

LE PROGRÈS 2000 DES NATIONS



LE PROGRÈS DES NATIONS

*Le jour viendra où l'on
n'appréciera plus le progrès des
nations selon leurs forces militaire ou
économique, la splendeur des capitales ou celle
des bâtiments publics, mais selon le bien-être
des habitants : leur niveau de santé, de nutrition
et d'éducation ; la possibilité d'obtenir une juste
rémunération pour leur travail ; la participation
aux décisions leur permettant de maîtriser leur
existence, le respect des libertés civiles et politiques ;
l'aide dispensée aux plus vulnérables et démunis ;
et la protection de la croissance physique et
mentale de leurs enfants. Le progrès des
nations, publié chaque année par le Fonds
des Nations Unies pour l'enfance, est une
contribution aux efforts déployés pour
que ce jour arrive enfin.*

2 0 0 0

Copyright © Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), New York, 2000

UNICEF
3 UN Plaza
New York, NY 10017

Courriel: pubdoc@unicef.org
Site sur le Web: www.unicef.org/french

Les articles figurant dans cette publication peuvent être librement reproduits après en avoir fait la demande à la Section des publications, Division de la communication, UNICEF, à l'adresse mentionnée ci-dessus et en citant la source à chaque parution.

ISBN 92-806-3597-2

F.00.XX.6. Pour obtenir des exemplaires du rapport s'adresser à United Nations Publications, 2 UN Plaza, Room DC2-853, New York, NY 10017, États-Unis d'Amérique. Télécopie: (212) 963-3489; courriel: publications@un.org.

Table des matières

AVANT-PROPOS

Par Kofi A. Annan, Secrétaire général des Nations Unies v

JE CHANTE CONTRE LE SIDA

Présentations par Femi Anikulapo-Kuti, militant célèbre de la lutte contre le sida, et Hortense Bla Me, promotrice des droits de l'enfant 1

Classement : Estimations (%) des jeunes de 15 à 24 ans atteints du VIH/sida 4

Chiffres : Progrès et disparités 6

UN BON DÉPART DANS LA VIE

Présentation par Carol Bellamy, Directrice générale de l'UNICEF 11

Classement : Le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans 14

Chiffres : Progrès et disparités 16

LE POUVOIR DE LA VACCINATION

Présentation par le Dr William Foegen, professeur émérite de santé internationale à la Rollins School of Public Health de l'Université Emory d'Atlanta (État de Géorgie, États-Unis) 19

Classement : La couverture par le DTC3 22

Chiffres : Progrès et disparités 24

LES ENFANTS PERDUS

Présentation par Juan Somavía, Directeur général de l'Organisation internationale du Travail 27

Chiffres : Progrès et disparités 30

TABLEAUX STATISTIQUES

Profils statistiques 34

Indicateurs sociaux pour les pays les moins peuplés 37

L'âge des données 38

Abréviations 38

Les présentations paraissant dans ce rapport expriment l'opinion de leurs auteurs, et non pas nécessairement la politique de l'UNICEF.

Photographies des enfants illustrant les pages de classement (de gauche à droite) : UNICEF/96-1485/Pirozzi, UNICEF/92-0885/Goodsmith, UNICEF/92-0702/Hartley, UNICEF/92-0669/Vilas, UNICEF/99-0246/Horner, UNICEF/91-0419/Sprague.



Avant-propos

Au cours des huit dernières années, *Le progrès des nations* s'est fait l'écho des progrès remportés dans le monde pour donner à tous les enfants une chance de mener une vie décente, une vie digne et enrichissante. Ces progrès ont été mesurés à l'aune des objectifs fixés lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990 et des droits inscrits dans la Convention relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par pratiquement toutes les nations du monde.

Cette publication nous apprend que rien n'est impossible lorsque les nations investissent dans le bien-être des enfants et protègent leurs droits. Aujourd'hui, des millions d'enfants n'ont plus à craindre l'arriération mentale due à la carence en iode. Des millions d'autres sont en bonne santé grâce à l'eau salubre. Les écoles sont plus fréquentées qu'il y a dix ans. Les taux d'allaitement maternel augmentent dans de nombreux pays et davantage d'enfants sont déclarés à la naissance. La poliomyélite est sur le point d'être éradiquée. La vaccination a fait des miracles dans une multitude de villages et dans les régions isolées des pays en développement ; la détresse a fait place à l'espoir et l'incertitude s'est transformée en promesses. *Le progrès des nations* dévoile aussi la longue patience des filles et des femmes, qui ont lutté pour triompher des inégalités et de la discrimination, et recouvrer le droit de s'épanouir pleinement. Le travail des enfants et l'exploitation sexuelle sont combattus avec beaucoup de vigueur.

Mais cette publication nous apprend que le chemin à parcourir est encore long. Des objectifs inaccessibles et des droits bafoués sont l'apanage de la misère, de la discrimination à l'égard des femmes, de l'endettement, de la guerre, d'un engagement trop timide ou d'un développement social porteur d'inégalités. *Le progrès des nations* retrace la progression dévastatrice du VIH/sida qui, en moins d'une génération, a provoqué la plus grande catastrophe de l'histoire du continent africain et qui s'étend aujourd'hui à l'Asie et à certaines régions d'Europe centrale et d'Amérique latine. Cette menace impitoyable met en péril les perspectives économiques et la stabilité sociale de l'ensemble de ces régions. Il est donc légitime que cette édition du *Progrès des nations* traite principalement du VIH/sida. Les taux d'infection chez les jeunes sont terrifiants. Il faut galvaniser nos énergies pour éduquer les populations, surtout les jeunes, et les informer sur les risques du VIH/sida.

Cette publication rend aussi hommage à la vaccination et ébauche un nouveau programme de distribution des vaccins. Dans le chapitre consacré à la petite enfance, il est recommandé d'investir très tôt dans les soins à apporter aux jeunes enfants afin de lutter contre le cercle vicieux de la pauvreté. Ce chapitre s'achève sur une triste constatation : sur chaque continent, dans des maisons closes, des taudis, des usines et des régions déchirées par la guerre, des enfants perdus parmi les vivants espèrent réveiller la conscience d'un monde qui semble les avoir oubliés. Le principe «tous les enfants, tous les droits» est encore bien loin d'être une réalité.



Kofi A. Annan
Secrétaire général de
l'Organisation des Nations Unies

JE CHANTE CONTRE LE SIDA

PRÉSENTATION: DÉNONCER LE SIDA



Je chante contre le sida

Par Femi Anikulapo-Kuti

Personnage hors du commun, doté d'un courage exemplaire, Fela Anikulapo-Kuti était un musicien né. Au Nigéria, son pays natal, et dans le monde entier, ses fans se comptaient par millions, mais il était connu également pour ses idéaux politiques, se battant pour les droits de son peuple et dénonçant haut et fort la corruption. Nombre de dirigeants politiques et militaires s'efforcèrent de le réduire au silence et de briser sa détermination. Rien n'y fit, ni la prison, ni la torture. Finalement, c'est le sida qui le terrassa. Fela succomba à la maladie en 1997, à l'âge de 58 ans.

Le lendemain de sa mort, sa famille décida de divulguer au monde entier la cause de son décès. Ce fut un choc pour des millions de personnes. Son fils, Femi Anikulapo-Kuti, raconte comment, en révélant la cause du décès de son père, lui-même et sa famille ont souhaité lever le voile qui recouvre cette épidémie meurtrière, la plus grande catastrophe à laquelle l'Afrique ait été confrontée, et parler de sa croisade personnelle pour rompre le mur du silence qui entoure le sida.

Au Nigéria comme dans de nombreux autres pays du monde en développement, une chape de silence recouvre le sida et entrave encore les efforts visant à ralentir sa propagation fulgurante et mortelle. Des gouvernements, des familles et des individus ont fait le jeu de la maladie : ils se taisent ou ne parlent pas assez fort pour faire passer le message.

Après le décès de mon père, son frère, Olikoye Ransome-Kuti et moi-même avons décidé de parler. Nous avons besoin, sur le plan personnel, de rompre le silence qui entoure le sida. Nous estimions qu'il fallait mettre un terme à la conspiration du silence, car elle

conforte l'ignorance, entretient le refus de voir la réalité, et perpétue le manque d'information sur cette catastrophe effroyable.

C'est à la même époque que je me suis engagé personnellement à dévoiler la réalité choquante du sida. Pendant mes concerts, je parle du sida et des banderoles sont souvent déployées sur scène pour sensibiliser les spectateurs à ce problème. J'essaie aussi d'informer les gens dans d'autres forums, et j'encourage tous ceux qui ont la chance d'être dans une position semblable à la mienne à faire de même.

Le sida existe et il est omniprésent. Il emporte sans distinction des gens que nous connaissons et que nous aimons – frères, sœurs, pères et mères.

L'Afrique et ses amis doivent affronter le sida avec la détermination et l'unité dont ils feraient preuve face à n'importe quel ennemi décidé à les anéantir. De toutes les épreuves que l'Afrique a endurées, celle-ci est la plus impitoyable : sur les 2,8 millions de personnes qui sont mortes du sida l'an dernier, 79 % vivaient en Afrique. À la fin de cette année, 10,4 millions d'enfants de moins de 15 ans, dont la majorité sont des Africains, auront perdu leur mère ou les deux parents en raison du sida.

Le sida est la plus grande catastrophe sociale et humaine de l'histoire de notre continent et les répercussions extrêmement graves sur la stabilité économique et politique sont déjà palpables : familles détruites, communautés décimées, hôpitaux surchargés. Les écoles ont perdu des enseignants et les élèves sont obligés d'abandonner leurs études faute de moyens financiers. Les entre-

prises ont enregistré des pertes d'effectifs et de productivité difficiles à absorber. Les succès chèrement acquis dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'industrie sont anéantis.

Nous sommes reconnaissants au Conseil de sécurité de l'Organisation des Nations Unies d'avoir, cette année pour la toute première fois, débattu d'un problème de santé et d'avoir placé le sida en Afrique à son ordre du jour et demandé aux pays donateurs d'engager davantage de ressources dans le combat contre cette maladie.

Mais cette aide doit s'accompagner d'obligations nationales. C'est surtout aux gouvernements et à tous ceux qui ont de l'influence, des connaissances et qui détiennent le pouvoir de tirer la sonnette d'alarme. L'information est un outil puissant dans la lutte contre la propagation effrénée du sida.

L'information est l'un des rares outils dont nous disposons en Afrique, et nous l'avons négligé. Dans certaines régions du Nigéria, une personne sur 10 seulement a entendu parler du sida et encore plus rares sont ceux qui savent comment l'éviter. Cette ignorance nous coûte très cher : aujourd'hui, 2,7 millions de personnes sont infectées par le VIH dans notre pays.

Le Nigéria n'est pas le seul pays à souffrir d'un manque d'information. C'est l'ensemble du continent africain qui en pâtit.

Ne pas éclairer les gens sur la maladie revient à signer leur arrêt de mort. Voilà pourquoi les dirigeants politiques, les artistes, les vedettes de la scène et les enseignants doivent

Femi Anikulapo-Kuti est un ambassadeur très populaire de la musique Afro-Beat et un militant célèbre de la lutte contre le sida. Au Nigéria, il a réalisé des spots et des messages télévisés que des millions de jeunes fans ont regardés ; il lance un appel pour que des actions soient entreprises de toute urgence contre les pratiques qui mènent jeunes et adultes à une mort certaine.

saisir toutes les occasions d'informer le public de la manière de se protéger contre l'infection à VIH.

Il y a tant de choses à dire.

Nous devons parler des risques importants que courent nos mères et nos sœurs, plus exposées encore que les hommes et les jeunes gens. Les fillettes et les femmes sont extrêmement vulnérables. Physiologiquement, elles courent davantage de risques que les hommes de contracter l'infection; les pressions sociales, les pratiques culturelles, la

violence, la répression et les valeurs et comportements actuels font qu'il leur est difficile, voire impossible, de se protéger. Nous ne pouvons plus garder le silence et avoir la conscience tranquille. Nous devons aider les femmes à comprendre leurs droits et les risques qu'elles encourent. Nous devons aussi les soutenir lorsqu'elles exercent leurs droits et leur permettre de maîtriser leur sexualité et leur corps.

En tant qu'individus, nous devons parler de la nécessité de

changer les comportements. Il est suicidaire d'avoir plusieurs partenaires sexuels. Il faut répéter encore et toujours, de toutes les manières possibles, que la protection la plus sûre contre l'infection à VIH est l'abstinence ou une sexualité sans risque en s'exposant le moins possible ou en limitant le nombre de ses partenaires. Toute personne sexuellement active doit assumer pleinement ses actes et utiliser des préservatifs pour se protéger et protéger les autres.

Nous devons en outre nous débarrasser des mythes négatifs qui frappent ceux qui sont atteints du sida. Comme beaucoup de séropositifs, Fela a été malade pendant plusieurs années. Il a eu la chance d'avoir une famille aimante qui a pris soin de lui pendant les épisodes difficiles de sa maladie. Mais il n'est pas rare que les personnes séropositives soient exclues et traitées comme des parias dans leur propre communauté. Plus souvent que nous ne voulons l'admettre, des en-

Ma voix compte aussi

Par Hortense Bla Me

Le VIH/sida fait davantage de victimes en Afrique que toute autre maladie. Quinze millions de personnes ont succombé au sida sur ce continent depuis le début des années 80 et les jeunes Africains représentent la majorité des 10,4 millions d'enfants de moins de 15 ans qui seront orphelins à la fin de l'an 2000 à cause du sida.

Le tribut prélevé par la maladie est très lourd et le pire est encore à craindre : en effet, les taux de contamination sont en train de doubler, voire tripler, dans d'autres régions du monde. Ces chiffres plaident en faveur de l'attribution de ressources plus importantes, d'un engagement clair au plus haut niveau, d'une approche nouvelle et audacieuse du problème et du partage des expertises pour relever ce défi monumental et complexe. En Afrique, le recours aux jeunes pour éduquer d'autres adolescents est une stratégie qui offre des possibilités illimitées. Comme le fait remarquer cette jeune Ivoirienne qui fait campagne contre le sida, les jeunes peuvent contribuer efficacement à faire évoluer les comportements, surtout si on leur permet de participer à la création et à la diffusion de messages.

Je parle au nom des enfants et des adolescents dont le pouvoir qu'ils ont d'influencer la société a été négligé, et ceci avec des conséquences tragiques. Ce potentiel a pourtant le pouvoir de retourner la situation et d'arrêter la progression inexorable et meurtrière du VIH/sida.

Aujourd'hui, dans le monde, plus de 34,3 millions d'individus, dont un tiers de jeunes de 15 à 24 ans, sont contaminés. Toutes les minutes, six jeunes de moins de 25 ans sont infectés par le VIH. Dans mon pays, la Côte d'Ivoire, on nous dit qu'environ 11% de la population est séropositive. Ce taux de conta-

mination a un impact direct et immédiat sur les enfants: 320 000 enfants ivoiriens auront perdu leur mère ou leurs deux parents à la fin de 2000 en raison du sida.

Je pense que pour surmonter la crise du sida tout le monde doit s'engager, et plus particulièrement les jeunes. En Côte d'Ivoire, nous

essayons, dans le cadre des organisations de jeunes comme le Parlement des enfants, de faire connaître le point de vue des jeunes sur la manière de résoudre les problèmes de notre pays. Ainsi, les gens n'auront plus l'impression que les jeunes sont à l'origine de ces problèmes.

Nous faisons au contraire partie de la solution. Nous avons des talents et des capacités. Nous connaissons parfaitement les problèmes de nos sociétés. Et surtout, nous arrivons à mieux communiquer avec les jeunes de notre âge.

Nous qui sommes membres du Parlement des enfants avons compris que les jeunes avaient soif d'informations sur le sida. Nous avons constaté que leur comportement changeait quand ils connaissaient les faits. En 1993, par exemple, 5% seulement des jeunes Ivoiriens sexuellement actifs de 15 à 19 ans utilisaient des préservatifs. En 1998, un tiers des adolescents sexuellement actifs de ce groupe d'âge ont affirmé qu'ils avaient systématiquement recours à des préservatifs. Ils ont donc entendu nos messages sur le sida.

Hortense Bla Me, 19 ans, est présidente du Parlement des enfants, une organisation ivoirienne qui compte 100 membres à laquelle elle a adhéré à l'âge de 13 ans. Elle lutte activement pour promouvoir les droits des enfants et des jeunes, ainsi que leur participation à la campagne de prévention du VIH/sida.

fants et des malades sont abandonnés dans des hôpitaux ou d'autres institutions. Cette ignorance et cette intolérance doivent disparaître. Ceux qui vivent avec le sida peuvent, avec de l'aide, mener des vies pleines et exemptes de danger et, en retour, aider les autres à se protéger contre la maladie.

Les familles endeuillées par le sida doivent dire la vérité sur la cause du décès. L'utilisation d'euphémismes populaires comme «après une brève maladie», l'attri-

bution du décès à des causes surnaturelles, ou d'autres subterfuges qui masquent la cause réelle de la maladie, risquent d'entraîner d'autres décès.

Que tous ceux d'entre nous qui perdent des êtres chers à cause du sida disent haut et fort que la maladie existe et qu'elle attaque sur tous les fronts. En acceptant cette réalité, il sera plus facile aux gens de participer aux campagnes d'information et d'aider ceux qui ont jusqu'ici échappé au sida à éviter de le contracter.

Modifier les comportements est une partie de la solution, mais cela ne saurait suffire. Lorsque les gens sont pauvres et dépourvus d'emploi, ils perdent l'espoir. Beaucoup de jeunes, garçons et filles – les enfants des rues de Lagos – m'ont dit qu'ils avaient des rapports sexuels à risque parce qu'ils s'ennuyaient, à cause de l'insécurité, par manque d'information, qui sont le lot des enfants vivant dans les rues. Le message est clair: pour lutter contre le sida, nous devons combattre la pauvreté,

avec un regain d'énergie et plus de ressources que par le passé.

Tant qu'il n'y aura pas de traitement contre le VIH/sida, unissons nos voix partout dans le monde. Entonnons un chant de résistance et de combat. Mais surtout, entonnons un chant d'espoir – certains qu'ensemble nous parviendrons à briser le silence et l'exclusion qui alimentent cette épidémie et à faire triompher la vie. ■

Les jeunes ont des comportements à risque en partie parce qu'ils ne sont pas informés. Nombre d'entre eux, surtout ceux qui vivent dans des milieux défavorisés, n'ont pas la possibilité d'obtenir des données précises sur le sida. Les 59% de garçons et 46% de filles qui fréquentent l'école primaire en Côte d'Ivoire ne reçoivent pas d'informations dignes de foi sur le VIH/sida.

Leurs parents, qui sont souvent dépourvus d'instruction et d'accès à ces informations, ne peuvent pas les aider. Plus de la moitié des hommes adultes et plus des deux tiers des femmes adultes sont illettrés et ils sont largement coupés des connaissances sur le sida. Les obstacles culturels sont un autre facteur. Il est encore tabou dans de nombreuses familles de mon pays de parler du sexe ou des infections sexuellement transmissibles. Les filles en particulier hésitent souvent à poser des questions sur la sexualité parce qu'elles craignent qu'on les juge moralement «légères».

Le résultat est que trop d'enfants, surtout les plus défavorisés, ne savent pas comment la maladie se propage. Selon une enquête parainée récemment par l'UNICEF sur les attitudes face au sida en Côte d'Ivoire, plus de la moitié des jeunes pensaient que c'était à leurs parents de leur donner une éducation sexuelle. Cependant, 9 jeunes

sur 10 ont dit qu'ils avaient appris ce qu'ils savaient sur le sexe dans les médias ou «dans la rue».

Il est tragique que les parents ou d'autres membres de la famille proche ne leur donnent pas d'informations précises. Mais nous pouvons faire en sorte que cette grave lacune soit une occasion pour les jeunes de discuter honnêtement entre eux de leurs problèmes.

L'éducation par les camarades est l'un des outils les plus puissants dont nous disposons pour lutter contre le VIH/sida, mais il est trop peu utilisé.

J'ai travaillé avec de jeunes prostituées de Bouaké, la deuxième ville de Côte d'Ivoire. L'une d'elles, Dominique (c'est un pseudonyme), 13 ans, m'a dit qu'elle avait commencé à se prostituer à l'âge de 11 ans.

Dominique est issue d'une famille pauvre; elle a neuf frères et sœurs, son père avait perdu son emploi et sa mère s'occupait d'un nouveau-né. Dominique a suivi une amie dans la prostitution, gagnant parfois jusqu'à 10 dollars par soirée. C'était une grosse somme pour une fillette issue d'une famille pauvre.

Puis Dominique a entendu dire qu'elle pouvait tomber malade en ayant des relations sexuelles sans protection mais elle ne savait pas qu'une personne contaminée pouvait sembler normale et en bonne santé, que le VIH se propage par des relations sexuelles sans protection

avec une personne infectée, qu'il n'existe pas de traitement et que tout le monde peut le contracter.

Je l'ai emmenée à Renaissance Santé Bouaké (RSB), une organisation non gouvernementale (ONG) soutenue par l'UNICEF et qui fait campagne contre le sida. Elle y a vu des images choquantes montrant comment le sida détruit le corps. Elle a aussi appris qu'un quart des femmes enceintes de la ville étaient alors séropositives.

Ces informations ont changé sa vie. Elle est bientôt revenue à RSB avec deux autres jeunes prostituées pour en savoir davantage sur la maladie. Maintenant, les trois filles ont quitté la prostitution et elles se sont inscrites dans une école catholique où elles apprennent un métier. Dominique suit des cours et apprend la couture.

Mais il n'est pas suffisant d'être informé sur le VIH/sida pour changer de comportement. Il y a un autre facteur: le pouvoir. Ceux qui n'ont pas de pouvoir sont les premières proies du sida et les filles sont les plus exposées. Elles sont souvent soumises à des pressions ou contraintes à avoir des relations sexuelles. Parfois on leur cache les faits qu'elles ont besoin de connaître. Les filles sont fréquemment désarmées pour négocier avec les garçons et les hommes et elles n'ont pas assez d'assurance pour leur tenir tête; elles ont peur d'être mal vues en se montrant trop sûres

d'elles. Même lorsqu'une fille décide en connaissance de cause d'avoir un rapport sexuel, elle n'arrive pas toujours à imposer une relation sans risque.

Les connaissances ne suffisent donc pas. Le Parlement des enfants de la Côte d'Ivoire a décidé de discuter en priorité du VIH/sida dans le contexte des droits des enfants. Nous expliquons la Convention relative aux droits de l'enfant et nous disons aux jeunes qu'ils ont le droit d'être éduqués et le droit de participer aux décisions qui concernent leur corps et leur vie.

Pour un jeune, il est très difficile de remettre en question les stéréotypes culturels et sexuels. La communauté doit soutenir les jeunes pour les aider à s'affirmer. RSB recrute des parents, des enseignants et des enfants pour qu'ils participent à cet effort. Le projet Miwa (mon enfant) permet de renseigner jeunes et adultes sur le VIH/sida et sur les droits des enfants. Les jeunes, surtout les adolescentes, sont rassurés de constater qu'ils ne sont pas seuls à faire front à cette maladie terrifiante. Le projet Miwa ne se limite pas à promouvoir la santé: grâce à l'éducation sur le sida, il responsabilise les enfants en bonne santé.

Le sida nous met au défi de trouver des solutions nouvelles à nos problèmes. Ensemble, nous pouvons réellement sauver le monde. ■

JE CHANTE CONTRE LE SIDA

CLASSEMENT: ESTIMATIONS (%) DES JEUNES DE

Le sida décime le monde en développement – nulle part ailleurs plus sauvagement qu'en Afrique subsaharienne – et d'innombrables jeunes succombent à ses coups acharnés. Ce classement dresse un tableau de l'horrible tribut prélevé par l'épidémie.

