

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1990



Fonds des Nations Unies pour l'enfance
(UNICEF)

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE
1990

Copyright © Fonds des Nations Unies pour l'enfance
1989

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 1990

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1990



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

TABLE DES MATIÈRES

I LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1990

Les enfants d'abord

Si la tendance actuelle se poursuit, plus de 100 millions d'enfants mourront au cours des années 90 et de nombreux autres millions seront atteints de malnutrition. Alors que le monde s'efforce de résoudre la crise de l'endettement et de réduire les dépenses consacrées aux armements, une préoccupation nouvelle se fait jour. Le *Sommet mondial pour les enfants*, la nouvelle *Convention sur les droits de l'enfant* et des réalisations concrètes telles que la vaccination universelle des enfants, constituent des points saillants du principe selon lequel les enfants devraient être protégés non seulement contre des abus spécifiques mais également contre les retombées des décisions politiques et financières du monde des adultes. Si ce principe jouissait d'un large consensus, il serait possible dès à présent de protéger la santé et la croissance de l'immense majorité des enfants du monde, et ce à un prix abordable.

page 1

Des mesures qui s'imposent

Nous disposons aujourd'hui de six mesures peu onéreuses susceptibles de protéger la vie et la santé des enfants du monde en développement dans les années 90. Plus de la moitié de tous les décès d'enfants et des cas de malnutrition sont imputables à des maladies que la vaccination permet d'éviter, à la déshydratation et à la pneumonie — autant de maux qu'il serait possible de prévenir ou de guérir pour un prix abordable si, grâce à la capacité de mobilisation du monde d'aujourd'hui, l'on mettait à la portée de la plupart des familles les connaissances actuelles et si on les aidait à en tirer profit. Le recours à ces mesures et aux nouvelles connaissances acquises en matière de nutrition, d'allaitement maternel et d'espacement des naissances permettrait de sauver au moins 50 millions d'enfants et de protéger la croissance normale d'un plus grand nombre encore.

page 15

Priorité aux plus démunis

Outre ces mesures spécifiques, il est nécessaire de progresser vers les grands objectifs que sont la nutrition, l'eau, les soins de santé et l'éducation pour tous. Malgré les difficultés économiques, un engagement nouveau en faveur de la santé pour tous et de la généralisation de l'enseignement primaire permettrait d'utiliser plus efficacement les ressources existantes et donnerait un nouvel élan au progrès.

page 37

Le rôle du monde nanti

La relance du progrès en faveur de la satisfaction des besoins fondamentaux de toutes les familles passe par l'engagement des nations industrialisées. Il est dans l'intérêt de toutes les parties de résoudre la crise de l'endettement et de relancer les investissements. Mais une aide extérieure accrue devrait aller en priorité à des stratégies conçues par les pays en développement eux-mêmes pour lutter contre la pauvreté absolue et mieux protéger la vie, la santé et la nutrition des enfants.

page 55

II STATISTIQUES

<i>Tableau 1</i> Indicateurs de base	TMM5 <input type="checkbox"/> TMI <input type="checkbox"/> population <input type="checkbox"/> natalité et décès juvéno-infantiles <input type="checkbox"/> PNB par habitant <input type="checkbox"/> espérance de vie <input type="checkbox"/> alphabétisation des adultes <input type="checkbox"/> inscriptions scolaires <input type="checkbox"/> répartition du revenu	<i>page 74</i>
<i>Tableau 2</i> Nutrition	Insuffisance pondérale <input type="checkbox"/> allaitement maternel <input type="checkbox"/> malnutrition <input type="checkbox"/> pro- duction alimentaire <input type="checkbox"/> apport en calories <input type="checkbox"/> dépenses alimentaires	<i>page 76</i>
<i>Tableau 3</i> Santé	Accès à l'eau <input type="checkbox"/> accès aux services de santé <input type="checkbox"/> vaccination des enfants et des femmes enceintes <input type="checkbox"/> utilisation de SRO	<i>page 78</i>
<i>Tableau 4</i> Education	Alphabétisation des hommes et des femmes <input type="checkbox"/> postes récepteurs de radio et de télévision <input type="checkbox"/> inscriptions dans le primaire <input type="checkbox"/> scolarisation primaire complète <input type="checkbox"/> inscriptions dans le secondaire	<i>page 80</i>
<i>Tableau 5</i> Indicateurs démographiques	Population juvéno-infantile <input type="checkbox"/> taux de croissance démographique <input type="checkbox"/> taux brut de mortalité <input type="checkbox"/> taux brut de natalité <input type="checkbox"/> espérance de vie <input type="checkbox"/> taux de fécondité <input type="checkbox"/> urbanisation	<i>page 82</i>
<i>Tableau 6</i> Indicateurs économiques	PNB par habitant <input type="checkbox"/> taux de croissance annuelle du PNB <input type="checkbox"/> inflation <input type="checkbox"/> pauvreté <input type="checkbox"/> dépenses des gouvernements <input type="checkbox"/> aide publique au dévelop- pement <input type="checkbox"/> dettes	<i>page 84</i>
<i>Tableau 7</i> Femmes	Espérance de vie <input type="checkbox"/> alphabétisation <input type="checkbox"/> inscriptions scolaires <input type="checkbox"/> taux d'emploi de contraceptifs <input type="checkbox"/> vaccination antitétanique <input type="checkbox"/> accouche- ments assistés par du personnel qualifié <input type="checkbox"/> mortalité maternelle	<i>page 86</i>
<i>Tableau 8</i> Indicateurs relatifs à des pays moins peuplés	TMM5 <input type="checkbox"/> TMI <input type="checkbox"/> Natalité et décès juvéno-infantiles <input type="checkbox"/> PNB par habi- tant <input type="checkbox"/> espérance de vie <input type="checkbox"/> alphabétisation des adultes <input type="checkbox"/> inscriptions scolaires	<i>page 88</i>
<i>Tableau 9</i> Taux du progrès	Taux de régression du TMM5 <input type="checkbox"/> taux de croissance du PNB par habi- tant <input type="checkbox"/> taux de régression de la fécondité	<i>page 90</i>
<i>Notes</i>	Notes générales sur les données, signes et explications	<i>page 72</i>
	Notes relatives aux tableaux 1 à 9, définitions, sources principales	<i>page 92</i>

ENCADRÉS

Vaccination: le classement de 1988	1	Savoir pour sauver: les dix points clés	12
La Convention sur les droits de l'enfant	2	Tous pour la santé: une révolution de l'information	13
L'ajustement à visage humain	3	Les agents de santé: que peuvent-ils faire?	14
Egypte: vaccins et réhydratation orale	4	Indonésie: 800 000 conseillères familiales	15
Rougeole et tétanos: des priorités pour les années 90	5	Ouganda: la santé dans 8000 écoles	16
Ne plus manquer une occasion: vers une couverture vaccinale de 80%	6	Zimbabwe: l'éducation pour tous	17
Pour un allaitement maternel réussi: dix conditions essentielles	7	Bangladesh: deux nouveaux types d'écoles	18
La carence en iode: une guerre de dix ans	8	Le SIDA: une menace pour les enfants	19
La vitamine A: où en est-on?	9	Alléger la dette pour la survie des enfants	20
Le ver de Guinée: élimination dans les années 90	10	Les années 90: quels objectifs?	21
Au service des enfants: la recherche scientifique	11		

CES ENCADRÉS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS PAR GLEN WILLIAMS

FIGURES

- Fig. 1 Sauver la vie des enfants, 1980-2000
Deux projections mondiales pour les décès d'enfants de moins de 5 ans et les vies sauvées, 1980-2000
- Fig. 2 Le recul du progrès
Nombre d'enfants de 6 à 11 ans non inscrits dans le primaire, monde en développement, 1960-1987
- Fig. 3 Vacciner tous les enfants d'ici à 1990
Couverture vaccinale des enfants de moins d'un an, monde en développement, 1980-1988
- Fig. 4 Les causes des décès d'enfants
Décès annuels d'enfants de moins de 5 ans par causes principales
- Fig. 5 Les occasions manquées
Résultats d'une enquête-type sur les occasions manquées de vaccination effectuée dans un centre de santé
- Fig. 6 Les vaccins évitent chaque année deux millions de morts
Maladies pouvant être évitées par la vaccination: décès et cas de poliomyélite évités et se produisant encore, 1988
- Fig. 7 La progression de la thérapie par réhydratation orale
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée et traités par la TRO, décès se produisant encore et vies sauvées chaque année, pays en développement, 1984-1988
- Fig. 8 Espacer les naissances, sauver des vies
Mortalité infantile selon l'âge de la mère, le rang de naissance et l'intervalle entre les naissances, Brésil, 1976-1986
- Fig. 9 Si les femmes avaient le choix
Croissance démographique dans le monde en développement, 1990-2025
- Fig. 10 Sauver 100 millions d'enfants de la malnutrition
Incidence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, monde en développement (Chine non comprise)
- Fig. 11 Budget des soins hospitaliers
Pourcentage du budget de la santé du gouvernement central alloué aux hôpitaux, pays choisis, 1987
- Fig. 12 Déclin de l'éducation en Afrique
Dépenses publiques pour l'éducation par personne et exprimées en pourcentage du PNB, Afrique au sud du Sahara, 1975-1986
- Fig. 13 Le défi de l'alphabétisation
Pourcentage et nombre d'adultes analphabètes 1950-1985 et projection jusqu'en 2025, monde en développement
- Fig. 14 Aide pour la santé et l'éducation
Pourcentage de l'aide totale que les pays industrialisés occidentaux allouent aux secteurs sociaux clés
- Fig. 15 Profil de l'aide
Aide des pays industrialisés occidentaux (OCDE), 1988

I

LA SITUATION
DES ENFANTS
DANS LE MONDE
1990

James P. Grant

Les enfants d'abord

Des mesures qui s'imposent

Priorité aux plus démunis

Le rôle du monde nanti

Le taux de mortalité des moins de 5 ans

Le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) désigne le nombre d'enfants qui meurent avant l'âge de 5 ans pour 1000 naissances vivantes. C'est le principal indicateur utilisé 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 taux de mortalité des moins de 5 ans de certains pays, tant dans le texte que dans les tableaux statistiques, sont des estimations établies par la Division de la population des Nations Unies sur une base permettant une comparaison internationale et en utilisant diverses sources. Ces chiffres peuvent, dans certains cas, différer des chiffres des services statistiques nationaux.



Les enfants d'abord

De grands changements se préparent alors que le monde s'apprête à entrer dans les années 90. De grands changements sont en effet nécessaires si l'on ne veut pas qu'un siècle de progrès sans précédent ne s'achève sur une décennie de déclin et de désespoir pour la moitié des nations du monde. Dans bien des pays, la pauvreté, la malnutrition infantile et la mauvaise santé progressent à nouveau après s'être repliées pendant des décennies. Les raisons de cet état de choses sont multiples et complexes, mais celle qui domine toutes les autres est la suivante : les gouvernements du monde en développement consacrent aujourd'hui la moitié de leur budget annuel aux dépenses militaires et au service de la dette^{*1}. Ces deux postes de dépenses, par nature non productives, coûtent actuellement aux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine près d'un milliard de dollars par jour, soit plus de 400 dollars par an pour chaque famille du monde en développement. Il y a un demi-siècle, le Président Eisenhower a vu dans l'ampleur des dépenses militaires « l'humanité pendue à une croix de fer » ; s'il vivait aujourd'hui pour observer les répercussions de la crise de l'endettement alors que le siècle approche de son terme, il pourrait ajouter que l'humanité est aussi pendue à une croix d'or.

Les sommes en jeu sont si importantes qu'il est difficile de les placer dans une perspective assurée. *Les remboursements et les intérêts au titre de la dette* ont représenté au total en 1988, dernière année pour laquelle on dispose de chiffres, 178 milliards de dollars, c'est-à-dire trois fois plus que la totalité de l'aide reçue des pays industrialisés. *Les dépenses militaires* des pays en déve-

* Ce chiffre global recouvre des divergences importantes entre les régions et entre la façon dont les dépenses militaires et le service de la dette se répartissent à l'intérieur des régions. C'est ainsi que les dépenses militaires du Moyen-Orient sont disproportionnées par rapport au reste du monde en développement, tandis que ses obligations au regard du service de la dette sont relativement légères.

loppement se sont chiffrées quant à elles à 145 milliards de dollars. Une telle somme annuelle serait suffisante pour mettre un terme à la pauvreté absolue au cours des dix prochaines années, ce qui permettrait à toutes les populations de faire face à leurs besoins et à ceux de leurs enfants pour ce qui est de l'alimentation, de l'eau, des soins de santé et de l'éducation.

Il est de ce fait évident que, pour une grande partie du monde, une réduction sensible du service de la dette et des dépenses militaires est devenue la condition *sine qua non* de la reprise du progrès humain.

Le vent du changement

À l'aube des années 90, le vent des changements politiques remue à nouveau la condition humaine. Le plus important de ces changements est le dégel que connaît la guerre froide. Ainsi que l'a dit Barber Conable, président de la Banque mondiale : « *Les forces politiques et idéologiques qui ont polarisé le monde pendant un demi-siècle perdent de leur emprise.* »

Plus rapidement qu'on aurait pu l'imaginer, cette évolution a entraîné un relâchement des tensions idéologiques, des progrès timides vers la démocratie, un désamorçage de conflits régionaux et un réexamen des engagements pris quant aux niveaux actuels des dépenses militaires. Le traité sur les forces nucléaires de portée intermédiaire et les entretiens sur la réduction des armes stratégiques constituent les premiers résultats de cette évolution, à savoir la réduction des armes nucléaires tactiques déployées en Europe.

Dans d'autres régions du monde, il est déjà manifeste que l'engagement militaire des superpuissances va diminuant. Et dans quelques-uns des plus grands pays comme

la Chine, l'Inde et le Pakistan, qui, ensemble, abritent la moitié des habitants du monde en développement, le niveau des dépenses militaires a commencé à fléchir pour la première fois en cinquante ans.

Il y a certes des conflits armés qui continuent de marquer la surface de la planète, mais il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle le monde connaît moins de guerres qu'il n'en a connues à aucun autre moment au cours des cinquante dernières années. Il n'est donc pas impossible de penser en termes de déclenchement d'un processus de paix, pas plus qu'il n'est désormais vain d'espérer qu'une diplomatie perfectionnée, qui recoure davantage aux organisations internationales, puisse un jour remplacer la primauté de la force dans les affaires humaines.

Quel que soit le chemin à parcourir, chaque pas en avant dans cette voie nous rapproche de l'éventualité d'un réexamen fondamental des engagements mondiaux à l'égard du niveau actuel des dépenses militaires. Les ressources qu'un tel réexamen met en jeu sont si vastes que toute modification importante ne peut qu'avoir des répercussions profondes sur presque tous les autres aspects de l'activité humaine. La totalité des dépenses militaires, tant dans le monde industrialisé que dans le monde en développement, dépasse de loin *les revenus annuels cumulés de la moitié la plus pauvre de l'humanité*. Dégager ne serait-ce que 5 ou 10% de cette énorme somme suffirait à donner un nouvel élan à la satisfaction des besoins humains fondamentaux.

Si le monde devait commencer à s'orienter dans cette voie au cours des années 90, l'impact n'en serait pas seulement financier. Pendant les cinquante années qui se sont écoulées depuis 1939, le monde a été préoccupé par la guerre, par le souci de faire la guerre, par la menace de la guerre, par la prévention de la guerre, par la préparation de la guerre et par les paiements à effectuer pour la guerre. Sous l'une ou l'autre de ces formes ou sous chacune d'entre elles, la guerre a faussé nos économies, infléchi nos industries, dominé nos travaux de recherche et de développement et détourné l'attention des esprits scientifiques les plus remarquables de deux générations. Fait plus important encore que les prélèvements opérés sur nos ressources, la guerre a accaparé une part trop importante des capacités et des préoccupations humaines: elle a corrompu la science et la technique, s'est emparée de nos énergies et de notre ingéniosité et a abusé de notre imagination.

Si les capacités humaines ainsi que les ressources financières et matérielles de la société devaient être libérées, même en partie, de ce souci de la guerre, de nouveaux horizons s'ouvriraient à l'activité humaine et il deviendrait possible de progresser dans la voie d'un monde véritablement civilisé. La paix n'est pas seulement l'un des buts auxquels l'être humain aspire le plus, elle représente aussi une fin, qui deviendrait alors un moyen.

Le défi posé par l'environnement

Il ne manquerait certes pas de défis à l'ingéniosité et à l'imagination humaines dans un monde qui réussirait à se débarrasser de son souci de la guerre. Les vastes problèmes sociaux et psychologiques qui se présentent dans le turbulent sillage d'une prospérité croissante retiendront sans aucun doute une grande partie des énergies du monde industrialisé au cours des années à venir et le problème clé de l'environnement, y compris l'action à mener pour éviter une catastrophe écologique, constituera un défi susceptible d'absorber des ressources matérielles et intellectuelles beaucoup plus importantes que celles qui sont actuellement consacrées à cette tâche.

Pourtant, parallèlement à ces vastes questions d'ordre social et écologique — et indissociablement liée à elles —, demeure la revendication silencieuse mais essentielle de ceux des habitants de la planète qui n'ont jamais eu le luxe de s'inquiéter des problèmes de prospérité ou des conséquences du consumérisme. Plus d'un milliard de personnes, le cinquième de l'humanité, n'ont toujours pas accès à une alimentation adéquate, à un approvisionnement en eau saine, à une instruction élémentaire et à des soins de santé de base. Pour des raisons qui sont à la fois d'ordre moral et d'ordre pratique, il ne peut y avoir de progrès véritable dans la voie d'une société mondiale plus civilisée et écologiquement durable si l'on ne s'attaque pas au problème persistant de l'injustice criante et de la pauvreté absolue.

En particulier, l'UNICEF se soucie de faire valoir que les besoins des *enfants*, notamment de ces millions d'enfants qui vivent et meurent encore de malnutrition et de maladie alors que le XX^e siècle va bientôt s'achever, devraient recevoir une priorité absolue dans nos préoccupations et nos moyens d'action comme sur le plan des ressources encore plus importantes qui pourraient être progressivement dégagées si le monde cessait effectivement de se préoccuper vainement de la guerre comme il l'a fait pendant si longtemps.

La génération la plus nombreuse

L'aspect moral de cet argument n'est certes pas nouveau. Rien ne condamne davantage notre époque que de constater que plus de 250 000 jeunes enfants continuent de mourir *chaque semaine* de malnutrition et de maladies faciles à prévenir. La rougeole, la coqueluche et le tétanos, maladies qui peuvent toutes être évitées au moyen de vaccinations peu onéreuses, coûtent *chaque jour* la vie à environ 8000 enfants. La déshydratation diarrhéique, qui peut être prévenue pour un prix dérisoire, emporte *chaque jour* près de 7000 enfants. La pneumonie, qui peut être guérie grâce à l'administration d'antibiotiques à fai-

ble prix, tue elle aussi *chaque jour* plus de 6000 enfants. Des morts et des souffrances de cette ampleur n'ont tout simplement plus lieu d'être et sont inacceptables. La moralité doit aller de pair avec les moyens dont on dispose.

Chacune de ces morts est la mort d'un enfant qui avait une personnalité et un potentiel, une famille et un avenir. Pour chaque enfant qui meurt, nombreux sont ceux qui vivent en mauvaise santé, qui souffrent de malnutrition et sont par conséquent incapables de réaliser le potentiel mental et physique qu'ils ont reçu à leur naissance. De tels faits sont une honte pour chacun d'entre nous. La civilisation et le progrès sont des notions qui ne se mesurent pas seulement en termes de PNB et de moyens techniques. Elles se mesurent également en fonction de l'épanouissement de la conscience humaine, de ses blessures et de ses réactions face à la souffrance, du refus d'accorder à l'être humain ce dont il a besoin et de la violation des droits de l'homme.

Mais comme cela est souvent le cas, l'argument moral est en fin de compte indissociable de l'argument pratique. Les conséquences à long terme de la pauvreté et de souffrances d'une telle ampleur sont bien connues. Elles nous atteignent tous et nous touchent de plus en plus à mesure que nous approchons d'un nouveau millénaire. La malnutrition signifie une mauvaise croissance physique et mentale, de mauvais résultats à l'école et au travail et la perpétuation de la pauvreté d'une génération à la suivante; des taux élevés de mortalité infantile signifient des taux de natalité élevés et une croissance démographique rapide; le manque d'instruction empêche les individus de contribuer pleinement au développement de leur collectivité et de leur pays ou d'en profiter à leur tour; le désespoir et le refus de donner une chance portent atteinte à la dignité de l'être humain et sont à l'origine de problèmes presque insolubles pour les générations futures; des injustices solidement établies et l'étalage, face à la pauvreté, de richesses impossibles à atteindre provoquent une instabilité et des violences qui s'entretiennent d'elles-mêmes; enfin, il est de plus en plus évident que le dénuement extrême interdit toute prise en compte réelle du respect de l'environnement en obligeant des millions d'êtres humains à surexploiter le milieu où ils vivent dans le simple but de survivre.

Des efforts renouvelés pour protéger la vie et le développement des enfants et pour mettre un terme aux pires aspects de la pauvreté constitueraient donc l'investissement à long terme le plus important que l'espèce humaine pourrait consentir pour sa prospérité économique, sa stabilité politique et son intégrité écologique à venir.

C'est dès aujourd'hui qu'il faut entreprendre cet investissement. Un milliard et demi d'enfants seront nés d'ici à l'an 2000 et, vers la fin de cette décennie, un fait histori-

que s'accomplira puisque la croissance démographique aura atteint finalement son point culminant et commencera à fléchir. La conviction la plus profonde de l'UNICEF est qu'au moment où le monde cherche à se libérer de son ancienne obsession de la guerre, il ne saurait y avoir de *préoccupation nouvelle* plus importante que de protéger la vie et le développement de la génération d'enfants la plus nombreuse que l'humanité se soit jamais vu confier.

Les droits de l'enfant

Au terme des années 80, plusieurs faits récents et quelques réalisations pratiques semblent indiquer que cette priorité nouvelle en faveur de l'enfance commence à se faire jour.

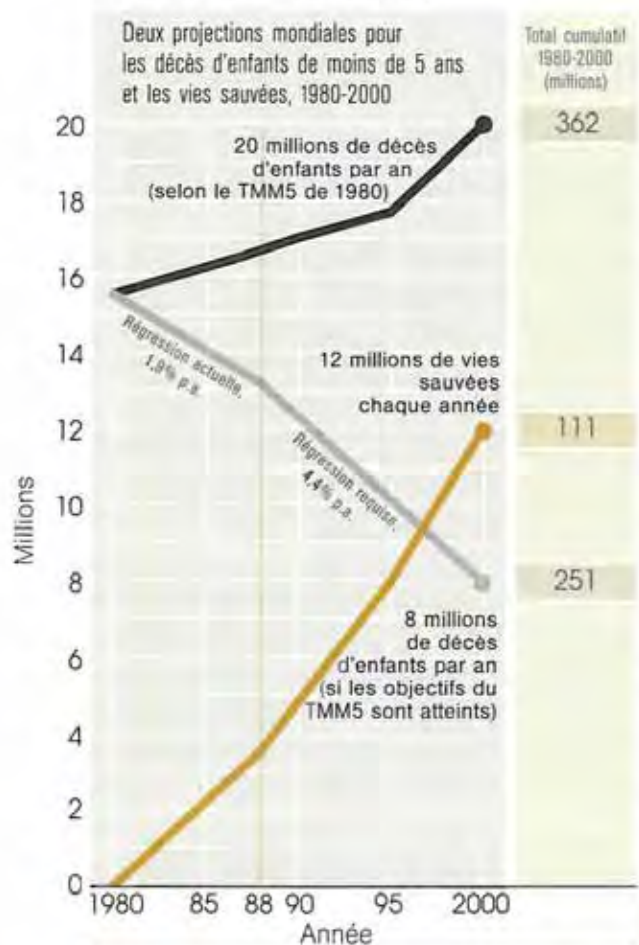
Dans les pays industrialisés comme dans le monde en développement, on constate une prise de conscience croissante, impossible à mesurer mais nettement marquée, du fait que les besoins physiques, mentaux et affectifs des jeunes sont une préoccupation légitime des responsables politiques d'un pays. C'est ainsi que le président des États-Unis s'est déclaré convaincu que *«notre caractère national peut être mesuré à la façon dont nous prenons soin de nos enfants»*; en faisant la même observation au sujet de la responsabilité qui incombe au monde à l'égard de ses enfants, le président Gorbatchev a déclaré de son côté que *«l'humanité ne peut plus se permettre, alors que le XX^e siècle s'achève, que des millions d'enfants meurent chaque année»*.

L'importance croissante de cette question se trouvera peut-être bientôt concrétisée à l'occasion de la célébration du premier *Sommet mondial pour les enfants*, proposé dans le rapport sur *La situation des enfants dans le monde 1989* et qui a été, depuis, appuyé par plus de 100 gouvernements. Prévu pour le second semestre de 1990, ce sommet réunirait des chefs d'État et de gouvernement de toutes les régions du monde et débattrait de la nécessité d'accorder une priorité nouvelle aux besoins des enfants. À l'ordre du jour de ce sommet figureraient les occasions éclatantes qui s'offrent actuellement de sauver la vie d'au moins 50 millions de jeunes enfants et de protéger la croissance normale de millions d'autres au cours de la décennie à venir (voir figure 1). Le chapitre II de ce rapport passe en revue six de ces mesures — réalisables et généralisables — et se propose de cette façon de contribuer aux préparatifs du *Sommet mondial pour les enfants*.

Un tel sommet examinerait aussi un autre fait nouveau d'importance capitale que mettrait en relief l'émergence de cette priorité. À l'issue de dix années de négociations approfondies, le projet de *Convention sur les droits de l'enfant* a finalement été soumis à l'approbation de l'Assemblée générale des Nations Unies. Énonçant les normes

Fig. 1 Sauver la vie des enfants, 1980-2000

Les deux premières courbes de ce graphique montrent deux évolutions possibles du nombre annuel de décès juvéniles de 1980 à 2000. La courbe inférieure représente la différence entre ces deux tendances et indique le nombre d'enfants qui pourraient être sauvés.



— Sans changement du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5).

— Le TMM5 évalué par la Division de la population de l'ONU, jusqu'en 1987. Au-delà, on suppose que tous les pays feront des progrès suffisants pour atteindre l'objectif du TMM5 d'ici l'an 2000 (c'est-à-dire un TMM5 de 70 ou réduit de moitié par rapport au TMM5 de 1980, selon que l'un ou l'autre de ces résultats apparaît plus favorable).

— Nombre d'enfants sauvés chaque année si les objectifs du TMM5 sont atteints.

Source: UNICEF, sur la base des estimations de la Division de la population des Nations Unies.

Note: Les changements par rapport au graphique similaire présenté dans le rapport de l'an dernier sont dus en grande partie à la révision des estimations des naissances réelles et projetées.

minimales de protection de la vie, de la santé et de l'éducation des enfants et assurant une protection explicite contre l'exploitation des enfants au travail, contre les mauvais traitements physiques ou sexuels et contre les effets de la guerre, la Convention est le premier traité international définissant juridiquement les droits de l'enfant (voir encadré 2).

A l'instar de nombreux autres documents historiques, la Convention énonce un idéal que peu de pays, voire aucun, ont jusqu'ici atteint. Mais au fur et à mesure de sa ratification par des pays de plus en plus nombreux, ses dispositions seront progressivement incorporées dans les législations nationales, la presse et le public se préoccupent davantage de veiller à son application et elle deviendra petit à petit la norme au-dessous de laquelle un pays civilisé, du Nord ou du Sud, ne pourra se permettre de tomber.

Le principe: les enfants d'abord

Au-delà des dispositions détaillées qu'elle renferme, la Convention sur les droits de l'enfant énonce un principe fondamental qui, de l'avis de l'UNICEF, devrait influencer sur l'évolution politique, sociale et économique de tous les pays au cours de la prochaine décennie et au-delà. Ce principe est que la vie et le développement normal de l'enfant devraient recevoir une *priorité absolue* dans les préoccupations et les moyens de la société et que les enfants devraient pouvoir compter sur cet engagement dans la prospérité comme dans l'adversité, en temps normal comme en temps de crise, en période de paix comme en période de guerre.

Si ce principe pouvait se frayer un chemin à travers les champs de bataille de l'évolution politique et économique de la décennie à venir, c'est la civilisation elle-même qui s'en verrait renforcée, car elle a pour essence de protéger ce qui est vulnérable et de protéger l'avenir: l'enfant, comme l'environnement, est vulnérable et il représente en même temps l'avenir. C'est essentiellement parce que le développement physique, mental et affectif des enfants n'est pas garanti que les difficultés de l'humanité s'aggravent et que ses problèmes se perpétuent. *Des mesures spéciales* visant à défendre les enfants contre les insuffisances et les erreurs du monde des adultes sont l'un des principaux moyens d'atténuer les problèmes les plus fondamentaux de l'humanité. Accorder aux enfants la priorité absolue est le principe sur lequel reposent toutes les questions examinées dans le présent rapport car, de l'avis de l'UNICEF, il devrait être à la base des nombreuses décisions et des nombreuses actions qui façonneront la décennie à venir.

La Convention sur les droits de l'enfant

À la fin de 1989, le projet de Convention sur les droits de l'enfant a été soumis à l'adoption de l'Assemblée générale des Nations Unies. Fruit de dix ans de consultations exhaustives auxquelles de nombreux gouvernements, des institutions spécialisées des Nations Unies et près de 50 organisations non gouvernementales ont participé, la Convention fixe les normes universelles de protection des enfants contre les mauvais traitements, l'exploitation et la violence.

Ce document, unique en son genre, définit juridiquement les droits des enfants, droits qui se trouvaient jusqu'ici traités dans un grand nombre d'autres accords internationaux de portée et de statut divers. Ce texte s'applique à toute personne âgée de moins de 18 ans, sauf si la majorité est fixée plus tôt en vertu de la législation des pays.

Les dispositions de la Convention s'appliquent de manière égale à tous les enfants, sans distinction aucune de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, d'un handicap possible, de leur origine, etc. « L'intérêt supérieur de l'enfant » est un principe fondamental de la Convention qui devra sous-tendre toutes les décisions ayant trait à la santé, au bien-être et à la dignité des enfants.

Les droits de l'enfant, tels qu'ils sont définis dans la Convention, peuvent être regroupés en trois parties: la survie, le développement et la protection.

- **Survie:** Le premier droit mentionné par la Convention est le droit inhérent à la vie. Les Etats doivent assurer « dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant ». La Convention reconnaît le droit de l'enfant à bénéficier de services médicaux (tels que la vaccination et la réhydratation par voie orale) et d'un niveau de vie suffisant (notamment une alimentation appropriée, de l'eau salubre et un logement décent). En outre, l'enfant a droit à un nom et à une nationalité.

- **Développement:** Pour permettre à tout enfant de se développer au mieux de ses possibilités, la Convention contient des dispositions relatives au droit de l'enfant à l'éducation, au repos et aux loisirs, à la liberté d'expression et d'information, à la liberté de pensée, de cons-

science et de religion. Elle précise également que le point de vue de l'enfant doit être pris en considération dans les limites imposées par son âge et son degré de maturité.

- **Protection:** De nombreuses dispositions de la Convention ont pour objet de fournir une protection aux enfants dans un vaste éventail de circonstances. Certaines ont trait aux enfants mentalement ou physiquement handicapés, d'autres se rapportent aux enfants réfugiés ou orphelins, ou encore aux enfants privés de leur milieu familial. Elle reconnaît, en outre, que dans certains cas, il peut être nécessaire de protéger les enfants contre les mauvais traitements perpétrés par leurs propres parents. Elle prévoit aussi que les enfants soient protégés lorsque, dans leur propre intérêt, ils ne peuvent rester confiés à leurs parents.

La Convention reconnaît également le droit d'être protégé contre l'exploitation économique, sexuelle ou autre. Elle exige que des mesures appropriées soient prises pour protéger les enfants contre l'usage de stupéfiants et pour empêcher qu'ils ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances. En outre, elle définit le droit des enfants dans les cas de conflits armés et celui des enfants qui ont commis des actes illégaux et sont, de ce fait, en contact avec la justice.

La Convention entrera en vigueur lorsque 20 pays l'auront ratifiée et ses dispositions auront force obligatoire pour les Etats parties qui y auront adhéré.

La Convention contient également un certain nombre de dispositions destinées à en promouvoir l'application de la part des gouvernements, des organisations privées et des particuliers. Un Comité des droits de l'enfant, composé de dix experts, siégeant à titre personnel, sera institué et les Etats parties qui ratifieront la Convention devront lui soumettre des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées et sur les progrès réalisés dans l'application de ces droits.

Les normes fixées par la Convention devront donc devenir le point de référence pour tous ceux qui œuvrent en faveur de la santé, du développement et de la protection des enfants, offrant de ce fait un cadre universellement accepté pour la défense des enfants du monde entier.

Les premiers exemples

Les années 80 ont déjà vu les premiers exemples de l'application, quoique partielle, de ce principe. En 1985, le Salvador est devenu le premier pays à avoir jamais suspendu une guerre civile pour respecter le droit de vaccination de ses enfants. Il s'agissait là d'une décision historique dans la voie de l'acceptation du principe selon lequel la vie et la croissance des enfants ne doivent pas être tributaires des erreurs de la société des adultes, que leur protection doit être assurée en temps de paix comme en temps de guerre, quel que soit le parti au pouvoir, que l'économie soit bien ou mal gérée, que les dettes aient été remboursées ou rééchelonnées, que les prix des produits de base aient chuté ou monté, que l'on se trouve au creux de la vague ou à son sommet dans les interminables et inévitables fluctuations de la vie politique et économique d'un état moderne.

Grâce aux bons offices de l'Eglise catholique et de la Croix-Rouge, les deux camps dans la guerre du Salvador ont accepté de décréter quatorze autres «jours de tranquillité» au cours des cinq dernières années, permettant ainsi d'administrer plus de trois millions de doses de vaccin. Dans cette même optique, au Soudan, les deux camps sont convenus en 1989 de créer des «corridors de la paix» pour faciliter l'acheminement de 120 000 tonnes métriques de produits alimentaires et d'autres fournitures, y compris des équipements destinés aux vaccinations, pour venir en aide à une population de 2 250 000 personnes, frappées par la guerre civile. Jusqu'ici, cette entente sans précédent a évité que ne se reproduisent les événements dramatiques de 1988 qui ont coûté la vie à environ 250 000 civils, en majorité des femmes et des enfants. Récemment, le nouveau gouvernement militaire de Khartoum et les dirigeants de l'Armée de libération populaire du Soudan ont accepté de maintenir ces «corridors de la paix» et demandé que les secours se poursuivent en 1990. Il n'est pas inconcevable que les voies de communication ainsi établies puissent hâter le processus de paix dans la région et que l'exemple du Soudan devienne un jour la norme acceptée dans la solution d'une guerre civile ou d'un conflit international. Il est significatif ainsi que la coopération de toutes les parties concernées permette de mener à bien le programme de vaccination en Afghanistan et que Sri Lanka, dévastée par la violence et une désorganisation croissante, soit en mesure de faire savoir ce mois-ci (décembre 1989) que, grâce à la coopération de toutes les parties, la vaccination généralisée des enfants se trouve désormais réalisée.

Toutefois, considérer que les principes qui placent les enfants au premier rang des priorités et qui sont contenus dans la *Convention sur les droits de l'enfant* ne sont applicables que dans les circonstances exceptionnelles ou intolérables, c'est se méprendre sur l'essentiel. Les enfants doivent pouvoir compter sur cet engage-

ment en tout temps et en toute circonstance, car c'est en période de normalité et de calme que l'on court le plus facilement le risque de méconnaître la nécessité de ce principe.

Preuve en sont les répercussions de la crise de l'endettement et les programmes d'ajustement économique qu'elle a entraînés dans tant de pays du monde en développement au cours de la seconde moitié des années 80. En effet, si ce principe avait déjà été profondément ancré dans la conscience des Etats et de la collectivité internationale, ces années se seraient déroulées fort différemment pour des millions d'enfants. Dans l'état actuel du monde, la méconnaissance de ce principe, et partant l'absence de *protection spécifique* des enfants au cours des processus d'ajustement économique, a pesé lourdement sur la croissance physique et mentale des éléments les plus démunis et les plus vulnérables de la génération montante.

Ce sont les enfants qui paient

Bien que les renseignements disponibles concernant les effets de la récession sur les enfants soient totalement insuffisants, il est possible d'établir que, faute d'une acceptation à grande échelle du principe de la priorité à accorder aux enfants, des millions d'entre eux ont été inutilement exposés aux aspects les plus négatifs du processus d'ajustement.

En premier lieu, les enfants les plus démunis et les plus vulnérables ont acquitté la dette du monde en développement en sacrifiant leur *croissance normale*.

Au cours des années 80, le revenu moyen a fléchi de 10% dans la majeure partie de l'Amérique latine et de plus de 20% en Afrique au sud du Sahara. Pour beaucoup d'enfants, la situation a été pire encore que ces chiffres ne permettent de le supposer. Dans un grand nombre de zones urbaines, le salaire minimum réel a diminué d'au moins 50%.² Pour les plus démunis, qui sont contraints de dépenser les trois quarts de leur revenu en produits alimentaires, une réduction de cette ampleur ne peut signifier qu'une chose: la malnutrition de leurs enfants.

Si les gouvernements et la collectivité internationale en avaient décidé autrement, l'augmentation de la malnutrition infantile aurait pu être évitée. Des moyens efficaces et peu coûteux permettant de protéger la santé nutritionnelle des enfants existent (voir les pages 27 à 36) et il aurait été possible de les mettre en œuvre si la croissance physique et mentale des enfants avait pesé plus lourd sur les préoccupations et les ressources de la société, dans l'adversité comme dans la prospérité. De fait, trop rares sont les gouvernements qui ont adopté des mesures spéciales de protection au cours des années 80.

Aussi de nombreux pays ont-ils connu une recrudescence de la malnutrition.

En second lieu, les enfants les plus démunis et les plus vulnérables ont acquitté la dette du monde en développement avec leur santé.

Au cours des dernières années, il a été établi que les dépenses de santé par habitant ont diminué dans plus des trois quarts des pays d'Afrique et d'Amérique latine et il est à peu près certain que cette baisse a été plus répandue que ces chiffres ne l'indiquent. Des centaines de dispensaires ont vu leurs portes fermer et, parmi ceux qui sont restés ouverts, nombreux sont ceux qui disposent d'un personnel insuffisant et qui manquent des fournitures essentielles. Les services de planification familiale ont été réduits. Les médicaments importés sont devenus plus onéreux. Au cours du premier semestre de 1989, les services de santé de l'Equateur, du Panama, du Paraguay et du Pérou n'ont pas été à même d'acheter des vaccins.¹

Des renseignements fragmentaires sur les résultats tragiques et inévitables de cet état de choses commencent à affluer. On sait que la mortalité infantile a augmenté dans certaines régions de l'Amérique latine et de l'Afrique au sud du Sahara. L'insuffisance pondérale à la naissance, indicateur très sensible de la santé maternelle, a augmenté dans sept des quinze pays pour lesquels on dispose de données récentes.⁴

En matière de santé, de nombreux gouvernements ont du moins commencé à placer les enfants au cœur de leurs priorités et à appliquer quelques-unes des mesures peu coûteuses qui permettent aujourd'hui de protéger leur vie et leur croissance. Il sera fait état de ces mesures plus loin, mais il convient de rendre un hommage particulier à l'Afrique pour l'action menée sur le continent tout entier afin de faire passer son taux de couverture vaccinale de moins de 10% à plus de 60%, et cela en dépit des difficultés rencontrées au cours de la décennie écoulée.

En troisième lieu, les enfants les plus démunis et les plus vulnérables ont aussi acquitté la dette du monde en développement en perdant les rares occasions qu'ils avaient d'accéder à l'éducation (voir figure 2).

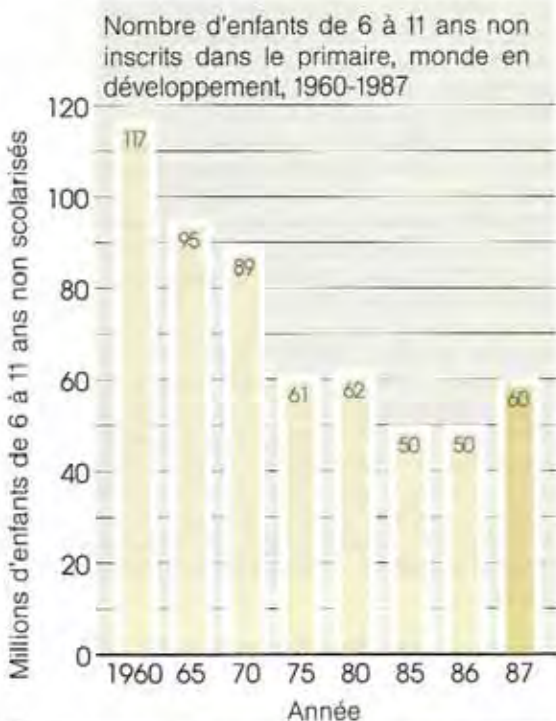
Dans les 37 pays les plus pauvres du monde, les dépenses scolaires par élève ont diminué d'environ 25% au cours de la dernière décennie⁵. Les dépenses d'investissement, y compris l'achat de livres, de plumes et de crayons, ont complètement cessé dans de nombreux pays et des milliers d'enseignants ont quitté leur poste après avoir travaillé pendant des mois sans percevoir leur salaire. Les répercussions de cet état de choses ont été récapitulées par Federico Mayor, directeur général de l'UNESCO, dans le discours qu'il a prononcé en 1989 devant le Conseil d'administration de l'UNICEF:

«Au cours de ces dernières années, nous avons assisté à un arrêt sans précédent de la croissance des services éducatifs de base, ainsi qu'à une stagnation et à une détérioration de la qualité de l'enseignement (...).

La récession économique et l'endettement croissant du Sud ont sans aucun doute joué un rôle très important dans ce drame éducatif. (...) Dans près de la moitié des pays en développement, l'objectif de l'enseignement primaire universel recule au lieu de se rapprocher. Dans environ un pays en développement sur cinq, le nombre des élèves de l'enseignement primaire a en fait commencé à fléchir (...). Dans deux pays en développement sur trois, les dépenses

Fig. 2 Le recul du progrès

Les années 60 et 70 ont connu une rapide expansion de l'enseignement primaire dans le monde en développement, ce qui a permis de ramener à 50 millions le nombre d'enfants non scolarisés. Au milieu des années 80, la proportion d'enfants inscrits à l'école a commencé à baisser, alors que le nombre total de naissances ne cessait de croître. En conséquence, le nombre d'enfants non scolarisés est passé à 60 millions, la première hausse significative en quatre décennies.



Source: Estimations et projections de la Division de la population des Nations Unies et estimations du taux d'inscriptions dans le primaire tirées de l'Annuaire statistique de l'UNESCO.

par élève en termes réels ont diminué depuis 1980. La situation de l'enseignement a donc empiré (...) et la projection de ces tendances dans l'avenir ne fait apparaître aucun indice encourageant.»

Les moyens de renverser cette tendance constitueront le point le plus important de l'ordre du jour de la première Conférence mondiale sur l'éducation pour tous qui se tiendra en Thaïlande, en mars 1990. Mais chacune des stratégies que la Conférence recommandera se révélera plus fertile si toutes les sociétés acceptent comme un principe essentiel que l'éducation des enfants doit être protégée en tout temps et à tout prix.

L'ajustement à visage humain

Dans ses activités quotidiennes dans plus de 100 pays en développement, l'UNICEF se trouve constamment aux prises avec les nombreuses autres façons dont les enfants sont exposés aux conséquences de la dette, de la récession et des programmes d'ajustement économique, avec pour résultat évident l'augmentation du nombre des familles dans lesquelles le père et la mère sont l'un et l'autre obligés de trouver des emplois rémunérés en dehors du foyer. De ce fait, le temps nécessaire pour allaiter au sein, préparer les aliments de sevrage, faire bouillir l'eau, faire vacciner les enfants, soigner les petites blessures et infections courantes et effectuer toutes les autres tâches essentielles est réduit d'autant. Bien qu'il soit impossible de procéder à une quantification, le personnel de l'UNICEF dans bien des pays a pu constater *de visu* que la crise de l'endettement et la diminution du revenu des plus démunis qui en découle ont contribué à l'accroissement de la délinquance juvénile, des accidents, de l'abus des drogues et du nombre des abandons d'enfants⁶.

Du fait que l'UNICEF se trouve si fréquemment aux prises avec les conséquences de la crise de l'endettement, il lui est difficile de ne pas éprouver un sentiment de frustration. Il semble que la perpétuation de ce drame, l'éloignement de la scène où il se joue et la complexité du sujet soient en passe d'émousser la sensibilité du monde industrialisé aux problèmes de l'enfance démunie. Personne ne souhaitait la crise de l'endettement. Si quelques-uns en ont profité, à longue échéance, elle ne répond à l'intérêt de personne. Le blâme en revient aussi bien aux emprunteurs dénués du sens des responsabilités qu'aux prêteurs également dépourvus du sens des responsabilités, ainsi qu'aux arrangements économiques internationaux, y compris ceux qui régissent les échanges commerciaux et le prix des produits de base, à l'égard desquels le monde en développement n'a guère de droit de regard mais en fonction desquels il doit gagner sa vie. Or, les conséquences de l'endettement retombent dans une mesure totalement disproportionnée sur ceux dont la responsabilité est le moins engagée et qui sont

le moins à même d'éponger la dette. Ainsi que l'a déclaré le président du Zimbabwe, Robert Mugabe: *«Peu de fléaux dans l'histoire de l'humanité peuvent prétendre avoir causé autant de victimes que la crise actuelle de l'endettement.»*

Comme le montrent les exemples cités plus haut, souvent les jeunes et les plus vulnérables sont les premiers à être touchés par la crise et ceux qui sont le plus durement atteints. A quelques exceptions près, *ce à quoi nous assistons en réalité est exactement à l'opposé du principe selon lequel la protection de la croissance physique et mentale des enfants doit passer avant toutes choses.* Et pourtant, en quelque sorte, la froide injustice de cette situation se déroule sous nos yeux sans nous émouvoir, portée par le courant silencieux de l'analyse économique et revêtue de l'aspect respectable du vocabulaire financier. A intervalles réguliers, on nous dit que nous nous débattons dans la confusion, qu'un remboursement a été rééchelonné à tel endroit et une dette annulée à tel autre, dissimulant de la sorte à nos regards le dispensaire fermé, les pupitres vides dans les écoles, le régime alimentaire qui ne varie guère, la mère anémique et l'enfant amaigri.

C'est pour toutes ces raisons que, tout au long des années 80, l'UNICEF a préconisé une stratégie «d'ajustement à visage humain» (voir encadré 3). Il est logique, aussi bien sur le plan économique que sur le plan humain, de protéger ceux qui sont pauvres et vulnérables, en particulier les enfants, lorsque l'économie doit être ajustée en fonction de circonstances extérieures nouvelles et difficiles. Ainsi que l'a déclaré Richard Jolly, directeur général adjoint de l'UNICEF, à une commission du Congrès des Etats Unis en 1989:

«En matière de croissance économique, le capital humain est un facteur plus important que le capital physique. (...) L'investissement en capital humain sous forme de nutrition, d'éducation de base et de soins de santé ne peut être différé: ou bien il intervient à l'âge voulu au moment où le besoin se fait sentir, ou il n'intervient pas. Pour le jeune enfant, il n'y a pas de seconde chance. La tragédie silencieuse du désinvestissement en capital humain au cours des années 80 est que les résultats vont s'en trouver répercutés bien au-delà du XX^e siècle dans des corps dont la croissance aura été amoindrie et dans des esprits dont la formation aura beaucoup souffert.»⁷

Aucune théorie économique, aucune idéologie politique ne saurait justifier le sacrifice même temporaire de la croissance physique et mentale des enfants. La stratégie de l'ajustement à visage humain est l'un des exemples les plus importants de l'esprit qui anime la Convention sur les droits de l'enfant et de son principe central, à savoir que tous les enfants devraient être protégés des pires conséquences des excès et des erreurs du monde des adultes, qu'il s'agisse de violence et de guerre ou encore des effets accumulés d'une mauvaise gestion économique.

L'ajustement à visage humain

Le premier appel de l'UNICEF en faveur d'un ajustement à visage humain date du début des années 80, alors que des indices toujours plus nombreux témoignaient de la recrudescence de la malnutrition, du recul de l'éducation et du démantèlement des services de santé dans de nombreuses régions du monde en développement.

Au début, l'idée s'est heurtée au doute et au scepticisme. Néanmoins, à la fin des années 80, la nécessité de mesures de protection des enfants et d'autres groupes vulnérables, adoptées parallèlement aux efforts entrepris pour résoudre la crise de l'endettement et stabiliser la balance des paiements, s'est largement imposée.

Ces mesures sont loin d'être suffisantes, mais elles commencent à gagner du terrain. En Afrique: le Ghana, Madagascar, la Guinée, le Sénégal, le Cameroun et le Kenya; en Amérique latine: La Bolivie et l'Equateur; et en Asie: les Philippines et Sri Lanka s'orientent vers des politiques d'ajustement plus «humaines». La Banque mondiale, le Programme alimentaire mondial, le Fonds international de développement agricole, l'UNESCO et l'Organisation mondiale de la Santé ont également lancé plusieurs initiatives, dont certaines sont axées sur les besoins nutritionnels des groupes vulnérables.

Le Ghana est un bon exemple de ce que «l'ajustement à visage humain» signifie dans la pratique. Le Programme d'action pour atténuer les coûts sociaux de l'ajustement (PAMSCAD) a été conçu conjointement par le gouvernement ghanéen, la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le développement et l'UNICEF. Le PAMSCAD vise à promouvoir la création d'emplois, la nutrition, l'approvisionnement en eau, l'enseignement primaire et les initiatives communautaires à l'intention des groupes les plus démunis et les plus vulnérables de la population. Son coût est de 85 millions de dollars sur deux ans — une somme considérable qui ne dépasse cependant pas 6 à 8% du montant total estimé de l'aide internationale pour le programme d'ajustement économique du Ghana.

L'UNICEF met l'accent sur trois aspects de «l'ajustement à visage humain».

Premièrement, la protection des groupes les plus démunis et les plus vulnérables devrait devenir l'objectif central des programmes d'ajustement économique, au même titre que celui d'un développement humain durable.

Deuxièmement, il faudrait redéfinir les programmes d'ajustement pour y inclure des mesures spécifiques visant à investir en faveur des plus défavorisés, notamment l'octroi de crédits aux petits agriculteurs et aux commerçants, en particulier aux femmes.

Ces investissements entraîneraient aussi une restructuration des secteurs sociaux qui consisterait à déplacer les priorités et à les orienter vers des services peu coûteux et hautement efficaces, de sorte que, par exemple, les hôpitaux cèdent le pas aux soins de santé primaires, les universités à l'enseignement primaire et à l'alphabetisation et les programmes d'urbanisation de prestige à l'approvisionnement en eau. En outre, il pourrait ainsi être répondu au besoin pressant de protéger l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans et à venir en aide aux chômeurs, par exemple par le biais de programmes «vivres contre travail».

Troisièmement, «l'ajustement à visage humain» s'appuie sur des indicateurs sociaux de développement tout autant que sur des variables économiques, il prend en compte la nutrition aussi bien que l'inflation, l'alimentation aussi bien que la balance des paiements, la baisse du revenu familial aussi bien que les déficits budgétaires des gouvernements.

Appliquées de manière cohérente, ces politiques favorisent un type de développement axé sur les capacités humaines plutôt que sur les seuls indicateurs macro-économiques. Ce type de développement n'est pas pour autant dénué de logique économique et il est bien plus qu'un programme d'aide sociale. De nombreuses études ont montré que les investissements en faveur des ressources humaines sont en fait le moyen le plus sûr de favoriser une croissance économique durable. De surcroît, il s'agit d'une stratégie qui ne fait pas seulement appel au soutien de l'Etat, mais qui repose sur la communauté et l'action non gouvernementale.

«L'ajustement à visage humain» doit progressivement mener vers un «développement à visage humain». L'investissement dans les ressources humaines — nutrition, santé et éducation primaire — doit devenir l'un des objectifs principaux de l'accroissement de l'aide internationale dans les années 90, réaffirmant de la sorte la priorité que toute action aussi bien nationale qu'internationale devrait accorder aux objectifs «humains».

Le piège de l'endettement

L'ampleur même de la crise de l'endettement qui, à l'heure actuelle, oblige le monde en développement à prélever au titre du service de la dette des ressources plus considérables encore que celles qu'il destine aux dépenses militaires, rend hautement improbable une action susceptible de protéger de façon satisfaisante la santé, la nutrition et l'éducation des jeunes enfants, à moins d'une réduction significative de la dette elle-même.

Malheureusement, la crise de l'endettement est désormais devenue le piège de l'endettement. Le seul moyen d'y échapper est de revenir à une croissance économique saine, mais les excédents durement acquis qui permettraient d'investir dans cette croissance tombent dans le gouffre des remboursements effectués au titre du service de la dette. Si l'on réussit à desserrer le piège, grâce à l'action menée pour accroître les exportations et les recettes en devises, il est vraisemblable qu'une augmentation brusque des taux d'intérêt le refermera brutalement. C'est ainsi que la dette de l'Amérique latine est actuellement quatre fois plus élevée que le montant total de ses exportations annuelles, ce qui signifie que pour maintenir le rythme des paiements, les exportations doivent augmenter de 4% chaque fois que les taux d'intérêt montent de 1%. Or, entre le premier trimestre de 1988 et le premier trimestre de 1989, les taux d'intérêt internationaux ont connu un accroissement de l'ordre de 3%.

Si on la compare à celle des pays d'Amérique latine, cible principale du Plan Baker, la dette de l'Afrique est faible car elle ne représente que de 10 à 15% de la dette latino-américaine. Mais si on l'évalue en fonction du seul critère qui importe pour l'Afrique, à savoir ses recettes d'exportation et sa capacité à rembourser, le fardeau de la dette de l'Afrique est en fait *deux fois plus lourd* que celui de la dette de l'Amérique latine. Les perspectives de croissance de l'Afrique, malgré toutes les réductions et tous les rééchelonnements consentis à ce jour, se trouvent entravées par le fait que les ressources que l'on devrait pouvoir investir disparaissent dans les versements effectués au titre du remboursement de la dette et du service des intérêts. Ainsi, l'ombre de la crise de l'endettement plane sur la décennie à venir comme elle a plané sur celle qui s'achève.

Et pourtant, quelques indices laissent présager un faible espoir. Au cours des deux dernières années, la dette totale du monde en développement a diminué pour la première fois depuis l'apparition de la crise de l'endettement au début des années 80. Bien que le coefficient du service de la dette n'ait pas encore commencé à fléchir, on s'accorde de plus en plus à reconnaître qu'il est de l'intérêt tant du monde industrialisé que du monde en développement d'agir de façon énergique et décisive, notam-

ment en annulant la majeure partie de la dette de l'Afrique envers les gouvernements des pays occidentaux industrialisés et en réduisant la dette commerciale d'un grand nombre de pays d'Amérique latine.

Mais tout en s'efforçant de relâcher le second des puissants freins qui entravent le progrès humain, il est également indispensable que la collectivité internationale s'engage de manière décisive en faveur de l'esprit de la *Convention sur les droits de l'enfant* et du principe selon lequel la protection de la vie et du développement des enfants devrait être la dernière — et non la première — obligation à sacrifier en période de récession. Sans un tel engagement, les années 90 solderont une fois de plus sur l'autel des remboursements de la dette et des programmes d'ajustement la vie, la santé, la croissance et l'éducation de millions d'enfants.

Pour le meilleur et pour le pire

Les répercussions de la crise de l'endettement sur l'enfance ne sont qu'un exemple du besoin d'une nouvelle éthique en vertu de laquelle, en période de troubles et de transition, les préoccupations et les moyens d'action de la société adulte iront en premier lieu aux enfants.

Il serait toutefois erroné de supposer que cette éthique ne concerne que les pays les plus démunis ou les situations de profondes difficultés économiques ou d'agitation civile.

Ainsi, les Etats-Unis et le Royaume-Uni viennent de connaître dix années de croissance économique continue; pourtant le nombre des familles sans abri y a doublé. Etant donné que les «filets» protecteurs des services sociaux se sont lentement relâchés, le nombre des enfants qui vivent dans la pauvreté aux Etats-Unis a augmenté de plus de trois millions, représentant aujourd'hui 15% de la population infantile (contre 11% en 1979). Actuellement, près du tiers des Américains d'origine hispanique et la moitié des Américains d'origine africaine vivent au-dessous du seuil de pauvreté, de même que 40% des enfants de la ville de New York, capitale financière du monde.³

Ces chiffres témoignent d'une violation de l'éthique nouvelle consacrée par la *Convention sur les droits de l'enfant* tout aussi grave que l'ensemble des événements survenus au cours de la dernière décennie dans les pays du monde en développement atteints par la crise de l'endettement. Les enfants des pays industrialisés n'ont pas été les premiers à bénéficier de la prospérité croissante des

sociétés dont ils sont issus, pas plus d'ailleurs que les centaines de milliers d'enfants dont la vie est amoindrie par la malnutrition, la drogue, le manque de soins et les mauvais traitements.

