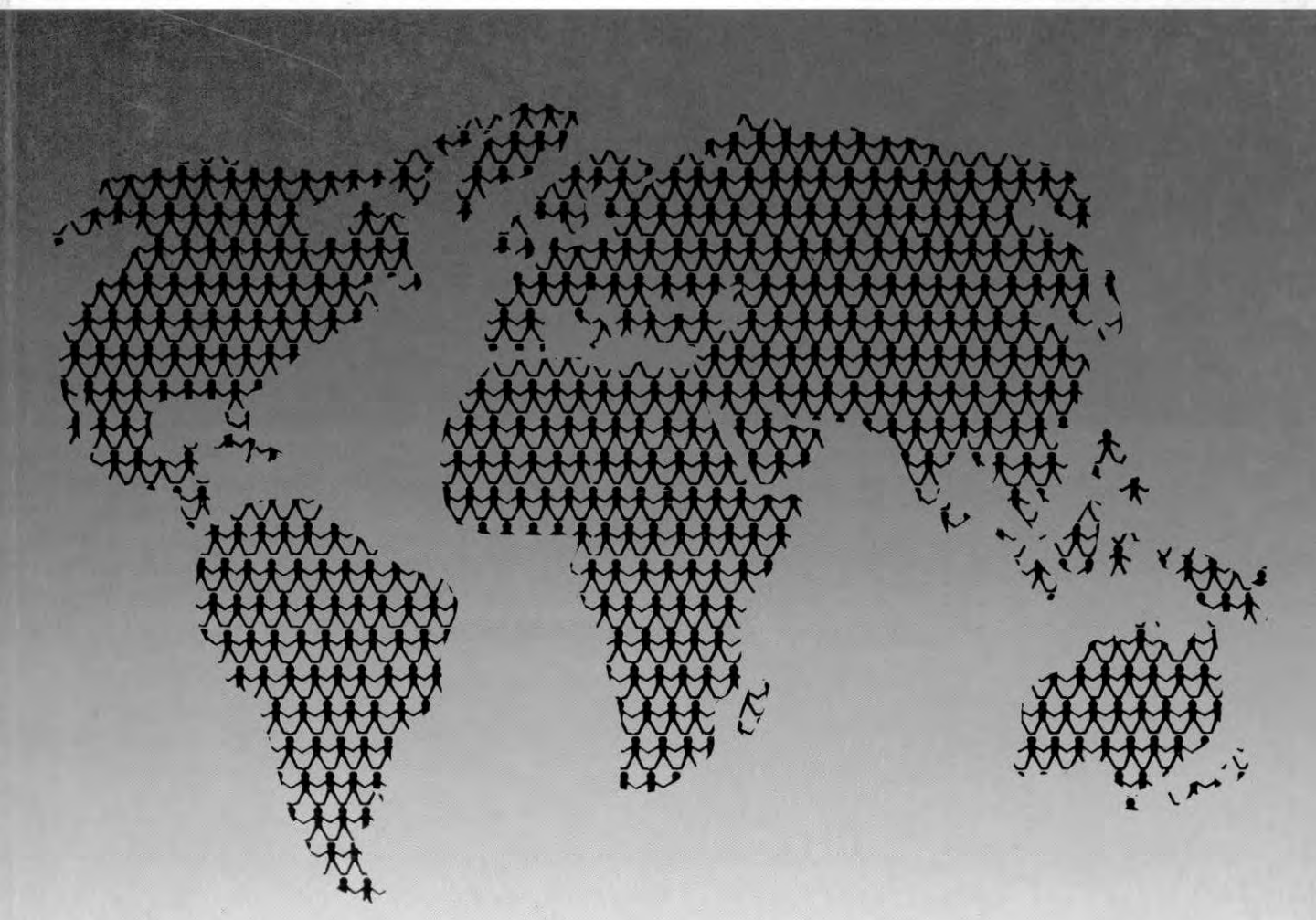
LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1992



Fonds des Nations Unies pour l'enfance
(UNICEF)

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE
1992

Copyright © Fonds des Nations Unies pour l'enfance 1991

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

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

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

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

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

Composition et production: Tex SA, Genève, Suisse

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

Titre original: The State of the World's Children 1992

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1992

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

TABLE DES MATIÈRES

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1992

Introduction
Des priorités pour un nouvel ordre mondial

Les changements politiques et économiques de ces dernières années font apparaître clairement qu'un nouvel ordre mondial se dessine. L'UNICEF présente dix propositions précises pour ce nouvel ordre mondial, dans la perspective d'une organisation qui se heurte quotidiennement à certains des problèmes les plus aigus de l'humanité.

page 1

Tenir les promesses

Le *Sommet mondial pour les enfants* a fait de grandes promesses aux enfants des années 90, notamment celles de réduire de façon radicale la mortalité et la malnutrition chez les enfants et de garantir à chaque enfant au moins une éducation primaire. Ces promesses doivent être tenues.

page 5

Les enfants d'abord

Protéger la croissance physique et mentale des enfants devrait avoir la priorité sur les ressources de la société – et ils devraient pouvoir compter sur cet engagement quelles que soient les circonstances.

page 15

Moins de décès, moins de naissances

Les efforts qui seront consentis pour sauver la vie et protéger la santé de millions d'enfants n'accéléreront pas la croissance démographique mais contribueront au contraire à la freiner.

page 21

Investir dans le capital humain

Le consensus actuel sur l'importance d'une politique favorable à l'économie de marché devrait s'accompagner d'un consensus similaire concernant le devoir de garantir les investissements fondamentaux dans le capital humain, notamment la santé et l'éducation des enfants.

page 25

L'aide et les besoins

Les augmentations de l'aide internationale devraient consacrer l'engagement soutenu et mesurable de satisfaire les besoins humains élémentaires.

page 37

L'environnement économique

L'action internationale en matière d'allégement de la dette et d'accès aux marchés est essentielle si l'on veut que les réformes économiques entreprises par les pays en développement soient en mesure d'offrir à leurs populations les moyens de se procurer un revenu décent.

page 41

Le désarmement

Le processus de démilitarisation des pays en développement et la baisse des dépenses militaires des pays industrialisés devraient être liés à une augmentation ou à une redistribution de l'aide au développement et à la recherche d'une solution globale des problèmes mondiaux.

page 45

Alléger le fardeau de l'Afrique

Il faudrait annuler la plus grande partie de la dette de l'Afrique et augmenter l'aide extérieure afin de lui permettre de mener à bien les réformes internes.

page 49

La discrimination sexuelle

Le nouvel ordre mondial devrait rejeter aussi vigoureusement la discrimination sexuelle que la discrimination raciale.

page 55

Planifier les naissances

La planification familiale est l'une des méthodes les plus efficaces et les moins onéreuses pour améliorer la qualité de la vie.

page 57

Statistiques

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

page 69

ENCADRÉS

Objectifs pour l'an 2000: un pour tous, tous pour un 1

Mexique: tenir les promesses 2

Vaccination: garder le cap 3

Europe centrale et orientale: une transition à visage humain 4

Etats-Unis: de plus en plus d'enfants pauvres 5

La guerre contre les enfants: la honte du XXe siècle 6

Ceara: la preuve que c'est possible 7

Repenser le développement 8

L'Etat et le marché 9

Education: ne pas lâcher l'école 10

République de Corée: plus d'éducation pour peu d'argent 11

Des hôpitaux amis des bébés: pour sauver un million de vies 12

Vaccination en Chine: l'objectif de 90% a été atteint 13

Vers un «super-vaccin» pour l'enfance 14

Hépatite B: le septième vaccin 15

Savoir pour sauver: distribué par millions 16

FIGURES

Fig. 1 Les décès d'enfants
Tendances de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, par région, 1960-1990

Fig. 2 La lutte contre la malnutrition
Réduire de moitié la malnutrition: tendances passées, progrès requis, quelques pays, Asie et Amériques, 1975-2000

Fig. 3 Le succès de la vaccination
Augmentation de la couverture vaccinale, enfants de moins d'un an, tous pays en développement, 1981-1990

Fig. 4 Trois millions d'enfants sauvés
Décès évités et se produisant encore, maladies évitables par la vaccination, en millions, tous pays en développement, 1991

Fig. 5 Le tiers des familles utilisent la TRO
Utilisation estimée de la TRO pour traiter les épisodes diarrhéiques, enfants de 0-4 ans, 1984-1988, par régions de l'OMS et globalement

Fig. 6 Naissances et décès d'enfants
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) et indice synthétique de fécondité, 1960, 1980 et 1989

Fig. 7 Dépenses de santé et d'éducation
Dépenses de soins de santé primaires et d'éducation primaire et secondaire, exprimées en pourcentage de la totalité du financement central, quelques pays en développement, 1988

Fig. 8 Armes, dette et population
Pourcentage du financement central (FC) consacré à la défense, au service de la dette, à la santé et à l'éducation, et aide reçue exprimée en pourcentage du FC, par région, 1988

Fig. 9 La preuve que c'est possible
Evolution des indicateurs de santé maternelle et infantile, Ceara, 1986-1989

Fig. 10 L'abandon scolaire
Taux de survie, école primaire, par région, 1986

Fig. 11 Où va l'aide?
Part de toute l'aide bilatérale et multilatérale consacrée à la santé et à l'éducation, 1988

Fig. 12 L'aide et les besoins essentiels
Part de l'aide consacrée aux besoins essentiels, exprimée en pourcentage de toute l'aide, quelques pays donateurs, 1989

Fig. 13 Inverser le flux
Transferts nets entre pays donateurs et pays bénéficiaires, en milliards de dollars, 1980-1989

Fig. 14 La guerre et le bien-être
Pourcentage du financement central consacré à la défense et au bien-être, quelques pays d'Afrique, 1972 et 1989

RÉSUMÉ DES THÈMES

Les changements politiques et économiques qui bouleversent le monde depuis trois ans font apparaître clairement qu'un nouvel ordre mondial est en train de voir le jour. Le rapport sur *La situation des enfants dans le monde* de cette année représente la contribution que l'UNICEF souhaite apporter à cette évolution, dans la perspective d'une organisation qui se heurte quotidiennement à certains des plus grands échecs de l'ordre ancien.

Ce rapport présente dix propositions précises qui se situent dans cette perspective:

1 *Que les promesses faites lors du* Sommet mondial pour les enfants *soient tenues et qu'un nouvel ordre mondial en finisse avec la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme dont sont victimes des millions d'enfants.*

Les faits: 250 000 jeunes enfants meurent chaque semaine et des millions d'autres survivent, mais dans la malnutrition et en mauvaise santé pratiquement constante. Près de la moitié de tous les cas de malnutrition et de maladie et de tous les décès prématurés sont dus à cinq ou six maladies qu'il est désormais possible d'éviter ou de traiter pour un prix très modique.

2 *Que le principe «les enfants d'abord», en vertu duquel la croissance physique et mentale des enfants devrait avoir, en toute circonstance, la priorité sur les ressources de la société, fasse partie intégrante de l'éthique du nouvel ordre mondial.*

Les faits: faute d'avoir appliqué ce principe, la crise de l'endettement des années 80 s'est traduite dans de nombreux pays en développement par l'augmentation des taux de malnutrition chez les enfants et par une diminution des inscriptions dans le cycle primaire de l'enseignement. Dans de nombreux pays industrialisés, faute d'avoir appliqué ce principe, le nombre d'enfants vivant dans la pauvreté s'est nettement accru pendant les années 80, alors même que ces pays connaissaient une opulence croissante.

3 *Que l'on s'attache à résoudre les problèmes largement répandus que sont la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme dans le cadre du nouvel ordre mondial qui émerge; faute de quoi il sera beaucoup plus difficile de ralentir la croissance démographique et d'évoluer vers un développement respectueux de l'environnement.*

Les faits: lorsque les décès d'enfants sont moins nombreux, les parents font davantage confiance à la planification familiale. La plupart des pays en développement sont désormais sur le point d'atteindre le stade où un fléchissement accentué de la mortalité se traduit par une diminution de plus en plus forte du nombre des naissances. Les efforts que nous consentirons aujourd'hui pour sauver la vie et protéger la santé de millions d'enfants n'accéléreront pas la croissance démographique mais contribueront au contraire à la freiner.

4 *Que le consensus grandissant qui se fait jour sur l'importance d'une politique favorable à l'économie de marché s'accompagne d'un consensus similaire concernant le devoir des gouvernements de garantir les investissements fondamentaux dans le capital humain.*

Les faits: en moyenne, les pays en développement consacrent seulement environ 12% des dépenses publiques à des investissements de base destinés à assurer des soins de santé primaires et l'éducation primaire à la majorité pauvre de la population.

5 *Que les augmentations de l'aide internationale consacrent l'engagement soutenu et mesurable de satisfaire les besoins humains élémentaires et garantissent, en temps de crise, le principe «les enfants d'abord».*

Les faits: seule une très petite part de toute l'aide des pays industrialisés est consacrée à la satisfaction des besoins essentiels de santé, d'éducation primaire, d'approvisionnement en eau salubre et de planification familiale des populations défavorisées.

6 *Que l'action internationale en matière de dette, d'aide et de commerce établisse un nouvel environnement économique, grâce auquel les pays en développement puissent entreprendre des réformes économiques susceptibles d'offrir à leur population les moyens de se procurer un revenu décent.*

Les faits: la crise de l'endettement oblige les pays pauvres à transférer aux pays nantis de 40 à 50 milliards de dollars par an. Le protectionnisme en vigueur dans les pays industrialisés fait en outre perdre chaque année aux pays en développement 50 milliards de dollars d'exportations.

7 *Que les pays en développement s'engagent dans le processus de démilitarisation et que, parallèlement, les pays industrialisés lient la baisse de leurs propres dépenses militaires à une augmentation de l'aide internationale au développement et à la recherche d'une solution globale des problèmes mondiaux.*

Les faits: les fonds consacrés actuellement aux dépenses militaires mondiales dépassent les revenus annuels conjugués de la moitié la plus pauvre de l'humanité. Il serait possible d'atteindre les objectifs du *Sommet mondial pour les enfants*, notamment la réduction radicale des taux de malnutrition et de morbidité et l'accès de tous les enfants à l'éducation de base, par une réaffectation de seulement 10% des dépenses militaires des pays en développement et d'environ 1% de celles du monde industrialisé.

8 *Que l'Afrique soit libérée du fardeau de la dette et qu'on lui accorde une aide extérieure suffisante pour que les réformes internes lui permettent de relancer la dynamique du développement.*

Les faits: actuellement, l'Afrique ne parvient à honorer qu'un tiers environ des intérêts de sa dette. Ce faible montant absorbe néanmoins le quart de toutes ses recettes d'exportation et représente davantage que la totalité de ses dépenses annuelles en faveur de la santé et de l'éducation.

9 *Que le nouvel ordre mondial rejette aussi vigoureusement la discrimination sexuelle que la discrimination raciale.*

Les faits: plus d'un million de petites filles meurent chaque année uniquement en raison de leur sexe; la maladie qui les tue n'est autre que la discrimination sexuelle.

10 *Que l'on fasse savoir que la planification familiale responsable est l'une des méthodes les plus efficaces et les moins onéreuses pour améliorer la qualité de la vie aujourd'hui et demain et que l'une des plus lourdes erreurs de notre temps est sa sous-utilisation.*

Les faits: plus de 50 000 avortements clandestins sont pratiqués chaque jour. Plusieurs millions d'enfants meurent chaque année parce que l'intervalle entre les naissances est trop court ou parce qu'elles surviennent chez des mères trop jeunes ou trop âgées. Plus de 100 000 jeunes femmes meurent chaque année faute des connaissances, des moyens ou du droit de planifier le nombre et le moment de leurs grossesses. Si toutes les femmes avaient la possibilité d'exercer ce choix, le taux de croissance démographique fléchirait d'environ 30%.

I

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1992

James P. Grant

Des priorités pour un nouvel ordre mondial

Tenir les promesses

Les enfants d'abord

Moins de décès, moins de naissances

Investir dans le capital humain

L'aide et les besoins

L'environnement économique

Le désarmement

Alléger le fardeau de l'Afrique

La discrimination sexuelle

Planifier les naissances

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) désigne le nombre d'enfants qui meurent avant l'âge de cinq ans pour mille naissances vivantes. C'est l'un des principaux indicateurs utilisés par l'UNICEF pour mesurer le niveau, de même que l'évolution, du bien-être des enfants. C'est le TMM5 qui détermine l'ordre dans lequel figurent les pays dans les tableaux statistiques du présent rapport.

Les chiffres indiquant le TMM5 de certains pays, tant dans le texte que dans les tableaux statistiques, sont des estimations établies par la Division de la population des Nations Unies et par le Bureau de statistique des Nations Unies.

Pour la plupart des pays en développement, les données relatives aux TMM5 proviennent d'enquêtes-ménages effectuées à intervalles réguliers plutôt que des systèmes d'enregistrement de l'état civil, comme cela est généralement le cas dans les pays industrialisés. Les chiffres les plus récents relatifs au TMM5 dans les pays en développement ont été établis sur la base d'enquêtes réalisées en 1987-88, reflétant de ce fait la situation prévalant au milieu des années 80. Les chiffres du TMM5 pour 1990, qui figurent dans les tableaux statistiques du présent rapport, sont le résultat d'extrapolations de ces données en tenant compte des tendances enregistrées au début des années 80 ou auparavant mais pas de leur évolution au cours de la seconde moitié des années 80 (notamment le fait d'avoir atteint l'objectif de la vaccination de 80% des enfants, l'utilisation de la thérapie par réhydratation orale à grande échelle ou l'augmentation de l'incidence du SIDA). Ceci explique également pourquoi ces chiffres (qui doivent être établis sur une base permettant une comparaison internationale) peuvent, dans certains cas, différer des données (vraisemblablement plus récentes) des services statistiques nationaux, même lorsque leur mécanisme de collecte de données répond à des normes internationales. Des efforts sont entrepris dans le but de fournir des estimations plus récentes pour tous les pays.

Des priorités pour un nouvel ordre mondial

Ce rapport paraît alors que l'ordre mondial qui a dominé la vie politique et économique du XX[e] siècle est visiblement à l'agonie. Il représente la contribution que l'UNICEF souhaite apporter au débat sur le nouvel ordre mondial qui se dessine, dans la perspective de son expérience pratique de certains des problèmes les plus aigus de l'humanité.

En quelques années seulement, le monde a assisté au commencement de la fin de l'apartheid, aux bouleversements d'Europe centrale et orientale, au dénouement de 40 ans de guerre froide, à l'amorce de réductions sensibles dans les dépenses militaires, au quasi-abandon de l'idée de monopole économique de l'Etat, à l'affaiblissement des tensions idéologiques, au renforcement de la puissance économique de l'Asie, au renversement des dictatures dans presque toutes les républiques d'Amérique latine et à un nouvel élan vers la démocratie, le pluralisme et la réforme économique dans la plupart des pays africains.

La période de l'histoire la plus difficile à comprendre est toujours celle que l'on vit, mais la soudaineté et l'ampleur de ces changements, dans un paysage où le rythme du progrès était autrefois perçu comme figé, incitent à penser que nous vivons une révolution. Si c'est le cas, c'est une révolution bien différente de celles du passé. Elle se distingue, tout d'abord, par le fait que son principal agent n'est pas la violence, mais la communication. Et, puisque la fin est souvent inséparable des moyens, c'est une révolution originale car, au lieu de concentrer le pouvoir dans les mains d'une minorité, elle semble le conférer à la majorité.

Ce sont là de profondes différences dans le processus de changement historique, des différences qui donnent un sens nouveau à l'idée de révolution de la communication. Car, dans de nombreux pays, qui amorcent aujourd'hui un changement politique et économique, c'est le pouvoir de la communication qui provoque les comparaisons, permet les jugements, met en lumière les frustrations et évoque les solutions de rechange. Après des années de discussions quelque peu stériles sur le «village global», tout se passe comme si la première réunion du village se tenait enfin et que les gens votaient presque unanimement pour rejeter les autocraties politiques et économiques qui les ont privés de choix sans satisfaire leurs besoins.

Des faits déplaisants ont rappelé que ce processus de changement était vulnérable, mais les récents événements d'Union soviétique, et particulièrement dans les rues de Moscou et de Saint-Pétersbourg en août 1991, ont adressé un message de courage aux peuples du monde entier. Dans de nombreuses capitales, on observe aujourd'hui le sentiment presque tan-

gible qu'un équilibre essentiel est en passe de basculer, que les limites du possible reculent peut-être et que les individus sont davantage confiants dans leurs droits et leur capacité à participer à la gestion de leurs propres affaires. Il est également probable, quoique la prudence soit de mise, que ceux qui pourraient être tentés de supprimer ces droits ressentent pour la première fois quelque hésitation et quelque inquiétude au moment d'agir.

Ces progrès vers la démocratie ne sont pas l'apanage de l'Europe centrale et orientale. L'Amérique latine a également été en première ligne du changement politique. Il y a dix ans, la plupart des 22 républiques latino-américaines étaient dominées par des dictatures; aujourd'hui, toutes sauf une ont un gouvernement élu. Il est aussi possible que l'Afrique soit maintenant engagée dans une transformation politique progressive. L'onde de choc venue d'Europe centrale et orientale et d'Union soviétique s'est répercutée sur tout le continent avec une résonance particulière, car elle survient à un moment où plusieurs pays ont brusquement et douloureusement pris conscience de la faillite morale et financière de leurs systèmes économiques et politiques. Simultanément, la fin de la guerre froide fait espérer que les destinées de nombreuses nations en Afrique et dans d'autres régions du monde en développement s'affranchiront de la rivalité des grandes puissances qui a marqué les relations internationales pendant la période de l'après-guerre. Cette rivalité est en bonne part responsable de la militarisation à outrance du monde en développement et de la survie de régimes qui, dans tant de pays et pendant tant d'années, ont ignoré les droits de l'homme et brisé les espoirs de la population.

Bien que la communauté internationale soit confrontée à nombre de problèmes politiques, économiques et écologiques pressants, il semble donc y avoir davantage de raisons d'espérer qu'à toute autre époque de ce siècle. Les années à venir diront si cet optimisme était justifié; mais il ne fait aucun doute qu'un nouvel ordre mondial est en train de se dessiner aujourd'hui.

Un nouvel ordre mondial en faveur des enfants

Ce rapport souhaite contribuer au calendrier d'action de ce nouvel ordre mondial, dans la perspective d'une organisation qui se heurte quotidiennement à certains des plus grands échecs de l'ordre ancien.

Ces échecs ont été au cœur des débats du *Sommet mondial pour les enfants,* qui s'est tenu en septembre 1990 au siège de l'Organisation des Nations Unies à New York. Ce Sommet, qui a rassemblé 159 nations, dont plus de 70 ont été représentées par leurs chefs d'Etat ou de gouvernement, s'est déroulé à un moment hautement favorable. Le résultat, à savoir l'engagement d'en finir entre autres avec ces maux largement répandus que sont la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme avant la fin de cette décennie, a donné lieu à la description détaillée d'un nouvel ordre mondial en faveur des enfants (voir encadré 1). Le fait d'être parvenu à un tel engagement, alors même que l'ordre mondial actuel évolue rapidement, signifie que les droits des enfants et la satisfaction des besoins élémentaires de toutes les familles ont de bien plus grandes chances que par le passé de trouver leur place parmi les priorités politiques.

Il est à l'heure actuelle du devoir de chacun et de tous les organismes concernés de prendre part aussi pleinement que possible aux débats à venir. Car une nouvelle page d'histoire est tournée, et si les besoins du quart le plus pauvre de l'humanité et des populations défavorisées dans toutes les sociétés sont encore relégués au dernier rang des priorités, alors le nouvel ordre mondial sera indigne de son temps et incapable de relever les défis de l'avenir.

Parmi les nombreuses voix et les multiples questions qui se disputeront bruyamment la priorité dans les débats à venir, le rapport de cette année sur *La situation des enfants dans le monde* plaide donc pour que l'on examine les questions qui tendent à être ignorées et pour que l'on écoute les voix qui ne sont pas habituellement

entendues. C'est un plaidoyer, en particulier, pour que la parole soit donnée à ceux que la pauvreté et l'analphabétisme, la malnutrition et les maladies évitables empêchent de parler, à ceux qui sont condamnés à se taire parce qu'ils sont nés de sexe féminin, et à ces millions d'enfants que la mort réduit au silence avant même que leur vie n'ait vraiment commencé.

Ce rapport soumet donc dix propositions précises à l'attention de tous ceux qui souhaitent participer au cours des prochaines années au débat sur le nouvel ordre mondial, qu'ils soient chefs d'Etat ou de gouvernement ou simples individus. Ensemble, ces propositions suggèrent que la lutte contre la pauvreté absolue d'un quart de l'humanité — le milliard de personnes qui vivent et meurent encore dans ces maux évitables que sont la faim, la maladie et l'analphabétisme — trouve la place qui lui revient au premier rang des priorités de ce nouvel ordre mondial, au même titre que la protection de la paix et celle de l'environnement qui lui sont d'ailleurs liées.

Contrairement à une opinion très répandue, cette grande cause est loin d'être désespérée. Nous avons déjà parcouru les trois quarts du chemin vers un monde où tous, femmes, hommes et enfants, recevront une alimentation appropriée, disposeront d'eau potable et de systèmes d'assainissement sûrs, bénéficieront des soins de santé de base et auront suivi au moins un enseignement primaire. A notre époque, aucune barrière technologique ou financière ne nous empêche d'atteindre ce but.

Quoique anciens, ces objectifs ne sont pas distincts des nouveaux défis de notre temps et ne nous en détournent pas. Créer les conditions dans lesquelles les gens puissent satisfaire leurs besoins et ceux de leur famille en matière de nutrition, de soins de santé et d'éducation fait partie intégrante de l'action pour relever ces nouveaux défis. Comme cet investissement libère la productivité des individus, il stimule la croissance économique; comme il associe, au lieu de les en exclure, les citoyens à la vie politique et économique, il renforce le processus démocratique; comme il rend les couples assez confiants pour réduire la taille de leur famille et leur donne les moyens de le faire, il contribue aussi à ralentir la croissance démographique; et comme il offre un avenir aux pauvres, il aide à protéger l'environnement.

Pendant près d'un demi-siècle, le monde a été détourné de ces vastes tâches par les conflits militaires et les divisions idéologiques. La guerre et la menace de guerre ont drainé nos ressources physiques et financières, nos connaissances scientifiques et notre technologie, notre créativité et notre imagination, notre capacité d'humanité et de sollicitude. Cette menace recule. L'heure a donc sonné pour le monde de tenter à nouveau de venir à bout de ces fléaux hérités du passé que sont la pauvreté absolue, la malnutrition, l'analphabétisme et les maladies évitables et de s'acheminer vers un nouvel ordre mondial qui traduira les espoirs les plus ambitieux de l'humanité au lieu de refléter ses craintes les plus sombres.

Les dix propositions

1 *Que les promesses faites lors du* Sommet mondial pour les enfants *soient tenues et qu'un nouvel ordre mondial en finisse avec la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme dont sont victimes des millions d'enfants.*

2 *Que le principe «les enfants d'abord», en vertu duquel la croissance physique et mentale des enfants devrait avoir, en toute circonstance, la priorité sur les ressources de la société, fasse partie intégrante de l'éthique du nouvel ordre mondial.*

3 *Que l'on s'attache à résoudre les problèmes largement répandus que sont la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme dans le cadre du nouvel ordre mondial qui émerge; faute de quoi il sera beaucoup plus difficile de ralentir la croissance démographique et d'évoluer vers un développement respectueux de l'environnement.*

4 *Que le consensus grandissant qui se fait jour sur l'importance d'une politique favorable à l'économie de marché s'accompagne d'un consensus similaire concernant le devoir des gouvernements de garantir les investissements fondamentaux dans le capital humain.*

5 *Que les augmentations de l'aide internationale consacrent l'engagement soutenu et mesurable de satisfaire les besoins humains élémentaires et garantissent, en temps de crise, le principe «les enfants d'abord».*

6 *Que l'action internationale en matière de dette, d'aide et de commerce établisse un nouvel environnement économique grâce auquel les pays en développement puissent entreprendre des réformes économiques susceptibles d'offrir à leur population les moyens de se procurer un revenu décent.*

7 *Que les pays en développement s'engagent dans le processus de démilitarisation et que, parallèlement, les pays industrialisés lient la baisse de leurs propres dépenses militaires à une augmentation de l'aide internationale au développement et à la recherche d'une solution globale des problèmes mondiaux.*

8 *Que l'Afrique soit libérée du fardeau de la dette et qu'on lui accorde une aide extérieure suffisante pour que les réformes internes lui permettent de relancer la dynamique du développement.*

9 *Que le nouvel ordre mondial rejette aussi vigoureusement la discrimination sexuelle que la discrimination raciale.*

10 *Que l'on fasse savoir que la planification familiale responsable est l'une des méthodes les plus efficaces et les moins onéreuses pour améliorer la qualité de la vie aujourd'hui et demain et que l'une des plus lourdes erreurs de notre temps est sa sous-utilisation.*

Tenir les promesses

Proposition: *Que les promesses faites lors du* Sommet mondial pour les enfants *soient tenues et qu'un nouvel ordre mondial en finisse avec la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme dont sont victimes des millions d'enfants.*

Sur notre planète, 250 000 jeunes enfants meurent chaque semaine[1] et plusieurs autres millions voient leur vie gâchée par la malnutrition et une mauvaise santé pratiquement constante.

Il ne s'agit pas là d'une tragédie ou d'une crise latentes. C'est la réalité d'aujourd'hui et ce sera aussi celle de demain. Quelles que soient les normes objectives adoptées pour définir la gravité d'une situation, ce problème rivaliserait en importance avec n'importe quelle autre priorité humaine. De tels problèmes, hélas, n'ont pas fait recette dans le passé principalement parce qu'ils concernent les plus pauvres et les laissés pour compte.

Les enfants, victimes de ces maux évitables que sont la malnutrition, la maladie et l'analphabétisme, ont été trop longtemps relégués en marge de l'ordre mondial tel qu'il prévaut aujourd'hui. Cependant, au cours des deux dernières années, pour la première fois au cours des 40 ans d'histoire de l'UNICEF, leurs problèmes ont commencé à se frayer un chemin parmi les priorités du monde politique.

La convocation du *Sommet mondial pour les enfants,* qui s'est tenu les 29 et 30 septembre 1990, témoigne avec éloquence de la nouvelle priorité accordée aux enfants. Pendant ces deux jours, un nombre sans précédent de chefs d'Etat et de gouvernement se sont réunis afin d'étudier la possibilité de mettre fin, dès à présent, à la tragédie évoquée au début de ce chapitre.

Réduire les distances

Le Sommet s'est déroulé alors que le monde était manifestement sur le point d'atteindre l'un des plus grands objectifs humanitaires de notre siècle – à savoir, la vaccination de 80% des enfants du monde contre les six maladies les plus meurtrières de l'enfance (voir encadré 3). Cette réussite permet aujourd'hui de sauver chaque année plus de trois millions d'enfants[2] et prouve également, au terme de dix ans d'efforts, que le monde est désormais capable de réduire les distances entre des problèmes de grande envergure et des solutions peu onéreuses.

Fort de cet exemple, le Sommet s'est achevé par un engagement[3], signé à ce jour par plus de 120 chefs d'Etat et de gouvernement, aux termes duquel les connaissances accumulées et les technologies modernes peu coûteuses seraient enfin mises au service des problèmes fondamentaux

1

Objectifs pour l'an 2000: un pour tous, tous pour un

Nombreux sont ceux qui s'accordent à penser que les années 90 avanceront d'autant mieux sur la voie du progrès que les forces du marché d'une part et les gouvernements d'autre part s'emploieront chacun à faire ce qu'ils font le mieux. Ainsi, c'est aux pouvoirs publics qu'incombe le devoir d'investir à longue échéance dans le capital humain, dans la santé, dans la nutrition et dans l'éducation, faute de quoi le progrès économique s'enlisera et sera privé de sens.

Le *Sommet mondial pour les enfants* qui a rassemblé, en septembre 1990, les dirigeants de plus de 150 nations, parmi lesquels 71 chefs d'Etat et de gouvernement, a concrétisé la notion d'investissement dans le capital humain en adoptant une série d'objectifs spécifiques pour l'an 2000. La Déclaration du Sommet représente un engagement politique nouveau – en quelque sorte le trait d'union longtemps attendu entre ce qui peut être fait et ce qui le sera. La plupart des pays auront établi avant la fin de 1991 des programmes d'action pour la réalisation des objectifs fixés pour l'an 2000 (voir encadré 2).

Ces objectifs[1] prévoient, entre autres, la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans; la réduction de moitié de la malnutrition dans cette même classe d'âge; la réduction de moitié du nombre de femmes qui meurent de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement; l'accès de tous les couples à l'information et à des services de planification familiale; l'accès de toutes les familles à un approvisionnement en eau salubre et à un assainissement sûr; l'universalisation de l'éducation de base. Quant aux objectifs de santé infantile, ils comprennent l'obtention et le maintien d'un taux de couverture vaccinale d'au moins 90% des enfants âgés de moins d'un an, l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, la réduction de 95% des décès dus à la rougeole (actuellement environ 840 000 par an), la réduction de moitié des décès d'enfants dus à la diarrhée (quatre millions par an) et la réduction d'un tiers des décès d'enfants dus aux infections respiratoires aiguës (trois millions par an).

Le fait d'avoir misé sur un tel éventail d'objectifs, ne témoigne-t-il pas d'une ambition excessive? La réponse est non, si l'on considère la nature du lien qui unit ces objectifs entre eux: un pour tous, tous pour un. Ainsi, la réduction de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans se traduit par une nette diminution du taux de mortalité de ce groupe d'âge; des décès d'enfants moins nombreux incitent les parents à s'intéresser à la planification familiale; le plus grand recours à cette dernière améliore la santé maternelle et infantile, ce qui à son tour favorise un meilleur état nutritionnel et la diminution du nombre des décès. C'est dans la mesure où ces synergies seront mieux connues qu'apparaîtra de plus en plus clairement le bien-fondé de la poursuite simultanée ou successive de tous les objectifs fixés pour l'an 2000.

Les engagements souscrits par le *Sommet mondial pour les enfants* se fondent sur le succès remporté dans la réalisation d'un objectif antérieur – la vaccination de 80% des enfants du monde – adopté à la fin des années 70, à une époque où la couverture vaccinale était à peine supérieure à 10%. Cette réussite représente bien plus qu'un encouragement moral, car pour vacciner 80% des enfants du monde il a fallu mettre sur pied un système capable de fournir des vaccins à 100 millions d'enfants de moins d'un an quatre ou cinq fois par an. Pour autant qu'il soit maintenu et consolidé au cours des années 90, cet acquis pourrait contribuer à la concrétisation de nombreux autres objectifs. Comme cela a été le cas pour la vaccination, toute une gamme de techniques peu coûteuses sont désormais disponibles pour prévenir ou traiter les problèmes qui sont aujourd'hui la cause d'au moins les trois quarts de tous les décès et cas de malnutrition chez les jeunes enfants.

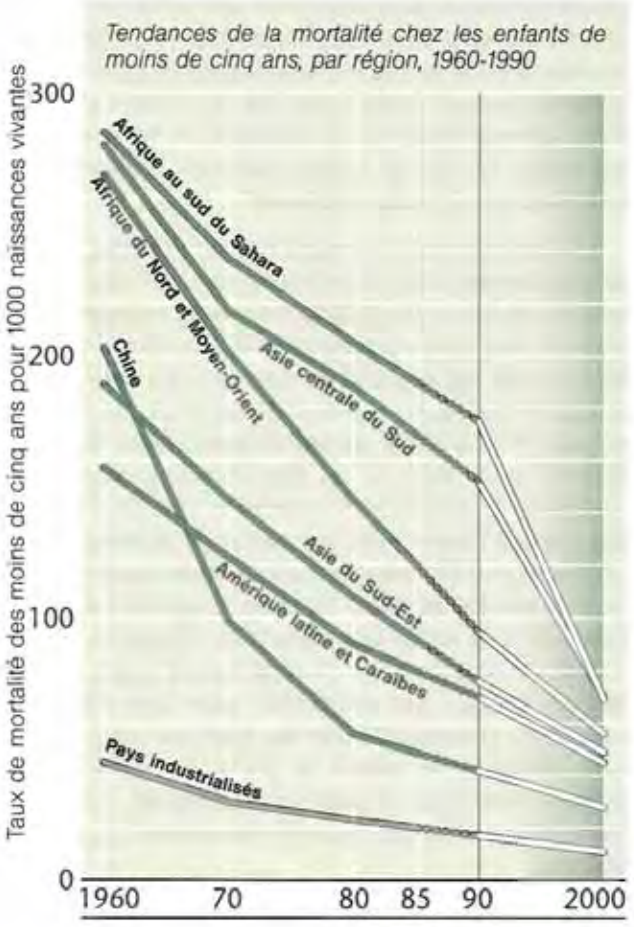
Les dirigeants présents au *Sommet mondial pour les enfants* se sont également *«déclarés prêts à mobiliser les ressources nécessaires pour remplir les engagements souscrits»*. On estime que la dépense totale s'élèverait à 20 milliards de dollars par an pendant les années 90 et qu'un tiers au moins de cette somme devrait provenir de l'augmentation ou de la redistribution de l'aide internationale.

La contribution additionnelle nécessaire pour respecter ces promesses représente moins de 1% des dépenses militaires actuelles du monde industrialisé: est-ce trop cher payer, à l'ère de la post-guerre froide, pour sauver la vie de millions d'enfants, éviter la malnutrition de nombreux autres millions, ralentir la croissance démographique mondiale et réaliser le meilleur des investissements pour l'avenir?

Fig. 1 Les décès d'enfants

Le *Sommet mondial pour les enfants* s'est fixé comme objectif de réduire d'un tiers les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici à l'an 2000 (ou à 70 pour 1000 naissances vivantes, selon que l'un ou l'autre résultat apparaît plus favorable).

La figure montre les progrès accomplis de 1960 à 1990. Les lignes blanches indiquent les progrès requis pour chaque région si l'on veut atteindre l'objectif fixé.



Des données récentes n'étant pas disponibles pour de nombreux pays, la figure ne reflète pas de façon précise l'évolution des taux de mortalité des moins de cinq ans au cours de la seconde moitié des années 80. La couverture vaccinale ayant doublé depuis 1985, le nombre des décès a nettement diminué. Mais dans certains pays, ce déclin a été ralenti par la crise de l'endettement et les programmes d'ajustement.

Source: *Estimations de l'UNICEF établies à partir de données de la Division de la population des Nations Unies. (L'Afrique du Sud est incluse dans la région de l'Afrique au sud du Sahara).*

auxquels se heurtent les enfants d'aujourd'hui (voir encadré 1).

Le succès de la vaccination a également fait la preuve de l'utilité de définir une cible quantifiable vers laquelle faire converger les efforts nationaux et l'aide internationale. Le Sommet a donc présenté ses engagements sous forme d'objectifs précis que tous les pays s'efforceraient d'atteindre avant la fin du siècle. Ces objectifs fondamentaux, énumérés à la page 61, comprennent, notamment, la réduction d'un tiers au moins des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (voir figure 1); la réduction de moitié des taux de mortalité maternelle; la réduction de moitié de la malnutrition grave ou modérée chez les enfants de moins de cinq ans (voir figure 2); l'obtention et le maintien d'un taux de couverture vaccinale d'au moins 90% (voir encadré 13); la réduction de 95% des décès par rougeole; l'éradication de la poliomyélite et l'élimination du tétanos néonatal; l'accès de toutes les familles à un approvisionnement en eau salubre et à un assainissement sûr; la généralisation de l'éducation de base pour tous les enfants et l'achèvement par au moins 80% d'entre eux du cycle primaire de l'enseignement; l'accès de tous les couples à l'information et à des services de planification familiale; la mise en œuvre dans tous les pays de la *Convention relative aux droits de l'enfant.*

Ces objectifs ont été définis à la suite de consultations entre les gouvernements et les institutions spécialisées des Nations Unies et se fondent sur l'examen des moyens spécifiques et peu onéreux actuellement disponibles. Ils représentent donc un vaste programme visant à combler le fossé qui s'est progressivement creusé entre ces moyens peu coûteux et leur utilisation par ceux qui en ont besoin.

Le fait que la grande majorité des pays aient accepté de mettre en œuvre un tel programme réduit à néant l'idée reçue selon laquelle la malnutrition et la maladie sont des problèmes inévitables et d'une ampleur telle qu'aucune action ne vaut la peine d'être entreprise pour en venir à bout. L'on reconnaît désormais qu'il est relativement aisé et peu coûteux d'éviter la grande majo-

rité des décès d'enfants, de même que le lourd fardeau de maladies et de malnutrition qui en sont le plus souvent la cause.

Des promesses à la réalisation des objectifs

L'une des premières conséquences du Sommet a été d'accélérer les progrès réalisés par la *Convention relative aux droits de l'enfant*[4]. Celle-ci définit des normes minimales visant à assurer la survie, la santé et l'alimentation des enfants et leur protection contre toute forme d'exploitation et de violence. Au cours des deux ans qui ont suivi son adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies, la Convention a été ratifiée par plus d'une centaine de pays, alors que ce processus requiert souvent toute une décennie ou même davantage. La Convention occupe donc sa place auprès des engagements pris lors du *Sommet mondial pour les enfants* en témoignant de la nouvelle priorité politique accordée aux enfants et des nouvelles promesses qui leur ont été faites de les protéger dans la décennie à venir.

Il est encore prématuré de dire dans quelle mesure la Déclaration du *Sommet mondial pour les enfants* et la signature de la *Convention relative aux droits de l'enfant* sont pure rhétorique dont le retentissement, tel un écho, faiblira avec le temps. Dans certains pays, elles représentent manifestement une intention réelle qui se concrétise déjà (voir encadré 2).

L'un des premiers tests mettant à l'épreuve la solidité des intentions sera l'élaboration de programmes *nationaux* détaillés en vue de la réalisation des objectifs du Sommet. Tous les pays représentés au Sommet ont accepté de mettre au point de tels programmes d'ici à la fin de 1991. En octobre 1991, 60 pays avaient atteint cette première étape et l'on s'attend à ce que leur nombre dépasse la centaine au début de l'année 1992. Certains pays en développement à revenu moyen, tels que le Pérou et le Mexique, ont commencé à mettre en œuvre ces programmes tout en sachant que les fonds nécessaires devront provenir d'une laborieuse réallocation des ressources intérieures. D'autres programmes, notamment ceux des pays d'Afrique au sud du Sahara, auront peu de chances de voir le jour à moins que 50% au moins de leur coût ne soit financé par une aide additionnelle. Selon les estimations, les ressources financières nécessaires pour atteindre tous les objectifs fixés pour l'an 2000 s'élèvent à 20 milliards de dollars supplémentaires par an[5]. Les deux tiers de cette somme devront être dégagés par les pays en développement eux-mêmes et un tiers devrait provenir de l'augmentation ou de la redistribution de l'aide internationale (les proportions pouvant varier d'une région à l'autre). Cette somme totale de 20 milliards de dollars représente ce que le monde consacre *chaque semaine* à ses dépenses militaires[6].

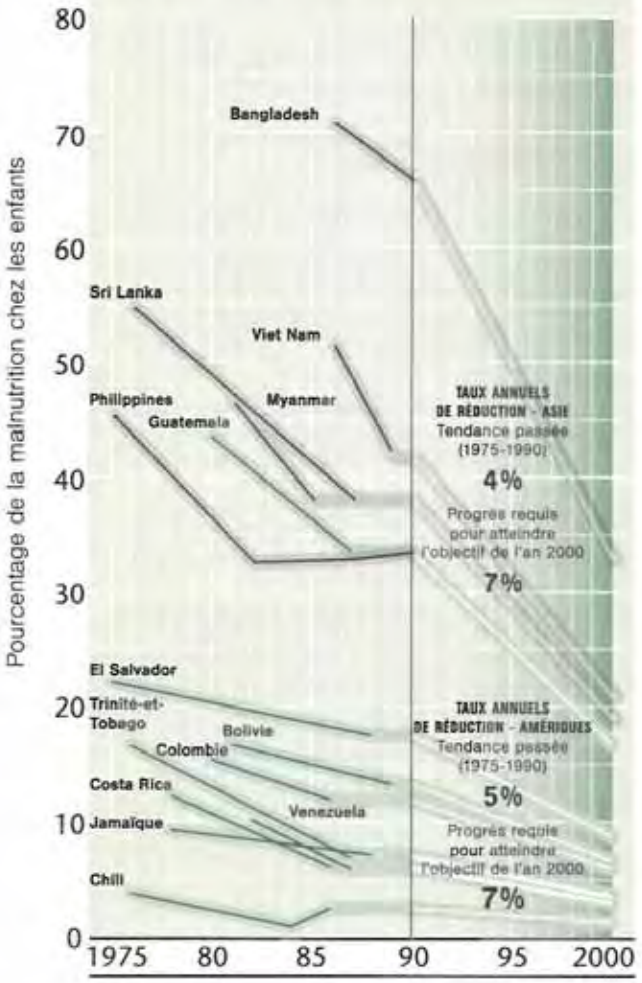
Comme cela a été convenu lors du Sommet, de nombreuses nations industrialisées ont examiné la situation des enfants dans leurs propres pays et revu leurs programmes d'aide afin de mieux servir les objectifs du Sommet. La décision prise récemment par les Pays-Bas d'accorder un prêt de 7,5 millions de dollars pour alléger le fardeau de la dette et en faire bénéficier les enfants en Equateur, au Honduras et à la Jamaïque (ce qui représentera un rachat de la dette au moins deux fois supérieur en monnaie locale) en est l'un des premiers résultats tangibles. Le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui coordonne sans trop de rigueur les politiques d'aide des pays industrialisés, envisage de mettre en place des mécanismes permettant d'analyser l'allocation de l'aide en fonction des objectifs adoptés lors du Sommet.

Au cours des 12 derniers mois, la plupart des chefs d'Etat et de gouvernement ont reconfirmé leurs engagements au cours de réunions politiques régionales, notamment lors de la réunion de 1990 de l'Association sud-asiatique de coopération régionale, du Sommet de l'Organisation de l'unité africaine qui s'est déroulé en juin 1991, du Sommet ibéro-américain tenu à Guadalajara en juillet 1991, de la Conférence du Commonwealth qui a eu lieu en octobre 1991 au

Fig. 2 La lutte contre la malnutrition

Le *Sommet mondial pour les enfants* de 1990 s'est fixé comme objectif de réduire de moitié la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'ici à l'an 2000. Ainsi que le montre la figure, cela exige que l'on accélère les efforts. Il n'existe pratiquement pas de données permettant d'effectuer des comparaisons en ce qui concerne l'Afrique.

Réduire de moitié la malnutrition : tendances passées, progrès requis, quelques pays, Asie et Amériques, 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 : *Estimations de l'UNICEF, 1991.*

Zimbabwe et du Sommet de décembre 1991 qui a réuni les dirigeants d'Amérique centrale.

L'amélioration du sort des enfants – et l'élimination des pires effets de la pauvreté absolue – occupe donc un rang de priorité politique sans précédent. Si réunions, déclarations et résolutions suffisaient à résoudre les problèmes de nutrition, de santé et d'éducation, les enfants seraient assurés d'occuper la place qui leur revient dans le nouvel ordre mondial.

Ces engagements politiques exceptionnels représentent une occasion qu'il ne faudra pas laisser passer. On s'est trop longtemps plaint de ce que ce n'étaient pas les moyens ou les ressources qui faisaient défaut, mais bien la volonté politique de s'attaquer à ces problèmes majeurs. Les événements des deux dernières années constituent la plus grande promesse jamais faite aux enfants de la planète et la meilleure chance d'apporter un soutien politique durable à leur cause. Il est temps aujourd'hui que tous les individus et les organismes concernés se mobilisent en faveur de cet engagement.

Participation

Le *Sommet mondial pour les enfants* et la *Convention relative aux droits de l'enfant* font partie d'un processus qui a déjà obtenu des résultats concrets extraordinaires au cours de ces quelques dernières années avec, à la clé, l'engagement politique des dirigeants nationaux, suivi de la mobilisation de tout un éventail de ressources indispensables à cette concrétisation. Le succès obtenu dans le domaine de la vaccination, par exemple, a pu être remporté grâce aux engagements publics pris par les dirigeants politiques dans les années 80, qui se sont ensuite traduits en action grâce au soutien apporté par des milliers de personnes tant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés.

En 1985, la plupart des chefs d'Etat et de gouvernement du monde en développement s'étaient engagés politiquement et avaient signé des documents en faveur de la vaccination de

2

Mexique: tenir les promesses

A l'heure actuelle, la plupart des pays préparent des programmes d'action nationaux visant à la réalisation des objectifs fixés au cours du *Sommet mondial pour les enfants* qui s'est tenu en 1990. Soixante nations avaient rédigé leurs plans en octobre 1991 et on s'attend à ce que leur nombre atteigne la centaine à la fin de l'année. Ces plans portent principalement sur des objectifs tels que la réduction d'un tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, la réduction de moitié de la malnutrition des enfants dans cette même classe d'âge et l'achèvement du cycle primaire de l'enseignement par au moins 80% des enfants (voir page 61).

Certains pays ont déjà commencé à mettre en œuvre les engagements qu'ils ont souscrits. Le Mexique en est un exemple.

Le président Carlos Salinas de Gortari, l'un des six initiateurs du *Sommet mondial pour les enfants*, a convoqué à la fin de 1990 ses principaux ministres afin de décider de quelle manière le Mexique mettrait en œuvre les objectifs du Sommet. Cette réunion fut la première d'une série de séances semestrielles du Cabinet – présidées par le chef de l'Etat – destinées à examiner l'évolution des progrès réalisés. Afin de coordonner la planification, le gouvernement constitua une Commission nationale pour la réalisation des objectifs du Sommet composée des ministres de la santé et de l'éducation, ainsi que d'autres fonctionnaires de haut rang.

Le Programme d'action mexicain fut approuvé par le gouvernement en novembre 1991. Ce programme comprenait les données de base pour 1990, les objectifs nationaux pour 1994 et l'an 2000 ainsi que des recommandations pour la mise au point d'un système permettant de surveiller l'avance des progrès.

Entre temps, le maire de la ville de Mexico (qui compte 18 millions d'habitants), ainsi que d'autres maires et gouverneurs d'Etats, sollicitèrent l'assistance de l'UNICEF pour mener à bien un effort national renouvelé en faveur de l'enfance.

Tous les pays devront consentir une certaine redistribution des affectations budgétaires s'ils veulent atteindre les objectifs fixés pour l'an 2000. L'une des premières démarches concrètes entreprises par le Mexique fut l'augmentation de 40% du budget du Programme national de solidarité (PRONASOL) – le programme gouvernemental qui s'efforce de fournir des services de base au cinquième le plus pauvre de la population et qui constituera l'un des principaux moteurs des progrès du pays vers la réalisation des objectifs fixés pour l'an 2000. En 1991, PRONASOL recevra à lui seul 1,7 milliard de dollars, soit plus de 8% de la totalité des dépenses publiques consacrées aux services sociaux.