Un lourd héritage

Au Botswana, 1 jeune femme sur 3 et 1 jeune homme sur 7 âgés de 15 à 24 ans sont contaminés par le VIH, tout comme 1 jeune femme sur 4 et 1 jeune homme sur 10 en Afrique du Sud, au Lesotho et au Zimbabwe. Dans neuf autres pays d'Afrique subsaharienne, plus de 1 jeune femme sur 10 et 1 jeune homme sur 20 sont séropositifs.

Les signes sont évidents dans un trop grand nombre de pays. Au Cambodge, par exemple, 1 jeune femme sur 33 et 1 jeune homme sur 50 sont porteurs du virus et, en Haïti, 1 jeune femme sur 33 et 1 jeune homme sur 20 sont séropositifs.

Comment se fait-il que les chiffres soient aussi catastrophiques plus de 15 ans après l'apparition de la terrible malédiction qu'est l'épidémie du sida ?

Comment se fait-il qu'avec des pertes aussi énormes – les millions de morts et de mourants, les enfants qui se retrouvent orphelins, les plaies économiques et sociales provoquées par l'épidémie – nous n'ayons pas pu sortir de ce bourbier ?

Comment se fait-il qu'après 15 ans de relations douloureuses avec le sida nous ayons laissé un héritage aussi meurtrier à notre jeunesse ?

Les taux d'infection par le VIH chez les jeunes sont un acte d'accusation terrible ; ils prouvent que notre manière d'aborder le problème, nos engagements et notre action se sont soldés par des échecs aux proportions presque inimaginables. Ils racontent l'histoire d'un leadership qui n'est pas digne de ce nom et de l'abandon de l'Afrique subsaharienne, dans une misère profonde, face à un désastre qui a été enrayé dans d'autres régions. Ils parlent aussi d'une dévastation qui n'attend que le moment où elle pourra s'installer ailleurs, protégée par le même silence, la même apathie et la même négligence.

Si on ne connaît pas de traitement pour le sida, on peut l'éviter. Les taux de contamination n'auraient jamais dû atteindre des niveaux aussi catastrophiques. Mais les choses étant ce qu'elles sont, les dirigeants à tous les niveaux et dans tous les pays, industrialisés et en développement, doivent engager immédiatement des ressources, du temps et de l'énergie afin d'éviter que de telles tragédies ne se reproduisent. Une réaction internationale vigoureuse face à cette grave situation d'urgence se fait attendre depuis trop longtemps.

Le monde s'est voilé la face pendant trop longtemps, permettant ainsi qu'un crime impardonnable soit perpétré et s'en rendant complice – le décès évitable de millions de jeunes.



AFRIQUE
SUBSAHARIENNE

	Femmes	Hommes
Botswana	34	16
Lesotho	26	12
Afrique du Sud	25	11
Zimbabwe	25	11
Namibie	20	9,1
Zambie	18	8,2
Malawi	15	7,0
Mozambique	15	6,7
Rép. centrafricaine	14	6,9
Kenya	13	6,4
Éthiopie	12	7,5
Burundi	12	5,7
Rwanda	11	5,2
Côte d'Ivoire	9,5	3,8
Tanzanie	8,1	4,0
Cameroun	7,8	3,8
Ouganda	7,8	3,8
Congo	6,5	3,2
Burkina Faso	5,8	2,3
Togo	5,5	2,2
Congo, Rép. dém.	5,1	2,5
Nigéria	5,1	2,5
Gabon	4,7	2,3
Ghana	3,4	1,4
Tchad	3,0	1,9
Sierra Leone	2,9	1,2
Angola	2,7	1,3
Guinée-Bissau	2,5	1,0
Bénin	2,2	0,9
Gambie	2,2	0,9
Libéria	2,2	0,9
Mali	2,1	1,3
Sénégal	1,6	0,7
Niger	1,5	1,0
Guinée	1,4	0,6
Mauritanie	0,6	0,4
Madagascar	0,1	0,04
Maurice	0,04	0,04
Érythrée	n.d.	n.d.
Somalie	n.d.	n.d.



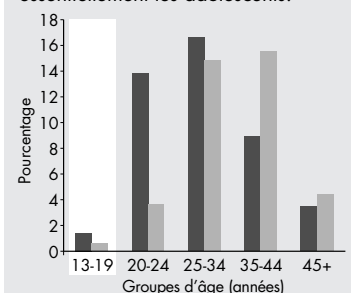
MOYEN-ORIENT ET
AFRIQUE DU NORD

	Femmes	Hommes
Algérie	<0,01	<0,01
Arabie saoudite	<0,01	<0,01
Égypte	<0,01	<0,01
Émirats arabes unis	<0,01	<0,01
Iran	<0,01	<0,01
Iraq	<0,01	<0,01
Israël	<0,01	<0,01
Jordanie	<0,01	<0,01
Koweït	<0,01	<0,01
Liban	<0,01	<0,01
Libye	<0,01	<0,01
Maroc	<0,01	<0,01
Oman	<0,01	<0,01
Soudan	<0,01	<0,01
Syrie	<0,01	<0,01
Tunisie	<0,01	<0,01
Turquie	<0,01	<0,01
Yémen	<0,01	<0,01

*Estimations (1997).

Adolescence: l'âge des possibilités

Selon les études réalisées dans des pays où l'épidémie du sida est généralisée, les femmes sont contaminées à un plus jeune âge que les hommes, généralement par des hommes plus âgés. Pour modifier les comportements et éviter la contamination, les programmes d'intervention doivent donc cibler essentiellement les adolescents.



Source: Masaka District Annual Survey (Ouganda), 1997.

15 À 24 ANS ATTEINTS DU VIH/SIDA



ASIE CENTRALE



ASIE EST/SUD ET PACIFIQUE



AMÉRIQUES



EUROPE

	Femmes	Hommes
Kazakhstan	<0,01	0,07
Afghanistan	<0,01	<0,01
Arménie	<0,01	<0,01
Azerbaïdjan	<0,01	<0,01
Géorgie	<0,01	<0,01
Kirghizistan	<0,01	<0,01
Ouzbékistan	<0,01	<0,01
Tadjikistan	<0,01	<0,01
Turkménistan	<0,01	<0,01

	Femmes	Hommes
Cambodge	3,5	2,4
Thaïlande	2,3	1,2
Myanmar	1,7	1,0
Inde	0,6	0,4
Pap.-Nlle.-Guinée	0,3	0,1
Singapour	0,2	0,2
Népal	0,2	0,1
Malaisie	0,1	0,6
Viet Nam	0,1	0,3
Philippines	0,06	0,03
Rép. dém. pop. lao	0,05	0,04
Sri Lanka	0,05	0,04
Pakistan	0,04	0,06
Indonésie	0,03	0,03
Australie	0,02	0,1
Chine	0,02	0,1
Nlle.-Zélande	0,02	0,05
Japon	0,01	0,03
Bangladesh	0,01	0,01
Corée, Rép.	<0,01	0,02
Bhoutan	<0,01	<0,01
Corée, R. pop. dém.	<0,01	<0,01
Mongolie	<0,01	<0,01

	Femmes	Hommes
Haïti	2,9	4,9
Rép. dominicaine	2,8	2,6
Honduras	1,7	1,4
Panama	1,4	1,7
Guatemala	0,9	1,2
Trinité-et-Tobago	0,6	0,8
Jamaïque	0,4	0,6
Argentine	0,3	0,9
Brésil	0,3	0,7
Costa Rica	0,3	0,7
El Salvador	0,3	0,7
Venezuela	0,2	0,7
États-Unis	0,2	0,5
Pérou	0,2	0,4
Uruguay	0,2	0,4
Colombie	0,1	0,4
Équateur	0,08	0,4
Chili	0,08	0,3
Canada	0,07	0,3
Mexique	0,06	0,4
Nicaragua	0,06	0,2
Paraguay	0,04	0,13
Bolivie	0,03	0,13
Cuba	0,02	0,06

	Femmes	Hommes
Ukraine	0,8	1,3
Portugal	0,3	0,6
Suisse	0,3	0,4
Espagne	0,2	0,5
Bélarus	0,2	0,4
France	0,2	0,3
Italie	0,2	0,3
Moldova, Rép.	0,1	0,3
Russie, Féd.	0,1	0,3
Autriche	0,1	0,2
Belgique	0,1	0,1
Danemark	0,08	0,2
Pays-Bas	0,08	0,2
Lettonie	0,06	0,2
Grèce	0,05	0,1
Royaume-Uni	0,05	0,1
Irlande	0,05	0,06
Allemagne	0,04	0,1
Suède	0,04	0,06
Rép. tchèque	0,03	0,06
Norvège	0,03	0,01
Hongrie	0,02	0,08
Finlande	0,02	0,03
Roumanie	0,02	0,02
Slovénie	0,01	0,03
Croatie	0,01	0,02
Slovaquie	0,01	0,02
Albanie	<0,01	<0,01
Estonie	<0,01	<0,01
Ex-Rép. youg. de Macédoine	<0,01	<0,01
Lituanie	<0,01	<0,01
Bosnie-Herzégovine	n.d.	n.d.
Bulgarie	n.d.	n.d.
Pologne	n.d.	n.d.
Yougoslavie	n.d.	n.d.

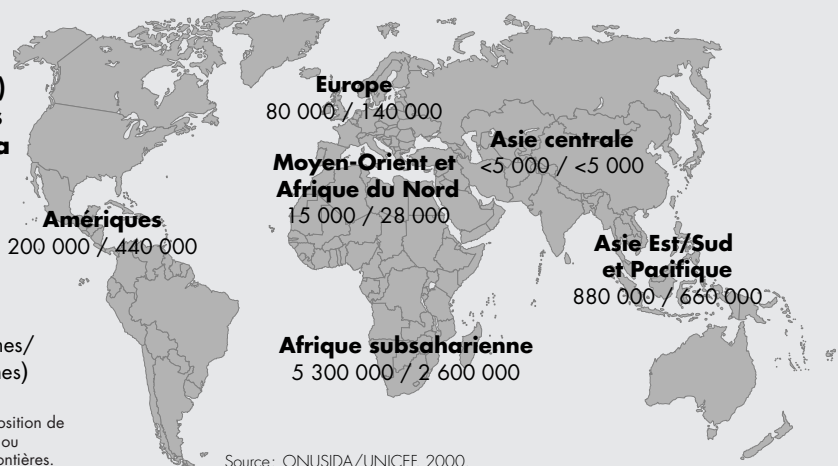
CE QUE SIGNIFIE LE CLASSEMENT

Taux estimés de VIH/sida chez les jeunes fin 1999

Estimation du nombre de jeunes (femmes et hommes) âgés de 15 à 24 ans porteurs du VIH/sida à la fin de 1999

Total mondial: 10,3 millions de jeunes

(6,4 millions de jeunes femmes / 3,9 millions de jeunes hommes)



Note: Cette carte ne reflète pas la position de l'UNICEF sur le statut légal des pays ou territoires représentés, ou sur leurs frontières.

Source: ONUSIDA/UNICEF, 2000.

n.d. = données non disponibles.
< = inférieur à.
Source: ONUSIDA/UNICEF.

Les enquêtes confirment que l'ignorance peut tuer

Le sida est la plus grande catastrophe que le continent africain ait jamais connue et il menace de réduire à néant tous les progrès accomplis à grand peine dans les sphères économique, politique et sociale. Les jeunes sont les plus exposés et une analyse d'études sur ce groupe d'âge réalisées au cours des six dernières années est présentée ici. Les conclusions ont des retombées politiques graves pour la communauté des donateurs, les autorités nationales et les groupes

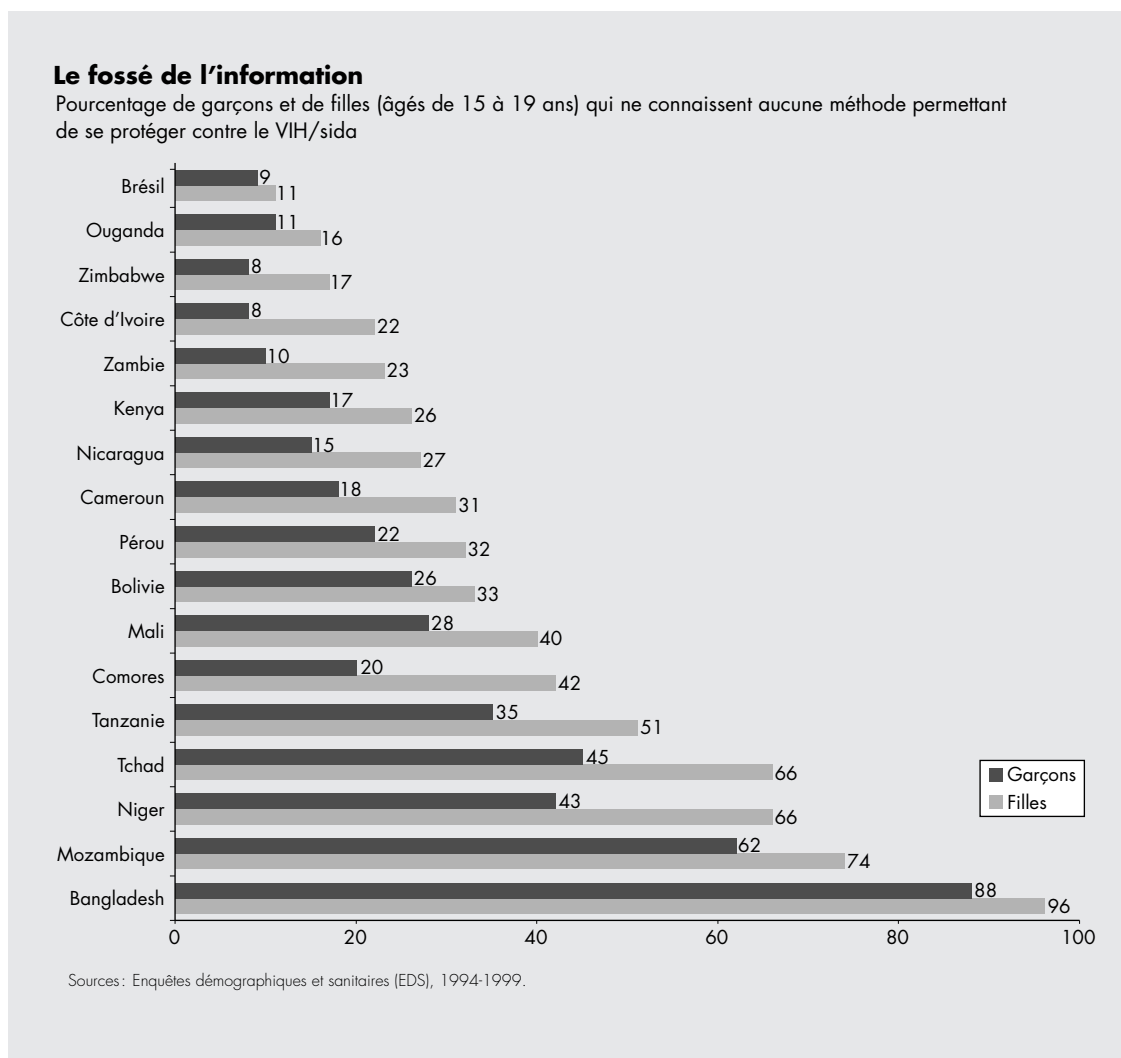
d'intervention. Ces études démontrent en effet que les informations sur le sida et le danger mortel qu'il représente n'atteignent pas leurs cibles ou ne sont pas assimilées. Comme le révèlent les exemples cités ici, il faut pallier de toute urgence l'ignorance des garçons et des filles qui ne se savent pas exposés à la maladie, particulièrement à une époque où les niveaux de prévalence dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans peuvent atteindre 20 à 25 % dans certains pays.

Des études menées récemment dans 17 pays révèlent une ignorance dangereuse chez les jeunes de la manière de se protéger du sida. Dans tous ces pays, les filles sont moins bien informées que les garçons. La prise de conscience de ce fossé permet de comprendre partiellement pourquoi les taux d'infection des filles par le VIH sont plus élevés que ceux des garçons dans nombre de pays et de renforcer les mesures de prévention.

Au Mozambique, où le taux de prévalence du VIH atteint jusqu'à 13 %, 74 % des filles âgées de 15 à 19 ans étaient incapables de désigner une seule méthode permettant de se protéger contre l'infection. Chez les garçons, le taux était plus faible mais il atteignait quand même 62 %. En République-Unie de Tanzanie, où l'on estime que 8 % de la population est infectée, 51 % des filles interrogées ne pouvaient pas désigner une seule méthode permettant d'éviter l'infection, le taux étant de 35 % pour les garçons. En Zambie, 23 % des filles et 10 % des garçons, en Côte d'Ivoire, 22 % des filles et 8 % des garçons et au Zimbabwe, 17 % des filles et 8 % des garçons étaient incapables de désigner la moindre méthode permettant d'éviter l'infection.

Dans les pays où les taux de prévalence du VIH/sida sont relativement faibles, le pourcentage de jeunes qui ne sont pas au courant des mesures à prendre pour se protéger contre la maladie est extrêmement élevé – au Bangladesh, 96 % des filles et 88 % des garçons et au Tchad, 66 % des filles et 45 % des garçons.

Ces chiffres prouvent qu'il est indispensable de redoubler d'efforts pour



atteindre tous les jeunes et plus particulièrement les filles et les femmes dont les droits à l'information sont trop souvent bafoués en raison de la misère, des coutumes locales, de la violence et des préjugés sociaux ou religieux. En outre, comme le révèlent les données réunies dans le cadre des études menées

en Zambie et au Zimbabwe (*voir ci-contre, « Relations sexuelles : ignorer le danger »*), ceux qui possèdent des connaissances de base sur le VIH/sida n'adoptent pas systématiquement des comportements moins risqués. L'expérience révèle que les chances de voir les comportements évoluer

augmentent lorsque les campagnes d'information englobent les attitudes, les valeurs et les aptitudes nécessaires pour se protéger et lorsque les groupes auxquels les messages sont destinés – dans ce cas particulier, les jeunes – participent activement à l'organisation de ces campagnes.

les jeunes

Relations sexuelles : ignorer le danger

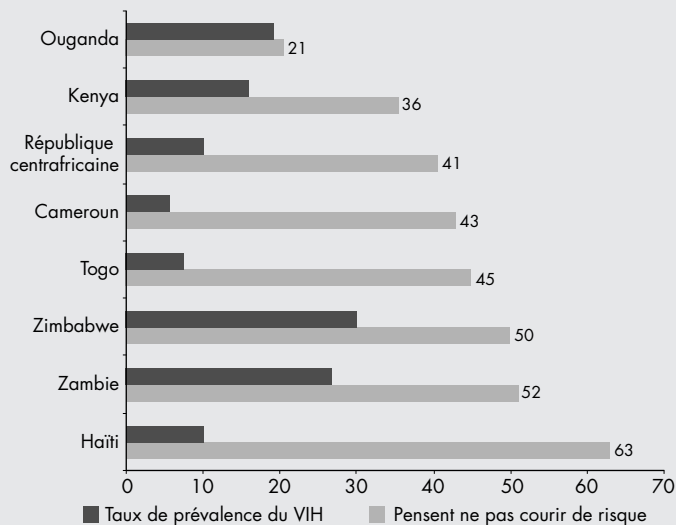
Les études révèlent que dans huit pays où le VIH/sida est épidémique, avec 5% au moins de la population infectée, une proportion non négligeable de filles sexuellement actives (âgées de 15 à 19 ans) pensent qu'elles ne risquent pas de contracter la maladie. Dans trois pays—Haïti, la Zambie et le Zimbabwe—cette fausse impression est partagée par 63, 52 et 50% des filles, respectivement, et par plus de 40% des filles dans trois autres pays étudiés.

Ces études montrent les difficultés liées à la diffusion d'informations indispensables pour lutter contre l'épidémie, particulièrement aux filles appartenant à ce groupe d'âge. L'un des problèmes consiste, sur la base des renseignements que possèdent les jeunes sur le VIH/sida, à les aider à prendre conscience du risque personnel qu'ils encourent. La situation en Zambie et au Zimbabwe, où la prévalence du VIH est très élevée (19% et 25%, respectivement) et où une proportion relativement élevée de filles peut citer en exemple plusieurs moyens de se protéger, le prouve bien (voir l'article à la page d'en face). Pourtant, plus de 50% des filles sexuellement active dans ces deux pays ne voient aucun danger.

Une lueur d'espoir nous vient de l'Ouganda, où les taux de prévalence ont baissé depuis que l'étude a été faite. Le pourcentage de filles ayant répondu qu'elles n'étaient pas conscientes du risque qui les menaçait était le plus faible (21%), partiellement grâce à une campagne vigoureuse et efficace de sensibilisation au sida menée avec l'appui du Gouvernement.

Rendez-vous avec le sida

Pourcentage de filles sexuellement actives (âgées de 15 à 19 ans) qui ne pensent pas être exposées au sida, par rapport à la prévalence nationale*



* Défini à l'époque de l'enquête en interrogeant des femmes enceintes (études de suivi, 1994-1999).
Source: EDS (1994-1999).

Trompées par les apparences, les filles courent à la catastrophe

Des études réalisées récemment dans 34 pays révèlent à quel point les jeunes, en particulier les filles, sont mal informés sur le VIH/sida. Dans 15 de ces pays, 50% au moins des filles âgées de 15 à 19 ans ne savent pas qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut

être infectée par le VIH et le transmettre à d'autres. En Côte d'Ivoire, 41% des filles sont trompées par les apparences, au Cameroun 45% et en Afrique du Sud 51%. Au Mozambique, le taux est de 66%.

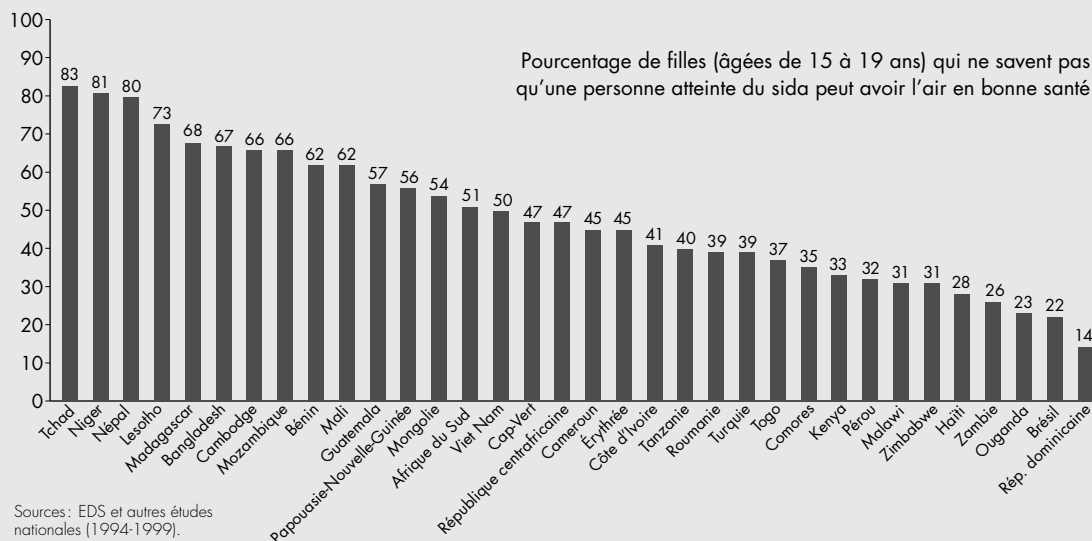
Les filles, qui sont plus exposées que

les garçons du même âge pour des raisons physiques, sociales et culturelles, courent un danger encore plus grand faute d'informations. Des campagnes et des activités plus vigoureuses doivent être entreprises de toute urgence pour démystifier la maladie et donner aux jeunes, surtout aux filles, les informations détaillées dont ils ont besoin pour se protéger.

Comme le nombre d'infections par le VIH augmente le plus rapidement chez les jeunes de 15 à 24 ans, un processus suivi d'éducation qui a fait ses preuves doit être établi afin d'atteindre les enfants avant qu'ils n'entrent dans ce groupe d'âge à haut risque. Des interventions précoces permettront aux enfants d'assimiler peu à peu les informations et de renforcer leurs connaissances pendant qu'ils grandissent. On pourra sauver des vies en faisant évoluer les comportements des jeunes dans la mesure où ils comprendront et admettront que l'épidémie comporte des risques.