Le même principe s'applique aux pays en développement qui ont réussi à éviter le piège de l'endettement et à maintenir au cours de la décennie écoulée des taux de croissance économique continus et parfois spectaculaires. La plupart des pays d'Asie font partie de cette catégorie. Les pays exportateurs dynamiques de l'Asie orientale en sont des exemples manifestes, mais des pays aussi considérables que la Chine et l'Inde, et des pays à population nombreuse comme le Bangladesh, le Pakistan et la Thaïlande ont aussi connu dix années au cours desquelles le revenu par habitant a augmenté et la partie de leur population qui vit au-dessous du seuil de pauvreté a lentement diminué.

Quelques-uns de ces pays ont consciemment employé la croissance économique dans l'intérêt du bien-être de leurs enfants. C'est ainsi qu'en Thaïlande, par exemple, l'objectif de la suppression de la malnutrition grave a été incorporé au cinquième plan de développement national, ce qui a eu pour effet de ramener à moins de 2% dans presque tous les villages la malnutrition de classe 2 et de classe 3 (définies par les valeurs de référence thaïe). En République de Corée, 25 années de croissance économique rapide se sont accompagnées d'une action visant expressément à traduire le progrès économique en termes de progrès humain: la malnutrition y a été pratiquement supprimée, le taux des décès d'enfants de moins de cinq ans a été ramené de 120 à 33 pour mille et presque tous les enfants ont accès tant à l'éducation primaire qu'à l'instruction secondaire.

Une croissance économique soutenue a facilité ces réalisations. Mais dans bien des pays, il y a eu progrès économique continu sans progrès social équivalent, ce qui montre qu'un engagement exprès et conscient est nécessaire pour traduire le progrès économique en progrès social. L'aspect peut-être le plus important de l'histoire de la Corée est qu'au moment où le progrès économique s'était gravement altéré, comme ce fut le cas en 1979 et en 1980, le pays n'a pas laissé le programme d'ajustement économique rigoureux mis en vigueur pour faire face à la crise empiéter sur les acquis essentiels du bien-être humain. La situation nutritionnelle des enfants a été surveillée et maintenue. Les pouvoirs publics n'ont pas permis que les services de santé de base régressent. Le droit de tous les enfants à l'instruction n'a pas été compromis par la réduction des crédits qui a affecté ce secteur. En d'autres termes, la façon dont ces pays ont fait face à la crise constitue un modèle «d'ajustement à visage humain» et un exemple du principe qui veut que l'engagement de protéger la croissance physique et mentale des enfants soit maintenu *en période de prospérité comme en période de difficulté*.

L'Asie face au défi

Pour ce qui est de l'Asie, la situation s'annonce favorable dans la plupart des pays. Aux importantes exceptions près que constituent l'Indonésie, le Myanmar (l'ancienne Birmanie) et les Philippines, le continent a évité le piège de la dette qui a tellement dominé l'histoire du développement de l'Amérique latine et de l'Afrique pendant la dernière décennie. Dans la majeure partie du continent, le rythme soutenu de la croissance économique a été maintenu et dans bien des cas accéléré.

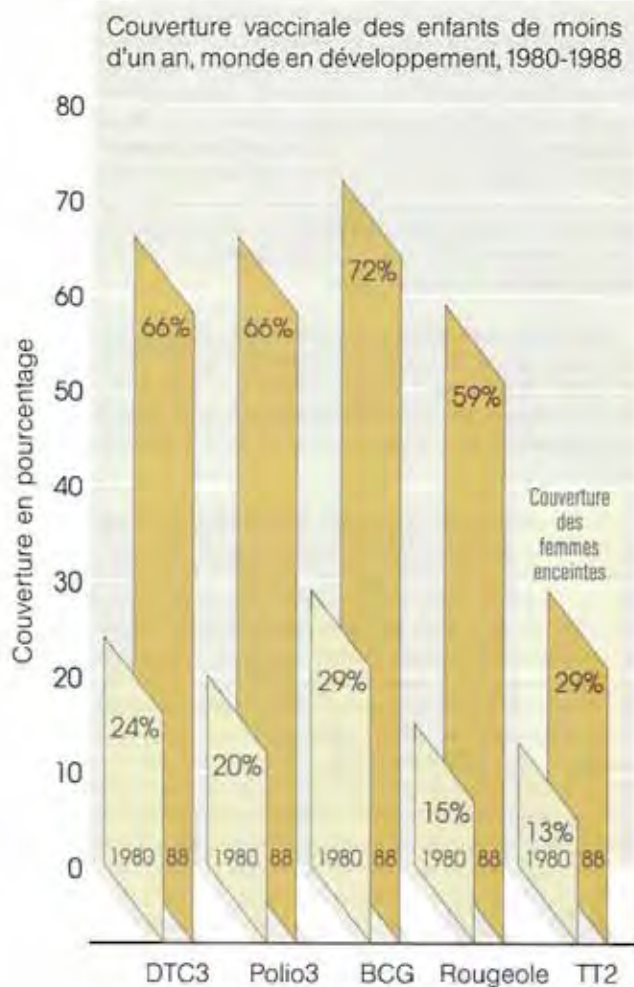
Il n'en reste pas moins que c'est en Asie du Sud que demeure le centre de gravité du problème de la pauvreté absolue. C'est dans trois pays seulement, le Bangladesh, l'Inde et le Pakistan, que se trouvent 40% de tous les jeunes enfants qui meurent chaque année dans le monde, 45% des enfants qui sont mal nourris, 35% de ceux qui ne fréquentent pas l'école et plus de 50% de ceux qui vivent dans la pauvreté la plus totale.

Il ne s'agit pas là seulement de chiffres en valeur absolue. Le *pourcentage* des enfants qui souffrent de malnutrition et le *pourcentage* des enfants dont le poids est insuffisant à la naissance, bien qu'ils diminuent lentement, demeurent cependant sensiblement plus élevés en Asie du Sud que dans toute autre région du monde, y compris l'Afrique au sud du Sahara. Le défi auquel est confrontée l'Asie du Sud consiste donc à trouver des moyens efficaces de convertir son progrès économique soutenu en une amélioration équivalente de la santé, de la nutrition et de l'éducation de ses enfants. L'action novatrice menée au cours des années 80 a montré le progrès considérable qui pourrait être accompli si ce défi était relevé de façon générale. Nous reviendrons sur ce point plus loin. Mais ce dont il s'agit ici c'est de constater que le principe de la priorité à accorder aux enfants est aussi fondamental pour l'Asie, alors que cette région du monde semble s'acheminer vers une autre décennie de progrès économique, qu'il l'est dans la plupart des pays d'Afrique et d'Amérique latine accablés par la dette.

En résumé, la *Convention sur les droits de l'enfant* et le principe fondamental qu'elle contient de la priorité systématique à accorder aux enfants est d'application universelle. Alors que presque toutes les sociétés du monde s'engagent aujourd'hui dans des processus d'ajustement économique et dans la voie d'un rôle accru reconnu à l'économie de marché, ce principe deviendra encore plus nécessaire pour mettre les enfants à l'abri des troubles qui résulteront de cette évolution et des erreurs qui seront inévitablement commises. Comme le montre bien le problème auquel les enfants se heurtent dans l'économie de marché d'aujourd'hui, ce système économique peut être extrêmement brutal pour ceux à qui manque un pouvoir d'achat minimal. «L'ajustement à visage humain» que l'UNICEF préconise depuis dix ans dans des économies en proie à la crise de l'endettement est donc

Fig. 3 Vacciner tous les enfants d'ici à 1990

Pendant les années 80, le monde en développement a connu une révolution de la vaccination, mais un effort extraordinaire est encore nécessaire pour porter le taux de couverture à 80% d'ici à la fin de 1990.



- DTC3 - Diphtérie, tétanos, coqueluche
 BCG - Le BCG protège contre la tuber-culose (une seule dose)
 Rougeole - Une seule dose, aussi proche que possible de l'âge de 9 mois
 TT2 - Anatoxine tétanique (deux injections pendant la grossesse protègent le nouveau-né contre le tétanos).

(Les données de 1980 n'incluent pas la Chine.)

Source: Rapports sur la vaccination universelle des enfants, OMS et UNICEF.

aussi adapté pour le monde industrialisé, y compris l'Union soviétique et les pays d'Europe orientale au moment où ils s'engagent dans la voie d'une restructuration de leurs systèmes économiques. Il l'est tout autant pour les Etats-Unis au moment où s'opère l'ajustement de son économie aux réalités de ses immenses déficits budgétaire et commercial.

Les réalisations des années 80

Le prochain Sommet mondial pour les enfants, la Convention sur les droits de l'enfant et les progrès qui ont été accomplis dans l'application de l'ajustement à visage humain constituent les traits saillants de la priorité nouvelle qui se dégage en faveur de l'enfance et de l'action menée pour consacrer le principe «des enfants d'abord». Au cours de la seconde moitié des années 80, on a aussi enregistré des progrès concrets décisifs dans la voie de cette priorité nouvelle.

De façon générale, tous ces progrès décisifs ont été obtenus grâce à la mobilisation des moyens de communication modernes de façon à mettre à la disposition de la majorité des êtres humains les avantages de la science du XX^e siècle. «Nous devons constater», déclare le D^r Hiroshi Nakajima, directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, «que la plupart des principaux problèmes de santé du monde et la plupart des morts prématurées peuvent être évités à peu de frais si l'on modifie le comportement humain. Nous disposons du savoir-faire et des techniques, mais il faut entreprendre une action efficace à l'échelon de la collectivité. Les parents et les familles, appuyés comme il convient, pourraient sauver les deux tiers des 14 millions d'enfants qui meurent chaque année et il suffirait pour cela qu'ils soient informés comme il convient.»

Le travail est en bonne voie.

Les deux tiers environ des enfants dans le monde en développement sont aujourd'hui vaccinés alors que très peu l'étaient au début des années 80 (voir figure 3). Presque inconnue il y a dix ans en dehors des milieux scientifiques, la thérapie par réhydratation orale est actuellement utilisée par une famille sur trois (voir figure 7). Des méthodes efficaces de planification des naissances sont employées par 50% environ de tous les couples en âge de procréer, alors que ce chiffre n'était que de 15 ou 20% au cours des années 60⁹.

Il en résulte que les deux premières de ces techniques à elles seules, à savoir la vaccination et la thérapie par réhydratation orale, sauvent actuellement, selon les estimations, plus de trois millions de jeunes enfants chaque année (voir figures 6 et 7).

La vaccination, en particulier, a été le succès le plus remarquable que l'on ait enregistré sur le plan de la santé publique au cours de la décennie écoulée. A la fin des années 70, l'Assemblée mondiale de la Santé avait adopté l'objectif de *la vaccination universelle des enfants d'ici à 1990*, ce qui, dans la pratique, revenait à vacciner 80% des enfants d'un an dans le monde en développement (niveau qui signifie un bon degré de protection même pour les enfants qui n'ont pas été vaccinés contre ces maladies).

A l'époque, la vaccination n'atteignait qu'environ 10 à 20 % des enfants du monde en développement et beaucoup voyaient dans le taux de 80% un but sans valeur pratique dont on parlerait de moins en moins à mesure que l'on s'approcherait de l'année 1990. Aujourd'hui, la vaccination atteint presque 70% des enfants et il reste encore une année d'ici fin 1990.

Si le pourcentage d'enfants vaccinés était demeuré à ce qu'il était en 1977, environ cinq millions de jeunes enfants seraient morts au cours des douze derniers mois de maladies que la vaccination peut prévenir. La mortalité effective a été tout juste inférieure à trois millions. L'effort de vaccination de la dernière décennie qui est allé s'accéléralant sauve donc chaque année environ deux millions d'enfants qui, sinon, mourraient de la rougeole, de la coqueluche ou du tétanos. En outre, on estime qu'un million et demi d'enfants qui marchent, courent et jouent normalement aujourd'hui dans les villages et les quartiers urbains du monde en développement seraient paralysés par la poliomyélite s'il n'y avait pas eu l'effort de vaccination de la dernière décennie.

Comme le chapitre suivant le montrera, le chemin qui reste à parcourir peut être plus long que ces chiffres ne l'indiquent. Mais c'est grâce à des réalisations pratiques de cette nature, obtenues malgré la pire récession que le monde en développement ait connue depuis les années 30, qu'il est possible de penser, sans pour autant manquer de réalisme, qu'une éthique nouvelle en faveur de l'enfance est en train de se dégager et qu'une priorité nouvelle est accordée à la lutte contre la mal-

nutrition, les maladies pouvant être évitées et les décès prématurés.

Comme le D^r Nakajima le fait observer, grâce à ce que l'on sait aujourd'hui de la vaccination, de la déshydratation, de l'allaitement au sein, de la croissance de l'enfant, des infections respiratoires, de l'espacement des naissances, de la maternité sans risques, du paludisme et de la prévention de la maladie, il est possible moyennant une dépense raisonnable de protéger la croissance physique et mentale de l'enfant dans les années 90. Mais la réalisation de ce potentiel, qui permettrait de sauver la vie de beaucoup plus de 50 millions d'enfants au cours de la prochaine décennie et de protéger la nutrition et la croissance normale de nombreux autres millions d'enfants est avant tout fonction d'un engagement politique qui consiste à accorder à ces enfants un droit prioritaire sur nos préoccupations et nos moyens.

Le *Sommet mondial pour les enfants* que l'on propose de réunir a pour but pratique de permettre au monde de s'avancer dans la voie d'engagements nationaux nouveaux en faveur de l'accomplissement de cette tâche et d'engagements internationaux nouveaux à l'appui de celle-ci.

En vue de préparer ce sommet, le chapitre II de ce rapport indique quelles sont les principales possibilités pratiques et concrètes de protéger la vie, la santé et la nutrition de tous les enfants au cours des années à venir. Il s'agit en fait d'un inventaire des mesures les plus fondamentales et les plus évidentes qui montreraient que l'engagement nouveau envers les enfants du monde est devenu une réalité. Le chapitre III examine les moyens pratiques et d'un coût accessible de nous rapprocher au cours des années 90 des vastes objectifs que constituent les soins de santé primaires pour tous et l'éducation de base pour tous. Le chapitre IV envisage le rôle nouveau que les pays nantis pourraient jouer en aidant le monde en développement à appliquer le principe «des enfants d'abord» et à accorder une priorité nouvelle à la lutte contre la pauvreté absolue et à l'action en faveur de l'enfance et de l'environnement.

Des mesures qui s'imposent

A moins d'un renversement de la tendance actuelle, plus de 100 millions d'enfants mourront de maladie et de malnutrition durant les années 90.

Leur mort ne sera pas due à une inondation soudaine, ni à la famine. Les caméras de télévision ne filmeront pas leur agonie. Il n'y aura ni scandale public ni appel à l'aide. C'est tout juste si le monde s'apercevra de leur disparition.

Et pourtant, les causes de ces décès peuvent se compter sur les doigts d'une seule main. Presque tous ces enfants mourront de maladies qui naguère étaient tout aussi courantes dans les pays industrialisés. Ils disparaîtront plongés dans le coma de la déshydratation, les hoquets de la pneumonie, l'asphyxie du tétanos, la fièvre de la rougeole ou le supplice de la coqueluche. Dans la décennie à venir, ces cinq maladies courantes, relativement simples et peu coûteuses à prévenir ou à traiter, seront responsables de plus des deux tiers de tous les décès d'enfants et de plus de la moitié de tous les cas de malnutrition juvénile-infantile (voir figure 4).

Une occasion concrète se présente aujourd'hui de protéger la vie et la croissance de nombreux millions d'enfants, même en période de difficultés économiques: le recours à des vaccins peu coûteux, à la thérapie par réhydratation orale et aux antibiotiques permettrait de prévenir la majorité des décès et des cas de malnutrition qui frappent les enfants du monde en développement.

Il est temps que ces progrès scientifiques élémentaires soient enfin mis à la disposition de l'humanité entière, au lieu d'être réservés à la minorité vivant dans les pays industrialisés et qui y a accès depuis longtemps*. Le coût des vaccins s'élève à moins de 1,5 dollar par enfant complètement vacciné, les sachets de sels de réhydratation orale (SRO) reviennent à environ dix cents pièce,

alors qu'un traitement aux antibiotiques coûte environ un dollar.

Mais, il ne s'agit pas uniquement d'une question d'argent et de technologie. Les systèmes de distribution et l'infrastructure, les capacités de gestion et la formation, le recours à tous les moyens existants d'information et de soutien des parents afin qu'ils mettent en pratique les connaissances actuelles, sont autant de facteurs dont il faut également tenir compte. Pour donner une vue d'ensemble du problème, *le coût additionnel*, exécution comprise, d'un programme destiné à prévenir la grande majorité des décès et des cas de malnutrition parmi les enfants au cours de la décennie à venir pourrait se monter à environ 2,5 milliards de dollars par an à la fin des années 90.

Une telle somme est considérable. Elle représente 2% des dépenses en armements des pays en développement. Elle correspond au coût de cinq bombardiers ultramodernes, à ce que l'Union soviétique dépense en vodka chaque mois, ou encore à ce que les compagnies des Etats-Unis déboursent annuellement pour la publicité des cigarettes. Elle équivaut à 10% des subventions accordées chaque année aux agriculteurs par la Communauté économique européenne, ou encore à ce que le monde en développement consacre chaque semaine au service de la dette. Enfin, c'est le montant de ce que l'ensemble des pays du monde destine *tous les jours* aux dépenses militaires.

* La thérapie par réhydratation orale fait exception en raison de sa découverte relativement récente. Toutefois, les enfants des pays industrialisés atteints de déshydratation étaient soignés au moyen d'une thérapie de réhydratation par voie intraveineuse disponible dans les hôpitaux. Ces derniers se tournent actuellement vers des méthodes de réhydratation par voie orale en tant que traitement de premier recours.

Quelles que soient les autres raisons invoquées et les difficultés économiques de la décennie à venir, on ne saurait donc souscrire, même un instant, à la thèse selon laquelle le monde ne peut payer les sommes nécessaires à la prévention de la mort et de la malnutrition de tant de millions de jeunes enfants.

On ne saurait davantage admettre que les enfants à risque sont trop difficiles à atteindre. A une époque où des marques telles que Coca-Cola et Pepsi-Cola sont parvenues à s'infiltrer pour ainsi dire dans chaque village et chaque communauté du monde en développement avec leurs produits et leurs messages, il doit être possible de pénétrer dans ces mêmes communautés avec un sachet de sels de réhydratation orale coûtant dix cents et le message selon lequel ce sachet peut sauver la vie d'un enfant. Au cours des vingt dernières années, une véritable révolution a bouleversé la capacité du monde en développement à communiquer avec l'immense majorité de ses citoyens: les journaux, la radio ou la télévision sont aujourd'hui présents dans presque tous les foyers; l'éducation et les services de santé sont désormais disponibles, à un degré ou à un autre, dans presque toutes les communautés; employeurs, syndicats et coopératives sont main-

tenant en contact régulier avec leurs employés et leurs membres; le commerce de détail, les services publics et les agences de publicité s'adressent régulièrement à une audience considérable; la voix des responsables religieux, des organisations non gouvernementales, des mouvements de femmes, des industries des arts et du spectacle touchent aujourd'hui des foules qu'ils n'avaient jamais atteintes.

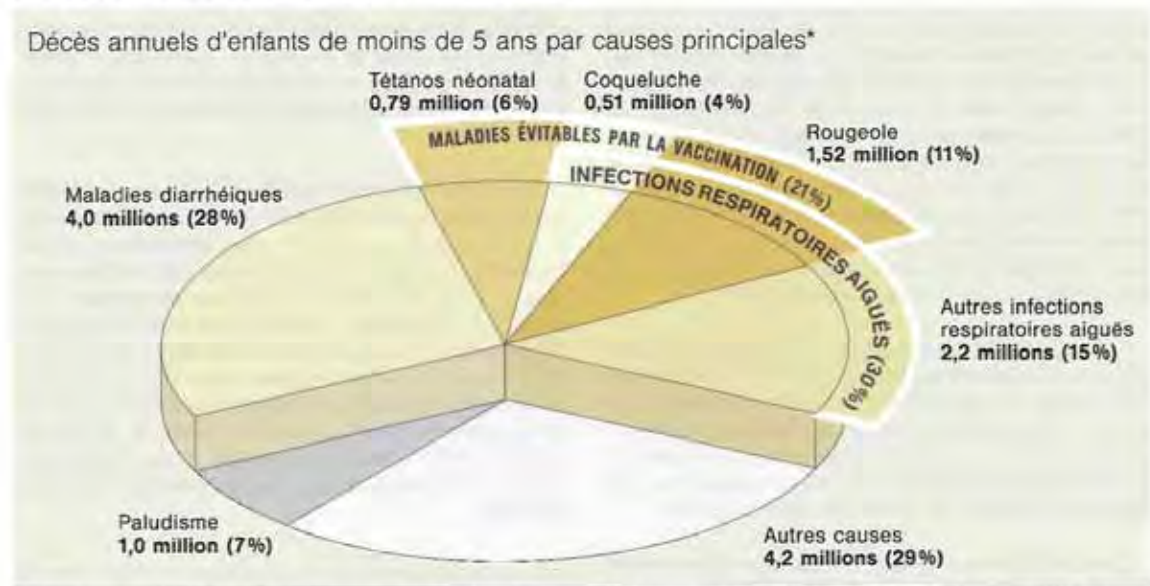
Ce n'est donc pas dans les moyens techniques, financiers ou la possibilité de toucher le public qu'il faut chercher la clé du problème, mais dans le refus de reconnaître que la tâche peut être accomplie et le manque de détermination à mobiliser toutes les ressources possibles pour y parvenir.

L'engagement des responsables politiques au niveau national sera nécessaire pour libérer les forces de cet énorme potentiel, engagement que pourrait concrétiser un *Sommet mondial pour les enfants* à l'orée de la prochaine décennie. Mais tous ceux qui exercent des responsabilités, à quelque niveau que ce soit, dans le domaine de la religion, de la politique, de l'éducation, de la santé, de la communication, des arts, du commerce, du travail,

Fig. 4 Les causes des décès d'enfants

Quatre causes spécifiques — diarrhées, infections respiratoires, rougeole et tétanos néonatal — sont responsables à elles seules de près des deux tiers des 14 millions de décès

juvéno-infantiles qui se produisent chaque année. La plupart de ces décès pourraient être aujourd'hui évités à peu de frais.



* Pour les besoins de ce graphique, chaque décès a été attribué à une seule cause. En réalité, les enfants meurent souvent de causes multiples et la malnutrition contribue à près d'un tiers de tous les décès juvéno-infantiles. Les décès

due à la rougeole sont parfois attribués à une infection aiguë des voies respiratoires car les cas graves de rougeole prédisposent les enfants à d'autres infections et la pneumonie est souvent la cause ultime d'un décès dont la rougeole est responsable au premier chef.

du service public, du divertissement, ou encore des mouvements populaires ont également un rôle crucial à jouer si l'on veut atteindre toutes les familles et les aider à tirer profit des connaissances qui leur permettront d'améliorer leurs conditions de vie et celles de leurs enfants.

Dans la perspective d'un *Sommet mondial pour les enfants*, et à l'intention de tous ceux qui souhaitent relever ce défi, les pages qui suivent se proposent de passer brièvement en revue *les six grandes occasions* qui se présentent à nous de protéger la vie et la croissance normale des enfants dans la plupart des pays en développement au cours de la décennie à venir.

1. La vaccination universelle des enfants

Malgré les progrès rapides déjà accomplis au cours des années 80, la vaccination demeure l'une des occasions majeures de protéger la vie et la croissance des enfants. En effet, les deux tiers des enfants vivant dans le monde en développement ont déjà été vaccinés, et deux millions de vie sont ainsi sauvées annuellement. Pourtant, quel-

que trois millions d'enfants continuent de mourir chaque année faute d'avoir été vaccinés, et parce que la maladie, la malnutrition et la mort frappent davantage les enfants qui n'ont pas bénéficié de cette mesure. Il est donc essentiel de ne pas relâcher les efforts et même de les redoubler pour porter le taux de couverture vaccinale à 80% à la date prévue et passer à un taux de 90% aussitôt que possible (voir encadré 1).

Deux possibilités exceptionnelles se présentent aujourd'hui, dans presque tous les pays, de hisser la couverture vaccinale à un taux de 80% ou plus dans les douze mois à venir (voir encadré 6). Ce taux pourrait s'accroître rapidement si, d'une part, on vérifiait qu'un enfant a reçu la série complète des vaccins lors de son passage dans un centre de santé, pour quelque raison que ce soit (voir figure 5) et si, d'autre part, tous les enfants auxquels on administre une première dose de vaccin en recevaient *la série complète*. La mise à profit de ces deux possibilités, en enjoignant à tous les agents de santé de ne laisser échapper aucune occasion de vacciner et en signalant à tous les parents à quel point il est important que leurs enfants soient complètement vaccinés, permettrait d'élever rapidement de plusieurs points le taux de couverture, pour un coût additionnel relativement peu élevé. Aujourd'hui, la réalisation de plus grands progrès dépend non pas de la mise en place de nouveaux services ou de nouvelles initiatives, mais bien de notre capacité à éliminer les occasions manquées et à faire un meilleur usage des installations et du personnel existants.

Il est particulièrement inquiétant de constater que de toutes les maladies que la vaccination permet de prévenir, ce sont les deux les plus meurtrières, la rougeole et le tétanos néonatal, qui connaissent le taux de couverture vaccinale le plus faible.

Ainsi, la rougeole tue encore 1,5 million d'enfants par an. Et pourtant, ce chiffre ne constitue que la partie visible d'un phénomène bien plus important: on sait aujourd'hui que les autres maladies ainsi que la malnutrition sont jusqu'à dix fois plus fréquentes au cours des mois et des années qui suivent une épidémie de rougeole (voir encadré 5).

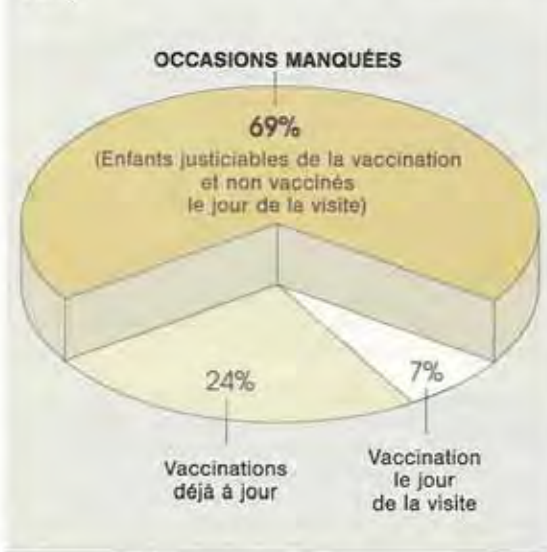
Ainsi, celle-ci constitue l'une des menaces de mort les plus tragiques qui pèsent sur les enfants des années 90, et la vaccination généralisée contre cette maladie doit demeurer l'un des principaux objectifs de la dernière décennie du siècle.

La vaccination contre le tétanos, elle aussi, reste à la traîne. Le taux de couverture vaccinale des femmes enceintes dans le monde en développement demeure inférieur à 30% et le nombre de cas de tétanos enregistrés parmi les mères et les nouveau-nés n'a par conséquent décliné que très faiblement au cours des années 80. Le fait qu'un mal pouvant être évité aussi aisément et à si peu de

Fig. 5 Les occasions manquées

L'objectif d'une couverture vaccinale de 80% pourrait être atteint si à chaque passage d'un enfant dans un centre de santé — pour quelque raison que ce soit — on contrôlait son état vaccinal et on le vaccinait si nécessaire.

Résultats d'une enquête-type sur les occasions manquées effectuée dans un centre de santé



Source: OMS, 1989.

Egypte: vaccins et réhydratation orale

L'Égypte est le premier pays à avoir obtenu des résultats remarquables dans la promotion simultanée de deux mesures essentielles pour la survie des enfants, à savoir la vaccination et la thérapie par réhydratation orale - qui sauvent chaque année des dizaines de milliers d'enfants.

En 1984, le ministère égyptien de la santé, avec l'assistance de l'USAID, lança un programme d'envergure nationale encourageant l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO) et la poursuite de l'alimentation (particulièrement de l'allaitement maternel) pendant les épisodes de diarrhée.

Plus de 40 000 médecins, infirmières et pharmaciens ont depuis lors été formés à la réhydratation orale, qui fait désormais partie du programme d'études de toutes les écoles de médecine. Tous les établissements sanitaires publics distribuent gratuitement des SRO, dont 3200, soit 85% d'entre eux, disposent d'un département spécial de réhydratation orale où les mères apprennent à préparer et à administrer la solution. Les SRO sont également vendus, sans ordonnance, dans plus de 6000 pharmacies privées.

La production locale de SRO, présentés dans des emballages de 5,5 grammes, est passée de 2,3 millions de litres par an en 1982 à 5 millions de litres en 1987.

La télévision, la radio et les journaux ont joué un rôle décisif pour stimuler la demande de SRO et encourager les mères à apprendre à les utiliser correctement. Presque toutes les mères égyptiennes connaissent maintenant les SRO et les enquêtes révèlent que plus de 80% d'entre elles savent préparer la solution. Près de 50% des cas de diarrhée infantile sont traités au moyen des SRO, contre 10 à 20% en 1983. Les pratiques alimentaires se sont également améliorées, bien qu'une mère sur sept continue d'interrompre l'allaitement au sein quand son enfant a la diarrhée.

L'Égypte a également contribué de façon significative à la réalisation de l'objectif des Nations Unies de la vaccination universelle des enfants d'ici à 1990. En 1988, plus de 80% de ses jeunes enfants avaient été vaccinés contre les six principales maladies que la vaccination permet d'éviter, à la suite d'une campagne de mobilisation sociale de grande envergure qui

compta sur la participation des imams et des autres responsables religieux et communautaires du pays. Cependant, à l'instar d'autres pays, le tétanos néonatal représentait encore un problème sérieux. Seules 12% des femmes enceintes avaient reçu deux doses d'anatoxine tétanique.

C'est pourquoi, le gouvernement égyptien organisa en novembre-décembre 1988, sous la conduite du ministère de la santé, une campagne spéciale de vaccination des femmes enceintes, estimées à un million.

Dans les zones urbaines, de nombreuses organisations non gouvernementales mobilisèrent leurs membres et les invitèrent à participer à la campagne. Les guides, les travailleurs sociaux et les diplômés d'universités furent également recrutés. Les cours de formation destinés aux accoucheuses traditionnelles mirent l'accent sur la lutte contre le tétanos néonatal.

Comme dans le cas de la promotion de la thérapie par réhydratation orale, ce fut la télévision qui réalisa l'essentiel du travail de motivation. Une jeune actrice très populaire, "Hend", devint le symbole vivant de la campagne.

Le succès de la campagne dépassa largement les prévisions les plus optimistes de ses organisateurs. Au total, 821 505 femmes reçurent deux doses d'anatoxine tétanique et 287 000 autres en reçurent une. Fin 1988, 82% des femmes enceintes avaient été complètement immunisées contre le tétanos.

Le succès remporté par l'Égypte dans la promotion de la vaccination et de la thérapie par réhydratation orale ne doit cependant pas faire oublier que plus de 90% de la population de ce pays a accès à la télévision et que la quasi-totalité de ses habitants vit à une distance raisonnable des centres de santé gouvernementaux et des pharmacies privées.

Néanmoins, le rôle des responsables politiques a également joué un rôle décisif. L'engagement du président Hosni Moubarak et la participation personnelle de son épouse, Suzanne Moubarak, ont permis de compter sur le soutien du gouvernement et de mobiliser la population en faveur de mesures concrètes de protection de la vie et de la croissance des jeunes enfants égyptiens.

frais continue de coûter chaque année la vie à plus de 750 000 enfants et à des milliers de jeunes femmes est une honte, aussi bien pour les communautés nationales que pour la communauté internationale (voir encadré 5).

Les problèmes sont considérables. La récession économique, les coûts élevés du carburant, les faiblesses des infrastructures, le manque de personnel, les problèmes liés aux températures et à la configuration du terrain, représentent autant d'obstacles sur la voie de la vaccination universelle. Pourtant, les années 80 ont prouvé que l'objectif pouvait être atteint même dans les pays les plus pauvres et en dépit de conditions économiques très diffi-

ciles. Ainsi, au cours des cinq dernières années, 41 des 46 pays africains à bas revenu ont nettement accéléré leurs progrès, malgré toutes les difficultés que connaît le continent. Quant à la Chine, qui fait partie des 20 pays les plus pauvres du monde, elle a atteint un taux de couverture vaccinale de 85% dans toutes les provinces, et dépassé le taux de 95% à l'échelle du pays pour les vaccins antipoliomyélitique, DTC, antirougeoleux et BCG.

Le coût des programmes de vaccination n'est hors de portée pour aucun pays du monde. Le facteur essentiel de succès est donc l'engagement déterminé dans cette direction.

Comme par le passé, les vaccinations dépendront du dévouement – souvent méconnu – de personnes qui, dans chaque pays, s'adressent aux parents, affrontent les problèmes logistiques, conduisent les véhicules, entretiennent les réfrigérateurs, organisent les postes de santé et vaccinent les enfants.

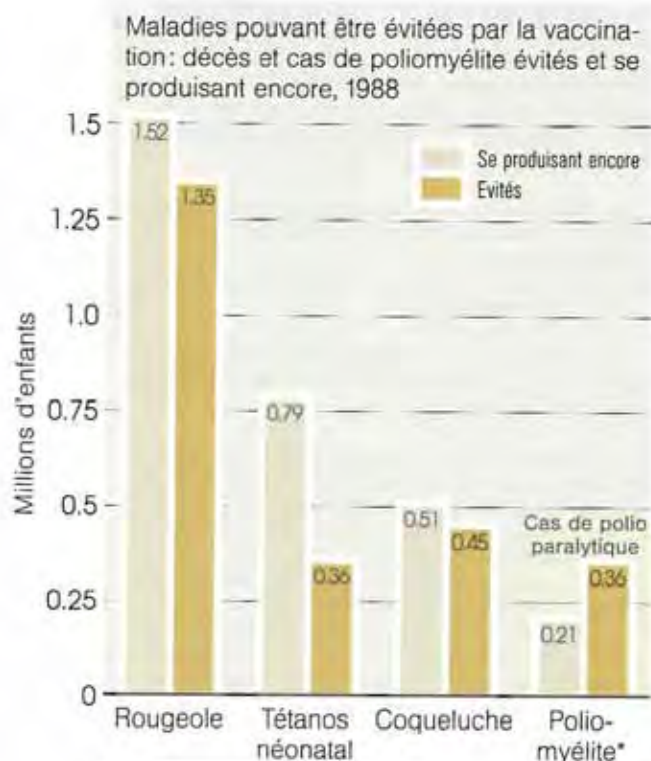
Mais au cours des années difficiles de la décennie qui s'achève, le moteur essentiel de l'expansion de la vaccination a été l'engagement politique au niveau le plus élevé, qui a permis la mobilisation des ressources nationales à l'échelle requise.

On peut affirmer avec certitude que jamais par le passé autant de chefs d'Etat, de premiers ministres et de responsables politiques ne s'étaient engagés personnellement à promouvoir une initiative de santé publique. Les ministères de l'intérieur, de l'éducation, de l'information, au même titre que les ministères de la santé, ont mis la main à l'ouvrage et de nombreux chefs d'Etat ont donné suite à leur participation initiale en demandant à leurs ministres, à leurs gouverneurs de province ou aux responsables des services de santé de leur soumettre des rapports trimestriels sur les progrès dans ce domaine. Ainsi que le souligne l'Organisation mondiale de la Santé: «Les systèmes de valeurs sociales ont été transformés; la vaccination est désormais reconnue comme une priorité de premier plan par les dirigeants, à l'échelle nationale comme au niveau international».

C'est grâce à cette reconnaissance qu'il a été possible d'accomplir de tels progrès. Par ailleurs, il est essentiel que les responsables politiques reconnaissent que les services de vaccination doivent être de structure permanente et bénéficier d'investissements renouvelables, et que les programmes de vaccination et l'infrastructure des soins de santé primaires doivent se renforcer mutuellement. Toutefois, l'engagement en faveur d'objectifs spécifiques et réalisables joue un rôle décisif et rien ne saurait mieux accélérer la poursuite de nouveaux objectifs que le fait d'atteindre ceux qui sont aujourd'hui à portée de main.

Fig. 6 Les vaccins évitent chaque année deux millions de morts

Plus de deux millions d'enfants sont sauvés chaque année grâce aux vaccins, mais près de trois millions meurent encore de maladies pouvant être évitées par la vaccination. La vaccination antitétanique (qui protège la femme enceinte et le nouveau-né) est encore largement insuffisante.



* La forte diminution du nombre de cas de poliomyélite au cours de l'année dernière s'explique essentiellement par les progrès de la vaccination antipoliomyélitique en Chine, où la couverture vaccinale a été portée à presque 95% en 1989.

Source: Rapports sur la vaccination universelle des enfants, OMS et UNICEF.

Rougeole et tétanos: des priorités pour les années 90

De toutes les maladies que la vaccination permet de prévenir, ce sont les deux les plus meurtrières qui connaissent le taux de vaccination le plus faible (voir figure 3).

La rougeole est responsable chaque année de la moitié des trois millions de décès que la vaccination permettrait d'éviter. De surcroît, il a été établi, au cours de la décennie qui s'achève, que cette maladie est l'une des principales causes de malnutrition, qu'elle aggrave la carence en vitamine A, et qu'elle entraîne, après la guérison, des accès plus fréquents ou plus graves d'autres maladies. Selon des études récentes, au cours des mois qui suivent une épidémie de rougeole, la morbidité et la mortalité peuvent être jusqu'à dix fois plus élevées chez les enfants ayant contracté la maladie.

La vaccination antirougeoleuse est donc une arme qui permet de combattre plusieurs ennemis. Selon le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, *une seule dose de vaccin antirougeoleux permet non seulement de prévenir cette maladie et la malnutrition qui s'ensuit, mais également de réduire de 25% le nombre des cas de pneumonie, dans certaines régions, et de 15% le nombre des cas de diarrhée.*

Certes, l'éradication de la rougeole ne sera pas une tâche aisée; aucun pays industrialisé, au demeurant, n'y est encore parvenu. Extrêmement infectieux, le virus de la rougeole est capable de frapper un enfant non vacciné même dans des communautés où le taux d'immunité collective est de 80%, voire plus encore.

Une seule dose du vaccin suffit à protéger contre la rougeole, mais le moment où elle est administrée est crucial. Au cours des premiers mois de sa vie, l'enfant est protégé par les anticorps de sa mère. Si la vaccination intervient trop tôt, son efficacité diminue rapidement en raison d'une interférence avec les anticorps de la mère. En revanche, si elle est pratiquée trop tard, l'enfant est vulnérable face à la maladie, la protection maternelle ayant perdu de son efficacité. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, on recommande de vacciner les enfants dès que possible après l'âge de neuf mois.

Il existe un autre vaccin antirougeoleux d'une activité supérieure à la normale — la souche Edmonston-Zagreb — qui pourrait être administré dès l'âge de six mois; si les études de confirmation sont positives, il pourrait être ajouté à la liste des vaccins recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé.

Bien que le vaccin antirougeoleux n'ait été introduit qu'à une date récente dans de nombreux pays, les systèmes de vaccination existants devraient permettre de protéger les trois quarts des enfants du monde en développement au cours des douze prochains mois.

Quant au tétanos, il est responsable, chaque année, de la mort de plus de 750 000 nourrissons et coûte la vie à un nombre inconnu de jeunes mères. Et cependant, pour éviter cette maladie il suffit de s'assurer que les spores tétaniques n'entrent pas en contact avec le cordon ombilical en cours de cicatrisation. Une hygiène élémentaire lors de l'accouchement suffit à éviter la maladie dans tous les cas. Une mesure de protection supplémentaire consiste à vacciner toutes les femmes enceintes au moyen de deux doses d'anatoxine tétanique, offrant ainsi une protection complète aussi bien à la mère qu'au nouveau-né. Etant donné que les spores du tétanos sont enfouis dans la terre, il ne peut être question ni d'immunité collective, ni d'éradication de la maladie, c'est chaque femme qu'il faut toucher.

Le taux de vaccination antitétanique demeure très insuffisant. Moins de 30% des femmes des pays en développement sont vaccinées et le nombre de cas et de décès notifiés n'a que très légèrement baissé au cours de la décennie écoulée.

Selon le directeur du Programme élargi de vaccination de l'OMS, le Dr Ralph Henderson, cet échec met en lumière une faiblesse générale:

«Le fait que le tétanos néonatal continue de frapper représente un échec majeur de la pratique de la santé publique. Il s'agit de l'un des exemples les plus manifestes de notre incapacité plus générale à fournir des services de base dans le domaine de la santé maternelle. Il est tout simplement inadmissible qu'un seul cas de tétanos puisse encore se produire à l'heure actuelle. Il faudrait parvenir à éliminer cette maladie d'ici à 1995. En fait, nous disposons d'un vaccin efficace et stable qui aurait déjà dû nous permettre d'atteindre cet objectif.»

L'Égypte témoigne de ce qu'il est possible de réaliser dans ce domaine. Fin 1988, une campagne d'une durée de deux mois a porté le taux de couverture antitétanique chez les femmes enceintes de 12% à plus de 80% (voir encadré 4).

En un mot, l'objectif de la vaccination est réalisable. Il est possible de sauver de la rougeole, de la coqueluche et du tétanos plus de trois millions d'enfants par an. La pneumonie, la diarrhée, la carence en vitamine A, la malnutrition et la cécité d'origine nutritionnelle provoquées par la rougeole, peuvent dans une large mesure être prévenues. La poliomyélite peut être éradiquée. La question n'est plus de savoir si tout cela est matériellement ou financièrement possible, mais de savoir si la volonté politique d'y parvenir existe au plus haut niveau.

La vaccination de 80% des enfants constituerait ainsi le premier défi précis qu'aurait à relever un *Sommet mondial pour les enfants* et le premier test de la détermination des responsables nationaux à prendre en main la protection des enfants des années 90.

Les grands fléaux

Le même engagement politique sera nécessaire pour libérer le potentiel d'autres mesures, tout aussi efficaces et peu coûteuses, de protéger la vie et la croissance des enfants, alors que nous entrons dans les années 90, dont deux des plus importantes sont la thérapie par réhydratation orale et le recours aux antibiotiques.

Dans la quasi-totalité des pays en développement, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires constituent respectivement la première et la deuxième cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Ensemble, elles sont responsables de plus de 16 000 décès d'enfants par jour.

L'heure est venue de mettre un terme à l'emprise de ces deux fléaux sur la vie de tant de millions de jeunes.

Les années 80 en ont apporté la preuve irréfutable: ces deux groupes de maladies infectieuses peuvent être vaincus à très faible coût, tout simplement en remplaçant les thérapies inappropriées par des traitements adéquats.

Les parents du monde en développement dépensent une somme estimée à un milliard de dollars par an en médicaments, le plus souvent inefficaces, pour combattre les diarrhées, la toux et les rhumes, qui sont les maladies les plus courantes de l'enfance. Cette somme d'argent serait suffisante pour payer un traitement efficace — à la condition qu'il soit à leur disposition — et pour sauver des millions d'enfants chaque année.

Qu'il s'agisse des maladies diarrhéiques ou des infections respiratoires, c'est à domicile que doit se faire la transition d'une mauvaise vers une bonne thérapie. Tous les parents ont le droit de savoir comment réagir de

manière rationnelle, sur la base des connaissances actuelles, lorsque leurs enfants sont malades. S'il est possible d'adresser aux parents des messages erronés vantant les mérites de médicaments inefficaces, il doit être également possible de leur transmettre une information appropriée et de leur offrir des traitements peu onéreux susceptibles de protéger véritablement la santé et la vie de leurs enfants.

S'ils veulent éviter les accès de diarrhée qui mettent en danger la vie de leurs enfants et ont un effet dévastateur sur leur état nutritionnel, il est indispensable que les parents soient initiés aux notions de base de la prévention et du traitement. Chaque famille devrait être informée, par tous les canaux possibles, de ce que les maladies diarrhéiques peuvent être prévenues par l'allaitement maternel, par la vaccination complète des enfants, par l'usage de latrines, en évitant de contaminer l'eau et la nourriture, et en se lavant les mains avant de toucher aux aliments. De même, il est possible d'éviter nombre d'infections respiratoires grâce à l'allaitement maternel, à la vaccination et à des méthodes sûres de sevrage.

Dans un contexte de pauvreté, et en l'absence de services de base tels que l'approvisionnement en eau potable et un assainissement sûr, certaines familles, même bien informées, n'auront pas les moyens d'agir. Cela ne signifie pas, pour autant, qu'il faille leur dénier le droit de savoir pourquoi leurs enfants sont si souvent malades ou comment y remédier.

Tous les parents devraient savoir que les enfants atteints doivent impérativement recevoir nourriture et liquides, car ce n'est pas la diarrhée en elle-même qui tue deux millions d'enfants par an, mais la déshydratation qui l'accompagne*. Et ce ne sont pas les médicaments anti-diarrhéiques, mais les sels de réhydratation orale (SRO), le lait maternel, les gruaux, les soupes, l'eau de riz, les jus de fruit, le thé, le lait de coco et l'eau pure elle-même qui peuvent, dans presque tous les cas, venir à bout de la déshydratation.

Les parents doivent également être en mesure de discerner à quel moment un épisode de diarrhée, une toux ou un rhume mettent la vie de l'enfant en danger. La plupart des mères savent quand une diarrhée est plus grave que d'habitude. La fréquence de selles liquides mise à part, les symptômes caractéristiques de la déshydratation sont les yeux enfoncés, une soif inhabituelle et l'absence de larmes lorsque l'enfant pleure. A ce stade, *il est impératif de chercher de l'aide*. De même, tout parent doit pouvoir reconnaître les signes indiquant que la vie d'un

* Le nombre total de décès d'enfants imputables aux maladies diarrhéiques est estimé à quatre millions par an, dont 60%, à l'heure actuelle, sont causés par la déshydratation et peuvent donc être évités au moyen de la thérapie par réhydratation orale.

enfant qui est enrhumé ou qui tousse est en danger. De l'avis unanime du monde scientifique, un enfant qui a de la difficulté à respirer ou dont le rythme respiratoire est *beaucoup plus rapide qu'à l'accoutumée* doit être conduit au plus vite dans un centre de santé.

Pour substituer une bonne thérapie à un traitement inapproprié encore faut-il améliorer les services de santé et faire en sorte que les agents de santé soient au courant des connaissances contemporaines et des techniques peu coûteuses permettant de prévenir les décès liés à la déshydratation ou aux infections respiratoires.

Dans les cas de déshydratation diarrhéique, le seul traitement approprié consiste à utiliser les sels de réhydratation orale, qui ne coûtent que dix cents le sachet, dont tous les agents de santé peuvent conserver un stock et dont tous les parents peuvent apprendre à se servir. En cas d'infection respiratoire aiguë, c'est à l'antibiothérapie par voie orale qu'il convient de recourir, pour un prix de revient généralement inférieur à un dollar.

Ces deux procédés, qui ensemble pourraient sauver jusqu'à quatre millions d'enfants par an, sont deux des plus puissants instruments dont dispose l'humanité pour protéger ses enfants. Il est donc essentiel de les mettre entre les mains de tous les agents de santé. Or, à l'heure actuelle, la plupart d'entre eux n'ont pas le droit de prescrire des antibiotiques et n'ont pas été formés à l'usage de la thérapie par réhydratation orale. La formation de tous les agents de santé constitue donc vraisemblablement la principale priorité des années 90 dans le domaine de la santé publique. Une réduction spectaculaire de la morbidité et de la mortalité juvénile-infantile dans la décennie à venir serait ainsi à la portée de tous les pays en développement.

2. La thérapie par réhydratation orale (TRO)

À l'heure actuelle, selon un rapport de l'OMS de 1988, fondé sur des données recueillies dans 46 pays, 14% des médecins, 4% du personnel infirmier, 8% du personnel paramédical et 9% des agents de santé communautaires à peine ont été formés à l'usage de la thérapie par réhydratation orale, et ce malgré l'avis unanime des experts, pour qui elle constitue *«le plus important progrès médical, en puissance, de ce siècle»*¹⁰.

Plusieurs pays ont, certes, fait des progrès dans la formation des agents de santé à l'usage de la thérapie par réhydratation orale: notamment le Brésil, la Colombie, l'Égypte, le Lesotho, le Mexique, le Pakistan, le Pérou*,

les Philippines, le Soudan, la Thaïlande, le Viet Nam et le Zaïre. Sur une plus grande échelle, de nombreux pays ont commencé à former les parents à son usage. Après une décennie d'efforts, un tiers des familles du monde en développement s'efforce de la mettre en pratique (voir figure 7).

On estime que cette mesure sauve chaque année un million d'enfants.

Un tel chiffre représente sans aucun doute un formidable succès pour tous ceux qui ont travaillé à faire connaître la thérapie par réhydratation orale tout au long de la décennie écoulée. Cependant, plus de deux millions d'enfants continuent de mourir chaque année de déshydratation diarrhéique, alors même qu'un traitement efficace et peu onéreux est disponible depuis près de vingt ans.

Ainsi, un *Sommet mondial pour les enfants* serait amené à se poser la question suivante: ferons-nous de la thérapie par réhydratation orale un «produit» aussi largement diffusé et aussi connu que Coca-Cola ou Pepsi-Cola ou laisserons-nous 25 millions d'enfants supplémentaires mourir de déshydratation au cours de la prochaine décennie?

La réponse à cette question sera l'un des meilleurs moyens de mettre à l'épreuve tout engagement de plus grande envergure en faveur du principe «des enfants d'abord» pour les années 90.

3. Les infections respiratoires aiguës

Une autre question devra impérativement être résolue au cours des deux premières années de la décennie: rendra-t-on les antibiotiques plus largement disponibles en autorisant leur administration par l'intermédiaire des agents de santé communautaires?

Ce problème suscite toujours un large débat; cependant, l'OMS et l'UNICEF estiment que les indications dont on dispose actuellement suffisent à prouver que des centaines de milliers d'enfants pourraient être sauvés chaque année si les agents de santé communautaires étaient autorisés à utiliser — après avoir reçu la formation nécessaire — des antimicrobiens de base, simples et de première ligne, tels que le co-trimoxazole. Il s'agit de produits peu onéreux, dont la conservation est aisée et qui sont efficaces dans la majorité des cas.

L'adoption de cette mesure entraînerait des modifications législatives dans certains pays; dans la plupart d'entre eux, elle exigerait de surcroît une révision des vues communément reçues dans le milieu médical. Le temps est venu, pourtant, de vaincre les dernières résistances de

* En 1989, 4000 volontaires péruviens, choisis par des organisations communautaires, ont été formés à la gestion de centres communautaires de réhydratation orale.

la profession. C'est en 1973, au Pendjab, qu'il a été démontré pour la première fois que l'on pouvait réduire de moitié les décès d'enfants, et ce à un coût dérisoire, en apprenant aux agents de santé villageois à reconnaître les symptômes des infections graves et à les traiter au moyen de la pénicilline. De grands progrès ont été accomplis depuis dans le domaine du diagnostic: à savoir, qu'un enfant enrhumé ou qui tousse et dont le rythme respiratoire dépasse 50 par minute (ou 40 s'il a plus d'un an) est en danger de mort. Parallèlement, le traitement a lui aussi progressé, puisque l'efficacité des antimicrobiens oraux a été confirmée.

L'examen de six études pilotes effectuées en Inde, en Indonésie, au Népal, au Pakistan, aux Philippines et en Tanzanie permet au Dr Felicity Savage de résumer ainsi la position actuelle:

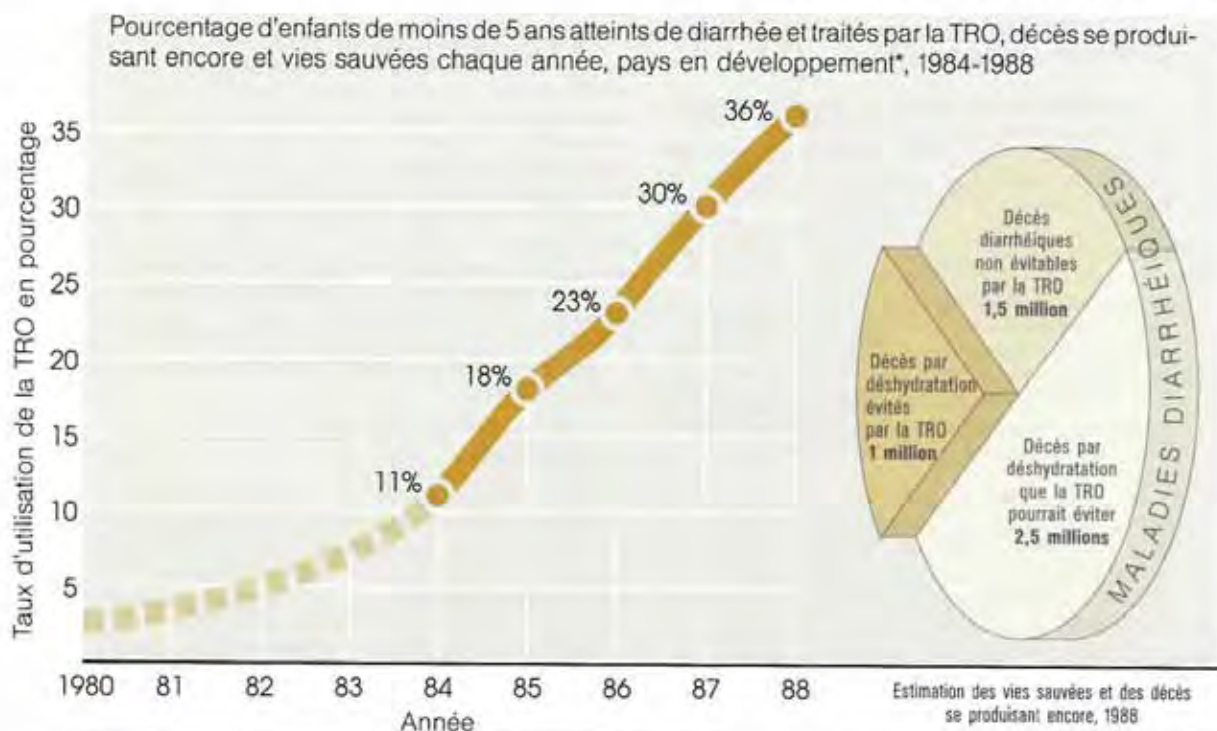
«Analysées ensemble, les études montrent que les agents de soins de santé primaires peuvent être formés à surveiller la respiration de l'enfant, à observer l'accélération du rythme respiratoire et le tirage respiratoire, à appliquer les protocoles de prise en charge, à administrer des antibiotiques par voie buccale et à expliquer aux mères le traitement de soutien. Grâce à une supervision régulière, les agents de soins de santé primaires utilisent les antibiotiques de manière responsable, sans excès ni abus (...).

Même si certaines questions demeurent, les données dont nous disposons feraient plutôt pencher la balance en faveur de l'inclusion de la lutte contre les infections respiratoires aiguës dans les programmes de soins de santé primaires (SSP). Cela pourrait également accroître la crédibilité des agents de SSP et favoriser l'acceptation des programmes de SSP.»¹¹

Fig. 7 La progression de la thérapie par réhydratation orale

La thérapie par réhydratation orale (TRO), méthode peu coûteuse, peut être utilisée pour prévenir la déshydratation diarrhéique qui est la cause la plus fréquente de décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Presque inconnue en dehors des milieux scientifiques au début de cette décennie, la TRO est maintenant utilisée par un tiers des familles du monde en développement et permet d'éviter près d'un million de décès d'enfants chaque année.



La TRO comprend aussi bien l'utilisation des sachets de sels de réhydratation orale (connus sous le nom de SRO), recommandés essentiellement pour le traitement de la déshydrata-

tion, que des solutions préparées à domicile avec du sel et du sucre ou d'autres boissons recommandées pour la prévention de la déshydratation.

Source: DMS (Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques) et estimations de l'UNICEF.

* Chine non comprise.

6

Ne plus manquer une occasion : vers une couverture vaccinale de 80%

Deux possibilités exceptionnelles se présentent aujourd'hui à nous de porter le taux de couverture vaccinale à 80% et plus, dans presque tous les pays, au cours des douze prochains mois. Ces deux possibilités reposent sur un meilleur usage des ressources existantes et n'entraînent donc que des coûts additionnels mineurs.

La figure 5 présente le résultat d'une enquête-type sur les occasions manquées de vaccination effectuée dans un centre de santé. On y constate que près de 70% des enfants justiciables de vaccination *qui se sont rendus au centre pour une raison quelconque* en sont repartis sans avoir été vaccinés.