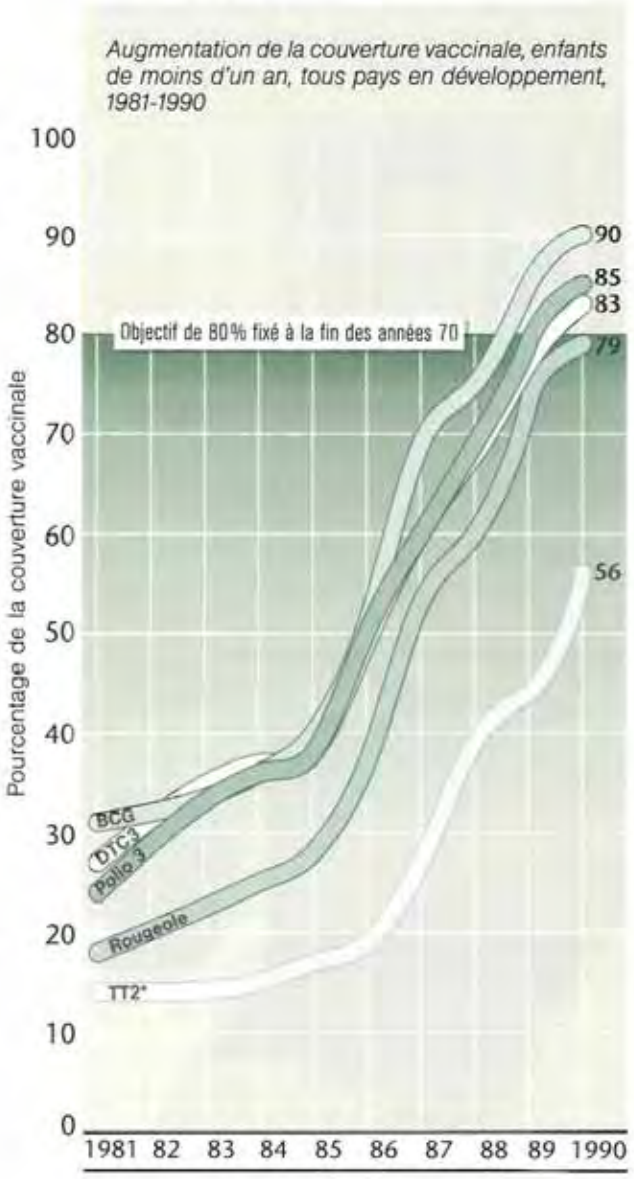
Voici quelques-unes des autres activités entreprises en faveur de l'enfance en 1991:

- PRONASOL a fourni des services de santé de base à 15 millions de personnes dans les villages et les zones péri-urbaines les plus pauvres – ce qui représente une augmentation de 25% par rapport à 1990.
- Sept Etats sur 31, plus la ville de Mexico, ont porté à 90% le taux de couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans. Le Programme d'action mexicain préconise une couverture vaccinale de 100% d'ici à octobre 1992.
- La distribution de sels de réhydratation orale (SRO) pour protéger les enfants de la déshydratation diarrhéique se chiffre désormais à 20 millions de sachets par an.
- Un total de 380 000 exemplaires de la version mexicaine de *Savoir pour sauver* (voir encadré 16) ont été produits à ce jour. L'objectif est d'en publier un million d'exemplaires d'ici à la fin de 1994.
- Les dix conditions essentielles pour le succès de l'allaitement maternel contenues dans la *Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF* sont appliquées couramment dans un hôpital de chacun des 31 Etats et dans quatre hôpitaux de la ville de Mexico (voir encadré 12). Tous ces établissements sanitaires arborent le statut d'hôpital «ami des bébés» et seront donnés comme modèles à toutes les maternités du pays.
- Trois millions de personnes supplémentaires ont été approvisionnées en eau potable en 1991. Ce chiffre porte à 78% le pourcentage de la population mexicaine desservie, l'objectif étant de hisser la couverture à 84% d'ici à 1994 et à 100% d'ici à l'an 2000.

Reste à savoir si le Mexique, à l'instar d'autres pays, pourra maintenir ses engagements au regard des objectifs du *Sommet mondial pour les enfants* face aux difficultés qui le guettent au cours des années 90. Cependant, un an après la tenue du Sommet il apparaît à l'évidence que protéger la vie et la croissance des enfants de la nation fait désormais partie des nouvelles priorités politiques.

Fig. 3 Le succès de la vaccination

A la fin des années 70, lorsque seulement 10% des enfants du monde en développement étaient vaccinés, la communauté internationale s'est fixé l'objectif ambitieux de vacciner 80% des enfants avant la fin de 1990. La figure montre les résultats de dix ans d'efforts.



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

*Pour les femmes enceintes

Source: *OMS et UNICEF, août 1991.*

80% des enfants de la planète (voir figure 3). La mobilisation totale des spécialistes et de la population qui a suivi est parfois difficile à comprendre dans l'optique du monde industrialisé. Sur une base pratiquement inexistante à la fin des années 70 et au début des années 80, un système a été mis au point, qui donne actuellement cinq occasions distinctes chaque année d'atteindre plus de 100 millions d'enfants - et leurs parents. Malgré toutes les contraintes logistiques, cela signifie que, chaque année, plus de 500 millions de contacts sont établis avec des enfants par des services de santé modernes[7]. Cet effort – la plus grande opération internationale jamais montée en temps de paix – a pour résultat de *sauver la vie de près de 9000 enfants chaque jour.* Autre réussite remarquable de cette même action, près de deux millions d'enfants qui marchent, courent et jouent normalement dans les pays en développement auraient été paralysés par la poliomyélite sans les efforts déployés dans le domaine de la vaccination au cours des dix dernières années. De même, étant donné que la malnutrition chez les enfants est causée plus souvent par la fréquence des infections que par le manque de nourriture[8], la prévention des maladies à une telle échelle a également aidé à garantir une croissance normale à un nombre plus grand encore d'enfants dans le monde. Pour ce qui est de l'avenir, l'effort déployé dans le domaine de la vaccination a posé les fondements d'un système qui permet d'atteindre les enfants et pourra leur donner accès à d'autres éléments clés des soins de santé primaires et les faire bénéficier des nouveaux vaccins dès qu'ils seront disponibles (voir encadrés 14 et 15).

Dans le même ordre d'idée, au début et au milieu des années 80, plus de 50 chefs d'Etat et de gouvernement du monde en développement se sont engagés à mettre à la disposition des familles une méthode connue sous le nom de thérapie par réhydratation orale (TRO), qui permet de lutter contre la déshydratation. Cette technique simple et très peu coûteuse permet aux parents de prévenir ou de traiter la déshydratation causée par la diarrhée. A l'époque, la TRO était mal connue

en dehors des cercles scientifiques. Aujourd'hui, grâce aux efforts de millions de personnes, cette technique est utilisée par près d'un tiers des familles du monde en développement (voir figure 5) et permet de sauver plus d'un million d'enfants chaque année[9].

L'importance pratique de ce succès peut facilement passer inaperçue des sociétés où règne l'opulence. Pourtant, la déshydratation diarrhéique a provoqué la mort, selon les estimations, de 150 millions de jeunes enfants au cours des 40 ans d'existence de l'UNICEF – chiffre supérieur au nombre de civils et de militaires tués pendant les deux dernières guerres mondiales. Elle constitue toujours l'un des fléaux les plus meurtriers pour les enfants du monde d'aujourd'hui. Cette méthode simple et bon marché, permettant d'éviter ou de traiter la déshydratation, existe depuis 20 ans. En ordre de grandeur, c'est comme si un traitement avait été découvert pour le cancer et n'avait pas été utilisé. Mais, aujourd'hui, le mouvement si longtemps attendu en faveur des connaissances et des moyens d'éviter les décès et la malnutrition provoqués par les maladies diarrhéiques a vraiment débuté.

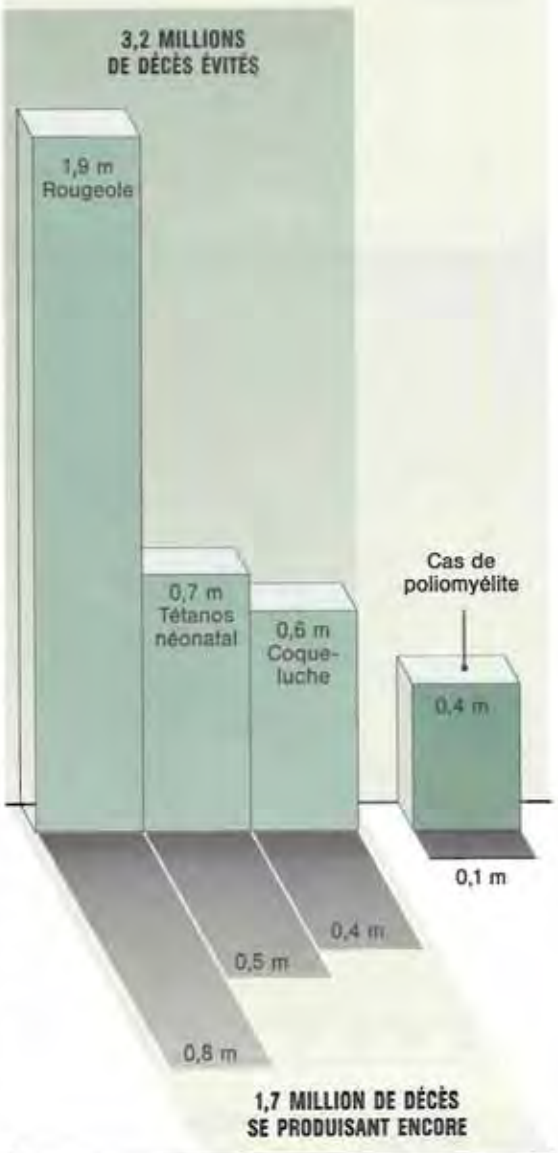
Ces résultats témoignent du pouvoir des engagements politiques lorsqu'à ceux-ci viennent s'ajouter le dévouement des services professionnels et la participation d'un grand nombre d'individus. La compétence et les initiatives des services de santé se sont bien évidemment révélées indispensables, mais les services de santé n'auraient pu à eux seuls obtenir de tels résultats. Donner des informations sur la TRO à plusieurs centaines de millions de familles, leur expliquer quand, où et pourquoi il faut faire vacciner les enfants, tout cela n'a été possible que grâce à la participation des écoles et des médias, des églises, des mosquées et des temples, des partis politiques et des organismes professionnels, du monde des affaires et des syndicats, des organisations non gouvernementales et bénévoles, des associations féminines et des mouvements populaires.

De nombreux gouvernements du monde industrialisé ont apporté leur soutien sur les plans financier et technique (notamment en

Fig. 4 Trois millions d'enfants sauvés

Le fait d'avoir réussi à vacciner 80% des enfants des pays en développement évite maintenant plus de trois millions de décès d'enfants chaque année.

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



Source: *OMS et UNICEF, août 1991*

s'adressant à l'UNICEF qui est le plus grand fournisseur international de vaccins utilisés dans la perspective de la vaccination universelle) et de nombreuses organisations non gouvernementales, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, ont mobilisé le soutien d'un large public. Pour ne citer que l'exemple le plus spectaculaire, *Rotary International* a fait appel à des centaines de milliers de membres de son organisation dans tous les pays, et notamment dans ses branches implantées en Afrique, en Amérique latine et en Asie, afin de trouver des volontaires et de réunir plus de 200 millions de dollars en faveur de la vaccination antipoliomyélitique, réalisant ainsi le plus grand appel de fonds jamais entrepris par une organisation bénévole au profit d'une cause particulière[10].

Une mobilisation semblable sera nécessaire, dans tous les pays, si l'on veut que les engagements pris lors du *Sommet mondial pour les enfants* soient tenus.

Le processus dont le Sommet fait partie intégrante – et le progrès social qu'il a déjà favorisé – n'est donc qu'une nouvelle dimension de la révolution qui a vu le jour dans le domaine des communications et de la participation croissante des populations, qui est à la base des changements politiques et économiques contemporains.

Les promesses des peuples

L'intensification tant de l'engagement politique que de la mobilisation sociale en faveur des enfants au cours des dernières années permet raisonnablement d'espérer que les besoins et les droits des enfants du monde, et notamment des centaines de millions d'enfants qui ne bénéficient pas même du minimum vital dans les domaines des soins de santé, de la nutrition et de l'éducation, trouveront une place parmi les priorités du nouvel ordre mondial qui émerge.

De la part des peuples, comme des gouvernements, le *Sommet mondial pour les enfants* était un engagement pris envers les enfants des années 90. C'était leur promettre d'utiliser les connaissances, les techniques, les ressources et les moyens de communication disponibles actuellement pour protéger leur vie, leur croissance, leur santé et leurs droits. C'était leur promettre de mettre fin à la tragédie silencieuse de la malnutrition, de la maladie et de l'analphabétisme. Et c'était leur promettre d'élever leurs besoins et leurs droits au rang des priorités internationales, alors qu'un nouvel ordre mondial se dessine à l'aube de cette nouvelle décennie.

Il faut que toutes ces promesses soient tenues.

3

Vaccination: garder le cap

Grâce aux efforts déployés dans le domaine de la vaccination au cours de la décennie écoulée, 3,2 millions de jeunes enfants sont sauvés chaque année[2, 3]. De plus, environ deux millions d'enfants qui marchent, courent et jouent normalement dans les pays en développement seraient paralysés par la poliomyélite si l'objectif consistant à vacciner 80% des enfants n'avait pas été atteint.

Si la vaccination constitue le succès de santé publique le plus retentissant de la décennie écoulée, elle n'en demeure pas moins le défi majeur que la santé publique devra relever au cours des dix prochaines années. C'est en mettant à profit les acquis des années 80 qu'il sera possible d'arracher chaque année à la mort deux autres millions d'enfants et de réduire la synergie entre ces maladies évitables, la malnutrition et les infirmités.

Le monde en développement ne serait pas seul à y gagner. L'éradication de la poliomyélite, par exemple, permettrait aux Etats-Unis d'économiser chaque année plus de 114 millions de dollars uniquement en vaccins[4]. Quant au coût de l'éradication, il ne se monterait guère qu'à quelque 100 millions de dollars par an pendant dix ans[5].

La première tâche consiste à augmenter les niveaux de couverture vaccinale là où ils sont encore trop faibles. En Afrique orientale et australe, la vaccination n'atteint que 60% des enfants[6]. L'objectif des années 90 doit donc viser à bouleverser cette situation, de sorte qu'en l'an 2000 la vaccination de 90% des enfants soit une réalité dans chaque province et, si possible, dans chaque district et chaque communauté.

La deuxième tâche ne consiste pas seulement à surveiller les niveaux de vaccination obtenus mais également à suivre le déclin des maladies cibles. Les objectifs fixés par le *Sommet mondial pour les enfants* comprennent l'élimination du tétanos néonatal (536 000 décès par an), l'éradication de la poliomyélite (116 000 cas par an) et la réduction de 95% des décès dus à la rougeole (environ 840 000 par an).

La troisième tâche consiste à élargir la série des vaccins administrés de manière systématique, en y incluant notamment le vaccin contre l'hépatite B (voir encadré 15), et à amplifier la recherche vers un super-vaccin pour les enfants (voir encadré 14).

Cependant, le défi majeur de ces dix prochaines années consistera à s'appuyer sur l'infrastructure mise en place dans les années 80 grâce à la vaccination pour offrir des services plus complets.

Cette organisation structurelle est un système qui établit chaque année plus de 500 millions de contacts entre les services de santé et les jeunes enfants[7]. Ce système est désormais utilisé pour fournir d'autres éléments vitaux des soins de santé primaires, notamment la distribution de suppléments de vitamine A et d'iode[8]. Le chemin à parcourir est encore long. C'est donc dans la mesure où l'on fera appel à ce système qu'il sera possible d'abaisser le coût unitaire de chaque service fourni et d'en assurer la continuité.

Pourtant, cette action massive en faveur de la vaccination a eu un autre résultat, tout aussi essentiel: elle a tendu les efforts de tous vers un élément clé des soins de santé primaires, et ce grâce à une mobilisation sociale intense et à l'utilisation des moyens de communication. Elle a de ce fait transformé un objectif sanitaire en véritable enjeu social.

Pour de nombreux services de santé, la poursuite de l'objectif de la vaccination a été l'occasion de se faire une idée nouvelle de ce qu'est leur véritable cible, à savoir non seulement ceux qui franchissent la porte des dispensaires mais la totalité de la population dont ils ont la charge. Le fait de s'être rendus dans chaque foyer pour enregistrer tous les enfants à vacciner a provoqué une prise de contact régulière entre les services de santé et chaque famille.

«L'effort de la vaccination n'a pas seulement renforcé les systèmes de soins de santé primaires existants», affirme l'un des principaux conseillers de l'effort de vaccination de l'UNICEF pendant les années 80, *«il a aussi mobilisé un secteur beaucoup plus ample de la société en faveur d'un objectif social reconnu. Il a établi un nouveau niveau de responsabilité entre les services de santé et la communauté qu'ils desservent ... un nouveau niveau de demande et d'engagement. C'est cela qui, à longue échéance, constituera la réussite la plus remarquable de l'effort de vaccination et le facteur clé de sa continuité et de son expansion, jusqu'à en faire un programme véritablement universel susceptible d'offrir à chaque enfant des services qui ne se limiteront pas à la seule administration de vaccins.»*[9]

Les enfants d'abord

Proposition: *Que le principe «les enfants d'abord», en vertu duquel la croissance physique et mentale des enfants devrait avoir, en toute circonstance, la priorité sur les ressources de la société, fasse partie intégrante de l'éthique du nouvel ordre mondial.*

Le *Sommet mondial pour les enfants* a demandé à tous les pays du monde de se laisser guider par le principe «les enfants d'abord» – *«principe suivant lequel les besoins essentiels des enfants doivent être considérés comme hautement prioritaires lors de l'affectation des ressources, dans les époques de pénurie comme dans les époques de prospérité, aux niveaux national, international et familial»*[11].

Ce principe ne repose pas seulement sur de grands sentiments. L'essentiel du développement physique et mental de l'être humain a lieu pendant les premières années de la vie. Ces années sont la seule et unique chance pour l'enfant de voir son esprit et son corps se développer normalement et d'atteindre son potentiel génétique. Si elles n'interviennent pas en temps voulu, les différentes étapes du processus complexe de la croissance risquent de subir des dommages irréversibles. Il n'y aura pas de seconde chance. C'est sur cette évidence physiologique que repose le principe de la priorité absolue à accorder aux enfants et c'est également la raison pour laquelle, dans les périodes les plus difficiles, la protection de la vie et du développement des enfants devrait être la dernière – et non la première – obligation à sacrifier.

Ce principe est respecté par bien des parents et dans tous les pays. Mais le progrès de la civilisation est essentiellement un processus qui vise à institutionnaliser les grands sentiments et les principes élevés dont les êtres humains se montrent quelquefois capables. Et c'est en institutionnalisant l'éthique de la priorité absolue à accorder aux enfants et en l'incorporant automatiquement dans la conduite de ses affaires, que l'humanité pourra progresser vers le niveau supérieur de civilisation que représenterait un tel changement.

Etant donné que les enfants n'ont qu'une seule chance de grandir normalement et que le processus de leur croissance est si subtil et vulnérable, l'essence même du principe qui place les besoins des enfants avant toutes choses ne devrait pas se contenter de privilégier leur protection, mais leur accorder la priorité absolue. En d'autres termes, les enfants devraient pouvoir compter sur un tel engagement quelle que soit l'époque où ils vivent et quelles que soient les difficultés rencontrées et ne pas être à la merci de situations fluctuantes et de priorités qui s'affrontent.

En particulier, les éléments les plus cruciaux pour le développement de l'enfant – l'amour et l'attention, la protection de sa croissance physique, la vaccination, les soins de santé fondamen-

taux et la possibilité de fréquenter l'école – devraient faire l'objet d'un engagement dans toutes les sociétés, aussi bien dans les époques de pénurie que dans les époques de prospérité. Cet engagement ne devrait pas vaciller dans les périodes de récession économique; il ne devrait pas être tributaire des exigences à court terme des programmes d'ajustement structurel; il ne devrait pas se plier aux pressions de certains groupes d'intérêts; il ne devrait pas fluctuer au gré des succès de certains partis politiques; il ne devrait pas être ébranlé dans les périodes de troubles ou de transition; il ne devrait dépendre d'aucune idéologie; il ne devrait même pas être abandonné en temps de guerre ou de conflits civils. Bien au contraire, c'est dans les périodes de tension qu'il faudrait le respecter le plus scrupuleusement au lieu d'y renoncer, comme cela est souvent le cas.

Dans l'optique de l'UNICEF, les bouleversements de cette dernière décennie imposent l'application vigoureuse du principe «les enfants d'abord», au moment même où un nouvel ordre mondial se dessine. D'une crise à l'autre et d'un pays à l'autre, l'UNICEF a été le témoin des conséquences du non-respect de ce principe. Quelle qu'en soit la cause, qu'il s'agisse de la crise de l'endettement ou de l'ajustement structurel en Afrique ou en Amérique latine, des troubles enregistrés dans les pays d'Europe centrale et orientale engagés dans un processus de transition politique et économique, de la modification de la pensée politique survenue dans de nombreux pays industrialisés (voir encadré 5) ou encore des guerres qui ont éclaté en Afrique[12] ou dans le Golfe, ce sont les enfants qui auront vu leur vie brisée, qui porteront le plus longtemps les marques de ces événements et qui seront le plus lourdement atteints en se voyant refuser leur seule chance de grandir normalement, de recevoir une éducation et d'acquérir les connaissances qui leur permettront de gagner leur vie et celle de leur famille au XXIe siècle.

On prête si peu attention aux conséquences pour les enfants des erreurs et des excès du monde des adultes qu'il n'existe pratiquement aucun mécanisme permettant de surveiller avec précision leur état nutritionnel, d'établir un bilan des maladies dont ils sont victimes ou de contrôler leurs taux d'inscription dans les écoles. Même en période de troubles et de transition, il est plus facile de savoir, pour un pays donné, combien de magnétoscopes ont été importés ou vendus en un mois que de connaître l'état de santé et la situation alimentaire de ses enfants, alors que l'expérience prouve que c'est à ce moment-là qu'ils sont le plus vulnérables.

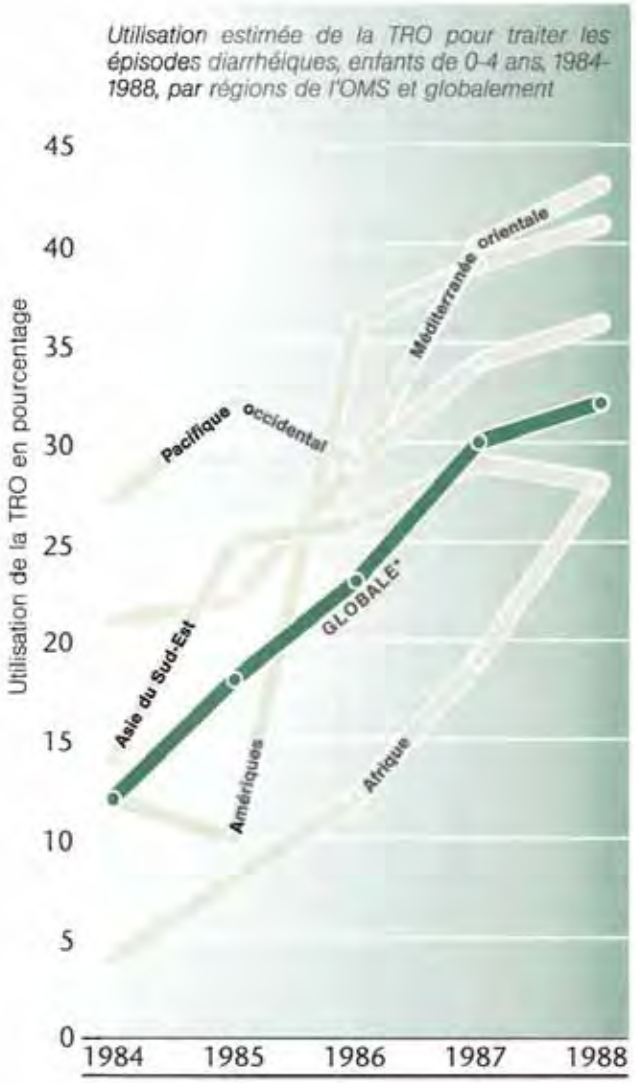
Il est bien connu que ce sont les enfants qui ont payé le plus lourd tribut à l'endettement du monde en développement. Les informations même fragmentaires regroupées par l'UNICEF au cours de la dernière décennie[13] font état d'une aggravation de la malnutrition, et parfois même d'une augmentation des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, dans les pays d'Afrique et d'Amérique latine les plus endettés[14]. Les études réalisées par l'UNESCO[15] ont également montré que la tentative d'ajuster les économies pour pallier la crise de l'endettement s'était soldée par la chute des taux d'inscription des enfants âgés de 6 à 11 ans dans les écoles primaires d'au moins 50 pays parmi les plus endettés du monde en développement.

Nous savons également que ce sont les jeunes enfants qui paient actuellement le prix le plus élevé pour la guerre du Golfe. La première étude sur ce sujet jamais réalisée à ce jour a révélé que les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont fortement augmenté en Iraq[16]. Si le principe «les enfants d'abord» n'est pas largement accepté, la machine de guerre moderne continuera à briser la vie des enfants (voir encadré 6).

De même, ce sont les enfants qui font les frais des difficultés rencontrées par les pays d'Europe centrale et orientale, alors que les anciens systèmes économiques s'écroulent sous le poids de leurs insuffisances et que ces pays, les uns après les autres, s'engagent courageusement dans une période de transition (voir encadré 4). Une étude sur ce sujet, publiée au début de cette année par le Centre international pour le développement de l'enfant de l'UNICEF à Florence[17], a révélé que

Fig. 5 Le tiers des familles utilisent la TRO

La thérapie par réhydratation orale (TRO), méthode peu coûteuse, peut être utilisée par les familles elles-mêmes pour prévenir et traiter la déshydratation diarrhéique qui tue plus de deux millions de jeunes enfants chaque année. Cette technique a été enseignée à près d'un tiers des familles du monde en développement dans les années 80 et évite maintenant plus d'un million de décès d'enfants chaque année.



*Chine non comprise

Par TRO on entend l'utilisation de sels de réhydratation orale spécialement conditionnés, de solutions de sel et de sucre ou de certaines boissons préparées à domicile.

Source: Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1990.

l'éducation et la santé étaient les secteurs qui avaient subi les coupes les plus profondes et que l'état nutritionnel de nombreux enfants serait déjà menacé. En Albanie, le pays où la situation est la plus critique, environ 20% des enfants souffrent de malnutrition et la mortalité infantile y a doublé par rapport au taux enregistré en 1989[18].

Comme il est décrit dans l'encadré 5, les enfants ont également été les plus touchés par les modifications, bien que moins radicales, des options politiques et économiques adoptées dans de nombreux pays industrialisés au cours de la dernière décennie[19]. Aux Etats-Unis, par exemple, le pourcentage d'enfants vivant dans la pauvreté est passé de 14% dans les années 60 à près de 22% aujourd'hui[20].

Dans le passé, il était peut-être inévitable que les enfants pâtissent, dans une certaine mesure, des vicissitudes du monde des adultes. Mais, aujourd'hui, il n'y a aucune raison pour que les éléments fondamentaux de la protection de l'enfance, qui sont en même temps ceux de la protection de l'avenir de notre société, soient si facilement mis au rancart. Grâce aux moyens actuels, il est dorénavant possible de protéger, pour un prix modique et quelles que soient les circonstances, la santé, la nutrition et l'éducation de la plupart des enfants. Des politiques spécifiques et résolument tournées vers les enfants, visant à répondre à leurs besoins et à garantir leurs droits fondamentaux même dans les périodes les plus difficiles, peuvent être adoptées sur le plan national ou, le cas échéant, en ayant recours à l'aide internationale.

S'il veut se faire l'écho des progrès de notre civilisation, le nouvel ordre mondial qui se lève devra adopter le principe selon lequel les chocs et les reculs, les fautes et les erreurs de gestion qui seront toujours inhérents aux affaires humaines, ne devraient jamais plus se traduire par la progression de la malnutrition et de la maladie, de la mort et de l'analphabétisme chez les membres les plus vulnérables de la société.

Au cours de ces dernières années, certains pays ont prouvé qu'il était possible d'accorder la priorité absolue aux enfants. Au plus fort de chacun des revers économiques temporaires qu'elle

Europe centrale et orientale: une transition à visage humain

4

C'est en temps de crise que l'on mesure toute l'importance du principe «les enfants d'abord». Quelle que soit la nature des événements, qu'il s'agisse de récession, d'agitation politique ou de conflit armé, il est nécessaire de prendre des mesures spécifiques pour protéger la croissance physique et mentale des enfants.

L'UNICEF plaide en faveur de l'application de ce principe dans les pays en développement qui se voient obligés de recourir aux politiques d'ajustement pour faire face à la crise de l'endettement et à la récession. Or, une récente étude de l'UNICEF, publiée en 1991[10], montre à l'évidence que ce principe concerne également les bouleversements économiques auxquels sont confrontés les pays d'Europe centrale et orientale.

Les deux processus sont similaires à bien des égards. Dans les deux cas, l'ajustement a obligé l'Etat à restreindre les dépenses et à supprimer les subventions aux aliments et à d'autres biens de première nécessité. Dans les deux cas, le chômage, la chute des revenus et la hausse des prix ont limité la capacité des familles à trouver leurs moyens de subsistance grâce à leurs propres efforts. Par ailleurs, la réduction des fonds alloués aux services sociaux a contribué au relâchement des filets de sécurité au moment précis où des difficultés croissantes les rendaient plus nécessaires.

En Hongrie, le chômage a décuplé entre la fin de 1989 et mai 1991. En Pologne, il y aura, selon les prévisions, deux millions de demandeurs d'emploi d'ici à la fin de 1991, ce qui représente presque 15% de la population active. En Tchécoslovaquie, ils seront probablement 500 000 d'ici à la fin de 1992. Quant aux salariés, leur revenu a fortement chuté. En Pologne, le revenu moyen réel a baissé de 25% au cours des neuf premiers mois de 1990. En Bulgarie, le recul se situe à près de 50% par rapport à 1990. En Tchécoslovaquie, on s'attend à ce que le nombre officiel des pauvres quadruple d'ici à la fin de 1991, alors qu'en Pologne et en Union soviétique 40% de la population vit déjà en dessous du seuil officiel de pauvreté.

La baisse des subventions a modifié les prix relatifs et obligé de nombreuses familles à consacrer entre 50 et 60% de leur revenu uniquement à l'alimentation. Ainsi, on a pu constater une diminution de la consommation de pain, de lait et d'autres produits alimentaires essentiels en Bulgarie, en Hongrie, en Pologne, en Union soviétique et en Yougoslavie. En Albanie – le pays où la situation est la plus critique – près de 20% de tous les enfants souffrent de malnutrition et la mortalité infantile y a doublé par rapport au taux enregistré en 1989, qui était de 15 pour mille naissances vivantes[11].

Le revenu social a également régressé. Le salaire minimum, les allocations de chômage, les allocations familiales pour enfants à charge et les pensions de vieillesse et d'invalidité ont été maintenues en théorie, mais en fait elles ont été amputées par l'inflation. Les entreprises ont également renoncé aux services sociaux qu'elles offraient naguère aux familles de leurs employés. La Tchécoslovaquie a diminué de 20% les dépenses de santé en 1990 et de 10% celles consacrées à l'éducation au cours de chacune des deux dernières années.

La portée limitée des filets de sécurité mis en place est due au fait que l'on a largement sous-estimé le poids qu'ils auraient à supporter. En Pologne, par exemple, on s'attendait à ce que le nombre de chômeurs passe à 400 000 et à ce que les revenus fléchissent de 5 à 10%; en fait, en décembre 1990, les demandeurs d'emploi se chiffraient à 1,4 million et le revenu moyen avait baissé de 27%.

Les conséquences humaines les plus désastreuses de cet état de fait auraient probablement pu être évitées. Malheureusement, certains indices laissent entrevoir que la désagrégation de la mainmise de l'Etat a aussi mis à mal tous les éléments de la politique d'aide sociale.

Alors que l'Europe centrale et orientale est en pleine transition vers la démocratie et l'économie de marché, des mesures telles que l'indexation modérée des prestations sociales, la surveillance attentive des changements introduits en matière de protection de l'enfance, le ciblage minutieux des ressources disponibles, la gratuité des cantines scolaires, l'introduction de bons pour l'achat de produits alimentaires destinés à garantir un niveau nutritionnel acceptable et le maintien des services publics de santé et d'éducation de base, auraient permis de protéger les secteurs les plus vulnérables de la population, en particulier les enfants.

Comme elles le font pour les pays en développement, les nations riches pourraient jouer un rôle décisif en aidant l'Europe centrale et orientale à préserver des niveaux satisfaisants de santé et de nutrition, alors que les gouvernements de la région ploient sous d'énormes difficultés. En d'autres mots, l'aide internationale pourrait contribuer à l'application du principe «les enfants d'abord» en empêchant que ceux-ci soient les plus durement touchés par les turbulences et le processus de transition. De la sorte, elle éviterait que les améliorations à long terme ne soient sacrifiées au profit des exigences immédiates.

a subis pendant les années 70 et 80, la République de Corée s'est employée à mettre en œuvre des politiques spécifiquement axées sur les enfants afin d'éviter que l'augmentation du prix du pétrole ou la baisse de la production agricole n'affectent leur santé, leur nutrition ou leur éducation. Tout en étant soumis à des pressions économiques provoquées par l'effondrement du prix du pétrole au début des années 80, le gouvernement indonésien a pris sciemment la décision d'amputer les fonds accordés aux projets industriels et à la construction d'hôpitaux afin de garantir les crédits alloués aux dispensaires ruraux, aux programmes de vaccination et aux écoles primaires[21]. Dans les années 80, le Chili[22] et le Costa Rica[23] ont réussi avec succès à préserver la tendance à la baisse des taux de mortalité infantile en créant des programmes de santé et de nutrition visant spécifiquement à mettre les enfants les plus pauvres à l'abri des difficultés économiques de cette décennie. Le Botswana, également dans les années 80, a réussi à protéger ses enfants contre les pires conséquences de la grave sécheresse qui a frappé le pays, grâce à l'instauration de systèmes de surveillance permettant de cibler l'aide gouvernementale, y compris les subventions alimentaires. Quant au Zimbabwe, il a réussi à contenir la progression de la malnutrition pendant les périodes de sécheresse et de récession des années 80 en recourant à des politiques peu coûteuses, notamment la mise en œuvre de programmes de soins de santé primaires, la création de services de vaccination, l'adoption de mesures pour lutter contre les maladies diarrhéiques, la distribution de compléments alimentaires et l'approvisionnement en eau des zones rurales.

Certains événements laissent à penser que le principe «les enfants d'abord» tend désormais à être appliqué même en temps de guerre ou de luttes civiles. Le Salvador n'a pas permis que la longue et douloureuse guerre civile qui l'a frappé aliène le droit des enfants de bénéficier de la vaccination: des «journées de tranquillité» ont été organisées chaque année au cours des sept dernières années, pendant lesquelles la guerre a marqué le pas pour permettre à presque tous les enfants du pays d'être vaccinés. Plus récemment, le Soudan a accepté d'établir des «corridors de la paix» afin de faire parvenir des fournitures aux civils et à leurs enfants (le Nil est également ouvert actuellement aux convois de matériel de secours). En Ethiopie, deux corridors de la paix sont restés ouverts jusqu'à la fin des hostilités au début de cette année. En Angola, six corridors ont été créés en 1991. En Iraq, l'UNICEF et l'OMS ont pu ouvrir une voie pour acheminer des fournitures médicales essentielles alors même que le conflit du Golfe était à son point culminant.

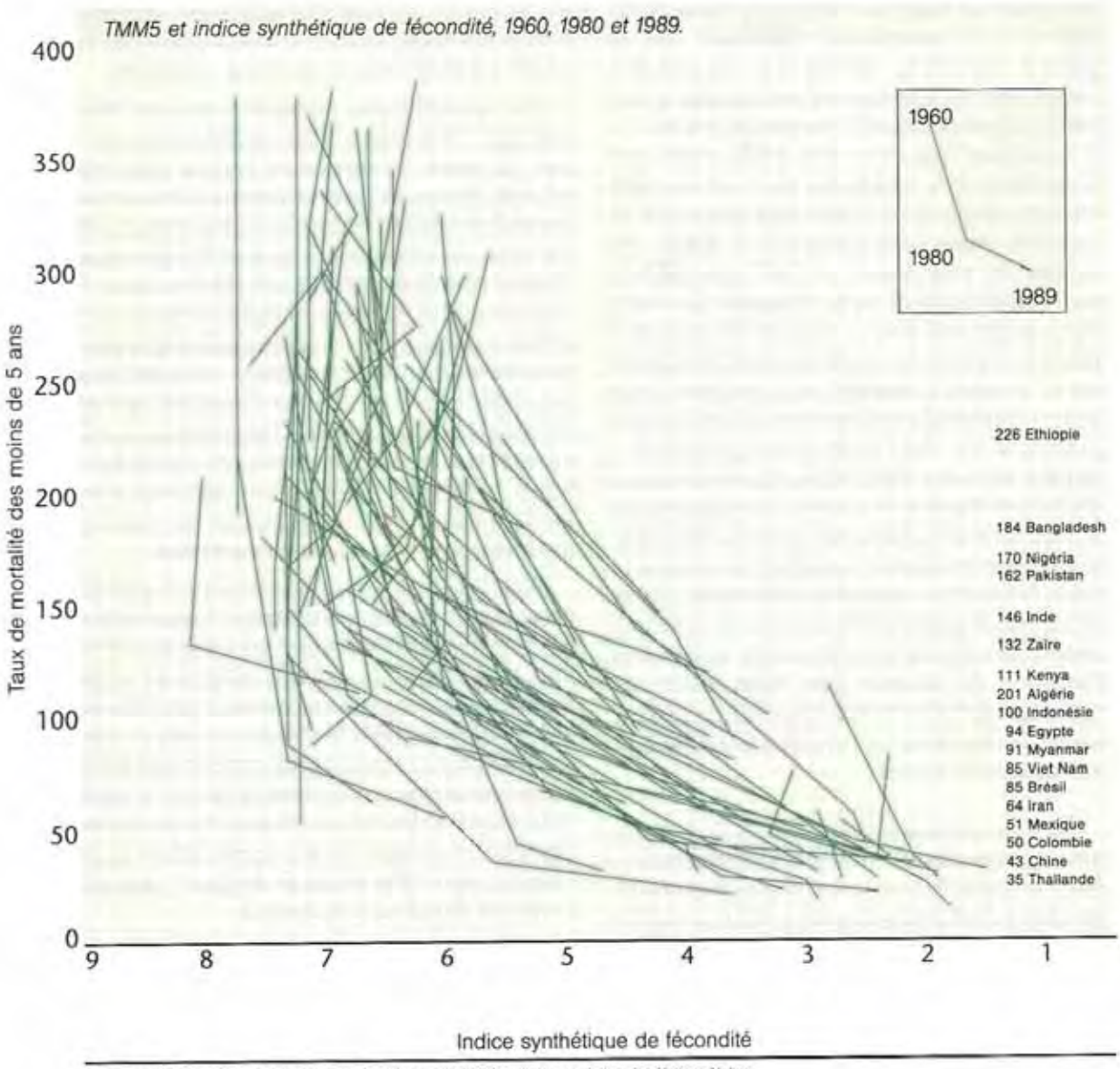
Ces exemples sont quelques lueurs qui brillent dans l'obscurité et font espérer que le principe qui place les enfants au premier rang des priorités deviendra flamme ardente au cours des prochaines années. Quels que soient les reculs et les crises, les transitions et les troubles que nous ayons à subir et quelles que soient leurs causes – une catastrophe naturelle, la guerre civile, un conflit international, une mauvaise gestion économique ou un changement politique – nous devrions nous fixer pour règle de nous demander, tant au niveau national qu'au niveau international, quels en seront les effets sur les enfants et quelles politiques spécifiques devraient être adoptées pour protéger leur croissance physique et mentale des pires conséquences de ces changements.

Pour l'aider à allumer cette flamme, le monde dispose d'un accord pratiquement universel sur la protection minimale qui devrait être assurée à tous les enfants. Les objectifs adoptés au cours du *Sommet mondial pour les enfants* et les dispositions contenues dans la *Convention relative aux droits de l'enfant* énoncent les normes minimales acceptées par tous concernant la survie, la santé et l'éducation des enfants de tous les pays ainsi que leur protection contre l'exploitation et la violence, aussi bien en temps de guerre, que sur le lieu de travail ou à la maison.

La planète s'est donc mise d'accord sur certains critères permettant à tous les pays de mesurer les progrès accomplis sur la voie de l'instauration d'un nouvel ordre mondial en faveur des enfants.

Fig. 6 Naissances et décès d'enfants

Chaque tracé du graphique représente, pour un pays en développement, les variations des taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) et de l'indice synthétique de fécondité sur une période allant de 1960 à 1989. Le point intermédiaire de chaque tracé représente le point atteint en 1980. Initialement, la régression du TMM5 ne s'accompagne en général pas d'une régression significative de la fécondité. Puis, avec la poursuite de la régression du TMM5, la tendance devient variable, la fécondité reculant davantage dans certains pays que dans d'autres. Dans les phases suivantes, à quelques exceptions près, la chute continue du TMM5 s'accompagne d'une baisse encore plus prononcée de la natalité. Le graphique présente également les taux actuels du TMM5 dans certains des pays en développement les plus peuplés. On constate que la plupart se rapprochent du seuil où une réduction ultérieure du TMM5 se traduira vraisemblablement par un recul plus important encore des taux de natalité.



Source: *UNICEF, adaptation de données fournies par la Division de la population des Nations Unies.*

Moins de décès, moins de naissances

Proposition: *Que l'on s'attache à résoudre les problèmes largement répandus que sont la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme dans le cadre du nouvel ordre mondial qui émerge; faute de quoi il sera beaucoup plus difficile de ralentir la croissance démographique et d'évoluer vers un développement respectueux de l'environnement.*

Le soutien du public à la cause de la protection des enfants contre la malnutrition et la maladie a parfois été découragé par l'argument selon lequel, dans la mesure où ils seraient efficaces, ces efforts porteraient les germes de leur propre échec car ils contribueraient à aggraver le problème de la croissance démographique.

Cet argument est moralement et démographiquement indéfendable. Comme le rapport de l'an dernier sur *La situation des enfants dans le monde* l'a montré en détail, réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans est l'un des moyens les plus efficaces pour maîtriser l'accroissement de la population.

Quatre facteurs sont très fortement associés à la baisse des taux de natalité: l'accroissement des revenus, l'éducation des femmes, la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la planification familiale. Quand ils agissent conjointement, ces facteurs limitent bien plus efficacement les taux de natalité que chacun d'entre eux agissant seul. Satisfaire les besoins de la population n'interdit donc pas de maîtriser la croissance démographique; en fait, toutes les propositions présentées dans ce rapport pourraient contribuer d'une manière ou d'une autre à une décélération plus rapide du taux d'accroissement de la population.

Le lien entre la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la baisse de la natalité est l'une des questions les moins bien comprises mais les plus cruciales de notre époque. En général, la baisse du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans aide en effet à ralentir le taux de natalité, car elle permet aux parents de mieux prévoir et planifier la taille de leur famille et réduit leur tendance à compenser la perte éventuelle d'un ou plusieurs enfants par de nombreuses naissances[24]. *«On pourrait penser»*, affirme le *Rapport mondial sur le développement humain 1991* du Programme des Nations Unies pour le développement, *«que, si davantage d'enfants survivent, les problèmes démographiques empireront. En fait, non. Les taux de fécondité ont tendance à baisser lorsque les parents ont la conviction que leurs enfants survivront».*

Mais la force du lien entre la régression de la mortalité et le recul de la natalité dépend du stade particulier qu'un pays a atteint (voir figure 6). Dans la première phase, quand le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans commence à baisser en partant d'un niveau qui reste très élevé, la confiance des parents demeure faible et le taux de natalité ne subit que peu de modifica-

5

Etats-Unis: de plus en plus d'enfants pauvres

Le principe «les enfants d'abord» ne devrait pas poser de problèmes dans les pays nantis. Néanmoins, les enfants de la nation la plus prospère du monde sont chaque jour plus nombreux à souffrir de privations, alors que le bien-être s'est accru et que la pauvreté a reculé pour les autres groupes d'âge.

Au cours des années 60, le pourcentage d'enfants vivant dans la pauvreté aux Etats-Unis a diminué de moitié, passant de 27% à 14% pour remonter à 17% dans les années 70. Pendant la décennie suivante, il s'est élevé à 22%[12] – cela malgré dix ans de croissance économique quasiment ininterrompue et une augmentation du PNB de près de 25%.

Pendant ces mêmes 30 dernières années, la pauvreté a diminué pour l'ensemble de la population américaine, notamment chez les personnes âgées. C'est principalement grâce à l'action gouvernementale que le pourcentage de citoyens de plus de 65 ans vivant dans la pauvreté a décliné de plus des deux tiers.

La question se pose donc: pourquoi ce pays, qui a prouvé qu'il était capable de réduire la pauvreté, a-t-il échoué quand il s'est agi de ses enfants? *Child Poverty in America*[13], un rapport de *Children's Defense Fund*, une organisation dont le siège est à Washington, apporte des réponses qui réduisent à néant un certain nombre de mythes.

L'image de l'enfant noir, né d'une mère célibataire et sans emploi, vivant de prestations sociales dans une grande ville, s'applique en réalité à moins d'un enfant pauvre sur dix. La population noire et d'origine hispanique du cœur des villes est certainement surreprésentée parmi les plus démunis, mais il est un fait que la majorité des 12 millions d'enfants pauvres des Etats-Unis sont blancs. La plupart d'entre eux proviennent de familles n'ayant qu'un ou deux enfants et dans lesquelles au moins un des parents travaille.

La raison principale de la recrudescence de la pauvreté chez les enfants réside, d'une part, dans l'érosion des prestations publiques aux familles pauvres ayant des enfants à charge et, d'autre part, dans le fléchissement constant des salaires réels au sein de la main-d'œuvre non qualifiée.

Le salaire hebdomadaire moyen des ouvriers a chuté d'environ 20% entre 1973 et 1990. Pendant ce temps, la promesse d'un «salaire familial minimum» semble s'être évanouie; malgré les hausses récentes, le salaire minimum réel de 1990 est inférieur de 20% à celui de 1980. Le revenu d'un travailleur employé toute l'année à plein temps est inférieur de 2000 dollars au salaire qui permettrait à une famille ayant un enfant de vivre au-dessus du seuil de pauvreté.

Alors même que la chute des revenus augmentait les besoins, le gouvernement a progressivement retiré son soutien à l'enfance. La valeur réelle de l'aide aux familles ayant des enfants à charge a régressé de près de 40% en 20 ans. Aujourd'hui, moins de 10% des prestations en espèces vont aux familles pauvres ayant des enfants. D'autres groupes ont fait beaucoup mieux: la moitié des personnes appartenant à des familles pauvres *sans enfants* reçoivent suffisamment d'aide pour vivre au-dessus du seuil de pauvreté – contrairement aux 14% de celles appartenant à des familles *ayant des enfants*.

Tentant d'évaluer l'ensemble de ces facteurs, le rapport parvient aux estimations suivantes: plus de 40% de la recrudescence de la pauvreté chez les enfants est imputable au déclin du soutien public, un peu plus de 30% à la chute des salaires réels chez les pauvres et un peu moins de 30% au nombre croissant de familles monoparentales dirigées par la mère.

En enjoignant les Etats-Unis à faire usage de leurs ressources pour en finir avec la pauvreté chez les enfants d'ici à l'an 2000, *Children's Defense Fund* déclare qu'un taux d'indigence aussi élevé compromet le développement et l'éducation de millions d'enfants et menace l'avenir économique et social de la nation.

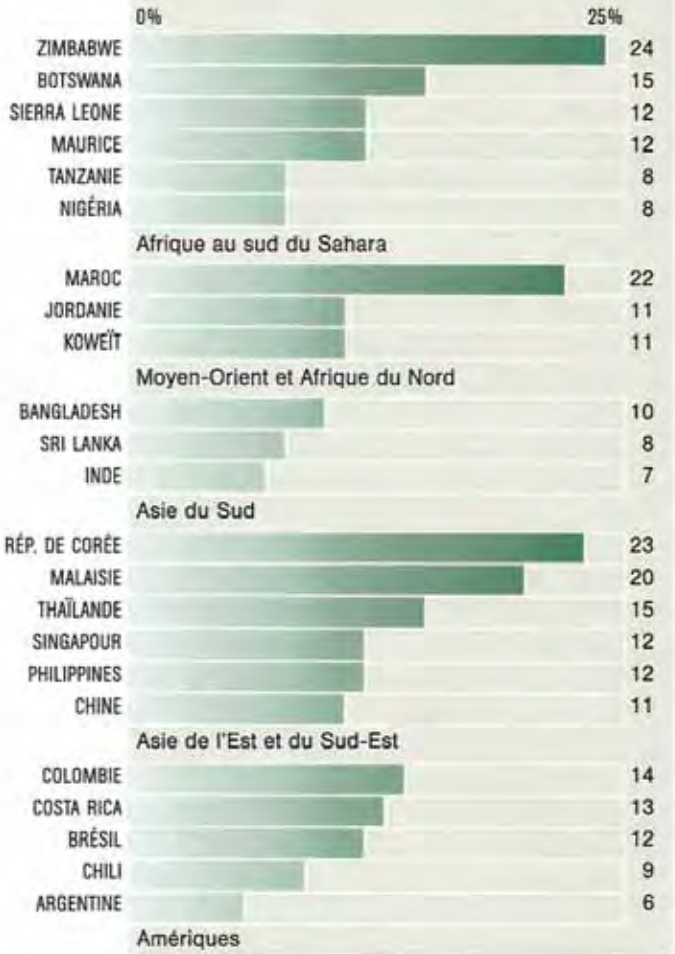
L'élimination de la pauvreté chez les enfants, poursuit *Children's Defense Fund*, constituerait un tremplin formidable pour venir à bout de problèmes accablants liés à l'éducation, à la santé, à l'abus de drogues et à la délinquance.

Quel en serait le coût? L'argent n'est pas, et de loin, la seule réponse, mais *Children's Defense Fund* estime que le fait de hisser toutes les familles pauvres ayant des enfants au-dessus du seuil de pauvreté coûterait 28 milliards de dollars par an. Ce montant représente moins de 1% du PNB des Etats-Unis et il est inférieur aux réductions fiscales additionnelles, approuvées au cours des 15 dernières années, dont jouissent chaque année 1% des citoyens américains les plus nantis.

Fig. 7 Dépenses de santé et d'éducation

Les soins de santé primaires et l'éducation primaire sont les deux «investissements dans le capital humain» les plus importants. Mais sur les 23 pays en développement pour lesquels on dispose de données permettant une comparaison, trois seulement leur allouent plus du cinquième des dépenses publiques.

Dépenses de soins de santé primaires et d'éducation primaire et secondaire, exprimées en pourcentage de la totalité du financement central, quelques pays en développement, 1988



Les chiffres reflètent uniquement les dépenses du gouvernement central. Il se peut donc qu'ils sous-estiment les dépenses de pays ayant un système fédéral.

Source: *PNUD, 1991*

tions. La plupart des pays en développement ont maintenant dépassé ce stade. A l'étape suivante, lorsque les pays atteignent un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans inférieur à 200 pour mille naissances vivantes, la corrélation entre la réduction de la mortalité et la diminution de la natalité est encore faible. C'est lorsque les pays atteignent un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans inférieur à 150, ainsi que cela est actuellement le cas dans des pays comme l'Inde, et s'acheminent vers le seuil de 100, que les caractéristiques de la fécondité commencent à se modifier profondément et durablement. Au cours de cette phase, dans pratiquement tous les pays, chaque régression du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est suivie par une chute plus accentuée encore du taux de natalité.