Les pays dans lesquels un pourcentage extrêmement élevé de filles croient qu'une personne qui a l'air en bonne santé ne peut pas être infectée sont notamment le Tchad (83%), le Niger (81%) et le Népal (80%). Ces pays affichent généralement des taux de prévalence faibles, mais l'expérience tirée des programmes sur le terrain révèle qu'il n'est jamais trop tôt pour entreprendre les campagnes d'éducation et d'information indispensables pour contrôler l'épidémie.

Des regards qui tuent



Sources: EDS et autres études nationales (1994-1999).

SIDA : JE CHANTE CONTRE LE SIDA

CHIFFRES: PROGRÈS ET DISPARITÉS

860 000 enfants sans enseignants : un autre aspect du sida

Selon les estimations, en 1999, 860 000 enfants vivant en Afrique subsaharienne ont été privés de leurs enseignants, morts du sida. Les enfants de l'Afrique du Sud, du Kenya et du Nigéria sont les plus gravement touchés par ces pertes.

Pour des raisons difficiles à expliquer, la séroprévalence est très élevée chez les enseignants et les directeurs d'écoles. La Zambie, par exemple, a affiché 1 300 décès d'enseignants au cours des 10 premiers mois de 1998, soit deux fois plus qu'en 1997, ce qui représente aussi les deux tiers du nombre de nouveaux enseignants formés chaque année. En République centrafricaine, entre 1996 et 1998, le nombre d'enseignants décédés était pratiquement équivalent au nombre d'enseignants partis à la retraite.

Bien que le VIH/sida touche tous les secteurs, c'est dans l'éducation que ses répercussions sont les plus graves. Aujourd'hui, dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, des acquis obtenus à grand peine en termes de scolarisation – et les rendements des investissements que les pays ont consentis pour améliorer l'éducation – sont peu à peu réduits à néant. La scolarité pâtit de l'absence des enseignants lorsque ceux-ci sont malades ou décédés, parce qu'ils

Des enfants privés d'enseignants

Enfants des écoles primaires dont l'enseignant est mort du sida, 1999

Afrique du Sud	100 000
Kenya	95 000
Zimbabwe	86 000
Nigéria	85 000
Ouganda	81 000
Zambie	56 000
Malawi	52 000
Éthiopie	51 000
Tanzanie	49 000
Congo, Rép. dém.	27 000

Sources : ONUSIDA, UNICEF.

doivent soigner un membre de leur famille ou lorsqu'un nombre plus restreint de maîtres d'école doivent prendre en charge des classes bondées. Les enseignants séropositifs, qui travaillent dans des régions retirées, sans établissements de santé, demandent à être transférés dans des écoles proches d'un hôpital.

Les enfants subissent aussi les contrecoups du VIH/sida : ils doivent quitter l'école lorsque les familles n'ont plus les moyens de payer les frais de scolarité parce que le soutien de famille est malade et ne travaille plus ou parce que le traitement du sida engloutit une

part plus importante du budget familial. Dans certains pays, les parents gardent leurs filles au foyer de crainte qu'elles ne contractent l'infection.

Dans de nombreux pays, d'autres secteurs sont privilégiés au détriment de l'éducation pour faire face à d'autres aspects de la crise du sida, ce qui signifie que le secteur de l'éducation n'a les moyens ni d'engager et de former des enseignants, ni de remplacer ceux qui sont morts. La qualité de l'éducation souffre également de la pénurie de ressources disponibles pour les classes et pour acheter du matériel scolaire. Les attitudes et les pratiques discriminatoires à l'égard des malades du sida perturbent le processus d'apprentissage. Des taux élevés de rotation du personnel enseignant et les fluctuations des effectifs scolaires s'opposent également à une planification efficace de l'éducation.

Toutefois, l'éducation doit être protégée contre la crise du sida car les écoles ont un rôle essentiel à jouer pour limiter l'impact de la maladie. Les programmes scolaires de lutte contre le VIH/sida mis en place dans certains pays ont reçu un coup mortel et l'aide de la communauté internationale est nécessaire de toute urgence.

L'Asie s'efforce d'enrayer l'épidémie

L'Inde occupe aujourd'hui la deuxième place dans la liste des pays fortement frappés par l'épidémie du VIH et la maladie menace de faire des ravages au Cambodge, au Myanmar, en Thaïlande et dans d'autres pays d'Asie.

L'UNICEF, les autres institutions des Nations Unies, les gouvernements et les ONG ont lancé plusieurs programmes de lutte contre l'épidémie.

- Au Cambodge, les efforts ont porté sur le renforcement des activités de prévention menées par les organisations régionales et locales ayant accès aux populations à risque et sur la consolidation des programmes de soins dans les écoles primaires, secondaires et professionnelles, ainsi que des programmes qui ciblent les jeunes non scolarisés, les femmes en âge d'avoir des enfants, les femmes et les enfants porteurs du VIH/sida et les médias.

- En Thaïlande, où l'épidémie bat son plein avec 755 000 personnes atteintes du VIH/sida, des écoles communautaires « amies des enfants » ont été créées afin de promouvoir la santé, le développement psychosocial et d'aider les jeunes frappés par la maladie.

- Le Myanmar est le pays d'Asie où, semble-t-il, l'épidémie du VIH/sida se propage le plus rapidement, avec 530 000 personnes atteintes par la maladie. Un programme intitulé SHAPE (projet scolaire pour une vie saine et pour la prévention du VIH/sida) est en cours d'élaboration pour faire face à ce grave problème.

Population Services International a lancé un projet de commercialisation sociale des préservatifs. Son but est de diffuser des informations sur la prévention du VIH, tout en mettant les préservatifs à la disposition de l'ensemble de la population. Mais son rayon d'action est très limité faute de contributions des donateurs et en raison de l'attitude ambiguë du Gouvernement face à la gravité de l'épidémie. Ces efforts ne sont donc pas à la mesure du danger qui menace le pays.

Agir pour éviter le pire

Si l'épidémie du sida nous a appris quelque chose, c'est bien que les taux de prévalence, quels qu'ils soient, représentent un danger imminent. La liste ci-contre révèle que des taux de prévalence même relativement faibles peuvent se traduire en chiffres désastreux. En Inde, les taux sont de 0,6 % chez les femmes et de 0,4 % chez les hommes âgés de 15 à 24 ans, soit 570 000 femmes et 340 000 hommes contaminés, ce qui place l'Inde en deuxième place après l'Afrique du Sud. De même, en Fédération de Russie, des taux de 0,1 % pour les femmes et de 0,3 % pour les hommes, traduits en chiffres, donnent 14 000 femmes et 29 000 hommes porteurs du virus.

Il n'y a pas si longtemps encore, des pays qui affichaient aujourd'hui des taux de prévalence élevés n'ont pas pris conscience du problème et ont négligé d'adopter les mesures nécessaires pour contenir l'épidémie.

Aucun autre problème ne peut avoir la priorité sur la lutte contre la propagation du sida grâce à la mise en place de programmes de prévention et de prise en charge de la maladie dotés de moyens suffisants.

Nombre de jeunes atteints par le sida dans un groupe de pays choisis

Country	Femmes (15-24)		Hommes (15-24)	
	%VIH+	Nombre VIH+	% VIH+	Nombre VIH+
Bangladesh	0,01 %	840	0,01 %	1 600
Japon	0,01 %	510	0,03 %	2 300
Chine	0,02 %	23 000	0,1 %	120 000
Hongrie	0,02 %	120	0,08 %	600
Roumanie	0,02 %	350	0,02 %	340
Bolivie	0,03 %	250	0,1 %	1 000
Allemagne	0,04 %	1 900	0,1 %	4 100
Pakistan	0,04 %	6 400	0,06 %	8 700
Royaume-Uni	0,05 %	1 700	0,1 %	3 300
Mexique	0,06 %	6 300	0,4 %	40 000
Pays-Bas	0,08 %	750	0,2 %	1 700
Russie, Féd.	0,1 %	14 000	0,3 %	29 000
France	0,2 %	8 800	0,3 %	13 000
Jamaïque	0,4 %	970	0,6 %	1 400
Inde	0,6 %	570 000	0,4 %	340 000
Haïti	2,9 %	25 000	4,9 %	42 000

Source : ONUSIDA/UNICEF, 2000.

Le risque de transmission du sida de la mère à son bébé est mieux compris

Plus de 65 % des femmes âgées de 15 à 49 ans dans des pays où le VIH est endémique, comme Haïti, le Kenya, l'Ouganda, la République centrafricaine, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe, savent qu'une mère contaminée peut transmettre le virus à son enfant.

Selon les données réunies dans le cadre d'une étude portant sur 18 pays, les populations sont beaucoup mieux informées sur le risque de transmission dans les pays où les taux de prévalence du VIH sont les plus élevés que dans les pays où ils sont relativement faibles comme Madagascar, le Mali, le Niger et le Tchad.

Près de 1,3 million d'enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH en 1999. Dans 90 % de ces cas environ, la mère a transmis le virus à son enfant à la fin de sa grossesse,

pendant le travail, l'accouchement ou l'allaitement maternel.

Selon ces résultats, le fait de connaître le risque et la manière d'éviter la transmission du virus ne suffit toujours pas à enrayer sa propagation.

Les cliniques de soins prénatals doivent proposer aux femmes des tests volontaires et leur donner des conseils sur les mesures à prendre lorsqu'elles sont séropositives et, le cas échéant, sur les méthodes d'alimentation du nourrisson autres que l'allaitement maternel. En outre, même dans les pays qui affichent la plus forte prévalence du VIH, la majorité des mères ne sont pas séropositives et il est important de leur permettre de faire le test du sida et de leur donner accès à des services de consultation pour les aider à rester en bonne santé.

Dans le nord de la Thaïlande, les taux de transmission du virus de la mère à l'enfant chez les femmes participant à de tels programmes ont chuté de 25 à 7,5 %. Ces programmes donnent également aux mères en bonne santé et à

leurs partenaires des informations sur la manière d'éviter la contamination et d'aider les personnes séropositives à prendre des décisions éclairées en matière de pratiques sexuelles, de grossesse et d'alimentation du nourrisson.

Ce que les mères savent

Pourcentage de femmes (âgées de 19 à 49 ans) qui savent que le virus du sida peut être transmis de la mère à l'enfant

Rép. dominicaine	96	Rép. centrafricaine	70
Zimbabwe	92	Côte d'Ivoire	66
Zambie	88	Cameroun	65
Kenya	85	Bénin	62
Ouganda	85	Madagascar	58
Afrique du Sud	84	Mali	41
Pérou	79	Tchad	36
Haïti	74	Niger	26
Tanzanie	73		

Sources : EDS et autres études nationales (1994-1999).

L'aide ne répond pas aux besoins

La lutte contre le sida dans le monde en développement entraîne des coûts énormes, comparables à ceux qu'occasionnerait une situation d'urgence internationale de la plus grande envergure. L'an dernier, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a augmenté ses estimations sur le montant de l'aide nécessaire pour lutter contre la maladie : 2 à 3 milliards par an en l'an 2000. L'Afrique subsaharienne, qui abrite 70 % des personnes vivant avec le VIH/sida, affiche les besoins les plus importants.

Face à cette situation d'urgence, l'aide accordée par les pays industrialisés aux activités de lutte contre le VIH/sida entreprises dans les pays en développement (qui abritent 95 % des personnes vivant avec la maladie) n'a pourtant atteint que 302 millions de dollars en 1998.

Les États-Unis occupaient la première place dans le cortège des donateurs, avec 147 millions de dollars (1,7 % du montant total de l'aide accordée par ce pays), suivis par le Royaume-Uni, qui a fourni 26 millions

de dollars, et les Pays-Bas, avec 22 millions de dollars. Les États-Unis ont annoncé qu'en l'an 2000, leur aide aux pays en développement au titre des programmes de prévention du sida atteindrait 270 millions de dollars.

L'assistance accordée par la majorité des pays donateurs au titre des activités de lutte contre le sida a représenté moins de 1 % du montant de toute l'aide versée en 1998. Ces chiffres sont affligeants si l'on considère que le montant total de l'aide accordée par les pays industrialisés aux pays en développement a fléchi de 21 % entre 1992 et 1998.

L'aide au titre des activités liées au sida, qui atteignait 59 millions de dollars en 1987, a été multipliée par plus de cinq, mais la somme par habitant a diminué en raison de l'ampleur qu'a pris l'épidémie. En 1988, l'aide totale représentait un montant de 21 dollars par personne atteinte du VIH/sida ; en 1998, ce montant était inférieur à 9 dollars par malade.

En Afrique, le VIH/sida tue 10 fois plus de monde que les guerres qui sévissent sur ce continent ; en outre, la maladie a détruit les structures et les services sociaux. La communauté internationale doit augmenter considérablement ses ressources pour mettre fin à cette guerre moins visible, mais néanmoins meurtrière.



Ce groupe prépare une campagne de prévention des infections sexuellement transmissibles, notamment du VIH/sida. En Inde, l'épidémie dévaste le pays, avec près de 4 millions de personnes contaminées.

UNICEF/00-01101/Lewies

L'aide pour lutter contre le sida

	Aide au titre du VIH/sida, 1998 (millions de dollars)	Aide en % du montant de toute l'aide, 1998
États-Unis	147	1,7
Royaume-Uni	26	0,7
Pays-Bas	22	0,7
Allemagne	15	0,3
Canada	15	0,9
Norvège	15	1,1
Suède	15	1,0
Japon	14	0,1
Australie	12	1,3
Danemark	8	0,5
Belgique	5	0,6
Luxembourg	2	1,8
Suisse	2	0,2
Finlande	1	0,4

Source : ONUSIDA.

UN BON DÉPART DANS LA VIE

PRÉSENTATION: LA PETITE ENFANCE



Un bon départ dans la vie

Par Carol Bellamy

La pauvreté empêche encore 1,2 milliard de personnes, dont 600 millions d'enfants de moins de cinq ans, d'être en bonne santé et d'avoir une vie productive. Pour modifier cette douloureuse situation, le monde doit commencer par agir pour les enfants, en s'efforçant de donner à chacun des 130 millions qui naissent chaque année le meilleur départ possible dans la vie.

Il est de plus en plus reconnu que, dès leur naissance, les enfants sont porteurs d'une immense promesse et que les nouveau-nés sont extrêmement bien préparés pour survivre, s'épanouir et acquérir des connaissances.

Ils comptent sur nous, les adultes; ils nous enjôlent, nous charment et exigent que nous leur accordions le temps, les soins et l'attention dont ils savent avoir besoin. Quand ils reçoivent l'essentiel, ils nous en récompensent tout au long du chemin, depuis leur premier sourire jusqu'à la génération suivante.

L'essentiel se résume à peu de choses: les petits enfants ont besoin de soins de santé, d'une bonne nutrition (surtout d'être nourris au sein), d'un milieu protégé et hygiénique et d'un entourage aimant et stimulant. C'est un minimum; on ne peut pas dire qu'ils demandent l'impossible. Pourtant, avec si peu, ils nous surprennent sans cesse par leurs progrès, par l'apprentissage du langage, des arts, des sciences et des complexités de la vie.

Nous comprenons depuis peu à quel point nous gaspillons parfois leurs talents.

Nous savons aujourd'hui que les premières années de la vie sont absolument essentielles, qu'elles jettent les bases de la survie, de la croissance, de la santé et par la suite de la réussite de l'enfant. C'est pendant cette période que les connexions neuronales du cerveau se développent, en grande partie grâce à la stimulation et aux soins prodigués à l'enfant. Avant qu'un enfant en bonne santé n'atteigne l'âge de deux ans et demi, des millions de connexions se seront forgées, qui décideront en grande partie de son développement physique, mental et cognitif.

Au cœur du développement

Gaspiiller les capacités innées de nos enfants et les priver de soins au cours de ces premières années décisives, cela coûte très cher. Refuser aux enfants le minimum dont ils ont besoin, c'est d'abord violer leurs droits légitimes et leur porter préjudice autant qu'à nous-mêmes; c'est aussi permettre aux germes de la pauvreté, de l'aliénation, de la haine et du désespoir de prendre racine.

Les soins aux jeunes enfants sont au cœur du développement humain.

Ceux qui sont sensibles aux arguments économiques doivent savoir que le rendement des investissements dans les services et dans la protection de la petite enfance est sept fois supérieur à celui de tout autre investissement. Avec 130 millions de naissances par an, voilà une occasion de développement social que les dirigeants se doivent de saisir et un investissement qu'ils ne peuvent plus se permettre de laisser passer. D'autant que c'est notre meilleur espoir de soulager la pauvreté dont sont prisonniers tant d'êtres humains et d'éliminer la discrimination à l'égard des femmes, bafouant leurs droits et entravant le progrès social.

La pauvreté et la discrimination à l'égard des femmes se perpétuent de génération en génération. En prodiguant aux enfants les soins nécessaires dès leur plus jeune âge, sur la base de l'égalité des sexes, nous parviendrons à briser ces cycles vicieux de discrimination et de privations et à libérer enfin de nouveaux pouvoirs créateurs.

Comment définir les soins à dispenser au milliard d'enfants de moins de 8 ans? Cela suppose de reconnaître les liens qui unissent la santé, la nutrition et le bien-être psychologique des jeunes enfants et de ceux qui les élèvent. Se soucier du bien-être d'un enfant, c'est par définition se préoccuper aussi des conditions de vie de la femme dans son foyer et dans la société. Dans les pays et les cultures où les femmes n'ont pas voix au chapitre, où la misère et la discrimination limitent leur accès aux ressources et aux services, où des tâches trop lourdes leur laissent peu de répit, où leur protection juridique est minimale et leur statut social faible, le développement de l'enfant n'est jamais

optimal. Quand les pères assument mal leur rôle ou ne s'occupent pas de leurs jeunes enfants, et qu'ils ne respectent pas les femmes qui les élèvent, toutes les conditions sont réunies pour que les enfants, à quelques exceptions près, ne tirent pas pleinement parti des dons qu'ils avaient à la naissance.

Il n'y a pas de soins efficaces aux jeunes enfants sans un environnement qui les protège contre la maladie, sans accès à de l'eau salubre et à une bonne alimentation, en particulier l'allaitement des nourrissons exclusivement au sein. Il faut encore donner aux bébés du temps et de l'espace pour le jeu et l'exploration et favoriser l'apprentissage du langage grâce à des échanges avec leur entourage.

Il est bien évident que les soins aux jeunes enfants dépassent le foyer pour englober le milieu et la culture de la famille immédiate.

Les notables, les chefs religieux, les responsables de la santé et de la nutrition, les enseignants, les employeurs et les nations tout entières ont un intérêt et leur part de responsabilité dans les soins prodigués aux enfants.

Le respect des droits de l'enfant a des avantages immenses, tant immédiats qu'à long terme, pour le développement humain. Les enfants que l'on protège dès leur naissance, et même avant, ont toutes les chances de survivre, d'être en meilleure santé et plus heureux, de s'épanouir tout au long de leur vie et de devenir des citoyens productifs.

Les résultats s'inscrivent aussi dans les bilans financiers, avec des coûts inférieurs pour l'enseignement de rattrapage et les soins curatifs, et des dividendes à plus long terme: des soins efficaces donnent

UN BON DÉPART DANS LA VIE

PRÉSENTATION: LA PETITE ENFANCE

des sociétés plus solides et plus stables, avec des citoyens mieux nourris, en meilleure santé et plus productifs.

Partout dans le monde, des millions de familles prodiguent d'excellents soins à leurs enfants. Mais des millions d'autres familles ne sont pas en mesure de le faire, généralement parce qu'elles font partie du 1,2 milliard de personnes qui, dans les pays en développement, vivent en dessous d'un seuil de pauvreté fixé à un dollar par jour.

Ces familles mènent un combat acharné, bien que largement méconnu, contre la maladie, le manque d'hygiène, l'ignorance, la malnutrition, le sexisme et souvent la guerre et la violence. Comment s'étonner alors que plus de 11 millions d'enfants de moins de 5 ans succombent chaque année à cette lutte inégale et que des millions d'autres enfants gaspillent leur potentiel physique et intellectuel ?

Il est difficile de saisir les effets de la malnutrition sur le développement physique et cognitif: la moitié des enfants en Asie du Sud et un tiers des enfants en Afrique subsaharienne sont malnutris, ce qui émousse leur motivation, leur concentration, leur curiosité et leurs capacités cognitives. La malnutrition et les infections fréquentes qui l'accompagnent plongent le jeune enfant dans la léthargie et l'empêchent de tirer profit des soins qu'il reçoit. La malnutrition, à laquelle on attribue près de la moitié des décès d'enfants et un nombre incalculable de vies gâchées, pourrait coûter chaque année au monde l'équivalent de 46 millions d'années de vie productive sans incapacité.

Au cours de la petite enfance, l'insuffisance pondérale à la naissance, des maladies fréquentes, le manque de stimulation, une mauvaise nutrition et les tensions engendrées par la pauvreté compromettent la santé et entraînent une baisse générale des capacités intellectuelles, comportementales et sociales.

On pourrait pourtant éviter ce gâchis grâce à des solutions connues, à notre portée et extrêmement

rentables. Elles consistent à investir en faveur des enfants—du temps, de l'énergie, des soins et des ressources—et à le faire le plus tôt possible, dès la naissance et même avant, au moment où les investissements ont le meilleur impact sur le développement humain. La création et le renforcement des services sociaux de base, ainsi que l'établissement de partenariats solides avec les communautés pauvres, sont autant de mesures qui permettront aux enfants de prendre un bon départ dans la vie.

La création et le renforcement des services sociaux de base, ainsi que l'établissement de partenariats solides avec les communautés pauvres, sont autant de mesures qui permettront aux enfants de prendre un bon départ dans la vie.

Investir dans les enfants

Pour prendre un bon départ dans la vie, tout enfant devrait naître dans une communauté équipée d'un système d'approvisionnement en eau salubre et d'assainissement sûr et d'un centre de soins de santé primaires—doté d'un personnel compétent, capable de donner des informations sur la nutrition et de traiter les maladies courantes, et disposant de stocks de médicaments suffisants. Sa mère devrait bénéficier des soins et des services dont elle a besoin pendant la grossesse et l'accouchement. Enfin, cet enfant devrait grandir dans un environnement qui prenne le temps de le stimuler et d'éveiller son

intelligence afin de le préparer à une bonne scolarité, dans une école primaire « amie des enfants ».

Avec 70 à 80 milliards de dollars de plus chaque année, on pourrait élargir les services de base et fournir à tous les enfants les infrastructures essentielles à leur développement. Cette somme n'est pas exorbitante, surtout en regard des bénéfices supplémentaires qui seraient engrangés, mais elle est hors de portée des pays en développement.

Il serait néanmoins possible de mobiliser cette somme si les pays en développement consacraient environ 20 % de leurs budgets nationaux aux services sociaux de base et si les pays donateurs y affectaient la même proportion de l'aide publique au développement (APD). C'est ce que préconise l'Initiative 20/20, lancée par l'UNICEF et d'autres partenaires et adoptée par de nombreux pays lors du Sommet mondial pour le développement social de 1995.

Diverses raisons expliquent pourquoi certains pays ne sont pas en mesure de respecter les droits les plus fondamentaux des enfants. Parfois, la guerre a détruit les infrastructures, l'économie et les communautés; parfois, le sida à l'état endémique, particulièrement en Afrique, érode dangereusement des structures sociales fragilisées, tout en affaiblissant les capacités des communautés et des nations. Ailleurs, c'est la corruption qui vide les coffres de l'État. Et trop souvent, la spirale d'une dette toujours plus lourde et qui se perpétue grève des budgets dérisoires et pénalise d'abord les enfants.

Ainsi, dans les 41 pays pauvres très endettés (PPTE), où les indicateurs du développement humain sont les plus faibles, le remboursement de la dette engloutit trois à cinq fois plus de ressources que les services de base. Dans environ la moitié de ces pays, presque 50 % des habitants n'ont pas accès à un assainissement suffisant et à l'eau salubre; et 26 des 31 pays qui enregistrent le nombre le plus élevé au monde de décès d'enfants appartiennent au groupe des PPTE.