Dans tous les programmes de vaccination, parvenir à ce que les enfants soient amenés au centre de santé représente le plus grand défi. Contrôler l'état vaccinal des enfants lors de leur passage dans un centre de santé, quelle que soit la raison de leur visite, et le cas échéant les vacciner ou les orienter vers un poste de vaccination, permet d'accroître rapidement le taux de couverture vaccinale en ayant recours aux équipements et au personnel existants. Des enquêtes réalisées dans des centres de santé ont révélé que les taux d'occasions manquées atteignaient 68% en Thaïlande, de 57 à 81% en Inde, 54% au Népal, 45% au Honduras, 45% au Pakistan et 41% en Ethiopie, des pourcentages qui témoignent de l'impact qu'une telle mesure pourrait avoir sur la hausse de la couverture vaccinale.

Ils suggèrent que l'objectif d'une couverture vaccinale de 80% serait presque certainement réalisable dans la plupart des pays si on veillait à ce qu'aucun enfant justiciable de vaccination ne quitte un centre de santé ou un dispensaire sans que ses vaccinations aient été mises à jour sur place ou sans qu'il soit aiguillé vers un poste de vaccination. Par le passé, on hésitait à vacciner les enfants amenés en consultation pour des symptômes tels que la diarrhée, les infections respiratoires ou la malnutrition modérée; il en est souvent résulté que, même dans les centres de vaccination, 20% des enfants, voire plus encore, étaient renvoyés chez eux sans avoir reçu les vaccins voulus. Le contrôle de l'état vaccinal de tous les enfants se présentant dans un centre de santé est aujourd'hui une priorité, et l'en-

semble du personnel sanitaire doit savoir que — sauf cas extrême — la maladie et la malnutrition ne représentent pas des contre-indications à la vaccination.

La seconde grande occasion à saisir pour progresser rapidement vers une couverture vaccinale de 80% consiste à réduire les taux d'abandon actuels. En effet, si tous les enfants qui reçoivent la première dose d'un vaccin en recevaient la série complète, l'objectif de 80% aurait déjà été atteint dans la plupart des pays. Comme l'a indiqué cette année l'Organisation mondiale de la Santé:

« Dans presque tous les pays, on peut faire encore beaucoup plus pour accroître le taux de couverture immédiatement en utilisant les personnels de santé et les équipements sanitaires qui sont déjà en place; à l'heure actuelle, nombreux sont les enfants ayant reçu une première dose de vaccin qui ne se présentent pas pour les doses suivantes. Quand le taux de couverture atteint 60% pour une troisième dose de vaccin antipoliomyélitique oral ou de vaccin DTC, cela indique que quelque 80% des enfants ont déjà été en contact avec des personnels de santé pour recevoir une première dose; moyennant une meilleure éducation pour la santé et un bon suivi, appuyés par une mobilisation sociale, la majorité de ces enfants peuvent être complètement vaccinés. »

En d'autres termes, la demande de vaccination est aussi importante que l'offre.

La mobilisation sociale — qui consiste à faire usage de toutes les structures de la société, y compris les écoles, les médias, les autorités religieuses, les associations non gouvernementales, le monde des affaires, les syndicats, les organisations de femmes, les associations communautaires, les gens du spectacle et les mouvements de jeunesse — a fait ses preuves à de nombreuses reprises au cours des années 80 et démontré sa capacité à mettre à la disposition de la majorité des connaissances vitales en matière de santé. Elle pourrait, au cours des douze prochains mois et par la suite, s'adresser à tous les parents et les sensibiliser au fait que leurs enfants doivent impérativement recevoir la *série complète* des vaccins avant leur premier anniversaire.

Le D^r Savage ajoute :

« Bien que les études diffèrent par leur conception, et que certains des résultats soient encore provisoires, toutes concourent à prouver qu'une meilleure prise en charge des cas d'infections respiratoires aiguës pourrait réduire le nombre de décès d'enfants par pneumonie d'au moins 20% et probablement, dans bien des situations, de 50 à 70%. »¹²

L'une des six études, financée par l'UNICEF et effectuée de 1985 à 1987 dans les environs de Katmandou, a vu les taux de mortalité juvénile par infection respiratoire aiguë chuter de près de 60% pendant la première année et de 25% de plus au cours de l'année suivante¹³, principalement grâce à l'éducation sanitaire, à la vaccination et à l'administration d'antibiotiques par les agents de santé communautaires.

D'autres études seront entreprises — mais le temps est venu d'agir sur la base de ce que nous savons déjà.

Le recours aux antibiotiques et la thérapie par réhydratation orale ont prouvé leur efficacité depuis vingt ans. Au cours de cette période, environ 100 millions d'enfants sont morts de maladies que ces deux interventions auraient pu guérir ou prévenir. Combien de temps encore les enfants devront-ils attendre?

C'est un peu comme si un traitement avait été enfin découvert contre le cancer, mais ensuite peu utilisé pendant vingt ans. Les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires sont plus meurtrières que l'ensemble de tous les différents types de cancer; qui plus est, la majorité de leurs victimes ne sont pas âgées de plus de 50 ans, mais de moins de cinq ans. Et pourquoi le taire, la différence fondamentale est que les victimes de la déshydratation diarrhéique et des infections respiratoires sont, pour l'essentiel, *les enfants défavorisés*.

Nous disposons de connaissances et de moyens peu coûteux qui permettraient d'obtenir une réduction spectaculaire de l'incidence des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës. Compte tenu des progrès accomplis à ce jour et des conséquences que tout retard supplémentaire dans leur mise en pratique pourrait avoir, il est raisonnable de suggérer aux chefs d'Etat et à leurs principaux conseillers de se préoccuper personnellement de ce retard. La mort d'une centaine de passagers dans une catastrophe aérienne ou ferroviaire mobilise à coup sûr l'attention de la presse, du public et des hommes politiques. La mort de quatre millions d'enfants, chaque année, faute d'avoir mis à la portée de tous deux mesures connues et peu onéreuses, devrait tout autant retenir l'attention du public et mobiliser l'intervention des responsables politiques.

Appliquer ces solutions à l'échelle des problèmes eux-mêmes: voilà qui devrait sans aucun doute figurer en tête des points les plus importants de l'ordre du jour d'un Sommet mondial pour les enfants. Il est évident, en effet, qu'une initiative politique de haut niveau est désormais nécessaire pour vaincre les obstacles, définir les objectifs et mobiliser les ressources afin de venir à bout de problèmes d'un coût humain exorbitant grâce à des mesures éprouvées et d'un prix dérisoire.

4. L'allaitement maternel

L'allaitement maternel et l'espacement des naissances occupent également une place de choix parmi les six mesures fondamentales de protection de la santé des enfants au cours de la décennie qui s'ouvre.

L'allaitement au sein semble être sur le déclin dans de nombreux pays en développement, en butte à des pressions multiples tendant à privilégier l'alimentation au biberon: sont en cause aussi bien les efforts des firmes commerciales que l'utilisation du lait en poudre et de biberons dans les hôpitaux (voir encadré 7) et le nombre de plus en plus important de femmes qui travaillent.

Si cette tendance devait persister, les conséquences en seraient désastreuses.

Il a été prouvé à maintes reprises, sur de nombreuses années et dans de nombreux pays, que les nouveau-nés nourris au biberon sont bien plus souvent malades et courent jusqu'à 25 fois plus de risques de mourir pendant leur enfance que ceux qui sont exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois de leur vie. Au cours de cette période, le simple fait de compléter l'allaitement maternel par du lait en poudre est susceptible de multiplier par dix le risque de décès¹⁴.

La pauvreté accroît le risque. Dans les communautés défavorisées et souvent illettrées, il arrive fréquemment qu'on alimente les nourrissons au moyen de biberons non stérilisés contenant du lait en poudre coûteux, trop dilué dans de l'eau peu salubre, avec pour conséquence malnutrition et infections. L'allaitement maternel, en revanche, est un aliment nutritionnellement parfait; toujours hygiénique, il favorise une croissance saine, « vaccine » l'enfant contre les infections courantes, aide à prévenir la déshydratation, et diminue la gravité des infections respiratoires.

Sur la base de ces données, quelques pays ont lancé des programmes d'information publique et donné force de loi au Code international OMS/UNICEF de commercialisation des substituts du lait maternel, dont l'objectif

Fig. 8 Espacer les naissances, sauver des vies

L'espacement des naissances est l'un des facteurs les plus essentiels pour la santé des mères et des enfants. La plupart des décès maternels et infantiles se produisent lorsque les naissances sont trop nombreuses ou trop rapprochées ou lorsque les mères sont trop jeunes ou trop âgées.

Mortalité infantile selon l'âge de la mère, le rang de naissance et l'intervalle entre les naissances, Brésil, 1976-1986



Source: Institute for Resource Development, Demographic and Health Surveys, Columbia, Maryland

est de faire connaître les avantages de l'allaitement maternel et d'interdire la publicité irresponsable relative à l'emploi du biberon et du lait en poudre pour nourrissons.

Par ailleurs, l'allaitement maternel à la demande, fréquent, supprime l'ovulation pendant une période de plusieurs mois après l'accouchement, prévenant ou retardant de la sorte une nouvelle grossesse. Outre son effet sur la fécondité en général, l'avantage que mère et enfant retirent d'un délai d'au moins deux ans entre deux naissances est en lui-même l'un des points les plus importants et les plus méconnus de la santé publique.

5. L'espacement des naissances

La figure 8 illustre le rôle que peut jouer l'espacement des naissances dans l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. On y découvre que la majorité des décès surviennent lorsqu'il y a plus de quatre naissances dans la famille, lorsque l'intervalle entre les naissances est inférieur à deux ans ou lorsque la mère est âgée de moins de 18 ans ou de plus de 35 ans.

Mettre à la portée des familles les connaissances relatives à l'importance de l'espacement des naissances et mettre à leur disposition des méthodes de planification familiale qui soient acceptables sur le plan culturel constitue donc bien l'un des moyens les plus efficaces qui s'offrent à nous de protéger la vie et la santé de nombreux millions de femmes et d'enfants.

Parallèlement à la plus large diffusion possible de ces connaissances, les responsables nationaux devraient également se pencher sur la question de l'âge minimal fixé par la loi pour le mariage. Les différences culturelles et les valeurs traditionnelles rendent ce point particulièrement complexe et délicat. Les estimations actuelles indiquent, cependant, que le risque encouru par une femme de mourir au cours de l'accouchement – ou la probabilité d'un enfant de décéder pendant les premières années de sa vie – est vraisemblablement jusqu'à 50% plus élevé lorsque la grossesse survient avant l'âge de 18 ans. Or, à cet âge, 50% des jeunes filles en Afrique, et 40% en Asie, sont déjà mariées.

La planification familiale est sujette à controverse; elle déchaîne facilement les passions et touche aux principes fondamentaux de chacun. Le problème, cependant, concerne tant d'autres aspects de la vie humaine qu'il est impossible de simplement l'ignorer. On compte à l'heure actuelle 300 millions de couples dans le monde en développement qui ne souhaitent pas avoir davantage

d'enfants mais qui n'emploient aucun moyen efficace pour limiter la dimension de leur famille¹⁵. Il existe donc d'ores et déjà une très forte demande en faveur de la planification des naissances. La satisfaction de cette demande comporterait nombre d'avantages importants :

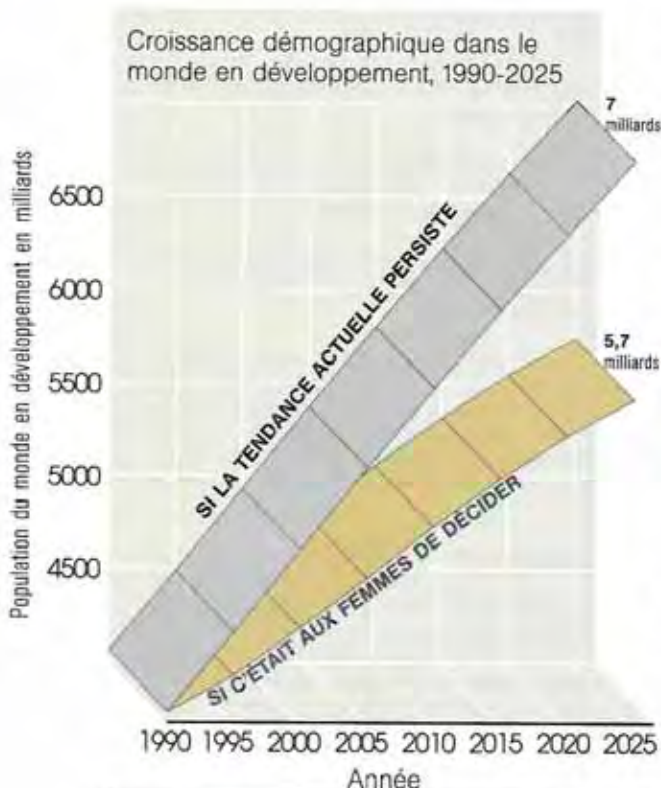
Premièrement, elle entraînerait un fléchissement spectaculaire du nombre des avortements clandestins, que l'on estime à plus de 100 000 *par jour* actuellement, et de leur corollaire, les 500 décès *quotidiens* de jeunes femmes dont ils sont responsables¹⁶. La souffrance que ces

chiffres recouvrent est inimaginable et sa perpétuation inacceptable.

Deuxièmement, la santé de millions de jeunes femmes s'en trouverait grandement améliorée dans la mesure où elles seraient soulagées du fardeau physique et psychologique considérable que représentent un nombre d'enfants trop élevé, des grossesses trop rapprochées, ou survenant trop tôt ou trop tard dans leur vie. On estime à un demi-million le nombre de femmes qui meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La majorité de ces décès pourraient désormais être évités grâce à une information adéquate en matière d'espacement et de planification des naissances.

Fig. 9 Si les femmes avaient le choix

Ce graphique montre deux projections de la croissance démographique dans le monde en développement. La première est la projection normale « de variance moyenne » calculée par les Nations Unies, alors que la seconde présente ce qui se produirait si les femmes du monde en développement pouvaient décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir. Cette seconde projection est basée sur les conclusions de l'*Enquête mondiale sur la fécondité* qui a révélé que les femmes auraient en moyenne 1,41 enfant en moins si c'était à elles de décider de la taille de leur famille. La différence porte sur environ 1,3 milliard de personnes sur 35 ans.



Source: Kon Hill, Université Johns Hopkins, École d'hygiène et de santé publique, s'inspirant des modèles de projections démographiques des Nations Unies et de la Banque mondiale.

Troisièmement, le sort des enfants qui *verraient le jour* serait incomparablement meilleur. Non seulement les taux de mortalité juvénile chuteraient dans une proportion pouvant aller jusqu'au tiers, mais la qualité des soins, de la santé, de la nutrition et de l'éducation en bénéficierait par la force des choses, puisque les parents pourraient consacrer davantage de leur temps, de leur énergie et de leurs moyens à un nombre d'enfants plus restreint.

Quatrièmement, la croissance démographique serait ralentie. Les données de l'*Enquête mondiale sur la fécondité* suggèrent que si les femmes avaient les moyens de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir, le taux de croissance démographique du monde en développement diminuerait d'environ 30% (voir figure 9). Répondre à la demande d'information en matière de planification des naissances contribuerait, d'une part, à accroître le revenu par habitant et, d'autre part, à réduire les problèmes liés à l'environnement.

6. Faire échec à la malnutrition

Le dernier point de cet ordre du jour des mesures concrètes à prendre en faveur des enfants dans les années 90 concerne la promotion d'une meilleure nutrition infantile. Celle-ci plonge ses racines si profondément dans le terreau de la pauvreté, entend-on dire fréquemment, que seul le développement économique pourrait en affaiblir l'emprise. Ce genre d'argument, pourtant, revient à esquiver le problème.

Pour un allaitement maternel réussi : dix conditions essentielles

Le lait maternel, à lui seul, constitue le meilleur aliment et la meilleure boisson possible tout au long des quatre à six premiers mois de la vie du nourrisson. Et pourtant, dans de nombreuses régions du monde, la pratique de l'allaitement maternel est en déclin.

Les services de maternité ont souvent, volontairement ou non, contribué à ce recul. Nombre d'hôpitaux et de maternités s'en tiennent à des procédures courantes qui réduisent les chances d'un allaitement maternel réussi. Il arrive fréquemment que les enfants soient séparés de leur mère au moment de la naissance et qu'ils reçoivent des solutions de glucose ou de lait en poudre au biberon avant que la lactation ne commence. Il suffit d'un biberon ou deux pour compromettre l'adoption ou la poursuite de l'allaitement.

Les agents de santé ont un rôle déterminant à jouer dans la décision d'une mère d'adopter et de poursuivre l'allaitement maternel dans des conditions de succès. Or, les connaissances, la formation et les attitudes d'un grand nombre d'entre eux ne les prédisposent pas à encourager et à soutenir l'allaitement maternel. Beaucoup sont mal informés sur les avantages qu'il apporte aussi bien aux mères qu'aux nourrissons. Seul un petit nombre a la formation voulue pour aider à la mise en route de l'allaitement et pour résoudre les problèmes qui peuvent surgir. Nombreux sont ceux qui estiment que l'allaitement maternel est démodé et lui préfèrent la « technique moderne » de l'alimentation au biberon.

L'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF ont lancé une initiative importante demandant à tous les professionnels de la santé et à tous les responsables des prestations de maternité dans le monde entier d'observer dix conditions essentielles pour le succès de l'allaitement maternel.

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 la demi-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 l'enfant 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.

Ces dix principes sont universellement applicables, dans les pays industrialisés aussi bien que dans le monde en développement.

Toute femme qui donne le jour à un enfant dans un hôpital ou dans une maternité, dans quelque pays que ce soit, a le droit de recevoir, dans le domaine de l'allaitement maternel, une aide complète selon les dix conditions énumérées ci-dessus de la part des médecins-praticiens, des sages-femmes et du personnel infirmier.

Afin de déterminer le degré d'adéquation du soutien apporté à l'allaitement maternel (et d'encourager les réformes), l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF ont également établi une liste de contrôle en 20 points des mesures pratiques qui peuvent être prises par tous les hôpitaux, maternités et cliniques pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel. Cette liste, accompagnée des dix conditions énumérées plus haut, est contenue dans une brochure spéciale intitulée *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité, déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF.*

Premièrement, il est tout simplement inacceptable que plus de 150 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition dans un monde qui a les moyens de prévenir ce mal (voir figure 10).

Deuxièmement, la malnutrition entrave le développement physique et mental des enfants ainsi que la capacité des adultes à travailler et à gagner leur vie. Conséquence de la pauvreté, la malnutrition en est également une cause.

Troisièmement, dans de nombreux pays la malnutrition a connu un déclin spectaculaire, alors même que le revenu par habitant y demeurait faible.

Faire échec à la malnutrition n'est donc pas une simple question de temps et de développement économique: c'est une question de politique et de priorités. Comme l'a écrit Alan Berg, conseiller en matière de nutrition auprès de la Banque mondiale: «*Les plus pauvres ne peuvent pas attendre. Il est tout aussi nécessaire d'attaquer de plein fouet la malnutrition, et les gouvernements qui souhaitent s'engager dans cette lutte disposent aujourd'hui de moyens efficaces et peu coûteux pour y parvenir.*»

Une alimentation correcte des enfants devient une tâche pratiquement vouée à l'échec pour de nombreux parents du fait de la famine, de la guerre ou de la pauvreté absolue. Et pourtant, nous avons découvert — et il s'agit là d'un des grands acquis de la décennie écoulée — que la malnutrition frappe aujourd'hui souvent, voire peut-être même le plus souvent, les foyers qui disposeraient pourtant des aliments nécessaires; la malnutrition serait bien davantage déclenchée par l'absence de soins de santé, l'attaque des maladies et le manque d'information.

Les maladies courantes de l'enfance, et tout spécialement la diarrhée, la rougeole, la coqueluche et d'autres infections respiratoires, diminuent l'appétit de l'enfant et par conséquent l'ingestion d'aliments. La maladie inhibe en outre l'absorption de la nourriture, brûle des calories et fait perdre les éléments nutritifs par les accès de diarrhée et les vomissements. Ainsi, une journée de diarrhée aiguë peut réduire le poids corporel d'un jeune enfant d'environ 2%¹⁷, et la rougeole peut le faire baisser de 7% en l'espace de quelques jours¹⁸.

Dans les communautés défavorisées, dépourvues d'eau salubre ou de moyens d'assainissement sûrs, il n'est pas rare que des enfants connaissent de six à douze épisodes de ce type par an, ce qui entraîne inévitablement la malnutrition.

C'est pourquoi, bon nombre des mesures prioritaires déjà exposées dans ce rapport — et tout spécialement la vaccination antirougeoleuse, l'allaitement maternel, ainsi que la prévention et le traitement approprié des

maladies diarrhéiques — réduiraient également la malnutrition infantile*.

A l'exception des maladies récurrentes, il existe au moins six causes de malnutrition chez l'enfant qui n'ont que peu à voir avec la présence ou l'absence de nourriture au foyer, mais qui sont en revanche fortement liées à la connaissance que les parents ont des besoins nutritionnels de l'enfant.

Ces connaissances sont simples. Tout parent devrait savoir:

- Que le lait maternel *à lui seul* constitue le meilleur aliment possible pendant les quatre à six premiers mois de la vie de l'enfant. Il satisfait tous ses besoins nutritionnels, est toujours hygiénique, et il « vaccine » l'enfant contre des infections courantes telles que la diarrhée.
- Que dès l'âge de quatre à six mois, l'enfant a besoin d'aliments complémentaires en plus du lait maternel. Introduire des aliments solides avant cet âge accroît le risque d'infection; les introduire trop tard entraîne la malnutrition.
- Qu'un enfant de moins de trois ans doit être nourri deux fois plus souvent qu'un adulte et recevoir de plus petites quantités d'aliments plus énergétiques.** Un bol de bouillie ou de gruau risque de remplir l'estomac de l'enfant et de calmer son appétit sans satisfaire ses besoins en énergie proportionnellement plus élevés. Les aliments de base peuvent être enrichis par l'adjonction de petites quantités d'huile ou de graisse, ainsi que d'un peu de légumes verts.
- Qu'il faut continuer à donner aliments solides et boissons à un enfant malade ou atteint de diarrhée. Beaucoup de mères et de médecins croient utile de « laisser l'intestin au repos », alors que c'est précisément ce qu'il faut éviter. Un enfant malade, et tout spécialement un enfant atteint de diarrhée, doit manger et boire souvent et en petites quantités. La poursuite de l'allaitement maternel est particulièrement importante.
- Qu'à la suite d'une maladie, l'enfant a besoin de repas supplémentaires pour rattraper le poids perdu. Tous les enfants mangent davantage lorsqu'ils relèvent de maladie; la convalescence est le moment où l'orga-

* Les parasites internes peuvent également contribuer à la malnutrition; dans de nombreuses régions, les traitements antiparasitaires constituent une méthode peu coûteuse pour améliorer la santé et l'état nutritionnel.

** L'alimentation fréquente, si elle est importante pour prévenir la malnutrition chez l'enfant, est souvent difficile à pratiquer pour des mères obligées de travailler en dehors de leur domicile pendant de longues périodes ou qui ne disposent pas de combustibles et d'eau.

La carence en iode: une guerre de dix ans

Une nouvelle campagne d'une durée de dix ans, soutenue par les Nations Unies, laisse entrevoir l'espoir d'éliminer l'une des principales causes d'incapacités: les troubles dus à une carence en iode (TDCI).

Si les besoins en iode de l'être humain se limitent à une cuillère à thé pour la vie entière, la carence en iode peut provoquer des dégâts irréversibles au cerveau et au reste de l'organisme. Dans les régions d'altitude et dans toutes les zones où les sols sont fréquemment inondés ou délavés de leur iode, les enfants souffrent de retards de croissance, d'arriération mentale, d'un état léthargique, d'un développement psycho-moteur plus lent, de troubles de la parole et de l'ouïe. Une carence en iode sévère à la naissance expose le nouveau-né au crétinisme, alors qu'une carence même légère peut se manifester plus tard par de mauvais résultats scolaires et une productivité amoindrie au cours de la vie adulte, confinant ainsi des communautés entières dans le cercle vicieux de l'incapacité à l'éducation et de la pauvreté.

La carence en iode peut provoquer l'avortement spontané et la mort à la naissance et elle accroît la mortalité juvénile-infantile.

On estime à 800 millions le nombre de personnes dans le monde en développement qui sont exposées aux troubles dus à une carence en iode: 190 millions sont atteints de goitre, 3 millions de crétinisme franc et plusieurs millions d'une forme quelconque d'arriération mentale.

L'iodation du sel alimentaire et de l'eau de boisson revient à environ cinq cents par personne et par an. Au prix de dix cents par an, les injections d'huile iodée offrent une protection pour une période pouvant aller jusqu'à cinq ans et les capsules d'iode confèrent une protection de deux ans.

C'est presque un sixième de la population mondiale qui bénéficierait de ces mesures simples et peu coûteuses: plus de 300 millions de personnes en Chine, quelque 300 millions dans d'autres pays d'Asie, 100 millions en Afrique, 60 millions en Amérique latine, auxquelles il convient d'ajouter quelques populations isolées en Europe.

Pourtant, la prévention des troubles dus à une carence en iode est un problème complexe. La promulgation de lois rendant l'iodation du sel obligatoire ne suffit pas à garantir leur application. Les installations de traitement du sel et les procédures d'emballage de sorte que la teneur en iode du sel soit préservée peuvent entraîner des dépenses considérables pour un pays pauvre. En outre, à moins d'être pleinement sensibilisés aux avantages du sel iodé, les consommateurs achèteront du sel non iodé moins cher pour peu que

celui-ci reste en circulation. Par ailleurs, les communautés touchées sont parfois les dernières à être conscientes du problème. Une enquête conduite au Pérou a établi que pour 60% de la population le crétinisme ou le goitre – le gonflement caractéristique de la glande thyroïde à la base de la gorge – n'étaient pas des problèmes de santé.

Or, des initiatives récentes de lutte contre les troubles dus à une carence en iode ont prouvé qu'il était possible d'atteindre des résultats remarquables:

- En Papouasie-Nouvelle-Guinée, ainsi que dans certaines régions du Bhoutan, de la Chine, de l'Indonésie et du Népal, des programmes d'iodation du sel, accompagnés d'injections d'huile iodée, ont permis d'éliminer entièrement le crétinisme.

- Les équipes de vaccination du Népal font désormais parvenir des capsules d'iode et de vitamine A jusque dans les hameaux de montagne les plus reculés.

- En 1983, le gouvernement brésilien a commencé à fournir gratuitement aux producteurs de sel de l'iodate de potassium. Des enquêtes récentes menées dans un Etat du pays ont montré que les taux de goitre chez les écoliers avaient chuté de 85% à moins de 10%.

- En Inde, la production de sel iodé a été multipliée par sept depuis 1983 et le gouvernement a pris la décision d'ioder l'ensemble du sel à usage alimentaire d'ici à 1992.

- La Bolivie a quadruplé sa production de sel iodé par rapport à 1984. Grâce au regroupement des producteurs de sel en coopératives, il sera possible d'assurer l'iodation de tout le sel d'ici à 1991. Entre-temps, les services de santé, aidés de 12 000 volontaires, distribuent des capsules d'huile iodée dans le cadre de campagnes spéciales. En août 1988, par exemple, des capsules d'huile iodée ont été distribuées à 1,5 million de personnes, soit le quart de la population du pays.

En mars 1987, les Nations Unies annonçaient le lancement d'une campagne de lutte contre les troubles dus à une carence en iode d'une durée de dix ans, en soulignant que:

«Il est parfaitement possible de réduire les taux de goitre à moins de 10% en l'espace d'une décennie. Les troubles dus à une carence en iode pèsent d'un poids énorme sur la qualité de la vie, sur la productivité et sur l'aptitude à l'éducation de millions de personnes. La prévention de ce problème et la lutte contre ses effets représenteraient donc une importante contribution à la poursuite de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.»

nisme est « programmé » pour prendre du poids plus rapidement qu'à l'accoutumée. En s'appliquant à nourrir fréquemment l'enfant pendant les semaines qui suivent une maladie, les parents contribueront à réparer les dommages nutritionnels subis.

- Qu'espacer les naissances d'au moins deux ans et faire en sorte que la future mère dispose de suffisamment de nourriture et de repos est essentiel pour la bonne santé de la mère et pour l'état nutritionnel de l'enfant. Des naissances trop nombreuses et trop rapprochées peuvent être cause d'anémie pour la mère, d'insuffisance pondérale à la naissance pour l'enfant et de retard de croissance par la suite.

Il serait donc possible, dès le début des années 90, de prendre des mesures pratiques pour mettre un terme à la malnutrition en recourant à des méthodes peu coûteuses de prévention et de traitement des maladies infantiles et en organisant à l'échelle nationale des actions visant à mettre à la disposition de tous les parents les connaissances actuelles en matière de nutrition.

Tous les moyens de communication peuvent soutenir cet effort, mais à l'instar d'autres progrès accomplis dans le domaine des connaissances concernant la santé, c'est surtout l'agent de santé communautaire qui est en mesure d'informer les parents et de les aider à appliquer ces connaissances.

Idéalement, un agent de santé communautaire devrait aider les mères à effectuer la pesée mensuelle de tous les enfants de moins de trois ans.

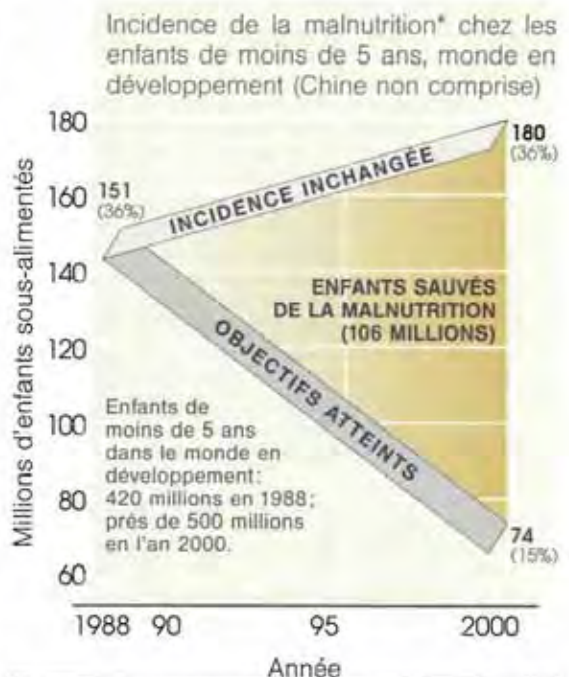
De tous les indicateurs de santé chez l'enfant, la croissance est le plus important. Il est peu probable qu'un enfant qui prend régulièrement du poids chaque mois connaisse un problème de santé grave. Si, en revanche, il n'y a pas gain de poids, il ne fait aucun doute qu'un problème existe et qu'il convient d'agir.

Cette règle simple mais capitale pose un problème : la croissance d'un enfant est un processus lent, et une halte dans ce processus est généralement impossible à déceler à ses débuts, aussi bien pour la mère que pour le pédiatre. C'est pourquoi, la pesée régulière et la surveillance de la croissance sont des mesures essentielles. Une mère qui pèse son enfant chaque mois et en note le poids avec l'aide d'un agent de santé communautaire est en mesure de visualiser la progression ou la régression de la croissance. De cette façon, les problèmes éventuels peuvent être décelés sans délai par la personne qui se soucie le plus de la santé de l'enfant et qui a les moyens d'agir pour prévenir la malnutrition. L'agent de santé peut alors passer en revue avec la mère la liste des causes possibles. L'enfant est-il nourri au sein ? Le lait en poudre a-t-il été trop dilué, mélangé dans de l'eau impure, ou encore a-t-on utilisé un biberon non stérilisé ? Le sevrage a-t-il

commencé ? Combien de fois par jour l'enfant mange-t-il ? Ajoute-t-on de l'huile ou des graisses aux aliments de sevrage ? Ajoute-t-on chaque jour des légumes verts écrasés ? L'enfant a-t-il été vacciné ? Souffre-t-il fréquemment de diarrhée ? Supprime-t-on la nourriture lorsqu'il a la diarrhée ? La mère sait-elle comment prévenir la déshydratation ? La nourriture est-elle propre ? La famille se lave-t-elle bien les mains avant les repas et après avoir utilisé les latrines ? La mère connaît-elle l'importance d'une alimentation supplémentaire après une maladie ? Y a-t-il suffisamment de nourriture à la maison ?

Fig. 10 Sauver 100 millions d'enfants de la malnutrition

L'OMS et l'UNICEF estiment que réduire de moitié le taux de malnutrition infantile et éliminer la malnutrition grave d'ici à la fin du siècle est un objectif réalisable. Le graphique ci-dessous présente le nombre d'enfants touchés par les progrès – ou le manque de progrès – dans la réalisation de cet objectif. Près de la moitié des enfants sous-alimentés vivent aujourd'hui dans les huit nations d'Asie du Sud.



* La malnutrition est définie ici comme plus de 2 écarts-types en dessous du poids souhaitable par rapport à l'âge.

Source : Beverley A. Carlson et Jessa Wardlaw, « Assessing Nutritional Status in Young Children: A Global Analysis and Methodological Overview », Communication présentée à la 47^e session de l'Institut international de statistique, Paris, août-septembre 1989.

La vitamine A: où en est-on?

Chaque année, quelque 250 000 jeunes enfants perdent la vue faute d'une petite quantité de vitamine A dans leur alimentation. La carence en vitamine A n'est pas seulement la principale cause de cécité infantile dans les pays en développement, elle accroît également la vulnérabilité à d'autres infections, elle entraîne souvent l'anémie et elle retarde la croissance.

Un apport insuffisant de cette vitamine essentielle dans la ration alimentaire est un grave problème de santé dans au moins 34 pays, dont certaines des nations les plus peuplées d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine. Il frappe à tout âge, mais ses principales victimes sont les jeunes enfants et les femmes enceintes ou allaitantes. Dans le monde entier, près de 40 millions d'enfants d'âge préscolaire souffrent à des degrés divers de carence en vitamine A.

Même quand les répercussions sur la vue sont en apparence légères, la santé et la survie des enfants peuvent être gravement menacées. En Indonésie, on a découvert que la probabilité de mourir avant l'âge de six ans était plusieurs fois supérieure chez les enfants présentant une carence même modérée en vitamine A; que les infections respiratoires et les épisodes de diarrhée étaient plus fréquents chez ces enfants que chez ceux ayant un apport suffisant en vitamine A; enfin, que le taux de mortalité des enfants auxquels on administrait régulièrement des suppléments en vitamine A était inférieur de 30%. De même, en Tanzanie, on s'est aperçu que le taux des décès dus à la rougeole était nettement inférieur chez les enfants qui avaient reçu des suppléments en vitamine A pendant la maladie.

Dans les régions où la carence en vitamine A est répandue, l'OMS et l'UNICEF recommandent d'administrer de fortes doses de vitamine A à tous les enfants qui ont la rougeole afin d'accroître leurs chances de survie et de prévenir les lésions ophtalmologiques.

La lutte contre la carence en vitamine A exige que l'on adopte un ensemble de mesures faisant appel aux services de santé, aux agents de vulgarisation agricole et à l'éducation nutritionnelle. Toutes les mères doivent savoir que l'allaitement maternel protège le nourrisson aussi longtemps que ses propres réserves sont suffisantes et que l'alimentation des enfants doit compren-

dre des légumes à feuilles vert foncé, des fruits et des légumes jaunes, de l'huile ou des graisses (qui facilitent l'assimilation) ainsi que de la viande ou des produits laitiers dans la mesure de leurs moyens.

L'éducation nutritionnelle exige que l'on accomplisse un effort de longue haleine à l'échelle nationale. Mais le problème de la carence en vitamine A ne peut pas attendre. C'est pourquoi, de nombreux pays s'efforcent d'administrer deux fois par an des doses massives de vitamine A à tous les enfants d'âge préscolaire. En Indonésie, les conseillères familiales distribuent des capsules de vitamine A lors des réunions mensuelles des *posyandu* (voir encadré 15). En Inde, les centres préscolaires *anganwadi*, qui desservent aujourd'hui plus d'un cinquième des enfants du pays, administrent la vitamine A sous forme de solution.

Il s'agit de remèdes peu coûteux — les capsules de vitamine A fournies par l'UNICEF reviennent à moins de deux cents pièce.

L'OMS recommande d'associer la lutte contre la carence en vitamine A aux programmes de vaccination qui atteignent maintenant la plupart des jeunes enfants des pays en développement. Les agents de santé devraient aussi profiter de chaque passage d'un enfant dans un poste de vaccination pour:

- fournir aux enfants et aux mères des suppléments en vitamine A;
- traiter les problèmes ophtalmologiques dus à la carence en vitamine A;
- promouvoir l'allaitement maternel;
- encourager la consommation d'aliments riches en vitamine A.

Des pays comme le Brésil, le Guatemala, Haïti, l'Indonésie et la Mauritanie ont déjà saisi l'occasion des séances de vaccination pour administrer des suppléments en vitamine A. Il s'agit maintenant de soutenir ces efforts novateurs et de les étendre à d'autres pays où la carence en vitamine A est également un grave problème de santé.

Au terme d'une formation de quelques mois à peine, un agent de santé peut accomplir cette tâche et mettre à la disposition des parents non pas des notions abstraites sur la santé et la croissance de leurs propres enfants, mais des conseils pratiques et appropriés.

Les avantages potentiels de cette démarche ont été démontrés au cours de la dernière décennie. En Indonésie (voir encadré 15), en Thaïlande, dans la province tanzanienne d'Iringa, et dans l'Etat indien du Tamil Nadu, la surveillance régulière de la croissance des enfants et l'éducation des parents ont permis d'obtenir une réduction significative de la malnutrition pour un coût abordable. Un projet dans le Tamil Nadu, qui bénéficie du soutien de la Banque mondiale, a fait baisser la malnutrition juvénile-infantile d'environ 50% dans 9000 villages, et ce pour moins de dix dollars par enfant et par an¹⁹.

La question de la disponibilité et de la formation des agents de santé communautaires — un facteur décisif pour l'application pratique des mesures précises préconisées jusqu'ici — sera abordée au chapitre III de ce rapport.

Mais arrêtons-nous d'abord sur un autre outil dont les responsables politiques pourraient se servir aujourd'hui pour combattre la malnutrition.

La surveillance de l'état nutritionnel

Si l'on entend vaincre la malnutrition, il sera vraisemblablement indispensable de mettre sur pied un système régulier de *surveillance nutritionnelle* à l'échelle nationale. Une vaste gamme de décisions gouvernementales — taux de change, possibilités de crédit et taux d'intérêt, priorités pour l'investissement, politique tarifaire et fiscale, subventions alimentaires, services de santé, planification des infrastructures — peuvent alléger ou alourdir encore le fardeau de la malnutrition. A défaut d'un mécanisme d'évaluation, en l'absence de données exactes et à jour relatives aux effets que les décisions politiques ont sur l'état nutritionnel des enfants, il sera presque impossible de définir des politiques socio-économiques destinées à mettre un terme à la malnutrition.

Très peu de pays, à l'heure actuelle, disposent de ce genre de données. Et pourtant, si l'on veut prendre au sérieux le principe qui place la croissance physique et mentale des enfants au premier rang des préoccupations et des capacités d'une société — en période de difficultés comme en période de prospérité —, il sera indispensable de mettre en place un mécanisme permettant de mesurer le succès ou l'échec des efforts entrepris.

Il ne saurait y avoir d'indicateur plus important du progrès réellement accompli par une nation, car non seule-

ment il évalue le combat mené contre la malnutrition aujourd'hui, mais de surcroît il donne la mesure de l'un des investissements les plus vitaux pour l'avenir.

Surveiller l'état nutritionnel des enfants d'un pays n'est certes pas une tâche facile, mais c'est une tâche moins difficile que de surveiller la santé de l'économie nationale. Tous les pays produisent à intervalles rapprochés des rapports statistiques sur des indicateurs tels que les importations et les exportations, les taux d'inflation et la croissance du produit national brut. Il est temps d'établir un système permettant de réunir régulièrement des données pertinentes sur l'état nutritionnel des enfants.

Si, au cours des années 90, tous les gouvernements instituaient des systèmes de ce genre*, et si les responsables politiques, la presse et le public les exploitaient au même titre que les indicateurs trimestriels de l'évolution économique, les décisions politiques concernant la prévention de la malnutrition et les pressions en faveur de l'application de ces politiques s'en verraient renforcées. Il est probable que la détérioration de l'état nutritionnel des enfants, consécutive aux réductions aléatoires des subventions alimentaires ou à d'autres tentatives de redressement économique, ne passerait pas inaperçue, comme cela a si souvent été le cas dans les années 80.

C'est pourquoi, l'UNICEF coopère à présent avec l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture afin d'aider les gouvernements à obtenir les informations requises. Les données seront recueillies à partir d'enquêtes régulières effectuées au sein des familles, de l'enregistrement du poids à la naissance et des recensements scolaires. Elles reposeront sur trois mesures anthropométriques clés: la prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance, le poids par rapport à l'âge des enfants de moins de trois ans, et la taille des enfants en âge de scolarité primaire. Au moyen de ces trois indicateurs, et tout particulièrement du poids par rapport à l'âge, les gouvernements pourront surveiller la lutte contre la malnutrition, évaluer leurs politiques, et se tenir régulièrement informés sur la proportion de jeunes enfants atteints de malnutrition modérée ou grave, selon le secteur économique, la zone géographique, et la période de l'année.

Subventions alimentaires ciblées

Les systèmes nationaux de surveillance nutritionnelle pourraient également aider à définir un autre outil de la

* Dans certains pays, comme le Botswana et la Thaïlande, un système de surveillance nutritionnelle est déjà en place et les résultats sont utilisés pour améliorer l'état nutritionnel.

Le ver de Guinée: élimination dans les années 90

L'espoir d'une élimination de la dracunculose, la maladie due au ver de Guinée, s'est nettement confirmé au cours des trois dernières années. D'ici à la fin des années 90, cette maladie débilitante pourrait être rayée de la longue liste des fléaux de l'humanité.

Dans le monde, quelque 20 millions de personnes, surtout en Afrique et en Asie, sont infectées par le ver de Guinée et 140 autres millions risquent de l'être.

La maladie est causée par l'ingestion d'eau polluée renfermant de minuscules crustacés, les cyclopidés, dont le corps abrite les larves du ver de Guinée. Les cyclopidés et les larves vivent dans les points d'eau superficiels et les puits dans lesquels les gens entrent pour y puiser l'eau de boisson.

Quand il a pénétré dans le corps humain, le ver adulte femelle, sorte de long filament blanc, se développe et peut atteindre jusqu'à un mètre de long et contenir de un à trois millions de larves. Une année après avoir été ingéré, le ver ressort par une ulcération douloureuse, habituellement située dans les membres inférieurs. Quand la plaie entre en contact avec l'eau, elle libère des larves qui sont avalées par les cyclopidés qui pénètrent alors dans d'autres organismes humains à travers l'eau de boisson.

Outre la fièvre et les douleurs, la dracunculose se manifeste par divers symptômes tels que nausées, vomissements, diarrhée et faiblesse générale. Certains patients meurent de complications secondaires comme le tétanos alors que d'autres sont paralysés à vie.

La maladie apporte chaque année à ses victimes des zones rurales d'Afrique et d'Asie son lot de douleurs invalidantes. Son impact économique est également considérable. Selon une récente étude effectuée dans une région de riziculture au Nigéria, qui compte 1,6 million d'habitants, la dracunculose fait perdre chaque année 12% de journées de travail et 20 millions de dollars de production de riz.

Les agriculteurs ne sont pas les seuls à être touchés. Dans l'Etat de Kwara, au Nigéria, des commerçantes

trappées par la maladie n'ont pu travailler pendant deux mois, ce qui a amputé leurs revenus de 70 dollars, dans une région où le revenu annuel moyen est d'environ 125 dollars.

Quant aux enfants, ils ne sont pas en mesure de se rendre à l'école soit parce qu'ils sont trop malades, soit parce qu'ils doivent rester à la maison pour aider à soigner leurs parents handicapés.

Si la dracunculose ne peut être traitée, elle peut néanmoins être prévenue.

Le remède le plus sûr consiste à fournir de l'eau potable par le biais de canalisations, de puits protégés ou de trous de sonde équipés de pompes manuelles et à enseigner aux communautés des mesures préventives d'hygiène. C'est ainsi que quelques communautés nigérianes sont venues à bout de la maladie en deux ou trois ans seulement et qu'en Inde, le nombre de cas notifiés a été ramené de 44 800 en 1983 à 12 000 en 1988. Une enquête réalisée dans dix écoles primaires nigérianes, au plus fort de la saison infectieuse en 1984, a révélé que la dracunculose empêchait un tiers des élèves de se rendre en classe. Pourtant, trois ans plus tard, suite à l'installation de puits à pompes manuelles, le taux d'absentéisme était tombé à 2,6%.

A défaut d'eau potable, la population a la possibilité de faire bouillir toute l'eau de boisson et de traiter chimiquement la source d'eau pendant la saison de transmission ou encore de filtrer l'eau. Ces dernières années, quelques communautés ont appris à purifier l'eau de boisson à l'aide de filtres en nylon qui retiennent les cyclopidés. Dans trois villages du Burkina Faso, où plus de 54% de la population était atteinte de dracunculose, le taux d'infection est tombé à zéro deux ans après l'introduction du filtrage.

Certains des pays où sévit la dracunculose sont parmi les plus pauvres du monde et ils auront besoin d'alliés pour lutter contre ce mal. Mais il est possible aujourd'hui de vaincre la dracunculose et de mettre un terme à tant de souffrances.

politique en matière de nutrition. Les familles totalement dépourvues de revenus ou de nourriture continueront à avoir besoin de subventions alimentaires quelle qu'en soit la nature. Aucun pays, aucun système économique, qu'il s'agisse des Etats-Unis, de l'Union soviétique ou de la Chine, n'est jamais parvenu à maintenir les taux de malnutrition à de très faibles niveaux sans recourir aux subventions alimentaires.

Ces dernières, cependant, deviennent rapidement un fardeau pour les ressources nationales. Pouvant atteindre 10%, voire 20% du budget gouvernemental dans certains pays, elles sont les premières à être sacrifiées en période de compression des dépenses publiques. La suppression des subventions alimentaires est une constante des processus d'ajustement à la dette et à la récession et, de toutes les mesures, elle est celle qui provoque le plus de privations et de souffrances, de même qu'un sentiment compréhensible de peur et de colère parmi les plus démunis.

En termes réels, la valeur des subventions alimentaires du Brésil, de la Colombie, de la Jamaïque, du Mexique, du Pérou et de bien d'autres pays a chuté au cours des années 80. Les plus défavorisés, qui dépensent les trois quarts de leurs revenus en aliments, sont de toute évidence les plus tributaires de cette forme d'aide. Et pourtant, lorsque les subventions ont été réduites, aucun effort parallèle de réallocation des ressources en faveur des plus défavorisés n'a été entrepris. Dans tous les exemples cités plus haut, plus de 50% des subventions alimentaires restantes vont maintenant aux classes moyenne et supérieure^{*20}. Dans d'autres pays, en Afrique particulièrement, des aliments tels que la viande et le beurre sont subventionnés, bien que les plus pauvres n'aient que rarement l'occasion de les apercevoir.

En un mot, si les subventions alimentaires ont un rôle durable à jouer dans la lutte contre la malnutrition et si elles doivent être d'un coût supportable pour pouvoir durer, il faut que ceux qui sont dans le besoin puissent y avoir accès.

On entend souvent dire que tester les moyens mis en œuvre dans ce domaine et définir des groupes cibles est trop ardu, trop délicat politiquement, trop complexe et trop onéreux à gérer. Mais des expériences récentes ont montré qu'il est possible d'accomplir des progrès concrets sur ce point.

Un programme national de surveillance de l'état nutritionnel faciliterait de toute évidence la réorientation des

subventions alimentaires vers des secteurs précis d'un pays, d'une ville, ou de l'économie, voire à certaines saisons de l'année.

Même à défaut de données nationales à jour, il y a lieu d'adapter les ressources aux besoins. En Afrique, certains gouvernements commencent à moduler leurs subventions alimentaires en fonction des périodes de soudure, lorsque les plus pauvres tentent de «joindre les deux bouts» entre la fin d'une récolte et le commencement de la suivante. Au Brésil, certaines subventions ne sont distribuées que par l'entremise de petits magasins situés au cœur des bidonvilles et des favelas, là où les plus démunis font leurs achats et où les mieux nantis ne se hasardent que rarement. Dans d'autres pays, seuls certains aliments achetés principalement par les pauvres sont subventionnés, comme le sorgho, le millet ou les lentilles. Dans des régions telles que le Tamil Nadu, où on surveille régulièrement la croissance de nombreux enfants, des suppléments alimentaires sont parfois mis à la disposition des foyers totalement dépourvus des moyens de se procurer les aliments nécessaires à la consommation familiale.

Vitamine A et iode

Avant de quitter le domaine des mesures concrètes permettant de faire échec à la malnutrition dans les années 90, il convient de mentionner deux autres types de carence nutritionnelle qui ne devraient pas survivre à ce siècle.

On sait maintenant depuis quarante ans qu'un régime alimentaire pauvre en vitamine A peut causer la cécité irréversible d'un enfant (voir encadré 9), mais ce n'est que récemment que l'on a pu établir l'étendue de ce phénomène. Plus de 250 000 enfants perdent la vue chaque année parce qu'ils manquent de vitamine A et 250 000 autres souffrent d'effets graves et durables de la carence en vitamine A. Au moins 100 000 de ces enfants meurent dans les semaines qui suivent le moment où ils sont devenus aveugles.

Plus récemment, on a pu mettre en évidence que les enfants présentant des signes de carence en vitamine A sont plus vulnérables aux maladies infectieuses, à l'anémie*, et aux troubles de la croissance. Même parmi des enfants dont l'état nutritionnel est par ailleurs similaire, ceux qui manquent de vitamine A courent des risques plus importants. Selon le Dr Alfred Sommer, l'un des

* Si le budget brésilien des programmes alimentaires et de nutrition — qui se monte à 1,9 milliard de dollars — allait exclusivement au cinquième le plus pauvre de la population, cette somme équivaldrait à plus de 70 dollars par personne et par an, suffisamment pour améliorer de façon significative l'état nutritionnel des familles.

* L'anémie elle-même constitue la carence micronutritive la plus courante. Elle peut elle aussi être réduite à faible coût par le traitement efficace du paludisme (une cause majeure d'anémie) et la distribution de comprimés de fer et parfois d'acide folique aux femmes enceintes et aux enfants anémiques.

chercheurs les plus réputés en la matière : « *Le plus surprenant n'est pas le rôle central que tient la vitamine A dans chacun de ces domaines, mais plutôt que cette substance si simple puisse affecter si profondément des enfants soumis à de multiples facteurs de risques* ».²¹

La carence en vitamine A peut être prévenue en informant les parents qu'ajouter régulièrement une petite quantité du moins cher des légumes à feuilles vert foncé dans les aliments de sevrage de leur enfant aidera à protéger sa santé et sa vue. L'alternative est une capsule de vitamine A que l'on administre aux enfants exposés une fois tous les six mois.

Le coût de cette capsule est de deux cents, alors que le coût de la négligence sera la cécité pour plus de deux millions d'enfants au cours de la prochaine décennie et la mauvaise santé et le retard de croissance de millions d'autres enfants.

La seconde carence nutritionnelle qu'il faut absolument enrayer au cours des années 90 est la carence en iode, qui affecte surtout les enfants vivant dans des zones montagneuses ou sujettes aux inondations, où l'iode est lessivé du sol.

Les troubles imputables à une carence en iode minent le bien-être et la productivité de dizaines de millions d'adultes et causent des dommages irréversibles aux capacités physiques et mentales de nombreux millions d'enfants. On sait depuis des dizaines d'années que le problème peut être résolu par l'iodation du sel (voir encadré 8) ou, dans certaines circonstances, par des injections d'huile iodée.

Le coût de l'une ou l'autre de ces mesures, qui concernent un milliard de personnes, ne dépasserait pas dix cents par personne et par an. Le fait de les négliger aurait aussi un coût : la naissance au cours des dix années à venir de millions d'enfants dont le cerveau serait lésé.

Des mesures qui s'imposent

Un programme de recherche intensifiée mettrait presque certainement à jour d'autres stratégies peu onéreuses et hautement efficaces pour protéger les enfants (voir encadré 11). Toutefois, l'examen des progrès accomplis et du potentiel que comportent la vaccination, la thérapie par réhydratation orale, l'antibiothérapie, l'allaitement maternel, l'espacement des naissances et les stratégies de surveillance nutritionnelle, prouve qu'il existe *aujourd'hui*

d'*aujourd'hui* des solutions peu coûteuses permettant de venir à bout des causes les plus importantes de la malnutrition, de la morbidité et de la mortalité qui menacent les enfants des années 90.

L'UNICEF estime qu'ensemble ces solutions pourraient concourir à faire des dix années à venir « *la décennie des mesures qui s'imposent* ». C'est dans cette optique que l'UNICEF a avancé l'idée d'un *Sommet mondial pour les enfants*, car la mise en pratique à l'échelle requise des solutions qui existent déjà sur le plan théorique passe par l'engagement des responsables politiques, la prise de conscience de la communauté nationale et la mobilisation de toutes les structures fonctionnant dans chaque pays.

Les moyens financiers qu'un tel engagement exigerait sont modestes. Si le problème de la dette pouvait être définitivement réglé au début de la décennie, les *sommes additionnelles* qui seraient nécessaires pour appliquer les mesures concrètes décrites dans ce chapitre seraient de l'ordre de deux à trois milliards de dollars par an vers le milieu de la décennie. Ce serait là un faible prix à payer pour garantir la survie de tant de millions d'enfants, la réduction spectaculaire de la morbidité et de la malnutrition, et le fléchissement des taux de croissance démographique qui en serait la conséquence. La moitié environ de cette somme, soit 1 à 1,5 milliard de dollars par an, pourrait raisonnablement venir des pays industrialisés s'il était possible d'en garantir l'affectation exclusive à la satisfaction de ces besoins.

Il est tout aussi évident, cependant, que les mesures dont nous disposons pour résoudre les grands problèmes de santé infantile ne sauraient être appliquées dans l'abstrait. Si les connaissances actuelles en matière de santé doivent vraiment être mises à la disposition du plus grand nombre, il est indispensable de pouvoir compter sur des systèmes permanents de communication, sur l'accès aux services existants et sur le soutien pratique. Et ceci dépend pour une bonne part du degré de formation des agents de santé, du développement des services de soins de santé primaires, de la disponibilité de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ainsi que du niveau d'alphabétisation et d'éducation de l'ensemble de la population.

Ce sont là les dimensions du développement qui sont le plus menacées par le processus d'ajustement à la dette et à la récession et dont un *Sommet mondial pour les enfants* aurait également à traiter. Quelles sont les actions que nous devrions entreprendre au cours des années 90 afin de nous rapprocher de la réalisation de ces vastes objectifs de développement social? Voilà la question qui sera abordée dans le prochain chapitre.

Priorité aux plus démunis

Ce rapport a déjà fait état des effets néfastes de la crise de l'endettement sur les progrès sociaux: fermeture de dispensaires et d'écoles, démantèlement des services de base, baisse du revenu des plus démunis et, de ce fait, réduction des dépenses que ces derniers consacrent à l'alimentation, à l'éducation et aux soins de santé.

Dans un tel contexte, certains estiment que seul un complet revirement économique serait à même de transformer radicalement les conditions de vie des communautés défavorisées et de leurs enfants.

Tout en étant conscient de la gravité de la crise de l'endettement et de l'urgence qu'il y a à la résoudre, l'UNICEF ne peut admettre qu'il faille attendre jusqu'à la fin des années 90 ou le début du XXI^e siècle un redressement substantiel de la situation économique mondiale pour voir se réaliser des progrès sensibles en faveur des enfants.

Car les enfants ne peuvent pas attendre que nous ayons réparé nos erreurs et nos négligences dans le domaine économique. C'est *maintenant* que se forment leurs corps et leurs esprits et c'est donc *aujourd'hui* qu'ils ont besoin de nourriture, de soins de santé et d'une éducation appropriés.

Comme l'a montré le premier chapitre de ce rapport, même un retour à la croissance économique ne saurait garantir que les enfants en seraient les premiers bénéficiaires. Il est également nécessaire de s'engager sur la voie d'un nouveau type de développement, que le Mahatma Gandhi appelait *antodaya*, un développement qui place les plus démunis au premier rang des priorités, et en particulier la santé, l'alimentation et l'éducation de leurs enfants.

Un tel engagement est indispensable *aussi bien en temps de crise qu'en période de prospérité*. Il n'y a donc

aucune raison d'attendre un revirement économique pour agir, car c'est dès à présent qu'il faut asseoir cet engagement et le concrétiser par des mesures efficaces.

