixte UNICEF/OMS des directives sanitaires. Dans un rapport de la longueur de celui-ci, il fallait nécessairement renoncer à une analyse par pays pour laisser place à un aperçu général des progrès accomplis aux échelons régional et mondial. Il convient en

outre de noter que de nombreux pays n'ont pas encore communiqué les données statistiques recueillies dans le cadre d'enquêtes spéciales, à indicateurs multiples ou autres. Des données récentes extraites d'enquêtes nationales ou de rapports périodiques ont été rassemblées et permettent d'avoir une vue d'ensemble des résultats obtenus par rapport aux objectifs.

105. Le seul objectif majeur du Sommet mondial qui ne soit pas spécifiquement abordé est celui d'"améliorer la protection des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles" car le résultat n'est pas mesurable et dépend essentiellement de la complexité et des difficultés que présentent les situations très différentes les unes des autres, bien que toutes préjudiciables à certains enfants. L'établissement d'indicateurs mesurables qui puissent s'appliquer dans ces domaines à différents types de préjudice dans des contextes différents a fait l'objet d'une étude très attentive depuis le Sommet. La reconnaissance du fait qu'une action beaucoup plus importante s'impose en faveur des enfants abandonnés, exploités ou victimes de mauvais traitements, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, commence à donner naissance à des politiques et programmes nouveaux. On constate qu'un mouvement s'est dessiné en faveur de cet objectif mais, vu l'ampleur du problème, c'est loin d'être suffisant.

1. Mortalité néonatale et mortalité des enfants de moins de cinq ans

L'engagement

106. Objectif final de la décennie. Entre 1990 et l'an 2000, réduire d'un tiers la mortalité néonatale et la mortalité des enfants de moins de cinq ans, ou ramener celles-ci à 50 et 70 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, la réduction la plus importante étant retenue.

107. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. Environ 40 % des pays, représentant un cinquième environ de la population mondiale des enfants de moins de cinq ans, ont atteint l'objectif final de la décennie en ramenant ces taux de mortalité au niveau requis. Environ 44 % des pays, représentant environ les deux tiers de la population mondiale des moins de cinq ans, n'atteindront probablement pas l'objectif au rythme actuel de leur action.

Le problème

108. Environ 12 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année. Près de la moitié de ces décès ont pour cause les affections aiguës des voies respiratoires et les maladies diarrhéiques, et 20 % sont dus au paludisme et à des maladies que la vaccination peut éviter. Les 30 % restants surviennent pour la plupart au cours de la période néonatale.

109. Il existe des moyens pratiques et peu coûteux de prévenir la plupart de ces décès : l'immunisation contre les maladies que la vaccination peut éviter, la thérapie de réhydratation par voie orale pour prévenir la déshydratation provoquée par la diarrhée, l'usage de moustiquaires imprégnées d'un produit insecticide pour prévenir le paludisme et les antibiotiques pour traiter les infections.

Les progrès accomplis

110. Seule la mortalité des enfants de moins de cinq ans fera l'objet de la présente section, les nouveau-nés faisant partie de cette catégorie.

111. Le taux mondial de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) a diminué de moitié au cours des 30 dernières années. D'après les derniers calculs, quelque 7 millions de vies ont été sauvées chaque année. Bien que le TMM5 mondial ait continué de baisser pendant les années 90, les progrès accomplis par rapport à l'objectif varient considérablement suivant les régions et suivant les pays.

112. Si l'on compare le taux annuel moyen de réduction du TMM5 enregistré pour la période allant de 1980 à 1994 au taux nécessaire pour atteindre l'objectif en l'an 2000, on constate que 40 % de l'ensemble des pays sont en bonne voie pour y parvenir, soit 75 % des pays du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord et des pays industrialisés, 60 % des pays de la région des Amériques, 50 % des pays d'Asie orientale et 20 % des pays d'Europe centrale et orientale, de la CEI et des pays baltes. Un seul pays d'Asie du Sud est en bonne position et, en Afrique subsaharienne, les pays en bonne voie sont très peu nombreux.

113. S'agissant du pourcentage d'enfants concernés, les pays en bonne voie ne représentent qu'environ 20 % de la population mondiale des moins de cinq ans. Parmi les autres pays, 16 % ont accompli d'importants progrès vers l'objectif et représentent environ 15 % de la population mondiale des moins de cinq ans. Le reste des pays, soit 44 %, qui représentent la majorité de la population mondiale des moins de cinq ans, n'ont guère de chances d'atteindre l'objectif, à moins d'une action vigoureuse et d'une ferme détermination.

114. Même si le taux visé ne représentait qu'une réduction d'un tiers (au lieu de 70 pour 1 000 naissances vivantes), cet objectif semblerait impossible à atteindre au rythme actuel dans les pays à forte mortalité. Nombreux sont ceux qui n'approcheront même pas une réduction d'un tiers à la fin de la décennie. Des pays en situation d'urgence ou de crise font partie de ce groupe, mais ils sont une minorité.

115. Certains pays ont cependant prouvé qu'il était possible de réduire sensiblement la mortalité sur une période de quelque durée. Sur plus de dix ans, 60 % des pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont conservé une moyenne annuelle élevée avec un taux de réduction d'au moins 5 % et, dans la région des Amériques, près de la moitié des pays se sont maintenus à ce niveau.

Tableau 1. Mortalité des moins de cinq ans : progrès accomplis par rapport à l'objectif

Région	Pays, en pourcentage (Population des moins de cinq ans, en pourcentage)		
	En bonne voie	Progrès importants	Progrès insuf- fisants
Afrique subsaharienne	5 (0*)	10 (4)	85 (96)
Moyen-Orient et Afrique du Nord	75 (76)	6 (6)	19 (18)
Asie du Sud	14 (1)	14 (10)	72 (89)
Asie orientale et Pacifique	47 (25)	13 (2)	40 (73)
Amérique latine et Caraïbes	59 (44)	27 (46)	14 (10)
Europe centrale et orientale, CEI et pays baltes	22 (27)	30 (25)	48 (48)
Pays industrialisés	74 (36)	17 (56)	9 (8)
Total mondial	39 (21)	17 (14)	44 (64)

* Moins de 0,5 % de la population des moins de cinq ans.

Source : UNICEF (pays d'au moins 1 million d'habitants).

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

116. La priorité doit être donnée aux régions où le taux de mortalité est le plus élevé, à savoir l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. Dans les pays à forte mortalité, en particulier dans ceux qui ne progressent guère, il faut réviser les stratégies visant à réduire la mortalité infantile, en tenant compte de l'interaction de tous les facteurs qui entrent en jeu. L'un des facteurs auxquels est imputable l'insuffisance des progrès est la faiblesse des activités dans les domaines de la vaccination et de la lutte contre les maladies diarrhéiques et les affections aiguës des voies respiratoires, mais d'autres facteurs interviennent dans les taux de mortalité et doivent être mieux compris et analysés en vue d'une approche plus efficace.

117. Les interventions continuent de viser les principales causes de la mortalité infantile, mais il est nécessaire d'ouvrir plus largement l'accès à un traitement efficace et suivi des maladies infantiles dans le cadre des services sanitaires du premier niveau.

118. A l'échelon des ménages, les décisions à prendre et des changements durables de comportement sont aussi des facteurs importants. Toutes les

/...

familles devraient recevoir, par la radio et dans le cadre de programmes éducatifs, des informations correctes sur les mesures à prendre pour préserver la santé des enfants, notamment en pratiquant elles-mêmes la thérapie de réhydratation par voie orale, en utilisant des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme ou en faisant appel en temps utile à une assistance médicale dans les cas de diarrhée et de pneumonie.

119. Presque tous les enfants du monde développé ont accès à des traitements simples et peu coûteux qui les protègent contre les cas mortels de pneumonie, de diarrhée, de rougeole, de paludisme et de malnutrition. Un nombre extrêmement élevé d'enfants du monde en développement n'ont pas accès à ces traitements, et les ressources manquent pour assurer un approvisionnement suffisant en fournitures de base. Tous ceux qui dispensent des soins de santé, individuellement ou dans le cadre d'une communauté, devraient être approvisionnés en permanence en médicaments essentiels pour faire face aux principales maladies infantiles.

2. Vaccination, rougeole, tétanos néonatal et poliomyélite

L'engagement

120. Objectif final de la décennie. Maintien d'un taux de vaccination élevé (90 % au moins des enfants de moins d'un an d'ici l'an 2000) grâce au Programme élargi de vaccination (PEV) par les antigènes de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos, de la rougeole, de la poliomyélite et de la tuberculose, et contre le tétanos chez les femmes en âge de procréer, et élimination de la poliomyélite dans le monde entier.

121. Objectifs de la mi-décennie. Pour 1995, porter à 80 % au moins, dans tous les pays, le taux de couverture vaccinale par les six antigènes du PEV; réduire de 95 % la mortalité liée à la rougeole et de 90 % les cas de rougeole par rapport au pourcentage enregistré avant la vaccination, ce qui représentera un grand pas vers l'élimination mondiale de la rougeole, envisagée à long terme; élimination de la poliomyélite dans certains pays et régions pour 1995, et élimination du tétanos néonatal pour 1995.

122. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. Une grande majorité de pays ont atteint l'objectif relatif à la vaccination par tous les antigènes, à l'exception de l'anatoxine tétanique. La poliomyélite a sensiblement régressé et a été éliminée dans de nombreux pays. D'importants progrès ont été faits dans l'élimination du tétanos néonatal. Les objectifs concernant la réduction des taux de mortalité et de morbidité liées à la rougeole ont été atteints dans certaines régions, mais non à l'échelle mondiale.

Le problème

123. Avant l'actuel programme de vaccination, quelque 5 millions d'enfants mouraient chaque année de maladies que la vaccination peut éviter : 2,7 millions de décès dus à la rougeole, 1,2 million dus au tétanos néonatal, 1 million dus à la coqueluche et 100 000 dus à la diphtérie. En outre, 800 000 enfants étaient atteints de paralysie liée à la poliomyélite. Grâce au taux de couverture vaccinale actuel, près de 3 millions de jeunes enfants sont sauvés chaque année, mais 2 millions meurent encore de maladies qui pourraient ne pas être fatales.

124. C'est en Afrique subsaharienne et dans d'autres régions où l'exécution du PEV laisse à désirer, où l'infrastructure sanitaire est généralement insuffisante et où les dissensions internes ou les pressions économiques, voire les unes et les autres, sont au détriment des dépenses sociales que le tribut payé aux maladies que la vaccination peut éviter est le plus lourd.

125. Malgré les progrès de la vaccination des enfants depuis une dizaine d'années, la rougeole continue de poser un grave problème de santé publique dans de nombreux pays en développement. L'action des anticorps maternels diminue l'efficacité du vaccin qui est de 85 % environ lorsque l'enfant est vacciné à neuf mois, et d'autant plus faible que l'enfant est plus jeune. La rougeole est très contagieuse et peut se transmettre rapidement avant même qu'apparaissent les signes cliniques.

126. Les risques de tétanos néonatal sont importants lorsque les accouchements se déroulent sans l'assistance d'une sage-femme dûment qualifiée. Pour le tétanos néonatal, les principaux facteurs entraînant des risques de décès sont la non-vaccination de la mère et l'accouchement dans de mauvaises conditions d'hygiène.

127. Alors qu'elle avait disparu depuis plus de 30 ans, la diphtérie a fait sa réapparition dans la Communauté d'États indépendants et s'est propagée à travers presque toute la Communauté en 1993 et 1994. Cette résurgence montre combien il importe d'insister en permanence sur la vaccination.

128. Certaines régions subissent encore le fléau de la poliomyélite. Même si la propagation de cette maladie a été stoppée, les opérations de vaccination doivent se poursuivre jusqu'à l'élimination totale dans le monde.

Les progrès accomplis

129. Le taux de couverture vaccinale a augmenté de façon spectaculaire au cours des années 80 et a atteint en 1990 une moyenne mondiale de 83 % pour les trois doses de DCT (diphtérie, coqueluche et tétanos). L'objectif de la mi-décennie (mesuré en termes de vaccination par les trois doses de DCT) a été atteint par 129 pays et 17 autres pays se situent à 10 points de pourcentage de l'objectif. Autrement dit, 76 % des pays ont atteint ou sont près d'atteindre l'objectif de la mi-décennie et de nombreux autres pays s'en approchent.

130. Le taux de couverture vaccinale de 90 %, qui est l'objectif pour l'an 2000, a déjà été atteint par 89 pays, dont 59 pays en développement. Cependant, dans les pays où ce taux a peu augmenté, un nouvel effort sera nécessaire pour atteindre l'objectif final de la décennie.

Tableau 2. Vaccination : position des pays par rapport à l'objectif

Région	Objectif : taux de couverture de 80 % au moins (trois doses de DCT)		
	Nombre de pays	Pourcentage de pays	Pourcentage d'enfants de 1 an
Afrique subsaharienne	11	24	14
Moyen-Orient et Afrique du Nord	17	85	83
Asie du Sud	4	50	71
Asie orientale et Pacifique	23	79	94
Amérique latine et Caraïbes	30	83	57
Europe centrale et orientale, CEI et pays baltes	21	78	66
Pays industrialisés	23	88	98
Total mondial	129	67	69

Source : UNICEF et OMS.