L'allègement de la dette est au

point mort et l'aide au développement a aussi chuté, passant de 0,33 % du produit national brut (PNB) en moyenne en 1990 à 0,24 % en moyenne en 1998. Pourtant l'économie mondiale brasse plus de 30 000 milliards de dollars et, dans les pays donateurs, le PNB moyen par habitant est passé de 20 900 à 27 000 dollars au cours de la dernière décennie.

Les ressources existent donc, mais les fonds alloués à la survie, à la croissance et au développement de l'enfant sont insuffisants et les conséquences pour toutes les sociétés—des occasions ratées au cours de la petite enfance—sont encore trop mal comprises.

Quand on accorde la priorité aux jeunes enfants, les résultats sont visibles. Il suffit pour s'en convaincre de voir les succès remportés au cours des 10 dernières années. Ainsi, la vaccination à elle seule sauve la vie de 2,5 millions d'enfants chaque année. Mais les conditions qui permettraient de libérer tout le potentiel humain de ces enfants ne sont malheureusement pas encore réunies dans nombre de communautés défavorisées.

Des mesures toutes simples

L'ignorance n'est plus une excuse. Nous connaissons de bons exemples d'approches intégrées qui garantissent la survie des enfants et leur permettent de réaliser leur potentiel. On peut tirer des enseignements utiles, porteurs de promesses de succès pour d'autres pays, de programmes appliqués en Inde, en Jamaïque, au Kenya, au Pérou et en Turquie.

Aux Philippines, le modèle intégré de soins à donner au jeune enfant pour assurer son développement s'est avéré efficace dans les communautés qui ont associé services de santé, nutrition, soins psychosociaux et éducation. Ce programme a pour but de faire reculer de moitié les taux de mortalité juvénile-infantile, de malnutrition et d'abandon à l'école primaire—objectifs cruciaux dans un pays où près d'un tiers des enfants souffrent d'insuffisance pondérale ou d'un



UNICEF/98-1117/Prozsa

Pesée des enfants dans un poste de santé d'une région rurale du Kenya. L'insuffisance pondérale à la naissance contribue chaque année au décès de 4 millions de nourrissons au cours du premier mois de leur vie.

retard de croissance et où le taux de mortalité des moins de 5 ans est de 44 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Dans l'ensemble du pays, les enfants qui fréquentent les crèches, comme ceux du village de Capagao, apprennent des notions de base telles que le nom des animaux, l'alphabet et l'hygiène—par exemple se laver les mains—grâce à des affiches aux couleurs vives, bien qu'ils n'aient à leur disposition que des jouets usagés et des instruments de musique improvisés à l'aide de bouteilles et de tiges de bambous. Les agents de santé et de nutrition du village ont suivi des stages pour aider les parents à mieux s'occuper de leurs jeunes enfants, en leur donnant notamment des conseils sur l'allaitement maternel et la thérapeutique de réhydratation orale (TRO). Les enfants sont vaccinés systématiquement au dispensaire. Les agents de santé tiennent à jour une carte des foyers de la communauté, sur laquelle ils reportent des indications sur la croissance des enfants, l'accès au sel iodé et aux autres micronutriments, et sur la

disponibilité de l'eau salubre et de l'assainissement.

Ces mesures sont toutes simples, mais elles permettent de sauver des vies et de les transformer. Surtout, ces services sont disponibles au sein des communautés et ils sont gérés sur place. Ils comprennent soins de santé, garderies, enseignement primaire et formation des parents. Généralement, dans les villages, les puéricultrices, les sages-femmes, les agents de santé et les responsables du développement de l'enfant sont polyvalents; de cette façon, les agents de santé et de nutrition savent comment stimuler un jeune enfant dans son apprentissage et les puéricultrices ont des notions d'éducation sanitaire.

Le bureau de l'UNICEF aux Philippines soutient ces efforts avec les autorités locales dans 20 provinces et cinq municipalités en améliorant les services sociaux de base dans les communautés rurales grâce à la création de centres de santé et de nutrition. Rien que dans la province de Capiz, 200 centres de ce genre auront été mis en place à la fin de l'an 2000.

Ces centres de santé et de nutrition sont des lieux de réunion pour les mères. Elles peuvent y parler de la santé, de la nutrition et des besoins psychosociaux de leurs enfants, être conseillées par l'agent de santé du village et accéder à des services de base comme l'administration de suppléments de vitamine A et de fer.

Dans la minuscule province insulaire de Guimaras, où plus de 70 % des enfants vivent dans des familles pauvres, la création d'une garderie pour les familles pauvres permet aux deux parents de travailler. Ce type de garderie se multiplie dans les villages. Dans l'ensemble du pays, le nombre de nouveaux centres agréés a augmenté de 11 % en 1998, pour atteindre plus de 20 000 aujourd'hui.

L'UNICEF s'emploie à améliorer la santé des mères et aide les parents à élever les jeunes enfants dans un milieu chaleureux et stimulant. Dans le cadre d'un programme communautaire, des groupes de parents participent à des réunions sur la santé infantile, les soins psychosociaux, la nutrition et même les relations entre hommes et femmes. L'UNICEF finance aussi la formation des puéricultrices et des agents de santé locaux et leur distribue des cartes et du matériel d'information pour les aider à conseiller les parents.

Dans trois régions des Philippines, la Banque mondiale et la Banque asiatique de développement, avec l'appui de l'UNICEF et en partenariat avec les autorités locales et nationales, financent un projet intégré de soins et de développement du jeune enfant. Le monde a un grand besoin d'initiatives de ce genre, ainsi que d'une alliance généreuse et ambitieuse—un mouvement réellement mondial—pour les soutenir et les présenter à l'opinion publique. Les gouvernements, tous les secteurs de la société civile, les organisations confessionnelles et locales, les médias et les organisations internationales doivent déployer des efforts pour placer les droits des enfants au premier rang des priorités.

Les enfants d'abord

Il n'y aura jamais de modèle unique de soins à apporter aux jeunes enfants et il n'est pas souhaitable d'en avoir. L'expérience prouve qu'il existe autant d'approches efficaces que de besoins.

Nous savons cependant que les meilleurs programmes sont ceux qui prennent en considération tous les besoins de l'enfant : physiques, intellectuels et psychologiques. Le développement est alors abordé de manière globale. Nous savons aussi que chaque communauté doit avoir la liberté et les ressources suffisantes pour créer, peaufiner et améliorer les pratiques jugées les plus efficaces, car parents et enfants ont besoin de politiques et de pratiques adaptées à leur mode de vie.

Le monde peut s'enorgueillir des étapes extraordinaires qui ont été franchies au cours des dix dernières années grâce à l'adoption de la Convention relative aux droits de l'enfant—dont la ratification est presque universelle—et aux efforts consentis pour atteindre les objectifs fixés lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990.

Aujourd'hui, tandis que nous préparons la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies prévue pour 2001, qui fera le point sur la réalisation de ces objectifs, l'heure est venue de tout mettre en œuvre pour soutenir cet élan. Nous devons continuer à plaider en faveur des enfants et à négocier pour qu'ils aient la priorité lors de l'affectation des ressources. Les nations devraient traduire cet engagement dans leurs principes, leurs orientations politiques, leur législation et leurs budgets.

La cause des enfants doit passer avant tout et constituer une priorité du développement humain pour chacun d'entre nous. Reconnaître cette priorité est le meilleur moyen pour une société de montrer qu'elle s'est engagée à assurer le bien-être de son peuple et à endiguer le raz-de-marée de pauvreté, de souffrance et de mort qui menace de tout emporter. ■

UN BON DÉPART DANS LA VIE

CLASSEMENT: LE RETARD DE CROISSANCE CHEZ LES

Pour comprendre les progrès enregistrés dans le monde en matière de protection des droits de l'enfant et de réalisation du potentiel humain, mieux vaut parler des êtres humains que de béton et d'acier, de la taille des enfants que de celle des gratte-ciel.

Ce classement présente les taux de retard de la croissance, excessivement élevés, chez les enfants de moins de 5 ans. Dans six pays d'Asie de l'Est et du Sud, non moins de la moitié des enfants souffrent d'un arrêt de la croissance, et en Afrique subsaharienne, le taux est d'au moins 40 %.

Le retard de croissance se fait progressivement et au prix, pour l'enfant, de cycles douloureux et débilissants de maladie, de manque d'appétit et de nourriture, et de soins inadéquats. Beaucoup d'enfants ne survivent pas à des conditions aussi rigoureuses, et nombre de ceux qui survivent souffrent d'un retard de leur développement physique et mental.

Les enfants sont laissés pour compte

Chez les enfants nés avec une insuffisance pondérale et ayant souffert de malnutrition, de soins inadéquats et de carences nutritionnelles imputables à des affections répétées, le rapport taille-âge est inférieur à celui des autres enfants. Un tel retard est un signe évident d'échec durant la période de croissance précoce.

La privation alimentaire et de soins qui ralentit la croissance durant la période critique des deux premières années d'un enfant risque également de limiter son développement mental et ses capacités d'apprentissage, ce qui aboutit souvent à des résultats scolaires médiocres et à l'abandon de la scolarité.

Dans les pays en développement, environ 39 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance, soit au total quelque 209 millions d'enfants, les pourcentages les plus élevés ayant été enregistrés en Asie et en Afrique subsaharienne.

Les causes immédiates du retard de croissance chez les jeunes enfants sont les carences alimentaires et la récurrence des affections. Ce cercle vicieux est lui-même causé par la pauvreté qui empêche les familles de prodiguer à leurs enfants les soins voulus. Par exemple, dans une communauté pauvre, la difficulté d'accès à une eau salubre ou à un dispensaire se répercutera sur le niveau des soins qui pourront être prodigués.

On constate également un retard de croissance chez les bébés dont les mères sont mal nourries ou qui ont elles-mêmes souffert d'un tel retard.

Le retard de croissance est généralement irréversible, de même que ses effets. Les enfants dont la croissance est ralentie ne rattraperont jamais les centimètres perdus et beaucoup n'atteindront jamais un poids normal. Une fois passée la petite enfance, leur développement cognitif sera le plus souvent entravé à vie par les séquelles du retard de croissance.



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Éthiopie	64
Angola	53
Madagascar	48
Malawi	48
Congo, Rép. dém.	45
Lesotho	44
Mauritanie	44
Burundi	43
Nigéria	43
Rwanda	42
Tanzanie	42
Zambie	42
Niger	41
◀ Moyenne régionale	40
Tchad	40
Érythrée	38
Ouganda	38
Mozambique	36
Sierra Leone	35
Rép. centrafricaine	34
Kenya	33
Zimbabwe	32
Gambie	30
Mali	30
Botswana	29
Burkina Faso	29
Cameroun	29
Guinée	29
Namibie	28
Ghana	26
Bénin	25
Côte d'Ivoire	24
Afrique du Sud	23
Sénégal	23
Togo	22
Somalie	14
Maurice	10
Congo	n.d.
Gabon	n.d.
Guinée-Bissau	n.d.
Libéria	n.d.



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Yémen	52
Soudan	33
Iraq	31
◀ Moyenne régionale	25
Égypte	25
Maroc	23
Oman	23
Tunisie	23
Syrie	21
Turquie	21
Arabie saoudite	20
Iran	19
Algérie	18
Émirats arabes unis	17
Libye	15
Liban	12
Jordanie	8
Israël	n.d.
Koweït	n.d.

n.d. = données non disponibles.

MOYENNE MONDE EN DÉVELOPPEMENT

39%

ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS



ASIE CENTRALE



ASIE EST/SUD ET PACIFIQUE



AMÉRIQUES



EUROPE

Afghanistan	52
◀ <i>Moyenne régionale</i>	37
Ouzbékistan	31
Kirghizistan	25
Azerbaïdjan	22
Kazakhstan	16
Arménie	n.d.
Géorgie	n.d.
Tadjikistan	n.d.
Turkménistan	n.d.

Corée, Rép. pop. dém.	62
Cambodge	56
Bangladesh	55
Népal	54
Inde	52
Pakistan	50
Rép. dém. pop. lao	47
Myanmar	45
◀ <i>Moyenne régionale</i>	44
Viet Nam	44
Indonésie	42
Chine	34
Philippines	30
Mongolie	22
Sri Lanka	18
Thaïlande	16
Australie	n.d.
Bhoutan	n.d.
Corée, Rép.	n.d.
Japon	n.d.
Malaisie	n.d.
Nlle.-Zélande	n.d.
Papouasie-Nlle.-Guinée	n.d.
Singapour	n.d.

Guatemala	46
Honduras	40
Haïti	32
Bolivie	26
Pérou	26
Nicaragua	25
El Salvador	23
Mexique	18
Paraguay	17
Colombie	15
Venezuela	13
◀ <i>Moyenne régionale</i>	13
Brésil	11
Rép. dominicaine	11
Panama	9
Uruguay	8
Costa Rica	6
Jamaïque	6
Chili	2
États-Unis	2
Argentine	n.d.
Canada	n.d.
Cuba	n.d.
Équateur	n.d.
Trinité-et-Tobago	n.d.

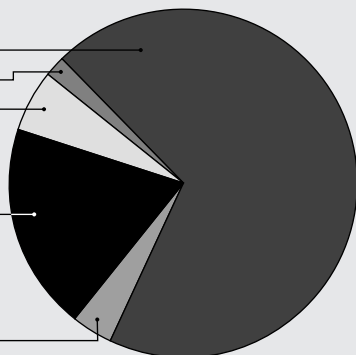
Russie, Féd.	13
◀ <i>Moyenne régionale</i>	11
Roumanie	8
Yougoslavie	7
Rép. tchèque	2
Croatie	1
Albanie	n.d.
Allemagne	n.d.
Autriche	n.d.
Bélarus	n.d.
Belgique	n.d.
Bosnie-Herzégovine	n.d.
Bulgarie	n.d.
Danemark	n.d.
Espagne	n.d.
Estonie	n.d.
Ex-Rép. youg. de Macédoine	n.d.
Finlande	n.d.
France	n.d.
Grèce	n.d.
Hongrie	n.d.
Irlande	n.d.
Italie	n.d.
Lettonie	n.d.
Lituanie	n.d.
Moldova, Rép.	n.d.
Norvège	n.d.
Pays-Bas	n.d.
Pologne	n.d.
Portugal	n.d.
Royaume-Uni	n.d.
Slovaquie	n.d.
Slovénie	n.d.
Suède	n.d.
Suisse	n.d.
Ukraine	n.d.

CE QUE SIGNIFIE LE CLASSEMENT

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance

Nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance (millions)

Asie Est/Sud et Pacifique (144)
 Asie centrale (4)
 Moyen-Orient et Afrique du Nord (12)
 Afrique subsaharienne (40)
 Amériques (9)



Total pour le monde en développement : 209 millions

Sources : EDS, enquêtes en grappe à indicateur multiple, OMS et UNICEF (1990-1998).

Carence en iode : une victoire possible

Il y a 20 ans à peine, la carence en iode représentait un problème majeur dans le monde, retardant le développement physique et mental d'un nombre incalculable d'enfants, ainsi que le progrès socio-économique dans des pays en développement et industrialisés.

Aujourd'hui, grâce à l'iodation du sel, environ 70 % de la population mondiale sont protégés contre la carence en iode. Plus de 90 % des habitants de 29 pays consomment un sel suffisamment iodé, et la moitié ou moins de la population de 36 autres pays est protégée. Grâce à ces progrès, des millions de personnes sont à l'abri des effets les plus manifestes de la carence en iode, tels que le goitre et le crétinisme, et des sociétés entières échappent aux conséquences socio-économiques graves de cette carence, y compris la réduction globale des capacités intellectuelles de leur population.

Toutefois, en dépit de ces succès impressionnants, dans 34 pays où

vivent plus d'un milliard de la population mondiale, la moitié des habitants ou encore moins n'utilise toujours pas de sel iodé. Il s'agit, entre autres, de la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, qui affichent un fléchissement depuis quelques années, ainsi que du Pakistan, des Philippines et de la Turquie, qui possèdent davantage de ressources mais affichent un bilan moins positif que nombre d'autres pays. Dans 14 de ces 34 pays, 10 % du sel, voire moins, est iodé.

L'iodation du sel – un processus simple et peu coûteux – n'est possible que si les gouvernements s'engagent à introduire des lois et des mécanismes de suivi, et à coopérer avec les producteurs de sel locaux.

Une autre clé pour atteindre l'objectif de l'iodation universelle du sel : sensibiliser le public au problème de la carence en iode, constituant ainsi un groupe d'appui en faveur du sel iodé.

Faibles niveaux, risque élevé

	% de ménages utilisant le sel iodé		% de ménages utilisant le sel iodé
Cuba	0	Turquie	18
Éthiopie	0	Pakistan	19
Maurice	0	Guinée équatoriale	20
Soudan	0	Tadjikistan	20
Turkménistan	0	Burkina Faso	23
Mauritanie	3	Swaziland	26
Ukraine	4	Kirghizistan	27
Corée, Rép. pop. dém.	5	Ghana	28
Cambodge	7	Russie, Féd.	30
Gambie	9	Fidji	31
Mali	9	Bélarus	37
Sénégal	9	Guinée	37
Angola	10	Yémen	39
Iraq	10	Syrie	40
Rép. dominicaine	13	Sri Lanka	47
Philippines	15	Guatemala	49
Ouzbékistan	16	Thaïlande	50

Sources : UNICEF, EDS, Enquêtes en grappe à indicateur multiple (1992-2000).

La pesée pour améliorer la santé infantile

Le poids d'un bébé à la naissance constitue un excellent indicateur tant de l'état de santé de la mère que des chances de survie et de développement du nourrisson. Un poids à la naissance inférieur à 2,5 kg fait peser des risques immédiats et à long terme. Mais cet indicateur important n'est pas suivi d'une façon systématique; dans les pays en développement, chaque année, 116 millions de nouveau-nés ne sont pas pesés à la naissance, et pas moins de 20 millions d'entre eux – soit plus d'un enfant sur cinq – ont un poids insuffisant.

L'insuffisance pondérale à la naissance (poids inférieur à 2,5 kg) est un facteur majeur de la mortalité qui frappe chaque année 4 millions de nourrissons de moins d'un mois, ainsi que des maladies qui en affectent des millions d'autres. Qui plus est, il a été prouvé qu'une insuffisance pondérale à la naissance accroît de 50 % les risques de diabète, de maladies cardiaques et de cancer.

Dans 16 pays (voir la liste) sur 34 ayant fait l'objet d'études, plus de 50 % des nourrissons ne sont pas pesés à la naissance, ce chiffre étant de 80 % au

Ceux qui ne sont pas pesés

% de nourrissons n'ayant pas été pesés à la naissance

Tchad	89
Pakistan	88
Égypte	84
Haïti	82
Niger	80
Rwanda	74
Nigéria	73
Ouganda	73
Mali	69
Madagascar	64
Comores	55
Mozambique	55
Togo	55
Kenya	54
Zambie	53
Sénégal	51

Sources : EDS (1990-1999) et autres analyses.

moins en Égypte, en Haïti, au Niger, au Pakistan et au Tchad.

Dans les pays en développement, près de la moitié des naissances ont lieu sans l'aide d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme. Les accoucheuses traditionnelles, qui aident les femmes à accoucher en l'absence de personnel médical qualifié dans leurs communautés, peuvent jouer un rôle utile en encourageant les femmes à prendre du poids durant la grossesse et à peser leurs bébés à la naissance.

Les soins prénatals pourraient épargner des millions de vies

Il y a 10 ans, les dirigeants réunis à l'occasion du Sommet mondial pour les enfants se sont engagés à garantir aux femmes un accès universel aux soins de santé maternelle avant l'an 2000. Pourtant, 44 millions de femmes dans le monde en développement n'ont toujours pas accès aux soins prénatals.

Les quelque 600 000 cas de mortalité maternelle, et les 5 millions de bébés morts juste avant la naissance, à la naissance ou dans la semaine qui suit, enregistrés chaque année sont largement imputables à l'insuffisance des soins durant la grossesse et à l'accouchement.

Des études réalisées dans 88 pays ont révélé une situation particulièrement désespérée dans 13 pays (voir ci-contre). C'est au Bangladesh, au Mali, au Népal, au Pakistan et au Tchad que la couverture des soins maternels est la plus faible.

Ces études ont également révélé un fait positif : dans 27 pays – y compris le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda et la Zambie – plus de 90 % des femmes avaient bénéficié de soins professionnels une fois au moins durant leur grossesse. Un tel contact facilite la vaccination maternelle et permet au personnel de santé de gérer les grossesses, de diagnostiquer les complications et d'encourager une bonne alimentation, une hygiène et un repos suffisant.

Dans les pays où la condition de la femme est précaire, la couverture des

soins maternels est généralement faible et les taux de mortalité maternelle élevés, corollaire des possibilités limitées des femmes d'accès à l'emploi, à l'enseignement et aux services sociaux. En outre, dans les régions éloignées et pauvres, le nombre de personnes ayant accès aux services de santé ordinaires, y compris à des services de maternité qualifiés, est nettement inférieur à celui des zones urbaines.

Ces pourcentages nationaux sont trompeurs et masquent des disparités considérables entre les villes et les campagnes.

La plus faible couverture de soins prénatals

% de femmes (âgées de 15 à 49 ans) ayant consulté un agent de santé qualifié une fois au moins durant leur grossesse

Tchad	23
Népal	24
Mali	25
Bangladesh	26
Pakistan	26
Cambodge	34
Yémen	34
Niger	39
Maroc	42
Mauritanie	48
Érythrée	49
Inde	49
Tanzanie	50

Sources : DS, OMS et UNICEF (1990-1999).

Soins de santé : une parade efficace aux infections aiguës des voies respiratoires

Malgré les risques considérables associés aux infections aiguës des voies respiratoires, des études récentes ont révélé que, dans les pays en développement, les parents consultent très rarement un professionnel de la santé lorsqu'un de leurs enfants souffre d'une telle affection.

La situation est particulièrement préoccupante dans huit pays : Bangla-

desh, Bénin, Cameroun, Haïti, Mali, Niger, Tchad et Togo, où seulement jusqu'à un tiers des enfants ayant souffert d'une infection respiratoire aiguë dans les deux semaines précédant l'étude avaient été examinés par un médecin ou un agent de santé. Globalement, dans 18 des 29 pays couverts par ces études, moins de la moitié des enfants atteints d'affections aiguës des

voies respiratoires avaient été examinés par un agent de santé.

Ces études ont également révélé que la situation était légèrement meilleure en Afrique de l'Est et en Afrique australe qu'en Afrique de l'Ouest, à savoir que plus de la moitié des enfants atteints d'une infection aiguë des voies respiratoires avaient été examinés par des agents de santé, contre moins d'un tiers en Afrique de l'Ouest.

Les affections aiguës des voies respiratoires représentent une cause principale de mortalité chez les jeunes enfants, faisant chaque année 2 millions de victimes chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans les pays en développement. Pour prévenir ces décès, il est essentiel que tout enfant souffrant d'une infection respiratoire aiguë soit examiné par un agent de santé. Or, lorsque l'enfant est malade, une telle consultation dépendra de plusieurs facteurs, notamment la capacité de sa famille à reconnaître les signes de la maladie – toux accompagnée d'une accélération du

rythme respiratoire – et si elle sait où trouver un spécialiste. On peut aussi citer la possibilité d'accéder à des soins et à des médicaments de qualité et les moyens de les payer, et la condition de la femme, qui peut empêcher les enfants d'avoir accès aux soins de santé professionnels dont ils ont besoin.

Une analyse des résultats de ces études révèle que plus une mère est instruite, plus elle est susceptible de faire appel à un professionnel de la santé lorsqu'un de ses enfants souffre d'une infection respiratoire aiguë. Au Cameroun, par exemple, les enfants de mères instruites ont 3 à 4 fois plus de chances de voir un agent de santé que les enfants dont la mère n'a pas d'instruction.

