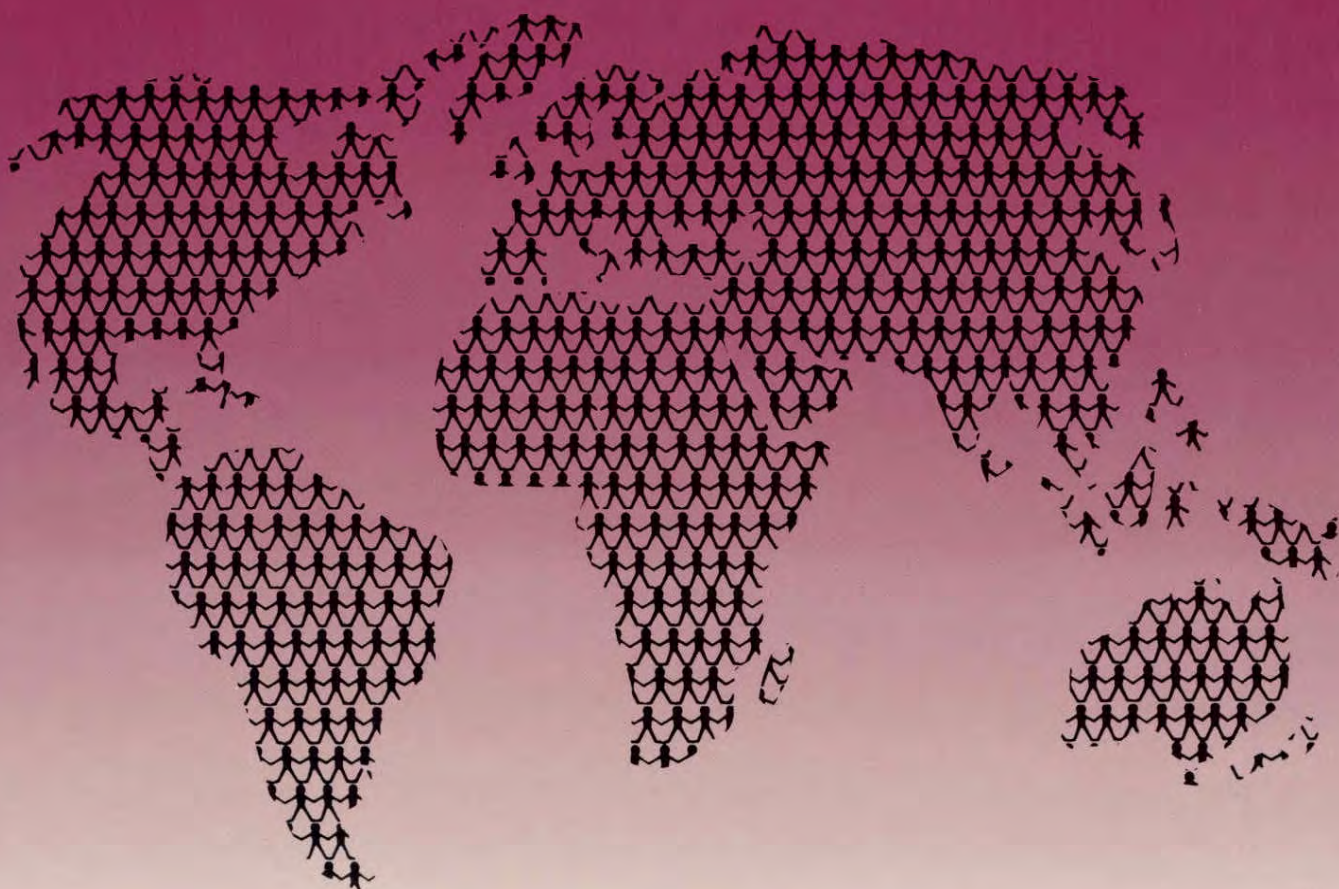


LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1993



Fonds des Nations Unies pour l'enfance
(UNICEF)

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE
1993

Copyright © Fonds des Nations Unies pour l'enfance
1992

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

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

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

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

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

Composition et production: Atar S.A., Genève, Suisse

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

Titre original: The State of the World's Children 1993

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1993



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

NOTE STATISTIQUE

Le rapport de cette année estime à 12,9 millions le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui meurent annuellement dans le monde en développement. Dans les rapports des années précédentes, ce chiffre était de 14 millions. Cette note explique les raisons de ce changement.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) représente le nombre d'enfants qui meurent avant l'âge de cinq ans sur 1000 naissances vivantes au cours d'une année. Ce taux est influencé par de nombreux facteurs, dont le revenu, la nutrition, les soins de santé, l'approvisionnement en eau et le degré d'éducation des parents. C'est donc l'un des principaux indicateurs utilisés par l'UNICEF pour mesurer le niveau et l'évolution du bien-être des enfants.

Malheureusement, la plupart des pays en développement ne disposent pas d'un système exhaustif d'enregistrement des naissances et des décès. Les estimations des décès d'enfants de moins de cinq ans sont donc effectuées par la Division de la population des Nations Unies, au moyen d'une méthode indirecte reposant sur des modèles démographiques. C'est cette méthode qui a permis d'arriver au chiffre de 12,9 millions, lequel représente son estimation la plus récente pour l'année 1990.

Parallèlement à cette méthode de calcul indirecte, la Division de la population des Nations Unies et l'UNICEF mettent actuellement au point une méthode plus directe d'évaluation des données et des tendances du TMM5 dans chaque pays, qui se fonde sur diverses sources, dont les recensements de la population, des enquêtes-ménages et des études de suivi. Ses résultats, concernant les données disponibles pour 82 pays, sont réunis dans une publication intitulée *Child Mortality Since the 1960s - a database for developing countries*. Pour les pays les plus peuplés, des courbes de tendance du TMM5 ont également été tracées grâce à diverses techniques statistiques normalisées. Les nouvelles estimations du TMM5 ainsi obtenues figurent dans l'annexe statistique au présent rapport.

Les résultats obtenus à ce jour indiquent que ces méthodes de calcul améliorées devraient parvenir à un nouveau total d'environ 12,7 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans par an dans les pays en développement. Ce chiffre est inférieur, mais pas très éloigné, du chiffre de 12,9 millions utilisé dans le texte de ce rapport. Ce dernier chiffre est susceptible d'évoluer au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles et que la nouvelle méthode sera appliquée à un plus grand nombre de pays.

On peut résumer comme suit la tendance générale qui semble se dégager dans les pays en développement quant

au nombre de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans:

Année	1960	1970	1980	1990
Par an (millions)	18,9	17,4	14,7	12,7
Par jour (milliers)	52	48	40	35

La question demeure de savoir si cette évolution résulte de la plus grande précision des calculs statistiques et de l'introduction de nouvelles méthodes d'analyse, ou si elle reflète une amélioration réelle de la santé et de la survie des enfants.

Il est malheureusement impossible de répondre avec certitude à cette interrogation. Pour plus de la moitié des pays en développement, les données brutes utilisées pour parvenir à ces nouvelles estimations, même si elles reposent sur des mesures réelles et même si elles sont interprétées au moyen de méthodes affinées d'analyse statistique, demeurent des chiffres de 1987 ou plus anciens. Bien qu'un nombre croissant de pays disposent de données pour des années plus récentes, la majorité des estimations nationales pour 1990 sont encore des projections de tendances qui remontent aux années 1980-1985.

Dans les cas où des données très récentes sont disponibles pour des pays particuliers, les indications qui en résultent sont contradictoires. Il semble, par exemple, que le TMM5 ait nettement diminué en Egypte, mais qu'il ait augmenté en Zambie. Dans certains pays, on constate une détérioration due à des facteurs qui vont de la guerre et de la sécheresse à la récession provoquée par la dette, à la chute des prix des produits de base et à l'impact du SIDA. On sait également, par ailleurs, que les progrès accomplis en matière de vaccination dans les années 80 permettent désormais d'éviter quelque trois millions de décès par an (et probablement bien davantage si l'on tient compte du fait que la vaccination contribue également à prévenir la malnutrition). De même, la diffusion de la TRO évite environ un million de décès par déshydratation chaque année.

L'UNICEF espère que ces facteurs positifs auront davantage pesé que les facteurs négatifs et que les progrès réalisés au cours des cinq dernières années — et qui ne sont encore que partiellement reflétés par les statistiques — auront permis de ramener le nombre annuel de décès d'enfants à un niveau bien inférieur au chiffre de 12,9 millions qui figure dans ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1993

De l'indifférence à la détermination

En dépit des problèmes de l'après-guerre froide, nous disposons des moyens de réduire massivement ces maux largement répandus parmi les enfants du monde que sont les maladies évitables, la malnutrition et l'analphabétisme. Conformément aux décisions prises lors du *Sommet mondial pour les enfants* de 1990, de nombreux pays ont mis au point des programmes d'action nationaux visant à vaincre ces maux. La somme additionnelle requise au cours des dix prochaines années pour y parvenir est de l'ordre de 25 milliards de dollars par an. Actuellement, seulement environ 10% des ressources affectées au développement sont consacrées aux besoins humains élémentaires.

page 1

Agir ensemble pour une cause commune

Il faut renforcer à l'échelle mondiale le mouvement en faveur des besoins essentiels, la croissance économique durable, l'égalité des chances pour les femmes, la protection de l'environnement, la diminution de la pression démographique, l'instauration d'une plus grande stabilité politique, tous ces objectifs pourraient progresser si l'on protégeait les enfants des pires conséquences de la pauvreté. Il s'agit donc d'une cause qui mérite que l'ensemble de la communauté mondiale s'y rallie.

page 25

Un mouvement pour les besoins essentiels

Des centaines d'organisations, surtout dans les pays en développement, ont déjà commencé à relever ce défi. Certains groupes pourraient jouer un rôle déterminant, notamment les médias, les professionnels de la santé, les éducateurs et les organisations non gouvernementales.

page 37

Dans un contexte plus large

Les changements qui interviennent dans le panorama politique et économique de la planète créent des conditions favorables pour lutter efficacement contre les aspects les plus dégradants de la pauvreté. Mais tous ceux qui participent au mouvement en faveur des besoins humains élémentaires doivent aussi prendre conscience que l'armement, l'endettement, le commerce et l'aide doivent faire partie de ce combat.

page 49

Tableaux statistiques

Indicateurs de base, nutrition, santé, éducation, indicateurs démographiques, indicateurs économiques, femmes, indicateurs de base relatifs à des pays moins peuplés, nouveaux pays indépendants, le taux du progrès.

page 67

ENCADRÉS

Pneumonie: 3,5 millions de décès	1	Sommet planète Terre: les enfants et <i>Action 21</i>	9
Mexique: des paroles aux actes	2	Iode: une leçon qui vient d'Espagne	10
Vitamine A: des soupçons confirmés	3	Situations d'urgence: une éthique nouvelle	11
Vaccination: longue vie au succès!	4	Brésil: un mouvement d'enfants	12
Maladies diarrhéiques: une stratégie pour les années 90	5	Allaitement maternel: des hôpitaux amis des bébés	13
Poliomyélite: victoire à portée de la main	6	Décès maternels: soins d'urgence	14
Europe et Etats-Unis: l'eau et l'assainissement	7	L'Initiative de Bamako: des services de santé communautaires	15
Europe et Etats-Unis: sauver les enfants	8	Communauté des Etats indépendants: mieux vaut prévenir	16

FIGURES

- Fig. 1 Une tâche au coût abordable: quelques comparaisons
- Fig. 2 L'aide pour les besoins essentiels
Part de l'APD bilatérale (pays de l'OCDE) affectée à la satisfaction des besoins essentiels, 1990
- Fig. 3 Trois millions d'enfants sauvés
Décès évités et se produisant encore, maladies évitables par la vaccination, en millions, tous pays en développement, 1991
- Fig. 4 Les décès d'enfants
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, par cause majeure, pays en développement, 1990
- Fig. 5 Les décès évitables
Pourcentage des décès d'enfants de moins de cinq ans évitables au moyen de mesures peu coûteuses, pays en développement, 1990
- Fig. 6 Maintenir les acquis de la vaccination
Taux de couverture vaccinale, enfants de moins d'un an, tous pays en développement, 1981-1991
- Fig. 7 Le recul de la poliomyélite
Cas de poliomyélite notifiés, par région, taux de régression entre 1981 et 1991 (1989 pour l'Afrique au sud du Sahara)
- Fig. 8 Le recul de la rougeole
Nombre annuel de cas de rougeole notifiés, par région, 1981-1991
- Fig. 9 Le point culminant des naissances
Nombre de naissances, par année, quelques régions
- Fig. 10 Le recul de la malnutrition
Réduction de moitié de la malnutrition: évolution passée et besoins futurs, par région, 1975-2000
- Fig. 11 L'enseignement primaire
Pourcentage d'enfants atteignant la quatrième année d'études, évolution par région, 1980-2000
- Fig. 12 La contribution des ONG
Contributions des ONG aux pays en développement, en dollars, par personne, par pays donateur, 1990

I

LA SITUATION
DES ENFANTS
DANS LE MONDE
1993

James P. Grant

De l'indifférence à la détermination

Agir ensemble pour une cause commune

Un mouvement pour les besoins essentiels

Dans un contexte plus large

«Attirer l'attention sur les besoins humains élémentaires est une tâche inéluctable, mais elle a donné naissance au sentiment, largement répandu, que le monde en développement est un théâtre qu'aucune lumière ne vient éclairer et dans lequel ne se déroulent que des tragédies. Or, le fait est qu'en dépit de toutes les difficultés rencontrées davantage de progrès ont été accomplis au cours des 50 dernières années que pendant les 2000 années précédentes. Depuis la fin de la deuxième Guerre mondiale, les revenus réels moyens du monde en développement ont plus que doublé, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont diminué de plus de 50%, l'espérance de vie moyenne s'est accrue d'environ un tiers, la proportion des enfants qui commencent leur scolarité dans les pays en développement est passée de moins de la moitié à plus des trois quarts et le pourcentage des familles rurales ayant accès à l'eau potable a été porté de moins de 10% à près de 60%.

«Pendant la même période, une bonne partie du monde s'est affranchie du colonialisme, a connu le début du démantèlement de l'apartheid sous toutes ses formes, et s'est libérée, dans une très large mesure, du carcan imposé par des régimes fascistes et totalitaires.

«Dans les dix années à venir, nous devons absolument saisir l'occasion qui nous est offerte de remporter une victoire contre ce que l'on pourrait appeler le dernier grand scandale: la persistance de ces maux évitables que sont la malnutrition, la maladie et l'analphabétisme qui menacent toujours la vie et l'avenir du quart le plus pauvre des enfants de la planète.»



De l'indifférence à la détermination

Dans un monde en proie à mille difficultés, ensanglanté par des guerres et des drames écologiques continuels, l'une des plus grandes aspirations de l'humanité semble pourtant désormais à portée de la main. Il devrait en effet être possible, dans les dix prochaines années, de réduire massivement ces maux ancestraux et largement répandus que sont la malnutrition chez les enfants, les maladies évitables et l'analphabétisme.

Les 25 milliards de dollars annuels requis au cours des dix prochaines années pour y parvenir, sont une indication de la proximité de l'objectif*. Selon les estimations de l'UNICEF, cette somme représente le montant des ressources financières supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre des stratégies peu coûteuses dont nous disposons aujourd'hui pour protéger la vie et le développement des enfants du monde entier. Plus précisément, ce chiffre est une estimation des dépenses qui permettraient de vaincre les principales maladies de l'enfance, de réduire de moitié le taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans, de fournir à toutes les communautés de l'eau potable et un assainissement sûr, de mettre à la disposition de tous des services de planification familiale et d'offrir à tous les enfants au moins une éducation de base¹.

Dans la pratique, les ressources financières sont une condition nécessaire — mais pas suffisante — pour garantir la satisfaction de ces besoins essentiels: une volonté politique durable et

une grande compétence en matière de gestion sont des éléments encore plus déterminants. Il est cependant indispensable de garder à l'esprit cette composante financière si l'on souhaite réduire à néant l'idée reçue selon laquelle l'élimination des pires aspects de la pauvreté constituerait une tâche trop gigantesque ou trop coûteuse pour qu'elle vaille la peine d'être entreprise.

Voici quelques exemples de ce que représentent 25 milliards de dollars: c'est beaucoup moins que la somme allouée par le gouvernement japonais à la construction de la nouvelle autoroute Tokyo-Kobe; ce n'est que le double ou le triple du coût du tunnel sous la Manche qui reliera bientôt le Royaume-Uni et la France; c'est moins que ce que la Turquie déboursa pour le barrage Ataturk actuellement en construction à l'est du pays; c'est un peu plus que ce que Hong Kong prévoit de dépenser pour la construction d'un nouvel aéroport; c'est à peu près l'équivalent de l'ensemble des mesures d'aide accordées par le

* En 1990, l'UNICEF avait estimé à 20 milliards de dollars par an les ressources financières additionnelles nécessaires pour atteindre les objectifs fixés lors du *Sommet mondial pour les enfants* en matière de santé, de nutrition, d'éducation, d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Depuis cette date, les ressources additionnelles pour atteindre également les objectifs de planification familiale ont pu à leur tour être évaluées², ce qui porte l'estimation totale à environ 25 milliards de dollars par an.

Groupe des sept à la Fédération de Russie pour la seule année 1992; enfin, c'est nettement moins que ce que les Européens dépenseront cette année en vin ou les habitants des Etats-Unis en bière³ (voir figure 1).

Ainsi donc, quelles que soient les autres difficultés à surmonter, ce devrait être un sujet de

honte pour l'humanité que de prétendre qu'elle n'a pas les moyens d'offrir à chacun, homme, femme et enfant, ces services élémentaires que sont l'accès à une nourriture suffisante, à l'eau potable, aux soins de santé primaires, à la planification familiale et à une éducation de base.

Un effort de 10%

S'il est possible d'accomplir autant de choses pour un coût aussi dérisoire, les populations des pays industrialisés comme celles des pays en développement sont en droit de se demander pourquoi l'on ne s'est pas encore attelé à la tâche.

Une partie de la réponse ne surprendra personne: la satisfaction des besoins des populations les plus démunies et les moins influentes politiquement n'a que rarement constitué une priorité pour les gouvernements. Pourtant, la gravité de cette indifférence, au regard des possibilités existantes, est un scandale dont le public n'a que peu conscience. Dans les pays en développement, seulement un peu plus de 10% des dépenses du secteur public, en moyenne, sont affectées aux besoins élémentaires de la population⁴. Ainsi, les dépenses militaires et le service de la dette continuent-ils à absorber davantage de ressources que la santé et l'éducation⁵.

Plus étonnant encore, sans doute, ces mêmes besoins élémentaires reçoivent moins de 10% de l'ensemble de l'aide au développement⁶. Selon une étude, 1,5% à peine de toute l'aide bilatérale est consacrée aux soins de santé primaires, 1,3% à la planification familiale, 3,2% à d'autres soins de santé et seulement 0,5% à l'enseignement primaire⁷. Les programmes d'aide bilatérale n'étant pas décomposés en catégories identiques ou comparables, des données de ce type ne peuvent être qu'approximatives; néanmoins, c'est sans doute faire preuve d'optimisme que d'évaluer à 10% le pourcentage de l'aide bilatérale consacré à ces objectifs⁸ (voir figure 2). Etant donné que la totalité de l'aide publique bilatérale en provenance des pays occidentaux industrialisés s'élève à quelque 40 milliards de

Fig. 1 Une tâche au coût abordable

L'on ne saurait continuer à prétendre que la satisfaction des besoins humains élémentaires est une tâche trop vaste ou coûteuse pour qu'il vaille la peine de l'entreprendre. Grâce aux connaissances actuelles, l'objectif pourrait être atteint en l'espace d'une décennie pour une somme additionnelle de 25 milliards de dollars par an, qui viendrait s'ajouter à ce qui est déjà affecté à l'aide au développement. Voici quelques comparaisons:



L'UNICEF estime à 25 milliards de dollars par an pendant les dix prochaines années l'aide additionnelle requise pour vaincre les principales maladies de l'enfance, réduire de moitié la malnutrition et de quatre millions par an le nombre des décès d'enfants de moins de cinq ans, fournir de l'eau potable et un assainissement sûr à toutes les communautés, offrir au moins une éducation de base à tous les enfants et mettre à la disposition de tous des services de planification familiale.

Source: UNICEF, différentes sources.

Fig. 2 L'aide pour les besoins essentiels

L'aide publique au développement (APD) est l'aide accordée par les gouvernements. Environ 80% de cette aide est «bilatérale» — c'est-à-dire accordée directement par un pays à un autre. Les 20% restants constituent l'aide «multilatérale» — allouée par l'intermédiaire des organisations internationales. Le tableau ci-dessous montre la part de l'aide bilatérale affectée aux besoins essentiels ayant trait aux enfants — nutrition, eau, assainissement, soins de santé primaires, enseignement primaire et planification familiale.

Part de l'APD bilatérale (pays de l'OCDE) affectée à la satisfaction des besoins essentiels, 1990

	APD bilatérale nette (en millions de \$)	% affecté aux besoins essentiels	Montant affecté aux besoins essentiels (en millions de \$)	Montant disponible pour besoins essentiels si 20% affectés (en millions de \$)
Norvège	756	19,7	149	150
Suisse	551	18,1	100	110
Finlande	498	15,7	78	100
Canada	1690	10,9	184	340
Danemark	695	10,6	74	140
Pays-Bas	1901	9,4	179	380
Royaume-Uni	1483	8,8	131	300
Italie	2112	8,5	180	420
Etats-Unis	8370	8,3	695	1670
Autriche	299	8,1	24	60
Suède	1384	7,1	98	280
Belgique	548	6,5*	36	110
Irlande	23	6,5*	1	5
Nlle-Zélande	82	6,5*	5	16
France	7829	4	313	1570
Japon	6786	2,7	183	1360
Australie	753	2	15	150
Allemagne	4479	1,9	85	900
Total	40239	6,3**	2530	8061

* Donnée non disponible. Le pourcentage moyen de 6,5% a donc été appliqué.

** Les données statistiques relatives à la part de l'aide affectée aux besoins essentiels sont encore rudimentaires. En raison de difficultés de définition et de l'utilisation de mécanismes de collecte de données incompatibles, le texte de ce rapport utilise le chiffre «approximatif» de 10% en tant que part de l'aide allouée aux besoins essentiels, plutôt que le pourcentage plus précis qui figure dans le tableau.

Source: Rapport mondial sur le développement humain 1992, Tableau 3.14, PNUD, New York, 1992. Coopération pour le développement, OCDE, Paris, 1991.

dollars par an⁹, les sommes destinées à la nutrition, aux soins de santé primaires, à l'eau et à l'assainissement, à l'enseignement primaire et à la planification familiale sont de l'ordre de quatre milliards de dollars par an — soit deux fois moins que ce qui se dépense dans les pays donateurs chaque année uniquement en chaussures de sport¹⁰.

On peut donc légitimement affirmer qu'aujourd'hui les obstacles à l'élimination des pires aspects de la pauvreté dans le monde résident davantage dans le manque de détermination que dans l'ampleur et le coût de l'entreprise.

Un tournant historique

Un nouvel espoir se dessine dans les années 90: l'ère de l'indifférence semble céder la place à l'ère de la détermination.

Les raisons de cet espoir nouveau, qui surgit dans un paysage politique et économique ébranlé par les violentes secousses de ces dernières années, sont le fait de changements plus silencieux qui, s'ils n'ont pas reçu le même écho, n'en ont pas moins transformé de fond en comble la vie quotidienne de millions de personnes.

Le premier de ces changements est la priorité entièrement nouvelle accordée à l'objectif de la vaccination de 80% des enfants. Au terme de dix années d'efforts, les services nationaux de santé, l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des milliers de personnes et d'organisations ont atteint le but fixé à la fin de 1990. Ce succès permet de sauver plus de trois millions d'enfants chaque année (voir figure 3) et de protéger des millions d'autres d'un certain nombre de maladies infantiles, de la malnutrition, de la cécité, de la surdité et de la poliomyélite. En outre, près d'un million de décès d'enfants sont évités chaque année parce qu'un tiers des familles du monde en développement connaissent et utilisent désormais la thérapie par réhydratation orale (voir encadré 5).

Ces résultats ont une signification qui dépasse même le nombre extraordinaire de vies sauvées

Pneumonie: 3,5 millions de décès

Dans les pays en développement, les infections des voies respiratoires représentent plus du quart de l'ensemble des cas de morbidité et de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. Elles sont également à l'origine de 30 à 60% des visites d'enfants dans les centres de santé et représentent parfois jusqu'à 30% de l'ensemble des hospitalisations. Le tribut qu'elles prélèvent tant sur la santé des enfants que sur le système sanitaire est donc énorme, et il pèse sur la quasi-totalité des pays pauvres.

Or, dans plus de 90% des cas, le problème n'est autre que le rhume banal, pour lequel il n'existe aucun traitement. Et pourtant, dans les pays en développement, les prescriptions d'antibiotiques superflus engloutissent près d'un tiers des budgets consacrés aux médicaments, alors que les familles, dans le monde entier, ne dépensent pas moins de trois milliards de dollars par an pour l'achat de médicaments contre la toux et le rhume, sur un marché qui en compte plus de 2000.

En revanche, un petit pourcentage d'infections des voies respiratoires — sans doute pas plus de 2 à 3% — attaquent les tissus pulmonaires de l'enfant, provoquant une pneumonie qui risque, dans 10 à 20% des cas, de provoquer la mort en l'espace de quelques jours si elle n'est pas traitée au moyen d'antibiotiques. Or, il arrive fréquemment que ceux-ci ne soient pas disponibles ou soient administrés trop tardivement aux enfants les plus à risque, qui sont généralement issus des familles les plus démunies vivant dans des zones éloignées où les médecins et les hôpitaux sont insuffisants. Quelque 3,5 millions de décès d'enfants se produisent ainsi chaque année.

Environ 80 à 90% des cas de pneumonie sont d'origine bactérienne et répondent à un traitement de cinq jours aux antibiotiques (généralement le cotrimoxazole), dont le coût est de 25 cents. Toutefois, si du point de vue scientifique, le problème est relativement simple à résoudre, il ne l'est pas du point de vue logistique: car comment, en effet, administrer «le bon antibiotique au bon enfant au bon moment»?

Au cours de ces dernières années, une réponse claire, corroborée par l'expérience, a été apportée à cette question. Il est possible d'apprendre aux parents à reconnaître les premiers signes du danger et de

former les agents de santé communautaires au diagnostic précoce de la pneumonie, au traitement à domicile au moyen d'antibiotiques des cas de pneumonie sans gravité et au dépistage rapide du petit nombre de cas graves exigeant le transfert urgent du malade à l'hôpital le plus proche.

Dans bien des pays, les médecins répugnent à l'idée d'autoriser des agents de santé communautaires à prescrire des antibiotiques. Or, selon les conclusions d'une étude récente de l'OMS: «Une chose est sûre, cependant: cette stratégie (...) a été efficace. La baisse des taux de mortalité par pneumonie est suffisamment éloquente. Les études des interventions menées au Bangladesh, en Inde, en Indonésie, au Népal, au Pakistan, aux Philippines et en Tanzanie font état de réductions de la mortalité par pneumonie allant de 25% à 67%».

Dans plus de 60 pays en développement, des programmes nationaux s'efforcent d'appliquer cette nouvelle stratégie afin de réduire d'un tiers au moins le nombre de décès dus à la pneumonie pendant la décennie en cours.

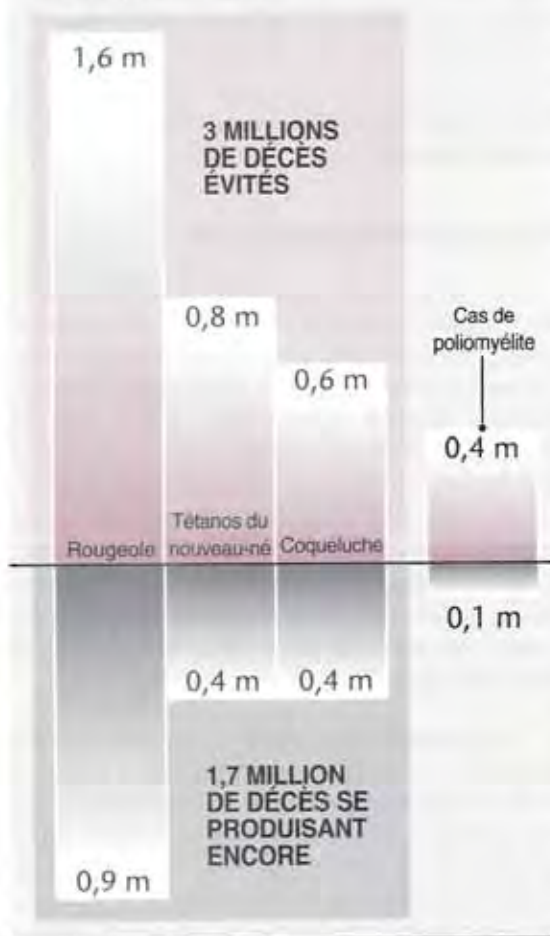
En outre, environ 20% des infections respiratoires aiguës pourraient être évitées grâce à la vaccination. Plus de 300 000 enfants meurent chaque année de la coqueluche, et des centaines de milliers succombent à une pneumonie bien souvent consécutive à un épisode de rougeole*. D'autre part, l'insuffisance pondérale à la naissance et la malnutrition sont également des facteurs de risque reconnus. Des recherches effectuées au Brésil et au Pérou ont montré que les enfants nourris au biberon courent de trois à cinq fois plus de risques de mourir d'infections des voies respiratoires que ceux qui sont alimentés au sein. Des études menées en Indonésie ont démontré que la carence en vitamine A, même modérée (voir encadré 3), peut multiplier le danger par deux. Enfin, le surpeuplement et un environnement envahi par la fumée du tabac ou par celle du bois en combustion accroissent également la prévalence des maladies respiratoires.

* La vaccination contre la rougeole, qui est habituellement administrée à l'âge de neuf mois, n'est pas à même d'éviter les 50% de décès par pneumonie qui se produisent avant cet âge.

Fig. 3 Trois millions d'enfants sauvés

Dans les pays en développement, le taux de couverture vaccinale a été porté à environ 80% au cours des dix dernières années. Cette réussite permet d'éviter chaque année trois millions de décès dus à des maladies que la vaccination permet de prévenir.

Décès évités et se produisant encore, maladies évitables par la vaccination, en millions, tous pays en développement, 1991



Le chiffre de trois millions est inférieur à celui qui figurait dans le rapport *La situation des enfants dans le monde 1992* (3,2 millions). Ceci est dû au fait que l'OMS a changé sa méthode de calcul relative au nombre de décès par rougeole que la vaccination a permis d'éviter.

Source: OMS et UNICEF, juillet 1992.

et de cas de maladie évités. Une couverture vaccinale de 80% signifie qu'une technique médicale moderne touche dorénavant quelque 100 millions d'enfants à quatre ou cinq reprises avant leur premier anniversaire. Sur le plan logistique, c'est un exploit sans précédent, qui démontre sans doute qu'il est désormais possible de mettre à la disposition de la grande majorité des populations défavorisées, dans le monde entier, les acquis les plus fondamentaux du progrès scientifique. Cela prouve en outre que si l'engagement politique existe, il est aujourd'hui possible de progresser vers des objectifs sociaux de base, et cela même dans les pays en développement les moins avancés. Au cours des cinq dernières années, la couverture vaccinale a fait des pas de géant dans bien des pays où le revenu annuel par habitant est inférieur à 500 dollars, notamment au Bangladesh, en Guinée équatoriale, au Myanmar, au Népal, en Ouganda, en République centrafricaine, au Soudan, au Viet Nam et en Zambie¹¹.

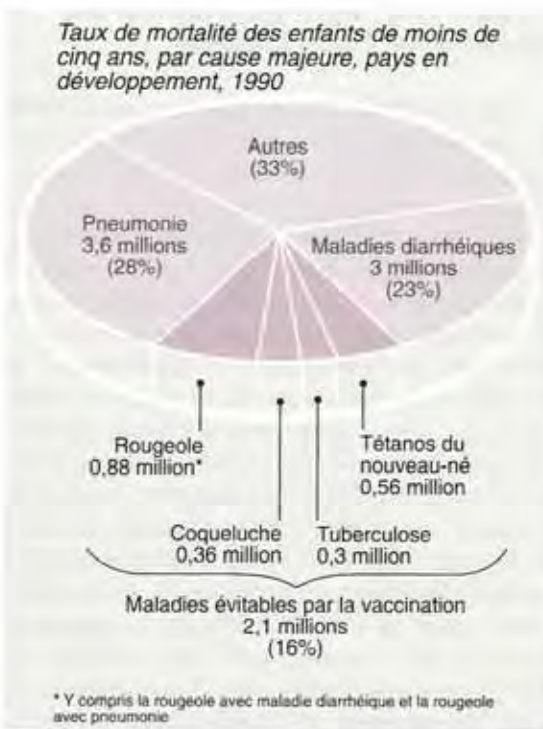
La vaccination a ouvert une porte sur le seuil de laquelle se pressent désormais d'autres connaissances et d'autres technologies. Les possibilités sont immenses. Près de 60% des quelque 35 000 décès d'enfants de moins de cinq ans qui se produisent chaque jour dans le monde en développement — ainsi qu'une part importante des cas de morbidité et de malnutrition dans le monde — sont causés par trois maladies : la pneumonie, la diarrhée et la rougeole. Or, des moyens sûrs, éprouvés et peu coûteux sont désormais disponibles pour éviter ou traiter ces maux (voir figures 4 et 5 et encadrés 1 et 5). De même, la carence en vitamine A, qui représente une menace de mort, de maladie grave et de cécité pour au moins dix millions d'enfants de par le monde, pourrait être vaincue pour un coût bien dérisoire au regard des bienfaits qui s'ensuivraient¹² (voir encadré 3). Par ailleurs, les troubles dus à une carence en iode, qui menacent un milliard de personnes et constituent la cause majeure de l'arriération mentale dans le monde, pourraient également être éliminés pour un coût d'environ 100 millions de dollars, soit moins que le prix de deux avions de combat modernes¹³ (voir encadré 10).

Même les aspects de la pauvreté dont la réduction a été traditionnellement considérée comme la plus coûteuse et la plus difficile sur le plan logistique, à savoir l'accès à une nutrition adéquate, à l'approvisionnement en eau potable et à l'éducation de base, pourraient désormais être attaqués par des technologies nouvelles peu onéreuses et grâce à des stratégies axées sur la communauté. Le coût de la mise en place de systèmes fiables d'adduction d'eau en Afrique, par exemple, a diminué de moitié depuis le milieu des

années 80 et ne revient plus aujourd'hui, en moyenne, qu'à quelque 20 dollars par personne et par an. De même, des pays tels que le Bangladesh et la Colombie ont prouvé qu'il est possible de fournir une éducation de base appropriée pour environ 20 dollars par enfant et par an¹⁴. Des expériences réalisées à une aussi grande échelle en Afrique et en Inde ont montré que l'incidence de la malnutrition chez les enfants pourrait elle aussi être réduite de moitié pour moins de dix dollars par enfant et par an¹⁵. Selon un rapport de la Banque mondiale, la malnutrition doit être attaquée de front et les gouvernements qui souhaitent entreprendre cet effort disposent aujourd'hui de mesures efficaces et peu coûteuses pour y parvenir.

Fig. 4 Les décès d'enfants

Plus de 60% des 12,9 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans qui se produisent chaque année dans le monde sont dus à la pneumonie, aux maladies diarrhéiques ou aux maladies évitables par la vaccination, ou encore à leur conjonction.



En fait, les enfants meurent souvent de causes multiples ou des effets conjugués de la répétition des épisodes de maladie et de la malnutrition. Ici, chaque décès a été imputé à une seule cause.

Source: OMS et UNICEF.

Des objectifs nouveaux

Ces progrès technologiques et stratégiques et les capacités immenses qu'ils ont dévoilées au grand jour étaient au cœur des préoccupations du *Sommet mondial pour les enfants* qui s'est déroulé au siège des Nations Unies, à New York, en septembre 1990, alors même que le monde était sur le point d'atteindre l'objectif de la vaccination de 80% des enfants. Ce Sommet, qui a réuni près de la moitié des chefs d'Etat et de gouvernement de la planète, a abouti à une série d'engagements précis qui, s'ils se traduisaient dans les actes, marqueraient bel et bien le début d'une nouvelle ère, celle de la détermination.

Ces engagements, dont l'énoncé reflète le potentiel des nouvelles connaissances et des nouvelles technologies désormais disponibles, ont été souscrits sous la forme d'un ensemble d'objectifs précis à atteindre avant la fin de ce siècle. Parmi les plus importants figurent: la lutte contre les principales maladies de l'enfance; la réduction d'un tiers des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans; la réduction de moitié de la malnutrition chez les enfants de ce même groupe d'âge; la réduction de moitié des taux de mortalité maternelle; l'accès de toutes les familles à un approvisionnement en eau salubre et à un assainissement sûr; l'accès de tous les couples à l'in-

formation et à des services de planification familiale; et la généralisation de l'éducation de base pour tous les enfants (voir page 61).

Pour que ces engagements figurent en bonne place dans les priorités politiques, tous les pays représentés au Sommet, de même que ceux qui ont signé par la suite la Déclaration et le Plan d'action, ont accepté de préparer des programmes d'action nationaux détaillés visant à atteindre les objectifs fixés. En septembre 1992, de tels programmes avaient été mis au point dans plus de 50 pays et étaient en cours d'élaboration

Fig. 5 Les décès évitables

Cette figure indique le nombre annuel de décès d'enfants par cause majeure et le pourcentage de décès qui pourraient être évités grâce à des mesures relativement simples et peu onéreuses, telles que la vaccination, l'administration d'antibiotiques, la thérapie par réhydratation orale et le traitement adéquat des maladies diarrhéiques.

Pourcentage des décès d'enfants de moins de cinq ans évitables au moyen de mesures peu onéreuses, pays en développement, 1990

Cause	Nombre annuel de décès d'enfants (en milliers)	Pourcentage des décès évitables à faible coût	Nombre des décès évitables à faible coût (en milliers)
Diarrhée	3000	90	2700
Pneumonie	3560	70	2492
Rougeole*	880	85	748
Coqueluche	360	80	288
Tétanos du nouveau-né	560	90	504
Tuberculose	300	65	195
Paludisme	800	70	560
Autres péri- et néo-natales	2470	25	618
Autres	970	-	-
Total	12900	63	8105

* Y compris la rougeole avec maladie diarrhéique et la rougeole avec pneumonie.

En fait, les enfants meurent souvent de causes multiples ou des effets conjugués de la répétition d'épisodes de maladie et de la malnutrition. Ici, chaque décès a été imputé à une seule cause.

Source: OMS et UNICEF.

dans 80 autres (voir pages 62 et 63). En juin 1992, le Secrétaire général des Nations Unies informait l'Assemblée générale que 31 pays en développement avaient déjà fait de sérieux efforts pour réaffecter leurs ressources budgétaires en priorité à l'éducation de base, aux soins de santé primaires, à la nutrition, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement¹⁶.

La formulation et le financement de programmes de cette nature est inévitablement un processus bureaucratique, dont on ne saurait attendre des résultats spectaculaires à très court terme. La majorité des pays ont cependant fait un premier pas pour respecter les promesses faites aux enfants du monde entier. Les niveaux de couverture vaccinale ont été maintenus (voir figure 6 et encadré 4) et, dans certains cas, en Chine notamment, ils ont même été portés au-delà du nouvel objectif de 90% (un seuil qui permet d'espérer une baisse très significative de l'incidence des maladies). La poliomyélite a été presque certainement éradiquée en Amérique latine et aux Caraïbes (voir figure 7 et encadré 6), puisqu'une année s'est maintenant écoulée depuis la confirmation du dernier cas d'infection par ce virus. Pour ce qui est des principales maladies évitables par la vaccination, le nombre de cas notifiés est en diminution (voir figures 7 et 8) et l'OMS estime que l'objectif de l'élimination du tétanos du nouveau-né d'ici à 1995 a de bonnes chances d'être atteint. Des pays, tels que le Bangladesh, la Bolivie, l'Equateur, le Malawi, la Namibie, Sri Lanka et la Tanzanie, ont déjà entrepris de sérieux efforts pour réduire de moitié leurs taux de malnutrition. De même, plusieurs pays se sont résolument lancés sur la voie de l'accès de l'ensemble de leur population à l'eau potable et à un assainissement sûr: le Bangladesh, le Burundi, la Chine, le Ghana, l'Inde, le Nigéria, le Paraguay, le Soudan, le Togo, le Viet Nam, et pratiquement tous les pays d'Amérique centrale¹⁷. En outre, pour que toutes les familles prennent conscience de l'importance de l'allaitement maternel, des centaines d'hôpitaux et de maternités ont commencé à modifier leurs politiques institutionnelles et à user de leur énorme influence pour inverser la tendance à l'alimentation au biberon (voir encadré 13).

Mexique : des paroles aux actes

Quelque 50 pays ont désormais mis au point des programmes d'action nationaux destinés à réaliser les objectifs fixés lors du *Sommet mondial pour les enfants*. Au nombre des buts à atteindre d'ici à l'an 2000 figurent la réduction de moitié de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, la lutte contre les principales maladies de l'enfance, la réduction de moitié des taux de mortalité maternelle, l'approvisionnement en eau salubre de toutes les communautés, l'accès de tous à des services de planification familiale et une éducation de base pour tous les enfants.

La quasi-totalité des pays d'Amérique latine ont déjà mis au point de tels programmes. Le Mexique en particulier s'est résolument attelé à la tâche en formulant un programme détaillé, dont l'application est contrôlée tous les six mois sous l'autorité personnelle du président Carlos Salinas de Gortari. En voici les éléments principaux :

- Grâce à l'allègement de la crise de l'endettement, le pays connaît une reprise de la croissance économique. Les coupes claires effectuées dans les dépenses sociales au cours des années 80 sont en voie de réduction. Celles-ci ont été portées de 6,4% du PIB en 1990 à 9% en 1992.
- Un vaste programme de vaccination a déjà touché plus de 90% des 11 millions d'enfants de moins de cinq ans que compte le pays. Plus de 1000 dispensaires ont été bâtis en zones rurales; quelque 1300 centres de santé et 140 hôpitaux ont été rééquipés, et des programmes spécifiques ont été lancés pour maîtriser deux des plus graves fléaux qui menacent la vie et la santé des enfants mexicains: les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës.
- Pour réduire la malnutrition, un programme de surveillance de la croissance a commencé dans le but de toucher tous les enfants d'âge préscolaire. Des compléments alimentaires sont progressivement distribués aux enfants sous-alimentés issus de familles dépourvues des moyens de leur procurer une alimentation suffisante (dans bien des cas, la cause principale de la malnutrition est la répétition des épisodes de maladie).
- L'initiative «hôpitaux amis des bébés» (voir encadré 13) progresse rapidement. Trente maternités ou hôpitaux se sont déjà vu décerner ce label. La distribution gratuite de préparations commerciales pour nourrissons, pratique courante dans bien des pays en développement, y a cessé et un programme de formation est en cours pour expliquer les avantages de l'allaitement maternel tant au personnel infirmier qu'au grand public.
- Après les réductions imposées au budget de l'éducation dans les années 80, les ressources affectées à ce secteur ont été augmentées de 70% au cours des quatre dernières années. Grâce à un *Accord national sur la modernisation de l'éducation de base*, récemment conclu, un effort particulier est mené pour réduire les inégalités dans le système éducatif. Dans les dix États les plus pauvres du pays, 1000 écoles ont déjà reçu une aide et 270 000 «bourses» ont été accordées pour inciter les familles les plus pauvres à ne pas retirer leurs enfants de l'école. Avec l'aide de la Banque mondiale et la coopération du PNUD, de l'UNESCO et de l'UNICEF, le gouvernement a également lancé un programme d'éducation de base non formelle qui s'adresse à 1,2 million d'enfants.
- Plus d'un million d'exemplaires de la brochure *Savoir pour Sauver* ont déjà été publiés, dont 600 000 sont actuellement utilisés dans le système éducatif. Cette brochure, publiée conjointement par l'UNICEF, l'UNESCO, le FNUAP et l'OMS, présente l'essentiel des connaissances actuelles en matière de santé infantile dans des domaines tels que l'espacement des naissances, la maternité sans risques, l'allaitement maternel, la croissance de l'enfant, la vaccination, la diarrhée, la toux et les rhumes, l'hygiène, le paludisme, le SIDA et le développement de l'enfant.
- Un programme visant à protéger les enfants de la rue a été lancé dans la capitale et dans 31 États du pays.
- Les dépenses publiques consacrées à l'approvisionnement en eau salubre ont plus que doublé pour dépasser le milliard de dollars, et le nombre de personnes desservies s'est accru de huit millions depuis 1990.

Enfin, constatation non négligeable, la *Convention relative aux droits de l'enfant*, qui définit les normes minimales pour la survie, la protection et le développement de tous les enfants, est de plus en plus largement acceptée, remplissant ainsi une autre des promesses formulées par le Sommet. Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à la fin de 1989, elle est entrée en vigueur, grâce aux 20 ratifications nécessaires, à la veille du *Sommet mondial pour les enfants* de 1990. Bien qu'il faille généralement plusieurs décennies pour que ce genre de convention accède à une large reconnaissance internationale, le Sommet a lancé un appel à tous les gouvernements pour qu'ils ratifient le texte au plus vite; début septembre 1992, ils étaient 122 à l'avoir fait (voir pages 62 et 63).

Fig. 6 Maintenir les acquis de la vaccination

L'objectif de la vaccination de 80% des enfants en 1990 a été atteint grâce aux efforts extraordinaires déployés à l'échelle mondiale. La question se pose maintenant de savoir si un tel effort peut être maintenu. A ce jour, le recul des taux de couverture vaccinale n'est que faible, de nombreux pays s'efforçant déjà de les porter à 90%.

Taux de couverture vaccinale, enfants de moins d'un an, tous pays en développement, 1981-1991

Année	BCG	DTC3	Polio3	Rougeole	AT2*
1981	31	27	24	18	14
1984	36	37	36	25	14
1985	40	38	38	28	17
1986	51	49	50	37	19
1987	69	60	60	53	27
1988	75	68	69	60	39
1989	85	77	79	73	44
1990	90	83	85	79	56
1991	85	78	80	77	54

La Chine n'est pas comprise dans les données relatives aux années 1981 à 1985.

* Pour les femmes enceintes.

Source: OMS et UNICEF, juillet 1992.

Dans certains pays, le processus de transposition des dispositions de la Convention dans la législation nationale a déjà démarré. Dans beaucoup de pays, elles sont en passe de devenir la norme définissant ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas dans la manière de traiter les jeunes. Mais dans toutes les nations, l'existence même de ces dispositions fournit aux citoyens, aux journalistes et aux ONG un instrument juridique reconnu de tous, permettant de rappeler aux dirigeants politiques les engagements qu'ils ont pris et de faire campagne contre toutes les formes de non-respect ou de mauvais traitements infligés aux enfants (voir encadré 12).

Il est donc clair que les promesses faites à tous les enfants du monde ont désormais leur place sur l'échiquier politique international. Au cours des deux dernières années, il n'est pratiquement pas un seul sommet de dirigeants mondiaux qui n'ait officiellement confirmé les engagements souscrits à l'occasion du *Sommet mondial pour les enfants*, qu'il s'agisse des Sommets ibéro-américain, des Etats islamiques, des pays francophones, du Mouvement des pays non alignés, du *Commonwealth*, de l'Organisation de l'unité africaine, de l'Association sud-asiatique de coopération régionale, de la Ligue des Etats arabes, ou encore de la *Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement* (voir encadré 9).

Des promesses sur le papier

L'importance de la *Convention relative aux droits de l'enfant*, des objectifs du *Sommet mondial pour les enfants* et des programmes d'action nationaux ne doit être ni exagérée, ni minimisée. Pour l'heure, il s'agit essentiellement de promesses consignées sur le papier. N'oublions pas, cependant, que lorsque plus d'une centaine de chefs d'Etat et de gouvernement du monde en développement avaient officiellement entériné, vers le milieu des années 80, l'objectif de la vaccination de 80% des enfants avant la fin de 1990, il s'agissait également d'une promesse sur le papier. Or, c'est aujourd'hui une réalité pour des dizaines de millions de familles dans le monde entier.

Cette réussite comporte un premier enseignement: si l'on veut que des mesures soient réellement prises à l'échelon national, il faut pouvoir compter sur un engagement politique au plus haut niveau. Deuxième leçon: l'engagement politique ne se concrétisera que grâce au dévouement des services professionnels; à la mobilisation des capacités modernes de communication; à l'appui le plus large des hommes politiques, de la presse et du public; enfin, au soutien sans faille et durable de la communauté internationale. La plupart des pays qui ont réussi à atteindre l'objectif de la vaccination — au nombre desquels certains des pays les plus démunis et les plus durement touchés par la crise de l'endettement et les mesures d'ajustement économique¹⁸ — doivent leur succès avant tout à la conviction et à la détermination d'un très grand nombre de personnes et d'organisations, à tous les échelons de la vie du pays. Parmi les nombreux pays en développement qui pourraient être cités, le cas du Bangladesh est des plus révélateurs. Aux prises avec des difficultés gigantesques, aussi bien sur le plan intérieur que sur le plan extérieur, ce pays, l'un des plus pauvres et des plus peuplés d'Asie, est néanmoins parvenu à porter sa couverture vaccinale d'environ 2% en 1985 à 62% en 1990. A ce propos, un responsable de l'UNICEF, à Dhaka, écrivait: *«Jamais auparavant dans l'histoire de ce pays, les groupes avaient été si nombreux à s'unir pour mener à bien un programme social: le président, huit ministres du secteur social, des parlementaires, des membres importants de la fonction publique, des journalistes, des centaines d'organisations non gouvernementales, des clubs sociaux et des organisations de la jeunesse, ainsi que des vedettes du cinéma et des sports et des chefs d'entreprise se sont efforcés ensemble d'atteindre cet objectif.»*¹⁹

La question qui se pose dans l'immédiat est de savoir si les individus et les organisations, dans tous les pays et à tous les échelons, sont prêts à insuffler un semblable élan aux nouveaux objectifs que le monde s'est fixés et aux programmes d'action nationaux établis pour atteindre ces buts. Seul un degré comparable de participation populaire et seuls les efforts concrets et la volonté

politique de millions de personnes et de milliers d'organisations permettront aux engagements et aux promesses des années 90 de s'intégrer dans les priorités de chaque pays. C'est à ce prix seulement que l'ère de la détermination verra le jour.