131. La moyenne mondiale masque des écarts importants entre les taux de vaccination nationaux, qui vont de 13 à 100 %. Sur les 18 pays qui enregistrent les taux les plus bas (moins de 50 %), 14 sont situés en Afrique subsaharienne. Les écarts entre les régions tiennent à des problèmes spécifiques qui concernent, notamment, la gestion du Programme élargi de vaccination (PEV) en Asie, les services et les infrastructures sanitaires en Afrique et les difficultés d'approvisionnement dans les pays en transition. Dans toutes les régions, il est difficile et coûteux d'atteindre les zones isolées.

132. En ce qui concerne la rougeole, la vaccination permet aujourd'hui d'éviter environ 72 % des 130 millions de cas et environ 85 % des 2,7 millions de décès dus à la rougeole qui risquaient sans la vaccination de survenir en 1995. Ces chiffres indiquant la prévalence de la rougeole et le nombre de cas mortels sont des estimations établies en utilisant des modèles définis sur la base des taux de couverture vaccinale et de l'efficacité des vaccins. Le tableau 3 ci-après indique en pourcentage la réduction des taux de mortalité et de morbidité.

Tableau 3. Diminution de la morbidité et de la mortalité liées à la rougeole

Région	Diminution en pourcentage	
	Du nombre de cas de rougeole	Du nombre de décès dus à la rougeole
Afrique subsaharienne	34	65
Moyen-Orient et Afrique du Nord	75	96
Asie du Sud	69	87
Asie orientale et Pacifique	82	95
Amérique latine et Caraïbes	100	100
Europe centrale et orientale, CEI et pays baltes	85	95
Pays industrialisés	88	94
Total mondial	74	86

Source : OMS.

133. L'approche du problème que pose la rougeole fondée sur la notion de "haut risque", selon laquelle des campagnes visent les populations d'enfants les plus exposés à la maladie (par exemple, les enfants réfugiés), s'est avérée efficace. La vaccination contre la rougeole, accompagnée de la distribution de vitamine A, est un moyen efficace de mobiliser les ressources en faveur des plus vulnérables.

134. L'objectif de l'élimination de la poliomyélite a été fixé en 1988, date à laquelle 35 000 cas étaient signalés. Aujourd'hui, on en signale environ 6 000 par an. L'élimination de cette maladie s'est confirmée dans tous les pays de la région des Amériques. Outre ces 27 pays, 70 des 168 pays pour lesquels on dispose de données ne signalent aucun cas depuis trois ans et 13 autres ne signalaient aucun cas dans leur dernier rapport. Le nombre de cas signalés ayant diminué de 83 % en sept ans, il est permis d'espérer que la poliomyélite sera totalement éliminée en l'an 2000. Cependant, les autres pays sont aussi ceux où cette maladie est le plus difficile à éliminer.

135. Sur les 1,2 million de décès dus au tétanos néonatal qui risquent de survenir chaque année en l'absence de vaccination, on en évite aujourd'hui 61 %. Environ 80 % de ces décès surviennent dans 12 pays seulement, pour lesquels un effort spécial s'impose.

136. La mortalité liée au tétanos néonatal s'est stabilisée aux environs de 500 000 cas par an depuis 1990, malgré l'accroissement démographique. On estime aujourd'hui à un chiffre plus élevé - environ 660 000 - le nombre d'enfants qui

/...

ont échappé à la maladie. Près de 80 % des 192 pays qui ont présenté des données ont pratiquement éliminé cette maladie en ramenant sa prévalence à un cas pour 1 000 naissances vivantes dans chaque subdivision du pays ou à moins d'un cas pour 1 000 naissances vivantes pour l'ensemble du pays.

137. L'approche adoptée en matière de vaccination visait à la fois à atteindre l'objectif et à assurer des progrès durables. Un nombre croissant de pays financent aujourd'hui leurs propres programmes de vaccination et la responsabilité des programmes repose presque entièrement sur des capacités endogènes. La décentralisation et la mise en place de services sanitaires aux fins de la vaccination des enfants ont joué un rôle important.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

138. La mobilisation de la volonté politique et de l'engagement financier des gouvernements demeure la tâche essentielle. Le succès du programme d'élimination de la poliomyélite pourrait stimuler cette mobilisation et servir de modèle pour d'autres programmes.

139. La lutte contre la rougeole devrait consister en un enchaînement de stratégies, allant de l'amélioration des pratiques courantes en matière de vaccination et d'un effort spécial pour atteindre les populations les plus vulnérables, jusqu'à la prévention des épidémies. Il faudra pour cela améliorer la surveillance. La prévention du tétanos néonatal devrait viser principalement les populations à haut risque.

140. Bien que le suivi des programmes de vaccination soit généralement mieux assuré que celui des autres objectifs, la surveillance des programmes d'élimination et d'éradication appellent encore des améliorations. Dans les pays où les progrès sont faibles, cette surveillance devrait s'exercer d'abord dans les zones urbaines, en particulier dans les bidonvilles et parmi les populations marginales. Pour la poliomyélite, il est nécessaire d'intensifier la surveillance des zones endémiques, surtout dans celles qui sont proches de l'objectif de l'élimination.

3. Maladies diarrhéiques

L'engagement

141. Objectif final de la décennie. Réduire de 50 % le nombre de décès dus aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans, et de 25 % la prévalence de ces maladies.

142. Objectif de la mi-décennie. Porter à 80 % le taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO : absorption accrue de liquides) tout en continuant l'alimentation. La présente section concerne la proportion d'enfants auxquels sont administrés des sachets de sels de réhydratation orale (SRO) à dissoudre dans de l'eau potable ou dans des liquides maison recommandés.

143. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. Les pays qui ont indiqué la proportion d'enfants auxquels sont administrés des SRO dans les cas de maladies diarrhéiques ont généralement atteint l'objectif mais, en ce qui concerne l'application de la TRO (absorption accrue de liquides et poursuite de

l'alimentation), qui est le traitement le plus efficace des diarrhées, les résultats sont sensiblement inférieurs.

Le problème

144. Plus de 3 millions de décès chez les enfants de moins de cinq ans (un enfant sur quatre) sont imputables à une maladie diarrhéique dans le monde en développement. La plupart de ces décès surviennent par suite de déshydratation et pourraient être évités en appliquant la TRO, c'est-à-dire en augmentant l'absorption de liquides et en continuant d'alimenter l'enfant pendant l'épisode diarrhéique. Même déshydratés, la plupart des enfants peuvent encore être sauvés en leur administrant des SRO.

145. Les accès de diarrhée affaiblissent le jeune enfant et sont souvent liés à la malnutrition protéinique et calorique. Pour maintenir chez l'enfant l'équilibre nutritionnel et enrayer une diarrhée persistante, la poursuite d'une alimentation adéquate pendant la crise a une importance capitale.

Les progrès accomplis

146. Au cours des cinq dernières années, le traitement des maladies diarrhéiques dans les foyers s'est amélioré de façon spectaculaire et a sauvé chaque année près d'un million d'enfants. En 1990, les SRO et les liquides maison recommandés étaient, semble-t-il, utilisés dans environ un tiers des cas de diarrhée. À la mi-décennie, le taux d'utilisation était de 85 % en moyenne (d'après les rapports de 33 pays représentant près de la moitié de la population mondiale des moins de cinq ans), soit une fourchette allant de 71 à 98 % suivant les régions.

147. En ce qui concerne l'utilisation de la TRO (absorption accrue de liquides et poursuite de l'alimentation), les résultats ne sont pas du même ordre. À l'époque où l'objectif a été défini, on n'insistait pas sur l'augmentation de l'absorption de liquides comme on l'a fait par la suite, et on précisait moins le volume que la nature des liquides administrés. Il est généralement reconnu qu'en 1990 la pratique consistant à accroître l'absorption de liquides n'était guère courante et qu'elle est encore sensiblement en retard sur l'utilisation des SRO et des liquides maison recommandés.

148. Non seulement la TRO et la poursuite de l'alimentation sont peu répandues dans certains pays, mais elles sont loin de fournir une solution radicale au problème de la mortalité due aux maladies diarrhéiques. Pour réduire de moitié cette mortalité, il faut aussi mieux informer les mères pour qu'elles conduisent leur enfant auprès d'un agent sanitaire en temps utile, et mieux former les agents sanitaires aux soins à administrer dans les cas de déshydratation grave, de diarrhée persistante et de dysenterie.

Tableau 4. Taux d'utilisation des SRO et des liquides maison recommandés et pourcentage de pays ayant fourni des informations

Région	Taux d'utilisation	Pourcentage de pays concernés	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans représentés
Afrique subsaharienne	89	29	58
Moyen-Orient et Afrique du Nord	71	25	34
Asie du Sud	96	38	25
Asie orientale et Pacifique	83	19	81
Amérique latine et Caraïbes	78	14	31
Europe centrale et orientale, CEI et pas baltes	98	8	3
Pays en développement	85	23	49

Source : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, enquêtes sur les maladies diarrhéiques et enquêtes nationales et autres sur les ménages.

149. Il est possible d'atteindre l'objectif : la mortalité liée aux maladies diarrhéiques peut être sensiblement et rapidement réduite, moyennant la combinaison appropriée d'interventions et programmes efficaces, d'engagement politique, de ressources suffisantes, de moyens nécessaires en matière de communication et de mobilisation, et de systèmes de mesure. Le Mexique, par exemple, a réussi, entre 1990 et 1993, à réduire de 56 % le nombre de décès dus à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

150. Sans l'aide de ressources régulières et d'engagements suivis, les progrès enregistrés par les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques seront stoppés et la tendance à l'amélioration risque même de s'inverser. Il importe d'atteindre et de maintenir des taux élevés d'utilisation de la TRO. La formation, la motivation et la mobilisation du personnel sanitaire et des dirigeants politiques afin que tout soit fait pour permettre aux mères de soigner par des moyens simples et peu coûteux une affection infantile commune mais dangereuse est une priorité primordiale en matière de santé publique.

151. Il importe de veiller particulièrement à la communication de messages préconisant l'utilisation de la TRO et la poursuite de l'alimentation et de diffuser des informations sur l'utilisation correcte des SRO et des liquides maison recommandés pour traiter dans les foyers les maladies diarrhéiques ainsi

que sur la nécessité de recourir à une assistance médicale si l'état du malade ne s'améliore pas.

152. Des efforts sont également nécessaires pour prévenir les maladies diarrhéiques moyennant l'extension des réseaux d'alimentation en eau salubre et des installations sanitaires pour l'évacuation des excréments, et en encourageant l'allaitement maternel exclusif jusqu'au quatrième ou sixième mois, l'hygiène individuelle - notamment lavage des mains, des aliments, des ustensiles de cuisson et de la vaisselle - la vaccination contre la rougeole et l'apport de vitamine A dans l'alimentation.

153. Si l'on peut établir à l'échelon mondial une estimation de la prévalence des maladies diarrhéiques et de la mortalité qui leur est imputable, il est plus difficile de les suivre à l'échelon national. Il est nécessaire de mettre au point des moyens pratiques de surveiller et suivre les progrès, notamment en affinant encore les indicateurs de tendance.

4. Dracunculose (ou filariose)

L'engagement

154. Objectif final de la décennie. Elimination de la dracunculose (ou filariose, due au ver de Guinée).

155. Objectif de la mi-décennie. Arrêter la transmission de la dracunculose (maladie du ver de Guinée) dans tous les villages touchés.

156. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. L'objectif a généralement été atteint dans tous les pays où la maladie est endémique. Seuls les pays en situation de conflit armé ont pris du retard.

Le problème

157. La maladie du ver de Guinée est une maladie parasitaire débilitante, véhiculée par l'eau qui, il y a seulement cinq ans, touchait des millions de personnes. Rarement mortelle, cette infection est extrêmement douloureuse et peut être une cause d'incapacité de longue durée. Lorsqu'une femme en est atteinte, on constate une dégradation notable de l'état nutritionnel de ses enfants et un manque d'attention à ces derniers, notamment pour les visites au dispensaire. Le ver de Guinée peut empêcher les enfants de fréquenter l'école pendant un certain temps quand ils en sont atteints ou quand ils doivent remplacer un de leurs parents dans sa tâche si celui-ci est atteint par la maladie.

Les progrès accomplis

158. Bien que les programmes nationaux d'élimination de la maladie du ver de Guinée n'aient été établis qu'en 1990 et même plus tard, ils ont eu d'excellents résultats, et les progrès ont été considérables en peu de temps. Le ver de Guinée a été éliminé dans 15 000 villages et on estime que la prévalence de la maladie a diminué de 97 %.

159. L'objectif final de la décennie pourrait donc être atteint, la maladie du ver de Guinée étant en voie de disparition. Les foyers d'infection qui demeurent sont situés pour la plupart dans des communautés isolées de 16 pays d'Afrique, du Yémen et de l'Inde. La maladie a disparu du Pakistan depuis 1993 et cinq autres pays ont signalé moins d'une centaine de cas en 1995.