L'UNICEF collabore avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres partenaires afin d'améliorer les soins à domicile et les soins de santé communautaires destinés aux enfants, dans le cadre de la stratégie de « prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ».

Un traitement réservé à quelques privilégiés

Pourcentage d'enfants atteints d'infections respiratoires aiguës ayant consulté un agent de santé *

Tchad	19	Madagascar	37	Nicaragua	58
Mali	22	Côte d'Ivoire	39	Ouganda	61
Niger	26	Mozambique	39	Comores	62
Togo	26	Rép. centrafricaine	41	Égypte	62
Haïti	27	Bolivie	43	Indonésie	69
Bénin	32	Malawi	46	Viet Nam	69
Bangladesh	33	Rép. dominicaine	48	Tanzanie	70
Cameroun	33	Colombie	49	Zambie	71
Érythée	37	Zimbabwe	52	Jordanie	76
Guatemala	37	Kenya	57		

* Dans les deux semaines ayant précédé l'étude

Source : EDS (1994-1999).

Lorsque les mères sont des enfants

Quand une adolescente devient mère, sa santé est menacée, de même que celle de son enfant. En outre, une grossesse précoce pénalise les filles sur le plan scolaire et professionnel, perpétuant ainsi des circonstances qui les désavantagent. Compte tenu des risques qui lui sont associés, la maternité des adolescentes constitue, tant pour les jeunes mères que pour leurs bébés, une violation flagrante du droit de l'enfant à la survie et à la santé.

Les enfants nés de mères adolescentes sont plus susceptibles que les autres nouveau-nés de souffrir d'une insuffisance pondérale à la naissance et de mourir durant leur premier mois d'existence. S'ils survivent, ils risquent de mourir avant l'âge de 5 ans.

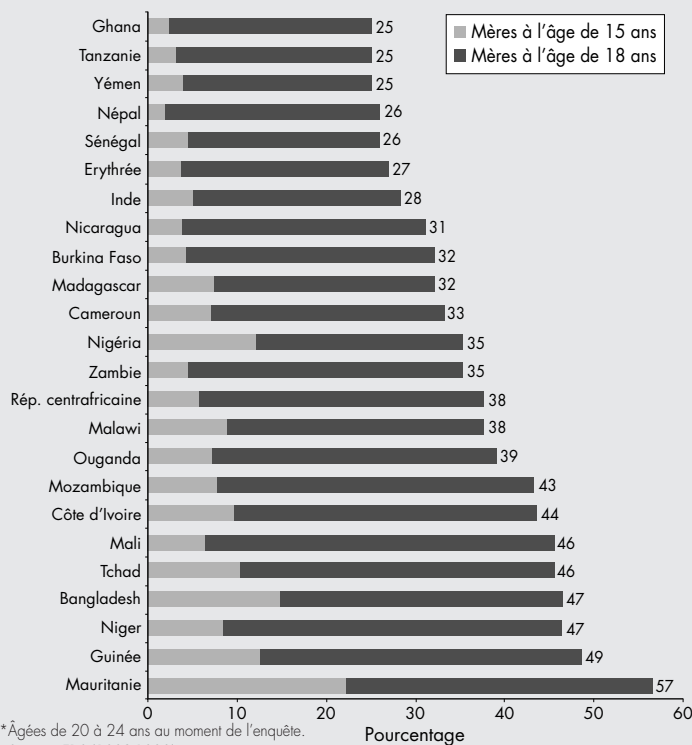
La jeune mère encourt un risque accru de mourir pendant l'accouchement. Les adolescentes de plus de 15 ans sont deux fois plus exposées à la mortalité puerpérale que les femmes de 20 à 30 ans, ce risque étant multiplié par 5 pour les filles de moins de 15 ans.

En outre, une activité sexuelle précoce accroît le risque d'infection par le VIH/sida.

Des données provenant de 54 pays révèlent qu'au Bangladesh, en Guinée, en Mauritanie, au Nigéria et au Tchad, plus d'une femme sur dix a son premier enfant avant l'âge de 15 ans. En Mauritanie, ce pourcentage est particulièrement élevé : pratiquement une femme sur quatre a son premier enfant avant l'âge de 15 ans et plus de la moitié des femmes, avant 18 ans. Dans 20 autres pays, plus d'une femme sur quatre accouche avant 18 ans.

Les femmes qui commencent à procréer à l'adolescence ont généralement davantage d'enfants durant leur période de procréation, comme en témoigne l'exemple de la Côte d'Ivoire et du Tchad, où 10% des filles ont leur premier enfant avant l'âge de 15 ans, et où les femmes ont en moyenne six enfants, soit un taux de fécondité deux fois plus élevé que la moyenne des pays en développement.

% de femmes* ayant accouché avant 15 ou 18 ans



* Âgées de 20 à 24 ans au moment de l'enquête.

Source : EDS (1990-1999).

LE POUVOIR DE LA VACCINATION

PRÉSENTATION: UN NOUVEAU PROGRAMME



Le pouvoir de la vaccination

Par le Dr William Foege

Après 15 ans de campagnes ininterrompues dans le monde entier, la vaccination est à la croisée des chemins. Grâce aux efforts des gouvernements, des organisations internationales et de centaines de milliers de bénévoles, la vaccination sauve chaque année 2,5 millions d'enfants. Mais dans les pays en développement, 30 millions de nourrissons ne sont toujours pas protégés et, parmi eux, 11 millions d'enfants meurent tous les ans de causes parfaitement évitables. Le monde a aujourd'hui deux défis à relever : d'une part, atteindre tous ces enfants et, d'autre part, faire en sorte qu'ils profitent des nouveaux vaccins.

Je ne connais aucune autre initiative qui ait laissé un héritage aussi important à l'humanité, avec des effets aussi profonds et positifs, que la vaccination.

Dans d'innombrables hameaux comme dans les centres urbains les plus peuplés, en Afrique, en Asie, en Amérique latine ou dans l'ex-Union soviétique, plus de 100 millions de bébés sont vaccinés chaque année contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose. Des millions d'enfants sont ainsi sauvés d'une mort certaine et des millions d'autres soustraits aux handicaps, aux déficiences visuelles ou aux lésions cérébrales.

Des générations d'adultes en bonne santé doivent la vie à des vaccins qui les ont protégés dans leur enfance contre des maladies meurtrières. Les progrès économiques et

humains qui font la fierté de tant de sociétés dépendent largement de l'amélioration de la santé publique, dont la vaccination est un pilier.

Pourtant, la vaccination n'est pas reconnue à sa juste valeur, particulièrement dans les pays industrialisés, où elle fait partie des acquis. Et dans le monde en développement, elle ne reçoit pas l'attention qu'elle mérite, même si son apport a été remarquable au cours des 15 dernières années. Depuis les années 70, la couverture vaccinale dans le monde est passée de moins de 10 % à près de 75 %, sauvant ainsi la vie de 2,5 millions d'enfants chaque année.

Depuis l'éradication de la variole il y a plus de 20 ans, rien n'illustre mieux le pouvoir de la vaccination que les succès étonnants enregistrés par la campagne visant à éliminer la poliomyélite depuis 12 ans. Le monde entier a les yeux fixés sur les efforts de vaccination qui ont

permis de stopper cette maladie, et son cortège de handicaps, de souffrances et de décès. Les cas annuels de poliomyélite, qui se chiffraient encore à 350 000 en 1988, étaient en 1999 inférieurs à 7 000.

Grâce à une mobilisation sans précédent en temps de paix, 470 millions d'enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés en 1999. Cet exploit est le fruit du désintéressement, du dévouement et des efforts à long terme déployés par le Rotary International, l'UNICEF, l'OMS et par plus de 10 millions de bénévoles dans une centaine de pays.

Ces efforts ont été couronnés de succès. L'Amérique du Nord et l'Amérique du Sud ont été déclarées officiellement exemptes de poliomyélite, et dans le continent européen, seule la Turquie a notifié quelques cas en 1998. La maladie disparaît rapidement de la plupart des pays d'Afrique orientale et australe, d'Afrique du Nord et de la Péninsule arabe. En Asie de l'Est et dans le Pacifique, le dernier cas a été notifié en 1997, au Cambodge. En Asie, la poliomyélite s'est aussi retirée mais reste présente en Afghanistan, au Bangladesh, en Inde, au Népal et au Pakistan. En Somalie, au Soudan et dans certaines régions d'Afrique occidentale et centrale, elle se maintient encore en raison des guerres, de la pauvreté et des difficultés d'accès dans certaines régions. Mais le monde est fermement résolu à gagner cette bataille.

Un score inégal

Les victoires remportées sont source de satisfaction, certes, mais

elles doivent nous encourager à poursuivre notre effort et à nous attaquer aux maladies qui continuent à tuer et à handicaper des millions d'enfants. Nous devons nous efforcer d'obtenir une couverture vaccinale complète et efficace; les succès enregistrés dans certaines régions du globe ne suffisent pas:

- 30 millions d'enfants ne sont toujours pas vaccinés avant leur premier anniversaire dans le monde en développement;
- plus de 900 000 enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque année de la rougeole;
- le tétanos néonatal tue 200 000 enfants par an;
- 370 000 enfants de moins de 5 ans succombent à la coqueluche chaque année et 50 000 à la tuberculose;
- la diphtérie est réapparue dans certaines régions de l'ex-Union soviétique;
- la moitié des femmes enceintes ne sont pas vaccinées contre le tétanos néonatal, qui tue 30 000 femmes par an.

Comment justifier la passivité devant ces souffrances inutiles, toutes ces pertes en vies humaines? Imaginez le choc et l'horreur si un séisme se produisait et que les gens restent là à regarder sans porter secours aux survivants! Pourtant, c'est l'équivalent d'une catastrophe qui tuerait chaque jour plus de 30 000 enfants sans que personne ne bouge! Ils meurent en silence dans les villages les plus pauvres de la planète, loin du regard et de la conscience du monde. Humbles et faibles dans la vie, ils sont encore plus invisibles dans la mort.

Le Dr William Foege est professeur émérite de santé internationale à la Rollins School of Public Health de l'Université d'Atlanta (État de Géorgie, États-Unis). Il est conseiller principal de la Fondation Bill et Melinda Gates et enquêteur principal sur les bourses accordées à l'Équipe spéciale pour la survie et le développement de l'enfant.

LE POUVOIR DE LA VACCINATION

PRÉSENTATION: UN NOUVEAU PROGRAMME

Tous les enfants, partout dans le monde, doivent pouvoir bénéficier des avantages de la science et de l'expérience acquise en matière de vaccination. Tous les enfants, partout dans le monde, sans discrimination, ont les mêmes droits et doivent pouvoir les exercer. La Convention relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par tous les pays sauf deux, oblige les États à appliquer ces droits. Il ne faut pas que la distance et l'éloignement réduisent notre vision, émoussent nos sentiments ou freinent notre action face à cette tragédie qui se perpétue jour après jour. Notre responsabilité collective est de tout faire pour que ces décès soient évités.

Et il est possible de les éviter. Nous pouvons et nous devons aller de l'avant. Nous pouvons et nous devons accomplir notre tâche—libérer toute la puissance de la vaccination contre les six maladies de l'enfance qui fauchent tant de vies.

La rougeole représente toujours une grave menace, en particulier en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. Nous devons redoubler d'efforts pour freiner le déclin de la couverture vaccinale observé en Afrique au cours des années 90.

La moitié des enfants qui naissent dans les pays en développement ne sont pas protégés contre le tétanos et 200 000 d'entre eux succombent chaque année à cette maladie parce

que leur mère n'a pas été vaccinée. Les nourrissons ne sont pas les seuls à payer leur tribut à la maladie, les femmes aussi: dans certaines régions d'Afrique, moins de 40 % des femmes sont vaccinées contre le tétanos. Et dans certaines poches rurales de Chine et d'Inde, la couverture vaccinale ne dépasse parfois pas 10 %.

La coqueluche frappe toujours entre 20 et 40 millions d'enfants par an, surtout dans les pays en développement, bien qu'un vaccin existe depuis plus de 70 ans.

Les efforts visant à atteindre les laissés-pour-compte doivent aller de pair avec une plus grande sécurité de la vaccination. Il faut s'attacher à trouver des solutions pour éviter la réutilisation d'aiguilles non stérilisées, le manque d'hygiène et l'élimination inadéquate des déchets. Les pannes de la chaîne du froid qui empêchent de conserver les vaccins à la bonne température posent également problème. Il faut former le personnel et introduire des systèmes permettant d'éviter ces pratiques dangereuses.

Le Réseau mondial d'injection sans danger—qui regroupe des organisations internationales, des ONG et des entreprises du secteur privé—encourage l'utilisation de seringues qu'on ne peut utiliser qu'une seule fois. Il étudie aussi la possibilité d'administrer certains vaccins par voie buccale, par injecteurs à pression, par pulvérisation nasale, sous forme de crèmes cutanées et même d'aliments génétiquement modifiés. Avec ces nouvelles méthodes, on éviterait l'utilisation des seringues.

Aujourd'hui, il est prioritaire de renouveler les engagements à tous les niveaux pour obtenir les objectifs déjà définis et atteindre tous les laissés-pour-compte: les pauvres, les personnes déplacées, les habitants des villages isolés et des zones en conflit, les enfants vivant dans les rues et les réfugiés. Il faut aussi lancer de grandes campagnes d'éducation et de sensibilisation dans les pays les plus frappés, et inciter les gouvernements à résoudre les problèmes liés à la corruption, la pénurie de services et la mauvaise gestion des ressources.

Une révolution qui a ses limites

Les vaccins ont changé le cours de l'histoire et du développement humain, et ils continuent de le faire. Les nouveaux vaccins et les nouvelles technologies de vaccination, ajoutés aux vaccins utilisés avec succès depuis de longues années, ont déclenché une véritable révolution de santé publique. Les découvertes récentes permettent d'entretenir de grands espoirs. Il serait inacceptable que de nombreux habitants du monde en développement en soient tenus à l'écart.

Ainsi, le vaccin contre l'hépatite B (qui entraîne souvent le cancer du foie) fait partie des programmes réguliers de vaccination de plus de 60 pays. Mais au prix de 1,50 dollar par enfant pour les trois doses nécessaires, son coût est trop élevé pour l'administrer à tous ceux qui en auraient le plus besoin. Il suffirait pourtant de 20 millions de dollars pour fournir des doses suffisantes en Afrique subsaharienne.

Tous les enfants, partout dans le monde, doivent pouvoir bénéficier des avantages de la science et de l'expérience acquise en matière de vaccination.

De même, un nouveau vaccin contre le Hib (*Haemophilus influenzae* type b), qui est à l'origine de la pneumonie bactérienne et de la méningite, a fait la preuve de son efficacité dans 24 pays en développement. Aujourd'hui, 80 millions de dollars suffiraient pour vacciner et sauver des millions d'enfants dans les pays en développement, où les infections par le Hib font chaque année au moins 400 000 victimes.

Mais la liste est encore longue. De nouveaux vaccins seront prochaine-



Les boîtes hermétiques, comme celles qui ont été utilisées pendant la campagne de vaccination au Mozambique, garantissent la sécurité de la vaccination sans dépenses excessives. Ainsi les aiguilles non stériles ne sont pas réutilisées et les déchets sont éliminés sans danger.

UNICEF/00-0239/Prozzi

ment disponibles et permettront de lutter contre les infections aiguës des voies respiratoires, qui tuent chaque année près de 2 millions d'enfants dans les pays en développement. Le tout premier vaccin contre la pneumonie à streptocoques—responsable de plus de la moitié des décès causés par la pneumonie—a été testé l'an dernier aux États-Unis. Une variété de vaccins

Les découvertes récentes permettent d'entretenir de grands espoirs. Il serait inacceptable que de nombreux habitants du monde en développement en soient tenus à l'écart.

capables de combattre les souches les plus courantes de la maladie dans les pays en développement est aussi testée en Afrique. Enfin, on disposera bientôt d'un vaccin contre le virus respiratoire syncytial, auquel est imputable le reste de ces 2 millions de morts.

Les pays pauvres ont aussi besoin de nouveaux vaccins contre les maladies diarrhéiques. Ces maladies, dues à de mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement, au manque d'eau salubre et à la malnutrition, tuent encore 1,8 million d'enfants chaque année. Les rotavirus sont responsables d'un quart des décès par déshydratation diarrhéique chez les jeunes enfants des pays en développement. Malgré l'efficacité de la thérapie de réhydratation orale (TRO), la prévention est indispensable et exige l'organisation d'activités de vaccinations à grande échelle allant de pair avec de meilleurs systèmes d'assainissement et d'approvisionnement en eau. Des vaccins sont également expérimentés pour lutter contre la dysenterie et *Escherichia*

coli, qui tuent chacun plus de 500 000 enfants par an.

Quant au paludisme, il est endémique dans la plupart des régions d'Afrique et dans certaines régions du Brésil et de l'Inde. Avec un demi-milliard d'épisodes et au moins 1 million de décès par an, frappant dans 75 % des cas des enfants de moins de 5 ans, la mise au point d'un vaccin est urgente. D'autres vaccins contre des maladies parasitaires, telles que la schistosomiase et la dengue qui infectent des centaines de millions d'enfants et d'adultes, sont également en phase d'expérimentation. Jusqu'à présent, on s'intéressait peu à ces vaccins, car leurs seuls marchés étaient les pays en développement aux ressources très limitées.

Il en va de même pour la fièvre jaune, qui tue beaucoup trop d'enfants et d'adultes dans de vastes contrées d'Afrique et d'Amérique latine. Voilà 65 ans que nous disposons d'un vaccin très efficace contre cette maladie mais trop onéreux pour être intégré dans les programmes de vaccination régulier des pays qui en ont le plus grand besoin.

Un ennemi bien visible

Il faut combler le fossé entre ce que nous pouvons faire et ce que nous faisons en réalité pour protéger tous les enfants, partout dans le monde, avant qu'il ne soit trop tard.

Il est possible de faire bénéficier tous les enfants du monde de la vaccination et de trouver les ressources nécessaires à cet effet.

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a pu voir le jour grâce à une promesse de contribution de 750 millions de dollars sur cinq ans de la Fondation Bill et Melinda Gates. Cette alliance est un partenariat international qui a pour but d'améliorer l'accès de tous les enfants aux services permanents de vaccination; d'accélérer la recherche et la mise au point de nouveaux vaccins; d'améliorer la qualité des vaccins existants et les mécanismes de livraison; d'intégrer la vaccination dans les systèmes de santé et les initiatives de développement. Il s'agit d'un regroupement



Yémen : enfant à qui l'on administre des gouttes pour l'immuniser contre la poliomyélite. La maladie a été pratiquement éradiquée de la planète. En 1999, 7 000 cas confirmés ont été diagnostiqués dans le monde.

des principaux acteurs de la vaccination, parmi lesquels on compte des gouvernements, des membres de l'industrie pharmaceutique, des fondations, des ONG nationales et locales, ainsi que des organisations comme la Banque mondiale, l'OMS et l'UNICEF. Le Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance a permis à cette initiative de progresser grâce à la subvention versée par Bill Gates, qui servira à acheter des vaccins contre l'hépatite B, le Hib et d'autres vaccins encore sous-utilisés.

L'UNICEF, qui est de longue date le principal fournisseur de vaccins aux pays en développement, a été chargé d'administrer le Fonds fiduciaire de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Le principe adopté par l'UNICEF

pour l'indépendance en matière de vaccins veut que tous les pays qui en ont les moyens paient les vaccins à leur juste prix afin de dégager des fonds permettant d'approvisionner en vaccins les pays très pauvres.

Tout le monde s'accorde à reconnaître l'effet salutaire des vaccins, le pouvoir de la vaccination et l'efficacité de la collaboration entre les gouvernements, les ONG, le secteur privé et les organisations internationales. On peut espérer que le monde saura surmonter tous les obstacles, la guerre, la pauvreté et la mauvaise gestion et remporter une victoire certaine sur l'ennemi commun contre lequel il peut et doit s'unir: les maladies qui tuent inutilement tant d'enfants. ■

LE POUVOIR DE LA VACCINATION

CLASSEMENT : LA COUVERTURE PAR LE DTC3

La vaccination reste le moyen le plus facile et le plus rentable de s'assurer que le droit à la survie et à la santé de tous les enfants est respecté. Dans le monde en développement, la vaccination sauve 2,5 millions de vies d'enfants par an. Voilà pourquoi on s'efforce partout dans le monde de mobiliser davantage de ressources pour s'assurer que tous les enfants sont protégés par la vaccination et pour favoriser la découverte de nouveaux vaccins contre d'autres maladies meurtrières.

Des résultats inégaux

Une série de vaccins connue sous le nom de DTC permet d'éviter la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, mais ces trois maladies tuent toujours 600 000 enfants et frappent des millions d'autres enfants chaque année dans les pays en développement. Pour être totalement protégés, les enfants doivent recevoir trois doses de vaccins, administrées à l'âge de 1 mois, 6 semaines et 3 mois. Le pourcentage d'enfants recevant la troisième dose (DTC3) est l'étalon qui permet de juger de la qualité de la couverture vaccinale que les pays procurent à leurs enfants.

Ce classement montre les progrès accomplis vers la réalisation d'un objectif difficile à atteindre : vacciner 90 % des enfants de tous les pays d'ici à la fin de l'an 2000. Comme le révèle ce classement, 40 pays en développement et de nombreux pays industrialisés ont obtenu d'excellents résultats, atteignant ou dépassant même la couverture de 90 % qui avait été fixée comme objectif lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990. Les pays bien classés sont situés essentiellement dans les Amériques, en Asie centrale, en Europe, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. En Afrique subsaharienne, une région en proie à des difficultés économiques, à des conflits armés et au sida, trois pays – la Gambie, le Malawi et Maurice – atteignent également une couverture égale ou supérieure à 90 %. En moyenne toutefois, la moitié seulement des enfants vivant en Afrique subsaharienne sont protégés. Les pays d'Asie de l'Est et du Pacifique affichent généralement une couverture élevée, tandis que l'Asie du Sud, avec une couverture régionale de 70 %, est loin d'avoir atteint son but.

La moyenne mondiale est aujourd'hui de 77 %, grâce aux grandes campagnes de vaccination organisées dans de nombreux pays au cours des années 80. Ce type d'initiative doit être élargi à tous les enfants. C'est là qu'intervient l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) qui vient d'être créée. Son but est d'aider les pays pauvres qui satisfont à des critères spécifiques (voir « Sauver des enfants grâce au vaccin contre le H1B », page 24) à rattraper le retard qu'ils ont pris dans le secteur de la vaccination. Grâce à cette alliance mondiale, ces pays devraient pouvoir atteindre une couverture vaccinale de 80 % au moins pour le DTC et la rougeole dans tous les districts en 2005.



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Gambie	96
Malawi	96
Maurice	90
Botswana	82
Tanzanie	82
Bénin	81
Zimbabwe	81
Mozambique	77
Rwanda*	77
Afrique du Sud	76
Kenya	76
Namibie	74
Zambie*	70
Ghana	68
Madagascar	68
Sénégal*	65
Guinée-Bissau*	63
Côte d'Ivoire	61
Érythrée	60
Éthiopie	58
Lesotho*	57
Sierra Leone	56
Gabon*	54
Mali	52
Burundi	50
► Moyenne régionale	48
Cameroun	46
Guinée	46
Ouganda	46
Rép. centrafricaine	46
Burkina Faso	37
Togo	37
Angola	36
Mauritanie*	28
Somalie*	24
Tchad	24
Congo*	23
Niger	22
Nigéria	21
Libéria	19
Congo, Rép. dém.	10



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Iran	100
Oman	100
Liban	97
Libye	97
Syrie	97
Iraq	96
Tunisie	96
Arabie saoudite	94
Émirats arabes unis	94
Israël	93
Koweït	93
Maroc	93
Égypte	92
Jordanie	91
► Moyenne régionale	84
Algérie	80
Soudan	72
Yémen	68
Turquie	56

n.d. = données non disponibles.