Il s'agit là de nouvelles très encourageantes qui n'ont pourtant pas encore reçu l'écho qu'elles méritent. La grande majorité des pays d'Amérique latine et d'Asie ont déjà dépassé les phases initiales de cette transition, celles où la fécondité ne se ressent que peu ou pas du tout des améliorations constatées, et amorcent la phase où l'on peut attendre de chaque baisse de la mortalité un recul beaucoup plus important de la natalité. En d'autres termes, ces pays sont arrivés à un point où toute réduction ultérieure des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans permettra d'obtenir des bénéfices notables dans la réduction des taux de natalité. En Afrique, où les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la plupart des pays demeurent de l'ordre de 150 à 250 pour mille naissances vivantes, il est essentiel d'écourter cette étape afin de réduire la période pendant laquelle la croissance démographique est très rapide.

«L'effort déployé pour réduire la maladie et la malnutrition est capital en lui-même, mais aussi comme moyen de ralentir la croissance démographique et de rendre possible un développement respectueux de l'environnement», déclare Maurice Strong, secrétaire général de la *Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement* qui se déroulera à Rio de Janeiro en 1992.

6

La guerre contre les enfants: la honte du XX^{e} siècle

Protéger le développement physique et mental des jeunes enfants devrait être la priorité majeure de toute société, dans les bonnes comme dans les mauvaises années, que l'on soit dans la prospérité ou dans la pénurie, en temps de paix ou en temps de guerre. Garantir l'application du principe «les enfants d'abord», tel est le grand défi des années 90. Or, c'est sur les champs de bataille du monde entier, plus que nulle part ailleurs, qu'un tel principe est désespérément absent.

Au cours de la décennie écoulée, plus de 1,5 million d'enfants sont morts dans des conflits armés, alors que plus de quatre millions ont subi des handicaps divers – amputation des membres, lésions du cerveau, cécité et surdité – causés par les bombes, les mines, les armes à feu, la torture. Cinq millions d'enfants victimes de la guerre grandissent dans les camps de réfugiés et 12 millions ont perdu leur foyer[14].

En 1991, ce massacre d'innocents se poursuit dans les quelque 40 conflits armés qui ensanglantent toujours la planète.

Cette «guerre contre les enfants» est une invention du XX^{e} siècle. La première guerre mondiale avait fait 5% de victimes parmi les civils. Ce pourcentage s'était élevé à 50% pendant la seconde guerre mondiale. Aujourd'hui, en cette fin de siècle, il est devenu «normal» que cette proportion atteigne 80% – dont l'immense majorité sont des femmes et des enfants.

Les effets indirects de la guerre sont tout aussi dévastateurs: écoles et dispensaires fermés ou démolis, circuits de distribution d'aliments détruits, systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement endommagés, sans compter les millions de personnes qui fuient vers les camps de réfugiés. Et chaque fois, ce sont les enfants qui portent le fardeau le plus lourd – en perdant la seule chance qu'ils ont de grandir normalement, d'aller à l'école et d'acquérir des aptitudes qui leur permettraient de se faire une place dans la société.

Les plaies psychologiques sont moins visibles. Dans une étude portant sur 50 enfants déplacés au Mozambique, 42 avaient perdu leur père ou leur mère de façon violente, 11 avaient été les témoins visuels ou auditifs de la mort d'un parent, 29 avaient assisté à un assassinat, 16 avaient été pris en otage, tous avaient été menacés, frappés ou privés de nourriture. Cet échantillon a été jugé «représentatif»[15]. Les estimations chiffrent à 10 millions le nombre total d'enfants ayant subi des traumatismes psychologiques en raison de la guerre dans le monde d'aujourd'hui. Ces nombreux millions d'enfants, qui portent les cicatrices physiques et mentales des conflits des adultes, appartiennent à la génération qui aura à bâtir l'avenir de la société.

Il est donc grand temps que la communauté mondiale dénonce cette guerre faite aux enfants et s'insurge aussi bien contre ceux qui font usage des armes que contre ceux qui les fournissent. Mais si les combats doivent avoir lieu, protégeons du moins les enfants de leurs pires effets.

Quelques raisons d'espérer existent. Les conflits armés semblent avoir diminué avec la fin de la guerre froide. Le *Sommet mondial pour les enfants* a demandé que *«les besoins essentiels des enfants soient satisfaits même en période de guerre et dans les régions en proie à la violence»*. Par ailleurs, la nouvelle *Convention relative aux droits de l'enfant*, qui stipule que *«les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins»*, a été ratifiée par une centaine d'Etats.

Dans un certain nombre de pays, ce principe a déjà été mis en œuvre. Au Salvador, au cours des sept dernières années, la guerre civile a été interrompue à plusieurs reprises chaque année afin que les enfants puissent être vaccinés. Au Liban, des «jours de tranquillité» ont été décrétés au plus fort de la tourmente pour procéder à la vaccination des enfants. Au Soudan, des «corridors de la paix» ont été établis avec l'accord des deux parties pour acheminer des fournitures aux millions de civils, en majorité des femmes et des enfants, pris en tenaille en zone de conflit. Des accords similaires ont été négociés en Angola et en Ethiopie. En Iraq, des fournitures médicales essentielles ont été distribuées alors même que le conflit était à son point culminant.

Pour que de tels exemples deviennent la règle plutôt que l'exception, l'opinion publique mondiale devra s'opposer d'une voix de plus en plus forte à cette guerre faite aux enfants et s'employer énergiquement à ce que la souillure effroyable de ce siècle n'entache pas le XXI^{e} siècle.

Investir dans le capital humain

Proposition: *Que le consensus grandissant qui se fait jour sur l'importance d'une politique favorable à l'économie de marché s'accompagne d'un consensus similaire concernant le devoir des gouvernements de garantir les investissements fondamentaux dans le capital humain.*

Pour des raisons d'idéalisme ou d'égoïsme, le monopole de l'Etat sur les mécanismes économiques a été très largement mis en pratique au cours du XX[e] siècle. Alors que ce siècle s'achève, c'est une notion qui appartient au passé. En particulier, elle a perdu tout crédit auprès des millions de personnes dont elle a soulevé les espoirs mais dont elle a été incapable de satisfaire les besoins.

Les preuves de cet échec sont patentes non seulement en Europe centrale et orientale et en Union soviétique, mais dans des régions encore plus vastes du monde en développement. Bien qu'elles connaissent elles aussi de graves problèmes, les économies de marché ont généralement mieux réussi à élever le niveau de vie de la majorité de la population. Il est donc presque universellement reconnu que l'enthousiasme et l'esprit d'entreprise des individus sont libérés quand ils ont la possibilité de prendre des décisions - même au prix de commettre des erreurs – et de récolter le fruit de leur travail.

Les abîmes idéologiques où se sont engloutis tant d'énergie et d'efforts pendant la période de l'après-guerre sont donc en train de se combler, ce qui autorise la plupart des pays à adopter une approche commune au développement, favorable à l'économie de marché. Ainsi, le *Rapport sur le développement dans le monde 1991* de la Banque mondiale justifie cette affirmation par les enseignements tirés de quatre décennies d'investissements (voir encadré 9). De même, dans un rapport récent qui résume l'analyse effectuée par les pays en développement eux-mêmes au regard des progrès accomplis, la Commission Sud, présidée par l'ancien président de la Tanzanie, Julius K. Nyerere, a conclu que *«les expériences de réussite en matière de développement dans le Sud montrent clairement que la croissance économique n'est vigoureuse que dans un climat où le secteur industriel et commercial peut s'épanouir sans entraves»*[25].

Le rôle de l'Etat

De nombreux pays réexaminent donc aujourd'hui le rôle de l'Etat dans le processus de développement.

Certains aspects de ce rôle sont évidents, mais il n'est pas inutile de les rappeler. Les forces du marché ne peuvent guère produire une croissance économique dans un vide politique. Une paix durable, une certaine stabilité, des garanties apportées aux droits de la personne et de la propriété, une administration publique relativement compétente, un développement de l'infrastructure, des politiques cohérentes en matière monétaire, fiscale, de taux d'intérêt et de taux de change –

7

Ceara: la preuve que c'est possible

Ceara n'est pas un pays. Mais avec six millions d'habitants, sa population dépasse celle du Honduras ou du Nicaragua, du Salvador ou de Costa Rica, du Danemark ou de la Norvège.

En trois ans, entre 1986 et 1989, Ceara a réduit d'un tiers son taux de mortalité infantile ainsi que le nombre des décès d'enfants dus aux maladies diarrhéiques, augmenté de 40% les niveaux de couverture vaccinale et diminué d'un tiers la malnutrition chez les enfants. En réussissant ce tour de force, cet Etat défavorisé de la côte nord-est du Brésil a prouvé au monde qu'il était possible d'atteindre les objectifs de santé infantile fixés pour l'an 2000 (voir page 61).

Ceara ne jouit pas d'une situation particulièrement favorable, loin de là. Près des deux tiers de ses habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté. Mais il possède un atout essentiel: ses dirigeants se sont engagés personnellement et politiquement à améliorer les conditions de vie des enfants. Lorsqu'un tel engagement existe, tout pays a dorénavant les moyens de transformer la santé de ses enfants à un prix abordable.

Les élections de 1986 de l'Etat de Ceara ont porté au pouvoir plusieurs personnes qui avaient travaillé avec l'UNICEF à des projets locaux. L'occasion leur était désormais offerte de joindre leurs efforts à plus grande échelle.

La première démarche consista à mener des enquêtes préliminaires sur «la situation des enfants de Ceara». Il en ressortit que les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires étaient les principales causes de la mortalité chez les enfants et que 28% de tous les enfants souffraient de malnutrition. Plus de la moitié de tous les enfants décédés n'avaient jamais été vus par un agent de santé.

Puis, on instaura un système de surveillance permettant de mesurer l'évolution des progrès et de cibler les ressources en faveur de ceux qui en avaient le plus grand besoin.

Il était évidemment essentiel de fournir à toutes les familles une information sanitaire de base sur des sujets tels que l'importance de l'allaitement maternel et de la vaccination et sur la manière de prévenir et de traiter les maladies courantes. Mais comme dans bien d'autres régions du monde, les services de santé ne disposaient pas des moyens d'atteindre régulièrement six millions de personnes. Le gouvernement de l'Etat décida donc d'en appeler aux églises, aux organisations non gouvernementales, aux médias, au monde des affaires (des messages sur l'allaitement maternel furent même imprimés sur les relevés bancaires) et à la Société de pédiatrie de Ceara. L'engagement de l'Eglise catholique fut décisif, car il suscita celui de milliers de bénévoles et permit d'atteindre des centaines de milliers de personnes dans les zones les plus défavorisées de Ceara.

La sécheresse de 1987, qui constitua tout d'abord un handicap, fut mise à profit. Au lieu du programme d'urgence habituel, le gouvernement créa 6000 «emplois d'urgence» pour les femmes des milieux défavorisés qui bénéficièrent d'une formation d'agents de santé communautaires. La sécheresse passée, 1700 d'entre elles furent recyclées, choisies parmi celles ayant fait preuve de leurs plus grandes aptitudes. Leur nombre s'est accru depuis lors. Aujourd'hui, 2900 agents de santé communautaires ont chacun la charge d'une centaine de familles. Le gouvernement brésilien envisage d'employer 45 000 de tels agents de santé afin d'étendre cette formule aux neuf Etats du Nord-Est.

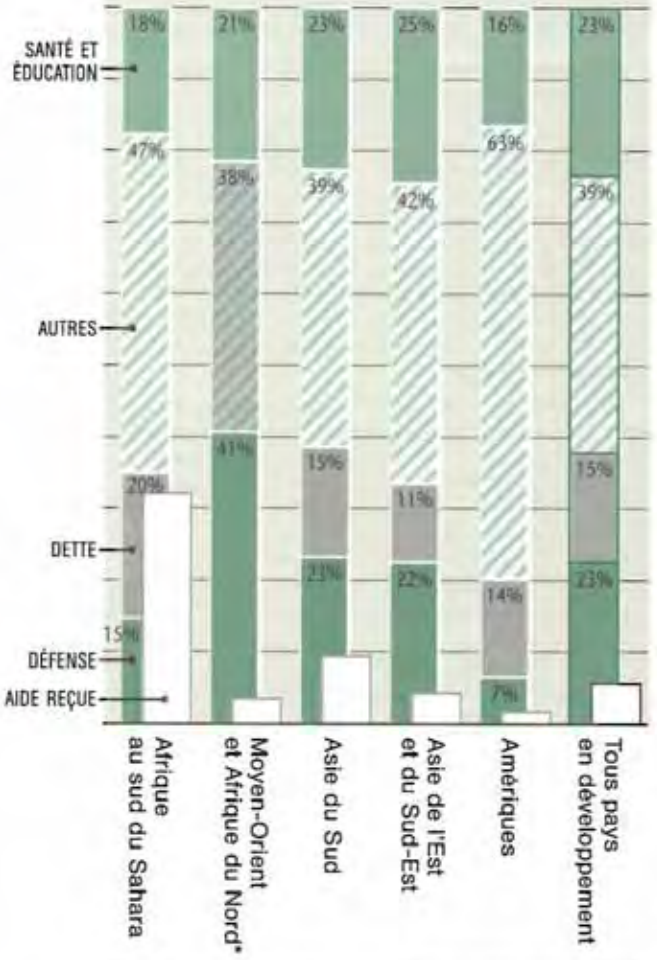
La figure 9 présente un aperçu des résultats de ce programme. En faisant tourner à son avantage et la récession et la sécheresse, Ceara a mis en pratique le principe «les enfants d'abord». En s'employant à protéger la vie et la croissance de la jeune génération, il a empêché que les plus jeunes et les plus vulnérables fassent les frais de toutes ces difficultés.

Certes, les conditions de vie des enfants de Ceara ne sont pas idéales. Les décès d'enfants sont encore trop nombreux et les soins de santé primaires loin d'être généralisés. Enfin, près de la moitié de tous les enfants abandonnent l'école sans avoir reçu une éducation de base. Mais Ceara maintient son engagement. Son gouvernement est décidé à atteindre d'ici à l'an 2000 tous les objectifs adoptés au cours du *Sommet mondial pour les enfants*[16].

Fig. 8 Armes, dette et population

Environ 40% des dépenses publiques du monde en développement vont au secteur militaire et au service de la dette. Dans certaines régions, cela représente le double des dépenses publiques de santé et d'éducation réunies.

Pourcentage du financement central (FC) consacré à la défense, au service de la dette, à la santé et à l'éducation, et aide reçue exprimée en pourcentage du FC, par région, 1988



* Y compris la République islamique d'Iran

Source : Extrait de World Bank, World Debt Tables, 1989/90 et Rapport sur le développement dans le monde 1991; FMI, Annuaire statistique sur les finances publiques, 1990; World Priorities Inc., World Military and Social Expenditures, 1991; OCDE, Rapport sur la coopération pour le développement et Financement et dette extérieure des pays en développement, étude 1989.

tous ces facteurs relèvent de l'Etat et forment le cadre sans lequel la contribution potentielle des forces du marché ne peut s'exprimer.

Mais l'expérience récente – et particulièrement les succès remportés par Hong Kong, le Japon, la Malaisie, la République de Corée, Singapour, la Thaïlande et la province chinoise de Taiwan[26] – montre que l'Etat ne devrait pas plus se retirer du domaine économique, afin d'autoriser le libre jeu des forces du marché, que tenter d'atteindre un «juste équilibre» avec les marchés (ce qui impliquerait que les deux doivent toujours être en opposition). La règle d'or pour obtenir des progrès rapides est une collaboration en bonne intelligence de l'Etat et des marchés[27].

Dans la remise en question de la pensée économique provoquée par les événements d'Europe centrale et orientale et d'Union soviétique, un consensus tout aussi clair, quoique moins largement proclamé, apparaît à propos de ce que les forces du marché ne peuvent pas faire et de la tâche dont devrait en conséquence s'acquitter l'Etat.

L'Etat a la responsabilité de:

- créer des filets de sécurité à l'intention des membres les plus vulnérables de la société et de fixer un niveau minimal de bien-être qui sera maintenu même pendant les périodes de récession économique;
- garantir les investissements fondamentaux dans le capital humain, en particulier pour l'éducation de base et les soins de santé;
- promouvoir le plein emploi afin que la grande majorité des citoyens puissent satisfaire leurs besoins et ceux de leur famille grâce à leurs propres efforts et à leurs propres revenus;
- contrebalancer la tendance qu'ont les forces du marché à offrir à long terme davantage de chances aux privilégiés, aggravant ainsi les inégalités;
- intervenir quand le libre jeu des forces du marché est de toute évidence contraire à l'intérêt public. Du point du vue de l'UNICEF, par exemple, il est contraire à l'intérêt public de permettre que des millions d'enfants tombent dans la sous-alimentation parce que le libre jeu des forces du marché a persuadé des mil-

Repenser le développement

Le *Rapport mondial sur le développement humain 1991* du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) se résume tout entier dans sa propre paraphrase d'Abraham Lincoln: *«le développement du peuple, par le peuple, pour le peuple»*. Libérer le potentiel humain et élargir la gamme des possibilités de participation et de choix qui s'offrent à chacun, tel devrait être l'objectif ultime du développement. La croissance économique en sera stimulée sans qu'elle constitue une fin en soi, mais bien plutôt le moyen permettant de faire progresser ultérieurement le développement humain. Il est donc nécessaire que le revenu national s'accroisse, mais cela ne suffit pas. Ce qui importe tout autant est la nature de cette croissance – c'est-à-dire, en quoi elle consiste, comment elle s'obtient, à qui elle profite.

Pour mesurer les progrès accomplis sur la voie d'un tel développement, le PNUD recourt à un indicateur de développement humain (IDH), lequel ne classe pas uniquement les pays en fonction de leurs performances socio-économiques mais sur une échelle composite qui tient compte du revenu, de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisation des adultes et des années de scolarité.

En «humanisant» de la sorte les critères du progrès, c'est toute la philosophie du développement qui est reconsidérée. Ainsi, l'Algérie, au 66e rang dans les statistiques de la Banque mondiale, qui classe les pays en fonction du PNB par habitant, recule au 102e rang dans celles du PNUD qui les classe en fonction de l'IDH. Inversement, Sri Lanka passe de la 120e place à la 75e en raison des progrès accomplis par ce pays en matière de santé et d'éducation.

Les processus complexes du développement humain, qui englobent également des notions telles que la garantie des droits humains fondamentaux et la liberté politique, ne relèvent pas uniquement des gouvernements. Toutefois, étant donné que les droits et les choix offerts à la majorité sont susceptibles d'être élargis ou contrariés par la manière dont les pouvoirs publics répartissent les revenus, le PNUD propose d'en évaluer la gestion moyennant un ensemble de coefficients étroitement liés:

- *le taux des dépenses publiques* – soit le pourcentage du revenu national consacré aux dépenses publiques (le PNUD propose que ce pourcentage avoisine 25%);
- *le taux des dépenses sociales* – soit le pourcentage des dépenses publiques consacré aux services sociaux, notamment la santé et l'éducation (le PNUD propose que ce pourcentage soit de 40%);
- *le taux des priorités sociales* – soit le pourcentage des dépenses sociales consacré aux domaines prioritaires en matière de développement humain, notamment les soins de santé primaires et l'éducation primaire (le PNUD propose que ce pourcentage soit de 50%).

Ces trois éléments peuvent être réunis en un seul: *le taux des dépenses de développement humain* – soit le pourcentage du revenu national consacré aux domaines prioritaires en matière de développement humain.

L'application de ce mode d'analyse à des pays donnés conduit à des conclusions intéressantes. Ainsi, le *taux des dépenses de développement humain* du Zimbabwe est de 12,7, alors que celui du Pakistan n'est que de 0,8. Par ailleurs, des pays affichant des taux identiques y parviennent par des cheminements différents. C'est, par exemple, le cas de l'Inde et de la Thaïlande qui, tout en ayant un même *taux de dépenses de développement humain* de 2,5, ont des *taux de dépenses publiques* très différents – 37 et 16 respectivement. La Thaïlande compense son moindre *taux de dépenses publiques* par des *taux de dépenses sociales* et de *priorités sociales* supérieurs.

Le rapport du PNUD propose en outre d'établir un *taux de l'aide au développement humain prioritaire* (c'est-à-dire le pourcentage du PNB du pays donateur consacré aux domaines prioritaires en matière de développement humain du pays bénéficiaire). Lorsque l'on applique ce taux aux programmes actuellement en cours, on découvre des différences significatives entre le haut pourcentage de 0,128 des Pays-Bas et de 0,110 du Danemark et celui très bas de 0,012 des Etats-Unis et de 0,017 de l'Italie.

Au cours de ces dernières années, l'UNICEF a utilisé des concepts légèrement différents en la matière. Il s'est demandé: *a)* quelle part des dépenses publiques était consacrée à la satisfaction des besoins humains essentiels, tels que les soins de santé primaires, l'éducation primaire et l'approvisionnement peu coûteux en eau salubre, *b)* quelle part de l'aide était consacrée à la satisfaction immédiate de ces besoins (voir figures 11 et 12).

De telles analyses montrent que de nombreux pays sont en mesure d'accélérer leur développement humain au-delà de ce que leur situation économique laisserait présager. Certains ont manifestement accompli beaucoup avec peu de moyens. D'autres ont fait la preuve que, même lorsqu'ils ont été contraints de réduire les dépenses publiques, la réorientation des priorités leur a permis d'avancer malgré tout sur la voie du progrès.

lions de mères d'abandonner l'allaitement au sein au profit de préparations commerciales pour nourrissons (voir encadré 12). Pas plus qu'il n'est dans l'intérêt public que les familles pauvres dans le monde soient convaincues de dépenser 500 millions de dollars par an en médicaments antidiarrhéiques inutiles, alors même que la thérapie par réhydratation orale – qui est le traitement médical adapté – est d'un coût si modique qu'elle n'a pas grand intérêt commercial;

- défendre les éléments durables d'une société à visage humain auxquels les lois du marché n'attachent guère d'importance. Il s'agit là notamment de la protection de l'environnement, de la préservation des perspectives d'avenir et de la défense de ceux qui n'ont pas assez d'influence ou de pouvoir d'achat pour traduire un besoin en demande économique ou politique.

Investir dans le capital humain

La réduction des conflits idéologiques a également permis de consolider l'autre aspect du consensus sur le développement qui consiste à penser qu'il incombe aux gouvernements de garantir à l'immense majorité des membres d'une société l'accès à une nutrition adéquate, à des soins de santé primaires, à l'eau potable, à des systèmes d'assainissement sûrs, à des services de planification familiale et au moins à l'éducation primaire. Ces investissements fondamentaux dans le capital humain sont indispensables non seulement pour des raisons humanitaires et pour créer des sociétés civilisées, mais aussi pour jeter les bases d'une croissance économique soutenue. Ainsi que l'ancien président de la Banque mondiale l'a affirmé dans une lettre adressée à la suite du *Sommet mondial pour les enfants* au secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, *«l'investissement dans le capital humain, qui comprend des secteurs aussi importants que les soins de santé de base et l'enseignement primaire pour les enfants, est l'un des moyens les plus efficaces de stimuler la croissance économique à long terme et d'améliorer le bien-être général»*. La Commission Sud est arrivée à la même conclusion dans son examen des expériences récentes en matière de développement: *«... il faut s'attacher en priorité à répondre aux besoins essentiels, tant pour des raisons d'égalité que pour soutenir un bon rythme de croissance économique»*[28].

Ces dernières années, les recherches ont illustré de diverses manières le pouvoir de ce type d'investissement. Les études de la Banque mon-

Fig. 9 La preuve que c'est possible

Le *Sommet mondial pour les enfants* s'est fixé des objectifs ambitieux pour l'an 2000. L'Etat brésilien de Ceara (6 millions d'habitants) en a atteint certains en trois ans seulement (voir encadré 7).

Evolution des indicateurs de santé maternelle et infantile, Ceara, 1986-1989

Indicateur	Oct/déc 1986	Juin/août 1989	% évolution
Mortalité infantile par diarrhée (%)	28	13	-54%
Enfants ayant reçu des SRO pendant le dernier épisode de diarrhée (%)	23	32	+39%
Enfants de 12-23 mois ayant reçu le vaccin BCG (%)	58	81	+40%
Enfants de 12-23 mois ayant reçu les 3 doses de vaccin DTC (%)	50	63	+26%
Malnutrition, 2e et 3e degrés, classification de Gomez (%)	8.0	5.4	-33%

Sauf indication contraire, les chiffres concernent les enfants de 0-36 mois.

Source: *Ceara, North East Brazil: giving priority to the child at the state level, UNICEF, Brazil, May 1991.*

9

L'Etat et le marché

Le *Rapport sur le développement dans le monde 1980* a fait date. La Banque mondiale y faisait la démonstration que, grâce à une action directe, les gouvernements étaient en mesure de venir à bout des pires effets de la pauvreté, à savoir la malnutrition massive, l'analphabétisme, la mauvaise santé, et que les pays qui réussissaient à relever un tel défi étaient également capables d'augmenter leur taux de croissance économique.

Les rapports annuels de la décennie suivante se sont davantage attachés aux aspects strictement économiques des politiques qui, selon la Banque mondiale, favorisent ou entravent la croissance.

Dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1991*, la Banque mondiale reprend ses arguments concernant le recul de la pauvreté et se prononce en faveur de l'éducation, de la santé et de la mise en œuvre de programmes de création d'emplois. «*Les faits montrent*», affirme le rapport, «*qu'on a tout intérêt à investir massivement en développement humain, non seulement parce que cela répond à un désir d'épanouissement humain, mais aussi pour des motifs qui ressortissent à la froide raison économique.*» Preuve en sont les cas bien connus du Japon et de la République de Corée. Alors que le rapport de 1980 avait démontré que des agriculteurs ayant bénéficié ne serait-ce que de quatre années d'école primaire étaient beaucoup plus productifs, celui de 1991 cite en exemple des études conduites en Inde et aux Philippines, qui montrent que des enfants mieux nourris ne sont pas seulement en meilleure santé mais deviennent des adultes susceptibles de mieux gagner leur vie.

Le *Rapport sur le développement dans le monde 1991* contribue par conséquent aux courants de pensée convergents selon lesquels la croissance économique et le mieux-être humain se renforcent mutuellement et devraient donc être visés simultanément. Mais il s'en tient à l'opinion que c'est dans le domaine de l'investissement social que le gouvernement a sa place plutôt que dans celui de la gestion économique. Investissement maximum dans le capital humain et intervention minimum sur les forces du marché, voilà le conseil essentiel de la Banque mondiale.

A l'appui de cette thèse, le rapport de cette année établit une comparaison entre la croissance de certains pays en développement et leur conformité avec ce conseil au cours des 20 dernières années. En se servant de la distorsion des prix comme critère de l'intervention sur les marchés et du niveau d'instruction comme critère de l'investissement dans le capital humain, la Banque affirme que, dans les pays où la politique était génératrice de distorsions et où le niveau d'instruction était peu élevé, la croissance a été en moyenne de 3,1% par an; dans les pays où l'un quelconque des deux critères a eu des résultats positifs, la croissance a été en moyenne de 3,8% par an; alors que dans ceux des pays où l'on a fait preuve de suffisamment de sagesse pour anticiper le conseil de la Banque mondiale et où il y a eu à la fois un niveau d'instruction plus élevé et moins de distorsions, le taux de croissance a été beaucoup plus impressionnant et a atteint 5,5% par an. En bref, le tout est plus grand que la somme des parties.

Néanmoins, la Banque mondiale n'est pas impartiale dans l'examen qu'elle fait de ces deux aspects de la politique du développement. En effet, elle sous-entend que les marchés ne peuvent guère se tromper et que toute croissance économique est nécessairement bonne (y compris le genre de croissance à laquelle la Banque mondiale a accordé son appui en Amazonie, qui n'a en fin de compte profité ni à la majorité pauvre ni à l'environnement). D'autre part, selon cette conception, l'intervention étatique dans l'économie est toujours considérée comme coupable jusqu'à preuve contraire.

Pourtant, ceci est à l'opposé du pragmatisme que prône actuellement la Banque mondiale. Cette contradiction affleure parfois. Ainsi qu'une étude récente le souligne[17], et la Banque mondiale le reconnaît, la mainmise de l'Etat sur les économies les plus florissantes a été considérable au cours des 40 dernières années. A Hong Kong, au Japon, en République de Corée, à Singapour et dans la province chinoise de Taiwan, les gouvernements ont mis les entreprises privées au service d'une stratégie de développement globale. Ils ont, par exemple, protégé la production nationale, promu certaines industries et favorisé les capitaux industriels aux dépens de la propriété et des sociétés financières. Cependant, et la Banque mondiale le souligne avec raison, les gouvernements en question ont généralement su éviter deux erreurs capitales: ils ont empêché les grandes distorsions des prix et des taux de change et n'ont pas consenti à ce que les politiques interventionnistes soient prises en otage et muselées par des groupes d'intérêts.

diale ont révélé qu'en prolongeant d'un an la scolarité moyenne de la main-d'œuvre, le PIB augmente de 9%[29]. D'autres travaux ont montré que la productivité des agriculteurs ayant suivi quatre années d'enseignement est supérieure de 10% à celle des individus n'ayant jamais fréquenté l'école[30]. Les recherches menées pendant plusieurs années en Australie, au Brésil, en Colombie, en Ethiopie, au Guatemala, en Inde, en Indonésie, au Kenya et en Sierra Leone ont indiqué qu'une nutrition plus appropriée peut permettre de relever, parfois jusqu'à 20%, la productivité au travail. Une meilleure santé des adultes et des enfants s'est avérée capable d'économiser des millions de jours de travail perdus. En corrigeant la malnutrition et l'anémie due à une carence en fer chez les enfants, on a pu réduire l'absentéisme, accroître le temps d'attention et, en fin de compte, améliorer les résultats scolaires[31].

Pour ce qui nous concerne, ces études confirment nos propres expériences. La preuve que l'investissement dans le capital humain constitue le fondement de la croissance économique est évidente dans les pays qui ont enregistré un progrès rapide et soutenu dans le monde de l'après-guerre. Le fait d'avoir libéré le potentiel de la population par le truchement de réformes agraires et de l'accès généralisé aux services de santé et à l'éducation a été déterminant pour le succès de pays et de régions comme le Japon, la République de Corée et la province chinoise de Taiwan (voir encadré 11). Tous trois ont montré que l'éducation de base et la santé pour tous ne sont pas uniquement des dépenses sociales, mais des investissements économiques, pas seulement des caprices réservés aux pays prospères, mais les fondations sans lesquelles il est inutile d'attendre une prospérité généralisée.

En d'autres termes, les leçons des 40 dernières années suggèrent que le développement progresse plus rapidement quand il s'appuie tout autant sur une politique économique favorable au marché que sur la volonté de l'Etat de garantir l'investissement dans le capital humain. Alors que le consensus sur les politiques économiques favorables au marché gagne visiblement du terrain, il est indispensable d'appliquer aussi la seconde composante du consensus sur le développement.

Malheureusement, «investir dans le capital humain» a été le leitmotiv des stratégies internationales de développement pendant 15 ans sans que ce combat ait réellement porté ses fruits.

Tout pour quelques-uns

Les gouvernements des pays en développement consacrent, en moyenne, près du quart de leur budget à l'investissement dans le capital humain par le biais des services de santé et d'éducation (à l'exclusion des dépenses pour l'agriculture et la création d'emplois). La santé et l'éducation absorbent ensemble 17% des dépenses de l'Etat en Amérique latine, 21% au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 23% en Asie du Sud et 25% en Asie de l'Est et du Sud-Est (voir figures 7 et 8).

Dans des pays où des taux d'emploi élevés et des salaires raisonnables permettent à la majorité des habitants de satisfaire leurs besoins avec leurs propres revenus, ces dépenses sociales peuvent sembler d'un niveau suffisant si elles sont allouées en fonction des besoins. Or, plus de la moitié des budgets attribués directement à la santé et à l'éducation est absorbée par des services relativement onéreux réservés à une minorité, et moins de la moitié sert à financer des services d'un coût modique destinés à la majorité de la population (voir figure 7). En d'autres termes, seulement environ 12% des dépenses gouvernementales totales dans le monde en développement sont consacrées aux investissements dans les secteurs de la santé et de l'éducation qui s'adressent à la partie pauvre de la population, pourtant majoritaire.

On estime, par exemple, que 80% des 12 millions de dollars alloués chaque année aux systèmes d'approvisionnement en eau sont dépensés pour installer des robinets privés dans les foyers relativement aisés, pour un coût d'environ 600

dollars par personne desservie, et que seulement 20% du total servent à construire des puits publics et des bornes-fontaines qui peuvent alimenter en eau potable la majorité pauvre au prix de revient de 30 à 50 dollars par personne[32]. La réallocation ne serait-ce que d'une partie de ces dépenses totales au profit des plus démunis pourrait donc libérer assez de ressources pour alimenter en eau potable la quasi-totalité des communautés de presque tous les pays d'ici à l'an 2000.

Des arguments similaires, avec des statistiques similaires, s'appliquent aux soins de santé. En effet, en général, les sommes consacrées aux soins curatifs sont infiniment supérieures à celles qui sont dévolues aux mesures de prévention; car il n'est pas inhabituel que 75% des dépenses publiques de santé desservent seulement les 25% les plus riches de la population[33]; il n'est pas rare non plus que l'on dépense davantage pour des opérations chirurgicales complexes que pour la lutte peu coûteuse contre des maladies très répandues[34]; enfin, on a déjà vu des pays dépenser 30% de leur budget de santé pour envoyer une minorité privilégiée se faire soigner à l'étranger[35].

La restructuration nécessaire de ces dépenses est certes difficile, mais elle n'est pas impossible. Ainsi, en accédant à l'indépendance, le Bangladesh avait hérité d'un système de santé qui consacrait moins de 10% de son budget sanitaire aux dispensaires ruraux qui desservaient la grande majorité de sa population. En 1988, ce pourcentage avait été porté à 60%[36].

Education

De telles distorsions des dépenses publiques en faveur des couches les plus aisées sont également évidentes dans les systèmes d'éducation.

Malgré les conclusions de recherches menées pendant plusieurs décennies, et qui ont régulièrement montré que l'investissement en faveur de l'enseignement *primaire* est nettement plus rentable pour le progrès social et la croissance économique[37], les gouvernements de presque tous les pays en développement privilégient fortement l'enseignement supérieur réservé à une minorité plutôt que l'enseignement de base destiné à la majorité.

Ce n'est pas la voie qu'ont suivie les pays ayant réussi à garantir une éducation pour tous et une croissance économique soutenue, deux objectifs qui se renforcent mutuellement. Au Japon et en République de Corée, par exemple, l'enseignement primaire généralisé a précédé le décollage économique. Dans les deux pays, cet investissement dans le capital humain a été mobilisé à une époque où leur revenu par habitant, en termes réels, était plus faible que celui de la plupart des pays en développement aujourd'hui. Le Japon a rapidement progressé sur la voie de l'enseignement primaire généralisé à la fin du siècle dernier. La République de Corée a réussi à envoyer presque tous ses enfants à l'école primaire quand son PNB par habitant n'atteignait pas 100 dollars par an (voir encadré 11). Elle n'a mis que plus tard l'accent sur l'enseignement secondaire et supérieur et ce, jamais aux dépens de l'enseignement primaire destiné à la grande majorité. Elle a en outre veillé à ce que le nombre croissant de personnes instruites ne dépasse pas la capacité d'absorption de l'économie.

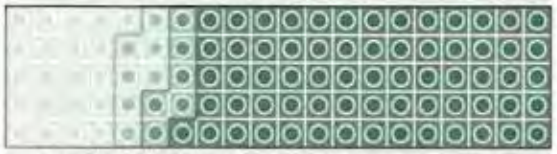
De nombreux pays ont emprunté une voie opposée, accordant une part disproportionnée des ressources à l'enseignement supérieur. Cette politique a eu pour résultat que la moitié des enfants n'arrivent parfois pas à achever quatre années d'école primaire, alors même que l'enseignement secondaire et supérieur absorbe une part excessive du budget et produit des diplômés en surnombre que l'économie est incapable d'employer avec profit. En Inde, où les dépenses consacrées à la formation d'un étudiant universitaire suffiraient à financer la scolarité primaire de 60 à 70 enfants[38], près de la moitié des enfants ne terminent pas le cycle primaire de l'enseignement; pourtant le pays dans son ensemble produit davantage de diplômés qu'il ne peut en employer. Inévitablement, cette situation provoque une fuite des cerveaux: des individus très qualifiés, mais au chômage, émigrent dans les pays industrialisés. C'est ainsi qu'une part significative des dépenses gouvernementales pour

Fig. 10 L'abandon scolaire

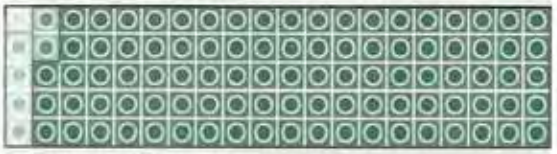
Aujourd'hui, plus de 90% des enfants du monde en développement commencent l'école primaire, mais des millions d'entre eux n'atteignent même pas la quatrième année. La plupart abandonnent au terme d'une ou deux années.

Taux de survie, école primaire, par région, 1986

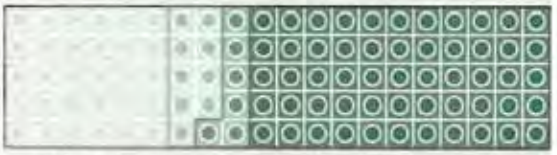
Pourcentage des enfants qui atteignent l'année d'études 2 , 3 et 4



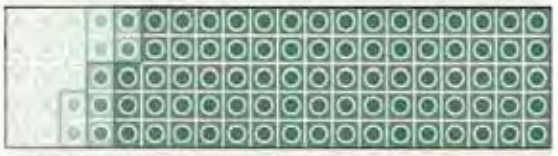
AFRIQUE AU SUD DU SAHARA
Atteignent l'année 2= 79%, 3=72%, 4=66%



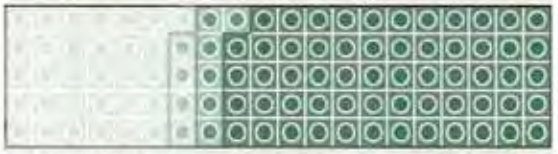
ÉTATS ARABES
Atteignent l'année 2=99%, 3=95%, 4=93%



AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES
Atteignent l'année 2=70%, 3=61%, 4=55%



ASIE DE L'EST
Atteignent l'année 2=87%, 3=83%, 4=78%



ASIE DU SUD
Atteignent l'année 2=69%, 3=65%, 4=59%

Source: *Education de base et alphabétisation, Indicateurs statistiques dans le monde, UNESCO, 1990.*

l'éducation sert à subventionner les nations riches plutôt qu'à atteindre l'objectif de l'éducation de base pour tous qui, tout le démontre, est une clé de voûte du développement.

Au nom à la fois de la justice et de l'efficacité, les dépenses d'éducation devraient permettre de redistribuer les revenus et d'égaliser les chances. Dans la plupart des pays en développement, elles ont aujourd'hui presque l'effet contraire. Ce sont les couches déjà favorisées qui bénéficient de la plus grande partie des dépenses gouvernementales en faveur de l'enseignement supérieur; au Chili, en République dominicaine et en Uruguay, par exemple, plus de 50% des subventions accordées à l'enseignement supérieur profitent aux enfants issus de familles appartenant aux 20% les plus riches de la population. En Inde, les 10% les plus instruits de la population ont reçu plus de la moitié de ce que l'Etat a dépensé pour l'enseignement[39].

C'est dans ces inégalités que réside le potentiel d'une certaine restructuration des dépenses éducatives. Ainsi pourraient être dégagées les ressources requises pour progresser vers l'objectif de l'éducation de base pour tous les enfants (et l'achèvement par au moins 80% d'entre eux du cycle primaire de l'enseignement) avant l'an 2000.

Pour atteindre cet objectif, un effort extraordinaire devra être déployé au début des années 90. En particulier, il est indispensable de trouver des manières peu coûteuses de retenir ou de faire revenir ceux qui abandonnent actuellement l'école au terme de la première ou de la deuxième année d'éducation formelle. Un progrès considérable a été fait pour inscrire les enfants à l'école; mais presque la moitié d'entre eux abandonnent les études avant de savoir lire et écrire (voir figure 10 et encadré 10). Ces enfants perdent ainsi tout espoir d'entrer un jour de plain-pied dans le XXI[e] siècle.

Des politiques originales ont été mises en œuvre dans ce domaine au Bangladesh[40], en Colombie, au Zimbabwe et dans de nombreux autres pays ces dernières années. Elles ont montré qu'il était possible d'offrir à un coût supporta-

10

Education: ne pas lâcher l'école

Les années 80 ont été désastreuses pour l'éducation. Dans deux tiers des plus de 100 pays en développement soumis à une enquête de l'UNESCO, les dépenses par élève sont en baisse et dans la moitié de ces pays la proportion des enfants inscrits dans les écoles primaires est également en régression[19].

Dans la plupart des cas, la raison en est que la crise de l'endettement a forcé de nombreux pays à effectuer des coupes dans les dépenses publiques. Des millions d'enfants, principalement en Afrique et en Amérique latine, ont ainsi perdu la seule occasion qu'ils avaient d'être alphabétisés et d'acquérir les connaissances fondamentales dont eux et leur société auront besoin dans les années à venir.

L'Afrique est le continent le plus durement touché. Les dépenses publiques consacrées à l'éducation ont été amputées de près de 30% pendant la première moitié des années 80. En conséquence, le pourcentage d'enfants africains inscrits en première année du cycle primaire de l'enseignement est passé de 84% en 1980 à environ 70% en 1990[19].

Mais la crise de l'endettement n'est pas seule en cause. Les politiques nationales d'éducation et l'aide internationale auraient pu consentir un plus grand effort pour protéger l'enseignement primaire. Trop souvent, hélas, les ressources disponibles vont à l'éducation supérieure qui s'adresse à une minorité plutôt qu'à l'éducation de base qui touche le plus grand nombre.

Même s'il est possible d'assurer l'éducation primaire à 50 enfants ou plus pour le prix de la formation d'un seul étudiant universitaire[20], et même si des milliers de diplômés des universités se voient obligés de choisir entre le chômage et l'émigration, nombreux sont les pays qui persistent à allouer des ressources disproportionnées à l'enseignement supérieur[21]. Une redistribution même modeste des dépenses en faveur des écoles primaires permettrait, dans de nombreux cas, d'assurer une éducation de base pour tous, sans compter les bienfaits considérables que la nation en retirerait en termes de croissance économique et de progrès social.

Les programmes d'aide ont aggravé les disparités. Moins de 10% de l'aide va à l'éducation au sens large et un pourcentage nettement inférieur à l'éducation *primaire*[22].

Le Sommet mondial pour les enfants, qui s'est tenu en 1990, a inscrit au nombre de ses objectifs l'achèvement du cycle primaire de l'enseignement par au moins 80% des enfants d'ici à l'an 2000. Les succès remarquables remportés par la Tanzanie dans les années 70 et par le Zimbabwe dans les années 80 prouvent que cet objectif est réalisable. L'exemple des écoles de la Commission pour le développement rural du Bangladesh (BRAC) démontre également qu'il est possible, à très peu de frais, de fournir une éducation de base aux enfants (surtout aux filles) qui ont abandonné l'école ou qui n'ont jamais été scolarisés dans le système officiel[23]. On a constaté que la plupart des enfants qui ont fréquenté les écoles du BRAC poursuivent ensuite leurs études dans les écoles publiques.

Cependant, pour atteindre l'objectif fixé pour l'an 2000, l'enseignement primaire devra se voir accorder une nouvelle priorité dans les prochaines années.

Il ne s'agira pas essentiellement de construire de nouvelles écoles ni de former de nouveaux enseignants. C'est la *qualité* de l'enseignement offert qui déterminera l'échec ou la réussite des années 90 dans le domaine de l'éducation[24].

Le taux d'inscription en première année du cycle primaire de l'enseignement est désormais très élevé dans toutes les régions du monde en développement, exception faite de l'Afrique[25]. Ce n'est donc pas la capacité d'accueil des établissements d'enseignement qui est le plus en cause, ce qui importe c'est que les enfants inscrits à l'école y restent et atteignent la *dernière année* du cycle primaire. Or, à l'heure actuelle, le taux de survie scolaire n'est que de 47% en Afrique, de 53% en Asie (Chine non comprise) et de 64% en Amérique latine, compte tenu des âges différents fixés par la scolarité obligatoire[26].

En bref, ce n'est pas parce qu'ils n'auront pas commencé leur scolarité que la grande majorité des enfants analphabètes des années 90 le seront, mais parce qu'ils ne l'auront pas achevée.

La pauvreté et le besoin d'aide au travail mis à part, l'abandon scolaire est dû avant tout à la piètre qualité de l'enseignement offert. Trop souvent, la pertinence et le niveau de cet enseignement sont si manifestement médiocres que, selon un récent rapport de l'UNESCO, *«parents et enfants n'ont pas d'autre choix rationnel que de voter avec leurs pieds»*[27].

ble une éducation de base à tous les enfants et de garantir qu'une grande majorité d'entre eux achèvent le cycle primaire de l'enseignement. Si l'on recourt à de telles méthodes, les ressources financières additionnelles nécessaires à la réalisation de ces objectifs seront, selon les estimations, de l'ordre de cinq milliards de dollars par an pendant toute la décennie. Mais le prix d'un échec serait bien plus élevé. Ces dix dernières années, les recherches de la Banque mondiale ont montré à plusieurs reprises que *«la productivité d'une main-d'œuvre instruite est l'un des plus sûrs moteurs de la croissance économique»*[41]. De surcroît, l'investissement en faveur de l'éducation rapporte des dividendes sous bien d'autres formes. Il confère aux individus la capacité de continuer à apprendre, à partir d'un vaste éventail de sources, pendant toute leur vie. Il modernise les attitudes[42] et crée la confiance dans le changement. Il stimule une participation plus large à la vie politique. Il permet de remplacer ce qui est mauvais dans les traditions par ce qui est bon dans les innovations. Il sensibilise aux idées nouvelles et aux nouveaux choix. Il permet d'élever l'âge moyen du mariage, rend le recours à la planification familiale plus probable et contribue à réduire les taux de natalité. Ainsi que l'a déclaré aux chefs d'Etat et de gouvernement réunis lors du *Sommet mondial pour les enfants* le premier ministre japonais, Toshiki Kaifu : *«Dans les pays en développement, la priorité première devrait être d'instituer et d'améliorer l'éducation de base, d'élever le taux d'alphabétisation parmi les enfants, afin de leur permettre de vivre dans la dignité. ... Le développement national ne peut intervenir que lorsque tous les gens auront bénéficié d'une éducation. ... Il n'est pas exagéré de dire que la politique visant à la promotion de l'éducation constitue la base même du développement du Japon».*

Un coût inférieur

Les investissements dans le capital humain pourraient venir de trois sources, qui s'ajouteraient à une reprise de la croissance dans le monde en développement ou à une aide accrue en provenance des pays industrialisés, que l'on souhaite voir s'affirmer toutes deux au cours des années 90. La première pourrait être une restructuration des dépenses gouvernementales dans le monde en développement afin d'orienter les ressources vers les services peu coûteux destinés à la majorité de la population, plutôt que vers des services onéreux réservés à une minorité. Dans de nombreux pays, par exemple, une telle réorientation, même relativement modeste, suffirait à financer l'éducation de base pour tous. La deuxième source possible est une restructuration similaire des programmes d'aide existants afin d'en consacrer une plus vaste proportion à l'investissement dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Cette proposition est le thème du prochain chapitre de ce rapport. La troisième possibilité serait de tirer entièrement parti du fait que l'accroissement des connaissances, des technologies et des capacités de communication disponibles permet à l'évidence d'investir dans la santé, la nutrition et l'éducation de la génération montante à un coût bien plus faible que prévu à l'origine (voir, par exemple, les encadrés 7 et 16). En d'autres termes, le fossé qui sépare les connaissances et les technologies actuellement disponibles de leur application à grande échelle est une occasion de retirer des bénéfices sociaux et économiques considérables d'investissements relativement faibles.

Les objectifs pour l'an 2000 adoptés lors du *Sommet mondial pour les enfants* reflètent ce souci d'utiliser des méthodes peu coûteuses et représentent un programme pratique, étayé par un engagement politique significatif, pour «investir dans le capital humain» au cours de la prochaine décennie. Ce programme, adapté aux besoins nationaux et soutenu par la communauté internationale, devrait devenir le complément essentiel des réformes économiques qui se dessinent maintenant dans de nombreux pays en développement.

11

République de Corée: plus d'éducation pour peu d'argent

Le dénominateur commun le plus évident des réussites que l'on rencontre dans certains pays asiatiques — Hong Kong, Japon, République de Corée, Singapour et la province chinoise de Taiwan — ne doit pas être recherché dans la profusion de leurs ressources naturelles mais dans la richesse de leur capital humain. C'est dès les premiers stades de leur développement économique que ces pays ont tous fortement investi dans l'éducation.

Au début des années 50, qui aurait parié que la République de Corée deviendrait un modèle du développement économique de la seconde moitié du siècle? Ses ressources naturelles sont maigres et ses terres fertiles peu nombreuses. Pire encore, son histoire récente relevait de 36 années de colonisation japonaise suivies de la dévastatrice guerre de Corée.

Néanmoins, au milieu des années 50 les niveaux d'éducation y étaient deux à trois fois plus élevés que ce que l'on aurait pu attendre d'un pays dont le PNB ne dépassait pas 90 dollars par habitant. En 1960, juste avant son envol économique, 90% des enfants achevaient l'école primaire et plus d'un tiers passaient à l'enseignement secondaire.

Au cours des trois décennies suivantes, l'économie de la République de Corée a connu une croissance annuelle de 7% — supérieure à celle de presque tous les autres pays du monde.

Ce succès est unique à deux égards. Premièrement, l'enseignement primaire a été généralisé dans le pays beaucoup plus tôt que dans pratiquement tous les autres, c'est-à-dire dès les premiers stades de son développement économique. Ensuite, l'investissement public en matière d'éducation a été mineur. Pendant 30 ans, les dépenses consacrées à l'éducation n'ont jamais dépassé 3% du PNB — soit moins que la moyenne pour les pays en développement.

En bref, la République de Corée a réussi à soutirer plus d'éducation de chaque dollar gouvernemental que tout autre pays. Comment s'y est-elle prise?

Premièrement, le gouvernement s'est appuyé sur une demande massive d'éducation qui s'est traduite par le consentement des parents à s'acquitter des frais de scolarisation. Entre 1950 et 1975, les étudiants et leurs familles ont ainsi pris à leur charge près de 50% de la facture de l'éducation.

Cette attitude provient, en partie, de la tradition deux fois millénaire du confucianisme de respect des personnes instruites. Par ailleurs, elle découle également d'une optique plus terre à terre selon laquelle c'est avant tout l'éducation qui détermine le statut économique et social.