160. Comme c'est le cas de beaucoup de réussites dans la poursuite d'un objectif, le rôle principal a été celui des communautés qui ont exécuté les programmes et en ont bénéficié. Des associations entre donateurs, ONG, organismes des Nations Unies et gouvernements ont également joué un rôle actif.

161. Les conflits et l'insécurité ont été les principaux obstacles à l'élimination de la maladie. Il reste au Soudan près de la moitié des cas encore signalés et ce pays aura besoin d'une aide supplémentaire d'ordre technique, opérationnel et financier. L'engagement pris au niveau politique impose à toutes les parties à un conflit d'autoriser l'accès aux zones visées par le programme.

162. On peut tirer du suivi du programme relatif à la maladie du ver de Guinée des enseignements utiles pour d'autres interventions dans le domaine de la santé. Le signalement des cas de dracunculose a été beaucoup plus efficace et économique que les autres expériences de suivi à l'échelon du village, et l'utilisation de cartes des régions concernées aux fins de cette surveillance a facilité la planification et la gestion d'autres programmes.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

163. A mesure que l'élimination progresse, le financement se raréfie et plusieurs programmes nationaux relatifs à la maladie du ver de Guinée sont menacés. Il faut conserver la vitesse acquise jusqu'à l'élimination totale de la maladie.

164. Il ne faudrait pas laisser s'affaiblir la mobilisation qui s'est faite autour de la dracunculose et qui devrait être orientée vers un autre but. Si les services mis en place aux fins de l'élimination de la dracunculose étaient intégrés dans d'autres programmes communautaires de soins de santé, leurs capacités pourraient servir à résoudre d'autres problèmes de santé dans les zones pauvres et isolées.

5. Affections aiguës des voies respiratoires

L'engagement

165. Objectif final de la décennie. Réduire d'un tiers le nombre de décès dus à des affections aiguës des voies respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans.

166. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. Sur 88 pays où la pneumonie bactérienne est très répandue, 59 ont lancé des programmes visant à lutter activement contre les affections aiguës des voies respiratoires, mais il est difficile de mesurer les progrès accomplis par rapport à l'objectif car peu de pays disposaient en 1990 de données précises sur la mortalité liée à ces affections.

Le problème

167. Les affections aiguës des voies respiratoires, en particulier la pneumonie, sont les causes les plus communes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. Environ un tiers de ce groupe d'âge, soit 4 millions d'enfants, meurent chaque année des suites de ces affections et environ 30 à 40 % des consultations dans les services de pédiatrie des centres sanitaires concernent des maladies respiratoires.

168. A condition d'être administrés comme il convient, les antibiotiques peuvent empêcher de nombreux enfants de mourir de pneumonie. Le traitement classique aux antibiotiques pourrait éviter entre 30 et 60 % des décès d'enfants liés à ces affections mais un grand nombre d'enfants qui en ont besoin ne peuvent avoir accès à ce traitement.

Les progrès accomplis

169. Au début de la décennie, rares étaient les pays qui disposaient des connaissances et des moyens nécessaires pour réduire la mortalité due aux affections aiguës des voies respiratoires, et il n'a donc pas été fixé d'objectif dans ce domaine pour le milieu de la décennie. Depuis lors, des progrès ont été faits, tant en ce qui concerne la qualité des soins dispensés dans les centres sanitaires que dans l'évolution des comportements au sein des foyers, pour réduire la mortalité due à des affections pulmonaires. Sur 88 pays en développement dont le taux de mortalité infantile est supérieur à 40/1 000 naissances vivantes, 59 avaient lancé, à la fin de 1994, des programmes de lutte active contre les affections aiguës des voies respiratoires.

Tableau 5. Pays exécutant des programmes de lutte contre les affections aiguës des voies respiratoires

Région	Nombre de pays visés	Nombre de programmes exécutés
Afrique subsaharienne	42	22
Moyen-Orient et Afrique du Nord	15	9
Asie du Sud	7	7
Asie orientale et Pacifique	8	8
Amérique latine et Caraïbes	15	12
Europe centrale et orientale, CEI et pays baltes	1	1
Total mondial	88	59

Source : OMS.

170. La stratégie qui est au centre de la lutte contre les affections aiguës des voies respiratoires est principalement axée sur l'application d'un traitement approprié. Les mères doivent être en mesure de déceler ces affections et de faire soigner leurs enfants en temps utile, et les agents sanitaires doivent avoir la formation qui convient pour pouvoir répondre aux appels de la communauté et disposer des antibiotiques adéquats en quantité suffisante.

171. La formation dans le domaine du traitement clinique des affections respiratoires aiguës fait partie des programmes de lutte contre ces maladies. Les programmes de formation sont de type classique et la qualification est sanctionnée selon les critères généralement appliqués. A ce jour, quelque 50 000 médecins, 85 000 infirmiers et infirmières et 70 000 agents sanitaires locaux ont reçu cette formation.

172. Dans 60 pays en développement, des données d'information sur le comportement des familles lorsque des soins appropriés s'imposent sont recueillies dans le cadre d'enquêtes sur les ménages, et il sera tenu compte de ces données dans la planification de programmes futurs. La plupart des programmes nationaux ne permettent cependant pas de mesurer le taux de mortalité liée aux affections aiguës des voies respiratoires à la mi-décennie, et les chiffres concernant la réduction de ce taux seront donc, au mieux, approximatifs.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

173. Pour réduire la mortalité infantile, la priorité doit être donnée à l'amélioration du traitement appliqué dans les foyers et dans les centres sanitaires. Un changement s'impose, non seulement dans les centres sanitaires du niveau de base, mais aussi dans les hôpitaux où sont transportés les enfants gravement atteints. Il faut accélérer l'exécution des programmes de lutte contre les affections aiguës des voies respiratoires si l'on veut atteindre l'objectif du Sommet mondial pour les enfants.

174. Les bactéries responsables des infections pulmonaires deviennent de plus en plus résistantes aux antibiotiques les plus courants, et les gouvernements auront besoin d'une aide pour décider des antibiotiques à utiliser aux fins du traitement des affections aiguës des voies respiratoires. L'un des tâches prioritaires des institutions, tant nationales qu'internationales, sera d'assurer de façon continue l'approvisionnement en antibiotiques appropriés.

6. Mortalité maternelle

L'engagement

175. Objectif final de la décennie. Réduire d'ici l'an 2000 le taux de mortalité maternelle de 50 % par rapport au taux de 1990.

176. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. De nouvelles estimations établies par l'OMS et l'UNICEF indiquent que la mortalité maternelle a été considérablement sous-évaluée et qu'il y avait eu, en 1990, quelque 585 000 décès liés à la grossesse et à l'accouchement. A l'échelon mondial, il ne semble pas que des progrès notables aient été accomplis. Une entente a été trouvée sur les stratégies les plus efficaces, à savoir : surveillance et soins

appropriés au cours de la grossesse et de l'accouchement, accès à des soins intensifs en cas de complication, et prévention des grossesses non désirées.

Le problème

177. Des données récentes indiquent qu'en 1990, le nombre de décès liés à la grossesse s'élevait à quelque 585 000 et que la mortalité maternelle avait donc été gravement sous-évaluée par le passé.

Tableau 6. Mortalité maternelle : révision des taux estimatifs de 1990

Région	Taux de mortalité maternelle (nombre de décès/100 000 naissances vivantes)	Nombre de décès (en milliers)
Afrique subsaharienne	980	219
Moyen-Orient et Afrique du Nord	320	32
Asie du Sud	610	224
Asie orientale et Pacifique	210	80
Amérique latine et Caraïbes	190	22
Europe centrale et orientale, CEI et pays baltes	95	7
Pays industrialisés	17	2
Total mondial	430	585

Source : OMS et UNICEF.

178. La plupart de ces décès ont des causes obstétricales : hémorragie, septicémie, éclampsie, accouchement difficile et avortement à risque, et environ 20 % des décès liés à la grossesse dans les pays en développement sont dus à des complications de l'anémie et du paludisme aggravés par la grossesse.

179. Dans les pays en développement, moins de la moitié des mères accouchent avec l'assistance d'une sage-femme diplômée ou d'un médecin et 59 % seulement des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals. Bien que quelque 15 % des femmes soient exposées à des complications durant la grossesse ou l'accouchement, un nombre élevé mais indéterminé d'entre elles n'ont pas accès aux services obstétricaux d'urgence.

Les progrès accomplis

180. Il est extrêmement difficile de mesurer la mortalité maternelle et, dans la majorité des pays, on ne dispose pas de données fiables permettant d'établir une base de données et de suivre les tendances. L'OMS et l'UNICEF ont mis au point une nouvelle méthode d'évaluation de la mortalité maternelle dans les pays où les estimations officielles ne sont pas utilisables et préparent des directives pour suivre l'évolution en recueillant des données sur l'équipement des pays en services obstétricaux et sur le pourcentage de femmes qui s'y adressent pour des complications.

181. Des changements d'approche s'imposent pour mieux cerner le problème de la mortalité maternelle et de ses causes. La plupart des décès liés à la grossesse peuvent être évités en associant la surveillance adéquate de la grossesse et de l'accouchement, l'accès aux services obstétricaux d'urgence et l'accès aux services de planification de la famille afin d'éviter les grossesses non désirées. Il est nécessaire d'établir un système sanitaire efficace coordonnant tous les échelons et doté d'un personnel suffisamment qualifié et compétent pour décider à bon escient d'un transfert en cas de complication grave.

182. L'ampleur et la nature des urgences obstétricales étant mieux connues, on a été amené à réexaminer le rôle que jouent les accoucheuses traditionnelles dans l'hygiène de la procréation. En ce qui concerne l'accouchement, il serait bon de développer la liaison entre ces dernières et les agents sanitaires professionnels, car l'expérience a montré que la formation des accoucheuses traditionnelles à l'écart du système sanitaire n'avait guère eu d'effet sur la mortalité maternelle.

183. Bien qu'on ne puisse déterminer, et encore moins mesurer, les progrès par rapport à l'objectif, on note que l'impulsion nouvelle donnée à la cause des femmes à l'échelon national et dans les instances internationales s'est traduite par une attention nouvelle accordée à l'hygiène de la procréation en général, et à la mortalité maternelle en particulier. Les liaisons plus étroites qui s'établissent entre les gouvernements, les organismes des Nations Unies, les organismes professionnels et les défenseurs de la protection sanitaire des femmes aux échelons mondial, national et local devraient aboutir à des améliorations plus sensibles au cours de la seconde moitié de la décennie.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

184. Des mesures doivent être prises dans le cadre des systèmes sanitaires, tant au niveau des soins de santé primaires qu'au niveau supérieur, pour améliorer, par priorité, l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en milieu hospitalier en cas de complication, et pour renforcer les services obstétricaux auxquels toutes les femmes doivent avoir accès.

185. Les interventions en matière de maternité sans risque doivent associer la planification de la famille, les soins prénatals et les soins pendant et après l'accouchement. Les agents sanitaires et les responsables de l'hygiène de la procréation doivent recevoir la formation adéquate. L'objectif est d'assurer aux femmes une série continue de soins tout au long de leur vie.

186. Les activités en matière d'information, d'éducation et de communication doivent viser non seulement les femmes mais aussi les hommes et les membres de la communauté dont le comportement et les actes peuvent avoir des conséquences pour la santé des femmes, notamment ceux qui sont en mesure d'organiser leur transport dans les cas d'urgence.

187. Compte tenu des nouvelles estimations de l'OMS et de l'UNICEF, chaque pays devrait faire le point de sa situation en matière de mortalité maternelle et élaborer des programmes nationaux spécifiques et peu coûteux, comportant des activités, des objectifs et des stratégies réalistes.

7. La malnutrition chez l'enfant

L'engagement

188. Objectif final de la décennie. Entre 1990 et l'an 2000, réduire de moitié la malnutrition grave ou modérée chez les enfants de moins de cinq ans.

189. Objectif de la mi-décennie. Réduire d'un cinquième (20 %) au moins par rapport aux niveaux de 1990 les taux de malnutrition grave ou modérée chez les enfants de moins de cinq ans.

190. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. Dans l'ensemble, le taux de malnutrition chez les enfants n'a guère changé depuis 1990. On note chez environ 31 % de la population mondiale des moins de cinq ans une insuffisance pondérale, principalement en Asie du Sud où près de 50 % souffrent de malnutrition. En Afrique subsaharienne, la proportion est moindre, mais pourrait être en augmentation. Sur les 40 pays qui possèdent des données à cet égard, environ la moitié ont enregistré une diminution sensible du taux de malnutrition.

Le problème

191. On estime à 174 millions, dans le monde en développement, le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent de malnutrition, d'après leur poids par rapport à leur âge. La malnutrition, qui nuit au développement physique et mental, entraîne aussi une moindre résistance à la maladie. Des études récentes indiquent qu'en moyenne, dans les pays en développement, 56 % des décès de jeunes enfants sont liés à la malnutrition, 83 % de ces enfants souffrant de malnutrition faible ou modérée.