La chute des taux de vaccination prouve que les systèmes sont défectueux

La chute des taux d'abandon de la vaccination par le BCG et DTC3, qui sont passés de 10 à 59 % (à droite), est de mauvaise augure pour la santé des jeunes enfants et est un défi lancé aux systèmes locaux de prestations sanitaires. Selon les experts de la santé, les systèmes dans lesquels le taux a chuté de plus de 10 % sont défectueux.

Selon les statistiques, lorsque les responsables d'enfants étaient bien informés, ils amenaient leurs jeunes enfants au dispensaire pour les faire vacciner contre la tuberculose.



ASIE CENTRALE

Ouzbékistan	99
Turkménistan	99
Kazakhstan	98
Azerbaïdjan	97
Kirghizistan	97
Tadjikistan	94
Géorgie	86
Arménie	82
► Moyenne régionale	74
Afghanistan	34



ASIE EST/SUD ET PACIFIQUE

Sri Lanka	100
Chine	98
Singapour	96
Viet Nam	96
Malaisie	95
Thaïlande*	95
Mongolie	94
Indonésie	90
Myanmar	87
Australie	86
Bhoutan	86
► Moyenne régionale	82
Nlle.-Zélande	81
Philippines	79
Népal	76
Corée, Rép.	74
Inde	73
Japon*	70
Bangladesh	68
Cambodge	64
Pakistan	59
Papouasie-Nlle.-Guinée	58
Rép. dém. pop. lao	55
Corée, Rép. pop. dém.	37

* Données de couverture, 1997.



AMÉRIQUES

Pérou	100
Cuba	98
Panama	98
Canada	97
Honduras	97
Mexique	96
Brésil	94
Chili	93
Uruguay	92
Trinité-et-Tobago	91
États-Unis	90
Jamaïque	88
► Moyenne régionale	86
El Salvador	86
Costa Rica	85
Équateur	85
Argentine	83
Paraguay	81
Rép. dominicaine	74
Colombie	70
Guatemala	70
Nicaragua	69
Bolivie	41
Venezuela	38
Haïti	22



EUROPE

Hongrie	100
Finlande	99
Slovaquie	99
Rép. tchèque	98
Ukraine	98
Bélarus	97
Ex-Rép. youg. de Macédoine*	97
France*	97
Moldova, Rép.	97
Pays-Bas	97
Portugal	97
Roumanie*	97
Russie, Féd.	97
Albanie	96
Bulgarie	96
Allemagne	95
► Moyenne régionale	94
Estonie	94
Lettonie	94
Suisse	94
Croatie	93
Lituanie	93
Royaume-Uni	93
Slovénie	91
Autriche*	90
Bosnie-Herzégovine	89
Grèce*	85
Italie	70
Belgique	n.d.
Danemark	n.d.
Espagne	n.d.
Irlande	n.d.
Norvège	n.d.
Pologne	n.d.
Suède	n.d.
Yougoslavie	n.d.

* Données de couverture, 1997.

Source : UNICEF, 1999.

CE QUE SIGNIFIE LE CLASSEMENT

Pourcentage d'enfants ayant reçu trois doses de DTC

Des statistiques troublantes

Taux d'abandon du BCG-DTC3, 1999 (en ordre descendant)

- 59% à 50%** Mauritanie, Somalie, Venezuela, Niger, Bolivie
- 49% à 40%** Togo, Angola, Burkina Faso, Tchad, Rép. démocratique populaire de Corée
- 39% à 30%** Mali, Cameroun, Guinée, Turquie, Djibouti, Ouganda, Libéria
- 29% à 20%** Sierra Leone, Côte d'Ivoire, Samoa, Nicaragua, Bangladesh, Gabon, Guinée-Bissau, République démocratique du Congo, Guatemala, Mozambique, Nigéria, Afrique du Sud, Éthiopie, Haïti, Ghana, Congo
- 19% à 10%** Kenya, Sénégal, Guinée équatoriale, Argentine, Algérie, Cambodge, Érythrée, Madagascar, Colombie, République dominicaine, Burundi, Arménie, Zambie, Équateur, République centrafricaine, Philippines, Namibie, Bosnie-Herzégovine, Bénin, Tanzanie, Yémen, Népal, Soudan, Panama, Comores, Pakistan, Swaziland, El Salvador

Source : UNICEF, 1999.

Par contre, ils ne revenaient pas avec leurs enfants quelques semaines plus tard pour leur faire administrer les trois doses de la série de vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3). Ou bien les responsables d'enfants n'étaient pas satisfaits des services, ou encore ils ne savaient même pas que les doses de DTC étaient nécessaires.

Ces chiffres sont importants pour déterminer les problèmes de qualité des services de vaccination et pour pouvoir les corriger et améliorer la couverture par le DTC dans le cadre de l'infrastructure existante et en limitant au maximum les frais.

Poliomyélite : l'éradication est proche

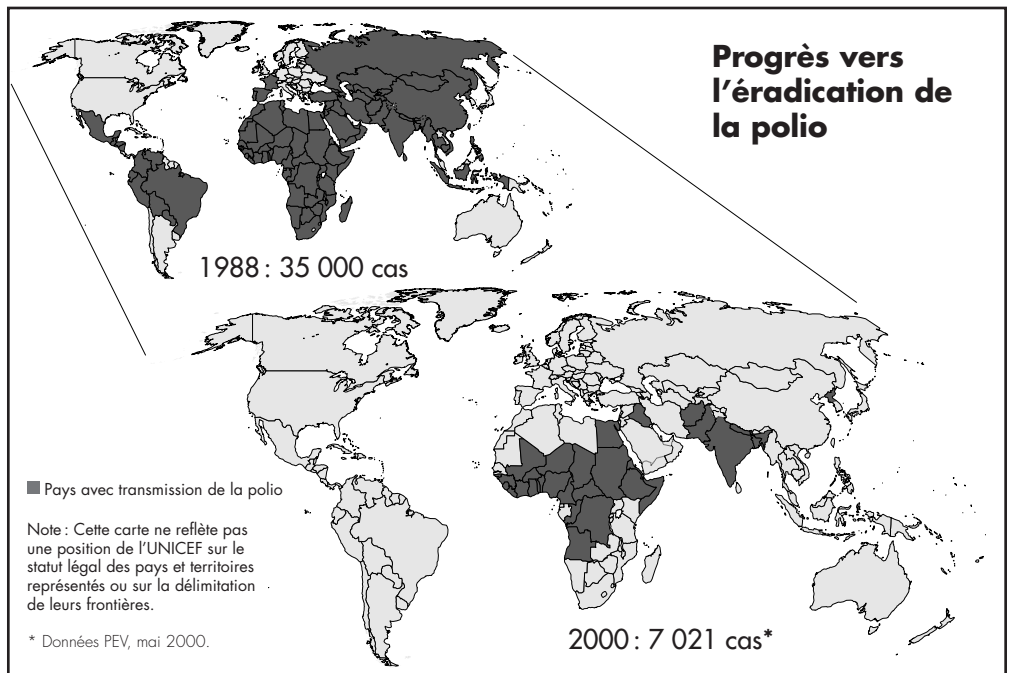
Une campagne mondiale vigoureuse visant à atteindre l'objectif de l'éradication de la poliomyélite en l'an 2000 a fait chuter à moins de 7 000 le nombre de cas dépistés. Cette campagne a également limité le champ d'action de la maladie : en 1999, 30 pays ont déclaré des cas de poliomyélite, contre 50 en 1998. Lorsque la campagne a débuté en 1988, 35 000 cas étaient recensés dans le monde entier. On estime que ces cas représentaient seulement un dixième des cas qui existaient à cette époque dans presque tous les pays en développement.

L'Inde affiche aujourd'hui le plus grand nombre de cas de poliomyélite, suivie par l'Angola et le Nigéria. Quatre grandes Journées nationales de vaccination ont été organisées l'année dernière en Inde et ont permis de vacciner 147 millions d'enfants à chaque occasion et de faire reculer de 40 % le nombre de cas déclarés.

Cette année, les principaux efforts seront concentrés dans les 14 pays affichant le plus grand risque de transmission de la poliomyélite en 2001, notamment : Afghanistan, Angola, Bangladesh, Congo, Éthiopie, Inde, Iraq, Niger, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan et Tchad.

Le manque de surveillance fausse les chiffres dans plusieurs de ces pays. Certains pays ne pourront pas éradiquer comme prévu la poliomyélite à la fin de l'an 2000. Les campagnes devront donc se poursuivre jusqu'en 2003, en intensifiant la vaccination dans les foyers et en redoublant d'efforts pour atteindre les laissés-pour-compte.

Même si l'élimination de la maladie est un peu retardée, des progrès remarquables ont déjà été accomplis. L'an dernier, grâce aux Journées nationales et infranationales de vaccination, 470 millions d'enfants dans 83 pays ont été vaccinés. Dans 52 de ces pays, des



suppléments de vitamine A, qui contribuent à faire baisser le nombre de décès d'enfants dus à des infections courantes, ont été distribués dans le cadre des activités de vaccination.

Les conflits qui continuent à sévir dans certains pays d'Afrique et d'Asie du Sud entravent gravement les efforts d'éradication de la poliomyélite, mais grâce aux interventions du Secrétaire général des Nations Unies, des institutions de l'ONU et d'autres partenaires, des trêves au cours desquelles les factions en guerre ont fait taire leurs fusils pendant quelques jours ont été conclues pour permettre aux équipes de

vaccination d'atteindre les enfants vivant dans les zones en conflit. Grâce à ces «journées de tranquillité», 8,7 millions d'enfants ont été vaccinés en 1999 en République démocratique du Congo, 4,4 millions en Afghanistan et 3 millions en Angola.

Des interventions semblables ont été menées dans le sud du Soudan et en Sierra Leone, deux autres pays déchirés par la guerre, et il faudra en prévoir d'autres cette année et l'année prochaine pour s'assurer que chaque enfant est vacciné et certifier en l'an 2005 que la poliomyélite a été éliminée de la surface de la planète.

Sauver des enfants grâce au vaccin contre le HIB

Chaque année, jusqu'à 400 000 enfants succombent à la pneumonie et à la méningite parce que les 43 pays en développement dans lesquels ils vivent n'ont pas suffisamment de ressources pour ajouter le vaccin contre le HIB (*Haemophilus influenzae* type b) à leurs programmes de vaccination systématique.

Aujourd'hui, la nouvelle Alliance pour les vaccins et la vaccination (GAVI), dont l'UNICEF est membre, a pour un de ses buts prioritaires d'aider au moins la moitié des pays dans lesquels le HIB est endémique à introduire le vaccin d'ici à l'an 2005.

Les premiers sur la liste sont 26 pays pauvres, choisis sur la base de trois critères : avoir un revenu par habitant inférieur à 1 000 dollars, avoir une couverture par le DCT3 d'au moins 50 % (ce qui montre la possibilité de procéder à la vaccination contre le HIB), et une population ne dépassant pas 150 millions d'habitants.

Dix-sept autres pays deviendront éligibles si leur couverture par le DCT3 s'améliore.

La pneumonie et la méningite frappent surtout les enfants de moins de 5 ans, les plus vulnérables étant les bébés entre 4 et 18 mois. Jusqu'à

Faire la queue pour l'aide

Pays dans lesquels le HIB est endémique pouvant prétendre à une aide *

Bénin	Gambie	Malawi	Sierra Leone
Burundi	Ghana	Mali	Soudan
Comores	Guinée-Bissau	Mozambique	Tanzanie
Côte d'Ivoire	Guyana	Rwanda	Yémen
Cuba	Kenya	Sao Tomé-et-Principe	Zambie
Érythrée	Lesotho	Sénégal	Zimbabwe
Éthiopie	Madagascar		

* Conditions à remplir : avoir une couverture par le DCT3 d'au moins 50 %, un revenu par habitant inférieur à 1 000 dollars et une population ne dépassant pas 150 millions d'habitants.
Source : UNICEF.

20 % des enfants qui survivent à la méningite provoquée par le HIB risquent de souffrir de handicaps neurologiques permanents, notamment de lésions cérébrales, d'une perte de l'ouïe et d'arriération mentale.

Le vaccin contre le HIB, dont il existe plusieurs types, a été introduit

au début des années 90 et fait partie maintenant des programmes de vaccination de nombreux pays industrialisés et autres.

Ce vaccin est l'un des plus sûrs, et il offre une protection de 95 % aux jeunes enfants qui sont complètement vaccinés.

Les pays pauvres paient pour les vaccins

Les pays à revenu faible – dont le PNB par habitant est compris entre 110 et 785 dollars – ont preuve d'un engagement plus vigoureux en faveur de la santé des enfants, si l'on en juge par les ressources que ces gouvernements consacrent à l'achat de vaccins. Des statistiques comparant 54 pays à revenu faible révèlent que 24 d'entre eux financent au moins 25 % du coût des vaccins (voir la liste ci-contre). Neuf pays sur les 24 assument la totalité des dépenses pour l'achat de vaccins.

Certains de ces pays ont bénéficié de l'Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins, soutenue par l'UNICEF. Dans le cadre de cette initiative, les gouvernements participants doivent planifier leurs besoins et établir un budget pour l'achat des vaccins.

L'Initiative aide ensuite les pays à obtenir les meilleurs prix, leur permet d'effectuer les versements en devises nationales, offrant des termes flexibles, dans les délais qui leur conviennent.

Même les pays avec des PNB par habitant très bas sont encouragés à prendre en charge entre 10 et 25 % de leurs dépenses pour l'achat de vaccins. Vingt-neuf pays à revenu faible (voir la liste) assument moins de 25 % de ces dépenses. Six d'entre eux – Bénin, Éthiopie, Madagascar, Soudan, Tanzanie et Zambie – prennent en charge entre 10 % et 15 % des dépenses.

Il est encourageant de constater que la majorité des pays pauvres, qui ploient sous le lourd fardeau de leur dette et qui sont parfois déchirés par des conflits et par la guerre civile, ont prouvé leur volonté d'améliorer la santé de leurs enfants.

Dans la majorité des pays en développement, les vaccins permettant de protéger un enfant contre la diphtérie, la rougeole, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose et le tétanos coûtent 1 dollar lorsqu'ils sont achetés par l'intermédiaire de systèmes d'approvisionnement avantageux comme celui de l'UNICEF. Si on ajoute les autres dépenses, notamment la formation et les salaires des agents sanitaires, les équipements de la chaîne du froid, les seringues et les aiguilles, le coût total est d'environ 17 dollars.

Investir dans la santé

Pays à revenu faible finançant au moins 25 % de la vaccination systématique dans le cadre du PEV*

	% financé		% financé		% financé		% financé
Burkina Faso**	100	Pakistan	100	Togo	80	Gambie	30
Ghana	100	Sénégal**	100	Viet Nam	73	Moldova, Rép.	29
Honduras	100	Tchad**	100	Népal	53	Cameroun	27
Mali**	100	Inde	98	Ouganda	50	Guinée	25
Nicaragua	100	Côte d'Ivoire**	95	Mongolie	40	Haïti	25
Nigéria	100	Niger**	80	Turkménistan	36	Lesotho	25

Au bas de l'échelle

Pays à revenu faible finançant moins de 25 % de la vaccination systématique dans le cadre du PEV*

	% financé		% financé		% financé		% financé
Bénin	15	Kenya	3	Bosnie-Herzégovine	0	Myanmar	0
Éthiopie	15	Sierra Leone	3	Cambodge	0	Rép. dém. pop. lao	0
Madagascar	10	Burundi	2	Congo	0	Rwanda	0
Soudan	10	Malawi	2	Érythrée	0	Somalia	0
Tanzanie	10	Afghanistan	0	Guinée-Bissau	0	Tajikistan	0
Zambie	10	Angola	0	Libéria	0		
Arménie	7	Azerbaïdjan	0	Mauritanie	0		
Rép. centrafricaine	4	Bhoutan	0	Mozambique	0		

*La vaccination systématique dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV) comprend la diphtérie, la rougeole, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose et le tétanos. La fièvre jaune fait partie de la couverture du PEV dans les pays à risque d'Afrique et d'Amérique latine. Les pays à revenu faible figurant dans cette liste ont un PNB par habitant ne dépassant pas 785 dollars.

** Ces pays ont bénéficié de subventions de l'Union européenne.

Sources des deux listes : Financement des vaccins : UNICEF ; niveaux de revenu : Banque mondiale.

Tétanos : les nourrissons et les mères sont les plus exposés

Chaque année, près de 200 000 nourrissons succombent au tétanos néonatal, une maladie totalement évitable, au cours du premier mois de leur vie ; 90 % de ces décès interviennent dans 27 pays en développement.

L'Inde affiche le plus grand nombre de décès – plus de 48 000 en 1999. Le Nigéria vient en deuxième place, suivi du Pakistan. Ensemble, ces trois pays enregistrent plus de la moitié des décès provoqués par le tétanos néonatal dans le monde.

Le tétanos chez les nouveau-nés est imputable au manque d'hygiène au moment de la naissance, par exemple lorsque le cordon ombilical est coupé avec une lame non stérile.

Chez les mères, le tétanos fait environ 30 000 victimes par an et jusqu'à 100 millions de femmes y sont exposées, bien qu'il puisse facilement être évité par la vaccination.

Le tétanos maternel et néonatal est l'un des principaux problèmes de santé publique dans 57 pays. Il est le résultat d'une alliance entre la pauvreté, des soins de santé médiocres, des niveaux de vaccination trop faibles et un manque d'hygiène pendant l'accouchement.

L'administration aux femmes d'au moins trois doses d'anatoxine tétanique

offre une protection totale contre le tétanos maternel et néonatal. Une mère protégée contre le tétanos communiquera son immunité à son nouveau-né qui la conservera pendant deux ou trois mois. Il faut ensuite protéger l'enfant en lui administrant trois doses de DTC (diphtérie, tétanos, coqueluche) dans le cadre des services de vaccination systématique. Le classement décrit la couverture vaccinale par le DCT3.

Bien que le tétanos néonatal fasse encore de nombreuses victimes, il a fortement reculé par rapport aux 800 000 décès de nouveau-nés affichés en 1985 ; ce succès est le fruit de la vaccination des femmes enceintes et de la promotion de pratiques hygiéniques lors de l'accouchement. Dans 104 pays en développement qui satisfont aux critères visant à éliminer le tétanos maternel et néonatal, les taux sont inférieurs à un cas de tétanos néonatal pour 1 000 naissances vivantes dans chaque district du pays.

Les travaux actuels ont pour but d'administrer trois doses d'anatoxine tétanique aux femmes en âge d'avoir des enfants dans les régions sans accès aux soins prénatals ou aux services de vaccination systématique et de promouvoir des pratiques d'accouchement hygiéniques partout dans le monde.

Le tribut prélevé par le tétanos

Estimation des décès de nouveau-nés *

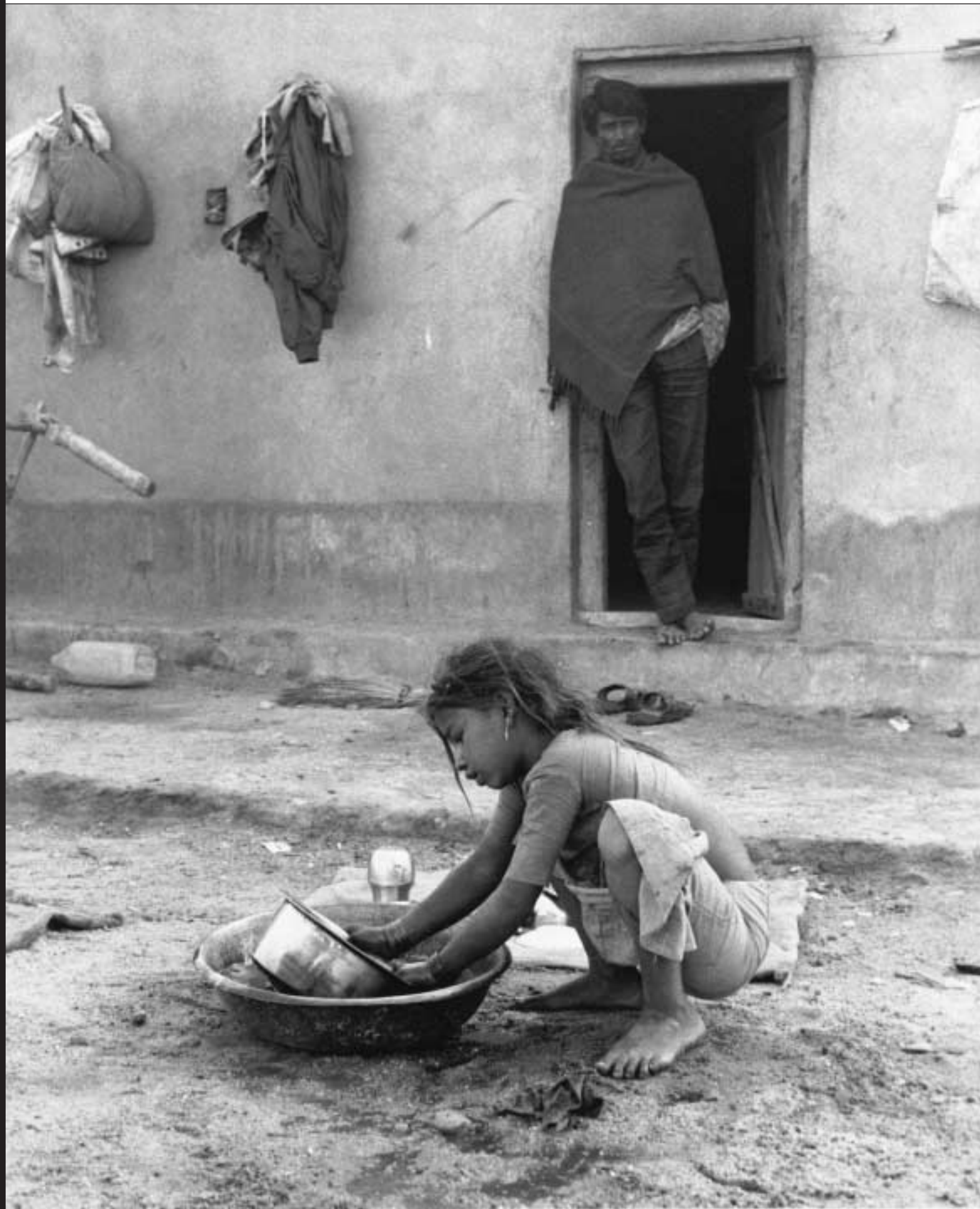
Inde	48 600
Nigéria	34 600
Pakistan	21 600
Éthiopie	13 400
Bangladesh	10 400
Congo, Rép. dém.	10 000
Somalie	8 800
Chine	8 600
Afghanistan	4 200
Indonésie	4 100
Niger	3 600
Mozambique	3 000
Népal	3 000
Angola	2 700
Tchad	2 500
Mali	2 400
Sénégal	2 300
Yémen	2 300
Soudan	2 200
Ghana	2 000
Burkina Faso	1 600
Cambodge	1 500
Cameroun	1 500
Côte d'Ivoire	1 100
Libéria	600
Mauritanie	200
Guinée-Bissau	100
Total	196,900

* Les chiffres donnés ici sont des estimations, car la majorité des décès de nouveau-nés interviennent au foyer, avant que le bébé n'atteigne l'âge de 2 semaines ; dans ce cas, ni les naissances ni les décès ne sont déclarés.

Source : OMS, estimations pour 1999.

LES ENFANTS PERDUS

PRÉSENTATION: COMMENT LES ATTEINDRE



Les enfants perdus

Par Juan Somavía

On les entend et on les voit à peine ces centaines de millions d'enfants dont les droits sont violés quotidiennement et de mille manières. Parmi eux, il y a les millions d'enfants qui travaillent dans des fermes et des usines, qui se prostituent, qui participent aux conflits armés, les millions d'enfants non déclarés à la naissance, tous ceux qui n'ont pas d'eau salubre et qui ne vont pas à l'école, ceux qui ne sont pas vaccinés et les millions d'enfants qui vivent dans les rues. Le sort de ces enfants mérite bien plus que la réponse timide que lui a jusqu'à présent réservée la communauté mondiale.