Pour être politiquement réalisable, la redéfinition des priorités du développement ne pourra que rarement se passer du soutien financier des pays industrialisés. Le dernier chapitre de ce rapport traitera de l'accroissement de l'aide. Cependant, pour relever le niveau du développement social, il ne suffit pas d'augmenter le volume des ressources disponibles. Il est tout aussi important de s'assurer du levier politique.

L'engagement politique en faveur des grands objectifs du développement social que sont les soins de santé pour tous et la généralisation de l'éducation revêt une importance fondamentale pour les enfants d'aujourd'hui, c'est-à-dire le monde de demain.

L'éducation scolaire de même que les soins de santé permettent de multiplier tous les autres investissements consacrés au développement, notamment l'amélioration de la santé des enfants, déjà évoquée dans ce rapport. L'expérience des années 80 a d'ailleurs démontré qu'il est possible, à peu de frais, de progresser véritablement vers ces deux grands objectifs, même lorsque la conjoncture économique est peu favorable, comme c'est le cas en ce début des années 90.

La santé pour tous

Un pays où un tiers des adultes sont malades et où un tiers des enfants ne grandissent pas normalement, que ce soit du point de vue physique ou mental, est un pays dont les progrès sociaux et économiques sont minés de l'intérieur. Pourtant, de nombreux pays en développement se

Au service des enfants: la recherche scientifique

Le monde en développement compte 80% de la population mondiale et souffre de plus de 90% des maladies et des incapacités de la planète. Pourtant, 5% seulement des dépenses mondiales pour la recherche en matière de santé sont consacrées aux problèmes de santé des pays en développement.

Pour remédier à cette inadéquation entre les ressources et les besoins, la *Commission sur la recherche en santé au service du développement** — un groupe indépendant de praticiens et de chercheurs renommés de douze pays — préconise que soient redéfinies sans délai les priorités de la recherche en matière de santé. Dans un rapport qui sera publié début 1990, la Commission demande que l'on donne aux pays en développement les moyens de faire de la recherche pour venir à bout de leurs propres problèmes de santé.

Grâce à la recherche biomédicale, la morbidité et la mortalité infantiles ont fortement reculé au cours des trois dernières décennies. L'éradication de la variole a été rendue possible par la mise au point d'un vaccin lyophilisé thermostable et d'une aiguille bifurquée spécialement conçue pour l'administration de ce vaccin. La formule actuelle recommandée par l'OMS et l'UNICEF pour les sels de réhydratation orale (SRO) est l'aboutissement de recherches menées à Dhaka, au Bangladesh, à Calcutta, en Inde, et ailleurs sur le traitement du choléra pendant les années 50 et 60.

Mais les succès remportés dans l'application de ces découvertes scientifiques et d'autres thérapies d'importance vitale reposent sur des progrès tout aussi importants dans des domaines aussi divers que l'épidémiologie, la communication, la planification et la gestion de la santé. Le succès de la campagne de lutte contre la variole entreprise dans les années 60 et 70, par exemple, est essentiellement redevable aux études épidémiologiques de terrain qui avaient démontré que la stratégie la plus efficace consistait à identifier activement tous les cas de variole et à vacciner tous les sujets susceptibles d'entrer en contact avec les malades, plutôt que de s'efforcer de vacciner des populations entières. Le succès des campagnes de vaccination infantile et de promotion de la thérapie par réhydratation orale pendant les années 80 doit beaucoup à la «recherche d'audience» qui a permis aux planificateurs et aux administrateurs de programmes de prendre en compte les connaissances, les attitudes et le comportement des parents en matière de santé.

Pourtant, il existe un potentiel formidable de connaissances et de technologies sanitaires encore sous-utilisées grâce auxquelles il serait possible de réduire de manière spectaculaire les taux de morbidité, de mortalité et d'incapacité infantiles des pays en développe-

ment. Une partie non négligeable de ce potentiel pourrait être mis à profit par les parents eux-mêmes (voir encadrés 12 et 13).

C'est à la science qu'il incombe, affirme la Commission sur la recherche en santé au service du développement, de créer de nouvelles connaissances de santé et d'apprendre à les appliquer, en priorité, aux principaux problèmes de santé des groupes vulnérables.

Il est important que les gouvernements des pays en développement eux-mêmes entreprennent des études épidémiologiques, des enquêtes de communication sanitaire, des études sur l'approvisionnement en médicaments essentiels, sur le financement des services de santé et sur les systèmes de gestion de l'information — car cette *recherche essentielle au niveau national*, ajoute la Commission, est la clé de l'application des connaissances et des technologies de santé infantile.

Les planificateurs et les administrateurs de la santé en retirent des informations vitales sur les principales causes de morbidité, de mortalité et d'incapacité, ainsi que sur les groupes les plus vulnérables de la population. De surcroît, de telles études leur permettent de définir avec clarté les priorités et de mettre au point des programmes fondés sur les besoins sanitaires réels du plus grand nombre, de manière à sauver davantage de vies avec des ressources pourtant limitées.

Etant donné que de telles études améliorent le rapport coût-efficacité des dépenses de santé, l'investissement initial est largement compensé par les avantages qui en résultent aussi bien pour la santé que pour l'économie.

Cependant, les connaissances et les outils dont nous disposons actuellement, poursuit la Commission, sont encore inadaptés pour venir à bout de nombre des plus grands problèmes de santé des pays en développement. Il faut poursuivre sans délai la *recherche internationale*, qu'elle soit biomédicale ou sociale, notamment en ce qui concerne les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, la tuberculose, le paludisme et le sida. Les bénéfices qui en découleraient — en termes de prévention des maladies et de vies sauvées — seraient incommensurables.

La recherche en matière de santé doit pouvoir compter sur la collaboration et l'échange au niveau international et sur la participation d'institutions aussi bien du Nord que du Sud.

* Cette Commission dont le siège se trouve à Cambridge, Massachusetts, États-Unis, se compose des membres suivants: John Evans, président, Canada — Celia Castillo, vice-présidente, Philippines — F.H. Abed, Bangladesh — Sune Bergstrom, Suède — Doris Calloway, États-Unis — Esmat Ezzat, Égypte — Demisse Habte, Éthiopie — Walter J. Kamba, Zambie — Adetokumbo O. Lucas, Nigéria — Adolfo Martínez Palomo, Mexique — Saburo Okita, Japon — V. Ramalingaswami, Inde.

trouvent actuellement dans cette situation. C'est pourquoi l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître qu'une amélioration de la santé dans un pays donné est aussi bien une cause qu'une conséquence du développement de ce pays.

Une alimentation appropriée, un approvisionnement en eau salubre et un assainissement sûr restent les trois remèdes les plus efficaces que l'on connaisse. De plus, un revenu assuré constitue la meilleure des garanties pour satisfaire ces besoins. Il est donc impossible de dissocier la santé du climat économique et de la disponibilité des services de base. Or, la mauvaise santé dont souffrent aujourd'hui les adultes et les enfants de nombreux pays en développement est plus grave encore que ce que les seules circonstances économiques imposeraient par elles-mêmes*.

Outre la nourriture et l'alimentation, l'eau et l'assainissement, qui constituent les deux autres fondements de la santé, représentent l'un des défis majeurs de la décennie à venir: dans les pays en développement, 60% des foyers dans les régions rurales et 25% des familles des villes ne disposent toujours pas d'un approvisionnement en eau salubre. Cependant, aussi considérable soit-il, ce défi n'est pas impossible à relever. Actuellement, la distribution d'eau par robinets publics coûte entre deux et cinq dollars par personne et par an. La somme totale que le monde en développement investit dans l'approvisionnement en eau se monte aujourd'hui à quelque 12 milliards de dollars chaque année, dont dix milliards servent à payer des services destinés aux nantis, pour un prix moyen de 600 dollars par personne et par an.

Ces chiffres démontrent bien que les décisions politiques jouent un rôle tout aussi important que l'accroissement des ressources. Une réorientation même minime des ressources en faveur des plus démunis — par exemple la mise au point de programmes prévoyant une expansion plus rapide de services peu onéreux — permettrait d'accomplir des progrès énormes et de couvrir d'ici à la fin de ce siècle les besoins en eau et en assainissement de toutes les familles du monde en développement.

Les soins de santé primaires

Nous savons depuis quelque temps déjà qu'il est désormais possible d'améliorer considérablement l'état de santé des populations même lorsque la situation économique est défavorable.

* Bien qu'il existe une relation directe entre le PNB par habitant et les principaux indicateurs de la santé, de nombreux pays ont progressé beaucoup plus vite dans l'allongement de l'espérance de vie et la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans que des pays dont le PNB par habitant est deux, voire trois fois, plus élevé.

Au cours des dix dernières années, les pays du monde entier ont presque unanimement admis que la stratégie connue sous le nom de soins de santé primaires (SSP) constitue le moyen le moins onéreux et le plus rapide de faire progresser la santé du plus grand nombre, car elle met l'accent sur l'importance de l'alimentation, de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire et sur la répartition équitable et efficace des dépenses de santé.

Cette stratégie place l'individu, la famille et la communauté en première ligne pour la défense de la santé. Une population qui a accès aux connaissances les plus récentes et une communauté prête à exiger les services dont elle a besoin et à contribuer à leur fonctionnement, sont les meilleurs garants d'une bonne santé.

Pour ce qui est des jeunes enfants, ce sont des parents bien informés et efficacement secondés qui sont les agents de santé les plus aptes à veiller à leur bien-être.

Les principes essentiels d'information sanitaire auxquels toutes les familles et toutes les communautés ont droit viennent d'être rassemblés dans un manuel de dix chapitres intitulé *Savoir pour sauver* et publié conjointement par l'UNICEF, l'OMS et l'UNESCO, en collaboration avec plus d'une centaine d'organisations non gouvernementales (voir encadré 12). Il résume, dans un langage simple, le consensus scientifique actuel concernant la planification des naissances, la maternité sans risques, l'allaitement maternel, la promotion de la croissance, la vaccination, les maladies diarrhéiques, la toux et les rhumes, l'hygiène, le paludisme et le sida. Il s'agit de données approuvées par la quasi-totalité des experts médicaux et sur la base desquelles presque tous les parents peuvent agir. Appliquées dans la vie de tous les jours, ces données pourraient réduire de moitié la mortalité et la malnutrition juvéno-infantiles au cours des dix prochaines années.

Cependant, la plus grande des difficultés demeure: comment diffuser ces données de sorte que les familles puissent réellement les utiliser et y soient encouragées?

De toute évidence, il s'agit d'une tâche démesurée pour les seuls services de santé, car c'est la société tout entière qui doit s'y atteler, à savoir les systèmes éducatifs, les médias, les organisations religieuses, les partis politiques et les parlementaires, les employeurs et les dirigeants d'entreprises, les syndicats et les coopératives, les principales institutions publiques et les organisations non gouvernementales, les groupements de femmes et les organisations communautaires, les mouvements de jeunes, les artistes et les professionnels du spectacle, etc. (voir encadré 13).

La mobilisation des ressources et des moyens de communication actuellement disponibles peuvent mettre ces

12

Savoir pour sauver: les dix points clés

Les connaissances actuelles en matière de santé infantile pourraient aider à protéger la vie et la santé de millions d'enfants dans le monde en développement. Ces données ont été rassemblées il y a peu dans un manuel intitulé *Savoir pour sauver*. Publié conjointement par l'UNICEF, l'OMS et l'UNESCO, en collaboration avec plus d'une centaine d'organisations non gouvernementales, *Savoir pour sauver* expose, dans un langage simple, les données approuvées par la quasi-totalité des experts médicaux et sur la base desquelles presque tous les parents peuvent agir, et dont presque tous les enfants peuvent bénéficier. Le défi consiste maintenant à mobiliser tous les canaux de communication possibles pour mettre cette information à la disposition de tous. Voici les dix points clés qui constituent le noyau de *Savoir pour sauver*:

- La santé maternelle et infantile peut être très nettement améliorée en espaçant les naissances d'au moins deux ans, en évitant les grossesses avant l'âge de 18 ans, et en limitant à quatre le nombre total de naissances.
- Afin de limiter les risques de la grossesse, toutes les femmes enceintes devraient consulter un agent de santé pour recevoir des soins et des conseils prénatals. Tous les accouchements devraient être assistés par un agent de santé qualifié.
- Pendant les premiers mois de la vie, le lait maternel constitue à lui seul le meilleur aliment et la meilleure boisson. Des aliments supplémentaires venant s'ajouter au lait maternel doivent être introduits dès l'âge de quatre à six mois.
- Les enfants de moins de trois ans ont des besoins alimentaires spécifiques. Ils doivent manger cinq ou six fois par jour, et leur nourriture doit être enrichie grâce à l'adjonction de légumes écrasés et de petites quantités d'huile ou de graisse.
- La diarrhée peut entraîner la mort si elle cause une perte de liquides trop importante pour l'organisme de l'enfant. Chaque fois que l'enfant a des selles liquides, il faut donc compenser les pertes subies en lui administrant des quantités importantes de liquides appropriés: lait maternel, gruaux, soupes ou une boisson spéciale appelée SRO (sels de réhydratation orale). Si la maladie est plus grave que d'habitude, il faut s'adresser à un agent de santé et recourir aux SRO. Un enfant atteint de diarrhée a également besoin de s'alimenter pour reprendre des forces.
- La vaccination protège contre plusieurs maladies qui peuvent provoquer des retards de croissance, des infirmités et la mort. Toutes les vaccinations devraient être pratiquées au cours de la première année de vie de l'enfant. Toute femme en âge de procréer devrait être vaccinée contre le tétanos.
- La plupart du temps, la toux et le rhume guérissent tout seuls. Mais lorsqu'un enfant qui tousse a un rythme respiratoire plus rapide qu'à l'accoutumée, il est gravement malade et doit être conduit au plus vite dans un centre de santé. Un enfant qui tousse ou qui est enrhumé doit boire souvent et continuer à s'alimenter.
- De nombreuses maladies sont causées par des germes qui pénètrent dans l'organisme par la bouche. On peut les prévenir en utilisant des latrines, en se lavant les mains avec du savon et de l'eau après avoir utilisé les latrines et avant de toucher aux aliments, en évitant de contaminer la nourriture et l'eau, et en faisant bouillir l'eau non potable.
- Les maladies retardent la croissance. Pour récupérer le poids perdu, un enfant a besoin de repas supplémentaires tous les jours pendant la semaine qui suit immédiatement une maladie.
- Entre l'âge de six mois et trois ans, il faut procéder chaque mois à la pesée de l'enfant. S'il n'y a pas gain de poids pendant deux mois consécutifs, c'est qu'il existe un problème.

données vitales à la portée de tous. Mais cela ne se fera pas du jour au lendemain. En effet, la relation qui existe entre l'information et le changement de comportement est complexe et il faudra encore beaucoup de temps et d'efforts pour asseoir le premier niveau des soins de santé primaires, c'est-à-dire démystifier les connaissances scientifiques et en faire un savoir concret à mettre entre les mains de toutes les familles. La réussite ne relève pas ni seulement des moyens financiers.

Les agents de santé communautaires

La mise en place du deuxième niveau des soins de santé primaires nous ramène à une question qui revient à plusieurs reprises dans ce rapport. L'application de la plupart des mesures sanitaires qui pourraient dès à présent protéger la santé de tant d'enfants à peu de frais dépend pour une large part de la disponibilité d'un agent de santé qualifié.

Un agent de santé ayant reçu une formation de six mois environ, et bénéficiant d'une bonne supervision et d'un recyclage régulier, peut satisfaire les trois quarts des besoins de santé d'une communauté, notamment la vaccination, la réhydratation orale, la prescription d'antibiotiques, la surveillance de la croissance, les conseils en matière d'alimentation, l'aide et les indications concernant les soins prénatals, la maternité sans risques, l'allaitement maternel, l'espacement des naissances, la distribution de capsules de vitamine A et la prévention des maladies courantes. Les obligations et les qualifications des agents de santé varieront bien sûr d'un pays à l'autre, mais ils devraient être à même d'accomplir un certain nombre de tâches, dont l'encadré 14 traite plus en détail.

De nombreuses communautés du monde en développement disposent déjà d'agents de santé. Dès lors, la tâche essentielle consiste à former et à recycler tout le personnel de santé afin qu'il soit au courant des connaissances actuelles et puisse les transmettre au plus grand nombre. Selon le genre de communauté, un agent de santé peut desservir entre 200 et 250 familles. Reste à savoir s'il est effectivement possible de mettre un agent de santé recyclé à la disposition de toutes les 200 à 250 familles du monde en développement.

A considérer les avantages avant les coûts, on constate que c'est avant tout la présence d'un agent de santé dûment formé qui permet de passer la vitesse supérieure en accroissant considérablement le niveau de l'efficacité dans la relation entre les ressources sanitaires d'un pays et ses besoins de santé.

L'efficacité radicale de la stratégie des soins de santé primaires coule de source: les communautés du monde en développement n'ont tout simplement pas besoin

d'un médecin ayant suivi sept années d'une formation onéreuse pour prévenir ou traiter la plupart des maladies auxquelles elles sont confrontées.

La formation d'un agent de santé revient à 500 dollars environ, alors que les études complètes d'un médecin coûtent au moins 60 000 dollars. L'agent de soins de santé primaires, qui a aussi davantage tendance à demeurer dans les régions rurales, contribue ainsi à un accroissement radical du rapport coût-efficacité. Et c'est cette efficacité accrue qui doit permettre d'améliorer la santé du plus grand nombre à peu de frais avant la fin du XX^e siècle.

Dans un système de soins de santé primaires fonctionnant bien, les agents de santé dirigent les cas plus difficiles vers l'échelon supérieur, c'est-à-dire vers les médecins et le personnel de santé plus qualifié des dispensaires et des hôpitaux. Sans cette organisation, les soins de santé primaires constituent tout au plus un service de deuxième catégorie pour les pauvres. En revanche, grâce à cette structure, ils constituent un système efficace permettant d'adapter les soins aux besoins*.

Bien qu'elle ait suscité de belles formules rhétoriques un peu partout dans le monde, la stratégie des soins de santé primaires n'a véritablement pris son essor que dans quelques rares pays. Son plus grand handicap, malgré son efficacité, réside dans le principe d'égalité sur lequel elle repose et auquel bien des gens hésitent à souscrire.

C'est pourquoi, les soins de santé primaires ont généralement été perçus comme un service à part, peu coûteux, destiné aux pauvres et aux populations les moins accessibles. Agissant isolément dans des zones marginales, avec des moyens financiers dérisoires, sans poids politique, sans formation adéquate, sans supervision régulière et sans pouvoir se référer à des services plus spécialisés, la plupart des agents de soins de santé primaires forment un élément accessoire des services de santé existants plutôt qu'un moyen de réorienter les ressources sanitaires d'une nation, y compris ses médecins et ses hôpitaux, vers les besoins du plus grand nombre²¹.

De nombreux gouvernements se sont efforcés de mettre en place des systèmes de soins de santé primaires sans

* En cette fin des années 80, divers indices permettent de penser que les professionnels de la santé sont de plus en plus nombreux à soutenir une telle réorientation. En 1988, lors du Congrès de la Fédération mondiale pour l'enseignement médical, des médecins réputés du monde entier ont adopté la *Déclaration d'Édimbourg* qui charge la Fédération de s'employer activement à « modifier l'orientation de la formation médicale ». En recommandant une modification des programmes d'étude pour que ceux-ci reflètent les besoins sanitaires du plus grand nombre, les auteurs de la Déclaration concluent que « l'objectif de l'enseignement médical est de former des médecins qui contribueront à la promotion de la santé de tous (...) afin qu'elle réponde vraiment aux besoins reconnus de la société contemporaine. »²²

Tous pour la santé: une révolution de l'information

Une bonne éducation primaire est essentielle pour préparer les enfants à la vie adulte. Les enfants du monde entier devraient avoir l'occasion d'acquérir des connaissances et des compétences de base.

Or, l'éducation est en proie à une crise mondiale. Dans de nombreux pays en développement, les progrès rapides accomplis dans les années 60 et 70 dans le domaine de l'éducation primaire et de l'alphabetisation connaissent un net ralentissement. Actuellement, plus de 50 millions d'enfants n'ont pas accès à l'éducation primaire et leur nombre ne cesse de croître.

Des millions d'adultes n'ont pas acquis les connaissances et les compétences dont ils auraient besoin pour améliorer leurs conditions d'existence, soit parce qu'ils n'ont pas été en mesure de terminer leur scolarité, voire de la commencer, soit parce que l'enseignement qu'ils ont reçu ne correspondait pas à leurs besoins.

Les données les plus importantes, peut-être, de ce «savoir pratique» sont celles qui ont trait aux soins à donner aux enfants. Tous les parents devraient savoir comment protéger la vie de leurs enfants et favoriser leur croissance harmonieuse. Une importante initiative internationale vient d'être lancée afin de contribuer à la plus large diffusion possible de ces connaissances.

L'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF et l'UNESCO ont joint leurs efforts à ceux de plus de 100 organisations non gouvernementales pour mettre au point un manuel intitulé *Savoir pour sauver* qui réunit des données essentielles sur les soins à donner aux enfants dans dix domaines clés.

Publié sous forme de brochure à l'occasion de la quatrième Décennie des Nations Unies pour le développement (1990-1999), ce manuel résume le consensus scientifique actuel concernant les mesures concrètes, peu coûteuses et à assise familiale susceptibles d'améliorer la santé des enfants. Plus d'un million d'exemplaires ont déjà été imprimés dans une douzaine de langues, et un certain nombre d'autres pays se préparent à publier leur propre édition.

Toutefois, la publication de ce manuel ne constitue qu'une première étape. Le véritable défi consiste à mobiliser tous les secteurs de la société — écoles et médias, autorités politiques et religieuses, syndicats et fédérations d'employeurs, services de santé et associa-

tions professionnelles, organisations non gouvernementales et groupes communautaires.

Les exemples de ce genre de mobilisation foisonnent. Une brochure d'accompagnement, intitulée *Tous pour la santé*, s'efforce de démontrer, au moyen d'exemples, que la promotion de la santé est — ou devrait être — «l'affaire de chacun». Elle nous apprend comment, par exemple, les autorités religieuses du Brésil, de Colombie, d'Indonésie, du Népal et de Sri Lanka se sont efforcées de mettre à la disposition des parents les connaissances actuelles en matière de santé infantile; comment la télévision, la radio, les journaux et les magazines encouragent le recours à la thérapie par réhydratation orale et à la vaccination dans des pays comme l'Algérie, l'Égypte, la Syrie et la Turquie; comment, au Bangladesh, au Cameroun et au Pakistan, des entreprises privées diffusent des messages concis sur la vaccination qu'ils impriment sur des boîtes d'allumettes; comment des organisations de femmes, en Chine, en Inde et au Kenya donnent à leurs membres des informations sur leur santé et celle de leurs enfants; et comment des pays tels que la Colombie et l'Ouganda tirent profit du système éducatif pour mettre à la portée des parents de demain les connaissances d'aujourd'hui.

Le projet *Savoir pour sauver* se propose d'encourager systématiquement la multiplication de ce genre d'exemples, de façon à ce que plusieurs sources transmettent simultanément ces informations à tous les parents et à tous ceux qui ont la charge des enfants.

Les enseignements tirés des expériences rapportées dans *Tous pour la santé* et d'autres similaires sont présentés sous forme de douze étapes susceptibles d'aider les agents de communication à planifier et à diriger des activités et des programmes d'information.

Bien que *Savoir pour sauver* ait avant tout pour objet la santé maternelle et infantile, le processus de communication s'applique tout autant à des domaines aussi divers que l'agriculture et l'élevage, les aptitudes professionnelles, la promotion de l'eau salubre et de l'assainissement, et la protection de l'environnement.

Ce qui importe, c'est que les communautés puissent partager l'information et la mettre en pratique par elles-mêmes. Prendre conscience de sa capacité à gérer son existence et donc à mieux se prendre en charge, voilà la compétence la plus essentielle.

prévoir de dépenses salariales supplémentaires, jugeant que les agents de santé devaient travailler à titre bénévole ou bien être rémunérés par les communautés qu'ils servent*. Il est vrai que le bénévolat et le financement communautaire ont leur rôle à jouer. Idéalement, il serait souhaitable que les agents de santé proviennent de la région où ils travaillent, car ils connaîtraient ainsi mieux leur communauté, ils y seraient plus sensibles et se sentiraient plus responsables vis-à-vis d'elle. Mais le fait est que, comme tout un chacun, la plupart des agents de santé désirent également avoir un emploi, un revenu et, si possible, une position sociale. Sans cette contrepartie, beaucoup trop d'agents de soins de santé primaires abandonnent leur poste.

La stratégie des soins de santé primaires réussira ou échouera dans la mesure où un grand nombre d'agents de santé trouveront ou non un emploi stable et gratifiant au service de leur communauté et pourront ou non compter sur le respect et l'appui des professionnels de la santé. Bien que les soins de santé primaires soient la stratégie la moins onéreuse, ils ne sont pas pour autant gratuits. Un agent de santé dûment formé, bénéficiant d'une bonne supervision et d'un soutien efficace joue un rôle clé dans la progression vers des soins de santé généralisés et sa tâche mérite reconnaissance et rétribution.

Les événements tragiques qui ont marqué, pendant huit ans, la guerre Iran/Iraq ont récemment démontré qu'il est possible de mettre en place des soins de santé primaires à un coût abordable et malgré des conditions très difficiles. Pendant les années 80, les deux pays ont réussi à abaisser fortement les taux de mortalité juvéno-infantile en recourant à des agents de santé bien formés, bénéficiant d'un soutien suivi et d'une rémunération adéquate, qui ont mis à la disposition des populations toutes les connaissances et les technologies dont il a été question au chapitre II de ce rapport.

On a peut-être trop insisté sur le coût modéré des soins de santé primaires. Les tentatives de mettre en place une telle stratégie à un prix beaucoup trop bas risquent à présent de discréditer une idée qui représente pourtant le meilleur espoir pour l'humanité de réaliser l'objectif de la «santé pour tous». Voici la conclusion publiée cette année par l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres:

«Si l'on ne procède pas à des réajustements, (...) les programmes reposant sur les agents de santé communautaires courront à leur perte et se limiteront à des exhortations, non pas parce que les agents de santé eux-mêmes ne peuvent pas

fournir les services, mais parce que le soutien qui les rend efficaces manque le plus souvent»²³.

Le message est clair: les soins de santé primaires offrent un excellent rapport coût-efficacité, mais ils ne sont pas gratuits.

Restructurer la santé

Nous sommes donc amenés à nous demander, une fois de plus, s'il est effectivement possible de mettre partout, dans un avenir proche, un agent de santé qualifié à la disposition de 200 à 250 familles.

Dans une perspective plus large, cela signifie qu'il faudrait former un million d'agents de santé pour desservir le milliard d'habitants les plus défavorisés du monde en développement, soit le cinquième le plus démuné de l'humanité. Au prix d'environ 500 dollars par agent, le coût total de la formation serait de l'ordre de 500 millions de dollars. Cette somme équivaut à un cinquième de 1% du PNB du monde en développement, ou à 1% du budget de l'aide au développement du monde industrialisé, ou encore aux intérêts journaliers sur la dette du monde en développement.

Ces chiffres démontrent que quelles que soient les autres difficultés rencontrées, il est absurde de prétendre qu'il est financièrement impossible de mettre un agent de santé qualifié à la disposition de chaque famille qui en a besoin.

Cependant, le monde ne s'est pas encore engagé sur cette voie. Au cours des années 90, les pays en développement prévoient de former des dizaines de milliers de nouveaux médecins, dont beaucoup resteront sans emploi et dont seul un petit nombre acceptera de travailler dans les régions rurales. Au Mexique, 4000 médecins sont aujourd'hui au chômage et 6000 le sont au Pakistan. On estime qu'au cours des cinq dernières années, l'Amérique latine a assuré la formation de 200 000 médecins, alors que, pour la même somme d'argent et pendant la même période, elle aurait pu, par exemple, former quelque 150 000 médecins et offrir une formation et un salaire décent à 500 000 agents de soins de santé primaires.

D'autre part, les effets de la crise de l'endettement et les programmes d'ajustement font peser de lourdes menaces sur les programmes de formation. Le Botswana et la Jamaïque ont récemment dû suspendre la formation de leurs agents de santé communautaires. Pour diverses raisons, le pays qui s'est efforcé le plus activement de mettre en place les soins de santé primaires, la République populaire de Chine, a également démantelé une grande partie de son réseau de «médecins aux pieds nus».

* L'OMS et l'UNICEF collaborent actuellement avec divers ministères de la santé africains pour mettre à l'essai de nouveaux moyens de financer et de gérer les soins de santé primaires dans toute l'Afrique au sud du Sahara.

Mais la plupart des hôpitaux urbains quant à eux n'ont pas eu à subir de restrictions budgétaires. Comme l'illustre la figure 11, ces derniers offrent des soins curatifs relativement chers à une minorité de la population et absorbent à eux seuls toujours près des trois quarts des ressources que les gouvernements des pays en développement allouent à la santé. Le Brésil, par exemple, consacre près de 80% de son budget de santé publique aux soins hospitaliers des régions urbaines, principalement à celles qui sont situées dans le Sud, alors que les taux de morbidité et de mortalité infantiles enregistrés dans le Nord-Est comptent parmi les plus élevés du monde.

Si l'on pouvait abaisser progressivement les dépenses de santé consacrées aux hôpitaux de 75% à 45 ou 50%, quitte à remettre à plus tard de nouvelles dépenses, et permettre ainsi aux soins de santé primaires de s'étendre environ deux fois plus rapidement que les soins hospitaliers, il serait possible de libérer des ressources considérables pour couvrir les besoins sanitaires essentiels des communautés défavorisées.

Quelques pays ont adopté ce principe. L'Algérie, la Bolivie, l'Inde, l'Indonésie, le Mexique, le Pakistan et le Zimbabwe se sont attachés à limiter les dépenses allouées aux hôpitaux tout en favorisant les services peu coûteux destinés au plus grand nombre. Voici comment l'ancien ministre pakistanais des finances et de la planification du développement commente ces efforts :

« Combien en a-t-il coûté au Pakistan lorsqu'il s'est vu dans l'obligation de lancer une campagne de vaccination ? Il y a cinq ans, la couverture vaccinale des enfants pakistanais s'élevait à 5% ; aujourd'hui, elle atteint 75%. Ce fut là l'un des progrès les plus spectaculaires en faveur de la survie de nos enfants, qui permet aujourd'hui d'éviter à 100 000 nourrissons de mourir chaque année. Quel en fut le prix ? Une aide étrangère accrue ? La réduction de nos taux de croissance ? Non. Il a suffi de repousser de cinq ans la construction d'un hôpital urbain très coûteux. A elle seule, cette mesure a permis de financer toute la campagne de vaccination. »²⁴

De nombreux moyens existent donc d'utiliser à meilleur escient les ressources existantes et additionnelles, et cela grâce à un engagement en faveur du principe des soins de santé primaires et d'une réorientation même modeste des priorités en faveur des plus démunis.

L'espoir d'un meilleur avenir économique et humain passe donc entre autres par la stratégie des soins de santé primaires. Mais sa mise en place exigera un engagement considérable à la fois financier et politique, la mobilisation d'importantes ressources nationales et le concours de l'aide extérieure. Par-dessus tout, cette stratégie repose sur la détermination et le courage des responsables politiques et des professionnels de la santé de chaque pays.

Fig. 11 Budget des soins hospitaliers

Dans le monde en développement, la plupart des maladies pourraient être évitées ou traitées par des agents de soins de santé primaires dûment formés et encadrés par un personnel plus qualifié auquel adresser les cas les plus difficiles. Mais les soins de santé primaires sont défavorisés par rapport aux hôpitaux urbains qui absorbent en moyenne 75% du budget de la santé et ne desservent habituellement qu'une minorité de la population.

Pourcentage du budget de la santé du gouvernement central alloué aux hôpitaux, pays choisis, 1987 (données approximatives)



Source : Fonds monétaire international, Annuaire statistique sur les finances publiques, 1988.

L'éducation pour tous

L'éducation pour tous, l'autre objectif majeur du développement social, pose bien plus de problèmes encore. La différence est manifeste : pour grandir en bonne santé un enfant doit pouvoir compter sur la présence d'un agent de santé l'espace de quelques minutes environ douze fois par année en moyenne, alors que pour son éducation, il devra passer chaque jour plusieurs heures dans une école avec des enseignants, et ce pendant plusieurs années.

Pourtant, il est indispensable de trouver un moyen de garantir l'éducation généralisée.

L'échec dans ce domaine est désastreux aussi bien pour l'individu que pour la société. L'échec scolaire et l'analphabétisme constituent un grave handicap pour un enfant. De plus, l'incapacité d'un pays à investir suffisamment dans l'éducation entravera tous ses autres efforts de développement, qu'ils visent à accroître la production agricole ou à mettre de nouvelles connaissances sur la santé infantile à la portée de la population.

Nul ne met en doute la valeur multiple de cet investissement. Il existe en effet une relation de cause à effet entre l'éducation, d'une part, et une meilleure santé, une meilleure alimentation, des taux de survie infantile plus élevés et une fécondité plus faible, d'autre part. De plus, les enquêtes de la Banque mondiale prouvent invariablement que la rentabilité économique de l'éducation est supérieure à la plupart des autres types d'investissements: on associe par exemple, toutes choses égales d'ailleurs, quatre années d'école primaire à un accroissement de 10% environ de la production agricole²⁵.

Tout comme la santé, l'éducation est donc aussi bien une cause qu'une conséquence du développement économique. Certains observateurs estiment que c'est elle qui explique la croissance économique inégale des pays d'une même région:

«Nous avons également constaté que de nombreuses sociétés disposant du même potentiel de développement, fondé sur leurs ressources naturelles, se sont développées dans des proportions tout à fait inégales en raison des différences dans l'utilisation de leurs capacités humaines. Cette constatation explique en bonne partie les problèmes réels auxquels doivent faire face aujourd'hui divers pays africains, asiatiques ou latino-américains et les différences qui caractérisent leur développement. Nous avons vu des pays voisins obtenir des rendements très différents à partir d'investissements semblables et le taux de croissance varier de 3% dans un pays à 7% dans un autre, qui avait consenti les mêmes investissements. Dans tous les cas, ce sont les capacités humaines et l'esprit d'initiative, ainsi que les institutions qui ont contribué à les susciter, qui ont fait toute la différence.»²⁶

L'éducation des filles est particulièrement importante. Outre le mieux-être qui en découle pour les femmes elles-mêmes, l'éducation est liée de très près à une meilleure santé juvénile-infantile, à une meilleure alimentation et à des taux de fécondité et de mortalité infantile nettement inférieurs. En moyenne, chaque année supplémentaire qu'une future mère passe à l'école correspond à un recul de 9 pour mille environ du taux de mortalité infantile. Seul un tiers de ces résultats peuvent être attribués au fait que les femmes ayant bénéficié d'une meilleure éducation appartiennent le plus souvent aux

familles aisées des villes, les deux autres tiers devant être mis sur le compte de l'éducation elle-même²⁷.

Qu'il s'agisse de croissance économique ou de productivité agricole, d'amélioration de la santé maternelle et infantile ou de ralentissement de la croissance démographique, les bienfaits de la généralisation de l'éducation sont si considérables au regard de la qualité de la vie ou de l'élargissement des possibilités, qu'aucun pays ne peut se permettre de renoncer à un investissement de cette nature.

Le déclin de l'éducation

Pourtant, après des années de progrès rapides dans le monde en développement, les années 80 ont enregistré un net ralentissement des efforts sur la voie de l'éducation pour tous (voir figure 2). Dans de nombreux pays, les dépenses d'éducation ont baissé, tout comme les taux de scolarisation. Peu d'autres changements revêtant une aussi grande importance à long terme ont retenu aussi peu l'attention. Le directeur général de l'UNESCO, Federico Mayor, a lancé un cri d'alarme en ces termes:

«Si les mesures d'ajustement sont menées sans prise en considération des populations démunies et vulnérables, si le remboursement de la dette prend le pas sur l'investissement indispensable dans les secteurs sociaux, y compris l'éducation, alors le déséquilibre actuel et les tensions économiques des relations Nord-Sud engendreront une dangereuse érosion des ressources humaines. Ceci risque d'anéantir le progrès acquis en matière d'éducation et pourrait retarder le développement des pays du Sud pour toute une génération, voire plus encore.»

Le point le plus alarmant est que le fondement du système éducatif lui-même semble avoir été ébranlé, à savoir l'enseignement primaire et l'alphabétisation des adultes et des jeunes non scolarisés.»²⁸

Dans plus de la moitié des 100 pays en développement récemment soumis à une enquête de l'UNESCO, le montant réel des dépenses par élève de l'enseignement primaire est en baisse²⁹. Dans ces pays, même la part de l'éducation dans le budget national a diminué au cours des années 80 (voir figure 12). Triste conséquence, la proportion des enfants de 6 à 11 ans inscrits dans les écoles primaires est également en régression dans de nombreux pays dont le Bangladesh, la Guyane, Madagascar, le Mexique et de nombreux pays de l'Afrique au sud du Sahara.

Dans l'ensemble, ce ne sont pas les écoles qui font défaut. En effet, plus de 90% des enfants du monde en développement commencent leur scolarité. Mais sur les 100 millions d'enfants de six ans qui entreront à l'école en

Les agents de santé : que peuvent-ils faire ?

La dénomination, les tâches et la formation des agents de santé varient d'un pays à l'autre. Cependant, au terme d'une formation de trois mois, ils devraient tous être en mesure d'accomplir les tâches énumérées ci-dessous.

- Attirer l'attention des parents sur l'importance des mesures suivantes :
 - vacciner les enfants contre les maladies infectieuses ;
 - espacer les naissances et éviter les grossesses non souhaitées ;
 - allaiter au sein pendant au moins douze mois ;
 - se laver les mains avant de toucher aux aliments et faire bouillir l'eau de boisson ;
 - pendant la grossesse, se soumettre à des contrôles réguliers, se faire vacciner contre le tétanos et prendre des comprimés de fer ;
 - lorsqu'un enfant a la diarrhée, le faire boire souvent en lui donnant de grandes quantités de liquides ou des sels de réhydratation orale ;
 - continuer à alimenter les enfants lorsqu'ils sont malades (y compris lorsqu'ils ont la diarrhée) ;
 - commencer à donner des aliments solides aux nourrissons dès l'âge de quatre mois et nourrir les jeunes enfants plusieurs fois par jour, avec de petites quantités d'aliments ;
 - reconnaître les symptômes d'une maladie grave et recourir à une aide médicale dans les plus brefs délais ;
 - renoncer à des pratiques traditionnelles qui peuvent être nuisibles, telles que placer de la bouse de vache sur l'extrémité du cordon ombilical après la naissance ou observer certains tabous alimentaires pendant et après la grossesse.
- Aider la communauté à comprendre que certains problèmes de santé sont liés à l'environnement et prendre des mesures préventives, notamment :
 - protéger les réserves en eau de la contamination par les humains et les animaux domestiques ;
 - construire et utiliser des latrines afin de limiter les risques d'infection à partir des excréments humains ;
 - veiller à la propreté de l'environnement afin qu'il soit débarrassé de gîtes larvaires de moustiques et d'autres insectes vecteurs de maladies ;
 - protéger tous les membres de la famille contre les moustiques, surtout la nuit, par exemple en utilisant des moustiquaires sur les lits, des fumigènes et des treillis sur les fenêtres et les portes.
- Traiter les maladies communes :
 - en cas de diarrhée, recourir à des remèdes que l'on peut préparer à domicile, tels que eau de riz, céréales, gruaux, etc., ou utiliser des sels de réhydratation orale pour prévenir ou traiter la déshydratation ;
 - en cas d'infection respiratoire, administrer la dose correcte d'un antimicrobien approprié ;
 - en cas de paludisme, administrer un traitement antipaludique complet.
- Reconnaître les symptômes de maladies graves (broncho-pneumonie, dysenterie, déshydratation diarrhéique aiguë) et conduire rapidement les patients dans le centre de santé le plus proche.
- Donner les premiers soins en cas de blessures.
- Administrer les vaccins de manière correcte et au bon moment aux enfants et aux femmes, ou organiser des séances de vaccination en collaboration avec les services de santé locaux.
- Organiser, en coordination avec les services de santé locaux, des séances régulières de pesée des jeunes enfants, et saisir cette occasion pour donner aux mères conseils et informations sur l'allaitement maternel, les aliments de sevrage, l'espacement des naissances, la santé maternelle, la nutrition pendant la période de lactation et la grossesse ainsi que le traitement des maladies les plus courantes de l'enfance.
- Administrer des suppléments nutritionnels, tels que de l'acide folique aux femmes enceintes et de la vitamine A aux jeunes enfants et aux mères allaitantes.
- Repérer les enfants dont l'état de santé inspire des inquiétudes particulières en raison de la pauvreté, de l'infirmité ou de l'absence de l'un des parents ou de tous les deux, et prendre des dispositions en vue d'une assistance spéciale de la part de la communauté ou du gouvernement.
- Aider les instituteurs à enseigner aux enfants les causes de la maladie et de la mauvaise santé et ce qu'ils peuvent faire pour protéger la santé de leurs frères et sœurs plus jeunes.
- Aider d'autres agents de santé – par exemple les équipes de lutte antipaludique et les équipes de vaccination – à travailler de manière efficace.
- Travailler en étroite collaboration avec les autorités communautaires et religieuses, les associations de quartier et les groupes de femmes pour favoriser la santé et le développement des enfants.

1990, plus de 40 millions la quitteront avant la fin du cycle primaire et presque tous ces enfants-là resteront analphabètes le restant de leur vie: ils demeureront donc en marge des grands changements qui marqueront le début du XXI^e siècle.

Les taux d'abandon scolaire enregistrés actuellement sont le reflet le plus désolant du déclin de l'éducation.

On a dit que chaque cas d'abandon scolaire est particulier et a ses propres causes. Mais la raison essentielle en est que le prix de l'éducation augmente par rapport aux avantages qu'on lui attribue, et cela à un moment où les revenus réels s'amenuisent dans nombre des communautés les plus démunies. Même lorsque l'enseignement primaire est gratuit, les dépenses qu'il faut consentir pour envoyer un enfant à l'école, notamment les frais d'habillement, de matériel scolaire et de transport, sans oublier les «dons» et les contributions aux fonds scolaires, peuvent accaparer une grande part du budget d'une famille démunie. A ces coûts directs s'ajoute le fait que les parents doivent se passer de l'aide de leur enfant pour le travail aux champs ou les tâches domestiques.

L'éducation doit donc être évaluée par rapport à des facteurs tels que le surmenage de la mère qui aurait absolument besoin de l'aide de sa fille pour l'accomplissement des tâches domestiques ou la récolte; le sentiment

du père qui n'a jamais été favorable à ce que sa fille fréquente une école mixte; l'impression que même lorsqu'ils ont suivi dix ans d'enseignement les enfants ne trouvent pas de travail; l'idée qu'une fille n'a pas vraiment besoin d'aller à l'école pour devenir une femme et une mère; la conviction que pour un garçon le meilleur avenir consiste à travailler dans les champs ou dans l'atelier de son père où il pourra apprendre tout ce qu'il a besoin de savoir; le dernier bulletin scolaire qui faisait état du manque d'attention de l'enfant; la nécessité d'acheter une nouvelle paire de chaussures pour le prochain trimestre et l'approche de la période où les représentants de l'association des parents font la collecte pour le fonds scolaire, etc.

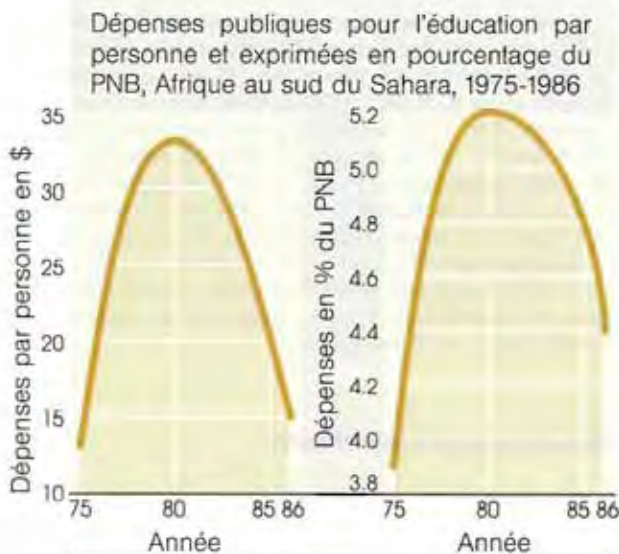
Considérée de ce point de vue, l'éducation absorbe toujours plus d'argent alors que les dépenses consacrées à l'enseignement diminuent. Dans de nombreux pays, les dépenses en capital consacrées à ce secteur ont été presque totalement supprimées et les dépenses récurrentes fortement amputées, ce qui veut dire que les salaires des enseignants absorbent une part croissante des dépenses totales. Il en résulte un manque flagrant de fonds pour assurer les coûts de fonctionnement. Un triste exemple illustre cette situation: une enquête récente menée dans les écoles d'une région rurale du Mozambique a révélé que seuls 3% des enfants disposaient de chaises et de bancs, que dans 17% des classes seulement on trouvait un bureau pour l'instituteur et dans 50% seulement un tableau noir, que 5% seulement des élèves des classes élémentaires avaient un livre de lecture et 13% seulement un manuel de mathématiques³⁰.

Lorsque les choses en arrivent là, il n'est pas surprenant que tant d'élèves doivent redoubler une ou plusieurs années ou restent analphabètes, que les taux de réussite soient nettement inférieurs à ceux des pays industrialisés³¹ et que les parents jugent vains les sacrifices consentis.

Force est de constater que les deux tiers des enfants qui ne vont jamais à l'école ou qui la quittent trop tôt sont des filles. En ce début des années 90, une fille née en Asie du Sud ou au Moyen-Orient a moins d'une chance sur trois de terminer le cycle primaire de l'enseignement.

Fig. 12 Déclin de l'éducation en Afrique

Bien que l'on ne dispose de chiffres que jusqu'en 1986, le déclin de l'éducation en Afrique au sud du Sahara y est déjà manifeste.



Source: Annuaire statistique 1989, UNESCO.

Restructurer l'éducation

Quels moyens faut-il mettre en œuvre, en ces temps de difficultés économiques, pour relancer le processus de l'éducation pour tous? Cette question sera le thème de la *Conférence mondiale sur l'éducation pour tous*, parrainée par l'UNESCO, le Programme des Nations Unies pour le développement, la Banque mondiale et l'UNICEF et qui se tiendra à Jomtien, en Thaïlande, en mars 1990. C'est la première fois qu'une conférence mondiale sur l'éduca-

tion sera réunie; elle rassemblera des responsables de plus de 100 pays, qui échangeront leurs expériences de façon à progresser vers l'objectif visé.

Dans ce domaine, il n'y a guère de raccourcis. L'éducation non formelle, les cours d'alphabétisation des adultes, les réseaux d'enseignement à distance représentent certes des possibilités non négligeables, mais elles s'adressent principalement à ceux qui n'ont pas pu suivre la filière classique de l'éducation scolaire. L'objectif consiste à garantir au moins cinq à six ans d'école primaire à tous les enfants, garçons et filles, pour qu'ils apprennent à lire, à écrire et à compter et qu'ils soient plus à même de s'adapter à leur future existence et de mieux gérer les éléments qui viendront l'influencer. Pour atteindre cet objectif, il faut absolument consacrer davantage de ressources à l'éducation, accorder une plus grande priorité aux écoles primaires au sein même des budgets d'éducation et obtenir une aide spécifique accrue de la part du monde industrialisé. Echouer dans cette entreprise, signifie priver d'enseignement un milliard d'enfants pendant les années 90 et laisser passer l'occasion de faire l'investissement le plus important qui soit pour le XXI^e siècle (voir figure 13).

Mais tout comme pour la santé, la première question consiste à se demander comment utiliser au mieux les ressources actuellement consacrées à l'éducation.

Dans de nombreux pays, le moyen le plus évident d'y parvenir consisterait à restructurer les budgets actuels de façon à favoriser les écoles primaires.

On admet généralement qu'il est plus rentable d'investir dans l'enseignement primaire que dans le secondaire et d'investir dans le secondaire plutôt que dans le supérieur. Pourtant la répartition des ressources destinées à l'éducation prouve que dans toutes les régions ce sont l'enseignement secondaire et supérieur qui se taillent la part du lion. Et la Banque mondiale de conclure:

«Il a été démontré (...) que dans de nombreux pays un dollar investi dans l'enseignement primaire rapporte en moyenne deux fois plus que celui investi dans l'enseignement supérieur. Pourtant les gouvernements (...) continuent à subventionner largement l'enseignement supérieur aux dépens des écoles primaires.»³²

La comparaison avec les soins de santé primaires et leur rapport coût-efficacité s'impose d'elle-même. En effet, tout comme il est possible de former 100 agents de santé pour le prix de la formation d'un seul médecin, il est possible d'assurer l'éducation primaire à 100 enfants pour le coût de la formation d'un seul universitaire.

Pour atteindre l'objectif, la restructuration ne devra pas forcément être radicale. Les responsables de la Banque mondiale l'ont également souligné:

«Même des réductions minimales dans les coûts unitaires de l'enseignement secondaire et supérieur pourraient libérer des fonds supplémentaires permettant d'assurer une éducation de base à un plus grand nombre. De plus, les pays dont les budgets favorisent par trop l'enseignement secondaire et supérieur (...) peuvent financer, grâce à quelques réallocations des ressources, un accroissement sensible du nombre d'enfants scolarisés au niveau primaire.»³³

L'efficacité des écoles

Accroître l'efficacité des écoles, voilà un moyen d'augmenter les ressources des années 90. Mais cette solution est loin d'être aisée.

Premièrement, les écoles sont confinées dans une sorte d'inefficacité obligatoire lorsque leurs dépenses ont été comprimées au point que 95% de leur budget sert à payer le salaire d'enseignants qui sont handicapés dans leur tâche par le manque de manuels, de matériels d'écriture et de tableaux noirs.

Deuxièmement, la mauvaise santé et la malnutrition se traduisent par un gaspillage des ressources car elles empêchent les enfants de profiter pleinement de l'enseignement qui leur est dispensé.

Troisièmement, des taux de redoublement et d'abandon élevés, situés entre 40 et 50%, contribuent à l'inefficacité du système étant donné que la majeure partie des ressources consacrées aux enfants qui quittent l'école au bout de deux ou trois ans auront été à fonds perdus.

Beaucoup de ces problèmes ne relèvent pas de la seule compétence des ministères de l'éducation: à l'intérieur du système scolaire, une plus grande efficacité peut être obtenue en assurant une meilleure formation des enseignants en cours d'emploi, en renforçant l'inspection et la supervision et en fournissant un matériel didactique approprié (livres, cahiers, etc.). A cet effet, les gouvernements pourraient s'engager à veiller aussi bien au niveau des salaires des enseignants qu'à celui des fournitures scolaires indispensables pour que les écoles fonctionnent. A l'heure actuelle, la part des budgets scolaires pouvant être consacrée à d'autres postes que les salaires oscille entre 1 et 3% seulement³⁴.

Qui doit payer l'éducation?

Cependant, la réorientation des dépenses et une efficacité accrue ne suffiront pas à redonner de l'élan à l'objectif de l'éducation pour tous si l'on ne parvient pas à dégager des ressources additionnelles.

L'une des sources de financement préconisées, alors que les dépenses publiques stagnent ou diminuent sous l'effet de la dette ou des programmes d'ajustement, est l'introduction de frais de scolarité. Dans les années 80, de nombreuses familles se sont déclarées prêtes à payer de leur poche pour améliorer l'enseignement: en Inde, par exemple, les dépenses privées en matière d'éducation égalent déjà les dépenses publiques³⁵.

Faut-il dès lors institutionnaliser une pratique existante et imposer des frais aux parents et aux communautés en vue de trouver des fonds supplémentaires pour l'éducation?

Si l'on s'engage sur cette voie, il est un certain nombre de facteurs qu'il faudra prendre en considération. Tout d'abord, compter dans une large mesure sur des fonds privés pour financer l'éducation dans des pays défavorisés est presque certainement incompatible avec l'objectif de la généralisation de l'éducation. Pour les quelque 25 à 30% des familles les plus démunies, la décision d'envoyer ou non un enfant à l'école revient essentiellement à esti-

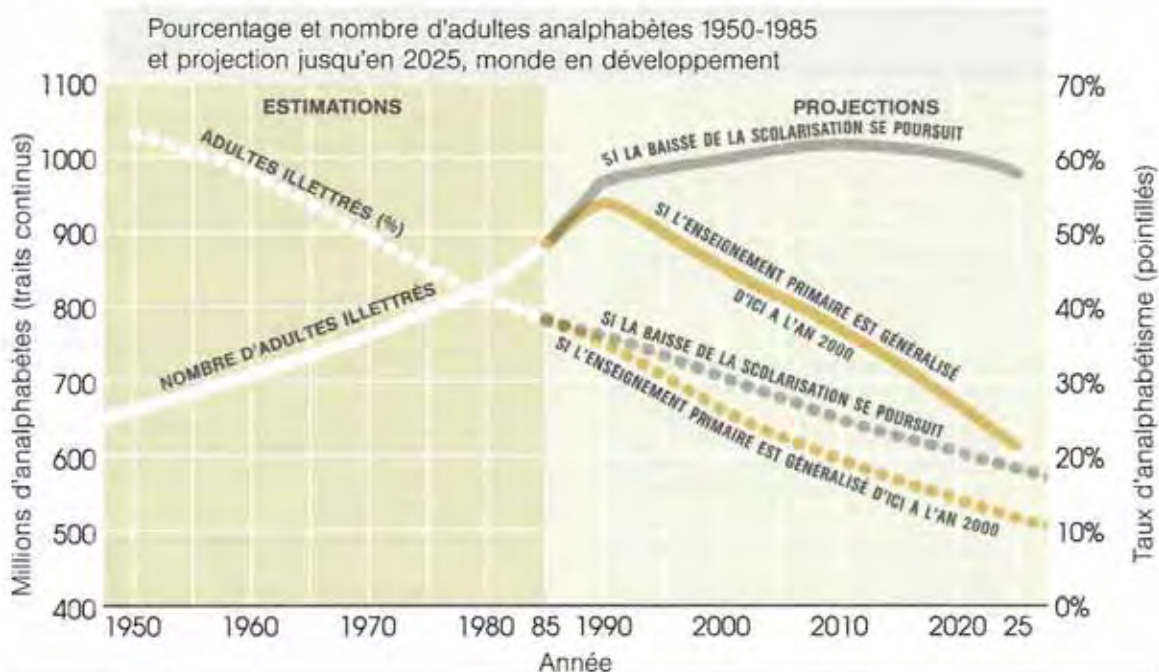
mer les avantages par rapport aux coûts, même lorsque l'enseignement est gratuit. Si l'enseignement était payant, la question ne se poserait même plus. Comme l'indique clairement la conclusion du rapport de la Banque mondiale sur l'éducation en Afrique au sud du Sahara: «Dans la plupart des pays africains, les possibilités d'accroître la participation aux coûts de l'enseignement primaire sont négligeables ou tout simplement inexistantes».³⁶

Les frais directs ou indirects influent d'ores et déjà sur l'augmentation des taux d'abandon. Pour ne citer qu'un exemple, dont nous avons eu connaissance cette année, le bureau de l'UNICEF à Kampala, en Ouganda, a récemment fait savoir que la raison la plus fréquemment invoquée par les parents pour l'abandon scolaire est l'absence de moyens pour s'acquitter des frais de scolarité. De plus, lorsque les pressions financières s'accroissent, c'est en général les filles qui sont les premières à quitter l'école. Dans les classes élémentaires des écoles de Kampala, le pourcentage filles/garçons avoisine 50%. En septième année d'enseignement, alors que la moitié des élèves ont

Fig. 13 Le défi de l'alphabétisation

Ce graphique indique le pourcentage et les nombres absolus d'adultes analphabètes et présente une projection de l'avenir a) si la baisse actuelle de la scolarisation se poursuit

et b) si l'objectif de l'enseignement primaire universel est atteint d'ici à l'an 2000.



Sources: Estimations et projections démographiques, Division de la population des Nations Unies; estimations de l'alphabétisation, UNESCO; projections sur l'alphabétisation basées sur les estimations de la scolarisation actuelle fournies par l'UNESCO et projetées d'après les deux hypothèses décrites ci-dessus.

Indonésie: 800 000 conseillères familiales

Dans 57 000 des 68 000 villages de l'Indonésie, plus de 800 000 conseillères familiales, ou *kaders*, aident les parents à protéger la santé de leurs enfants.

Leur activité centrale tourne autour d'une réunion mensuelle, qui a lieu chez l'une des participantes ou dans une salle de village, et qui rassemble des mères, des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes du même voisinage. Ce rassemblement animé, que l'on appelle *posyandu* ou poste de services intégrés, est aujourd'hui à la base des activités visant à favoriser la santé des jeunes enfants indonésiens.