Tableau 7. Malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans
 (pourcentage d'enfants d'un poids insuffisant)

Région	1985	1990	1995
Afrique subsaharienne	29	29	31
Moyen-Orient et Afrique du Nord	16	13	14
Asie du Sud	57	51	51
Asie orientale et Pacifique	27	23	22
Amérique latine et Caraïbes	11	9	8
Pays en développement	34	30	31

Source : D'après les premières estimations du Sous-Comité de la nutrition du Comité administratif de coordination.

192. La sécurité alimentaire des ménages, des soins adéquats pour les nourrissons et les enfants, un minimum de bien-être pour les femmes, un environnement salubre et l'accès aux services de santé de base sont des conditions nécessaires pour assurer la bonne nutrition des enfants. Ces conditions elles-mêmes bénéficieront des améliorations apportées dans d'autres domaines tels que la lutte contre les maladies, les progrès de l'éducation et la réduction de la pauvreté.

Les progrès accomplis

193. Bien que davantage de données soient disponibles depuis 1990, il est encore difficile de mesurer le changement, en partie à cause du manque de données de base ou de données sur l'évolution de la situation dans de nombreux pays. Les meilleures estimations dont on dispose indiquent qu'en 1995, 31 % des moins de cinq ans souffraient d'insuffisance pondérale dans le monde en développement.

194. Le chiffre mondial masque d'importants écarts entre les régions, bien que la lenteur des progrès soit commune à toutes. L'insuffisance pondérale touche environ 50 % des jeunes enfants en Asie du Sud, environ 31 % en Afrique subsaharienne, 22 % en Asie orientale, 14 % au Moyen-Orient et 8 % dans les Amériques. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, un taux de natalité élevé et l'absence de progrès dans le domaine de la nutrition ont en fait entraîné une augmentation du nombre d'enfants souffrant de malnutrition.

195. En 1990, 53 pays en développement seulement disposaient de données fiables sur le nombre et le pourcentage d'enfants d'un poids insuffisant. En 1995, 97 pays disposent de ces données. Cet important fait nouveau permettra de faire des analyses plus précises à l'avenir. Une vingtaine des 40 pays dont les données étaient du même ordre avant et après 1990 signalent des diminutions sensibles de la malnutrition depuis les années 80. Ces pays sont situés principalement en Asie orientale, dans les Amériques, au Moyen-Orient et en

Afrique du Nord et certains ont probablement atteint l'objectif de la mi-décennie. Dans neuf autres pays, dont six en Afrique, la malnutrition a gagné du terrain.

196. Les pays dont le gouvernement s'est engagé résolument à lutter contre la malnutrition, à y consacrer des ressources substantielles, à développer les capacités individuelles et à analyser le problème de façon rigoureuse semblent avoir réussi à accélérer l'évolution dans le sens positif. La croissance économique peut faciliter les progrès mais n'est une condition ni nécessaire ni suffisante pour parvenir à réduire notablement la malnutrition chez les enfants.

197. Dans la plupart des programmes de lutte contre la malnutrition chez l'enfant sont prévus la protection et la promotion de l'allaitement maternel, l'aide à une alimentation d'appoint rationnelle, l'éducation nutritionnelle en vue de modifier les habitudes alimentaires, la surveillance de la croissance de l'enfant et les pratiques propres à la favoriser, la lutte contre les carences en micronutriments, l'appui nutritionnel à assurer à l'enfant malade, la nutrition des mères et les services sanitaires à leur disposition et l'aide aux femmes en matière de gestion et d'économie du ménage. Les choix et les priorités varient suivant les programmes.

198. Ce qui caractérise les programmes efficaces, c'est la participation de la communauté à la définition des problèmes et à la mobilisation en vue d'une action. La qualité technique du programme ne suffit pas pour en assurer le succès.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

199. Pour lutter contre la malnutrition chez l'enfant, il faut que la société s'engage et se mobilise à tous les niveaux. Vu l'importance de la participation communautaire, il importe de faire converger les efforts nationaux sur l'instauration d'un climat favorable aux programmes exécutés à l'échelon des communautés.

200. Il faut faire davantage pour prévenir les situations d'urgence qui peuvent résulter de la malnutrition et mettre au point des dispositifs de sécurité pour les groupes les plus vulnérables ainsi que dans les situations de crise et pour les enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles.

201. Il faudra que les gouvernements et les organisations internationales s'engagent plus activement qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici pour qu'il y ait une chance d'atteindre l'objectif final de la décennie.

202. Les interrelations entre le bien-être des femmes et celui des enfants devront retenir davantage l'attention, ainsi que les conséquences de la malnutrition de l'enfant pour la génération suivante. L'état nutritionnel des fillettes et des jeunes femmes devrait, en particulier, être l'objet de soins attentifs avant qu'elles ne mettent des enfants au monde.

8. Troubles dus à une carence en iode

L'engagement

203. Objectif final de la décennie. Élimination quasi totale des troubles dus à une carence en iode.

204. Objectif de la mi-décennie. Iodation universelle du sel dans les pays où les carences en iode posent un problème de santé publique (parvenir à un taux de 90 % au moins d'iodation effective du sel utilisé dans l'alimentation, ou de 90 % des ménages consommant du sel iodé).

205. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. D'importants progrès ont été faits. Presque tous les pays où les carences en iode posent un problème de santé publique procèdent à l'iodation du sel en vue d'atteindre l'objectif final de la décennie. En 1995, la population consommant du sel iodé comptait environ 1,5 milliard de plus qu'en 1990.

Le problème

206. En 1990, environ 1,6 milliard de personnes, soit 30 % de la population mondiale, étaient exposées à des troubles dus à une carence en iode et 750 millions étaient atteintes d'un goitre principalement en raison d'une alimentation pauvre en iode. On estimait à 43 millions le nombre de personnes plus ou moins atteintes de lésions cérébrales par suite d'une alimentation insuffisamment iodée avant ou pendant leur petite enfance.

207. L'iodation du sel est un moyen efficace et peu onéreux de lutter contre les carences en iode pour des populations entières. Avant 1990, les pays en développement qui procédaient sur une grande échelle à l'iodation du sel ou qui tentaient de faire appliquer une réglementation ad hoc étaient rares, et moins de 20 % de la population à risque de ces pays consommaient du sel suffisamment iodé.

Les progrès accomplis

208. Dans 21 des 87 pays pour lesquels on dispose d'informations, 90 % au moins du sel produit pour l'alimentation humaine est désormais iodé : ces pays ont atteint l'objectif de la mi-décennie. Quatorze autres pays atteignent un taux situé entre 75 et 90 % et, dans un grand nombre des 52 pays restants, des infrastructures pour la production de sel iodé ont été mises en place et la proportion de sel iodé consommé pourrait atteindre ou dépasser 90 % avant l'an 2000.

209. Grâce aux efforts déployés après le Sommet, 1,5 milliard supplémentaire de personnes ont commencé pour la première fois à consommer du sel iodé. Cela signifie que, chaque année, environ 12 millions de nouveau-nés ont été protégés contre les risques d'arriération mentale auxquels, sans cela, ils auraient été exposés avant ou après leur naissance. En tout, quelque 2,4 milliards de personnes - soit 55 % de la population des 87 pays en développement qui ont fourni des données - absorbent désormais une dose suffisante d'iode en consommant du sel iodé.

Tableau 8. Consommation de sel iodé

Région	Nombre de pays touchés par les carences en iode et disposant de données sur la consommation de sel	Population consommant du sel iodé	
		Pourcentage	Total (en millions)
Afrique subsaharienne	33	57	298
Moyen-Orient et Afrique du Nord	9	73	157
Asie du Sud	6	59	711
Asie orientale et Pacifique	8	48	807
Amérique latine et Caraïbes	20	80	369
Europe centrale et orientale, CEI et pays baltes	11	26	87
Total	87	55	2 429

Source : Bureaux extérieurs de l'UNICEF.

210. Des lois et règlements facilitant et exigeant l'iodation du sel ont été adoptés ou sont sur le point d'être ratifiés dans tous ces pays, à l'exception de huit pays où les carences en iode posent un problème de santé publique. Une part importante des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre l'objectif de l'iodation universelle du sel a été mobilisée, dont 30 millions de dollars de sources extérieures, au cours des cinq dernières années.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

211. Certains pays qui n'ont pas atteint l'objectif de la mi-décennie ont besoin d'une aide supplémentaire pour pouvoir faire des progrès substantiels dans la lutte contre les carences en iode d'ici l'an 2000.

212. Les mécanismes de contrôle pour garantir la qualité du sel iodé et recueillir des données d'information précises sur sa consommation ont besoin d'être renforcés.

9. Carences en vitamine A

L'engagement

213. Objectif final de la décennie. Eliminer presque totalement l'avitaminose A et ses effets, dont la cécité.

214. Objectif de la mi-décennie. Faire en sorte que 80 % au moins des enfants de moins de deux ans vivant dans des régions où l'apport en vitamine A est insuffisant en absorbent une dose suffisante grâce à un régime combinant l'allaitement maternel, une alimentation plus équilibrée, une nourriture plus riche et plus complète.

215. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. En 1995, 17 pays progressaient rapidement vers l'objectif de la mi-décennie et des programmes de grande ampleur étaient en cours dans 24 autres pays. Dans 35 pays touchés par l'avitaminose A, le problème ne retenait pas toute l'attention voulue.

Le problème

216. En 1995, 250 millions d'enfants de moins de cinq ans de 76 pays en développement souffraient d'avitaminose A. Dans 43 de ces pays, la carence était grave : 3 millions d'enfants présentaient des signes cliniques de xérophtalmie et autres lésions oculaires, et plus de 500 000 perdaient la vue chaque année.

217. La gravité des conséquences de l'avitaminose A a été sous-évaluée jusqu'à une date récente. Elle atteint le système immunitaire et augmente donc d'un quart environ les risques de décès chez l'enfant, principalement dans les cas de diarrhée et de rougeole. Elle contribue aussi à l'anémie et nuit à la croissance. On estime en outre à 6 millions le nombre de femmes enceintes ou allaitantes dont la santé en souffre.

218. L'avitaminose A, qui résulte d'une alimentation trop pauvre en vitamine A, est souvent liée à des infections répétées et à la malnutrition. Pour lutter contre cette carence, les trois stratégies principales sont l'alimentation complémentaire, l'enrichissement des aliments et un régime équilibré. Les aliments d'origine animale et certains fruits de couleur orange et jaune sont de bonnes sources de vitamine A mais les familles pauvres en consomment rarement. Une consommation accrue de légumes verts peut contribuer à éviter l'avitaminose A.

219. Des examens de sang et une analyse biochimique sont nécessaires pour mesurer l'étendue de la carence en vitamine A. Il est donc difficile d'établir des estimations du nombre de personnes atteintes et de suivre les progrès réalisés dans la lutte contre cette carence.

Les progrès accomplis

220. Un certain nombre de pays ont progressé en adoptant la stratégie de lutte contre l'avitaminose A dite du "supplément nutritionnel". La carence en vitamine A peut être presque totalement évitée en administrant de fortes doses de vitamine A aux mères, immédiatement après la naissance, et aux enfants, deux

fois par an à partir du sixième mois. Sur l'ensemble des pays où cette carence est grave, 22 distribuent régulièrement des suppléments aux jeunes enfants, et 11 en fournissent à 50 % de la population. Dans ces pays, les suppléments en vitamine A ont sauvé à eux seuls quelque 300 000 enfants. Sept pays où cette carence est moins grave appliquent régulièrement aujourd'hui la stratégie des suppléments en vitamine A, grâce à laquelle l'Indonésie, par exemple, a pratiquement éliminé l'avitaminose A.

221. L'enrichissement des aliments couramment consommés par les mères et les enfants à risque peut aussi agir de façon positive. Au Venezuela, la farine est aujourd'hui enrichie à la fois en vitamine A et en fer; 90 % du sucre consommé au Guatemala est enrichi en vitamine A, ce qui a été très efficace pour lutter contre les carences. Dans certains pays, l'huile de cuisine et la margarine sont enrichies, et des programmes d'enrichissement du sucre sont aujourd'hui plus largement envisagés.

222. Dans presque tous les pays où la carence en vitamine A est fréquente, des efforts ont été faits pour améliorer le régime alimentaire des enfants et des mères. La plupart des programmes visent des objectifs multiples et il n'est donc pas possible d'évaluer la mesure dans laquelle ils contribuent à progresser vers l'objectif. Si l'on a pu suivre la consommation de capsules de vitamine A et d'aliments enrichis, il est extrêmement difficile, en revanche, de mesurer les effets de l'éducation nutritionnelle sur les habitudes alimentaires.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

223. Malgré son importance pour la santé des enfants, les responsables de nombreux pays n'ont pas encore mesuré toute la portée de la carence latente en vitamine A. Il faudra redoubler d'efforts pour faire comprendre l'importance que revêt la vitamine A absorbée en quantité suffisante pour la santé de millions d'enfants.

224. Les programmes d'enrichissement des aliments en vitamine A ont fait la preuve de leur efficacité et devraient être préconisés pour tous les pays où l'avitaminose A est fréquente. Là où le taux de couverture vaccinale est élevé, ces programmes pourraient être liés à la vaccination et aux examens médicaux périodiques. Il faudrait mettre des capsules de vitamine A faiblement dosées à la disposition des communautés par l'intermédiaire des organisations et dans les pharmacies.