Chaque jour, un nombre effrayant d'enfants disparaissent dans le monde. Beaucoup trop de ces enfants perdus—30 500 par jour, 11 millions chaque année—meurent de causes qui auraient pu être évitées.

Pour tragiques et absurdes que soient ces décès, ils ne sont pas l'objet de mon propos d'aujourd'hui. Je veux parler des millions d'enfants égarés parmi les vivants. Des enfants que l'extrême pauvreté rend pratiquement invisibles, des enfants qui ne sont pas déclarés à la naissance et qui n'ont ni nom, ni nationalité, des enfants dont les droits ne sont pas protégés par les autorités et qui souffrent dans l'anonymat le plus total.

Ces enfants perdus sont les plus exploités, les plus pauvres d'entre les pauvres : enfants soldats, fillettes prisonnières des maisons closes, petits travailleurs asservis dans des usines, des ateliers, des fermes et des foyers

de notre planète qui semble si prospère. On leur y vole la santé, le développement, l'éducation et souvent même la vie.

Sur les 250 millions d'enfants de 5 à 14 ans qui sont économiquement actifs, de 50 à 60 millions d'enfants de 5 à 11 ans travaillent dans des conditions intolérables.

Pour avoir une idée de leur nombre, imaginez un pays aussi peuplé que les États-Unis dont toute la population serait constituée d'enfants au travail. Imaginez ensuite que, dans cette population, une classe inférieure d'enfants, plus nombreux que les habitants de la France ou du Royaume-Uni, travaillent dans des conditions si terribles que leur corps et leur esprit ne pourraient se développer normalement, que leur croissance serait arrêtée et leur vie raccourcie.

Personne ne tolérerait une telle abomination si elle était visible et concentrée dans un seul pays. Pourtant, parce qu'elle est cachée et dif-

fuse, nous continuons à la supporter, pour notre plus grande honte et malgré les risques encourus.

Un risque incalculable

La vie de ces enfants perdus est menacée dès leur naissance par la malnutrition, la maladie et des conditions de vie malsaines. Ils sont près de 600 millions, issus de familles pauvres, qui vivent avec moins d'un dollar par jour.

Ils se cachent derrière des statistiques choquantes décrivant des populations qui se recoupent : les plus de 200 millions d'enfants qui souffrent d'un retard de croissance, les presque 170 millions d'enfants qui n'ont pas un poids suffisant. Ils font partie des 40 à 50 % d'enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement qui présentent une carence en fer. Ils sont parmi les 31 millions de réfugiés ou de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays qui vivent dans des camps du monde entier et parmi le milliard de personnes qui entameront le nouveau siècle sans savoir ni lire ni écrire.

Ces enfants perdus font souvent partie des minorités ethniques qui ne savent pas s'exprimer couramment dans leur langue nationale et dont les traditions ne font pas partie de la culture dominante de leur pays. Ainsi exclus, ils peuvent aussi se voir refuser le droit à une citoyenneté et à l'éducation, les rendant encore plus vulnérables à l'exploitation.

Ce sont souvent des enfants qui vivent dans des régions isolées, où les écoles et les services de base sont rares.

Le travail est leur seul horizon. À la campagne, des enfants qui n'ont guère plus de 5 ans travaillent dans la

ferme de leurs parents ou aux côtés d'adultes dans les exploitations agricoles aussi bien des pays industrialisés que des pays en développement. Parfois, les enfants de moins de 10 ans représentent 20 % de la main-d'œuvre enfantine employée dans les zones rurales.

Des travaux agricoles éreintants, dans une chaleur étouffante ou un froid glacial, de longues heures de travail, des mouvements répétitifs et des poids trop lourds à soulever épuisent leurs jeunes corps. Ils sont souvent exposés aux produits chimiques et aux pesticides : dans les zones rurales, les empoisonnements par les pesticides font plus de victimes que toutes les maladies de l'enfance réunies. Les conditions de travail sont si difficiles que les enfants qui ont la chance d'aller à l'école après une journée de labeur dans les champs sont malheureusement trop exténués pour apprendre.

Un grand nombre de ces enfants perdus sont des filles. La discrimination dont elles sont victimes s'allie à la misère pour ruiner en elles tout sentiment d'autonomie et de respect de soi et limiter leur potentiel. Dans beaucoup de familles pauvres, quand il faut choisir d'envoyer une fille ou un garçon à l'école, c'est le sexe qui fait pencher la balance en faveur du garçon.

Voilà pourquoi des millions de filles sont privées d'éducation et confinées dans des tâches ménagères, travaillant au sein de leur famille ou à l'extérieur dans d'autres foyers. Elles font partie des enfants exploités les moins visibles parce que les tâches ménagères ne sont même pas considérées comme un « travail ». Ce labeur obscur et peu gratifiant expose les filles à d'autres risques : les violences physiques et sexuelles.

LES ENFANTS PERDUS

PRÉSENTATION: COMMENT LES ATTEINDRE

Ensuite, et c'est le pire qui puisse leur arriver, des millions d'enfants perdus, surtout des filles, sont entraînés dans l'enfer de la traite et de l'exploitation sexuelle. En raison de la nature clandestine et criminelle de ces activités, les statistiques sont imprécises. Mais selon les estimations, dans la région de l'Asie et du Pacifique, la traite d'enfants et de femmes à des fins sexuelles a fait plus de 30 millions de victimes au cours des trois dernières décennies.

Au Népal, entre 5 000 et 7 000 filles seraient emmenées illicitement chaque année vers des pays voisins. La vie de ces enfants est menacée à long terme par les sévices subis, notamment les traumatismes psychologiques, le risque de grossesses précoces avec les dangers qu'elles entraînent, ainsi que le VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Les enfants subissent une autre forme abominable d'exploitation: la conscription ou l'enrôlement de force dans les conflits armés. Ainsi, ces dix dernières années, 300 000 enfants de moins de 18 ans auraient

servi dans les forces gouvernementales ou d'opposition d'une myriade de pays.

Au Libéria, un pays ravagé par sept ans de guerre civile jusqu'en 1997, le conflit a obligé 750 000 personnes à quitter le pays et plus d'un

Tous les enfants ont droit à une éducation; rien ne peut se comparer ou rivaliser avec l'éducation; une instruction de qualité, qui répond aux besoins des enfants, donne vraiment les moyens de combattre la pauvreté.

million à se déplacer à l'intérieur du territoire, et il a fait plus de 150 000 victimes. Quinze mille enfants, dont certains n'avaient guère plus de 6 ans, ont servi dans l'armée. Ces jeunes que l'on forçait à commettre des atrocités contre leurs propres familles ou leurs villages pour prouver leur loyauté envers leurs chefs étaient considérés comme des combattants irréductibles. Lors de ce conflit brutal, des milliers de fillettes ont été réduites à l'esclavage sexuel par les factions combattantes.

Des paroles aux actes

De grands progrès ont été accomplis au cours de la décennie qui a suivi le Sommet mondial pour les enfants et l'adoption de la Convention relative aux droits de l'enfant. Afin qu'ils portent leurs fruits, il faut tout mettre en œuvre pour changer le destin misérable des enfants qui ont le moins profité des succès ou n'en ont même retiré aucun avantage.

Une étape cruciale consiste à faire de l'éradication des pires formes de travail et d'exploitation des enfants

une véritable cause commune, non pas en paroles, mais dans les actes, non pas avec des discours, mais avec les politiques et les ressources nécessaires. C'est une grande cause digne d'être adoptée par toutes les régions, toutes les cultures, toutes les traditions spirituelles et tous les niveaux de développement. Une cause qui mérite que l'on y contribue avec des moyens pratiques.

Au cours des huit dernières années, près de 90 pays ont adhéré au Programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC), lancé par l'Organisation internationale du Travail, et ont beaucoup progressé sur ce front. Grâce à la grande alliance ainsi formée, cette cause est devenue mondiale. Lancé en 1992 dans six États participants grâce à un seul pays donateur, le programme compte aujourd'hui 25 pays donateurs et 65 pays participants. Tous ces pays ont adopté des projets visant à prévenir le travail des enfants, à les retirer des emplois grâce à des activités de réinsertion et d'éducation et à fournir de meilleurs moyens de subsistance aux familles en les aidant à trouver un travail décent.

En outre, la Convention N° 182, adoptée à l'unanimité en juin 1999 par la Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail, constitue un formidable instrument pour abolir les pires formes de travail des enfants telles que les définit cette convention: l'esclavage, le recrutement forcé d'enfants soldats, le travail forcé, la traite, la servitude pour dettes, le servage, la prostitution, la pornographie, tous les travaux susceptibles de nuire à la santé, à la sécurité ou à la moralité de l'enfant.

Aux termes de la Convention N° 182, les nations qui l'ont ratifiée doivent prendre des mesures immédiates pour protéger les enfants contre l'exploitation commerciale et pour fournir à ceux qui ont été soustraits à ces horreurs des moyens de se réinsérer dans la société et d'acquérir une formation.

Une dizaine de pays ont déjà ratifié ce nouvel instrument des droits de l'homme et plusieurs autres ont annoncé leur intention d'y adhérer au cours des prochains mois. Dans le



Jeune garçon qui dort sur un trottoir en Afrique du Sud. La misère expose à la souffrance des millions d'enfants de par le monde: enfants des rues, enfants asservis, enfants qui travaillent dans des maisons closes, des usines ou à la ferme.

UNICEF/00-0099/Pirozzi

cadre de l'IPEC, nous entreprenons toute une série d'activités, allant du lobbying privé aux rassemblements publics, de la diffusion d'informations en ligne à l'affichage sur les murs, afin d'encourager les pays un par un à ratifier cette convention aussi rapidement que possible.

Toutefois, la ratification universelle n'est pas un but en soi : nous devons nous assurer que les principes énoncés dans cette convention sont intégrés dans les structures juridiques nationales et mis en œuvre de façon à pouvoir espérer de manière réaliste que les pires formes de travail des enfants seront abolies dans un futur proche.

L'éducation est la clé

«L'éducation,» affirmait le très regretté Julius Nyerere, ancien maître d'école et premier Président de la République-Unie de Tanzanie, «n'est pas un moyen de fuir la pauvreté d'un pays. C'est un moyen de la combattre.»

Nous savons que plus de 110 millions d'enfants en âge d'aller à l'école ne sont pas scolarisés dans les pays en développement et que la plupart d'entre eux travaillent. Nous savons aussi que chaque année passée à l'école réduit considérablement les risques d'asservissement économique pour ces enfants.

Tous les enfants ont droit à une éducation ; rien ne peut se comparer ou rivaliser avec l'éducation ; une instruction de qualité, qui répond aux besoins des enfants, donne vraiment les moyens de combattre la pauvreté. Elle ouvre de nouvelles possibilités aux enfants et leur permet de participer et de contribuer, au mieux de leurs aptitudes, à la vie de la société sans distinction de classe sociale ou de sexe.

La Convention sur les pires formes de travail des enfants reconnaît pleinement le pouvoir de l'éducation, indiquant que la solution à long terme à l'exploitation des enfants « réside dans la croissance économique soutenue menant au progrès social, et en particulier à l'atténuation de la pauvreté et à l'éducation universelle ».



Fillette au Népal qui gagne sa vie dans les décharges. Près de 600 millions d'enfants, surtout des filles, ont moins de 1 dollar par jour pour subsister.

UNICEF/93-1272/Murray-Lee

Nous pouvons établir une nouvelle norme d'humanité en mettant au rebut de l'histoire l'asservissement des enfants soumis aux pires formes de travail et d'exploitation.

Le lien entre l'éducation et l'allègement de la pauvreté est particulièrement important parce que l'abîme économique qui sépare les riches des pauvres s'est creusé au cours de la dernière décennie. Aujourd'hui, malgré une expansion sans précédent de l'économie mondiale, de plus en plus d'individus sont isolés dans une pau-

vreté toujours plus profonde. La fortune des trois milliardaires les plus riches du monde, par exemple, est supérieure au produit national brut combiné de l'ensemble des 48 pays les moins avancés et de leurs 600 millions d'habitants. Et le cinquième le plus pauvre de la population de la planète se partage seulement 1% du PNB mondial.

Dans le combat contre le travail et l'exploitation des enfants, l'éducation doit aller de pair avec des mesures à l'échelon mondial destinées à protéger les nations pauvres : commerce plus équitable, aide plus généreuse, politiques d'investissement plus efficaces et prix des matières premières plus stables.

Un impératif moral

La combinaison stratégique de ces mesures nous donnerait une occasion unique de rompre le cercle vicieux de la pauvreté et de reconquérir nombre de vies perdues. Nous

savons où trouver ces enfants perdus : dans des tentes et des baraques en Afrique, dans des maisons closes en Asie, dans des taudis en Europe et en Amérique du Nord, dans des ateliers en Amérique latine. Après avoir entrevu leurs visages, ne serait-ce qu'un bref instant, comment pourrions-nous les oublier ?

Allons-nous gommer d'un seul coup leur vie et leur avenir ? Ou bien irons-nous jusqu'au bout de notre effort pour protéger les droits de plus jeunes et des plus vulnérables de la famille humaine ?

Nous pouvons établir une nouvelle norme d'humanité en mettant au rebut de l'histoire l'asservissement des enfants soumis aux pires formes de travail et d'exploitation.

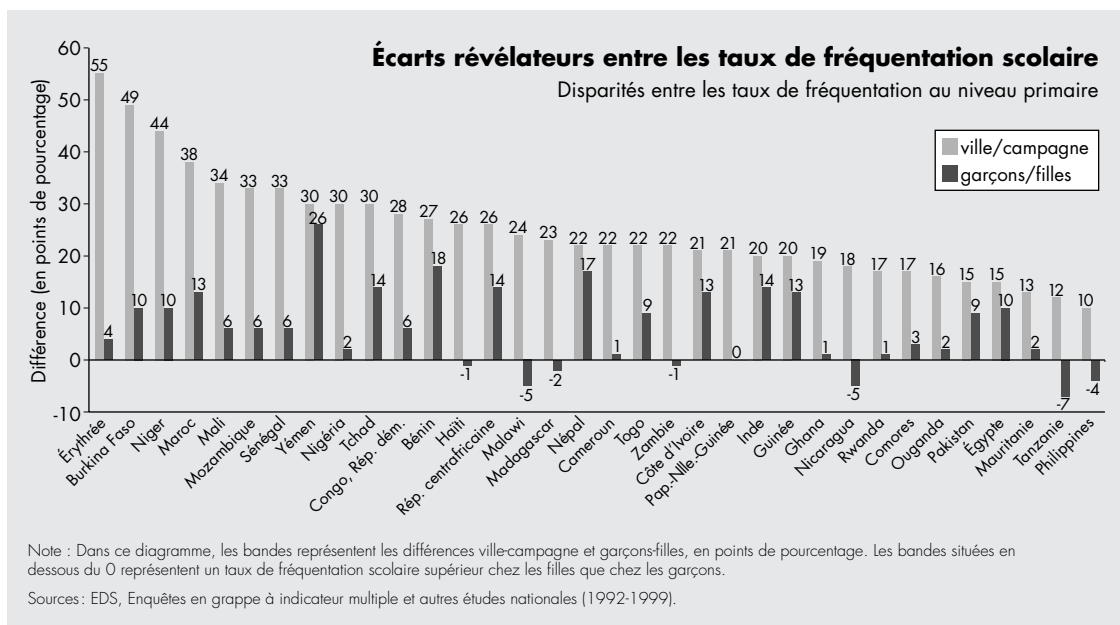
Faisons tout ce que nous pouvons pour que le dernier groupe d'enfants, le groupe le plus isolé, bénéficie des mêmes avantages que tant d'autres. Rassemblons toutes nos forces pour sauver ces enfants perdus et leur donner un avenir plus souriant. ■

Villes et campagnes: le chemin de l'école est long

Des études menées entre 1990 et 1999 dans 54 pays ont révélé une grande disparité entre les taux urbains et ruraux de fréquentation de l'école primaire, et que cet écart est difficile à combler. Les résultats obtenus dans 34 pays sont présentés ici.

C'est en Érythrée que l'écart entre les zones urbaines et rurales est le plus marqué, avec un taux de scolarisation de 79% en ville, contre 24% seulement à la campagne—soit une différence de 55 points de pourcentage. Dans 24 pays, l'écart est de 20 points au moins.

Dix pays ont affiché des disparités dépassant 30 points de pourcentage, et au Burkina Faso, en Érythrée et au Niger, elles étaient égales ou supérieures à 40 points.



Les filles qui vivent à la campagne sont doublement désavantagées.

Non seulement beaucoup d'entre elles ne sont pas scolarisées, comme c'est aussi le cas en ville, mais elles rencontrent des difficultés particulières: pénurie d'établissements scolaires, plus grande distance à parcourir pour se rendre à l'école, contraintes culturelles

plus fortes, pauvreté et discrimination plus profondes.

Des études ont néanmoins révélé que les efforts déployés pour que les filles aillent à l'école et y restent, même si elles travaillent, qu'elles ont dépassé l'âge du niveau scolaire correspondant ou vivent en zone rurale, profitent également aux garçons—

quelquefois même davantage qu'aux filles.

À ce jour, les méthodes les plus efficaces pour réduire la disparité entre les taux de fréquentation scolaire en milieu urbain et rural sont celles qui visent à encourager la scolarisation des filles.

Enfants non scolarisés: le dilemme des orphelins

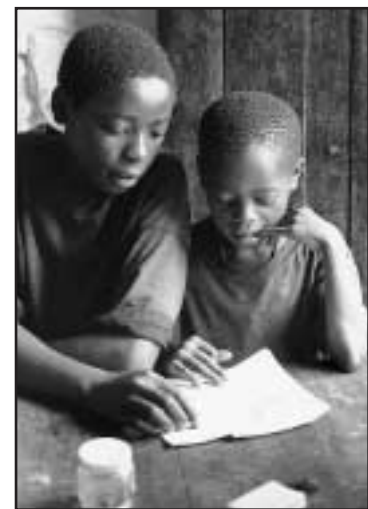
Des études réalisées dans 20 pays, en Afrique pour la plupart, viennent confirmer ce que l'on suspectait depuis longtemps: les enfants dont les parents sont morts ont moins de chances d'être scolarisés que les enfants qui n'ont pas perdu de parent et qui vivent avec un de leurs parents au moins.

C'est au Bénin, au Mozambique et en République centrafricaine que les écarts sont les plus marqués entre le taux de fréquentation scolaire des orphelins et celui des autres enfants. Au Bénin, par exemple, 17% seulement des enfants ayant perdu leurs parents sont scolarisés, contre 50% des enfants ayant

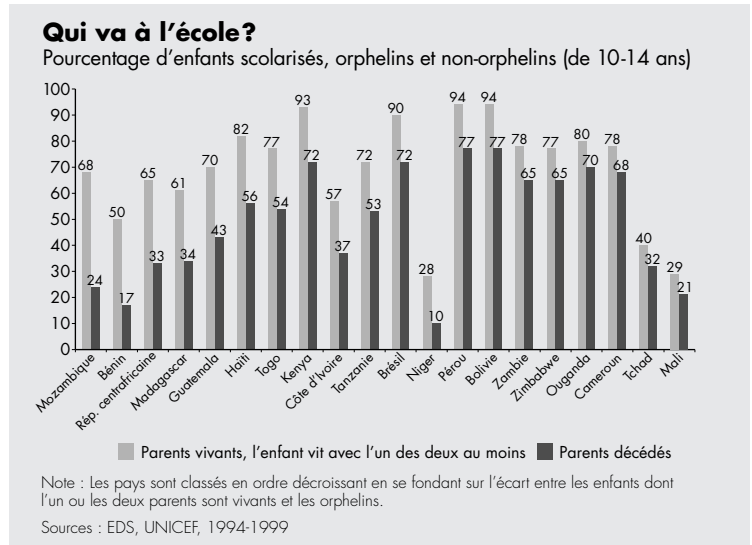
encore leurs deux parents. Dans la plupart des pays étudiés, la différence moyenne est de 19 points de pourcentage. Seuls le Mali et le Tchad présentent des écarts inférieurs à 10 points.

Toutefois, nombre d'enfants ayant encore père et mère sont privés du droit à l'éducation. Au Mali et au Niger, par exemple, les taux de scolarisation des enfants ayant encore leurs deux parents sont respectivement de 29 et de 28%—les taux les plus faibles enregistrés par ces études, inférieurs aux taux de scolarisation des orphelins dans nombre de pays.

Ces chiffres ne peuvent qu'inciter les gouvernements concernés à faire en sorte que le décès des parents, qui représente une perte douloureuse pour les enfants, ne compromette pas leur droit à l'éducation. On peut tirer des enseignements précieux de l'expérience des pays qui ont réussi à combattre cette injustice en réduisant l'écart entre les taux de scolarisation des enfants qui sont orphelins et ceux qui vivent avec leurs parents.



Orphelins au Rwanda qui font un devoir en classe. Les orphelins n'ont pas le même accès aux services d'éducation et de santé que les enfants qui ont encore un ou leurs deux parents.



Mutilation génitale des femmes : la bataille est gagnée mais pas la guerre

En décembre 1999, plusieurs milliers d'habitants de Kouroussa, à l'est de la Guinée, étaient présents lorsqu'une douzaine d'exciseurs jetèrent leurs couteaux et refusèrent de continuer à pratiquer la mutilation génitale des fillettes et des femmes. Au Sénégal, 148 villages ont déclaré publiquement qu'ils avaient l'intention de mettre un terme à cette procédure. C'est une grande victoire pour les organisations communautaires, les ONG et les organismes internationaux engagés dans la lutte contre cette pratique douloureuse.

En Afrique, des efforts ont été déployés pour proscrire l'excision, allant de lois qui la criminalisent, à des programmes d'éducation et de sensibilisation. À ce jour, l'excision est interdite dans neuf pays, des poursuites judiciaires ont été engagées dans trois pays, et des lois ont été proposées contre la mutilation génitale des femmes dans trois autres. Vingt pays appliquent ou soutiennent des programmes d'éducation et de sensibilisation. Les personnes reconnues coupables encouront des peines allant d'une simple amende à la détention à perpétuité.

En outre, sept nations industrialisées où vivent de nombreux ressortissants de pays où cette pratique existe ont adopté une législation interdisant l'excision. La France s'appuie sur la législation existante, qui interdit les actes de violence entraînant une mutilation, pour poursuivre en justice les personnes pratiquant l'excision ou les parents faisant subir une telle mutilation à leurs filles.

La Belgique a proposé des lois pour interdire la procédure, 11 pays industrialisés soutiennent des programmes d'éducation et de vulgarisation, et deux pays ont fait des déclarations condamnant cette pratique.

L'OMS estime que 130 millions de fillettes, de jeunes filles et de femmes (depuis des enfants en bas âge jusqu'aux femmes adultes) ont subi une mutilation sexuelle, à savoir, l'ablation partielle ou complète des organes génitaux externes. L'excision est pratiquée dans près de 30 pays d'Afrique et au sein de quelques minorités d'Asie. En Afrique, le taux de prévalence oscille entre 5% environ en Ouganda et en République démocratique du Congo, et 98% à Djibouti et en Somalie. Environ 75% des cas de mutilation sexuelle des femmes ont été enregistrés en Égypte, en Éthiopie, au Kenya, au Nigéria, en Somalie et au Soudan.

Bien qu'elle soit perçue comme un rituel destiné à garantir la chasteté et à augmenter les chances des filles de trouver un mari, les mutilations génitales constituent une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes; on procède à l'ablation d'organes sexuels sains, sans aucune indication médicale, ce qui peut entraîner des complications physiques à long terme, parfois graves, voire fatales, ainsi que des traumatismes psychologiques très sérieux. Cette pratique porte atteinte au droit fondamental à la santé et à l'intégrité physique.



© Philip Wolmuth/Panos Pictures

Adolescent qui fume à Rotherham, au Royaume-Uni, inconscient du risque pour sa santé. Le tabagisme est plus répandu chez les adolescents des pays industrialisés aujourd'hui qu'en 1994, surtout parmi les filles.