L'origine du *posyandu* remonte aux postes de pesée des enfants mis en place par le Mouvement pour le mieux-être familial pendant les années 70. Aujourd'hui, les fonctions du *posyandu* englobent les activités suivantes:

- Surveillance de la croissance et amélioration de la nutrition: les conseillères familiales pèsent les enfants et en inscrivent le poids sur des fiches de croissance qui demeurent en possession des mères. Elles s'entretiennent également avec ces dernières sur les progrès des enfants. Si un retard de croissance est décelé, elles en examinent ensemble les causes possibles. Les enfants sous-alimentés sont orientés vers le centre de santé. En outre, elles distribuent régulièrement des capsules de vitamine A.
- Vaccinations: le personnel du centre de santé local visite régulièrement le *posyandu* afin de vacciner les nourissons et les femmes enceintes.
- Lutte contre les maladies diarrhéiques: les conseillères familiales et le personnel du centre de santé apprennent aux mères à améliorer l'hygiène et l'assainissement et à ne se servir que d'eau de boisson salubre afin de prévenir la diarrhée. Elles leur enseignent également à utiliser la thérapie par réhydratation orale (TRO) et leur fournissent des sachets de sels de réhydratation orale (SRO).
- Santé maternelle et infantile: une sage-femme du centre de santé local pratique des examens prénatals et dispense soins et conseils sur la grossesse. Les femmes enceintes reçoivent des comprimés d'acide folique et les mères allaitantes soins et conseils spécifiques, notamment sur l'allaitement maternel et le sevrage.
- Planification familiale: des agents de planification familiale et les conseillères familiales donnent des informations et des conseils sur l'espacement des naissances et distribuent également des moyens de contraception.

La possibilité de concentrer en un seul lieu et au même moment divers services de santé constitue un

grand avantage. Dans la plupart des villages d'Indonésie, les mères peuvent désormais amener leurs enfants dans le *posyandu* de leur quartier où ils seront pesés et vaccinés, où ils recevront des suppléments en vitamine A et où ils seront examinés par une infirmière ou une sage-femme du centre de santé local. Par la même occasion, elles peuvent solliciter des contraceptifs ou subir un examen prénatal.

Le *posyandu* est également un lieu d'enseignement. Les mères y sont initiées aux causes de la malnutrition et des maladies et aux mesures leur permettant de favoriser la saine croissance de leurs enfants.

Depuis 1986, année de la proclamation par le président Suharto de la Décennie indonésienne pour les enfants, et grâce à l'effort fourni par la campagne de vaccination universelle des enfants, le nombre de *posyandus*, qui est actuellement de 217 000, a presque doublé. Cette progression est d'autant plus remarquable qu'elle s'est déroulée en période de récession économique, alors que la plupart des secteurs ont vu leurs budgets diminuer.

À l'heure actuelle, 85% des mères et des enfants d'Indonésie ont accès à des services de santé de base grâce au réseau des *posyandus*. Tous les mois, près de 12 millions d'enfants de moins de cinq ans, ainsi que leurs mères, se rendent dans un *posyandu* à proximité de leur domicile. D'ici à 1991, ce sera la quasi-totalité de la population qui devrait y avoir accès.

Le développement rapide des *posyandus* a également contribué à l'expansion de la couverture vaccinale et à la lutte contre les maladies diarrhéiques. La vaccination antirougeoleuse, par exemple, est passée de 2% à peine en 1980 à plus de 50% en 1987, tandis que le taux de létalité par diarrhée a chuté de 70% entre 1980 et 1985.

Tous les problèmes n'ont certes pas été résolus. Trop de femmes ne savent toujours pas interpréter les fiches de croissance. Quant aux conseillères familiales, qui ne reçoivent qu'une formation de trois ou quatre jours, elles n'ont pas toujours les connaissances voulues pour donner des conseils appropriés ou les capacités de communication requises. De surcroît, la fréquentation des *posyandus* est inégale, allant de 25% dans certains villages à 90% dans d'autres.

Le recyclage périodique des conseillères familiales devrait permettre de résoudre ces problèmes. En 1987-1988, 350 000 d'entre elles ont reçu une formation complémentaire, principalement dans les villages où les *posyandus* étaient peu fréquentés et où l'on recensait un nombre élevé d'enfants souffrant de retards de croissance.

abandonné l'école, la proportion des filles scolarisées tombe à 30%.

La politique qui se propose d'augmenter les ressources en faisant payer les familles devrait donc surtout s'appliquer à l'enseignement supérieur. Il n'est pas inhabituel de constater que le tiers des dépenses gouvernementales consacrées aux universités sont destinées au bien-être des étudiants aux dépens de l'enseignement, alors que c'est précisément dans ce domaine qu'il serait judicieux de prélever des frais d'inscription. Les succès éducatifs et économiques remportés en République de Corée et à Taïwan montrent clairement que les écoles primaires devraient être gratuites et que le financement privé ne devrait jouer un rôle important qu'aux échelons supérieurs de l'enseignement³⁷.

Une expérience faisant appel à la contribution des parents, mais qui pourrait bien ouvrir la voie à des mesures efficaces et peu coûteuses, est le nouveau système scolaire lancé par la Commission pour le développement rural du Bangladesh (BRAC). Quelque 2500 écoles fonctionnent déjà dans le cadre de ce programme et 2000 autres devraient s'ouvrir d'ici à 1991, prouvant qu'il est possible d'assurer une éducation de base aux enfants, de leur apprendre à lire, à écrire et à compter et de leur donner des notions élémentaires de sciences humaines, pour quelque 15 dollars (payés par le BRAC) par élève et par année. Ce système repose sur la mobilisation des parents, qui mettent de modestes classes à la disposition du programme et qui choisissent les enseignants parmi les membres instruits de la communauté (voir encadré 18). Destiné avant tout aux jeunes des populations défavorisées qui n'ont pas accès à la terre, le programme a remporté un succès remarquable en assurant trois ans d'enseignement de base aux enfants de 8 à 10 ans, dont la moitié sont des filles et dont 95% atteignent la quatrième année du système scolaire officiel.

L'éducation non formelle

Quelle que soit sa nature, l'éducation de base est indispensable pour chaque enfant. La prochaine décennie pourrait bien ouvrir de nouveaux horizons dans le domaine de l'éducation, que les enfants aient ou non déjà bénéficié d'un enseignement formel ou qu'ils puissent y avoir accès à l'avenir.

Nous disposons aujourd'hui d'un formidable ensemble de connaissances pratiques grâce auxquelles les populations et les communautés pourraient améliorer elles-mêmes leurs conditions d'existence. Une grande partie d'entre elles ont trait à la protection ou à la promotion de la santé. Mais il existe une autre série de connaissances pratiques qui se rapportent à l'agriculture et à la production alimentaire, à l'entretien des équipements

hydrauliques, aux fourneaux consommant peu de combustible, à la protection de l'environnement, à la lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, aux dangers du tabac, à la prévention des maladies cardio-vasculaires ou à la nécessité de la stimulation précoce, sans oublier le besoin croissant d'information sur des concepts tels que les libertés publiques, les droits des femmes et des enfants et les processus de changement et d'adaptation.

Par le passé, les progrès de la connaissance étaient souvent réservés aux classes privilégiées, aux populations alphabétisées ou facilement accessibles. Aujourd'hui, il est possible de faire mieux. Au cours de ces dernières décennies, une véritable révolution a bouleversé la capacité du monde en développement à communiquer avec l'immense majorité de ses citoyens et à leur transmettre de nouvelles connaissances. Les émissions de radio y sont désormais relayées dans la plupart des foyers à travers 600 millions de postes; la télévision est aujourd'hui présente dans la majorité des communautés; des dizaines de milliers de journaux sont distribués à 60% des populations alphabétisées; les salles vidéo et les cinémas attirent des millions de personnes, même dans les communautés les plus démunies. Les responsables politiques et les autorités religieuses ont appris à utiliser ces nouvelles techniques et il est grand temps que les moyens de communication actuels œuvrent en faveur de la santé.

Pour assurer le contact d'individu à individu qui est le plus souvent indispensable, le monde en développement compte aujourd'hui des millions d'enseignants, d'aides-infirmières, d'agents de santé communautaires, de sages-femmes qualifiées, d'agents de vulgarisation agricole et de travailleurs communautaires. Il n'avait jamais été aussi facile de joindre les populations par l'intermédiaire de leurs propres organisations: les conseils villageois, les comités populaires pour la santé, les organisations de consommateurs, les groupements de femmes et les mouvements de jeunes, créés au niveau des quartiers ou des villages dans presque tous les pays en développement. Dans le même temps, l'essor des associations professionnelles et patronales, des syndicats et des coopératives, des services bancaires et postaux, des compagnies de distribution d'eau et d'électricité, a ouvert de nouveaux canaux de communication permanents permettant d'atteindre régulièrement des millions de familles. Des dizaines de milliers d'organisations bénévoles collaborent avec les populations et les communautés les plus défavorisées dans presque tous les pays.

Pour la première fois, les possibilités existent d'organiser une révolution de l'information *en faveur des plus défavorisés*. L'éducation généralisée suppose donc aussi la mobilisation de ce vaste réseau de communication. De la sorte, chacun aurait accès aux connaissances fondamentales qui lui permettent d'améliorer sa santé, de poursuivre son apprentissage, de prendre des décisions en con-

Ouganda: la santé dans 8000 écoles

L'enseignement primaire ougandais se mobilise pour promouvoir la santé et le développement des enfants. Un nouveau programme d'éducation sanitaire — qui représentera 50% des cours de sciences et 12% de l'ensemble des cours — a été introduit dans les 8000 écoles primaires du pays.

Lancé en mai 1988, ce programme est le premier du genre en Afrique de l'Est et du Centre. Il repose sur une constatation: l'école est le plus vaste réseau institutionnel de diffusion des connaissances sanitaires et de promotion d'attitudes et de comportements favorisant la santé. Bien des maladies et des décès pourraient être évités en Ouganda si les familles et les responsables communautaires étaient correctement informés et secondés.

Jusqu'à présent, l'éducation sanitaire en Ouganda était destinée aux adultes et dispensée par des agents de santé trop occupés par les soins curatifs et n'ayant pas bénéficié d'une formation d'éducateurs. Quant aux médias, ils n'ont qu'une portée limitée, la radio, la télévision et la presse n'atteignant que 10% de la population, essentiellement urbaine.

Pourtant, 70% des trois millions d'enfants ougandais âgés de 6 à 11 ans fréquentent l'école primaire. Ils peuvent donc devenir des «messagers de la santé» aussi bien auprès de leurs familles que de la communauté. De surcroît, en tant que futurs parents, leurs connaissances et leurs attitudes sont essentielles pour la santé des générations à venir.

Les enseignants jouissent du respect de la communauté et en sont des membres influents. Leur exemple et leurs conseils pourraient aider à mettre à la portée des familles et des responsables communautaires les méthodes simples et peu coûteuses de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Le nouveau programme de santé couvre 19 sujets, dont les maladies courantes, l'alimentation et la nutrition, les accidents et les premiers soins, l'assainissement, la santé familiale et les problèmes sociaux. Il a été testé dans 17 écoles primaires et 4 écoles normales

avant d'être étendu à l'ensemble du pays. Plus de 5500 enseignants de sciences ont participé à des ateliers d'orientation sur le contenu et les méthodes du nouveau programme.

Quatre pochettes de documentation sanitaire sur la vaccination, l'eau et l'assainissement, les maladies diarrhéiques et la lutte contre le SIDA ont également été distribuées dans les écoles, à des groupes confessionnels et à des organisations non gouvernementales. Chaque pochette contient une série d'affiches, des bulletins d'information, des bandes dessinées et des jeux.

Le programme comprend en outre un guide de l'enseignant illustré de manière attrayante, qui propose des activités pour chaque niveau. Il encourage le recours aux discussions de groupe et au jeu de rôle sur des thèmes tels que la transmission des maladies et l'utilisation des latrines.

D'autre part, un programme de sensibilisation au SIDA destiné aux élèves du secondaire a été par la suite introduit également dans les trois dernières classes du primaire. Le SIDA est un sujet très délicat, car de nombreux parents croient que l'éducation sexuelle conduit à une activité sexuelle précoce. Ce programme d'urgence s'efforce de prôner des attitudes et des comportements sexuels responsables, plutôt que de s'en tenir à l'emploi des préservatifs. Ayant pris fin en mars 1989, il a permis de donner des informations sur le SIDA à 550 400 étudiants et à 5500 enseignants dans 782 écoles.

La prochaine étape sera la mise au point d'un programme santé et hygiène à l'intention des écoles secondaires, portant sur la lutte contre le SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles.

Par le biais de l'enseignement primaire ougandais, les enfants d'aujourd'hui, qui seront les parents de demain, apprennent à utiliser des méthodes simples et peu coûteuses de prévention des maladies et à adopter un comportement qui favorise la santé. Il ne saurait y avoir d'investissement plus efficace et plus durable en faveur de la santé nationale.

naissance de cause, de tirer profit des nouvelles possibilités et d'améliorer ses conditions d'existence au sein de son foyer et de sa communauté (voir encadré 13).

Un développement à visage humain

Appliqués au cours de la prochaine décennie, ces moyens contribueraient à assurer la généralisation de l'éducation de base et des soins de santé primaires, à condition que le monde cautionne un développement axé sur la satisfaction des besoins des plus démunis et soit prêt à investir dans leurs capacités.

Pour mener à bien la gigantesque tâche du développement à visage humain, de nouvelles ressources seront nécessaires. En admettant qu'il soit véritablement possible de réduire les dépenses consacrées au service de la dette et des intérêts et d'accroître les investissements, les estimations situent à 50 milliards de dollars par an pendant les années 90 le coût additionnel requis pour se rapprocher des grands objectifs humains que sont une nourriture appropriée, de l'eau salubre, des soins de santé et une éducation de base pour les hommes, les femmes et les enfants du monde entier. Le prix approximatif d'un progrès réel dans cette direction se monte à moins de

0,5% du PNB mondial ou à 5% environ de l'ensemble des budgets militaires annuels.

La moitié de cette somme pourrait provenir des pays en développement eux-mêmes si, comme ce chapitre le suggère, ils redéfinissaient leurs priorités en faveur des plus démunis. L'autre moitié, soit environ 25 milliards de dollars par an, pourrait être fournie dans le cadre d'une aide accrue de la part des pays industrialisés. L'accroissement de cette aide devrait être de l'ordre de 50%, de sorte que les pays nantis lui consacraient en moyenne 0,5% de leur PNB en lieu et place des 0,35% actuels. Rappelons ici que le but que ces pays se sont fixé dans les années 60 était de 0,7%.

Pour ce qui est des objectifs plus restreints présentés au chapitre II, il n'est pas inutile de rappeler qu'il est possible de faire des progrès spectaculaires dans le domaine de la survie, de la santé, du bien-être nutritionnel et de la croissance normale des enfants, pour un coût additionnel ne dépassant pas deux à trois milliards de dollars par an.

Mais ces grands objectifs sociaux, dont dépendent en fin de compte tant d'autres progrès, seront hors de portée tant qu'on n'aura pas résolu la crise de l'endettement et accru l'ensemble des ressources mises à la disposition des pays du monde en développement. Les moyens d'y parvenir font l'objet du chapitre IV de ce rapport.

Le rôle du monde nanti

Il serait certes possible de dégager davantage de ressources pour parvenir à un développement réel. Il faudrait pour cela réorienter les dépenses actuelles vers les besoins des laissés pour compte du développement. Mais il n'est guère facile de déplacer les priorités pour que les hôpitaux urbains cèdent le pas aux dispensaires ruraux, les lignes aériennes nationales aux moyens de transports intérieurs, les salles de conférence prestigieuses aux humbles écoles primaires et la satisfaction des aspirations précises de ceux qui détiennent le pouvoir politique aux espoirs diffus de la majorité défavorisée.

De façon générale, la tâche est plus aisée là où la démocratie est solidement établie, mais dans la plupart des pays elle aura d'autant plus de chances de s'accomplir que les ressources nationales s'accroîtront plutôt que de s'amenuiser.

Pour l'Amérique latine et l'Afrique, une augmentation des ressources globales pendant les années 90 revient dans la pratique à résoudre la crise de l'endettement. Se borner à rééchelonner des prêts pour permettre aux pays de continuer à rembourser leur dette n'est pas une solution d'avenir. Il faut que les investissements reprennent et que les pays débiteurs puissent enfin se libérer de l'étau financier dans lequel ils sont enfermés, ce qui ne se produira que lorsque les remboursements au titre de la dette cesseront d'absorber tous les investissements susceptibles de favoriser la croissance.

Un nouvel allègement de la dette publique de la part des pays occidentaux (spécialement dans le cas de l'Afrique) et la réduction de la dette commerciale (en particulier dans le cas de l'Amérique latine) constituent la seule voie pour sortir de l'impasse.

Parler du retour à des taux élevés de croissance économique ne suffit plus: il faut d'abord s'interroger sur la

nature de cette croissance et se demander à qui elle profitera.

Nombre de pays en développement sont aujourd'hui aux prises avec des programmes d'ajustement économique ayant pour but de relancer la croissance, avec ou sans la participation du Fonds monétaire international (FMI), alors que leur endettement se présente sous un jour différent et nouveau. Le genre de croissance auquel ils parviendront en fin de compte, à supposer même qu'ils y parviennent, sera fonction de la façon dont ils concevront le processus d'ajustement.

Au cours des cinq dernières années, le principe selon lequel l'ajustement et la croissance doivent servir à améliorer les conditions et les moyens d'existence des plus défavorisés a peu à peu gagné du terrain. Or, laisser les plus démunis supporter la plus grande partie de la crise de l'endettement, accepter que leurs revenus fléchissent et que leur santé, leur nutrition et leur éducation en pâtissent, tout cela est fondamentalement inconciliable avec cet objectif. Comme l'a dit Edward Jaycox, de la Banque mondiale:

«Les programmes d'ajustement ont pour but de contribuer au rétablissement de la stabilité financière et à l'accélération de la croissance, mais leur finalité essentielle consiste à lutter contre la pauvreté. (...) Pour être politiquement durables, les programmes d'ajustement doivent être conçus de façon à ce que leurs retombées négatives sur les revenus et sur l'emploi soient réduites à leur minimum. (...) Les programmes d'ajustement doivent être contrebalancés par des programmes appropriés dans le domaine de l'éducation, de la santé, de la planification familiale et de la sauvegarde des ressources naturelles.»³⁸

Mais le problème est que l'éducation, la santé, les services d'espacement des naissances et la protection des

Zimbabwe: l'éducation pour tous

Lorsque le Zimbabwe accéda à l'indépendance en 1980, le nouveau gouvernement s'empressa d'instaurer l'enseignement primaire universel gratuit pour tous. A l'époque, moins de la moitié de tous les enfants d'âge scolaire étaient inscrits à l'école primaire et seul un tiers terminait les sept années du cycle.

Cinq ans plus tard, le nombre des écoles primaires avait presque doublé et tous les enfants étaient scolarisés. En 1989, 2,3 millions d'enfants fréquentaient l'école primaire, dont les trois quarts accomplissaient la totalité du cycle.

Cette réussite remarquable est due au fait que le gouvernement et la population ont placé l'éducation au premier rang des priorités. La part du budget national consacrée aux dépenses d'éducation s'élève actuellement à 22%, soit plus que l'ensemble des dépenses de santé et de défense réunies, pourcentage qui place le Zimbabwe au cinquième rang mondial.

Pour construire de nouvelles salles de classe, la plupart des écoles disposent d'un fonds de construction auquel les parents peuvent apporter leur contribution, sous la forme d'argent comptant ou de briques. Dans les zones rurales, de nombreuses mères ont créé des coopératives de confection dont les revenus permettent de subvenir au coût des uniformes scolaires.

Les salaires des enseignants — y compris ceux des instituteurs des écoles religieuses — sont à la charge du gouvernement. Par rapport à la plupart des autres pays en développement, les enseignants du Zimbabwe sont bien payés, et ils bénéficient également d'avantages sociaux, tels que compensations en cas de maladie et caisses de retraite.

Pour accroître le nombre d'instituteurs qualifiés, le gouvernement a lancé en 1981 le Programme national intégré de cours de formation des enseignants (ZinTec) qui combine un cycle court de formation dans un centre, l'enseignement à distance, la supervision des élèves-enseignants dans leur salle de classe et des stages de perfectionnement.

L'ancien programme d'études, basé sur le modèle britannique, a progressivement fait place à un curricu-

lum mieux adapté aux besoins du pays, qui met désormais l'accent sur «l'éducation de pair avec la production». Les sciences, l'agriculture et les sujets techniques sont enseignés de manière à intégrer la théorie et la pratique. Ainsi, à Tafara, dans le district de Mabvuku, les enfants d'une école ont creusé un étang à poissons ayant la forme d'une mappemonde. De cette façon, ils ont acquis des connaissances dans le domaine de la pisciculture, de la géographie, des techniques de construction, de l'alimentation, de la nutrition, de l'environnement, de l'économie de marché, de la comptabilité et de la lutte contre les maladies d'origine hydrique, telles que le paludisme.

Les élèves participent également au fonctionnement de leur école et apprennent à se rendre utiles au sein de la communauté. Toutes les écoles sont maintenant dotées de jardins potagers et de vergers. L'école de Sahumani dans le Manicaland, par exemple, tire 500 dollars par an de la vente de ses produits. Les eucalyptus que les élèves ont plantés fournissent également du bois de chauffage à la communauté, tout en aidant à prévenir l'érosion du sol.

Les progrès remarquables que le Zimbabwe a accomplis dans le domaine de l'éducation primaire n'ont pas été dénués de difficultés. Les locaux et le matériel pédagogique sont souvent rudimentaires. Les instituteurs doivent se montrer très imaginatifs pour enseigner dans des classes de plus de 50 élèves, où les livres, les cahiers et les autres matériels sont insuffisants. Le calcul est souvent enseigné à l'aide de pierres et l'expression artistique avec de la boue et des feuilles.

Le pays a encore besoin d'accroître le nombre des enseignants dûment formés. La moitié des instituteurs des écoles primaires du pays ne sont pas qualifiés et la formation des nouveaux enseignants a été ralentie parce que le gouvernement n'est pas en mesure de leur verser un salaire. C'est dans les zones rurales que la pénurie d'enseignants se fait le plus sentir.

Pourtant, le Zimbabwe a prouvé qu'un pays en développement peut mettre l'enseignement primaire à la portée de la majorité de ses enfants à la condition qu'il puisse compter sur l'engagement des responsables politiques et sur le soutien de la population.

ressources naturelles reposent tous sur des financements publics, habitude que la plupart des programmes d'ajustement essaient de décourager. Les dépenses en jeu sont très lourdes, et les avis sont partagés quant à la manière d'y faire face.

Or, il est possible de résoudre en partie ce problème en déplaçant les priorités et les dépenses vers des services essentiels peu onéreux, tels que les soins de santé primaires, l'éducation primaire et les subventions alimentaires mieux ciblées; mais de nombreux pays ne peuvent politiquement entreprendre que des restructurations limitées dans la mesure où leurs recettes globales diminuent. «*Les efforts que déploie l'Afrique pour poursuivre et approfondir le processus de réforme*», dit le Secrétaire général de l'Organisation de l'unité africaine, «*ne pourront être soutenus indéfiniment, face à une conjoncture extérieure défavorable, sans un appui accru de la communauté internationale.*»

La dureté du processus d'ajustement, les risques politiques qu'il implique et ses répercussions sur l'environnement n'ont pas entièrement échappé aux pays donateurs, et ceux qui souhaitent faciliter la transition vers la croissance et protéger les plus démunis au cours de cette évolution trouvent aujourd'hui souvent une oreille attentive.

Il est donc temps à présent que les pays en développement s'interrogent sur les mesures de restructuration qu'ils peuvent prendre en faveur des plus démunis, compte tenu de leurs ressources financières, et qu'ils établissent des plans destinés à préserver et à étendre l'éducation de base, les soins de santé primaires, les programmes nationaux de nutrition et la protection de l'environnement.

C'est sur des plans de cet ordre que pourraient reposer des efforts accrus d'aide extérieure et d'investissements au cours de la décennie à venir (voir figure 14).

Il est d'ailleurs peu probable que l'on fasse la sourde oreille à de telles propositions. Le monde industrialisé semble en effet de plus en plus enclin à accorder, pour des raisons morales aussi bien que pratiques, une aide accrue qui puisse restaurer la dynamique du développement.

Quelles que soient les injustices passées ou présentes qui sont à la base du sous-développement, le fait est qu'un accroissement sensible de l'aide extérieure reposera sur l'effort des contribuables des pays industrialisés. Il y a de plus en plus lieu de croire que ces derniers soutiendraient l'idée d'un accroissement de l'aide à la condition qu'elle serve effectivement à lutter contre la pauvreté et à défendre l'environnement.

Il reste beaucoup à faire pour que l'idée d'un accroissement de l'aide recueille un appui massif. L'une des raisons en est que les pays en développement n'ont pas tou-

jours su utiliser cette aide de manière convaincante. C'est eux et eux seuls qui pourront lever de telles réserves.

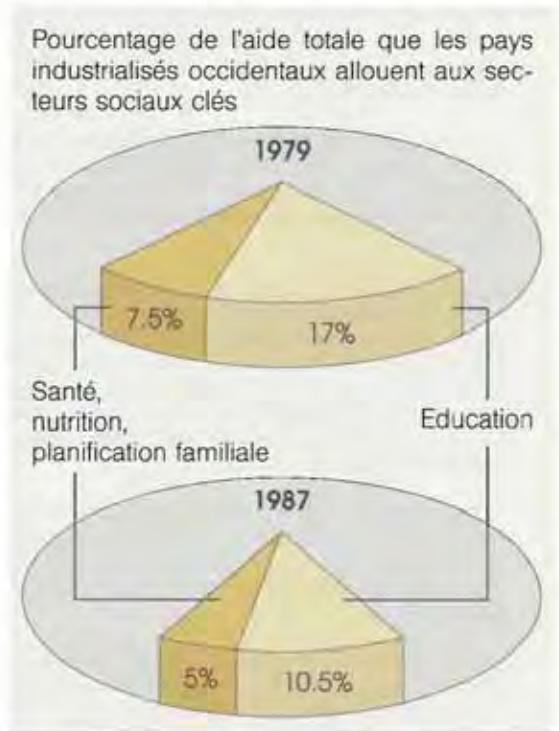
L'aide en tant qu'entreprise commune

Deux déclarations faites en 1989, l'une au nom des pays donateurs et l'autre au nom d'un pays bénéficiaire, résument le rôle nouveau que l'aide pourrait jouer dans la décennie à venir. La première émane du président du Comité d'aide au développement (CAD), siégeant à Paris, qui coordonne les politiques d'aide des pays de l'OCDE:

«*Nous décelons un vide dans la planification de stratégies sectorielles et sous-sectorielles. De ce fait, une part trop importante de l'aide est fournie sous forme de projets ponctuels sans interrelations au lieu d'appuyer une politique d'ensemble et une stratégie judicieusement conçue dans les ministères concernés, coordonnée avec les ministères du*

Fig. 14 Aide pour la santé et l'éducation

Le graphique ci-dessous montre que l'aide accordée à la nutrition, à la santé et à l'éducation ne représente qu'une petite fraction de l'aide totale et diminue encore.



Source: Rapports sur la coopération pour le développement, OCDE, Paris.

Bangladesh : deux nouveaux types d'écoles

Les écoles à maître unique de la Commission pour le développement rural du Bangladesh (BRAC) font la démonstration d'un nouveau modèle d'enseignement primaire adapté aux besoins des enfants défavorisés.

Comme c'est le cas dans de nombreux autres pays en développement, le système de l'enseignement primaire au Bangladesh présente des faiblesses. De 30 à 35% des enfants ne sont jamais scolarisés, et 60% de ceux qui entrent en première année ne dépassent pas la troisième année du cycle primaire. Les frais de scolarité, les difficultés d'accès et le manque d'encouragement excluent généralement les enfants défavorisés. Dans les écoles de l'Etat, les classes sont fréquemment surchargées (70 élèves par enseignant la première année), les maîtres peu motivés et mal encadrés, les programmes inadaptés aux besoins des enfants et les manuels insuffisants.

En 1985, à la demande de parents vivant en zone rurale, le BRAC mit sur pied 22 écoles villageoises expérimentales où les enfants issus de familles qui n'ont pas accès à la terre apprenaient à lire, à écrire et à compter et recevaient des notions élémentaires de sciences humaines. Fin 1989, le programme fonctionnait dans 2500 écoles villageoises et 2000 autres ouvriront leurs portes d'ici à 1991.

Les écoles du BRAC reçoivent des enfants de 8 à 10 ans. Ils y suivent un programme d'une durée de trois ans portant sur la langue bengalie (la langue nationale), l'arithmétique et des notions élémentaires de sciences humaines.

Les cours sont dispensés dans des constructions de bambou tressé ou de pisé, avec un toit de chaume ou de tôle ondulée. Les enfants s'assyaient sur des nattes disposées sur le sol de terre battue. Chaque élève reçoit une ardoise, un crayon, un cahier, un manuel et un pupitre portable. Les enseignants sont munis d'un tableau noir, d'un tabouret et d'un coffre dans lequel ranger le matériel de classe.

Les enfants appartiennent tous à des familles démunies qui n'ont pas accès à la terre. La priorité est donnée aux filles: elles représentent 63% des effectifs, l'objectif du BRAC étant de parvenir à ce que 70% d'entre elles fréquentent l'école.

Le succès des écoles du BRAC a dépassé tous les espoirs. Le taux quotidien de présence est de plus de 95% et le taux d'abandon ne dépasse pas 1,5% sur trois ans. Fait remarquable, 95% des élèves ont réussi les

examens d'entrée en quatrième année du système scolaire officiel. A la surprise de tous les observateurs, la plupart de ces enfants ont effectivement poursuivi leurs études dans les écoles de l'Etat.

La proportion d'élèves par maître dans les écoles du BRAC est maintenue strictement à 30 afin de favoriser une participation active. Les enseignants suivent un programme très structuré et se servent du matériel didactique et des notes pédagogiques mis au point par le BRAC au terme de plusieurs années d'expérimentation.

Les enseignants ne sont pas des professionnels ayant suivi une formation complète, ils sont recrutés parmi de jeunes villageois mariés jouissant d'une bonne instruction. Ils prennent part à un cours intensif de formation de douze jours et bénéficient régulièrement de conseils, d'encadrement et de cours de recyclage. Ils reçoivent un petit traitement mensuel et donnent jusqu'à trois heures de cours par jour, six jours par semaine. Les femmes représentent près de 75% du corps enseignant, contre 14% dans les écoles de l'Etat.

Les parents et les responsables de village participent activement à la création et à la gestion des écoles du BRAC. Avant l'ouverture d'une école, les villageois doivent fournir une salle de classe (pour laquelle le BRAC verse un petit loyer) et fixer les horaires des cours. Des réunions de parents ont lieu chaque mois et sont assidûment fréquentées.

Le programme des écoles du BRAC est plus fonctionnel que celui des écoles de l'Etat. Ainsi, pendant les cours d'arithmétique, les enfants apprennent la comptabilité simple, les mesures et le maniement de l'argent. Les sciences humaines mettent l'accent sur des questions pratiques telles que la santé et la coopération entre voisins et sur les problèmes relatifs aux mariages précoces et aux dots.

La création et la gestion des écoles reviennent à environ 15 dollars par élève et par an. Plusieurs institutions participent au financement des programmes du BRAC.

En 1988, le BRAC a expérimenté un deuxième type d'écoles, à l'intention des jeunes de 11 à 14 ans n'ayant jamais été scolarisés. Actuellement au nombre de 225, elles ont ramené à deux ans le programme de trois ans destiné aux enfants de 8 à 10 ans.

Le BRAC envisage de multiplier rapidement le nombre de ces deux types d'écoles.

plan et des finances et approuvée à l'échelon politique. Aussi, trop de demandes d'aide et trop de réponses favorables tendent à promouvoir des actions onéreuses à forte intensité de capital que l'on ne saurait maintenir à long terme, profitant aux revenus élevés et négligeant la mise en place de services destinés à la majorité. Les exemples de cet état de choses abondent. Citons le cas de cet hôpital d'une capitale dont l'entretien et l'exploitation absorbent à eux seuls l'équivalent des ressources nécessaires à la mise en place d'un programme de soins de santé primaires en zone rurale. Faute de stratégies et d'objectifs conçus de manière sectorielle, on risque de se retrouver avec un ensemble de projets ponctuels susceptibles d'épuiser d'un seul coup les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs que le pays s'est fixés.»³⁹

« (...) ce que je suggère, c'est une politique centrée sur des objectifs clairement déterminés. Une telle démarche devrait nous aider à « vendre » les programmes d'aide à nos contribuables et nous obligerait à accomplir de réels progrès dans les domaines que nous finançons. Si nous parvenons à établir ce lien entre notre stratégie d'ensemble et l'emploi des fonds, que ce soit pour renforcer l'activité économique elle-même ou pour améliorer les conditions d'existence des habitants des pays en développement, il nous sera plus facile de rallier nos contribuables à l'idée d'un financement accru en faveur du développement.»⁴⁰

La seconde déclaration émane de l'ancien ministre du commerce et de la planification du développement du Pakistan, qui évoquait un nouveau type de développement à l'occasion de la Conférence Paul Hoffmann, qui s'est tenue en 1989 aux Nations Unies :

« La planification doit commencer par prendre en considération les besoins humains fondamentaux et ne se tourner qu'ultérieurement vers les objectifs de production et de consommation, ce qui signifie qu'il faut exposer de façon claire les objectifs minimaux que l'on se fixe pour ce qui concerne les niveaux moyens de nutrition, d'éducation, de santé, de logement et de transports. Il faut favoriser un débat ouvert sur le niveau que notre pays peut viser en termes de satisfaction des besoins élémentaires, compte tenu de notre revenu actuel par habitant et du taux de croissance que nous prévoyons. Les objectifs concernant les besoins essentiels devront ensuite être intégrés dans une planification détaillée de la production et de la consommation. En d'autres termes, nous devons aller des fins aux moyens et non le contraire.»⁴¹

Si cette manière de voir devait rallier un large consensus au cours des années 90, il serait alors possible d'envisager que des groupes de pays donateurs et de pays en développement œuvrent ensemble pour la réalisation d'objectifs conjoints concis et mesurables, tels que l'éducation primaire pour tous, des services peu coûteux d'assainissement et d'approvisionnement en eau, la réduction de moitié de la malnutrition juvénile-infantile, la diminution du nombre des cas de rougeole et de tétanos

néonatal, ainsi qu'un certain nombre d'autres interventions vitales qui sont aujourd'hui du domaine du possible (voir encadré 21).

Dans de nombreux pays, pour être politiquement réalisables, de tels programmes exigeraient un apport de ressources nettement accru. Le rôle le plus important que l'aide puisse jouer au cours de ces années 90 est précisément de faire en sorte que l'action à long terme en faveur des plus démunis et de l'environnement soit politiquement réalisable.

Face à tant de problèmes et de pressions à court terme, auxquels viennent s'ajouter les exigences de la survie politique et économique, nombre de gouvernements éprouvent de grandes difficultés, même si la volonté d'agir existe, à dégager des ressources pour les objectifs à long terme, dont bénéficierait la partie la plus pauvre de leur population, et qui préserveraient l'avenir de leur pays et son environnement. Au cours des années 90, l'élargissement des programmes d'aide devrait rendre politiquement moins exigeantes ou plus attrayantes les mesures offrant peu d'avantages politiques ou économiques immédiats, mais qui n'en sont pas moins indispensables à long terme pour la population.

Depuis vingt ans, l'aide stagne à environ 0,3% du PNB du monde industrialisé, niveau consternant (voir figure 15). Pour sortir de cette impasse, il faut augmenter les ressources financières mises à la disposition du monde en développement en réduisant la dette, en procédant à des réformes commerciales et en améliorant aussi bien la qualité que le volume de l'aide. Ces apports de ressources doivent se faire dans le cadre d'un effort à long terme judicieusement planifié qui tende à protéger les plus démunis des effets immédiats des programmes d'ajustement et à investir dans le moteur le plus faible de la croissance future que constitue une population saine, bien nourrie et dûment instruite.

Enfin, si, au cours de la décennie à venir, le monde doit orienter ses efforts en faveur des plus démunis, il faudra que la Banque mondiale et le FMI aillent dans la même direction et usent de toute leur influence. Actuellement, les prêts de la Banque mondiale et du FMI doivent satisfaire à certains critères économiques tels que la contraction des dépenses publiques et la stabilisation de la balance des paiements. A l'avenir, il conviendra d'envisager ces conditions d'attribution des prêts dans une perspective plus large. Avec d'autres donateurs et d'autres organismes internationaux et avec les gouvernements des pays intéressés, les programmes d'ajustement économique devront aussi tenir compte des *répercussions sociales* de ces critères d'attribution des prêts, de sorte que les niveaux nutritionnels ne s'en trouvent pas compromis, que l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance et des infirmités infantiles ne s'accroisse pas, que les taux de vaccination ne fléchissent pas et que l'ajustement

Le SIDA: une menace pour les enfants

Le SIDA constitue désormais une menace majeure pour la santé et la survie des enfants et des femmes dans de nombreux pays, et son impact devrait s'accroître encore pendant les années 90.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, qui coordonne les efforts mondiaux de lutte et de prévention du SIDA, au moins 1,5 million de femmes dans le monde sont infectées par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), responsable du SIDA. Les enfants nés de mères contaminées par le VIH ont de 25 à 40% de probabilités d'être contaminés à leur tour soit pendant la grossesse soit au moment de l'accouchement, et ils mourront de façon quasi certaine avant leur cinquième anniversaire.

Aux Etats-Unis, par exemple, on a diagnostiqué le virus du SIDA chez quelque 2000 enfants et on estime que 10 000 à 20 000 autres seront infectés d'ici à 1991. Le SIDA est un problème préoccupant dans les Caraïbes, et les récentes tendances enregistrées dans certaines régions d'Amérique latine et d'Asie sont inquiétantes.

Mais c'est en Afrique au sud du Sahara que le SIDA constitue la plus grande menace pour la santé des enfants et des femmes. Dans un pays d'Afrique de l'Est, 14% des cas notifiés de SIDA concernent des enfants de moins de quatre ans. L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'au moins un million de femmes africaines sont infectées par le VIH. Des enquêtes conduites dans les zones urbaines de plusieurs pays africains ont révélé que le taux d'infection des femmes pouvait atteindre 25%. Pendant les années 90, plusieurs milliers de nourrissons naîtront avec une infection à VIH et dans certains pays africains, les progrès accomplis ces trois dernières décennies en termes de survie des enfants seront perdus et la tendance sera même inversée dans certains cas.

En Afrique, le SIDA a des conséquences profondes et de grande portée pour tous les membres de la famille. Le diagnostic du virus du SIDA chez un jeune enfant est généralement la première indication de l'infection de la mère — et vraisemblablement du père. Il est alors probable que les deux parents ne tarderont pas à tomber

malades à leur tour et à décéder des suites de la maladie. Il convient de résoudre de toute urgence le problème des soins à donner aux enfants survivants, les «orphelins du SIDA».

De surcroît, il est tout aussi important de fournir à la population porteuse du virus du SIDA des soins médicaux de base, une orientation et un soutien social à domicile, les hôpitaux étant déjà surpeuplés et incapables de fournir soins et traitements appropriés au nombre croissant de sidéens.

Il semble peu probable qu'un traitement ou un vaccin efficaces soient disponibles avant la fin des années 90. La rapide augmentation des décès dus au SIDA parmi les jeunes enfants n'est toutefois pas inéluctable. La démarche essentielle consiste à mobiliser les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux, les responsables communautaires et les autorités religieuses, les médias et les écoles, les associations professionnelles et les organisations non gouvernementales de tous horizons pour qu'ils mettent à la portée de la population les connaissances leur permettant d'enrayer la diffusion de l'infection à VIH dans le milieu familial et au sein de la communauté.

Une telle mobilisation est en bonne voie dans un certain nombre de pays. En Tanzanie, des journalistes ont été formés à la diffusion d'informations exactes sur le virus du SIDA dans les médias. Au Kenya, des organisations non gouvernementales ont organisé des cours de sensibilisation au SIDA à l'intention des responsables des groupes de femmes, des agents de santé et des autorités religieuses. En Ouganda, (voir encadré 16), au Rwanda et au Burundi, les cours d'éducation à la santé incluant désormais des informations sur le SIDA et sa prévention.

L'espoir d'un avenir débarrassé de la menace du SIDA n'est pas une utopie. Dans la mesure où toutes les familles disposeront de connaissances essentielles en matière de santé infantile, notamment d'informations leur permettant de prévenir le SIDA, la santé des enfants en sera améliorée, leur taux de survie accru et la dissémination du SIDA fortement limitée.

n'entraîne pas la fermeture des dispensaires et des écoles primaires. L'époque est révolue où les institutions financières pouvaient limiter leurs préoccupations à l'aspect économique de leur action. Il est tout aussi indispensable d'atteindre des objectifs sociaux qui permettent de préserver le *capital humain* à court terme et à long terme, évitant ainsi de compromettre la croissance.

Les avantages pour le monde industrialisé

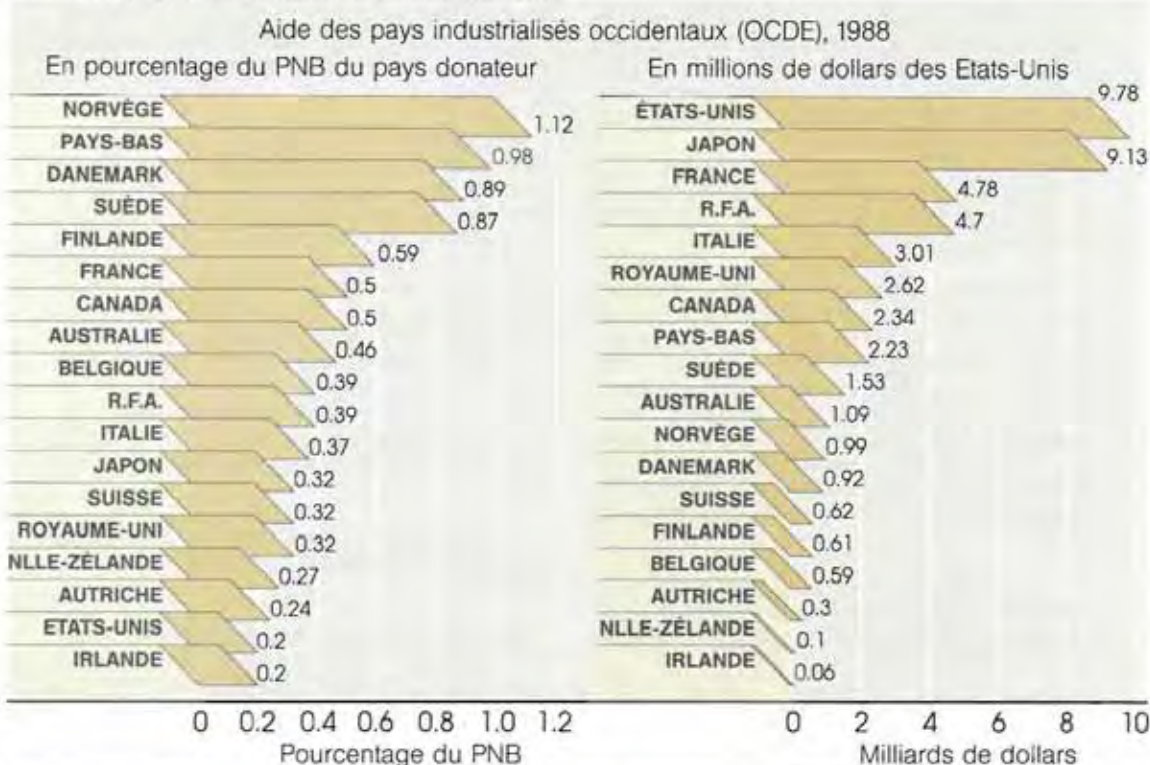
Desserrer l'étau de la dette, relancer l'investissement, libéraliser les échanges commerciaux, compenser la chute du prix des matières premières et accroître le montant de l'aide, telles sont les conditions à remplir si l'on veut inverser les tendances catastrophiques des années 80 et permettre une reprise vers les objectifs aussi vastes que précis, que sont une alimentation, une instruction et des soins de santé suffisants pour tous.

De telles mesures permettraient, en outre, à court terme, de rendre sa santé à l'économie mondiale et à procurer des avantages concrets aux pays industrialisés eux-mêmes. Les Etats-Unis, par exemple, auraient tout à gagner à une solution de la crise de l'endettement. Pour faire face à leur énorme déficit commercial, ils doivent en effet trouver des clients. A l'heure actuelle, nombre de ces clients éventuels consacrent de 30 à 50% de leurs recettes en devises au service de la dette plutôt qu'aux importations de biens. Ce sont donc les producteurs américains – comme européens – beaucoup plus que les banquiers, qui subissent les conséquences de l'endettement du monde en développement. Inversement, la solution du problème de la dette pourrait réduire le déficit commercial des Etats-Unis d'une somme pouvant atteindre 30 milliards de dollars par an⁴². La crise de l'endettement et le recul des importations qui en est résulté pour les pays en développement ont, estime-t-on, coûté environ six millions d'emplois, pendant la décennie qui s'achève, à l'Europe, à l'Amérique du Nord et à l'Australie⁴³.

Fig. 15 Profil de l'aide

L'aide publique au développement dispensée par les pays membres de l'OCDF, qui s'est élevée à 47,6 milliards de dollars en 1988, traduit une augmentation de 6,7% en termes réels par rapport à 1987. Exprimée en pourcentage des PNB combinés des pays membres de l'OCDE, l'aide est passée de

0,34% en 1987 à 0,35% en 1988. Cela ne représente cependant que la moitié de l'objectif fixé à 0,7% par les Nations Unies dans les années 60. Néanmoins, il se pourrait que le long déclin du niveau de l'aide touche maintenant à sa fin.



Source: *Projet de rapport pour 1989 du Président du Comité d'aide au développement, OCDE, Paris, août 1989.*

20

Alléger la dette pour la survie des enfants

Le travail de l'UNICEF dans le domaine de l'*ajustement à visage humain* a largement démontré que la crise économique et l'endettement massif ont eu des conséquences humaines tragiques dans de nombreux pays en développement pendant les années 80. En Afrique, en Amérique latine et dans plusieurs pays d'Asie, ce sont les enfants, les femmes comme l'ensemble des groupes vulnérables qui en ont le plus souffert.

Certains gouvernements lourdement endettés ont réduit les crédits alloués aux services sociaux, mettant en danger la santé et l'éducation des enfants. Les difficultés auxquelles sont confrontés les gouvernements débiteurs pour satisfaire les obligations écrasantes du service de la dette, jointes aux préoccupations macro-économiques à court terme, ont empêché beaucoup de ces gouvernements endettés d'investir dans le développement humain.

En outre, les coupes claires effectuées dans d'autres postes de dépenses et la nécessité d'obtenir des devises en stimulant les exportations exposent souvent l'environnement à des dommages graves, voire irréversibles, compromettant davantage encore les perspectives d'un développement durable.

Les conséquences de ces politiques pèseront lourdement sur la santé, la vie et le bien-être des générations futures.

Une conscience accrue de l'ampleur de la crise de la dette et de ses retombées a conduit la communauté internationale à faire maintes propositions en vue de la réduction de l'endettement et de la restructuration économique. Mais il existe également d'autres propositions — moins connues quoique potentiellement tout aussi importantes — qui prévoient d'échanger les dettes des pays en développement contre des plans destinés à protéger l'environnement, à sauvegarder l'héritage culturel et à promouvoir la survie et le développement des enfants.

Il est peut-être paradoxal de suggérer que le règlement de la crise de l'endettement puisse donner lieu à la promotion du développement humain. En fait, il s'agit là d'une proposition réaliste.

La clé de cette démarche réside dans le «marché secondaire» où se négocient les créances des banques commerciales. Confrontées au risque de ne pas être

remboursées du tout à brève échéance, les banques préfèrent maintenant «soldier» leurs prêts au tiers monde (parfois aux gouvernements endettés eux-mêmes) avec des remises allant de 5 à 98%. En effet, les banques sont disposées à échanger une créance d'une valeur d'un dollar, qui a peut-être 25% de chances d'être honorée et remboursée à une date ultérieure, pour 25 cents aujourd'hui.

Dans le cas de remises extrêmement importantes, un certain nombre de banques ont accepté de renoncer à tout paiement, à condition que les fonds soient investis dans des programmes de développement des capacités humaines ou de protection de l'environnement, sous les auspices d'une institution internationale.

L'UNICEF participe actuellement à trois plans dans le cadre desquels des banques européennes ont annulé des dettes contractées par le Soudan, permettant au gouvernement de ce pays de dégager des fonds en monnaie locale pour des projets de santé, de reboisement et d'approvisionnement en eau potable assistés par l'UNICEF.

Autre initiative prometteuse, le «Fonds d'investissement social» qui a récemment été créé par la Banque interaméricaine de développement (BID) et l'UNICEF. Financé à l'origine par des bailleurs de fonds intéressés à ce projet, le Fonds consentira des prêts à des gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes qui pourront ainsi racheter leurs dettes extérieures sur le marché secondaire des devises à des prix très inférieurs. Ces prêts seront assortis de taux d'intérêt réduits et comporteront des périodes de grâce et d'amortissement allongées. Les gouvernements emprunteurs devront, en outre, fournir des fonds en monnaie locale aux programmes de développement social définis en accord avec la Banque interaméricaine de développement et l'UNICEF.

Ce plan offre aux Etats la possibilité d'alléger leur dette extérieure tout en investissant dans le développement humain.

Grâce à des mesures novatrices de cette nature, la communauté financière internationale peut faire une contribution modeste, mais significative, au bien-être des enfants du monde en développement qui n'ont pas mérité un tel héritage de dettes de la part de leurs aînés.

L'économie des pays en développement comme celle des pays industrialisés profiterait aussi des effets bénéfiques de programmes d'aide à la fois accrus et axés sur des objectifs sociaux, tels que l'enseignement élémentaire pour tous, les soins de santé primaires, l'approvisionnement en eau et l'assainissement et un niveau nutritionnel plus élevé. La plupart de ces dépenses se feraient en monnaie locale; l'aide extérieure qui aiderait à financer ces investissements accroîtrait donc les disponibilités en devises des pays bénéficiaires, facilitant ainsi l'ouverture des économies et l'accroissement des échanges commerciaux.

La pauvreté et l'environnement

Outre leurs avantages économiques, la solution de la crise de l'endettement et un engagement renouvelé en faveur des plus démunis répondent aussi à l'intérêt de la communauté internationale tout entière et à la protection de notre écosystème planétaire.

Alors que nous entrons dans une décennie décisive pour l'environnement, nombreux sont les gouvernements du monde en développement qui se trouvent aux prises avec les exigences contradictoires de la sauvegarde de l'environnement, d'une part, et du remboursement de leur dette, d'autre part. Selon un rapport spécial de l'UNICEF intitulé *Les enfants et l'environnement: une stratégie de l'UNICEF pour un développement durable*, élaboré en 1989:

«Nombre de pays, en particulier en Afrique et en Amérique latine, n'ont guère de possibilités d'appliquer les «politiques économiques durables» recommandées par la Commission Brundtland lorsqu'ils sont contraints d'épuiser leurs forêts, leurs sols, leur eau et d'autres ressources naturelles pour rembourser leur dette extérieure, financer leurs importations essentielles et répondre aux engagements budgétaires auxquels ils ne peuvent se soustraire.»

La dégradation de l'environnement ignore les frontières et ne respecte la souveraineté d'aucun pays, quel qu'il soit. De ce fait, ce qui se passe dans le monde en développement concerne chacun d'entre nous et la pire menace que connaisse l'environnement n'est pas le progrès, mais la pauvreté.

Car c'est la pauvreté, comme le manque de solutions de rechange, qui accule les habitants des zones rurales à brûler les forêts, à cultiver des terres marginales, à être trop tributaires de la recherche de pâturages pour le bétail et à abattre trop d'arbres faute de combustibles. La pauvreté et le manque de perspectives d'avenir sont en outre

de puissants encouragements à la croissance démographique rapide.

À l'inverse, des perspectives de développement assuré seraient les meilleurs garants de la protection de l'environnement. De petits exploitants assurés de demeurer sur leurs terres, alphabétisés, ayant accès au crédit et à des conseils techniques adaptés, disposant de marchés pour écouler leurs récoltes et de routes pour les y acheminer, possédant de petites machines agricoles et jouissant d'un certain degré de sécurité qui ne suppose pas nécessairement une famille nombreuse, tels sont les meilleurs agents d'un développement durable.

Les populations les plus défavorisées du monde en développement sont à mille lieues des préoccupations écologiques des nantis. Pour elles, environnement et développement ne sont pas des questions distinctes, encore moins opposées. Dans les régions pauvres, la planification écologique doit reposer sur une production accrue et non amoindrie, sur un meilleur usage des ressources existantes, et non l'inverse; en outre, cette protection de l'environnement doit non seulement pouvoir s'appuyer sur la participation des plus démunis, mais aussi offrir aux familles une amélioration de leurs conditions d'existence actuelles et la promesse explicite d'un avenir plus heureux. La préoccupation croissante à l'égard de l'environnement mondial et d'un développement durable est l'un des indices les plus encourageants pour la décennie à venir, mais ses effets positifs risquent de se révéler décevants dans la pratique si l'on ne tient pas compte du droit des plus pauvres à produire et à consommer davantage.

Les forces du marché

Si l'on examine les principales possibilités d'encourager l'aspect social du développement pour les dix ans à venir — et cette décennie nous réservera à coup sûr des difficultés économiques — il est temps de s'interroger sur les avantages qu'offrira le climat de libre entreprise qui règne aujourd'hui dans le monde en développement comme dans le monde industrialisé.

Les années 80 laisseront sans doute le souvenir d'une décennie au cours de laquelle le développement aura stagné pour une grande partie de l'humanité et au cours de laquelle les conceptions économiques se seront transformées de manière extraordinairement rapide. Presque tous les pays, y compris nombre de ceux qui souscrivaient depuis longtemps à des idéologies bien différentes, adhèrent aujourd'hui aux notions de libre entreprise et d'économie de marché. Il faut tirer l'enseignement de cette

Les années 90: quels objectifs?

Alors que la communauté internationale formule les objectifs et les stratégies du développement pour les années 90, il est de plus en plus reconnu que le développement humain doit dorénavant être au centre des préoccupations.

Dans le passé, la planification du développement a surtout été axée sur des indicateurs économiques tels que le PNB, l'épargne, l'investissement, le commerce et les objectifs de production. Il est clair que la satisfaction des besoins fondamentaux de l'être humain ne résulte pas simplement de la croissance économique.

D'autre part, la finalité ultime du développement humain est la satisfaction des besoins essentiels, qui constitue le principal indicateur du développement.

Les enfants doivent constituer le point de départ d'une telle stratégie. Un investissement rationnellement pensé dans la santé, la nutrition et l'éducation des enfants jettera les fondations de la croissance et du développement de demain. Par contre, la négligence des besoins fondamentaux des enfants, les condamnera, et leur société avec eux, au cercle vicieux de la misère, de la privation et du sous-développement.

Forts de cette conviction, l'UNICEF et ses partenaires ont proposé des objectifs majeurs pour la survie, le développement et la protection des enfants dans les années 90:

- d'ici à l'an 2000, réduction de 50% des taux de mortalité infantile et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans tous les pays, ou, sinon, réduction de ces taux à 50 et 70 respectivement pour mille naissances vivantes, selon que l'un ou l'autre des ces résultats apparaît plus favorable;
- d'ici à l'an 2000, réduction de 50% du taux de mortalité maternelle;
- quasi-élimination (moins de 1%) de la malnutrition grave et réduction de 50% de la malnutrition modérée;
- accès universel à une eau de boisson saine;
- accès universel à des installations sanitaires d'évacuation des excréta;
- généralisation de l'éducation de base pour les enfants et accélération de la mise en oeuvre de programmes d'alphabétisation des adultes, notamment des femmes; enfin

- amélioration de la protection des enfants en situation particulièrement difficile.

En collaboration avec l'OMS, l'UNESCO et d'autres institutions, l'UNICEF a également défini un certain nombre d'objectifs d'appui qui, sans parler du fait qu'ils sont importants en eux-mêmes, contribueraient immensément à atteindre les principaux objectifs cités ci-dessus. Il convient de citer:

- l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000;
- l'élimination du tétanos néonatal d'ici à 1995;
- l'élimination de la dracunculose dans les années 90;
- l'élimination des troubles imputables à la carence en vitamine A et en iode;
- l'accès garanti pour tous les couples, particulièrement les femmes, à l'information et aux services de planification familiale;
- la promotion et la surveillance régulière de la croissance dans tous les pays d'ici à la fin des années 90;
- la réduction de 95% de la mortalité par rougeole et la réduction du nombre des cas de rougeole de 90% d'ici à 1995;
- la réduction de 70% de la mortalité diarrhéique chez les enfants de moins de cinq ans;
- la réduction de 25% des décès dus aux infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de cinq ans.