225. L'enrichissement des aliments devrait être plus largement envisagé comme stratégie de lutte contre l'avitaminose A en faisant appel à la coopération des producteurs et distributeurs de produits alimentaires de base traités ou fabriqués industriellement. La surveillance et le contrôle de la qualité des programmes d'enrichissement des aliments déjà en place devraient être renforcés.

226. Des efforts devraient être faits pour évaluer les programmes d'amélioration du régime alimentaire pour lutter contre l'avitaminose A, et pour approfondir les recherches qui permettraient de quantifier les effets de la consommation des diverses sortes de légumes et de fruits sur les besoins des enfants en vitamine A.

10. Allaitement maternel

L'engagement

227. Objectif final de la décennie. Permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année.

228. Objectif de la mi-décennie. Faire en sorte que tous les hôpitaux et maternités obtiennent le statut d'"ami des bébés" en arrêtant la distribution gratuite ou à bas prix d'aliments pour bébés et de substituts du lait maternel et en appliquant les 10 étapes recommandées par l'OMS et l'UNICEF.

229. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. D'importants progrès ont été faits par rapport à l'objectif de la mi-décennie. A la fin de juin 1996, 7 762 maternités, réparties dans 103 pays, avaient obtenu le statut d'"ami des bébés". Plus d'une centaine de pays ont pris des mesures pour arrêter la distribution gratuite ou à bas prix de substituts du lait maternel.

Le problème

230. L'allaitement au sein a une importance capitale pour la santé et la nutrition des quelque 140 millions d'enfants qui naissent chaque année, mais peu d'entre eux bénéficient d'un allaitement maternel bien compris et certains ne sont pas du tout nourris au sein. Le plus souvent, l'allaitement au sein est abandonné trop tôt et l'enfant reçoit des suppléments nutritionnels inutiles et des aliments d'appoint à contre-temps, ou trop tôt, ou trop tard.

231. L'alimentation artificielle accroît la morbidité des enfants et des mères. Les substituts du lait maternel, une alimentation complémentaire insuffisante, parfois les deux, peuvent retarder la croissance et entraîner des carences en micronutriments.

232. D'après les données dont on dispose sur l'allaitement maternel, 43 % seulement des nourrissons du monde en développement sont nourris exclusivement au sein - c'est-à-dire uniquement au lait maternel, sans aucun autre liquide ou solide - pendant les quatre premiers mois de leur vie. Les taux d'allaitement maternel exclusif sont de l'ordre de 50 % en Asie du Sud, d'environ 25 % en Afrique subsaharienne et de 20 % en Amérique latine. Aux alentours du sixième mois, des aliments complémentaires devraient être introduits dans l'alimentation (semi-liquides ou solides). A l'heure actuelle, 45 % seulement des nourrissons de six à neuf mois sont nourris au lait maternel complété par des aliments d'appoint. Environ la moitié des nourrissons des pays en développement sont encore nourris au sein à l'âge de 21 ou 23 mois.

233. La méconnaissance, héritée du passé, de l'allaitement au sein en tant que droit des mères et des enfants s'ajoute aux pressions commerciales qui s'exercent sur les systèmes sanitaires et sur le comportement des spécialistes, pour décourager l'allaitement maternel. Partout, les considérations d'ordre commercial infléchissent les pratiques, les comportements et les travaux de recherche relatifs à la santé.

Les progrès accomplis

234. Lorsque les méfaits de la commercialisation mal contrôlée des substituts du lait maternel ont été reconnus, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté en 1981. Depuis lors, 88 pays ont adopté le Code ou sont en train de mettre au point des mesures obligatoires pour lui donner effet, et 101 ont agi pour mettre fin à la fourniture gratuite ou à bas prix de substituts du lait maternel.

235. Les préoccupations face au déclin persistant de l'allaitement maternel ont débouché sur la Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement au sein, qui fixe quatre objectifs opérationnels principaux pour 1995 : désigner des coordonnateurs et des comités nationaux pour l'allaitement au sein, appliquer le Code international, adopter une législation relative à la protection de la maternité et faire des maternités des services "amis des bébés". L'Initiative "Hôpitaux amis des bébés" lancée en 1991 propose une stratégie pour atteindre l'essentiel de ces objectifs.

236. Depuis le lancement de l'Initiative, 7 762 maternités de 103 pays, soit la majorité des services visés, ont obtenu le statut d'"ami des bébés". Soixante autres pays ont adhéré à l'Initiative et s'efforcent d'obtenir ce statut pour un premier hôpital. Le plus grand nombre de maternités "amies des bébés" sont situées en Asie orientale et dans le Pacifique (4 763). Viennent ensuite l'Asie du Sud (926), les Amériques (721), le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (597) et l'Afrique subsaharienne (545). En Côte d'Ivoire, 85 des 86 hôpitaux ont droit aujourd'hui au titre d'"ami des bébés". Les pays industrialisés et ceux d'Europe centrale et orientale, de la CEI et les pays baltes adhèrent peu à peu à l'Initiative et 210 hôpitaux ont également droit à ce titre.

237. Pour être efficace, tout programme doit comporter un élément important visant à protéger l'allaitement maternel contre les ingérences et les pressions de caractère commercial. Les pays qui n'ont pas de code de commercialisation sont plus vulnérables et ont plus de mal à assurer la durée de leurs programmes.

238. Dans 118 pays, les mères ont droit à un congé de maternité d'au moins 12 semaines mais l'adoption d'une législation qui couvrirait toutes les catégories de femmes et rendrait possible la pratique de l'allaitement maternel exclusif pendant environ six mois pose encore des problèmes.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

239. Il faut poursuivre les activités de plaidoyer en faveur du droit de la mère à nourrir son enfant au sein, tout en créant un climat favorable à l'allaitement maternel. A cette fin, les moyens les plus efficaces seront d'encourager l'application du Code international et d'intégrer l'allaitement maternel dans tous les programmes relatifs à la nutrition.

240. Les messages de propagande continueront d'insister sur l'allaitement maternel exclusif pendant environ six mois et sur la poursuite de cette pratique pendant la durée optimale.

241. Pour permettre aux femmes de prendre en toute connaissance de cause une décision sur la méthode qu'elles adopteront pour nourrir leur enfant, il faudra

rendre accessibles à toutes des informations complètes et objectives sur l'allaitement au sein.

242. Il demeure nécessaire de combattre les pressions commerciales dont l'influence nuit au progrès de l'allaitement maternel.

11. Eau potable et assainissement

L'engagement

243. Objectif final de la décennie. Accès de tous à l'eau potable et sans danger et à des systèmes sanitaires d'évacuation des excréments.

244. Objectif de la mi-décennie. Accroître le taux de couverture des réseaux de distribution d'eau de 25 % et des services d'assainissement de 10 %, de façon à réduire l'écart entre les taux de 1990 et l'objectif de l'accès universel en l'an 2000.

245. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. En ce qui concerne l'accès à l'eau potable, l'objectif de la mi-décennie a été atteint à l'échelon mondial, grâce à d'importants progrès accomplis en Asie. L'accès aux installations sanitaires pour l'évacuation des excréments a, en revanche, régressé par suite de l'incapacité des services de suivre le rythme de l'accroissement démographique, en particulier dans les zones urbaines.

Le problème

246. En 1990, on estimait à 1,6 milliard le nombre de personnes qui n'avaient pas accès à l'eau potable, et à 2,6 milliards celui des personnes qui ne disposaient pas d'installations sanitaires adéquates. S'ajoutant à une hygiène déplorable, l'insalubrité de l'eau et des conditions d'assainissement sont indirectement responsables des taux de mortalité élevés chez les jeunes enfants, atteints de maladies diarrhéiques auxquelles sont liés plus de 3 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans chaque année dans les pays en développement.

247. L'insalubrité de l'eau et des systèmes sanitaires joue aussi un rôle dans la propagation d'autres maladies, telles que la schistosomiase et la dracunculose (maladie du ver de Guinée) et d'autres infections et infestations liées au manque d'hygiène, comme la helminthiase, la gale et le trachome. Les maladies transmises par l'eau aggravent d'autres problèmes de santé infantile et peuvent intervenir indirectement dans la malnutrition.

248. Outre les dépenses de santé liées au manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, il faut tenir compte d'autres dépenses et inconvénients majeurs - notamment dans le domaine de l'éducation - pour les femmes et les enfants qui dépensent du temps et des forces à transporter de l'eau.

Les progrès accomplis

249. D'après des données de 1994, 1,1 milliard de personnes n'ont toujours pas accès à l'eau potable, et 2,9 milliards à l'assainissement. L'objectif de la mi-décennie a été atteint mondialement en ce qui concerne l'approvisionnement en

eau, puisque l'écart entre les chiffres de 1990 et l'accès universel a été réduit de 35 %. En revanche, l'objectif relatif à l'assainissement n'a pas été atteint et l'écart a en fait augmenté. Le retard de l'assainissement par rapport à l'approvisionnement en eau potable s'explique par le fait que les communautés et les gouvernements considèrent souvent que le problème est moins urgent.

250. Les chiffres mondiaux masquent d'importantes différences entre les régions, comme le montre le tableau 9. Le taux de couverture du réseau d'alimentation en eau potable est resté constant en Amérique latine mais a augmenté dans toutes les autres régions entre 1990 et 1994. L'Asie occidentale, l'Asie orientale et les pays du Pacifique ont atteint l'objectif de la mi-décennie. Le taux de couverture du réseau d'assainissement, en revanche, a baissé dans toutes les régions, sauf en Asie occidentale.

251. La participation des communautés au fonctionnement et à la gestion des réseaux est jugée indispensable pour progresser et étendre les services. Il faudra mobiliser des ressources communautaires pour assurer ne serait-ce que le minimum des services de base. Les services devront donc être d'un coût raisonnable et répondre au désir des usagers afin de faciliter le partage et la récupération des coûts.

Tableau 9. Eau potable et assainissement : taux de couverture en 1990 et en 1994

Région	Alimentation en eau			Assainissement		
	Taux de couverture		Objectif de la mi-décennie	Taux de couverture		Objectif de la mi-décennie
	1990	1994		1990	1994	
Afrique	45	46	59	36	34	42
Amérique latine et Caraïbes	79	79	84	69	63	72
Asie orientale et Pacifique	61	80	71	30	29	37
Asie occidentale	78	88	84	65	68	69
Taux mondial	61	75	71	36	34	42

Source : Projet commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement.

Note : Les régions qui figurent dans ce tableau correspondent à celles retenues dans le rapport du Secrétaire général sur l'eau et l'assainissement, de juin 1995 (A/50/213-E/1995/87).

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

252. La collaboration entre le gouvernement, les donateurs, les ONG et les communautés est indispensable pour réaliser des progrès dans le domaine de l'eau et de l'assainissement. Il faut renforcer et élargir cette collaboration et encourager la participation des communautés.

253. La prestation de services dans le domaine de l'eau et de l'assainissement devrait s'accompagner d'un effort important d'éducation en matière d'hygiène afin de mieux faire comprendre la nécessité et les bienfaits de la salubrité de l'eau et de l'assainissement.

254. L'alimentation en eau des zones urbaines a continué d'absorber 80 % des investissements dans ce domaine et, généralement, au profit des populations les plus aisées. Il faut viser particulièrement les zones urbaines en développement rapide et les quartiers défavorisés, ainsi que les zones rurales.

255. Pour progresser notablement vers l'objectif final de la décennie, des niveaux de financement beaucoup plus élevés que le niveau actuel sont indispensables, ainsi qu'une volonté plus ferme d'adopter des techniques bon marché et des réformes pour améliorer le rapport coût-efficacité.

256. Dans de nombreux pays, la faiblesse des systèmes intégrés de gestion est un obstacle majeur. Pour remédier aux déséquilibres, notamment aux disparités entre zones urbaines et zones rurales, ou à l'absence de progrès en matière d'assainissement, il est nécessaire de disposer de données fiables sur lesquelles établir des plans rationnels. Aussi faut-il continuer de renforcer les systèmes nationaux de suivi, avec l'aide du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance.

12. Éducation de base

L'engagement

257. Objectif final de la décennie. Universaliser l'éducation de base et faire en sorte que 80 % au moins des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire, en mettant l'accent sur la réduction des inégalités entre les garçons et les filles.

258. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. L'augmentation du taux d'inscriptions dans l'enseignement primaire, qui a augmenté de 2 % entre 1990 et 1995, devra s'accélérer pour que l'objectif final de la décennie puisse être atteint. De plus, les taux d'abandon scolaire demeurent élevés, surtout en Afrique et en Asie du Sud, et la réduction des inégalités entre les filles et les garçons ne progresse que lentement.

Le problème

259. Cent millions au moins d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire, dont 60 % sont des filles, ne vont pas en classe. Parmi ceux qui commencent leur scolarité, beaucoup ne terminent même pas la quatrième année et, si la qualité de l'enseignement s'est améliorée dans certains pays, elle est déplorable dans d'autres.