Des bouleversements plus vastes

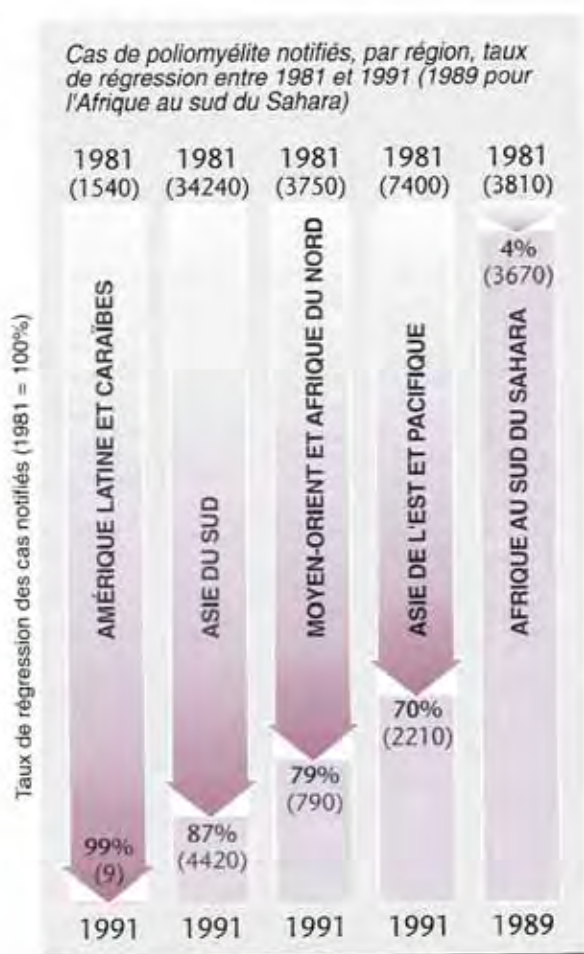
Tous ces événements, ainsi que les bienfaits qu'on en attend, se produisent alors même que le monde des affaires est en pleine mutation. On peut espérer que le long combat à mener contre les pires aspects de la pauvreté profitera du nouvel environnement politique et économique des années 90.

A l'heure actuelle, la situation de la plupart des pays en développement demeure extrêmement précaire. Rien ne permet encore de penser que la fin de la guerre froide provoquera une augmentation des ressources disponibles pour le développement. En fait, une bonne partie des pays en développement sont aujourd'hui confrontés à la pire des famines financières qu'ils aient connues à l'ère moderne. Leurs ressources ont été englouties par des dépenses militaires massives, par la crise persistante de l'endettement, par la dépréciation constante des matières premières, par les politiques commerciales restrictives des pays industrialisés, par la récession qui sévit dans de vastes régions du monde, par les coûts de la reconstruction dans le golfe Persique, et par le transfert de crédits, d'aide et d'investissements nouveaux vers les pays d'Europe centrale et orientale et vers l'ex-Union soviétique.

Malgré tous ces problèmes, les raisons d'espérer se sont accrues grâce aux gigantesques bouleversements politiques et économiques de ces dernières années; aux progrès de la démocratie dans l'ensemble de l'Amérique latine; aux événements d'Europe centrale et orientale; à l'effondrement de l'Union soviétique; à la fin de la guerre froide; aux réformes politiques à caractère démocratique qui ont gagné la majeure partie de l'Afrique (y compris le début du démantèlement

Fig. 7 Le recul de la poliomyélite

Dans les années 90, il conviendra de surveiller non seulement les taux de couverture vaccinale mais également leur impact sur les maladies cibles. Le *Sommet mondial pour les enfants* a adopté l'objectif de l'éradication de la poliomyélite d'ici à l'an 2000. Le graphique montre que le nombre de cas notifiés décline, principalement en Amérique latine et aux Caraïbes.



Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre absolu de cas notifiés.

L'OMS estime à 100 000 le nombre réel de cas de poliomyélite pour 1991 — soit dix fois le nombre de cas notifiés. L'écart entre le nombre de cas notifiés et le nombre de cas réels dépend de l'efficacité du système de surveillance.

Source: OMS.

de l'apartheid); au recul, sur la quasi-totalité du globe, de l'idéologie prônant le contrôle hautement centralisé de l'Etat sur tous les aspects de la vie économique; et grâce à la reconnaissance accrue du fait que les problèmes humanitaires et écologiques requièrent des interventions internationales concertées (voir encadré 11).

Ces bouleversements représentent l'une des mutations les plus profondes et les plus soudaines de l'histoire. En dépit de toutes les souffrances que ce tournant historique entraîne dans son sillage — de la Somalie à l'ex-Yougoslavie —, il est permis de penser qu'il ouvre de nouveaux espoirs pour le développement dans le monde entier. Si les formes variées d'économie de marché qui se mettent en place actuellement ne se laissent pas déséquilibrer par les dépenses militaires, le service de la dette et le protectionnisme, l'espoir de voir s'installer une croissance économique durable ne tiendra pas de l'utopie. Si, enfin, les mesures prises aujourd'hui en faveur de la démocratie n'achoppent pas sur l'écueil de la pauvreté et des troubles sociaux, il est permis d'espérer que les pauvres profiteront demain d'un partage plus équitable des fruits de cette croissance.

Ces bouleversements modifient également le contexte général dans lequel les pays en développement doivent trouver les moyens de vivre et leurs populations de survivre. Mais pour cela, les familles ont tout d'abord besoin d'emplois et de revenus. Il faut ensuite que les gouvernements instaurent des «filets de sécurité» qui mettent les plus défavorisés à l'abri de la malnutrition, des maladies véhiculées par une eau insalubre et un assainissement insuffisant et leur garantissent l'accès aux services essentiels, principalement les soins de santé et l'éducation. Les bouleversements intervenus au cours des cinq dernières années, s'ils n'apportent à cet égard aucune véritable garantie, renforcent cependant les chances de progrès dans ces domaines.

A l'orée des années 90, la conjonction entre les mutations que l'on observe à grande échelle et les percées advenues dans des domaines particuliers a permis de franchir une nouvelle étape dans

Vitamine A : des soupçons confirmés

En 1986, le rapport sur *La situation des enfants dans le monde* attirait l'attention sur un moyen bien peu connu de protéger la vie et la santé de millions d'enfants. Des recherches nouvelles conduites en Indonésie avaient, en effet, montré que la carence en vitamine A pourrait être la cause d'une bonne partie de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Le docteur Alfred Sommer, principal auteur de l'étude, en résumait les conclusions en ces termes:

«Nous savons que cinq à dix millions d'enfants contractent une xérophtalmie bénigne (donc une avitaminose A) chaque année. A partir de ces chiffres, et compte tenu du risque de mortalité accru chez les enfants présentant une carence en vitamine A modérée — et probablement même en l'absence de signes cliniques visibles —, on peut estimer que l'avitaminose A pourrait être responsable de 20 à 30% des décès d'enfants d'âge préscolaire dans les pays en développement.»

On savait depuis longtemps que 250 000 enfants perdaient la vue chaque année faute de cette vitamine, mais depuis l'annonce des résultats troublants obtenus en Indonésie, d'autres études portant sur d'autres régions du monde se sont efforcées d'approfondir la relation entre la vitamine A et la santé et la survie des jeunes enfants. Selon un rapport de la Commission sur la recherche en santé au service du développement publié en 1990, «ces conclusions, si elles étaient confirmées, auraient des conséquences stratégiques d'une immense portée».

Au début de 1992, 30 experts et chercheurs se réunissaient à Bellagio, en Italie, pour réexaminer l'ensemble des études effectuées à ce jour sur ce thème et tenter d'en dégager des conclusions.

De manière générale, le groupe a confirmé qu'une carence, même légère, en vitamine A accroît très nettement le taux de mortalité chez les enfants âgés de six mois à six ans. Plus particulièrement, l'avitaminose A majore nettement la gravité et les risques qu'impliquent les trois principales pathologies infantiles dans les pays

en développement: les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections respiratoires aiguës. Autre confirmation: ces conclusions restent valables même en cas d'avitaminose A si légère qu'elle ne donne pas lieu aux troubles de la vision considérés jusqu'ici comme l'indicateur caractéristique de la carence en vitamine A. «Par conséquent», conclut le rapport du groupe, «il convient de revoir la définition de la carence en vitamine A en termes de la santé publique, pour mieux refléter des degrés d'avitaminose moins élevés».

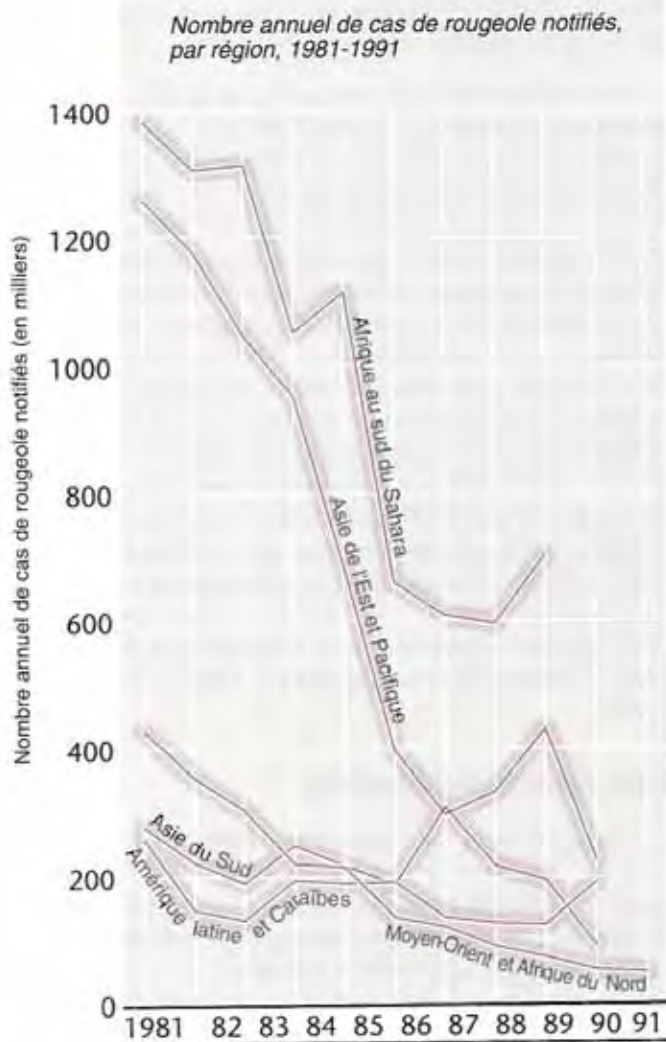
L'administration aux enfants de suppléments de vitamine A est-elle en mesure de supprimer ces risques? Le groupe de Bellagio s'est penché sur les résultats de six études menées au cours des dix dernières années: deux en Inde, deux en Indonésie et deux au Népal. Ces travaux, qui ont porté au total sur plus de 100 000 enfants, confirment que l'administration de suppléments de vitamine A peut diminuer d'environ un tiers le nombre des décès d'enfants dans bien des régions du monde en développement.

Il y a trois manières principales de s'attaquer au problème. On peut faire prendre conscience aux parents de l'importance que revêt un régime alimentaire riche en vitamine A pour la santé de leurs enfants (beaucoup de légumes à feuilles vertes). On peut aussi enrichir les produits de consommation courante en vitamine A (par exemple, le sucre ou sel). Enfin, on peut distribuer des capsules de vitamine A tous les six mois aux enfants à risque. Tous ces procédés sont peu coûteux. Une capsule de vitamine A, par exemple, coûte à peine cinq cents. Par ailleurs, il devrait être possible de distribuer les capsules de vitamine A par l'intermédiaire des services de vaccination, étant donné que ceux-ci atteignent désormais régulièrement plus de 80% des nourrissons du monde entier.

C'est pourquoi rien ne justifie d'attendre plus longtemps. Les suppléments de vitamine A ont dorénavant leur place parmi la poignée de stratégies peu coûteuses susceptibles de réduire de façon significative les taux de morbidité et de mortalité chez les enfants du monde en développement.

Fig. 8 Le recul de la rougeole

Le Sommet mondial pour les enfants s'est fixé comme objectif de réduire de 90% les cas de rougeole et de 95% les décès par rougeole d'ici à l'an 2000 — par rapport aux taux enregistrés avant la vaccination. Le nombre de cas notifiés décline actuellement dans toutes les régions, le recul le plus significatif revenant à l'Asie de l'Est.



L'écart entre le nombre de cas notifiés et le nombre de cas réels dépend de l'efficacité du système de surveillance. Etant donné la précarité du système en Afrique, le nombre de cas signalés est donné à titre indicatif.

Source: OMS.

la lutte contre les pires aspects de la pauvreté. Les changements politiques et économiques qui se sont produits à l'échelle mondiale créent un contexte plus favorable à la poursuite de ce combat, et les progrès accomplis, aussi bien dans le domaine de la technologie et des stratégies que dans celui de la détermination politique, lui impriment une direction nouvelle et un élan sans précédent.

Symptômes et causes

S'il est un domaine, dans le processus du développement, qui donne lieu aux plus grands malentendus, c'est bien la relation entre le développement à long terme dans son ensemble et les interventions ponctuelles, délibérées et ciblées, nécessaires pour atteindre les objectifs sociaux de base. C'est précisément la nature de cette relation qui devrait également conférer une urgence nouvelle à la nécessité de satisfaire les besoins humains élémentaires.

De toute évidence, il est désormais possible, à condition de pouvoir compter sur un soutien populaire et politique suffisant, de vaincre ceux des aspects de la pauvreté qui causent les plus grandes souffrances au plus grand nombre. Plus particulièrement, nous avons les moyens de réduire certaines des distances les plus criantes et les plus insupportables qui séparent les connaissances dont nous disposons des besoins actuels.

Mais le fait de combler de tels fossés ne suffira pas à résoudre les problèmes du développement économique, à supprimer le fardeau de la dette, à corriger l'injustice des relations économiques, à mettre un terme à l'oppression ou à l'exploitation ou à éliminer les nombreuses causes du chômage et des trop faibles revenus. Cela ne suffira pas non plus à satisfaire les aspirations légitimes de centaines de millions de personnes dans le monde en développement qui, si elles ne vivent pas dans la pauvreté absolue, ne jouissent pas des commodités pratiques que l'on tient pour acquises dans les pays industrialisés. C'est ce qui explique que

des voix s'élèvent parfois à l'encontre des mesures spécifiques et ciblées qui ne s'attaqueraient qu'aux symptômes de la pauvreté sans en combattre les causes.

Il s'agit là d'un argument qui ne mérite plus qu'on y réponde avec les ménagements qui étaient jusqu'ici d'usage.

Cet argument est, en effet, inacceptable, et ce pour deux raisons. Premièrement, c'est un argument inhumain. Combien de temps encore les familles les plus pauvres devront-elles attendre que le monde décrète qu'il a atteint le niveau de développement social et économique qui lui permet de dépenser quelques dollars par habitant pour empêcher que des millions d'enfants soient atteints de malnutrition, perdent la vue ou souffrent d'incapacités physiques ou mentales?

Deuxièmement, cet argument néglige le fait essentiel que les maladies fréquentes, la malnutrition, les troubles de la croissance et l'analphabétisme ne sont pas seulement quelques-uns des symptômes les plus alarmants de la pauvreté, mais en sont également la cause profonde. Il ignore que le rythme du développement économique faiblit lorsque la croissance physique et mentale de millions d'enfants est compromise; que le progrès vers l'égalité des chances est freiné lorsque les enfants des familles les plus pauvres abandonnent l'école et demeurent en marge de l'alphabétisation le restant de leur vie. Il néglige aussi le fait que la productivité des communautés est mise à mal par les heures passées à transporter de l'eau, et par le temps, l'énergie et la santé perdus en raison des maladies que provoque l'eau puisée à des sources peu salubres; que les possibilités de trouver un emploi et de gagner sa vie sont minées par des infirmités pourtant faciles à éviter, telles que la poliomyélite ou la cécité nutritionnelle; que la capacité d'une famille d'épargner et d'investir dans l'avenir est sapée lorsqu'un enfant souffre d'arriération mentale due à une carence en iode. Cet argument néglige enfin le fait que la contribution des femmes au développement économique restera à la traîne aussi longtemps qu'elles devront subir de

trop longues années de procréation, et passer trop de journées à soigner les malades et de trop longues heures à la corvée d'eau et de bois.

Car c'est bien ainsi — et de bien d'autres manières encore — que les pires effets de la pauvreté entament le potentiel des plus démunis, limitent leur capacité de se prendre en charge, restreignent l'éventail des choix qui s'offrent à eux, et contribuent à miner le processus à long terme du développement.

Le combat pour la justice sociale et le développement économique, au plan national et international, doit se poursuivre, de la même manière que les pauvres eux-mêmes continueront à se battre, comme ils l'ont toujours fait, pour subvenir à la plupart de leurs besoins en ne comptant que sur leurs propres efforts. Refuser d'admettre que la lutte contre la maladie, les infirmités, la malnutrition et l'analphabétisme, et l'allègement des corvées quotidiennes sont susceptibles d'épauler ces efforts est une erreur tragique. Les connaissances et les technologies dont nous disposons sont capables d'améliorer les perspectives d'avenir tout en diminuant les souffrances présentes. L'argument de ceux qui affirment qu'en mettant à la disposition du plus grand nombre les progrès actuels l'on s'attaque uniquement aux symptômes du problème est aussi destructeur pour l'avenir qu'il est insensible à l'égard du présent.

Les années vulnérables

Les liens entre les causes et les effets de la pauvreté confèrent un poids particulier à l'argument selon lequel nous devons dès aujourd'hui mettre tout en œuvre pour protéger les jeunes enfants des pires aspects de la pauvreté.

Cette pauvreté a de nombreuses causes extérieures et le processus du développement ne doit en négliger aucune, qu'elles aient leur origine dans des facteurs géographiques accidentels ou dans des relations économiques fondées sur l'exploitation. L'une des questions les plus épineuses, cependant, réside dans le fait que les enfants

pauvres ont un départ dans la vie qui ne leur permettra guère de tirer parti des occasions qui se présenteront à eux. Le développement doit avoir, parmi ses principaux objectifs, celui de briser le cercle infernal de la malnutrition et de la maladie qui tour à tour compromet la croissance physique et mentale des enfants, diminue leurs performances à l'école et au travail et réduit les capacités de l'adulte de gagner sa vie, d'innover et de saisir les occasions nouvelles. Ce cercle se referme sur des familles pauvres et souvent nombreuses, vulnérables à la malnutrition et à la maladie. La boucle est ainsi bouclée, la pauvreté se perpétuant d'une génération à l'autre.

C'est avant la naissance de l'enfant et pendant les premières années de sa vie que les chances de briser le cercle sont les plus grandes. *Si* seulement la croissance physique et mentale des enfants pouvait à ce stade bénéficier d'une protection particulière; *si* les familles, les communautés et les gouvernements pouvaient empêcher les pires aspects de la pauvreté de porter atteinte à leur croissance et à leur développement; *si* des mesures spéciales pouvaient être prises pour leur accorder, pendant ces mois et ces années particulièrement vulnérables, ne serait-ce qu'une petite part de la protection prodiguée à ceux qui ont la chance de voir le jour dans des familles plus aisées, alors un pas très important serait franchi.

C'est pour offrir ce type de protection à leurs jeunes enfants que des millions de parents, dans le monde entier, font des sacrifices. De leur point de vue, c'est une protection qui ne relève que de l'amour et du sens commun. Du point de vue des effets de la pauvreté sur la croissance et le développement, il s'agit d'une protection particulière même si elle est artificielle et temporaire, puisqu'elle est conférée pendant les fragiles premières années de la vie. Cette protection élève le niveau socio-économique de ces enfants afin d'empêcher que la pauvreté dans laquelle ils ont vu le jour ne leur inflige des dommages irréversibles.

Pour illustrer ultérieurement cette thèse, prenons pour exemple la nature, qui elle aussi con-

fère une protection spéciale pendant ces années vulnérables, sous la forme du lait maternel. Dans presque tous les cas, l'allaitement au sein garantit au nourrisson une nutrition adéquate pendant les six premiers mois de sa vie, qu'il soit né dans le plus sordide des bidonvilles ou dans la plus opulente des demeures. La nature s'efforce donc elle aussi de neutraliser le hasard de la naissance, grâce à une nutrition indépendante du niveau socio-économique de la famille de l'enfant.

Les possibilités d'élargir cette protection spéciale et d'y apporter le plus grand soin au stade où le développement physique et mental des enfants est le plus rapide se trouvent aujourd'hui grandement renforcées par les progrès accomplis dans le domaine du savoir et de la communication. La vaccination, la surveillance de la croissance²⁰, le traitement approprié des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires, l'administration de suppléments de vitamine A et d'iode, les subventions alimentaires ciblées et la mise en place de systèmes d'adduction d'eau et d'assainissement peu onéreux constituent autant de mesures susceptibles d'élargir et de renforcer la protection des années les plus vulnérables de l'enfance. Les connaissances et les capacités de communication dont nous disposons à présent devraient permettre aux familles, aux gouvernements et à la communauté internationale de dresser une barrière de protection autour des premières années de l'enfance. La contribution serait de taille, non seulement en ce qui concerne la satisfaction des besoins humains les plus immédiats, mais encore pour briser le cercle infernal de la pauvreté et du sous-développement.

L'occasion qui s'offre à nous aujourd'hui de répondre aux besoins les plus élémentaires et les plus criants des enfants du quart le plus pauvre de l'humanité doit être saisie dans la perspective de la relation profonde qui existe entre les besoins physiques et mentaux des enfants et le développement économique et social de la société à laquelle ils appartiennent. *«Je crois qu'il est de notre devoir»*, affirme le professeur Muhammad Yunus, fondateur du mouvement de la *Grameen*

Vaccination: longue vie au succès!

En septembre 1991, l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF ont pu annoncer au Secrétaire général des Nations Unies que l'objectif de la vaccination de 80% des enfants du monde contre les six maladies les plus meurtrières de l'enfance avait été atteint. Grâce aux efforts déployés par des milliers de personnes et d'organisations dans le monde entier au cours de la décennie écoulée, plus de trois millions de jeunes enfants sont désormais sauvés chaque année et plus de 400 000 cas de poliomyélite paralytique évités.

Le gigantesque effort consenti pour atteindre l'objectif fixé pour 1990 avait suscité des interrogations chez de nombreuses personnes : serait-il possible de maintenir durablement un effort de cette ampleur? Ne courrait-on pas le risque de négliger la mise en place de systèmes plus complets de soins de santé primaires? Avec deux années de recul, il est aujourd'hui possible d'ébaucher une réponse à ces interrogations.

Contrairement à toute attente, le fléchissement que l'on aurait pu craindre des taux de couverture vaccinale sans précédent atteints à la date cible — fin 1990 — ne s'est pas produit. En effet, la très légère régression enregistrée à la fin de 1991 est de l'ordre de 3% environ pour l'ensemble du monde en développement. Le taux de couverture vaccinale a été maintenu ou s'est même accru dans 101 pays en développement, seules 28 nations ayant constaté une baisse de leurs niveaux.

En Asie, le recul a été très limité, voire inexistant. Le Bangladesh, qui avait surmonté d'énormes obstacles pour porter sa couverture vaccinale d'un taux proche de zéro en 1980 à 62% en 1990, est parvenu à le maintenir à 60% en 1991, et ce en dépit d'innombrables vicissitudes. Même au Viet Nam, qui a éprouvé des difficultés à obtenir suffisamment de vaccins, la stabilité a prévalu.

Presque tous les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord ont réussi à maintenir leurs taux de couverture vaccinale malgré les problèmes dus à la guerre du Golfe.

Même situation dans les Amériques, à deux importantes exceptions près: le Brésil et le Venezuela, où les taux de 1991 sont inférieurs à ceux de 1990. Néanmoins, la campagne d'éradication de la poliomyélite mise en

œuvre dans la région est sur le point d'aboutir. En effet, aucun cas de poliomyélite paralytique n'y a été notifié au cours des 12 derniers mois.

C'est en Afrique au sud du Sahara que le déclin des taux de couverture vaccinale a été le plus prononcé. Dans l'ensemble, les taux de vaccination ont fléchi d'environ 10% en 1991, de sorte que le taux de couverture vaccinale se situe désormais en dessous de 50% pour la poliomyélite, la rougeole et le DTC. Cette chute est due, pour une large part, aux moins bons résultats obtenus en 1991 au Cameroun, en Ethiopie, au Ghana, au Mozambique, au Nigéria, en République centrafricaine et en Sierra Leone, pays où les systèmes de santé sont généralement plus précaires ou dont le fonctionnement a été perturbé par des troubles sociaux et politiques. Les pays disposant de systèmes de santé plus solides, comme le Botswana, le Burundi, le Cap-Vert, la Gambie, la Namibie et le Rwanda, ont préservé les niveaux atteints et constatent aujourd'hui une diminution significative de l'incidence des maladies.

Le fait d'avoir mis sur pied un système capable d'administrer chaque année des vaccins à plus de 100 millions d'enfants en quatre ou cinq séances distinctes avant leur premier anniversaire est une réussite tout aussi importante. La plupart des pays s'en servent aujourd'hui pour fournir d'autres éléments vitaux des soins de santé primaires. En Asie, par exemple, il est mis à profit pour lutter contre les maladies diarrhéiques (voir encadré 5), les infections respiratoires aiguës (voir encadré 1) et la carence en vitamine A (voir encadré 3). En Inde, il est utilisé dans le cadre de l'initiative en faveur d'une maternité sans risques (voir encadré 14). Quant au Bangladesh, il a commencé à l'exploiter pour renforcer les services de planification familiale.

Nombreux sont les services de santé qui ont maintenant compris la nécessité d'utiliser tous les moyens à leur disposition pour atteindre la communauté et établir un contact régulier et planifié avec l'immense majorité de la population, plutôt que de ne prendre en charge que la petite minorité qui franchit la porte des dispensaires. C'est cela qui, à longue échéance, pourrait constituer la réussite la plus remarquable de l'effort de vaccination des années 80.

Bank au Bangladesh, «d'exiger que les enfants aient leur place au cœur de tout développement.»²¹

Atteindre le plus grand nombre

Deux raisons supplémentaires viennent encore renforcer l'argument selon lequel le temps est venu d'accomplir un progrès décisif pour éliminer les pires aspects de la pauvreté.

Les moyens actuellement disponibles pour protéger la vie, la santé et la croissance des enfants ont ceci de commun qu'ils peuvent presque tous être mis à la disposition des familles par l'intermédiaire d'un agent de santé communautaire ayant bénéficié d'une formation de quelques mois. Un agent de santé bien formé, bien supervisé et bien épaulé est capable d'informer et de fournir des services et des conseils en matière de planification familiale et de surveillance de la grossesse et de l'accouchement; il est en mesure de faire prendre conscience aux familles des avantages de l'allaitement maternel, d'organiser des séances de vaccination, de tenir à jour les dossiers, de diagnostiquer les infections respiratoires aiguës et de prescrire les antibiotiques voulus; il peut encore enseigner la thérapie par réhydratation orale ainsi que les notions essentielles concernant le traitement approprié des maladies diarrhéiques; il sait comment encourager l'hygiène domestique et la prévention des maladies, organiser des séances de pesée des enfants et diffuser les connaissances actuelles sur les besoins nutritionnels du jeune enfant; il est à même d'organiser la lutte contre le paludisme, de distribuer les médicaments essentiels et d'administrer, en cas de nécessité, des suppléments de vitamine A, d'iode et de fer; il sait enfin diriger les cas les plus graves vers des services médicaux plus qualifiés. En un mot, les agents de santé communautaires peuvent démystifier les connaissances sanitaires de base pour les mettre au service de la communauté. S'ils sont soutenus dans cette tâche par l'ensemble des ressources dont on dispose aujourd'hui en matière de communication — écoles et enseignants, autorités religieuses et

responsables locaux, presse et moyens de communication audiovisuels, petits commerces, organisations professionnelles, ONG et groupes de femmes — ils deviendront le pilier central du pont qui reliera les connaissances actuelles aux besoins d'aujourd'hui.

Le déploiement d'un grand nombre d'agents de santé communautaires sur le terrain pose de nombreux problèmes: comment les recruter et les retenir, concevoir une structure de carrière, les motiver, assurer sans rupture leur formation et leur recyclage, et tout particulièrement comment mettre en place les services de l'échelon supérieur pour les cas qui dépassent leurs compétences? De tels problèmes peuvent être résolus et ils l'ont été chaque fois qu'il a été possible de rallier à cette cause une volonté politique et les ressources financières requises²².

Il importe avant tout que l'on cesse de considérer comme irréalisables ou inabordables les mesures voulues pour que chaque famille ait accès à un agent de santé qualifié. Si l'on estime qu'un agent de santé est à même de desservir environ 200 familles, il faudrait en recruter quelque deux millions pour répondre aux besoins des deux milliards de personnes les plus pauvres de la planète (car, dans la pratique, il est impossible de toucher uniquement les 20% les plus pauvres d'une société donnée). Au coût annuel d'environ 1000 dollars par agent, salaire et perfectionnement en cours d'emploi compris, les dépenses se monteraient à près de deux milliards de dollars par an. Cette somme représente environ 2% de ce que les pays en développement déboursent chaque année pour payer les salaires de leurs soldats²³.

Selon Amartya Sen, titulaire de la chaire Lamont à l'Université de Harvard et ancien titulaire de la chaire Drummond d'économie politique à l'Université d'Oxford, le problème se pose en ces termes :

«Il faut également soulever la question (...) de savoir si un pays pauvre doit attendre des décennies jusqu'à ce que sa croissance écono-

mique lui permette de consacrer suffisamment de ressources au lancement de programmes gouvernementaux ambitieux en matière de santé et d'éducation. L'on est en droit de se demander si un pays pauvre peut se permettre de telles dépenses dans ces domaines.

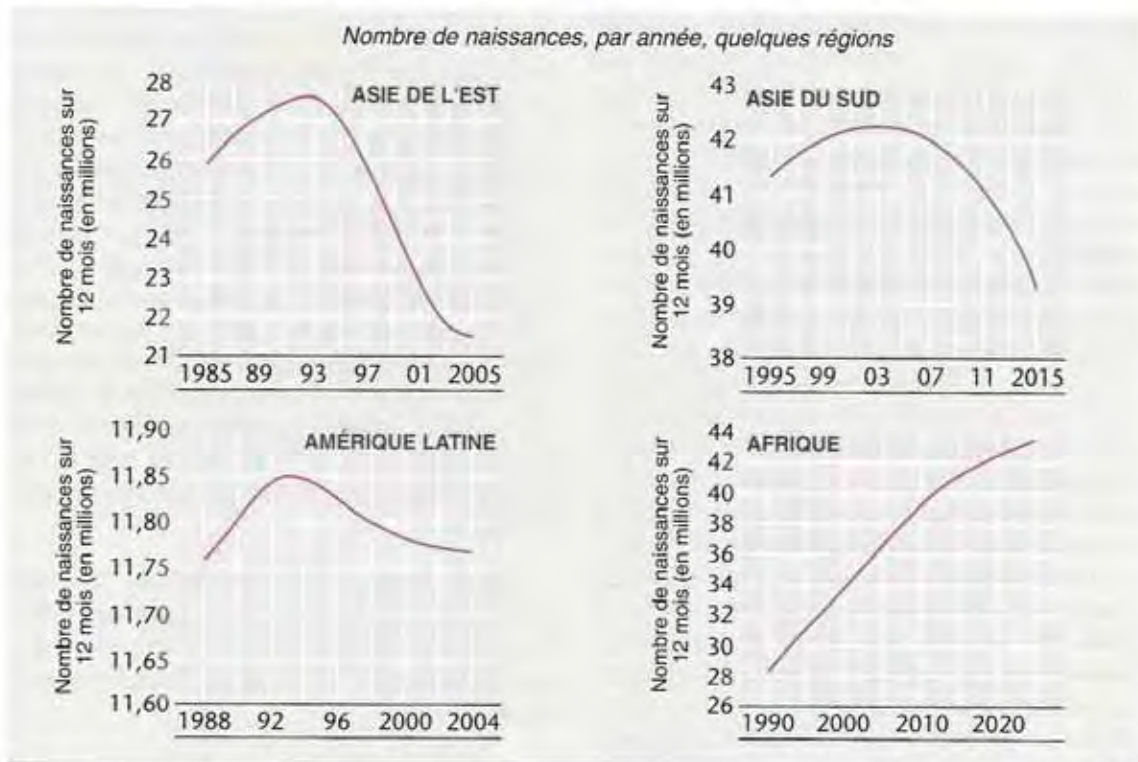
«La réponse à cette question doit tenir compte d'une donnée d'expérience, à savoir que nombre de pays pauvres, tels que Sri Lanka, la Chine, le Costa Rica, l'Etat indien du Kerala et d'autres encore, y sont parvenus et avec succès, mais il faut également prendre

en considération une donnée de caractère général: il est infiniment moins coûteux d'offrir des services publics de soins de santé et d'éducation de base dans un pays pauvre que dans un pays riche. En effet, la santé et l'éducation étant des activités à forte intensité de main-d'œuvre, elles sont moins onéreuses dans les pays pauvres où les salaires sont moins élevés. De ce fait, même si en raison de la pauvreté générale, les dépenses de santé et d'éducation sont sujettes à de très fortes restrictions, les coûts n'en sont pas moins beaucoup plus faibles que dans les pays plus nantis.»²⁴

Fig. 9 Le point culminant des naissances

Lorsque le nombre annuel de naissances commence à baisser, il est possible d'utiliser tous les nouveaux investissements en faveur de la santé et de l'éducation pour en améliorer la qualité et accroître le pourcentage de person-

nes desservies. Toutes les régions du monde en développement, exception faite de l'Afrique, ont désormais atteint ce stade ou s'en approchent. En Afrique, la poussée démographique ne ralentira que vers 2010.



Extrapolé à partir de données contenues dans *World Population Prospects*.

Source: *World Population Prospects: the 1992 revision*, United Nations Population Division, New York, 1992.

L'évolution démographique

La profonde évolution démographique à laquelle nous assistons aujourd'hui vient elle aussi conforter l'argument selon lequel l'heure est enfin venue de s'attaquer résolument aux pires aspects de la pauvreté.

Les taux de fécondité ont chuté dans presque toutes les régions du monde. En Amérique latine, le nombre annuel de naissances a déjà commencé à baisser; en Asie, il atteindra son point culminant vers le milieu des années 90 et déclinera par la suite; même en Asie du Sud, il fléchira d'ici à une décennie (voir figure 9). Ce n'est qu'en Afrique que le nombre annuel de naissances continuera de s'accroître bien au-delà de l'an 2000²⁵. L'ère moderne connaîtra donc bientôt un tournant. Car, lorsque le nombre annuel de naissances se stabilise, voire baisse, il est possible d'utiliser tous les nouveaux investissements en faveur de la santé et de l'éducation pour en améliorer la qualité et accroître le pourcentage de personnes desservies. En d'autres termes, la fourniture de services de santé et d'éducation cessera de faire l'objet d'une course effrénée visant uniquement à maintenir les acquis et à satisfaire les besoins humains élémentaires, ce ne sera plus une cible qui recule dans la mesure où l'on s'en approche.

20% pour des services essentiels

Alors que le XX^e siècle touche à sa fin, de nombreuses raisons laissent penser que l'heure est peut-être enfin venue d'en finir avec les aspects les plus dévastateurs de la pauvreté.

Des stratégies nouvelles et des techniques peu coûteuses sont disponibles. Un accord a été atteint sur des objectifs précis qui reflètent des possibilités nouvelles. Les engagements souscrits pour atteindre ces buts portent un plus grand nombre de signatures de chefs d'Etat et de gouvernement que tout autre document signé par le passé. Des programmes d'action nationaux ont été préparés ou sont en cours d'élaboration dans la plupart des pays. Enfin, l'idée selon laquelle la

lutte contre certains des pires effets de la pauvreté — en particulier ceux qui touchent les enfants — fait partie intégrante de toute stratégie de développement à long terme recueille un consensus de plus en plus large.

Sur l'ensemble de la planète, les systèmes démocratiques gagnant du terrain, les préoccupations des plus démunis, trop longtemps reléguées dans l'oubli, sont susceptibles de peser d'un plus grand poids politique; en effet, fournir des services sociaux de base à des familles pauvres mais dotées du droit de vote relève finalement du simple bon sens politique. Dans le même temps, les réformes économiques pourraient également créer un environnement plus favorable à la satisfaction des besoins élémentaires. Enfin, la vague puissante du changement démographique commence à faire sentir ses effets.

Pour toutes ces raisons, une chance s'offre à nous aujourd'hui de progresser résolument sur la voie d'un monde où les besoins élémentaires de tous, hommes, femmes et enfants, seraient satisfaits. Or, de toute évidence, un tel élan ne pourra être soutenu sans qu'une volonté politique durable s'affirme et sans que des ressources additionnelles soient dégagées.

Si l'on souhaite tirer parti des engagements politiques souscrits et des programmes d'action nationaux établis, il est indispensable de pouvoir compter sur ces ressources dans les 12 à 24 mois qui viennent.

Certains pays ont déjà commencé à rassembler les fonds nécessaires à partir de leurs propres ressources. Dans la plupart des cas, il en résultera inévitablement une augmentation des dépenses publiques allouées à la nutrition, aux soins de santé primaires, aux systèmes d'adduction d'eau et d'assainissement, à l'éducation de base et aux services de planification familiale. L'UNICEF appuie résolument la proposition du Programme des Nations Unies pour le développement qui préconise que 20% au moins des dépenses publiques soient affectées aux besoins prioritaires en matière de développement humain²⁶. Une telle

redistribution des dépenses publiques permettrait à l'ensemble des pays en développement de dégager des sommes plusieurs fois supérieures aux 25 milliards de dollars par an requis pour atteindre les objectifs fixés.

Dans la pratique, pareille réorientation des allocations budgétaires n'est pas une entreprise aisée. Tous les gouvernements, même les mieux intentionnés, ont une marge de manœuvre limitée due aux pressions politiques qu'ils subissent. A l'heure actuelle, l'ensemble des gouvernements du monde en développement consacrent plus du tiers de leurs budgets conjugués au service de la dette et aux dépenses militaires²⁷. De telles distorsions ne sont pas le fait du hasard et les forces tant intérieures qu'extérieures qui sous-tendent ces dépenses ne disparaîtront pas du jour au lendemain; pas plus que les pressions qui contraignent les gouvernements à consacrer une part disproportionnée des ressources publiques à des services de santé et d'éducation coûteux destinés aux secteurs plus aisés et plus influents de la société.

Et pourtant, en dépit de toutes ces pressions, il devrait être possible de consacrer 20% des dépenses publiques aux besoins élémentaires des pauvres, à savoir une nourriture suffisante, de l'eau potable, des systèmes d'assainissement, des soins de santé de base, des services de planification familiale et une éducation de base pour leurs enfants.

Restructurer l'aide

La question de savoir si les pays industrialisés seront disposés à soutenir cet effort reste posée. Conformément à l'engagement souscrit lors du *Sommet mondial pour les enfants*, tous les pays en développement ayant établi un programme d'action national détaillé dans le but d'atteindre les objectifs fixés — quel que soit le terme employé pour désigner le processus — doivent pouvoir s'attendre à ce qu'une partie des coûts soit prise en charge par une augmentation ou une réaffectation de l'aide. Cette part, qui sera de

moins de 25% pour l'Asie de l'Est et l'Amérique latine, oscillera entre 25 et 50% en Asie du Sud et pourra atteindre jusqu'à 75% dans les pays les moins avancés et en Afrique au sud du Sahara. Pour l'ensemble du monde en développement, l'aide extérieure additionnelle requise sera de l'ordre de huit milliards de dollars par an.

Pour l'instant, aucun signe révélateur ne permet d'assurer que les pays industrialisés verseront des ressources additionnelles de cette ampleur. L'aide continue à stagner et les tentatives sérieuses de restructurer les allocations existantes sont rares. L'aide bilatérale a bien de la peine à échapper aux considérations de politique internationale, aux intérêts économiques et aux liens historiques, qui font que les 40% les plus riches du monde en développement reçoivent plus du double de l'aide qui va aux 40% les plus pauvres²⁸, et que les pays qui totalisent les deux tiers des décès d'enfants ne reçoivent qu'un quart de l'aide totale. Il serait cependant erroné de sous-entendre que la part de l'aide qui est allouée à d'autres secteurs ne sert pas la cause des besoins humains prioritaires. Les routes — et les emplois plus encore — jouent bien évidemment leur rôle à cet égard.

Une fois de plus, ce ne serait se montrer trop exigeant que de considérer que 20% de l'aide publique au développement devrait aider directement la population à satisfaire ses besoins les plus élémentaires en matière de nourriture, d'eau potable, de soins de santé, de planification familiale et d'enseignement primaire. Pareille redistribution de l'aide extérieure permettrait à elle seule de dégager les huit milliards de dollars requis chaque année. Cela représenterait une augmentation du type d'aide que la majorité de la population du monde en développement souhaite recevoir et que la plupart des pays industrialisés sont disposés à apporter. Cette augmentation devrait aujourd'hui être offerte à tous les pays en développement qui s'engagent à mettre en œuvre un programme d'action visant à satisfaire les besoins humains élémentaires.

Les organisations multilatérales, qui déboursent à l'heure actuelle quelque 12 milliards de

dollars par an, devraient s'engager dans la même direction. Les Nations Unies, en particulier, pourraient jouer de plus en plus un rôle d'entraînement dans les efforts accomplis sur le plan international pour atteindre les objectifs sociaux convenus et établir les fondations du développement humain au XXI^e siècle. Ce rôle pourrait également s'exercer dans le cadre de la réforme du système des Nations Unies et favoriser un type de changement que l'opinion publique mondiale soit susceptible de comprendre et d'accueillir favorablement.

Des excuses sans fondement

Dans l'atmosphère persistante de pessimisme qui entoure les perspectives de développement à l'échelle mondiale, il ne faut sous aucun prétexte laisser échapper cette occasion. Attirer l'attention sur les besoins humains élémentaires est une tâche inéluctable, mais elle a donné naissance au sentiment, largement répandu, que le monde en développement est un théâtre qu'aucune lumière ne vient éclairer et dans lequel ne se déroulent que des tragédies. Or, le fait est qu'en dépit de toutes les difficultés rencontrées davantage de progrès ont été accomplis au cours des 50 dernières années que pendant les 2000 années précédentes. Depuis la fin de la deuxième Guerre mondiale, les revenus réels moyens du monde en développement ont plus que doublé, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont diminué de plus de 50%, l'espérance de vie moyenne s'est accrue d'environ un tiers, la proportion des enfants qui commencent leur scolarité dans les pays en développement est passée de moins de la moitié à plus des trois quarts, bien que la population ait doublé, et le pourcentage des familles rurales ayant accès à l'eau potable a été porté de moins de 10% à près de 60%.

Et pourtant, aussi impressionnants qu'ils soient, ces chiffres ne sauraient refléter la nature véritable du changement qui s'est produit en quelques dizaines d'années à peine. Une bonne partie du monde s'est, pendant la même période, affranchie du colonialisme, a connu le début du

démantèlement de l'apartheid sous toutes ses formes, et s'est libéré, dans une très large mesure, du carcan imposé par des régimes fascistes et totalitaires. Tous ces bouleversements ont leur origine dans un courant encore plus fondamental qui a lentement fait évoluer le monde d'un schéma où, dans toutes les sociétés, seulement 10 à 20% étaient privilégiés, à un schéma où les besoins et les droits de tous gagnent peu à peu du terrain. Il y a seulement quelques dizaines d'années, rares étaient ceux qui se préoccupaient de voir la majorité des pauvres privés du droit de vote, de la liberté d'expression ou de religion ou même du droit à des procédures judiciaires régulières, peu encore se souciaient de voir les enfants de ces laissés-pour-compte privés d'éducation, de vaccination et, d'une manière générale, de l'accès aux progrès réalisés dans les domaines de l'hygiène et des soins de santé. Il paraissait normal dans bien des pays que les enfants des pauvres puissent être vendus, asservis pour payer les dettes de leurs parents, ou contraints de travailler 14 heures par jour aux champs, dans les mines ou les usines. Et voici tout juste 50 ans, la famine a tué un million de personnes au Bengale, sans que leur disparition ait éveillé dans le monde le moindre murmure de protestation²⁹.

Si l'on se replace dans cette perspective historique, que les deux tiers de la population mondiale disposent aujourd'hui du droit de vote, que 80% des enfants de moins d'un an soient vaccinés ou le fait même qu'il existe une convention universelle sur les droits de l'enfant, sont autant de signes d'une évolution extraordinaire. Devant de tels progrès, le pessimisme relève plus du cynisme que de la perspicacité. Dans les dix années à venir, nous devons absolument saisir l'occasion qui nous est offerte de remporter une victoire contre ce que l'on pourrait appeler le dernier grand scandale: la persistance de ces maux évitables que sont la malnutrition, la maladie et l'analphabétisme qui menacent toujours la vie et l'avenir du quart le plus pauvre des enfants de la planète.

Il serait en effet inimaginable de laisser échapper cette occasion d'atteindre des objectifs so-

Maladies diarrhéiques: une stratégie pour les années 90

Il y a dix ans, les maladies diarrhéiques représentaient la cause majeure de décès parmi les enfants de moins de cinq ans dans le monde entier, puisqu'elles faisaient près de quatre millions de victimes chaque année, dont la plupart mouraient de déshydratation. Bien qu'une méthode simple et peu coûteuse de prévention et de traitement de la déshydratation ait été disponible depuis de longues années, elle était presque inconnue en dehors des milieux scientifiques.

Aujourd'hui, grâce à une décennie d'efforts, la thérapie par réhydratation orale (TRO) est connue et utilisée, sous une forme ou une autre, par près d'un tiers des familles du monde en développement. En contribuant à sauver environ un million de vies chaque année, elle a permis de reléguer les maladies diarrhéiques au second rang parmi les causes de décès des enfants de moins de cinq ans.

Les succès remportés au cours des années 80 nous incitent à aller plus loin dans la décennie à venir. Il reste en effet à faire mieux connaître la TRO, car la majorité des familles du monde en développement n'y ont toujours pas recours et la déshydratation continue à être responsable d'environ 1,5 million de décès par an. Par ailleurs, il apparaît aujourd'hui clairement que la campagne de lutte contre les maladies diarrhéiques doit désormais être élargie.

La diminution rapide, grâce à la TRO, du nombre de décès par déshydratation signifie que la plupart de ceux qui se produisent encore sont dus principalement à la dysenterie et à la diarrhée persistante, qui exigent habituellement un traitement antibiotique en plus de la TRO. Alors que deux tiers de tous les décès dus à la diarrhée étaient imputables à la déshydratation il y a dix ans, ce pourcentage est aujourd'hui inférieur à 50%. Parallèlement, l'on a progressivement pris conscience que les maladies diarrhéiques sont également une cause majeure — voire la cause principale — de la malnutrition chez les enfants du monde en développement. Un

nombre croissant d'études montrent que la répétition des épisodes de diarrhée contribue à retarder la croissance de l'enfant en diminuant l'appétit, en inhibant l'absorption de la nourriture, en brûlant des calories et en faisant perdre les éléments nutritifs.

Il faut donc que la mise en place d'une stratégie pour les années 90 accorde une priorité renouvelée à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement, ainsi qu'à l'éducation des parents, en mettant à leur disposition les connaissances qui leur permettront d'éviter les maladies diarrhéiques chez leurs enfants et d'en minimiser l'impact sur leur santé et leur croissance. Il est aujourd'hui possible de faire de la prévention peu coûteuse à grande échelle moyennant des mesures, telles que le recours à l'allaitement maternel, la vaccination contre la rougeole, l'utilisation de latrines, en évitant de contaminer l'eau et la nourriture et en se lavant les mains avant de toucher aux aliments. Pour éviter que la diarrhée n'entraîne la malnutrition, les parents doivent également savoir qu'il faut continuer à alimenter (en particulier allaiter au sein) un enfant malade et lui donner un repas supplémentaire chaque jour pendant au moins la semaine qui suit la guérison. Les parents doivent non seulement connaître l'importance des nourritures solides et liquides dans ces circonstances, mais aussi savoir qu'une aide extérieure qualifiée est indispensable lorsque les selles de l'enfant contiennent du sang, lorsque la diarrhée persiste ou si elle est plus prononcée que d'habitude.

La réduction d'un tiers du nombre des décès d'enfants de moins de cinq ans et la réduction de moitié de la malnutrition chez les enfants du même groupe d'âge: tels étaient deux des objectifs majeurs que se sont fixés les dirigeants du monde rassemblés lors du *Sommet mondial pour les enfants*, en 1990. Mais ces objectifs ne sauraient être atteints sans un élargissement de la lutte contre les maladies diarrhéiques et sans une diminution du tribut qu'elles prélèvent sur la santé et la croissance de tant de millions d'enfants de par le monde.

ciaux fondamentaux simplement faute de volonté politique ou en raison de l'incapacité du monde en développement et des pays donateurs de conjuguer leurs efforts pour trouver les 25 milliards de dollars additionnels requis chaque année. Les technologies et les stratégies existent et leur prix est abordable. Les capacités d'atteindre la population et de communiquer n'attendent que d'être exploitées. Les engagements politiques ont été pris. Enfin, le contexte général, grâce à l'évolution politique, économique et démographique, n'a jamais été aussi favorable. Certes, les difficultés sont énormes mais elles peuvent être vaincues comme en témoignent les réussites remarquables de notre époque.

Le monde industrialisé ne saurait invoquer la récession ou les multiples besoins de financement pour justifier son incapacité à réunir les huit milliards de dollars additionnels requis chaque année pour soutenir les pays en développement qui ont décidé de faire des objectifs sociaux de base une priorité nationale.

Quant aux pays en développement, ils ne sauraient continuer à invoquer le sous-développement pour se dérober aux engagements qu'ils ont pris en s'abstenant de mobiliser les ressources financières et humaines nécessaires.

Il est grand temps que cessent excuses et faux-semblants et que l'on s'attelle à la tâche. Si le monde omet de mettre en œuvre les mesures évidentes dont il dispose aujourd'hui pour protéger la vie, la santé et la croissance de millions de jeunes enfants, ce ne sera pas faute de ressources économiques mais bien parce que l'immense majorité de ces enfants sont ceux des pauvres, de ceux-là mêmes qui sont non seulement dépourvus de pouvoir d'achat mais aussi d'influence politique et n'attirent que bien peu l'attention des médias. Une chose doit être claire dès à présent: si nous ne parvenons pas à dégager les ressources nécessaires pour éliminer les pires aspects de la pauvreté, de la malnutrition, de l'analphabétisme et de la maladie dans les années à venir, ce ne sera pas parce que la tâche est impossible mais parce qu'elle ne fait pas partie de nos priorités.

Poliomyélite: victoire à portée de la main

Le 5 septembre 1991, les analyses de laboratoire confirmaient le verdict: la paralysie de Luis Tenorio Cortez, un petit garçon de deux ans du village de Pichanaqui, au sud du Pérou, était due au poliovirus de type 1. Depuis cette date, aucun autre cas de poliomyélite n'a été enregistré dans l'hémisphère occidental.