Deuxièmement, les subventions à l'éducation ont été progressivement réduites à mesure que l'on s'élevait dans le niveau d'enseignement. Ainsi, les fonds publics ont été préférentiellement affectés à l'éducation primaire généralisée, laissant au secteur privé le soin de prendre à sa charge une part croissante de la facture de l'enseignement secondaire et supérieur. Malgré cela, les familles ont payé 25% du coût de l'enseignement primaire par le biais de contributions «volontaires» versées à des associations de parents et enseignants.

Troisièmement, du fait de classes demeurées nombreuses et de salaires maintenus faibles, le coût de l'éducation a été moins élevé que dans la plupart des autres pays en développement. Pendant 30 ans, les classes du cycle primaire ont compté en moyenne 55 élèves. Les maîtres se sont tirés d'affaire grâce à l'apprentissage axé sur la mémorisation, des programmes d'étude rigides et des examens aux conditions draconiennes. L'organisation de la vie scolaire était quasi paramilitaire: exercices physiques, marches au son de la musique et salut aux enseignants. Ces derniers n'avaient pas à se préoccuper de la discipline et voyaient leurs bas salaires compensés par un statut social élevé.

Quatrièmement, le pays a instauré le système du passage automatique des élèves à la classe suivante. Dans bien des pays en développement, une part non négligeable du potentiel de l'école primaire est absorbée par ceux qui redoublent et qui abandonnent les études au terme d'une ou deux années. En République de Corée, ce phénomène est pratiquement inexistant. On s'attend à ce que tous les élèves progressent, l'échec scolaire étant davantage attribué au manque d'application qu'au manque d'aptitude.

Enfin, la pression que les parents exercent sur les enfants pour qu'ils soient reçus aux examens a contribué à l'expansion de la pratique du *yuksonghoe* — cours complémentaires payants. Ceci permet d'élever les niveaux de réussite scolaire et d'arrondir les salaires des enseignants sans aucun frais pour l'Etat[28].

L'aide et les besoins

Proposition: *Que les augmentations de l'aide internationale consacrent l'engagement soutenu et mesurable de satisfaire les besoins humains élémentaires et garantissent, en temps de crise, le principe «les enfants d'abord».*

Le public du monde industrialisé a longtemps cru que la plus grande partie de l'aide qu'il accordait aux pays en développement servait directement à satisfaire les besoins essentiels des plus pauvres. En fait, la proportion de l'aide du monde industrialisé qui est employée à ces fins est d'environ 9% (voir figure 12).

Si l'on exclut la part de l'aide consacrée à l'enseignement secondaire, par opposition au primaire, cette proportion chute alors à moins de 5%. Seulement environ 1% de l'aide est destiné aux systèmes de soins de santé primaires qui pourraient prévenir ou traiter 80% des maladies, des cas de malnutrition et des décès précoces dans le monde en développement. Seulement environ 1% revient aux services de planification familiale qui sont porteurs de tant de progrès pour la vie de millions de femmes et d'enfants (voir pages 57 à 60). Et bien moins de 1% va à l'enseignement primaire[43] qui, ainsi que nous l'avons vu, est à la fois un besoin essentiel et l'un des meilleurs investissements possibles pour l'avenir d'un pays.

Si la communauté internationale entend redoubler d'efforts dans le cadre d'un nouvel ordre mondial pour mettre un terme à la pauvreté absolue, alors elle devra sensiblement relever la proportion de l'aide qu'elle consacrera directement à cette tâche au cours des prochaines années.

La déclaration finale du *Sommet mondial pour les enfants* a demandé aux nations industrialisées de réexaminer les budgets actuels d'aide à la lumière des objectifs adoptés. Les programmes d'action nationaux, que la plupart des pays industrialisés préparent dans le cadre des activités complémentaires du Sommet, ne seront pas rendus publics avant la parution de ce rapport, mais plusieurs pays donateurs ont annoncé leur intention d'augmenter les ressources affectées aux programmes qui visent à atteindre les objectifs fixés pour l'an 2000. Aux Etats-Unis, le Congrès a ouvert des crédits pour l'année fiscale 1992 s'élevant à quelque 500 millions de dollars pour le suivi international des engagements pris lors du *Sommet mondial pour les enfants* et il a réservé des fonds encore plus importants pour les programmes nationaux. L'Australie est en train de réviser les allocations des fonds qu'elle destine à l'aide dans le but de favoriser les programmes qui soutiennent les objectifs du Sommet. En Norvège, un livre blanc sur cette question devrait être soumis au Parlement à la fin de 1991. En Allemagne, tous les partis représentés au *Bundestag* se sont unis pour demander au ministère du développement de faire de la lutte contre la pauvreté, avec la participation des pauvres eux-mêmes, l'objet central du programme d'aide. Le Canada, les

Pays-Bas et la Suisse ont pris des initiatives d'allégement de la dette en faveur de programmes destinés aux enfants et qui accéléreront les progrès vers les objectifs du Sommet.

L'objet de l'aide

Une aide destinée à satisfaire les besoins essentiels des pauvres, et particulièrement la nutrition, la santé et l'éducation des enfants, recevrait un soutien accru du public des pays industrialisés. Tous les indices, et encore très récemment une enquête d'opinion en Australie[44], montrent que nombreux sont ceux qui souhaiteraient s'engager dans la bataille contre la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme des enfants.

Il est aujourd'hui capital que cette préoccupation s'exprime et que les organisations non gouvernementales et le public concerné des pays industrialisés se mobilisent en faveur des engagements souscrits et des objectifs fixés par le *Sommet mondial pour les enfants*. L'une des manières les plus significatives, pour ce public, de contribuer à la réalisation de ces objectifs est d'accroître la pression pour que l'aide soit orientée en faveur des enfants.

L'importance particulière de cette contribution potentielle du monde industrialisé réside dans le fait que nombre des propositions examinées dans ce rapport, et nombre des objectifs adoptés lors du Sommet, souffrent d'une faiblesse politique fondamentale. Ces propositions consistent, en effet, le plus souvent à demander aux gouvernements d'accorder la priorité aux besoins à long terme ou aux franges les plus pauvres et les moins influentes de la société. Or, il est souvent difficile pour les gouvernements, confrontés aux pressions à court terme et à de puissants groupes d'intérêts, d'opérer des réorientations dont les avantages politiques ou économiques ne sont guère visibles en termes électoraux. Fournir une aide internationale dans le but précis de financer ces changements serait l'un des rares moyens de tenter de compenser ce handicap politique. Avec un engagement public suffisant de la part des nations industrialisées, l'aide pourrait accroître l'attrait politique de programmes dont la population serait le principal bénéficiaire et soutenir des causes pourtant peu «rentables» politiquement: la cause des pauvres, celle des faibles, celle de l'avenir et celle de l'environnement.

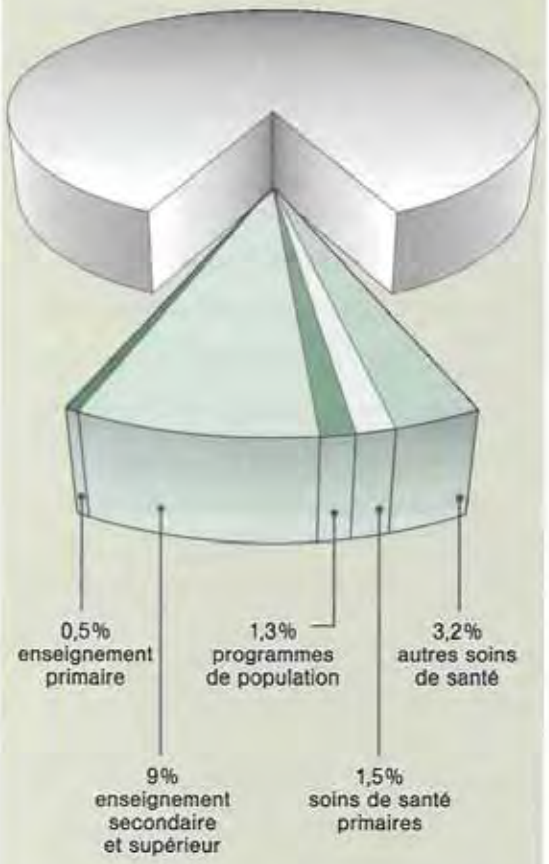
L'aide pourrait, par exemple, servir à alléger les frictions qui se produiraient inévitablement en cas de restructuration des dépenses gouvernementales, telle que nous l'avons envisagée dans le précédent chapitre. La principale difficulté s'opposant à la réorientation des dépenses sociales au bénéfice de la majorité pauvre est habituellement politique; accroître la part du budget allouée aux soins de santé primaires ou à l'enseignement primaire représente, en effet, un transfert de ressources des classes les plus riches et politiquement les plus influentes vers les pauvres et les faibles. Quand l'affluence économique va de pair avec l'influence politique, cette transition se heurtera à de nombreux obstacles. Dans les systèmes démocratiques, toujours plus nombreux, dans lesquels le droit de vote confère un certain poids politique aux populations pauvres, la transition sera plus aisée. Même quand les gouvernements souhaitent restructurer les budgets au profit de la majorité pauvre, ils en sont souvent dissuadés par la pression de groupes d'intérêts luttant pour conserver leurs privilèges. Si l'aide extérieure était attribuée spécifiquement à l'investissement dans les soins de santé primaires ou dans l'enseignement primaire, par exemple, le rééquilibrage interne des allocations de fonds en serait facilité. C'est en contribuant à lever ces obstacles politiques qui s'opposent aux changements essentiels que la communauté internationale pourrait jouer un rôle éminent et vital dans les années à venir.

De même, l'aide pourrait contribuer à faire respecter le principe «les enfants d'abord» (voir pages 15 à 20). Ce principe exige de mettre les intérêts à long terme des enfants à l'abri des pressions encore plus intenses à court terme qui exigeraient que l'on effectue des coupes claires dans les programmes de nutrition, de soins de santé

Fig. 11 Où va l'aide?

Seulement environ 15% de toute l'aide va à la santé et à l'éducation (tous niveaux) et aux programmes de population et seulement environ 2% aux soins de santé primaires et à l'éducation primaire, les deux services les plus essentiels pour la majorité pauvre des pays en développement.

*Part de toute l'aide bilatérale et multilatérale consacrée à la santé et à l'éducation, 1988**



* Contrairement à la figure 12, celle-ci inclut tous les pays donateurs, tous les niveaux de soins de santé, les programmes d'aide bilatérale et multilatérale et utilise les données (de 1988 plutôt que celles de 1989) de la Banque mondiale et de l'OCDE. En raison de difficultés de définition et de l'utilisation de mécanismes de collecte de données incompatibles, les pourcentages ne sont que des approximations.

Source: *données de l'OCDE (1989) et de la Banque mondiale (1991).*

primaires ou d'enseignement primaire. De même, de nombreuses actions nécessaires pour protéger l'environnement et tendre vers un développement durable requièrent un engagement à long terme que la plupart des gouvernements, aux prises avec des considérations à court terme, sont bien en peine de prendre. L'aide peut faciliter un tel type d'engagement politique. Des arguments similaires s'appliquent, à différents degrés, à des investissements aussi essentiels pour la population que les soins de santé primaires, l'éducation de base, les réformes agraires, le progrès de l'égalité entre hommes et femmes ou la restructuration des budgets gouvernementaux en faveur des services de base pour les pauvres.

En résumé, cette proposition demande que, dans un nouvel ordre mondial, l'aide internationale soit employée de manière consciencieuse et spécifique pour éviter que les besoins essentiels ne soient sacrifiés au profit des exigences immédiates.

Le soutien du public

Un tel usage de l'aide nécessiterait d'être mis en œuvre en collaboration avec les nations bénéficiaires. Son potentiel ne devrait pas être détruit par des attitudes non fondées de par et d'autre envers la «conditionnalité» de l'aide. Sans le soutien des hommes politiques, de la presse et du public du monde industrialisé, il ne saurait y avoir d'augmentation significative de l'aide dans les prochaines années. Ce soutien ne sera pas accordé sans un droit de regard sur les objectifs que l'aide sert à atteindre. Les augmentations nécessaires de l'aide internationale requièrent donc que donateurs et bénéficiaires s'engagent de manière durable et sans équivoque à améliorer la santé et la nutrition des pauvres, leur éducation et leur formation, ainsi que leur capacité à mieux maîtriser leur vie, à gagner un juste salaire pour leur travail et à satisfaire leurs besoins et ceux de leur famille. C'est ce type d'aide que la majorité des habitants des pays en développement souhaitent recevoir et que la majorité des habitants des pays industrialisés souhaitent aussi accorder.

Des hôpitaux amis des bébés: pour sauver un million de vies

D'ici à cinq ans, sur la porte de milliers d'hôpitaux dans le monde pourrait être fixée une plaque portant l'inscription suivante: «Ami des bébés». Cette récente initiative s'inscrit dans le cadre de la campagne mondiale qui, depuis dix ans, s'efforce de combattre le regain de l'allaitement au biberon.

Le lait maternel est plus nutritif, plus hygiénique et ne coûte rien. Il protège le nourrisson contre les infections courantes et la mère d'une nouvelle grossesse et réduit le risque de cancer du sein et des ovaires[29].

Malgré cela, l'allaitement maternel a décliné dans la mesure même où l'exode rural s'accentue; où davantage de mères travaillent en dehors du foyer; dans la mesure aussi où un nombre croissant d'hôpitaux découragent la pratique de l'allaitement maternel et où de plus en plus d'annonces publicitaires suggèrent que le biberon est la méthode d'allaitement «moderne».

Outre qu'il est de moindre qualité, le lait en poudre est souvent trop dilué avec de l'eau peu salubre dans des biberons non stérilisés. Si bien que les nourrissons alimentés au biberon dans des communautés défavorisées courent 15 fois plus de risques de décéder de maladies diarrhéiques et quatre fois plus de risques de mourir d'infections respiratoires que ceux qui sont nourris exclusivement au sein[30]. L'OMS estime que plus d'un million de nourrissons pourraient être sauvés chaque année si pendant les quatre à six premiers mois de la vie ils ne recevaient aucun autre aliment ou boisson que le lait maternel.

Il y a dix ans, l'OMS et l'UNICEF ont lancé le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Ce code prônait l'interdiction de toute publicité publique des préparations pour nourrissons et de la distribution d'échantillons gratuits aux mères.

Aujourd'hui, les deux organisations ont mis au point une Déclaration conjointe s'adressant aux hôpitaux et aux maternités[31]. Car il ne fait aucun doute que l'attitude du personnel soignant joue un rôle déterminant pour des millions de mères. Un allaitement maternel réussi dépend souvent de ce qui se passe au cours des premières heures suivant l'accouchement. Dans nombre d'hôpitaux, les nouveau-nés sont séparés de leur mère et nourris au biberon peu après la naissance. Les établissements sanitaires et les mères reçoivent souvent des échantillons gratuits qui vantent les mérites d'une marque particulière de préparations pour nourrissons.

La nouvelle Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF énumère les «dix conditions essentielles pour le succès de l'allaitement maternel». Tous les hôpitaux et maternités qui les observeront se verront décerner le label «ami des bébés». Ces dix conditions sont les suivantes:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans l'heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Nombreuses sont les femmes des pays en développement qui n'accouchent pas dans un centre hospitalier. Quant à celles qui s'y rendent pour donner naissance à leurs enfants, elles n'y séjournent en général pas plus de 48 heures. C'est pourquoi, la nouvelle initiative mondiale en faveur de l'allaitement maternel à l'hôpital, lancée par l'UNICEF et l'OMS à Ankara en juin 1991[32], ne peut constituer qu'une démarche parmi les nombreuses autres qui s'avèrent nécessaires pour promouvoir l'allaitement au sein. Les mères ont certes besoin du soutien des hôpitaux si elles veulent offrir à leurs enfants un bon départ dans la vie. Mais si elles souhaitent poursuivre l'allaitement au sein une fois de retour chez elles, elles ont également besoin de celui des employeurs, des syndicats, des collectivités locales — sans oublier celui des hommes.

Parallèlement à la promotion de cette nouvelle initiative, l'UNICEF et l'OMS invitent également les fabricants et distributeurs de substituts du lait maternel à cesser de fournir gratuitement ou à prix réduit des préparations pour nourrissons aux maternités et aux hôpitaux d'ici à décembre 1992. L'Association internationale des fabricants d'aliments pour l'enfance s'est engagée à apporter toute sa coopération à ce projet.

L'environnement économique

Proposition: *Que l'action internationale en matière de dette, d'aide et de commerce établisse un nouvel environnement économique grâce auquel les pays en développement puissent entreprendre des réformes économiques susceptibles d'offrir à leur population les moyens de se procurer un revenu décent.*

Bien que le revenu moyen ait sensiblement augmenté en Asie (y compris en Chine et en Inde), les années 80 n'en ont pas moins été une décennie désastreuse pour la majorité des pays en développement. Le revenu moyen a accusé un recul d'environ 10% en Amérique latine (et encore bien davantage chez les plus pauvres) et de 25% en Afrique, où il était déjà le plus bas du monde[45].

Cette évolution inégale s'est confirmée en 1990. Dans les 18 pays d'Asie de l'Est, le revenu par habitant a enregistré un accroissement de plus de 4%; dans les huit pays d'Asie du Sud (y compris le Bangladesh, l'Inde et le Pakistan), il a progressé d'un peu plus de 2%. En revanche, dans les deux continents les plus durement touchés par l'endettement, le déclin des années 80 s'est poursuivi; la baisse du revenu par habitant a encore été supérieure à 2% en Afrique et à 2,5% en Amérique latine (et même davantage dans des pays comme l'Argentine, le Brésil et le Pérou qui ont des niveaux d'endettement extrêmement élevés)[46].

L'environnement économique dans lequel le monde en développement doit se procurer ses ressources ne relève pas des organisations et des individus qui œuvrent directement en faveur des enfants. Mais, pendant une décennie, l'UNICEF a constaté que la détérioration de cet environnement économique se traduisait, dans de nombreux pays, par un accroissement de la malnutrition et des maladies évitables et par une diminution des taux de scolarisation. Formuler des propositions pour renverser ce déclin sans tenir compte des énormes difficultés économiques dans lesquelles autant de pays se débattent encore serait bien peu réaliste.

Il est particulièrement important de s'atteler sans délai à la tâche. Ebranlés par la crise économique des années 80 et attentifs aux événements d'Europe centrale et orientale, un grand nombre de pays en développement, sinon la plupart, ont amorcé des réformes économiques susceptibles d'accroître leur prospérité dans les années à venir. Ce changement d'attitude et de pensée économique est passé presque inaperçu dans un monde préoccupé par des transformations plus spectaculaires (bien que certains observateurs aient noté qu'il s'agissait là d'une *«révolution silencieuse»* qui porte *«d'immenses promesses de progrès pour le bien-être de l'humanité»*[47]). Mais c'est une occasion à ne pas manquer.

Pour l'heure, un trop grand nombre des facteurs responsables de la catastrophe de la décennie écoulée subsistent dans les années 90 pour qu'un tel potentiel ait des chances de se réaliser.

Même si la politique économique et la gestion étaient améliorées, il resterait à régler les problèmes de la dette extérieure, de la détérioration des termes de l'échange, du protectionnisme dans les marchés des pays riches et des dépenses militaires excessives. Autrement dit, le monde en développement trouvera difficilement sa place dans un nouvel ordre mondial parce qu'il est encore enchaîné aux erreurs du passé.

Les prix des matières premières sur le marché mondial, dont sont tributaires tant de pays en développement, demeurent à leur plus bas niveau depuis la dépression des années 30. Ces dix dernières années seulement, les recettes que l'Afrique tire de l'exportation de ses matières premières ont diminué de 30% par rapport aux sommes qu'elle doit débourser pour ses importations.

Le degré de dépendance à l'égard de ces produits de base, et la détérioration continue de leur valeur réelle, est l'un des problèmes les plus épineux du développement. Et tout porte à croire que la situation ira s'aggravant. Avec l'usage croissant des nouvelles technologies, des matières synthétiques et de systèmes de gestion qui ne cessent d'accroître l'efficacité des procédés de fabrication, la demande de matières premières diminuera. Dans les années qui viennent, le recours accru aux biotechnologies pourrait saper ultérieurement la position commerciale des matières premières agricoles.

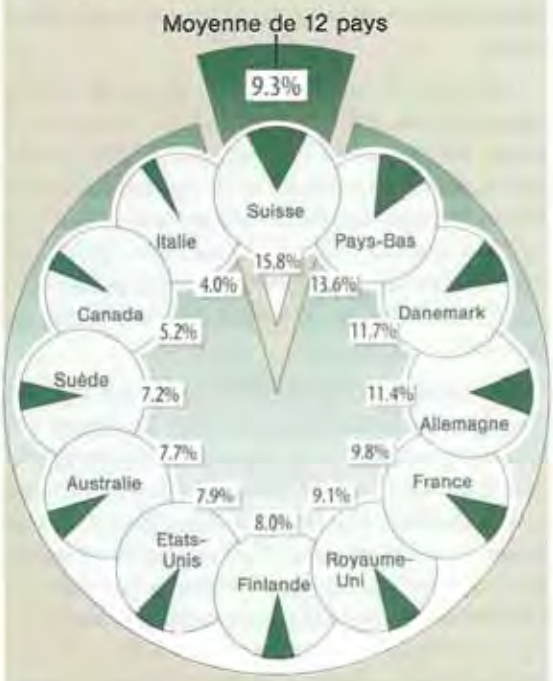
Le monde en développement ne semble pas en mesure de faire grand-chose pour prévenir cette érosion de ses prix et de ses marchés. Il peut s'efforcer de coordonner la production, au moins régionalement, pour éviter une nouvelle baisse des prix provoquée par la surproduction. Il peut aussi tenter de renforcer sa propre capacité de recherche et de développement pour traiter un plus grand nombre de ses matières premières et fabriquer des biens manufacturés ou semi-finis. Mais il lui faut en même temps diversifier ses exportations afin de réduire sa dépendance envers une base économique qui s'effondre.

Le problème de la diversification des exportations est que le monde industrialisé, qui demande avec tant d'enthousiasme aux pays en développement d'appliquer des politiques de marché libre, protège ses propres producteurs par des droits de douane, des contingentements et des subventions qui verrouillent efficacement ses riches marchés à tout un éventail de biens que ces pays pourraient y exporter (notamment de nombreux produits agricoles et tropicaux, l'acier, les textiles, les vêtements, les articles en cuir et les chaussures).

Fig. 12 L'aide et les besoins essentiels

Les 12 pays industrialisés pour lesquels on dispose de données consacrent environ 9% de leur aide à la satisfaction immédiate des besoins essentiels des populations du monde en développement.

Part de l'aide consacrée aux besoins essentiels, exprimée en pourcentage de toute l'aide, quelques pays donateurs, 1989*



* Les «besoins essentiels» comprennent les soins de santé primaires, l'enseignement primaire et secondaire, la planification familiale ainsi que l'approvisionnement en eau et l'assainissement des zones rurales.

Source: OCDE et PNUD, 1991.

Les estimations du coût de ce protectionnisme pour le monde en développement varient largement, mais il n'est pas inférieur à 55 milliards de dollars par an[48] – soit davantage que toute l'aide reçue. La suppression de ces barrières douanières et non tarifaires permettrait, selon Michel Camdessus, directeur du FMI, de relever le taux de croissance des pays en développement de près de trois points de pourcentage, ce qui créerait des avantages égaux au double de l'aide qu'ils reçoivent actuellement[49].

Si l'on parvenait à conclure avec succès les négociations commerciales internationales d'Uruguay, dans le cadre de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce, il serait possible de démanteler ces obstacles au commerce et, par conséquent, de fournir un ballon d'oxygène vital au processus de réforme économique en cours dans le monde en développement.

La dette

Outre ces difficultés, ce qui interdit à de nombreux pays en développement de progresser et de prendre leur place dans un nouvel ordre mondial, n'est autre que le poids apparemment inamovible de leur endettement.

Le monde en développement a contracté une dette de près de 1300 milliards de dollars auprès des gouvernements et des banques des pays industrialisés et auprès des institutions financières internationales. Chaque année, le remboursement du capital et le paiement des intérêts s'élèvent à environ 150 milliards de dollars – à peu de chose près trois fois le montant de l'aide. Puisqu'il est impossible au monde en développement d'honorer la totalité de ces intérêts, les sommes impayées viennent s'ajouter à la dette totale. C'est ainsi que le service de la dette a créé un terrifiant mécanisme d'accélération, de sorte que, non seulement la dette ne pourra jamais être remboursée, mais la tentative de payer, ne serait-ce que les intérêts, paralyse souvent l'amorce de toute réforme économique.

Jusqu'ici, le monde industrialisé n'a pas joué un rôle très vertueux dans la crise de l'endettement. Tout d'abord, le fait de consentir des prêts de manière irresponsable est tout autant à blâmer que de contracter inconsidérément des emprunts. Deuxièmement, c'est faire preuve de mauvaise foi que de demander aux pays en développement de sortir de la crise en diversifiant leur économie et en exportant davantage, tout en maintenant des barrières tarifaires et non tarifaires qui les empêchent de suivre avec succès ce conseil. Troisièmement, dans la plupart des pays industrialisés, les lois régissant la faillite et l'endettement individuels limitent les prétentions des créanciers et leur interdisent de priver le débiteur des moyens de nourrir sa famille ou de gagner sa vie; il est temps que ce concept soit appliqué aux transactions internationales.

Pour progresser, les pays en développement ont absolument besoin d'investir dans leurs infrastructures, leur industrialisation et leur capital humain. Alors que les recettes qu'ils tirent de leurs matières premières diminuent, que le service de la dette draine un quart de leur revenu et que le protectionnisme ferme de nouveaux marchés à leurs exportations, ils sont tout simplement incapables de procéder à ces investissements pourtant essentiels pour l'avenir.

Pendant plusieurs décennies, le monde en développement a pu compter sur l'aide extérieure et le financement à des taux préférentiels, au moins pour une partie des investissements dont il avait besoin. Mais la crise de l'endettement a atteint un tel point d'absurdité que ce sont les nations en développement qui se voient obligées de transférer des ressources financières aux nations industrialisées plutôt que le contraire. Si l'on tient compte de toutes les transactions – c'est-à-dire la somme de ce que les pays industrialisés prêtent et donnent aux pays en développement moins ce que ces derniers remboursent en intérêts et capitaux – on constate que de 40 à 50 milliards de dollars passent chaque année des pays pauvres vers les pays riches (voir figure 13).

Il ne sera pas aisé d'inverser ces flux financiers au début des années 90, alors que les fonds pour

les investissements seront probablement rares. L'Union soviétique, plusieurs de ses républiques et les nations d'Europe centrale et orientale absorberont de grandes quantités de capitaux. Dans le même temps, les coûts de la reconstruction au Koweït et en Iraq seront de l'ordre de 150 à 300 milliards de dollars[50]. Seule une solution plus énergique de la crise de l'endettement que celles que l'on a imaginées jusqu'à présent, associée à un renversement des transferts financiers nets en faveur du monde en développement, pourra donner à ces pays l'espoir de regagner le terrain perdu ces dix dernières années.

Si l'on parvient à trouver les moyens de libérer les nations en développement de cet héritage empoisonné, les réformes économiques qui se dessinent aujourd'hui pourraient coïncider avec d'autres circonstances favorables et ouvrir une période de croissance sans précédent.

Ainsi que l'a affirmé la Banque mondiale dans son examen des perspectives de développement pour les années 90:

> *«... Jamais encore dans l'histoire du monde, les possibilités de développement rapide n'ont été plus grandes qu'aujourd'hui. Les rapports internationaux, sous forme d'échanges ainsi que de flux d'investissements et de techniques, sont plus forts qu'il y a 40 ans. Médecine, science et technique ont fait d'énormes progrès, et le monde entier peut en profiter. Enfin, on comprend mieux maintenant les options qui s'offrent aux gouvernants pour mener à bien l'œuvre de développement».*[51]

Le désarmement

Proposition: *Que les pays en développement s'engagent dans le processus de démilitarisation et que, parallèlement, les pays industrialisés lient la baisse de leurs propres dépenses militaires à une augmentation de l'aide internationale au développement et à la recherche d'une solution globale des problèmes mondiaux.*

Malgré des différences considérables d'une partie du monde à l'autre, les dépenses militaires des pays en développement s'élèvent actuellement à près de 150 milliards de dollars par an[52]. En Afrique, continent encore désespérément pauvre et qui a cruellement besoin de diversifier et d'industrialiser ses économies, le tiers de tous les biens d'équipement importés chaque année sont destinés au secteur militaire. Dans l'ensemble du monde en développement, les importations d'armes absorbent à elles seules une somme équivalant à 75% de toute l'aide reçue[53]. En général, ce sont les pays les plus pauvres qui investissent le plus en dépenses militaires (voir figure 14). Les 46 pays les moins avancés – le groupe des pays les plus pauvres du monde – consacrent presque autant de ressources à leur défense qu'à la santé et à l'éducation réunies.

Le coût réel de ces dépenses militaires massives, année après année, va bien au-delà des destructions dues à la guerre (voir encadré 6) et de l'absorption de ressources déjà maigres dans des objectifs militaires. Ces dernières décennies, de nombreux pays en développement en sont arrivés à être dominés par une culture militaire stimulée et soutenue par la rivalité des grandes puissances. Cette culture tend à mépriser la démocratie, à négliger les droits de l'homme et à considérer la liberté politique, individuelle et de la presse, comme une menace. La facture militaire totale du monde en développement devrait donc comprendre les dommages directs de la guerre, l'absorption de ressources qui auraient pu servir aux investissements dans le capital humain, l'affaiblissement de la démocratie, l'intensification de l'oppression interne et le gaspillage d'une grande partie du soutien que les habitants des pays industrialisés ont accordé au développement.

Avec la fin de la guerre froide, l'espoir que cette facture sera bientôt réduite est plus vif qu'il ne l'a été pour toute une génération ou même davantage.

Le monde industrialisé peut contribuer dans une large mesure à la réussite de ce processus. Il peut convertir l'aide militaire en aide économique dans l'intérêt de la paix et du développement. Il peut réduire les ventes d'armements et dissuader les marchands d'armes d'accroître leurs ventes dans le monde en développement pour compenser le recul de ce type de marchés dans les nations industrialisées (il est à souligner que les cinq membres permanents du Conseil de sécurité des Nations Unies réalisent 90% des ventes mondiales d'armements)[54]. Les pays déve-

13

Vaccination en Chine: l'objectif de 90% a été atteint

Grâce au formidable effort déployé au cours des années 80, l'objectif consistant à vacciner 80% des enfants du monde avant leur premier anniversaire a été atteint par la plupart des pays. Mais cela est insuffisant. Les niveaux de vaccination doivent encore progresser si l'on veut enrayer la transmission des maladies, faire chuter de 95% les décès dus à la rougeole, éradiquer la poliomyélite, éliminer le tétanos néonatal et protéger les enfants les plus défavorisés et les plus vulnérables. C'est dans ce but que le *Sommet mondial pour les enfants* a adopté le nouvel objectif de la vaccination d'au moins 90% des enfants de moins d'un an d'ici à l'an 2000.

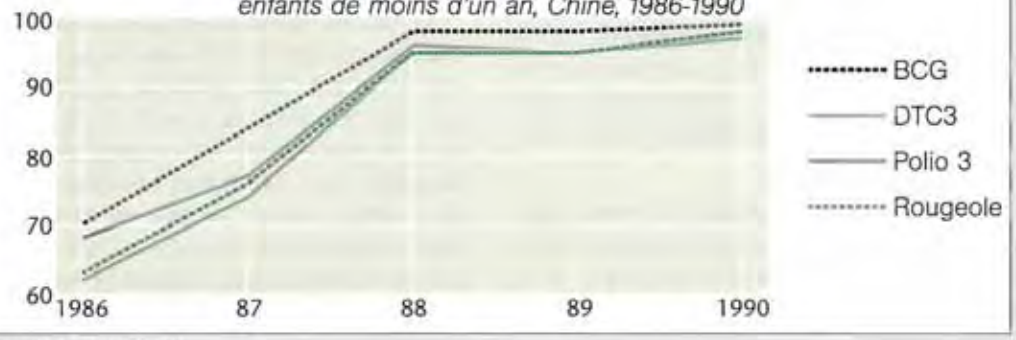
Atteindre les 10% d'enfants supplémentaires et maintenir ce taux de couverture vaccinale constituera une tâche presque aussi gigantesque pour les années 90 que la vaccination de 80% des enfants l'a été pour les années 80. Mais la nation la plus peuplée du monde a déjà fait la démonstration qu'un tel défi peut être relevé.

En 1985, la Chine s'était fixé pour objectif d'atteindre une couverture vaccinale de 85% dans les délais suivants: en 1988 pour l'ensemble du pays, en 1989 pour chacune des provinces et en 1990 pour chacun des comtés. Actuellement, la couverture vaccinale de la Chine est de 99% pour le vaccin BCG, de 98% pour les trois doses de vaccin antipoliomyélitique, de 97% pour les trois doses de vaccin DTC et de 98% pour le vaccin antirougeoleux qui s'administre au moyen d'une seule injection à l'âge de neuf mois. Les résultats se sont déjà fait sentir grâce à la forte diminution des maladies que la vaccination permet d'éviter. Le nombre de cas de rougeole, par exemple, est passé de plus de deux millions par an à moins de 100 000. Quant à la poliomyélite, elle sera vraisemblablement éradiquée d'ici à 1995[33].

La pierre angulaire de cette réussite est le système d'enregistrement de toutes les naissances. Les personnels de santé au niveau local sont ainsi en mesure d'entrer en contact avec les parents chaque fois que leurs enfants sont justiciables de vaccination. De nombreux pays ont atteint un taux de couverture vaccinale de 90% pour la *première dose* de vaccin DTC ou antipoliomyélitique, mais se laissent ensuite distancer parce que les enfants ne reviennent pas pour la deuxième ou la troisième dose ou pour la vaccination antirougeoleuse qui s'administre au moyen d'une seule injection. En Chine, le système de notification individuelle a permis de ramener le taux d'abandon à moins de 2%.

Dans près d'un tiers des comtés chinois, le système est renforcé par un «contrat de vaccination» aux termes duquel les parents s'acquittent d'une cotisation unique au moment de la naissance de l'enfant, ce qui lui garantit l'administration de la série complète des vaccins. Par la suite, si l'enfant contracte l'une quelconque des maladies que la vaccination permet d'éviter, la famille perçoit une compensation financière[34].

Taux d'accroissement de la couverture vaccinale, enfants de moins d'un an, Chine, 1986-1990



Source: *OMS et UNICEF, 1991.*

loppés peuvent également demander que les allégements de la dette, le volume de l'aide et les nouveaux prêts soient conditionnés à une réduction des dépenses militaires dans les pays en développement, à des progrès vers la démocratie et à des investissements dans les infrastructures de santé et d'éducation plutôt que dans celles de la guerre.

Car le monde en développement lui-même a les moyens de renverser l'un des murs de la prison économique que constitue le niveau désastreux de ses dépenses militaires actuelles. Seul un programme massif de démilitarisation permettra à de nombreux pays de réaliser leur potentiel dans les années à venir.

Ce programme est certes plus facile à énoncer qu'à mettre en œuvre, particulièrement en raison de l'importance du secteur militaire en tant qu'employeur (le monde en développement compte huit fois plus de soldats que de médecins)[55]. Pour faciliter la transition et réduire le conflit entre dépenses militaires et dépenses sociales, il conviendrait d'explorer le rôle potentiel des forces armées dans le combat contre la pauvreté. Il n'est pas rare que les militaires, avec leur capacités logistiques, leur personnel qualifié, leurs technologies et leurs moyens de transport, viennent en aide aux populations civiles dans des situations d'urgence ou lors de catastrophes naturelles. Dans le processus de démobilisation, il peut être utile d'étendre ce rôle en incorporant dans la société les compétences des militaires pour améliorer les infrastructures et former des civils dans des domaines tels que l'alphabétisation, le génie, l'électronique, la mécanique et les communications.

Les investissements massifs, les ressources et les compétences dont bénéficient aujourd'hui les forces armées ne seront pas mis au service du développement d'un jour à l'autre. Si de nombreuses nations empruntaient cette voie, leur progression sur le chemin de la prospérité et leur insertion future à une place éminente et digne dans le nouvel ordre mondial qui s'ébauche sous nos yeux, seraient mieux assurées.

Les pays industrialisés

Dans les pays industrialisés, où les budgets militaires annuels équivalent presque aux revenus conjugués de la moitié la plus pauvre de l'humanité, les dépenses en armements ont diminué d'environ 3% par an au cours des quatre dernières années. A la suite des propositions spectaculaires de désarmement annoncées ou acceptées par quatre des cinq membres permanents du Conseil de sécurité en septembre 1991, des réductions plus sensibles encore sont à attendre ces prochaines années. Les trois quarts des dépenses militaires du monde industrialisé, qui représentent près de 800 milliards de dollars par an, sont consacrés actuellement à la défense de l'Europe où le paysage militaire a été bouleversé. Les années 90 disposent donc d'un formidable potentiel de réduction des armements.

Il manque cependant un plan cohérent et approuvé par les parties prenantes qui lie une fraction au moins de ces économies potentiellement vastes à un accroissement de l'aide et des investissements qui font si lourdement défaut au monde en développement. Il suffirait de 5% des dépenses militaires actuelles du monde industrialisé pour doubler les budgets de l'aide extérieure, ce qui permettrait d'atteindre l'objectif de 0,7% du PNB — adopté pour la première fois dans les années 60.

En particulier, une partie des sommes économisées sur les dépenses militaires devrait servir à la mise en œuvre des objectifs fondamentaux adoptés en 1990 lors du *Sommet mondial pour les enfants*. Rappelons que tous ces objectifs — notamment la réduction radicale des taux de malnutrition et de morbidité et l'accès de tous les enfants à l'éducation de base — nécessiteraient des ressources additionnelles évaluées à 20 milliards de dollars par an pendant les années 90. La contribution du monde en développement, fixée en principe aux deux tiers de cette somme, exigerait l'engagement d'environ 10% de ses dépenses militaires actuelles. Le tiers restant, qui reviendrait aux pays industrialisés, représenterait environ 1% de leurs budgets militaires.

Vers un «super-vaccin» pour l'enfance

14

La vaccination sauve chaque année plus de trois millions d'enfants. Pourtant cela représente moins du tiers de ce que pourrait être la contribution potentielle de la vaccination à la santé du monde.

En effet, deux millions d'enfants meurent encore chaque année parce qu'ils font partie des 20% qui n'ont toujours pas reçu les vaccins actuellement disponibles. En outre, on estime que cinq à six millions d'enfants décèdent chaque année de maladies que la mise au point de nouveaux vaccins permettrait très certainement d'éviter[35].

L'*Initiative pour les vaccins de l'enfance*, lancée par l'OMS, le PNUD et l'UNICEF en septembre 1990[36], a pour but de combler le fossé qui sépare l'apport réel de la technologie en matière de vaccins de sa contribution potentielle.

Actuellement, les vaccins compris dans les programmes nationaux de vaccination sont les suivants: tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole. Certains pays vaccinent également contre la fièvre jaune et, depuis peu, contre l'hépatite B (voir encadré 15). L'un des objectifs de l'*Initiative pour les vaccins de l'enfance* est de compléter la série en y adjoignant des vaccins nouveaux d'un prix abordable, et dont certains restent à découvrir, notamment contre le paludisme (qui, dans le seul continent africain, provoque chaque année plus d'un million de décès), contre les infections respiratoires aiguës (trois millions de décès d'enfants par an), contre la méningite à méningocoque (200 000 décès par an), contre certaines maladies diarrhéiques telles que les rotaviroses (800 000 décès par an), ainsi que contre l'hépatite A, la grippe B, l'encéphalite japonaise, la dengue et le SIDA[37].

Mettre au point un vaccin ne représente que la moitié du chemin. Se posent ensuite les problèmes logistiques pour assurer son utilisation à grande échelle. Ainsi, les vaccins actuels contre la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose doivent être réfrigérés depuis le lieu de fabrication jusqu'au moment de leur administration. Par ailleurs, la protection complète d'un enfant exige que celui-ci reçoive une dose de vaccin à quatre ou cinq reprises avant son premier anniversaire. Le taux d'abandon entre la première et la dernière dose requise constitue le principal obstacle à l'obtention de meilleurs taux de couverture vaccinale.

L'*Initiative pour les vaccins de l'enfance* vise également à tirer avantage des récentes percées dans le domaine de la biotechnologie afin de surmonter ces obstacles[38].

Il est désormais possible d'incorporer plusieurs antigènes sur un seul porteur[39]. Il existe également des recherches prometteuses portant sur les méthodes d'encapsulation de vaccins multiples en microcapsules injectables à libération échelonnée, soit progressive, soit par micro-lots. Il devrait aussi être possible d'améliorer la stabilité thermique de la plupart des vaccins.

En un mot, le but ultime de cet éventail de recherches est la mise au point d'un «super-vaccin» en injection unique qui serait administré peu après la naissance et qui protégerait les nourrissons contre toutes les principales maladies de l'enfance pour un prix très modique.

Il faudra peut-être deux décennies pour qu'un tel objectif voie le jour. Mais la technologie permettant de mettre au point des vaccins combinés et à libération lente existe déjà. D'ici à la fin de la décennie, il sera probablement possible d'administrer tous les vaccins actuels au moyen d'une seule injection.

D'ici au milieu des années 90, la technologie à libération lente pourrait également permettre à la vaccination de triompher là où elle a essuyé son plus cuisant échec, à savoir la prévention du tétanos néonatal qui tue chaque année environ 536 000 nourrissons et un nombre inconnu de mères. Il est certes possible aujourd'hui de protéger le nouveau-né en vaccinant la mère, mais cela exige qu'on lui administre plusieurs injections d'anatoxine tétanique (au moins deux injections dûment espacées pendant la grossesse). A l'heure actuelle, moins de la moitié des femmes sont protégées. Un nouveau vaccin à libération lente actuellement à l'étude, susceptible d'immuniser en une seule injection sans rappel, contribuerait à augmenter rapidement le taux de couverture vaccinale[40].

Ces nouvelles technologies ne résolvent pourtant pas à elles seules tous les problèmes. Des questions restent posées: comment produire ces nouveaux vaccins à grande échelle et pour un prix abordable? comment simplifier la production et le contrôle de la qualité? comment hâter les essais sur le terrain et les procédures d'autorisation? Dans tous ces domaines, le partenariat dynamique entre les pouvoirs publics et les instances de recherche et de mise au point de l'industrie sera la clé du succès.

A ce jour, la mise au point de nouveaux vaccins a été largement tributaire des besoins et des marchés des nations riches. L'un des défis les plus ardus des années 90 consistera à se mettre avec la même énergie au service des besoins majeurs – mais d'une moindre envergure commerciale – des populations défavorisées[35].

Alléger le fardeau de l'Afrique

Proposition: *Que l'Afrique soit libérée du fardeau de la dette et qu'on lui accorde une aide extérieure suffisante pour que les réformes internes lui permettent de relancer la dynamique du développement.*

Pour la première fois dans l'histoire moderne, un sous-continent sombre à nouveau dans la pauvreté. En Afrique au sud du Sahara, le nombre de familles qui se trouvent dans l'incapacité de satisfaire leurs besoins les plus essentiels a doublé en dix ans. Le revenu moyen y a chuté d'un tiers. La proportion d'enfants atteints de malnutrition s'est accrue. Le pourcentage d'enfants scolarisés a régressé. Cette année, la sécheresse menace encore 27 millions de personnes dans 14 pays. En outre, 40 millions d'Africains sont maintenant «déplacés» par les conflits militaires ou les catastrophes naturelles. Et comme si le sort s'acharnait à briser un continent, près de trois millions d'Africaines sont infectées par le virus du SIDA et un million de leurs enfants sont nés porteurs du VIH; dans la prochaine décennie, on estime que la maladie fauchera la vie de deux millions d'enfants et fera dix millions d'orphelins.

Raisons internes

Outre les pertes économiques et les conflits causés par l'apartheid, les trois principales raisons internes de la détérioration de la situation de l'Afrique sont la mauvaise gestion économique, la dégradation de l'environnement et les conflits militaires.

Des gouvernements autoritaires, des sociétés étatiques inefficaces, la corruption à grande échelle, les investissements improductifs de l'aide et des prêts, la distorsion des prix, des marchés et des taux de change, le manque d'investissements en faveur de la production vivrière – toutes ces erreurs ont abouti à une chute du niveau de vie de millions d'Africains. Et la plupart des victimes n'ont eu aucune prise sur les décisions politiques et économiques qui ont amputé leur revenu, renchéri les produits essentiels, privé leurs écoles d'enseignants, vidé les étagères de leurs centres de santé et permis que la malnutrition frappe un nombre croissant de leurs enfants.

Entre temps, les efforts menés pour accroître les exportations de produits agricoles ont porté sur les sols les plus fertiles et ont repoussé des populations misérables et toujours plus nombreuses sur des terres encore plus marginales. Ce phénomène a provoqué une surcharge agricole et pastorale qui a favorisé l'érosion des sols, la baisse des rendements, la famine et les migrations de masse vers les camps de réfugiés où la tragédie est finalement devenue visible pour le monde extérieur.

Comme si cela ne suffisait pas à mettre à l'épreuve ses capacités à se gouverner, l'Afrique a aussi été le théâtre de guerres interminables et

de fréquents coups d'Etat qui ont été à la fois la cause et le résultat du fait que les dépenses militaires de l'Afrique au sud du Sahara ont été 2,5 fois plus élevées que les dépenses de santé.

Raisons externes

Trois raisons externes majeures expliquent le déclin de l'Afrique: le fait que le continent ait servi de scène à l'affrontement des grandes puissances, la baisse relative des prix mondiaux pour ses matières premières et le poids insoutenable de ses dettes.

La plupart des pays africains ont accédé à l'indépendance juste à temps pour être courtisés par deux superpuissances représentant des idéologies opposées. Quoique cette réalité ait été longtemps perçue par de nombreux responsables africains comme un avantage, il est aujourd'hui indéniable qu'elle a en fait tragiquement concouru à la militarisation à outrance du continent, ainsi qu'à l'apparition et à la perpétuation de régimes militaires et despotiques qui ont conduit tant de nations africaines à la catastrophe.

La dépendance économique à l'égard des matières premières est un fléau moins apparent. On a demandé à la majorité des pays africains d'accroître leurs revenus pour rembourser la dette extérieure en exportant davantage de produits de base. Ils ont donc relevé de 25% le volume de ces exportations pendant les difficiles années 80. Mais la dépréciation continue des matières premières du continent par rapport au coût de ses importations a amputé ses recettes d'environ 30% au cours des dix dernières années[56].

Les pays qui ont tenté d'échapper à ce piège en diversifiant leurs exportations se sont rapidement perdus dans le labyrinthe des tarifs douaniers et des contingentements, grâce auxquels les économies prétendument à marché libre des Etats-Unis, du Japon et de la Communauté économique européenne continuent de protéger leurs propres producteurs.

Le troisième facteur externe représente l'un des plus grands échecs internationaux de ce siècle.

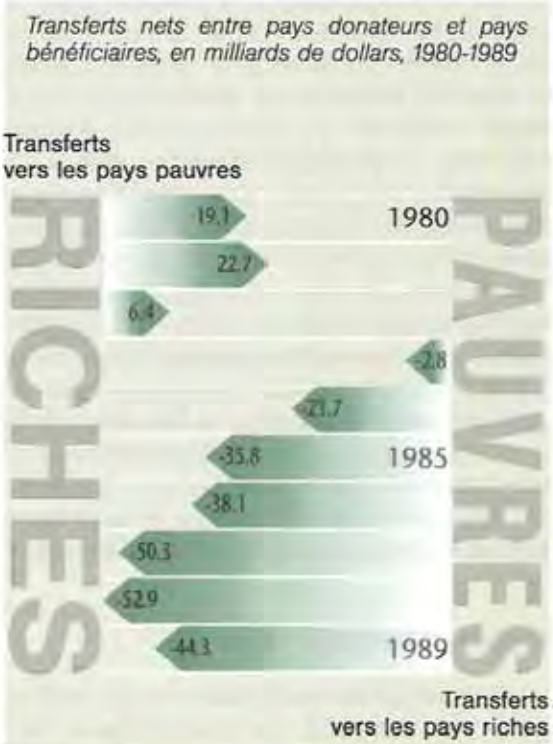
Un nouvel esclavage, qui a pour nom l'endettement, a imposé son joug au continent africain. Les dettes de l'Afrique au sud du Sahara, où se trouvent la plupart des pays les plus pauvres du monde, se chiffrent à environ 150 milliards de dollars. Chaque année, l'Afrique parvient non sans mal à honorer environ le tiers des intérêts échus; le reste vient simplement s'ajouter à la masse croissante de la dette sous laquelle gisent les espoirs de tout un continent.

Le caractère totalement inhumain de la situation actuelle est reflété dans le fait que même la

Fig. 13 Inverser le flux

Cette figure illustre les transferts financiers nets effectués ces dix dernières années entre les pays donateurs et les pays bénéficiaires. «Transferts nets» signifie la somme de tous les prêts à court et à long terme, publics et privés, moins les remboursements en intérêts et capitaux sur des prêts antérieurs.

Transferts nets entre pays donateurs et pays bénéficiaires, en milliards de dollars, 1980-1989



Source: *World Bank, World Debt Tables, 1990-91, vol. 1, p. 126.*

petite proportion des intérêts que l'Afrique réussit à payer absorbe le tiers de toutes ses recettes d'exportation[57] et dépasse la totalité de ses dépenses annuelles en faveur de la santé et de l'éducation (voir figure 8).

Jusqu'à présent, les résultats des efforts de rééchelonnement du Club de Paris et du Sommet de Toronto sont restés totalement insuffisants[58]. Mis à part le cas de l'Egypte, la fraction annulée de la dette africaine est d'environ sept milliards de dollars sur les 280 milliards dus. La réduction des paiements au titre des intérêts qui en résulte n'est que d'environ 0,2 milliard de dollars sur les 32 milliards échus et les 12 milliards remboursés réellement chaque année[59]. D'ici à la fin du siècle, même l'application totale des Accords de Toronto ne réduirait probablement pas de plus de 5% le flux des remboursements d'intérêts de l'Afrique[60].

Les propositions les plus récentes d'allégement de la dette, présentées lors du Sommet de Trinidad, sont encore loin de constituer ne serait-ce que l'ébauche d'une solution à la mesure du problème. L'option la plus généreuse déposée sur la table des négociateurs (et il s'en faut de beaucoup qu'elle soit adoptée) consisterait à annuler 20 à 30 milliards de dollars de la dette totale de l'Afrique. Cette mesure permettrait de réduire les intérêts dus de quelque trois ou quatre milliards de dollars par an, mais ne diminuerait que très faiblement les intérêts réellement remboursés. La perspective qui s'ouvre aujourd'hui est donc d'améliorer légèrement la situation théorique de l'Afrique alors que, dans la pratique, l'hémorragie financière se poursuivra imperturbablement.

Dans l'une des analyses les plus récentes et les plus complètes de l'endettement de l'Afrique et des efforts entrepris pour le juguler, l'économiste Percy Mistry arrive à *«la conclusion incontournable que ces efforts ont été absolument impuissants à soulager suffisamment le fardeau (de la dette) de façon à permettre aux pays africains d'avoir, dans un avenir prévisible, une chance raisonnable d'appliquer avec succès des politiques d'ajustement structurel, de reprise ou de croissance. Il est donc indispensable d'abandonner ces approches dérisoires et d'agir de manière plus spectaculaire dans le sens d'un allégement de la dette, indispensable et trop longtemps retardé»*[61].