Ces buts et d'autres encore ne sont pas seulement souhaitables, ils sont techniquement possibles et financièrement abordables. Mais pour les atteindre, il faudra pouvoir compter sur la volonté, la vision et l'impulsion politiques. C'est le voeu de l'UNICEF que les dirigeants du monde et la communauté pour le développement relèvent ce défi, afin de mettre un terme aux pires manifestations de la misère grâce au renforcement des capacités humaines.

La réalisation de ces objectifs permettrait de faire un grand pas en avant dans l'application des dispositions de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant qui a récemment été adoptée et dont la ratification et la mise en oeuvre par tous les pays est également l'un des objectifs que l'UNICEF préconise pour les années 90.

évolution. Si les années 90 doivent nous rapprocher d'une civilisation qui procurera à chacun la satisfaction de ses besoins essentiels, aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, encore faudra-t-il équilibrer les responsabilités des pouvoirs publics et les mécanismes du marché.

Qui nierait aujourd'hui que la multiplicité des centres de décision qu'implique l'économie de marché joue un rôle essentiel dans la capacité d'un pays à utiliser à plein ses compétences et ses ressources pour trouver le chemin de la croissance?

C'est ainsi qu'une économie reposant sur l'agriculture ne pourra augmenter le revenu de ses petits agriculteurs que si elle rétablit un minimum de liberté des échanges. Le succès est ici lié, en effet, aux initiatives de milliers de petits cultivateurs prenant individuellement des dizaines de milliers de décisions concernant leur travail, leurs terres, leur capital et l'équilibre entre risques et profits, le tout reposant sur la connaissance de leur propre milieu et de leur situation familiale. Il s'agit donc d'un processus décentralisé qui, à l'expérience, s'est révélé trop complexe, trop changeant et trop lié aux situations locales pour pouvoir être géré avec succès par les pouvoirs publics. La croissance réellement spectaculaire de la productivité agricole en Chine pendant les années 80 est la preuve, à l'échelle la plus vaste qui soit, de l'énergie et de la productivité qui peuvent être libérées si l'on compte sur les individus pour prendre leurs propres décisions tout en les laissant bénéficier du fruit de leur travail. Plus récemment, la multiplication par quatre de la production alimentaire du Zimbabwe prouve bien que ce genre de réussite est également possible dans une situation différente et malgré les difficultés que connaît l'Afrique au sud du Sahara.

Pourtant, au moment où le mouvement vers l'économie de marché s'accélère à l'échelle de continents entiers, l'expérience des années 80 nous montre qu'aucune théorie économique ne doit masquer l'aspect humain du développement.

Il a été question plus haut de la pauvreté croissante qui a accompagné, au cours de la dernière décennie, la relance économique de plusieurs pays industrialisés. Les problèmes sociaux persistants que sont le tabagisme, l'alcoolisme et l'abus des drogues montrent à l'évidence que l'économie de marché n'est pas la panacée. Faute d'une politique sociale clairement définie et structurée, démocratiquement élaborée et que les gouvernements s'engagent à respecter, l'économie de marché trahira la majorité de ceux que la société doit aider.

C'est ainsi que nombre des besoins élémentaires évoqués dans ce rapport ont peu de chances d'être satisfaits par le jeu indirect des forces du marché. Les lois débridées du marché font bien des victimes, telles ces familles

qui, dans l'ensemble des pays en développement, dépendent actuellement 500 millions de dollars par an en médicaments antidiarrhéiques inefficaces pour traiter des maladies que des mesures pourtant peu onéreuses permettraient de prévenir et de guérir. Ces mêmes lois débridées induisent en erreur ces millions de mères qui mettent sans le savoir en danger la vie et la santé de leurs enfants en remplaçant le lait maternel peu coûteux par d'onéreux substituts artificiels, car on les a convaincues que l'alimentation au biberon est plus moderne. Ce sont encore les lois débridées du marché qui portent le plus grand tort à ces familles des bidonvilles où l'on dépense de 5 à 10% du revenu pour se procurer de l'eau que des conduites publiques pourraient leur apporter pour un coût minimal.

Bien entendu, le rôle des pouvoirs publics demeure essentiel. En particulier, dans les pays en développement, l'Etat peut aider à mobiliser les investissements nécessaires pour stimuler l'esprit d'entreprise, car la mise en place d'infrastructures de base ne peut y être le fait de l'entreprise privée à elle seule (comme cela était le cas jadis pour les pays aujourd'hui industrialisés). La multiplication de la production alimentaire du Zimbabwe, par exemple, comme nous l'avons vu plus haut, est due à l'action de milliers de petits cultivateurs et, particulièrement, à celle des femmes. Mais celle-ci a été stimulée par des mesures que les pouvoirs publics ont prises en redistribuant les terres aux petits propriétaires, en mobilisant les moyens scientifiques du pays, en finançant la recherche et le développement dans le domaine des semences, des engrais et des pesticides répondant aux besoins des petits cultivateurs. Les pouvoirs publics ont aussi financé la formation et le traitement d'agents de vulgarisation qui ont assuré la liaison entre les scientifiques et les cultivateurs; ils ont ouvert des crédits aux plus démunis en acceptant comme garantie la récolte à venir; ils ont légalisé les syndicats agricoles et ont investi dans les routes qui acheminent les surplus agricoles vers les marchés. De même, les succès que le développement rural a connus au Japon, en République de Corée et à Taïwan pendant les années 50 et les années 60 ont reposé non seulement sur l'économie de marché et sur des encouragements financiers, mais aussi sur une politique gouvernementale de redistribution des terres (la limite supérieure étant fixée à trois hectares par cultivateur) et de soutien aux associations de cultivateurs.

Dans tous les succès économiques rencontrés en Europe, en Amérique du Nord ou dans les pays en voie d'industrialisation rapide de l'Asie du Sud-Est, les gouvernements ont cherché à fixer les paramètres du développement et à canaliser l'esprit d'entreprise. Même dans les grandes réussites que la libre entreprise dynamique a connues en Asie orientale, ce sont les pouvoirs publics qui ont investi dans l'infrastructure moderne, institué la réforme agraire, apporté la stabilité, fait en sorte que l'administration aide activement les exportateurs, combattu

la corruption et contrôlé la circulation des devises. Proportionnellement, l'Etat joue un rôle aussi important dans la vie économique de la République de Corée que dans celle de l'Inde⁴¹.

Pour satisfaire les besoins essentiels de l'être humain, y compris le minimum indispensable sur le plan de la nutrition, de l'éducation et des soins de santé, le rôle des pouvoirs publics a toujours été crucial. Ainsi que l'a écrit l'économiste Amartya Sen :

«Même dans l'histoire d'un pays comme la Grande-Bretagne, c'est la façon dont l'alimentation et les soins de santé ont été assurés, en plus de l'accroissement de la richesse économique, qui a joué un rôle stratégique dans les périodes décisives d'expansion de la liberté fondamentale qui consiste à vivre longtemps et à vivre bien.»⁴²

Les gouvernements et les enfants

Dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, c'est au gouvernement qu'il incombe de fixer les paramètres des perspectives nouvelles que les années 90 offriront à l'enfance.

Alors que les conflits régionaux et idéologiques perdent de leur intensité, que s'amorcent des progrès dans la voie du désarmement et qu'une prise de conscience nouvelle des questions écologiques se fait jour, «une nouvelle intelligence politique prévaut sur le sombre héritage du passé» — tels sont les termes employés par le ministre des affaires étrangères de l'Union soviétique, Edouard Schevardnadze.

Si le XXI^e siècle doit se révéler, pour l'humanité, une période plus favorable que ne l'a été le XX^e, il est essentiel que le principe qui place les enfants au premier rang des priorités devienne partie intégrante de cette nouvelle intelligence politique.

Il ne tient qu'à nous de mettre un terme à la mortalité infantile, aux mauvais traitements infligés aux enfants, aux maladies et à la malnutrition. Il est aussi en notre pouvoir de faire en sorte que chaque enfant dispose d'une école où s'instruire, d'un agent de santé à qui on puisse s'adresser, et d'un régime alimentaire qui favorise son développement physique et mental.

A l'orée d'une nouvelle décennie, il importe que la progression vers ces grands objectifs s'ouvre par les mesures qui sont à notre portée immédiate. Plusieurs des plus grands acquis en matière de santé sont aujourd'hui précisément à notre portée, à un coût très accessible. En particulier, des progrès extraordinaires sont possibles sur le plan de la santé maternelle et infantile, dès les premiè-

res années de la décennie. Les maladies diarrhéiques, qui demeurent la première cause de maladie, de malnutrition et de décès d'enfants dans le monde entier, peuvent dès à présent être maîtrisées. Les maladies que la vaccination permet de prévenir, notamment le tétanos et la rougeole qui, ensemble, tuent plus de deux millions d'enfants de moins de cinq ans chaque année, peuvent être ramenées à une petite fraction de leurs proportions actuelles. La poliomyélite, qui frappe 250 000 enfants chaque année, peut être totalement éradiquée. La malnutrition, qui compromet aujourd'hui la croissance de 150 millions d'enfants de moins de cinq ans, peut être réduite d'au moins 50%. Des millions de femmes en mauvaise santé pourraient voir leur état s'améliorer considérablement si on leur reconnaissait le droit et les moyens théoriques et pratiques de choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et le moment de leurs grossesses.

Tous ces progrès, d'une telle importance pour tant d'êtres humains auxquels on n'accorde guère d'attention lorsque sont prises les décisions — politiques et financières —, sont pourtant réalisables techniquement et financièrement au cours de la décennie où nous nous engageons. Atteindre ces objectifs n'est plus aujourd'hui une question de possibilités matérielles ou financières, mais bien une question de priorité politique.

Dans le monde en développement, les événements tragiques des années 80 doivent susciter pour la décennie à venir un nouvel engagement en faveur de méthodes de développement qui visent d'abord à satisfaire les besoins essentiels et à renforcer les capacités productives de la majorité défavorisée.

Dans le monde industrialisé, un nouvel engagement des responsables politiques, de la presse et de la population tout entière en faveur de l'action internationale de développement est également nécessaire. La dette doit être réduite et l'aide extérieure, comme les investissements, doit se renforcer. L'on ne saurait, en effet, accomplir de progrès substantiels sans un accroissement des ressources mises à la disposition du monde en développement.

Le moteur essentiel de cette transformation ne sera autre que l'opinion publique. Si tragiques et bouleversantes que soient les images d'enfants menacés par la famine, l'heure est venue de se demander pourquoi le monde réagit avec indignation et exige des mesures lorsque 250 000 enfants meurent de faim, alors qu'il demeure indifférent aux quelque cinq millions de ceux qui sont emportés chaque année par des maladies qu'il est aussi aisé et peu coûteux de prévenir que la rougeole et la déshydratation.

Parmi tant d'autres préoccupations urgentes, la communauté mondiale éprouve quelque peine à se consacrer à des problèmes que nous connaissons depuis toujours et

qui, de ce fait, ne sont perçus comme ni exceptionnels ni urgents. Mais que pèse cette argumentation face aux enfants, et aux familles de ces enfants, que la malnutrition, la maladie, les infirmités et une mort précoce frapperont au cours de la prochaine décennie?

Dans la perspective plus large de notre avenir commun, assurer à l'enfant une saine croissance physique et

mentale constitue l'investissement le plus important que l'on puisse faire dans le domaine du développement social et économique. Faire ce qui est en notre pouvoir aujourd'hui pour atteindre cet objectif mérite donc hautement de venir au premier plan des priorités des responsables politiques, de la presse et de l'opinion dans le monde entier, au moment où nous nous engageons dans la dernière décennie de ce siècle.

Notes

1. *Financement et dette extérieure des pays en développement, Etude 1988*, OCDE, Paris, 1989; *World Military and Social Expenditures 1989*, World Politics, Washington, D.C., 1989.
2. Teresa Albanez, Eduardo Bustelo, Giovanni Andrea Cornia and Eva 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.
3. Compte-rendu de la réunion trimestrielle sur la vaccination universelle des enfants, UNICEF, New York, 5 juin 1989.
4. Teresa Albanez, Eduardo Bustelo, Giovanni Andrea Cornia and Eva Jespersen, *op. cit.*
5. Dieter Berstecher, *The Educational Fallout of Adjustment*, UNESCO, Paris, 1988.
6. Teresa Albanez, Eduardo Bustelo, Giovanni Andrea Cornia and Eva Jespersen, *op. cit.*
7. Richard Jolly, *Nutrition and Adjustment Policy*, communication présentée au 14^e Congrès international de nutrition, Séoul, République de Corée, 20-25 août 1989.
8. *A Vision for America's Future - An Agenda for the 1990s: a children's defense budget*, Children's Defense Fund, Washington, D.C.
9. *Reproductive Change in Developing Countries, Insights From The World Fertility Survey (1974-1982)*, Oxford University Press, Oxford, 1985.
10. «Water with sugar and salt», *The Lancet*, p. 300, August 5, 1979.
11. *ARI News*, no. 13, April 1989, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, London.
12. Communication personnelle, septembre 1989.
13. *Intercom*, no. 50, UNICEF, New York, October 1988.
14. «Pakistan: dernières informations sur l'allaitement maternel», *Mères et Enfants*, vol. 7, n° 2, 1988, Association de santé publique des Etats-Unis, Washington, D.C.
15. Carl Wahren, «Démographie et développement - Constats et projections», *l'Observateur de l'OCDE*, 155, décembre 1988 - janvier 1989.
16. Nafis Sadik, «Investir en faveur des femmes sera la clé de l'avenir», résumé de presse de *l'Etat de la population mondiale 1989*, Fonds des Nations Unies pour la population, New York.
17. Norbert Hirschhorn, *Oral Rehydration Therapy: the program and the promise*, communication préparée à l'intention de la Conférence de l'UNICEF sur la santé et la survie des enfants, 30-31 mai 1985, Harvard School of Public Health, Cambridge, Massachusetts.
18. *Population Reports*, series L, no. 5, March-April 1986, Population Information Program, The Johns Hopkins University, Baltimore.
19. Alan Berg, *Malnutrition - What Can Be Done? Lessons from World Bank Experience*, published for The World Bank by The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1987.
20. Teresa Albanez, Eduardo Bustelo, Giovanni Andrea Cornia and Eva Jespersen, *op. cit.*
21. Alfred Sommer, *New Imperatives for an Old Vitamin (A)*, E. V. McCollum International Lectureship in Nutrition, Symposium on Biological Actions of Carotenoids, American Institute of Nutrition, 1989.
22. *La Déclaration d'Edimbourg*, Conférence mondiale sur la formation médicale de la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine, Edimbourg, 1988.
23. Gill Walt, «CHWs: are national programmes in crisis?», *Health Policy and Planning*, vol. 3, no. 1, pp. 1-21, Oxford University Press, Oxford, 1988.
24. Mahbub Ul Haq, «Reinstating the human being», *Future*, no. 24-25, UNICEF, New Delhi, 1988.
25. *Rapport sur le développement dans le monde 1980*, Banque mondiale, Washington, D.C., 1981; voir aussi George Psacharopoulos, *The Contribution of Education to Economic Growth: International Comparisons*, World Bank Reprint Series no. 320, The World Bank, Washington, D.C.
26. Mahbub Ul Haq, *op. cit.*
27. Keith Hinchliffe, *The Monetary and Non-Monetary Returns to Education in Africa*, The World Bank, Discussion Paper, Education and Training Series, Report no. EDT46, December 1986.
28. Federico Mayor, discours prononcé à l'occasion de la session de 1989 du Conseil d'administration de l'UNICEF, New York, 17 avril 1989.
29. Dieter Berstecher, *op. cit.*
30. *A Brief Overview of Literacy and Primary Education: current status, issues, and broadening the approach*, UNICEF Consultation on Education, February 15-17, 1988, UNICEF, New York.
31. *Education in Sub-Saharan Africa: policies for adjustment, revitalization, and expansion*, A World Bank Policy Study, The World Bank, Washington, D.C.
32. George Psacharopoulos, *op. cit.*; voir aussi George Psacharopoulos, *Critical Issues in Education - A World Agenda*, The World Bank, Discussion Paper, Education and Training Series, Report no. EDT96, June 1987.
33. *Rapport sur le développement dans le monde 1980*, *op. cit.*; voir aussi George Psacharopoulos, *The Contribution of Education to Economic Growth: International Comparisons*, *op. cit.*
34. *A Brief Overview of Literacy and Primary Education: current status, issues, and broadening the approach*, *op. cit.*
35. Jandhyala B. G. Tilak, «Costs of Education in India», *International Journal of Educational Development*, vol. 8, no. 1, pp. 25-42, 1988.
36. *Education in Sub-Saharan Africa: policies for adjustment, revitalization, and expansion*, *op. cit.*
37. *Ibid.*

38. *Debit Debate*, International Coalition for Development Action, Brussels, April 1988.

39. *Alleviation of Critical Poverty and Improvement of Economic Management in Sub-Saharan Africa – A Challenge to UNDP*, Communication de Joseph C. Wheeler, Président du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques, à l'occasion de la Réunion conjointe des ministres du Plan et des Représentants résidents de l'UNDP pour la région de l'Afrique, Addis Ababa, 8 avril 1989.

40. Communication de Joseph C. Wheeler, Président du Comité d'aide au développement (OCDE) à l'occasion du Symposium international sur «Les crises du système mondial: le monde dix ans après le rapport Brandt», Vienne, 29-septembre-1^{er} octobre 1988.

41. Mahbub Ul Haq, *op. cit.*

42. C. Fred Bergsten, *America in the World Economy: a strategy for the 1990s*, Institute for International Economics, 1989, cité dans *The Economist*, January 14, 1989.

43. Stephany Griffiths-Jones, Institute for Development Studies, University of Sussex, citée dans «The Debt Policy», *Time Magazine*, July 31, 1989.

44. Clive Hamilton, «Can the Rest of Asia Emulate the NICs?», *Third World Quarterly*, vol. 9, no. 9, October 1987.

45. Amartya Sen, *Food and Freedom*, Third Sir John Crawford Memorial Lecture, arranged by the Consultative Group of International Agricultural Research, given at the Eugene Black Auditorium of the World Bank, Washington, D.C., October 29, 1987.

Bela Balassa, «The Lessons of East Asian Development: an overview», *Economic Development and Cultural Change*, vol. 36, no. 3, Supplement, April 1988.

Rapport sur le développement dans le monde 1989, Banque mondiale, Washington, D.C., 1989.

Joseph C. Wheeler, *Coopération pour le développement, efforts et politiques poursuivis par les membres du Comité d'aide au développement*, OCDE, Paris, rapport de décembre 1988.

Joseph C. Wheeler, *Statement for the Committee on Foreign Affairs of the United States House of Representatives*, June 24, 1988.

Joseph C. Wheeler, *Greening our Development Philosophy*, address to the World Resources Institute luncheon, April 3, 1989.

Marlaire E. Lockheed and Eric Hanushek, *Improving the Efficiency of Education in Developing Countries: review of the evidence*, The World Bank, Discussion Paper, Education and Training Series, Report No. EDT77, Washington, D.C., May 1987.

Yasmine Zahran, «Les femmes: la prochaine décennie», *Pruples*, vol. 12, n° 2, 1985.

Investing in Children – The Economics of Education, The World Bank, Economic Development Institute, Washington, D.C.

«The Quality of Education and Economic Development», A World Bank Symposium, The World Bank, Washington, D.C.

Christopher Colclough, *Primary Schooling and Economic Development: a review of the evidence*, World Bank Staff Working Paper no. 399, The World Bank, Washington, D.C., June 1980.

Mary Chamic, *Factors Affecting Young Girls' School Attendance in Developing Societies*, The International Center for Research on Women, Washington, D.C., February 1983.

Environment and Sustainable Development – UNICEF Policy and Action in Relation to JCGP Collaboration for the 1990s, a paper prepared for the Joint Consultative Group on Policy, Rome, July 3-4, 1989.

Hiroshi Nakajima, WHO, *Health Education: the Grand Alliance*; James P. Grant, UNICEF, *The Education-Knowledge-Road to Health for All Strategy for the 1990s*, discours d'ouverture et de clôture prononcés à l'occasion de la XIII^e Conférence mondiale sur l'éducation sanitaire, Houston, 28 août – 2 septembre 1988.

John W. Mellor, *Agricultural Development in the Third World: the food, development, foreign assistance, trade nexus*, paper prepared for the 1988 World Food Conference, European Parliament, Brussels, April 6-8, 1988, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.

Paul Harrison, *The Greening of Africa*, An International Institute for Environment and Development-Earthscan Study, Paladin Grafton Books, 1987.

M. S. Swaminathan, *Sustainable Nutrition Security for Africa: lessons from India*, The Hunger Project Papers, no. 5, October 1986.

Infections – Relation to Water and Excreta; the health dimension of the decade and the role of development banks in international funding, Water Supply and Sanitation in Developing countries, Chapters 3 and 4, I.W.E.S., 1983.

Bibliographie

R. Van de Hoeven and Richard Jolly, *Towards the end of the Century – A Reflection on Goals and Strategies for the UN Fourth Development Decade*, UNDP, Development Study Programme, Roundtable on «Human Development: Goals and Strategies for the Year 2000», Amman, Jordan, September 3-5, 1988.

Beyond Adjustment: Toward Sustainable Growth with Equity in Sub-Saharan Africa, The World Bank, Washington, D.C., November 1988.

La coopération pour le développement dans les années 90, Comité d'aide au développement, OCDE, Paris, 1989.

G. A. Cornia, F. Stewart, R. Jolly, *L'ajustement à visage humain*, Economica, Paris, 1987.

Discours prononcé devant le Conseil des Gouverneurs par 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, Banque mondiale, Washington, D.C.

Giovanni Andrea Cornia, *Investing in Human Resources: health, nutrition and development for the 1990s*, UNICEF, June 1988.

«Billions Will Still Lack Supply in 1990», Review of report from UN Secretary General, *World Water*, Water Decade Review.

Approvisionnement en eau, assainissement et santé pour tous d'ici à l'an 2000: l'action de l'UNICEF dans les années à venir, Conseil économique et social des Nations Unies, S/ICEF/1988/L.4, 9 février 1988, New York.

«International Drinking Water Supply and Sanitation Decade: mid-decade progress review», *Water Resources Journal*, United Nations, New York, September 1987.

Michael A. Koenig, et al., «Maternal Mortality in Malab, Bangladesh: 1976—1985», *Studies in Family Planning*, vol. 19, no. 2, March—April 1988.

Allan Rosenfield and Deborah Maine, «Maternal Mortality—A Neglected Tragedy», *The Lancet*, July 13, 1985.

L'amélioration de la santé par la planification familiale, recommandations de la Conférence internationale sur la contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants, Nairobi, Kenya, octobre 1987, Fédération internationale pour la planification familiale, New York.

William H. Foege, *Protecting the World's Children: an agenda for the 1990's: child survival—the next 12 years*, document préparé pour la réunion du Groupe d'étude pour la survie des enfants qui s'est tenue à Talloires, France, les 10-12 mars 1988, The Carter Presidential Center, Inc., Georgia.

S. A. Esrey, R. G. Feachem, J. M. Hughes, «Interventions for the Control of Diarrhoeal Diseases Among Young Children: improving water supplies and excreta disposal facilities», *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva.

Dialogue on Diarrhoea, no. 34, September 1988, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, London.

Guillermo Lopez de Romana, Kenneth H. Brown, Robert E. Black and Hilary Creed Kanashiro, «Longitudinal Studies of Infectious Diseases and Physical Growth of Infants in Huascar, an Underprivileged Peri-Urban Community in Lima, Peru», *American Journal of Epidemiology*, vol. 129, no. 4.

Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques: Rapport intérimaire du programme 1988, OMS, Genève, document WHO/CDD/89.31.

C. J. Clements, Julie B. Milstien, M. Grabowsky, J. Gibson, *Research into Alternative Measles Vaccines in the 1990s*, WHO, Geneva, Document EPI/GEN/88.11 Rev. 1.

UCI/CDO Quarterly Monitoring Review, UNICEF, New York, November 14, 1988.

Tétanos du nouveau-né, Programme élargi de vaccination, OMS, Genève, mise à jour, septembre 1988.

Rapport du Programme élargi de vaccination, Réunion du Groupe consultatif mondial, Abidjan, 17-21 octobre 1988, Document WHO/EPI/GEN/89.1.

Programme élargi de vaccination—Rapport de situation et d'évaluation, OMS, Quarante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé, 6 mars 1989.

«Infections respiratoires aiguës chez l'enfant: les agents de santé communautaires peuvent-ils traiter les pneumonies?», *Forum mondial de la Santé*, vol. 9, n° 2, OMS, Genève, 1988.

ARI News, no. 11, August 1988, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, London.

IRA—Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës, *Rapport du Programme 1988*, OMS, Genève, Document WHO/ARI/89.3.

Le rôle du district dans l'accélération de la santé pour tous les Africains, OMS, Comité régional de l'Afrique, Trente-septième session, Bamako, 9-16 septembre 1987, AFR/RC37/TD/1.

O. Ransome-Kuti, «Trouver la bonne voie», *Forum mondial de la Santé*, vol. 8, n° 2, OMS, Genève, 1987.

Community Health Workers: policy and practice in national programmes, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.

Newton R. Bowles, *The Talloires Targets—Guidelines for Implementation*, document de travail revu par le Groupe d'étude pour la survie des enfants à l'occasion d'une réunion qui s'est tenue à New York les 30-31 janvier 1989, UNICEF, New York.

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 juvéno-infantiles
- 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 SRO

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 juvéno-infantile taux de croissance démographique
- taux brut de mortalité taux brut de natalité
- espérance de vie taux de fécondité urbanisation

6: Indicateurs économiques

- PNB par habitant taux de croissance annuelle du PNB inflation
- pauvreté dépenses des gouvernements aide publique au développement
- dettes

7: 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 neuf organismes — sont inévitablement sujets à des degrés divers de fiabilité. Les données nationales officielles transmises aux organismes compétents des Nations Unies ont été utilisées chaque fois que cela était possible. Dans les nombreux cas où les données officielles fiables manquent, ce sont les estimations de l'organisme compétent des Nations Unies qui ont été utilisées. En l'absence de telles estimations normalisées au niveau international, les données des tableaux proviennent des bureaux des services extérieurs de l'UNICEF concernés. À l'exception des indicateurs relatifs à l'accès aux services de santé et à la couverture vaccinale, pour lesquels l'UNICEF est la source principale, toutes les données provenant des bureaux extérieurs sont indiquées par un astérisque ou par la lettre y.

Les données relatives aux taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) et 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 PIB par habitant et de l'aide publique au développement (APD), les données sont le résultat d'un processus permanent de révision et de mise à jour dont sont responsables, respectivement, la Banque mondiale et l'OCDE.

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

Signes et explications

Sauf indication contraire, les chiffres résumant les statistiques pour les quatre grands groupes de pays définis en fonction de leur taux de mortalité 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 valeurs classées par ordre de grandeur; c'est la moyenne la plus couramment utilisée lorsqu'on se trouve en présence d'un très large éventail de données différentes, comme c'est le cas dans les tableaux des pages suivantes. Elle offre notamment l'avantage d'éviter les distorsions

lorsqu'il s'agit de très petits ou de très grands pays. Lorsque l'éventail des données est moins étendu, la moyenne la plus couramment utilisée est la moyenne réelle, qui est la somme de toutes les valeurs divisée par le nombre de données. Toutefois, du fait que les pays cités ici ont des chiffres de population qui diffèrent grandement, on se heurterait immédiatement au problème de la pondération. D'où ce choix de la valeur médiane pour donner au lecteur une idée de la situation dans un pays caractéristique appartenant à un groupe de TMM5 donné.

.. Donnée non disponible.

* Provenant des bureaux des services extérieurs de l'UNICEF.

(j) Moins de la moitié de l'unité utilisée.

T Total (par opposition à médiane).

x Voir notes relatives aux tableaux.

y Provenant des bureaux des services extérieurs de l'UNICEF; voir notes relatives aux tableaux.

La plupart des chiffres relatifs au TMM5 sont des interpolations à partir d'estimations calculées sur une période de cinq ans par la Division de la population des Nations Unies sur une base se prêtant à une comparaison internationale et en utilisant diverses sources. Dans certains cas, il se peut que ces estimations diffèrent des chiffres les plus récents des statistiques nationales.

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 1988 et qui sont arrondis à l'unité la plus proche. L'ordre numérique des pays est indiqué dans la liste alphabétique suivante.

Afghanistan	1	Guatemala	55	Pakistan	33
Afrique du Sud	57	Guinée	8	Panama	86
Albanie	87	Guyane	72	Papouasie-Nouvelle-Guinée	69
Algérie	54	Haiti	30	Paraguay	77
Allemagne, Rép. féd. d'	120	Honduras	53	Pays-Bas	126
Angola	4	Hong Kong*	121	Pérou	46
Arabie saoudite	56	Hongrie	103	Philippines	71
Argentine	85	Inde	37	Pologne	104
Australie	119	Indonésie	49	Portugal	107
Autriche	122	Iran, Rép. islamique d'	63	Rép. arabe syrienne	75
Bangladesh	22	Iraq	60	Rép. centrafricaine	12
Belgique	111	Irlande	125	Rép. dém. allemande	112
Bénin	23	Israël	109	Rép. dém. pop. lao	34
Bhoutan	19	Italie	118	Rép. dominicaine	70
Bolivie	29	Jamahiriya arabe libyenne	48	Roumanie	96
Botswana	62	Jamaïque	100	Royaume-Uni	117
Brésil	66	Japon	128	Rwanda	15
Bulgarie	102	Jordanie	79	Sénégal	42
Burkina Faso	9	Kampuchea démocratique	16	Sierra Leone	5
Burundi	21	Kenya	52	Singapour	113
Cameroun	36	Koweït	99	Somalie	13
Canada	127	Lesotho	43	Soudan	25
Chili	97	Liban	80	Sri Lanka	83
Chine	84	Libéria	38	Suède	130
Colombie	74	Madagascar	24	Suisse	129
Congo	50	Malaisie	91	Tanzanie, République-Unie de	26
Corée, Rép. de	89	Malawi	6	Tchad	11
Corée, Rép. pop. dém. de	88	Mali	3	Tchécoslovaquie	108
Costa Rica	101	Maroc	47	Thaïlande	81
Côte d'Ivoire	40	Maurice	94	Togo	35
Cuba	105	Mauritanie	14	Trinité-et-Tobago	98
Danemark	116	Mexique	73	Tunisie	68
Egypte	45	Mongolie	78	Turquie	61
El Salvador	67	Mozambique	2	URSS	92
Emirats arabes unis	90	Myanmar	59	Uruguay	93
Equateur	65	Namibie	27	Venezuela	82
Espagne	115	Népal	18	Viet Nam	64
Etats-Unis d'Amérique	110	Nicaragua	58	Yémen, Rép. arabe du	20
Ethiopie	7	Niger	10	Yémen, Rép. dém. pop. du	17
Finlande	131	Nigéria	28	Yougoslavie	95
France	124	Norvège	123	Zaire	41
Gabon	32	Nouvelle-Zélande	114	Zambie	44
Ghana	39	Oman	76	Zimbabwe	51
Grèce	106	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 (mois d'un an)		Population (millions d'habitants) 1988	Nombre annuel de naissances/décès jeunes infantiles (0-4 ans) (milliers) 1988	PNB par habitant (dollars) 1987	Espérance de vie à la naissance (années) 1988	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 1985	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%) 1985-1988	Répartition du revenu parmi les ménages (%) 1975-1988	
	1960	1988	1960	1988							les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 170)												
Médiane	314	203	190	127	489T	22588T/4684T	275	48	33	65		
1 Afghanistan	380	300	215	171	15.1	843/253		42	24	21		
2 Mozambique	330	298	190	172	14.8	669/199	170	47	39	68		
3 Mali	370	292	210	168	8.8	444/130	210	44	17	23		
4 Angola	346	292	208	172	9.5	450/131	470*	45	41	93		
5 Sierra Leone	386	266	219	153	3.9	191/51	300	41	30	58		
6 Malawi	364	262	206	149	7.9	419/110	160	47	42	66		
7 Ethiopie	294	259	175	153	44.7	2019/523	130	41	66*	37		
8 Guinée	346	248	208	146	6.5	305/76		42	29	30		
9 Burkina Faso	362	233	205	137	8.5	404/94	190	47	14	32		
10 Niger	320	228	191	134	6.7	343/78	260	45	14	29		
11 Tchad	326	223	195	131	5.4	239/53	150	46	26	51		
12 Rép. centrafricaine	308	223	183	131	2.8	123/27	330	46	41	66		
13 Somalie	294	221	175	131	7.1	353/78	290	45	12*			
14 Mauritanie	320	220	191	126	1.9	89/20	440	46	17*	52		
15 Rwanda	248	206	146	121	6.8	347/71	300	49	47	67		
16 Kampuchea démocratique	218	199	146	127	7.9	319/63		49	75*			
17 Yémen, Rép. dém. pop. du	378	197	214	118	2.3	111/22	420	51	42	66		
18 Népal	297	197	186	127	18.2	714/141	160	51	26	76		
19 Bhoutan	297	197	186	127	1.5	56/11	150	48		26		
20 Yémen, Rép. arabe du	378	190	214	115	7.5	364/69	590	51	25*	91		
21 Burundi	258	188	152	111	5.1	236/44	250	49	34*	67		
22 Bangladesh	262	188	156	118	109.6	4642/873	160	51	33	70	17	45
23 Bénin	310	185	185	109	4.4	226/42	310	47	27	63		
24 Madagascar	364	184	219	119	11.2	516/95	210	54	68	94		
25 Soudan	293	181	170	107	23.8	1062/192	330	50	24*	49		
26 Tanzanie, République-Unie de	248	176	146	105	25.4	1291/227	180	53	91*	66		
27 Namibie	262	176	155	105	1.8	15/3		56				
28 Nigéria	318	174	190	104	105.5	5286/920	370	51	43	64		
29 Bolivie	282	172	167	109	6.9	297/51	580	53	75	91	12*	58*
30 Haïti	294	171	197	116	6.3	215/37	360	55	38	78		
Pays à TMM5 élevé (95-170)												
Médiane	241	125	153	83	1486T	51592T/7237T	580	57	59	94		
31 Ouganda	224	169	133	102	17.2	868/147	260	51	58	70		
32 Gabon	288	169	171	102	1.1	43/7	2700	52	62			
33 Pakistan	277	166	163	108	114.9	5263/874	350	57	30	40		
34 Rép. dém. pop. lao	232	159	155	109	3.8	159/25	170	49	84	94		
35 Togo	305	153	182	93	3.2	146/22	290	53	41	101		
36 Cameroun	275	153	163	93	10.7	451/69	970	51	56	109		
37 Inde	282	149	165	98	818.8	26446/3940	300	58	43	98	16	49
38 Libéria	258	147	153	86	2.4	109/16	450	55	35	35		
39 Ghana	224	146	132	89	14.1	624/91	390	54	54	71		
40 Côte d'Ivoire	264	142	165	95	11.6	596/85	740	53	42		9	61
41 Zaïre	251	138*	148	83*	33.8	1542/212	150	53	62	76		
42 Sénégal	313	136*	180	80*	7.0	320/44	520	46	28	60		
43 Lesotho	208	136	149	99	1.7	68/9	370	56	73	115		
44 Zambie	228	127	135	79	7.9	400/51	250	54	76	97	11	61
45 Egypte	300	125	179	83	51.5	1799/225	680	61	45	90	16	48
46 Pérou	233	123	142	87	21.3	719/88	1470	62	85		7	61
47 Maroc	265	119	163	80	23.9	830/99	610	61	34	71		
48 Jamaïque arabe libyenne	268	119	160	80	4.2	188/22	5460	61	66			
49 Indonésie	235	119	139	84	175.0	4822/574	450	56	74	118	14	49
50 Congo	241	114	143	72	1.9	84/10	870	49	63			
51 Zimbabwe	182	113	110	71	9.1	379/43	580	59	74	128		
52 Kenya	208	113	124	71	23.1	1238/140	330	59	60	96	9	60
53 Honduras	232	107	144	68	4.8	191/20	810	64	59	106		
54 Algérie	270	107	168	73	23.8	943/101	2680	63	50	96		
55 Guatemala	230	99	125	58	8.7	353/35	950	62	55	77		
56 Arabie saoudite	292	98	170	70	13.1	557/55	6200	64	51*	71		
57 Afrique du Sud	192	95	135	71	33.7	1062/101	1890	61				
58 Nicaragua	210	95	140	61	3.6	150/14	830	64	88*	99		
59 Myanmar	229	95	153	69	40.0	1242/118	200*	60	84*	81		

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1988 (en gras).

	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Population (millions d'habitants) 1988	Nombre annuel de naissances/écarts jeunes-entantes (0-4 ans) (milliers) 1988	PIB par habitant (dollars) 1987	Espérance de vie à la naissance (années) 1988	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 1985	Taux d'inscription à l'école primaire du groupe d'âge pertinent (%) 1985-1988	Répartition du revenu parmi les ménages (%) 1975-1988	
	1960	1988	1960	1988							les 40% les plus pauvres	les 20% les plus riches
Pays à TMM5 moyen (31-94)												
	155	63	111	44	2170T	50388T/2761T	1400	66	84	104		
60 Iraq	222	94	139	68	17.7	751/71	3020*	64	89	98		
61 Turquie	258	93	190	74	53.5	1502/140	1210	64	74*	117	11	56
62 Botswana	174	92	119	66	1.2	57/5	1050	59	71	114		
63 Iran, Rép. islamique d'	254	90	169	61	53.1	2175/196		66	51	114		
64 Viet Nam	233	88	156	63	64.2	2057/181		62	84	101		
65 Equateur	183	87	124	62	10.2	359/31	1040	66	83	117		
66 Brésil	160	85	116	62	144.4	4066/346	2020	65	78	103	7	67
67 El Salvador	206	84	142	58	5.0	187/16	860	63	72	79	15	47
68 Tunisie	255	83	159	58	7.8	231/19	1180	66	55	116		
69 Papouasie-Nouvelle-Guinée	247	81	165	57	3.8	145/12	700	54	45	70		
70 Rép. dominicaine	200	81	125	64	6.9	211/17	730	66	78	101		
71 Philippines	135	73	80	44	59.5	1947/142	590	64	86	106	14	52
72 Guyane	94	71*	69	56*	1.0	25/2	390	70	96	90		
73 Mexique	140	68	92	46	84.9	2439/166	1830	69	90	118	10	58
74 Colombie	148	68	93	46	30.6	878/60	1240	65	82*	114		
75 Rép. arabe syrienne	218	64	135	47	11.6	512/33	1640	65	60	110		
76 Oman	378	64	214	40	1.4	63/4	5810	56	30*	97		
77 Paraguay	134	62	86	42	4.0	139/9	990	67	88	102		
78 Mongolie	158	59	109	44	2.1	82/5		64	93	102		
79 Jordanie	218	57	135	43	3.9	182/10	1560	66	75	99		
80 Liban	92	51	68	39	2.8	82/4		67	78	125		
81 Thaïlande	149	49	103	38	54.1	1218/60	850	65	91	95	15	50
82 Venezuela	114	44	81	36	18.8	569/25	3230	70	87	107	10	54
83 Sri Lanka	113	43	70	32	16.8	380/16	400	70	87	104	16	50
84 Chine	202	43	150	31	1104.0	22202/955	290	70	69	132		
85 Argentine	75	37	61	32	31.5	672/25	2390	71	95	110	14	50
86 Panama	105	34	69	23	2.3	61/2	2240	72	89	106	7	62
87 Albanie	151	34	112	28	3.1	74/3		72		100		
88 Corée, Rép. pop. dém. de	120	33	85	24	21.9	623/21		69				
89 Corée, Rép. de	120	33	85	24	42.6	790/26	2690	69	92*	104	17	45
90 Emirats arabes unis	239	32	145	25	1.5	33/1	15830	71		99		
91 Malaisie	106	32	73	24	16.6	480/15	1810	70	74	102	11	56
92 URSS	53	32	38	25	283.7	5108/161	4550*	70		106		
93 Uruguay	56	31	50	27	3.1	58/2	2190	71	95*	110		
Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 30)												
Médiane	44	12	37	10	950T	13043T/172T	7940	75	93	102	18	40
94 Maurice	104	29	70	22	1.1	21/1	1490	69	83	106	11	60
95 Yougoslavie	113	28	92	25	23.6	353/10	2480	72	91	95	19	39
96 Roumanie	82	28	69	22	23.0	356/10	2560*	70		97		
97 Chili	142	26	114	19	12.7	299/8	1310	72	97*	102		
98 Trinité-et-Tobago	67	23	54	20	1.2	29/1	4210	70	96	100	13	50
99 Koweït	128	22	89	19	1.9	61/1	14610	73	70	94		
100 Jamaïque	88	22	62	18	2.4	62/1	940	74		105		
101 Costa Rica	121	22	84	18	2.9	79/2	1610	75	93	98	12	55
102 Bulgarie	69	20	49	15	9.0	115/2	4150*	72		104		
103 Hongrie	57	19	51	17	10.6	126/2	2240	70		97	20	36
104 Pologne	70	18	62	16	38.0	620/11	2070*	71		101		
105 Cuba	87	18	62	15	10.2	161/3		74	96*	104		
106 Grèce	84	18	53	13	10.0	121/2	4020	76	92	106		
107 Portugal	112	17	81	14	10.2	140/2	2830	73	84	127	15	49
108 Tchécoslovaquie	32	15	26	12	15.6	222/3	5820*	71		96		
109 Israël	40	14	33	11	4.4	96/1	6800	75	95	95	18	40
110 États-Unis	30	13	26	10	245.4	3647/47	18530	75		100	17	40
111 Belgique	35	13	31	10	9.9	117/1	11480	75		100	22	36
112 Rép. dém. allemande	44	12	37	8	16.6	211/3	7180*	73		106		
113 Singapour	50	12	36	9	2.6	43/1	7940	73	86	116		
114 Nouvelle-Zélande	27	12	23	10	3.3	52/1	7750	75		107	16	45
115 Espagne	56	12	46	9	39.1	503/6	6010	77	94	113	19	40
116 Danemark	25	11	22	8	5.1	55/1	14930	75		99	17	39
117 Royaume-Uni	27	11	23	9	56.8	755/8	10420	75		106	18	40
118 Italie	50	11	44	10	57.3	629/7	10350	76	97	95	17	44
119 Australie	25	10	21	9	16.4	243/2	11100	76		106	15	47
120 Allemagne, Rép. féd. d'	40	10	33	8	60.7	635/6	14400	75		103	20	39
121 Hong Kong	65	10	44	8	5.7	87/1	8070	76	88	106	16	47
122 Autriche	43	10	37	8	7.5	87/1	11980	74		101		
123 Norvège	23	10	19	8	4.2	52/1	17190	77		95	19	38
124 France	34	10	29	8	55.8	778/7	12790	76		113	17	42
125 Irlande	36	9	31	7	3.7	67/1	6120	74		100	20	39
126 Pays-Bas	22	8	18	8	14.6	174/1	11860	77		115	22	36
127 Canada	33	8	28	7	26.1	362/3	15160	77		105	17	40
128 Japon	40	8	31	5	122.4	1455/12	15760	78		102	22	38
129 Suisse	27	8	22	7	6.5	75/1	21330	77		102	20	38
130 Suède	20	7	16	6	8.3	93/1	15550	77		100	20	42
131 Finlande	28	7	22	6	5.0	62/(.)	14470	75		101	18	38

TABLEAU 2: NUTRITION

	Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance 1987-1988	Pourcentage de mères allaitant au sein 1980-1987			Pourcentage d'enfants (1980-1987) souffrant			Indice moyen de production alimentaire par habitant (1975-81 - 100) 1986	Apport journalier de calories par habitant en pourcentage des besoins 1984-1988	Part du revenu des ménages consacrée à l'alimentation (%) 1980-1985 Total/Céréales
		3 mois	6 mois	12 mois	de faible poids modéré/grave (0-4 ans)	d'émaciation modérée et grave (12-23 mois)	de retard de croissance modéré et grave (24-59 mois)			
Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 170)										
Médiane	16	96	92	82	36/8	17	46	95	90	52/18
1 Afghanistan	20				/				94	/
2 Mozambique	20*	99*	96*		57/8			84	69	/
3 Mali	17*	96*		82*	31*/9*	16	34*	108	86	57/22
4 Angola	17*				/			85	82	/
5 Sierra Leone	17*	98*	94*	83*	23*/3*	26	46	89	81	47/18
6 Malawi	20*			96*	22/	8	61	83	102	55/28
7 Ethiopie			97*	95*	38*/	19*	43*	94	71	32/12
8 Guinée		100*	70*	40*	/			90	77	/
9 Burkina Faso		98*	98*	97*	/			121	86	/
10 Niger	15*	65*	30*	15*	49/	23*	38*	98	100	/
11 Tchad	11*				/			105	69	/
12 Rép. centrafricaine	5*				30*/6*			83	86	/
13 Somalie					/			98	90	/
14 Mauritanie	11	91	86	67	44*/8*			91	92	/
15 Rwanda	17*	97*	97*	74*	37*/8*	23	45	75	81	29/10
16 Kampuchea démocratique		100*	93*		20*/3*			141	98	/
17 Yémen, Rép. dém. pop. du	13*	80*	60*	55*	26*/	8	36*	86	96	/
18 Népal		92*	92*	82*	/			102	93	/
19 Bhoutan					/			118		/
20 Yémen, Rép. arabe du		73*	67*	29*	61*/	17*	69*	105	94	/
21 Burundi	9*		95*	90*	38*/10*	10	60*	102	97	/
22 Bangladesh	28	91*	86*	82*	60*/9*	17*	59*	88	83	/
23 Bénin	8*	90	90	76	34*/	14		112	95	37/12
24 Madagascar	10*	95*	95*	85*	33*/8*	18	41*	91	106	58/22
25 Soudan		91*	86*	72*	41*/8*	13*		100	88	58/
26 Tanzanie, République-Unie de	14	100*	90*	70*	48/6	17		86	96	62/30
27 Namibie					/			98	82	/
28 Nigéria	20*	98*	80*	60*	/	21*		96	90	52/18
29 Bolivie	12*				15*/	1	46	95	89	33/
30 Haïti	17*		98*	88*	27*/3*	17*	51*	89	84	/
Pays à TMM5 élevé (95-170)										
Médiane	14	92	90	77	24/4	7	34	95	102	43/13
31 Ouganda		85*	70*	20*	/	3*	32*	82	95	/
32 Gabon					/			82	107	/
33 Pakistan	25*		92	70	39*/10*	17*	42*	104	97	54/17
34 Rép. dém. pop. lao	39		99*	93*	37/	20	44	110	104	/
35 Togo	20*		99*	90*	/			87	97	/
36 Cameroun	13*	92*	90*	77*	17*/	2*	43*	95	88	26/8
37 Inde	30				41*/6*			112	100	52/
38 Libéria		96*	92*	70*	35*/4*	7*	38*	93	102	/
39 Ghana	17*	91	90	72	37*/	28	31	108	76	50/
40 Côte d'Ivoire	14*	87	84	78	40*/	4*	10*	94	110	38/10
41 Zaïre	13	100*	100*	86*	20*/5*	11	40*	94	98	55/15
42 Sénégal	11*	94*	94*	82*	22*/6*	8	28*	103	99	53/16
43 Lesotho	11		87*		16*/2*	7	23	86	101	/
44 Zambie	14*			93*	28/	12*	41*	92	92	50/13
45 Egypte	5*	90	87	81	11*/1*	3*	34	120	132	36/7
46 Pérou	9	80*	67*	37*	13*/2*	3	43	103	93	35/8
47 Maroc		92*	89*	76*	16*/4*	6	34*	122	118	48/14
48 Jamahiriya arabe libyenne					/			90	153	/
49 Indonésie	14*	98*	97*	83*	51*/1*	17*		119	116	48/21
50 Congo	12*	98*	98*	95*	24/5*	13	33	94	117	31/12
51 Zimbabwe	15*	98	96	84	12*/	1*	29*	97	89	43/9
52 Kenya	15	86*	82*	67*	/	10*	42*	90	92	42/18
53 Honduras	20*	48*	28*	24*	21/4	2*	34*	87	92	39/
54 Algérie	9*				/			95	112	/
55 Guatemala	10*		84*	74*	34*/8*	3	68*	96	105	36/10
56 Arabie saoudite	6*		91*	52*	/			236	125	/
57 Afrique du Sud	12*				/			88	120	/
58 Nicaragua	15			71*	11/1	()	22	65	110	/
59 Myanmar	16*				38*/	17	75*	124	119	/

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1988 (voir tableau 1).

	Pourcentage d'enfants de poids insuffisant à la naissance 1957-1988	Pourcentage de mères allaitant au sein 1980-1987			Pourcentage d'enfants (1980-1987) souffrant			Indice moyen de production alimentaire par habitant (1979-81 = 100) 1988	Apport journalier de calories par habitant en pourcentage des besoins 1984-1986	Part du revenu des ménages consacrée à l'alimentation (%) 1980-1985 total/Cérames
					de faible poids modéré/grave (0-4 ans)					
		mois	8 mois	12 mois		d'amaigrissement modéré et grave (12-23 mois)	de retard de croissance modéré et grave (24-59 mois)			
Pays à TMM5 moyen (31-94)										
	9	80	70	48	22/3	7	34	97	113	35/10
60 Iraq	9*				/			102	124	/
61 Turquie	8*	99*	91*	51*	12*/1*			98	125	40/
62 Botswana	8*	96	93	73	15/	19*	51*	75	96	35/13
63 Iran, Rép. islamique d'	5				43*/	23*	55*	89	138	/
64 Viet Nam	18*				52/13	12	60*	114	105	/
65 Equateur	10*	86	74	48	10*/()x	4	39	92	89	31/
66 Brésil	8*	66	58	34	13*/3*	2*	31*	111	111	35/9
67 El Salvador	15*	85	77	55	55/5		54*	88	94	33/12
68 Tunisie	7*	95*	92*	71*		3*	45*	90	123	42/10
69 Papouasie-Nouvelle-Guinée	25*				35/		58	97	96	/
70 Rép. dominicaine	16*				12*/3*	3	26*	91	109	46/13
71 Philippines	18*	79*	70*	53*	33*/	7	42	88	104	47/
72 Guyane	11	62*	38*	22*	22/4	9	21	69	108	/
73 Mexique	15*	62*	52*	36*				93	135	35/
74 Colombie	15*	80*	55*	36*	12*/2*	1	27*	101	110	29/
75 Rép. arabe syrienne		88*	72*	41*	25*/2*			95	131	/
76 Oman	6	73*	50*	20*						/
77 Paraguay	7*	80*	77*	49*	32*/1*			117	123	30/6
78 Mongolie	10				/			95	116	/
79 Jordanie	5*	80*	70*	50*	/			117	121	36/
80 Liban		50*	40*	15*	/				125	/
81 Thaïlande	12	83	79	68	26*/4*	10	28*	104	105	34/
82 Venezuela	9*	50*	40*	30*	10/	3	7	92	102	38/
83 Sri Lanka	28*	94	92	81	38*/9*	19	34*	88	110	48/21
84 Chine	5*	70*	60*		/			127	111	/
85 Argentine		66	36	14	/			96	136	35/4
86 Panama	8	62	53	53	16/	7	24	93	107	38/7
87 Albanie	7				/			95	114	/
88 Corée, Rép. pop. dém. de					/			109	135	/
89 Corée, Rép. de	6	58*	40*	27*	/			100	122	35/
90 Emirats arabes unis	7*				/					/
91 Malaisie	10	88*			/	12*	33*	138	121	30/
92 URSS	6				/			109	133	/
93 Uruguay	8*	50*	43*		7*/2*		16*	102	100	31/7
Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 30)										
Médiane										
	6	47	30		/			102	128	/
94 Maurice	9*	79	55	40	24/7	16*	22*	99	121	20/4
95 Yougoslavie	7*				/			98	139	/
96 Roumanie	6				/			110	127	/
97 Chili	7	23*	18*	17*	3*/	1	10*	108	106	29/7
98 Trinité-et-Tobago		59*	50*	14*	7*/	5	4*	71	126	/
99 Koweït	7	47*	32*	12*	6/	2	14			/
100 Jamaïque	8*	95	82	43	9*/2*	5*	9*	98	116	38/
101 Costa Rica	10	61	38	22	6/	3	8	86	124	33/8
102 Bulgarie	6				/			102	145	/
103 Hongrie	10	86			/			106	135	/
104 Pologne	8	32*	25*		/			102	126	/
105 Cuba	8				/	1*		105	135	/
106 Grèce	6				/			100	147	/
107 Portugal	5	29	12	7	/			102	128	/
108 Tchécoslovaquie	6				/			122	141	/
109 Israël	7				/			100	118	/
110 États-Unis	7	33	24		/			85	138	/
111 Belgique	5				/			116	146	/
112 Rép. dém. allemande	6				/			117	145	/
113 Singapour	6				/			83	124	19/
114 Nouvelle-Zélande	5				/			111	129	/
115 Espagne	1				/			110	137	/
116 Danemark	6				/			119	131	/
117 Royaume-Uni	7	26	22		/			105	128	/
118 Italie	7*				/			98	39	/
119 Australie	6*	56	40	10	/			97	125	/
120 Allemagne, Rép. féd. d'	6*				/			112	130	/
121 Hong Kong	5				/			54	121	19/3
122 Autriche	6	41			/			104	130	/
123 Norvège	4*				/			109	120	/
124 France	5				/			100	130	/
125 Irlande	4				/			98	146	/
126 Pays-Bas		33*			/			111	121	/
127 Canada	6	53	30		/			93	129	/
128 Japon	5	72	52		/			98	122	/
129 Suisse	5*				/			108	128	/
130 Suède	4	47	23		/			92	113	/
131 Finlande	4		7*		/			99	113	/

TABLEAU 3: SANTÉ

	Pourcentage de la population ayant accès à de l'eau saine 1985-1987		Pourcentage de la population ayant accès à des services de santé 1985-1987		Pourcentage d'individus complètement vaccinés 1981/1987-1988				Taux d'utilisation de SRO 1985-1987
	Total/Urban/Rural		Total/Urban/Rural		Enfants d'un an				
	Tuberculose	DTC	Poli	Rougeole	Femmes enceintes Tétanos				
Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 170)									
Médiane	34/ 69/21	41/ 80/30	26/53	14/30	9/30	21/38	5/20	11.4	
1 Afghanistan	21/ 38/17	29/ 80/17	8/27	3/25	3/25	6/31	3/6	10.8	
2 Mozambique	16/ 38/ 9	39/100/30	46/49	56/38	32/38	32/44	/43	13.5	
3 Mali	17/ 46/10	15/ /	19/64	/18	/18	/23	/17	2.2	
4 Angola	30/ 87/15	30/ /	/32	/12	/13	/56	/19	12.0	
5 Sierra Leone	25/ 68/ 7	/ /	35/73	15/25	13/25	28/38	10/50	11.4	
6 Malawi	56/ 97/50	80/ /	86/90	66/82	68/80	65/78	/63	9.9	
7 Ethiopie	16/ 69/ 9	46/ /	10/27	6/16	7/16	7/13	/7	22.5	
8 Guinée	19/ 41/12	32/ /	4/31	/16	/16	15/27	5/6	1.0	
9 Burkina Faso	67/ 43/69	49/ 51/48	16/73	2/30	2/30	23/49	11/15	15.0	
10 Niger	47/ 35/49	41/ 99/30	28/39	6/16	6/16	19/24	3/8	0.6	
11 Tchad	/ /	30/ /	/38	/14	/14	/17	/10	1.8	
12 Rép. centrafricaine	/ 13/	45/ /	26/53	12/24	12/24	16/30	13/20	14.6	
13 Somalie	34/ 58/22	27/ 50/15	3/33	/25	2/25	3/28	5/26	11.7	
14 Mauritanie	/ 73/	30/ /	57/79	18/28	18/28	45/45	/	1.5	
15 Rwanda	50/ 79/48	27/ 60/25	51/91	17/80	15/78	42/79	5/43	4.0	
16 Kampuchea démocratique	3/ 10/ 2	53/ 80/50	/58	/45	/45	/38	/3	5.8	
17 Yémen, Rép. dém. pop. du	54/ 85/32	30/ /	9/50	5/35	5/35	6/28	3/5	10.1	
18 Népal	29/ 70/25	/ /	32/91	16/71	1/71	2/52	4/31	14.0	
19 Bhoutan	/ /19	65/ /	36/86	13/70	11/76	21/36	/42	40.0	
20 Yémen, Rép. arabe du	42/100/25	35/ 75/24	15/41	25/29	25/29	40/28	/3	5.8	
21 Burundi	26/ 98/21	61/ /	65/66	38/54	6/54	30/41	25/69	29.5	
22 Bangladesh	46/ 24/49	45/ /	1/26	1/16	1/16	/13	1/11	15.0	
23 Bénin	52/ 80/34	18/ /	/50	/30	/30	/30	/7	12.5	
24 Madagascar	32/ 81/17	56/ /	25/62	40/40	/38	/35	/6	2.1	
25 Soudan	21/ 60/10	51/ 90/40	3/67*	1/53*	1/53*	1/57*	1/20*	23.1	
26 Tanzanie, République-Unie de	56/ 90/42	76/ 99/72	78/94	58/81	49/81	76/88	36/54	10.6	
27 Namibie	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
28 Nigéria	46/100/20	40/ 75/30	23/72	24/58	24/57	55/59	11/20	10.5	
29 Bolivie	44/ 75/13	63/ 90/36	30/27	13/39	15/40	17/44	/25	21.0	
30 Haïti	38/ 59/30	70/ 80/70	60/45	14/49	3/48	/59	/56	14.1	
Pays à TMM5 élevé (95-170)									
Médiane	50/ 75/27	69/ 95/50	55/81	36/63	34/64	23/56	10/26	11.8	
31 Ouganda	20/ 37/18	61/ 90/57	18/77	9/40	8/41	22/49	20/14	5.2	
32 Gabon	92/ /	90/ /	/96	/68	/68	/71	/60	6.8	
33 Pakistan	44/ 83/27	55/ 99/35	11/77	3/64	3/64	2/55	1/26	41.5	
34 Rép. dém. pop. lao	21/ 28/20	67/ /	4/27	7/17	7/17	7/19	2/7	7.3	
35 Togo	55/ 99/41	61/ /	44/95*	9/62*	9/60*	47/74*	57/72*	8.1	
36 Cameroun	33/ 43/24	41/ 44/39	8/77	5/45	5/43	16/44	/26	11.5	
37 Inde	57/ 76/50	12/72	31/73	7/64	/44	24/58	60/20	6.0	
38 Libéria	55/100/23	39/ 50/30	87/62	39/28	26/28	99/55	11/19	10.0	
39 Ghana	56/ 93/39	60/ 92/45	67/56	22/33	25/33	23/47	11/19	10.0	
40 Côte d'Ivoire	19/ 30/10	30/ 61/11	70/52	42/32	34/32	28/30	25/46	4.3	
41 Zaïre	33/ 52/21	26/ 40/17	34/59	18/41	18/41	23/44	/43	10.0	
42 Sénégal	53/ 79/38	40/ /	/81	/47	/47	/53	/24	3.0	
43 Lesotho	36/ 65/30	80/ /	81/90	56/77	54/77	49/79	/	27.0	
44 Zambie	59/ 76/41	75/ /100	72/92	44/83	77/81	21/80	/45	32.0	
45 Egypte	73/ 92/56	/ /	71/80	82/87	84/87	65/84	10/88	51.0	
46 Pérou	55/ 73/17	75/ /	63/73	18/66	18/67	24/57	4/8	3.6	
47 Maroc	60/100/25	70/100/50	/78	43/61	45/61	/58	/33	14.7	
48 Jamahiriya arabe libyenne	97/100/90	55/92*	55/92*	55/52*	57/52*	6/12*	/	9.6	
49 Indonésie	36/ 43/36	80/ /	55/82	/69	/70	/61	10/33	55.0	
50 Congo	21/ 42/ 7	83/ 97/70	92/88	42/71	42/71	49/73	/47	2.0	
51 Zimbabwé	/ /32	71/100/62	64/89	39/79	38/79	56/75	/22	1.3	
52 Kenya	30/ 61/21	/ /	/87	/74	/75	/60	/62	26.0	
53 Honduras	50/ 56/45	73/ 85/65	46/85	38/74	37/70	38/76	11/16	45.0	
54 Algérie	68/ 85/55	88/100/80	59/95	33/65	30/65	17/58	/	15.0	
55 Guatemala	38/ 72/14	34/ 47/25	29/38	42/47	42/55	8/54	1/18	17.0	
56 Arabie saoudite	97/100/88	97/100/88	49/93	53/89	52/89	12/80	/50	38.5	
57 Afrique du Sud	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
58 Nicaragua	49/ 76/11	83/100/60	65/89	23/51	52/83	20/55	/25	23.0	
59 Myanmar	27/ 36/24	33/100/11	15/45	5/23	/13	/14	6/24	21.1	

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1988 (voir tableau 1).