La vigilance sera cependant de mise pendant encore plusieurs années, mais de toute évidence l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), qui a été le chef de file de la lutte en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans les Amériques, est désormais sur le point de gagner la bataille.

Dans l'autre moitié du globe, le virus continue à paralyser plus de 100 000 enfants chaque année. Pour tragique qu'il soit, ce chiffre n'en constitue pas moins un progrès considérable. Voici encore dix ans, la maladie faisait plus de 500 000 victimes par an. Aujourd'hui, 85% des enfants du monde entier sont vaccinés contre la poliomyélite. Dans certains pays, les progrès accomplis ont été particulièrement spectaculaires; c'est ainsi qu'aux Philippines, par exemple, le nombre de cas notifiés est passé de 1422 en 1988 à seulement 82 en 1990.

En 1989 et en 1990, les trois quarts de tous les nouveaux cas de maladie ont été signalés en Chine et en Inde. Dans ces deux pays, les niveaux de vaccination sont toutefois en hausse et l'on peut espérer y éradiquer la maladie d'ici à l'an 2000. En Afrique, où les systèmes de santé sont généralement moins structurés, la situation n'est pas aussi prometteuse: 14 pays ont encore des taux de couverture vaccinale inférieurs à 50%.

Lorsque la vaccination systématique atteint des niveaux élevés, l'éradication de la poliomyélite dépend fondamentalement de la mise en place d'un système de surveillance capable de dépister sans délai tout nouveau cas de paralysie flasque. Il faut alors déterminer par des examens de laboratoire s'il s'agit d'un cas confirmé de poliomyélite et, entre-temps, vacciner immédiatement tous les enfants de la région. Aucun pays ne sera entièrement à l'abri de ce fléau aussi longtemps

qu'un seul restera frappé. Même là où les niveaux de vaccination de routine sont très élevés, le virus de la poliomyélite peut être «importé» et se répandre rapidement.

Des milliers de personnes et d'organisations joignent aujourd'hui leurs efforts pour éradiquer la poliomyélite d'ici à la fin du xx^e siècle — en accord avec l'objectif fixé par le *Sommet mondial pour les enfants* de 1990. Les programmes nationaux de vaccination, dont les réussites ont représenté l'un des plus grands succès de la dernière décennie, sont soutenus par l'OMS, par l'UNICEF ainsi que par des programmes d'aide bilatérale* et des institutions telles que la Fondation Rockefeller et les *Centers for Disease Control* d'Atlanta, aux États-Unis. Le Rotary International, pour sa part, a recueilli plus de 300 millions de dollars en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans le monde et a mobilisé des milliers de bénévoles qui ont collaboré avec les services de vaccination — un exemple remarquable de soutien populaire. En outre, dans la plupart des pays, la tâche consistant à informer des centaines de millions de parents du moment, du lieu et des raisons de la vaccination n'aurait pu être accomplie sans le soutien des médias, des écoles, des autorités religieuses et d'un grand nombre d'organisations non gouvernementales. Les pays en développement eux-mêmes ont assumé les deux tiers de l'ensemble des coûts.

Au cours des dix prochaines années, l'éradication de la poliomyélite au niveau mondial reviendra à environ 1,4 milliard de dollars. Lorsque cet objectif aura été atteint et que la vaccination antipoliomyélitique pourra donc être interrompue, il sera possible d'économiser des sommes plusieurs fois supérieures au coût de revient des programmes d'éradication eux-mêmes. Les économies ainsi réalisées — y compris dans les pays industrialisés — sur les vaccins et les frais administratifs seront de l'ordre de 500 millions de dollars par an en l'an 2000 et pourraient se chiffrer à quelque trois milliards de dollars par an vers 2015.

* L'USAID a versé plus de 40 milliards de dollars au cours de ces cinq dernières années pour l'éradication de la poliomyélite dans les Amériques.

Agir ensemble pour une cause commune

Ainsi que la première partie de ce rapport a tenté de le démontrer, un écart sans précédent s'est creusé entre ce qui *pourrait* réellement être accompli aujourd'hui et ce qui *est* effectivement pour vaincre les pires aspects de la pauvreté. En particulier, le quart le plus pauvre de l'humanité est privé de tout accès à ce qui pourrait améliorer la santé, la nutrition et l'éducation de millions de familles. Et l'on peut affirmer que ce n'est pas faute de ressources financières ou de moyens d'atteindre les intéressés, mais bien plutôt faute de détermination et de sens des priorités. Les pauvres sont dépourvus du pouvoir d'achat et de l'influence politique que devrait leur valoir leur nombre; ce ne seront donc ni l'action invisible des forces du marché ni les biens visibles de la politique traditionnelle qui parviendront facilement à combler le fossé entre le savoir et les besoins.

C'est pourquoi, il est aussi peu probable que l'écart entre ce qui existe et ce qui pourrait exister, entre le savoir et les besoins, se comble du seul fait d'un quelconque processus automatique ou inéluctable de développement socio-économique; en effet, de tels écarts ne se resserrent le plus souvent que sous la pression du nombre considérable et sans cesse croissant de ceux qui exigent de tels changements. Par le passé, ce sont des *mouvements populaires* d'origines très différentes — agissant pour leur propre compte ou par solidarité avec d'autres — qui ont généralement réussi à

placer sur le devant de la scène des problèmes trop longtemps ignorés et à mettre à la disposition du plus grand nombre des progrès jusque-là réservés à une minorité, parvenant à provoquer des changements aujourd'hui considérés comme des avancées de la civilisation elle-même.

Plusieurs encadrés de ce rapport illustrent le rôle des mouvements populaires pour élargir le nombre des bénéficiaires du progrès. Ils montrent que ce que l'on appelle aujourd'hui les ONG ont été les artisans d'évolutions telles que la transformation de la santé publique grâce à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement, (voir encadré 7), à la diminution massive des troubles dus à une carence en iode en Europe et aux Etats-Unis (voir encadré 10) et à la réduction tangible des taux de mortalité infantile, par exemple au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, au début de ce siècle (voir encadré 8).

Plus récemment, dans la plupart des pays du monde se sont produits deux changements remarquables qui témoignent de la capacité des mouvements populaires à opérer des transformations radicales à l'échelle internationale, à savoir le mouvement pour la protection de l'environnement et la pression en faveur des droits des femmes. Ces deux causes, pourtant, étaient bien négligées et il était hautement improbable qu'elles progressent grâce aux seules forces du marché ou

7

Europe et Etats-Unis: l'eau et l'assainissement

La réalisation des objectifs fixés par le *Sommet mondial pour les enfants* consiste à traduire en actes les connaissances actuelles afin d'améliorer les conditions de vie du plus grand nombre. Par le passé, ce processus dépendait généralement de la pression que des individus et des organisations exerçaient sur les gouvernements pour les inciter à prendre des mesures à l'échelle nationale.

Ainsi, c'est vers le milieu du XIX^e siècle que le lien entre l'eau salubre, l'assainissement et la maladie est apparu clairement. Mais c'est uniquement grâce à une campagne résolue que ces connaissances ont pu se traduire dans la pratique et que l'on a atteint les niveaux de santé publique aujourd'hui considérés comme des acquis dans la majorité des pays occidentaux. Pour Michael Katz, historien en sciences sociales, les réformes dans le domaine de la santé publique ont toujours été obtenues par la lutte.

Si le débat a vu le jour d'abord en France et en Allemagne, c'est au Royaume-Uni qu'il a acquis la dimension d'une urgence, après quatre violentes épidémies de choléra qui ont fait des centaines de milliers de victimes dans des villes industrielles surpeuplées. Le scientifique britannique John Snow fut le premier à établir un lien entre la progression de l'épidémie et la contamination de l'eau potable par les matières fécales de malades du choléra. C'est lui qui suggéra que la maladie était probablement causée par des organismes invisibles (le processus de transmission de la maladie par les germes ne devait être découvert que plus tard au XIX^e siècle). Snow était si décidé à lutter contre l'indifférence des autorités, qu'il provoqua un coup d'éclat en brisant la poignée d'une pompe à eau utilisée par la population dans Broad Street, à Londres.

Dans le même temps, l'une des grandes figures de l'histoire de la santé publique faisait campagne pour des mesures législatives au Royaume-Uni. Edwin Chadwick, un avocat résolu et combatif qui avait été nommé secrétaire de la Commission des lois sur les pauvres en 1834, en était arrivé à la conclusion que la saleté était cause de maladie, et que la maladie, provoquant une baisse des revenus, conduisait à la pauvreté.

Dans une étude qui fit date sur les conditions de vie abjectes de la classe ouvrière britannique, Chadwick affirmait que la saleté et les insuffisances de l'assainissement faisaient chaque année plus de morts que n'importe laquelle des guerres du passé. Son rapport, voué à la cause de la salubrité publique, se vendit à 10 000 exemplaires, suscita des débats dans le pays entier et devint le point de ralliement d'un mouvement populaire auquel adhèrent un grand nombre d'organisations et de personnalités de renom.

Le rapport de Chadwick devait demeurer le moteur des lois sur la santé publique promulguées en 1848, 1866 et 1875. La résistance du gouvernement et de la Compagnie des eaux fut progressivement vaincue, et le perfectionnement des systèmes d'adduction d'eau et d'égouts ouvrit la voie au progrès de la santé publique.

Aux Etats-Unis, l'un des pionniers de la santé publique fut un libraire du Massachusetts, Lemuel Shattuck, qui effectua une étude exhaustive sur la santé publique dans son Etat, publiée en 1850. Cet ouvrage marqua le début d'une ère nouvelle de la santé publique dans le pays, même si les autorités n'en appliquèrent les recommandations que bien après la mort de l'auteur en 1859. A la même époque, la prolifération des bidonvilles et des taudis malsains offrait un terrain idéal aux épidémies. Il n'était guère de famille qui n'ait perdu des enfants en raison de la diphtérie, de la variole, de la typhoïde et de la diarrhée, ce qui suscita l'apparition d'organisations bénévoles faisant pression sur le gouvernement pour que des mesures soient prises. Dans les années 1890, par exemple, l'Ordre des Chevaliers du travail, organisation vouée à la promotion de mesures de santé publique et de protection sociale, telles que la journée de travail de huit heures et l'interdiction du travail des enfants, vit le nombre de ses membres passer de 11 à plus de 700 000. Des réformateurs du système de santé, des médecins et des ingénieurs en appelaient à l'amélioration des conditions sanitaires dans les villes industrielles, soutenus par un grand nombre de femmes des classes moyenne et supérieure. Ces organisations bénévoles devaient ouvrir la voie à un grand nombre de mesures de santé publique à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècles.

par le biais des processus politiques, surtout aux étapes initiales. C'est seulement à partir du moment où une multitude d'individus ont commencé à s'informer et à se préoccuper davantage des erreurs et des injustices commises, que ces causes sont sorties de l'ombre et ont amorcé le long cheminement, encore inachevé, de la reconnaissance.

De même, le combat contre ces fléaux évitables que sont la malnutrition, la maladie et l'analphabétisme, et la lutte en faveur de la satisfaction des besoins humains élémentaires et de l'accès du quart le plus pauvre de l'humanité aux bienfaits essentiels du progrès dépendent largement eux aussi du ralliement d'un très grand nombre de personnes. Si l'on souhaite maintenir la dynamique de l'engagement politique et donner plus de poids aux objectifs à atteindre, il faudra renforcer, à l'échelle mondiale, le mouvement en faveur des besoins essentiels, de sorte qu'il exerce une pression similaire à celle dont jouit aujourd'hui la protection de l'environnement.

La deuxième partie de ce rapport en appelle donc aux individus comme aux organisations de tous les pays afin qu'ils participent à ce combat.

Redéfinir ce qui est acceptable

Le terme général de «mouvement populaire» recouvre des réalités bien différentes. Certains mouvements regroupent les populations les plus démunies décidées à défendre leurs intérêts, alors que d'autres rassemblent les plus favorisées souhaitant se montrer solidaires des premières. Certains travaillent au grand jour, sous la protection des droits civils et de la liberté d'expression, alors que d'autres agissent aux frontières obscures de la censure et de la répression. Certains œuvrent dans un environnement géographique ou économique très différent des causes qu'ils soutiennent, alors que d'autres n'hésitent pas à s'atteler à la tâche de leurs propres mains. Certains utilisent les résultats accumulés de milliers de micro-projets pour montrer à la fois des réali-

sations tangibles et l'existence d'un soutien populaire en faveur de leur extension, alors que d'autres choisissent de rassembler les faits et de les publier au grand jour, de mobiliser l'opinion, de porter leurs arguments à l'attention des médias, de faire pression sur les responsables économiques et de militer en faveur de réformes spécifiques de la législation ou des politiques en vigueur.

En conjuguant ces méthodes, les mouvements populaires ont souvent réussi à imposer des changements bien plus profonds et plus durables que la somme de leurs réalisations pratiques ou politiques. Parfois, ils sont aussi parvenus à modifier l'éthique d'une époque et à redéfinir la perception publique et politique de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas.

C'est aussi un changement du climat éthique qui a contribué à saper les fondements de l'esclavagisme et du colonialisme. Le même changement est à l'origine, dans de nombreux pays, de la législation sur le travail en usine et de l'interdiction du travail des enfants. C'est un mouvement analogue qui a conféré, au prix d'efforts lents et obstinés, le droit de vote et le droit à l'instruction à des millions de travailleurs, qui fait aujourd'hui reculer les frontières du racisme et de l'apartheid et rend inacceptables des attitudes et des actes qui ont prévalu pendant des siècles sans qu'on leur oppose la moindre résistance. C'est encore ce même mouvement qui ralentit le rythme effréné et irresponsable de l'exploitation de l'environnement, rythme qui menace la capacité de régénération de la planète. C'est grâce à ce mouvement qu'une brèche est désormais ouverte dans la citadelle de l'inégalité où les femmes étaient reléguées depuis si longtemps. Et c'est un changement de cette nature, enfin, qui seul viendra à bout des pires aspects de la pauvreté dans le monde.

Pour ce faire, il s'agira de transformer le climat éthique qui façonne notre attitude à l'égard de la pauvreté dans le monde d'aujourd'hui. Il faudra que, dans les années qui viennent, les décès inutiles de dizaines de milliers d'enfants chaque jour

Europe et Etats-Unis: sauver les enfants

Au début du xx^e siècle, l'opinion publique des pays industrialisés commença à s'émoi de plus en plus de la mortalité très élevée des jeunes enfants, et le slogan «sauver les enfants» devint le cri de ralliement d'un grand nombre d'organisations faisant campagne en Europe et aux Etats-Unis.

Bien que l'assainissement du milieu ait donné lieu à un recul impressionnant des cas de maladie et de décès, les taux de mortalité des nourrissons n'avaient pas suffisamment suivi. En 1900, on comptait, en Angleterre et au Pays de Galles, 154 décès d'enfants pour 1000 naissances vivantes, un chiffre largement supérieur à la moyenne actuelle des pays en développement.

Au Royaume-Uni, un mouvement social populaire, rassemblant des professionnels de la santé, des instituteurs, des responsables des collectivités locales, des Eglises, des assistants sociaux et des bénévoles, se rassembla autour du mot d'ordre «sauver les bébés». Le but était de transmettre aux mères les connaissances sanitaires susceptibles d'améliorer leur propre santé et celle de leurs enfants. L'un des messages clés mettait l'accent sur l'importance de se laver les mains, en particulier après être allé aux toilettes ou après avoir changé les couches des enfants, afin d'empêcher la diffusion des maladies diarrhéiques, qui étaient alors responsables de près d'un quart de tous les décès d'enfants (ce qui est toujours le cas aujourd'hui dans le monde en développement).

Les premiers centres de soins pour nourrissons créés au Royaume-Uni reposaient sur un modèle déjà éprouvé en France. Le personnel comprenait essentiellement des bénévoles, encadrés par une infirmière et un médecin. Vers 1925, grâce à l'amélioration continue de la santé et de la nutrition, ces centres furent à même de diversifier leurs services et de former un réseau national dont les activités allaient de la distribution de lait et d'huile de foie de morue à des cours de nutrition et des séances régulières de pesée des enfants. Dans la ville d'Oxford, comme dans de nombreuses communautés, ce furent des femmes, et non des médecins, qui organisèrent le mouvement pour le bien-être des jeunes enfants. Entre 1906 et 1912, le pourcentage de nouveau-nés recevant la visite de ces bénévoles passa de 24% à plus de 90%.

Les historiens de la santé considèrent que la régression du taux de mortalité infantile — qui déclina de plus de 150 à environ 60 pour 1000 naissances vivantes au cours du premier quart du xx^e siècle — doit beaucoup à ces mouvements centrés sur les mères. Outre l'effet direct de diffusion des connaissances de l'époque en matière de santé, l'accent mis sur la pesée fréquente des nourrissons permettait aux mères et aux enfants d'avoir des contacts réguliers avec des agents de santé.

Aux Etats-Unis, les mouvements populaires jouèrent également un rôle crucial dans la réduction des taux de mortalité infantile au début du siècle. C'est à des initiatives privées que l'on doit la création des «postes de santé pour bébés», qui fournissaient du lait aux mères et leur prodiguaient des conseils sur les soins aux enfants. En 1908, le docteur Josephine Baker ouvrit le Bureau d'hygiène de l'enfant — le premier établissement de ce genre au monde — dans le cadre du Département de la santé de la ville de New York. Sous le slogan «meilleure maternité, meilleurs enfants, meilleurs foyers», elle institua un système de visites à domicile au cours desquelles des infirmières de santé publique conseillaient les jeunes mères sur l'allaitement maternel et sur les moyens de protéger les enfants de la diarrhée et d'autres infections. Selon les registres du docteur Baker, le taux de mortalité infantile à New York passa de 144 pour 1000 naissances vivantes en 1890 à moins de 50 pour 1000 en 1939.

Dès 1900, le Congrès national des mères (qui devait devenir, en 1924, l'Association parents-enseignants) mit sur pied des centaines de groupements de mères dans tout le pays. Au cours des années 20, une «croisade de la propreté» diffusa des principes d'hygiène dans tout le pays, par le biais de la radio et de bandes dessinées pour les enfants. En 1911, des femmes diplômées travaillaient bénévolement dans 400 «foyers d'accueil» urbains, pour enseigner l'hygiène domestique, fortement soutenues par les syndicats et les mouvements militant en faveur du droit de vote pour les femmes. Enfin, les organisations féminines furent également à l'origine de la création, en 1912, du Bureau fédéral de l'enfant, qui joue depuis lors un rôle de premier plan en matière de santé maternelle et infantile.

et les maux évitables que sont la mauvaise santé et la malnutrition chroniques dont souffrent des millions d'autres enfants deviennent aussi abjects et révoltants que le furent par le passé l'esclavage ou le colonialisme, que l'est aujourd'hui le racisme, et que le sera demain la discrimination sexuelle.

Chaque fois que l'être humain progresse c'est la civilisation elle-même qui fait un pas en avant. Le fait de réduire la distance qui sépare les nouvelles connaissances des besoins donne donc une mesure du succès de l'organisation sociale et de la capacité de l'humanité à conduire les affaires nationales et internationales. Le monde n'avait pas à rougir de la mort de milliers de personnes succombant à des fléaux dont il ignorait la cause et pour lesquels il ne disposait d'aucun traitement. Mais désormais, c'est un sujet d'opprobre pour l'humanité que des millions d'enfants continuent de mourir chaque année de maladies qu'il est possible d'éviter, et ce pour un prix dérisoire.

Les méfaits de maux aussi évitables et largement répandus que la malnutrition, la maladie et l'analphabétisme ne sont plus inéluctables. Ils doivent eux aussi devenir intolérables. Il faut donc desserrer l'étau dans lequel ils ont si longtemps enfermé tant d'êtres humains.

La solidarité

Plusieurs centaines d'organisations, particulièrement dans le monde en développement, commencent déjà à relever ce défi et nombre d'entre elles sont venues corroborer les engagements de leurs dirigeants politiques. Dans près de 70 pays, des organisations populaires très diverses ont collaboré avec les pouvoirs publics à l'élaboration de programmes d'action nationaux en vue de réaliser les objectifs fixés pour l'an 2000. Dans davantage de pays, les organisations bénévoles ont tenu leurs propres consultations nationales afin de définir la meilleure manière de progresser vers ces objectifs avant la fin du siècle.

Tous ces efforts ne sont qu'un début et semblent bien modestes au regard des exigences de la

tâche qui nous attend. Ce sont, non pas des centaines, mais des milliers d'organisations, non pas des milliers, mais des millions de personnes, qui seront appelées à soutenir cette cause pour qu'enfin elle parvienne au premier rang des priorités nationales et internationales.

Néanmoins, les mouvements populaires qui luttent en faveur de la satisfaction des besoins essentiels des pauvres et qui s'efforcent de mettre les enfants à l'abri des effets les plus dramatiques de la pauvreté sont investis d'une mission encore plus ardue que celle qui échoit à d'autres organisations aux ambitions similaires. Les enfants des familles pauvres forment le groupe le plus dépourvu de pouvoir de toute société; leurs besoins ne se traduisent ni en bulletins de vote ni en pouvoir d'achat; et dans la plupart des cas, le quart le plus pauvre de l'humanité est relégué en marge des avantages que confèrent l'instruction, les moyens financiers, l'influence politique ou l'accès aux médias.

Un tel mouvement dépend donc, dans une large mesure, des individus et des organisations disposés à se montrer solidaires du quart le plus pauvre de la population mondiale — y compris les mouvements qui luttent en faveur de la reconnaissance des droits des femmes ou de la protection de l'environnement.

Le fondement éthique de cette solidarité est indéniable, mais la difficulté est de la maintenir au premier rang des nombreuses préoccupations de notre époque. La malnutrition, la maladie et l'analphabétisme sont de «vieux» problèmes qui nous ont accompagnés pendant tant de siècles qu'ils semblent faire partie du cours normal de l'existence. Ils ne sont donc pas de taille à attirer l'attention des médias au même titre que l'apparition de trous dans la couche d'ozone, les explosions dans les usines chimiques et les centrales nucléaires, ou les menaces dramatiques du réchauffement planétaire. De même, les progrès technologiques ou stratégiques qui permettent désormais de venir à bout de certains de ces maux ancestraux suscitent très peu d'écho dans les or-

ganes d'information, que ce soit dans le monde industrialisé ou dans les pays en développement. Rien ne vient donc troubler la bonne conscience de l'opinion, convaincue que seuls des siècles de développement économique peuvent apporter les bienfaits de la science moderne au quart le plus pauvre de la population mondiale.

L'une des plus grandes difficultés, peut-être, réside dans le fait que les conséquences les plus poignantes de la pauvreté ne sont pas considérées comme des «nouvelles» au regard des critères habituels des journaux. Contrairement aux catastrophes soudaines dues à la sécheresse, à la famine ou aux inondations, la mort quotidienne de 35 000 enfants emportés par la malnutrition ou des maladies évitables n'est pas un événement qui se déroule dans une unité de lieu et de temps et ne résulte pas d'un accident se prêtant à une retransmission télévisée. Elle se produit chaque jour, sans faire de bruit, dans les communautés pauvres de tous les pays en développement. Ne faisant pas figure de «nouvelle», elle échappe à l'attention du public et ne compte pas au nombre des priorités politiques.

Pourtant, la tragédie de ces familles n'en est pas moins réelle. C'est pourquoi l'importance dévolue à une question ne devrait pas dépendre uniquement de sa nouveauté ou de ses qualités photogéniques. Il y a quelque chose de pervers dans un monde qui réagit avec horreur et compassion aux catastrophes soudaines, aux famines et aux inondations, mais qui ferme les yeux ou demeure impassible face au tribut bien plus lourd que prélèvent la malnutrition et des maladies aussi évitables que la rougeole, la diarrhée et la pneumonie. Il y a également quelque chose de pervers dans les protestations passionnées que soulève la perte de la biodiversité, alors qu'aucune voix ne s'élève pour décrier les décès inutiles de tant de milliers d'enfants chaque jour. Il est inacceptable que rien ne vienne mettre un terme à cette tragédie alors même que nous disposons des moyens de l'éviter. Et ne pas se montrer aujourd'hui solidaires de leurs besoins revient à approuver tacitement le verdict d'un monde pour lequel ces enfants importent peu parce que ce sont les enfants des pauvres.

Les fondements pratiques de la solidarité sont tout aussi solides. Si le monde parvenait à atteindre les objectifs sociaux de base qu'ils s'est fixés et à protéger les enfants des pires conséquences de la pauvreté, plusieurs des grandes causes qui préoccupent aujourd'hui l'ensemble de la communauté internationale avanceraient à grands pas. La croissance économique durable, l'égalité des chances pour les femmes, la protection de l'environnement, la diminution de la pression démographique, l'instauration d'une plus grande équité et d'une plus grande stabilité politique: tous ces objectifs pourraient progresser si l'on redoublait d'efforts pour satisfaire les besoins humains élémentaires et pour protéger les enfants des séquelles les plus atroces de la pauvreté absolue.

La cause des enfants et des familles pauvres, c'est-à-dire la cause de ceux qui sont le moins à même d'exiger que leurs droits et leurs besoins soient reconnus, requiert donc un soutien pour des raisons à la fois éthiques et pratiques. Cela exige en outre le concours de tous les individus et de toutes les organisations qui, dans tous les pays, participent à quelque niveau que ce soit à la lutte pour un monde plus juste et plus vivable.

La population

Evoquant le sujet de la croissance démographique rapide, Maurice Strong, secrétaire général de la *Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement* — le Sommet planète Terre — qui s'est tenue en 1992, a affirmé au cours des sessions préparatoires que «l'effort déployé pour réduire la maladie et la malnutrition et pour atteindre les objectifs du Sommet mondial pour les enfants est capital non seulement en lui-même, mais aussi comme moyen de ralentir la croissance démographique et de rendre possible un développement respectueux de l'environnement au XXI^e siècle et au-delà». Cette déclaration est étayée par les centaines d'études démographiques portant sur les quatre principaux facteurs³⁰ qui contribuent au ralentissement de la croissance démographique: l'éduca-

tion des petites filles et des femmes; la disponibilité de services de santé et le recul des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans; l'accès aux services de planification familiale; le progrès économique. Dans la pratique, c'est sans doute en raison de leur synergie que ces forces ont un impact aussi puissant: en effet, lorsqu'elles agissent simultanément, la pression qu'elles exercent sur les taux de natalité est beaucoup plus forte que prises séparément. Même en l'absence de l'une de ces forces — par exemple, faute de l'accroissement significatif du revenu par habitant — des pays tels que la Chine et le Sri Lanka et l'Etat indien du Kerala ont prouvé que l'effet conjugué de la régression des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, de l'éducation des filles et de l'accès aux services de planification familiale était susceptible de ramener les taux de natalité à des niveaux presque comparables à ceux du monde industrialisé.

Ces trois facteurs sociaux de l'équation démographique font partie des objectifs les plus marquants des années 90, au nombre desquels figurent la réduction d'un tiers des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, l'accès de tous à l'information et aux services de planification familiale et la généralisation de l'éducation de base pour tous les enfants. Si ces objectifs étaient atteints, non seulement les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans reculeraient, mais le facteur *confiance* gagnerait du terrain et les parents seraient plus enclins à diminuer la taille de leur famille. Non seulement les couples auraient accès aux services de planification familiale, mais ils disposeraient également des *moyens* leur permettant d'avoir moins d'enfants. Enfin, non seulement les 100 millions d'enfants qui ne sont pas scolarisés — pour la plupart des filles — recevraient un enseignement, mais les parents seraient plus nombreux à l'avenir à *opter* pour des familles plus petites.

S'il est une cause qui mérite qu'on lui accorde la priorité, c'est bien la réalisation de tous ces objectifs. Ils représentent tous un progrès important pour l'humanité, mais c'est la conjugaison de leur action réciproque qui exerce le plus grand

impact sur la vie et la santé de millions de femmes et d'enfants. Ils sont tous d'un coût relativement faible. Ils ont tous le mérite d'élargir l'éventail des choix et d'accroître la capacité des populations de se prendre en charge. Enfin, en raison de la synergie qui les renforce, ils contribuent tous à abaisser le taux de croissance démographique, préparant de la sorte la voie à l'instauration d'un développement durable.

L'environnement

Tenter de satisfaire les besoins fondamentaux de tous les enfants, c'est faciliter la nécessaire réduction de la croissance démographique; c'est aussi renforcer les efforts menés par ailleurs pour protéger l'environnement.

Pour des millions de familles pauvres, le souci essentiel concernant l'environnement s'identifie à la menace omniprésente de la maladie. Le risque le plus grave qu'elles courent provient de la pollution de l'eau provoquée non par des produits chimiques mais par des matières fécales, non par des déchets industriels mais par les déchets humains. C'est pourquoi le manque d'eau potable et de systèmes d'assainissement sûrs est leur problème environnemental le plus aigu, car il les expose aux maladies diarrhéiques, à la bilharziose, à l'ankylostomiase, à la dracunculose, au choléra et à la typhoïde. C'est cela la crise silencieuse de l'environnement; celle qui prélève son tribut quotidien sur la vie et la santé de millions de personnes dont la voix mériterait bien d'être entendue dans le débat sur l'environnement.

En second lieu, la généralisation de l'éducation de base pour tous les enfants est intimement liée au mouvement en faveur de la protection de l'environnement. Ce n'est en effet que par l'éducation et l'information sur les questions écologiques que l'on pourra tenter de sauver la planète. Le principal espoir de ce mouvement en faveur de l'environnement réside dans la sensibilisation du public aux caractéristiques des écosystèmes, à leur fragilité et à leur interdépendance, aux dangers souvent cachés que l'environnement recèle

Sommet planète Terre: les enfants et Action 21

La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, connue sous le nom de Sommet planète Terre, a rassemblé plus d'une centaine de chefs d'Etat et de gouvernement à Rio de Janeiro, au Brésil, en juin 1992. A l'instar du Sommet mondial pour les enfants, ce Sommet a également adopté une Déclaration et un Plan d'action.

Bien que le public ait été quelque peu déçu que le Sommet planète Terre n'ait pas été en mesure d'adopter une charte plus contraignante, la Déclaration de Rio (un simple énoncé de principes qui n'engagent personne) n'en pose pas moins les fondements du développement durable. Elle met l'accent sur l'éradication de la pauvreté, sur le rôle vital des femmes et sur «la créativité, les idéaux et le courage des jeunes du monde entier», des facteurs vitaux si l'on veut garantir à chacun un avenir meilleur.

Mais c'est le programme Action 21, le plan d'action pour l'environnement et le développement au XXI^e siècle, qui constitue le véritable aboutissement du Sommet planète Terre.

Ce volumineux document de plus de 500 pages, qui a été approuvé par les dirigeants du monde, a fait l'objet de négociations pendant plus de deux ans avec les représentants des gouvernements du monde entier et des milliers d'organisations et d'individus.

Action 21 renforce les engagements souscrits lors du Sommet mondial pour les enfants:

«Les grands objectifs de la survie, du développement et de la protection de l'enfant qui ont été adoptés lors du Sommet mondial pour les enfants sont également valables pour le programme Action 21. Les objectifs complémentaires et sectoriels concernent la santé et l'éducation des femmes, la nutrition, la santé des enfants, l'eau et l'assainissement, l'éducation de base et les enfants vivant dans des conditions difficiles.

Les gouvernements devraient, conformément à leurs politiques, prendre les mesures suivantes:

a) assurer la survie, la protection et le développement de l'enfant, conformément aux objectifs approuvés par le Sommet mondial pour les enfants, qui s'est tenu en 1990;

b) veiller à ce qu'il soit pleinement tenu compte des intérêts des enfants dans le cadre d'un développement durable et d'une amélioration de l'environnement.»

Le chapitre 25 d'Action 21 est consacré aux enfants et aux jeunes et demande aux gouvernements:

- d'exécuter des programmes en faveur des enfants visant à atteindre les objectifs définis par le Sommet mondial pour les enfants;
- de ratifier sans délai la Convention relative aux droits de l'enfant;
- de promouvoir à la base des activités de protection de l'environnement visant à assurer les besoins fondamentaux des communautés et encourager leur participation en leur fournissant les moyens de gérer leurs ressources;
- d'accroître les possibilités d'enseignement offertes aux enfants et aux jeunes et d'attacher une attention prioritaire à l'éducation des filles;
- d'établir des mécanismes visant à intégrer les besoins des enfants à toutes les politiques et stratégies pertinentes en matière d'environnement et de développement.

D'autres chapitres, consacrés à la protection et à la promotion de la santé, à la participation des femmes, à l'approvisionnement en eau potable, à la promotion de l'éducation, à la lutte contre la pauvreté et aux facteurs démographiques, entérinent également les objectifs fixés lors du Sommet mondial pour les enfants. Ainsi, par exemple, le chapitre consacré à la population demande que les gouvernements donnent à toutes les femmes la possibilité de nourrir leurs enfants exclusivement au sein au moins pendant les quatre premiers mois et fournissent des soins de santé améliorés afin de réduire les risques de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles.

Comme dans le cas du Sommet mondial pour les enfants, il faut que les promesses faites à Rio soient tenues et que l'on s'emploie à satisfaire les besoins des générations actuelles sans emprunter le capital écologique des générations à venir.

pour notre santé, aux conséquences concrètes des activités humaines, y compris sur le long terme, ainsi qu'aux choix et aux alternatives possibles. Sans éducation de base et sans alphabétisation, des millions d'individus resteront privés de ces connaissances et de ces choix; ils seront moins ouverts aux informations nouvelles, moins aptes à prendre des décisions en connaissance de cause et moins prêts à s'adapter aux nombreux changements que le XXI^e siècle apportera nécessairement.

Enfin, la satisfaction des besoins essentiels favorise la protection de l'environnement, car il serait utopique de s'attendre à ce que le grand nombre de ceux qui mènent un combat désespéré pour survivre dans l'immédiat en subvenant à leurs besoins les plus élémentaires se préoccupent de développement pour le long terme.

La *Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement* constitue une tentative sans précédent à ce jour d'associer les efforts menés pour lutter contre la pauvreté et ceux qui sont déployés pour préserver l'environnement (voir encadré 9). Les accords auxquels elle est parvenue sont contenus dans deux documents majeurs — la *Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement* et le *programme Action 21*. La première affirme que l'éradication de la pauvreté est indispensable à l'instauration d'un développement durable et le plan d'action du Sommet planète Terre rappelle que «les grands objectifs de la survie, du développement et de la protection de l'enfant qui ont été adoptés lors du Sommet mondial pour les enfants sont également valables pour le programme Action 21».

Les femmes

Satisfaire les besoins essentiels — notamment les soins de santé primaires, la planification familiale et l'éducation de base — contribuerait grandement à soutenir le mouvement en faveur des femmes dans le monde entier.

L'une des préoccupations centrales de centaines de millions de mères, qui sont pour la plupart les partenaires silencieuses de ce mouvement des femmes, est la survie, la santé et le développement physique et mental de leurs enfants. Ce souci absorbe la majeure partie de leur temps, de leur attention, de leurs efforts et de leurs ressources. Rien ne saurait contribuer davantage à leur bien-être que l'adoption de mesures pour alléger ce fardeau. La vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, la distribution de suppléments de vitamine A et d'iode, la fourniture de systèmes d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement sont autant de mesures susceptibles d'offrir un soutien concret à des millions de femmes qui en sont privées aujourd'hui simplement parce qu'il ne s'agit pas là d'une véritable priorité.

L'accès de tous à l'information et aux services leur permettant de planifier le nombre et l'espacement des naissances: la réalisation d'un tel objectif améliorerait de façon plus significative encore les conditions de vie des femmes dans les communautés les plus pauvres du monde.

Aujourd'hui, la maîtrise de la procréation va pour ainsi dire de soi pour la plupart des femmes dans le monde industrialisé. Pourtant, c'est une révolution qui n'a pas encore touché les millions de femmes pour lesquelles elle serait plus nécessaire encore.

La planification familiale pourrait sauver la vie d'un quart à un tiers des 10 000 femmes qui meurent chaque semaine des suites de la grossesse ou de l'accouchement. Elle pourrait également protéger la santé des millions de femmes qui survivent aux accouchements mais avec des infirmités permanentes et douloureuses, plus fréquentes quand les grossesses ne sont pas désirées. Et elle réduirait certainement le nombre des quelque 50 000 avortements clandestins qui sont pratiqués chaque jour dans le monde et qui provoquent la mort de plus de 150 000 jeunes femmes chaque année.

Dans ce domaine, l'enjeu ne consiste pas uniquement à réduire le nombre de décès maternels,

Iode: une leçon qui vient d'Espagne

On sait depuis plus de 70 ans que les troubles dus à une carence en iode (TDCI) dans l'alimentation peuvent être résolus en ajoutant des quantités infimes d'iode au sel de consommation courante. On sait en effet que les besoins en iode de l'organisme humain se limitent à une cuillerée à café pour la vie entière, mais la carence de cette substance entraîne toute une série de troubles. L'apparition du goitre en est le signe le plus visible. Mais ce sont les effets les moins manifestes qui sont les plus pernicieux: des centaines de millions de personnes souffrent aujourd'hui de handicaps mentaux et physiques dus à une carence en iode, dont elles ne sont, le plus souvent, même pas conscientes.

On estime à un milliard le nombre de personnes qui sont exposées aux troubles dus à la carence en iode — tout particulièrement les très jeunes enfants. L'iode est essentiel pour le bon fonctionnement de l'hormone régulatrice de la croissance et du développement et, faute d'un apport suffisant de cette substance, les enfants souffrent de retards de croissance, d'un état léthargique, d'un développement psycho-moteur plus lent, de troubles de la parole et de l'ouïe.

La solution est simple et peu coûteuse. Etant donné que le sel est un aliment de consommation courante et que l'iodation du sel alimentaire n'altère ni son aspect ni son goût, les troubles dus à une carence en iode peuvent être éliminés par l'iodation de l'ensemble du sel à usage alimentaire lors de son traitement et de son conditionnement. Le coût est si minime — environ cinq cents par personne et par an — qu'il peut généralement être amorti dans le prix de vente. La coopération de l'industrie salinière étant acquise, la solution du problème ne devrait pas comporter des dépenses publiques importantes et renouvelées.

La Suisse et les Etats-Unis furent les premiers pays à pratiquer l'iodation du sel vendu sur le marché. En 1922, un médecin suisse, Hans Eggenberger, fit circuler une pétition dans son canton d'origine pour inciter les autorités à ioder tout le sel provenant des mines de sel dès son arrivée à la gare. Les bienfaits de cette mesure s'imposèrent rapidement, et très vite la plupart

des autres cantons adoptèrent une législation analogue. Selon une étude récente portant sur l'expérience helvétique, l'iodation du sel fut sans aucun doute, de toutes les mesures de santé préventive jamais adoptées en Suisse, la plus efficace au regard de son coût. A la même époque, en Espagne, le gouvernement estimait qu'il n'était pas nécessaire de s'attaquer spécifiquement à la carence en iode, la solution du problème résidant dans le développement économique général. La conséquence en fut que les troubles dus à une carence en iode demeurèrent un problème grave, mais passé sous silence, dans certaines zones du pays jusque vers 1985. Même à cette époque récente, il fallut l'initiative hors du commun d'un médecin espagnol, qui persuada des collègues de consacrer leurs vacances à réunir des données sur les troubles dus à une carence en iode, pour enfin convaincre l'Etat d'ouvrir un débat public sur la question et de financer une étude nationale.

Dans le monde en développement, les communautés et les responsables politiques méconnaissent fréquemment la gravité du problème et la simplicité de sa solution. Cependant, depuis le *Sommet mondial pour les enfants* de 1990, au cours duquel les dirigeants politiques se sont engagés à éliminer presque totalement les troubles dus à une carence en iode avant la fin de la décennie en cours, un certain nombre de pays envisagent de procéder à l'iodation de tout le sel alimentaire. L'Equateur et la Tanzanie sont sur le point de maîtriser le problème. Pour le Bhoutan et la Bolivie, l'objectif est en vue: dès 1993, aucun nouveau cas de TDCI ne devrait être signalé. La Chine et l'Inde pourraient quant à elles parvenir, d'ici à 1995, à produire suffisamment de sel iodé pour l'ensemble de leur population. Dans de nombreux autres pays, il faudra encore plusieurs années pour mettre en place les lois, les techniques et les procédures de contrôle nécessaires pour assurer que tout le sel alimentaire soit correctement iodé. Dans l'immédiat, il est possible de protéger les populations à risque par des injections d'huile iodée et par l'administration de capsules d'iode, pour un coût à peine supérieur à dix cents par personne et par an.

mais à améliorer la qualité de la vie des femmes. En allégeant le fardeau de grossesses trop rapprochées et des soins constants aux enfants, la planification familiale libère du temps, de l'énergie et des ressources pour l'éducation, le développement personnel, les activités rémunératrices, la participation à un éventail plus large d'activités communautaires, ainsi que pour le repos et les loisirs qui sont presque totalement inconnus de millions de femmes appartenant aux groupes les plus pauvres de la société.

Enfin, s'il était atteint, l'objectif de la généralisation de l'éducation de base pour tous les enfants renforcerait le mouvement mondial en faveur de l'égalité entre hommes et femmes. Presque tous les pays du monde exercent une discrimination à l'égard des filles dans le domaine de l'éducation. Il s'agit là probablement de la plus grande erreur — et de l'une des plus coûteuses — qu'une société puisse commettre. Au cours de ces dernières années, des centaines d'études ont montré que les femmes instruites sont plus réceptives à l'innovation, ont davantage recours aux services sociaux, ont une plus grande capacité d'adaptation aux situations nouvelles, sont en mesure de gagner des revenus plus élevés, sont mieux à même de protéger leur environnement immédiat et font un meilleur usage des ressources familiales. Enfin, l'éducation des filles permet à la deuxième génération de réduire la mortalité infantile, d'améliorer la santé et la nutrition au sein du foyer, d'accroître le recours aux services de planification familiale et de diminuer la taille moyenne de la famille³¹.

L'accès des femmes au moins à l'éducation de base et à l'alphabétisation est non seulement l'un des éléments les plus importants du processus de développement, mais c'est également une démarche essentielle qui leur permet de mieux maîtriser leur existence, d'exercer une plus grande influence sur les décisions communautaires et familiales les concernant et de mettre en valeur leur propre potentiel.

Le progrès politique

Enfin, le mouvement grandissant en faveur de la démocratie et d'une plus grande équité pourrait grandement soutenir — et être soutenu par — les efforts qui seront déployés pour éliminer les pires aspects de la pauvreté et atteindre les objectifs sociaux que le monde s'est fixés.

En particulier, l'éducation et l'alphabétisation fournissent un terrain favorable à l'épanouissement de la démocratie et de la participation, autorisant une plus grande égalité des chances économiques.

Si l'on veut corriger les degrés inacceptables d'inégalité qui sévissent tant à l'intérieur des frontières qu'entre les nations, il convient d'agir à plusieurs niveaux et de redresser un grand nombre d'erreurs. Toutefois, le processus visant à combler les grandes inégalités de ressources, de capacités et de chances n'aboutira que si l'on intervient directement en faveur des plus démunis, et plus particulièrement des enfants.

C'est pourquoi, les efforts entrepris pour éliminer les pires aspects de la pauvreté et atteindre les objectifs sociaux de base font progresser les causes majeures de notre époque tout en étant renforcés par elles. Il est temps que cette puissante association se traduise dans les faits. Ceux qui sont en première ligne dans la lutte contre la pauvreté absolue — le quart le plus pauvre de l'humanité — se battent presque 24 heures par jour pour subvenir aux besoins les plus élémentaires de leur famille. Quel que soit le combat qu'ils mènent — le combat au jour le jour ou, dans de nombreux cas, le combat politique organisé —, ils ont besoin du soutien concret et politique de milliers d'individus et d'organisations, dans tous les pays. Les individus et les groupes doivent démontrer leur solidarité avec un tel combat. Ce n'est qu'en connaissant les racines du problème que l'on démontrera la force d'une *cause à laquelle adhèrent ensemble* tant d'êtres humains.

Situations d'urgence: une éthique nouvelle

Les catastrophes, les situations d'urgence, les conflits armés et les crises économiques freinent souvent les progrès accomplis pour atteindre certains objectifs précis de développement, tels que ceux qui sont exposés dans ce rapport. Si, avec la fin de la guerre froide, bon nombre de conflits internationaux paraissent en voie d'apaisement, il semble en revanche que l'on assiste à une montée presque symétrique des violences inter-ethniques et des conflits internes.

Or, aujourd'hui, de tels conflits ne passent plus inaperçus. Les moyens modernes de communication les portent à l'attention de la communauté internationale et l'opinion publique exige que des opérations de secours soient menées pour alléger les souffrances. Les nombreuses voix qui se sont élevées pour critiquer la lenteur ou l'insuffisance de la réaction aux crises qui sévissent en Somalie ou dans l'ex-Yougoslavie témoignent de cette nouvelle éthique universelle.

Pourtant, le fait de réagir aux catastrophes ne signifie pas nécessairement que l'on néglige le développement. Dans certains cas, les opérations de secours peuvent même avoir un effet positif de longue portée en améliorant les capacités structurelles locales et en accélérant des activités vitales et peu coûteuses, telles que la vaccination, la thérapie par réhydratation orale et la mise en place de systèmes peu onéreux d'adduction d'eau et d'assainissement. Les programmes de secours d'urgence bien conçus comprennent des plans de reconstruction et un retour sur la voie du développement à plus long terme.

Si les situations d'urgence sont parfois imprévisibles, il est en revanche possible de s'y préparer. Vers le milieu des années 80, le Botswana endura durant six ans la plus grave sécheresse de ce siècle; le pays parvint pourtant à tenir tête à la famine et à la malnutrition, pour un coût ne dépassant pas 2,5% de son PNB. Et vers la fin des années 80, plusieurs Etats de l'Inde subirent deux années d'une sécheresse qui, à toute autre époque, aurait entraîné la famine pour des millions de personnes. Le Gouvernement de l'Inde sut réagir efficacement et éviter la catastrophe en instaurant des mesures d'aide alimentaire et des programmes de «vivres contre travail».

Ces exemples montrent que le fait de prévenir la famine en garantissant la sécurité alimentaire au niveau des familles est une mesure efficace pour un coût modéré qui évite les catastrophes tout en contribuant au développement à long terme.

Placer l'aide humanitaire comme une priorité absolue même au cœur de la guerre et des troubles civils est une notion qui n'a cessé de gagner du terrain au cours de ces dernières années. Le droit et le devoir de la communauté internationale d'intervenir pour protéger les civils innocents, en particulier les femmes et les enfants, sont désormais reconnus dans le monde entier. La *Convention relative aux droits de l'enfant* et la *Déclaration du Sommet mondial pour les enfants* ont apporté à cette conviction nouvelle la caution du droit international et de l'engagement politique au plus haut niveau.

L'après-guerre froide a connu une évolution tout aussi bienvenue avec la volonté manifestée par la communauté internationale de faire appel à l'Organisation des Nations Unies pour imposer des sanctions aux gouvernements qui en violent la Charte. Les sanctions, cependant, sont une arme à double tranchant. Bien souvent, ce sont les moins coupables et les plus vulnérables qui les subissent de plein fouet. Certes, l'«aide humanitaire» peut être nommément autorisée en dérogation aux sanctions économiques, mais cela ne signifie pas pour autant que les secours essentiels atteignent ceux qui en ont le plus grand besoin. Les plus pauvres et les plus vulnérables ont à maintes reprises subi des «sanctions doubles», puisqu'aux privations qu'ils connaissaient déjà sont venues s'ajouter la rareté des produits et la hausse des prix, autant de mesures qui n'occasionnent que des désagréments mineurs aux riches et aux puissants.

L'expérience prouve qu'il n'y a pas de recette miracle pour imposer des «sanctions à visage humain», qui puniraient les coupables et protégeraient les plus vulnérables. Il est pourtant impératif de réfléchir à l'avance aux conséquences que les sanctions peuvent avoir sur ces victimes innocentes et de prévoir des mesures de compensation pour alléger leurs souffrances.

Un mouvement pour les besoins essentiels

Des mouvements pour satisfaire les besoins essentiels existent déjà, sous une forme ou une autre, dans presque tous les pays. Des milliers d'organisations, tant dans les pays industrialisés que dans le monde en développement, font campagne pour élargir l'accès à l'éducation, protéger les enfants contre la maladie, vaincre la faim dans le monde, promouvoir la planification familiale, encourager l'allaitement maternel, combattre des maux spécifiques tels que les carences en iode ou en vitamine A, soutenir la vaccination et l'éradication de la poliomyélite, diffuser les connaissances actuelles en matière de santé, venir en aide aux enfants de la rue ou, enfin, protéger ceux qui sont maltraités dans leur famille, au travail ou dans les conflits armés.

La grande majorité de ces groupes travaillent actuellement dans le monde en développement, et leur augmentation est l'une des caractéristiques les plus remarquables de ces dernières années. Selon un rapport publié en 1990 par l'OCDE, «à partir du milieu des années 70, la reconnaissance des ONG du Sud comme partenaires des efforts de développement a marqué un changement important. Dans les années 80, des estimations modérées situaient leur nombre entre 6000 et 8000».³²

D'autres sources évaluent le nombre d'organisations non gouvernementales de développement

à 12 000, uniquement en Inde, dont un grand nombre — par exemple le *People's Science Movement* — ont pour objectif spécifique de mettre les connaissances et les technologies actuelles à la disposition des communautés les plus défavorisées. Au Pakistan, ce sont 3000 ONG qui travaillent au niveau local pour satisfaire les besoins élémentaires de la population³³. En Indonésie, environ 600 organisations de ce type agissent aussi dans le domaine du développement. Au Mexique, leur nombre dépasse 250. Aux Philippines, elles sont 200 à venir en aide aux enfants de la rue.

Dans le monde industrialisé également, plusieurs centaines d'organisations participent à la lutte contre les pires aspects de la pauvreté. Certaines centrent leurs efforts sur la collecte de fonds en faveur de projets précis mis en œuvre dans les pays en développement; d'autres s'attachent aux processus à long terme de la sensibilisation du public ou font campagne pour des changements politiques et économiques. Nombre d'entre elles conjuguent ces deux types d'activités.

Les ONG des pays industrialisés, tout comme celles des pays en développement, ont commencé à se mobiliser pour soutenir les objectifs sociaux de base adoptés lors du *Sommet mondial pour les enfants*³⁴. Son Plan d'action les y invitait en ces

12

Brésil: un mouvement d'enfants

Les meurtres d'enfants de la rue au Brésil ont suscité, à juste titre, l'opprobre de la communauté internationale. On connaît moins le travail effectué par des milliers d'individus et d'organisations dans le pays pour bâtir un mouvement de défense des droits de l'enfant.

Pendant deux décennies de dictature, la justice elle-même était devenue un instrument de répression pour les enfants brésiliens. Des milliers d'entre eux étaient envoyés dans des maisons de correction à régime sévère simplement parce qu'ils étaient pauvres et abandonnés. Ces enfants n'avaient pas de protection juridique, et les violences qu'ils subissaient de la part de la police et des autres autorités étaient devenues la norme.