Le risque moral

Des mesures hors du commun s'imposent donc si l'on veut qu'un continent ne se laisse pas distancer alors que le reste du monde se fraye un chemin vers une nouvelle paix et une nouvelle prospérité.

Dix ans de mauvaise foi sur ce problème ont déjà porté atteinte à l'Afrique d'aujourd'hui, mais aussi à l'Afrique de demain. Alors que ce continent désespérément pauvre réunissait chaque année plus de dix milliards de dollars pour payer ses intérêts, des dizaines de millions d'enfants y ont perdu leur seule occasion de grandir dans des conditions normales, d'aller à l'école et d'acquérir les compétences nécessaires à leur développement et à celui de leur pays dans les années à venir.

Le monde industrialisé prétend que, dans l'état actuel des choses, il ne peut pas faire davantage. Pourtant, près de 20 milliards de dollars ont été trouvés pour diminuer de moitié les dettes de l'Egypte après la guerre du Golfe et une somme similaire a été mobilisée pour effacer la moitié de l'endettement de la Pologne après les bouleversements d'Europe centrale et orientale.

D'aucuns avancent qu'une réduction plus énergique des dettes de l'Afrique constituerait un «risque moral», car elle récompenserait les débiteurs qui ne payent pas leurs dettes. Mais le véritable risque moral menace plutôt l'âme d'un monde qui est prêt à condamner un continent à demeurer dans la pauvreté, et une génération de ses enfants à souffrir de malnutrition, au nom du paiement d'intérêts sur des fonds qui ont souvent été octroyés inconsidérément et ne pourront de toute façon pas être remboursés.

On affirme également que l'annulation des dettes aiderait à soutenir des politiques économi-

ques qui ont échoué. Cependant, la plupart des pays africains ont déjà commencé à mettre en œuvre des réformes économiques fondamentales.

Les événements d'Europe centrale et orientale et d'Union soviétique, qui coïncident avec la faillite évidente des systèmes politiques et économiques qui ont prévalu dans la plupart des pays d'Afrique ces dernières décennies, ont eu des répercussions profondes sur le continent. La majorité des pays ont commencé à s'engager dans la voie de la démocratie, du pluralisme et des réformes orientées vers une économie de marché. Les perspectives d'une reprise de la croissance économique et du progrès social devraient être plus fortes dans les années 90 qu'à toute autre période des deux décennies écoulées.

Ces changements ont fait renaître l'espoir d'un continent. Si cet espoir est balayé par le poids des dettes passées, le désespoir et la frustration, qui sont le terreau naturel des dictateurs et des démagogues, reprendront possession de l'Afrique. Si l'on souhaite que ce continent se tourne vers un nouvel ordre interne et occupe la place qui lui revient dans le nouvel ordre mondial, alors cette occasion ne doit pas être perdue. Le temps est venu de trouver les moyens d'annuler la plus grande partie de ses dettes bilatérales et internationales.

Le choix démocratique

Le président nigérian, Ibrahim Babangida, a parfaitement exprimé ce nouvel état d'esprit de l'Afrique d'aujourd'hui dans le discours qu'il a prononcé lors d'une récente réunion de chefs d'Etat et de gouvernement africains[62]:

«Rien ne saurait remplacer durablement l'engagement profond et douloureux dans nos pays pour reconstituer nos sociétés, réformer nos systèmes politiques et restructurer nos économies... Nous avons été jadis dépossédés de notre souveraineté en tant que peuple. Le fait est enraciné dans notre histoire. Toutefois, il est également indéniable qu'en recouvrant cette souveraineté... les dirigeants africains en général n'ont pas fait grand cas de la logique et de la justice qui auraient dû les amener à rétablir leurs populations dans cette souveraineté.

La démocratie n'est pas seulement une option attrayante, c'est aussi un choix rationnel et inéluctable. C'est un acte essentiel de réparation interne auquel les responsables de ce continent ne peuvent plus se dérober.

Aujourd'hui, les revendications pour la démocratisation et le pluralisme des partis ne cessent de croître en Afrique. En tant que dirigeants, nous devons accepter et respecter les souhaits de ceux que nous représentons. Aucune force ne peut éternellement étouffer le droit des citoyens de décider, par des élections régulières, libres et justes, du sort d'un gouvernement.

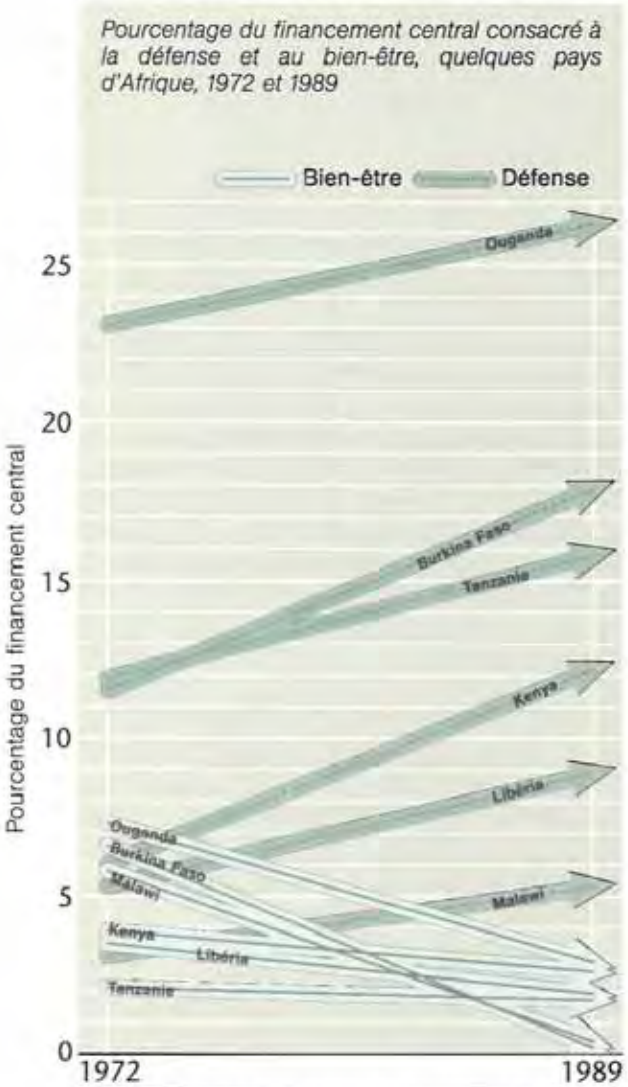
Les ravages provoqués par les désordres civils sur tout notre continent, le retard de créativité pour notre potentiel humain dont ils sont responsables, la fuite intolérable de millions d'individus devenus réfugiés dans la terre qui est la leur... signent en permanence l'échec de notre jugement et de notre volonté politique ... La seule voie possible est de choisir sincèrement l'option démocratique. Prenons aujourd'hui la décision et l'engagement de démanteler tous les appareils de pouvoir non représentatifs et fixons une date avant la fin de ce siècle pour y parvenir.»

L'appel du président Babangida demandant des réparations internes fait pendant à son souhait que *«l'Afrique dans son ensemble mène de toutes ses forces un juste combat pour obtenir des réparations internationales pour les siècles d'humiliation et d'exploitation qu'elle a connus. Pour l'Afrique»*, a-t-il conclu, *«cela devrait être le point de départ approprié d'un nouvel ordre mondial qui ait un sens»*.

En réponse à ces appels et au nouvel état d'esprit qui se manifeste en Afrique, et dans un geste de réparation pour l'exploitation du passé et de préparation d'un nouveau partenariat pour l'avenir, il faudrait maintenant annuler la plus grande partie de la dette de l'Afrique.

Fig. 14 La guerre et le bien-être

Ce graphique compare l'augmentation des dépenses militaires (lignes hachurées) avec la diminution des dépenses de bien-être (lignes continues) dans certains des pays les plus pauvres d'Afrique, ces deux dernières décennies.



Par dépenses de bien-être on entend : logement et réhabilitation des taudis ; développement communautaire ; indemnités pour malades, handicapés, personnes âgées et chômeurs ; allocations familiales, de maternité et pour enfants à charge ; services sociaux pour personnes âgées, handicapés et enfants ; lutte contre la pollution, approvisionnement en eau et assainissement.

Source : *Banque mondiale, Rapport sur le développement dans le monde, 1989, 1990, 1991.*

Le coût de cette mesure ne serait pas exorbitant pour le monde industrialisé. La dette totale de l'Afrique au sud du Sahara ne représente que près de 12% des sommes dues par l'ensemble des pays en développement. Mais pour l'Afrique, le simple poids de ce fardeau et de la chaîne de l'endettement et du paiement des intérêts interdit tout espoir réaliste de progrès tant que ses entraves financières n'auront pas été brisées.

Une conférence sur l'enfant africain

Tout en s'efforçant de faire face à ces problèmes fondamentaux, la plupart des pays africains sont également en train d'élaborer des programmes d'action pour atteindre les objectifs adoptés lors du *Sommet mondial pour les enfants*. C'est dans les régions de l'Afrique au sud du Sahara qu'il sera le plus difficile de financer les efforts visant à la réalisation d'objectifs tels que la diminution de moitié de la malnutrition, la réduction de l'impact des maladies les plus courantes, l'approvisionnement de toutes les communautés en eau potable et l'accès de tous les enfants à une éducation de base. A la fin de 1992, l'Organisation de l'unité africaine entend organiser une conférence internationale afin d'attirer l'attention sur l'action déjà prise dans ce sens et demander l'appui du reste du monde pour la soutenir dans les années 90. L'Afrique devra dégager au moins 1,5 milliard de dollars chaque année sur ses propres ressources, moyennant une redistribution de ses priorités internes. Un montant équivalent devra provenir de l'aide internationale si l'on souhaite que le continent atteigne les objectifs qu'il s'est fixés pour ses enfants et son avenir. La communauté internationale trouvera dans cette réunion l'une des premières occasions de nouer de nouveaux liens avec l'Afrique et de montrer sans équivoque que ce continent a lui aussi sa place dans un nouvel ordre mondial.

15

Hépatite B: le septième vaccin

Le système global de vaccination contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole, mis au point dans les années 80, pourrait servir dans les années 90 à enrayer l'un des pires fléaux qui pèsent sur la santé dans le monde – l'hépatite B.

L'infection due au virus de l'hépatite B (HBV) fauche chaque jour davantage de vies que le SIDA en une année. Elle est à l'origine de près de 80% des cancers primitifs du foie dans le monde et provoque davantage de cas de cirrhose (60 millions dans le monde entier) que l'alcool[41].

Une personne sur six dans le monde présente une infection à HBV et on estime qu'environ 300 millions d'individus sont des porteurs chroniques[42]. L'infection par le HBV n'est susceptible à aucun traitement, bien que l'organisme soit capable de l'éliminer. Elle se transmet par les sécrétions organiques, en particulier lors des rapports sexuels mais également par le contact avec du sang contaminé, par le placenta (infection de mère à enfant) et par les lésions cutanées, qui sont la principale source d'infection chez les enfants.

Environ un tiers des individus qui ont été infectés par le HBV présentent des symptômes chroniques. Au terme de la phase aiguë, de 6 à 10% des adultes deviennent des porteurs chroniques[42]. Bien que ne présentant pas forcément des symptômes, et en dépit de complications pouvant aboutir à la mort, ils rejoignent la foule des 300 millions de ceux qui constituent un réservoir du virus et exposent les générations futures au risque de contracter l'infection.

Le vaccin contre l'hépatite B existe depuis un certain temps déjà. Cependant, sa production exigeant de prélever le sang de porteurs chroniques, il ne pouvait être fabriqué qu'en petites quantités. Par ailleurs, jusqu'à la fin des années 80, son coût était élevé: environ 110 dollars pour les trois doses[43]. Aujourd'hui, le vaccin obtenu par recombinaison génétique peut être produit en plus grandes quantités, au prix de 2,80 dollars pour les trois doses nécessaires. Si le nouveau vaccin HB était incorporé dans les programmes de vaccination existant qui atteignent aujourd'hui 80% des nourrissons du monde entier, son coût pourrait être abaissé jusqu'à 1,5 dollar[42].

La vaccination contre l'hépatite B est particulièrement recommandée pour les enfants. En effet, chez ces derniers l'apparition de symptômes est plus fréquente et le risque de cancer du foie quatre fois plus élevé. Ils sont également plus susceptibles de devenir des porteurs chroniques du HBV: un quart de ceux qui sont infectés avant l'âge de 7 ans le deviennent et de 70 à 90% de ceux qui sont infectés par transmission placentaire[44]. L'infection d'enfant à enfant, qui peut se produire en jouant ou en partageant le même lit, se transmet à travers des lésions cutanées telles que l'impétigo, la gale, les coupures et les piqûres d'insectes infectées. Il s'agit de la cause majeure d'infection par HBV dans l'enfance.

Etant donné que le coût du vaccin continue à diminuer et qu'il convient de l'administrer aussitôt que possible après la naissance, l'OMS recommande que le vaccin HB devienne le «septième vaccin» de tous les programmes nationaux de vaccination. Il fait déjà partie des vaccinations de routine dans 22 pays, dont la majorité se trouvent en Asie du Sud-Est et au Moyen-Orient. Des projets pilotes sont envisagés ou en cours dans 50 autres pays[43].

A ce jour, l'administration à plus de 50 millions de personnes dans le monde du vaccin obtenu par recombinaison génétique a prouvé qu'il s'agit de l'un des vaccins les plus sûrs et les plus efficaces qui soient. Le HBV étant le principal agent causal du cancer du foie, le nouveau vaccin constitue en fait le premier vaccin anticancéreux de l'histoire.

C'est pourquoi il est désormais financièrement et techniquement possible d'éradiquer l'hépatite B. A l'échelle planétaire, le coût serait de l'ordre de 100 millions de dollars par an. Etant donné que nous disposons de l'infrastructure requise et qu'il y va de la santé de millions d'individus, il est impensable que nous ne soyons pas en mesure de trouver les ressources nécessaires.

La discrimination sexuelle

Proposition: *Que le nouvel ordre mondial rejette aussi vigoureusement la discrimination sexuelle que la discrimination raciale.*

La seule caractéristique commune à tous les pays en développement, qu'il s'agisse des pays d'Afrique, d'Amérique latine ou d'Asie, des bidonvilles ou des villages ruraux, au plus profond de la pauvreté économique ou au plus fort de l'activité économique, est que les femmes travaillent du matin au soir pour satisfaire les nombreux besoins de leur famille.

Nul n'ignore que les femmes du monde en développement ont la charge de leurs enfants, font la corvée d'eau et de bois, préparent les repas, lavent les vêtements, font le ménage et les courses, soignent les malades et les personnes âgées. On sait moins que ce sont elles qui cultivent et vendent la plupart des produits alimentaires du monde en développement, gagnent une proportion croissante du revenu familial et travaillent chaque jour, en moyenne, deux fois plus longtemps que les hommes[63].

En retour de cette contribution disproportionnée, les femmes du monde en développement sont gratifiées de moins de nourriture, moins de soins de santé, moins d'éducation, moins de formation, moins de loisirs, moins de revenu, moins de droits et moins de protection.

Cette discrimination est telle qu'elle pèse même sur les chances de survie des petites filles. Tous les autres facteurs étant égaux, les filles ont de meilleures chances naturelles que les garçons de survivre pendant les premières années de vie, qui sont les plus vulnérables. Mais le fait est que tous les autres facteurs ne sont pas égaux. Dans plusieurs pays d'Asie du Sud, le taux de survie des filles est inférieur à celui des garçons[64]. C'est dans cet écart entre les taux naturels et réels de survie que l'on peut mesurer la discrimination. Au Bangladesh, en Inde et au Pakistan, elle se chiffre à plus d'un million de décès chaque année. En d'autres termes, plus d'un million d'enfants meurent chaque année simplement parce que ce sont des filles.

Si un nouvel ordre mondial tente de corriger les erreurs les plus criantes du passé, la discrimination à l'égard des femmes ne devra en aucun cas être omise dans la liste de ses priorités. Pourtant, la gravité et l'ampleur de cette injustice n'ont pas encore été perçues à leur vraie dimension, bien qu'elle dépasse de loin celle de l'apartheid qui a soulevé une opposition fervente et soutenue dans la communauté internationale ces dernières années. L'horreur avec laquelle le monde entier a légitimement considéré l'apartheid naissait du simple principe moral en vertu duquel les droits et les chances d'un peuple — dans quel lieu il vivra, quelle éducation et quels soins de santé il recevra, quel travail lui sera confié, quel sera son revenu, quel sera son statut juridique — ne devraient pas dépendre de la cou-

leur de sa peau. Pourtant, il semble que le monde soit prêt à accepter, sans manifester en rien l'opposition farouche et unanime observée pendant les années de l'apartheid, qu'une discrimination d'une telle ampleur soit purement et simplement le fait du hasard qui consiste à naître de sexe masculin ou féminin.

Cette comparaison, hélas, est à peine exagérée. Aujourd'hui, dans le monde en développement, beaucoup plus de jeunes garçons que de petites filles apprennent à lire et à écrire. Dans certains pays, ils sont deux fois plus nombreux à être amenés dans les centres de santé pour y recevoir un traitement. Il est insupportable que le droit au travail, le droit à la protection sociale, la situation juridique, les droits de propriété, et même les libertés civiles et politiques, puissent dépendre d'un seul chromosome.

Dans la pratique, cette discrimination réduit l'efficacité de presque tous les aspects du processus de développement.

Mais la plus grande erreur concrète est peut-être la discrimination exercée à l'égard des filles au regard de leur accès à l'éducation. Depuis de nombreuses années et dans bien des pays, l'expérience a démontré que les femmes instruites étaient plus réceptives à l'innovation, avaient davantage recours aux services sociaux, étaient en mesure de gagner des revenus plus élevés et que l'éducation des mères permettait d'améliorer la santé et la nutrition des enfants, de réduire la mortalité infantile, d'accroître l'acceptation de la planification familiale, de réduire la taille moyenne de la famille et d'augmenter le taux d'alphabétisation de la génération à venir[65].

L'éducation des filles est donc un autre de ces extraordinaires tremplins qui pourraient rapprocher le monde de bon nombre des objectifs examinés dans ce rapport. C'est aussi l'un des principaux moyens de corriger l'une des injustices les plus flagrantes de l'ordre mondial actuel.

Planifier les naissances

Proposition : *Que l'on fasse savoir que la planification familiale responsable est l'une des méthodes les plus efficaces et les moins onéreuses pour améliorer la qualité de la vie aujourd'hui et demain et que l'une des plus lourdes erreurs de notre temps est sa sous-utilisation.*

La planification familiale pourrait apporter davantage de bienfaits au plus grand nombre et à moindres frais que toute autre «technologie» dont l'humanité dispose aujourd'hui. Cela serait encore vrai – et ce fait mérite d'être mieux connu – même en l'absence de tout problème démographique.

Dans une certaine mesure, tout l'éventail des avantages inhérents à la planification familiale a été masqué au public par la controverse qui a longtemps obscurci cette question. Cependant, de nos jours, le choix des méthodes est si grand et l'expérience acquise si vaste, qu'il est dorénavant possible d'encourager la planification familiale tout en respectant les croyances religieuses et la culture de presque toutes les sociétés. Nul ne saurait nier les avantages de la planification familiale.

Résumons-les brièvement :

Premièrement, la planification familiale pourrait probablement sauver la vie d'un quart à un tiers des 500 000 femmes qui meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement[66]. Elle permettrait aussi de prévenir les millions de handicaps – dont beaucoup sont douloureux, permanents, embarrassants et secrets – qui sont les conséquences ordinaires de naissances à haut risque et souvent non désirées[67].

Deuxièmement, la planification familiale éviterait la majorité, voire la totalité, des 50 000 avortements clandestins qui sont pratiqués *chaque jour* et qui provoquent la mort de plus de 150 000 jeunes femmes chaque année[68].

Troisièmement, la planification familiale est en mesure d'améliorer considérablement la qualité de la vie des femmes – aussi bien à court terme qu'à plus longue échéance – en allégeant le fardeau physique et psychologique que provoquent des grossesses trop nombreuses, trop rapprochées, chez des mères trop jeunes ou trop âgées. Elle a la capacité de libérer du temps pour l'éducation, la formation professionnelle, les activités rémunératrices, les soins aux enfants, les activités communautaires, le développement personnel, ainsi que pour le repos et les loisirs qui sont presque inconnus pour des millions de femmes dans le monde en développement aujourd'hui.

Quatrièmement, la planification familiale pourrait sauver la vie de plusieurs millions d'enfants chaque année. Elle éviterait au premier chef les naissances dites «à haut risque» – qui se produisent soit moins de deux ans après un précédent accouchement, soit chez des mères qui

Savoir pour sauver: distribué par millions

16

Nous disposons aujourd'hui d'un ensemble de connaissances de base en matière de santé infantile – sur la maternité sans risques, la planification des naissances, la croissance des enfants, la prévention des maladies courantes, la réhydratation par voie orale, la vaccination et le SIDA – que la majorité des parents pourraient mettre en pratique et qui protégeraient des millions d'enfants. Il s'agit donc de connaissances que toutes les familles ont le droit de posséder.

C'est pour qu'elles puissent bénéficier de ce droit que *Savoir pour sauver* a été publié en 1989 par l'UNICEF, l'UNESCO et l'OMS, en collaboration avec une centaine des organisations les plus reconnues dans le monde pour leur engagement en faveur des enfants[45]. Grâce à ses 55 messages, ce manuel présente, dans un langage simple, le consensus scientifique universel sur les moyens concrets, peu onéreux et applicables en famille de protéger la vie et la santé des enfants.

Au cours des deux années qui ont suivi sa publication, *Savoir pour sauver* a été diffusé dans le monde entier. Plus de 3,5 millions d'exemplaires en ont été publiés en 120 langues dans 90 pays.

Voici quelques exemples de la manière dont les messages qu'il contient sont transmis:

Savoir pour sauver fait dorénavant partie des programmes scolaires et/ou d'alphabétisation en Algérie, au Bangladesh, au Bhoutan, au Burundi, au Cap Vert, à Djibouti, en Egypte, en Equateur, en Ethiopie, en Iran, à la Jamaïque, au Kenya, à Madagascar, à Maurice, au Mexique, au Népal, au Nicaragua, au Pakistan, aux Philippines, au Rwanda, en Sierra Leone, au Soudan, au Swaziland, en Tanzanie, en Thaïlande, en Turquie, au Viet Nam et au Yémen.

Les services de santé de la plupart des pays utilisent *Savoir pour sauver*. En Turquie, un million de brochures et des dizaines de milliers d'affiches aident les sages-femmes, le personnel soignant et les médecins à faire passer les messages aux familles. A la Jamaïque, une adaptation de *Savoir pour sauver* est utilisée dans tous les centres de santé. En Equateur, les infirmières et les étudiants en médecine utilisent *Savoir pour sauver* lorsqu'ils effectuent leur stage de service communautaire obligatoire. En Sierra Leone, le service de santé forme actuellement 1400 enseignants, agents de santé et agents de vulgarisation agricole à l'utilisation de *Savoir pour sauver*. Au Viet Nam, le ministère de la santé est en train de former 25 000 communicateurs de *Savoir pour sauver*.

Dans presque tous les pays, les médias ont réagi par la diffusion régulière de messages à la radio et à la télévision, par des jeux et des concours et par l'inclusion des messages dans des centaines de feuilletons et de programmes radiophoniques populaires.

Les dirigeants politiques ont également apporté leur aide à cette diffusion. La version thaï de *Savoir pour sauver* a été lancée par le vice-premier ministre de la Thaïlande, qui a déclaré que ce manuel constituait un trésor de sagesse durable offert à tous les parents. La présidente des Philippines, Corazón Aquino, a ordonné qu'il soit traduit dans les dix principaux dialectes du pays – dont cinq versions ont déjà vu le jour. Le président du Mozambique, Joaquim Chissano, a lancé la version nationale et demandé à tous les communicateurs du pays de promouvoir les messages qui y sont contenus. Au Viet Nam, le vice-président du Conseil des ministres a annoncé que le gouvernement et le peuple du Viet Nam relèveraient le défi de transmettre les messages de *Savoir pour sauver* pour le bonheur de toutes les mères et de tous les enfants.

En Chine, un million d'exemplaires ont été publiés en 12 langues.

Au Brésil, une importante chaîne de supermarchés a reproduit les messages de *Savoir pour sauver* sur 120 millions de sacs en plastique. Au Kenya, les messages ont été inscrits sur dix millions de paquets d'allumettes et en Turquie sur deux millions de cartons de lait.

En Iran, *Savoir pour sauver* a été adapté pour son utilisation au cours de la Campagne nationale d'alphabétisation qui s'adresse à deux millions de personnes, en majorité des femmes.

Le Mexique, qui envisage de produire un million d'exemplaires de *Savoir pour sauver*, en a déjà distribué 380 000.

Au Myanmar, 200 000 exemplaires de la version nationale ont été produits à l'intention des écoles, des centres de santé, des agents d'approvisionnement en eau et d'assainissement et des organisations confessionnelles.

Au Nigéria, 300 000 exemplaires ont été produits dans les quatre langues principales à l'intention des écoles, des écoles d'infirmières et des autorités religieuses.

A Sri Lanka, la Radiodiffusion nationale a organisé un jeu-concours portant sur *Savoir pour sauver* auquel ont participé 10 000 écoles.

En Turquie, *Savoir pour sauver* est mis à la portée de tous les écoliers grâce à la formation de 250 000 enseignants et de 1500 inspecteurs scolaires. Plus d'un million d'exemplaires du manuel ont été distribués par 65 000 imams au cours des sermons du vendredi.

ont moins de 18 ans ou plus de 35 ans, soit encore chez celles qui ont déjà trois ou quatre enfants, voire davantage[69]. Parce que la grande majorité des décès d'enfants sont associés à ces facteurs de risque, des naissances planifiées et espacées grâce à une bonne information aboutiraient à une réduction plus marquée encore de ces décès.

Cinquièmement, la planification familiale contribue à améliorer sensiblement l'état nutritionnel des enfants dans le monde en développement. Des naissances moins nombreuses et plus espacées donnent aux mères davantage de temps pour allaiter et sevrer leurs enfants et aident à prévenir les insuffisances pondérales à la naissance qui sont fortement associées à la malnutrition dans les premières années de vie[70].

Sixièmement, la planification familiale améliore les conditions de vie des enfants. La qualité de l'attention portée aux enfants – y compris le jeu et la stimulation, ainsi que la santé et l'éducation - s'accroît inévitablement quand les parents peuvent consacrer davantage de leur temps, de leur énergie et de leur revenu à un plus petit nombre d'enfants.

C'est pourquoi, un effort accru pour mettre la planification familiale à la disposition de tous ferait avancer, non pas un seul, mais un grand nombre des objectifs qui ont été adoptés lors du *Sommet mondial pour les enfants.*

Tous ces avantages suffiraient à eux seuls à justifier que, dans l'optique d'un nouvel ordre mondial, l'on accorde une priorité élevée à l'objectif de l'accès de tous les couples à l'information et à des services de planification familiale. En outre, ils aideraient bien sûr à enrayer l'un des autres problèmes majeurs de l'humanité – le rythme accéléré de la croissance démographique.

Cette année, environ une grossesse sur trois dans les pays en développement n'aura été ni planifiée ni même désirée. Il existe donc une vaste demande encore insatisfaite d'information et de moyens de planification familiale.

Les résultats de l'*Enquête mondiale sur la fécondité* révèlent que, si toutes les femmes du monde en développement qui ne souhaitent pas avoir d'enfants avaient les moyens d'exercer ce choix, le taux de croissance démographique fléchirait d'environ 30%[71]. En l'an 2025, la population mondiale compterait ainsi 1,3 milliard d'individus en moins – ce qui équivaut à la population actuelle de la Chine[72].

Encore cette longue liste d'avantages ne donne-t-elle qu'une faible idée de la contribution que la planification familiale pourrait apporter à l'amélioration de la condition humaine. En effet, elle ne tient pas compte des synergies, ce qui signifie que le bénéfice total dépasserait la somme de ses parties. La planification familiale accélère les progrès dans presque tous les domaines de la santé et du bien-être maternel et infantile; ces améliorations renforcent à leur tour la planification familiale. Des naissances planifiées et espacées conduisent, par exemple, à une meilleure santé et à un état nutritionnel plus satisfaisant, ce qui entraîne une diminution des taux de mortalité; ces progrès incitent les couples à faire davantage confiance à la planification familiale et les encouragent à espacer les naissances. Une spirale ascendante est ainsi déclenchée. Mais il y a aussi un cercle plus large de synergies où l'espacement des naissances et la planification familiale sont proches du centre. Des naissances moins nombreuses et plus espacées améliorent la qualité de la vie des femmes, des soins infantiles, de la vie familiale et de l'éducation; tout cela concourt au progrès économique et social, lequel favorise à son tour une plus large acceptation de la planification familiale.

Les combinaisons de ces synergies sont presque illimitées et leur point commun est le fait que la planification familiale confère aux individus une plus grande maîtrise sur leur vie et leur permet d'améliorer presque tous les aspects de leur existence. Elle apporte une meilleure santé et davantage de possibilités à des centaines de millions de femmes. Elle réduit le nombre de décès et assure une croissance physique et mentale plus harmonieuse à des centaines de millions d'enfants. Elle élève les niveaux de vie et rend les services sociaux moins surchargés. La croissance

démographique s'en voit ralentie, allégeant de la sorte les pressions futures sur l'environnement. Les coûts, au regard de ces avantages, apparaissent réellement dérisoires.

Si autant de progrès peuvent être obtenus en satisfaisant une demande existante et ce pour un prix modique, il semble raisonnable de proposer, pour l'établissement d'un nouvel ordre mondial, qu'un effort d'une tout autre ampleur, que ce n'est le cas aujourd'hui, soit consenti pour qu'avant la fin de ce siècle tous les couples en âge de procréer disposent des informations et des moyens de planifier la dimension de leur famille.

Les objectifs pour l'an 2000

Voici la liste complète des objectifs fixés pour l'an 2000 adoptés par le *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 par 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 non désirées, trop nombreuses, trop rapprochées, trop précoces ou trop tardives.
- 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.
- Elimination 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 et de subvenir aux besoins nutritionnels des jeunes enfants pendant les années où ils sont le plus vulnérables.
- 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

- Eradication de la poliomyélite.
- Elimination 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.
- Elimination de la maladie due au ver de Guinée.

Education

- 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'allégement de la charge de travail et de la protection de l'environnement), moyennant la mobilisation des vastes moyens de communication modernes aujourd'hui disponibles.

Notes relatives aux chapitres

1 *Estimated Causes of Deaths Among Children Under 5 Years, Developing Countries, 1985 and 1990 (as of 15 August 1991),* WHO, Geneva.

2 *Expanded Programme on Immunization, Global Advisory Group, EPI Global Overview, 14th Meeting, 14-18 October 1991, Antalya, Turkey,* WHO, Geneva, 1991, EPI/GAG/91/WP.1, p.2.

3 «Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant et 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», *La situation des enfants dans le monde 1991,* UNICEF, Genève, 1990.

4 James P. Grant, *La situation des enfants dans le monde 1991,* UNICEF, Genève, 1990.

5 *Les enfants et le développement dans les années 90, un ouvrage de base de l'UNICEF,* UNICEF, New York, 1990.

6 Ruth Leger Sivard, *World Military and Social Expenditures,* 1990.

7 *EPI for the 1990s, First Phase: 1991-1994, Targeting Diseases to Strengthen National Immunization Programmes, an information document,* Expanded Programme on Immunization, WHO, Geneva, 24 January 1991, WHO/EPI/GEN/91.4.

8 Luis Rosero-Bixby, «Infant Mortality in Costa Rica: explaining the recent decline», *Studies in Family Planning,* vol. 17, no. 2, March/April 1986, pp. 57-65.

M.U. Khan, and K. Ahmad, «Withdrawal of Food During Diarrhoea: major mechanism of malnutrition following diarrhoea in Bangladesh children», *Journal of Tropical Pediatrics,* vol. 32, April 1986, Oxford University Press, pp. 57-61.

«Immunizing the World's Children», *Population Reports,* vol. XIV, no. 1, Population Information Program, The Johns Hopkins University, Baltimore, March/April 1986.

Philip Payne, «Appropriate Indicators for Project Design and Evaluation», in *Food Aid and the Well-Being of Children in the Developing World,* UNICEF, World Food Programme, 1986, pp. 109-141.

Appropriate Uses of Anthropometric Indices in Children, a report based on a ACC/SCN Workshop, Nutrition Policy Discussion Paper no. 7, ACC/SCN, United Nations, December 1990.

9 *Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Rapport intérimaire du programme 1990,* OMS, Genève, 1991, CDD/91.36, p. 16.

10 «Polioplus Programme Statement of Purpose», *Report on Operations 1989-90,* Rotary International, June 1990.

11 *Déclaration mondiale en faveur de la survie, op. cit.*

12 *Les enfants de la ligne de front. L'impact de l'apartheid, de la déstabilisation et de la guerre sur les enfants d'Afrique australe et d'Afrique du Sud.* Un rapport établi pour l'UNICEF, UNICEF, New York, 3e éd., 1989.

13 La première étude de l'UNICEF sur ce sujet, *L'impact de la récession mondiale sur les enfants,* a été publiée en 1984, suivie d'une étude plus détaillée, *L'ajustement à visage humain,* publiée sous la direction de G.A. Cornia, R. Jolly et F. Stewart, Economica, Paris, 1987.

14 T. Albanez, E. Bustelo, G.A. Cornia, and E. Jespersen, *Economic Decline and Child Survival: the plight of Latin America in the eighties,* UNICEF, International Child Development Centre, Florence, Innocenti Occasional Papers no. 1, March 1989.

15 D. Berstecher, and R. Carr-Hill, *Primary Education and Economic Recession in the Developing World since 1980,* étude préparée pour la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous, Thaïlande, 5-9 mars 1990, UNESCO, New York, 1990.

16 *Health and Welfare in Iraq after the Gulf Crisis, an in-depth assessment,* International Study Team, October 1991.

17 G.A. Cornia, and S. Sipos, (eds.), *Children and the Transition to the Market Economy: safety nets and social policies in Central and Eastern Europe,* Avebury Academic Publishing Group, 1991.

18 Rapport interne de l'UNICEF relatif à une mission conjointe en Albanie de l'UNICEF, de l'OMS et de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, août 1991.

19 G.A. Cornia, *Pauvreté et privations de l'enfant dans les pays industrialisés: récentes tendances et options politiques,* Centre international pour le développement de l'enfant, UNICEF, Florence, Innocenti Occasional Papers no. 2, mars 1990.

J. Bradshaw, *Child Poverty and Deprivation in the UK,* UNICEF, International Child Development Centre, Florence, Innocenti Occasional Papers no. 8, October 1990.

S. Danziger, and J. Stern, *The Causes and Consequences of Child Poverty in the United States,* UNICEF, International Child Development Centre, Florence, Innocenti Occasional Papers no. 10, November 1990.

20 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.

21 K. Griffin et J. Knight, «De la nécessité de redonner un second souffle au développement humain», dans *Le développement humain dans les années 80 et au-delà,* Journal de la planification du développement, n° 19, Nations Unies, 1989, pp.9-64.

«Unequal Gains», *The Economist,* 10 August 1991, p. 52.

22 D. Raczynski, «Social Policy, Poverty, and Vulnerable Groups: children in Chile», in *Adjustment with a Human Face,* vol. II, Ten Country Case Studies, G.A. Cornia, R. Jolly, and F. Stewart, (eds.), Oxford University Press, 1988, pp. 57-92.

23 E. Mohs, *General Theory of Paradigms in Health,* Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

24 C.B. Lloyd, and S. Ivanov, «The Effects of Improved Child Survival on Family Planning Practice and Fertility», *Studies in Family Planning,* vol. 19, no. 3, May/June 1988, pp. 141-161.

Family Building by Fate or Design, A Study of Relationships between Child Survival and Fertility, Department of International Economic and Social Affairs, United Nations, New York, 1987, ST/ESA/SER.R/74.

25 *Défis au Sud,* aperçu et résumé du rapport de la Commission Sud, Commission Sud, Genève, 1991, p. 27.

26 R. Wade, *Governing the Market: economic theory and the role of government in East Asian industrialization,* Princeton University Press, 1991.

27 Voir, par exemple, J.P. Lewis, and V. Kallab, *Development Strategies Reconsidered,* Overseas Development Council, Washington, D.C.

28 *Défis au Sud, op. cit.,* p. 17.

29 *Rapport sur le développement dans le monde 1991,* Banque mondiale, Washington, D.C., 1991, p. 53.

30 D. Jamison, and L. Lau, *Farmer Education and Farm Efficiency,* The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1982.

31 Voir Scrimshaw 1986 et McGuire et Austin 1987 dans G.A. Cornia, «Investir dans les ressources humaines: santé, nutrition et développement pour les années 90», dans *Le développement humain dans les années 80 et au-delà,* Journal de la planification du développement, n° 19, Nations Unies, 1989, p. 208 et *Rapport sur le développement dans le monde 1991, op. cit.,* p. 53.

32 *International Water and Sanitation Decade 1981-1990: decade assessment,* WHO, Geneva, 1990.

33 G.A. Cornia, *Investir dans les ressources humaines, op. cit.,* pp. 201-202.

34 *Rapport sur le développement dans le monde 1991, op. cit.,* p. 76

35 Un entretien avec Hiroshi Nakajima, directeur général de l'OMS, dans *Forum du développement,* n° 146, mars-avril 1990, publié par le Département de l'information de l'ONU pour le Comité conjoint de l'information des Nations Unies, New York.

36 *Rapport mondial sur le développement humain 1991,* PNUD, New York, 1991, p. 56.

37 G. Psacharopoulos, *Critical Issues in Education: a world agenda,* a discussion paper, Education and Training Department, The World Bank, Washington, D.C., June 1987.

38 J. Oxenham, en association avec J. DeJong et S. Tregus, «Améliorer la qualité de l'éducation dans les pays en développement», dans *Le développement humain dans les années 80 et au-delà,* Journal de la planification du développement, n° 19, Nations Unies, 1989, pp. 115-145.

39 *Rapport sur le développement dans le monde 1991, op. cit.,* p. 76.

40 C.H. Lovell et K. Fatema, «Le programme d'éducation primaire non formelle du BRAC au Bangladesh», *Les Carnets de l'enfance,* UNICEF, New York, 1990.

41 *Discours prononcé devant le Conseil des Gouverneurs par M. Barber B. Conable, Président de la Banque mondiale, de la Société financière internationale, et de l'Agence multilatérale de garantie des investissements, Berlin-Ouest, 27 septembre 1988.*

42 Voir, par exemple, Noel F. McGinn, R. Snodgrass, Yung Bong Kim, and Shin-Bok Kim, *Education and Development in Korea,* chap.5, Harvard University Press, 1980, p. 185.

43 B. Fredriksen, *Increasing Foreign Aid for Primary Education: the challenge to donors,* Education and Employment Division, Population and Human Resources Department, The World Bank, Washington, D.C., 1990, PHREE/90/30.

44 «Australians' Attitudes to Overseas Aid and Development», *Australian International Development Issues,* no. 8, Report from the National Social Science Survey, Institute of Advanced Studies, Australian National University.

45 G.A. Cornia, «Global Socioeconomic Changes and Child Welfare: what will the 21st century bring us?», in Betty Po-King Chan, (ed.), *Early Childhood Toward the 21st Century: a worldwide perspective,* Yew Chung Education Publishing Company, Hong Kong, 1990.

46 *Rapport annuel 1991,* Banque mondiale, Washington, D.C.

47 «A Prospect of Growth», *The Economist,* 13 July 1991, p. 15.

48 *Rapport sur le développement dans le monde, op. cit.,* p. 12.

49 Discours prononcé par Michel Camdessus, directeur du Fonds monétaire international, à l'occasion de la réunion des ministres du commerce, Bruxelles, décembre 1990.

50 «Reconstructing Kuwait and Iraq: picking up the pieces», *The Economist,* 2 March 1991, p. 28.

F. Fracassi e P. Petrucci, «Il Costo della Guerra», *Avvenimenti,* 20 marzo 1991, pp. 10-11.

51 *Rapport sur le développement dans le monde, op. cit.,* p. 12

52 R. L. Sivard, *op. cit.*

53 *SIPRI Yearbook 1990: world armaments and disarmament,* Stockholm International Peace Research Institute (SIPRI), Oxford University Press, 1990.

54 *Ibid.*

55 R.L. Sivard, *op. cit.*

56 R. Faini, J. de Melo, A. Senhadj-Semlali, and J. Stanton, «Growth-oriented Adjustment Programs: a statistical analysis», in *Development Studies Working Paper,* no. 14, Torino and Oxford, Centro Studi Luca d'Agliano-Queen Elizabeth House.

Percy S. Mistry, Senior Fellow, International Finance, Queen Elizabeth House, University of Oxford, *African Debt Revisited: procrastination or progress?,* paper prepared for the North-South Roundtable on African Debt Relief, Recovery and Democracy, Abidjan, 8-9 July 1991.

57 Allocution du Général Ibrahim Badamasi Babangida, président de la République fédérale du Nigéria à l'occasion de la 27e Assemblée ordinaire des chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA, Abuja, Nigéria, 3 juin 1991.

58 G.K. Helleiner, *The IMF, The World Bank, and Africa's Adjustment and External Debt Problems: an unofficial view,* Department of Economics, University of Toronto, 1991.

59 *Ibid.*

P.S. Mistry, *op. cit.*

60 G.K. Helleiner, *op. cit.*

61 P.S. Mistry, *op. cit.*

62 Allocution du Général Babangida, *op. cit.*

63 *Les femmes, la santé et le développement, Rapport de situation du Directeur général,* Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Point 20 de l'ordre du jour provisoire, 4 avril 1991, A44/15, p. 4.

64 *Rapport sur le développement dans le monde 1991, op. cit.,* Tableau 32 Les femmes et le développement, p. 288.

65 *Rapport sur le développement dans le monde 1991, op. cit.,* pp.58-60.

66 *Les femmes, la santé et le développement, op. cit.*

A. Rosenfield, and D. Maine, «Maternal Mortality – A Neglected Tragedy, Where is the M in MCH?», *The Lancet,* 13 July 1985, pp. 83-85.

V. Fauveau, M.A. Koenig, B. Woyjtyniak, and J. Chakraborty, «Impact of a Family Planning and Health Service Programme on Adult Female Mortality», *Health Policy and Planning,* 3(4), pp. 271-279.

B. Winikoff, C. Carignan, E. Bernardik, and P. Semeraro, *Medical Services to Save Mothers' Lives: feasible approaches to reducing maternal mortality,* document préparé pour la Conférence sur la Maternité sans Risque, Nairobi, 10-13 février 1987, Banque mondiale.

67 *The Status of Women, Maternal Health and Maternal Mortality,* communication présentée à la Conférence sur la Maternité sans Risque, Nairobi, 10-13 février 1987, OMS.

68 H.M. Wallace, and K. Giri, *Health Care of Women and Children in Developing Countries,* Third Party Publishing, California, pp. 199-200.

Maternité sans risques, n° 5, OMS, Genève, mars-juin 1991, p. 8.

69 «Healthier Mothers and Children through Family Planning», *Population Reports,* vol. XII, no. 3, Population Information Program, The Johns Hopkins University, Baltimore, May-June 1984.

J. Trussell, and A.R. Pebley, «The Potential Impact of Changes in Fertility and Infant, Child, and Maternal Mortality», *Studies in Family Planning,* vol. 15, no. 6, Nov./Dec. 1984, pp. 267-280.

70 J. Rohde, *Strategies for Reducing Perinatal Mortality: a view from the Community,* UNICEF, New Delhi, 1991.

S. Olu Oduntan, «Low Birth Weight», in H.M. Wallace, and K. Giri, *op. cit.,* pp. 292-300.

71 H.M. Wallace, and K. Giri, *op. cit.,* pp. 196-197.

J. Cleland, and J. Hobcraft, (eds.), *Reproductive Change in Developing Countries, Insights from the World Fertility Survey,* Oxford University Press, 1985, p. 128.

R. Lightbourne, and S. Singh, with C.P. Green, «The World Fertility Survey: charting global childbearing», *Population Bulletin,* vol. 37, no. 1, Population Reference Bureau, Washington, D.C., 1982.

72 Ken Hill, School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, d'après les projections de la population établies par les Nations Unies et la Banque mondiale.

Notes relatives aux encadrés

1 Pour le texte intégral de la Déclaration et du Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants (y compris les objectifs fixés pour l'an 2000) et celui de la Convention relative aux droits de l'enfant, voir le rapport sur *La situation des enfants dans le monde 1991*. Ce rapport est disponible auprès des bureaux de l'UNICEF.

2 Organisation mondiale de la Santé, Genève, août 1991.

3 *Universal Child Immunization 1990*, progress report to the Economic and Social Council of the United Nations, UNICEF, New York, 20 March 1991.

4 Division of Immunization, Centers for Disease Control, U.S. Public Health Service, 1991.

5 Dr Robert Kim-Farley, Directeur, Programme élargi de vaccination, OMS, Genève.

6 UNICEF, Nairobi, 1991.

7 *Expanded Programme on Immunization, Report of the 13th Global Advisory Group Meeting, 14-18 October 1990, Cairo*, WHO, Geneva, WHO/EPI/GEN/91.3, p. 10.

8 R.H. Henderson, R. Kim-Farley, and C. Chan, *Reaping the Benefits: disease control through immunization in the 1990s*, WHO, Geneva, 1990.

9 J. Rohde, *Measuring Universal Child Immunization*, UNICEF, New Delhi, August 1990.

10 La plupart des informations contenues dans cet encadré sont tirées de G.A. Cornia, and S. Sipos, *Children and the Transition to the Market Economy: safety nets and social policies in Central and Eastern Europe*, UNICEF, International Child Development Centre, Florence, 1991.

11 Rapport interne de l'UNICEF relatif à une mission conjointe en Albanie de l'UNICEF, de l'OMS et de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, août 1991.

12 En raison de la récession, il est possible qu'en 1990 ce taux atteigne 23 ou 24% (ces données ne seront publiés qu'après la parution de ce rapport).

13 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.

14 La plupart des informations contenues dans cet encadré ont été tirées de «Effects of Armed Conflict on Women and Children: relief and rehabilitation in war situations», vol. 10, nos. 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).

15 UNICEF, Nairobi.

16 Les informations contenues dans cet encadré ont été tirées de *Ceara, North-East Brazil: giving priority to the child at state level*, UNICEF, Brazil, May 1991.

17 R. Wade, *Governing the Market: economic theory and role of government in East Asian industrialization*, Princeton University Press, 1991.

18 D. Berstecher, and R. Carr-Hill, *Primary Education and Economic Recession in the Developing World since 1980*, étude préparée pour la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous, Thaïlande, 5-9 mars 1990, UNESCO, New York, 1990.

19 B. Fredriksen, *Increasing Foreign Aid for Primary Education: the challenge to donors*, Education and Employment Division, Population and Human Resources Department, The World Bank, Washington, D.C., 1990, PHREE/90/30.

20 J. Oxenham, en association avec J. DeJong et S. Tregus, «Améliorer la qualité de l'éducation dans les pays en développement», dans *Le développement humain dans les années 80 et au-delà*, Journal de la planification du développement, n° 19, Nations Unies, 1989, pp. 115-145.

21 C. Colclough, and K. Lewin, *Educating all the Children: the economic challenge for the 1990s*, un sommaire préparé pour la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous, Thaïlande, 5-9 mars 1990, UNESCO, New York, 1990.

22 B. Fredriksen, *op. cit.*

23 «Bangladesh: deux nouveaux types d'écoles», dans *La situation des enfants dans le monde 1990*, UNICEF, Genève, 1989, p. 58.

24 J. Oxenham et J. DeJong, *op. cit.*

25 *Education de base et alphabétisation, indicateurs statistiques dans le monde*, Office des statistiques, UNESCO, 1990.

26 *Ibid.*

27 D. Berstecher, and R. Carr-Hill, *op. cit.*

28 La plupart des informations contenues dans cet encadré ont été tirées de Noel F. McGinn, R. Snodgrass, Yung Bong Kim, and Shin-Bok Kim, *Education and Development in Korea*, chap.5, Harvard University Press, 1980, p. 185.

29 *Déclaration d'Innocenti*, élaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS/UNICEF sur «l'allaitement maternel dans les années 90: une initiative mondiale», Spedale degli Innocenti, Florence, 30 juillet-1er août 1990.

30 C.G. Victora, P.G. Smith, J.P. Vaughan, *et al.*, «Evidence for Protection by Breastfeeding against Deaths from Infectious Diseases in Brazil», *The Lancet*, 8 August 1987, no. 8554, pp. 319-322.

31 *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, Le rôle spécial des services liés à la maternité, Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE*, OMS, Genève, 1989.

32 Cette campagne mondiale a été lancée au cours de la Conférence internationale sur l'allaitement maternel, parrainée par l'UNICEF, l'OMS et l'Association internationale de pédiatrie, 28 juin 1991.

33 «China: putting prevention first», *World Immunization News*, vol. 5, no. 4, July-August 1989.

34 «Financing Child Immunization in China», *World Immunization News*, vol. 4, no. 3, May-June 1988.

35 *Déclaration de New York: l'initiative pour les vaccins de l'enfance*, OMS, Genève, septembre 1990.

36 *Ibid.*

37 *PEV Mise à jour,* OMS, Genève, août 1991.

38 *Expanded Programme on Immunization, Report of the 13th Global Advisory Group Meeting, op. cit.*

39 *Participation à l'Initiative de vaccination des enfants,* Recommandation au Conseil d'administration de l'UNICEF, New York, 15 février 1991, E/ICEF/1991/P/L.31.

40 *Programme d'action pour la réalisation des objectifs concernant les enfants et le développement dans les années 90,* Réponse de l'UNICEF à la Déclaration et au Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants, New York, 22 mars 1991, E/ICEF/1991/12.

41 *Glimpse,* Newsletter of the International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, vol. 11, no. 3, May-June 1989.

42 M.A. Kane, C.J. Clements, and D.J. Hu, *Integration of Hepatitis B Vaccine into the EPI, 13th Meeting of the WHO Global Advisory Group, Cairo, Egypt, 14-18 October 1990,* WHO, Geneva, EPI/GAG/90/WP.14.

43 *Nouvelles Mondiales sur l'Immunisation,* vol. 6, n° 5, septembre-octobre 1990.

44 *Vaccin contre l'hépatite B, lutte contre une pandémie,* PEV Mise à jour, OMS, Genève, novembre 1989.

45 Des exemplaires gratuits de *Savoir pour sauver* et du manuel de référence qui l'accompagne *Tous pour la santé* peuvent être obtenus auprès des bureaux de l'UNICEF.

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 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: Le taux du progrès
Taux de régression du TMM5 ☐ taux de croissance du PNB par habitant ☐ taux de régression de la fécondité

Notes relatives aux tableaux

Définitions

Sources principales

Note générale sur les données

Les données rassemblées dans ces tableaux s'accompagnent de définitions, de sources, d'explications de signes et de notes spéciales lorsque, pour une donnée précise, la définition générale utilisée pour cet indicateur ne s'applique pas. Des tableaux établis à l'aide d'un si grand nombre de sources – la liste des «sources principales» compte onze organismes – sont inévitablement sujets à des degrés divers de fiabilité. Les données nationales officielles transmises aux organismes compétents des Nations Unies ont été utilisées chaque fois que cela était possible. Dans les nombreux cas où les données officielles fiables manquent, ce sont les estimations de l'organisme compétent des Nations Unies qui ont été utilisées. En l'absence de telles estimations normalisées au niveau international, les données des tableaux proviennent des bureaux des services extérieurs de l'UNICEF concernés. A l'exception des indicateurs relatifs aux taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5), à l'accès à l'eau potable, à l'accès aux services de santé et à la couverture vaccinale, pour lesquels l'UNICEF est la source principale, toutes les estimations de l'UNICEF sont indiquées par un astérisque ou par la lettre y.