	Pourcentage de la population ayant accès à de l'eau saine 1985-1987		Pourcentage de la population ayant accès à des services de santé 1985-1987		Pourcentage d'individus complètement vaccinés 1981/1987-1988				Taux d'utilisation de SRD 1986-1987
	Total/Urban/Rural		Total/Urban/Rural		Enfants d'un an			Femmes enceintes	
	Tuberculose	DTC	Polio	Rougeole	Tétanos				
Pays à TMM5 moyen (31-94)	76/ 90/52	80/ 96/67	60/85	47/78	47/80	43/69	18/40	25.0	
60 Iraq	87/100/54	93/ 97/70	76/87	13/86	16/86	33/78	4/56	43.9	
61 Turquie	78/ 95/83	.. / .. / ..	42/64	64/77	69/77	52/65	.. /7	..	
62 Botswana	54/ 84/46	89/100/85	80/99	64/89	71/89	68/83	32/61	35.0	
63 Iran, Rép. islamique d'	76/ 95/55	78/ 95/60	6/73	29/80	47/80	48/90	2/50	15.0	
64 Viet Nam	46/ 70/39	80/100/75	.. /64*	.. /56*	.. /58*	.. /54*	.. /..	20.0	
65 Equateur	58/ 81/31	62/ 90/30	82/86	26/54	19/57	31/52	4/5	24.0	
66 Brésil	78/ 85/56	.. / .. / ..	62/67	47/54	99/89	73/60	.. /..	32.0	
67 El Salvador	52/ 68/40	56/ 80/40	47/65	42/61	38/62	44/63	20/19	26.0	
68 Tunisie	68/100/31	90/100/80	65/85	36/91	37/91	65/83	2/34	20.1	
69 Papouasie-Nouvelle-Guinée	27/ 95/15	.. / .. / ..	64/79	50/48	32/48	.. /46	.. /17	10.5	
70 Rép. dominicaine	63/ 85/33	80/ .. / ..	34/51	27/80	42/79	17/71	26/87	32.0	
71 Philippines	52/ 49/54	.. / .. / ..	61/95	51/79	44/78	.. /77	37/37	10.0	
72 Guyane	77/100/65	89/ .. / ..	.. /64	45/64	37/69	.. /55	.. /..	9.8
73 Mexique	77/ 89/47	45/ .. / ..	41/72	41/60	85/95	33/70	.. /..	27.9	
74 Colombie	92/100/76	60/ .. / ..	57/99	20/74	22/94	26/74	6/40	5.6	
75 Rép. arabe syrienne	76/ 98/54	76/ 92/60	36/86	14/58	14/58	14/51	3/40	28.4	
76 Oman	53/ 90/49	91/100/90	49/96	9/88	9/88	6/86	27/70	18.6	
77 Paraguay	29/ 53/ 8	61/ 90/38	42/56	28/57	26/82	16/63	6/64	32.4	
78 Mongolie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	53/53	99/79	99/74	.. /61	.. /..	41.0
79 Jordanie	96/100/88	97/ 98/95	.. /2	81/98	87/98	40/87	2/54	37.0	
80 Liban	93/ 95/85	.. / .. / ..	.. /..	.. /91	.. /91	.. /81	.. /..	2.9
81 Thaïlande	64/ 56/66	70/ .. / ..	71/97	52/80	22/80	.. /60	27/61	30.0	
82 Venezuela	90/ 93/65	.. / .. / ..	77/78*	54/51	75/68	43/49	.. /..	28.0	
83 Sri Lanka	40/ 82/29	93/ .. / ..	58/81	45/83	49/85	.. /68	48/38	34.6	
84 Chino	.. / 85/ ..	.. / .. / ..	.. /98	.. /96	.. /95	.. /95	.. /..	5.0
85 Argentine	56/ 63/17	71/ 80/21	63/74	46/61	38/70	73/68	.. /..	2.9	
86 Panama	83/100/64	80/ 95/64	77/91	49/75	50/73	53/75	.. /27	34.0	
87 Albanie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	93/92	94/96	92/94	90/96	.. /..	..
88 Corée, Rép. pop. dém. de	.. / .. / ..	.. / .. / ..	52/69	52/62	51/70	31/35	.. /..	0.2
89 Corée, Rép. de	77/ 90/48	93/ 97/86	42/86	61/86	62/87	5/96	.. /..	..	
90 Emirats arabes unis	.. / .. / ..	90/ .. / ..	18/92	45/71	45/71	42/58	.. /..	13.0	
91 Malaisie	84/ 96/76	.. / .. / ..	91/96	54/72	61/72	.. /54	20/53	10.6	
92 URSS	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /93*	95/79*	95/80*	95/79*	.. /..	..
93 Uruguay	85/ 95/27	82/ .. / ..	76/98	57/82	58/82	95/72	18/13	50.4	
Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 30)	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /90	84/90	90/94	70/83	.. /..	..
Médiane	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /90	84/90	90/94	70/83	.. /..	..
94 Maurice	100/100/100	100/100/100	87/88	82/87	82/87	.. /73	1/65	4.4	
95 Yougoslavie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	99/87	90/90	95/90	95/92	.. /..	..
96 Roumanie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /95	.. /92	.. /94	.. /90	.. /..	..
97 Chili	94/ 98/71	97/ .. / ..	100/98	97/96	96/96	93/95	.. /..	..	
98 Trinité-et-Tobago	98/100/95	99/ .. / ..	.. /..	52/80	55/82	.. /72	.. /60	53.1
99 Koweït	.. / 97/ ..	100/ .. / ..	.. /3	54/69	76/69	66/63	30/2	9.6
100 Jamaïque	96/ 99/93	90/ .. / ..	.. /96	39/82	37/83	.. /68	50/50	6.2
101 Costa Rica	91/100/83	80/100/63	81/87	83/87	85/85	71/97	.. /90	73.0	
102 Bulgarie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	97/99	97/99	98/99	98/99	98/..	..
103 Hongrie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	99/99	99/99	98/99	99/99	.. /..	..
104 Pologne	.. / .. / ..	.. / .. / ..	95/95	95/98	95/99	65/96	.. /..	..
105 Cuba	.. / .. / ..	.. / .. / ..	97/98	67/94	82/94	49/85	.. /..	70.0
106 Grèce	.. / .. / ..	.. / .. / ..	95/..	95/83	95/93	.. /82	.. /..	..
107 Portugal	.. / .. / ..	.. / .. / ..	74/71	75/78	16/80	70/84	.. /..	..
108 Tchécoslovaquie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	95/99	95/99	95/98	95/98	.. /..	..
109 Israël	.. / .. / ..	.. / .. / ..	70/..	84/87	91/93	69/89	.. /..	..
110 États-Unis	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /..	.. /37	.. /24	96/82*	.. /..	..
111 Belgique	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /90	95/95	99/97	50/50	.. /..	..
112 Rép. dém. allemande	.. / .. / ..	.. / .. / ..	95/99	80/94	90/97	95/99	.. /..	..
113 Singapour	100/100/..	100/100/..	83/92	87/98	88/97	57/94	.. /90	..	
114 Nouvelle-Zélande	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /20*	72/70*	.. /84*	.. /60*	.. /..	..
115 Espagne	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /74	.. /78	.. /81	.. /81	.. /..	..
116 Danemark	.. / .. / ..	.. / .. / ..	95/85	85/94	97/100	.. /82	.. /..	..
117 Royaume-Uni	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /96	44/70	71/87	52/76	.. /..	..
118 Italie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /30	.. /88	.. /95	.. /21	.. /..	..
119 Australie	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /..	.. /..	.. /..	.. /68*	.. /..	..
120 Allemagne, Rép. féd. d'	.. / .. / ..	.. / .. / ..	40/30*	50/97*	80/95*	35/50*	.. /..	..
121 Hong Kong	.. / .. / ..	.. / .. / ..	99/99	84/94	94/86	.. /85	.. /90	..
122 Autriche	.. / .. / ..	.. / .. / ..	90/90	90/90	90/90	90/60	.. /..	..
123 Norvège	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /90	.. /80	.. /80	.. /87	.. /..	..
124 France	.. / .. / ..	.. / .. / ..	80/98	79/96	80/97	.. /41	.. /..	..
125 Irlande	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /80	36/45	76/90	.. /63	.. /..	..
126 Pays-Bas	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /..	97/97	97/97	93/93	.. /..	..
127 Canada	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /..	.. /85	.. /85	.. /85	.. /..	..
128 Japon	.. / .. / ..	.. / .. / ..	85/85*	.. /83*	.. /95*	.. /73*	.. /..	..
129 Suisse	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /90	.. /92	.. /98	.. /70	.. /..	..
130 Suède	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. /12*	99/99*	99/98*	56/93*	.. /..	..
131 Finlande	.. / .. / ..	.. / .. / ..	90/80*	92/94*	90/95*	70/87*	.. /..	..

TABLEAU 4: ÉDUCATION

	Taux d'alphabétisation des adultes		Postes de radio/télévisions pour 1000 habitants 1985/1987	Taux d'inscriptions dans l'enseignement primaire			Pourcentage d'enfants ayant accompli la durée totale de la scolarité primaire 1985-1987	Taux d'inscriptions dans l'enseignement secondaire 1985-1988 (brut) garçons/filles
	1970 hommes/femmes	1985 hommes/femmes		1980 (brut) garçons/filles	1986-1988 (brut) garçons/filles	1985-1988 (net) garçons/filles		
Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 170)								
Médiane	25/8	43/22	61/4	29/12	69/43	50/32	40	18/6
1 Afghanistan	13/2	39/8	102/8	15/2	27/14	/	63	10/5
2 Mozambique	29/14	55/22	38/1	60/36	76/59	49/41	39	7/4
3 Mali	11/4	23/11	37/	14/6	29/17	23/14	39	9/4
4 Angola	16/7	49/33	49/5	/	/	/	/	/
5 Sierra Leone	18/8	38/21	216/8	30/	68/48	/	/	23/11
6 Malawi	42/18	52/31	197/	45	73/59	50/47	33	5/3
7 Ethiopie	8/()	/	193/2	11/3	46/28	32/22	41*	18/12
8 Guinée	21/7	40/17	33/2	44/16	41/18	31/15	70	13/4
9 Burkina Faso	13/3	21/6	24/5	12/5	41/24	34/20	74	8/4
10 Niger	6/2	19/9	62/3	7/3	37/20	/	75	/
11 Tchad	20/2	40/11	237/1	29/4	73/29	52/23	17	10/2
12 Rép. centrafricaine	26/6	53/29	60/2	53/12	82/51	59/39	17	17/6
13 Somalie	5/1	18/6*	36/()	13/13	/	19/10	33*	/
14 Mauritanie	/	/	139/1	13/3	61/42	/	92	23/9
15 Rwanda	43/21	61/33	54/	/	69/66	65/63	49	7/5
16 Kampoucha démocratique	/23	85*/65*	106/8	/	/	/	50*	45/20
17 Yémen, Rép. dém. pop. du	31/9	59/25	154/21	20/5	96/35	/	40*	26/11
18 Népal	23/3	39/12	31/1	19/1	104/47	76/35	28*	35/11
19 Bhoutan	/	/	15/	5/	31/20	/	/	7/2
20 Yémen, Rép. arabe du	9/1	42*/7*	34/8	14/	141/40	/	15*	46/6
21 Burundi	29/10	43*/26*	56/()	27/9	68/50	46/37	87	6/3
22 Bangladesh	36/12	43/22	40/3	66/26	76/64	67/44	20	24/11
23 Bénin	23/8	37/16	75/4	38/15	84/43	66/34	36	23/9
24 Madagascar	56/43	74/62	193/6	58/45	97/92	89/	30*	23/19
25 Soudan	28/6	33*/14*	229/52	35/14	59/41	/	61*	23/17
26 Tanzanie, République-Unie de	48/18	93*/88*	16/1	33/18	67/66	50/51	76	5/3
27 Namibie	/	/	123/11	/	/	/	/	/
28 Nigéria	35/14	54/31	163/6	46/27	/	97/85	63*	/
29 Bolivie	68/46	84/65	527/77	78/50	97/85	88/78	/	40/35
30 Haïti	26*/17*	40/35	41/4	50/42	83/72	45/42	15	19/17
Pays à TMM5 élevé (95-170)								
Médiane	48/20	66/45	125/22	65/37	100/81	/	64	32/26
31 Ouganda	52/30	70/45	96/6	/32	76/63	43/38	76	16/9
32 Gabon	43/22	70/53	119/23	/	/	/	59	/
33 Pakistan	30/11	40/19	86/14	46/13	51/28	/	49*	26/11
34 Rép. dém. pop. lan	37/28	92/76	123/2	34/16	102/85	/	14*	23/16
35 Togo	27/7	53/28	178/5	63/24	124/78	87/59	59	36/12
36 Cameroun	47/19	68/45	125/12	87/43	119/100	/	67	32/20
37 Inde	47/20	57/29	77/7	80/40	113/81	/	/	50/27
38 Libéria	27/8	47/23	224/18	45/18	82/50	/	/	/
39 Ghana	43/18	64/43	292/13	52/25	78/63	/	/	49/32
40 Côte d'Ivoire	26/10	53/31	131/54	68/24	/	/	68	26/12
41 Zaïre	61/22	79/45	98/1	88/32	84/68	86/65	60	32/14
42 Sénégal	18/5	37/19	103/32	36/0	71/49	59/41	83	19/10
43 Lesotho	49/74	62/84	68/1	63/102	102/127	/	52	18/26
44 Zambie	66/37	84/67	73/15	51/34	102/92	/	91	/
45 Égypte	50/20	59/30	310/83	80/52	100/79	/	64	79/58
46 Pérou	81/60	91/78	241/84	95/71	125/120	/	51*	68/61
47 Maroc	34/10	45/22	206/56	67/27	85/56	68/46	69	43/30
48 Jamaïque arabe libyenne	60/13	81/50	221/63	92/24	/	/	82	/
49 Indonésie	66/42	83/65	145/40	86/58	120/115	99/97	80	/
50 Congo	50/19	71/55	120/3	103/53	/	/	75	/
51 Zimbabwe	63/47	81/67	85/22	/	130/126	100/100	74	49/42
52 Kenya	44/19	70/49	90/6	64/30	98/93	/	62	27/19
53 Honduras	55/50	61/58	376/67	68/67	104/108	/	43	/
54 Algérie	39/11	63/37	227/70	55/37	105/87	97/81	90	61/46
55 Guatemala	51/37	63/47	65/37	50/39	82/70	/	36	/
56 Arabie saoudite	15/2	71*/31*	272/268	22/	78/65	64/48	90	52/35
57 Afrique du Sud	/	/	319/97	94/85	/	/	/	/
58 Nicaragua	58/57	/	237/60	65/66	94/104	74/79	20	29/58
59 Myanmar	85/57	/	79/1	61/52	/	/	27*	/

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1988 (voir tableau 1).

	Taux d'alphabétisation des adultes		Postes de radio-télévision pour 1000 habitants 1986/1987	Taux d'inscriptions dans l'enseignement primaire			Pourcentage d'enfants ayant accompli la durée totale de la scolarité primaire 1985-1987	Taux d'inscriptions dans l'enseignement secondaire 1986-1988 (brut) garçons/filles
	1970 hommes/femmes	1985 hommes/femmes		1986 (brut) garçons/filles	1986-1988 (brut) garçons/filles	1986-1988 (net) garçons/filles		
Pays à TMM5 moyen (31-94)	75/85	86/77	226/82	95/85	105/104	90/89	76	56/55
60 Iraq	50/18	90/87	199/64	94/36	105/91	91/82	71	60/38
61 Turquie	89/34	86*/82*	160/172	90/58	121/113	..	65*	57/34
62 Botswana	37/44	73/69	130/7	35/48	111/117	85/93	89	31/33
63 Iran, Rép. islamique d'	40/17	62/39	236/53	56/27	122/105	98/89	83	57/39
64 Viet Nam	..	88*/80	99/34	..	107/94	..	50*	44/41
65 Equateur	75/68	85/80	292/81	87/79	118/116	..	50*	55/57
66 Brésil	69/63	79/76	368/191	97/93	..	..	22	32/41
67 El Salvador	61/53	75/69	401/82	..	77/81	61/62	31	27/30
68 Tunisie	44/17	68/41	171/68	88/43	126/107	100/89	77	46/34
69 Papouasie-Nouvelle-Guinée	39/24	55/35	64/2	59/7	75/64	..	67*	16/9
70 Rép. dominicaine	69/65	78/77	164/79	99/98	99/103	80/78	35	..
71 Philippines	84/81	86/85	135/36	98/93	105/107	94/94	75	66/66
72 Guyane	94/89	97/95	303/15	107/106	..	..	84	..
73 Mexique	78/69	92/88	241/120	82/77	119/116	..	71	54/53
74 Colombie	79/76	82*/82*	167/108	77/77	112/115	72/74	57	55/56
75 Rép. arabe syrienne	60/20	76/43	231/58	89/39	115/104	100/94	67*	69/48
76 Oman	..	47*/12*	649/739	..	103/92	83/77	89	46/29
77 Paraguay	85*/75*	91/85	165/24	105/90	104/99	86/84	50	30/30
78 Mongolie	87/74	95/90	128/31	79/78	100/103	..	..	88/96
79 Jordanie	64/29	87/63	237/69	94/59	98/99	88/88	96	80/78
80 Liban	79*/58*	86/69	772/302	105/99	105/95	..	..	57/56
81 Thaïlande	86/72	94/88	174/103	88/79	..	..	64*	..
82 Venezuela	79/71	88/85	395/142	100/100	107/107	..	73	48/59
83 Sri Lanka	85/69	91/83	187/31	100/90	105/102	100/100	88	63/69
84 Chine	..	82/56	184/17	..	140/124	99/91	68*	50/37
85 Argentine	94/92	96/95	659/217	98/99	110/110	..	..	69/78
86 Panama	81/81	89/88	220/163	98/94	109/104	90/89	82	56/63
87 Albanie	..	..	167/83	102/86	100/99	..	..	80/71
88 Corée, Rép. pop. dém. de	..	..	110/12	..	..	..	99	..
89 Corée, Rép. de	94/81	96*/88*	986/194	99/89	104/104	100/99	99	91/86
90 Emirats arabes unis	24/7	..	319/106	..	98/100	88/89	82	55/66
91 Malaisie	71/48	81/66	436/140	108/83	102/102	..	97	59/59
92 URSS	98/97	..	685/314	100/100	..	..	80	..
93 Uruguay	93*/93*	..	594/173	111/111	111/109	..	86	..
Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 30)								
Médiane	93/88	97/90	579/290	105/103	103/101	97/97	95	83/85
94 Maurice	77/59	89/77	263/188	103/93	105/107	93/95	96	53/50
95 Yougoslavie	92/76	97/86	344/175	113/108	95/94	..	98	82/79
96 Roumanie	96/91	..	288/166	101/95	..	..	..	79/80
97 Chili	90/88	97*/96*	335/163	111/107	103/101	..	33*	72/76
98 Trinité-et-Tobago	95/89	97/95	457/290	89/87	99/100	87/88	84	80/85
99 Koweït	65/42	76/63	327/261	131/102	95/92	81/77	91	86/79
100 Jamaïque	96/97	..	400/108	92/93	104/106	..	..	62/67
101 Costa Rica	88/87	94/93	258/79	97/95	100/97	85/85	81	40/43
102 Bulgarie	94/89	..	357/189	94/92	105/103	..	90	75/76
103 Hongrie	98/98	..	586/402	103/100	97/97	94/96	92	69/70
104 Pologne	98/97	..	289/263	110/107	101/101	99/99	94	78/82
105 Cuba	86/87	96*/96*	334/193	109/109	107/100	95/94	92	85/92
106 Grèce	93/76	97/88	411/175	104/101	106/106	91/92	99	89/80
107 Portugal	78/65	89/80	212/159	132/129	131/123	..	..	47/56
108 Tchécoslovaquie	..	..	577/281	93/93	95/96	..	93	27/49
109 Israël	93/83	97/93	470/264	99/97	94/97	..	..	79/87
110 Etats-Unis	99/99	..	2119/811	..	101/100	97/97	..	98/99
111 Belgique	99/99	..	465/320	111/108	99/100	82/83	77	99/100
112 Rép. dém. allemande	..	..	663/754	111/113	107/105	92/91	..	79/76
113 Singapour	92/55	93/79	306/	121/113	118/113	100/100	95	70/73
114 Nouvelle-Zélande	..	..	923/369	110/106	107/106	100/100	..	84/86
115 Espagne	93/87	97/92	295/368	106/116	113/113	98/98	96	97/107
116 Danemark	..	..	956/386	103/103	96/99	..	99	106/107
117 Royaume-Uni	..	..	1145/434	92/92	105/106	97/97	..	82/85
118 Italie	95/93	98/96	786/	112/109	..	97/98	99	..
119 Australie	..	..	1270/483	103/103	106/105	97/98	..	96/99
120 Allemagne, Rép. féd. d'	..	..	954/385	..	101/101	..	95	96/92
121 Hong Kong	90*/64*	95/81	633/241	93/79	106/105	95/95	98	71/76
122 Autriche	..	..	561/480	106/104	102/101	..	95	78/81
123 Norvège	..	..	790/348	100/100	95/95	97/97	99	92/97
124 France	99/98	..	893/	144/143	114/113	100/100	95	89/96
125 Irlande	..	..	580/	107/112	100/100	..	..	91/101
126 Pays-Bas	..	..	908/469	105/104	114/116	85/88	94	105/103
127 Canada	..	..	953/577	108/105	106/104	97/97	..	104/104
128 Japon	99/99	..	863/587	103/102	102/102	100/100	99	95/97
129 Suisse	..	..	834/405	118/118	..	..	..	..
130 Suède	..	..	875/39	95/96	..	..	..	90/92
131 Finlande	..	..	991/	100/95	102/101	..	98	98/114

TABLEAU 5: INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

	Population moins de 16 ans/ moins de 5 ans (millions) 1988	Taux annuel d'accroissement de la population (%)		Taux brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité 1988	Pourcentage de la population urbaine 1988	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)													
		1965-1988	1980-1987	1960	1988	1960	1988	1965-1980	1980-1987																
Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 170)																									
Médiane													233T/89T	2.5	2.7	28	18	48	49	37	48	6.5	24	6.0	5.8
1	Alghanistan	6.7/2.6	2.4	-0.8	30	23	52	49	33	42	6.9	21	6.0	3.2											
2	Mozambique	6.8/2.6	2.5	2.6	26	18	47	45	37	47	6.4	24	11.8	10.2											
3	Mali	4.3/1.7	2.1	2.9	29	21	50	50	35	44	6.7	19	4.9	3.9											
4	Angola	4.5/1.7	2.8	2.6	31	20	49	47	33	45	6.4	27	6.4	5.7											
5	Sierra Leone	1.8/0.7	2.0	2.4	33	23	48	48	32	41	6.5	31	4.3	5.2											
6	Malawi	3.8/1.5	2.9	3.2	28	20	53	53	38	47	7.0	14	7.8	7.7											
7	Ethiopie	21.5/7.6	2.7	1.8	28	24	50	44	36	41	6.2	12	6.6	4.0											
8	Guinée	3.0/1.2	1.9	2.4	33	22	48	47	33	42	6.2	24	6.6	5.5											
9	Burkina Faso	3.9/1.5	2.0	2.5	29	18	52	47	36	47	6.5	9	3.4	5.1											
10	Niger	3.3/1.3	2.7	2.9	31	21	46	51	35	45	7.1	18	6.9	7.0											
11	Tchad	2.4/0.9	2.0	2.3	30	19	46	44	35	46	5.9	31	9.2	7.4											
12	Rép. centrafricaine	1.3/0.5	1.8	2.3	30	20	44	44	37	46	5.9	45	4.8	4.4											
13	Somalie	3.5/1.4	2.7	3.5	28	20	49	51	36	45	6.6	35	6.1	5.9											
14	Mauritanie	0.9/0.3	2.3	2.6	28	19	48	46	35	46	6.5	39	12.4	7.4											
15	Rwanda	3.5/1.4	3.3	3.4	22	17	50	51	42	49	8.3	7	6.3	7.9											
16	Kampouche démocratique	2.8/1.4	0.3	2.6	21	16	45	41	42	49	4.7	11	1.9	3.8											
17	Yémen, Rép. dém. pop. du	1.1/0.4	2.8	2.9	29	16	50	47	37	51	6.7	42	3.2	4.5											
18	Népal	8.1/3.0	2.4	2.6	26	15	46	39	38	51	5.9	9	5.1	7.2											
19	Bhoutan	0.6/0.2	1.6	1.9	25	17	43	38	38	48	5.5	5	3.7	5.1											
20	Yémen, Rép. arabe du	3.8/1.4	2.0	2.9	29	16	50	48	37	51	7.0	23	10.7	8.1											
21	Burundi	2.4/0.7	1.9	2.8	25	17	44	46	42	49	6.3	7	1.8	8.9											
22	Bangladesh	51.6/18.5	2.7	2.7	22	15	47	42	40	51	5.5	13	8.0	5.5											
23	Bénin	2.1/0.9	2.7	3.0	33	19	47	50	35	47	7.0	40	10.2	7.3											
24	Madagascar	5.3/2.0	2.5	3.1	24	14	48	46	41	54	6.6	24	5.7	6.1											
25	Soudan	11.3/4.3	3.0	3.0	25	16	47	44	39	50	6.4	22	5.1	4.1											
27	Namibie	0.8/0.3	-	3.1	24	10	46	44	42	56	6.1	55	-	5.6											
26	Tanzanie, République-Unie de	12.5/5.2	3.3	3.7	24	14	51	50	41	53	7.1	30	8.7	11.2											
28	Nigéria	53.4/21.8	2.5	3.4	24	15	52	50	40	51	7.0	34	4.8	6.1											
29	Bolivie	3.2/1.2	2.5	2.7	22	14	46	43	43	53	6.0	50	2.9	4.3											
30	Haïti	2.6/0.9	2.0	1.8	23	13	43	34	42	55	4.7	29	4.0	4.0											
Pays à TMM5 élevé (95-170)																									
Médiane													613T/220T	2.8	3.1	22	12	48	42	44	57	5.8	41	4.6	5.0
31	Ouganda	8.7/3.4	2.9	3.4	21	15	50	50	43	51	6.9	10	4.1	5.2											
32	Gabon	0.4/0.1	3.5	3.8	24	16	31	39	41	52	5.0	44	4.2	6.4											
33	Pakistan	54.3/22.3	3.1	3.7	23	12	49	47	43	57	6.4	31	4.3	5.0											
34	Rép. dém. pop. lao	1.7/0.7	1.4	2.1	23	16	45	41	40	49	5.7	18	4.8	5.7											
35	Togo	1.5/0.6	3.0	3.0	26	14	48	45	39	53	6.1	24	7.2	6.3											
36	Cameroun	4.9/1.8	2.7	2.7	24	15	44	41	40	51	5.7	47	8.1	6.5											
37	Inde	319.3/112.4	2.3	2.2	21	11	43	32	44	58	4.3	27	3.6	4.0											
38	Libéria	1.1/0.4	3.0	3.2	23	13	46	45	41	55	6.5	43	6.2	5.7											
39	Ghana	6.7/2.6	2.2	3.4	19	13	48	44	45	54	6.4	33	3.4	4.2											
40	Côte d'Ivoire	6.0/2.4	4.2	4.2	25	14	53	51	39	53	7.4	45	8.7	6.6											
41	Zaïre	16.3/6.3	2.8	3.1	22	14	47	46	42	53	6.1	39	7.2	4.6											
42	Sénégal	3.2/1.3	2.5	2.6	27	19	48	46	37	46	6.4	38	4.1	3.6											
43	Lesotho	0.8/0.3	2.3	2.8	24	12	43	41	42	56	5.8	19	14.6	7.0											
44	Zambie	4.0/1.6	3.1	3.9	22	14	50	51	42	54	7.2	54	7.1	6.7											
45	Egypte	22.1/8.1	2.4	2.7	21	10	45	36	46	61	4.8	48	2.9	3.6											
46	Pérou	8.9/3.2	2.8	2.6	19	9	47	34	48	62	4.4	69	4.1	3.5											
47	Maroc	10.4/3.7	2.5	2.6	21	10	50	35	47	61	4.8	47	4.2	4.3											
48	Jamahiriya arabe libyenne	2.0/0.8	4.6	4.1	19	9	49	44	47	61	6.8	68	9.7	6.5											
49	Indonésie	67.9/21.4	2.3	1.8	23	11	44	27	41	56	3.2	27	4.7	4.5											
50	Congo	0.9/0.3	2.7	2.6	23	17	45	44	38	49	6.0	41	3.5	3.9											
51	Zimbabwe	4.4/1.6	3.1	3.1	20	10	53	42	45	59	5.8	27	7.5	5.5											
52	Kenia	12.5/5.1	3.6	4.1	22	12	53	54	45	59	8.1	22	9.0	8.2											
53	Honduras	2.3/0.8	3.2	3.5	19	8	51	40	46	64	5.5	42	5.5	5.5											
54	Algérie	11.3/4.1	3.1	3.1	20	9	51	40	47	63	6.0	44	3.8	3.9											
55	Guatemala	4.2/1.5	2.8	2.8	19	9	49	41	46	62	5.7	41	3.6	3.7											
56	Arabie saoudite	6.2/2.4	4.6	4.2	23	7	49	42	44	64	7.2	76	8.5	5.8											
57	Afrique du Sud	13.3/4.7	2.4	2.2	17	10	42	32	49	61	4.4	58	2.6	3.3											
58	Nicaragua	1.8/0.7	3.1	3.3	18	8	51	42	47	64	5.5	59	4.6	4.5											
59	Myanmar	16.1/5.5	2.3	2.1	21	10	42	30	44	60	4.0	24	2.8	2.3											

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1988 (voir tableau 1).

	Population moins de 15 ans/ moins de 5 ans (millions) 1988	Taux annuel d'accroissement de la population (%)		Taux brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité 1988	Pourcentage de la population urbaine 1988	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)	
		1965-1980	1980-1987	1960	1988	1960	1988	1960	1988			1965-1980	1980-1987
Pays à TMM5 moyen (31-94)	7067/2327	2.6	2.3	15	7	44	29	53	66	3.6	53	4.5	3.7
60 Iraq	8.7/3.2	3.4	3.5	20	8	49	42	48	64	6.3	73	5.3	4.8
61 Turquie	19.9/6.8	2.4	2.3	18	8	45	28	50	64	3.5	47	4.3	3.3
62 Botswana	0.6/0.2	3.5	3.6	20	11	52	47	46	59	6.2	22	15.4	8.2
63 Iran, Rép. islamique d'	24.2/9.5	3.2	3.9	21	8	47	42	50	66	5.6	54	5.5	5.0
64 Viet Nam	27.0/9.2	2.2	2.2	23	9	41	32	44	62	4.0	21	4.1	3.5
65 Equateur	4.4/1.6	3.1	2.8	15	7	46	35	53	66	4.6	55	5.1	4.8
66 Israël	54.6/18.7	2.4	2.2	13	8	43	28	55	65	3.4	75	4.5	3.6
67 El Salvador	2.4/0.8	2.7	1.3	16	8	48	36	50	63	4.8	44	3.5	2.0
68 Tunisie	3.2/1.1	2.1	2.5	19	7	47	30	48	66	4.0	54	4.2	2.9
69 Papouasie-Nouvelle-Guinée	1.7/0.6	2.3	2.6	23	12	44	39	41	54	5.7	15	8.4	4.6
70 Rép. dominicaine	2.8/1.0	2.7	2.3	16	7	50	31	52	66	3.7	59	5.3	4.2
71 Philippines	25.4/9.0	2.9	2.6	15	8	45	33	53	64	4.3	41	4.0	3.9
72 Guyane	0.4/0.1	1.9	1.9	10	5	42	24	60	70	2.7	34	4.5	3.1
73 Mexique	34.9/11.4	3.1	2.3	12	6	46	29	57	69	3.5	72	4.5	3.3
74 Colombie	11.8/4.1	2.2	2.1	13	7	45	29	55	65	3.5	69	3.5	3.1
75 Rép. arabe syrienne	5.9/2.2	3.4	3.5	18	7	47	44	50	65	6.7	51	4.5	4.4
76 Oman	0.7/0.3	3.6	4.2	28	13	51	46	40	56	7.2	10	8.1	8.0
77 Paraguay	1.7/0.6	2.8	3.1	9	7	43	35	64	67	4.6	46	3.2	4.5
78 Mongolie	0.9/0.3	3.0	2.9	15	8	41	39	52	64	5.4	51	4.5	2.9
79 Jordanie	2.0/0.8	2.6	3.7	23	6	50	46	47	66	7.2	67	5.3	5.1
80 Liban	1.1/0.4	1.6	0.7	14	8	43	29	60	67	3.3	83	4.6	1.9
81 Thaïlande	19.7/6.0	2.7	1.8	15	7	44	22	52	65	2.5	22	4.6	4.6
82 Venezuela	7.7/2.7	3.5	2.8	10	5	45	30	60	70	3.7	89	4.5	3.7
83 Sri Lanka	5.9/1.9	1.8	1.6	9	6	36	22	62	70	2.6	21	2.3	1.4
84 Chine	324.9/102.0	2.2	1.3	19	7	37	21	47	70	2.4	21	2.6	1.7
85 Argentine	10.1/3.2	1.6	1.4	9	9	24	21	65	71	2.9	86	2.2	1.8
86 Panama	0.9/0.3	2.6	2.1	10	5	41	27	61	72	3.1	54	3.4	3.0
87 Albanie	1.1/0.4	2.5	2.0	10	6	41	24	62	72	3.0	35	3.4	2.5
88 Corée, Rép. pop. dém. de	8.7/3.0	2.7	2.4	13	5	41	29	54	69	3.6	66	4.6	3.7
89 Corée, Rép. de	8.7/3.0	1.9	1.4	14	6	43	19	54	69	2.0	69	5.7	3.9
90 Emirats arabes unis	0.5/0.2	16.1	4.9	19	4	46	22	53	71	4.8	77	18.9	4.3
91 Malaisie	6.4/2.3	2.5	2.3	15	6	44	29	54	70	3.5	41	4.5	4.5
92 URSS	76.4/25.2	0.9	0.8	7	11	24	18	68	70	2.4	67	2.2	1.5
93 Uruguay	0.9/0.3	0.4	0.7	10	10	22	19	68	71	2.6	85	0.7	0.9
Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 30) Médiane	2127/657	0.9	0.5	9	10	21	14	69	75	1.7	74	2.1	1.2
94 Maurice	0.3/0.1	1.6	1.5	10	5	44	18	59	69	1.9	42	4.0	1.3
95 Yougoslavie	5.9/1.8	0.9	0.7	10	9	23	15	63	72	1.9	49	3.0	2.4
96 Roumanie	5.9/1.7	1.1	0.5	9	11	20	15	65	70	2.1	50	3.4	0.9
97 Chili	4.2/1.4	1.8	1.7	13	6	37	24	57	72	2.7	85	2.6	2.3
98 Trinité-et-Tobago	0.4/0.1	1.3	1.6	9	6	38	24	64	70	2.7	67	5.0	3.6
99 Koweït	0.8/0.3	7.0	4.3	10	3	44	32	60	73	4.8	95	8.2	4.9
100 Jamaïque	0.9/0.3	1.5	1.5	9	6	39	26	63	74	2.8	51	3.4	2.6
101 Costa Rica	1.1/0.4	2.6	2.6	10	4	47	28	62	75	3.2	52	3.7	4.4
102 Bulgarie	2.0/0.6	0.5	0.2	9	12	18	13	68	72	1.9	69	2.8	1.4
103 Hongrie	2.3/0.6	0.4	-0.1	10	13	16	12	68	70	1.7	59	1.8	1.1
104 Pologne	10.3/3.2	0.8	0.8	8	10	24	16	67	71	2.2	62	1.8	1.7
105 Cuba	2.5/0.8	1.5	0.5	9	7	32	16	63	74	1.7	74	2.7	1.5
106 Grèce	2.2/0.6	0.7	0.5	8	10	19	12	69	76	1.7	62	2.5	1.3
107 Portugal	2.4/0.7	0.6	0.6	11	10	24	13	63	73	1.7	32	2.0	1.8
108 Tchécoslovaquie	4.0/1.1	0.5	0.2	10	12	17	14	70	71	2.0	67	1.9	1.2
109 Israël	1.5/0.5	2.8	1.7	6	7	27	21	69	75	2.9	91	3.5	2.0
110 États-Unis	56.3/18.3	1.0	0.9	9	9	23	15	70	75	1.8	74	1.2	1.0
111 Belgique	2.0/0.6	0.3	0.1	12	12	17	12	70	75	1.5	97	0.5	0.3
112 Rép. dém. allemande	3.5/1.1	-0.2	-0.1	13	13	17	13	70	73	1.7	78	0.1	0.2
113 Singapour	0.7/0.2	1.6	1.1	8	6	38	16	64	73	1.6	100	1.6	1.1
114 Nouvelle-Zélande	0.8/0.3	1.3	0.8	9	8	26	16	71	75	1.9	84	1.5	0.9
115 Espagne	9.0/2.5	1.0	0.5	9	9	21	13	69	77	1.7	77	2.4	1.3
116 Danemark	1.0/0.3	0.5	0.5	9	11	17	11	72	75	1.5	86	1.1	0.3
117 Royaume-Uni	11.5/3.7	0.2	0.1	12	12	17	13	71	75	1.8	92	0.5	0.3
118 Italie	11.2/3.0	0.6	0.2	10	10	18	11	69	76	1.4	68	1.0	0.5
119 Australie	4.0/1.2	1.8	1.3	9	7	22	15	71	76	1.8	85	0.2	1.3
120 Allemagne, Rép. féd. d'	9.8/3.1	0.3	-0.2	11	12	17	11	69	75	1.4	86	0.8	0.1
121 Hong Kong	1.4/0.4	2.1	1.5	7	6	35	16	66	76	1.7	93	2.3	1.7
122 Autriche	1.4/0.4	0.3	-0.1	12	12	18	12	69	74	1.5	57	0.1	0.5
123 Norvège	0.9/0.3	0.6	0.3	9	11	18	12	73	77	1.7	74	5.0	0.9
124 France	12.3/3.8	0.7	0.4	12	10	18	14	70	76	1.8	74	2.7	0.5
125 Irlande	1.1/0.3	1.2	0.9	12	9	21	18	70	74	2.5	58	2.2	1.5
126 Pays-Bas	2.9/0.9	0.9	0.4	8	9	21	12	73	77	1.4	88	1.5	0.4
127 Canada	5.9/1.9	1.3	1.1	8	7	26	14	71	77	1.6	76	1.5	1.2
128 Japon	26.0/7.0	1.2	0.6	8	7	18	11	68	78	1.7	77	2.1	0.7
129 Suisse	1.2/0.4	0.5	0.4	10	10	18	12	71	77	1.6	59	1.2	0.8
130 Suède	1.5/0.4	0.5	0.1	10	12	15	11	73	77	1.6	84	1.0	0.2
131 Finlande	1.0/0.3	0.3	0.4	9	10	19	12	68	75	1.6	66	2.5	1.8

TABLEAU 6: INDICATEURS ÉCONOMIQUES

	PNB par habitant (dollars) 1987	Croissance annuelle moyenne du PNB par habitant (%)		Taux d'inflation (%) 1980-1987	Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté absolue 1977-1987	Pourcentage des dépenses de l'administration centrale sur secteurs santé/éducation/défense 1985/1987	Apport d'APD en millions de dollars (1987) en pourcentage du PNB 1987 du pays bénéficiaire	Service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services	
		1985-1989	1980-1987					1970	1987
Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 170)									
Médiane	275	1.5	-1.7	10	45/65	6/12/9	283/15	4	18
1 Afghanistan		0.6			18/36	/ / /	/ / /		
2 Mozambique	170		-8.2	27		/ / /	649/41		
3 Mali	210	2.1*	0.5	4	27/48*	2/ 9/8	364/19	1	10
4 Angola	470*				/65	/ / /	/ / /		
5 Sierra Leone	300	0.7	-2.0	50		6/13/3	68/7	11	
6 Malawi	160	3.2	0.0	12	25/85	7/11/7	280/23	8	23
7 Ethiopie	130	0.4	-1.6	3	60/65	/ / /	635/12	11	28
8 Guinée		1.3			/ / /	/ / /	/ / /		
9 Burkina Faso	190	1.7	2.5	4	/ / /	6/19/17	283/16	7	
10 Niger	260	-2.5	-4.9	4	/35	/ / /	348/16	4	34
11 Tchad	150	-1.9	0.0	5	30/56*	/ / /	198/20	4	4
12 Rép. centrafricain	330	0.8	-0.7	8	/91	/ / /	173/16	5	12
13 Somalie	290	-0.1	-2.5	38	40/70	7/ / /	580/57	2	8
14 Mauritanie	440	-0.1	-1.6	10	/ / /	/ / /	178/19	3	18
15 Rwanda	300	1.6	-1.0	5	30/90	/ / /	243/12	1	11
16 Kampuchea démocratique			-6.1	5	/ / /	/ / /	/ / /		
17 Yémen, Rép. dém. pop. du	420			9	/20	6/ / /	80/8	38	
18 Népal	160	0.0		9	55/61	5/12/6	345/13	3	10
19 Bhoutan	150		0.0		/ / /	42/17/ /	/ / /		
20 Yémen, Rép. arabe du	590	6.5*	2.0	11	/ / /	4/17/22	349/8	25	
21 Burundi	250	2.4	-0.1	8	55/85	6/16/18	192/15	2	39
22 Bangladesh	160	-0.3	0.8	11	86/86	10/11/10	1637/9	24	
23 Bénin	310	-0.3	-0.8	8	/65	6/18/ /	136/8	2	16
24 Madagascar	210	-0.4	-3.7	17	50/50	/ / /	327/16	4	35
25 Soudan	330	0.8	-4.3	32	/85*	/ / /	902/11	11	7
26 Tanzanie, République-Unie de	180	0.8	-1.7	5	/ / /	6/ 8/16	882/25	5	19
27 Namibie					/ / /	/ / /	/ / /		
28 Nigéria	370	4.2	-4.7	10	/ / /	1/ 3/3	69/ /	4	10
29 Bolivie	580	1.7	-4.9	602	/85*	1/12/6	318/7	11	22
30 Haïti	360	0.9	-2.1	8	70/80*	/ / /	218/10	59	7
Pays à TMM5 élevé (95-170)									
Médiane	580	1.8	-1.3	9	29/42	4/15/10	258/5	6	19
31 Ouganda	260	-2.2	-2.4	95	/ / /	2/15/26	276/7	3	20
32 Gabon	2700	5.6	-3.5	3	/ / /	/ / /	82/2	6	5
33 Pakistan	350	1.8	3.3	7	32/29	1/ 3/30	858/2	24	26
34 Rép. dém. pop. lao	170			47	/ / /	/ / /	59/8		
35 Togo	290	1.7	-3.4	7	42/ /	4/13/8	123/10	3	14
36 Cameroun	970	2.4	4.5	8	15/40	4/13/8	213/2	3	16
37 Inde	300	1.5	3.2	8	40/51	2/ 3/22	1852/1	22	19
38 Libéria	450	0.5	-5.2	2	/23	7/16/9	78/7	8	3
39 Ghana	390	-0.8	-2.0	48	59/37*	8/24/7	373/7	6	19
40 Côte d'Ivoire	740	2.8	-3.0	4	30/26*	4/21/4	254/3	7	20
41 Zaïre	150	-1.3	-2.5	54	/80	/ / /	621/11	4	13
42 Sénégal	520	-0.5	0.1	9	/ / /	/ / /	642/14	3	21
43 Lesotho	370	6.8	-0.9	12	50/55	7/16/10	108/29	5	4
44 Zambie	250	-1.2	-5.6	29	25/ /	5/ 8/ /	429/21	6	14
45 Egypte	680	2.8	2.9	9	21/25	3/12/20	1766/5	38	19
46 Pérou	1470	0.8	-1.0	102	49/ /	4/ / /	292/1	12	13
47 Maroc	610	2.7	0.3	7	28/45	3/17/15	401/2	9	30
48 Jamaïque arabe libyenne	5460	0.0	-10.5		/ / /	/ / /	6/ / /		
49 Indonésie	450	5.2	1.7	9	26/44	2/ 9/9	1245/2	7	28
50 Congo	870	2.7	1.7	2	/ / /	/ / /	152/7	12	19
51 Zimbabwe	580	1.7	-1.3	12	/ / /	6/20/14	295/5	2	23
52 Kenya	330	3.1	-0.9	10	10/55	7/23/9	565/7	6	29
53 Honduras	810	1.1	-2.0	5	14/55	/ / /	258/6	3	23
54 Algérie	2680	4.2	0.6	6	20/ /	6/25/9	222/ /	4	49
55 Guatemala	950	3.0	-3.6	13	66/74	/ / /	241/3	7	25
56 Arabie saoudite	6200	4.0*	-11.8	-3	/ / /	/ / /	22/ /		
57 Afrique du Sud	1890	3.2	-1.3	14	/ / /	/ / /	/ / /		
58 Nicaragua	830	-0.7	-4.7	87	21/19	/ / /	141/4	11	
59 Myanmar	200*	1.6		3	40/40	8/12/19	/ / /	12	

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1988 (voir tableau 1).

	PNB par habitant (dollars) 1987	Croissance annuelle moyenne du PNB par habitant (%)		Taux d'inflation (%) 1980-1987	Pourcentage de la population en dessous du seuil de pauvreté absolue 1977-1987	Pourcentage des dépenses de l'administration centrale aux secteurs santé/éducation/défense 1985/1987	Apport d'APD en millions de dollars (1987)/ en pourcentage du PNB 1987/ du pays bénéficiaire	Service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services	
		1985-1990	1980-1987					1970	1987
Pays à TMM5 moyen (31-94)									
	1400	4.0	-0.3	13	20/33	6/14/11	180/3	10	22
60 Iraq	3020*			30	/	5/	/		
61 Turquie	1210	3.6	3.0	37	/	2/13/11	417/1	22	32
62 Botswana	1050	9.9	8.0	8	40/55	6/18/8	154/10	1	4
63 Iran, Rép. islamique d'		2.9				6/20/14	/		
64 Viet Nam					6/	/	/		
65 Equateur	1040	5.4	-2.0	30	40/65	7/25/12	203/2	9	21
66 Brésil	2020	6.3	1.0	166	/	6/ 3/3	288/	13	27
67 El Salvador	860	1.5	-2.0	17	20/32	7/17/27	426/9	4	19
68 Tunisie	1180	4.7	0.7	8	20/15	7/14/8	282/3	20	27
69 Papouasie-Nouvelle-Guinée	700		0.1	4	10/75	10/16/5	322/11	1	13
70 Rép. dominicaine	730	3.8	-1.5	16	45/43	9/13/8	130/3	4	4
71 Philippines	590	3.2	-3.3	17	50*/64*	6/18/9	775/2	8	23
72 Guyane	390	0.7*	-6.7	14	/	2/ 3/	/		
73 Mexique	1830	3.6	-1.6	69	/	1/ 9/1	156/	24	30
74 Colombie	1240	3.7	0.9	24	32*/70*	/	78/	12	33
75 Rép. arabe syrienne	1640	5.1	-3.2	11	/	1/ 9/39	697/3	11	17
76 Oman	5810	9.0	8.6	-7	/	5/11/44	16/		
77 Paraguay	990	4.1	-2.1	21	19/50	3/12/12	82/2	12	21
78 Mongolie									
79 Jordanie	1560	5.8*	-0.7	3	14/17	4/14/30	595/12	4	22
80 Liban							100/		
81 Thaïlande	850	4.4	3.4	3	15/34	6/19/19	506/1	3	14
82 Venezuela	3230	2.3	-3.1	11	/	10/20/6	19/	3	23
83 Sri Lanka	400	2.8	3.0	12	/	5/ 8/10	502/8	11	19
84 Chine	290	4.1	9.1	4	/10*	/	1449/1	7	
85 Argentine	2390	1.7	-1.8	299	/	2/ 6/6	99/	22	45
86 Panama	2240	2.8	0.3	3	21/30	16/16/	40/1	8	7
87 Albanie					/	/	/		
88 Corée, Rép. pop. dém. de					/	/	/		
89 Corée, Rép. de	2690	7.3	7.3	5	18/11	2/18/27	11/	20	22
90 Émirats arabes unis	15830		-9.3		/	6/10/45	115/1		
91 Malaisie	1810	4.7	1.1	1	13/38	/	363/1	4	14
92 URSS	4550*				/	/	/		
93 Uruguay	2190	2.5	-2.3	55	22*/	5/ 7/10	18/	22	24
Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 30)									
Médiane									
	7940	3.3	1.6	7	/	10/ 9/6	35/	7	18
94 Maurice	1490	3.7	4.4	8	12/12	8/12/1	65/4	3	6
95 Yougoslavie	2480	5.2	0.0	57	/	/ /55	35/	10	13
96 Roumanie	2560*				/	1/ 2/5	/		
97 Chili	1310	0.0	-1.1	21	/	6/13/11	21/	19	21
98 Trinité-et-Tobago	4210	3.1	-6.5	6	/39	/	34/1	5	
99 Koweït	14610	0.6*	-3.2	5	/	8/14/14	3/		
100 Jamaïque	940	-0.1	-2.5	19	/80	7/	169/6	3	27
101 Costa Rica	1610	3.3	-0.5	29	/	19/16/2	228/5	10	12
102 Bulgarie	4150*				/	/	/		
103 Hongrie	2240	5.1	1.8	6	/	4/ 2/4	/	27	
104 Pologne	2070*			31	/	/	/		
105 Cuba					/	/	/		
106 Grèce	4020	4.8	0.0	20	/	/	34/	9	34
107 Portugal	2830	4.6	1.4	21	/	/	65/	7	38
108 Tchécoslovaquie	5820*				/	/	/		
109 Israël	6800	3.7	1.5	159	/	3/ 8/30	1251/4	3	18
110 États-Unis	18530	1.8	2.0	4	/	12/ 2/26	/		
111 Belgique	11480	3.6	1.3	5	/	2/13/5	/		
112 Rép. dém. allemande	7180*				/	/	/		
113 Singapour	7940	8.3	5.7	1	/	4/18/19	23/	1	1
114 Nouvelle-Zélande	7750	1.7	1.3	12	/	12/11/5	/		
115 Espagne	6010	4.1	1.6	11	/	13/ 6/6	/		
116 Danemark	14930	2.2	2.5	7	/	1/ 9/5	/		
117 Royaume-Uni	10420	2.0	2.6	6	/	13/ 2/13	/		
118 Italie	10350	3.2	1.8	12	/	10/ 7/3	/		
119 Australie	11100	2.2	1.4	8	/	10/ 7/9	/		
120 Allemagne, Rép. féd. d'	14400	3.0	1.8	3	/	18/ 1/9	/		
121 Hong Kong	8070	6.2	5.3	7	/	/	19/		
122 Autriche	11980	4.0	1.6	4	/	13/10/3	/		
123 Norvège	17190	3.6	3.7	6	/	11/ 9/8	/		
124 France	12790	3.7	0.9	8	/	21/ 8/6	/		
125 Irlande	6120	2.8		10	/	13/11/3	/		
126 Pays-Bas	11860	2.7		2	/	11/12/5	/		
127 Canada	15160	3.3	2.1	5	/	6/ 4/8	/		
128 Japon	15760	5.1	3.2	1	/	/	/		
129 Suisse	21330	1.5	1.6	4	/	13/ 3/10	/		
130 Suède	15550	2.0	1.9	8	/	1/ 9/7	/		
131 Finlande	14470	3.6	2.5	7	/	11/14/5	/		

TABLEAU 7: FEMMES

	Espérance de vie des femmes (comparée à celle des hommes, %) 1987	Taux d'alphabétisation des femmes adultes (comparé à celui des hommes, %) 1983	Taux d'inscription des filles à l'école (comparé à celui des garçons, %) 1986-1988		Taux d'emploi de contraceptifs (%) 1980-1987	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (%) 1987-1988	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (1983-1988)	Taux de mortalité maternelle 1980-1987
			Enseign. primaire	Enseign. secondaire				
Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 170)								
Médiane	107.0	50	65	48	5	20	25	600
1 Afghanistan	102.4	21	52	50		6	8	690*
2 Mozambique	107.2	40	78	57	4*	43	28	
3 Mali	107.5	48	59	44	5	17	27	
4 Angola	107.3	67			1	19	15	
5 Sierra Leone	108.0	55	71	48		50	25	450
6 Malawi	103.1	60	81	60	7	63	45	100*
7 Ethiopie	108.0		61	67	2	7	14	
8 Guinée	107.8	43	44	31	1*	6	25	
9 Burkina Faso	107.2	29	59	50	1	15	30	810
10 Niger	107.5	47	54		1*	8	47	420
11 Tchad	107.2	28	40	20	1	10	24*	860*
12 Rép. centrafricaine	107.2	55	62	35		20	66	600
13 Somalie	107.3	33*				26	2	1100
14 Mauritanie	107.3		69	39	1		20	
15 Rwanda	107.0	54	96	71	10	43	22	210*
16 Kampuchea démocratique	106.1	77*		44		3	47*	
17 Yémen, Rép. dém. pop. du	105.0	42	37	42		5	10	
18 Népal	97.6	31	45	31	14	31	6	830
19 Bhoutan	96.9		65	29		42	7	1710
20 Yémen, Rép. arabe du	105.8	17*	28	13	1*	3	12	
21 Burundi	107.0	61*	74	50	9	69	21	
22 Bangladesh	98.6	51	84	46	22	11	5	600
23 Bénin	107.2	43	51	39	9	7	45	
24 Madagascar	105.7	84	95	83		6	62	240
25 Soudan	104.9	42*	70	74	5*	20*	20	660
26 Tanzanie, République-Unie de	106.6	95*	99	60	1	54	60	340*
27 Namibie	104.5							
28 Nigéria	107.0	57			5	20	40*	800
29 Bolivie	108.9	77	88	88	26	25	36*	480
30 Haïti	106.3	88	87	90	7	56	40	230
Pays à TMM5 élevé (95-170)								
Médiane	106.5	64	83	67	12	26	41	300
31 Ouganda	106.7	64	83	56	1	14	45	300
32 Gabon	106.6	76				60	92*	
33 Pakistan	100.0	48	55	42	8	26	24*	500
34 Rép. dém. pop. lao	106.3	83	83	70		7		
35 Togo	106.9	53	63	33		72	15	
36 Cameroun	108.1	66	84	63	2*	26		300*
37 Inde	100.3	51	72	54	34	58	33	340
38 Libéria	105.6	49	61		6	20	87	
39 Ghana	106.8	67	81	65	10*	19	40	1000
40 Côte d'Ivoire	106.7	59		46	3	46	20	
41 Zaïre	106.6	57	81	44	1	43		
42 Sénégal	107.3	51	69	53	12	24	50*	600
43 Lesotho	117.4	136	125	144	5*		40	
44 Zambie	104.0	80	90		1	45		151
45 Égypte	104.5	51	79	73	30	88	47	318
46 Pérou	106.5	86	96	90	46	8	44	88
47 Maroc	105.7	49	66	70	36	33	29*	300*
48 Jamahiriya arabe libyenne	105.7	62				12*	76*	80*
49 Indonésie	105.1	78	96		48	33	31	450
50 Congo	107.0	78				47		1000*
51 Zimbabwe	106.4	83	97	86	38	22	69	480*
52 Kenya	107.0	70	95	70	17	62	28	170*
53 Honduras	106.7	95	104		35	16	50	50
54 Algérie	105.2	59	83	75	7		15	140*
55 Guatemala	107.9	75	85		23	18	34	110
56 Arabie saoudite	105.6	44*	83	67		50	74	
57 Afrique du Sud	110.3				48			83*
58 Nicaragua	104.3		111	200	27	25	41	47
59 Myanmar	105.9				5	24	57	135

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1988 (voir tableau 1).