Lors du retour à un régime démocratique, en 1985, les mêmes lois et les mêmes institutions demeurèrent en place, et bon nombre des attitudes et pratiques anciennes subsistèrent dans l'appareil judiciaire, dans la police et dans les grands établissements surpeuplés. Toutefois, il était désormais possible de commencer à faire campagne en faveur du changement. L'année où les élections furent organisées, 200 des organisations non gouvernementales qui œuvraient en faveur des enfants de la rue formèrent un mouvement national. Fort de l'expérience acquise aux côtés de ces groupes, l'UNICEF fut en mesure de réunir les parties intéressées et de les conseiller dans de nombreux domaines. Reconnaisant pleinement l'existence des problèmes, le gouvernement créa un bureau de l'enfance qui encourageait activement la participation des ONG.

La tâche primordiale du nouveau mouvement consistait à faire renaître l'idée même des droits de l'enfant dans la société et dans les institutions du pays. Le processus de rédaction de la nouvelle constitution offrait une occasion parfaite. Le mouvement des droits de l'enfant entreprit, avec l'appui d'une bonne partie de l'Eglise catholique, des médias et des professions juridiques et médicales, une campagne nationale qui se manifesta, au cours des six derniers mois de 1986, au travers d'environ 3000 articles de presse et de 72 émissions de télévision portant sur les droits de l'enfant. En mai 1987, le président de l'Assemblée constituante recevait une pétition, signée par 1,3 million de Brésiliens, en faveur de l'intégration des droits de l'enfant dans la nouvelle constitution. Le mouvement avait atteint son objectif.

Les changements constitutionnels obtenus, restait à assurer l'adaptation de la législation et des politiques. Une nouvelle campagne fut alors lancée, appuyée une fois de plus par l'Eglise, les médias et les magistrats et responsables officiels progressistes, afin de remplacer les lois à caractère répressif par un nouveau statut de l'enfant et de l'adolescent. Dans le projet de loi, le pouvoir des tribunaux de priver des mineurs de liberté devait être limité aux cas d'infraction à la loi. Les enfants abandonnés devaient, dans la mesure du possible, être rendus à leur famille. En cas contraire, ils devaient être placés dans des institutions de taille aussi réduite et de type aussi familial que possible. Les enfants placés en institution devaient pouvoir fréquenter les écoles ordinaires et demeurer des membres à part entière de la communauté.

Là encore, des milliers d'individus et d'organisations se mobilisèrent pour soutenir la nouvelle loi, qui fut approuvée par le Congrès en 1990 et promulguée sans amendements par le président.

Le chemin à parcourir est encore long avant de pouvoir considérer que les mesures prises pour la protection des droits de l'enfant au Brésil sont pleinement satisfaisantes. Pourtant, ces réformes constitutionnelles et juridiques posent les fondements d'un authentique progrès. Les institutions pour enfants commencent à offrir des possibilités de formation et à aider les jeunes à trouver des activités rémunérées. Un grand nombre d'Etats du Brésil ont mis en place des lignes téléphoniques d'appels au secours, et les ONG ont également créé des centres de défense des enfants et des adolescents, souvent gérés par du personnel bénévole. Presque tous les Etats et toutes les municipalités du pays sont désormais dotés d'un conseil pour les droits de l'enfant, au sein duquel les ONG et le gouvernement siègent sur un pied d'égalité. Aujourd'hui, les violences à l'encontre des enfants ne sont plus passées sous silence.

La nouvelle loi stipule que les problèmes des enfants qui n'ont pas spécifiquement enfreint la loi ne doivent pas être traités par les tribunaux mais plutôt par des conseils communautaires de tutelle. Depuis la fin de 1991, une vaste alliance nationale, le «Pacte pour les enfants», réunissant des représentants du gouvernement, de l'Eglise, des milieux d'affaires, des syndicats, des médias et des mouvements sociaux, joue un rôle de surveillance concernant les droits de l'enfant et l'application des nouvelles lois.

termes: «Les familles, collectivités, administrations locales, ONG et institutions sociales, culturelles, religieuses, commerciales et autres, y compris les organes d'information, sont encouragés à appuyer activement les objectifs énoncés dans le présent Plan d'action. Les années 80 ont montré que ce n'est qu'en mobilisant tous les secteurs de la société, y compris ceux qui n'ont jamais accordé une grande importance à la survie, la protection et le développement de l'enfant, que l'on peut faire de grands progrès dans ce domaine.»³⁵

En conséquence, dans près de la moitié des pays en développement, les ONG ont participé à la mise au point des programmes d'action nationaux visant à atteindre les objectifs sociaux de base adoptés lors du *Sommet mondial pour les enfants* et entérinés par la *Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement*. Dans certains pays, tels que le Costa Rica, le Ghana, la Jamaïque, la Malaisie, le Niger, les Philippines, la République dominicaine et le Zimbabwe, les ONG ont été officiellement invitées à se joindre aux commissions gouvernementales chargées de rédiger ces programmes d'action nationaux. Dans d'autres, notamment en Argentine, au Bahreïn, au Bénin, en Bolivie, au Botswana, en Inde, au Kenya, à Maurice, au Népal, au Pakistan, au Soudan, en Tanzanie, en Thaïlande et au Yémen, les ONG ont pris part à ce processus en tenant leurs propres consultations nationales.

Dans certains pays, les ONG ont également décidé de cibler leurs actions sur des objectifs particuliers — avec ou sans la coopération du gouvernement. Au Bangladesh, par exemple, six organisations — *Swanirvar Bangladesh*, *Village Education Resource Centre*, *Dhaka Ahsania Mission*, *Jagoroni Chakra*, *Bangladesh Literary Society* et la *Commission pour le développement rural du Bangladesh (BRAC)* — collaborent avec le ministère de l'éducation pour offrir une éducation de base à tous les enfants — garçons et filles — d'ici à l'an 2000. En Indonésie, la *Indonesian Midwives Association* a joué un rôle de premier

plan dans la mise en œuvre de «l'initiative pour une maternité sans risque», entraînant dans son sillage de nombreuses ONG qui ont joint leurs efforts pour atteindre l'un des objectifs du Sommet: la réduction de moitié des taux de mortalité maternelle d'ici à la fin du siècle. En Egypte, la branche égyptienne de l'*Association de droit international* et la *Société de médecine et de droit* ont mobilisé l'appui du public afin que ce pays devienne l'un des premiers à ratifier la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Au Brésil, les ONG qui viennent en aide aux enfants de la rue ont créé le *Mouvement national des garçons et des filles de la rue*, qui a obtenu la reconnaissance explicite des droits des enfants dans la nouvelle constitution du pays (voir encadré 12).

Dans le monde industrialisé, un nombre plus restreint d'ONG commencent également à soutenir les objectifs sociaux de base. Le groupe *Results*, dont le siège est à Washington, a obtenu des éditoriaux dans les principaux journaux dans le cadre de sa campagne en faveur des objectifs du *Sommet mondial pour les enfants* et pour tripler ce qui, dans l'aide américaine au développement, va aux soins de santé primaires et à l'éducation de base. Dans plusieurs pays, des organisations telles que *Vision mondiale internationale* et l'*Alliance internationale des organisations "Save the Children"* ont parrainé des campagnes massives d'envoi de lettres à des responsables politiques, à des représentants des médias et à des cadres d'entreprises pour leur rappeler les principaux objectifs du Sommet.

D'autres ONG s'attachent à des tâches spécifiques. Ainsi, pour prendre l'un des exemples les plus remarquables, la *Fédération internationale pour le planning familial* a contribué et contribue de manière décisive à l'objectif de généraliser l'accès aux services de planification familiale et à celui de réduire de moitié les taux de mortalité maternelle. La *Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge* a lancé le programme *Que Vive l'Enfant* afin d'aider à la mise en œuvre de méthodes modernes et peu coûteuses de lutte contre les principales

maladies de l'enfance. Des groupes, tels que le *Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN)*, l'*Alliance mondiale pour l'allaitement maternel* et la *Ligue internationale de la leche*, combattent la malnutrition par leurs campagnes contre la promotion des préparations commerciales pour nourrissons dans les pays en développement et pour convaincre tous les parents des avantages de l'allaitement maternel (voir encadré 13). La *Jeune chambre économique*, dont les membres comprennent des jeunes gens des deux sexes dans plus d'une centaine de pays, a mis les compétences professionnelles de ses adhérents au service de la lutte contre les ravages des maladies diarrhéiques. Le *Fonds chrétien pour l'enfance* a lancé un programme pour 500 000 enfants dont il cherche à améliorer la situation. Le *Rotary International*, qui déploie également ses activités dans plus d'une centaine de pays, a recueilli plus de 300 millions de dollars pour soutenir la campagne d'éradication de la poliomyélite et a mobilisé une armée de bénévoles qui ont renforcé les capacités logistiques de la campagne.

Ce dernier exemple devrait faire réfléchir ceux qui prétendent que de tels efforts ne seront jamais que des palliatifs au regard de l'immensité des besoins. En Inde seulement, le *Rotary International* a déployé 50 000 bénévoles sur le terrain pour seconder les services de vaccination et a doublé ce nombre lors des journées nationales de vaccination. Sur la liste des principaux donateurs du Programme élargi de vaccination, récemment publiée par l'OMS, c'est le *Rotary International* — et non un pays industrialisé — qui occupe le sixième rang, sa contribution de 300 millions de dollars dépassant celle des gouvernements du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni ou de la Suède³⁶.

Autrement dit, des milliers d'organisations œuvrent déjà en faveur des objectifs sociaux de base, que ce soit par le biais de micro-projets ou de programmes de grande envergure, aussi bien dans le domaine politique ou pratique, qu'à l'échelon national ou local.

Néanmoins, ce mouvement ne jouit encore ni de l'appui public et médiatique ni de la cohésion qui lui permettraient d'exercer une pression politique déterminante. Les mesures dont on dispose aujourd'hui ne seront à l'échelle des problèmes que lorsque l'opinion publique aura changé et qu'à ses yeux la malnutrition, la maladie et l'analphabétisme deviendront des fléaux inacceptables. Ceci suppose que l'on redouble d'efforts pour que des millions d'individus et des milliers d'organisations soient disposés à se rallier à la cause et prêts à la défendre.

Le soutien des médias

Dans le monde en développement comme dans les pays industrialisés, certains groupes professionnels pourraient à cet égard jouer un rôle déterminant.

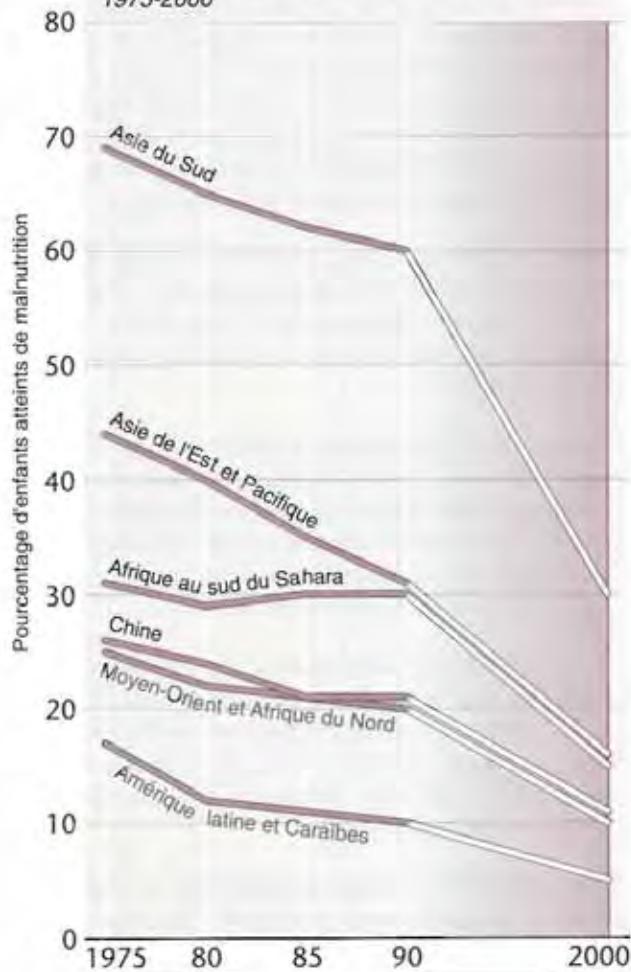
Dans la plupart des pays, les médias sont en passe de devenir le principal moteur du changement pacifique. C'est, en effet, la communication, et non la violence, qui a arraché ces dernières années tant de nations à la dictature; qui a renforcé la démocratie et la participation populaire en sensibilisant l'opinion publique; qui a forgé les mouvements en faveur des femmes et de l'environnement au cours de la décennie écoulée; qui a rendu possible le relèvement spectaculaire des niveaux de vaccination dans le monde en développement. Ce sont, enfin, les moyens de communication qui pourraient aujourd'hui contribuer de manière décisive à cette cause: répondre aux besoins essentiels.

Malgré les risques inhérents à toute généralisation, on peut affirmer que les médias ont tendance à présenter les questions liées à la pauvreté telles qu'elles sont et non telles qu'elles pourraient être, et à centrer leur attention sur ce qui a été accompli en passant sous silence les occasions manquées ou en omettant de broser un tableau général des besoins. Si l'on veut que les médias s'engagent davantage à la fois à stimuler l'opinion publique et à analyser son soutien croissant en faveur de la satisfaction des besoins

Fig. 10 Le recul de la malnutrition

Le Sommet mondial pour les enfants s'est fixé comme objectif de réduire de moitié d'ici à l'an 2000 la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans par rapport aux taux de 1990. Cette figure fournit les premières estimations relatives à l'évolution par région. Les lignes blanches donnent une indication des efforts nécessaires pour atteindre cet objectif, notamment en Asie du Sud et en Afrique au sud du Sahara.

Réduction de moitié de la malnutrition: évolution passée et besoins futurs, par région, 1975-2000



La malnutrition est définie comme plus de 2 écarts-types en dessous du poids souhaitable par rapport à l'âge. Le groupe d'âge considéré est celui des enfants de moins de cinq ans.

Source: *Second Report on the World Nutrition Situation, ACC-SGN, Geneva, 1992.*

essentiels, il faudra inventer un nouveau type de «journalisme militant contre la pauvreté». Même si la nature et le contenu de ce journalisme s'adaptent aux priorités et aux circonstances locales, il aura toujours pour but d'éveiller l'intérêt du public et des dirigeants politiques et de les rendre attentifs aux événements et aux tendances, aux progrès réalisés et aux besoins encore insatisfaits, aux nouvelles technologies et aux efforts déployés pour les appliquer largement, ainsi qu'aux conséquences humaines et aux implications économiques.

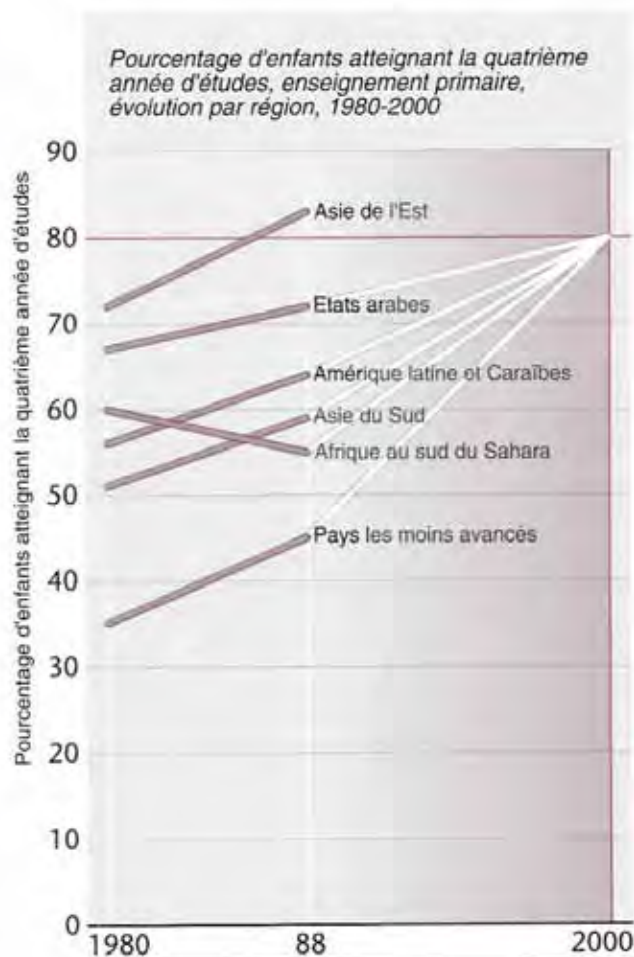
Les professionnels de l'information sont les mieux placés pour décider de la forme que prendra cette contribution. Mais dans le fossé qui s'est creusé entre la réalité d'aujourd'hui et les possibilités dont on dispose, il y a place pour une décennie de rapports et d'enquêtes, d'analyses et d'éditoriaux. Ainsi, dans les pays qui jouissent désormais de la liberté de presse, les médias pourraient, par exemple, se poser les questions suivantes:

- Dans un pays donné, combien d'enfants grandissent normalement et combien souffrent d'un retard de croissance dû à la malnutrition (voir figure 10)? Le statut nutritionnel des enfants est-il régulièrement surveillé? Est-il plus facile de savoir combien de ménages possèdent un appareil de télévision que de connaître le nombre d'enfants atteints de malnutrition?
- Combien de milliers d'enfants sont morts de la rougeole ou du tétanos au cours de l'année écoulée et quel pourcentage est vacciné contre ces maladies (voir figures 6 et 8 et encadré 4)? Y a-t-il des régions du pays ou des secteurs de la société qui ne sont pas desservis par les programmes de vaccination?
- Combien d'enfants ont été paralysés par la poliomyélite dans le pays au cours des 12 derniers mois et qu'a-t-on fait pour lutter contre le virus et l'éradiquer (voir figure 7 et encadré 6)?
- Combien d'enfants perdent la santé ou deviennent aveugles chaque année en raison de la carence en vitamine A et, le cas échéant, qu'a-

- t-on fait pour modifier l'alimentation ou distribuer des capsules de vitamine A (voir encadré 3)?
- Combien d'enfants naissent avec une arriération mentale provoquée par une carence en iode? Des plans prévoyant l'iodation du sel ont-ils été établis?
 - Quel est l'âge moyen du mariage et de la première grossesse? Combien d'enfants naissent dans la «zone critique», c'est-à-dire moins de deux ans après la naissance précédente, ou chez une mère ayant eu plus de quatre enfants ou âgée de moins de 18 ans ou de plus de 35 ans³⁷, et quelle proportion de couples ont accès à l'information et aux services de planification familiale?
 - Combien de femmes meurent des suites de la grossesse ou de l'accouchement et combien y survivent atteintes d'infirmités diverses? Quelles sont les causes de ces décès et de ces infirmités? Que fait-on pour étendre les soins obstétricaux d'urgence aux zones rurales (voir encadré 14)?
 - Combien d'enfants sont encore emportés par les maladies diarrhéiques et combien de parents connaissent et utilisent la thérapie par réhydratation orale qui aurait pu les sauver (voir encadré 5)?
 - Les infections respiratoires aiguës sont-elles la principale cause de mortalité des enfants dans le pays et que fait-on pour fournir l'antibiotique adapté au bon moment?
 - Quel est le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans? Est-il notablement supérieur ou inférieur à celui de pays présentant des niveaux comparables de développement économique?
 - Combien d'enfants naissent avec un poids inférieur à 2500 grammes? Qu'en est-il par rapport aux pays voisins? Et quelle conclusion en tirer au regard de la santé et du bien-être des femmes dans le pays?
 - Quel est le pourcentage des enfants qui fréquentent l'école primaire (voir figure 11)? Combien l'abandonnent avant de savoir lire et écrire, et pourquoi? Les garçons sont-ils plus nombreux à être scolarisés que les filles? Quelles sont les raisons des taux élevés d'abandon scolaire?
 - Quelle proportion de nourrissons sont exclusivement alimentés au sein pendant les six premiers mois de leur vie? A combien estime-t-on le nombre de décès infantiles causés chaque année par l'abandon de l'allaitement maternel au profit de l'alimentation au biberon? Les autorités ont-elles interdit la publicité en faveur des préparations commerciales pour nourrissons? Continue-t-on à en distribuer des échantillons gratuits dans les services de maternité (voir encadré 13)?
 - La *Convention relative aux droits de l'enfant* a-t-elle été ratifiée? Ses dispositions sont-elles violées? Quels changements le pays a-t-il introduits dans sa législation et sa politique pour l'appliquer?
 - Quelle est la proportion des dépenses publiques allouées à la satisfaction des besoins humains les plus urgents et les plus élémentaires? La priorité va-t-elle aux services peu coûteux destinés au grand nombre ou aux services onéreux réservés au petit nombre?
 - Observe-t-on des différences significatives dans les taux de morbidité, de mortalité, de malnutrition et d'analphabétisme entre les filles et les garçons, ou entre les zones rurales et urbaines, ou entre différentes régions ou provinces du pays?
- Les médias, tant des pays industrialisés que du monde en développement, pourraient également se demander s'il a été fait bon usage de l'aide extérieure; déterminer quelle proportion de l'aide revient aux groupes les plus défavorisés, aux soins de santé primaires, à l'éducation de base, aux programmes peu coûteux d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et à la planification familiale.

Fig. 11 L'enseignement primaire

Le Sommet mondial pour les enfants s'est fixé comme objectif de généraliser l'éducation de base pour tous les enfants d'ici à l'an 2000, et de faire en sorte qu'au moins 80% d'entre eux achèvent le cycle primaire. La figure montre le pourcentage d'enfants qui atteignent la quatrième année de l'école primaire. Les lignes blanches donnent une indication des progrès nécessaires pour atteindre l'objectif.



Les pays n'indiquent pas toujours l'âge de l'admission en première année du cycle primaire. Lorsque cette donnée n'est pas disponible et que le nombre des admissions est plus faible que la population en âge d'entrer à l'école primaire, l'on a déduit que l'âge des élèves correspondait à l'âge officiel d'admission en première année. Etant donné que nombre de ces élèves sont plus âgés, la figure indique un taux de survie supérieur.

Source: *The Impact of Primary Education on Literacy (STE-8)*, UNESCO.

Les sujets et les styles vont certes varier. Mais les thèmes sont innombrables qui pourraient retenir l'attention de la presse, tant en raison de leur intérêt humain que de leur importance pour le pays. Des sujets aussi cruciaux pourraient alimenter la presse pendant dix ans, et ce non pas pour des reportages ponctuels mais bien par une couverture intense ainsi que par un examen critique des progrès accomplis pour satisfaire les besoins élémentaires du quart le plus pauvre de la population. Si un grand nombre de journalistes relevaient ce défi dans les années à venir, on assisterait à un accroissement très sensible de la pression publique et politique en faveur de la réalisation des objectifs sociaux de base.

Les professionnels de la santé

L'une des contributions les plus significatives à la satisfaction des besoins essentiels dans le monde en développement est celle qu'assurent déjà les professionnels de la santé. Or, cette contribution pourrait s'intensifier considérablement au cours des années 90.

Le nombre de professionnels de la santé a plus que doublé au cours de la dernière décennie. Dans le monde en développement, on recense aujourd'hui bien plus de deux millions de médecins et plus de six millions d'infirmières, d'aides-soignantes et de sages-femmes. Avec les administrateurs de la santé, les responsables des facultés de médecine et des hôpitaux, les pédiatres et les chercheurs, ces professionnels forment une véritable armée susceptible, dans l'idéal, de combler la distance qui sépare les connaissances et les technologies actuelles de leur mise en œuvre à grande échelle.

Il est vrai que les professionnels de la santé ont parfois contribué à aggraver les problèmes. Dans certains pays, les médecins ont, par exemple, encouragé l'alimentation au biberon, continué de prescrire des médicaments antidiarrhéiques plutôt que des sels de réhydratation orale et se sont opposés à ce que les agents de santé communautaires administrent des antibiotiques. Aujourd'hui

Allaitement maternel: des hôpitaux amis des bébés

Cinquante-deux hôpitaux situés dans 12 pays ont été déclarés «amis des bébés» au début de 1992, et avant la fin de l'année des centaines d'autres établissements se seront vu décerner ce titre. L'objectif est de transformer radicalement la manière dont les hôpitaux traitent les nouveau-nés et leur mère.

Pendant de longues années, la plupart des hôpitaux ont découragé l'allaitement au sein. Les nouveau-nés étaient généralement maintenus dans une autre salle que leur mère et l'allaitement au biberon était la norme. Les fabricants de préparations pour nourrissons, soucieux de conquérir des parts de marché, fournissaient régulièrement aux hôpitaux du lait en poudre gratuit ou subventionné. C'est ainsi que des millions de mères, désireuses d'offrir à leur enfant ce qu'il y avait de mieux, furent convaincues de les nourrir au biberon. Il en résulta un déclin marqué de l'allaitement maternel, renforcé par la publicité et par le fait que, dans le monde entier, le nombre de femmes exerçant une activité professionnelle en dehors du foyer augmente constamment.

Au cours des dix dernières années, l'OMS et l'UNICEF ont fait campagne pour inverser cette tendance. Le lait maternel est plus nourrissant et plus hygiénique et il protège le nourrisson contre certaines maladies courantes; d'autre part, l'allaitement réduit le risque de cancer du sein et des ovaires chez la mère. Les préparations pour nourrissons, outre qu'elles sont coûteuses, sont souvent trop diluées avec de l'eau peu salubre et administrées à l'enfant dans des biberons non stérilisés. La différence est telle, en particulier dans les communautés défavorisées, que l'on estime à un million le nombre d'enfants qui pourraient être sauvés chaque année si toutes les mères du monde revenaient à la pratique de l'allaitement exclusif au sein pendant les quatre à six premiers mois de vie de leur enfant.

Or, ce qui se passe à l'hôpital est sans aucun doute déterminant dans ce domaine. Un grand nombre de maternités ont longtemps soutenu l'usage du biberon, négligeant d'informer correctement les mères sur les avantages du lait maternel, favorisant de manière implicite, et légitimant, le recours aux préparations pour nourrissons. C'est la raison qui a poussé l'OMS et l'UNICEF à lancer en 1991 l'initiative «hôpitaux amis des bébés». L'objectif est de convaincre tous les hôpitaux

de suivre les «dix conditions essentielles pour le succès de l'allaitement maternel». Il s'agit entre autres d'informer toutes les mères des avantages du lait maternel, de laisser les nouveau-nés dans la même chambre que leur mère, de renoncer à l'usage du biberon, et d'aider les mères à résoudre les problèmes qu'elles peuvent rencontrer au début de l'allaitement. Les hôpitaux qui respectent les dix conditions reçoivent le label «ami des bébés».

La campagne visait dans un premier temps à décerner le statut «ami des bébés» aux principaux hôpitaux de 12 pays: Bolivie, Brésil, Côte d'Ivoire, Égypte, Gabon, Kenya, Mexique, Nigéria, Pakistan, Philippines, Thaïlande et Turquie. Cet objectif a été atteint en un an. L'étape suivante consiste désormais à accorder ce statut à 100 hôpitaux au moins dans chacune des régions du monde, y compris dans les pays industrialisés, en espérant que, d'ici à 1995, la pratique hospitalière quotidienne aura changé dans l'ensemble du monde.

Entre-temps, l'Association internationale des fabricants d'aliments pour l'enfance a accepté de demander à ses membres de cesser, avant la fin de 1992, toute commercialisation des substituts du lait maternel auprès des hôpitaux et des maternités dans les pays où le gouvernement soutient l'initiative «hôpitaux amis des bébés».

Si toutes ces tâches étaient menées à bien, la campagne contribuerait à atteindre non pas un, mais plusieurs des objectifs les plus importants fixés lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990, notamment la réduction d'un tiers au moins des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et la réduction de moitié de la malnutrition chez les enfants du même groupe d'âge. Par ailleurs, comme beaucoup d'autres mesures nécessaires pour atteindre ces objectifs, cette initiative repose essentiellement sur le remplacement de mauvaises habitudes par des pratiques judicieuses; elle demande donc fort peu de ressources supplémentaires. Quant aux hôpitaux eux-mêmes, leurs dépenses diminueront au fur et à mesure que les préparations pour nourrissons, les biberons et les chambres séparées pour les mères et les enfants disparaîtront. L'un des premiers hôpitaux à s'engager sur cette voie, le José Fabella Memorial Hospital, aux Philippines, a déjà indiqué qu'il avait pu économiser 8% de son budget annuel.

d'hui, ils sont cependant de plus en plus nombreux à user de leur influence dans des domaines divers. En particulier, nombreux sont ceux qui :

- plaident en faveur des stratégies de soins de santé primaires et sont hostiles à l'allocation de la grande majorité des ressources sanitaires aux hôpitaux urbains;
- examinent la manière d'utiliser à meilleur escient le personnel médical hautement qualifié en l'affectant à la formation et à l'encadrement des agents de santé communautaires;
- portent à la connaissance du plus grand nombre les bienfaits de la planification familiale sur la santé;
- favorisent le recours à la thérapie par réhydratation orale et font valoir, au sein de la profession, que les agents de santé communautaires devraient être autorisés à prescrire des antibiotiques (voir encadré 1);
- prônent l'allaitement maternel, appuient l'initiative des «hôpitaux amis des bébés» (voir encadré 13) et veillent à l'application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*;
- aident à surveiller les carences en micronutriments et attirent l'attention sur ces problèmes cachés et leurs solutions peu coûteuses;
- tentent de démystifier les connaissances médicales et de mettre les informations essentielles à la disposition de toutes les familles.

Par le biais de leurs organisations, les professionnels de la santé de tous niveaux s'efforcent également de combler le fossé qui sépare les connaissances actuelles des besoins. Le *Conseil international des infirmières*, qui représente un million d'infirmières de tous les pays, prépare ses membres à enseigner aux parents les méthodes peu coûteuses dont on dispose aujourd'hui pour protéger les années vulnérables de la croissance. L'*Association internationale de pédiatrie* a également demandé à ses 750 000 adhérents de se

servir de l'impact conjugué de la technologie, de la communication et de l'organisation sociale pour réduire de moitié les taux de morbidité et de mortalité des jeunes enfants. La *Fédération internationale pharmaceutique* a demandé aux 700 000 pharmaciens qu'elle regroupe dans 65 pays de recommander l'utilisation des sels de réhydratation orale plutôt que celle des médicaments antidiarrhéiques. La *Confédération internationale des sages-femmes* a invité ses 80 000 membres dans 42 pays à participer activement à la réduction des taux de mortalité maternelle et à mettre les connaissances actuelles en matière de soins aux nouveau-nés à la disposition des jeunes parents.

Certes, il ne s'agit là que d'un début modeste. Mais tous ces efforts ont le mérite de prouver que, si un nombre beaucoup plus considérable de professionnels de la santé s'engageaient dans cette direction, certains des objectifs sanitaires les plus importants seraient à portée de la main.

Les éducateurs

Un troisième groupe professionnel susceptible, dans la plupart des pays, de concourir au succès de l'entreprise est le corps enseignant.

Malgré les nombreuses difficultés liées au financement insuffisant des écoles et à la précarité des équipements, le monde en développement compte au moins cinq fois plus d'enseignants que d'agents de santé, le système de l'enseignement public étant de loin le réseau le plus vaste de diffusion des nouvelles connaissances porteuses d'un si formidable pouvoir.

Comme dans le cas des médias et des professionnels de la santé, toute généralisation est dangereuse en raison de la diversité des problèmes et des priorités, des pays et des cultures. Mais l'éducation de base, surtout si elle ne dure que quelques années, devrait s'attacher à mieux préparer les enfants aux rôles et aux responsabilités qui les attendent. Et parce que les enfants d'aujourd'hui sont non seulement les parents de demain mais

également une source d'information pour leur famille, aucun élève ne devrait quitter l'école sans avoir appris comment on peut aujourd'hui protéger les années vulnérables de l'enfance de la manière la plus efficace et la moins coûteuse.

Ce défi est plus spécifique que général. Aucun enfant ne devrait quitter l'école sans connaître:

- les rudiments d'une bonne nutrition;
- l'importance de l'allaitement maternel, les dangers de l'alimentation au biberon (voir encadré 13) et les besoins alimentaires particuliers du jeune enfant;
- les énormes avantages de la planification de la dimension future de la famille, de l'échelonnement et de l'espacement des naissances;
- l'importance de l'approvisionnement en eau potable, de systèmes d'assainissement sûrs, de l'hygiène domestique et de la prévention des maladies;
- la nécessité de se faire vacciner;
- la conduite à tenir face aux maladies courantes, surtout les maladies diarrhéiques, les rhumes et les toux, ainsi que les cas où il convient de faire appel à un agent de santé qualifié;
- les données essentielles ayant trait à l'environnement et de quelle manière les membres de la communauté et de la famille peuvent préserver leur milieu;
- le principe de l'égalité des sexes, en vertu duquel les filles ont le même potentiel, les mêmes besoins et les mêmes droits que les garçons et devraient bénéficier de la même éducation, du même statut et des mêmes chances dans la vie.

En outre, dans la plupart des pays, le corps enseignant pourrait jouer un rôle plus actif dans la solution de ce qui, à plus d'un égard, constitue le problème éducatif le plus grave du monde d'aujourd'hui: le taux élevé d'abandon parmi les élèves de l'enseignement primaire, particulière-

ment chez les filles. Dans les pays en développement, près de 90% des enfants commencent le cycle primaire, mais dans de nombreuses nations jusqu'à 50% d'entre eux quittent l'école avant d'avoir achevé quatre années d'études et avant de savoir lire et écrire. La réalisation de l'objectif de l'éducation de base pour tous les enfants dépend donc, dans une large mesure, de la capacité à contenir cette hémorragie. Les écoles et les enseignants n'ont guère d'emprise sur les facteurs qui expliquent ces taux élevés d'abandon. Dans certains pays, néanmoins, le flux aurait quelque chance d'être endigué si les responsables de l'éducation, les directeurs d'école et les enseignants prenaient conscience des nombreuses raisons qui poussent les parents à retirer les enfants de l'école et adaptaient le contenu de l'enseignement et l'organisation de la vie scolaire aux besoins des élèves.

De nombreux systèmes éducatifs ont déjà assumé de telles responsabilités, dont celle de diffuser les connaissances actuelles en matière de santé. En 1989, l'UNICEF, l'OMS et l'UNESCO ont publié conjointement *Savoir pour Sauver*, un manuel qui contient, sous la forme la plus brève et la plus simple possible, les informations sanitaires de base que «toute famille a désormais le droit de connaître». Ce manuel, traduit dans 138 langues et publié dans plus d'une centaine de pays, fait dorénavant partie du programme scolaire et/ou des programmes nationaux d'alphabétisation dans plus de 30 pays.

Mais bien davantage pourrait être fait si les éducateurs à tous les niveaux, notamment les écoles de formation des enseignants et les associations professionnelles, décidaient de mettre leur expérience et leurs compétences au service de cette cause.

Une aide pratique et politique

Le mouvement en faveur de la satisfaction des besoins humains élémentaires bénéficie de longue date de l'appui d'un vaste éventail d'organisations bénévoles dans le monde industrialisé.

L'ampleur et l'importance de ce soutien, qui aide des millions de familles à subvenir à leurs besoins et à affronter certaines des difficultés et des catastrophes les plus graves que l'humanité ait connues, sont largement sous-estimées. Par ailleurs, on croit généralement que ces contributions sont très inférieures aux programmes d'aide gouvernementaux. Mais il s'agit là d'un domaine dans lequel les idées reçues doivent être corrigées.

Les organisations bénévoles des nations industrialisées versent environ cinq milliards de

dollars chaque année pour soutenir des programmes destinés à satisfaire les besoins humains prioritaires³⁸ (voir figure 12). L'aide des pays industrialisés occidentaux s'élève à environ 40 milliards de dollars par an (52 milliards si l'on inclut l'aide multilatérale). Mais, comme cela a déjà été dit plus haut, la proportion de l'aide bilatérale et multilatérale allouée directement à la satisfaction des besoins essentiels ne dépasse guère 10%. En d'autres termes, elle oscille entre quatre et cinq milliards de dollars par an — soit à peu de chose près l'équivalent de la somme versée par les organisations bénévoles (bien que, dans certains pays, une partie de l'aide publique soit acheminée par le biais des organisations bénévoles).

Si l'on tient compte de la qualité aussi bien que de la quantité de l'aide, alors la balance penche encore davantage en faveur des ONG. Ces dernières années, les ONG des pays industrialisés ont travaillé plus étroitement avec leurs homologues du monde en développement; elles ont également commencé à proposer des programmes d'aide plus conformes aux besoins et plus adaptés à mettre en valeur le potentiel des plus pauvres, à encourager la participation des bénéficiaires de l'aide, à reconnaître la contribution des femmes et à sauvegarder l'environnement.

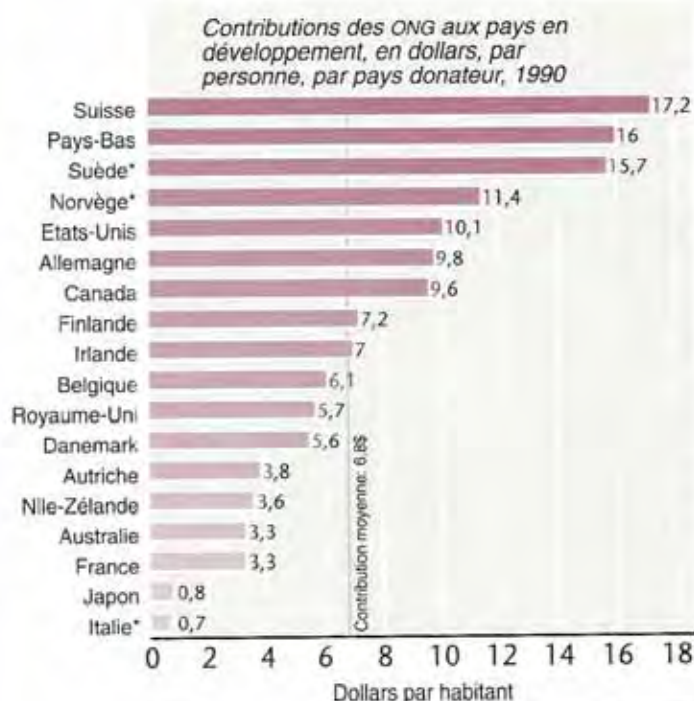
La contribution globale des mouvements bénévoles dans le monde industrialisé est donc loin d'être négligeable.

Il n'en demeure pas moins que ces organisations n'ont pas la force voulue, que ce soit sur le plan politique ou sur le plan pratique, pour tirer pleinement parti des possibilités actuelles. Certes, elles peuvent aujourd'hui compter sur l'appui de centaines de milliers d'individus; mais ce sont des millions de personnes qu'il leur faudrait mobiliser. Car il faut maintenant changer d'échelle.

En ce qui concerne la collecte de fonds, il se peut que les organisations bénévoles soient à même de relever le défi et parviennent à rassembler les huit milliards de dollars annuels qui devraient s'ajouter au volume actuel de l'aide en

Fig. 12 La contribution des ONG

Les contributions des organisations bénévoles aux projets mis en œuvre dans le monde en développement s'élèvent à environ cinq milliards de dollars par an — plus que ce que l'aide bilatérale affecte aux «besoins essentiels». Le graphique indique le montant des contributions par personne dans les pays industrialisés.



* Ces chiffres correspondent aux données disponibles pour 1989.

Source: Données non publiées de l'OCDE.

provenance des pays industrialisés si l'on veut surmonter les pires aspects de la pauvreté dans la décennie à venir. L'objectif pourrait presque être atteint en doublant les contributions volontaires des pays développés — une augmentation qui serait à la fois un soutien pratique aux objectifs sociaux de base et un témoignage de l'appui public croissant à cette cause.

Au niveau politique, un renforcement des ONG pourrait contribuer de manière plus décisive encore à la satisfaction des besoins essentiels. Seule une pression publique accrue peut hisser durablement au rang des priorités nationales et internationales la satisfaction d'un tel objectif. Mais une majoration de l'aide ne saurait suffire. De plus en plus d'organisations bénévoles attirent l'attention de l'opinion publique sur les injustices profondé-

ment enracinées dans les relations économiques entre les pays industrialisés et le monde en développement. Cette année, par exemple, 20 des organisations bénévoles les plus connues dans 13 pays européens ont formé un groupe de pression exigeant l'adoption de mesures accrues pour alléger les conséquences dévastatrices de la crise de l'endettement sur la vie et les moyens d'existence des populations du monde en développement³⁹.

Dans tous les pays, il est capital que chacun prenne conscience des erreurs et des injustices que seuls les gouvernements peuvent corriger et qui anéantissent les efforts déployés par des millions d'individus pour satisfaire leurs besoins essentiels. C'est à un bref examen de ces questions plus vastes que la dernière partie de ce rapport consacre sa réflexion.

Dans un contexte plus large: armes, dette, commerce, aide

On peut encore espérer que les changements qui interviennent dans le panorama politique et économique de la planète, alors qu'elle émerge de l'ère glaciaire dans laquelle elle était politiquement enlisée, créeront des conditions favorables pour lutter efficacement contre les aspects les plus dégradants de la pauvreté.

L'effondrement de l'Union soviétique et la perte de la foi en des systèmes politiques monolithiques ou économiques hautement centralisés ont mis fin à la guerre froide et ouvert de nouveaux horizons dans les domaines du désarmement, des réformes économiques et des avancées démocratiques. Si toutes les chances offertes étaient saisies, la cause des besoins essentiels en bénéficierait grandement.

Tout d'abord, avec la fin de la guerre froide, il a été possible d'affecter à d'autres fins une partie des vastes ressources humaines, financières, scientifiques et administratives si longtemps consacrées à la guerre et à la répression armée. L'espoir est donc né de voir les ressources ainsi libérées servir dans une large mesure à alléger quelques-uns des graves problèmes sociaux dans lesquels se débattent les nations industrialisées, à freiner ou à réparer les dommages infligés à l'environnement, et à investir dans l'éradication de la pauvreté et en faveur d'une croissance économique durable dans le monde en développement.

Jusqu'à présent, tout ceci n'est encore que chimère.

Dans les pays industrialisés, les dépenses militaires ont bien résisté au cataclysme géopolitique qui a ébranlé la planète. Globalement, les budgets militaires s'élèvent à environ 750 milliards de dollars par an, soit un montant équivalent aux revenus conjugués de la moitié la plus pauvre de l'humanité⁴⁰. En termes réels, les Etats-Unis consacrent aujourd'hui près de 50% de plus à leur défense qu'il y a dix ans. Selon les projections présentées au Congrès des Etats-Unis en janvier 1992, les dépenses militaires ne devraient baisser que très progressivement au cours des cinq prochaines années, de sorte qu'en 1996 elles seront encore supérieures de 25%, en dollars constants, à ce qu'elles étaient à l'époque où Richard Nixon et Léonide Brejnev étaient au pouvoir⁴¹. De même, en Europe occidentale, où la situation politique et économique s'est profondément modifiée au cours des cinq dernières années, il a été souvent question de réduire les dépenses militaires, mais aucune baisse notable n'a été enregistrée jusqu'ici⁴².

Dans le monde en développement, les dépenses d'armements ont diminué d'environ 20% entre 1984 et 1990. A l'examen, on constate cependant qu'il n'y a guère lieu de se réjouir. Les réductions les plus importantes ont été enregis-

Décès maternels: soins d'urgence

On estime à 500 000 le nombre de femmes qui meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Or, 99% de ces décès surviennent dans le monde en développement. En Afrique, une femme enceinte sur 20 court le risque de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement; en Asie, cette proportion est de 1 sur 54, en Amérique latine de 1 sur 73 et en Europe du Nord de 1 sur 10 000.

En 1990, le *Sommet mondial pour les enfants* s'est fixé l'objectif de réduire de moitié au moins, d'ici à l'an 2000, les taux de mortalité maternelle. Aujourd'hui, de nombreux pays ont commencé à s'atteler à la tâche.

Il n'existe que trois moyens d'y parvenir: éviter les grossesses non désirées, éviter les complications en cours d'accouchement et si celles-ci se produisent empêcher le décès de la mère.

La première option est une tâche ambitieuse. Dans le monde en développement, un tiers environ des grossesses n'ont pas été souhaitées. Or, étant donné que la plupart des naissances non désirées tombent dans la catégorie à haut risque, la planification familiale pourrait éviter une très large part des décès maternels et réduire les effets des avortements illégaux, qui sont actuellement responsables de plus de 100 000 décès de jeunes femmes chaque année.

La planification familiale joue également un rôle dans la deuxième option: éviter les complications. Un quart à un tiers de tous les décès maternels se produisent lorsque les naissances sont trop nombreuses (plus de quatre) ou surviennent chez des mères trop jeunes (moins de 18 ans) ou trop âgées (plus de 35 ans).

Contrairement au souhait largement répandu, il ne semble pas que nous disposions aujourd'hui des moyens de réduire de façon significative les risques de complications une fois la grossesse commencée, même lorsque les femmes bénéficient d'une meilleure alimentation et sont en meilleure santé. Au Royaume-

Uni et aux Etats-Unis, par exemple, les taux de mortalité maternelle sont restés très élevés même lorsque les taux de mortalité infantile ont régressé grâce aux progrès nutritionnels et sanitaires. Ce n'est que dans les années 30, lorsque les soins obstétricaux d'urgence devinrent largement disponibles, que la mortalité maternelle déclina rapidement. Aujourd'hui encore, il existe une communauté religieuse aux Etats-Unis dont le taux de mortalité maternelle est aussi élevé que celui de l'Inde — et cent fois supérieur à la moyenne des Etats-Unis —, en dépit de niveaux élevés de revenus, d'éducation, de nutrition et de soins de santé. La raison en est que ses membres refusent les soins médicaux modernes, même en cas d'urgence.

On a cru pouvoir juguler le problème au moyen de la surveillance prénatale, en dépistant à un stade précoce les femmes susceptibles de souffrir de complications en cours d'accouchement et en les transférant dans un service de maternité moderne ou dans un centre d'accueil non loin d'une maternité. Il est essentiel qu'une femme enceinte effectue au moins deux visites dans un centre de santé au cours de la grossesse et qu'elle se fasse vacciner contre le tétanos. Des études récentes indiquent cependant que dans environ 50% des urgences obstétricales, aucun facteur de risque évident n'aurait pu être décelé ou traité à un stade antérieur de la grossesse.

En d'autres termes, la possibilité de réduire les taux de mortalité maternelle dépend, dans une large mesure, de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence. Ceux-ci peuvent aussi bien être offerts dans une maternité ou un centre de santé de petite taille que dans des hôpitaux urbains dotés d'un équipement technique de pointe. Mais les femmes qui en ont le plus grand besoin n'y auront pas accès si l'on ne décèle pas rapidement les problèmes pendant l'accouchement lui-même et si on ne prend pas aussitôt les mesures qui s'imposent pour assurer l'évacuation de la parturiente. Tout futur père devrait prendre des dispositions à l'avance à cet égard.

trées au Moyen-Orient. Dans d'autres régions, elles ont été généralement faibles et la plupart de celles qui ont été effectivement consenties sont davantage le fait des obligations découlant du service de la dette que la conséquence d'un engagement en faveur des besoins essentiels.

Quoi qu'il en soit, les pays les plus pauvres et les plus militarisés de la planète, qui ont si longtemps payé un lourd tribut à la guerre froide, amorcent un réel changement. En Ethiopie, par exemple, où un demi-million de soldats ont été démobilisés au cours de l'année écoulée, la part des dépenses publiques consacrée au secteur militaire est passée d'environ 60% à un peu plus de 30% et celle des dépenses de santé et d'éducation a été portée de 12% en 1989/90 à presque 20% en 1992/93. Lors de la célébration du premier anniversaire du nouveau gouvernement, ce ne sont plus les troupes et l'équipement militaire traditionnel qui ont défilé dans les rues, mais la population, portant des rameaux d'olivier et des drapeaux ornés de la colombe blanche, symbole de paix.

La démilitarisation

Si la réorientation des dépenses militaires en faveur du développement demeure largement théorique, les populations les plus pauvres de la planète ont déjà commencé à ressentir les effets de la fin de la guerre froide, et ce à plus d'un titre.

On peut citer, notamment, les progrès importants réalisés dans de nombreux pays en faveur de la démilitarisation et de la démocratisation de la société. L'époque est révolue où les dictatures militaires pouvaient acquérir une légitimité politique, des équipements militaires et un soutien économique simplement en se regroupant sous la bannière idéologique de l'une ou l'autre des deux superpuissances.

A cet égard, la fin de la guerre froide revêt une importance inestimable. De nombreux pays en développement en étaient arrivés à être dominés par une culture militaire soutenue par 40 ans de

rivalités dues à la guerre froide. Cette culture a favorisé la dictature et ouvert la voie à de nouvelles tyrannies. Le gaspillage des ressources qui en est résulté est incommensurable. En seulement trois décennies, les dépenses militaires du monde en développement ont quintuplé en termes réels⁴³. Et pendant toutes ces années, l'élite militarisée a gouverné pour les seuls intérêts d'une minorité et tourné plus souvent ses armes contre son propre peuple que contre les agresseurs étrangers, ne réussissant, en fin de compte, qu'à dépouiller les populations de leurs droits au mépris de leurs besoins. De plus, les populations du monde en développement ont encore fait les frais de cette culture militariste en subissant la guerre. Mais ce sont les enfants qui ont payé le prix le plus lourd. Au cours de la seule décennie des années 90, plus de 1,5 million d'enfants sont morts dans les conflits armés, plus de quatre millions ont subi des handicaps divers, plus de cinq millions ont dû trouver asile dans des camps de réfugiés et plus de 12 millions ont perdu leur foyer⁴⁴.

Les conséquences de cette situation — c'était prévisible — ont été dévastatrices au regard de la satisfaction des besoins humains de base. Les famines et les privations endurées au cours des dernières années par certains pays, notamment l'Ethiopie, le Libéria, le Mozambique, l'Ouganda, la Somalie, le Soudan et le Tchad, ont été soit provoquées, soit exacerbées, par les conflits militaires. Les récoltes, les routes, les marchés, les écoles et les dispensaires ont été détruits; le commerce et les échanges, ainsi que les divers moyens de subsistance de la population anéantis; les libertés civiles écrasées, tout comme l'espoir de millions de personnes de mener une vie décente.

Pour certaines victimes de ces trop longues tragédies, la fin de la guerre froide a marqué le début de nouveaux bouleversements et de nouveaux ravages, alors que pour d'autres elle est porteuse d'espoirs retrouvés. Au cours des trois dernières années, plus d'un tiers des nations de la planète ont profondément modifié leur orienta-

15

L'Initiative de Bamako: des services de santé communautaires

Dans les pays en développement, les sommes que les gouvernements et l'aide internationale consacrent à la santé sont bien inférieures au montant déboursé par les populations elles-mêmes. Même dans les pays les plus pauvres, entre 5 et 10% du revenu familial est régulièrement englouti par les honoraires des médecins et les factures de dispensaires, de guérisseurs traditionnels, d'hôpitaux confessionnels, de pharmaciens privés et de «droguistes» sans compétences garanties.