260. L'éducation de base comprend l'étude fondamentale des méthodes, connaissances, techniques, valeurs et comportements nécessaires pour pouvoir mener une vie productive et continuer de s'instruire tout au long de l'existence. Elle commence par l'éveil du jeune enfant, que complète ensuite l'acquisition des connaissances du niveau primaire et diverses activités éducatives qui visent à doter les enfants des connaissances essentielles dont ils auront besoin après leur scolarité, puis pendant leur adolescence et leur vie d'adultes. L'enseignement primaire a pour les enfants une importance capitale car les connaissances fondamentales et les techniques vitales devraient être acquises par tous dès le plus jeune âge.

261. Les investissements dans le domaine de l'éducation conditionnent la croissance économique et de développement social, y compris le recours plus général aux soins de santé primaires, l'amélioration de la nutrition, l'abaissement des taux de fécondité, le progrès des conditions d'hygiène et le renforcement du rôle des femmes. En augmentant la productivité de la population pauvre, l'éducation contribue à une meilleure répartition du revenu, d'où un recul de la pauvreté, comme l'a montré l'expérience récente des pays d'Asie orientale.

Les progrès accomplis

262. La Conférence de Jomtien sur l'éducation pour tous, tenue en 1990, a lancé une vaste opération de réévaluation de l'éducation de base. Au cours de la première moitié des années 90, l'éducation de base a bénéficié, à l'échelon politique, d'une attention beaucoup plus soutenue et d'une restructuration des ressources, et un nombre croissant de pays exécutent des programmes visant à l'améliorer.

263. Aujourd'hui, le nombre des enfants scolarisés dans le primaire s'est accru de 50 millions mais cela correspond à peine à l'accroissement démographique. Dans les pays en développement, on estime que la proportion d'enfants d'âge scolaire inscrits dans les écoles est passée de 80 à 82 % entre 1990 et 1995. Un changement du même ordre de grandeur s'est produit dans l'écart entre filles et garçons, l'écart entre les inscrits des deux sexes ayant diminué de 2 points de pourcentage.

264. A l'échelon régional, les taux d'inscription varient entre une diminution de 1 % et une augmentation de 3 %, et l'écart entre les inscrits des deux sexes, d'une diminution de 5 % à une augmentation de 1 %. En Afrique subsaharienne, la tendance à la baisse du taux d'inscription dans le primaire pendant les années 80 semble s'être transformée en une légère augmentation pendant la première moitié des années 90. Il convient cependant, vu l'insuffisance des données relatives au taux d'inscription, d'interpréter ces chiffres avec prudence.

265. Le nombre d'inscriptions ne donne qu'une image partielle de la situation de l'enseignement primaire. De nombreux enfants quittent l'école avant d'avoir atteint un niveau d'instruction minimum (la cinquième année). Dans les régions de l'Asie orientale et du Pacifique, et du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, environ 90 % des débutants achèvent la quatrième année, contre 75 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, et 60 % seulement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Ces taux élevés d'abandon scolaire montrent que pour atteindre, d'ici l'an 2000, l'objectif de l'éducation de base pour 80 % au moins des

enfants en âge de fréquenter l'école primaire, la tâche sera considérable dans ces deux dernières régions. L'Amérique latine devra elle aussi accélérer ses progrès pour atteindre l'objectif final de la décennie.

Tableau 10. Taux d'inscription et écart entre les inscrits des deux sexes

Région	Taux d'inscription (sans distinction de sexe)		Écart entre les sexes (différence entre le pourcentage de garçons et le pourcentage de filles)	
	1990	1995	1990	1995
Afrique subsaharienne	54	55	10	11
Moyen-Orient et Afrique du Nord	80	83	11	10
Asie du Sud	75	78	25	20
Asie orientale et Pacifique	95	94	6	5
Amérique latine et Caraïbes	87	89	5	6
Pays en développement	80	82	13	11
Pays industrialisés	92	92	1	1

Source : Données établies par l'Unesco pour la réunion sur l'éducation pour tous, tenue à Amman, en juin 1996.

266. Même pour les enfants qui poursuivent leur scolarité jusqu'à la dernière année, la qualité de l'enseignement laisse beaucoup à désirer. Une enquête récente effectuée dans les écoles primaires de 14 des pays les moins avancés a montré qu'en première année, les classes pouvaient compter en moyenne jusqu'à 112 élèves, qu'il n'y avait pas de tableau noir dans près de la moitié des salles de classes et que la plupart des enfants utilisaient des langues différentes à l'école et chez eux.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

267. Un effort d'accélération est nécessaire pour accroître le nombre d'enfants scolarisés dans l'enseignement primaire, en particulier le nombre de filles et, surtout, en Afrique subsaharienne. Pour pouvoir suivre les progrès comme il convient, il faut aussi améliorer les systèmes existants de collecte de données sur les taux de fréquentation scolaire, de redoublement et d'abandon scolaire.

268. Les inégalités entre les sexes en ce qui concerne l'accès à l'éducation et au sein du système scolaire doivent être éliminées au plus vite afin que l'éducation devienne une réalité pour toutes les filles et les femmes, surtout en Asie du Sud, en Afrique subsaharienne, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. La lenteur des progrès réalisés à ce jour tient à des facteurs sociaux, culturels et économiques profondément enracinés qui vont bien au-delà des problèmes d'enseignement et doivent tous faire l'objet d'un effort national portant sur tous ces aspects.

269. Pour améliorer la qualité de l'enseignement primaire, il importe de mieux aménager le cadre scolaire, de fournir du matériel d'enseignement, d'assurer la formation des enseignants et de faire participer les communautés aux efforts en matière de scolarisation. Cela exige en outre de mettre au point des indicateurs simples des résultats scolaires et d'en diffuser largement l'utilisation pour qu'il soit possible d'évaluer les progrès.

270. L'éducation ne peut que bénéficier d'un climat général encourageant et compréhensif. A cet égard, les programmes en faveur des populations pauvres, qui peuvent compenser le fait d'appartenir à une famille ou à une communauté défavorisées, jouent un rôle considérable car ils tendent à donner à tous les enfants de meilleures chances d'accéder à l'enseignement primaire.

271. Pour atteindre l'objectif de l'éducation primaire pour tous, il importe d'adopter une stratégie souple et à objectifs multiples dans laquelle les méthodes d'éducation extrascolaire jouent un rôle important car elles permettent de toucher les groupes difficiles à atteindre, notamment lorsque les systèmes de type classique ne s'étendent pas assez vite. Il faut toutefois que l'enseignement extrascolaire soit relié au système scolaire classique afin que les enfants aient la possibilité d'y rejoindre leurs condisciples du même âge et du même niveau, et que des ressources suffisantes leur soient consacrées.

13. Analphabétisme

L'engagement

272. Objectif final de la décennie. Ramener le taux d'analphabétisme chez les adultes (le groupe d'âge concerné devant être déterminé par chaque pays) à la moitié de ce qu'il était en 1990, l'accent étant mis sur l'alphabétisation des femmes.

273. Point de la situation à mi-parcours de la décennie. Dans les pays en développement, le taux d'analphabétisme chez les adultes est passé de 34 à 30 % entre 1990 et 1995. L'écart entre le nombre d'hommes et le nombre de femmes a légèrement diminué. Si un gros effort n'est pas fait dans les années à venir, les résultats à la fin de la décennie seront très inférieurs à l'objectif dans la plupart des pays.

Le problème

274. Le nombre de personnes alphabétisées âgées de plus de 15 ans a augmenté de plus de 300 millions entre 1990 et 1995, mais le nombre d'illettrés a stagné aux alentours de 900 millions, soit environ le quart de la population mondiale des adultes. Les deux tiers des illettrés sont des femmes.

275. L'analphabétisme semble toucher principalement les minorités ethniques et culturelles. Les membres de groupes vivant en marge de la société - tribus, castes, races, religions et autres - sont particulièrement exposés à l'analphabétisme, de même que les populations pauvres et isolées. Les femmes constituent la majorité de ceux qui n'ont pas accès à l'éducation, et ce dans tous les groupes sociaux.

276. On note une corrélation nette entre l'analphabétisme des parents et, chez les enfants, un faible taux de scolarisation et des abandons scolaires prématurés. De même, si l'entourage ne stimule pas l'étude et si la scolarité s'effectue dans des mauvaises conditions, les taux d'abandon scolaire ont tendance à augmenter, ce qui grossit encore le nombre d'illettrés. Il y a aussi un lien étroit entre le niveau d'instruction des femmes et la dimension de la famille, d'une part, et d'autre part l'état nutritionnel de leurs enfants et le taux de mortalité chez ces derniers.

Les progrès accomplis

277. En 1990, 26 % de la population mondiale des adultes étaient illettrés. Ce pourcentage a très peu baissé et atteignait encore 24 % en 1995. Si cette tendance se poursuit, l'objectif (réduction de 50 %) ne sera pas atteint en l'an 2000.

278. Les taux d'analphabétisme les plus élevés sont enregistrés en Asie du Sud, où la moitié de la population adulte ne sait ni lire ni écrire. En Afrique subsaharienne, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, la proportion est d'à peu près 40 %. Dans la région de l'Asie orientale et du Pacifique, et dans celle de l'Amérique latine et des Caraïbes, les taux d'analphabétisme sont voisins de 15 %. Aucune de ces régions n'est en voie d'atteindre l'objectif de l'an 2000, bien que la région de l'Asie orientale et du Pacifique en soit la plus proche.

279. Seule la région de l'Amérique latine et des Caraïbes réussira à réduire de moitié l'écart entre les hommes et les femmes, à partir d'un différentiel déjà très faible de 3 %. Dans toutes les autres régions, les écarts demeurent importants et varient entre 27 points de pourcentage en Asie du Sud, et 14 en Asie orientale et dans les pays du Pacifique.

280. Dans les pays développés, le taux d'analphabétisme, qui est faible, reflète dans une certaine mesure la sévérité des critères qui servent à le mesurer. D'après une étude établie en 1994 dans laquelle le degré d'instruction était évalué sur la base d'une vaste gamme d'aptitudes utiles dans la vie courante, plus de 20 % des adultes, dans certains pays les plus riches du monde, n'atteignaient que le niveau d'instruction le plus élémentaire. On exige toujours plus de connaissances nouvelles mais celles-ci sont vite dépassées. Il en résulte une augmentation des taux d'analphabétisme fonctionnel, et ce non seulement dans les pays développés mais aussi dans les sociétés les plus fortement alphabétisées du monde en développement.

Tableau 11. Analphabétisme et écart entre les femmes et les hommes (de 1980 à 1995)

Région	Taux d'analphabétisme (hommes et femmes)			Ecart entre les sexes (différence entre les taux concernant les femmes et les hommes)		
	1980	1990	1995	1980	1990	1995
Pays en développement	42	34	30	22	19	18
Afrique subsaharienne	59	48	43	23	21	19
Moyen-Orient et Afrique du Nord	58	46	40	28	25	23
Asie du Sud	62	55	51	28	28	27
Asie orientale et Pacifique	31	20	16	23	16	14
Amérique latine et Caraïbes	21	16	14	5	3	2
Europe centrale et orientale, CEI et pays baltes	8	5	5	6	5	5
Pays industrialisés	3	2	1	3	1	1

Source : Unesco.

Domaines d'action prioritaire pour l'avenir

281. Tout plan visant à réduire notablement l'analphabétisme chez les adultes doit avant tout prévoir le développement de l'enseignement primaire pour que les enfants ne deviennent les adultes illettrés de demain.

282. Il faudrait favoriser l'adoption de programmes concrets et de grande envergure à l'intention des adolescents et des jeunes qui viennent d'achever le cycle primaire mais qui abordent la vie active sans avoir les capacités nécessaires. Ces programmes leur offriraient une "seconde chance" d'acquérir une éducation de base combinant l'alphabetisation et les connaissances fondamentales.

283. Tout programme comportant un élément d'alphabetisation devrait prévoir des activités complémentaires offrant aux nouveaux alphabétisés l'occasion d'utiliser leurs connaissances et de les perfectionner en milieu scolaire, extrascolaire ou informel. Il faudrait développer à cette fin la collaboration active entre les pouvoirs publics, les communautés et les ONG.

284. La mobilisation sociale est indispensable au succès des campagnes d'alphabétisation comme l'a montré l'expérience faite dans plusieurs pays, où des campagnes ont été organisées par des comités spécialement créés, généralement composés d'organismes bénévoles. Il serait utile de suivre cet exemple de mobilisation à l'échelon de la communauté.

IV. CONCLUSION

285. Les objectifs fixés en 1990 lors du Sommet mondial pour les enfants ont eu un extraordinaire pouvoir mobilisateur, en suscitant à travers le monde une recrudescence des activités en faveur des enfants et de nouvelles relations de partenariat entre les gouvernements, les ONG, les donateurs, les médias, la société civile et les organisations internationales, en vue d'un but commun. Il est certain que la Déclaration et le Plan d'action du Sommet, ainsi que l'entrée presque simultanée de la Convention relative aux droits de l'enfant dans le droit international, ont donné l'impulsion et fourni le cadre juridique qui ont déclenché dans le monde un mouvement décisif en faveur de la cause des enfants.