	Espérance de vie des femmes (comparée à celle des hommes, %) 1997	Taux d'alphabétisation des femmes adultes (comparé à celui des hommes, %) 1985	Taux d'inscription des filles à l'école (comparé à celui des garçons, %) 1980-1988		Taux d'emploi de contraceptifs (%) 1980-1987	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos (%) 1987-1988	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié 1983-1988	Taux de mortalité maternelle 1980-1987
			Enseign. primaire	Enseign. secondaire				
Pays à TMM5 moyen (31-94)	106.6	93	98	99	49	40	78	78
60 Iraq	102.9	97	87	63	..	56	50*	..
61 Turquie	105.2	72*	93	60	51	7	78*	210
62 Botswana	110.8	95	105	107	28	61	77	250
63 Iran, Rép. islamique d'	100.3	63	86	68	23	50	62*	..
64 Viet Nam	107.4	91*	88	93	20	..	99*	140
65 Equateur	106.6	94	98	104	44	5	27	190
66 Brésil	108.5	96	..	128	66	..	95	120
67 El Salvador	113.7	92	105	111	70	19	35	70
68 Tunisie	102.5	60	85	74	41	34	68	310*
69 Papouasie-Nouvelle-Guinée	103.1	64	85	56	4	17	34	900
70 Rép. dominicaine	106.6	99	104	..	50	87	57*	74
71 Philippines	106.1	99	102	100	45	37	57	93
72 Guyane	107.4	98	..	..	31*	57	96	..
73 Mexique	110.0	96	98	98	53	..	94	82
74 Colombie	107.3	100*	103	102	65	40	51	110
75 Rép. arabe syrienne	105.9	57	90	70	20*	40	37*	280
76 Oman	104.9	26*	89	63	..	70	60	..
77 Paraguay	106.6	93	95	100	45	64	22	380
78 Mongolie	106.7	95	103	109	..	..	99	100
79 Jordanie	105.7	72	101	98	26	54	83	..
80 Liban	106.0	80	91	98	..	..	..	..
81 Thaïlande	106.4	94	..	..	66	61	40*	..
82 Venezuela	109.2	97	100	123	49*	..	82*	59
83 Sri Lanka	106.2	91	97	110	62	38	87	60
84 Chine	104.4	68	89	74	74	..	..	44
85 Argentine	110.0	99	100	113	74	..	..	69
86 Panama	105.7	99	95	113	58	27	89	57
87 Albanie	107.3	..	99	89	..	..	..	..
88 Corée, Rép. pop. dém. de	109.8	..	..	..	..	..	65	41
89 Corée, Rép. de	109.4	92*	100	95	70	..	70*	26
90 Emirats arabes unis	106.3	..	102	120	..	..	96	..
91 Malaisie	106.0	82	100	100	51	53	82	59
92 URSS	113.9	..	..	..	..	..	98	48
93 Uruguay	109.9	..	98	..	..	13	97	38
Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 30) Médiane	108.4	93	100	103	71	..	99	10
94 Maurice	108.2	87	102	94	75	65	85	100
95 Yougoslavie	108.5	89	99	96	55*	..	86*	22
96 Roumanie	108.1	..	..	101	58*	..	100*	150
97 Chili	110.3	99*	98	106	43	..	98	47
98 Trinité-et-Tobago	107.4	98	101	106	53	60	98	54
99 Koweït	106.0	83	97	92	..	2	99	6
100 Jamaïque	107.5	..	102	108	52	50	89	110
101 Costa Rica	106.4	99	97	108	70	90	93*	36
102 Bulgarie	108.3	..	98	101	76*	..	100	13
103 Hongrie	111.3	..	100	101	73	..	99*	26
104 Pologne	111.8	..	100	105	75*	..	100*	11
105 Cuba	105.0	100*	94	108	60	..	..	34
106 Grèce	106.0	91	100	90	..	..	97*	9
107 Portugal	109.7	90	94	119	66	..	87*	12
108 Tchécoslovaquie	111.0	..	101	182	95*	..	100	10
109 Israël	104.9	96	103	110	..	..	100*	5
110 États-Unis	109.8	..	99	101	68	..	99	8
111 Belgique	109.2	..	101	101	81*	..	100	9
112 Rép. dém. allemande	108.1	..	98	96	..	..	99*	16
113 Singapour	108.0	85	96	104	74	90	100	5
114 Nouvelle-Zélande	108.5	..	99	102	70*	..	99	6
115 Espagne	108.3	95	100	110	59	..	96	11
116 Danemark	107.8	..	101	101	63*	..	100*	4
117 Royaume-Uni	107.9	..	101	104	83	..	100*	9
118 Italie	109.3	98	..	..	78*	..	100*	10
119 Australie	109.1	..	99	103	71	..	99*	8
120 Allemagne, Rép. féd. d'	109.1	..	100	96	78	..	100*	11
121 Hong Kong	107.7	85	99	107	72	90	92	5
122 Autriche	110.2	..	99	104	71*	..	..	7
123 Norvège	109.1	..	100	105	71*	..	100*	2
124 France	111.3	..	99	108	79*	..	99*	14
125 Irlande	107.6	..	100	111	..	..	..	12
126 Pays-Bas	109.1	..	102	98	76*	..	100*	5
127 Canada	109.4	..	98	100	73	..	99	3
128 Japon	107.6	..	100	102	64	..	100	16
129 Suisse	108.9	..	..	..	71*	..	99*	5
130 Suède	108.0	..	..	102	78	..	100*	5
131 Finlande	110.9	..	99	116	80*	..	100*	6

TABLEAU 8:
INDICATEURS DE BASE RELATIFS A DES PAYS MOINS PEUPLÉS

	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Population (millions d'habitants) 1988	Nombre annuel de naissances/décès juvéniles (0-4 ans) (milliers) 1988	PIB par habitant (dollars) 1987	Espérance de vie à la naissance (années) 1988	Taux d'alphabétisation des adultes hommes/femmes (%) 1985	Taux d'inscriptions à l'école primaire du groupe d'âge perimes (%) garçons/filles 1988/1988	
	1960	1988	1960	1988							
1	Gambie	375	245	213	142	0.8	38/9	220	43	36/15	76/47
2	Guinée-Bissau	315	223	188	131	0.9	39/9	160	45	46/17	73/39
3	Guinée équatoriale	315	214	188	126	0.4	18/4	180*	47	/	/
4	Djibouti		169*	186	121	0.4	18/3	480*	47	15*/9*	/
5	Swaziland	227	174	152	117	0.7	35/6	700	56	70/66	105/103
6	Vanuatu				101 ^y	0.2	/			57*/48*	/
7	Comores	216	129	128	79	0.5	22/3	370	52	56*/40*	90/70
8	Maldives		91 ^y		68 ^y	0.2	/	300		95*/90*	/
9	Sao Tomé-et-Principe		91 ^y		66 ^y	0.1	/	280		73*/42*	/
10	Cap-Vert	213	91	143	65	0.4	14/1	500	61	61/39	112/105
11	Iles Salomon				44 ^y	0.3	/	420		/	/
12	Saint-Christophe-et-Nièves				40 ^y	(.)	/	1700		/	/
13	Dominique				40 ^y	0.1	/	1440		/	/
14	Samoa				33 ^y	0.2	/	550		/	/
15	Saint-Vincent				33 ^y	0.1	/	1000		/	/
16	Catar	239	39	145	30	0.3	10/(.)	12510	69	51*/51*	122/119
17	Suriname	96	39	70	30	0.4	10/(.)	2270	70	90/90	129/121
18	Fidji	98	32	71	27	0.7	19/1	1570	71	90/81	129/129
19	Belize		32 ^y		25 ^y	0.1	/	1240	71 ^y	93*/93*	104*/102*
12	Bahreïn	208	31	130	25	0.5	13/(.)	8510*	71	79/64	111/108
21	Bahamas				23	0.3	/	10280		/	/
22	Antigua-et-Barbuda		26 ^y	26	21 ^y	0.1	/	2540		/	/
23	Sainte Lucie				20 ^y	0.1	/	1400		/	/
24	Seychelles		21 ^y		17 ^y	0.1	/	3120		/	103*/102*
25	Grenade				14 ^y	0.1	/	1340		/	/
26	Brundi Darussalam				12	0.2	/	15390		/	/
27	Barbade	66	15	54	11	0.3	5/(.)	5350	74	/	113*/108*
28	Chypre	36	13	30	12	0.7	13/(.)	5200	76	/	106/106
29	Luxembourg	41	13	33	9	0.4	4/(.)	18550	74	/	/
30	Malte	42	9	37	7	0.3	5/(.)	4190	73	/	109/105
31	Islande	22	9	17	7	0.2	4/(.)	16330	78	/	98/100

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité infantile pour 1988 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 cinq 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 donnée.

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		Indice synthétique de croissance					
				Taux annuel moyen de régression (%)			Taux annuel moyen de croissance (%)					Taux annuel moyen de régression		
	1960	1980	1988	1960-80	1980-88	**requis 1989-2000	1965-1980	1980-1987	1960	1980	1988	1960-1980	1980-1988	
Pays à TMM5 très élevé (supérieur à 170)														
Médiane	314	240	203	1.3	1.6	8.9	1.5	-1.7	6.7	6.5	6.5	-0.1	0.0	
1 Afghanistan	380	321	300	0.8	0.9	12.1	0.6		6.9	7.1	6.9	-0.1	0.4	
2 Mozambique	330	258	298	1.2	-1.8	12.1		-8.2	6.3	6.5	6.4	-0.2	0.2	
3 Mali	370	323	292	0.7	1.3	11.9	2.1*	0.5	6.4	6.7	6.7	-0.2	0.0	
4 Angola	346	272	292	1.2	-0.9	11.9			6.4	6.4	6.4	0.0	0.0	
5 Sierra Leone	386	300	266	1.3	1.5	11.1	0.7	-2.0	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0	
6 Malawi	364	300	262	1.0	1.7	11.0	3.2	0.0	6.9	7.0	7.0	-0.1	0.0	
7 Éthiopie	294	260	259	0.6	0.1	10.9	0.4	-1.8	6.7	6.5	6.2	0.2	0.6	
8 Guinée	346	281	248	1.0	1.6	10.5	1.3		6.4	6.2	6.2	0.2	0.0	
9 Burkina Faso	362	265	233	1.6	1.6	10.0	1.7	2.5	6.8	6.5	6.5	0.2	0.0	
10 Niger	320	258	228	1.1	1.6	9.8	-2.5	-4.9	7.0	7.1	7.1	-0.1	0.0	
11 Tchad	326	253	223	1.3	1.6	9.7	-1.9		6.0	5.9	5.9	0.1	0.0	
12 Rép. centrafricaine	308	244	223	1.2	1.1	9.7	0.8	-0.7	5.6	5.9	5.9	-0.3	0.0	
13 Somalie	294	247	221	0.9	1.4	9.6	-0.1	-2.5	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0	
14 Mauritanie	320	249	220	1.3	1.6	9.5	-0.1	-1.6	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0	
15 Rwanda	248	231	206	0.4	1.4	9.0	1.6	-1.0	7.5	8.5	8.3	-0.6	0.3	
16 Kampuchea démocratique	218	330	199	-2.1	6.3	8.7			6.3	4.6	4.7	1.6	-0.3	
17 Yémen, Rép. dém. pop. du	378	236	197	2.4	2.3	8.6		-6.1	7.0	6.9	6.7	0.1	0.4	
18 Népal	297	222	197	1.5	1.5	8.6	0.0		5.8	6.4	5.9	-0.5	1.0	
19 Bhoutan	297	222	197	1.5	1.5	8.6		0.0	6.0	5.6	5.5	0.3	0.2	
20 Yémen, Rép. arabe du	378	227	190	2.6	2.2	8.3	6.5*	2.0	7.0	7.1	7.0	-0.1	0.2	
21 Burundi	258	215	188	0.9	1.7	8.2	2.4	-0.1	5.5	6.4	6.3	-0.8	0.2	
22 Bangladesh	262	211	188	1.1	1.4	8.2	-0.3	0.8	6.7	6.4	5.5	0.2	1.9	
23 Honin	310	211	185	1.9	1.6	8.1	-0.3	-0.8	6.8	7.0	7.0	-0.1	0.0	
24 Madagascar	364	216	184	2.6	2.0	8.1	-0.4	-3.7	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0	
25 Soudan	293	210	181	1.7	1.9	7.9	0.8	-4.3	6.7	6.6	6.4	0.1	0.4	
26 Tanzanie, République-Unie de	248	201	176	1.1	1.7	7.7	0.8	-1.7	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0	
27 Namibie	262	202	176	1.3	1.7	7.7			6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0	
28 Nigéria	318	198	174	2.4	1.6	7.6	4.2	-4.7	6.8	7.1	7.0	-0.2	0.2	
29 Bolivie	282	207	172	1.6	2.3	7.5	1.7	-4.9	6.7	6.3	6.0	0.3	0.6	
30 Haïti	294	197	171	2.0	1.8	7.4	0.9	-2.1	6.2	5.2	4.7	0.9	1.3	
Pays à TMM5 élevé (95-170)														
Médiane	241	152	125	2.3	2.2	4.8	1.8	-1.3	6.9	6.3	5.8	0.0	1.1	
31 Ouganda	224	187	169	0.9	1.3	7.4	-2.2	-2.4	6.9	6.9	6.9	0.0	0.0	
32 Gabon	288	194	169	2.0	1.7	7.4	5.6	-3.5	4.1	4.4	5.0	-0.4	-1.6	
33 Pakistan	277	192	166	1.8	1.8	7.2	1.8	-3.3	6.9	7.0	6.4	-0.1	1.1	
34 Rép. dém. pop. lao	232	189	159	1.0	2.2	6.8			6.2	6.2	5.7	0.0	1.1	
35 Iogo	305	176	153	2.8	1.8	6.5	1.7	-3.4	6.1	6.1	6.1	0.0	0.0	
36 Cameroun	275	176	153	2.2	1.8	6.5	2.4	4.5	5.8	6.3	5.7	-0.4	1.3	
37 Inde	282	180	149	2.2	2.4	6.3	1.5	3.2	5.9	4.8	4.3	1.0	1.4	
38 Libéria	258	173	147	2.0	2.0	6.2	0.5	-5.2	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0	
39 Ghana	224	165	146	1.5	1.5	6.1	-0.8	-2.0	6.9	6.5	6.4	0.3	0.2	
40 Côte d'Ivoire	264	166	142	2.3	2.0	5.9	2.8	-3.0	7.2	7.4	7.4	-0.1	0.0	
41 Zaïre	251	174*	138*	1.8	2.9	5.7	-1.3	-2.5	6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0	
42 Sénégal	313	205*	136*	2.1	5.1	5.5	-0.5	0.1	6.7	6.5	6.4	0.2	0.2	
43 Lesotho	208	161	136	1.3	2.1	5.5	6.8	-0.9	5.8	5.8	5.8	0.0	0.0	
44 Zambie	228	146	127	2.2	1.7	5.0	-1.2	-5.6	6.6	7.2	7.2	-0.4	0.0	
45 Égypte	300	164	125	3.0	3.4	4.8	2.8	2.9	7.0	5.3	4.8	1.4	1.2	
46 Pérou	233	144	123	2.4	2.0	4.7	0.8	-1.0	6.9	5.2	4.4	1.4	2.1	
47 Maroc	265	152	119	2.8	3.1	4.4	2.7	0.3	7.2	5.7	4.8	1.2	2.2	
48 Jamarharya arabe libyenne	268	150	119	2.9	2.9	4.4		-10.5	7.1	7.3	6.8	-0.1	0.9	
49 Indonésie	235	145	119	2.4	2.5	4.4	5.2	1.7	5.5	4.4	3.2	1.1	4.0	
50 Congo	241	132	114	3.0	1.8	4.6	2.7	1.7	5.8	6.0	6.0	-0.2	0.0	
51 Zimbabwe	182	132	113	1.6	1.9	4.5	1.7	-1.3	7.5	6.4	5.8	0.8	1.2	
52 Kenya	208	133	113	2.2	2.0	4.4	3.1	-0.9	6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0	
53 Honduras	232	140	107	2.5	3.4	3.5	1.1	-2.0	7.3	6.4	5.5	0.7	1.9	
54 Algérie	270	147	107	3.0	4.0	3.5	4.2	0.6	7.3	6.9	6.0	0.3	1.8	
55 Guatemala	230	130	99	2.9	3.4	3.5	3.0	-3.6	6.9	6.3	5.7	0.5	1.3	
56 Arabie saoudite	292	131	98	4.0	3.6	3.3	4.0*	-11.8	7.2	7.3	7.2	-0.1	0.2	
57 Afrique du Sud	192	120	95	2.4	2.9	3.8	3.2	-1.3	6.5	4.9	4.4	1.4	1.4	
58 Nicaragua	210	132	95	2.3	4.1	3.0	-0.7	-4.7	7.3	6.1	5.5	0.9	1.3	
59 Myanmar	229	118	95	3.3	2.7	4.0	1.6		6.0	4.8	4.0	1.1	2.3	

Note: Les pays sont énumérés par ordre décroissant de taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1988 (voir tableau 1).

** Taux annuel moyen de régression requis si l'on veut atteindre les objectifs fixés pour l'an 2000 (voir pp. 15-36).

	Taux de mortalité des moins de 5 ans						PNB par habitant		Indice synthétique de fécondité				
				Taux annuel moyen de régression (%)			Taux annuel moyen de croissance (%)					Taux annuel moyen de régression	
	1960	1980	1988	1960-80	1980-88	**requis 1988-2000	1965-1980	1980-1987	1960	1980	1988	1960-1980	1980-1988
Pays à TMM5 moyen (31-94)	155	79	63	3.5	3.3	3.5	4.0	-1.3	6.5	4.4	3.7	1.6	1.7
60 Iraq	222	110	94	3.5	2.0	4.5	-	-	7.2	6.8	6.3	0.3	1.0
61 Turquie	258	133	93	3.3	4.5	2.7	3.8	3.0	6.3	4.1	3.5	2.2	2.0
62 Botswana	174	110	92	2.3	2.2	4.3	9.9	8.0	6.8	6.6	6.2	0.2	0.8
63 Iran, Rép. islamique d'	254	130	90	3.4	4.6	2.7	2.9	-	7.2	5.8	5.6	1.1	0.4
64 Viet Nam	233	116	88	3.5	3.5	3.5	-	-	6.0	5.2	4.0	0.7	3.3
65 Equateur	183	107	87	2.7	2.6	4.0	5.4	-2.0	6.9	5.2	4.6	1.4	1.5
66 Brésil	160	103	85	2.2	2.4	4.1	6.3	1.0	6.2	4.0	3.4	2.2	2.0
67 El Salvador	206	110	84	3.1	3.4	3.5	1.5	-2.0	6.8	5.5	4.8	1.1	1.7
68 Tunisie	255	113	83	4.1	3.9	3.1	4.7	0.7	7.1	5.3	4.0	1.5	3.5
69 Papouasie-Nouvelle-Guinée	247	111	81	4.0	3.9	3.1	-	0.1	6.3	6.0	5.7	0.2	0.6
70 Rép. dominicaine	200	102	81	3.4	2.9	3.9	3.8	-1.5	7.4	4.5	3.7	2.5	2.5
71 Philippines	135	86	73	2.3	2.1	4.4	3.2	-3.3	6.8	4.9	4.3	1.6	1.6
72 Guyane	126*	82*	71*	2.2	1.8	4.6	0.7*	-6.7	6.4	3.6	2.7	2.9	3.6
73 Mexique	140	83	68	2.6	2.5	4.0	3.6	-1.6	6.8	4.5	3.5	2.1	3.1
74 Colombie	148	78	68	3.2	1.7	4.6	3.7	0.9	6.7	4.1	3.5	2.5	2.0
75 Rép. arabe syrienne	218	87	64	4.6	3.8	3.1	5.1	-3.2	7.3	7.3	6.7	0.0	1.1
76 Oman	378	146	64	4.8	10.3	0.0	9.0	6.6	7.2	7.2	7.2	0.0	0.0
77 Paraguay	134	70	62	3.3	1.5	4.8	4.1	-2.1	6.8	4.9	4.6	1.6	0.8
78 Mongolie	158	77	59	3.6	3.3	3.5	-	-	5.7	5.5	5.4	0.2	0.2
79 Jordanie	218	80	57	5.0	4.2	3.0	5.8*	-0.7	7.7	7.3	7.2	0.3	0.2
80 Liban	92	62	51	2.0	2.4	4.2	-	-	6.3	4.0	3.3	2.3	2.4
81 Thaïlande	149	67	49	4.0	3.9	3.1	4.4	3.4	6.4	3.9	2.5	2.5	5.6
82 Venezuela	114	50	44	4.1	1.6	4.7	2.3	-3.1	6.5	4.3	3.7	2.1	1.9
83 Sri Lanka	113	58	43	3.3	3.7	3.3	2.6	3.0	5.3	3.5	2.6	2.1	3.7
84 Chine	202	56	43	6.4	3.3	3.6	4.1	9.1	5.7	2.6	2.4	3.9	1.0
85 Argentine	75	46	37	2.4	2.7	4.0	1.7	-1.8	3.1	3.3	2.9	-0.3	1.6
86 Panama	105	43	34	4.5	2.9	3.6	2.8	0.3	5.9	3.8	3.1	2.2	2.5
87 Albanie	151	58	34	4.8	6.7	1.3	-	-	5.9	3.8	3.0	2.2	3.0
88 Corée, Rép. pop. dém. de	120	43	33	5.1	3.3	3.4	-	-	5.7	4.3	3.6	1.4	2.2
89 Corée, Rép. de	120	43	33	5.1	3.3	3.4	7.3	7.3	5.7	2.6	2.0	3.9	3.3
90 Emirats arabes unis	239	43	32	8.6	3.7	3.1	-	-9.3	6.9	5.4	4.8	1.2	1.5
91 Malaisie	106	42	32	4.6	3.4	3.5	4.7	1.1	6.8	4.0	3.5	2.7	1.7
92 URSS	53	33	32	2.4	0.4	5.3	-	-	2.7	2.3	2.4	0.8	-0.5
93 Uruguay	56	43	31	1.3	4.1	2.9	2.5	-2.3	2.9	2.8	2.6	0.2	0.9
Pays à faible TMM5 (égal ou inférieur à 30)													
Médiane	44	17	12	4.6	4.0	2.9	3.3	1.6	2.9	2.0	1.7	2.0	1.3
94 Maurice	104	42	29	4.5	4.6	2.7	3.7	4.4	5.9	2.7	1.9	3.9	4.4
95 Yougoslavie	113	36	28	5.7	3.1	3.7	5.2	0.0	2.8	2.1	1.9	1.4	1.3
96 Roumanie	82	35	28	4.3	2.8	3.7	-	-	2.3	2.4	2.1	-0.2	1.7
97 Chili	142	43	26	6.0	6.3	1.4	0.0	-1.1	5.3	2.8	2.7	3.2	0.5
98 Trinité-et-Tobago	67	29	23	4.2	2.9	3.6	3.1	-6.5	5.2	3.0	2.7	2.8	1.3
99 Koweït	128	34	22	6.6	5.4	2.2	0.6*	-3.2	7.3	5.6	4.8	1.3	1.9
100 Jamaïque	88	29	22	5.6	3.5	3.2	-0.1	-2.5	5.2	3.7	2.8	1.7	3.5
101 Costa Rica	121	31	22	6.8	4.3	2.7	3.3	-0.5	7.0	3.7	3.2	3.2	1.8
102 Bulgarie	69	25	20	5.1	2.8	3.6	-	-	2.2	2.1	1.9	0.2	1.3
103 Hongrie	57	26	19	3.9	3.9	3.2	5.1	1.8	2.0	2.0	1.7	0.0	2.0
104 Pologne	70	24	18	5.4	3.6	3.4	-	-	3.0	2.3	2.2	1.3	0.6
105 Cuba	87	27	18	5.9	5.1	2.1	-	-	4.2	2.0	1.7	3.7	2.0
106 Grèce	64	23	18	5.1	3.1	3.4	4.8	0.0	2.2	2.1	1.7	0.2	2.6
107 Portugal	112	29	17	6.8	6.7	1.0	4.5	1.4	3.1	2.2	1.7	1.7	3.2
108 Tchécoslovaquie	32	21	15	2.1	4.2	2.6	-	-	2.5	2.2	2.0	0.6	1.2
109 Israël	40	18	14	4.0	3.1	3.7	3.7	1.5	3.9	3.3	2.9	0.8	1.6
110 États-Unis	30	16	13	3.1	2.6	4.1	1.8	2.0	3.5	1.9	1.8	3.1	0.7
111 Belgique	35	17	13	3.6	3.4	3.1	3.6	1.3	2.6	1.7	1.5	2.1	1.6
112 Rép. dém. allemande	44	17	12	4.8	4.4	2.4	-	-	2.3	1.8	1.7	1.2	0.7
113 Singapour	50	15	12	6.0	2.8	3.4	8.3	5.7	5.5	1.8	1.6	5.6	1.5
114 Nouvelle-Zélande	27	15	12	2.9	2.8	3.4	1.7	1.3	3.9	2.1	1.9	3.1	1.3
115 Espagne	56	17	12	6.0	4.4	2.4	4.1	1.6	2.8	2.2	1.7	1.2	3.2
116 Danemark	25	11	11	4.1	0.0	5.1	2.2	2.5	2.6	1.6	1.5	2.4	0.8
117 Royaume-Uni	27	16	11	2.6	4.7	2.7	2.0	2.6	2.7	1.8	1.8	2.0	0.0
118 Italie	50	18	11	5.1	6.2	1.7	3.2	1.8	2.4	1.7	1.4	1.7	2.4
119 Australie	25	14	10	2.9	4.2	3.0	2.2	1.4	3.3	2.0	1.8	2.5	1.3
120 Allemagne, Rép. féd. d'	40	17	10	4.3	6.6	0.9	3.0	1.8	2.4	1.4	1.4	2.7	0.0
121 Hong Kong	65	14	10	7.7	4.2	3.0	6.2	5.3	5.0	2.1	1.7	4.3	2.6
122 Autriche	43	18	10	4.4	7.4	0.9	4.0	1.6	2.6	1.6	1.5	2.4	0.8
123 Norvège	23	10	10	4.2	0.0	5.8	3.5	3.7	2.9	1.7	1.7	2.7	0.0
124 France	34	13	10	4.8	3.3	3.0	3.7	0.9	2.8	1.9	1.8	1.9	0.7
125 Irlande	36	15	9	4.4	6.4	1.0	2.8	-	3.8	3.2	2.5	0.9	3.1
126 Pays-Bas	22	10	8	3.9	2.8	3.9	2.7	-	3.1	1.5	1.4	3.6	0.9
127 Canada	33	13	8	4.7	6.1	1.1	3.3	2.1	3.8	1.7	1.6	4.0	0.8
128 Japon	40	12	8	6.0	5.1	2.4	5.1	3.2	2.0	1.8	1.7	0.5	0.7
129 Suisse	27	11	8	4.5	4.0	2.4	1.5	1.6	2.4	1.5	1.6	2.4	-0.8
130 Suède	20	9	7	4.0	3.1	2.8	2.0	1.9	2.3	1.7	1.6	1.5	0.8
131 Finlande	28	9	7	5.7	3.1	2.8	3.6	2.5	2.7	1.7	1.6	2.3	0.8

Notes relatives aux tableaux

Tableau 1

Indicateurs
de base

Angola	PNB par habitant	1980
Arabie saoudite	Alphabétisation des adultes	1982
Bulgarie	PNB par habitant	1980
Burundi	Alphabétisation des adultes	1982
Chili	Alphabétisation des adultes	1984
Corée, Rép. de	Alphabétisation des adultes	1982
Cuba	Alphabétisation des adultes	1981 ; âge 10 ans et plus
Ethiopie	Alphabétisation des adultes	1986
Guyane	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Provisoire
	Taux de mortalité infantile	Provisoire
	PNB par habitant	1980
Iraq	Alphabétisation des adultes	1982
Mauritanie	Alphabétisation des adultes	1982
Myanmar	PNB par habitant	1986
Nicaragua	Alphabétisation des adultes	1983
Pologne	PNB par habitant	1986
Rép. dém. allemande	PNB par habitant	1980
Roumanie	PNB par habitant	1983
Sénégal	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Provisoire
	Taux de mortalité infantile	Provisoire
Tanzanie, Rép.-Unie de	Alphabétisation des adultes	1986
Tchécoslovaquie	PNB par habitant	1980
Turquie	Alphabétisation des adultes	1984
URSS	PNB par habitant	1980
Zaire	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Provisoire
	Taux de mortalité infantile	Provisoire

Tableau 2

Nutrition

Afrique du Sud	Poids insuffisant à la naissance	Le Cap seulement
Allemagne, Rép. féd. d'	Poids insuffisant à la naissance	1980
Angola	Poids insuffisant à la naissance	Luanda seulement
Arabie saoudite	Poids insuffisant à la naissance	Riyadh seulement
Australie	Poids insuffisant à la naissance	1979
Bangladesh	Allaitement au sein	1975-6
	Faible poids	Gomez* ; 6-71 mois
	Emaciation	Moins de 80% de la moyenne
	Retard de croissance	Moins de 90% de la moyenne
Bolivie	Faible poids	6-59 mois
Botswana	Emaciation	Données cliniques
	Retard de croissance	Données cliniques
Bésil	Faible poids	Nord-Est seulement
	Emaciation	Nord-Est seulement
	Retard de croissance	Nord-Est seulement
Burundi	Poids insuffisant à la naissance	1980-1 ; Bujumbura seulement
	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Cameroun	Poids insuffisant à la naissance	1980-1, Yaoundé seulement
	Allaitement au sein	1978
	Faible poids	1978 ; 3-47 mois
	Emaciation	1978
	Retard de croissance	1978
Chili	Faible poids	0-71 mois
	Retard de croissance	24-71 mois
Chine	Poids insuffisant à la naissance	Pékin seulement
	Allaitement au sein	Zones rurales seulement
Colombie	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Corée, Rép. de	Allaitement au sein	1978
Côte d'Ivoire	Poids insuffisant à la naissance	1975 ; Abidjan seulement
	Emaciation	0-23 mois
	Retard de croissance	Moins de 90% de la moyenne
Cuba	Emaciation	Les 3 centiles les plus bas ; 12-59 mois
Egypte	Poids insuffisant à la naissance	Le Caire seulement
	Faible poids	Gomez* ; 6-71 mois
	Emaciation	1978
	Retard de croissance	Zones rurales seulement
El Salvador	Poids insuffisant à la naissance	1979
Emirats arabes unis	Faible poids	Gomez*
Equateur	Faible poids	Données de 9 zones
Ethiopie	Emaciation	Données de 9 zones
	Retard de croissance	Données de 9 zones
Finlande	Allaitement au sein	1972
Guatemala	Poids insuffisant à la naissance	1980
	Allaitement au sein	1978
	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Guyane	Allaitement au sein	1975
Haiti	Poids insuffisant à la naissance	1978
	Faible poids	1978 ; Gomez*
	Emaciation	1978
	Retard de croissance	1978
Honduras	Emaciation	0-59 mois
	Retard de croissance	0-59 mois
Inde	Faible poids	Gomez* ; 12-71 mois
Indonésie	Poids insuffisant à la naissance	1980
	Faible poids	Modéré et grave, moins de 80% de la moyenne
	Emaciation	Grave, moins de 60% de la moyenne 1977

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
Italie	Poids insuffisant à la naissance	1973
Jamaïque	Faible poids	1978
	Emaciation	Moins de 80% de la moyenne
	Retard de croissance	Moins de 90% de la moyenne
Jordanie	Poids insuffisant à la naissance	1979
Kenya	Allaitement au sein	1977-8
	Emaciation	Données nationales pour les zones rurales
	Retard de croissance	Données nationales pour les zones rurales
Koweït	Allaitement au sein	1978-9
Lesotho	Faible poids	6 districts
Libéria	Emaciation	1976
	Retard de croissance	1976
Madagascar	Faible poids	0-23 mois
	Retard de croissance	12-23 mois
Malaisie	Emaciation	État du Sabah seulement
	Retard de croissance	État du Sabah seulement
Mali	Allaitement au sein	Bamako seulement
	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
Mexique	Poids insuffisant à la naissance	1978
	Allaitement au sein	1979
Myanmar	Faible poids	0-35 mois
	Retard de croissance	24-35 mois
Népal	Allaitement au sein	1976
Niger	Poids insuffisant à la naissance	1981
	Emaciation	0-59 mois
	Retard de croissance	0-59 mois
Nigéria	Poids insuffisant à la naissance	1975-80; Lagos seulement
	Emaciation	Données nationales pour les zones rurales; 0-59 mois
Norvège	Poids insuffisant à la naissance	1980
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
Paraguay	Poids insuffisant à la naissance	1981
	Allaitement au sein	1979
Pays-Bas	Allaitement au sein	A l'exclusion d'Amsterdam et de Rotterdam
Pérou	Faible poids	0-71 mois
Philippines	Allaitement au sein	1978
	Faible poids	0-71 mois
	Allaitement au sein	1977
Pologne	Allaitement au sein	1978
Rép. arabe syrienne	Allaitement au sein	5 provinces seulement
Rép. dém. pop. lao	Allaitement au sein	6-36 mois
Rép. dominicaine	Faible poids	24-36 mois
	Retard de croissance	1971
Rwanda	Poids insuffisant à la naissance	1980-1; Dakar seulement
Sénégal	Poids insuffisant à la naissance	1978
	Faible poids	6-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Sierra Leone	Faible poids	1977-8
Soudan	Emaciation	Zone septentrionale; 0-59 mois
Sri Lanka	Poids insuffisant à la naissance	1981
	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Suisse	Poids insuffisant à la naissance	1979
Tchad	Poids insuffisant à la naissance	1965
Thaïlande	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Togo	Allaitement au sein	1976-7
Trinité-et-Tobago	Faible poids	3-36 mois
	Retard de croissance	24-36 mois
Tunisie	Poids insuffisant à la naissance	1974
	Emaciation	1975
	Retard de croissance	1975
Turquie	Poids insuffisant à la naissance	1980
Uruguay	Poids insuffisant à la naissance	1977
	Faible poids	0-71 mois
	Retard de croissance	0-71 mois
Venezuela	Allaitement au sein	1977
Viet Nam	Retard de croissance	0-59 mois

Notes relatives aux tableaux

Tableau 2

(suite)

Yémen, Rép. arabe du	Allaitement au sein	1979
	Faible poids	1979; 6-59 mois
	Emaciation	1979
	Retard de croissance	1979
Yémen, Rép. dém. pop. du	Poids insuffisant à la naissance	Données fournies uniquement par les hôpitaux
	Faible poids	0-65 mois
	Retard de croissance	0-53 mois
Yougoslavie	Poids insuffisant à la naissance	1980
Zambie	Poids insuffisant à la naissance	1971-2; Kitwe seulement
	Emaciation	1970-2
	Retard de croissance	1970-2
Zimbabwe	Poids insuffisant à la naissance	1972-3; Harare seulement
	Faible poids	3-60 mois
	Emaciation	3-60 mois
	Retard de croissance	3-60 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.

Tableau 3

Santé

Allemagne, Rép. féd. d'	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1985-7
Australie	Rougeole	1985
Etats-Unis d'Amérique	Rougeole	1985
Finlande	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1983-6
Jamahiriyah arabe libyenne	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole, tétanos	1985-7
Japon	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1984-5
Nouvelle-Zélande	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1986
Soudan	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole, tétanos	Une partie du pays seulement
Suède	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1986
Togo	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	Age moins de 23 mois
URSS	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	1985-6
Venezuela	Tuberculose	1986
Viet Nam	Tuberculose, DTC, poliomyélite, rougeole	Provisoire

Tableau 4

Education

Arabie saoudite	Alphabétisation des adultes	1982
Burundi	Alphabétisation des adultes	1982
Chili	Alphabétisation des adultes	1984
Corée, Rép. de	Alphabétisation des adultes	1982
Cuba	Alphabétisation des adultes	1981; âge 10 ans et plus.
Haiti	Alphabétisation des adultes (1970)	1971
Hong Kong	Alphabétisation des adultes (1970)	1971
Liban	Alphabétisation des adultes (1970)	Age 10 ans et plus
Pakistan	Scolarisation primaire complète	1981
Paraguay	Alphabétisation des adultes (1970)	1972
Tanzanie, Rép.-Unie de	Alphabétisation des adultes	1986
Turquie	Alphabétisation des adultes	1984
Uruguay	Alphabétisation des adultes (1970)	1975

Tableau 6

Indicateurs économiques

Angola	PNB par habitant	1980
Arabie saoudite	Taux de croissance du PNB par habitant	1965-86
Bolivie	Seuil de pauvreté	1975
Bulgarie	PNB par habitant	1980
Guyane	Taux de croissance du PNB par habitant	1970-80
Iraq	PNB par habitant	1980
Jordanie	Taux de croissance du PNB par habitant	1970-1980
Koweït	Taux de croissance du PNB par habitant	1965-86
Mali	Taux de croissance du PNB par habitant	1967-80
	Seuil de pauvreté	1975
Myanmar	PNB par habitant	1986
Pologne	PNB par habitant	1986
Rép. dém. allemande	PNB par habitant	1980
Roumanie	PNB par habitant	1980
Soudan	Seuil de pauvreté	1975
Tchad	Seuil de pauvreté	1976
Tchécoslovaquie	PNB par habitant	1980
URSS	PNB par habitant	1980
Yémen, Rép. arabe du	Taux de croissance du PNB par habitant	1970-80

Tableau 7

Femmes

Afghanistan	Mortalité maternelle	1975
Afrique du Sud	Mortalité maternelle	Dans 267 hôpitaux
Algérie	Mortalité maternelle	1978
Allemagne, Rép. féd. d'	Accouchements assistés	1979
Arabie saoudite	Alphabétisation des adultes	1982
Australie	Accouchements assistés	1982
Autriche	Taux d'emploi de contraceptifs	Cohortes de mariages de 1974 et 1978
Belgique	Taux d'emploi de contraceptifs	Population flamande
Bulgarie	Taux d'emploi de contraceptifs	1976
Burundi	Alphabétisation des adultes	1982
Cameroun	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
	Mortalité maternelle	1978

Notes relatives aux tableaux

Tableau 7

(suite)

Chili	Alphabétisation des adultes	1984
Congo	Mortalité maternelle	1971
Corée, Rép. de	Alphabétisation des adultes	1982
	Accouchements assistés	1982
	Accouchements assistés	1975
Costa Rica	Alphabétisation des adultes	1981; âge 10 ans et plus
Cuba	Taux d'emploi de contraceptifs	1975; au cours des 2 derniers mois
Danemark	Accouchements assistés	1979
Finlande	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Accouchements assistés	1979
France	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
	Accouchements assistés	1976
Ghana	Taux d'emploi de contraceptifs	1979
Grèce	Accouchements assistés	1978
Guinée	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
Guyane	Taux d'emploi de contraceptifs	1975
Hongrie	Accouchements assistés	1982
Israël	Accouchements assistés	1980
Italie	Taux d'emploi de contraceptifs	1979; depuis la dernière grossesse
	Accouchements assistés	1979
Jamahiriya arabe libyenne	Tétanos	1985-87
	Accouchements assistés	1976
	Mortalité maternelle	1978
Kenya	Mortalité maternelle	1977
Lesotho	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
Malawi	Mortalité maternelle	Dans tous les établissements sanitaires
Maroc	Accouchements assistés	1980
	Mortalité maternelle	1974
Niger	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
Nigéria	Accouchements assistés	1980
Norvège	Taux d'emploi de contraceptifs	1977; au cours des 4 dernières semaines
	Accouchements assistés	1974
Nouvelle-Zélande	Taux d'emploi de contraceptifs	1976
Pakistan	Accouchements assistés	1976
Pays-Bas	Taux d'emploi de contraceptifs	Femmes mariées de 21 à 39 ans
	Accouchements assistés	1978
Pologne	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Accouchements assistés	1980
Portugal	Accouchements assistés	1978
Rép. arabe syrienne	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
	Accouchements assistés	1979
Rép. dém. allemande	Accouchements assistés	1977
Roumanie	Taux d'emploi de contraceptifs	1978
	Accouchements assistés	1979
Royaume-Uni	Accouchements assistés	1978
Rwanda	Mortalité maternelle	Dans tous les hôpitaux
Sénégal	Accouchements assistés	1978
Soudan	Tétanos	Dans une partie du pays seulement
	Taux d'emploi de contraceptifs	1978-9
Suède	Accouchements assistés	1976
Suisse	Taux d'emploi de contraceptifs	Cohortes de mariages de 1970-9
	Accouchements assistés	1976
Tanzanie, Rép.-Unie de	Alphabétisation des adultes	1986
	Mortalité maternelle	Dans 48 hôpitaux de toutes les régions
Tchad	Accouchements assistés	1981
	Mortalité maternelle	1972
Tchécoslovaquie	Taux d'emploi de contraceptifs	Si utilisés ne serait-ce qu'une fois au cours du mariage
Thaïlande	Accouchements assistés	1980
Tunisie	Mortalité maternelle	1971
Turquie	Alphabétisation des adultes	1984
Venezuela	Taux d'emploi de contraceptifs	1977
	Accouchements assistés	1982
Viet Nam	Accouchements assistés	1982
Yémen, Rép. arabe du	Taux d'emploi de contraceptifs	1979
Yougoslavie	Taux d'emploi de contraceptifs	1976; au cours des 6 derniers mois
	Accouchements assistés	1979
Zimbabwe	Mortalité maternelle	1979

Tableau 8

Indicateurs
de base relatifs
à des pays
moins peuplés

Antigua	Taux de mortalité des moins de 5 ans	1987
	Taux de mortalité infantile	1987
Bahrain	PNB par habitant	1986
Barbado	Inscriptions dans le primaire	1984
Belize	Taux de mortalité des moins de 5 ans	1987
	Taux de mortalité infantile	1987
	Espérance de vie	1987
Comores	Alphabétisation des adultes	1980
Djibouti	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Provisoire
	PNB par habitant	1981
Dominique	Taux de mortalité infantile	1987
Grenade	Taux de mortalité infantile	1987
Guinée équatoriale	PNB par habitant	1981
Iles Salomon	Taux de mortalité infantile	1987
Maldives	Taux de mortalité des moins de 5 ans	1985
	Taux de mortalité infantile	1985
	Alphabétisation des adultes	1987

Notes relatives aux tableaux

Tableau 8

(suite)

Oatar	Alphabétisation des adultes	1981
Saint-Christophe -et-Nièves	Taux de mortalité infantile	1987
Sainte-Lucie	Taux de mortalité infantile	1987
Saint-Vincent	Taux de mortalité infantile	1985
Samoa	Taux de mortalité infantile	1985
Sao Tomé-et-Principe	Taux de mortalité des moins de 5 ans	1985
	Taux de mortalité infantile	1985
	Alphabétisation des adultes	1981
Seychelles	Taux de mortalité des moins de 5 ans	1987
	Taux de mortalité infantile	1987
	Inscriptions dans le primaire	1982
Vanuatu	Taux de mortalité infantile	1985
	Alphabétisation des adultes	1979

Tableau 9

Taux du progrès

Arabie saoudite	Taux de croissance du PNB par habitant	1965-86
Guyane	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Provisoire
	Taux de croissance du PNB par habitant	1970-80
Jordanie	Taux de croissance du PNB par habitant	1970-80
Koweït	Taux de croissance du PNB par habitant	1965-86
Mali	Taux de croissance du PNB par habitant	1967-80
Sénégal	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Provisoire
Yémen, Rép. arabe du	Taux de croissance du PNB par habitant	1970-80
Zaire	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Provisoire

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.	Emaciation	<i>modérée et grave</i> : le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -2 E.T. (écarts-types) du poids moyen par rapport à la taille de la population de référence.
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.	Retard de croissance	<i>modéré et grave</i> : le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -2 E.T. (écarts-types) de la taille moyenne par rapport à l'âge de la population de référence.
PNB	produit national brut. Les PNB annuels par habitant sont exprimés en dollars actuels des États-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.	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.
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.	DTC	diphthérie, tétanos et coqueluche.
Taux d'alphabétisation des adultes	pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sachant lire et écrire.	Utilisation de SRO	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.
Taux de scolarisation primaire et secondaire	le <i>taux brut</i> de scolarisation est le nombre total d'enfants inscrits dans le primaire ou le secondaire (qu'ils soient ou non en âge de fréquenter l'école primaire ou secondaire), exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants appartenant au groupe d'âge correspondant à l'un ou l'autre de ces niveaux d'enseignement. Le <i>taux net</i> de scolarisation est le nombre total d'enfants inscrits dans le primaire ou le secondaire qui appartiennent au groupe d'âge pertinent, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants appartenant à ce même groupe d'âge.	Enfants ayant achevé leur scolarisation primaire	pourcentage des enfants entrés à l'école primaire qui terminent avec succès ce cycle de l'enseignement.
Répartition du revenu	pourcentage du revenu du secteur privé dont disposent les 20% des ménages les plus riches et les 40% des ménages les plus pauvres.	Taux brut de mortalité	nombre annuel de décès pour 1000 habitants.
Insuffisance pondérale à la naissance	moins de 2500 grammes.	Taux brut de natalité	nombre annuel de naissances pour 1000 habitants.
Allaitement maternel	allaitement au sein exclusif ou partiel.	Indice synthétique de fécondité	nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.
Faible poids	<i>modéré et grave</i> : le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -2 E.T. (écarts-types) du poids moyen par rapport à l'âge de la population de référence; <i>grave</i> : le pourcentage d'enfants qui s'écartent de plus de -3 E.T. du poids moyen par rapport à l'âge de la population de référence.	Population urbaine	pourcentage de la population résidant dans les régions urbaines telles qu'elles ont été définies par des critères nationaux lors du dernier recensement.
		Seuil de pauvreté absolue	le niveau de revenu au-dessous duquel le pouvoir d'achat ne permet pas un régime nutritionnel adéquat plus un accès aux biens de consommation non alimentaires essentiels.
		APD	aide publique au développement.
		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'État.
		Taux d'emploi de contraceptifs	pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 44 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 des moins de 5 ans	Division de la population des Nations Unies et Bureau de statistique des Nations Unies	Postes de radio et de télévision	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)
Population totale	Division de la population des Nations Unies	Population juvénio-infantile	Division de la population des Nations Unies
Natalité	Division de la population des Nations Unies	Taux bruts de mortalité et de natalité	Division de la population des Nations Unies
Décès juvénio-infantiles	Division de la population des Nations Unies et UNICEF	Fécondité	Division de la population des Nations Unies
PNB par habitant	Banque mondiale	Population urbaine	Division de la population des Nations Unies
Espérance de vie	Division de la population des Nations Unies	Inflation et seuil de pauvreté absolue	Banque mondiale
Alphabétisation des adultes	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	Dépenses de santé, d'éducation et de défense	Banque mondiale
Inscriptions scolaires et achèvement des études	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)	Aide publique au développement	Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Répartition du revenu parmi les ménages	Banque mondiale	Service de la dette	Banque mondiale
Insuffisance pondérale à la naissance	Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Taux d'emploi de contraceptifs	Division de la population des Nations Unies
Allaitement maternel	Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Accouchements assistés	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Faible poids, émaciation, retard de croissance	Organisation mondiale de la Santé (OMS) et <i>Demographic and Health Surveys</i> , Westinghouse	Mortalité maternelle	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
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)		
Accès aux services de santé	UNICEF		
Vaccination	Organisation mondiale de la Santé (OMS) et UNICEF		
Utilisation de SRO	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 de l'Est et du Sud
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 75 55, Bogotá, Colombie

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

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

Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Asie centrale et le Sud
UNICEF House, 73 Lodi Estate
New Delhi 110003, Inde

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 (République fédérale d'):
Deutsches Komitee für UNICEF
Steinfeldesgasse 9
D-5000 Cologne 1

Australie: UNICEF Committee of Australia
169 Phillip Street 14th floor
AUS-Sydney 2000

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

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

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

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

Danemark: Dansk UNICEF Komitee
Billedvej 8, Frihavnen
DK-2100 Copenhague 0

Espagne: Asociación UNICEF-España
Mauricio Legendre, 36
E-28046 Madrid

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

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

France: Comité français pour le FISE-UNICEF
35, rue Félicien-David
F-75781 Paris Cédex 16

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

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

Hongrie: Az ENSZ Gyermekalap Magyar
Nemzeti Bizottsága
Szechenyi rakpart, 6
H-1054 Budapest 5

Irlande: Irish National Committee for
UNICEF
4, St. Andrew Street
IR1-Dublin 2

Israël: Israel National Committee for
UNICEF
P.O. Box 8009
IL-93105 Jérusalem

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

Japon: Comité japonais pour l'UNICEF
1-2 Azabudai 3-Chome,
Minato-ku
J-Tokyo 106

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

Nouvelle-Zélande: New Zealand National
Committee for UNICEF, Inc.
P.O. Box 347
NZ-Wellington 1

Norvège: Den Norske UNICEF-Komitee
P.O. Box 6877
N-0130 Oslo 1

Pays-Bas: Stichting Nederlands Comité
UNICEF
Postbus 85857
NL-2508 CN La Haye

Pologne: Polski Komitet Współpracy z
UNICEF
ul. Mokotowska 39
PL-00551 Varsovie

Portugal: Comité Portugais para a UNICEF
Av. Ant. Augusto Aguiar, 56-3E
P-1000 Lisbonne

République démocratique allemande:
UNICEF-Nationalkomitee der
Deutschen Demokratischen Republik
Warschauer Strasse 8
DDR-1034 Berlin

Roumanie: Fondul Național Unită Pentru
Copii/Comitetul Național Român
6-8 Strada Onesti
R-7000 Bucarest 1

Royaume-Uni: United Kingdom Committee
for UNICEF
55 Lincoln's Inn Fields
GB-Londres WC2A 3NB

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

Suède: Svenska UNICEF-Komittén
Box 111 14
S-100 61 Stockholm

Suisse: Comité suisse pour l'UNICEF
Postfach
CH-8021 Zurich

Tchécoslovaquie: Czechoslovak Committee
for Cooperation with UNICEF
Federal Ministry of Foreign Affairs
Loretanske nám. 5
CS-125 10 Prague 1

Tunisie: Comité tunisien pour l'UNICEF
Le Colysée
Escalier B-Bureau 158
TN-Tunis

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

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

Bureaux de liaison

Argentine: Asociación Argentina para UNICEF
Avenida Belgrano 254
AR-1092 Buenos Aires

Chypre: United Nations Development Programme,
UNICEF
P.O. Box 3521
CY-Nicosie

Islande: UNICEF in Iceland
Strogerdi 30
IS-108 Reykjavik

Union des Républiques socialistes soviétiques:
Alliance of Red Cross
and Red Crescent Societies/
Sojuz Obschestv Krasnogo Krestia i
Krasnogo Polumesiasista
1, Chermushkinskii Proezd 5
SU-Moscou 117036

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 1990

Tout en soulignant que l'ensemble des gouvernements des pays en développement consacrent actuellement la moitié de leur budget aux armements et au service de la dette, le rapport sur *La situation des enfants dans le monde 1990* passe en revue les grands échecs ainsi que les principales réalisations des années 80 et présente les principaux défis que la décennie à venir aura à relever.

A moins d'un renversement de tendance, plus de 100 millions d'enfants mourront au cours des années 90 – dont 50 millions succomberont à trois maladies bénignes qu'il est possible de traiter ou de prévenir à peu de frais. Un nombre encore plus grand d'entre eux resteront en mauvaise santé, sous-alimentés et analphabètes.

Et pourtant il serait possible d'offrir un avenir bien différent aux enfants si seulement on faisait des années 90 «la décennie des mesures qui s'imposent». Les moyens existent de venir à bout des principaux fléaux que sont la rougeole, la déshydratation et la pneumonie et ce pour un prix dérisoire. Si l'on mettait à la portée de toutes les familles les connaissances actuelles en matière de nutrition, d'allaitement maternel et d'espacement des naissances, il serait possible de réduire de moitié les décès d'enfants et la malnutrition dans les quelques années à venir. Mais la réussite ne relève pas seulement de moyens financiers : l'engagement durable des responsables politiques et la disponibilité d'un maximum de ressources nationales sont également indispensables. En termes financiers, il faudrait pouvoir dégager annuellement l'équivalent de 2 à 3 milliards de dollars, soit moins que ce que le monde dépense *chaque jour* en armements.

Puisqu'il apparaît possible que le monde s'engage sur la voie d'une réduction significative des dépenses militaires, le temps

est venu de placer le bien-être des enfants au premier rang des priorités. Plus précisément, il convient d'asseoir dans tous les pays le principe selon lequel la croissance physique et mentale des enfants devrait être à l'abri de fléaux bien précis mais aussi des retombées des décisions politiques et financières du monde des adultes.

Toutefois, certains signes jettent une lueur d'espoir pour les années 90. La perspective d'un *Sommet mondial pour les enfants*, la nouvelle *Convention sur les droits de l'enfant* et des réalisations concrètes telles que la *vaccination généralisée des enfants* pourraient marquer les premiers pas d'une priorité réelle accordée aux enfants.

C'est principalement parce que le développement physique, mental et affectif des enfants n'est pas garanti que les difficultés de l'humanité s'aggravent et que ses difficultés se perpétuent. Des *mesures spéciales* visant à défendre les enfants contre les insuffisances et les erreurs du monde des adultes sont l'un des principaux moyens d'atténuer les problèmes les plus fondamentaux de l'humanité. Protéger des millions d'enfants : telle est la plus haute obligation morale et l'investissement potentiel le plus rentable en vue de la prospérité économique, de la stabilité politique et de la sauvegarde de l'environnement.

C'est pourquoi, toutes les questions abordées par le présent rapport sur *La situation des enfants dans le monde* reposent sur le principe selon lequel les préoccupations et les capacités de la société doivent se porter en priorité sur les enfants, car de l'avis de l'UNICEF, ce principe devrait sous-tendre aussi bien les décisions que les actions qui façonneront la décennie à venir.