Aussi, la plupart des gens disposent-ils de plusieurs options en matière de santé. Dans bien des pays, les services publics de santé sont de moins en moins appréciés par la population. Salaires impayés, agents de santé démoralisés et étagères vides, telles sont quelques-unes des conséquences des contraintes budgétaires dues à la crise de l'endettement, à la chute des prix des produits d'exportation et aux dépenses militaires. L'accueil peu aimable que les services publics réservent aux malades et la mauvaise qualité des soins qu'ils dispensent contribuent également au mécontentement général.

C'est pourquoi, dans de nombreuses régions, la population se tourne de plus en plus vers des pharmaciens privés et des «droguistes» non qualifiés, ce qui se traduit souvent par la prescription de traitements et de médicaments inutiles, voire dangereux, fournis à des prix exorbitants.

En septembre 1987, les ministres de la santé de la plupart des gouvernements africains ont réfléchi avec l'OMS et l'UNICEF à propos d'une vision entièrement novatrice de ce problème. C'est à la suite de ces discussions que l'Initiative de Bamako a été lancée, avec l'objectif de transformer les 40 000 postes de santé publics que compte l'Afrique au sud du Sahara en un type de service de santé d'un genre nouveau qui serait, dans une large mesure, géré et contrôlé par les communautés elles-mêmes.

Pour mettre sur pied ce type de service de santé amélioré avec des ressources publiques additionnelles modestes, voire inexistantes, il a fallu compter sur la disposition des patients à payer les soins de santé pour autant que les services publics leur offrent ce qu'ils réclament: des agents de santé compréhensifs et compétents, un approvisionnement régulier en médicaments essentiels, à des prix raisonnables.

Au départ, l'Initiative a fait appel à l'aide internationale pour offrir une formation appropriée aux agents de santé et garantir l'approvisionnement de tous les centres en médicaments essentiels, achetés en gros à des prix très modiques. Les médicaments sont vendus avec une marge bénéficiaire, pour un prix cependant bien inférieur à ceux qu'affichent les circuits privés. Les bénéfices réalisés restent sous contrôle communautaire par l'intermédiaire d'un comité local de gestion.

Bien que les chances de succès d'un tel système aient semblé minces au regard des innombrables difficultés auxquelles le continent africain doit faire face, le fait est que l'Initiative de Bamako obtient des résultats. A ce jour, près de 2000 centres de santé gouvernementaux — qui desservent quelque 20 millions de personnes — ont été revitalisés grâce à l'adoption du nouveau système. Une évaluation effectuée en 1992 par la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* a conclu qu'en dépit des nombreux problèmes qui subsistent les communautés locales font preuve de compétence tant dans la gestion locale des fonds que dans la distribution de médicaments essentiels. La moitié environ de l'ensemble des revenus récoltés à ce jour a été utilisée pour renouveler les stocks de médicaments, un quart a été consacré au fonctionnement des centres de santé et à la mise en place de mesures d'encouragement en faveur des agents de santé, le reste étant conservé à titre d'épargne.

D'aucuns ont fait valoir que le fait de proposer des services payants en écarterait les plus pauvres. Or, une étude effectuée au Cameroun a montré que le nouveau système apportait des avantages significatifs aux 20% les plus pauvres de la population qui, s'ils n'ont pas les moyens de payer les prix pratiqués par les «droguistes» privés, sont néanmoins en mesure de s'acquitter des coûts bien inférieurs de ces centres de santé d'un genre nouveau.

L'étude de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* conclut que bien des éléments sont prometteurs. L'UNICEF et d'autres organisations d'aide devraient continuer à soutenir les efforts déployés par de nombreux pays pour appliquer l'Initiative de Bamako et reconnaître le besoin d'investissements accrus dans ce secteur.

tion politique pour prendre le chemin de la démocratie.

Ce courant ne peut que favoriser la satisfaction des besoins humains les plus élémentaires dans les années à venir. En effet, plus on avancera sur la voie de la démocratie, plus l'influence politique des groupes les plus pauvres de la société prendra de l'ampleur.

Enfin, la progression de la liberté politique et de celle de la presse créera des conditions plus favorables à la participation des individus et des organisations aux changements nécessaires à la satisfaction de leurs propres besoins. Dans une étude citée plus haut, Amartya Sen aborde la question de l'élimination de la faim et de la malnutrition et s'affirme convaincu que, loin d'être marginales, la liberté politique et celle de la presse sont au contraire fondamentales pour la satisfaction des besoins humains essentiels. Cette thèse peut également s'appliquer à la lutte pour une meilleure santé et une meilleure éducation:

«Grâce à la démocratie et à une presse libre, les autorités apprendront les tourments qu'occasionnent les famines; il n'existe pas de moyen plus sûr de rendre un gouvernement sensible aux souffrances des victimes de la famine.

«Toutefois, bien que la démocratie soit un grand pas dans la bonne direction, un gouvernement démocratique n'est pas en soi la garantie d'une action déterminée des pouvoirs publics pour lutter contre la faim. En Inde, par exemple, le problème de la famine a souvent été évoqué dans les débats politiques, ce qui a contribué à éliminer ce phénomène, mais la progression insidieuse de la sous-alimentation et des carences endémiques ne s'est pas encore vu accorder une attention suffisante dans les médias et n'est pas devenue un thème majeur pour l'opposition. Il en va de même pour les injustices liées à la condition féminine et le dénuement plus tragique dont souffrent les femmes par rapport aux hommes. La volonté politique de tenter de remédier à

des manquements aussi criants serait beaucoup plus forte si ces problèmes étaient dans la ligne de mire des débats politiques et de la presse, et si l'on faisait meilleur usage des pratiques démocratiques.

«... l'action publique doit être comprise comme la somme des actions entreprises par le public et non pas seulement comme les mesures adoptées par l'Etat pour la population. Si l'on veut éliminer le problème de la faim, une presse démocratique et libre offre un cadre politique dont la contribution peut être considérable, mais il est aussi essentiel que la population fasse preuve d'activisme. En fin de compte, l'efficacité de l'action publique dépendra non seulement de la législation en vigueur, mais également de la force et de l'ardeur des pratiques démocratiques.»⁴⁵

Redistribuer l'aide

La fin de la guerre froide pourrait également faire avancer cette cause en réduisant l'aide dispensée à des pays qui privilégient froidement leurs dépenses militaires au détriment des besoins de leurs populations.

En effet, l'aide octroyée à des régimes militaires n'est plus perçue comme une donnée essentielle de la politique étrangère des pays donateurs. De plus, les contribuables des pays industrialisés étant de moins en moins disposés à accorder leur soutien aux achats d'armements et à financer les conflits du monde en développement, il est probable que le flux de l'aide s'adaptera aux nouvelles tendances qui se dessinent dans la période de l'après-guerre froide.

Lors d'une réunion de 18 pays donateurs, tenue à Paris en décembre 1991, il a été convenu que les critères déterminants dans l'attribution de l'aide seraient la réduction des dépenses consacrées à l'armement et les progrès sur la voie de la démocratie. Aussi, l'Allemagne a-t-elle déjà annoncé sa décision d'amputer de 25% l'aide

qu'elle accorde à l'Inde à cause de ses «dépenses excessives dans le secteur de l'armement». Le Japon, quant à lui, a avisé la République populaire démocratique de Corée qu'il ne lui verserait ni aide ni crédits tant qu'elle refuserait que ses installations nucléaires soient soumises à l'inspection d'experts internationaux. De plus, le Groupe indépendant chargé d'étudier les flux financiers à destination des pays en développement — présidé par l'ancien chancelier allemand Helmut Schmidt et dont font partie des anciens présidents ou premiers ministres du Canada, du Nigéria, du Pérou et de la République de Corée — a recommandé que l'aide et les prêts aillent désormais en priorité aux pays qui affectent moins de 2% de leur PIB aux dépenses militaires. Les plus grands pays bailleurs de fonds figurent évidemment aussi au nombre des principaux vendeurs d'armes; la question reste donc posée de savoir si la vente d'armements aux pays en développement fera l'objet d'un accord de principe similaire.

Dans une autre proposition, l'ancien président de la Banque mondiale, Robert McNamara, appuie la recommandation de ce Groupe indépendant et la situe dans un plan visant à réduire les dépenses militaires tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Ce plan prévoit que le Conseil de sécurité des Nations Unies se porte garant de l'intégrité territoriale, de la réduction progressive de l'armement classique et nucléaire dans les pays industrialisés (et notamment une baisse de 50% des dépenses militaires aux Etats-Unis au cours des six à huit prochaines années), de contrôles plus stricts de la prolifération des armes nucléaires, de nouvelles réglementations limitant les exportations d'armes et d'une liaison établie entre l'accroissement de l'aide internationale et la réduction de 50% des dépenses militaires (en pourcentage du PIB) d'ici à la fin du siècle⁴⁶.

Il va sans dire que les sommes ainsi économisées suffiraient largement à financer les efforts déployés pour satisfaire les besoins humains les plus essentiels.

L'aide pour les besoins essentiels

Dans le monde industrialisé, tous ceux qui luttent en faveur de la satisfaction des besoins humains essentiels devraient cependant être conscients du fait qu'il ne suffira pas d'accroître l'aide. Deux autres facteurs sont tout aussi décisifs.

Tout d'abord, comme cela a été dit dans la première partie de ce rapport, la part de l'aide affectée aux besoins essentiels des plus pauvres devrait être portée à au moins 20%.

Deuxièmement, le montant et l'orientation de l'aide devraient également être liés aux questions suivantes: l'aide sera-t-elle réellement dirigée vers le quart le plus pauvre de la population ou bien vers ceux qui ne sont pas dans la véritable misère? Ou encore, profitera-t-elle au gouvernement pour qu'il investisse en projets de prestige ou en dépenses militaires? L'un des moyens de répondre à ces questions consiste à vérifier périodiquement si des progrès en vue de la réalisation des objectifs sociaux de base fixés ont bien été accomplis.

Loin d'être une notion trop idéaliste, l'idée de faire dépendre essentiellement le montant de l'aide et des prêts de la probabilité de les voir utilisés pour répondre aux besoins essentiels des populations est sérieusement envisagée par l'organisme qui est la source la plus importante de financement en faveur du développement au monde. En octobre 1991, le président de la Banque mondiale a déclaré, à l'occasion de la réunion annuelle du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale, que l'éradication de la pauvreté devrait être l'objectif suprême de la Banque et que le volume des prêts accordés par cet organisme devrait dépendre des efforts déployés pour alléger la pauvreté⁴⁷.

L'évolution de ces nouveaux critères concernant l'allocation de l'aide et des prêts permettrait à la fois de faire connaître ce problème dans les pays industrialisés et de mobiliser ses habitants en sa faveur. Car le soutien du grand public dans

ce domaine n'a pas disparu. Mais il a été profondément ébranlé par l'impression largement justifiée que l'aide n'allait pas en priorité aux plus pauvres et ne s'attaquait pas aux aspects les plus pernicioeux de la misère. C'est pourquoi, la mobilisation des populations en faveur d'une aide accrue est largement tributaire de la manière dont on modifiera les programmes en ce sens. Cette responsabilité incombe autant aux pays industrialisés «donateurs» qu'aux pays en développement «bénéficiaires».

Le commerce international

Outre les réductions possibles des dépenses militaires et les progrès véritables sur la voie de la démocratie, l'effondrement de l'Union soviétique et la fin de la guerre froide ont également mené à des réformes économiques et à l'adoption de politiques «favorables à l'économie de marché» dans des pays qui ont, pendant de nombreuses années, subi des régimes économiques très centralisés. Cette évolution aura vraisemblablement pour conséquence d'entraîner la suppression des entreprises d'Etat non rentables, une utilisation plus productive des ressources et la libération des énergies et des initiatives populaires. Cette évolution permet donc également d'espérer une accélération de la croissance économique.

Pourtant, cet espoir pourrait se révéler vain pour de nombreux pays. Les forces du marché ne peuvent à elles seules recréer la croissance en l'absence d'investissements dont le monde en développement a besoin, notamment dans les secteurs de la santé et de l'éducation; des transports, des communications et de la production d'énergie; ainsi que dans les entreprises industrielles. Or, la plupart des pays en développement, et plus particulièrement ceux de l'Afrique au sud du Sahara, n'ont pas les moyens de fournir ces investissements. Et ceci n'est pas seulement dû au niveau élevé de leurs dépenses militaires.

Cette année, le monde en développement devra consacrer 20% de ses recettes d'exportation au service de la dette — laquelle s'élève à près de

1300 milliards de dollars. Chaque année, le remboursement du capital et des intérêts se chiffre à 143 milliards de dollars⁴⁸. Il est bien sûr impossible pour ces pays de déboursier de telles sommes, dont le montant est trois fois supérieur à celui de l'aide reçue, toutes sources confondues. Les impayés viennent donc s'ajouter à la dette totale.

L'Afrique au sud du Sahara est la région la plus durement touchée par ce phénomène. Sa dette totale, qui a triplé depuis 1980, se monte aujourd'hui à près de 175 milliards de dollars. Certes, ce chiffre représente à peine 14% des sommes dues par l'ensemble des pays en développement, mais il est trop élevé pour les fragiles économies africaines. Les sommes que les pays de l'Afrique au sud du Sahara réussissent à rembourser dépassent de 50% leurs dépenses en faveur de la santé et de l'éducation de leurs enfants. Et pourtant, malgré ce sacrifice, ils ne parviennent à honorer que le tiers des intérêts échus chaque année.

L'investissement dans l'avenir est donc sapé à la base par les dettes du passé. Et sans cet investissement, l'avènement de l'économie de marché ne permettra pas à lui seul de renouer avec la croissance si attendue.

On a beaucoup parlé d'annulation ou de réaménagement de la dette. De nombreuses propositions ont été débattues, puis adoptées en ce sens lors de diverses réunions, que ce soit à Toronto ou à la Trinité. Or, jusqu'à présent, les réductions de dette n'ont fait baisser le remboursement annuel versé par l'Afrique au sud du Sahara que d'environ 200 millions de dollars par an sur un montant total de 10,6 milliards de dollars pour l'année 1991, soit une diminution d'environ 2%⁴⁹.

En fait, la pression qui s'exerce sur les pays débiteurs consisterait à leur faire adopter une politique d'accroissement de leurs exportations pour sortir de l'endettement. Mais comme les recettes du monde en développement proviennent encore largement de l'exportation d'un nombre restreint de matières premières (celles-ci

Communauté des Etats indépendants: mieux vaut prévenir

En 1992, une mission d'enquête conduite par l'UNICEF et l'OMS s'est rendue dans 14 pays issus de l'ex-Union soviétique. Selon ses conclusions, une crise de grande ampleur y est en gestation. La mission a donc formulé une recommandation fondamentale: en contribuant aujourd'hui au maintien des services essentiels, l'on évitera peut-être de devoir recourir demain à une aide extérieure bien plus substantielle encore. Le Conseil d'administration de l'UNICEF a réagi en demandant que des plans soient établis pour l'ouverture de nouveaux bureaux de l'UNICEF en Arménie, en Azerbaïdjan, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan, au Tadjikistan et au Turkménistan.

Tout au long des années 80, l'UNICEF a fait valoir qu'il est rationnel, tant du point de vue économique que du point de vue humain, de protéger les jeunes enfants des pires conséquences des erreurs et des vicissitudes du monde des adultes. Pour les esprits et les corps en pleine croissance des jeunes, des privations même temporaires peuvent avoir des conséquences irréversibles. Il est essentiel de protéger leur santé, leur nutrition et leur éducation même dans les périodes les plus difficiles, si l'on veut éviter que les problèmes ne se perpétuent dans les générations suivantes.

Les nouveaux pays issus de l'ex-Union soviétique possèdent encore les infrastructures susceptibles de fournir des services de base aux 25 millions d'enfants de moins de cinq ans, qui représentent l'avenir de leurs nations.

Contrairement à un grand nombre de pays en développement, les nouveaux pays qui forment la Communauté des Etats indépendants (CEI) comprenaient au moment de leur accession à l'indépendance une population presque entièrement alphabétisée et disposaient d'un vaste réseau d'écoles et de centres de santé. Dans les dernières années d'existence de l'Union soviétique, le taux de couverture vaccinale dépassait sans doute 90%, alors que la proportion d'établissements sanitaires par habitant était l'une des plus élevées du monde. Le Kazakhstan, par exemple, compte quelque 7640 centres de santé et 278 hôpitaux pour une population de 16,5 millions d'habitants.

Pourtant, en 1992, cette infrastructure menace de s'écrouler. Dans la plupart des républiques, les budgets

de santé ne couvrent plus qu'un tiers des besoins estimés. La production de vaccins est pratiquement interrompue et les ruptures dans les systèmes d'échanges et de paiements font que tous les ministères de la santé connaissent des pénuries graves de médicaments essentiels et d'équipements. Le coût élevé de la nourriture et le manque de fournitures menacent les programmes d'alimentation destinés aux enfants des cycles préscolaire et primaire, en particulier le réseau des cantines gratuites qui distribuent du lait à près de la moitié de tous les enfants de moins de trois ans. En outre, la compression des finances publiques entraîne l'érosion rapide des mécanismes de protection sociale, notamment les retraites et les allocations familiales.

La menace de la faim plane sur bon nombre des 200 millions d'habitants de la CEI. La libération des prix et l'écroulement du système des échanges a fait grimper le coût des produits alimentaires - à sept reprises pour le seul mois de janvier 1992. Les salaires n'ont pu suivre le mouvement. Dans la Fédération de Russie, les revenus des ménages ont certes triplé en 1991, mais dans le même temps les prix de la viande et des légumes étaient multipliés par neuf. Les réserves de nourriture dont disposaient de nombreuses familles leur ont permis de faire front pendant un certain temps, mais désormais des millions de personnes sautent des repas et surconsomment du pain et des pommes de terre.

Tous ces problèmes sont exacerbés par la tragédie écologique. Des experts russes de l'environnement estiment que 17% du territoire de l'ex-Union soviétique — qui abritent le quart de la population du pays — doivent désormais être considérés comme zone écologiquement sinistrée. Près du quart des enfants nés dans ces régions présenteraient des anomalies génétiques.

La pauvreté dans les anciennes républiques soviétiques ne saurait encore se comparer, ni par l'ampleur ni par la gravité, avec celle qui sévit dans le monde en développement. La situation, cependant, se dégrade rapidement. En 1989, les chiffres officiels estimaient à 11% le pourcentage de familles vivant en dessous du seuil de pauvreté dans l'ensemble de l'Union soviétique. Aujourd'hui, dans bien des régions, ce sont plus des trois quarts de la population qui sont plongés dans la pauvreté.

représentent plus des deux tiers des exportations des pays d'Amérique latine et 90% de celles de l'Afrique), cette politique a mené à une surproduction, elle-même facteur de l'effondrement des prix. La Côte d'Ivoire et le Ghana ont ainsi augmenté leurs exportations de cacao et la Tanzanie ses exportations de coton. Mais sans profit. Les prix des principales matières premières du monde en développement, qui ont accusé une chute marquée tout au long des années 80, ont encore baissé de 20% entre 1989 et 1991⁵⁰, et il est probable que, dans un avenir proche en tout cas, ils se maintiendront à ce niveau déprimé⁵¹. Cette solution a donc essentiellement profité aux pays industrialisés, sous forme de produits de base meilleur marché. Et pendant ce temps, la dette des pays en développement a continué de s'alourdir.

Par conséquent, l'attitude logique des pays en développement devrait être de diversifier leurs économies et de commencer à exporter des produits manufacturés afin de dépendre dans une moindre mesure de leurs produits de base et d'encaisser des devises. Mais pour cela, il faut investir et avoir accès aux marchés. Or, dans la plupart des cas, les pays du monde en développement se voient aujourd'hui refuser l'un et l'autre. L'investissement intérieur est, nous l'avons vu, fortement limité par les dépenses militaires et le remboursement de la dette. Les investissements et les prêts extérieurs ont pratiquement tari, puisque plus de 100 milliards de dollars sont partis vers l'Europe centrale et orientale, vers la Fédération de Russie pour favoriser son retour dans l'économie mondiale et vers la reconstruction du golfe Persique. L'aide bilatérale stagne. Quant aux investissements privés, ils se dirigent presque exclusivement vers d'autres pays industrialisés ou vers une poignée de pays d'Asie de l'Est ou d'Amérique latine.

Certains pays en développement commencent maintenant à se doter de techniques qui, ajoutées aux avantages d'une main-d'œuvre bon marché et à l'abondance des matières premières, pourraient leur permettre d'augmenter leurs exporta-

tions et de créer les emplois et les revenus nécessaires à la satisfaction des besoins essentiels de leurs populations. Mais cette option leur est interdite par les barrières douanières, les quotas et autres restrictions imposées par les pays industrialisés. Ces barrières représentent aujourd'hui un manque à gagner d'environ 50 milliards de dollars par an pour le monde en développement, soit l'équivalent de la totalité de l'aide reçue⁵². Il est donc indispensable que les discussions actuellement en cours dans le cadre de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) aboutissent à un accord, selon lequel les perspectives économiques ne seront plus limitées par le protectionnisme de ceux-là mêmes qui ont pendant si longtemps plaidé pour le rétablissement de l'économie de marché libre dans le monde en développement.

L'optimisme que suscite l'extension de l'économie de marché devrait d'ailleurs être tempéré par le fait que les règles du marché international ne sont pas neutres et désavantagent le plus souvent le monde en développement. Quant à ceux qui militent en faveur de la satisfaction des besoins essentiels, ils doivent également comprendre qu'il leur faudra se battre contre l'endettement, en faveur de l'aide et des prêts, ainsi que pour l'amélioration des relations commerciales.

Le marché et les pauvres

Pour tous ceux qui participent à ce mouvement ou qui pourraient y prendre part plus tard, il est important de savoir que, même si la croissance réapparaît, elle ne suffira pas en soi pour satisfaire tous les besoins essentiels. Dans un grand nombre de pays, tant industrialisés qu'en développement, qui ont eu la chance d'enregistrer une expansion économique rapide par le passé, les 20% les plus pauvres de la population n'en tirent aujourd'hui aucun profit. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, par exemple, pendant les années 80, la croissance économique a été pratiquement constante sans que les couches les plus défavorisées en bénéficient du tout⁵³

Le retour à la croissance que connaît depuis peu l'Amérique latine en est aussi un bon exemple. Les réformes appliquées à la fin des années 80 et au début des années 90 ont permis de relever le PNB de plus de 3% par an pour l'ensemble de ce continent. Mais dans un pays comme le Brésil, où le revenu des 20% les plus riches de la population est 33 fois supérieur à celui des 20% les plus pauvres, les avantages d'un retour à la croissance économique sont répartis de manière si inégale que les plus pauvres n'en profitent que peu ou pas du tout. De même, au Venezuela, où la croissance économique a atteint 9% en 1991, les familles les plus démunies n'ont pas vu leur niveau de vie s'élever réellement et beaucoup ont constaté que les dépenses qu'elles engagent pour satisfaire leurs besoins essentiels ont augmenté plus rapidement que leurs revenus⁵⁴.

Les liens qui unissent la réforme économique, la croissance économique et la satisfaction des besoins essentiels ne se nouent pas automatiquement. Il ne suffit pas que le gouvernement mette en œuvre une politique visant à obtenir un certain type de croissance, encore faut-il que les plus pauvres en retirent des avantages directs. L'économie de marché n'est pas une recette miracle pour le progrès social. Si les gouvernements n'assument pas leurs responsabilités, les inégalités continueront à se creuser, la demande économique compta seule et les besoins fondamentaux seront négligés. La responsabilité d'aider les parents incombe aux gouvernements, qui doivent investir dans la santé et dans l'éducation de tous les enfants et adopter des mesures de protection sociale afin de s'assurer que les besoins essentiels des groupes les plus vulnérables de la population sont satisfaits. C'est aussi aux gouvernements de porter à la connaissance du plus grand nombre les progrès réalisés même lorsqu'ils présentent peu d'intérêt sur le plan commercial. C'est encore aux pouvoirs publics de contrebalancer les tendances spontanées de l'économie de marché lorsqu'elles jouent en faveur des nantis. Personne d'autre, aucune magie, ne viendra satisfaire les besoins essentiels et consentir les investissements indispensables.

La fin de la guerre froide, l'effondrement du régime soviétique, la poussée vers la démocratie politique et la réforme économique ont fait naître l'espoir, dans le monde entier, que ce siècle pourrait se terminer dans un climat d'optimisme aussi intense que l'atmosphère de désastre qui a caractérisé ses débuts. Une chance unique s'offre à nous. Mais ce n'est autre qu'une chance à saisir, et elle ne sera pas éternelle. Il est maintenant essentiel que les nations industrialisées, qui ont encouragé le monde en développement à adopter des politiques démocratiques et à se tourner vers l'économie de marché, fassent tout ce qui est en leur pouvoir pour créer un environnement international favorable à ces politiques.

Alors, mais alors seulement, les réformes économiques et politiques si largement appliquées à présent pourraient engendrer des progrès dont les pauvres tireraient certains avantages. Grâce aux avancées de la démocratie, les secteurs les plus défavorisés de la population pourraient commencer à acquérir l'influence politique qui leur manque pour combler l'écart entre ce qui pourrait être fait et ce qui l'est en réalité, de façon à éliminer les aspects les plus tragiques de la pauvreté. De plus, grâce aux réformes économiques, un nombre croissant de pauvres devraient être capables de subvenir à leurs besoins en comptant sur leurs efforts personnels et sur leur propre revenu.

Conclusion

En 1992, certaines tragédies ont à nouveau porté atteinte à la notion même d'enfance, tant en Somalie que dans l'ex-Yougoslavie. Les mesures à adopter pour atténuer les effets de telles tragédies, où qu'elles aient lieu, sont l'un des principaux aspects du travail de l'UNICEF, et sont évoquées dans de nombreuses autres publications ou déclarations de l'Organisation au cours de l'année.

Depuis plus de dix ans, le rapport sur *La situation des enfants dans le monde* s'est concentré sur des thèmes qui touchent en profondeur un nombre beaucoup plus vaste encore d'enfants et qui sont trop persistants dans le temps et trop diffus dans l'espace pour retenir l'attention du monde.

Cette tragédie-là, même si elle est invisible et passe inaperçue, est d'une tout autre ampleur que les situations d'urgence, même les plus dramatiques, qui forcent si souvent l'engagement du public et, bien entendu, celui de l'UNICEF. Jamais famine, jamais inondation ni tremblement de terre, jamais guerre n'a coûté la vie à 250 000 enfants en une seule semaine. Tel est pourtant le nombre des victimes, *chaque semaine*, de la malnutrition et de la famine. Et pour chaque enfant qui meurt, beaucoup d'autres continuent à vivre en si mauvaise santé et à grandir dans de si mauvaises conditions que jamais ils n'atteindront le potentiel physique et mental qu'ils avaient pourtant à la naissance.

A une époque où l'on ne pouvait pratiquement rien faire, ou très peu, pour éviter une telle tragédie, il était peut-être concevable de s'en détourner. Mais lentement, silencieusement, sans que le monde s'en aperçoive vraiment, nous en sommes arrivés au point où elle peut être évitée. Elle n'est plus acceptable dans une société qui se prétend civilisée. L'époque est donc venue de modifier nos attitudes profondes.

Les changements politiques et économiques intervenus ont commencé à créer des conditions qui font naître l'espoir de parvenir enfin à éliminer les aspects les plus perniciose de la pauvreté sur terre, et particulièrement ceux qui touchent les enfants. Le coût des services de santé et d'éducation est encore relativement faible dans les pays en développement et la stabilisation progressive du nombre de naissances signifie que davantage de fonds pourront être investis dans les services de base et que la proportion de la population desservie augmentera. De plus, les stratégies permettant de lutter contre la malnutrition, la maladie et l'analphabétisme sont aujourd'hui bien éprouvées et attendent d'être mises en œuvre à la même échelle que les immenses problèmes auxquels elles peuvent s'appliquer.

La convergence de toutes ces forces différentes permet d'envisager la réalisation de l'un des plus grands objectifs que l'humanité pouvait se fixer: celui d'assurer à chacun, homme, femme et

enfant, une nourriture en quantité suffisante, de l'eau potable et des conditions d'hygiène dénuées de risques, des soins de santé primaires, des services de planification familiale ainsi qu'une éducation de base.

En 1990, les nouvelles possibilités d'entreprendre une action spécifique contre les aspects les plus révoltants de la pauvreté ont été formulées sous forme d'objectifs sociaux de base qui reflètent avec précision ce potentiel et ont été approuvées officiellement par la grande majorité des dirigeants politiques de la planète. Dans de nombreux pays, des mesures ont déjà été adoptées pour tenir la promesse que représentent ces objectifs.

Nous nous trouvons donc au seuil d'une ère nouvelle, qui se souciera de la tragédie silencieuse que la pauvreté inflige aux enfants d'aujourd'hui, donc au monde de demain. L'entrée résolue dans cette nouvelle époque dépend, en fin de compte, de la pression que sauront exercer les hommes politiques, la presse, les populations et les organisations professionnelles dans tous les pays.

Il ne sera pas facile d'exercer une telle pression, ni aisé de la maintenir. Un mouvement dont le but est d'éliminer les aspects les plus sordides de la pauvreté, et notamment de protéger les enfants, ne dispose d'aucun soutien évident et ne sert les intérêts immédiats de personne. Les mouvements écologiques et les associations féminines répondent aux préoccupations de tous, à des degrés divers, pour la bonne raison que chacun est directement touché, d'une manière ou d'une autre, par ces deux problèmes. La tragédie de la malnutrition, de la maladie et de l'analphabétisme, par son ampleur et sa gravité, devrait toucher les cœurs et frapper les esprits aussi puissamment que tous les drames qui, parce que ce sont des «événements», ont le pouvoir de choquer le monde et de faire naître les sentiments de solidarité humaine inhérents à toute civilisation. Au-delà de cette réaction instinctive, les réalités plus complexes du combat contre la pauvreté se doivent d'être mieux connues et comprises. Le

mouvement en faveur de la satisfaction des besoins essentiels des populations tournera court s'il ne devient pas, lui aussi, une cause à laquelle chacun adhère.

Aucune des grandes causes jugées prioritaires aujourd'hui — telles que le ralentissement de la croissance démographique, l'égalité des femmes et des hommes, un développement écologique-

ment viable, ou la démocratie en politique — n'obtiendra le succès si les besoins les plus fondamentaux du quart oublié de la population mondiale restent insatisfaits. Cette cause doit donc devenir l'affaire de chacun. Et chez les lecteurs de ce rapport, il n'est pas un individu ou un organisme qui ne puisse apporter sa contribution dès aujourd'hui.

L'an 2000: quels objectifs?

Voici la liste complète des objectifs fixés pour l'an 2000, tels qu'ils ont été adoptés lors du *Sommet mondial pour les enfants*, qui s'est tenu le 30 septembre 1990.

Objectifs généraux pour 1990-2000

- Réduction d'un tiers des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (ou réduction de ces taux à moins de 70 pour 1000 naissances vivantes, selon que l'un ou l'autre de ces résultats apparaît plus favorable).
- Réduction de moitié des taux de mortalité maternelle.
- Réduction de moitié de la malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de cinq ans.
- Accès de toutes les familles à un approvisionnement en eau salubre et à un assainissement sûr.
- Généralisation de l'éducation de base pour tous les enfants et achèvement pour au moins 80% d'entre eux du cycle primaire de l'enseignement.
- Réduction de moitié des taux d'analphabétisme des adultes et accès égal à l'éducation pour les femmes et les hommes.
- Mise en œuvre, dans tous les pays, de la *Convention relative aux droits de l'enfant*; protection des millions d'enfants vivant en situation particulièrement difficile; notamment, la protection des enfants victimes de la guerre qui devrait rapidement devenir prioritaire au cours des années 90.

Protection des filles et des femmes

- Accès de tous les couples à l'information et à des services de planification familiale, ceci pour leur permettre d'éviter les grossesses et les naissances non désirées, trop nombreuses, trop rapprochées, trop précoces ou trop tardives. Adaptation des services aux traditions culturelles, religieuses et sociales de chaque pays.
- Accès de toutes les femmes aux soins prénatals, à une assistance qualifiée au cours de l'accouchement et à des services plus spécialisés en cas de grossesse à risque ou d'urgences obstétricales.
- Reconnaissance universelle des besoins particuliers des filles et des femmes dans le domaine de la santé et de l'alimentation pendant la petite enfance, l'adolescence, au cours de la grossesse et pendant la période de l'allaitement maternel.

Nutrition

- Réduction à moins de 10% de l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2,5 kg).

- Réduction d'un tiers des cas d'anémie ferriprive chez les femmes.
- Élimination quasi totale des troubles imputables à une carence en vitamine A et en iode.
- Prise de conscience par toutes les familles de la nécessité d'encourager les femmes à nourrir l'enfant exclusivement au sein pendant les quatre à six premiers mois de sa vie.
- Institutionnalisation dans tous les pays de la promotion et de la surveillance de la croissance.
- Diffusion des connaissances permettant à toutes les familles de garantir leur sécurité alimentaire.

Santé infantile

- Éradication de la poliomyélite.
- Élimination du tétanos néonatal (d'ici à 1995).
- Réduction de 90% des cas de rougeole et de 95% des décès par rougeole, par rapport aux taux enregistrés avant la vaccination.
- Obtention et maintien d'un taux de couverture vaccinale d'au moins 90% des enfants âgés de moins d'un an et vaccination antitétanique de toutes les femmes en âge de procréer.
- Réduction de moitié des décès d'enfants par diarrhée et de 25% de l'incidence des maladies diarrhéiques.
- Réduction d'un tiers des décès d'enfants dus aux infections respiratoires aiguës.
- Élimination de la maladie due au ver de Guinée.

Éducation

- Outre l'expansion de l'enseignement primaire et d'autres programmes équivalents, mise à la disposition de toutes les familles des connaissances actuelles et des compétences essentielles (notamment dans les domaines de la santé familiale, de la stimulation précoce, de la production alimentaire, de l'allègement de la charge de travail et de la protection de l'environnement), moyennant la mobilisation des vastes moyens de communication modernes aujourd'hui disponibles.

Rapport de situation

Conformément à la décision prise lors du *Sommet mondial pour les enfants* de 1990, la plupart des pays ont accepté de mettre au point des *programmes d'action nationaux* visant à atteindre les objectifs fixés pour l'an 2000, au nombre desquels la lutte contre les principales maladies de l'enfance, la réduction de moitié de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, la réduction d'un tiers des taux de mortalité des enfants du même groupe d'âge, la réduction de moitié des taux de mortalité maternelle, la fourniture d'eau potable à toutes les communautés, l'accès de tous les couples à l'information et aux services de planification familiale et la généralisation de l'éducation de base pour tous les enfants. Le tableau ci-dessous rend compte de la situation début septembre 1992.

Le *Sommet mondial pour les enfants* a également invité tous les pays à ratifier la *Convention relative aux droits de l'enfant*, qui définit les normes minimales pour la survie, la protection et le développement des enfants. Ci-dessous, en couleur, le nom des 122 pays qui, en septembre 1992, avaient ratifié la Convention.

- = pays ayant signé la Déclaration du *Sommet mondial pour les enfants* (139)
- ◐ = pays où le programme d'action national est en cours d'élaboration (46)
- ◑ = pays où le programme d'action national est à l'état de projet (34)
- = pays où le programme d'action national a déjà été mis au point (54)

En couleur, les pays ayant ratifié la *Convention relative aux droits de l'enfant* (122)

Afghanistan							
Afrique du Sud							
Albanie	○						
Algérie				◑			
Allemagne	○						●
Angola				◐			
Antigua-et-Barbuda	○						
Arabie saoudite				◐			
Argentine	○					◑	
Arménie							●
Australie	○						
Autriche	○						
Azerbaïdjan							
Bahamas							
Bahreïn				◐			
Bangladesh	○						●
Barbade	○			◐			
Bélarus	○			◐			
Belgique	○						●
Belize	○						●
Bénin	○			◐			
Bhoutan	○						
Bolivie	○						●
Bosnie-Herzégovine							
Botswana	○			◐			
Bésil	○					◑	
Brunéi Darussalam							
Bulgarie	○						
Burkina Faso	○					◑	
Burundi	○					◑	
Cambodge							
Cameroun	○					◑	
Canada	○						●
Cap-Vert	○			◐			
Chili	○					◑	
Chine				○			●
Chypre				○			
Colombie				○			●
Comores				○		◐	
Congo				○		◐	
Costa Rica				○			●
Côte d'Ivoire				○			◑
Croatie							
Cuba				○			●
Danemark				○			●
Djibouti				○			●
Dominique				○			
Egypte				○			●
El Salvador				○			●
Emirats arabes unis						◐	
Equateur				○			●
Espagne				○			◑
Estonie							
Etats-Unis d'Amérique				○		◐	
Ethiopie						◐	
Fédération de Russie				○			
Fidji							◑
Finlande				○			●
France				○		◐	
Gabon				○			
Gambie				○			◑
Ghana				○			●
Grèce							
Grenade				○			
Guatemala				○			●
Guinée				○			●
Guinée-Bissau				○		◐	
Guinée équatoriale				○			◑
Guyana				○		◐	
Haiti				○			●

Honduras	○			●
Hongrie	○			
Iles Cook		●		
Iles Marshall		●		●
Iles Salomon	○	●		
Inde	○		●	
Indonésie	○			●
Iran, Rép. islamique d'	○			●
Iraq				
Irlande	○			
Islande	○			
Israël	○			
Italie	○	●		
Jamahiriya arabe libyenne			●	
Jamaïque	○			●
Japon	○			●
Jordanie			●	
Kazakhstan	○			
Kenya	○			●
Kiribati		●		
Kirghizistan				
Koweït	○	●		
Lesotho	○	●		
Lettonie				
Liban	○	●		
Libéria				
Liechtenstein	○			
Lituanie				
Luxembourg	○			
Madagascar	○	●		
Malaisie	○		●	
Malawi	○	●		
Maldives			●	
Mali	○			●
Malte				
Maroc	○			●
Maurice	○	●		
Mauritanie			●	
Mexique	○			●
Micronésie, Etats fédérés de		●		
Monaco	○			
Mongolie	○	●		
Mozambique			●	
Myanmar		●		
Namibie	○			●
Népal	○			●
Nicaragua	○			●
Niger	○		●	
Nigéria	○		●	
Norvège	○			●
Nouvelle-Zélande	○	●		
Oman		●		
Ouganda	○		●	
Ouzbékistan				
Pakistan	○			●
Panama	○			●
Papouasie-Nouvelle-Guinée	○	●		

Paraguay	○			●
Pays-Bas	○			●
Pérou	○			●
Philippines	○			●
Pologne	○			
Portugal	○	●		
Qatar		●		
Rép. arabe syrienne		●		
Rép. centrafricaine	○			●
Rép. de Corée	○			●
Rép. de Moldova				
Rép. dém. pop. lao	○			
Rép. dominicaine	○			●
Rép. pop. dém. de Corée	○		●	
Rép.-Unie de Tanzanie	○		●	
Roumanie	○			
Royaume-Uni	○			●
Rwanda	○		●	
Saint-Kitts-et-Nevis	○	●		
Sainte-Lucie	○	●		
Saint-Marin				
Saint-Siège	○			●
Saint-Vincent et Grenadines	○	●		
Samoa	○			
Sao Tomé-et-Principe	○		●	
Sénégal	○			●
Seychelles		●		
Sierra Leone	○	●		
Singapour				●
Slovénie				
Somalie				●
Soudan	○			●
Sri Lanka	○			●
Suède	○			●
Suisse	○			●
Suriname	○	●		
Swaziland	○		●	
Tadjikistan			●	
Tchad	○		●	
ex-Tchécoslovaquie	○			
Thaïlande	○		●	
Togo	○	●		
Trinité-et-Tobago	○	●		
Tunisie	○			●
Turkménistan				
Turquie	○			●
Tuvalu		●		
Ukraine	○			●
Uruguay	○			●
Vanuatu	○	●		
Venezuela	○			●
Viet Nam	○			●
Yémen			●	
ex-Yougoslavie	○			
Zaïre	○	●		
Zambie	○		●	
Zimbabwe	○		●	

Notes

1. *Les enfants et le développement pendant les années 90 — un ouvrage de base de l'UNICEF, publié à l'occasion du Sommet mondial pour l'enfance, 29-30 septembre 1990, Organisation des Nations Unies, New York, UNICEF, 1990.*
 2. *Rapport sur le développement dans le monde 1992*, Banque mondiale, Washington, D.C., 1992, p. 31.
 3. Tous les chiffres sont tirés de *The Economist*, 1992.
 4. *Rapport mondial sur le développement humain 1991*, Tableau 3.1, PNUD, New York, 1991, p. 44.
 5. Beth Ebel, *Patterns of Government Expenditure in Developing Countries during the 1980s: the impact on social services*, UNICEF, International Child Development Centre, Florence, Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Series, No. 18, July 1991.
 6. *Rapport mondial sur le développement humain 1992*, Tableaux 3.14 et 3.15, PNUD, New York, 1992, p. 49.
 7. Chiyo Kanda, *Trends in Bilateral Official Resource Flows to Social Sectors 1985-1988*, UNICEF, New York, 1990.
 8. *Rapport mondial sur le développement humain 1992*, Tableau 3.14, *op. cit.*, p. 49.
- Application de la résolution 45/217 de l'Assemblée générale sur le Sommet mondial pour les enfants, Rapport du Secrétaire général, Assemblée générale, Conseil économique et social, Nations Unies, A/47/264, E/1992/71, 17 juin 1992.*
9. *Coopération pour le développement*, rapport 1991, Tableau 48, OCDE, Paris, 1991, pp. 264-265.
 10. "The Maecenas Touch", in "A Survey of the Sports Business", *The Economist*, 27 July 1992, p. 9.
 11. Santosh Mehrotra, *Immunization Coverage in an Economically Unfavourable Environment*, UNICEF Planning Office, UNICEF, New York, 1992.
 12. *Ending Hidden Hunger (A Policy Conference on Micronutrient Malnutrition)*, Montréal, Québec, Canada, October 10-12, 1991, The Task Force for Child Survival and Development, Atlanta, 1991. Cette conférence a été organisée sous les auspices de l'Agence canadienne de développement international, de la Banque mondiale, de la FAO, de l'OMS, du PNUD, de l'UNICEF et de l'USAID.
 13. David P. Haxton, «Surmonter la carence en iode avec un grain de sel», *Les enfants d'abord*, n° 2, avril-juin 1992, UNICEF, New York, pp. 8-9.
 14. Les chiffres relatifs au nombre d'écoles et d'élèves que comptera le BRAC en décembre 1992 sont des estimations fournies en août 1992 par le Coordonnateur principal des programmes de l'UNICEF à Dhaka. Voir également *Together for Education*, BRAC, February 1992; et Catherine H. Lovell, *Breaking the Cycle of Poverty — the BRAC strategy*, Kumarian Press, West Hartford, 1992.
 15. Olivia Yambi and Raphael Mlotwa, *Improving Nutrition in Tanzania in the 1980s: the Iringa experience*, UNICEF, International Child Development Centre, Florence, Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Series, No. 25, March 1992.
- M. Shekar, *The Tamil Nadu Integrated Nutrition Project: a review*, Cornell Food and Nutritional Policy Program Report, November 1991.
16. *Application de la résolution 45/217 de l'Assemblée générale, op. cit.*, p. 10, paragraphe 21.
 17. Ces exemples ont été fournis par le Groupe de la nutrition et par la Section de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement de l'UNICEF, New York.
 18. Santosh Mehrotra, *op. cit.*
 19. Neill McKee, «Communications: le succès du Bangladesh», *Les enfants d'abord*, n° 2, avril-juin, 1992, UNICEF, New York, pp. 8-9.
 20. Pour un plus ample exposé sur la surveillance et la promotion de la croissance, voir «Objectif croissance», *La situation des enfants dans le monde 1987*, UNICEF, Genève, 1986, pp. 64-78.
 21. *Near Miracle in Bangladesh*, Mujibur Huq (ed.), University Press Ltd., Dhaka, 1991, p. ix.
 22. Gill Walt, "CHWs: are national programmes in crisis?", *Health Policy and Planning*, vol. 3, no.1, Oxford University Press, 1988, pp.1-21.
 23. "Let Them Eat Guns", *The Economist*, 2 November 1991, p. 99.
 24. Amartya Sen, *Public Action to Remedy Hunger*, Fourth Annual Arturo Tanco Memorial Lecture, Queen Elizabeth II Conference Centre, London, 2 August 1990.
 25. *World Population Prospects: the 1992 revision*, Population Division, Department of International Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, United Nations, New York, 1992.
- Kenneth Hill, *Babies of the Future: setting the scene*, School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Baltimore.
26. *Rapport mondial sur le développement humain 1991, op. cit.*, p. 40.
 27. *Patterns of Government Expenditure in Developing Countries during the 1980s, op. cit.*
- World Debt Tables 1991-92, External Debt of Developing Countries*, The World Bank, Washington, D.C., 1991.
28. *Rapport mondial sur le développement humain 1992, op. cit.*, p. 46.
 29. Amartya Sen, *Poverty and Famines: an essay on entitlement and deprivation*, Oxford University Press, 1981.
 30. Pour une plus ample discussion de ces quatre facteurs, voir «La question démographique», dans *La situation des enfants dans le monde 1991*, UNICEF, Genève, 1990, pp. 37-45.
 31. Peter Adamson, «Deux conditions clés de la survie infantile», *Peoples*, vol. 15, n° 1, 1988, Fédération internationale pour la planification familiale, Londres, 1988, pp. 3-6.
 32. *Répertoire des organisations non gouvernementales de développement dans les pays membres de l'OCDE*, Centre de développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques, OCDE, Paris, 1990, p. 24.
 33. *Rapport mondial sur le développement humain 1992, op. cit.*, p. 85.

34. Voir *Partenaires pour l'action — l'UNICEF et les ONG s'associent pour aider les enfants*, UNICEF, New York, 1992.
35. «Plan d'action pour l'application de la Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant dans les années 90», paragraphe 34 iv), dans *La situation des enfants dans le monde 1991*, UNICEF, Genève, 1990, p. 69.
36. Tiré du rapport de l'auditeur, Programme élargi de vaccination, OMS, Genève, 1992.
37. M. Potts, and S. Thapa, *Child Survival: the role of family planning*, Family Health International, North Carolina, September 1991.
38. *Répertoire des organisations non gouvernementales de développement dans les pays membres de l'OCDE*, op. cit., p. 15.
39. "Debt and Development", *EUROSTEP Newsletter*, June-July 1992, Brussels, p. 9.
40. Ruth Leger Sivard, *World Military and Social Expenditures 1991*, World Priorities Inc., Washington, D.C., 1991.
- Rapport sur le développement dans le monde 1992*, Tableau 1, op. cit., pp. 218-219.
41. Robert S. McNamara, *The Post Cold War World and its Implications for Military Expenditures in Developing Countries, paper prepared for the World Bank Annual Conference on Development Economics 1991, 25-26 April 1991*, The World Bank, Washington, D.C., 1991.
42. *Rapport mondial sur le développement humain 1992*, op. cit., pp. 93-96.
43. Ruth Leger Sivard, op. cit.
44. "Effects of Armed Conflict on Women and Children: relief and rehabilitation in war situations", vol. 10, issue 2-3, 1991, *Rehabilitation International and UNICEF, Technical Support Programme to Prevent Childhood Disabilities and to Help Disabled Children*, United Nations Decade of Disabled Persons (1983-1992).
45. Amartya Sen, *Poverty and Famines: an essay on entitlement and deprivation*, op. cit.
46. Robert S. McNamara, op. cit.
47. *Assistance Strategies To Reduce Poverty*, A World Bank Policy Paper, The World Bank, Washington, D.C., 1991.
48. *World Debt Tables 1991-92*, op. cit.
49. *Ibid.*
50. *Rapport mondial sur le développement humain 1992*, op. cit., p. 65.
51. *Global Economic Prospects and the Developing Countries*, The World Bank, Washington, D.C., April 1992.
52. *Ibid.*
53. Les données relatives au Royaume-Uni ont été tirées de "How the Other Tenth Lives", *The Economist*, 12 September 1992, p. 29.
- Les données relatives aux Etats-Unis proviennent de C.M. Johnson, L. Miranda, A. Sherman, and J.D. Weill, *Child Poverty in America*, Children's Defense Fund, 122 C Street, N.W., Washington, D.C. 20001.
54. "Latin America Cheers Up", *The Economist*, 18 April 1992, pp. 12-13.

II

STATISTIQUES

Statistiques économiques et sociales mondiales en rapport avec le bien-être des enfants

Note générale sur les données

Signes et explications

Index des pays énumérés dans les tableaux

TABLEAUX

1: Indicateurs de base

- TMM5 □ TMI □ population □ natalité et décès des moins de 5 ans
- PNB par habitant □ espérance de vie □ alphabétisation des adultes
- inscriptions scolaires □ répartition du revenu

2: Nutrition

- Insuffisance pondérale □ allaitement maternel □ malnutrition
- production alimentaire □ apport en calories □ dépenses alimentaires

3: Santé

- Accès à l'eau □ accès à l'assainissement □ accès aux services de santé
- vaccination des enfants et des femmes enceintes □ utilisation de la TRO

4: Education

- Alphabétisation des hommes et des femmes
- postes récepteurs de radio et de télévision □ inscriptions dans le primaire
- scolarisation primaire complète □ inscriptions dans le secondaire

5: Indicateurs démographiques

- Population des moins de 16 ans et des moins de 5 ans
- taux de croissance démographique □ taux brut de mortalité
- taux brut de natalité □ espérance de vie □ taux de fécondité □ urbanisation

6: Indicateurs économiques

- PNB par habitant □ taux de croissance annuelle du PNB □ inflation
- pauvreté □ dépenses des gouvernements □ aide publique au développement
- service de la dette

7: Femmes

- Espérance de vie □ alphabétisation □ inscriptions scolaires
- taux d'emploi de contraceptifs □ vaccination antitétanique
- accouchements assistés par du personnel qualifié □ mortalité maternelle

8: Indicateurs de base relatifs à des pays moins peuplés

9: Nouveaux pays indépendants

10: Le taux du progrès

- Taux de régression du TMM5 □ taux de croissance du PNB par habitant
- taux de régression de la fécondité

Index des pays (par catégories)

Définitions

Sources principales

Note générale sur les données

Les données rassemblées dans ces tableaux s'accompagnent de définitions, de sources et d'explications de signes. Des tableaux établis à l'aide d'un si grand nombre de sources — la liste des «sources principales» compte 12 organismes — sont inévitablement sujets à des degrés divers de fiabilité. Les données nationales officielles transmises aux organismes compétents des Nations Unies ont été utilisées chaque fois que cela était possible. Dans les nombreux cas où les données officielles fiables manquent, ce sont les estimations de l'organisme compétent des Nations Unies qui ont été utilisées. En l'absence de telles estimations normalisées au niveau international, les données des tableaux proviennent d'autres sources, notamment des bureaux des services extérieurs de l'UNICEF concernés. Chaque fois que cela s'est avéré possible, seules des données nationales globales ou provenant d'enquêtes nationales par sondage ont été utilisées.