286. Parmi les nombreux facteurs qui ont contribué à ce résultat, le moindre n'est pas l'intérêt général dont jouit la cause des enfants et l'union de tous au service de cette cause. Le fait que le programme d'action a été établi en commun tout au long d'un processus international de consultations et de recherche d'un consensus a joué un rôle primordial dans l'adoption de ce programme et dans sa mise en oeuvre. Egalement importante a été la suite donnée à ce programme par les gouvernements, en particulier dans le monde en développement, qui s'est concrétisée dans les programmes d'action nationaux et dans des programmes analogues, décentralisés à l'échelon de l'État, de la province, du district et de la municipalité, dans de nombreux pays.

287. En définissant des objectifs mesurables et assortis d'un délai, le Sommet mondial pour les enfants a fait oeuvre de pionnier, non seulement pour mobiliser des ressources et susciter des engagements, mais aussi pour faciliter l'établissement de programmes d'activités, indiquer des buts précis et fournir des directives. Efficace, cette stratégie était aussi courageuse, car si les objectifs n'étaient pas atteints ou s'avéraient impossibles à atteindre, il y avait le risque de décevoir les bonnes volontés et de donner le sentiment d'avoir échoué dans une entreprise trop ambitieuse.

288. Les objectifs relatifs à la survie de l'enfant vers lesquels les progrès les plus marquants ont été faits sont ceux qui concernent la couverture vaccinale, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la poliomyélite et la dracunculose, la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, l'accès à l'eau potable et la promotion de l'allaitement maternel. Déjà, 89 pays ont atteint l'objectif de la mi-décennie en enregistrant un taux de couverture vaccinale de 90 %, et il y a bon espoir d'éliminer la poliomyélite d'ici l'an 2000. Dans le domaine de la lutte contre les maladies diarrhéiques, l'utilisation des sels de réhydratation par voie orale (SRO) et des liquides maison recommandés a beaucoup progressé. La quasi-totalité des pays où les carences en iode posent un problème de santé publique procèdent aujourd'hui à l'iodation du sel et le nombre de personnes consommant du sel iodé comptait, en 1995, 1,5 milliard de plus qu'en 1990. La population n'ayant pas accès à l'eau potable a diminué d'environ un tiers depuis 1990. L'objectif de la mi-décennie

a également été atteint en ce qui concerne la promotion de l'allaitement maternel, avec l'adoption de pratiques "amies des bébés" dans les maternités. Tous ces résultats d'une importance considérable sont dus principalement aux activités consécutives au Sommet mondial pour les enfants.

289. Dans la présente analyse, on n'a pas hésité à reconnaître l'absence de progrès dans certains domaines. Bien que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ait baissé dans toutes les régions, le rythme des progrès a été trop lent pour que soit atteint l'objectif final, surtout en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud qui, ensemble, enregistrent les trois quarts des décès d'enfants de moins de cinq ans. Les progrès ont aussi été faibles, douteux, voire négligeables, dans les domaines de la malnutrition, de la mortalité maternelle, de l'assainissement et de l'accès des filles à l'éducation. Mais malgré le lent démarrage des progrès dans ces domaines, la conclusion globale de cet examen de la mi-décennie n'est pas décourageante, bien au contraire. Là où le pouvoir politique s'est engagé, des ressources ont été allouées; lorsque les causes sous-jacentes ont été rigoureusement analysées, lorsque les communautés ont été mobilisées et lorsque des politiques et des programmes efficaces ont été élaborés, des progrès sensibles ont été accomplis. Les interventions de tous ordres dans le domaine social peuvent avoir des effets importants. Une croissance économique rapide est essentielle pour atteindre les objectifs, à condition que son évolution profite au développement humain et que ses bienfaits soient équitablement répartis entre toutes les couches de la société. Les pays à faible revenu ne doivent cependant pas attendre que leur économie se soit raffermie pour investir dans le domaine de l'enfance.

290. Le présent examen fait ressortir un point important, à savoir la grande disparité entre les progrès accomplis à l'échelon régional et à l'échelon local. Les objectifs définis pour l'ensemble du monde proposent des normes que tous les pays peuvent s'efforcer d'atteindre mais, compte tenu de leur passé, de leur niveau de développement, des capacités dont ils disposent et autres conditions qui leur sont propres au départ, les pays et les régions ont plus ou moins de difficulté à y parvenir. Dans de nombreux domaines, certains pays ont réussi à atteindre l'objectif, souvent au prix de très gros efforts, mais leurs résultats sont masqués par les moyennes régionales. Le présent rapport est trop volumineux pour qu'il ait été possible de rendre justice aux efforts considérables et positifs que de nombreux pays ont déployés aux échelons national et local.

291. Le présent examen souligne aussi un autre point important, qui est la corrélation entre les objectifs et l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant. La ratification de la Convention confère aux objectifs un caractère légitime en assignant aux États parties la responsabilité de protéger les droits des enfants et de veiller à ce que les mesures nécessaires soient prises pour répondre à leurs besoins fondamentaux. Là où les objectifs sont près d'être atteints, la Convention exige que des mesures décisives soient prises en faveur des laissés-pour-compte que sont les enfants vivant dans "des conditions particulièrement difficiles", que leur situation présente maintient en marge des services accessibles au plus grand nombre. L'attention croissante portée aux enfants touchés par un conflit armé, ou victimes de mauvais traitements, d'abandon et d'exploitation, permet d'espérer que l'objectif visant à mieux assurer la protection de ces enfants particulièrement défavorisés deviendra prioritaire pendant le reste de la décennie.

292. Un important enseignement à tirer de l'examen par objectif est que la participation des communautés apporte une contribution indispensable. Dans de nombreux domaines, la mobilisation des communautés en vue d'un objectif ou de l'exécution d'un programme orienté vers cet objectif a été un élément essentiel du succès. Cela a été amplement démontré à l'occasion de la campagne pour la vaccination universelle des enfants à la fin des années 80, et confirmé dans le cadre de l'action menée sur plusieurs fronts dans le domaine social pendant les années 90.

293. A l'échelon international, la mise au point de méthodes de mesure a constitué une importante réalisation aux fins du suivi du Sommet mondial pour les enfants. Le fait d'avoir fixé des objectifs mesurables exigeait ipso facto la mise en place de systèmes efficaces de collecte et d'exploitation des données. Au cours des cinq dernières années, les faiblesses des systèmes existants et des données recueillies - parfois, aussi, les erreurs d'appréciation dans la définition des objectifs - sont devenues évidentes. Mais aujourd'hui, les gouvernements et la communauté internationale sont beaucoup mieux armés pour établir des bases de données et suivre les progrès. Les principes de l'efficacité et aussi de la rentabilité ont guidé les travaux dans ce domaine, mais on a veillé en même temps à ce que la nécessité de quantifier ne fasse pas négliger les améliorations de la qualité de vie, qui se prêtent moins à une analyse quantifiable.

294. Aujourd'hui, la tâche essentielle à laquelle les gouvernements et la communauté internationale consacrent leurs efforts est la réalisation des objectifs fixés pour l'an 2000. Cette tâche nécessitera à l'échelon des pays des mises au point et des rectifications des activités en cours, compte tenu de l'expérience acquise au cours des cinq premières années de la décennie. L'examen de la mi-décennie à l'échelon national a suscité de nouvelles idées et de nouvelles orientations dans de nombreux pays. Dans certains cas, il pourra s'agir d'apporter des modifications aux programmes d'action nationaux, ou de remanier les objectifs et les stratégies en fonction d'une évaluation plus juste des réalités locales. Dans d'autres, il faudra porter une attention particulière au développement des capacités pour faire en sorte que les progrès soient durables. Pendant la seconde partie de la décennie, l'accent sera mis sur la définition des objectifs prioritaires pour le pays, pour la circonscription et pour la communauté, et sur les ajustements à apporter pour adapter les objectifs aux situations locales, en tenant compte, par exemple, d'une grave épidémie de VIH/SIDA, de paludisme ou de tuberculose, ou de tout autre problème critique.

295. Les nouveaux liens entre les divers partenaires devront être renforcés et élargis. Il faudra mettre à profit la collaboration interinstitutions qui s'est établie aux fins des objectifs en faveur des enfants, et permettre aux réseaux de soutien constitués par les ONG, les médias et la société civile d'exploiter toutes leurs possibilités. Il importe que les organes, organismes et organisations du système des Nations Unies, en particulier l'UNICEF, poursuivent leurs activités de plaidoyer et continuent de jouer le rôle de chef de file.

296. Pour atteindre les objectifs, il sera nécessaire de continuer de mobiliser des ressources à tous les niveaux - budgets nationaux, entreprises privées, société civile et organismes donateurs - et, pour parvenir à ouvrir à tous et durablement l'accès aux services sociaux de base, ces ressources devront être

utilisées rationnellement. L'Organisation des Nations Unies continuera d'encourager et d'appuyer l'Initiative de la formule 20 %/20 % et proposera aux gouvernements de les conseiller pour en appliquer les principes et pour en suivre les progrès. Avec les partenaires que sont les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les donateurs, les efforts devront se poursuivre pour mobiliser des ressources aux fins d'objectifs particuliers.

297. Conserver jusqu'au bout de la décennie l'élan donné par le Sommet pour "tenir les promesses faites aux enfants" ne sera pas une tâche facile mais, au cours des cinq dernières années, il a été de plus en plus largement reconnu que les efforts déployés pour atteindre les objectifs en faveur des enfants stimulaient les activités visant de nombreux autres objectifs sociaux et économiques, au service desquels la communauté internationale s'est engagée pendant les années 90 : ralentissement de l'accroissement démographique, protection et gestion rationnelle de l'environnement, défense des droits de l'homme et réduction de la pauvreté.

298. La série de conférences internationales qui ont eu lieu dans les années 90 a débuté par un puissant appel à la mobilisation au service de la cause des enfants. A mi-parcours de la décennie, le moment est venu de renouveler notre engagement en faveur de tous les enfants du monde. Pour l'avenir, l'une des principales tâches sera d'adapter, de préciser et de classer les objectifs et stratégies par ordre de priorité, en se fondant sur la Convention relative aux droits de l'enfant. La majorité des pays ont maintenant achevé leur examen à mi-parcours de la décennie mais il reste à mener jusqu'à son terme le processus de consultations aux échelons national, régional et mondial qui permettra de mettre en place le cadre de l'action future. À ces consultations devraient participer un large éventail de partenaires de premier plan représentant les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les organisations internationales, les médias, le secteur privé et les organismes donateurs.

299. L'Assemblée générale pourrait envisager de tenir dans cinq ans une session extraordinaire consacrée à l'examen de la mesure dans laquelle les pays sont parvenus à tenir leurs "promesses aux enfants" et à donner effet à la Déclaration et au Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants de 1990. Le moment sera alors venu pour la communauté internationale d'envisager d'autres objectifs et stratégies pour agir, au-delà de l'an 2000, en faveur des enfants du nouveau millénaire.

Annexe I

OBJECTIFS CONCERNANT LES ENFANTS ET LE DÉVELOPPEMENT DANS LES ANNÉES 90

Les objectifs suivants, approuvés par le Sommet mondial pour les enfants, ont été définis à l'issue de consultations suivies qui se sont tenues dans diverses instances internationales et auxquelles ont participé presque tous les gouvernements et tous les organismes compétents des Nations Unies, notamment l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, l'Unesco, le PNUD et la Banque mondiale, ainsi qu'un grand nombre d'organisations non gouvernementales. Il a été recommandé à tous les pays d'appliquer ces objectifs là où cela est possible, en les adaptant à leur situation particulière pour ce qui est du calendrier d'exécution, des normes, des priorités et des ressources disponibles et en tenant compte des traditions culturelles, religieuses et sociales. S'il existe des objectifs additionnels qui s'imposent en raison de la situation particulière de certains pays, ces objectifs devraient être ajoutés aux plans d'action nationaux. La réalisation de ces objectifs est essentielle pour la mise en oeuvre complète de la Convention relative aux droits de l'enfant, qui est l'objectif ultime des programmes pour les enfants.

I. PRINCIPAUX OBJECTIFS POUR ASSURER LA SURVIE, LE DÉVELOPPEMENT
ET LA PROTECTION DE L'ENFANT

Entre 1990 et l'an 2000, réduire d'un tiers la mortalité néonatale et la mortalité des enfants de moins de cinq ans ou, en chiffres absolus, ramener celles-ci à 50 et 70 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, la réduction la plus importante étant retenue.

Entre 1990 et l'an 2000, réduire de moitié le taux de mortalité maternelle.

Entre 1990 et l'an 2000, réduire de moitié la malnutrition grave ou modérée chez les enfants de moins de cinq ans.

Assurer à tous l'alimentation en eau potable et des systèmes sanitaires d'évacuation des excréments.

D'ici à l'an 2000, universaliser l'éducation de base et faire en sorte qu'au moins 80 % des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire.

Ramener le taux d'analphabétisme chez les adultes (le groupe d'âge concerné devant être déterminé par chaque pays) à la moitié au moins de ce qu'il était en 1990, l'accent étant mis sur l'alphabétisation des femmes.

Mieux assurer la protection des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles.

II. OBJECTIFS D'APPUI OU SECTORIELS

1. Santé et éducation des femmes

Accorder une attention particulière à la santé et à la nutrition des filles, des femmes enceintes et des femmes qui allaitent.