Chaque fois que cela s'est avéré possible, seules des données nationales globales ou provenant d'enquêtes nationales par sondage ont été utilisées. Une note indique les cas où les données ne s'appliquent qu'à une partie du pays.

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. Dans le cas du PNB par habitant et de l'aide publique au développement (APD), les données sont le résultat d'un processus permanent de révision et de mise à jour dont sont responsables, respectivement, la Banque mondiale et l'OCDE. Cette année, les données relatives à l'alphabétisation, au faible poids, à l'émaciation, au retard de croissance, à l'accès à l'eau potable et à la mortalité maternelle ont été révisées de fond en comble.

La valeur de 70 décès d'enfants de moins de 5 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, 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 5 ans ou 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 atteignaient l'objectif du TMM5, ils feraient tous partie des deux groupes à TMM5 moyen et faible.

Signes et explications

Sauf indication contraire, les chiffres résumant les statistiques pour les quatre grands groupes de pays définis en fonction de leur taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) représentent les valeurs médianes établies pour chacun de ces groupes. La valeur médiane est la valeur centrale d'une série de données classées par ordre de grandeur; c'est la moyenne la plus couramment utilisée lorsqu'on se trouve en présence d'un très large éventail de données différentes, comme c'est le cas dans les tableaux des pages suivantes. Elle offre notamment l'avantage d'éviter les distorsions lorsqu'il s'agit de très petits ou de très grands pays.

.. Donnée non disponible.

* Estimations de l'UNICEF.

T Total (par opposition à médiane).

x Voir notes relatives aux tableaux.

y Estimations de l'UNICEF; voir notes relatives aux tableaux.

Les chiffres relatifs au TMM5 pour les différents pays sont tirés de données préparées par la Division de la population des Nations Unies sur une base se prêtant à une comparaison internationale et en utilisant diverses sources. Dans certains cas, il se peut que ces estimations diffèrent des chiffres les plus récents des statistiques nationales. Ces estimations ne font généralement pas état des données publiées au cours des deux dernières années.

De plus amples renseignements sur la provenance des chiffres relatifs au TMM5 peuvent être obtenus auprès de G. Jones, Conseiller principal, Statistics and Monitoring, UNICEF, 3 UN Plaza, New York, NY 10017, Etats-Unis.

Index des pays

Dans les tableaux des pages suivantes, les pays sont énumérés par ordre décroissant de leurs taux de mortalité des moins de 5 ans, qui ont été évalués pour 1990. L'ordre numérique des pays est indiqué dans la liste alphabétique suivante.

Afghanistan	2	Grèce	109	Pakistan	33
Afrique du Sud	54	Guatemala	52	Panama	89
Albanie	82	Guinée	8	Papouasie-Nouvelle-Guinée	66
Algérie	50	Guinée-Bissau	7	Paraguay	72
Allemagne	123	Haïti	41	Pays-Bas	125
Angola	3	Honduras	63	Pérou	45
Arabie saoudite	53	Hong Kong*	126	Philippines	69
Argentine	83	Hongrie	103	Pologne	100
Australie	113	Inde	38	Portugal	104
Autriche	116	Indonésie	51	Rép. arabe syrienne	73
Bangladesh	23	Iran, Rép. islamique d'	74	Rép. centrafricaine	27
Belgique	115	Iraq	58	Rép. dém. pop. lao	34
Bénin	36	Irlande	122	Rép. dominicaine	68
Bhoutan	19	Israël	108	Roumanie	87
Bolivie	32	Italie	111	Royaume-Uni	117
Botswana	60	Jamahiriya arabe libyenne	46	Rwanda	16
Brésil	65	Jamaïque	98	Sénégal	22
Bulgarie	101	Japon	129	Sierra Leone	5
Burkina Faso	9	Jordanie	76	Singapour	118
Burundi	18	Kenya	49	Somalie	13
Cambodge	17	Koweït	99	Soudan	25
Cameroun	35	Lesotho	43	Sri Lanka	85
Canada	124	Liban	75	Suède	128
Chili	94	Libéria	15	Suisse	120
Chine	81	Madagascar	24	Tanzanie, Rép. Unie de	26
Colombie	77	Malaisie	92	Tchad	12
Congo	48	Malawi	6	Tchécoslovaquie	106
Corée, Rép. de	91	Mali	4	Thaïlande	86
Corée, Rép. pop. dém. de	84	Maroc	47	Togo	37
Costa Rica	97	Maurice	93	Trinité-et-Tobago	102
Côte d'Ivoire	40	Mauritanie	14	Tunisie	71
Cuba	105	Mexique	78	Turquie	61
Danemark	121	Mongolie	62	URSS	88
Egypte	59	Mozambique	1	Uruguay	95
El Salvador	56	Myanmar	55	Venezuela	80
Emirats arabes unis	90	Namibie	28	Viet Nam	70
Equateur	64	Népal	20	Yémen	21
Espagne	114	Nicaragua	67	Yougoslavie	96
Etats-Unis d'Amérique	110	Niger	10	Zaïre	42
Ethiopie	11	Nigéria	29	Zambie	44
Finlande	127	Norvège	112	Zimbabwe	57
France	119	Nouvelle-Zélande	107		
Gabon	30	Oman	79		
Ghana	39	Ouganda	31	* 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 (moins d'un an)		Population (millions d'habitants)	Nombre annuel de naissances (milliers)	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers)	PNB par habitant (dollars)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux d'alpha-bétisation des adultes (%)	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%)	Répartition du revenu parmi les ménages (%) 1976-1988	
		1960	1990	1960	1990	1990	1990	1990	1989	1990	1990	1986-1989	les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
	Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 140) Médiane	**302**	**189**	**184**	**116**	**1536T**	**58458T**	**9774T**	**290**	**50**	**35**	**63**	. .	. .
1	Mozambique	331	**297**	190	173	15.7	699	208	80	48	33	68	. .	. .
2	Afghanistan	381	**292**	215	167	16.6	888	260	280[x]	43	29	25	. .	. .
3	Angola	344	**292**	208	173	10.0	472	138	610	46	42	93	. .	. .
4	Mali	369	**284**	210	164	9.2	472	134	270	45	32	23	. .	. .
5	Sierra Leone	385	**257**	219	149	4.2	201	52	220	42	21	53	. .	. .
6	Malawi	366	**253**	207	144	8.8	494	125	180	48	. .	72	. .	. .
7	Guinée-Bissau	336	**246**	200	146	1.0	41	10	180	43	. .	53	. .	. .
8	Guinée	336	**237**	203	140	5.8	294	70	430	44	24	30	. .	. .
9	Burkina Faso	363	**228**	205	133	9.0	426	97	320	48	18	32	. .	. .
10	Niger	321	**221**	191	130	7.7	401	89	290	46	28	30	. .	. .
11	Ethiopie	294	**220**	175	130	49.2	2424	534	120	46	. .	36	. .	. .
12	Tchad	325	**216**	195	127	5.7	249	54	190	47	30	51	. .	. .
13	Somalie	294	**215**	175	127	7.5	360	77	170	46	17[x]	15	. .	. .
14	Mauritanie	321	**214**	191	122	2.0	94	20	500	47	34	52	. .	. .
15	Libéria	310	**205**	184	134	2.6	122	25	450[x]	54	40	34	. .	. .
16	Rwanda	248	**198**	146	117	7.2	368	73	320	50	50	67	. .	. .
17	Cambodge	218	**193**	146	123	8.2	322	62	. .	50	35	. .	. .	. .
18	Burundi	260	**192**	153	115	5.5	261	50	220	49	50	59	. .	. .
19	Bhoutan	298	**189**	187	123	1.5	58	11	190[x]	49	38	26	. .	. .
20	Népal	298	**189**	187	123	19.1	725	137	180	52	26	86	13[x]	59[x]
21	Yémen	378	**187**	214	114	11.7	602	113	650	51	32[y]	87	. .	. .
22	Sénégal	299	**185**	172	84	7.3	328	61	650	48	38	59	. .	. .
23	Bangladesh	262	**180**	156	114	115.6	4796	866	180	52	35	70	24	37
24	Madagascar	364	**176**	220	115	12.0	547	96	230	55	80	97	. .	. .
25	Soudan	292	**172**	170	104	25.2	1111	191	420[x]	51	27	49	. .	. .
26	Tanzanie, Rép.-Unie de	249	**170**	147	102	27.3	1387	235	130	54	91[y]	66	. .	. .
27	Rép. centrafricaine	08	**169**	183	100	3.0	138	23	390	50	38	67	. .	. .
28	Namibie	263	**167**	155	102	1.8	76	13	1030	58	. .	. .	. .	. .
29	Nigéria	316	**167**	190	101	108.5	5183	865	250	52	51	66	. .	. .
30	Gabon	287	**164**	171	99	1.2	49	8	2960	53	61	. .	. .	. .
31	Ouganda	223	**164**	133	99	18.8	985	161	250	52	48	77	. .	. .
32	Bolivie	282	**160**	167	102	7.3	309	50	620	55	78	91	12*	58*
33	Pakistan	276	**158**	163	104	122.6	5451	863	370	58	35	40	19	46
34	Rép.dém.pop.lao	233	**152**	155	104	4.1	187	28	180	50	. .	110	. .	. .
35	Cameroun	275	**148**	163	90	11.8	566	83	1000	54	54	111	. .	. .
36	Bénin	310	**147**	185	88	4.6	229	34	380	47	23	63	. .	. .
37	Togo	305	**147**	182	90	3.5	158	23	390	54	43	101	. .	. .
38	Inde	282	**142**	165	94	853.1	26985	3835	340	59	48	99	20	41
	Pays à TMM5 élevé (71-140) Médiane	**229**	**90**	**143**	**66**	**793T**	**25837T**	**2510T**	**885**	**62**	**68**	**97**	**12**	**55**
39	Ghana	224	**140**	132	86	15.0	665	93	390	55	60	73	17	45
40	Côte d'Ivoire	264	**136**	165	92	12.0	603	82	790	53	54	70	13	53
41	Haïti	270	**130**	182	92	6.5	233	30	360	56	53	83	6*	48*
42	Zaïre	269	**130**	158	79	35.6	1626	211	260	53	72	76	. .	. .
43	Lesotho	208	**129**	149	95	1.8	72	9	470	57	. .	112	. .	. .
44	Zambie	228	**122**	135	76	8.5	433	53	390	54	73	97	11[x]	61[x]
45	Pérou	233	**116**	142	82	21.6	647	75	1010	63	85	122	13	52
46	Jamahiriya arabe libyenne	269	**112**	160	75	4.5	199	22	5310	62	64	. .	. .	. .
47	Maroc	265	**112**	163	75	25.1	858	96	880	62	50	67	23	39
48	Congo	241	**110**	143	69	2.3	105	12	940	54	57	. .	. .	. .
49	Kenya	208	**108**	124	68	24.0	1132	122	360	60	69	93	9[x]	60[x]
50	Algérie	270	**98**	168	68	25.0	877	86	2230	65	57	96	. .	. .
51	Indonésie	225	**97**	139	71	184.3	5091	494	500	61	77	119	21	41
52	Guatemala	230	**94**	125	54	9.2	367	34	910	63	55	77	14	55
53	Arabie saoudite	292	**91**	170	65	14.1	594	54	6020	65	62	71	. .	. .
54	Afrique du Sud	192	**88**	135	67	35.3	1108	98	2470	62	. .	. .	. .	. .
55	Myanmar	230	**88**	153	65	41.7	1252	111	220[x]	61	81	103	. .	. .
56	El Salvador	207	**87**	143	59	5.3	191	17	1070	64	73	80	8*	66*
57	Zimbabwe	181	**87**	110	61	9.7	399	35	650	60	67	128	. .	. .
58	Iraq	222	**86**	139	63	18.9	789	68	2340[x]	65	60	96	. .	. .
59	Egypte	301	**85**	179	61	52.4	1727	148	640	60	48	90	21*	41*
60	Botswana	173	**85**	119	63	1.3	61	5	1600	60	74	117	9	59
61	Turquie	258	**80**	190	69	55.9	1579	134	1370	65	81	117	11*	55*
62	Mongolie	185	**84**	128	64	2.2	77	7	780[x]	63	. .	102	. .	. .
63	Honduras	232	**84**	144	63	5.1	198	17	900	65	73	106	12*	59*

Note : Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1990 (en gras).

		Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Population (millions d'habitants)	Nombre annuel de naissances (milliers)	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers)	PNB par habitant (dollars)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux d'alpha-bétisation des adultes (%)	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%)	Répartition du revenu parmi les ménages (%) 1976-1988	
		1960	1990	1960	1990	1990	1990	1990	1989	1990	1990	1986-1989	les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
64	Equateur	184	**83**	124	60	10.6	338	28	1020	66	86	117	. .	. .
65	Brésil	159	**83**	116	60	150.4	4115	341	2540	66	81	104	8	63
66	Papouasie-Nouvelle-Guinée	248	**80**	165	56	3.9	131	10	890	55	52	73	. .	. .
67	Nicaragua	209	**78**	140	56	3.9	156	1	830[x]	65	. .	99	12*	58*
68	Rép. dominicaine	199	**78**	125	61	7.2	214	17	790	67	83	101	. .	. .
	Pays à TMM5 moyen (21-70) Médiane	**134**	**35**	**86**	**30**	**2048T**	**45680T**	**1909T**	**1775**	**70**	**88**	**105**	**14**	**51**
69	Philippines	134	**69**	80	43	62.4	1988	138	710	64	90	110	14*	52*
70	Viet Nam	232	**65**	156	49	66.7	2076	134	240[x]	63	88	101	. .	. .
71	Tunisie	254	**62**	159	48	8.2	239	15	1260	67	65	113	. .	. .
72	Paraguay	134	**60**	86	41	4.3	146	9	1030	67	90	104	. .	. .
73	Rép. arabe syrienne	217	**59**	135	44	12.5	550	33	980	66	65	110	. .	. .
74	Iran, Rép. islamique d'	254	**59**	169	46	54.6	1830	36	3200	66	54	116	. .	. .
75	Liban	91	**56**	68	44	2.7	85	5	2150[x]	66	80	125	. .	. .
76	Jordanie	217	**52**	135	40	4.0	157	8	1640	67	80	99	. .	. .
77	Colombie	157	**50**	99	39	33.0	878	44	1200	69	87	114	13	53
78	Mexique	140	**49**	92	40	88.6	2466	122	2010	70	87	117	13*	. .
79	Oman	378	**49**	214	37	1.5	67	3	5220	66	. .	100	. .	. .
80	Venezuela	114	**43**	81	35	19.7	582	25	2450	70	88	106	14	51
81	Chine	203	**42**	150	30	1139.1	24288	1010	350	70	73	134	22*	38*
82	Albanie	151	**37**	112	31	3.2	74	3	. .	72	. .	100	. .	. .
83	Argentine	75	**35**	61	31	32.3	670	24	2160	71	95	111	. .	. .
84	Corée, Rép.pop.dém.de	120	**35**	85	26	21.8	530	18	970[x]	70	. .	100	. .	. .
85	Sri Lanka	114	**35**	71	26	17.2	369	13	430	71	88	107	13	56
86	Thaïlande	149	**34**	103	26	55.7	1158	39	1220	66	93	96	15[x]	50[x]
87	Roumanie	82	**34**	69	27	23.3	358	12	1620[x]	71	. .	97	. .	. .
88	URSS	53	**31**	38	23	288.6	5065	159	4550[x]	71	. .	105	. .	. .
89	Panama	105	**31**	69	22	2.4	63	2	1760	72	88	106	. .	. .
90	Emirats arabes unis	239	**30**	145	24	1.6	34	1	18430	70	48*	104	. .	. .
91	Corée, Rép. de	120	**30**	85	23	42.8	670	20	4400	70	96	108	20*	42*
92	Malaisie	105	**29**	73	22	17.9	538	16	2160	70	78	102	14	51
93	Maurice	104	**28**	70	22	1.1	19	1	1990	70	. .	105	12*	46*
94	Chili	143	**27**	114	20	13.2	306	8	1770	72	93	100	13*	54*
95	Uruguay	57	**25**	51	22	3.1	54	1	2620	72	96	109	18*	44*
96	Yougoslavie	113	**23**	92	20	23.8	339	8	2920	73	93	95	17	43
97	Costa Rica	121	**22**	84	18	3.0	81	2	1780	75	93	100	12	55
	Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 20) Médiane	**39**	**10**	**32**	**8**	**896T**	**11829T**	**126T**	**14485**	**76**	**. .**	**102**	**18**	**40**
98	Jamaïque	89	**20**	63	16	2.5	56	1	1260	73	98	103	15	49
99	Koweït	128	**19**	89	17	2.0	55	1	16150	73	73	93	. .	. .
100	Pologne	70	**18**	62	16	38.4	588	11	1790	72	. .	101	24	35
101	Bulgarie	69	**18**	49	14	9.0	112	2	2320	73	. .	104	. .	. .
102	Trinité-et-Tobago	67	**17**	54	15	1.3	32	1	3230	72	. .	100	13[x]	50[x]
103	Hongrie	57	**16**	51	15	10.6	123	2	2590	71	. .	97	26	32
104	Portugal	112	**16**	81	13	10.3	137	2	4250	74	85	127	. .	. .
105	Cuba	87	**14**	62	11	10.6	188	3	1170[x]	75	94	104	. .	. .
106	Tchécoslovaquie	33	**13**	27	11	15.7	217	3	3450	72	. .	96	. .	. .
107	Nouvelle-Zélande	26	**12**	23	10	3.4	55	1	12070	75	. .	107	16	45
108	Israël	39	**11**	33	10	4.6	99	1	9790	76	. .	95	18[x]	40[x]
109	Grèce	64	**11**	53	10	10.0	117	1	5350	76	93	106	. .	. .
110	Etats-Unis d'Amérique	29	**11**	26	9	249.2	3634	40	20910	76	. .	100	16	42
111	Italie	50	**10**	44	9	57.1	587	6	15120	76	97	95	19	41
112	Norvège	22	**10**	19	8	4.2	53	1	22290	77	. .	95	19	38
113	Australie	24	**10**	21	8	16.9	246	2	14360	77	. .	106	16	42
114	Espagne	57	**10**	47	8	39.2	486	5	9330	77	95	113	19	40
115	Belgique	35	**9**	31	8	9.8	118	1	16220	75	. .	100	22[x]	36[x]
116	Autriche	43	**9**	37	8	7.6	88	1	17300	75	. .	101	. .	. .
117	Royaume-Uni	27	**9**	23	8	57.2	786	7	14610	76	. .	106	17[x]	40[x]
118	Singapour	49	**9**	36	8	2.7	47	0	10450	74	. .	109	15	49
119	France	34	**9**	29	8	56.1	761	7	17820	76	. .	113	18[x]	41[x]
120	Suisse	26	**9**	22	7	6.6	78	1	29880	77	. .	. .	17	45
121	Danemark	25	**9**	22	8	5.1	57	1	20450	76	. .	99	17	39
122	Irlande	36	**9**	31	8	3.7	67	1	8710	75	. .	100	. .	. .
123	Allemagne	40	**9**	34	7	77.6	863	8	20440[x]	75	. .	105	20[x]	39[x]
124	Canada	33	**9**	28	7	26.5	356	3	19030	77	. .	105	18	40
125	Pays-Bas	21	**9**	18	7	15.0	192	2	15920	77	. .	115	20	38
126	Hong Kong	64	**7**	44	7	5.9	72	1	10350	77	. .	106	16	47
127	Finlande	28	**7**	22	6	5.0	60	0	22120	75	. .	101	18	38
128	Suède	20	**7**	16	6	8.4	109	1	21570	77	. .	100	21	37
129	Japon	39	**6**	31	5	123.5	1390	9	23810	79	. .	102	22[x]	38[x]

TABLEAU 2: NUTRITION

		Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance 1980-1988	Pourcentage de mères allaitant au sein 1980-1991			Pourcentage d'enfants (1980-1991) souffrant de				Indice moyen de production alimentaire par habitant (1979-81 = 100) 1990	Apport journalier de calories par habitant en % des besoins 1988	Part du revenu des ménages consacrée à l'alimentation (%) 1980-1985	
						faible poids (0-4 ans)		émaciation (12-23 mois)	retard de croissance (24-59 mois)				
			3 mois	6 mois	12 mois	modéré et grave	grave	modérée et grave	modéré et grave			Total	Céréales
	Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 140) Médiane	**17**	**93**	**90**	**82**	**33**	**6**	**14**	**43**	**90**	**92**	**54**	**22**
1	Mozambique	20*	99*	96*	. .	. .	. .	. .	. .	85	70	. .	. .
2	Afghanistan	20	. .	74x	61x	. .	. .	. .	. .	. .	94x	. .	. .
3	Angola	17	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	77	73	. .	. .
4	Mali	17*	91	95	82	31x	9x	16	34x	96	93	57	22
5	Sierra Leone	17*	99*	98*	92*	23x	2x	14x	. .	88	79	56	22
6	Malawi	20*	. .	. .	96*	24x	. .	8	61	80	87	55	28
7	Guinée-Bissau	13	100	100	98	23x	. .	. .	. .	101	92	. .	. .
8	Guinée	25*	100*	90*	85*	. .	. .	. .	. .	87	88	. .	. .
9	Burkina Faso	21x	98*	98*	97*	. .	. .	. .	. .	108	87	. .	. .
10	Niger	15	65	30	15	49	. .	23x	38x	73	100	. .	. .
11	Ethiopie	8	. .	97*	95*	38x	. .	19x	43x	85	71	50	24
12	Tchad	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	94	78	. .	. .
13	Somalie	. .	92*	78*	54*	. .	. .	. .	. .	96	75	. .	. .
14	Mauritanie	11	91	86	67	31	. .	24x	37x	85	109	. .	. .
15	Libéria	. .	87	75	61	. .	. .	. .	. .	72	98	. .	. .
16	Rwanda	. .	97*	97*	74*	33x	4x	1x	34x	73	77	30	11
17	Cambodge	. .	100*	93*	72*	. .	. .	. .	. .	160	98x	. .	. .
18	Burundi	9x	. .	95*	90*	38x	10x	10	60x	89	97	. .	. .
19	Bhoutan	. .	. .	. .	. .	38x	. .	4x	56x	86	. .	. .	. .
20	Népal	. .	92x	92x	82x	. .	. .	. .	. .	109	94	57	38
21	Yémen	. .	74x	66x	34x	53x	. .	15x	61x	79	92	. .	. .
22	Sénégal	11	95	91	86	22x	6x	8	28x	100	84	50	15
23	Bangladesh	47	91x	86x	82x	66x	27x	28	66	99	83	59	36
24	Madagascar	10*	95	95	85	33x	8x	17	56x	90	93	59	26
25	Soudan	15*	93	90	79	. .	. .	13x	32x	67	85	60	. .
26	Tanzanie, Rép.-Unie de	14	100*	90*	70*	48*	6*	. .	. .	85	93	64	32
27	Rép. centrafricaine	15*	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	95	88	. .	. .
28	Namibie	. .	98x	88x	73x	29x	6x	9x	30x	95	83	. .	. .
29	Nigéria	20*	98	97	92	36	12	16	60	113	86	52	18
30	Gabon	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	80	102	. .	. .
31	Ouganda	. .	92	88	85	23	5	4	25x	90	86	. .	. .
32	Bolivie	12*	92	84	67	13x	3x	2	51x	105	87	33	. .
33	Pakistan	25*	87*	74*	70*	52x	10x	17x	42x	105	95	54	17
34	Rép.dém.pop.lao	39	. .	99y	93y	37	. .	20	44	130	119	. .	. .
35	Cameroun	13x	92x	90x	77x	17x	. .	2x	43x	88	93	24	8
36	Bénin	8*	90	90	76	. .	. .	. .	. .	115	93	37	12
37	Togo	20*	95	87	84	24	6	10	37x	96	93	. .	. .
38	Inde	30	. .	. .	. .	61x	9x	. .	. .	118	95	52	18
	Pays à TMM5 élevé (71-140) Médiane	**14**	**90**	**82**	**76**	**16**	**2**	**4**	**34**	**94**	**105**	**40**	**12**
39	Ghana	17*	90	92	87	27	6	15	39	102	96	66	. .
40	Côte d'Ivoire	14x	87	84	78	12	2	17	20	92	102	40	14
41	Haïti	17x	92*	80*	. .	37x	3x	17x	51x	89	85	. .	. .
42	Zaïre	13	100*	100*	86*	. .	. .	. .	. .	95	92	55	15
43	Lesotho	11	93x	89x	76x	16	2	7	23	76	101	. .	. .
44	Zambie	. .	. .	. .	93*	25x	5x	10x	59x	86	88	37	8
45	Pérou	9*	85	76	58	13x	2x	3	43	90	97	35	8
46	Jamahiriya arabe libyenne	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	102	143	. .	. .
47	Maroc	. .	87	77	59	16x	4x	6	34x	124	117	40	12
48	Congo	16*	100*	98*	90*	24	. .	13	33	92	113	42	19
49	Kenya	15	94	92	82	. .	. .	10x	41x	108	85	39	16
50	Algérie	9*	. .	. .	. .	10x	. .	4x	13x	94	114	. .	. .
51	Indonésie	14	95	87	79	51x	1x	. .	. .	132	124	61	18
52	Guatemala	14*	95	79	80	34x	8x	3	68x	95	107	36	10
53	Arabie saoudite	6	91*	52*	. .	. .	. .	. .	. .	252	117	. .	. .
54	Afrique du Sud	12	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	85	124	26	. .
55	Myanmar	16*	90	90	90	38x	. .	17	75x	96	119	. .	. .
56	El Salvador	15*	85	77	55	15	. .	3	36	94	105	33	12
57	Zimbabwe	. .	95	92	88	12x	2x	2	31x	92	93	40	9
58	Iraq	9*	76	45	19	. .	. .	. .	. .	92	123	. .	. .
59	Egypte	5	90	83	68	13x	3x	2	32x	123	128	50	10
60	Botswana	8*	97	90	73	15	. .	. .	51x	75	98	35	13
61	Turquie	7*	98*	72*	63*	. .	. .	. .	. .	98	122	40	8
62	Mongolie	10	70*	. .	. .	. .	. .	. .	. .	88	101	. .	. .
63	Honduras	20*	73*	55*	. .	21	4	2x	34x	89	96	39	. .

Note : Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1990 (voir tableau 1).

		Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance 1980-1988	Pourcentage de mères allaitant au sein 1980-1991			Pourcentage d'enfants (1980-1991) souffrant de				Indice moyen de production alimentaire par habitant (1979-81 = 100)	Apport journalier de calories par habitant en pourcentage des besoins	Part du revenu des ménages consacrée à l'alimentation (%) 1980-1985	
						faible poids (0-4 ans)		émaciation (12-23 mois)	retard de croissance (24-59 mois)				
			3 mois	6 mois	12 mois	modéré et grave	grave	modérée et grave	modéré et grave	1990	1988	Total	Céréales
64	Equateur	11*	84	73	57	17	0	4	39	107	102	30	. .
65	Brésil	8*	66x	37x	34x	7	1	3	16	105	113	35	9
66	Papouasie-Nouvelle-Guinée	25x	. .	. .	. .	35	. .	. .	. .	105	98	. .	. .
67	Nicaragua	15	. .	. .	. .	11	1	0	22	62	105	. .	. .
68	Rép. dominicaine	16*	70	47	25	13x	2x	3	26x	91	104	46	13
	Pays à TMM5 moyen (21-70) Médiane	**8**	**81**	**57**	**38**	**19**	**3**	**7**	**23**	**99**	**120**	**35**	**7**
69	Philippines	18*	. .	74*	. .	34	5	14	45	88	100	51	20
70	Viet Nam	17*	96*	93*	49*	42	14	12x	49x	123	103	. .	. .
71	Tunisie	8*	92	76	58	10x	2x	4	23x	102	124	37	7
72	Paraguay	7	85	69	45	4	1	0	17	120	122	30	6
73	Rép. arabe syrienne	11*	81*	72*	. .	. .	. .	. .	. .	82	128	. .	. .
74	Iran, Rép. islamique d'	5	91*	73*	51*	43x	. .	23x	55x	97	129	37	10
75	Liban	10	50*	40*	15*	. .	. .	. .	. .	. .	125	. .	. .
76	Jordanie	5x	93	80	61	. .	. .	. .	. .	108	118	35	. .
77	Colombie	8*	80	56	36	10	2	5	18	111	110	29	. .
78	Mexique	12*	71	50	33	14	. .	6x	22x	97	135	35	. .
79	Oman	7*	75*	55*	20*	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
80	Venezuela	9	50x	40x	30x	6x	. .	4x	7x	92	103	38	. .
81	Chine	9*	65*	55*	. .	21x	3x	8x	41x	138	112	61	. .
82	Albanie	7	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	93	114x	. .	. .
83	Argentine	. .	66	36	14	. .	. .	. .	. .	92	133	35	4
84	Corée, Rép.pop.dém.de	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	107	135	. .	. .
85	Sri Lanka	25*	94	80	72	38x	9x	19	34x	89	104	43	18
86	Thaïlande	12	89	69	67	26x	4x	10	28x	101	103	30	7
87	Roumanie	6	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	91	127	. .	. .
88	URSS	6	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	112	133x	. .	. .
89	Panama	8	62	53	55	16	. .	7	24	90	107	38	7
90	Emirats arabes unis	6*	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
91	Corée, Rép. de	9	58x	40x	27x	. .	. .	. .	. .	89	122	35	14
92	Malaisie	10	88	. .	. .	. .	. .	. .	. .	159	120	30	. .
93	Maurice	9*	79	55	40	24	. .	16x	22x	105	118	24	7
94	Chili	7	81*	57*	20*	3x	. .	1	10x	118	106	29	7
95	Uruguay	8*	50*	43*	. .	7x	2x	. .	16x	113	104	31	7
96	Yougoslavie	7	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	88	138	27	. .
97	Costa Rica	6*	85*	60*	24*	6	. .	3	8	92	124	33	8
	Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 20) Médiane	**6**	**47**	**25**	. .	. .	. .	. .	. .	**103**	**132**	**16**	**2**
98	Jamaïque	8*	95	82	43	7	1	6	7	89	115	39	. .
99	Koweït	5*	47x	32x	12x	6	. .	2	14	. .	. .	. .	. .
100	Pologne	8	32x	25x	. .	. .	. .	. .	. .	108	132	29	. .
101	Bulgarie	6	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	95	145	. .	. .
102	Trinité-et-Tobago	. .	84	49	27	7x	0x	5	4x	69	122	. .	. .
103	Hongrie	10	86	. .	. .	. .	. .	. .	. .	107	137	25	. .
104	Portugal	5	29	12	7	. .	. .	. .	. .	121	138	34	. .
105	Cuba	8	. .	. .	. .	. .	. .	1x	. .	98	135	. .	. .
106	Tchécoslovaquie	6	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	122	144	. .	. .
107	Nouvelle-Zélande	5	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	99	131	12	2
108	Israël	7	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	99	122	22	. .
109	Grèce	6	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	95	148	30	. .
110	Etats-Unis d'Amérique	7	33	24	. .	. .	. .	. .	. .	96	139	13	2
111	Italie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	94	142	19	2
112	Norvège	4	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	100	121	15	2
113	Australie	6x	56	40	10	. .	. .	. .	. .	95	125	13	2
114	Espagne	1	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	114	144	24	3
115	Belgique	5	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	119	146x	15	2
116	Autriche	6	41	. .	. .	. .	. .	. .	. .	105	132	16	2
117	Royaume-Uni	7	26	22	. .	. .	. .	. .	. .	109	129	12	2
118	Singapour	6	. .	. .	. .	14x	. .	. .	. .	94	126	19	. .
119	France	5	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	99	131	16	2
120	Suisse	5x	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	103	132	17	. .
121	Danemark	6	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	138	133	13	2
122	Irlande	4	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	114	147	22	4
123	Allemagne	6	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	114	. .	. .	. .
124	Canada	6	53	30	. .	. .	. .	. .	. .	115	130	11	2
125	Pays-Bas	. .	33x	. .	. .	. .	. .	. .	. .	119	125	13	2
126	Hong Kong	5	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	67	127	12	1
127	Finlande	4	. .	7x	. .	. .	. .	. .	. .	115	117	16	3
128	Suède	4	47	23	. .	. .	. .	. .	. .	104	112	13	2
129	Japon	5	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	95	122	16	4

TABLEAU 3: SANTÉ

		Pourcentage de la population ayant accès à de l'eau saine 1988-1990			Pourcentage de la population ayant accès à des services de santé 1985-1990			Pourcentage d'individus complètement vaccinés 1981/1989-1990					Taux d'utilisation de la TRO 1987-1989
								Enfants d'un an				Femmes enceintes	
		Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Tuberculose	DTC	Polio	Rougeole	Tétanos	
	Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 140) Médiane	**42**	**66**	**34**	**46**	**88**	**38**	**24/85**	**14/55**	**8/54**	**23/55**	**5/44**	**27**
1	Mozambique	24	44	17	39	100	30	46/59	56/46	32/46	32/58	. ./25	30
2	Afghanistan	21	39	17	29	80	17	8/30	3/25	3/25	6/20	3/ 3	11
3	Angola	35	75	19	30[x]	. .	. .	. ./47	. ./23	. ./23	. ./38	. ./26	12
4	Mali	41	53	38	15	. .	. .	19/82	. ./42	. ./42	. ./43	1/31	41
5	Sierra Leone	42	83	22	. .	. .	. .	35/98	15/83	13/83	28/75	10/77	55
6	Malawi	56[x]	97[x]	50[x]	80	. .	. .	86/97	66/81	68/79	65/80	. ./82	14
7	Guinée-Bissau	25	18	27	. .	. .	. .	. ./90	. ./38	. ./38	. ./42	. ./44	5
8	Guinée	32	55	24	47	100	40	4/53	. ./17	. ./17	15/18	5/10	63
9	Burkina Faso	69	44	72	49[x]	51[x]	48[x]	16/84	2/37	2/37	23/42	11/76	16
10	Niger	61	100	52	41	99	30	28/50	6/13	6/13	19/21	3/44	54
11	Ethiopie	19	70	11	46	. .	. .	10/57	6/44	7/44	7/37	. ./43	32
12	Tchad	. .	. .	. .	30	. .	. .	. ./59	. ./20	. ./20	. ./32	. ./42	10
13	Somalie	37	50	29	27[x]	50[x]	15[x]	3/31	2/18	2/18	3/30	5/ 5	38
14	Mauritanie	66	67	65	40	. .	. .	57/75	18/28	18/28	45/33	1/40	54
15	Libéria	55	93	22	39	50	30	87/62[x]	39/28[x]	26/28[x]	99/55[x]	60/20[x]	9
16	Rwanda	50[x]	79[x]	48[x]	27[x]	40[x]	25[x]	51/92	17/84	15/83	42/83	5/87	24
17	Cambodge	3[x]	10[x]	2[x]	53	80	50	. ./54	. ./40	. ./40	. ./34	. ./. .	6
18	Burundi	38	100	34	61	. .	. .	65/97	38/86	6/86	30/75	25/56	30
19	Bhoutan	32	60	30	65	. .	. .	36/99	13/95	11/95	21/89	. ./63	40
20	Népal	37	66	34	. .	. .	. .	32/97	16/79	1/78	2/67	4/28	14
21	Yémen	38[x]	56[x]	30[x]	38	. .	. .	14/71	21/53	21/53	33/45	. ./ 8	7
22	Sénégal	54[x]	79[x]	38[x]	40	. .	. .	. ./92	. ./60	. ./66	. ./59	. ./45	27
23	Bangladesh	81	39	89	45	. .	. .	1/86	1/62	1/62	. ./54	1/74	26
24	Madagascar	22	62	10	56	. .	. .	25/67	40/46	. ./46	. ./33	. ./60	11
25	Soudan	46	56	43	51	90	40	3/73	1/62	1/62	1/57	1/14	36
26	Tanzanie, Rép.-Unie de	56	75	46	76[x]	99[x]	72[x]	78/93	58/85	49/82	76/83	36/42	37
27	Rép. centrafricaine	12	13	11	45	. .	. .	. ./96	. ./82	. ./82	. ./82	. ./87	20
28	Namibie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. ./85	. ./53	. ./53	. ./41	. ./50	. .
29	Nigéria	. .	. .	54	66	85	62	23/96	24/57	24/57	55/54	11/58	35
30	Gabon	68	90	50	90[x]	. .	. .	. ./96	. ./78	. ./78	. ./76	. ./86	10
31	Ouganda	21	43	18	61[x]	90[x]	57[x]	18/99	9/77	8/77	22/74	20/31	15
32	Bolivie	53	77	27	63	90	36	30/48	13/41	15/50	17/53	. ./20	60
33	Pakistan	56	80	45	55	99	35	11/98	3/96	3/96	2/97	1/87	42
34	Rép.dém.pop.lao	29	47	25	67	. .	. .	4/26	7/18	7/26	7/13	2/10	30
35	Cameroun	44	50	39	41	44	39	8/76	5/56	5/54	16/56	. ./63	22
36	Bénin	54	66	46	18	. .	. .	. ./92	. ./67	. ./67	. ./70	. ./83	45
37	Togo	71	100	61	61	. .	. .	44/94	9/61	9/61	47/57	57/81	33
38	Inde	75	79	73	. .	. .	. .	12/97	31/92	7/93	. ./87	24/77	13
	Pays à TMM5 élevé (71-140) Médiane	**61**	**85**	**41**	**75**	**97**	**50**	**61/83**	**42/75**	**42/76**	**33/73**	**10/48**	**45**
39	Ghana	57	93	39	60	92	45	67/81	22/57	25/56	23/60	11/33	21
40	Côte d'Ivoire	. .	. .	. .	30[x]	61[x]	11[x]	70/63	42/48	34/48	28/42	25/63	16
41	Haïti	36	59	27	50	. .	. .	60/72	14/41	3/40	. ./31	. ./23	24
42	Zaïre	33	59	17	26	40	17	34/65	18/32	18/31	23/31	. ./29	40
43	Lesotho	48	59	45	80	. .	. .	81/97	56/76	54/75	49/76	. ./. .	68
44	Zambie	60	76	43	75[x]	100[x]	50[x]	72/97	44/79	77/78	21/76	. ./68	87
45	Pérou	61	78	22	75[x]	. .	. .	63/83	18/72	18/73	24/64	4/ 9	25
46	Jamahiriya arabe libyenne	94	100	80	. .	. .	. .	55/90	55/84	55/84	57/70	6/ 6	60
47	Maroc	61	100	25	70	100	50	. ./96	43/81	45/81	. ./79	. ./64	14
48	Congo	38	92	2	83	97	70	92/90	42/79	42/79	49/75	. ./60	13
49	Kenya	31[x]	61[x]	21[x]	. .	. .	. .	. ./80	. ./74	. ./71	. ./59	. ./37	80
50	Algérie	71[x]	85[x]	55[x]	88	100	80	59/99	33/89	30/89	17/83	. ./27	26
51	Indonésie	46	60	40	80	. .	. .	55/93	. ./87	. ./91	. ./86	10/41	39
52	Guatemala	61	91	41	34	47	25	29/62	42/66	42/74	8/68	1/48	24
53	Arabie saoudite	94	100	74	97	100	88	49/99	53/94	52/94	12/90	. ./62	45
54	Afrique du Sud	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. ./85	. ./67	. ./69	. ./63	. ./. .	. .
55	Myanmar	33	43	29	33	100	11	15/66	5/61	. ./61	. ./44	6/56	19
56	El Salvador	48	84	19	56	80	40	47/60	42/76	38/76	44/75	20/12	45
57	Zimbabwe	66	31	80	71	100	62	64/71	39/73	38/72	56/69	. ./60	77
58	Iraq	92	100	72	93	97	78	76/96	13/75	16/75	33/62	4/67	70
59	Egypte	73[x]	92[x]	56[x]	. .	. .	. .	71/88	82/87	84/87	65/86	10/63	83
60	Botswana	54[x]	84[x]	46[x]	89[x]	100[x]	85[x]	80/92	64/86	71/82	68/78	32/62	66
61	Turquie	78[x]	95[x]	63[x]	. .	. .	. .	42/. .	64/74	69/74	52/67	. ./15	. .
62	Mongolie	65	78	50	. .	. .	. .	53/92	99/84	99/85	. ./86	. ./. .	59
63	Honduras	73	89	60	66	80	56	46/71	38/84	37/87	38/90	11/51	66

Note : Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1990 (voir tableau 1).

		Pourcentage de la population ayant accès à de l'eau saine 1988-1990			Pourcentage de la population ayant accès à des services de santé 1985-1990			Pourcentage d'individus complètement vaccinés 1981/1989-1990					Taux d'utilisation de la TRO 1987-1989
								Enfants d'un an				Femmes enceintes	
		Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Tuberculose	DTC	Polio	Rougeole	Tétanos	
64	Equateur	58	75	37	75	92	40	82/88	26/68	19/67	31/61	4/ 8	70
65	Brésil	97	100	86	. .	. .	. .	62/78	47/81	99/93	73/78	. /62	45
66	Papouasie-Nouvelle-Guinée	34	93	23	96	. .	. .	64/89	50/69	32/69	. /67	. /70	46
67	Nicaragua	54	78	19	83	100	60	65/81	23/65	52/86	20/82	. /25	38
68	Rép. dominicaine	63	86	28	80	. .	. .	34/68	27/69	42/90	17/96	26/24	22
	Pays à TMM5 moyen (21-70) Médiane	**77**	**91**	**60**	**81**	**98**	**78**	**65/95**	**52/90**	**51/90**	**46/87**	**6/53**	**51**
69	Philippines	81	93	72	. .	. .	. .	61/97	51/89	44/88	. /85	37/47	25
70	Viet Nam	42	50	40	80	100	75	. /90	. /87	. /87	. /87	. /18	65
71	Tunisie	68	100	31	90[x]	100[x]	80[x]	65/99	36/90	37/90	65/87	2/40	63
72	Paraguay	34	65	7	61	. .	. .	42/90	28/78	26/76	16/69	6/58	52
73	Rép. arabe syrienne	70	90	50	75[x]	92[x]	60[x]	36/92	14/90	14/90	14/87	3/84	67
74	Iran, Rép. islamique d'	89	98	76	80	95	65	6/95	29/93	47/91	48/83	2/47	71
75	Liban	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /82	. /82	. /39	. /. .	10
76	Jordanie	99	100	98	97	98	95	. /. .	81/92	87/92	40/87	2/23	68
77	Colombie	88	88	87	60	. .	. .	57/95	20/87	22/93	26/82	6/40	40
78	Mexique	71	79	49	78	80	60	41/70	41/66	85/96	33/78	. /42	72
79	Oman	47	87	42	91	100	90	49/93	9/96	9/96	6/96	27/97	19
80	Venezuela	90[x]	93[x]	65[x]	. .	. .	. .	77/63	54/63	75/72	43/62	. /. .	49
81	Chine	74	87	68	90	100	80	. /99	. /97	. /98	. /98	. /. .	40
82	Albanie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	93/94	94/94	92/96	90/96	. /. .	. .
83	Argentine	65	73	17	71	80	21	63/99	46/85	38/89	73/95	. /. .	70
84	Corée, Rép.pop.dém.de	. .	. .	. .	. .	. .	. .	52/99	52/98	51/99	31/99	. /99	52
85	Sri Lanka	60	80	55	93[x]	. .	. .	58/88	45/90	49/90	. /83	48/60	58
86	Thaïlande	74	67	76	70	85	80	71/99	52/92	22/92	. /80	27/79	40
87	Roumanie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /96	. /95	. /79	. /. .	. .
88	URSS	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /92	95/68	95/75	95/85	. /. .	. .
89	Panama	84	100	66	80[x]	95[x]	64[x]	77/97	49/86	50/86	53/99	. /27	29
90	Emirats arabes unis	. .	. .	. .	90[x]	. .	. .	18/96	45/85	45/85	42/75	. /. .	24
91	Corée, Rép. de	79	91	49	93	97	86	42/72	61/74	62/74	5/95	. /. .	. .
92	Malaisie	79	96	66	. .	. .	. .	91/99	54/91	61/90	. /90	20/71	20
93	Maurice	95	100	92	100	100	100	87/94	82/90	82/90	. /84	1/94	7
94	Chili	89	100	21	97	. .	. .	100/97	97/99	96/99	93/98	. /. .	1
95	Uruguay	73	85	5	82	. .	. .	76/99	57/88	58/88	95/82	18/13	86
96	Yougoslavie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	99/89[x]	90/91[x]	95/92[x]	95/93[x]	. /. .	. .
97	Costa Rica	92	100	84	80[x]	100[x]	63[x]	81/92	83/95	85/95	71/90	. /90	78
	Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 20) Médiane	. .	. .	. .	. .	. .	. .	**95/91**	**85/90**	**90/94**	**70/85**	. /. .	. .
98	Jamaïque	71	95	46	90	. .	. .	. /98	39/86	37/87	. /74	50/. .	15
99	Koweït	100	100	. .	100	. .	. .	. /. .	54/94	76/94	66/98	30/22	3
100	Pologne	. .	. .	. .	. .	. .	. .	95/95	95/96	95/96	65/95	. /. .	. .
101	Bulgarie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	97/99[x]	97/99[x]	98/99[x]	98/99[x]	98/. .	. .
102	Trinité-et-Tobago	98[x]	100[x]	95[x]	99	. .	. .	. /. .	52/82	55/87	. /70	. /. .	60
103	Hongrie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	99/99	99/99	98/99	99/99	. /. .	. .
104	Portugal	. .	. .	. .	. .	. .	. .	74/87	75/92	16/92	70/100	. /. .	. .
105	Cuba	. .	. .	. .	. .	. .	. .	97/98	67/92	82/94	49/94	. /88	75
106	Tchécoslovaquie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	95/99	95/99	95/99	95/91	. /. .	. .
107	Nouvelle-Zélande	97	100	82	. .	. .	. .	. /10[x]	72/69[x]	. /75[x]	. /67[x]	. /. .	. .
108	Israël	. .	. .	. .	. .	. .	. .	70/. .	84/87[x]	91/93[x]	69/86[x]	. /. .	. .
109	Grèce	. .	. .	. .	. .	. .	. .	95/. .	95/83[x]	95/98[x]	. /82[x]	. /. .	. .
110	Etats-Unis d'Amérique	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /97[x]	. /97[x]	96/98[x]	. /. .	. .
111	Italie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /85[x]	. /85	. /50	. /. .	. .
112	Norvège	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /87	. /84	. /84	. /. .	. .
113	Australie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /93	. /95	. /85	. /. .	. .
114	Espagne	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /73[x]	. /73[x]	. /84[x]	. /. .	. .
115	Belgique	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	95/80	99/95	50/75	. /. .	. .
116	Autriche	. .	. .	. .	. .	. .	. .	90/90[x]	90/90[x]	90/90[x]	90/60[x]	. /. .	. .
117	Royaume-Uni	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /75	44/75	71/87	52/80	. /. .	. .
118	Singapour	100	100	. .	100	100	. .	83/99	87/85	88/85	57/87	. /. .	. .
119	France	. .	. .	. .	. .	. .	. .	80/80	79/95	80/95	. /60	. /. .	. .
120	Suisse	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /90	. /98	. /90	. /. .	. .
121	Danemark	. .	. .	. .	. .	. .	. .	95/. .	85/99	97/100	. /80	. /. .	. .
122	Irlande	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /80	36/77	76/72	. /68	. /. .	. .
123	Allemagne	. .	. .	. .	. .	. .	. .	54/84	58/95	83/95	50/60	. /. .	. .
124	Canada	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	. /85[x]	. /85[x]	. /85[x]	. /. .	. .
125	Pays-Bas	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /. .	97/94	97/94	93/93	. /. .	. .
126	Hong Kong	100	100	96	99[x]	. .	. .	99/99	84/88	94/96	. /41	. /. .	. .
127	Finlande	. .	. .	. .	. .	. .	. .	90/91	92/90	90/90	70/95	. /. .	. .
128	Suède	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. /14[x]	99/99[x]	99/98[x]	56/94[x]	. /. .	. .
129	Japon	. .	. .	. .	. .	. .	. .	85/85	. /87	. /93	. /77	. /. .	. .