Les données relatives aux taux de mortalité infantile, à l'espérance de vie, aux taux bruts de natalité et de mortalité, etc., ont été établies dans le cadre du travail courant d'estimations et de projections de la Division de la population des Nations Unies. Ces estimations et projections, ainsi que d'autres estimations internationales, font l'objet de mises à jour périodiques, ce qui explique pourquoi certaines données diffèrent de celles de publications antérieures de l'UNICEF.

Le travail de révision des TMM5 correspondant à 1991 et aux années antérieures s'est fondé sur les résultats d'un nouveau projet d'amélioration permanente des estimations concernant les taux de mortalité des moins de cinq ans (TMM5) - brièvement décrits dans la *note statistique* publiée tout au début de ce rapport — ainsi que sur des estimations portant sur le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans enregistrés en 1991. Par ailleurs, de nouveaux indicateurs, reflétant les objectifs du *Sommet mondial pour les*

enfants, ont été inclus, notamment sur l'allaitement maternel (Tableau 2) et sur l'assainissement (Tableau 3). De nouvelles estimations démographiques, publiées pour la première fois en juillet 1992 par la Division de la population des Nations Unies, ont également été incorporées. Enfin, les chiffres résumant les statistiques pour les quatre grands groupes de pays définis en fonction de leur TMM5 ont été modifiés et ne portent plus sur des médianes mais sur des moyennes pondérées. Des résumés portant sur les pays regroupés selon différents critères ont été ajoutés à la fin de chacun des Tableaux 1 à 7 et du Tableau 10.

La valeur de 70 décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes, qui constitue désormais la ligne de partage entre les pays à TMM5 très élevé et élevé et les pays à TMM5 moyen et faible (voir Tableaux 1 à 7 et Tableau 10), correspond à l'objectif que s'est fixé le *Sommet mondial pour les enfants* en ce qui concerne les taux de mortalité. L'objectif du TMM5 vise à la réduction d'un tiers au cours des années 90 des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et à la réduction de ces taux à moins de 70 pour 1000 naissances vivantes, selon que l'un ou l'autre résultat apparaît plus favorable. De sorte que, si d'ici à la fin des années 90 tous les pays atteignent l'objectif du TMM5, ils feraient tous partie des deux groupes à TMM5 moyen et faible.

À la suite des changements socio-économiques majeurs qui se sont produits aussi bien en Asie qu'en Europe, un certain nombre de pays ont récemment accédé à l'indépendance. Mais les infrastructures d'un pays ne s'adaptant que lentement au statut nouvellement acquis, les statistiques actuellement disponibles pour ces pays sont peu nombreuses. Le nouveau Tableau 9 tient compte à la fois du besoin de recueillir des données concernant la situation des femmes et des enfants dans ces pays et de la portée limitée de celles qui sont disponibles.

Signes et explications

Dans le passé, les chiffres résumant les statistiques pour les quatre grands groupes de pays représentaient les valeurs médianes. Dorénavant, elles seront remplacées par des moyennes pondérées. Les données qui découlent de définitions s'écartant de la norme sont signalées. Les notes relatives aux tableaux ont été supprimées. L'objectif étant de fournir un aperçu aussi large que possible de la situation des enfants et des femmes dans le monde entier, il est apparu que des données aussi détaillées n'avaient pas leur place dans ce rapport.

.. donnée non disponible.

x se rapporte à une période différente de celle indiquée en tête de colonne, ne correspond pas à la définition standard, ne comprend pas la totalité du pays.

Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur (résumant les statistiques pour les grands groupes de pays définis en fonction de leur TMM5 ou pour des regroupements de pays obéissant à d'autres critères) sont des totaux ou des moyennes pondérées.

Les chiffres relatifs aux TMM5 pour les différents pays sont tirés de données préparées par la Division de la population des Nations Unies. Dans certains cas, il se peut que ces estimations diffèrent des chiffres les plus récents des statistiques nationales.

Index des pays

Dans les tableaux des pages suivantes, les pays sont énumérés par ordre décroissant de leurs taux de mortalité des moins de cinq ans, qui ont été évalués pour 1991. L'ordre numérique est indiqué dans la liste alphabétique suivante.

Afghanistan	3	Guinée	6	Papouasie-Nouvelle-Guinée	60
Afrique du Sud	64	Guinée-Bissau	5	Paraguay	69
Albanie	84	Haiti	37	Pays-Bas	125
Algérie	68	Honduras	63	Pérou	49
Allemagne	117	Hong Kong*	124	Philippines	75
Angola	1	Hongrie	100	Pologne	101
Arabie saoudite	77	Inde	42	Portugal	106
Argentine	90	Indonésie	54	Rép. arabe syrienne	72
Australie	112	Iran, Rép. islamique d'	67	Rép. centrafricaine	26
Autriche	122	Iraq	35	Rép. de Corée	115
Bangladesh	40	Irlande	109	Rép. dém. pop. lao	32
Belgique	111	Israël	105	Rép. dominicaine	61
Bénin	31	Italie	113	Rép. fédérative tchèque et slovaque	104
Bhoutan	15	Jamahiriya arabe libyenne	48	Rép. pop. dém. de Corée	81
Bolivie	44	Jamaïque	98	Rép.-Unie de Tanzanie	27
Botswana	55	Japon	128	Roumanie	80
Bésil	65	Jordanie	73	Royaume-Uni	121
Bulgarie	93	Kenya	62	Rwanda	19
Burkina Faso	14	Koweït	102	Sénégal	22
Burundi	24	Lesotho	36	Sierra Leone	4
Cambodge	21	Liban	74	Singapour	110
Cameroun	43	Libéria	17	Somalie	12
Canada	116	Madagascar	28	Soudan	29
Chili	94	Malaisie	97	Sri Lanka	95
Chine	88	Malawi	7	Suède	129
Colombie	96	Mali	8	Suisse	119
Congo	47	Maroc	51	Tchad	10
Costa Rica	99	Maurice	87	Thaïlande	82
Côte d'Ivoire	41	Mauritanie	13	Togo	34
Cuba	103	Mexique	79	Trinité-et-Tobago	91
Danemark	118	Mongolie	58	Tunisie	70
Egypte	56	Mozambique	2	Turquie	52
El Salvador	66	Myanmar	46	ex-URSS	83
Émirats arabes unis	86	Namibie	45	Uruguay	89
Equateur	57	Népal	33	Venezuela	76
Espagne	123	Nicaragua	59	Viet Nam	71
Etats-Unis d'Amérique	107	Niger	9	Yémen	23
Ethiopie	11	Nigéria	20	ex-Yougoslavie	92
Finlande	127	Norvège	126	Zaire	25
France	120	Nouvelle-Zélande	114	Zambie	16
Gabon	30	Oman	78	Zimbabwe	53
Ghana	38	Ouganda	18		
Grèce	108	Pakistan	39		
Guatemala	50	Panama	85	* Colonie	

N.B.: Pour des raisons techniques, les chiffres des tableaux statistiques sont indiqués à la manière anglo-saxonne: les décimales par un point et les tranches de 1000 par une virgule.

TABLEAU 1: INDICATEURS DE BASE

	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (mois d'un an)		Population (millions d'habitants) 1991	Nombre annuel de naissances (milliers) 1991	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1991	PIB par habitant (dollars) 1990	Espérance de vie à la naissance (années) 1991	Taux d'alphabetisation des adultes (%) 1990	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%) 1986-1990	Répartition du revenu parmi les ménages (%) 1980-1988	
	1980	1991	1980	1991								les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Pays à TMM5 très élevé	283	197	164	114	502	23629	4697	355	50	48	64		
1 Angola	345	292	208	170	9,6	496	153	610*	46	42	93		
2 Mozambique	331	292	190	170	14,8	672	209	80	47	33	68		
3 Afghanistan	360	257	215	165	17,9	964	236	280*	43	29	24		
4 Sierra Leone	385	253	219	146	4,3	206	53	240	42	21	53		
5 Guinée-Bissau	336	242	200	143	1,0	42	10	180	43	36	59		
6 Guinée	337	234	203	138	5,9	303	71	480	44	24	34		
7 Malawi	365	228	206	144	9,9	539	123	200	45	24	67		
8 Mali	400	225	200	108	9,5	487	111	270	45	32	23		
9 Niger	321	218	191	127	8,0	414	90	310	46	28	28		
10 Tchad	325	213	195	125	5,7	252	54	190	47	30	57		
11 Ethiopie	294	212	175	125	51,5	2543	540	120	46	..	38		
12 Somalie	294	211	175	125	9,0	457	95	150	46	24	15		
13 Mauritanie	321	209	191	120	2,1	97	20	500	47	34	51		
14 Burkina Faso	363	206	205	120	9,3	435	89	330	48	18	36		
15 Bhoutan	324	205	203	133	1,6	63	13	190	48	38	26		
16 Zambie	220	200	135	112	8,4	394	82	420	45	73	95	11*	61*
17 Libéria	310	200	184	131	2,7	127	25	450*	55	40	34		
18 Ouganda	223	190	133	110	18,1	924	174	220	43	48	70		
19 Rwanda	255	189	150	112	7,3	382	71	310	47	50	69		
20 Nigéria	212	188	108	86	112,2	5181	1008	270	52	51	70		
21 Cambodge	217	188	146	120	8,6	342	65	..	50	35	..		
22 Sénégal	299	182	172	82	7,5	330	61	710	49	38	58		
23 Yémen	378	182	214	110	12,1	599	110	650*	52	39	86		
24 Burundi	260	181	153	108	5,7	262	47	210	48	50	69		
25 Zaïre	300	180	174	117	38,7	1845	333	230	52	72	78		
26 Rép. centrafricaine	294	180	174	106	3,1	138	25	390	47	38	64		
27 Rép.-Unie de Tanzanie	249	178	147	112	26,9	1299	230	120	51	91	64		
28 Madagascar	364	173	219	113	12,4	569	97	230	55	80	92		
29 Soudan	292	169	170	102	26,0	1111	189	420*	51	27	50*		
30 Gabon	287	161	171	97	1,2	50	8	3330	53	61	..		
31 Bénin	310	149	184	89	4,8	235	34	360	46	23	66		
32 Rép. dém. pop. lao	233	148	155	101	4,3	196	28	200	50	..	110		
33 Népal	298	147	186	102	20,1	776	114	170	53	26	85	13*	59*
34 Togo	305	144	182	88	3,7	164	23	410	54	43	103		
35 Iraq	171	143	117	111	18,7	735	106	2340*	66	60	96		
Pays à TMM5 élevé	231	116	143	80	1672	53579	6176	525	59	54	93	18	44
36 Lesotho	210	137	149	82	1,8	63	9	470	60	..	107		
37 Haïti	270	137	182	89	6,6	236	32	370	56	53	84	6	48
38 Ghana	224	137	132	84	15,5	659	90	390	55	60	75	17	45
39 Pakistan	221	134	148	94	121,5	5044	671	380	58	35	38	19	46
40 Bangladesh	247	133	151	101	116,6	4514	583	200	52	35	70	24	37
41 Côte d'Ivoire	300	127	165	93	12,5	624	77	730	52	54	70	13	53
42 Inde	236	126	144	84	863,2	25654	3221	350	60	48	97	20	41
43 Cameroun	270	126	163	66	11,9	489	80	940	55	54	101		
44 Bolivie	282	126	167	89	7,4	258	32	620	60	78	82	12	58
45 Namibie	248	120	146	73	1,5	64	8	1030*	58	..	..
46 Myanmar	237	117	158	85	42,8	1411	164	220*	57	81	103		
47 Congo	220	110	143	83	2,3	103	11	1010	52	57	..		
48 Jamahiriya arabe libyenne	269	108	160	72	4,7	201	21	5310*	62	64	..		
49 Pérou	240	97	142	68	22,0	652	63	1160	64	85	123	13	52
50 Guatemala	220	92	125	52	9,5	373	34	900	54	55	76	14*	55*
51 Maroc	265	91	163	72	25,7	853	77	950	63	50	68	23	39
52 Turquie	216	89	160	72	57,2	1633	146	1630	67	81	113	11	55
53 Zimbabwe	181	88	109	61	10,3	422	36	640	56	67	128		
54 Indonésie	215	86	128	61	187,7	5104	437	570	62	77	118	21	41
55 Botswana	169	85	116	62	1,3	50	4	2040	60	74	115	9	59
56 Egypte	260	85	168	62	53,6	1735	146	600	61	48	97	21	41
57 Equateur	184	82	124	59	10,8	329	27	960	66	86	118		
58 Mongolie	185	82	128	62	2,3	78	6	780*	63	..	102		
59 Nicaragua	209	81	140	58	3,8	160	13	830*	65	..	95	12	58
60 Papouasie-Nlle-Guinée	248	79	165	55	4,0	134	10	860	55	52	73		
61 Rép. dominicaine	200	76	125	59	7,3	213	16	820	67	83	96		
62 Kenya	202	75	120	52	24,4	1085	79	370	59	69	94	9*	60*
63 Honduras	230	73	160	62	5,3	201	15	590	65	73	109	12	59
64 Afrique du Sud	126	72	89	54	38,9	1237	88	2530	62	..	..
Pays à TMM5 moyen	174	36	114	29	2226	50370	1804	1465	69	76	120	15	..
65 Brésil	179	67	117	55	151,5	3668	247	2680	66	81	..	8	63
66 El Salvador	210	67	130	50	5,3	180	12	1100	65	73	78	8	66
67 Iran, Rép. islamique d'	233	62	145	47	60,0	2437	149	2450	67	54	108		
68 Algérie	243	61	148	50	25,7	886	53	2060	66	57	96		
69 Paraguay	103	59	86	48	4,4	148	9	1110	67	90	106		
70 Tunisie	254	58	159	45	8,2	228	13	1420	67	65	115		

	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Population (millions d'habitants) 1991	Nombre annuel de naissances (milliers) 1991	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1991	PNB par habitant (dollars) 1990	Espérance de vie à la naissance (années) 1991	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 1990	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%) 1986-1990	Répartition du revenu parmi les ménages (%) 1980-1988	
	1960	1991	1960	1991								les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
71 Viet Nam	219	52	147	39	68.1	2040	105	240*	63	88	102	..	..
72 Rép. arabe syrienne	217	47	135	37	12.8	552	25	990	66	65	108	..	..
73 Jordanie	180	46	135	39	4.2	165	7	1240	67	80	99	..	..
74 Liban	91	46	68	36	2.8	77	4	2150*	68	80	100	..	..
75 Philippines	128	46	81	34	63.8	1975	90	730	65	90	111	14	52*
76 Venezuela	114	43	81	34	19.8	528	22	2560	70	88	105	14	51
77 Arabie saoudite	292	43	170	33	15.4	560	24	7050	69	62	76	..	..
78 Oman	378	42	214	32	1.6	65	3	5220*	69	..	102	..	..
79 Mexique	138	37	97	30	86.3	2462	91	2490	70	87	117	13	..
80 Roumanie	82	34	69	27	23.3	367	12	1640	70	..	98	..	..
81 Rep. pop. dém. de Corée	120	34	85	25	22.2	533	18	970*	71	..	107	..	..
82 Thaïlande	146	33	101	28	55.4	1169	38	1420	69	93	89	15*	50*
83 ex-URSS	53	31	38	23	282.8	4847	156	4550*	70	..	105	..	..
84 Albanie	151	31	112	26	3.3	76	2	790*	73	..	99	..	..
85 Panama	105	30	69	21	2.5	63	2	1830	73	88	107	..	..
86 Emirats arabes unis	239	29	145	24	1.6	35	1	19860	71	48	111	..	..
87 Maurice	104	28	70	22	1.1	20	1	2250	70	..	103	12	46
88 Chine	205	27	133	22	1170.4	24592	661	370	70	73	135	22	38
89 Uruguay	57	24	51	21	3.1	54	1	2560	72	96	107	18	44
90 Argentine	70	24	59	22	32.7	673	16	2370	71	95	111	14	51
91 Trinité-et-Tobago	69	23	55	20	1.3	30	1	3470	71	..	97	13*	50*
92 ex-Yougoslavie	113	22	92	19	23.9	343	8	3060	72	93	95	17	43
93 Bulgarie	70	21	49	17	9.0	113	2	2250	72	..	97	..	..
94 Chili	142	21	114	17	13.4	307	6	1940	72	93	98	13	54
95 Sri Lanka	130	21	90	16	17.4	371	8	470	71	88	108	13	56
96 Colombie	130	21	88	18	32.9	806	17	1240	69	87	107	13	53
Pays à faible TMM5	48	11	38	9	959	13428	144	17580	76	..	103	18	41
97 Malaisie	105	20	73	15	18.3	541	11	2340	70	78	97	14	51
98 Jamaïque	89	19	63	15	2.4	55	1	1510	73	98	105	15	49
99 Costa Rica	122	18	85	14	3.1	84	2	1910	76	93	100	12	55
100 Hongrie	57	17	51	16	10.5	128	2	2780	70	..	97	26	32
101 Pologne	70	17	62	15	38.3	566	10	1690	71	..	99	24	35
102 Koweït	128	17	89	14	2.0	53	1	16150*	75	73	100	..	..
103 Cuba	91	14	65	11	10.7	187	3	1170*	76	94	103	..	..
104 Rép. féd. tchèque et slovaque	33	13	26	12	15.7	220	3	3140	72	..	93	..	..
105 Israël	39	12	32	10	4.9	108	1	10920	76	..	94	18*	40*
106 Portugal	112	12	81	10	9.9	117	1	4900	74	85	127	..	..
107 Etats-Unis d'Amérique	30	11	26	9	252.6	4024	43	21790	76	..	101	16	42
108 Grèce	64	11	53	10	10.1	106	1	5990	77	93	102	..	..
109 Irlande	36	10	31	8	3.5	52	1	9550	75	..	101	..	..
110 Singapour	50	10	36	8	2.7	44	0	12310	74	..	110	15	49
111 Belgique	35	10	31	8	10.0	121	1	15540	76	..	101	22*	36*
112 Australie	24	10	20	8	17.3	261	3	17000	77	..	106	16	42
113 Italie	50	10	44	8	57.7	575	6	16830	77	97	96	19	41
114 Nouvelle-Zélande	26	10	22	8	3.4	59	1	12680	75	..	106	16	45
115 Rép. de Corée	126	10	88	9	43.7	714	7	5400	70	96	109	20	42
116 Canada	33	9	28	7	27.0	398	3	20470	77	..	105	18	40
117 Allemagne	40	9	34	8	79.8	901	8	22320*	76	..	103	20*	39*
118 Danemark	25	9	22	8	5.2	62	1	22080	75	..	98	17	39
119 Suisse	27	9	22	7	6.8	84	1	32680	78	..	..	17	45
120 France	34	9	29	7	56.9	772	7	19490	77	..	113	18*	41*
121 Royaume-Uni	27	9	23	7	57.5	792	7	16100	76	..	106	17*	40*
122 Autriche	43	9	37	8	7.7	90	1	19060	76	..	104	..	..
123 Espagne	57	9	46	8	39.0	423	4	11020	77	95	111	19	40
124 Hong Kong	64	8	43	7	5.8	73	1	11540	77	..	105	16	47
125 Pays-Bas	22	8	18	7	15.1	202	2	17320	77	..	116	20	38
126 Norvège	23	8	19	7	4.3	61	1	23120	77	..	98	19	38
127 Finlande	28	7	22	6	5.0	64	0	26040	75	..	99	18	38
128 Japon	40	6	31	5	124.0	1384	9	25430	79	..	102	22*	38*
129 Suède	20	5	16	4	8.6	117	1	23660	78	..	104	21	37
Pays les moins avancés	286	180	172	115	519	22973	4128	240	50	47	66	..	..
Pays en développement	217	101	136	67	4147	123583	12523	805	61	65	100	..	..
Pays développés	45	17	36	13	1213	17423	298	14710	74	..	103	18	40
Afrique au sud du Sahara	261	180	151	103	515	23659	4299	490	51	54	68	..	..
Moyen-Orient et Afrique du Nord	246	90	157	66	332	11925	1075	1975	63	58	95	..	..
Asie du Sud	238	131	147	89	1158	37386	4846	335	58	46	88	20	42
Asie de l'Est et Pacifique	198	42	128	32	1700	38946	1641	650	68	76	125	20	42
Amérique latine et Caraïbes	161	57	108	44	442	11667	662	2105	67	85	108	11	59

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5 (en gras). Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur sont des totaux ou des moyennes pondérées.

TABLEAU 2: NUTRITION

Pays à TMM5 très élevé	Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance 1990	% d'enfants stables (1985-1991)			Pourcentage d'enfants (1980-1991) souffrant de			Indice moyen de production alimentaire par habitant (1979-81 = 100) 1991	Apport journalier de calories par habitant en % des besoins 1988-1990	Part du revenu des ménages consacrée à l'alimentation (%) 1980-1985		
		exclusivement (0-3 mois)	plus aliments de sevrage (6-9 mois)	au-delà de la première année (12-15 mois)	modéré et grave (0-4 ans)	émaciation (12-23 mois)	retard de croissance (24-59 mois) modéré et grave			Total	Céréales	
Pays à TMM5 très élevé	16	...	...	82	34	...	15	...	96	91	...	...
1 Angola	19	...	...	...	...	...	...	80	80	...	...
2 Mozambique	20	...	...	...	...	...	...	68	77	...	...
3 Afghanistan	20	...	...	61*	38	7	...	73	72	...	...
4 Sierra Leone	17	...	...	92*	23*	2*	14*	84	83	56	22	
5 Guinée-Bissau	20	...	...	98*	23*	...	...	104	97	...	...
6 Guinée	21	...	...	85*	...	...	...	88	97	...	...
7 Malawi	20	...	...	96*	24*	...	8	61	88	55	28	
8 Mali	17	8	45	90	31*	9*	16	34*	97	96	57	22
9 Niger	15	...	...	15*	49	9	23*	38*	73	95	...	...
10 Tchad	...	...	...	...	...	...	...	97	73	...	...
11 Ethiopie	16	...	...	95*	38*	...	19*	43*	87	73	50	24
12 Somalie	16	...	...	54*	...	...	...	81	81	...	...
13 Mauritanie	11	12	39	89	48	23	18	65	75	106	...	...
14 Burkina Faso	21*	...	...	97*	...	...	...	118	94	...	...
15 Bhoutan	...	...	...	90*	38*	...	4*	56*	94	128	...	...
16 Zambie	13	...	...	93*	25*	5*	10*	59*	98	87	37	8
17 Libéria	...	15	56	67	...	...	...	63	98	...	...
18 Ouganda	...	70	67	86	23	5	4	25*	97	93	...	...
19 Rwanda	17	...	...	74*	33*	4*	1*	34*	86	82	30	11
20 Nigéria	16	2	52	86	36	12	16	54	124	93	52	18
21 Cambodge	...	...	...	72*	20	3	...	...	140	96	...	...
22 Sénégal	11	7	68	93	22*	6*	8	28*	96	96	50	15
23 Yémen	19	15	...	...	53*	...	15*	...	79	...	...	...
24 Burundi	...	89	66	96	38	10	10	60	88	84	...	...
25 Zaire	15	...	...	86*	...	...	...	...	94	96	55	15
26 Rép. centrafricaine	15	...	...	...	...	...	...	93	82	...	...
27 Rép.-Unie de Tanzanie	14	...	...	70*	48	6	...	...	81	95	64	32
28 Madagascar	10	...	...	85*	33*	8*	17	56*	83	95	59	26
29 Soudan	15	14	45	80	20	...	13*	32*	76	87	60	...
30 Gabon	...	...	...	...	...	...	...	85	104	...	...
31 Bénin	...	...	...	76*	...	...	...	...	114	104	37	12
32 Rép. dém. pop. lao	18	...	...	...	37	...	20	44	110	111	...	...
33 Népal	...	...	...	82*	...	...	...	...	124	100	57	38
34 Togo	20	10	86	95	24	6	10	37*	87	99	...	...
35 Iraq	15	...	...	68	12	2	...	...	65	128	...	...
Pays à TMM5 élevé	27	...	...	77	50	21	20	59	110	105	47	16
36 Lesotho	11	...	...	76*	16	2	7	23	80	93	...	...
37 Haïti	15	...	...	29*	37*	3*	17*	51*	83	89	...	...
38 Ghana	17	2	57	94	27	6	15	39	105	93	66	...
39 Pakistan	25	25	29	78	40	14	11	60	102	99	54	17
40 Bangladesh	50	...	...	82*	68*	27*	16*	65	96	88	59	36
41 Côte d'Ivoire	14*	...	...	78*	12	2	17	20	93	111	40	14
42 Inde	33	...	...	...	63*	27*	27	65*	116	101	52	18
43 Cameroun	13	7	...	...	17*	...	2*	43*	79	95	24	8
44 Bolivie	12	59	57	73	13	3	2	51*	125	84	33	...
45 Namibie	12	...	...	73*	29*	6*	9*	30*	92	...	...
46 Myanmar	16	...	...	94*	32	9	...	...	88	114	...	...
47 Congo	16	...	...	90*	24	...	13	33	97	103	42	19
48 Jamahiriya arabe libyenne	...	...	...	...	...	...	...	...	74	140	...	...
49 Pérou	11	32	49	57	13*	2*	3	43	93	87	35	8
50 Guatemala	14	...	...	82	34*	8*	3	68*	95	103	36	10
51 Maroc	9	48	48	62	16*	4*	6	34*	134	125	40	12
52 Turquie	8	...	...	63*	...	...	...	...	99	127	40	8
53 Zimbabwe	14	11	94	90	12	2	2	31	76	94	40	9
54 Indonésie	14	39	82	82	40	...	...	...	125	121	61	18
55 Botswana	8	41	82	77	15	...	...	...	63	97	35	13
56 Egypte	10	38	52	77	10	3	4	32	106	132	50	10
57 Equateur	11	31	31	51	17	0	4	39	99	105	30	...
58 Mongolie	10	...	...	...	...	...	...	...	76	97	...	...
59 Nicaragua	15	...	...	...	11	1	0	22	62	99	...	...
60 Papouasie-Nlle-Guinée	23	...	...	...	35	...	...	...	98	114	...	...
61 Rép. dominicaine	16	14	24	23	13*	2*	3	26*	81	102	46	13
62 Kenya	16	24	87	83	14*	3*	5*	32*	103	89	39	16
63 Honduras	9	...	...	24*	21	4	2*	34*	81	98	39	...
64 Afrique du Sud	...	...	...	...	...	...	...	...	81	128	26	...
Pays à TMM5 moyen	10	...	...	41	21	...	9	36	122	116	42	...
65 Brésil	11	4	28	25	7	3	2*	15*	115	114	35	9
66 El Salvador	11	...	...	55*	...	...	3	36	103	102	33	12
67 Iran, Rép. islamique d'	9	...	...	51*	43*	...	23*	55*	114	125	37	10
68 Algérie	9	...	...	...	10*	...	4*	13*	104	123	...	...
69 Paraguay	8	7	61	40	4	1	0	17	116	116	30	6
70 Tunisie	8	21	53	57	10*	2*	4	23*	102	131	37	7

		Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance 1990	% d'enfants affaiblis (1986-1991)			Pourcentage d'enfants (1980-1991) souffrant de				Indice moyen de production alimentaire par habitant (1979-81 = 100) 1991	Apport journalier de calories par habitant en % des besoins 1980-1990	Part du revenu des ménages consacrée à l'alimentation (%) 1980-1985			
			exclusivement (0-3 mois)	plus ziments de survie (6-9 mois)	au-delà de la première année (12-15 mois)	faible poids (0-4 ans)		émaciation (12-23 mois)				retard de croissance (24-59 mois)		Total	Céréales
						modéré et grave	grave	modérée et grave	modéré et grave						
71	Viet Nam	17	...	...	49*	42	14	12*	49*	131	103	...	...
72	Rép. arabe syrienne	11	...	...	41*	...	...	...	...	73	126	...	...
73	Jordanie	7	32	...	61*	6	1	3	21	82	110	35	...		
74	Liban	10	...	...	15*	...	...	...	...	132	127	...	...
75	Philippines	15	...	...	53*	34	5	14	45	82	104	51	20
76	Venezuela	9	...	...	30*	6*	...	4	7*	99	99	38	...
77	Arabie saoudite	7	...	...	...	...	...	...	...	223	121	...	...
78	Oman	10	...	...	76	...	...	...	...	...	...	...	...
79	Mexique	12	38	36	32	14	...	6*	22*	97	131	35	...		
80	Roumanie	7	...	...	...	...	...	...	...	70	116	...	...
81	Rep. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	109	121	...	...
82	Thaïlande	13	4	69	58	26*	4*	10	28*	109	103	30	7		
83	ex-URSS	6	...	...	...	...	...	...	...	96	132	...	...
84	Albanie	7	...	...	...	...	...	...	...	62	107	...	...
85	Panama	10	...	...	55*	16	...	7	24	81	98	38	7
86	Emirats arabes unis	6	...	...	26	...	...	...	...	...	...	...	...
87	Maurice	9	...	...	40*	24	...	18*	22*	94	128	24	7
88	Chine	9	...	...	...	21*	3*	8*	41*	138	112	61	...
89	Uruguay	8	...	...	...	7*	2*	...	16*	108	101	31	7
90	Argentine	8	...	...	14*	...	4	...	...	95	131	35	4
91	Trinité-et-Tobago	10	10	39	30	7*	0*	5	4*	87	114	...	...
92	ex-Yougoslavie	...	...	...	...	...	...	...	...	87	140	27	...
93	Bulgarie	6	...	...	...	...	...	...	...	88	148	...	...
94	Chili	7	...	...	20*	3*	0*	1	10*	118	102	29	7
95	Sri Lanka	25	14	47	71	29	2	21	39	89	101	43	18		
96	Colombie	10	17	48	39	10	2	5	18	104	106	29	...		
Pays à faible TMM5		7	...	...	...	...	...	...	...	102	133	15	3
97	Malaisie	10	...	...	19*	...	4	6	...	146	120	30	...
98	Jamaïque	11	...	...	43*	7	1	6	7	96	114	39	...
99	Costa Rica	6	...	...	24*	6	...	3	8	90	121	33	8
100	Hongrie	9	...	...	...	...	...	...	...	114	137	25	...
101	Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...	103	131	29	...
102	Koweït	7	...	...	12*	6	...	2	14	...	...	...	...
103	Cuba	8	...	...	...	...	...	1*	...	96	135	...	...
104	Rép. féd. tchèque et slovaque	6	...	...	...	...	...	...	...	118	145	...	...
105	Israël	7	...	...	...	...	...	...	...	91	125	22	...
106	Portugal	5	...	...	7	...	...	...	...	117	136	34	...
107	Etats-Unis d'Amérique	7	...	...	...	...	...	...	...	94	138	13	2
108	Grèce	6	...	...	...	...	...	...	...	104	151	30	...
109	Irlande	4	...	...	...	...	...	...	...	118	157	22	4
110	Singapour	7	...	...	...	14*	...	...	...	70	136	19	...
111	Belgique	6	...	...	...	...	...	...	...	110	149	15	2
112	Australie	6	...	...	10	...	...	...	...	92	124	13	2
113	Italie	5	...	...	...	...	...	...	...	99	139	19	2
114	Nouvelle-Zélande	6	...	...	...	...	...	...	...	102	131	12	2
115	Rép. de Corée	9	...	...	27*	...	...	...	...	100	120	35	14
116	Canada	6	...	...	...	...	...	...	...	117	122	11	2
117	Allemagne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
118	Danemark	6	...	...	...	...	...	...	...	132	135	13	2
119	Suisse	5	...	...	...	...	...	...	...	100	130	17	...
120	France	5	...	...	...	...	...	...	...	106	143	16	2
121	Royaume-Uni	7	...	...	...	...	...	...	...	108	130	12	2
122	Autriche	6	...	...	...	...	...	...	...	103	133	16	2
123	Espagne	4	...	...	...	...	...	...	...	111	141	24	3
124	Hong Kong	8	...	...	...	...	...	...	...	111	125	12	1
125	Pays-Bas	...	...	...	...	...	...	...	...	103	114	13	2
126	Norvège	4	...	...	...	...	...	...	...	108	120	15	2
127	Finlande	4	...	...	...	...	...	...	...	98	113	16	3
128	Japon	6	...	...	...	...	...	...	...	99	125	16	4
129	Suède	5	...	...	...	...	...	...	...	95	111	13	2
Pays les moins avancés		24	...	...	82	42	14	15	50	91	90	...	...
Pays en développement		19	...	...	68	36	12	14	47	116	107	43	...
Pays développés		6	...	...	...	...	...	...	...	99	133	15	2
Afrique au sud du Sahara		16	...	...	84	31	8	13	44	96	93	37	16
Moyen-Orient et Afrique du Nord		10	...	...	62	24	...	...	...	106	123	...	...
Asie du Sud		34	...	...	78	59	25	23	64	112	99	53	19
Asie de l'Est et Pacifique		11	...	...	66	26	...	...	...	130	112	49	...
Amérique latine et Caraïbes		11	...	...	33	11	3	4	23	104	114	35	8

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5 (voir tableau 1). Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur sont des totaux ou des moyennes pondérées.

TABLEAU 3: SANTÉ

Pays à TMM5 très élevé	Pourcentage de la population ayant accès à de l'eau saine 1988-1990			Pourcentage de la population ayant accès à un assainissement sûr 1988-1990			Pourcentage de la population ayant accès à des services de santé 1985-1988			Pourcentage d'individus complètement vaccinés				Taux d'insuffisance de la TRO 1987-1991
	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Enfants d'un an				
										BCG	DTC	Polo	Rougeole		Femmes enceintes	Tétanos
43	62	35	43	56	33	52	...	...	62	47	46	46	28	39
1 Angola	35	75	19	21	25	20	30*	...	54	27	26	40	36	48
2 Mozambique	24	44	17	21	53	12	39	100	63	42	42	50	30	30
3 Afghanistan	21	39	17	...	5	...	29	60	39	30	30	29	9	26
4 Sierra Leone	36	33	37	63	92	49	...	...	71	56	57	54	77	60
5 Guinée-Bissau	27	17	30	21	29	18	...	...	94	63	63	52	35	5
6 Guinée	51	78	42	6	22	1	47	100	47	35	35	33	25	65
7 Malawi	56*	97*	50*	84	100	81	80	...	96	81	78	78	76	14
8 Mali	41	53	38	19	90	3	15	...	68	34	34	39	9	...
9 Niger	61	100	52	9	36	3	41	99	26	17	17	23	44	54
10 Tchad	57	25	70	...	...	...	30	...	27	12	12	21	4	15
11 Ethiopie	19	70	11	19	97	7	46	...	29	21	21	17	6	38
12 Somalie	37	50	29	18	44	5	27*	50*	31	18	18	30	5	78
13 Mauritanie	66	100	100	39	69	13	40	...	60	26	26	29	40	...
14 Burkina Faso	69	44	72	...	49	...	49*	51*	60	38	38	36	26	...
15 Bhoutan	32	60	30	9	50	7	65	...	81	79	77	82	43	65
16 Zambie	60	76	43	56	76	34	75*	100*	97	79	78	76	68	89
17 Libéria	55	93	22	...	2	39	50	30	62*	28*	28*	55*	20*	9
18 Ouganda	21	43	18	30	32	30	61	90	100	76	76	73	21	30
19 Rwanda	50*	79*	48*	57	77	55	27*	60*	94	85	85	81	88	24
20 Nigeria	53	50	54	58	63	55	66	85	57	44	44	46	26	35
21 Cambodge	18	40	15	13	53	8	53	80	54	40	40	34	22	6
22 Sénégal	47	84	25	53	86	36	40	...	69	51	51	46	33	27
23 Yémen	38	56	30	37	51	64	38	...	71	53	53	45	8	7
24 Burundi	38	100	34	10	80	5	61	...	88	83	89	75	56	49
25 Zaïre	33	59	17	...	...	...	26	40	65	32	31	31	29	45
26 Rép. centrafricaine	26	32	21	...	48	45	...	...	42	25	26	25	87	24
27 Rép.-Union de Tanzanie	56	75	46	68	93	58	76*	99*	89	79	74	75	40	83
28 Madagascar	22	62	10	...	9	56	...	...	67	50	49	40	17	11
29 Soudan	46	55	43	71	89	66	51	90	66	63	63	59	16	37
30 Gabon	68	90	50	...	...	...	90*	...	96	78	78	76	86	10
31 Bénin	54	66	46	35	42	31	18	...	81	68	68	60	83	45
32 Rép. dém. pop. lao	35	50	32	13	49	5	67	...	34	22	22	20	13	30
33 Népal	37	66	34	2	17	1	...	...	81	74	74	63	17	14
34 Togo	59	76	53	22	56	10	61	...	79	61	61	51	81	33
35 Iraq	92	100	72	75	100	11	93	97	79	63	64	68	45	70
Pays à TMM5 élevé	75	83	71	23	56	10	61	...	86	80	80	76	65	26
36 Lesotho	48	59	45	15	22	14	80	...	76	75	74	76	...	68
37 Haïti	36	59	27	21	42	13	50	...	72	41	40	31	23	20
38 Ghana	57	90	41	52	92	33	60	92	45	39	39	39	9	21
39 Pakistan	58	80	45	24	55	10	55	99	91	81	81	77	42	34
40 Bangladesh	81	76	81	16	57	8	45	...	86	60	60	53	78	26
41 Côte d'Ivoire	76	70	80	60	73	51	30*	61*	47	37	37	47	35	16
42 Inde	86	87	85	16	53	2	...	...	92	89	89	86	80	14
43 Cameroun	42	46	39	46	100	1	41	44	48	34	34	35	35	84
44 Bolivie	53	77	27	27	40	13	63	90	67	58	67	73	52	63
45 Namibie	...	...	...	...	...	...	...	...	68	87	82	71	52	...
46 Myanmar	31	38	30	36	39	35	33	100	65	62	62	63	61	19
47 Congo	38	92	2	...	...	...	83	97	88	74	74	64	60	26
48 Jamahiriya arabe libyenne	94	100	80	91	100	72	...	...	91	62	62	59	18	60
49 Pérou	61	78	10	59	76	20	75	...	78	71	74	59	12	...
50 Guatemala	62	91	43	59	72	52	34	47	43	63	69	49	18	24
51 Maroc	61	100	25	...	16	70	100	50	92	81	81	80	64	13
52 Turquie	78*	95*	63*	...	...	...	...	...	52	72	72	66	20	...
53 Zimbabwe	66	31	80	...	...	...	71	100	87	83	81	83	60	77
54 Indonésie	58	72	61	39	51	33	80	...	87	83	82	78	52	45
55 Botswana	54*	84*	46*	42	98	20	89*	100*	92	86	82	78	62	64
56 Egypte	73	92	56	...	10	...	...	...	93	93	87	90	71	58
57 Equateur	58	75	44	67	98	38	75	92	83	59	62	54	5	70
58 Mongolie	65	78	50	...	...	...	...	...	92	84	85	86	...	59
59 Nicaragua	54	78	18	27	30	16	83	100	75	71	83	54	25	40
60 Papouasie-Nlle-Guinée	34	93	23	45	99	35	96	...	68	53	54	52	3	46
61 Rép. dominicaine	63	86	28	28	41	10	80	...	45	47	64	69	24	31
62 Kenya	30*	61*	21*	34	89	19	...	...	80	74	71	59	37	69
63 Honduras	65	86	48	58	79	42	66	80	99	94	93	86	16	70
64 Afrique du Sud	...	...	...	...	...	...	...	...	85	67	69	63	...	...
Pays à TMM5 moyen	76	89	67	67	83	48	87	...	93	87	92	89	54	55
65 Brésil	97	100	86	64	86	1	...	...	80	75	96	83	62	62
66 El Salvador	48	84	19	58	86	36	56	80	66	60	60	53	19	45
67 Iran, Rép. islamique d'	89	98	76	63	86	32	80	95	91	88	88	84	77	71
68 Algérie	68*	85*	55*	57	80	40	88	100	89	89	89	83	27	26
69 Paraguay	34	65	7	86	89	83	61	...	93	79	79	74	54	42
70 Tunisie	92	97	86	96	98	94	90*	100*	80	91	91	82	40	63

	Pourcentage de la population ayant accès à de l'eau saine 1988-1990			Pourcentage de la population ayant accès à un assainissement sûr 1988-1990			Pourcentage de la population ayant accès à des services de santé 1985-1988			Pourcentage d'individus complètement vaccinés				1990-1991	Taux d'utilisation de la TRC 1987-1991
	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Enfants d'un an				Femmes enceintes Tétanos	
										BCG	DTC	Polo	Rougeole		
71 Viet Nam	42	50	40	62	70	60	80	100	75	91	88	88	88	14	53
72 Rép. arabe syrienne	70	90	50	85	85	84	75*	92*	60*	98	92	92	87	84	89
73 Jordanie	99	100	98	61	92	...	97	98	95	...	91	91	83	47	77
74 Liban	92	95	85	...	...	...	...	...	...	4	85	85	51	...	10
75 Philippines	81	93	72	67	83	63	...	...	...	96	89	90	88	52	25
76 Venezuela	90*	93*	65*	51	57	5	...	...	...	83	54	63	61	...	80
77 Arabie saoudite	94	100	74	...	100	...	97	100	88	97	96	96	90	62	45
78 Oman	55	100	49	48	75	45	91	100	90	92	94	94	96	97	19
79 Mexique	71	79	49	58	77	13	78	80	60	87	64	95	78	42	66
80 Roumanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	90	96	92	89	...	...
81 Rep. pop. dém. de Corée	...	...	...	...	...	...	...	...	...	99	98	99	99	99	72
82 Thaïlande	93	97	92	91	79	95	90	90	90	99	90	91	79	76	43
83 ex-URSS	...	...	...	...	...	...	...	...	...	90	67	74	85	...	...
84 Albanie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	94	94	96	87	...	...
85 Panama	84	100	66	81	99	61	80*	95*	64*	87	82	82	80	27	55
86 Emirats arabes unis	95	...	...	77	93	22	99	...	...	96	84	84	81	...	81
87 Maurice	95	100	92	92	100	86	100	100	100	87	91	91	88	77	7
88 Chine	74	87	68	...	...	...	90	100	88	96	95	95	95	...	54
89 Uruguay	73	85	5	...	...	...	82	...	...	99	88	88	82	13	96
90 Argentine	65	73	17	69	75	35	71	80	21	99	84	88	99	...	70
91 Trinité-et-Tobago	96	100	87	98	100	95	99	...	...	...	73	74	81	...	70
92 ex-Yougoslavie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	89	...	86	88	...	...
93 Bulgarie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	99	99	99	98	...	...
94 Chili	89	100	21	85	100	4	97	...	...	90	91	91	93	...	1
95 Sri Lanka	80	80	55	59	68	56	93*	...	...	85	83	83	76	50	76
96 Colombie	88	88	87	70	96	13	60	...	...	93	87	94	83	40	40
Pays à faible TMM5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	77	89	88	78	...	...
97 Malaisie	79	96	66	76	100	60	...	...	...	99	90	90	79	83	47
98 Jamaïque	100	100	100	85	96	74	90	...	...	94	83	86	68	50	10
99 Costa Rica	92	100	84	94	99	89	80*	100*	63*	92	95	95	90	68	78
100 Hongrie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	99	99	99	99	...	...
101 Pologne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	95	98	99	96	...	...
102 Koweït	...	100	...	...	100	...	100	...	...	3	92	92	93	22	10
103 Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	98	99	97	99	88	80
104 Rép. féd. tchèque et slovaque	...	...	...	...	...	...	...	...	...	98	99	99	98	...	...
105 Israël	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	86	88	88	...	...
106 Portugal	...	...	...	...	...	...	...	...	...	89	89	89	85	...	...
107 Etats-Unis d'Amérique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	96	76	...	...
108 Grèce	...	...	...	...	...	...	...	...	...	56	...	...	78	...	...
109 Irlande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	65	81	90	...	...
110 Singapour	100	100	0	99	99	...	100	100	...	99	85	85	90	...	...
111 Belgique	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	94	95	75	...	...
112 Australie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	90	90	68	...	...
113 Italie	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4	83	63	43	...	...
114 Nouvelle-Zélande	97	100	82	...	...	...	...	...	...	20	90	90	90	...	...
115 Rép. de Corée	100	100	100	100	100	100	93	97	86	76	80	79	96	...	...
116 Canada	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	85*	85*	85*	...	...
117 Allemagne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	84	94	94	59	...	...
118 Danemark	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	95	97	84	...	...
119 Suisse	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	98	94	...	...
120 France	...	...	...	...	...	...	...	...	...	80	95	90	69	...	...
121 Royaume-Uni	...	...	...	...	...	...	...	...	...	75	85	90	89	...	...
122 Autriche	...	...	...	...	...	...	...	...	...	97	95	95	74	...	...
123 Espagne	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	73	73	84	...	...
124 Hong Kong	100	100	96	...	100	...	99*	...	...	94	90	90	42	...	...
125 Pays Bas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	97	97	94	...	...
126 Norvège	...	...	...	...	...	...	...	...	...	95	86	84	87	...	...
127 Finlande	...	...	...	...	...	...	...	...	...	91	90	90	95	...	...
128 Japon	...	...	...	...	...	...	...	...	...	85	90	90*	73	...	...
129 Suède	...	...	...	...	...	...	...	...	...	14	99	99	84	...	...
Pays les moins avancés	47	61	42	29	57	22	45	...	...	68	51	51	48	42	35
Pays en développement	72	84	65	39	71	22	75	...	...	84	78	79	76	57	40
Pays développés	...	...	...	...	...	...	...	...	...	82	82	84	80	...	...
Afrique au sud du Sahara	44	60	37	43	69	32	52	...	...	63	48	48	47	31	43
Moyen-Orient et Afrique du Nord	75	93	56	67	89	37	77	...	...	82	81	80	77	48	51
Asie du Sud	80	85	78	17	53	4	52	...	...	90	83	83	79	73	19
Asie de l'Est et Pacifique	71	85	65	58	73	51	87	...	...	93	90	91	89	53	49
Amérique latine et Caraïbes	80	89	57	62	81	18	72	...	...	82	72	87	77	47	58

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5 (voir tableau 1). Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur sont des totaux ou des moyennes pondérées.