Faire en sorte que tous les couples aient accès à l'information et aux services nécessaires pour prévenir les grossesses prématurées, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses.

Faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux soins prénatals, qu'elles soient assistées lors de l'accouchement par des personnes formées à cet effet et qu'elles soient dirigées vers les services compétents en cas de grossesses à haut risque ou d'urgence obstétricale.

Faire en sorte que tous aient accès à l'enseignement primaire, l'accent étant mis sur la scolarisation des filles et sur les programmes d'alphabétisation accélérée pour les femmes.

2. Nutrition

Réduire de 50 % par rapport à 1990 le nombre de cas de malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de cinq ans.

Ramener à moins de 10 % la proportion d'enfants ayant un poids insuffisant à la naissance (moins de 2,5 kg).

Réduire du tiers par rapport à 1990 la proportion des femmes souffrant d'anémie ferriprive.

Éliminer presque totalement les troubles dus aux carences en iode.

Éliminer presque totalement l'avitaminose A et ses effets, notamment la cécité.

Permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année.

D'ici à l'an 2000, institutionnaliser dans tous les pays la surveillance régulière de la croissance des enfants et les soins appropriés.

Faire connaître les moyens d'accroître la production alimentaire et fournir les services d'appui nécessaires afin de garantir la sécurité alimentaire des ménages.

3. Santé des enfants

Éliminer la poliomyélite dans le monde entier d'ici à l'an 2000.

Éliminer le tétanos néonatal d'ici à 1995.

Réduire de 95 % la mortalité due à la rougeole et de 90 % la prévalence de la rougeole d'ici à 1995 par rapport aux niveaux observés avant la vaccination, en tant qu'étape majeure sur la voie de l'éradication totale de la maladie à long terme.

Maintenir un taux élevé de vaccination (au moins 90 % des enfants de moins d'un an d'ici à l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose et, pour les femmes en âge de procréer, contre le tétanos.

Réduire de 50 % la mortalité due à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans et de 25 % la prévalence des diarrhées.

Réduire d'un tiers la mortalité due aux affections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans.

4. Eau et assainissement

Assurer à tous l'accès à une eau potable.

Assurer à tous des systèmes sanitaires d'évacuation des excréments.

Éliminer la maladie causée par le ver de Guinée (dracunculose) d'ici à l'an 2000.

5. Éducation de base

Élargir les activités d'éveil du jeune enfant, notamment les activités peu coûteuses qui peuvent être menées à cet effet dans le cadre de la famille et de la collectivité.

Universaliser l'accès à l'éducation de base et faire en sorte qu'au moins 80 % des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire au terme d'un apprentissage de type classique, ou non classique mais obéissant à des normes comparables, l'accent étant mis sur la réduction de l'écart qui existe actuellement entre les filles et les garçons.

Réduire au moins de moitié par rapport à 1990 le taux d'analphabétisme des adultes (le groupe d'âge approprié devant être déterminé dans chaque pays), en mettant l'accent sur l'alphabétisation des femmes.

Permettre aux individus et aux familles d'acquérir davantage de connaissances et de compétences ainsi que les valeurs nécessaires pour améliorer leurs conditions de vie, en recourant à tous les moyens d'éducation, y compris les médias et les autres formes modernes et traditionnelles de communication et d'action sociale, l'efficacité étant mesurée à l'évolution des comportements.

6. Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles

Mieux assurer la protection des enfants se trouvant dans des situations particulièrement difficiles et s'attaquer aux causes fondamentales de ces situations.

OBJECTIFS DE LA MI-DECENNIE (1995)¹

1. Porter à 80 % au moins et dans tous les pays le taux de couverture vaccinale pour les six antigènes visés par le programme élargi de vaccination.
2. Eliminer le tétanos néonatal.
3. Réduire la mortalité liée à la rougeole de 95 % et le nombre des cas de rougeole de 90 % par rapport aux niveaux enregistrés avant la vaccination.
4. Eliminer la poliomyélite dans certains pays et régions (en tant que contribution à l'éradication de la maladie d'ici à l'an 2000).
5. Eliminer la carence en vitamine A dans sa quasi-totalité.
6. Universaliser l'iodation du sel.
7. Pratiquer dans 80 % des cas de maladie diarrhéique la thérapie de réhydratation par voie orale dans le cadre du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.²
8. Faire en sorte que tous les hôpitaux et maternités obtiennent le statut "ami des bébés" en arrêtant la distribution gratuite ou à bas prix d'aliments pour bébés et de substituts du lait maternel et appliquer les dix étapes recommandées par l'UNICEF et l'OMS.
9. Eradiquer la maladie du ver de Guinée (dracunculose).
10. Faire ratifier la Convention relative aux droits de l'enfant par tous les pays.

BUTS PARTIELS DE CERTAINS OBJECTIFS EN 1995

1. Réduire d'un cinquième (20 %) au moins par rapport aux niveaux de 1990 les taux de malnutrition grave ou modérée.
2. Renforcer l'éducation de base de manière à réduire d'un tiers l'écart entre le taux actuel de fréquentation et de rétention des écoles primaires et l'objectif fixé pour l'an 2000 (accès universel à l'éducation de base et achèvement du cycle primaire par 80 % au moins des enfants d'âge scolaire)

¹ Des objectifs supplémentaires ou supérieurs peuvent être fixés selon le pays ou la région. De nombreux pays qui disposent de l'infrastructure et des médicaments appropriés ont inclus des objectifs de réduction de la mortalité due aux affections respiratoires aiguës.

² Dans les pays qui disposent de l'infrastructure et des médicaments appropriés, cet objectif peut s'étendre à un taux de 50 % d'application correcte du traitement par des agents sanitaires.

et réduire d'un tiers par rapport au niveau de 1990 l'écart entre le nombre de filles et le nombre de garçons dans l'enseignement primaire.

3. Développer l'approvisionnement en eau et l'assainissement de manière à réduire d'un quart et d'un dixième, respectivement, l'écart entre les niveaux de 1990 et l'objectif de l'accès universel fixé pour l'an 2000.

Annexe II

ÉTAT AU 31 MAI 1996 DE LA SIGNATURE DE LA DECLARATION DU SOMMET MONDIAL,
 DE L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES D'ACTION NATIONAUX ET DE LA RATIFICATION
 DE LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

ASIE	D	C	AFRIQUE SUBSAHARIENNE	D	C	AMERIQUE LATINE ET CARAÏBES	D	C
*2 **5 ***20			*3 **12 ***29			*6 **3 ***23		
Afghanistan	s	r	**Afrique du			*Antigua-et-		
***Bangladesh	s	r	Sud	s	r	Barbuda	s	r
***Bhoutan	s	r	*Angola	ns	r	***Argentine	s	r
Brunéi			***Bénin	s	r	*Bahamas	ns	r
Darussalam	ns	r	***Botswana	s	r	***Barbade	s	r
Cambodge	s	r	**Burkina			***Belize	s	r
***Chine	s	r	Faso	s	r	***Bolivie	s	r
***Fidji	s	r	***Burundi	s	r	**Brésil	s	r
Iles Cook	ns	ns	**Cameroun	s	r	***Chili	s	r
***Iles			**Cap-Vert	s	r	***Colombie	s	r
Marshall	s	r	***Comores	s	r	***Costa Rica	s	r
Iles			*Congo	s	r	***Cuba	s	r
Salomon	s	r	***Côte			**Dominique	s	r
***Inde	s	r	d'Ivoire	s	r	***El Salvador	s	r
***Indonésie	s	r	*Erythrée	s	r	***Equateur	s	r
*Kiribati	ns	r	**Ethiopie	s	r	*Grenade	s	r
***Malaisie	s	r	Gabon	s	r	***Guatemala	s	r
***Maldives	s	r	***Gambie	s	r	***Guyana	s	r
Micronésie			*Ghana	s	r	Haïti	s	r
(États			***Guinée	s	r	***Honduras	s	r
fédérés de)	ns	r	***Guinée-			***Jamaïque	s	r
***Mongolie	s	r	Bissau	s	r	***Mexique	s	r
***Myanmar	ns	r	**Guinée			***Nicaragua	s	r
Nauru	ns	r	équatoriale	s	r	***Panama	s	r
***Népal	s	r	***Kenya	s	r	***Paraguay	s	r
Nioué	ns	nr	***Lesotho	s	r	***Pérou	s	r
***Pakistan	s	r	**Libéria	s	r	***République		
Palaos	ns	r	**Madagascar	s	r	dominicaine	s	r
*Papouasie-			***Malawi	s	r	**Sainte-Lucie	s	r
Nouvelle-			***Mali	s	r	*Saint-Kitts-		
Guinée	s	r	***Maurice	s	r	et-Nevis	s	r
***République			***Mauritanie	s	r	*Saint-		
de Corée	s	r	***Mozambique	s	r	Vincent-		
Rép. dém.			*Namibie	s	r	et-les		
pop. lao	s	r	***Niger	s	r	Grenadines	s	r
***Rép. pop.			***Nigéria	s	r	*Suriname	s	r
dém. de			***Ouganda	s	r	***Trinité-et-		
Corée	s	r	***République			Tobago	s	r
Samoa	s	r	centrafri-			***Uruguay	s	r
***Singapour	ns	r	caine	s	r	***Venezuela	s	r
***Sri Lanka	s	r						

***Thaïlande	s	r	***Rép.-Unie				
Tonga	s	r	de Tanzanie	s	r		
Tuvalu	ns	r	*Rwanda	s	r		
**Vanuatu	s	r	**Sao Tomé-				
***Viet Nam	s	r	et-Principe	s	r		
			***Sénégal	s	r		
			*Seychelles	ns	r		
			**Sierra				
			Leone	s	r		
			Somalie	ns	ns		
			***Swaziland	s	r		
			***Tchad	s	r		
			**Togo	s	r		
			**Zaire	s	r		
			***Zambie	s	r		
			***Zimbabwe	s	r		

Annexe II (suite)

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD *1 **2 ***16	D	C	PAYS INDUSTRIALISES *1 **2 ***15	D	C	EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE, ET CEI *12 **1 ***2	D	C
***Algérie	s	r	***Allemagne	s	r	*Albanie	s	r
***Arabie saoudite	ns	r	Andorre	ns	r	*Arménie	s	r
***Bahreïn	ns	r	***Australie	s	r	Azerbaïdjan	s	r
Chypre	ns	r	Autriche	s	r	*Bélarus	s	r
***Djibouti	s	r	***Belgique	s	r	Bosnie- Herzégovine	s	r
***Egypte	s	r	***Canada	s	r	*Bulgarie	s	r
***Emirats arabes unis	ns	ns	**Espagne	s	r	*Croatie	s	r
***Iran (Rép. islamique d')	s	r	***Etats-Unis d'Amérique	s	s	Estonie	s	r
*Iraq	ns	r	***Finlande	s	r	Ex-Rép. yougoslave		
**Jamahiriya arabe libyenne	ns	r	*France	s	r	de Macédoine	s	r
***Jordanie	s	r	Grèce	s	r	*Fédération de Russie	s	r
***Koweït	s	r	Irlande	s	r	*Géorgie	s	r
***Liban	s	r	Islande	s	r	*Hongrie	s	r
***Maroc	s	r	Israël	s	r	Kazakhstan	s	r
***Oman	ns	ns	**Italie	s	r	Kirghizistan	s	r
***Qatar	s	r	***Japon	s	r	Lettonie	s	r
***République arabe syrienne	s	r	Liechten- stein	s	r	Lituanie	s	r
***Soudan	s	r	Luxembourg	s	r	Ouzbékistan	s	r
***Tunisie	s	r	Malte	ns	r	Pologne	s	r
**Yémen	s	r	Monaco	s	r	République de Moldova	s	r
			***Norvège	s	r	*République tchèque	s	r
			***Nouvelle- Zélande	s	r	***Roumanie	s	r
			***Pays-Bas	s	r	*Slovaquie	ns	r
			***Portugal	s	r	*Slovénie	s	r
			***Royaume-Uni de Grande- Bretagne et d'Irlande du Nord	s	r	Tadjikistan	s	r
			Saint-Marin	ns	r	Turkménistan	s	r
			***Saint-Siège	s	r	***Turquie	s	r
			***Suède	s	r	*Ukraine	s	r
			Suisse	ns	s	*Rép. fédéra- tive de Yougoslavie (Serbie et Montenegro)	s	r

D : Déclaration du Sommet mondial
C : Convention relative aux droits de l'enfant

s : signée
ns : non signée
r : ratifiée

* Elaboration en cours : 25 pays
** Projet/plan reçu : 25 pays
*** Programme d'action national achevé : 105 pays
Programmes d'action nationaux achevés, en projet ou en cours : 155 pays

Déclaration du Sommet : signée : 167 pays
non signée : 26 pays

Convention relative aux droits de l'enfant : ratifiée : 187 pays
signée : 2 pays
non signée : 4 pays

Note : Outre les pays ci-dessus, trois territoires sous tutelle : Iles Vierges britanniques, Monserrat et Iles Turques et Caïques, ont définitivement mis au point des programmes d'action.