TABLEAU 4: ÉDUCATION

		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		1988		1960 (brut)		1986-1989 (brut)		1986-1989 (net)			1986-1989 (brut)	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Radio	TV	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	1985-1987	Garçons	Filles
	Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 140) Médiane	**27**	**8**	**49**	**24**	**93**	**6**	**35**	**16**	**70**	**50**	**52**	**38**	**50**	**19**	**9**
1	Mozambique	29	14	45	21	39	1	60	36	76	59	49	41	34	7	4
2	Afghanistan	13	2	44	14	102	8	15	2	33	17	. .	. .	78	10	7
3	Angola	16	7	56	29	50	6	. .	. .	101	85	. .	. .	24	17	9
4	Mali	11	4	41	24	38	. .	14	6	29	17	23	14	40	9	4
5	Sierra Leone	18	8	31	11	218	9	30	. .	65	40	. .	. .	. .	23	11
6	Malawi	42	18	. .	. .	242	. .	. .	45	79	65	56	47	31	5	3
7	Guinée-Bissau	13	6	50	24	38	. .	. .	. .	69	37	52	29	19	9	3
8	Guinée	21	7	35	13	34	3	44	16	42	19	31	15	43	13	4
9	Burkina Faso	13	3	28	9	25	5	12	5	41	24	34	20	68	8	4
10	Niger	6	2	40	17	63	4	7	3	38	21	. .	. .	75	8	3
11	Ethiopie	8	. .	. .	. .	193	2	11	3	44	28	31	22	50	18	12
12	Tchad	20	2	42	18	235	1	29	4	73	29	52	23	78	10	2
13	Somalie	5	1	27[x]	9[x]	40	0	13	13	20	10	14	8	33*	. .	. .
14	Mauritanie	. .	. .	47	21	143	1	13	3	61	43	. .	. .	78	23	10
15	Libéria	27	8	50	29	225	18	45	18	43	24	. .	. .	. .	. .	. .
16	Rwanda	43	21	64	37	57	. .	. .	. .	67	64	63	63	46	7	5
17	Cambodge	. .	. .	48	22	107	8	. .	. .	. .	. .	. .	. .	50*	45	20
18	Burundi	29	10	61	40	56	0	27	9	68	50	52	37	87	6	3
19	Bhoutan	. .	. .	51	25	15	. .	5	. .	31	20	. .	. .	. .	7	2
20	Népal	23	3	38	13	33	2	19	1	112	57	84	35	27*	35	17
21	Yémen	14	3	47[y]	21[y]	44	12	. .	. .	132	39	. .	. .	31[y]	42	7
22	Sénégal	18	5	52	25	111	34	36	. .	70	49	59	41	85	19	10
23	Bangladesh	36	12	47	22	41	4	66	26	76	64	67	44	20	24	11
24	Madagascar	56	43	88	73	196	6	58	45	99	95	67	65	48*	23	19
25	Soudan	28	6	43	12	233	53	35	14	58[x]	41[x]	23[x]	17[x]	76	23	17
26	Tanzanie, Rép.-Unie de	48	18	93[y]	88[y]	20	1	33	18	67	66	50	51	71	5	3
27	Rép. centrafricaine	26	6	52	25	62	3	53	12	83	51	59	39	56	17	6
28	Namibie	. .	. .	. .	. .	125	11	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
29	Nigéria	35	14	62	40	164	6	46	27	68	63	. .	. .	63*	28	18
30	Gabon	43	22	74	49	135	23	. .	. .	. .	. .	. .	. .	44	. .	. .
31	Ouganda	52	30	62	35	99	6	. .	32	76	63	43	38	76	16	9
32	Bolivie	68	46	85	71	574	77	78	50	97	85	88	78	60	40	35
33	Pakistan	30	11	47	21	86	13	46	13	51	28	. .	. .	49[y]	26	11
34	Rép.dém.pop.lao	37	28	. .	. .	124	3	34	16	122	98	. .	. .	38*	23	22
35	Cameroun	47	19	66	43	126	12	87	43	119	102	85	74	70	32	21
36	Bénin	23	8	32	16	76	4	38	15	83	43	66	34	36	23	9
37	Togo	27	7	56	31	179	6	63	24	124	78	87	59	52	36	12
38	Inde	47	20	62	34	78	7[x]	80	40	114	83	. .	. .	40*	50	29
	Pays à TMM5 élevé (71-140) Médiane	**55**	**37**	**76**	**60**	**164**	**55**	**68**	**52**	**100**	**92**	**84**	**80**	**67**	**35**	**35**
39	Ghana	43	18	70	51	294	13	52	25	81	66	. .	. .	. .	49	30
40	Côte d'Ivoire	26	10	67	40	128	54	68	24	82	58	. .	. .	73	26	12
41	Haïti	26[x]	17[x]	59	47	40	4	50	42	86	80	44	42	32	20	17
42	Zaïre	61	22	84	61	99	1	88	32	86	65	. .	. .	60	32	14
43	Lesotho	49	74	. .	. .	68	1	63	102	101	123	. .	. .	52	20	30
44	Zambie	66	37	81	65	74	15	51	34	102	92	. .	. .	80	. .	. .
45	Pérou	81	60	92	79	241	85	95	71	125	120	. .	. .	70	68	61
46	Jamahiriya arabe libyenne	60	13	75	50	223	70	92	24	. .	. .	. .	. .	82	. .	. .
47	Maroc	34	10	61	38	207	55[x]	67	27	80	53	65	46	67	43	30
48	Congo	50	19	70	44	122	3	103	53	. .	. .	. .	. .	71	37*	14*
49	Kenya	44	19	80	59	91	6	64	30	95	91	. .	. .	51	27	19
50	Algérie	39	11	70	46	229	71	55	37	105	87	97	81	90	61	53
51	Indonésie	66	42	84	62	146	41	86	58	121	117	100	97	80	53	43
52	Guatemala	51	37	63	47	63	37	50	39	82	70	. .	. .	36	21	19
53	Arabie saoudite	15	2	73	48	280	269	22	. .	78	65	64	48	90	52	35
54	Afrique du Sud	. .	. .	. .	. .	323	98	94	85	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
55	Myanmar	85	57	89	72	79	2	61	52	106	100	. .	. .	33*	25	23
56	El Salvador	61	53	76	70	402	84	. .	. .	79	81	71	62	31	27	31
57	Zimbabwe	63	47	74	60	85	22	. .	. .	130	126	100	100	74	49	42
58	Iraq	50	18	70	49	200	68	94	36	104	87	90	82	73	60	37
59	Egypte	50	20	63	34	312	84	80	52	100	79	. .	. .	95	79	58
60	Botswana	37	44	84	65	134	7	35	48	114	120	94	100	89	31	36
61	Turquie	69	34	90	71	161	172	90	58	121	113	. .	. .	97	57	34
62	Mongolie	87	74	. .	. .	130	32	79	78	100	103	. .	. .	. .	88	96
63	Honduras	55	50	76	71	383	68	68	67	104	108	89	94	43	28	36

Note : Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1990 (voir tableau 1).

		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		1988		1960 (brut)		1986-1989 (brut)		1986-1989 (net)			1986-1989 (brut)	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Radio	TV	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	1985-1987	Garçons	Filles
64	Equateur	75	68	88	84	293	81	87	79	118	116	. .	. .	63	55	57
65	Brésil	69	63	83	80	371	194	97	93	. .	. .	. .	. .	22	32	42
66	Papouasie-Nouvelle-Guinée	39	24	65	38	64	2	59	7	79	67	78	. .	62	16	10
67	Nicaragua	58	57	. .	. .	246	61	65	66	94	104	74	79	35	29	58
68	Rép. dominicaine	69	65	85	82	166	81	99	98	99	103	. .	78	35	. .	. .
	Pays à TMM5 moyen (21-70) Médiane	**83**	**74**	**90**	**86**	**241**	**110**	**100**	**92**	**106**	**104**	**96**	**89**	**87**	**57**	**58**
69	Philippines	84	81	90	90	135	37	98	93	109	111	97	94	75	66	71
70	Viet Nam	. .	. .	92	84	103	34	. .	. .	107	94	. .	. .	57*	44	41
71	Tunisie	44	17	74	56	180	69	88	43	121	105	100	89	72	46	38
72	Paraguay	85[x]	75[x]	92	88	166	24	105	90	106	102	91	84	50	30	29
73	Rép. arabe syrienne	60	20	78	51	244	59	89	39	115	104	100	94	89	69	47
74	Iran, Rép. islamique d'	40	17	65	43	237	53	56	27	123	109	99	89	87	57	44
75	Liban	79[x]	58[x]	88	73	773	302	105	99	105	95	. .	. .	. .	57	56
76	Jordanie	64	29	89	70	238	70	94	59	98	99	88	88	96	80	78
77	Colombie	79	76	88	86	170	110	77	77	112	115	72	74	57	55	56
78	Mexique	78	69	90	85	241	124	82	77	118	115	. .	. .	69	54	53
79	Oman	. .	. .	. .	. .	649	740	. .	. .	105	95	85	77	92	46	34
80	Venezuela	79	71	87	90	428	147	100	100	. .	107	107	88	90	48	59
81	Chine	. .	. .	84	62	184	24	. .	. .	142	126	100	95	77*	50	37
82	Albanie	. .	. .	. .	. .	168	83	102	86	100	99	. .	. .	. .	80	71
83	Argentine	94	92	96	95	666	217	98	99	107	114	. .	. .	. .	69	78
84	Corée, Rép.pop.dém.de	. .	. .	. .	. .	111	12	. .	. .	100	100	. .	. .	99	100	100
85	Sri Lanka	85	69	93	84	191	32	100	90	108	105	100	100	94	63	74
86	Thaïlande	86	72	96	90	177	104	88	79	98	94	. .	. .	64*	32	28
87	Roumanie	96	91	. .	. .	291	174[x]	101	95	. .	. .	. .	. .	. .	79	80
88	URSS	98	97	. .	. .	686	319	100	100	106	104	. .	. .	98	. .	. .
89	Panama	81	81	88	88	222	164	98	94	108	104	90	89	82	56	63
90	Emirats arabes unis	24	7	58*	38*	321	107	. .	. .	104	104	93	89	88	55	68
91	Corée, Rép. de	94	81	99	94	986	203	99	89	107	108	100	99	99	91	83
92	Malaisie	71	48	87	70	438	142	108	83	102	102	. .	. .	99	59	57
93	Maurice	77	59	. .	. .	264[x]	188[x]	103	93	104	105	94	95	98	53	53
94	Chili	90	88	94	93	338	183	111	107	101	99	. .	. .	85	72	78
95	Uruguay	93[x]	93[x]	97	96	595	173	111	111	110	108	. .	. .	86	68	76
96	Yougoslavie	92	76	97	88	195[x]	179[x]	113	108	95	94	. .	. .	98	82	79
97	Costa Rica	88	87	93	93	259	80	97	95	100	97	85	85	76	40	43
	Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 20) Médiane	**95**	**89**	**. .**	**. .**	**586**	**379**	**105**	**103**	**102**	**102**	**97**	**97**	**95**	**86**	**87**
98	Jamaïque	96	97	98	99	401	110	92	93	102	105	96	99	82	62	68
99	Koweït	65	42	77	67	329	262	131	102	94	91	. .	77	90	86	79
100	Pologne	98	97	. .	. .	294[x]	263[x]	110	107	101	101	99	99	93	78	82
101	Bulgarie	94	89	. .	. .	224[x]	189[x]	94	92	105	103	. .	. .	86	75	76
102	Trinité-et-Tobago	95	89	. .	. .	458	297	. .	. .	99	100	87	88	84	80	85
103	Hongrie	98	98	. .	. .	590	404	103	100	97	97	94	96	92	69	70
104	Portugal	78	65	89	82	215	160[x]	132	129	131	123	. .	. .	. .	47	56
105	Cuba	86	87	95	93	337	203	109	109	107	101	97	94	91	85	96
106	Tchécoslovaquie	. .	. .	. .	. .	274[x]	395	93	93	95	96	. .	. .	93	27	49
107	Nouvelle-Zélande	. .	. .	. .	. .	917	372	110	106	107	106	100	100	. .	84	86
108	Israël	93	83	. .	. .	468	265	99	97	94	97	. .	. .	. .	79	87
109	Grèce	93	76	98	89	415	175[x]	104	101	106	106	91	92	99	89	80
110	Etats-Unis d'Amérique	99	99	. .	. .	2120	812	. .	. .	101	100	97	97	. .	98	99
111	Italie	95	93	98	96	790	419	112	109	. .	. .	97	98	100	76	76
112	Norvège	. .	. .	. .	. .	795	350[x]	100	100	95	95	97	97	100	92	97
113	Australie	. .	. .	. .	. .	1273	484	103	103	106	105	97	98	. .	96	99
114	Espagne	93	87	97	93	302	380	106	116	113	113	98	98	98	97	107
115	Belgique	99	99	. .	. .	466[x]	320[x]	111	108	99	100	82	83	78	99	100
116	Autriche	. .	. .	. .	. .	627	487	106	104	102	101	. .	. .	95	78	81
117	Royaume-Uni	. .	. .	. .	. .	1146	435	92	92	105	106	97	97	. .	82	85
118	Singapour	92	55	. .	. .	307[x]	360	121	113	110	107	100	100	95	70	71
119	France	99	98	. .	. .	895	399	144	143	114	113	100	100	94	89	96
120	Suisse	. .	. .	. .	. .	401[x]	408	118	118	. .	. .	. .	. .	99	. .	. .
121	Danemark	. .	. .	. .	. .	452[x]	526	103	103	98	99	. .	. .	100	106	107
122	Irlande	. .	. .	. .	. .	581	260	107	112	100	100	. .	. .	. .	91	101
123	Allemagne	. .	. .	. .	. .	895	378[x]	. .	. .	103	102	. .	. .	99	92	88
124	Canada	. .	. .	. .	. .	960	586	108	105	106	104	97	97	. .	104	104
125	Pays-Bas	. .	. .	. .	. .	912	478	105	104	114	116	85	88	94	105	103
126	Hong Kong	90[x]	64[x]	. .	. .	634	247	93	79	106	105	. .	95	98[x]	71	76
127	Finlande	. .	. .	. .	. .	997	486	100	95	102	101	. .	. .	98	98	114
128	Suède	. .	. .	. .	. .	875	395[x]	95	96	100	100	. .	. .	100	90	92
129	Japon	99	99	. .	. .	863	589	103	102	102	102	100	100	100	95	97

TABLEAU 5: INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

		Population (millions) 1990		Taux annuel d'accroissement de la population (%)		Taux brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité 1990	Pourcentage de la population urbaine 1990	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
		moins de 16 ans	moins de 5 ans	1965-1980	1980-1990	1960	1990	1960	1990	1960	1990			1965-1980	1980-1990
	Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 140) Médiane	**655T**	**241T**	**2.5**	**2.8**	**26**	**16**	**48**	**47**	**39**	**50**	**6.6**	**27**	**5.4**	**5.6**
1	Mozambique	7.2	2.8	2.5	2.6	26	18	47	45	37	48	6.3	27	11.8	9.7
2	Afghanistan	7.3	3.0	2.4	0.3	30	23	52	51	33	43	6.9	18	6.0	1.8
3	Angola	4.7	1.8	2.8	2.6	31	19	50	47	33	46	6.4	28	6.4	5.6
4	Mali	4.5	1.8	2.1	2.9	29	20	52	51	35	45	7.1	19	4.9	4.0
5	Sierra Leone	1.9	0.8	2.0	2.4	33	23	48	48	32	42	6.5	32	4.3	5.1
6	Malawi	4.4	1.8	2.9	3.5	28	20	54	56	38	48	7.6	12	7.8	6.0
7	Guinée-Bissau	0.4	0.2	1.2	1.9	29	22	40	43	34	43	5.8	20	1.7	3.5
8	Guinée	2.8	1.1	1.9	2.5	31	21	53	51	34	44	7.0	26	6.6	5.5
9	Burkina Faso	4.2	1.6	2.0	2.6	28	18	52	47	36	48	6.5	9	3.4	5.1
10	Niger	3.9	1.5	2.7	3.2	29	20	53	52	35	46	7.1	19	6.9	7.1
11	Ethiopie	23.5	9.3	2.7	2.4	28	20	51	49	36	46	6.8	13	6.6	4.5
12	Tchad	2.6	1.0	2.0	2.4	30	19	46	44	35	47	5.8	30	9.2	6.2
13	Somalie	3.7	1.4	2.7	3.4	28	19	49	49	36	46	6.6	36	6.1	5.7
14	Mauritanie	0.9	0.4	2.3	2.7	28	18	48	46	35	47	6.5	47	12.4	7.4
15	Libéria	1.2	0.5	3.0	3.2	25	15	50	47	41	54	6.8	46	6.2	5.9
16	Rwanda	3.7	1.5	3.3	3.4	22	16	50	51	42	50	8.1	8	6.3	7.7
17	Cambodge	3.0	1.4	0.3	2.5	21	16	45	39	42	50	4.6	12	1.9	3.8
18	Burundi	2.6	1.0	1.9	2.8	23	17	46	47	41	49	6.8	6	1.8	5.4
19	Bhoutan	0.6	0.2	1.6	2.0	25	16	43	38	38	49	5.5	5	3.7	5.0
20	Népal	8.5	3.1	2.4	2.5	26	14	46	38	38	52	5.7	10	5.1	7.0
21	Yémen	6.1	2.4	2.3	3.5	28	15	53	52	36	51	7.7	29	6.4	7.1
22	Sénégal	3.5	1.3	2.5	2.8	27	17	50	45	37	48	6.3	38	4.1	3.7
23	Bangladesh	53.5	19.0	2.7	2.7	23	15	47	41	40	52	5.3	16	8.0	6.5
24	Madagascar	5.7	2.2	2.5	3.1	24	13	48	45	41	55	6.6	24	5.7	5.8
25	Soudan	11.9	4.5	3.0	3.0	25	15	47	44	39	51	6.4	22	5.1	4.1
26	Tanzanie, Rép.-Unie de	14.0	5.6	3.3	3.7	24	13	51	50	41	54	7.1	33	8.7	10.6
27	Rép. centrafricaine	1.4	0.6	1.8	2.7	26	17	43	45	39	50	6.2	47	4.8	4.7
28	Namibie	0.9	0.3	1.0	3.1	23	11	46	43	42	58	5.9	28	1.9	5.1
29	Nigéria	53.8	21.1	2.5	3.2	25	15	52	48	40	52	6.8	35	4.8	5.9
30	Gabon	0.4	0.2	3.5	3.7	24	16	31	41	41	53	5.2	46	4.2	6.2
31	Ouganda	9.7	3.9	2.9	3.6	21	15	50	52	43	52	7.3	10	4.1	5.4
32	Bolivie	3.4	1.3	2.5	2.7	22	13	46	42	43	55	5.9	51	2.9	4.2
33	Pakistan	58.4	23.0	3.1	3.6	24	12	49	44	43	58	6.2	32	4.3	4.9
34	Rép.dém.pop.lao	1.9	0.7	0.6	2.6	23	16	45	45	40	50	6.7	19	4.8	5.8
35	Cameroun	5.8	2.3	2.7	3.1	25	14	44	47	39	54	6.9	41	8.1	5.8
36	Bénin	2.3	0.9	2.7	2.9	33	19	47	49	35	47	7.1	38	10.2	4.7
37	Togo	1.7	0.6	3.0	3.0	26	13	48	45	39	54	6.6	26	7.2	6.2
38	Inde	329.0	114.4	2.3	2.1	21	11	43	32	44	59	4.2	27	3.6	3.7
	Pays à TMM5 élevé (71-140) Médiane	**326T**	**114T**	**2.8**	**2.8**	**20**	**9**	**49**	**38**	**46**	**62**	**5.2**	**46**	**4.7**	**4.4**
39	Ghana	7.1	2.8	2.2	3.4	19	13	48	44	45	55	6.3	33	3.4	4.1
40	Côte d'Ivoire	6.0	2.4	4.2	3.8	25	14	53	50	39	53	7.4	40	8.7	5.3
41	Haïti	2.8	1.0	2.0	1.9	24	13	42	36	42	56	4.9	28	4.0	3.7
42	Zaïre	17.2	6.6	2.8	3.0	23	14	47	46	41	53	6.1	39	7.2	4.5
43	Lesotho	0.8	0.3	2.3	2.8	24	12	43	41	42	57	5.8	20	14.6	6.8
44	Zambie	4.3	1.8	3.1	3.9	23	13	50	51	42	54	7.2	50	7.1	6.1
45	Pérou	8.6	2.9	2.8	2.2	19	8	47	30	48	63	3.8	70	4.1	3.1
46	Jamahiriya arabe libyenne	2.2	0.8	4.6	4.0	19	9	49	44	47	62	6.8	70	9.7	6.2
47	Maroc	10.7	3.8	2.5	2.6	21	9	50	34	47	62	4.5	48	4.2	4.1
48	Congo	1.1	0.4	2.7	3.1	23	14	45	46	42	54	6.3	40	3.5	4.3
49	Kenya	12.6	4.7	3.6	3.7	23	11	53	47	45	60	6.9	24	9.0	7.5
50	Algérie	11.5	3.8	3.1	2.9	20	8	51	35	47	65	5.1	52	3.8	4.6
51	Indonésie	70.0	22.8	2.3	2.0	23	9	44	28	41	61	3.3	31	4.7	5.2
52	Guatemala	4.4	1.6	2.8	2.8	20	8	49	40	46	63	5.6	39	3.6	3.4
53	Arabie saoudite	6.7	2.5	4.6	4.1	23	7	49	42	44	65	7.1	77	8.5	5.6
54	Afrique du Sud	13.8	4.9	2.4	2.2	17	9	42	31	49	62	4.3	59	2.6	3.4
55	Myanmar	16.4	5.6	2.3	2.1	21	9	42	30	44	61	3.9	25	2.8	2.4
56	El Salvador	2.5	0.8	2.7	1.5	16	8	49	36	51	64	4.7	44	3.5	2.2
57	Zimbabwe	4.6	1.7	3.1	3.1	20	10	53	41	45	60	5.6	28	7.5	5.4
58	Iraq	9.2	3.4	3.4	3.5	20	7	49	42	49	65	6.1	71	5.3	4.3
59	Egypte	21.7	7.6	2.4	2.5	21	10	45	33	46	60	4.3	47	2.9	3.1
60	Botswana	0.7	0.3	3.5	3.7	21	11	52	46	46	60	6.7	28	15.4	9.7
61	Turquie	20.5	7.1	2.4	2.3	18	8	45	28	50	65	3.5	61	4.3	5.7
62	Mongolie	1.0	0.3	3.0	2.8	18	8	43	35	47	63	4.9	52	4.5	2.9
63	Honduras	2.4	0.9	3.2	3.4	19	8	51	39	46	65	5.2	44	5.5	5.3

Note : Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1990 (voir tableau 1).

		Population (millions) 1990		Taux annuel d'accroissement de la population (%)		Taux brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité	Pourcentage de la population urbaine	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
		moins de 16 ans	moins de 5 ans	1965-1980	1980-1990	1960	1990	1960	1990	1960	1990	1990	1990	1965-1980	1980-1990
64	Equateur	4.4	1.5	3.1	2.6	15	7	46	32	53	66	4.1	56	5.1	4.4
65	Brésil	56.1	19.0	2.4	2.1	13	8	43	27	55	66	3.3	75	4.5	3.4
66	Papouasie-Nouvelle-Guinée	1.7	0.6	2.3	2.3	23	11	44	34	41	55	5.0	16	8.4	4.2
67	Nicaragua	1.9	0.7	3.1	3.3	18	7	51	40	47	65	5.3	60	4.6	4.5
68	Rép. dominicaine	2.9	1.0	2.7	2.3	16	7	50	30	52	67	3.5	60	5.3	4.1
	Pays à TMM5 moyen (21-70) Médiane	**634T**	**214T**	**2.5**	**2.0**	**13**	**6**	**43**	**26**	**57**	**70**	**3.0**	**54**	**4.0**	**3.2**
69	Philippines	26.4	9.2	2.9	2.6	15	7	46	32	53	64	4.1	43	4.0	3.9
70	Viet Nam	27.7	9.3	1.0	2.2	23	9	42	31	44	63	3.9	22	4.1	3.4
71	Tunisie	3.3	1.1	2.1	2.5	19	7	47	29	48	67	3.7	54	4.2	2.9
72	Paraguay	1.8	0.7	2.8	3.1	9	7	43	34	64	67	4.5	47	3.2	4.4
73	Rép. arabe syrienne	6.3	2.4	3.4	3.5	18	6	47	44	50	66	6.5	50	4.5	4.3
74	Iran, Rép. islamique d'	25.2	8.2	3.2	3.4	21	7	47	34	50	66	5.0	57	5.5	4.7
75	Liban	1.0	0.4	1.6	0.1	14	8	43	31	60	66	3.6	84	4.6	1.1
76	Jordanie	1.9	0.7	2.6	3.2	23	6	50	39	47	67	5.8	68	5.3	4.4
77	Colombie	12.6	4.1	2.2	2.0	13	6	45	27	57	69	3.0	70	3.5	2.9
78	Mexique	35.1	11.6	3.1	2.3	12	6	46	28	57	70	3.3	73	4.5	3.2
79	Oman	0.7	0.3	3.6	4.2	28	7	51	44	40	66	7.1	11	8.1	7.9
80	Venezuela	8.0	2.7	3.5	2.7	10	5	45	30	60	70	3.6	90	4.5	3.6
81	Chine	324.3	112.3	2.2	1.3	19	7	37	21	47	70	2.4	33	2.6	6.7
82	Albanie	1.1	0.4	2.5	1.9	10	6	41	23	62	72	2.9	35	3.4	2.4
83	Argentine	10.3	3.2	1.6	1.4	9	9	24	21	65	71	2.9	86	2.2	1.8
84	Corée, Rép.pop.dém.de	6.7	2.4	2.7	1.8	13	5	42	24	54	70	2.5	60	4.6	2.3
85	Sri Lanka	6.0	1.8	1.8	1.5	9	6	36	22	62	71	2.6	21	2.3	1.4
86	Thaïlande	19.4	5.7	2.7	1.8	15	7	44	21	52	66	2.4	23	4.6	4.4
87	Roumanie	5.8	1.7	1.1	0.5	9	11	20	15	65	71	2.1	53	3.4	1.2
88	URSS	77.9	25.3	0.9	0.8	7	10	24	18	68	71	2.3	66	2.2	1.3
89	Panama	0.9	0.3	2.6	2.1	10	5	41	26	61	72	3.0	53	3.4	2.8
90	Emirats arabes unis	0.5	0.2	16.1	4.5	19	4	46	22	53	70	4.6	78	18.9	4.1
91	Corée, Rép. de	11.9	3.3	1.9	1.2	14	6	43	16	54	70	1.7	72	5.7	3.5
92	Malaisie	7.2	2.6	2.5	2.6	15	5	44	30	54	70	3.8	43	4.5	4.8
93	Maurice	0.3	0.1	1.6	1.1	10	6	44	18	59	70	1.9	40	4.0	0.7
94	Chili	4.3	1.5	1.8	1.7	13	6	37	23	57	72	2.7	86	2.6	2.2
95	Uruguay	0.9	0.3	0.4	0.6	10	10	22	17	68	72	2.4	85	0.7	0.8
96	Yougoslavie	5.7	1.7	0.9	0.7	10	9	24	14	63	73	1.9	56	3.0	2.8
97	Costa Rica	1.1	0.4	2.6	2.8	10	4	47	27	62	75	3.1	47	3.7	3.7
	Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 20) Médiane	**192T**	**59T**	**0.8**	**0.5**	**9**	**10**	**20**	**13**	**69**	**76**	**1.8**	**76**	**1.9**	**1.2**
98	Jamaïque	0.9	0.3	1.5	1.4	10	6	39	23	63	73	2.5	52	3.4	2.5
99	Koweït	0.8	0.3	7.0	3.9	10	2	44	27	60	73	3.7	96	8.2	4.5
100	Pologne	10.3	3.0	0.8	0.8	8	10	24	16	67	72	2.2	62	1.8	1.4
101	Bulgarie	1.9	0.6	0.5	0.2	9	12	18	13	68	73	1.9	68	2.8	1.2
102	Trinité-et-Tobago	0.5	0.2	1.3	1.7	9	6	38	25	64	72	2.8	69	5.0	3.6
103	Hongrie	2.3	0.6	0.4	-0.1	10	13	16	12	68	71	1.8	61	1.8	1.2
104	Portugal	2.4	0.7	0.6	0.5	11	10	24	13	63	74	1.7	34	2.0	1.8
105	Cuba	2.6	0.9	1.5	0.9	9	7	31	18	64	75	1.9	75	2.7	1.9
106	Tchécoslovaquie	3.9	1.1	0.5	0.2	10	12	17	14	70	72	2.0	77	1.9	1.6
107	Nouvelle-Zélande	0.8	0.3	1.3	0.9	9	8	26	16	71	75	2.0	84	1.5	0.9
108	Israël	1.5	0.5	2.8	1.7	6	7	27	22	69	76	2.9	92	3.5	2.0
109	Grèce	2.1	0.6	0.7	0.4	8	10	19	12	69	76	1.7	62	2.5	1.2
110	Etats-Unis d'Amérique	56.9	18.3	1.0	0.9	9	9	23	15	70	76	1.8	75	1.2	1.1
111	Italie	10.4	2.8	0.6	0.1	10	10	18	10	69	76	1.4	69	1.0	0.4
112	Norvège	0.9	0.3	0.6	0.3	9	11	18	13	73	77	1.7	75	5.0	0.9
113	Australie	4.0	1.2	1.8	1.4	9	8	22	15	71	77	1.8	85	0.2	1.3
114	Espagne	8.5	2.3	1.0	0.4	9	9	21	13	69	77	1.6	78	2.4	1.2
115	Belgique	1.9	0.6	0.3	0.0	12	12	17	12	70	75	1.6	97	0.5	0.2
116	Autriche	1.4	0.4	0.3	0.0	13	12	18	12	69	75	1.5	58	0.1	0.7
117	Royaume-Uni	11.6	3.8	0.2	0.2	12	12	17	14	71	76	1.8	89	0.5	0.2
118	Singapour	0.7	0.2	1.6	1.2	8	5	38	17	65	74	1.8	100	1.6	1.2
119	France	12.1	3.8	0.7	0.4	12	10	18	14	70	76	1.8	74	2.7	0.5
120	Suisse	1.2	0.4	0.5	0.4	10	10	18	12	71	77	1.5	60	1.2	0.9
121	Danemark	0.9	0.3	0.5	0.0	9	11	17	11	72	76	1.5	87	1.1	0.4
122	Irlande	1.1	0.3	1.2	0.9	12	9	22	18	70	75	2.4	57	2.2	1.2
123	Allemagne	13.2	4.3	0.2	-0.1	12	12	17	11	70	75	1.5	85	0.9	0.2
124	Canada	5.9	1.8	1.3	1.0	8	8	26	14	71	77	1.7	77	1.5	1.2
125	Pays-Bas	2.9	0.9	0.9	0.6	8	9	21	13	73	77	1.6	89	1.5	0.6
126	Hong Kong	1.3	0.4	2.1	1.5	7	6	35	13	66	77	1.4	94	2.3	1.8
127	Finlande	1.0	0.3	0.3	0.4	9	10	19	12	68	75	1.7	60	2.5	0.4
128	Suède	1.6	0.5	0.5	0.2	10	12	15	13	73	77	1.9	84	1.0	0.3
129	Japon	24.7	6.8	1.2	0.6	8	7	18	11	68	79	1.7	77	2.1	0.7

TABLEAU 6: INDICATEURS ÉCONOMIQUES

		PNB par habitant (dollars) 1989	Croissance annuelle moyenne du PNB par habitant (%) 1965-1980	1980-1989	Taux d'inflation (%) 1980-1989	Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté absolue 1980-1989 urbaine	rurale	Pourcentage des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs 1986-1990 santé	éducation	défense	Apport d'APD en millions de dollars 1989	Apport d'APD en pourcentage du PNB du pays bénéficiaire 1989	Service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services 1970	1989
	Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 140) Médiane	**290**	**0.8**	**-1.1**	**8**	**36**	**61**	**5**	**12**	**16**	**320**	**13**	**4**	**14**
1	Mozambique	80	. .	-6.0	35	50*	67*	5*	10*	35*	759	64	. .	17
2	Afghanistan	280x	0.6	. .	. .	18x	36x	. .	. .	. .	95	. .	. .	. .
3	Angola	610	. .	. .	. .	. .	. .	6*	15*	34*	140	2	. .	. .
4	Mali	270	2.1x	1.0	4	27x	48x	4*	17*	17*	470	22	1	10
5	Sierra Leone	220	0.7	-3.2	54	. .	65x	6	13	3	99	12	11	6x
6	Malawi	180	3.2	-0.1	15	25	85	7	11	7	394	27	8	17
7	Guinée-Bissau	180	. .	1.5	. .	. .	. .	. .	. .	. .	102	59	. .	27
8	Guinée	430	1.3	. .	. .	. .	. .	3*	11*	29*	346	15	. .	13
9	Burkina Faso	320	1.7	2.3	5	. .	. .	5	14	18	284	10	7	8
10	Niger	290	-2.5	-5.0	3	. .	35x	. .	. .	. .	296	13	4	9
11	Ethiopie	120	0.4	-1.1	2	60	65	. .	. .	. .	702	12	11	34
12	Tchad	190	-1.9	3.9	2	30x	56x	8*	8*	. .	. .	. .	4	2
13	Somalie	170	-0.1	-1.3	43	40x	70x	1*	2*	38*	440	43	2	18
14	Mauritanie	500	-0.1	-2.2	9	. .	. .	4*	23*	. .	195	20	3	16
15	Libéria	450x	0.5	5.2x	. .	. .	23x	7	16	9	58	. .	8	. .
16	Rwanda	320	1.6	-1.9	4	30x	90x	5*	26*	. .	238	11	1	14
17	Cambodge	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	25	. .	. .	. .
18	Burundi	220	2.4	1.6	4	55x	85x	4*	16*	16*	198	17	2	30
19	Bhoutan	190x	. .	7.8x	. .	. .	. .	5*	8*	. .	40	. .	. .	. .
20	Népal	180	0.0	2.1	9	55x	61x	6	9	7	488	15	3	14
21	Yémen	650	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	338	5	. .	17
22	Sénégal	650	-0.5	0.0	7	. .	. .	. .	. .	. .	652	14	3	21
23	Bangladesh	180	-0.3	0.7	11	86x	86x	10	11	10	1791	9	. .	13
24	Madagascar	230	-0.4	-2.6	18	50x	50x	. .	. .	. .	320	13	4	37
25	Soudan	420x	0.8	-1.8x	34x	. .	85x	. .	. .	. .	760	. .	11	5
26	Tanzanie, Rép.-Unie de	130	0.8	-1.6	26	. .	. .	6	8	16	918	30	5	13
27	Rép. centrafricaine	390	0.8	-1.5	7	. .	. .	. .	. .	. .	189	17	5	6
28	Namibie	1030	. .	. .	13	. .	. .	14*	18*	5*	44	. .	. .	. .
29	Nigéria	250	4.2	-3.6	14	. .	. .	1	3	3	339	1	4	21
30	Gabon	2960	5.6	-2.6	-1	. .	. .	. .	. .	. .	134	4	6	9
31	Ouganda	250	-2.2	-1.0	108	. .	. .	2	15	26	397	9	3	45
32	Bolivie	620	1.7	-3.5	392	. .	. .	1	12	6	432	10	11	26
33	Pakistan	370	1.8	2.9	7	32x	29x	1	3	30	1119	3	24	16
34	Rép.dém.pop.lao	180	. .	0.0x	. .	. .	. .	. .	. .	. .	141	20	. .	11
35	Cameroun	1000	2.4	0.7	7	15x	40x	4	13	8	470	4	3	7
36	Bénin	380	-0.3	-1.8	8	. .	. .	. .	. .	. .	247	14	2	5
37	Togo	390	1.7	-2.4	5	42x	. .	5	20	11	182	13	3	12
38	Inde	340	1.5	3.2	8	29*	33*	2	3	19	1874	1	22	19x
	Pays à TMM5 élevé (71-140) Médiane	**885**	**2.8**	**-0.7**	**12**	**31**	**51**	**7**	**15**	**11**	**227**	**4**	**7**	**17**
39	Ghana	390	-0.8	-0.8	44	59*	37*	9	26	3	543	10	6	22
40	Côte d'Ivoire	790	2.8	-3.0	3	30	26	4	21	4	409	4	7	10
41	Haïti	360	0.9	-0.7	7	65	80	. .	. .	. .	198	8	59	6
42	Zaïre	260	-1.3	-1.6	59	. .	80x	4	6	14	637	7	4	4
43	Lesotho	470	6.8	-0.5	13	50x	55x	7	16	10	118	14	5	3
44	Zambie	390	-1.2	-3.8	38	25	. .	7	9	. .	388	13	6	11
45	Pérou	1010	0.8	-1.6	160	46*	83*	6	16	20	300	1	12	4
46	Jamahiriya arabe libyenne	5310	0.0	-9.9x	0	. .	. .	. .	. .	. .	11	0	. .	. .
47	Maroc	880	2.7	1.3	7	28x	45x	3	17	15	443	2	9	26
48	Congo	940	2.7	0.1	0	. .	. .	. .	. .	. .	91	4	12	23
49	Kenya	360	3.1	0.4	9	10x	55x	5*	19*	8*	967	11	6	19
50	Algérie	2230	4.2	0.0	5	20x	. .	. .	. .	. .	153	0	4	68
51	Indonésie	500	5.2	3.6	8	20*	16*	2	10	8	1830	2	7	27
52	Guatemala	910	3.0	-2.6	13	17*	51*	8*	13*	19*	256	3	7	16
53	Arabie saoudite	6020	4.0x	-5.9	-4	. .	. .	. .	. .	. .	16	0	. .	. .
54	Afrique du Sud	2470	3.2	-0.8	14	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
55	Myanmar	220x	1.6	. .	. .	40x	40x	8	12	19	220	. .	12	29
56	El Salvador	1070	1.5	-1.1	17	20	32	7	17	26	446	8	4	13
57	Zimbabwe	650	1.7	-0.8	11	. .	. .	8	23	16	266	4	2	20
58	Iraq	2340x	. .	. .	30x	. .	. .	. .	. .	. .	5	. .	. .	. .
59	Egypte	640	2.8	2.8x	11	34*	34*	3	12	20	1578	5	38	17
60	Botswana	1600	9.9	6.7x	12	40	55	6	18	8	162	8	1	4
61	Turquie	1370	3.6	3.0	41	. .	. .	2	13	10	122	0	22	28
62	Mongolie	780x	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	4	. .	. .	. .
63	Honduras	900	1.1	-1.2	5	31*	70*	. .	. .	. .	256	6	3	10

Note : Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1990 (voir tableau 1).

		PNB par habitant (dollars) 1989	Croissance annuelle moyenne du PNB par habitant (%) 1965-1980	1980-1989	Taux d'inflation (%) 1980-1989	Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté absolue 1980-1989 urbaine	rurale	Pourcentage des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs 1986-1990 santé	éducation	défense	Apport d'APD en millions de dollars 1989	Apport d'APD en pourcentage du PNB du pays bénéficiaire 1989	Service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services 1970	1989
64	Equateur	1020	5.4	-0.5	34	40	65	7	25	12	162	2	9	29
65	Brésil	2540	6.3	0.9	228	. .	. .	6	3	3	189	0	13	19
66	Papouasie-Nouvelle-Guinée	890	. .	-0.7	6	10[x]	75[x]	9	15	4	334	10	1	16
67	Nicaragua	830[x]	-0.7	-4.7[x]	87[x]	21[x]	19[x]	11*	9*	50*	227	. .	11	. .
68	Rép. dominicaine	790	3.8	-0.1	19	45[x]	43[x]	8*	10*	5*	141	3	4	7
	Pays à TMM5 moyen (21-70) Médiane	**1775**	**3.7**	**-0.2**	**14**	**18**	**20**	**5**	**14**	**8**	**91**	**0**	**11**	**15**
69	Philippines	710	3.2	-1.8	15	52*	64*	4	17	13	831	2	8	20
70	Viet Nam	240[x]	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	138	. .	. .	. .
71	Tunisie	1260	4.7	0.6	8	20[x]	15[x]	6	15	6	247	2	20	21
72	Paraguay	1030	4.1	-1.5	23	19[x]	50[x]	3	12	12	91	2	12	10
73	Rép. arabe syrienne	980	5.1	-2.1	15	. .	. .	2	10	40	139	1	11	19[x]
74	Iran, Rép. islamique d'	3200	2.9	. .	14	. .	. .	6	20	14	89	. .	. .	. .
75	Liban	2150[x]	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	132	. .	. .	. .
76	Jordanie	1640	5.8[x]	-3.0	2[x]	14[x]	17[x]	4	14	30	280	5	4	15
77	Colombie	1200	3.7	0.9	24	32*	70*	. .	. .	. .	62	0	12	38
78	Mexique	2010	3.6	-1.5	73	. .	. .	1	7	1	97	0	24	26
79	Oman	5220	9.0	5.3	-7	. .	. .	5	11	38	4	0	. .	. .
80	Venezuela	2450	2.3	-2.3	16	. .	. .	10	20	6	21	0	3	20
81	Chine	350	4.1	8.2	6	. .	13*	. .	. .	8*	2227	1	. .	8
82	Albanie	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	9	. .	. .	. .
83	Argentine	2160	1.7	-1.6	335	. .	. .	2	6	7	215	0	22	23
84	Corée, Rép.pop.dém.de	970[x]	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	50	. .	. .	. .
85	Sri Lanka	430	2.8	2.4	11	. .	. .	6	11	7	558	8	11	13
86	Thaïlande	1220	4.4	4.5	3	10*	25*	6	19	19	697	1	3	8
87	Roumanie	1620[x]	. .	. .	. .	. .	. .	1	2	5	. .	. .	. .	24[x]
88	URSS	4550[x]	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
89	Panama	1760	2.8	-2.1	3	21[x]	30[x]	20	19	8	17	0	8	0
90	Emirats arabes unis	18430	. .	-8.2	1	. .	. .	7	14	44	-6	0	. .	. .
91	Corée, Rép. de	4400	7.3	8.8	5	18[x]	11[x]	2	19	27	-9	0	20	7
92	Malaisie	2160	4.7	1.9	2	13	38	5*	. .	. .	139	0	4	12
93	Maurice	1990	3.7	5.3	9	12[x]	12[x]	9	14	1	57	3	3	6
94	Chili	1770	0.0	1.0	21	12*	20*	4*	12*	. .	61	0	19	15[x]
95	Uruguay	2620	2.5	-0.8	59	22*	. .	4	9	8	38	0	22	20
96	Yougoslavie	2920	5.2	-0.7	97	. .	. .	. .	. .	55	43	0	10	8
97	Costa Rica	1780	3.3	0.4	25	8*	20*	17*	13*	3*	224	5	10	15
	Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 20) Médiane	**14485**	**3.3**	**1.9**	**6**	**. .**	**. .**	**11**	**9**	**7**	**. .**	**. .**	**. .**	**. .**
98	Jamaïque	1260	-0.1	-1.7	19	. .	80	7*	11*	8*	258	9	3	16
99	Koweït	16150	0.6[x]	-2.1	-3	. .	. .	8	14	14	4	0	. .	. .
100	Pologne	1790	. .	1.8	38	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	9
101	Bulgarie	2320	. .	. .	1	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
102	Trinité-et-Tobago	3230	3.1	-7.3	6	. .	39[x]	. .	. .	. .	6	0	5	11
103	Hongrie	2590	5.1	1.4	8	. .	. .	2	2	5	. .	. .	. .	23[x]
104	Portugal	4250	4.6	2.1	19	. .	. .	. .	. .	. .	79	0	7	17
105	Cuba	1170[x]	. .	. .	. .	. .	. .	23*	10*	. .	27	. .	. .	. .
106	Tchécoslovaquie	3450	. .	. .	2	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
107	Nouvelle-Zélande	12070	1.7	0.9	11	. .	. .	12	11	5	. .	. .	. .	. .
108	Israël	9790	3.7	1.4	117	. .	. .	4	10	27	1192	3	3	. .
109	Grèce	5350	4.8	0.6	18	. .	. .	. .	. .	. .	33	0	9	26[x]
110	Etats-Unis d'Amérique	20910	1.8	2.2	4	. .	. .	13	2	25	. .	. .	. .	. .
111	Italie	15120	3.2	2.1	10	. .	. .	10	8	3	. .	. .	. .	. .
112	Norvège	22290	3.6	3.5	6	. .	. .	11	9	8	. .	. .	. .	. .
113	Australie	14360	2.2	1.8	8	. .	. .	10	7	9	. .	. .	. .	. .
114	Espagne	9330	4.1	2.4	9	. .	. .	13	6	6	. .	. .	. .	. .
115	Belgique	16220	3.6	1.7	5	. .	. .	2	13	5	. .	. .	. .	. .
116	Autriche	17300	4.0	1.9	4	. .	. .	13	9	3	. .	. .	. .	. .
117	Royaume-Uni	14610	2.0	2.9	6	. .	. .	13	2	13	. .	. .	. .	. .
118	Singapour	10450	8.3	5.7	2	. .	. .	4	19	21	95	0	1	. .
119	France	17820	3.7	1.6	7	. .	. .	21	8	6	. .	. .	. .	. .
120	Suisse	29880	1.5	1.8	4	. .	. .	13	3	10	. .	. .	. .	. .
121	Danemark	20450	2.2	2.2	6	. .	. .	1	9	5	. .	. .	. .	. .
122	Irlande	8710	2.8	0.8	8	. .	. .	13	11	3	. .	. .	. .	. .
123	Allemagne	20440[x]	3.0[x]	2.1[x]	3[x]	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .
124	Canada	19030	3.3	2.6	5	. .	. .	6	3	7	. .	. .	. .	. .
125	Pays-Bas	15920	2.7	1.3	2	. .	. .	11	12	5	. .	. .	. .	. .
126	Hong Kong	10350	6.2	5.7	7	. .	. .	8*	17*	. .	23	0	. .	. .
127	Finlande	22120	3.6	2.9	7	. .	. .	11	14	5	. .	. .	. .	. .
128	Suède	21570	2.0	2.0	7	. .	. .	1	9	7	. .	. .	. .	. .
129	Japon	23810	5.1	3.5	1	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .

TABLEAU 7: FEMMES

		Espérance de vie des femmes (comparée à celle des hommes, %) 1990	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, %) 1986-1989		Taux d'emploi de contraceptifs (%) 1980-1990	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (%) 1989-1990	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié 1983-1990	Taux de mortalité maternelle 1980-1990
				Enseign. primaire	Enseign. secondaire				
	Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 140) Médiane	**106.3**	**48**	**65**	**50**	**5**	**44**	**28**	**570**
1	Mozambique	106.5	47	78	57	4	25	28	300
2	Afghanistan	102.4	32	52	70	2[x]	3	9*	640*
3	Angola	106.8	52	84	53	1[x]	26	15	. .
4	Mali	109.3	59	59	44	3	31	27	2000
5	Sierra Leone	110.0	35	62	48	4*	77	25	450
6	Malawi	104.3	. .	82	60	7	82	45	170
7	Guinée-Bissau	107.3	48	54	33		44	. .	700[x]
8	Guinée	102.3	37	45	31	1[x]	10	25	800*
9	Burkina Faso	106.4	32	59	50	1	76	30	810
10	Niger	106.8	43	55	38	1[x]	44	47	700
11	Ethiopie	106.8	. .	64	67	2	43	14	. .
12	Tchad	106.7	43	40	20	1[x]	42	24[x]	960*
13	Somalie	109.1	33[x]	50	. .	. .	5	2	1100
14	Mauritanie	108.9	45	70	43	1	40	20	. .
15	Libéria	105.7	58	56	. .	6	20[x]	87	. .
16	Rwanda	106.3	58	96	71	10	87	22	210[x]
17	Cambodge	106.3	46	. .	44	. .	. .	47*	500
18	Burundi	106.4	66	74	50	7	56	19	. .
19	Bhoutan	96.0	49	65	29	. .	63	7	1310
20	Népal	98.1	34	51	49	14	28	6	830
21	Yémen	102.9	45[y]	30	17	. .	8	12	. .
22	Sénégal	104.3	48	70	53	5	45	41	600
23	Bangladesh	100.0	47	84	46	25	74	5	600
24	Madagascar	105.7	83	96	83	. .	60	62	570
25	Soudan	104.0	28	71[x]	74	9	14	60	550
26	Tanzanie, Rép.-Unie de	107.7	95[y]	99	60	1[x]	42	60	340[x]
27	Rép. centrafricaine	110.6	48	61	35	. .	87	66	600
28	Namibie	105.4	. .	. .	. .	. .	50	. .	370[y]
29	Nigéria	106.0	65	93	64	6	58	40[x]	800
30	Gabon	105.9	66	. .	. .	. .	86	80	190
31	Ouganda	108.0	56	83	56	5	31	38	300
32	Bolivie	109.6	84	88	88	30	20	42	600
33	Pakistan	100.0	45	55	42	8	87	40*	500
34	Rép.dém.pop.lao	106.3	. .	80	96	. .	10	. .	. .
35	Cameroun	105.8	65	86	66	2[x]	63	10	430
36	Bénin	108.9	50	52	39	9	83	45	160[x]
37	Togo	107.7	55	63	33	12	81	15*	420*
38	Inde	100.0	55	73	58	34	77	33	460
	Pays à TMM5 élevé (71-140) Médiane	**106.3**	**75**	**94**	**86**	**33**	**48**	**50**	**200**
39	Ghana	107.5	73	81	61	13	33	55*	1000
40	Côte d'Ivoire	105.8	60	71	46	3	63	20	. .
41	Haïti	105.6	80	93	85	7	23	40	340*
42	Zaïre	107.8	73	76	44	1[x]	29	. .	800*
43	Lesotho	117.0	. .	122	150	5[x]	. .	40	. .
44	Zambie	105.7	80	90	. .	1[x]	68	39*	150
45	Pérou	106.6	86	96	90	46	9	78*	300
46	Jamahiriya arabe libyenne	106.7	67	. .	. .	. .	6	76	80[x]
47	Maroc	106.7	62	66	70	36	64	29[x]	300[x]
48	Congo	109.8	63	. .	38*	. .	60	. .	900*
49	Kenya	106.9	74	96	70	27	37	28	170[x]
50	Algérie	103.1	66	83	87	7[x]	27	15	140[x]
51	Indonésie	105.0	74	97	81	48	41	49	450
52	Guatemala	108.2	75	85	90	23	48	34	200*
53	Arabie saoudite	104.8	66	83	67	. .	62	88*	. .
54	Afrique du Sud	110.2	. .	. .	. .	48	. .	. .	83[x]
55	Myanmar	105.0	81	94	92	5	56	57	460
56	El Salvador	111.5	92	103	115	47	12	50	. .
57	Zimbabwe	105.2	81	97	86	43	60	60	. .
58	Iraq	103.1	70	84	62	. .	67	50*	120
59	Egypte	105.1	54	79	73	38	63	47	320
60	Botswana	110.5	77	105	116	33	62	78*	200*
61	Turquie	104.7	79	93	60	77*	15	77*	150
62	Mongolie	104.9	. .	103	109	. .	. .	99	140*
63	Honduras	106.3	93	104	129	35	51	66	220

Note : Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1990 (voir tableau 1).