TABLEAU 4: ÉDUCATION

	Taux d'alphabétisation des adultes				Postes pour 1000 habitants 1989		Taux d'inscription dans l'enseignement primaire						Pourcentage d'enfants ayant accompli la durée totale de la scolarité primaire 1988	Taux d'inscription dans l'enseignement secondaire 1986-1990 (brut)	
	1970		1990		Radio	TV	1980 (brut)		1986-1990 (brut)		1986-1990 (net)			Garçons	Filles
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes			Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles			
Pays à TMM5 très élevé	30	14	59	37	128	17	39	19	73	54	52	41	55	22	13
1 Angola	16	7	56	29	53	6	..	..	101	85	..	..	24*	17	9
2 Mozambique	29	14	45	21	41	2	60	36	76	59	49	41	39	7	4
3 Afghanistan	13	2	44	14	104	8	15	2	31	16	..	..	63	11	5
4 Sierra Leone	18	8	31	11	220	10	30	..	65	40	..	..	..	23	11
5 Guinée-Bissau	13	6	50	24	39	..	..	..	76	42	52	29	8	9	4
6 Guinée	21	7	35	13	41	5	44	16	48	21	34	17	44	14	5
7 Malawi	42	18	..	..	237	..	..	45	73	60	52	49	47	6	3
8 Mali	11	4	41	24	39	0	14	6	29	17	23	14	40	9	4
9 Niger	6	2	40	17	59	4	7	3	36	20	..	..	75	8	3
10 Tchad	20	2	42	18	237	1	29	4	79	35	52	23	71	12	3
11 Ethiopie	8	..	..	..	188	2	11	3	46	30	32	24	44	17	12
12 Somalie	5	1	36	14	41	14	13	13	20	10	14	8	37	13	7
13 Mauritanie	..	..	47	21	143	23	13	3	60	42	..	..	68	22	10
14 Burkina Faso	13	3	28	9	26	5	12	5	44	27	34	20	64	9	5
15 Bhoutan	..	..	51	25	15	..	5	..	31	20	..	..	26	7	2
16 Zambie	66	37	81	65	74	25	51	34	99	91	81	79	64	25	14
17 Libéria	27	8	50	29	225	18	45	18	43	24	..	..	..	..	..
18 Ouganda	52	30	62	35	99	8	..	32	76	63	57	50	76	16	8
19 Rwanda	43	21	64	37	59	..	..	..	69	68	65	65	36	9	6
20 Nigeria	35	14	62	40	171	29	46	27	77	63	..	..	52	22	16
21 Cambodge	..	23	48	22	107	8	..	..	..	..	..	..	50*	45	20
22 Sénégal	18	5	52	25	113	35	36	..	67	49	55	41	85	21	11
23 Yémen	14	3	53	26	59	27	..	..	132	39	..	..	53	42	7
24 Burundi	29	10	61	40	57	1	27	9	77	60	55	46	83	5	3
25 Zaïre	61	22	84	61	101	1	88	32	89	67	67	53	73	32	16
26 Rép. centrafricaine	26	6	52	25	61	3	53	12	79	48	56	37	48	16	6
27 Rép.-Union de Tanzanie	48	18	93*	88*	21	1	33	18	64	63	47	48	75	5	4
28 Madagascar	56	43	88	73	198	20	58	45	94	90	64	63	32	20	18
29 Soudan	28	6	43	12	235	61	35	14	58*	41*	23	17	76*	23*	17x
30 Gabon	43	22	74	49	138	36	..	..	..	..	..	..	44*	..	..
31 Bénin	23	8	32	16	89	5	38	15	87	44	69	36	40	23	9
32 Rép. dém. pop. lao	37	28	..	..	124	5	34	16	122	98	..	..	38	31	22
33 Népal	23	3	38	13	33	2	19	1	112	57	84	43	27	42	17
34 Togo	27	7	56	31	210	5	63	24	126	80	85	58	48	33	10
35 Iraq	50	18	70	49	202	68	94	36	104	87	90	78	58	58	37
Pays à TMM5 élevé	50	25	65	41	113	39	77	42	103	82	..	..	59	49	31
36 Lesotho	49	74	..	..	68	3	63	102	99	115	64	76	50	21	31
37 Haïti	26*	17*	59	47	42	5	50	42	86	81	44	44	9	20	19
38 Ghana	43	18	70	51	295	15	52	25	82	67	..	..	87	49	30
39 Pakistan	30	11	47	21	86	16	48	13	49	27	..	..	51	28	12
40 Bangladesh	36	12	47	22	41	4	66	26	76	64	67	58	46	23	11
41 Côte d'Ivoire	26	10	67	40	139	59	68	24	82	58	..	..	73	27	12
42 Inde	47	20	62	34	78	27	80	40	112	82	..	..	53	54	31
43 Cameroun	47	19	66	43	131	22	87	43	108	93	80	69	68	31	20
44 Bolivie	68	46	85	71	597	98	78	50	86	77	88	78	50	36	31
45 Namibie	..	..	..	..	133	16	..	..	..	..	..	..	..	..	..
46 Myanmar	85	57	89	72	81	2	61	52	106	100	..	..	33*	25	23
47 Congo	50	19	70	44	109	5	103	53	..	..	..	..	62	37	14
48 Jamahiriya arabe libyenne	60	13	75	50	224	91	92	24	..	..	..	..	82*	..	..
49 Pérou	81	60	92	79	251	95	95	71	125	120	..	..	70*	68	61
50 Guatemala	51	37	63	47	64	45	50	39	82	70	..	..	36	21	19
51 Maroc	34	10	61	38	209	70	67	27	81	55	65	46	63	42	30
52 Turquie	69	34	90	71	161	174	90	58	117	108	..	..	97	63	39
53 Zimbabwe	63	47	74	60	85	27	..	..	130	126	100	100	74*	49	42
54 Indonésie	66	42	84	62	144	55	86	58	120	115	100	97	79	52	43
55 Botswana	37	44	84	65	111	12	35	48	112	117	94	100	95	31	36
56 Égypte	50	20	63	34	322	98	80	52	104	89	..	..	95	91	71
57 Equateur	75	68	88	84	314	82	87	79	118	117	..	..	63	55	57
58 Mongolie	87	74	..	..	131	38	79	78	100	103	..	..	..	88	96
59 Nicaragua	58	57	..	..	247	61	65	60	90	100	71	76	29	28	46
60 Papouasie-Nlle-Guinée	39	24	65	38	69	2	59	7	79	67	78	67	61	10	10
61 Rép. dominicaine	69	65	85	82	168	82	99	98	95	96	..	..	33	..	..
62 Kenya	44	19	80	59	95	9	64	30	96	92	..	..	62	27	19
63 Honduras	55	50	76	71	384	70	88	67	108	109	89	94	43	28	36
64 Afrique du Sud	..	..	..	..	324	101	94	85	..	..	..	..	..	..	..
Pays à TMM5 moyen	84	80	85	68	277	100	93	88	124	115	98	96	75	51	45
65 Brésil	69	63	83	80	373	204	97	93	..	..	..	..	22*	32	42
66 El Salvador	61	53	76	70	403	87	..	..	77	78	69	71	27	26	26
67 Iran, Rép. islamique d'	40	17	65	43	245	66	56	27	115	101	99	90	91	62	44
68 Algérie	39	11	70	46	232	73	55	37	103	88	97	81	90	61	53
69 Paraguay	85*	75*	92	88	169	48	105	90	108	104	93	92	57	28	30
70 Tunisie	44	17	74	56	188	75	88	43	123	107	99	90	79	50	39

	Taux d'alphabétisation des adultes				Postes pour 1000 habitants		Taux d'inscription dans l'enseignement primaire						Pourcentage d'enfants ayant accompli la durée totale de la scolarité primaire	Taux d'inscription dans l'enseignement secondaire		
	1970		1990		1989		1990 (brut)		1986-1990 (brut)		1986-1990 (net)			1989	1986-1990 (brut)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Radio	TV	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles		Garçons	Filles	
71 Viet Nam	..	..	92	84	107	38	..	..	105	99	..	..	57	43	40
72 Rép. arabe syrienne	60	20	78	51	248	59	89	39	114	102	100	93	85	63	45	
73 Jordanie	64	29	89	70	252	77	94	59	96	99	88	88	96*	80	78	
74 Liban	79*	58*	88	73	834	327	105	99	105	95	..	..	..	57	56
75 Philippines	84	81	90	90	136	41	98	93	111	110	100	98	71	72	75	
76 Venezuela	79	71	87	90	432	156	100	100	105	105	107	88	70	50	62	
77 Arabie saoudite	15	2	73	48	280	277	22	..	81	70	64	48	90	53	39	
78 Oman	..	..	..	..	645	762	..	..	106	97	86	81	91	55	40
79 Mexique	78	69	90	85	242	127	82	77	118	115	..	..	70	53	53
80 Roumanie	96	91	..	..	195	194	101	95	96	95	..	..	94	84	92
81 Rep. pop. dém. de Corée	..	..	..	..	117	14	..	..	110	103	..	..	99	100	100
82 Thaïlande	86	72	96	90	182	109	88	79	89	88	..	..	59	32	28
83 ex-URSS	98	97	..	..	685	323	100	100	104	105	..	..	94	..	..
84 Albanie	..	..	..	..	172	83	102	86	99	98	..	..	91	86	73
85 Panama	81	81	88	88	222	165	98	94	109	105	90	89	79	56	63	
86 Emirats arabes unis	24	7	58	38	322	109	..	..	111	110	100	100	96	60	69
87 Maurice	77	59	..	..	354	215	103	93	102	104	92	94	98	53	53
88 Chine	..	..	84	62	184	27	..	..	142	128	100	100	81	50	38
89 Uruguay	93*	93*	97	96	600	227	111	111	107	106	..	..	93	68	76
90 Argentine	94	92	96	95	673	219	98	99	107	114	..	..	..	69	78
91 Trinité-et-Tobago	95	89	..	..	460	301	..	..	95	98	89	93	89	81	84
92 ex-Yougoslavie	92	76	97	88	245	197	113	108	95	94	..	..	98*	82	79
93 Bulgarie	94	89	..	..	436	249	94	92	98	96	86	85	62	74	76
94 Chili	90	88	94	93	340	201	111	107	99	97	..	..	77	72	78
95 Sri Lanka	85	69	93	84	194	32	100	90	109	106	100	100	94	71	76	
96 Colombie	79	76	88	86	167	108	77	77	106	108	72	74	56	52	53	
Pays à faible TMM5	97	95	..	..	1148	521	108	106	103	103	97	98	95	90	92
97 Malaisie	71	48	87	70	428	144	108	83	97	96	..	..	96	58	59
98 Jamaïque	96	97	98	99	409	124	92	93	104	105	98	100	85	62	68	
99 Costa Rica	88	87	93	93	259	136	97	95	101	99	86	86	77	41	42	
100 Hongrie	98	98	..	..	592	409	103	100	96	97	93	94	94	70	72
101 Pologne	98	97	..	..	428	292	110	107	99	99	97	98	92	80	83
102 Koweït	65	42	77	67	337	281	131	102	101	99	..	77	90	93	87	
103 Cuba	86	87	95	93	343	203	109	109	105	100	96	95	88	84	94	
104 Rép. féd. tchèque et slovaque	..	..	..	..	583	410	93	93	92	93	..	..	93	84	90
105 Israël	93	83	..	..	468	266	99	97	92	95	..	..	78	79	86
106 Portugal	78	65	89	82	216	176	132	129	131	123	..	..	..	47	56
107 Etats-Unis d'Amérique	99	99	..	..	2122	814	..	..	101	100	95	96	90	96	99
108 Grèce	93	76	98	89	419	195	104	101	101	102	97	98	100	99	94	
109 Irlande	..	..	..	..	583	271	107	112	100	101	88	90	97	93	102
110 Singapour	92	55	..	..	306	372	121	113	111	109	100	100	100	68	71
111 Belgique	99	99	..	..	776	447	111	108	101	101	96	97	78	103	104
112 Australie	..	..	..	..	1262	484	103	103	106	105	97	98	99	80	83
113 Italie	95	93	98	96	794	423	112	109	96	96	97	98	100	78	78	
114 Nouvelle-Zélande	..	..	..	..	922	372	110	106	106	106	100	100	95	87	89
115 Rép. de Corée	94	81	99	94	1003	207	99	89	107	110	100	100	100	88	85	
116 Canada	..	..	..	..	1023	626	108	105	105	105	96	97	96	104	105
117 Allemagne	..	..	..	..	895*	378*	..	..	103	102	..	..	99*	92	88
118 Danemark	..	..	..	..	1012	528	103	103	97	98	..	..	99	106	107
119 Suisse	..	..	..	..	851	406	118	118	..	..	..	..	99*	..	..
120 France	99	98	..	..	895	400	144	143	114	111	100	100	96	93	100
121 Royaume-Uni	..	..	..	..	1145	434	92	92	105	106	97	97	..	82	85
122 Autriche	..	..	..	..	622	475	106	104	104	103	..	..	97	81	83
123 Espagne	93	87	97	93	304	389	108	116	112	110	100	100	94	100	111	
124 Hong Kong	..	..	..	..	634	260	93	79	105	104	..	95	98	71	75
125 Pays-Bas	..	..	..	..	902	485	105	104	114	117	100	100	94	105	102
126 Norvège	..	..	..	..	796	423	100	100	98	98	98	97	100	96	101
127 Finlande	..	..	..	..	998	488	100	95	99	99	..	..	100	103	121
128 Japon	99	99	..	..	895	610	103	102	102	102	100	100	100	94	97
129 Suède	..	..	..	..	885	471	95	96	104	104	100	100	100	89	93
Pays les moins avancés	36	18	58	36	93	8	44	23	74	57	54	44	52	21	12	
Pays en développement	53	33	75	55	174	51	75	49	108	92	87	82	64	47	35	
Pays développés	98	96	..	..	1029	482	106	105	103	103	97	98	94	91	93
Afrique au sud du Sahara	34	17	64	44	145	22	49	28	75	60	53	45	58	21	13	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	47	19	70	48	237	106	72	41	103	86	81	70	85	61	43	
Asie du Sud	44	19	59	32	76	23	74	36	99	72	..	..	52	47	27
Asie de l'Est et Pacifique	76	56	85	66	196	40	87	69	130	120	..	..	77	51	42
Amérique latine et Caraïbes	76	69	87	83	335	156	91	86	108	107	83	79	47	46	51	

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5 (voir tableau 1). Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur sont des totaux ou des moyennes pondérées.

TABLEAU 5: INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

	Population (millions)		Taux annuel d'accroissement de la population (%)		Taux brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité 1991	Pourcentage de la population urbaine 1991	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	1991		1960-1980 1980-1991		1960 1991		1960 1991		1960 1991				1960-1980 1980-1991	
	moins de 16 ans	moins de 5 ans												
Pays à TMM5 très élevé	276	106	2.6	3.0	26	16	50	47	39	50	6.6	25	5.9	5.3
1 Angola	5.5	2.2	2.8	2.9	31	20	49	51	33	46	7.2	27	6.4	5.9
2 Mozambique	7.7	2.9	2.5	1.7	26	18	47	45	37	47	6.5	25	11.8	8.8
3 Afghanistan	9.7	4.2	2.4	1.0	30	22	52	52	33	43	6.9	18	6.0	2.6
4 Sierra Leone	2.2	0.9	2.0	2.4	33	22	48	48	32	42	6.5	31	4.3	5.1
5 Guinée-Bissau	0.5	0.2	1.2	2.0	29	22	40	43	34	43	5.8	19	1.7	3.6
6 Guinée	3.3	1.3	1.9	2.6	31	21	53	51	34	44	7.0	25	6.6	5.6
7 Malawi	5.8	2.3	2.9	4.3	28	21	54	55	38	45	7.6	11	7.8	6.9
8 Mali	5.4	2.1	2.1	3.0	29	20	52	51	35	45	7.1	23	4.9	5.6
9 Niger	4.6	1.8	2.7	3.3	29	19	53	51	35	46	7.1	19	6.9	7.2
10 Tchad	2.9	1.1	2.0	2.2	30	18	46	44	35	47	5.9	30	9.2	6.5
11 Ethiopie	28.2	11.2	2.7	2.6	28	19	50	49	36	46	7.0	12	6.6	4.2
12 Somalie	5.1	2.0	2.7	2.6	28	19	50	50	36	46	7.0	24	6.1	3.6
13 Mauritanie	1.1	0.4	2.3	2.7	28	18	48	46	35	47	6.5	44	12.4	7.3
14 Burkina Faso	4.9	1.9	2.0	2.6	28	18	49	47	36	48	6.5	14	3.4	8.5
15 Bhoutan	0.7	0.3	1.6	2.2	26	17	42	40	37	48	5.9	5	3.7	5.3
16 Zambie	4.8	1.8	3.1	3.5	22	17	50	47	42	45	6.5	42	7.1	4.0
17 Libéria	1.5	0.6	3.0	3.2	25	15	50	47	41	55	6.8	44	6.2	5.8
18 Ouganda	10.4	4.1	2.9	2.9	21	21	50	51	43	43	7.3	11	4.1	5.4
19 Rwanda	4.3	1.7	3.3	3.1	22	18	50	52	42	47	8.5	5	6.3	4.8
20 Nigéria	62.5	23.4	2.5	3.3	24	14	52	46	40	52	6.6	34	4.8	5.9
21 Cambodge	4.1	1.5	0.3	2.5	21	15	45	44	42	50	4.5	11	1.9	3.8
22 Sénégal	3.9	1.5	2.5	2.8	27	17	50	40	37	49	6.2	39	4.1	3.9
23 Yémen	7.2	2.7	2.3	3.5	28	14	53	49	36	52	7.3	28	6.4	7.1
24 Burundi	3.1	1.2	1.9	2.9	23	17	46	46	41	48	6.8	5	1.8	5.1
25 Zaïre	22.1	8.6	2.8	3.3	23	15	47	48	41	52	6.7	28	7.2	3.1
26 Rép. centrafricaine	1.6	0.6	1.8	2.6	26	18	43	45	39	47	6.2	46	4.8	4.6
27 Rép.-Unie de Tanzanie	15.4	6.0	3.3	3.4	23	15	51	48	41	51	6.8	20	8.7	6.8
28 Madagascar	6.8	2.6	2.5	3.2	24	13	48	46	41	55	6.6	23	5.7	5.8
29 Soudan	13.5	5.0	3.0	3.0	25	15	47	43	39	51	6.2	22	5.1	4.3
30 Gabon	0.5	0.2	3.5	3.6	24	16	31	41	41	53	5.2	44	4.2	6.0
31 Bénin	2.7	1.1	2.7	2.9	33	18	47	49	35	46	7.1	37	10.2	4.8
32 Rép. dém. pop. lao	2.3	0.9	0.6	2.8	23	16	45	45	40	50	6.7	18	4.8	6.0
33 Népal	10.0	3.4	2.4	2.7	26	14	46	39	38	53	5.6	10	5.1	7.9
34 Togo	2.0	0.8	3.0	3.0	26	13	48	45	39	54	6.6	28	7.2	5.2
35 Iraq	9.8	3.6	3.4	3.3	20	7	49	39	48	66	5.8	71	5.3	4.2
Pays à TMM5 élevé	707	244	2.5	2.3	21	10	44	32	44	59	4.2	30	4.1	3.8
36 Lesotho	0.8	0.3	2.3	2.7	24	10	43	35	43	60	4.8	19	14.6	6.6
37 Haïti	3.0	1.1	2.0	1.9	23	12	42	36	42	56	4.9	28	4.0	3.8
38 Ghana	8.3	3.0	2.2	3.3	19	12	48	42	45	55	6.1	34	3.4	4.3
39 Pakistan	61.8	22.5	3.1	3.2	23	11	49	42	43	58	6.3	31	4.3	4.6
40 Bangladesh	54.5	19.7	2.7	2.5	22	14	47	39	40	52	4.8	16	8.0	6.3
41 Côte d'Ivoire	7.4	2.9	4.2	3.8	25	15	53	50	39	52	7.4	40	8.7	5.3
42 Inde	343.7	115.9	2.3	2.1	21	10	43	30	44	60	4.0	25	3.6	3.1
43 Cameroun	6.1	2.3	2.7	2.9	24	13	44	41	39	55	5.8	39	8.1	5.4
44 Bolivie	3.4	1.2	2.5	2.5	22	10	46	35	43	60	4.7	50	2.9	3.9
45 Namibie	0.8	0.3	1.0	3.0	22	11	45	43	42	58	6.0	27	1.9	5.1
46 Myanmar	18.4	6.5	2.3	2.1	21	12	42	33	44	57	4.3	25	2.8	2.5
47 Congo	1.2	0.5	2.7	2.9	23	15	45	45	42	52	6.3	40	3.5	4.2
48 Jamahiriya arabe libyenne	2.6	1.0	4.6	4.0	19	8	49	43	47	62	6.5	81	9.7	5.6
49 Pérou	9.0	3.0	2.8	2.2	19	8	47	30	48	64	3.7	69	4.1	3.0
50 Guatemala	5.0	1.8	2.8	2.9	19	8	49	39	46	61	5.5	39	3.6	3.5
51 Maroc	11.6	4.0	2.5	2.6	21	9	50	33	47	63	4.5	45	4.2	3.7
52 Turquie	22.2	7.8	2.4	2.3	18	7	45	29	50	67	3.6	59	4.3	5.5
53 Zimbabwe	5.4	2.0	3.1	3.3	20	11	53	41	45	56	5.5	28	7.5	5.8
54 Indonésie	71.5	23.5	2.3	2.0	23	9	44	27	41	62	3.2	28	4.7	4.6
55 Botswana	0.7	0.2	3.5	3.2	20	10	52	39	46	60	5.2	24	15.4	8.2
56 Egypte	23.5	7.8	2.4	2.5	21	10	45	32	46	61	4.2	44	2.9	2.5
57 Equateur	4.6	1.5	3.1	2.6	15	7	46	30	53	66	3.8	55	5.1	4.4
58 Mongolie	1.1	0.4	3.0	2.8	18	8	43	35	47	63	4.7	57	4.5	3.8
59 Nicaragua	2.1	0.8	3.1	2.8	19	7	51	41	47	65	5.2	59	4.6	4.0
60 Papouasie-Nlle-Guinée	1.8	0.6	2.3	2.3	23	11	44	34	41	55	5.0	15	8.4	4.3
61 Rép. dominicaine	3.0	1.0	2.7	2.3	16	6	50	29	52	67	3.5	59	5.3	4.0
62 Kenya	13.9	5.2	3.6	3.5	22	11	53	44	45	59	6.4	23	9.0	7.3
63 Honduras	2.7	1.0	3.2	3.4	19	7	51	38	46	65	5.1	43	5.5	5.3
64 Afrique du Sud	16.9	5.8	2.4	2.5	17	9	42	32	49	62	4.2	49	2.6	2.8
Pays à TMM5 moyen	738	243	2.1	1.6	16	7	36	23	52	69	2.7	41	3.2	3.3
65 Brésil	55.3	16.9	2.4	2.0	13	7	43	24	55	66	2.9	74	4.5	3.3
66 El Salvador	2.5	0.9	2.7	1.4	16	8	48	34	50	65	4.2	44	3.5	2.1
67 Iran, Rép. islamique d'	32.2	11.6	3.2	3.9	21	7	47	41	50	67	6.1	56	5.5	5.2
68 Algérie	12.5	4.3	3.1	2.9	20	7	51	34	47	66	5.0	51	3.8	4.6
69 Paraguay	2.0	0.7	2.8	3.0	9	6	43	34	64	67	4.4	47	3.2	4.4
70 Tunisie	3.3	1.1	2.1	2.3	19	7	47	28	48	67	3.6	55	4.2	3.4

	Population (millions) 1991		Taux annuel d'accroissement de la population (%)		Taux brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité 1991	Pourcentage de la population urbaine 1991	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
	moins de 15 ans	moins de 5 ans	1965-1980	1980-1991	1960	1991	1960	1991	1960	1991			1965-1980	1980-1991
71 Viet Nam	28,9	9,6	1,0	2,2	23	9	41	30	44	63	4,0	20	4,1	2,5
72 Rép. arabe syrienne	7,4	2,7	3,4	3,5	18	6	47	43	50	66	6,3	50	4,5	4,3
73 Jordanie	2,2	0,8	2,6	3,2	23	6	50	39	47	67	5,8	67	5,3	4,5
74 Liban	1,1	0,4	1,6	0,4	14	7	43	27	60	68	3,2	82	4,6	1,7
75 Philippines	28,1	9,4	2,9	2,5	15	7	45	31	53	66	4,0	42	4,0	3,8
76 Venezuela	7,9	2,6	3,5	2,5	10	5	45	27	60	70	3,2	90	4,5	3,3
77 Arabie saoudite	7,8	2,8	4,6	4,5	23	5	49	36	44	69	6,5	76	8,5	5,9
78 Oman	0,9	0,3	3,6	4,3	28	5	51	41	40	89	6,8	11	8,1	8,1
79 Mexique	35,7	11,9	3,1	2,3	13	6	45	29	57	70	3,3	72	4,5	3,2
80 Roumanie	5,6	1,8	1,1	0,4	9	11	20	16	65	70	2,2	53	3,4	1,3
81 Rép. pop. dém. de Corée	7,3	2,7	2,7	1,8	13	5	42	24	54	71	2,4	60	4,6	2,3
82 Thaïlande	18,2	5,6	2,7	1,5	15	6	44	21	52	89	2,3	21	4,6	4,2
83 ex-URSS	77,1	22,9	0,9	0,8	7	10	24	17	68	70	2,3	66	2,2	1,4
84 Albanie	1,1	0,4	2,5	1,9	10	5	41	24	62	73	2,8	35	3,4	2,5
85 Panama	0,9	0,3	2,6	2,1	10	5	41	25	61	73	3,0	52	3,4	2,7
86 Emirats arabes unis	0,5	0,2	16,1	4,3	19	4	46	22	53	71	4,6	80	18,9	5,5
87 Maurice	0,3	0,1	1,6	1,1	10	7	44	19	59	70	2,0	41	4,0	0,7
88 Chine	357,2	120,4	2,2	1,5	19	7	37	21	47	70	2,3	25	2,6	4,4
89 Uruguay	0,8	0,3	0,4	0,6	10	10	22	17	68	72	2,4	88	0,7	1,0
90 Argentine	10,4	3,3	1,6	1,3	9	9	24	21	65	71	2,8	86	2,2	1,7
91 Trinité-et-Tobago	0,5	0,1	1,3	1,3	9	6	38	24	63	71	2,8	65	5,0	1,6
92 ex-Yougoslavie	5,6	1,6	0,9	0,6	10	9	23	14	63	72	1,9	55	3,0	2,7
93 Bulgarie	1,8	0,5	0,5	0,1	9	12	18	13	68	72	1,9	67	2,8	1,1
94 Chili	4,6	1,5	1,8	1,7	13	6	37	23	57	72	2,7	84	2,6	2,1
95 Sri Lanka	5,9	1,8	1,8	1,5	9	6	36	21	62	71	2,5	71	2,3	1,5
96 Colombie	12,3	3,9	2,2	1,9	12	6	45	25	57	69	2,7	69	3,5	2,8
Pays à faible TMM5	213	67	0,9	0,7	10	9	21	14	68	76	1,8	75	1,7	1,0
97 Malysia	8,0	2,7	2,5	2,6	15	5	44	30	54	70	3,7	42	4,5	4,8
98 Jamaïca	0,8	0,3	1,5	1,2	9	6	39	23	63	73	2,5	51	3,4	2,4
99 Costa Rica	1,3	0,4	2,6	2,8	10	4	47	27	62	76	3,2	47	3,7	3,7
100 Hongary	2,1	0,6	0,4	-0,1	10	14	16	12	68	70	1,8	63	1,8	1,0
101 Pologne	9,8	2,7	0,8	0,7	8	10	24	15	67	71	2,1	61	1,8	1,3
102 Koweït	0,7	0,2	7,0	3,6	10	2	44	28	60	75	3,8	95	8,2	4,1
103 Cuba	2,7	0,9	1,5	0,9	9	7	31	17	64	76	1,9	73	2,7	1,7
104 Rép. féd. tchèque et slovaque	3,6	1,1	0,5	0,2	10	11	17	14	70	72	2,0	76	1,9	1,5
105 Israël	1,8	0,6	2,8	2,1	6	7	27	22	69	76	2,9	91	3,5	2,5
106 Portugal	2,0	0,6	0,6	0,1	11	10	24	12	63	74	1,5	33	2,0	1,4
107 Etats-Unis d'Amérique	61,2	20,3	1,0	0,9	9	9	23	16	70	76	2,0	75	1,2	1,1
108 Grèce	1,9	0,5	0,7	0,5	8	10	19	10	69	77	1,5	62	2,5	1,3
109 Irlande	0,9	0,2	1,2	0,3	12	9	21	15	70	75	2,2	57	2,2	0,6
110 Singapour	0,7	0,2	1,6	1,1	8	5	38	16	64	74	1,7	100	1,6	1,1
111 Belgique	1,9	0,6	0,3	0,1	12	11	17	12	70	76	1,6	96	0,5	0,2
112 Australie	4,2	1,4	1,8	1,5	9	8	22	15	71	77	1,9	85	0,2	1,4
113 Italie	9,6	2,9	0,6	0,2	10	10	18	10	69	77	1,3	69	1,0	0,6
114 Nouvelle-Zélande	0,9	0,3	1,3	0,9	9	8	26	17	71	75	2,1	84	1,5	0,9
115 Rép. de Corée	11,3	3,5	1,9	1,2	14	6	43	16	54	70	1,7	70	5,7	3,6
116 Canada	6,3	2,0	1,3	1,1	8	8	26	14	71	77	1,8	77	1,5	1,3
117 Allemagne	14,8	4,6	0,2	0,2	12	11	17	11	70	76	1,5	85	0,9	0,5
118 Danemark	0,9	0,3	0,5	0,1	9	12	17	12	72	75	1,7	85	1,1	0,2
119 Suisse	1,3	0,4	0,5	0,6	10	10	18	12	71	78	1,6	61	1,2	1,4
120 France	12,2	3,8	0,7	0,5	12	10	18	14	70	77	1,8	73	2,7	0,4
121 Royaume-Uni	12,1	4,0	0,2	0,2	12	11	17	14	71	76	1,9	89	0,5	0,2
122 Autriche	1,5	0,5	0,3	0,2	12	11	18	12	69	76	1,5	58	0,1	0,9
123 Espagne	7,3	2,1	1,0	0,4	9	9	21	11	69	77	1,4	78	2,4	1,1
124 Hong Kong	1,2	0,4	2,1	1,2	7	6	35	13	66	77	1,4	94	2,3	1,5
125 Pays-Bas	3,1	1,0	0,9	0,6	8	9	21	13	73	77	1,7	89	1,5	0,6
126 Norvège	0,9	0,3	0,6	0,4	9	11	18	14	73	77	1,9	74	5,0	1,0
127 Finlande	1,0	0,3	0,3	0,4	9	10	19	13	68	75	1,8	60	2,5	0,4
128 Japon	22,8	6,9	1,2	0,5	8	7	18	11	68	79	1,7	77	2,1	0,7
129 Suède	1,7	0,6	0,5	0,3	10	11	15	14	73	78	2,0	84	1,0	0,4
Pays les moins avancés	270	102	2,6	2,7	25	16	48	44	39	50	6,0	19	6,4	5,2
Pays en développement	165	57,4	2,4	2,1	20	9	42	30	46	61	3,7	33	4,0	3,9
Pays développés	277	86	0,8	0,6	9	10	21	14	69	74	1,9	73	1,7	1,0
Afrique au sud du Sahara	281	107	2,7	3,0	24	15	49	46	40	51	6,5	28	5,7	5,2
Moyen-Orient et Afrique du Nord	159	56	2,9	3,0	21	8	47	36	47	63	5,0	52	4,9	4,6
Asie du Sud	486	168	2,4	2,2	21	11	44	33	43	58	4,4	24	3,9	3,5
Asie de l'Est et Pacifique	560	188	2,2	1,7	19	7	39	23	47	68	2,6	28	3,3	4,1
Amérique latine et Caraïbes	171	55	2,5	2,1	13	7	42	26	56	67	3,2	71	4,0	3,0

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5 (voir tableau 1). Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur sont des totaux ou des moyennes pondérées.

TABLEAU 6: INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays	PNB par habitant (dollars) 1990	Croissance annuelle moyenne du PNB par habitant (%)		Taux d'inflation (%) 1980-1990	Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté absolue 1980-1989			Pourcentage des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs 1986-1991			Apport d'APD en millions de dollars 1990	Apport d'APD en pourcentage du PNB du pays bénéficiaire 1990	Service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services	
		1965-1980	1980-1990		urbaine	rurale	santé	éducation	défense	1970			1990	
Pays à TMM5 très élevé	355	2.4	-0.8	24	...	...	3	9	...	12723	12	5	15
1 Angola	610*	...	6.1	...	...	...	6	15	34	211	...	...	...
2 Mozambique	80	...	-4.1	37	50	67	5	10	35	923	76	...	5	
3 Afghanistan	280*	0.6	...	...	18*	36*	...	...	...	172	...	...	...
4 Sierra Leone	240	0.7	-1.5	56	...	65*	8*	16*	4*	66	7	11	6*	
5 Guinée-Bissau	180	-2.7	1.7	...	...	...	1	3	4	118	67	...	27
6 Guinée	480	1.3	...	...	...	...	...	11	29	274	10	...	6
7 Malawi	200	3.2	-0.1	15	25	85	7	9	5	450	27	8	19	
8 Mali	270	2.1*	1.2	3	27*	48*	4	17	17	462	20	1	7	
9 Niger	310	-2.5	-4.5	3	...	35*	...	...	...	357	15	4	4
10 Tchad	190	-1.9	3.3	1	30*	56*	8	8	...	314	29	4	2	
11 Ethiopie	120	0.4	-1.2	2	60	65	...	...	...	871	14	11	31
12 Somalie	150	-0.1	-1.8	50	40*	70*	1	2	38	433	46	2	18*	
13 Mauritanie	500	-0.1	-1.8	9	...	...	4	23	...	207	21	3	8
14 Burkina Faso	330	1.7	1.4	5	...	...	5	14	18	305	10	7	5
15 Bhoutan	190	...	7.4	8	...	...	5	12	...	42	15	...	...
16 Zambie	420	-1.2	-2.9	42	25	...	7	9	...	430	13	6	11	
17 Libéria	450*	0.5	5.2*	...	...	23*	...	...	...	94	...	8	...
18 Ouganda	220	-2.2	0.8	107	...	...	2	15	26	563	15	3	35
19 Rwanda	310	1.6	-2.2	4	30	90*	5	26	...	281	13	1	11	
20 Nigéria	270	4.2	-3.0	18	...	...	1	3	3	214	1	4	20
21 Cambodge	...	...	...	...	...	...	...	...	...	35	...	...	...
22 Sénégal	710	-0.5	0.0	7	...	...	...	...	...	724	14	3	15
23 Yémen	650*	...	...	...	...	...	...	...	...	390	...	...	17*
24 Burundi	210	2.4	1.3	4	55*	85*	4	16	16	259	23	2	41	
25 Zaïre	230	-1.3	-1.5	61	80*	...	4	6	14	816	10	4	6	
26 Rép. centrafricaine	390	0.8	-1.3	5	...	91	...	...	...	227	19	5	6
27 Rép.-Union de Tanzanie	120	0.8	-0.7	26	...	...	6*	8*	16*	1155	42	5	18
28 Madagascar	230	-0.4	-2.3	17	50*	50*	...	...	...	375	14	4	34
29 Soudan	420*	0.8	1.8*	34*	...	85*	...	...	...	768	...	11	3
30 Gabon	3330	5.6	-2.6	-2	...	...	...	...	...	139	4	6	5
31 Bénin	360	-0.3	-1.0	2	...	...	6	31	17	254	15	2	5*
32 Rép. dém. pop. lao	200	...	0.7	...	...	...	...	...	...	150	18	...	12
33 Népal	170	...	1.8	9	55*	61*	5	11	6	383	12	3	14	
34 Togo	410	1.7	-1.7	5	42*	...	5	20	11	205	14	3	10	
35 Iraq	2340*	...	...	...	...	...	...	...	...	56	...	...	...
Pays à TMM5 élevé	525	2.6	1.8	23	32	37	3	9	15	20609	3	15	20	
36 Lesotho	470	6.8	-0.9	13	50*	55*	7	16	10	138	17	5	2	
37 Haïti	370	0.9	-2.3	7	65	80	...	...	...	176	7	59	3
38 Ghana	390	-0.8	-0.6	43	59	37	9	26	3	470	8	6	18	
39 Pakistan	380	1.8	2.9	7	32*	29*	1	2	28	1108	3	24	17	
40 Bangladesh	200	-0.3	1.0	10	86*	86*	5	11	10	2081	9	...	16	
41 Côte d'Ivoire	730	2.8	-3.7	2	30	26	4	...	...	674	8	7	13
42 Inde	350	1.5	3.2	8	29	33	2	3	17	1550	1	22	20	
43 Cameroun	940	2.4	-0.3	6	15*	40*	3	12	7	475	4	3	13	
44 Bolivie	620	1.7	-2.6	318	...	...	2	18	14	499	7	11	29
45 Namibie	1030*	...	...	13*	...	...	10	22	7	62	...	...	...
46 Myanmar	220*	1.6	...	...	40*	40*	5	17	25	196	...	12	29*
47 Congo	1010	2.7	-0.2	1	...	...	...	...	...	208	9	12	15
48 Jamahiriya arabe libyenne	5310*	0.0	-9.2	0	...	...	...	...	...	11	...	...	...
49 Pérou	1160	0.8	-2.0	234	46	83	5	16	11	386	2	12	5	
50 Guatemala	900	3.0	-2.1	15	17	51	10	20	13	191	2	7	10	
51 Maroc	950	2.7	1.6	7	28*	45*	3	17	15	965	4	9	19	
52 Turquie	1630	3.6	3.0	43	...	...	4	19	12	1259	1	22	25
53 Zimbabwe	640	1.7	-0.8	11	...	...	8	...	17	336	5	2	19
54 Indonésie	570	5.2	4.1	8	20	16	2	8	8	1717	2	7	23	
55 Botswana	2040	9.9	6.3	12	40	55	5	20	12	151	6	1	4	
56 Egypte	600	2.8	2.1	12	34	34	3	13	13	5584	18	38	21	
57 Equateur	960	5.4	-0.8	37	40	65	7	25	12	142	1	9	27	
58 Mongolie	780*	...	...	-1	...	...	...	...	...	11	...	...	...
59 Nicaragua	830*	-0.7	4.7*	432	21*	19*	11	9	50	316	...	11	3	
60 Papouasie-Nlle-Guinée	860	...	-0.5	5	10*	75*	9	15	5	376	11	1	17	
61 Rép. dominicaine	820	3.8	-0.4	22	45*	43*	10	9	5	93	2	4	6	
62 Kenya	370	3.1	0.3	9	10*	55*	5	20	8	989	...	6	21	
63 Honduras	590	1.1	-1.2	5	31	70	...	...	7	445	15	3	32
64 Afrique du Sud	2530	3.2	-0.9	14	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pays à TMM5 moyen	1465	4.2	1.4	94	...	...	7	11	10	8706	1	12	16
65 Brésil	2680	6.3	0.6	284	9	34	7	5	4	161	0	13	15	
66 El Salvador	1100	1.5	-0.6	17	20	32	8	16	25	344	6	4	20	
67 Iran, Rép. islamique d'	2450	2.9	-0.8	14	...	...	9	22	14	66	0	...	...
68 Algérie	2060	4.2	-0.3	7	20*	...	...	...	...	225	0	4	58
69 Paraguay	1110	4.1	-1.3	24	19*	50*	4	13	13	50	1	12	12	
70 Tunisie	1420	4.7	0.9	7	20*	15*	6	16	7	310	3	20	22	

	PNB par habitant (dollars) 1990	Croissance annuelle moyenne du PNB par habitant (%)		Taux d'inflation (%) 1980-1990	Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté absolue 1980-1989			Pourcentage des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs 1986-1991			Apport d'APD en millions de dollars 1990	Apport d'APD en pourcentage du PNB du pays bénéficiaire 1990		Service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services	
		1965-1980	1980-1990		urbaine	rurale	santé	éducation	défense	1970		1990			
71 Viet Nam	240 ^x	..	..	..	..	..	..	..	..	164	..	..	..	..	..
72 Rép. arabe syrienne	990	5.1	-2.1	15	..	..	..	1	9	41	645	5	11	25	..
73 Jordanie	1240	5.8 ^x	-3.9	..	14 [*]	17 [*]	..	6	14	23	884	23	4	22	..
74 Liban	2150 ^x	..	..	..	..	..	..	..	..	..	136	..	..	..	..
75 Philippines	730	3.2	-1.5	15	52	64	..	4	17	11	1266	3	8	16	..
76 Venezuela	2560	2.3	-2.0	19	..	..	..	10	20	6	76	0	3	17	..
77 Arabie saoudite	7050	4.0 ^x	-5.6	-4	..	..	..	..	..	..	18	..	..	..	..
78 Oman	5220 ^x	9.0	7.1	..	..	..	..	5	11	41	67	..	..	13	..
79 Mexique	2490	3.6	-0.9	70	..	..	..	2	14	2	130	0	24	18	..
80 Roumanie	1640	..	1.1	2	..	..	..	9	3	10	..	..	..	..	..
81 Rep. pop. dém. de Corée	970 ^x	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6	..	..	..	..
82 Thaïlande	1420	4.4	5.6	3	10	25	..	20	7	17	787	1	3	11	..
83 ex-URSS	4550 ^x	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
84 Albanie	790 ^x	..	..	..	..	..	..	..	..	..	12	..	..	..	..
85 Panama	1830	2.8	-2.0	2	21 [*]	30 [*]	..	18	19	8	93	2	8	3	..
86 Emirats arabes unis	19860	..	-7.2	1	..	..	..	7	15	44	4	0	..	..	..
87 Maurice	2250	3.7	5.4	9	12 [*]	12 [*]	..	9	14	2	86	4	3	4	..
88 Chine	370	4.1	7.9	6	..	13	..	..	..	8	2064	1	..	9	..
89 Uruguay	2560	2.5	-0.9	61	22	..	..	5	7	9	46	1	22	30	..
90 Argentine	2370	1.7	-1.8	395	..	..	..	2	9	9	173	0	22	25	..
91 Trinité-et-Tobago	3470	3.1	-6.0	6	..	39 [*]	10	0	5	13	..
92 ex-Yougoslavie	3060	5.2	-0.9	123	..	..	..	..	..	53	46	0	10	7	..
93 Bulgarie	2250	..	2.3	2	..	..	..	4	6	7	..	..	..	16	..
94 Chili	1940	0.0	1.1	21	12	20	..	6	10	8	89	0	19	15	..
95 Sri Lanka	470	2.8	2.4	11	..	..	..	7	10	7	659	8	11	10	..
96 Colombie	1240	3.7	1.1	25	32	70	..	..	..	..	89	0	12	33	..
Pays à faible TMM5	17580	..	2.5	5	..	..	..	13	4	14	2578	..	..	10	..
97 Malaisie	2340	4.7	2.5	2	13	38	..	..	..	..	467	1	4	10	..
98 Jamaïque	1510	-0.1	-0.4	18	..	80	..	7	11	8	277	8	3	24	..
99 Costa Rica	1910	3.3	0.6	24	8	20	..	26	19	2	228	4	10	21	..
100 Hongrie	2780	5.1	1.5	9	..	..	..	8	3	4	..	..	..	43	..
101 Pologne	1690	..	1.2	54	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..
102 Koweït	16150 ^x	0.6 ^x	-2.2	-3	..	..	..	8	14	20	4	..	..	..	..
103 Cuba	1170 ^x	..	..	..	..	..	..	23	10	..	29	..	..	..	..
104 Rép. féd. tchèque et slovaque	3140	..	1.3	2	..	..	..	..	2	7	..	..	..	9	..
105 Israël	10920	3.7	1.5	101	..	..	..	4	10	25	1374	3	3	..	..
106 Portugal	4900	4.6	2.4	18	..	..	..	..	..	6	67	0	7	16	..
107 Etats-Unis d'Amérique	21790	1.8	2.2	4	..	..	..	14	2	23	..	..	..	..	..
108 Grèce	5990	4.8	1.5	18	..	..	..	..	..	..	35	0	9	..	..
109 Irlande	9550	2.8	1.1	7	..	..	..	13	13	3	..	..	..	..	..
110 Singapour	12310	8.3	5.7	2	..	..	..	5	18	22	-4	0	1	..	..
111 Belgique	15540	3.6	1.2	4	..	..	..	12	2	5	..	..	..	..	..
112 Australie	17000	2.2	1.7	7	..	..	..	13	7	9	..	..	..	..	..
113 Italie	16830	3.2	2.2	10	..	..	..	11	8	4	..	..	..	..	..
114 Nouvelle-Zélande	12680	1.7	0.6	10	..	..	..	12	12	4	..	..	..	..	..
115 Rép. de Corée	5400	7.3	8.9	18	18 [*]	11 [*]	..	2	20	26	53	0	20	6	..
116 Canada	20470	3.3	2.4	4	..	..	..	6	3	7	..	..	..	..	..
117 Allemagne	22320 ^x	3.0 ^x	2.2 [*]	3 [*]	19	1	8	..	..	..	..	..
118 Danemark	22080	2.2	2.1	6	..	..	..	1	9	5	..	..	..	..	..
119 Suisse	32680	1.5	1.7	4	..	..	..	13 ^x	3 ^x	10 ^x	..	..	..	..	..
120 France	19490	3.7	1.7	6	..	..	..	15	7	7	..	..	..	..	..
121 Royaume-Uni	16100	2.0	2.5	6	..	..	..	15	3	12	..	..	..	..	..
122 Autriche	19060	4.0	2.0	4	..	..	..	13	9	3	..	..	..	..	..
123 Espagne	11020	4.1	2.7	9	..	..	..	13	6	6	..	..	..	..	..
124 Hong Kong	11540	6.2	5.5	7	..	..	..	..	17	..	48	0	..	..	..
125 Pays-Bas	17320	2.7	1.4	2	..	..	..	12	11	5	..	..	..	..	..
126 Norvège	23120	3.6	2.7	6	..	..	..	10	9	8	..	..	..	..	..
127 Finlande	26040	3.6	3.1	7	..	..	..	11	14	5	..	..	..	..	..
128 Japon	25430	5.1	3.5	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
129 Suède	23660	2.0	1.8	7	..	..	..	1	9	6	..	..	..	..	..
Pays les moins avancés	240	-0.1	0.1	23	55	70	..	5	13	16	13894	15	7	10	..
Pays en développement	605	3.7	2.2	62	27	31	..	5	12	12	43082	2	12	16	..
Pays développés	14710	..	2.4	5	..	..	..	14	4	14	1534	..	..	..	..
Afrique au sud du Sahara	490	2.5	-0.9	17	..	62	..	4	12	11	14316	10	5	14	..
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1975	3.8	-1.4	12	..	..	..	6	18	18	11392	2	..	28	..
Asie du Sud	335	1.5	3.0	8	33	39	..	2	4	18	5995	2	21	18	..
Asie de l'Est et Pacifique	650	..	6.8	9	..	17	..	..	15	14	7336	1	..	11	..
Amérique latine et Caraïbes	2105	4.1	-0.3	190	18	49	..	6	10	5	4043	0	14	18	..

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5 (voir tableau 1). Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur sont des totaux ou des moyennes pondérées.

TABLEAU 7: FEMMES

Pays à TMM5 très élevé	Espérance de vie des femmes (comparée à celle des hommes, %) 1991	Taux d'alphabétisation des femmes adultes (comparé à celui des hommes, %) 1990	Taux d'inscription des filles à l'école (comparé à celui des garçons, %) 1990-1996		Taux d'emploi de contraceptifs (%) 1990-1992	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (%) 1990-1991	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié 1983-1991	Taux de mortalité maternelle 1980-1990
			Enseign. primaire	Enseign. secondaire				
			74	58				
106	62	74	58	6	28	33	640	
1 Angola	107	52	84	53	1*	36	15	
2 Mozambique	107	47	78	57	4	30	25	300
3 Afghanistan	102	32	52	45	2*	9	9	640
4 Sierra Leone	108	35	62	48	4	77	25	450
5 Guinée-Bissau	108	48	55	44	1*	36	27	700*
6 Guinée	102	37	46	36	1*	25	25	800
7 Malawi	103	-	82	50	7	76	45	170
8 Mali	107	59	59	44	5	9	32	2000
9 Niger	107	43	56	38	1*	44	47	700
10 Tchad	107	43	44	25	1*	4	15	960
11 Ethiopie	107	-	65	71	2	6	14	
12 Somalie	107	39	50	54	1	5	2	1100
13 Mauritanie	107	45	70	45	4	40	20	
14 Burkina Faso	107	32	61	56	1	26	30	810
15 Bhoutan	103	49	65	29	2	43	7	1310
16 Zambie	103	80	92	56	1*	68	38	150
17 Libéria	105	58	58	-	6	20*	58	
18 Ouganda	106	56	83	50	5	21	38	300
19 Rwanda	107	58	99	67	10	88	22	210*
20 Nigéria	107	65	82	73	6	26	37	800
21 Cambodge	106	46	-	44	-	22	47	500
22 Sénégal	104	48	73	52	11	33	41	600
23 Yémen	101	49	30	17	-	8	12	-
24 Burundi	107	66	78	60	9	56	19	-
25 Zaïre	107	73	75	50	1*	29	-	800
26 Rép. centrafricaine	111	48	61	38	-	67	66	600
27 Rép.-Unie de Tanzanie	106	95	98	80	8	40	60	340*
28 Madagascar	106	83	96	90	-	17	62	570
29 Soudan	105	28	71*	74	9	18	69	550
30 Gabon	107	66	-	-	-	86	80	190
31 Bénin	107	50	51	39	9	83	45	160*
32 Rép. dém. pop. lao	106	-	80	71	-	3	-	-
33 Népal	98	34	51	40	14	17	6	830
34 Togo	107	55	63	30	34	81	15	420
35 Iraq	105	70	84	64	18	45	50	120*
Pays à TMM5 élevé	103	62	80	64	39	65	35	440
36 Lesotho	109	-	116	148	5*	-	40	-
37 Haïti	106	80	94	95	10	23	20	340
38 Ghana	107	73	82	61	13	9	55	1000
39 Pakistan	100	45	55	43	12	42	40	500
40 Bangladesh	99	47	84	48	31	78	5	800
41 Côte d'Ivoire	106	60	71	44	3	35	20	-
42 Inde	101	55	73	57	43	80	33	460
43 Cameroun	106	65	86	65	16	35	45	430
44 Bolivie	108	84	90	86	30	52	54	800
45 Namibie	105	-	-	-	26	52	-	370*
46 Myanmar	106	81	94	92	13	61	57	460
47 Congo	110	63	-	38	-	60	-	900
48 Jamahiriya arabe libyenne	106	67	-	-	-	18	76	80*
49 Pérou	106	86	96	90	59	12	52	300
50 Guatemala	108	75	85	90	23	18	34	200
51 Maroc	106	62	68	71	36	64	26	300*
52 Turquie	108	79	92	62	63	20	77	150
53 Zimbabwe	106	81	97	86	43	60	60	-
54 Indonésie	106	74	96	83	48	52	32	450
55 Botswana	111	77	104	116	33	62	78	200
56 Egypte	104	54	86	78	38	71	35	320
57 Equateur	107	95	99	104	53	5	56	170
58 Mongolie	104	-	103	109	-	-	99	140
59 Nicaragua	108	-	111	164	27	25	73	-
60 Papouasie-Nlle-Guinée	103	58	85	63	4	3	20	900
61 Rép. dominicaine	107	96	101	-	50	24	92	-
62 Kenya	107	74	96	70	27	37	50	170*
63 Honduras	107	93	101	129	41	16	90	220
64 Afrique du Sud	110	-	-	-	48	-	-	83*
Pays à TMM5 moyen	107	80	93	87	66	54	87	100
65 Brésil	109	96	-	131	66	62	95	200
66 El Salvador	110	92	101	100	47	19	50	-
67 Iran, Rép. islamique d'	102	66	88	71	23*	77	70	120
68 Algérie	103	66	85	87	36	27	15	140*
69 Paraguay	107	96	96	107	48	54	66	300
70 Tunisie	103	76	87	78	50	40	68	50

		Espérance de vie des femmes (comparé à celle des hommes, %) 1991	Taux d'alphabétisation des femmes adultes (comparé à celui des hommes, %) 1990	Taux d'inscription des filles à l'école (comparé à celui des garçons, %) 1986-1992		Taux d'emploi de contractifs (%) 1980-1992	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (%) 1990-1991	Pourcentage d'accouchements par du personnel soignant qualifié 1983-1991	Taux de mortalité maternelle 1980-1990
				Enseign. primaire	Enseign. secondaire				
71	Viet Nam	107	91	94	93	53	14	95	120
72	Rép. arabe syrienne	106	85	89	71	52	84	61	140
73	Jordanie	106	79	101	98	35	47	87	48*
74	Liban	106	83	90	98	55*	..	45	..
75	Philippines	106	100	99	104	36	52	55	100
76	Venezuela	109	103	100	124	49*	..	69	..
77	Arabie saoudite	105	66	86	74	..	62	90	90
78	Oman	106	..	92	73	9	97	60	..
79	Mexique	110	94	97	100	53	42	77	110
80	Roumanie	109	..	99	110	58*	..	100	150
81	Rep. pop. dém. de Corée	109	..	94	100	..	99	100	41
82	Thaïlande	109	94	99	88	66	76	71	71
83	ex-URSS	114	..	101	..	..	..	..	21
84	Albanie	109	..	99	85	..	..	99	..
85	Panama	106	100	96	113	58	27	96	60
86	Emirats arabes unis	106	66	99	115	..	..	99	..
87	Maurice	110	..	102	100	75	77	85	99
88	Chine	105	74	90	76	72	..	94	95
89	Uruguay	109	99	99	112	..	13	98	38
90	Argentine	110	99	107	113	74	..	87	140
91	Trinité-et-Tobago	107	..	103	104	53	..	98	110
92	ex-Yougoslavie	108	91	99	96	55*	..	86	8
93	Bulgarie	109	..	98	103	76*	..	100	9
94	Chili	110	99	98	108	43*	..	98	67
95	Sri Lanka	106	90	97	107	62	50	94	80
96	Colombie	109	98	102	102	66	40	94	200
Pays à faible TMM5		109	..	100	102	72	..	97	12
97	Malaisie	106	80	99	102	51	83	82	59
98	Jamaïque	106	101	101	110	55	50	82	120
99	Costa Rica	106	100	98	102	70	68	93	36
100	Hongrie	112	..	101	103	73	..	99	15
101	Pologne	113	..	100	104	75*	..	100	11
102	Koweït	106	87	98	94	..	22	99	6
103	Cuba	105	98	95	112	70	88	90	39
104	Rép. féd. tchèque et slovaque	111	..	101	107	95*	..	100	10
105	Israël	105	..	103	109	..	..	99	3
106	Portugal	110	92	94	119	66*	..	90	10
107	Etats-Unis d'Amérique	109	..	99	101	74	..	99	8
108	Grèce	107	91	101	95	..	..	97	5
109	Irlande	108	..	101	110	..	..	..	2
110	Singapour	108	..	98	104	74	..	100	10
111	Belgique	109	..	100	101	81	..	100	3
112	Australie	109	..	99	104	87*	..	99	3
113	Italie	109	98	100	100	78*	..	..	4
114	Nouvelle-Zélande	109	..	100	102	70*	..	99	13
115	Rép. de Corée	109	95	103	97	77	..	89	26
116	Canada	109	..	100	101	73	..	99	5
117	Allemagne	109	..	99	96	..	..	99	5
118	Danemark	108	..	101	101	63*	..	100	3
119	Suisse	109	..	..	..	71	..	99	5
120	France	111	..	97	108	79*	..	94	9
121	Royaume-Uni	107	..	101	104	72	..	100	8
122	Autriche	109	..	99	102	71	..	..	8
123	Espagne	108	96	98	111	59	..	96	5
124	Hong Kong	107	..	99	106	81	..	100	6
125	Pays-Bas	109	..	103	97	76	..	100	10
126	Norvège	109	..	100	105	71*	..	..	3
127	Finlande	111	..	100	117	80*	..	100	11
128	Japon	108	..	100	103	64	..	100	11
129	Suède	108	..	100	104	78	..	100	5
<hr/>									
Pays les moins avancés		104	62	76	56	12	42	27	590
Pays en développement		104	73	85	76	50	57	55	340
Pays développés		110	..	100	103	72	..	98	15
<hr/>									
Afrique au sud du Sahara		107	68	81	64	11	31	36	600
Moyen-Orient et Afrique du Nord		104	66	83	72	37	48	55	210
Asie du Sud		101	54	73	56	38	73	30	490
Asie de l'Est et Pacifique		106	77	92	82	66	53	81	160
Amérique latine et Caraïbes		109	95	99	111	58	47	80	180

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5 (voir tableau 1). Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur sont des totaux ou des moyennes pondérées.

TABLEAU 8: INDICATEURS RELATIFS À DES PAYS MOINS PEUPLÉS

	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Population (milliers d'habitants) 1991	Nombre annuel de naissances (milliers) 1991	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1991	PNB par habitant (dollars) 1990	Espérance de vie à la naissance (années) 1991	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 1985-1990	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%) 1986-1990	Enfants vaccinés contre la rougeole (%) 1990-1991
	1980	1991	1980	1991								
1 Gambie	375	234	213	135	884	39,8	9,3	260	44	27	64	87
2 Guinée équatoriale	316	202	188	120	360	15,9	3,2	330	47	50	108*	79
3 Djibouti	..	161	186	115	453	21,2	3,4	1210*	48	12	47	79
4 Comores	248	133	165	92	564	27,6	3,7	480	55	48*	75	87
5 Swaziland	233	113	157	76	771	29,0	3,3	820	57	55*	104	80
6 Vanuatu	..	89	..	68	153	6,2	0,6	1060	65	53*	84*	66
7 Sao Tomé-et-Principe	..	89	..	68	121	4,2	0,4	420	67	57*	..	68
8 Kiribati	..	85	..	56	72	2,4	0,2	760	55	96	91	63
9 Maldives	..	81	158	58	220	8,6	0,7	440	63	95	87	97
10 Guyana	126	69	100	50	801	20,7	1,4	370	65	92*	106	76
11 Cap-Vert	164	61	110	44	373	13,4	0,8	890	67	37*	115	76
12 Samoa	..	59	..	46	158	5,7	0,3	730	66	96	91*	87
13 Saint Christophe-et-Nièves	..	43	..	36	42	0,9	0,0	3330	70	90	..	99
14 Tuvalu	..	..	..	34*	12	..	..	650*	..	90	..	79
15 Suriname	96	37	70	30	430	11,4	0,4	3050	70	95	124	84
16 Grenade	..	37	..	30	91	2,4	0,1	2120	70	96*	88*	96
17 Montserrat	..	35	..	29	11	0,3	0,0	3330*	71	97*	100*	99
18 Iles Salomon	..	..	120	28	331	12,5	..	510	70	15	65*	74
19 Qatar	239	35	145	28	440	10,4	0,4	15860	70	76	73	79
20 Iles Vierges britanniques	..	..	..	27*	17	0,2*	..	8500*	69*	98*	..	84
21 Etats fédérés de Micronésie	..	31	..	26	107	3,7	0,1	980*	71	63*	101*	12*
22 Bahamas	..	..	51	25	260	5,1	..	11420	72	70*	..	87*
23 Fidji	97	30	71	25	732	18,0	0,5	1770	71	79*	122	84
24 Iles Turques et Caïques	..	..	..	25*	12	0,2	..	780*	..	98*	..	99
25 Belize	..	29*	..	23*	194	7,0	0,2	1970	68	93	90	74
26 Iles Marshall	..	..	..	23*	47	1,3*	..	..	74*	76*	107	25*
27 Palau	..	..	..	23*	15	0,5	..	790*	74*	75	98*	100
28 St-Vincent-et-les Grenadines	..	26	..	22	108	2,5	0,1	1610	71	82	95*	99
29 Tonga	..	26	..	22	97	3,1	0,1	1010	67	78	100*	63*
30 Antigua	..	23	..	19	66	1,3	0,0	4600	74	95	100	89
31 Sainte-Lucie	..	22	..	18	135	4,0	0,1	1900	72	82*	85*	82
32 Seychelles	..	21	..	17	71	1,6	0,0	4670	71	88	102*	89
33 Dominique	..	20	..	16	72	1,7	0,0	1940	75	94*	100	98
34 Iles Cook	..	..	..	15*	17	0,4*	..	1550*	..	75	100	100
35 Bahreïn	208	18	130	14	518	13,7	0,2	6380	71	77	110	85
36 Malte	42	17	37	11	356	5,4	0,1	6610	76	88	108	80
37 Barbade	90	12	74	11	258	4,1	0,0	6540	75	98	110*	87
38 Chypre	36	11	30	10	709	12,4	0,1	8040	77	89*	103	74
39 Brunéi Darussalam	..	10	63	9	264	6,4	0,1	20760*	74	78*	..	99
40 Luxembourg	41	9	33	7	375	4,5	0,0	28730	75	..	..	80
41 Islande	22	7	17	6	257	4,5	0,0	21400	78	..	101	99

TABLEAU 9: NOUVEAUX PAYS INDÉPENDANTS

	Taux de mortalité infantile (moins d'un an) 1990	Population (millions d'habitants) 1990	Population urbaine (%) 1989-1990	Population moins de 16 ans (%) 1989-1990	Nombre annuel de naissances (milliers) 1990	% d'enfants d'un an complètement vaccinés (1989-1991)		PNB par habitant (dollars) 1989	Espérance de vie à la naissance (années) 1988-1990	Indice synthétique de fécondité 1989-1990	Taux de mortalité maternelle 1989	
						Polo	Rougeole					
ex-URSS												
1 Turkménistan	94	3,7	47	43	126	84	68	3170	65	4,4	55	
2 Tadjikistan	72	5,3	33	44	203	90	89	2060	70	5,2	39	
3 Ouzbékistan	64	20,5	42	41	688	61	81	2430	69	4,1	43	
4 Kirghizistan	54	4,4	38	27	127	72	91	2950	68	3,9	43	
5 Kazakhstan	44	16,7	57	33	362	86	94	3890	69	2,9	53	
6 Azerbaïdjan	44	7,2	54	33	180	93	91	3670	70	2,8	29	
7 Arménie	35	3,3	68	30	79	96	92	4750	71	2,7	35	
8 Rép. de Moldova	33	4,4	47	24	77	92	95	4470	68	2,5	34	
9 Géorgie	32	5,5	55	25	93	80	74	4270	72	2,3	55	
10 Ukraine	22	51,9	67	16	659	81	88	4720	71	2,0	33	
11 Féd. de Russie	22	148,3	74	22	1987	75	79	6200	70	2,0	49	
12 Bélarus	20	10,3	66	22	143	90	95	6170	72	2,1	25	
13 Estonie	14	1,6	72	24	23	70	86	6200	71	2,1	..	
14 Lettonie	11	2,7	71	23	39	89	96	6360	71	2,0	..	
15 Lituanie	10	3,7	69	24	57	80	86	5830	72	2,0	..	
ex-Yougoslavie												
16 Bosnie-Herzégovine	15	4,4	..	..	64	..	..	2290	71	1,7	25
17 Croatie	10	4,8	58	..	56	..	..	4440	71	1,7	4
18 Slovénie	8	2,0	..	..	24	96	90	7630	72	1,6	4

Note: 1. Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5 en 1990. 2. En ce qui concerne les pays de l'ex-URSS, le PNB par habitant n'a pas été exprimé en roubles mais en dollars des Etats-Unis au taux de change pratiqué par les Nations Unies. 3. Ne sont mentionnés que les pays nouvellement indépendants qui sont également membres des Nations Unies.

Mesurer le développement humain

Introduction au Tableau 10

Les efforts en faveur d'un développement à visage plus humain dans les années 90 réclament que l'on dispose de méthodes sûres pour mesurer et comparer aussi bien le progrès social que le progrès économique. Du point de vue de l'UNICEF, il est particulièrement nécessaire de se doter d'une méthode jouissant de l'assentiment général pour évaluer le bien-être des enfants et ses modifications.

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) est utilisé au Tableau 10 (voir page suivante) comme principal indicateur du progrès.

Le TMM5 a plusieurs avantages. Le premier est qu'il mesure les résultats du développement plutôt que ses intrants, notamment le niveau de scolarisation, le nombre de calories ingérées par personne ou le nombre de médecins pour mille habitants, qui sont tous des moyens pour parvenir à des résultats.

Deuxièmement, le TMM5 est la somme d'un large éventail de données: la santé nutritionnelle et les connaissances des mères en matière de santé, le taux de vaccination et d'utilisation de la TRO, l'accès aux services de santé maternelle et infantile (y compris les soins prénatals), le revenu et la présence de nourriture au foyer, l'approvisionnement en eau salubre et un assainissement sûr, de même que la sécurité globale de l'environnement de l'enfant.

Troisièmement, contrairement au PNB par habitant, le TMM5 court moins le risque, propre aux moyennes, d'être déformé; tout simplement parce que la nature humaine ne consent pas aux riches de vivre mille fois plus longtemps que les pauvres ni à leurs enfants d'avoir mille fois plus de chances de survivre que les enfants des pauvres, même si les conditions créées par l'homme leur permettent de disposer d'un revenu mille fois plus élevé. En d'autres termes, il est très difficile pour une minorité aisée d'influer sur le TMM5 d'un pays. Cet indicateur offre donc une vision plus adéquate, même si elle est loin d'être parfaite, de l'état de santé de la majorité des enfants (et de la société dans son ensemble).

C'est pourquoi l'UNICEF a choisi le TMM5 comme le meilleur indicateur disponible permettant d'évaluer la situation des enfants d'une nation. C'est pour cette même raison que les tableaux statistiques publiés en annexe à ce rapport présentent l'ensemble des pays du monde non pas en ordre ascendant de leur PNB par habitant, mais en ordre décroissant de leur TMM5.

Mesurer l'avance du progrès

Les progrès réalisés pour réduire le TMM5 peuvent se mesurer en calculant le taux annuel moyen de régression (TAMR). À l'inverse des comparaisons de chiffres absolus, le TAMR exprime le fait que la régression pose des difficultés de plus en plus grandes à mesure que l'on tend vers les limites inférieures du TMM5. Ainsi, lorsqu'on s'approche de ces limites, une diminution identique en termes absolus représente de toute évidence une réduction plus élevée en pourcentage. Le TAMR traduit donc un taux de progrès plus élevé pour une régression de dix points, par exemple, si cette dernière advient lorsque le TMM5 est déjà relativement bas. (Une baisse du TMM5 de 100 à 90 représente une régression de 10%, alors qu'une baisse de 20 à 10, de 10 points également, indique une réduction de 50%.)

Utilisé en conjonction avec le taux de croissance du PNB, le TMM5 et son taux de régression peuvent donner une bonne idée du progrès accompli en vue de satisfaire certains des besoins humains les plus essentiels, dans une région (ou un pays) et pendant une période données.

Le Tableau 10 indique qu'il n'existe pas de relation fixe entre le taux annuel de régression du TMM5 et le taux annuel de croissance du PNB par habitant. Ce genre de comparaison permet de mettre l'accent sur les politiques, les priorités et les autres facteurs qui déterminent le rapport entre le progrès social et le progrès économique.

Enfin, le Tableau 10 donne l'indice synthétique de fécondité pour chaque pays et son taux annuel moyen de régression. Il permet de constater que, dans de nombreux pays où le TMM5 a fortement baissé, les taux de fécondité ont également reculé de façon significative.

TABLEAU 10: LE TAUX DU PROGRÈS

	Taux de mortalité des moins de 5 ans						PNB par habitant		Indice synthétique de fécondité				
				Taux annuel moyen de régression (%)			Taux annuel moyen de croissance (%)					Taux annuel moyen de régression (%)	
	1980	1980	1991	1980-80	1980-91	1991-2000	1985-1980	1980-1990	1980	1980	1991	1980-1980	1980-1991
Pays à TMM5 très élevé	283	222	197	1.1	1.0	11.7	2.4	-1.8	6.6	6.8	6.6	-0.1	0.2
1 Angola	345	261	202	1.4	-1.0	15.9	-	6.1	6.4	6.9	7.2	-0.4	0.4
2 Mozambique	331	269	292	1.0	-0.7	15.9	-	-4.1	6.3	6.5	6.5	-0.2	0.0
3 Afghanistan	360	280	257	1.3	0.8	14.5	0.6	-	6.9	7.1	6.9	0.1	0.3
4 Sierra Leone	385	301	253	1.2	1.6	14.3	0.7	1.5	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0
5 Guinée-Bissau	336	290	242	0.7	1.6	13.8	-2.7	-1.7	5.1	5.7	5.8	-0.6	-0.2
6 Guinée	337	276	234	1.0	1.5	13.4	1.3	-	7.0	7.0	7.0	0.0	0.0
7 Malawi	365	290	228	1.2	2.2	13.1	3.2	-0.1	6.9	7.6	7.8	-0.5	0.0
8 Mali	400	310	225	1.3	2.9	13.0	2.1*	1.2	7.1	7.1	7.1	0.0	0.0
9 Niger	321	259	218	1.1	1.6	12.6	-2.5	-4.5	7.1	7.1	7.1	0.0	0.0
10 Tchad	325	254	213	1.2	1.6	12.4	-1.9	-3.3	6.0	5.9	5.9	0.1	0.0
11 Ethiopie	294	260	212	0.6	1.9	12.3	0.4	-1.2	6.7	6.8	7.0	-0.1	-0.3
12 Somalie	294	246	211	0.9	1.4	12.3	-0.1	-1.8	7.0	7.0	7.0	0.0	0.0
13 Mauritanie	321	249	209	1.3	1.6	12.2	-0.1	-1.8	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
14 Burkina Faso	363	254	206	1.8	1.9	12.0	1.7	1.4	6.4	6.5	6.5	-0.1	0.0
15 Bhoutan	324	249	205	1.3	1.8	11.9	-	7.4	6.0	5.9	5.9	0.1	0.0
16 Zambie	220	160	200	1.6	2.0	11.7	-1.2	-2.9	6.6	7.1	6.5	0.4	0.8
17 Libéria	310	244	200	1.2	1.8	11.7	0.5	5.2*	6.6	6.8	6.8	0.1	0.0
18 Ouganda	223	190	190	0.8	0.0	11.1	-2.2	0.8	6.9	7.0	7.3	-0.1	-0.4
19 Rwanda	255	219	189	0.8	1.3	11.0	1.6	-2.2	7.5	8.5	8.5	-0.6	0.0
20 Nigéria	212	196	188	0.4	0.4	11.0	4.2	-3.0	6.8	6.9	6.6	-0.1	0.4
21 Cambodge	217	330	188	-2.1	5.1	11.0	-	-	6.3	4.5	4.5	1.7	0.0
22 Sénégal	299	232	182	1.3	2.2	10.6	-0.5	0.0	7.0	6.9	6.2	0.1	1.0
23 Yémen	378	236	182	2.4	2.4	10.6	-	-	7.5	7.7	7.3	0.1	0.5
24 Burundi	260	207	181	1.1	1.2	10.6	2.4	1.3	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
25 Zaïre	300	203	180	2.0	1.1	10.5	-1.3	-1.5	6.0	6.6	6.7	-0.5	-0.1
26 Rép. centrafricaine	294	202	180	1.9	1.0	10.5	0.8	-1.3	5.6	6.0	6.2	-0.3	-0.3
27 Rép. Unie de Tanzanie	249	202	178	1.0	1.1	10.4	0.8	-0.7	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
28 Madagascar	364	216	173	2.6	2.0	10.1	0.4	-2.3	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
29 Soudan	292	210	169	1.6	2.0	9.8	0.8	1.8*	6.7	6.6	6.2	0.1	0.6
30 Gabon	287	194	161	2.0	1.7	9.3	5.6	-2.6	4.1	4.4	5.2	-0.4	1.5
31 Bénin	310	176	149	2.8	1.5	8.4	-0.3	-1.0	6.9	7.1	7.1	-0.1	0.0
32 Rép. dém. pop. lao	233	190	148	1.0	2.3	8.3	-	0.7	6.2	6.7	6.7	-0.4	0.0
33 Népal	298	185	147	2.4	2.1	8.2	-	1.8	5.8	6.4	5.6	-0.5	1.2
34 Togo	305	184	144	2.5	2.2	8.0	1.7	-1.7	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
35 Iraq	171	83	143	3.6	-4.9	7.9	-	-	7.2	6.5	5.8	0.5	1.0
Pays à TMM5 élevé	231	165	116	1.6	3.1	6.2	2.6	1.8	6.1	5.1	4.2	0.9	1.8
36 Lesotho	210	165	137	1.2	1.7	7.5	6.8	-0.9	5.8	5.6	4.8	0.2	1.4
37 Haïti	270	195	137	1.6	3.2	7.5	0.9	-2.3	6.3	5.3	4.9	0.9	0.7
38 Ghana	224	168	137	1.5	1.7	7.5	-0.8	-0.6	6.9	6.5	6.1	0.3	0.6
39 Pakistan	221	152	134	1.9	1.1	7.2	1.8	2.9	6.9	7.0	6.3	-0.1	1.0
40 Bangladesh	247	211	133	0.8	4.2	7.1	0.3	1.0	6.7	6.4	4.8	0.2	2.6
41 Côte d'Ivoire	300	180	127	2.6	3.2	6.6	2.8	-3.7	7.2	7.4	7.4	-0.1	0.0
42 Inde	236	177	126	1.4	3.1	6.5	1.5	3.2	5.9	4.8	4.0	1.0	1.7
43 Cameroun	270	170	126	2.3	2.7	6.5	2.4	-0.3	5.8	6.4	5.8	-0.5	0.9
44 Bolivie	282	180	126	2.2	3.2	6.5	1.7	-2.6	6.7	5.8	4.7	0.7	1.9
45 Namibie	248	161	120	2.2	2.7	6.0	-	-	6.0	6.0	6.0	0.0	0.0
46 Myanmar	237	146	117	2.4	2.0	5.7	1.6	-	6.0	5.1	4.3	0.8	1.6
47 Congo	220	125	110	2.8	1.2	5.0	2.7	-0.2	5.9	6.3	6.3	-0.3	0.0
48 Jamahiriya arabe libyenne	269	150	108	2.9	3.0	4.8	0.0	-9.2	7.1	7.3	6.5	0.1	1.1
49 Pérou	240	145	97	2.5	3.7	4.5	0.8	-2.0	6.9	5.0	3.7	1.6	2.7
50 Guatemala	220	140	92	2.3	3.8	4.5	3.0	2.1	6.9	6.3	5.5	0.5	1.2
51 Maroc	265	145	91	3.0	4.2	4.5	2.7	1.6	7.2	5.7	4.5	1.2	2.1
52 Turquie	216	141	89	2.1	4.2	4.5	3.6	3.0	6.3	4.3	3.6	1.9	1.6
53 Zimbabwe	181	125	88	1.9	3.2	4.5	1.7	-0.8	7.5	6.4	5.5	0.8	1.4
54 Indonésie	215	131	86	2.5	3.8	4.5	5.2	4.1	5.5	4.4	3.2	1.1	2.9
55 Botswana	169	108	85	2.2	2.2	4.5	9.9	6.3	6.8	6.8	5.2	0.0	2.4
56 Egypte	260	179	85	1.9	6.8	4.5	2.8	2.1	7.0	5.2	4.2	1.5	1.9
57 Equateur	184	107	82	2.7	2.4	4.5	5.4	-0.8	6.9	5.1	3.8	1.5	2.7
58 Mongolie	185	112	82	2.5	2.8	4.5	-	-	6.0	5.4	4.7	0.5	1.3
59 Nicaragua	209	143	81	1.9	5.2	4.5	0.7	4.7*	7.4	6.2	5.2	0.9	1.8
60 Papouasie-Nlle-Guinée	248	95	79	4.8	1.7	4.5	-	-0.5	6.3	5.7	5.0	0.5	1.2
61 Rép. dominicaine	200	102	76	3.4	2.7	4.5	3.8	-0.4	7.4	4.5	3.5	2.5	2.3
62 Kenya	202	112	75	2.9	3.6	4.5	3.1	0.3	8.0	7.8	6.4	0.1	1.8
63 Honduras	230	120	73	3.3	4.5	4.5	1.1	-1.2	7.3	6.4	5.1	0.7	2.1
64 Afrique du Sud	126	91	72	1.6	2.1	4.5	3.2	-0.9	6.5	4.9	4.2	1.4	1.4
Pays à TMM5 moyen	174	69	36	4.4	5.8	4.5	4.2	1.4	5.1	3.2	2.7	2.4	1.7
65 Brésil	179	93	67	3.3	3.0	4.5	6.3	0.6	6.2	4.0	2.9	2.2	2.9
66 El Salvador	210	120	67	2.8	5.3	4.5	1.5	-0.6	6.8	5.4	4.2	1.2	2.3
67 Iran, Rép. islamique d'	233	126	62	3.1	6.4	4.5	2.9	0.8	7.2	6.5	6.1	0.5	0.6
68 Algérie	243	145	61	2.6	7.9	4.5	4.2	-0.3	7.3	6.8	5.0	0.4	2.8
69 Paraguay	103	70	59	1.9	1.6	4.5	4.1	1.3	6.8	4.9	4.4	1.6	1.0
70 Tunisie	254	103	58	4.5	5.2	4.5	4.7	0.9	7.1	5.3	3.6	1.5	3.5

	Taux de mortalité des moins de 5 ans						PIB par habitant		Indice synthétique de fécondité				
	Taux annuel moyen de régression (%)					requis** 1991-2000	Taux annuel moyen de croissance (%)		Taux annuel moyen de régression (%)				
	1960	1980	1991	1960-80	1980-91		1965-1980	1980-1990	1960	1980	1991	1960-1980	1980-1991
71 Viet Nam	219	105	52	3,7	5,4	4,5	..	..	6,0	5,1	4,0	0,8	2,2
72 Rép. arabe syrienne	217	86	47	4,6	5,5	4,5	5,1	-2,1	7,3	7,4	6,3	0,1	1,5
73 Jordanie	180	75	46	4,4	4,4	4,5	5,8*	-3,9	7,7	7,1	5,8	0,4	1,8
74 Liban	91	62	46	1,9	2,7	4,5	..	..	6,3	4,0	3,2	2,3	2,0
75 Philippines	128	79	46	2,4	4,9	4,5	3,2	1,5	6,8	4,9	4,0	1,5	1,8
76 Venezuela	114	50	43	4,1	1,4	4,5	2,3	-2,0	6,5	4,2	3,2	2,2	2,5
77 Arabie saoudite	292	90	43	5,9	6,7	4,5	4,0*	-5,6	7,2	7,3	6,5	-0,1	1,1
78 Oman	378	100	42	6,6	7,9	4,5	9,0	7,1	7,2	7,2	6,8	0,0	0,5
79 Mexique	138	81	37	2,7	7,1	4,5	3,6	-0,9	6,8	4,7	3,3	1,8	3,2
80 Roumanie	82	36	34	4,1	0,5	4,5	..	..	2,3	2,4	2,2	-0,2	0,8
81 Rep. pop. dém. de Corée	120	43	34	5,1	2,1	4,5	..	..	5,8	3,1	2,4	3,1	2,3
82 Thaïlande	146	61	33	4,4	5,6	4,5	4,4	5,6	6,4	3,6	2,3	2,9	4,1
83 ex-URSS	53	37	31	1,8	1,6	4,5	..	..	2,7	2,3	2,3	0,8	0,0
84 Albanie	151	57	31	4,9	5,5	4,5	..	..	5,9	3,8	2,8	2,2	2,8
85 Panama	105	42	30	4,6	3,1	4,5	2,8	2,0	5,9	3,8	3,0	2,2	2,1
86 Emirats arabes unis	239	43	29	8,6	3,6	4,5	..	7,2	6,9	5,4	4,6	1,2	1,5
87 Maurice	104	42	28	4,5	3,7	4,5	3,7	5,4	5,9	2,8	2,0	3,7	3,1
88 Chine	205	63	27	5,9	7,7	4,5	4,1	7,9	5,7	2,7	2,3	3,7	1,5
89 Uruguay	57	43	24	1,4	5,3	4,5	2,5	-0,9	2,9	2,7	2,4	0,4	1,1
90 Argentine	70	41	24	2,7	4,9	4,5	1,7	-1,8	3,1	3,3	2,8	-0,3	1,5
91 Trinité-et-Tobago	69	40	23	2,7	5,0	4,5	3,1	-6,0	5,2	3,3	2,8	2,3	1,5
92 ex-Yougoslavie	113	37	22	5,6	4,7	4,5	5,2	-0,9	2,8	2,1	1,9	1,4	0,9
93 Bulgarie	70	25	21	5,1	1,6	4,5	..	2,3	2,2	2,1	1,9	0,2	0,9
94 Chili	142	44	21	5,9	6,7	4,5	0,0	1,1	5,3	2,8	2,7	3,2	0,3
95 Sri Lanka	130	52	21	4,6	8,2	4,5	2,8	2,4	5,3	3,5	2,5	2,1	3,1
96 Colombie	130	59	21	3,9	9,4	4,5	3,7	1,1	6,8	3,8	2,7	2,9	3,1
Pays à faible TMM5	48	17	11	5,0	4,1	4,5	..	2,5	3,0	1,9	1,8	2,2	0,4
97 Malaisie	105	42	20	4,6	6,7	4,5	4,7	2,5	6,8	4,2	3,7	2,4	1,2
98 Jamaïque	89	28	19	5,8	3,5	4,5	-0,1	0,4	5,4	3,8	2,5	1,8	3,8
99 Costa Rica	122	31	18	6,9	4,9	4,5	3,3	0,6	7,0	3,7	3,2	3,2	1,3
100 Hongrie	57	26	17	3,9	3,9	4,5	5,1	1,5	2,0	2,0	1,8	0,0	1,0
101 Pologne	70	24	17	5,4	3,1	4,5	..	1,2	3,0	2,3	2,1	1,3	0,8
102 Koweït	128	35	17	6,5	6,6	4,5	0,6*	2,2	7,3	5,4	3,8	1,5	3,2
103 Cuba	91	24	14	6,7	4,9	4,5	..	..	4,2	2,0	1,9	3,7	0,5
104 Rép. féd. tchèque et slovaque	33	20	13	2,5	3,9	4,5	..	1,3	2,5	2,2	2,0	0,5	0,9
105 Israël	39	19	12	3,6	4,2	4,5	3,7	1,5	3,9	3,3	2,9	0,8	1,2
106 Portugal	112	31	12	6,4	8,6	4,5	4,6	2,4	3,1	2,2	1,5	1,7	3,5
107 Etats-Unis d'Amérique	30	15	11	3,5	2,8	4,5	1,8	2,2	3,5	1,8	2,0	3,3	1,0
108 Grèce	64	23	11	5,1	6,7	4,5	4,8	1,5	2,2	2,1	1,5	0,2	3,1
109 Irlande	36	14	10	4,7	3,1	4,5	2,8	1,1	3,8	3,2	2,2	0,9	3,4
110 Singapour	60	15	10	6,0	3,7	4,5	8,3	5,7	5,5	1,8	1,7	5,6	0,5
111 Belgique	35	15	10	4,2	3,7	4,5	3,6	1,2	2,6	1,7	1,6	2,1	0,6
112 Australie	24	13	10	3,1	2,4	4,5	2,2	1,7	3,3	2,0	1,9	2,5	0,5
113 Italie	50	17	10	5,4	4,8	4,5	3,2	2,2	2,4	1,7	1,3	1,7	2,4
114 Nouvelle-Zélande	25	16	10	2,4	4,3	4,5	1,7	0,6	3,9	2,1	2,1	3,1	0,0
115 Rép. de Corée	125	19	10	9,5	5,8	4,5	7,3	8,9	5,7	2,6	1,7	3,9	3,9
116 Canada	33	13	9	4,7	3,3	4,5	3,3	2,4	3,8	1,7	1,8	4,0	-0,5
117 Allemagne	40	16	9	4,6	5,2	4,5	3,0*	2,2*	2,4	1,5	1,5	2,4	0,0
118 Danemark	25	10	9	4,6	1,0	4,5	2,2	2,1	2,6	1,6	1,7	2,4	-0,6
119 Suisse	27	11	9	4,5	1,8	4,5	1,5	1,7	2,4	1,5	1,6	2,4	-0,6
120 France	34	13	9	4,8	3,3	4,5	3,7	1,7	2,8	1,9	1,8	1,9	0,5
121 Royaume-Uni	27	14	9	3,3	4,0	4,5	2,0	2,5	2,7	1,8	1,9	2,0	-0,5
122 Autriche	43	17	9	4,6	5,8	4,5	4,0	2,0	2,7	1,6	1,5	2,6	0,6
123 Espagne	57	16	9	6,4	5,2	4,5	4,1	2,7	2,8	2,2	1,4	1,2	4,1
124 Hong Kong	64	14	8	7,6	5,1	4,5	6,2	5,5	5,0	2,1	1,4	4,3	3,7
125 Pays-Bas	22	11	8	3,5	2,9	4,5	2,7	1,4	3,1	1,5	1,7	3,6	-1,1
126 Norvège	23	11	8	3,7	2,9	4,5	3,5	2,7	2,9	1,7	1,9	2,7	-1,0
127 Finlande	28	9	7	5,7	2,3	4,5	3,6	3,1	2,7	1,7	1,8	2,3	-0,5
128 Japon	40	11	6	6,5	5,5	4,5	5,1	3,5	2,0	1,8	1,7	0,5	0,5
129 Suède	20	9	5	4,0	5,3	4,5	2,0	1,8	2,3	1,6	2,0	1,8	-2,0
Pays les moins avancés	286	222	180	1,2	1,9	10,8	-0,1	0,1	6,6	6,5	6,0	0,0	0,7
Pays en développement	217	138	101	2,1	2,8	8,0	3,7	2,2	6,0	4,4	3,7	1,4	1,5
Pays développés	45	23	17	3,3	2,5	4,5	..	2,4	2,8	2,0	1,9	1,7	0,1
Afrique au sud du Sahara	261	203	180	1,2	1,2	11,2	2,5	-0,9	6,7	6,7	6,5	0,0	0,3
Moyen-Orient et Afrique du Nord	246	145	90	2,5	3,7	6,4	3,8	1,4	7,0	5,9	5,0	0,8	1,4
Asie du Sud	238	179	131	1,4	2,8	7,1	1,5	3,0	6,1	5,2	4,4	0,7	1,7
Asie de l'Est et Pacifique	198	80	42	4,2	5,5	4,9	..	6,8	5,8	3,2	2,6	2,8	1,9
Amérique latine et Caraïbes	161	89	57	3,0	4,0	4,7	4,1	-0,3	6,0	4,2	3,2	1,8	2,5

** Taux annuel moyen de régression requis si l'on veut ramener dans tous les pays le TMM5 à 70 pour 1000 naissances vivantes ou à deux tiers du taux de 1990, selon que l'un ou l'autre de ces résultats apparaît plus favorable. Les pays sont énumérés par ordre décroissant de TMM5. Les chiffres qui figurent dans les bandes horizontales en couleur sont des totaux ou des moyennes pondérées.

Index des pays (par catégories)

Pays en développement	Afghanistan	Equateur	Malawi	Rép. dém. pop. lao
	Afrique du Sud	Ethiopie	Mali	Rép. dominicaine
	Algérie	Gabon	Maroc	Rép. pop. dém. de Corée
	Angola	Ghana	Maurice	Rép.-Unie de Tanzanie
	Arabie saoudite	Guatemala	Mauritanie	Rwanda
	Argentine	Guinée	Mexique	Sénégal
	Bangladesh	Guinée-Bissau	Mongolie	Sierra Leone
	Bénin	Haïti	Mozambique	Singapour
	Bhoutan	Honduras	Myanmar	Somalie
	Bolivie	Hong Kong	Namibie	Soudan
	Botswana	Inde	Népal	Sri Lanka
	Brésil	Indonésie	Nicaragua	Tchad
	Burkina Faso	Iran, Rép. islamique d'	Niger	Thaïlande
	Burundi	Iraq	Nigéria	Togo
	Cambodge	Jamahiriya arabe libyenne	Oman	Trinité-et-Tobago
	Cameroun	Jamaïque	Ouganda	Tunisie
	Chili	Jordanie	Pakistan	Turquie
	Chine	Kenya	Panama	Uruguay
	Colombie	Koweït	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Venezuela
	Congo	Lesotho	Paraguay	Viet Nam
	Costa Rica	Liban	Pérou	Yémen
	Côte d'Ivoire	Libéria	Philippines	Zaïre
	Cuba	Madagascar	Rép. arabe syrienne	Zambie
	Egypte	Malaisie	Rép. centrafricaine	Zimbabwe
	El Salvador		Rép. de Corée	
	Emirats arabes unis			

Afrique au sud du Sahara	Afrique du Sud	Gabon	Maurice	Rwanda
	Angola	Ghana	Mauritanie	Sénégal
	Bénin	Guinée	Mozambique	Sierra Leone
	Botswana	Guinée-Bissau	Namibie	Somalie
	Burkina Faso	Kenya	Niger	Tchad
	Burundi	Lesotho	Nigéria	Togo
	Cameroun	Libéria	Ouganda	Zaïre
	Congo	Madagascar	Rép. centrafricaine	Zambie
	Côte d'Ivoire	Malawi	Rép.-Unie de Tanzanie	Zimbabwe
	Ethiopie	Mali		

Moyen-Orient et Afrique du Nord	Algérie Arabie saoudite Egypte Emirats arabes unis Iran, Rép. islamique d'	Iraq Jamahiriya arabe libyenne Jordanie Koweït	Liban Maroc Oman Rép. arabe syrienne Soudan	Tunisie Turquie Yémen
Asie du Sud	Afghanistan Bangladesh	Bhoutan Inde	Népal Pakistan	Sri Lanka
Asie de l'Est et Pacifique	Cambodge Chine Hong Kong Indonésie	Rép. de Corée Rép. dém. pop. lao Rép. pop. dém. de Corée	Malaisie Mongolie Myanmar Papouasie-Nouvelle- Guinée	Philippines Singapour Thaïlande Viet Nam
Amérique latine et Caraïbes	Argentine Bolivie Brésil Chili Colombie Costa Rica	Cuba El Salvador Equateur Guatemala Haïti Honduras	Jamaïque Mexique Nicaragua Panama Paraguay Pérou	Rép. dominicaine Trinité-et-Tobago Uruguay Venezuela
Pays les moins avancés	Afghanistan Bangladesh Bénin Bhoutan Botswana Burkina Faso Burundi Cambodge Ethiopie	Guinée Guinée-Bissau Haïti Lesotho Libéria Madagascar Malawi Mali Mauritanie	Mozambique Myanmar Népal Niger Ouganda Rép. dém. pop. lao Rép.-Unie de Tanzanie Rwanda	Sierra Leone Somalie Soudan Tchad Togo Yémen Zaïre Zambie
Pays développés	Albanie Allemagne Australie Autriche Belgique Bulgarie Canada Danemark	Espagne Etats-Unis d'Amérique Finlande France Grèce Hongrie Irlande	Israël Italie Japon Norvège Nouvelle-Zélande Pays-Bas Pologne Portugal	Rép. fédérative tchèque et slovaque Roumanie Royaume-Uni Suède Suisse ex-Union soviétique ex-Yougoslavie

Définitions

Taux de mortalité des moins de 5 ans	nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes au cours d'une année. Plus spécifiquement, probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.	Retard de croissance	<i>modéré et grave</i> : le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -2 E.T. (écarts-types) de la taille moyenne par rapport à l'âge de la population de référence.
Taux de mortalité infantile	nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes au cours d'une année. Plus spécifiquement, probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire.	Accès aux services de santé	pourcentage de la population qui peut se rendre en moins d'une heure dans les centres de santé locaux, en utilisant les moyens de transport habituels.
PNB	produit national brut. Les PNB annuels par habitant sont exprimés en dollars actuels des Etats-Unis. Les taux de croissance du PNB par habitant sont des taux de croissance annuelle moyenne calculés en fixant des lignes de tendance aux valeurs logarithmiques des PNB par habitant, aux prix constants du marché, pour chaque année de la période de référence.	DTC	diphtérie, tétanos et coqueluche.
Espérance de vie à la naissance	nombre d'années que vivrait un nouveau-né sujet aux risques particuliers à une coupe instantanée de la population au moment de sa naissance.	Utilisation de la TRO	pourcentage de tous les cas de diarrhée survenant chez des enfants de moins de 5 ans qui sont traités au moyen de sels de réhydratation orale ou d'une boisson appropriée préparée à domicile.
Taux d'alphabétisation des adultes	pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire.	Enfants ayant achevé leur scolarisation primaire	pourcentage des enfants entrés en première année du cycle primaire de l'enseignement qui parviennent à la dernière année de ce cycle.
Taux de scolarisation primaire et secondaire	le <i>taux brut</i> de scolarisation est le nombre total d'enfants inscrits dans le primaire ou le secondaire (qu'ils soient ou non en âge de fréquenter l'école primaire ou secondaire), exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants appartenant au groupe d'âge correspondant à l'un ou l'autre de ces niveaux d'enseignement. Le <i>taux net</i> de scolarisation est le nombre total d'enfants inscrits dans le primaire ou le secondaire qui appartiennent au groupe d'âge pertinent, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants appartenant à ce même groupe d'âge.	Taux brut de mortalité	nombre annuel de décès pour 1000 habitants.
Répartition du revenu	pourcentage du revenu du secteur privé dont disposent les 20% des ménages les plus riches et les 40% des ménages les plus pauvres.	Taux brut de natalité	nombre annuel de naissances pour 1000 habitants.
Insuffisance pondérale à la naissance	moins de 2500 grammes.	Indice synthétique de fécondité	nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.
Faible poids	<i>modéré et grave</i> : le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -2 E.T. (écarts-types) du poids moyen par rapport à l'âge de la population de référence; <i>grave</i> : le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -3 E.T. du poids moyen par rapport à l'âge de la population de référence.	Population urbaine	pourcentage de la population résidant dans les régions urbaines telles qu'elles ont été définies par des critères nationaux lors du dernier recensement.
Emaciation	<i>modérée et grave</i> : le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -2 E.T. (écarts-types) du poids moyen par rapport à la taille de la population de référence.	Seuil de pauvreté absolue	le niveau de revenu au-dessous duquel il est impossible d'obtenir une alimentation adaptée du point de vue nutritionnel et de satisfaire les besoins de base non alimentaires.
		APD	aide publique au développement.
		Service de la dette	le total des paiements d'intérêts et des remboursements du principal afférents aux dettes extérieures publiques et aux emprunts garantis par l'Etat.
		Taux d'emploi de contraceptifs	pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui utilisent des moyens de contraception.
		Accouchements assistés	pourcentage de tous les accouchements assistés par des médecins, des infirmières, des sages-femmes, des accoucheuses traditionnelles qualifiées ou des agents de soins de santé primaires qualifiés.
		Taux de mortalité maternelle	nombre de femmes qui meurent chaque année par suite d'une grossesse, pour 100 000 naissances vivantes.
		PIB	produit intérieur brut.

Sources principales

Mortalité infantile et mortalité des moins de 5 ans	Division de la population des Nations Unies, UNICEF, Bureau de statistique des Nations Unies, Banque mondiale et <i>US Bureau of the Census</i> (Tableau 9)	Accès à l'eau potable	Organisation mondiale de la Santé (OMS) et UNICEF
Population totale	Division de la population des Nations Unies	Accès aux services de santé	UNICEF
Natalité	Division de la population des Nations Unies, Bureau de statistique des Nations Unies et Banque mondiale	Vaccination	Organisation mondiale de la Santé (OMS) et UNICEF
Décès des moins de 5 ans	Division de la population des Nations Unies et UNICEF	Utilisation de la TRO	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
PNB par habitant	Banque mondiale	Postes de radio et de télévision	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)
Espérance de vie	Division de la population des Nations Unies	Population (0-16 ans) (0-5 ans)	Division de la population des Nations Unies
Alphabétisation des adultes	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	Taux bruts de mortalité et de natalité	Division de la population des Nations Unies
Inscriptions scolaires et achèvement des études	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	Fécondité	Division de la population des Nations Unies
Répartition du revenu parmi les ménages	Banque mondiale	Population urbaine	Division de la population des Nations Unies
Insuffisance pondérale à la naissance	Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Inflation et seuil de pauvreté absolue	Banque mondiale
Allaitement maternel	<i>Demographic and Health Surveys</i> , IRD et Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Dépenses de santé, d'éducation et de défense	Banque mondiale et Fonds monétaire international (FMI)
Faible poids, émaciation, retard de croissance	Organisation mondiale de la Santé (OMS) et <i>Demographic and Health Surveys</i> , IRD	Aide publique au développement	Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Production alimentaire et apport en calories	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)	Service de la dette	Banque mondiale
Part du revenu consacrée à l'alimentation	Banque mondiale	Taux d'emploi de contraceptifs	Division de la population des Nations Unies, Fondation Rockefeller et <i>Demographic and Health Surveys</i> , IRD
		Accouchements assistés	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
		Mortalité maternelle	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
		PIB	Bureau de statistique des Nations Unies

De plus amples renseignements sur l'UNICEF et ses activités peuvent être obtenus auprès des bureaux de l'UNICEF suivants:

BUREAUX DE L'UNICEF

Siège de l'UNICEF à New York
UNICEF House, 3 UN Plaza
New York, NY 10017
Etats-Unis d'Amérique

UNICEF, Bureau de Genève
Palais des Nations
CH-1211 Genève 10, Suisse

Bureau régional de l'UNICEF
pour l'Afrique orientale et australe
P.O. Box 44145
Nairobi, Kenya

Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique
de l'Ouest et centrale
B.P. 443
Abidjan 04, Côte d'Ivoire

Bureau régional de l'UNICEF
pour les Amériques et les Caraïbes
Apartado Aéreo 7555
Santa Fé de Bogotá, Colombie

Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Asie orientale et le Pacifique
P.O. Box 2-154
Bangkok 10200, Thaïlande

Bureau régional de l'UNICEF pour
le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord
P.O. Box 811721
Amman, Jordanie

Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Asie du Sud
Malla Annex
Lekhath Marg
Kathmandu, Népal

Bureau de l'UNICEF pour l'Australie
et la Nouvelle-Zélande
P.O. Box Q143
Queen Victoria Building
Sydney, N.S.W. 2000, Australie

Bureau de l'UNICEF pour le Japon
c/o United Nations Information Centre
22nd floor, Shin Aoyama Building Nishikan
1-1, Minami-Aoyama 1-Chome
Minato-ku, Tokyo 107, Japon

COMITÉS NATIONAUX POUR L'UNICEF

Allemagne:
Deutsches Komitee für UNICEF
Honingerweg, 104
5000 Cologne 51

Australie:
UNICEF Committee of Australia
Suite 5, Level 5
343, Little Collins Street
Melbourne 3000

Autriche:
Österreichisches Komitee für UNICEF
Vienna International Centre (UNO City)
22, Wagramer Strasse 9
1400 Vienne

Belgique:
Comité belge pour l'UNICEF
Avenue des Arts, 20
1040 Bruxelles

Bulgarie:
Comité national bulgare pour l'UNICEF
c/o Ministère de la santé publique
5, place Lénine
Sofia

Canada:
Comité UNICEF Canada
443, Mount Pleasant Road
Toronto, Ontario M4S 2L8

Danemark:
Dansk UNICEF Komite
Billedvej 8, Frihavn
2100 Copenhague O

Espagne:
Comité español del UNICEF
Mauricio Legendre, 36
28046 Madrid

Etats-Unis d'Amérique:
United States Committee for UNICEF
333 East 38th Street
New York, NY 10016

Finlande:
Suomen UNICEF-yhdistys r.y.
Perttulantie, 6
00210 Helsinki

France:
Comité français pour l'UNICEF
35, rue Félicien-David
75781 Paris Cedex 16

Grèce:
Comité national hellénique pour l'UNICEF
Xenias Street, 1
115 27 Athènes

Hong Kong:
Hong Kong Committee for UNICEF
60, Blue Pool Road 3/F, Happy Valley
Hong Kong

Hongrie:
UNICEF Magyar Nemzeti Bizottsága
Varsanyi Iren U. 26-34,
H.L.H.V.I
1027 Budapest

Irlande:
Irish National Committee for UNICEF
4, St. Andrew Street
Dublin 2

Israël:
Israel National Committee for UNICEF
c/o International Cultural Centre for Youth
12 Emek Rephaim Road
P.O. Box 8009
93105 Jérusalem

Italie:
Comitato Italiano per l'UNICEF
Via Ippolito Nievo, 61
00153 Rome

Japon:
Japan Committee for UNICEF
Daichi Daikyo-cho Bldg.
31-10, Daikyo-cho
Shinjuku-ku
Tokyo 160

Luxembourg:
Comité luxembourgeois pour l'UNICEF, a.s.b.l.
99, route d'Arlon
1140 Luxembourg

Nouvelle-Zélande:
New Zealand National Committee for UNICEF, Inc.
Room 534, 5th floor
29, Brandon Street
P.O. Box 347
Wellington 1

Norvège:
Den Norske UNICEF-Komite
St. Olavs pl.
P.O. Box 6877
0130 Oslo 1

Pays-Bas:
Stichting Nederlands Comité UNICEF
St. Barbaraweg, 4
Postbus 30603
2500 GP La Haye

Pologne:
Polski Komitet UNICEF
ul. Mokotowska 39
00551 Varsovie

Portugal:
Comité Portugais pour l'UNICEF
Av. Ant. Augusto Aguiar, 56-3E
1000 Lisbonne

Rép. fédérative tchèque et slovaque:
Česky A Slovensky Vybor Pro UNICEF
Senovazne Nam. 24116
116 47 Prague 1

Roumanie:
Comitetul Român Pentru UNICEF
Strada Stirbei Voda, 37
7032 Bucarest

Royaume-Uni:
United Kingdom Committee for UNICEF
55, Lincolns Inn Fields
Londres WC2A 3NB

Saint-Marin:
Commissione Nazionale Sammarinese
per l'UNICEF
c/o Segreteria di Stato per gli Affari Esteri
Palazzo Begni
47031 Saint-Marin

Suède:
Svenska Unicef-Komittén
Asögatan, 149
Box 111 14
100 61 Stockholm

Suisse:
Comité suisse pour l'UNICEF
Werdstrasse, 36
Postfach
8021 Zurich

Turquie:
UNICEF Türkiye milli Komitesi
Abdullah Cevdet Sokak, No. 20/10
00680 Çankaya-Ankara

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1993

Le rapport sur *La situation des enfants dans le monde 1993* montre qu'en dépit des problèmes de l'après-guerre froide il serait possible, dans les dix prochaines années, de réduire massivement ces maux ancestraux et largement répandus que sont les maladies évitables, la malnutrition chez les enfants et l'analphabétisme.

En estimant à 25 milliards de dollars par an la somme qui devrait s'ajouter, pour atteindre ce but, à ce qui est déjà consacré à l'aide au développement, l'UNICEF donne une indication de la proximité de l'objectif. Au moyen des stratégies peu onéreuses dont nous disposons aujourd'hui, affirme le rapport, une telle somme pourrait permettre de vaincre les principales maladies de l'enfance, de diminuer de moitié la malnutrition chez les jeunes enfants, de fournir à toutes les communautés de l'eau potable et un assainissement sûr, de mettre à la disposition de tous des services de planification familiale et d'offrir à tous les enfants au moins une éducation de base.

Si autant de choses peuvent être accomplies pour un coût aussi dérisoire, pourquoi ne s'est-on pas encore attelé à la tâche?

Négliger la gravité de la situation actuelle, affirme l'UNICEF, est en soi un scandale dont le public n'a que peu conscience. Dans les pays en développement, seulement un peu plus de 10% des dépenses publiques sont affectées à ces besoins élémentaires des pauvres que sont une nutrition suffisante, les soins de santé essentiels, l'eau et l'assainissement, l'éducation et la planification familiale. Par ailleurs, moins de 10% de toute l'aide publique au développement est allouée à ces mêmes besoins.

Un espoir se dessine cependant dans les années 90, constate l'UNICEF: l'ère de l'indifférence semble céder la place à l'ère de la détermination.

Une illustration essentielle de cet espoir réside principalement dans la réalisation de l'objectif de la vaccination de 80% des enfants du monde, un exploit qui permet aujourd'hui de sauver trois millions d'enfants chaque année.

D'autres stratégies tout aussi puissantes, éprouvées et peu coûteuses sont désormais disponibles. Des objectifs précis, dont l'énoncé reflète le potentiel des nouvelles connaissances et technologies, ont été fixés lors du *Sommet mondial pour les enfants* de 1990 et les engagements souscrits pour atteindre ces buts avant la fin de ce siècle portent un plus grand nombre de signatures de chefs d'Etat et de gouvernement que tout autre document signé par le passé. Des programmes d'action nationaux ont été mis au point dans plus de 50 pays et sont en préparation dans 80 autres. Les changements politiques, économiques et démographiques intervenus créent un contexte plus favorable que par le passé à la poursuite de ce combat.

Mais il ne sera possible de satisfaire les besoins humains élémentaires que grâce au soutien durable de la communauté internationale et à l'appui le plus large des hommes politiques, affirme l'UNICEF. Seul un haut degré de participation populaire et les efforts concrets et la volonté politique de millions de personnes et de milliers d'organisations permettront aux engagements souscrits de s'intégrer dans les priorités de chaque pays. C'est à ce prix seulement que l'ère de la détermination verra le jour.