		Espérance de vie des femmes (comparée à celle des hommes, %) 1990	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, %) 1986-1989		Taux d'emploi de contraceptifs (%) 1980-1990	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (%) 1989-1990	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié 1983-1990	Taux de mortalité maternelle 1980-1990
				Enseign. primaire	Enseign. secondaire				
64	Equateur	106.3	95	98	104	44	8	56*	170*
65	Brésil	107.9	96	. .	131	66	62	95	200
66	Papouasie-Nouvelle-Guinée	103.7	58	85	63	4	70	20	900
67	Nicaragua	104.8	. .	111	200	27	25	41x	. .
68	Rép. dominicaine	106.2	96	104	. .	50	24	90	. .
	Pays à TMM5 moyen (21-70) Médiane	**107.1**	**94**	**98**	**98**	**54**	**53**	**88**	**80**
69	Philippines	106.5	100	102	108	45	47	57	100
70	Viet Nam	108.3	91	88	93	20	18	95*	120
71	Tunisie	103.0	76	87	83	50	40	68	50*
72	Paraguay	106.2	96	96	97	45	58	30	300
73	Rép. arabe syrienne	106.3	65	90	68	20x	84	61	140
74	Iran, Rép. islamique d'	101.5	66	89	77	23x	47	70*	120
75	Liban	106.3	83	90	98	. .	. .	. .	. .
76	Jordanie	106.2	79	101	98	26	23	83	48x
77	Colombie	109.1	98	103	102	65	40	71	200
78	Mexique	110.6	94	97	98	53	42	94	110*
79	Oman	106.3	. .	90	74	. .	97	60	. .
80	Venezuela	109.0	103	. .	123	49x	. .	69	. .
81	Chine	104.3	74	89	74	74	. .	94	95x
82	Albanie	107.1	. .	99	89	. .	. .	99	. .
83	Argentine	108.8	99	107	113	74	. .	. .	140
84	Corée, Rép.pop.dém.de	109.0	. .	100	100	. .	99	100	41
85	Sri Lanka	105.8	90	97	117	62	60	94	80
86	Thaïlande	106.3	94	96	88	66	79	71	. .
87	Roumanie	108.8	. .	. .	101	58x	. .	100x	150
88	URSS	113.6	. .	98	. .	. .	. .	. .	21
89	Panama	107.1	100	96	113	58	27	89	60
90	Emirats arabes unis	107.2	66*	100	124	. .	. .	99	. .
91	Corée, Rép. de	109.0	95	101	91	77*	. .	89	26
92	Malaisie	105.9	80	100	97	51	71	82	59
93	Maurice	107.5	. .	101	100	75	94	85	99
94	Chili	110.3	99	98	108	43x	. .	98	67
95	Uruguay	110.1	99	98	112	. .	13	97x	36
96	Yougoslavie	108.6	91	99	96	55x	. .	86x	8
97	Costa Rica	105.5	100	97	108	70	90	97	36
	Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 20) Médiane	**108.4**	**. .**	**100**	**103**	**73**	**. .**	**99**	**8**
98	Jamaïque	105.6	101	103	110	52	. .	90	120
99	Koweït	105.6	87	97	92	. .	22	99	6
100	Pologne	111.8	. .	100	105	75x	. .	100x	11
101	Bulgarie	108.6	. .	98	101	76x	. .	100	9
102	Trinité-et-Tobago	107.2	. .	101	106	53	. .	98	110
103	Hongrie	111.9	. .	100	101	73	. .	99x	15
104	Portugal	108.5	92	94	119	66x	. .	87x	10
105	Cuba	104.1	98	94	113	60	88	99	39
106	Tchécoslovaquie	111.8	. .	101	181	95x	. .	100	10
107	Nouvelle-Zélande	108.3	. .	99	102	70x	. .	99	13
108	Israël	105.4	. .	103	110	. .	. .	99	3
109	Grèce	105.4	91	100	90	. .	. .	97x	5
110	Etats-Unis d'Amérique	109.7	. .	99	101	68	. .	99	8
111	Italie	108.2	98	. .	100	78x	. .	. .	4
112	Norvège	108.1	. .	100	105	71x	. .	. .	3
113	Australie	109.6	. .	99	103	67x	. .	99x	3
114	Espagne	108.1	96	100	110	59	. .	96	5
115	Belgique	109.7	. .	101	101	81x	. .	100	3
116	Autriche	109.9	. .	99	104	71x	. .	. .	8
117	Royaume-Uni	108.2	. .	101	104	83	. .	100x	8
118	Singapour	108.5	. .	97	101	74	. .	100*	10
119	France	111.1	. .	99	108	79x	. .	99x	9
120	Suisse	109.5	. .	. .	. .	71x	. .	99x	5
121	Danemark	108.2	. .	101	101	. .	. .	100x	3
122	Irlande	106.9	. .	100	111	. .	. .	. .	2
123	Allemagne	109.4	. .	99	96	. .	. .	99x	. .
124	Canada	109.5	. .	98	100	73	. .	99	5
125	Pays-Bas	109.5	. .	102	98	76	. .	100x	10
126	Hong Kong	106.7	. .	99	107	72	. .	100*	6*
127	Finlande	109.7	. .	99	116	80x	. .	100x	11
128	Suède	106.7	. .	100	102	78	. .	100x	5
129	Japon	106.6	. .	100	102	64	. .	100	11

TABLEAU 8:
INDICATEURS DE BASE 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)	Nombre annuel de naissances (milliers)	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers)	PNB par habitant (dollars)	Espérance de vie à la naissance (années)	Taux d'alpha-bétisation des adultes (%)	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%)	Enfants vaccinés contre la rougeole (%)
		1960	1990	1960	1990	1990	1990	1990	1989	1990	1985-90	1986-1989	1989-1990
1	Gambie	375	238	213	138	861	39.7	9.0	240	44	27	61	73
2	Guinée équatoriale	316	206	188	122	352	15.5	3.0	330	47	50	108[x]	88
3	Swaziland	226	167	152	113	789	37.2	6.0	900	57	55[x]	105	85
4	Djibouti	. .	164	186	117	409	18.9	3.0	1210[x]	48	12*	46	85
5	Comores	279	151	165	94	551	26.2	4.0	460	55	48[x]	80	87
6	Vanuatu	. .	91	. .	69	159	6.0	1.0	860	65	53[x]	84[y]	66
7	Kiribati	. .	88	. .	58	66	2.0	0.2	700	56	96	100[y]	63
8	Maldives	. .	85	. .	61	215	8.4	. .	420	62	95*	87*	89
9	Guyane	126	71	100	52	796	20.4	1.0	340	64	92[x]	79	73
10	Samoa	. .	59	. .	46	169	5.0	0.3	700	66	98*	91[y]	82
11	Cap-Vert	164	56	110	41	370	15.3	1.0	780	67	37[x]	110	79
12	Sao Tomé-et-Principe	. .	55	. .	43	121	4.0	0.2	340	66	57[x]	. .	57
13	Saint-Christophe-et-Nièves	. .	44	. .	37	44	1.0	0.0	2860[x]	70	90*	100	99
14	Tuvalu	. .	. .	. .	34[y]	10	. .	. .	650[x]	. .	90*	. .	79
15	Suriname	95	38	70	31	422	11.2	0.4	1900	70	95	125	65
16	Grenade	. .	38	. .	31	85	2.5	0.1	1900	70	96[x]	88[x]	85
17	Iles Salomon	. .	. .	. .	30	321	12.2	. .	580	70	15*	65[y]	70
18	Montserrat	. .	36	. .	30	13	0.0	0.0	3330[x]	71	97[x]	100[y]	99
19	Qatar	239	36	145	29	368	10.8	0.4	15500	69	76	117	79
20	Iles Vierges britanniques	. .	. .	. .	27	13	0.2	. .	2100[x]	69[y]	98[x]	. .	99
21	Fidji	97	31	71	26	765	19.6	1.0	1650	65	79[x]	129	84
22	Iles Turques et Caïques	. .	. .	. .	25	10	0.2	. .	780[x]	. .	98[x]	. .	81
23	Bahamas	. .	. .	. .	25	254	5.1	. .	11320	72	70[x]	. .	87
24	Belize	. .	29	. .	23*	188	7.0	0.2	1720	68	93*	90	81
25	Etats fédérés de Micronésie	. .	28	. .	23	99	3.5	0.1	. .	74	63[x]	101[y]	12
26	Saint-Vincent-et-les Grenadines	. .	27	. .	23	116	3.0	0.1	1200[x]	70	82*	95[x]	96
27	Palau	. .	. .	. .	23*	18	0.6*	. .	790[y]	74*	75	98[y]	98
28	Iles Marshall	. .	. .	. .	23*	40	1.3*	. .	. .	74*	76[x]	107*	25[x]
29	Tonga	. .	26	. .	22	95	3.0	0.1	910	67	78*	100[y]	63
30	Antigua	. .	24	. .	20	77	1.0	0.0	3880[x]	74	95*	100	89
31	Sainte-Lucie	. .	23	. .	19	151	4.0	0.1	1810	71	82[x]	95[y]	82
32	Seychelles	. .	21	. .	18	69	2.0	0.0	3010	70	88*	102[y]	89
33	Dominique	. .	20	. .	17	83	2.0	0.0	1670[x]	75	94[x]	100	88
34	Iles Cook	. .	. .	. .	15	18	0.4	. .	1550[x]	. .	75*	100	100
35	Bahreïn	208	17	130	14	516	13.7	0.2	6360[x]	71	77	110	86
36	Malte	42	14	37	11	353	4.9	0.1	5830	73	88	108	86
37	Chypre	36	13	30	11	701	12.4	0.2	7040	76	89[x]	104	76
38	Barbade	90	12	74	11	255	4.1	0.1	6350	75	98*	110[x]	87
39	Brunéi Darussalam	. .	. .	. .	9	266	6.4	. .	20760[x]	74	78[x]	. .	99[x]
40	Luxembourg	41	8	33	7	373	4.4	0.1	24980	75	. .	. .	71[x]
41	Islande	22	5	17	4	254	4.1	0.0	21070	78	. .	102	99

Note : Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité infantile pour 1990 lorsque les taux de mortalité des moins de 5 ans ne sont pas disponibles.

Mesurer le développement humain

Introduction au Tableau 9

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 9 (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). A 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 9 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 9 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 9: LE TAUX DU PROGRÈS

		Taux de mortalité des moins de 5 ans						PNB par habitant Taux annuel moyen de croissance (%)		Indice synthétique de fécondité				
					Taux annuel moyen de régression (%)								Taux annuel moyen de régression (%)	
		1960	1980	1990	1960-80	1980-90	requis** 1990-2000	1965-1980	1980-1989	1960	1980	1990	1960-1980	1980-1990
	Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 140) Médiane	**302**	**238**	**189**	**1.3**	**1.7**	**9.9**	**0.8**	**-1.1**	**6.7**	**6.6**	**6.6**	**-0.1**	**0.0**
1	Mozambique	331	268	297	1.1	-1.0	14.5	. .	-6.0	6.3	6.5	6.3	-0.2	0.3
2	Afghanistan	381	320	292	0.9	0.9	14.3	0.6	. .	6.9	7.1	6.9	-0.1	0.3
3	Angola	344	261	292	1.4	-1.1	14.3	. .	. .	6.4	6.4	6.4	0.0	0.0
4	Mali	369	325	284	0.6	1.3	14.0	2.1[x]	1.0	7.1	7.1	7.1	0.0	0.0
5	Sierra Leone	385	300	257	1.2	1.5	13.0	0.7	-3.2	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0
6	Malawi	366	299	253	1.0	1.7	12.8	3.2	-0.1	6.9	7.6	7.6	-0.5	0.0
7	Guinée-Bissau	336	290	246	0.7	1.6	12.6	. .	1.5	5.1	5.7	5.8	-0.6	-0.2
8	Guinée	336	275	237	1.0	1.5	12.2	1.3	. .	7.0	7.0	7.0	0.0	0.0
9	Burkina Faso	363	266	228	1.6	1.5	11.8	1.7	2.3	6.7	6.5	6.5	0.2	0.0
10	Niger	321	259	221	1.1	1.6	11.5	-2.5	-5.0	7.1	7.1	7.1	0.0	0.0
11	Ethiopie	294	260	220	0.6	1.7	11.5	0.4	-1.1	6.7	6.8	6.8	-0.1	0.0
12	Tchad	325	254	216	1.2	1.6	11.3	-1.9	3.9	6.0	5.9	5.8	0.1	0.2
13	Somalie	294	247	215	0.9	1.4	11.2	-0.1	-1.3	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
14	Mauritanie	321	249	214	1.3	1.5	11.2	-0.1	-2.2	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
15	Libéria	310	245	205	1.2	1.8	10.7	0.5	5.2[x]	6.6	6.8	6.8	-0.1	0.0
16	Rwanda	248	231	198	0.4	1.5	10.4	1.6	-1.9	7.5	8.5	8.1	-0.6	0.5
17	Cambodge	218	330	193	-2.1	5.4	10.1	. .	. .	6.3	4.6	4.6	1.6	0.0
18	Burundi	260	225	192	0.7	1.6	10.1	2.4	1.6	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
19	Bhoutan	298	222	189	1.5	1.6	9.9	. .	7.8[x]	6.0	5.6	5.5	0.3	0.2
20	Népal	298	222	189	1.5	1.6	9.9	0.0	2.1	5.8	6.4	5.7	-0.5	1.2
21	Yémen	378	235	187	2.4	2.3	9.8	. .	. .	7.5	7.7	7.7	-0.1	0.0
22	Sénégal	299	232	185	1.3	2.3	9.7	-0.5	0.0	7.0	6.9	6.3	0.1	0.9
23	Bangladesh	262	212	180	1.1	1.6	9.4	-0.3	0.7	6.7	6.4	5.3	0.2	1.9
24	Madagascar	364	216	176	2.6	2.0	9.2	-0.4	-2.6	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
25	Soudan	292	210	172	1.6	2.0	9.0	0.8	-1.8[x]	6.7	6.6	6.4	0.1	0.3
26	Tanzanie, Rép.-Unie de	249	202	170	1.0	1.7	8.9	0.8	-1.6	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0
27	Rép. centrafricaine	308	213	169	1.8	2.3	8.8	0.8	-1.5	5.6	6.0	6.2	-0.3	-0.3
28	Namibie	263	202	167	1.3	1.9	8.7	. .	. .	6.0	6.1	5.9	-0.1	0.3
29	Nigéria	316	198	167	2.3	1.7	8.7	4.2	-3.6	6.8	6.9	6.8	-0.1	0.1
30	Gabon	287	194	164	2.0	1.7	8.5	5.6	-2.6	4.1	4.4	5.2	-0.4	-1.7
31	Ouganda	223	186	164	0.9	1.3	8.5	-2.2	-1.0	6.9	7.2	7.3	-0.2	-0.1
32	Bolivie	282	207	160	1.5	2.6	8.3	1.7	-3.5	6.7	6.3	5.9	0.3	0.7
33	Pakistan	276	193	158	1.8	2.0	8.1	1.8	2.9	6.9	7.0	6.2	-0.1	1.2
34	Rép.dém.pop.lao	233	190	152	1.0	2.2	7.8	. .	0.0[x]	6.2	6.7	6.7	-0.4	0.0
35	Cameroun	275	175	148	2.3	1.7	7.5	2.4	0.7	5.8	6.7	6.9	-0.7	-0.3
36	Bénin	310	176	147	2.8	1.8	7.4	-0.3	-1.8	6.9	7.1	7.1	-0.1	0.0
37	Togo	305	184	147	2.5	2.2	7.4	1.7	-2.4	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
38	Inde	282	181	142	2.2	2.4	7.1	1.5	3.2	5.9	4.8	4.2	1.0	1.3
	Pays à TMM5 élevé (71-140) Médiane	**229**	**133**	**90**	**2.5**	**2.9**	**4.1**	**2.8**	**-0.7**	**6.9**	**6.0**	**5.2**	**0.6**	**1.3**
39	Ghana	224	166	140	1.5	1.7	6.9	-0.8	-0.8	6.9	6.5	6.3	0.3	0.3
40	Côte d'Ivoire	264	167	136	2.3	2.1	6.6	2.8	-3.0	7.2	7.4	7.4	-0.1	0.0
41	Haïti	270	163	130	2.5	2.3	6.2	0.9	-0.7	6.3	5.3	4.9	0.9	0.8
42	Zaïre	269	163	130	2.5	2.3	6.2	-1.3	-1.6	6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0
43	Lesotho	208	161	129	1.3	2.2	6.1	6.8	-0.5	5.8	5.8	5.8	0.0	0.0
44	Zambie	228	146	122	2.2	1.8	5.6	-1.2	-3.8	6.6	7.2	7.2	-0.4	0.0
45	Pérou	233	144	116	2.4	2.2	5.1	0.8	-1.6	6.9	5.0	3.8	1.6	2.7
46	Jamahiriya arabe libyenne	269	150	112	2.9	2.9	4.7	0.0	-9.9[x]	7.1	7.3	6.8	-0.1	0.7
47	Maroc	265	153	112	2.7	3.1	4.7	2.7	1.3	7.2	5.7	4.5	1.2	2.4
48	Congo	241	132	110	3.0	1.8	4.5	2.7	0.1	5.9	6.3	6.3	-0.3	0.0
49	Kenya	208	133	108	2.2	2.1	4.3	3.1	0.4	8.0	8.0	6.9	0.0	1.5
50	Algérie	270	147	98	3.0	4.1	4.1	4.2	0.0	7.3	6.8	5.1	0.4	2.9
51	Indonésie	225	138	97	2.4	3.5	4.1	5.2	3.6	5.5	4.4	3.3	1.1	2.9
52	Guatemala	230	130	94	2.9	3.2	4.1	3.0	-2.6	6.9	6.3	5.6	0.5	1.2
53	Arabie saoudite	292	131	91	4.0	3.6	4.1	4.0[x]	-5.9	7.2	7.3	7.1	-0.1	0.3
54	Afrique du Sud	192	120	88	2.4	3.1	4.1	3.2	-0.8	6.5	4.9	4.3	1.4	1.3
55	Myanmar	230	118	88	3.3	2.9	4.1	1.6	. .	6.0	4.8	3.9	1.1	2.1
56	El Salvador	207	122	87	2.6	3.4	4.1	1.5	-1.1	6.8	5.5	4.7	1.1	1.6
57	Zimbabwe	181	116	87	2.2	2.9	4.1	1.7	-0.8	7.5	6.4	5.6	0.8	1.3
58	Iraq	222	110	86	3.5	2.5	4.1	. .	. .	7.2	6.8	6.1	0.3	1.1
59	Egypte	301	172	85	2.8	7.0	4.1	2.8	2.8[x]	7.0	5.2	4.3	1.5	1.9
60	Botswana	173	110	85	2.3	2.6	4.1	9.9	6.7[x]	6.8	7.1	6.7	-0.2	0.6
61	Turquie	258	139	85	3.1	4.9	4.1	3.6	3.0	6.3	4.3	3.5	1.9	2.1
62	Mongolie	185	112	84	2.5	2.9	4.1	. .	. .	6.0	5.4	4.9	0.5	1.0
63	Honduras	232	141	84	2.5	5.2	4.1	1.1	-1.2	7.3	6.4	5.2	0.7	2.1

** Taux annuel moyen de régression requis si l'on veut ramener dans tous les pays le taux de mortalité des moins de 5 ans 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.
Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1990 (voir tableau 1).

		Taux de mortalité des moins de 5 ans						PNB par habitant Taux annuel moyen de croissance (%)		Indice synthétique de fécondité				
					Taux annuel moyen de régression (%)								Taux annuel moyen de régression (%)	
		1960	1980	1990	1960-80	1980-90	requis** 1990-2000	1965-1980	1980-1989	1960	1980	1990	1960-1980	1980-1990
64	Equateur	184	107	83	2.7	2.5	4.1	5.4	-0.5	6.9	5.1	4.1	1.5	2.2
65	Brésil	159	103	83	2.2	2.2	4.1	6.3	0.9	6.2	4.0	3.3	2.2	1.9
66	Papouasie-Nouvelle-Guinée	248	112	80	4.0	3.4	4.1	. .	-0.7	6.3	5.7	5.0	0.5	1.3
67	Nicaragua	209	133	78	2.3	5.3	4.1	-0.7	-4.7[x]	7.3	6.1	5.3	0.9	1.4
68	Rép. dominicaine	199	103	78	3.3	2.8	4.1	3.8	-0.1	7.4	4.5	3.5	2.5	2.5
	Pays à TMM5 moyen (21-70) Médiane	**134**	**53**	**35**	**4.5**	**3.7**	**4.1**	**3.7**	**-0.2**	**6.3**	**3.8**	**3.0**	**2.1**	**1.8**
69	Philippines	134	87	69	2.2	2.3	4.1	3.2	-1.8	6.9	4.9	4.1	1.7	1.8
70	Viet Nam	232	103	65	4.1	4.6	4.1	. .	. .	6.1	5.2	3.9	0.8	2.9
71	Tunisie	254	103	62	4.5	5.1	4.1	4.7	0.6	7.1	5.3	3.7	1.5	3.6
72	Paraguay	134	70	60	3.2	1.5	4.1	4.1	-1.5	6.8	4.9	4.5	1.6	0.9
73	Rép. arabe syrienne	217	88	59	4.5	4.0	4.1	5.1	-2.1	7.3	7.3	6.5	0.0	1.2
74	Iran, Rép. islamique d'	254	114	59	4.0	6.6	4.1	2.9	. .	7.2	5.8	5.0	1.1	1.5
75	Liban	91	62	56	1.9	1.0	4.1	. .	. .	6.3	4.0	3.6	2.3	1.1
76	Jordanie	217	81	52	4.9	4.4	4.1	5.8[x]	-3.0	7.7	7.1	5.8	0.4	2.0
77	Colombie	157	65	50	4.4	2.6	4.1	3.7	0.9	6.8	3.8	3.0	2.9	2.4
78	Mexique	140	68	49	3.6	3.3	4.1	3.6	-1.5	6.8	4.5	3.3	2.1	3.1
79	Oman	378	110	49	6.2	8.1	4.1	9.0	5.3	7.2	7.2	7.1	0.0	0.1
80	Venezuela	114	50	43	4.1	1.5	4.1	2.3	-2.3	6.5	4.3	3.6	2.1	1.8
81	Chine	203	56	42	6.4	2.9	4.1	4.1	8.2	5.7	2.6	2.4	3.9	0.8
82	Albanie	151	57	37	4.9	4.3	4.1	. .	. .	5.9	3.8	2.9	2.2	2.7
83	Argentine	75	47	35	2.3	2.9	4.1	1.7	-1.6	3.1	3.3	2.9	-0.3	1.3
84	Corée, Rép.pop.dém.de	120	44	35	5.0	2.3	4.1	. .	. .	5.7	3.1	2.5	3.0	2.2
85	Sri Lanka	114	53	35	3.8	4.1	4.1	2.8	2.4	5.3	3.5	2.6	2.1	3.0
86	Thaïlande	149	60	34	4.5	5.7	4.1	4.4	4.5	6.4	3.9	2.4	2.5	4.9
87	Roumanie	82	36	34	4.1	0.6	4.1	. .	. .	2.3	2.4	2.1	-0.2	1.3
88	URSS	53	37	31	1.8	1.8	4.1	. .	. .	2.7	2.3	2.3	0.8	0.0
89	Panama	105	43	31	4.5	3.3	4.1	2.8	-2.1	5.9	3.8	3.0	2.2	2.4
90	Emirats arabes unis	239	43	30	8.6	3.6	4.1	. .	-8.2	6.9	5.4	4.6	1.2	1.6
91	Corée, Rép. de	120	44	30	5.0	3.8	4.1	7.3	8.8	5.7	2.6	1.7	3.9	4.2
92	Malaisie	105	42	29	4.6	3.7	4.1	4.7	1.9	6.8	4.2	3.8	2.4	1.0
93	Maurice	104	42	28	4.5	4.1	4.1	3.7	5.3	5.9	2.8	1.9	3.7	3.9
94	Chili	143	43	27	6.0	4.7	4.1	0.0	1.0	5.3	2.9	2.7	3.0	0.7
95	Uruguay	57	43	25	1.4	5.4	4.1	2.5	-0.8	2.9	2.7	2.4	0.4	1.2
96	Yougoslavie	113	37	23	5.6	4.8	4.1	5.2	-0.7	2.8	2 1	1.9	1.4	1.0
97	Costa Rica	121	31	22	6.8	3.4	4.1	3.3	0.4	7.0	3.7	3.1	3.2	1.8
	Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 20) Médiane	**39**	**16**	**10**	**4.7**	**4.4**	**4.1**	**3.3**	**1.9**	**2.9**	**2.0**	**1.8**	**2.1**	**0.6**
98	Jamaïque	89	28	20	5.8	3.4	4.1	-0.1	-1.7	5.4	3.8	2.5	1.8	4.2
99	Koweït	128	34	19	6.6	5.8	4.1	0.6[x]	-2.1	7.3	5.4	3.7	1.5	3.8
100	Pologne	70	25	18	5.1	3.3	4.1	. .	1.8	3.0	2.3	2.2	1.3	0.4
101	Bulgarie	69	24	18	5.3	2.9	4.1	. .	. .	2.2	2.1	1.9	0.2	1.0
102	Trinité-et-Tobago	67	26	17	4.7	4.2	4.1	3.1	-7.3	5.2	3.2	2.8	2.4	1.3
103	Hongrie	57	26	16	3.9	4.9	4.1	5.1	1.4	2.0	2.0	1.8	0.0	1.1
104	Portugal	112	31	16	6.4	6.6	4.1	4.6	2.1	3.1	2.2	1.7	1.7	2.6
105	Cuba	87	25	14	6.2	5.8	4.1	. .	. .	4.2	2.0	1.9	3.7	0.5
106	Tchécoslovaquie	33	20	13	2.5	4.3	4.1	. .	. .	2.5	2.2	2.0	0.6	1.0
107	Nouvelle-Zélande	26	16	12	2.4	2.9	4.1	1.7	0.9	3.9	2.1	2.0	3.1	0.5
108	Israël	39	19	11	3.6	5.5	4.1	3.7	1.4	3.9	3.3	2.9	0.8	1.3
109	Grèce	64	23	11	5.1	7.4	4.1	4.8	0.6	2.2	2.1	1.7	0.2	2.1
110	Etats-Unis d'Amérique	29	15	11	3.3	3.1	4.1	1.8	2.2	3.5	1.9	1.8	3.1	0.5
111	Italie	50	18	10	5.1	5.9	4.1	3.2	2.1	2.5	1.7	1.4	1.9	1.9
112	Norvège	22	10	10	3.9	0.0	4.1	3.6	3.5	2.9	1.8	1.7	2.4	0.6
113	Australie	24	13	10	3.1	2.6	4.1	2.2	1.8	3.3	2.0	1.8	2.5	1.1
114	Espagne	57	16	10	6.4	4.7	4.1	4.1	2.4	2.8	2.2	1.6	1.2	3.2
115	Belgique	35	14	9	4.6	4.4	4.1	3.6	1.7	2.6	1.7	1.6	2.1	0.6
116	Autriche	43	17	9	4.6	6.4	4.1	4.0	1.9	2.7	1.6	1.5	2.6	0.6
117	Royaume-Uni	27	15	9	2.9	5.1	4.1	2.0	2.9	2.7	1.8	1.8	2.0	0.0
118	Singapour	49	16	9	5.6	5.8	4.1	8.3	5.7	5.5	1.8	1.8	5.6	0.0
119	France	34	12	9	5.2	2.9	4.1	3.7	1.6	2.8	1.9	1.8	1.9	0.5
120	Suisse	26	12	9	3.9	2.9	4.1	1.5	1.8	2.4	1.5	1.5	2.4	0.0
121	Danemark	25	10	9	4.6	1.1	4.1	2.2	2.2	2.6	1.6	1.5	2.4	0.6
122	Irlande	36	14	9	4.7	4.4	4.1	2.8	0.8	3.8	3.2	2.4	0.9	2.9
123	Allemagne	40	15	9	4.9	5.1	4.1	3.0[x]	2.1[x]	2.4	1.5	1.5	2.4	0.0
124	Canada	33	13	9	4.7	3.7	4.1	3.3	2.6	3.8	1.7	1.7	4.0	0.0
125	Pays-Bas	21	11	9	3.2	2.0	4.1	2.7	1.3	3.1	1.5	1.6	3.6	-0.6
126	Hong Kong	64	15	7	7.3	7.6	4.1	6.2	5.7	5.0	2.1	1.4	4.3	4.1
127	Finlande	28	9	7	5.7	2.5	4.1	3.6	2.9	2.7	1.7	1.7	2.3	0.0
128	Suède	20	9	7	4.0	2.5	4.1	2.0	2.0	2.3	1.7	1.9	1.5	-1.1
129	Japon	39	11	6	6.3	6.1	4.1	5.1	3.5	2.0	1 3	1.7	0.5	0.6

Notes relatives aux tableaux

Tableau 1

Indicateurs de base

Afghanistan	PNB par habitant	1987
Allemagne	PNB par habitant	Ancienne Rép. féd. d'Allemagne seulement
	Revenu familial	Ancienne Rép. féd. d'Allemagne seulement
Belgique	Revenu familial	1978-79
Bhoutan	PNB par habitant	1988
Corée, Rép. pop. dém. de	PNB par habitant	1987
Cuba	PNB par habitant	1987
France	Revenu familial	1979
Iraq	PNB par habitant	1987
Israël	Revenu familial	1979
Japon	Revenu familial	1979
Kenya	Revenu familial	1976
Liban	PNB par habitant	1987
Libéria	PNB par habitant	1987
Mongolie	PNB par habitant	1987
Myanmar	PNB par habitant	1987
Népal	Revenu familial	1976-77
Nicaragua	PNB par habitant	1987
Roumanie	PNB par habitant	1990
Royaume-Uni	Revenu familial	1979
Somalie	Alphabétisation des adultes	1985
Soudan	PNB par habitant	1988
Tanzanie, Rép.-Unie de	Alphabétisation des adultes	1986
Thaïlande	Revenu familial	1976
Trinité-et-Tobago	Revenu familial	1976
URSS	PNB par habitant	1980
Viet Nam	PNB par habitant	1987
Yémen	Alphabétisation des adultes	1985
Zambie	Revenu familial	1976

Tableau 2

Nutrition

Afghanistan	Allaitement au sein	Kabul seulement
	Apport calorique	1984-86
Albanie	Apport calorique	1984-86
Algérie	Faible poids	0-72 mois
	Emaciation	12-24 mois
	Retard de croissance	24-28 mois
Australie	Poids insuffisant à la naissance	1979
Bangladesh	Allaitement au sein	1975-76
	Faible poids	6-59 mois
Belgique	Apport calorique	1984-86
Bhoutan	Faible poids	0-60 mois
	Emaciation	0-60 mois
	Retard de croissance	0-60 mois
Bolivie	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Botswana	Retard de croissance	Données cliniques
Brésil	Allaitement au sein	Nord-Est seulement
Burkina Faso	Poids insuffisant à la naissance	1979
Burundi	Poids insuffisant à la naissance	Bujumbura seulement
	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Cambodge	Apport calorique	1984-86
Cameroun	Poids insuffisant à la naissance	Yaoundé seulement
	Allaitement au sein	1978
	Faible poids	1978; 3-47 mois
	Emaciation	1978
	Retard de croissance	1978; 24-47 mois
Chili	Faible poids	0-71 mois
	Retard de croissance	24-71 mois
Chine	Faible poids	9 provinces
	Emaciation	9 provinces
	Retard de croissance	9 provinces
Corée, Rép. de	Allaitement au sein	1978
Côte d'Ivoire	Poids insuffisant à la naissance	1975; Abidjan seulement
Cuba	Emaciation	Les 3 centiles les plus bas; 12-59 mois
Djibouti	Emaciation	0-59 mois
Egypte	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Ethiopie	Faible poids	Données de 9 zones
	Emaciation	Données de 9 zones
	Retard de croissance	Données de 9 zones
Finlande	Allaitement au sein	1972
Guatemala	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Guinée-Bissau	Faible poids	1978-80
Haïti	Poids insuffisant à la naissance	1978
	Faible poids	1978; Gomez*; 3-59 mois
	Emaciation	1978
	Retard de croissance	1978
Honduras	Emaciation	0-59 mois
	Retard de croissance	0-59 mois
Inde	Faible poids	Gomez*; 12-72 mois; 8 Etats
Indonésie	Faible poids	Modéré et grave, moins de 80% de la moyenne
		Grave, moins de 60% de la moyenne

Notes relatives aux tableaux

Tableau 2

(suite)

Iran, Rép. islamique d'	Faible poids	Données nationales pour les zones rurales
	Emaciation	Données nationales pour les zones rurales
	Retard de croissance	Données nationales pour les zones rurales
Jordanie	Poids insuffisant à la naissance	1979
Kenya	Retard de croissance	Données nationales pour les zones rurales
	Emaciation	Données nationales pour les zones rurales
Koweït	Allaitement au sein	1978-79
Lesotho	Allaitement au sein	1977
Madagascar	Faible poids	0-23 mois
	Retard de croissance	12-23 mois
Malawi	Faible poids	6-59 mois
Mali	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Maroc	Faible poids	0-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Maurice	Emaciation	0-59 mois
	Retard de croissance	0-59 mois
Mauritanie	Emaciation	13-24 mois
	Retard de croissance	25-59 mois
Mexique	Emaciation	0-59 mois
	Retard de croissance	0-59 mois
Myanmar	Faible poids	0-36 mois
	Retard de croissance	24-35 mois
Namibie	Allaitement au sein	Zones septentrionales
	Faible poids	6-60 mois; zones septentrionales
	Emaciation	6-60 mois; zones septentrionales
	Retard de croissance	6-60 mois; zones septentrionales
Népal	Allaitement au sein	1976
Niger	Emaciation	0-59 mois
	Retard de croissance	0-59 mois
Ouganda	Retard de croissance	24-60 mois
Pakistan	Faible poids	Gomez*
	Emaciation	Moins de 80% de la moyenne; 13-24 mois
	Retard de croissance	Moins de 90% de la moyenne; 25-60 mois
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Poids insuffisant à la naissance	1979
Pays-Bas	Allaitement au sein	A l'exclusion d'Amsterdam et de Rotterdam
Pérou	Faible poids	0-71 mois
Pologne	Allaitement au sein	1977
Rép. dém. pop. lao	Allaitement au sein	1979; 5 provinces seulement
Rép. dominicaine	Faible poids	6-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Rwanda	Faible poids	Modéré et grave, moins de 80% de la moyenne; données rurales
		Grave, moins de 60% de la moyenne; données rurales
	Emaciation	Moins de 80% de la moyenne; 13-24 mois; données rurales
	Retard de croissance	Moins de 90% de la moyenne; 25-60 mois; données rurales
Sénégal	Faible poids	6-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Sierra Leone	Faible poids	1977-78
	Emaciation	1977-78
Singapour	Faible poids	0-72 mois
Soudan	Emaciation	0-59 mois; zone septentrionale
	Retard de croissance	0-59 mois; zone septentrionale
Sri Lanka	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Thaïlande	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Togo	Retard de croissance	24-36 mois
Trinité-et-Tobago	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Tunisie	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
URSS	Apport calorique	1984-86
Uruguay	Faible poids	0-71 mois
	Retard de croissance	0-71 mois
Venezuela	Allaitement au sein	1977
	Faible poids	0-60 mois
	Emaciation	13-24 mois
	Retard de croissance	25-60 mois
Viet Nam	Emaciation	0-59 mois; 8 régions rurales
	Retard de croissance	0-59 mois; 8 régions rurales
Yémen	Allaitement au sein	1979
	Faible poids	1979-83; estimations combinées
	Emaciation	1979-83; estimations combinées
	Retard de croissance	1979-83; estimations combinées
Zambie	Faible poids	Zones rurales seulement
	Emaciation	Zones rurales seulement
	Retard de croissance	Zones rurales seulement
Zimbabwe	Faible poids	3-60 mois
	Retard de croissance	24-60 mois

* Gomez: *modéré et grave:* moins de 75% du poids moyen par rapport à l'âge de la population de référence; *grave:* moins de 60% du poids moyen par rapport à l'âge de la population de référence.

Notes relatives aux tableaux

Tableau 3

Santé

Algérie	Accès à l'eau potable	1985
Angola	Accès aux services de santé	1980
Autriche	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1988
Botswana	Accès à l'eau potable	1985
	Accès aux services de santé	1980
Bulgarie	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1988
Burkina Faso	Accès aux services de santé	1980
Cambodge	Accès à l'eau potable	1985
Canada	DTC, poliomyélite, rougeole	1987-88
Costa Rica	Accès aux services de santé	1980
Côte d'Ivoire	Accès aux services de santé	1980
Egypte	Accès à l'eau potable	1985
Emirats arabes unis	Accès aux services de santé	1980
Espagne	DTC, poliomyélite, rougeole	1988
Etats-Unis d'Amérique	DTC, poliomyélite, rougeole	1988
Gabon	Accès aux services de santé	1983
Grèce	DTC, poliomyélite, rougeole	1988
Hong Kong	Accès aux services de santé	1984
Israël	DTC, poliomyélite, rougeole	1988
Italie	DTC	DT seulement
Kenya	Accès à l'eau potable	1985
Libéria	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole, tétanos	1988
Malawi	Accès à l'eau potable	1985
Nouvelle-Zélande	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1987-88
Ouganda	Accès aux services de santé	1980
Panama	Accès aux services de santé	1980
Paraguay	Accès aux services de santé	1980
Pérou	Accès aux services de santé	1980
Rép. arabe syrienne	Accès aux services de santé	1980
Rwanda	Accès à l'eau potable	1985
	Accès aux services de santé	1980
Sénégal	Accès à l'eau potable	1985
Somalie	Accès aux services de santé	1980
Sri Lanka	Accès aux services de santé	1980
Suède	Tuberculose, poliomyélite, rougeole	1988
	DTC	1988, DT seulement
Tanzanie, Rép.-Unie de	Accès aux services de santé	1980
Trinité-et-Tobago	Accès à l'eau potable	1985
Tunisie	Accès aux services de santé	1983
Turquie	Accès à l'eau potable	1985
Venezuela	Accès à l'eau potable	1985
Yémen	Accès à l'eau potable	80% de la zone septentrionale
Yougoslavie	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1988
Zambie	Accès aux services de santé	1980

Tableau 4

Education

Allemagne	Postes de télévision	Licences seulement
Belgique	Postes de radio	Licences seulement
	Postes de télévision	Licences seulement
Bulgarie	Postes de radio	Licences seulement
	Postes de télévision	Licences seulement
Danemark	Postes de radio	Licences seulement
Grèce	Postes de télévision	Licences seulement
Haïti	Alphabétisation des adultes (1970)	1971
Hong Kong	Alphabétisation des adultes (1970)	1971
	Achèvement du cycle primaire de l'enseignement	1980
Inde	Postes de télévision	Licences seulement
Liban	Alphabétisation des adultes (1970)	Age: 10 ans et plus
Maroc	Postes de télévision	Licences seulement
Maurice	Postes de radio	Licences seulement
	Postes de télévision	Licences seulement
Norvège	Postes de télévision	Licences seulement
Pakistan	Achèvement du cycle primaire de l'enseignement	1981
Paraguay	Alphabétisation des adultes (1970)	1972
Pologne	Postes de radio	Licences seulement
	Postes de télévision	Licences seulement
Portugal	Postes de télévision	Licences seulement
Roumanie	Postes de télévision	Licences seulement
Singapour	Postes de radio	Licences seulement
Somalie	Alphabétisation des adultes	1985
Soudan	Inscriptions dans le primaire	1985
Suède	Postes de télévision	Licences seulement
Suisse	Postes de radio	Licences seulement
Tanzanie, Rép.-Unie de	Alphabétisation des adultes	1986
Tchécoslovaquie	Postes de radio	Licences seulement
Uruguay	Alphabétisation des adultes (1970)	1975
Yémen	Alphabétisation des adultes	1985
	Achèvement du cycle primaire de l'enseignement	1983
Yougoslavie	Postes de radio	Licences seulement
	Postes de télévision	Licences seulement

Notes relatives aux tableaux

Tableau 6

Indicateurs économiques

Afghanistan	PNB par habitant	1987
	Seuil de pauvreté	1977
Algérie	Seuil de pauvreté	1977
Allemagne	PNB par habitant	Ancienne Rép. féd.d'Allemagne seulement
	Taux de croissance du PNB par habitant	Ancienne Rép. féd. d'Allemagne seulement
	Taux d'inflation	Ancienne Rép. féd. d'Allemagne seulement
Arabie saoudite	Taux de croissance du PNB par habitant	1965-86
Bangladesh	Seuil de pauvreté	1976-77
Bhoutan	PNB par habitant	1988
	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Botswana	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Burundi	Seuil de pauvreté	1978
Cameroun	Seuil de pauvreté	1979
Chili	Service de la dette	1988
Corée, Rép. de	Seuil de pauvreté	1978
Corée, Rép. pop. dém. de	PNB par habitant	1987
Cuba	PNB par habitant	1987
Egypte	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Grèce	Service de la dette	1988
Hongrie	Service de la dette	1988
Inde	Service de la dette	1988
Iraq	PNB par habitant	1987
	Taux d'inflation	1980-87
Jamahiriya arabe libyenne	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Jordanie	Taux de croissance du PNB par habitant	1970-80
	Taux d'inflation	1980-88
	Seuil de pauvreté	1977
Kenya	Seuil de pauvreté	1977
Koweït	Taux de croissance du PNB par habitant	1965-86
Lesotho	Seuil de pauvreté	1979
Liban	PNB par habitant	1987
Libéria	PNB par habitant	1987
	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
	Seuil de pauvreté	1977
Madagascar	Seuil de pauvreté	1977
Mali	Taux de croissance du PNB par habitant	1967-80
	Seuil de pauvreté	1975
Maroc	Seuil de pauvreté	1979
Maurice	Seuil de pauvreté	1979
Mongolie	PNB par habitant	1987
Myanmar	PNB par habitant	1987
	Seuil de pauvreté	1978
Népal	Seuil de pauvreté	1979
Nicaragua	PNB par habitant	1987
	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
	Taux d'inflation	1980-88
	Seuil de pauvreté	1977
Niger	Seuil de pauvreté	1978
Pakistan	Seuil de pauvreté	1979
Panama	Seuil de pauvreté	1978
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Seuil de pauvreté	1979
Paraguay	Seuil de pauvreté	1978
Rép. arabe syrienne	Service de la dette	1988
Rép. dém. pop. lao	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Rép. dominicaine	Seuil de pauvreté	1978
Roumanie	PNB par habitant	1990
	Service de la dette	1988
Rwanda	Seuil de pauvreté	1977
Sierra Leone	Seuil de pauvreté	1977
	Service de la dette	1988
Somalie	Seuil de pauvreté	1978
Soudan	PNB par habitant	1988
	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
	Taux d'inflation	1980-88
	Seuil de pauvreté	1975
Tchad	Seuil de pauvreté	1976
Togo	Seuil de pauvreté	1978
Trinité-et-Tobago	Seuil de pauvreté	1977
Tunisie	Seuil de pauvreté	1977
URSS	PNB par habitant	1980
Viet Nam	PNB par habitant	1987
Zaïre	Seuil de pauvreté	1975

Tableau 7

Femmes

Afghanistan	Taux d'emploi de contraceptifs	1976
Afrique du Sud	Mortalité maternelle	Dans 267 hôpitaux
Algérie	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Mortalité maternelle	1978
Allemagne	Accouchements assistés	1977-79
Angola	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
Australie	Taux d'emploi de contraceptifs	1970
	Accouchements assistés	1982
Autriche	Taux d'emploi de contraceptifs	Cohortes de mariages de 1974 et 1978
Belgique	Taux d'emploi de contraceptifs	Population flamande
Bénin	Mortalité maternelle	Dans les hôpitaux seulement

Notes relatives aux tableaux

Tableau 7

(suite)

Bulgarie	Taux d'emploi de contraceptifs	1976
Cameroun	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
Chili	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
Chine	Mortalité maternelle	Dans 30 provinces
Danemark	Accouchements assistés	1979
Finlande	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Accouchements assistés	1979
France	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
	Accouchements assistés	1976
Grèce	Accouchements assistés	1978
Guinée	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Mortalité maternelle	Dans les hôpitaux seulement
Hongrie	Accouchements assistés	1982
Iran, Rép.islamique d'	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
Italie	Taux d'emploi de contraceptifs	1979; depuis la dernière grossesse
Jamahiriya arabe libyenne	Mortalité maternelle	1978
Jordanie	Mortalité maternelle	1979; dans les hôpitaux seulement
Kenya	Mortalité maternelle	1977
Lesotho	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
Libéria	Tétanos	1988
Maroc	Accouchements assistés	1980
	Mortalité maternelle	1974
Namibie	Mortalité maternelle	Zones septentrionales seulement
Nicaragua	Accouchements assistés	Dans les établissements sanitaires seulement
Niger	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Accouchements assistés	1980
Norvège	Taux d'emploi de contraceptifs	1977; au cours des 4 dernières semaines
Nouvelle-Zélande	Taux d'emploi de contraceptifs	1976
Pays-Bas	Accouchements assistés	1978
Pologne	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Accouchements assistés	1980
Portugal	Taux d'emploi de contraceptifs	1979
	Accouchements assistés	1978
Rép. arabe syrienne	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
Roumanie	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
	Accouchements assistés	1979
Royaume-Uni	Accouchements assistés	1978
Rwanda	Mortalité maternelle	Dans tous les hôpitaux
Somalie	Alphabétisation des adultes	1985
Soudan	Inscriptions dans le primaire	1985
Suède	Accouchements assistés	1976
Suisse	Taux d'emploi de contraceptifs	Cohortes de mariages de 1970-79
	Accouchements assistés	1976
Tanzanie, Rép.-Unie de	Alphabétisation des adultes	1986
	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Mortalité maternelle	Dans 48 hôpitaux de toutes les régions
Tchad	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Accouchements assistés	1980-82
Tchécoslovaquie	Taux d'emploi de contraceptifs	1977; si utilisés ne serait-ce qu'une fois au cours du mariage
Uruguay	Accouchements assistés	Dans les établissements sanitaires seulement
Venezuela	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
Yémen	Alphabétisation des adultes	1985
Yougoslavie	Taux d'emploi de contraceptifs	1976; au cours des 6 derniers mois
	Accouchements assistés	1979
Zaïre	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
Zambie	Taux d'emploi de contraceptifs	1977

Tableau 8

Indicateurs de base relatifs à des pays moins peuplés

Antigua	PNB par habitant	1988
Bahamas	Alphabétisation des adultes	1981
Bahreïn	PNB par habitant	1988
Barbade	Inscriptions dans le primaire	1984
Brunéi Darussalam	PNB par habitant	1987
	Alphabétisation des adultes	1981
	Rougeole	1988
Cap-Vert	Alphabétisation des adultes	1970; âge: 14 ans et plus
Comores	Alphabétisation des adultes	1980
Chypre	Alphabétisation des adultes	1976
Djibouti	PNB par habitant	1987
Dominique	PNB par habitant	1988
	Alphabétisation des adultes	1970
Etats fédérés de Micronésie	Alphabétisation des adultes	1982
	Inscriptions dans le primaire	1982
Fidji	Alphabétisation des adultes	1976
Grenade	Alphabétisation des adultes	1984
	Inscriptions dans le primaire	1984
Guinée équatoriale	Inscriptions dans le primaire	1983
Guyane	Alphabétisation des adultes	1970
Iles Cook	PNB par habitant	1987
Iles Marshall	Alphabétisation des adultes	1982
	Rougeole	1988
Iles Salomon	Inscriptions dans le primaire	1983
Iles Turques et Caïques	PNB par habitant	1987
	Alphabétisation des adultes	1970

Notes relatives aux tableaux

Tableau 8

(suite)

Iles Vierges britanniques	PNB par habitant	1983
	Espérance de vie	1980
	Alphabétisation des adultes	1970
Kiribati	Inscriptions dans le primaire	1985
Luxembourg	Rougeole	1988
Montserrat	PNB par habitant	1987
	Alphabétisation des adultes	1970
	Inscriptions dans le primaire	1982
Palau	PNB par habitant	1986
	Inscriptions dans le primaire	1982
Saint-Christophe-et-Nièves	PNB par habitant	1988
Saint-Vincent	PNB par habitant	1988
	Inscriptions dans le primaire	1982
Sainte-Lucie	Alphabétisation des adultes	1970
	Inscriptions dans le primaire	1980
Samoa	Inscriptions dans le primaire	1985
Sao Tomé-et-Principe	Alphabétisation des adultes	1981
Seychelles	Inscriptions dans le primaire	1982
Swaziland	Alphabétisation des adultes	1976
Tonga	Inscriptions dans le primaire	1984
Tuvalu	Taux de mortalité infantile	1985
	PNB par habitant	1987
Vanuatu	Alphabétisation des adultes	1979
	Inscriptions dans le primaire	1984

Tableau 9

Taux du progrès

Allemagne	Taux de croissance du PNB par habitant	Ancienne Rép. féd. d'Allemagne seulement
Arabie saoudite	Taux de croissance du PNB par habitant	1965-86
Bhoutan	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Botswana	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Egypte	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Jamahiriya arabe libyenne	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Jordanie	Taux de croissance du PNB par habitant	1970-80
Koweït	Taux de croissance du PNB par habitant	1965-86
Libéria	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Mali	Taux de croissance du PNB par habitant	1967-80
Nicaragua	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Rép. dém. pop. lao	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88
Soudan	Taux de croissance du PNB par habitant	1980-88

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.

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.

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.

Espérance de vie à la naissance nombre d'années que vivrait un nouveau-né sujet aux risques particuliers à une coupe instantanée de la population au moment de sa naissance.

Taux d'alphabétisation des adultes pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire.

Taux de scolarisation primaire et secondaire le taux *brut* de scolarisation est le nombre total d'enfants inscrits dans le primaire ou le secondaire (qu'ils soient ou non en âge de fréquenter l'école primaire ou secondaire), exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants appartenant au groupe d'âge correspondant à l'un ou l'autre de ces niveaux d'enseignement. Le taux *net* 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.

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.

Insuffisance pondérale à la naissance moins de 2500 grammes.

Allaitement maternel allaitement au sein exclusif ou partiel.

Faible poids *modéré et grave:* 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; *grave:* 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.

Emaciation *modérée et grave:* 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.

Retard de croissance *modéré et grave:* 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.

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.

DTC diphtérie, tétanos et coqueluche.

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.

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 brut de mortalité nombre annuel de décès pour 1000 habitants.

Taux brut de natalité nombre annuel de naissances pour 1000 habitants.

Indice synthétique de fécondité nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.

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.

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.

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

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
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
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal

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
Steinfeldergasse, 9
5000 Cologne 51

Australie:
UNICEF Committee of Australia
Suite 4, 2nd floor
377 Sussex Street
Sydney 2000

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, Frihavnen
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 Cédex 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,
II.LH.VI.1
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
Daiichi 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-Komité
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 Português para a UNICEF
Av. Ant. Augusto Aguiar, 56-3E
1000 Lisbonne

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

Tchécoslovaquie:
Cesky A Slovensky Vybor Pro UNICEF
Nam. Maxima Gorgeho 24
116 47 Prague 1

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

Yougoslavie:
Jugoslovenska Komisija za
Saradnju sa UNICEF-OM
Bulevar Avnoj-A, 104
11070 Novi Beograd

Bureau de liaison

Union des Républiques socialistes soviétiques:
Alliance of Red Cross and Red Crescent Societies/
Sojuz Obshchestv Krasnogo Kresta i
Krasnogo Polumesiatsa
1, Cheremushkinskii Proezd 5
Moscou 117036

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1992

Le rapport sur *La situation des enfants dans le monde 1992* paraît alors que l'ordre mondial qui a dominé la vie politique et économique du XX[e] siècle est manifestement à l'agonie. Il représente la contribution de l'UNICEF au débat sur le nouvel ordre mondial qui se dessine, dans la perspective d'une organisation qui se heurte quotidiennement à certains des problèmes les plus aigus de l'humanité.

Ce rapport contient dix propositions précises qui se résument en une seule: que la lutte contre la pauvreté absolue d'un quart de l'humanité – le milliard de personnes qui vivent et meurent encore dans ces maux évitables que sont la faim, la maladie et l'analphabétisme – trouve la place qui lui revient au premier rang des priorités de ce nouvel ordre mondial, au même titre que la protection de la paix et celle de l'environnement qui lui sont d'ailleurs liées.

Le fait qu'on laisse mourir chaque semaine 250 000 jeunes enfants et que plusieurs autres millions voient leur vie gâchée par la malnutrition et une mauvaise santé pratiquement constante, constitue l'un des échecs les plus scandaleux de l'ancien ordre mondial. Quelles que soient les normes objectives adoptées pour définir la gravité d'une situation, cet état de choses rivaliserait en importance avec n'importe quelle autre priorité. De tels problèmes, hélas, n'ont pas fait recette dans le passé, principalement parce qu'ils concernent les plus pauvres et les laissés pour compte.

Parallèlement aux autres grands changements en cours, certains signes donnent à penser – fait sans précédent au cours des 40 ans d'expérience de l'UNICEF – que les problèmes des enfants commencent à se frayer un chemin parmi les priorités du monde politique.

Le *Sommet mondial pour les enfants,* qui a été l'occasion du plus grand rassemblement de chefs d'Etat et de gouvernement de l'histoire puisque 71 d'entre eux étaient présents, en témoigne avec éloquence, d'autant plus que les enfants ont été au cœur des débats.

Plus de 120 chefs d'Etat et de gouvernement ont aujourd'hui signé les engagements pris au cours de ce Sommet, notamment celui d'en finir avec ces maux largement répandus que sont la malnutrition, les maladies évitables et l'analphabétisme et ce avant la fin de cette décennie. La première proposition de ce rapport préconise que ces promesses soient tenues.

Ceci relève d'abord de la responsabilité des gouvernements, mais le rapport souligne qu'à l'heure actuelle il est également du devoir de chacun et de tous les organismes concernés de prendre part aussi pleinement que possible au débat afin que les promesses soient tenues.

«Car une nouvelle page d'histoire est tournée», conclut l'UNICEF, *«et si les besoins du quart le plus pauvre de l'humanité et des populations défavorisées dans toutes les sociétés sont encore relégués au dernier rang des priorités, alors le nouvel ordre mondial sera indigne de son temps et incapable de relever les défis de l'avenir.»*

50,00 FF