Pays industrialisés : flambée du tabagisme chez les adolescents

En Europe et en Amérique du Nord, un nombre grandissant d'adolescents de 15 ans mettent leur vie en danger, le pourcentage moyen des adolescents qui fument étant passé de 12% en 1994 à 16% en 1998, dans 20 pays étudiés. Le tabagisme chez les filles a augmenté dans tous les pays sauf un. C'est en Estonie, Fédération de Russie, Lituanie et Slovaquie que les taux ont affiché la plus forte hausse, où ils ont plus que doublé. Aujourd'hui, les filles fument davantage que les garçons dans près de la moitié des pays étudiés, contre cinq pays seulement il y a quatre ans.

Selon ces études, c'est en Hongrie que le pourcentage d'adolescents s'adonnant au tabagisme est le plus élevé, avec 29% des garçons et 20% des filles fumant quotidiennement. L'Allemagne et l'Autriche occupent les deuxième et troisième rangs, avec respectivement 23,5% et 23% des adolescents touchés par le tabagisme. En Israël, ce pourcentage a plus que doublé en quatre ans, passant de 5,5% en 1994 à 12% en 1998, et a presque triplé pour les garçons, passant de 6 à 17%.

La Finlande qui, en 1994, a rapporté le nombre le plus élevé d'adolescents ayant l'habitude de fumer quotidiennement, est le seul pays à avoir enregistré une baisse globale quatre ans plus tard. Un recul du pourcentage de fumeurs chez les garçons a été rapporté en Autriche et en Irlande du Nord.

Qui fume ?

% de jeunes de 15 ans fumant tous les jours

	Garçons		Filles	
	1998	(1994)	1998	(1994)
Allemagne	22	(16)	25	(19)
Autriche	20	(21)	26	(21)
Belgique	21	(19)	20	(14)
Canada	17	(16)	21	(21)
Danemark	15	(10)	21	(17)
Espagne	n.d.	(15)	n.d.	(19)
Estonie	17	(16)	8	(3)
États-Unis	13	(10)	12	(10)
Fédération de Russie	20	(13)	14	(5)
Finlande	19	(25)	20	(19)
France	20	(18)	25	(18)
Hongrie	29	(19)	20	(13)
Israël	17	(6)	7	(5)
Lettonie	27	(22)	12	(8)
Lituanie	15	(9)	6	(2)
Norvège	18	(16)	21	(15)
Pologne	22	(17)	14	(8)
Rép. tchèque	16	(11)	11	(6)
R.-U. (Écosse)	19	(17)	24	(21)
R.-U. (Irlande du Nord)	16	(20)	24	(20)
Slovaquie	20	(13)	10	(3)
Suède	10	(10)	16	(13)

n.d. = données non disponibles

Source: OMS, Bureau régional pour l'Europe, études, Health and Health Behaviour among Young People (1993-1994 et 1997-1998).

La lutte continue

Législation/décrets adoptés contre les mutilations génitales féminines (année d'entrée en vigueur)	Pays africains	Pays industrialisés
	Burkina Faso (1996) Côte d'Ivoire (1998) Djibouti (1994) Ghana (1994) Guinée (1965) Rép. centrafricaine (1966) Sénégal (1999) Tanzanie (1998) Togo (1998) Égypte (Décret ministériel, 1996) Nigéria (État d'Édo uniquement, 1999)	Australie (lois étatiques, 1994-97) Canada (1997) États-Unis (loi fédérale, 1996; lois étatiques, 1994-98) Norvège (1995) Nouvelle-Zélande (1995) Royaume-Uni (1985) Suède (1982, 1998)
Poursuites en cas de mutilations sexuelles féminines	Burkina Faso Égypte Ghana	France
Projets de lois contre les mutilations génitales féminines	Bénin Nigéria Ouganda	Belgique
Programmes d'éducation et de sensibilisation organisés ou financés par le gouvernement *	Bénin Burkina Faso Cameroun Côte d'Ivoire Djibouti Égypte Érythrée Éthiopie Gambie Ghana	Guinée Kenya Mali Niger Ouganda Rép. centrafricaine Sénégal Soudan Tanzanie Togo
		Australie Belgique Canada Danemark États-Unis France Norvège Nouvelle-Zélande Pays-Bas Royaume-Uni Suède

* Selon les informations les plus récentes communiquées au Centre d'études juridiques de défense des droits de la procréation (CRIP).

Source: CRIP, mars 2000.

Des milliards n'ont ni eau salubre, ni assainissement

Bien que, chaque année, près de 2 millions d'enfants meurent encore des suites de la diarrhée et d'autres maladies d'origine hydrique, la communauté internationale n'arrive toujours pas à garantir une eau salubre et un bon assainissement à ceux qui en ont le plus désespérément besoin. Quelques progrès modestes ont certes été enregistrés ces dix dernières années : entre 1990 et 1999, la couverture mondiale de l'approvisionnement en eau est passée de 78 à 82%. Plus de 800 millions de personnes ont obtenu un accès à l'eau salubre. Et l'accès à l'assainissement est passé de 54% en 1990 à 59% en 1999.

Toutefois, en termes absolus, ces améliorations ne suffisent pas à couvrir les besoins : plus d'un milliard de personnes n'ont toujours pas accès à une eau potable salubre et environ 2,5 milliards de personnes – soit plus d'un tiers des habitants de la planète – ne disposent d'aucune installation sanitaire pour le traitement des excréments.

Dans les 16 pays en développement les plus densément peuplés du globe, où se concentrent les 80% de la population mondiale, la couverture de l'assainissement constitue un défi encore plus crucial que l'accès à une eau salubre. Moins de 50% des habitants de la Chine, de l'Éthiopie, de l'Inde et de la République démocratique du Congo ont accès à des installations sanitaires adéquates. Même lorsque la couverture s'étend, comme ce fut le cas au Bangladesh, où elle est passée de 37% en 1990 à 53% en 1999, et au Pakistan (de 34 à 59% pour la même période), la santé de nombreuses personnes reste menacée faute de traitement adéquat des excréments.

Sur les quelque 2 millions d'enfants qui meurent chaque année des suites de la diarrhée et d'autres maladies d'origine hydrique, presque tous ont moins de 5 ans. Des millions de personnes souffrent en outre d'helminthiases, dues à la présence d'excréments humains et de déchets solides dans l'environnement, cause d'anémie, de malnutrition et pouvant même entraîner la mort.

À la maladie et la mort s'ajoutent des épreuves plus subtiles, y compris l'existence misérable des habitants des communautés privées d'accès à une eau salubre et à des installations sanitaires adéquates, ainsi que la corvée de l'eau, qui pèse de façon disproportionnée sur les filles, au détriment de leur scolarité, et sur les femmes, au détriment de leur propre santé et des soins qu'elles peuvent prodiguer à leurs enfants.

Malgré une amélioration globale de l'accès à l'eau salubre, certains pays restent à la traîne, tels l'Éthiopie, le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Viet Nam, avec des niveaux d'accès inférieurs à 60%.

Dans certains pays, comme le Bangladesh, la contamination par l'arsenic pollue dangereusement l'eau que l'on croyait salubre.

Mais c'est dans les régions rurales que l'enjeu est le plus crucial : plus d'un quart (29%) de la population rurale du globe n'a toujours pas accès à de l'eau salubre, et près des deux tiers (64%), à des installations sanitaires. En milieu urbain, l'élargissement de la couverture de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement n'arrive pas à suivre l'expansion démographique.

L'objectif de l'accès universel à l'eau

Eau et assainissement: aujourd'hui et hier

Pourcentage de la population couverte dans les 16 plus grands pays en développement

	Sources d'eau salubre*			Installations sanitaires**	
	1999	(1990)		1999	(1990)
Bangladesh	97	(91)	Thaïlande	96	(86)
Égypte	95	(94)	Égypte	94	(87)
Iran	95	(86)	Turquie	92	(88)
Inde	88	(78)	Philippines	83	(87)
Pakistan	88	(84)	Iran	81	(81)
Philippines	87	(74)	Mexique	73	(69)
Mexique	86	(83)	Viet Nam	73	(n.d.)
Brésil	83	(83)	Brésil	72	(63)
Turquie	82	(78)	Indonésie	65	(54)
Thaïlande	80	(71)	Nigéria	63	(60)
Indonésie	76	(69)	Pakistan	59	(34)
Chine	75	(71)	Bangladesh	53	(37)
Nigéria	57	(49)	Chine	38	(29)
Viet Nam	56	(n.d.)	Inde	31	(21)
Congo, Rép. dém.	45	(n.d.)	Congo, Rép. dém.	20	(n.d.)
Éthiopie	24	(22)	Éthiopie	15	(13)

Population totale couverte, dans le monde (en millions)

Sources d'eau salubre*			Installations sanitaires**		
1999	(1990)	Changement	1999	(1990)	Changement
4,932	(4 110)	+821	3 599	(2 826)	+772

n.d. = données non disponibles

* Y compris branchements au réseau, bornes-fontaines, trous de sonde avec pompes à main, puits ordinaires couverts, sources protégées, captage des eaux de pluie. Les camions-citernes et l'eau en bouteille ne sont pas inclus. Ces données ne supposent nullement que le niveau des services ou la qualité de l'eau soient suffisants ou sûrs, et elles n'ont pas été actualisées pour tenir compte des intermittences des services ou de la qualité de l'approvisionnement en eau.

** Y compris raccordements aux systèmes d'égouts ou aux fosses septiques, latrines simples à chasse d'eau, latrines améliorées à fosse ventilée, et autres installations, dans la mesure où elles sont privées ou communes (mais non publiques). Sont considérées comme peu hygiéniques, les tinettes, latrines à eau, les fosses d'aisance non couvertes, et les toilettes « de brousse », en plein champ.

Source : Estimations UNICEF/OMS, mars 2000, pour Year 2000 Global Assessment of the Water Supply and Sanitation Sector, par le Conseil de concertation UNICEF/OMS pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (à paraître en octobre 2000).

salubre et à l'assainissement en l'an 2000, fixé lors du Sommet mondial pour les enfants en 1990, ne pourra pas être réalisé dans les délais à l'échelle

mondiale, mais cette tâche – compliquée par l'expansion démographique des villes – n'a rien perdu de son urgence.

Un village au nord de l'Iraq: la corvée de l'eau à une pompe installée par l'UNICEF. Plus de 1 milliard de personnes de par le monde n'ont toujours pas accès à l'eau salubre et 2,5 milliards de personnes n'ont pas de systèmes d'assainissement satisfaisants.



Si l'aide ne diminue plus, elle n'augmente pas non plus

Après cinq années de forte baisse, l'aide publique au développement (APD) a connu une reprise en 1998, avec un montant total de 51,9 milliards de dollars, contre 48,3 milliards en 1997 – soit une augmentation de 9,6 % en termes réels. Les dons plus importants faits par 15 des 21 pays industrialisés versant une APD ont contribué à ce renversement de situation, grâce, notamment, au soutien à court terme accordé au lendemain de la crise financière asiatique, et à la volonté de plusieurs pays de relancer ou de rétablir leurs programmes d'aide après les coupes des années 90.

Toutefois, la reprise affichée par l'APD en 1998 est tempérée par une tendance globale à la baisse depuis 1990. Entre 1990 et 1998, le volume total moyen de l'APD, exprimé en pourcentage du produit national brut (PNB) des pays donateurs, a chuté de 0,33 à 0,24 %, et le montant de l'aide par habitant est passé de 75 à 63 dollars.

En 1998, seuls le Danemark, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède, les donateurs les plus réguliers et les plus

généreux, ont dépassé l'objectif adopté en 1970 par la communauté internationale, à savoir, que chaque pays donateur consacrerait 0,7 % de son PNB à l'APD. La contribution la plus élevée fut celle du Danemark (0,99 % du PNB), et la plus faible, celle des États-Unis (0,10 % du PNB).

C'est également le Danemark qui a versé la contribution par habitant la plus élevée (323 dollars), suivi de près par la Norvège et le Luxembourg, avec 299 et 265 dollars respectivement. Depuis 1990, le Luxembourg a enregistré la plus forte hausse de l'APD par habitant (194 dollars), et la Finlande, le recul le plus marqué (64 dollars).

Comme en 1997, les trois principaux pays donateurs (en dollars) étaient le Japon (10,6 milliards de dollars), les États-Unis (8,8 milliards) et la France (5,7 milliards). Globalement, les sept pays les plus industrialisés (G7) ont, en moyenne, affecté 0,20 % de leur PNB à l'APD, c'est-à-dire moins de la moitié de la contribution des pays ne faisant pas partie du G7 (0,45 % du PNB).

Le déclin de l'aide ralentit

	APD en % du PNB des pays donateurs		Aide totale (milliards de \$) 1998	Aide par habitant (\$) 1998	Changement par habitant (\$) depuis 1990
	% 1998	% 1990			
Danemark	0,99	0,94	1,7	323	83
Norvège	0,91	1,17	1,3	299	29
Pays-Bas	0,80	0,92	3,0	194	11
Suède	0,72	0,91	1,6	177	-36
Luxembourg	0,65	0,21	0,1	265	194
France	0,40	0,60	5,7	98	-36
Belgique	0,35	0,46	0,9	87	-13
Finlande	0,32	0,65	0,4	77	-64
Suisse	0,32	0,32	0,9	123	1
Irlande	0,30	0,16	0,2	54	37
Canada	0,29	0,44	1,7	55	-22
Japon	0,28	0,31	10,6	84	0
Australie	0,27	0,34	1,0	52	0
Nouvelle-Zélande	0,27	0,23	0,1	34	5
Royaume-Uni	0,27	0,27	3,9	66	11
Allemagne	0,26	0,42	5,6	68	-22
Portugal	0,24	0,25	0,3	26	7
Espagne	0,24	0,20	1,4	35	11
Autriche	0,22	0,25	0,5	56	-1
Italie	0,20	0,31	2,3	40	-19
États-Unis	0,10	0,21	8,8	32	-22
Moyenne/total	0,24	0,33	51,9	63	-12

Note : Les montants sont en dollars de 1998.

Sources : OECD, *Rapports sur la coopération au développement* (1995 et 1999); Nations Unies, Division de la population, *World Population Prospects*, révision de 1998

Pays riches : 47 millions d'enfants vivent dans la misère

Un enfant sur six – soit 47 millions d'enfants – vivant dans des pays membres de l'OCDE sont pauvres, selon un nouveau rapport publié par l'UNICEF. (Les pays de l'OCDE comprennent les pays industrialisés, ainsi que des pays en cours d'industrialisation qui satisfont à certains critères; voir la note au bas du graphique.)

Le Mexique et les États-Unis sont au sommet de la liste des pays membres de l'OCDE dans lesquels les enfants vivent dans une pauvreté «relative»: plus d'un enfant sur quatre au Mexique (26,2 %) et plus d'un enfant sur cinq aux États-Unis (22,4 %) sont pauvres. Ce rapport définit la pauvreté relative comme suit : un ménage disposant d'un revenu inférieur à la moitié de la moyenne nationale.

L'Italie occupe la place suivante dans la liste des pays riches affichant les taux les plus élevés de pauvreté chez les enfants (20,5 %), suivie par le Royaume-Uni (19,8 %) et la Turquie (19,7 %).

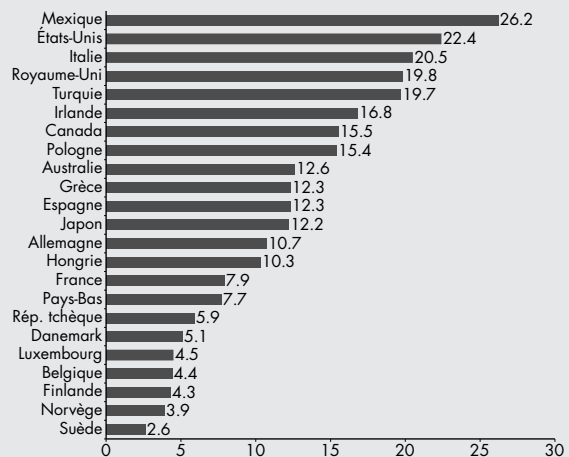
Tout en bas de la liste, on trouve la Belgique, le Danemark, la Finlande, le Luxembourg, la Norvège et la Suède, où les taux de pauvreté se situent entre 1 sur 38 en Suède (2,6 %) et 1 sur 20 au Danemark (5,1 %). Dans les pays nordiques, ces résultats s'expliquent par la vigueur des investissements dans les politiques de protection de la famille.

Les pays nordiques affichent non seulement les niveaux les plus faibles de pauvreté enfantine des pays industrialisés, mais ils sont aussi les pays donateurs les plus généreux. Les deux pays donateurs les plus mal classés, l'Italie et les États-Unis, sont aussi ceux dont l'aide, en pourcentage de leur PNB, est la plus faible (voir « Si l'aide ne diminue plus, elle n'augmente pas non plus », colonne de gauche).

Les taux élevés de pauvreté enfantine dans les pays riches prouvent que toutes les nations, pas seulement les nations pauvres, doivent identifier les îlots de pauvreté dans leur pays et adopter des mesures pour protéger les enfants frappés par la misère.

Des îlots d'extrême pauvreté

Pourcentage d'enfants vivant dans une pauvreté relative dans les pays membres de l'OCDE



Note : Tous les pays de la liste sont membres de l'OCDE. Les critères à satisfaire pour adhérer à l'organisation sont les suivants : économie de marché, pluralisme démocratique et respect des droits de la personne.

Source : UNICEF, « A league table of child poverty in rich nations », *Innocenti Report Card No. 1*, Centre de recherches Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2000.

Objectifs 2000

Voici un résumé de quelques-uns des objectifs pour l'an 2000 adoptés par la plupart des nations lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990 :

1. Réduire d'un tiers les taux 1990 de mortalité infantile et de mortalité des moins de 5 ans, ou les ramener à 50 et 70 pour 1 000 naissances vivantes respectivement, selon ce qui représente la mortalité la plus basse.

2. Réduire de moitié les taux 1990 de mortalité maternelle.

3. Réduire de moitié par rapport à 1990 la malnutrition modérée et grave chez les enfants de moins de 5 ans.

4. Assurer à toutes les familles l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement.

5. Généraliser l'éducation de base et faire en sorte que 80 % au moins des enfants achèvent le cycle d'enseignement primaire.

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

7. Améliorer la protection des enfants vivant dans des circonstances particulièrement difficiles.

	Population (millions) 1998	Population moins de 18 ans (millions) 1998	Nombre annuel de naissances (milliers) 1998	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1998	Taux de mortalité des moins de 5 ans 1998	PNB par habitant (\$) 1998	% des moins de 5 ans de poids insuffisant 1990-99	Taux net d'inscription/ fréquentation/ école primaire (%) 1990-99	Indice synthétique de fécondité 1998	Ratio mortalité maternelle déclarée/ 1980-98
AFRIQUE SUBSAHARIENNE										
Afrique du Sud	39,4	16,4	1056	88	83	3310	9	87	3,2	-
Angola	12,1	6,5	583	170	292	380	42	-	6,7	-
Bénin	5,8	3,1	238	39	165	380	29	63	5,8	500
Botswana	1,6	0,8	52	3	48	3070	17	98	4,3	330
Burkina Faso	11,3	6,1	519	86	165	240	30	34	6,5	-
Burundi	6,5	3,4	271	48	176	140	37	37	6,2	-
Cameroun	14,3	7,2	562	86	153	610	22	71 y	5,3	430
Congo	2,8	1,5	121	13	108	680	-	-	6,0	-
Congo, Rép. dém.	49,1	26,7	2264	469	207	110	34	59	6,4	-
Côte d'Ivoire	14,3	7,3	533	80	150	700	24	55	5,0	600
Érythrée	3,6	1,8	144	16	112	200	44	37	5,7	1000
Éthiopie	59,6	31,3	2652	459	173	100	48	36	6,3	-
Gabon	1,2	0,5	43	6	144	4170	-	83	5,4	600
Gambie	1,2	0,6	49	4	82	340	26	60	5,2	-
Ghana	19,2	9,7	711	75	105	390	27	70 y	5,1	210
Guinée	7,3	3,8	309	61	197	530	26	39	5,5	670
Guinée-Bissau	1,2	0,6	48	10	205	160	-	47 y	5,7	910
Kenya	29,0	15,0	987	115	117	350	22	85 y	4,4	590
Lesotho	2,1	1,0	72	10	136	570	16	60	4,7	-
Libéria	2,7	1,5	117	28	235	490	-	34	6,3	-
Madagascar	15,1	7,6	600	94	157	260	40	68	5,4	490
Malawi	10,3	5,6	489	104	213	210	30	83 y	6,7	620
Mali	10,7	5,7	499	118	237	250	40	40	6,5	580
Maurice	1,1	0,4	17	0	23	3730	16	98	1,9	50
Mauritanie	2,5	1,3	102	19	183	410	23	63	5,5	550
Mozambique	18,9	9,7	817	168	206	210	26	44	6,2	1100
Namibie	1,7	0,8	59	4	74	1940	26	86	4,9	230
Niger	10,1	5,5	488	137	280	200	50	27	6,8	590
Nigéria	106,4	53,8	4114	769	187	300	36	36	5,1	-
Ouganda	20,6	11,7	1054	141	134	310	26	87	7,1	510
Rép. centrafricaine	3,5	1,7	130	22	173	300	27	42	4,9	1100
Rwanda	6,6	3,5	282	48	170	230	27	67	6,1	-
Sénégal	9,0	4,6	358	43	121	520	22	60	5,5	560
Sierra Leone	4,6	2,3	211	67	316	140	29	-	6,0	-
Somalie	9,2	5,0	484	102	211	110	26	-	7,2	-
Tanzanie	32,1	16,9	1314	187	142	220	27	57	5,4	530
Tchad	7,3	3,8	318	63	198	230	39	52	6,0	830
Togo	4,4	2,3	181	26	144	330	25	73	6,0	480
Zambie	8,8	4,8	372	75	202	330	24	85	5,5	650
Zimbabwe	11,4	5,6	353	31	89	620	15	87	3,8	400
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD										
Algérie	30,1	13,4	875	35	40	1550	13	94	3,8	220
Arabie saoudite	20,2	9,6	680	18	26	6910	14	76	5,7	-
Égypte	66,0	28,6	1726	119	69	1290	12	92	3,3	170
Émirats arabes unis	2,4	0,8	43	0	10	17870	14	98	3,4	3
Iran	65,8	30,4	1389	46	33	1650	16	96	2,8	37
Iraq	21,8	10,6	792	99	125	**	23	90	5,2	-
Israël	6,0	2,0	117	1	6	16180	-	-	2,7	5
Jordanie	6,3	3,1	218	8	36	1150	5	86	4,8	41
Koweït	1,8	0,8	39	1	13	20190	-	87	2,9	5
Liban	3,2	1,2	74	3	35	3560	3	91	2,7	100
Libye	5,3	2,5	156	4	24	5540	5	96	3,8	75
Maroc	27,4	11,0	706	49	70	1240	9	70	3,0	230
Oman	2,4	1,2	83	1	18	4940	23	86	5,8	19
Soudan	28,3	13,5	932	107	115	290	34	40	4,6	550

	Population (millions) 1998	Population moins de 18 ans (millions) 1998	Nombre annuel de naissances (milliers) 1998	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1998	Taux de mortalité des moins de 5 ans 1998	PNB par habitant (\$) 1998	% des moins de 5 ans de poids insuffisant 1990-99	Taux net inscription/ école primaire ^{a/} (%) 1990-99	Indice synthétique de fécondité 1998	Ratio mortalité maternelle déclarée ^{b/} 1980-98
Syrie	15,3	7,7	464	15	32	1020	13	94	4,0	110
Tunisie	9,3	3,6	189	6	32	2060	9	96	2,5	70
Turquie	64,5	23,0	1425	60	42	3160	10	88	2,5	130
Yémen	16,9	9,2	807	98	121	280	46	58 y	7,5	350



ASIE CENTRALE

Afghanistan	21,4	10,3	1113	286	257	250	48	24 y	6,8	-
Arménie	3,5	1,1	45	1	30	460	-	-	1,7	35
Azerbaïdjan	7,7	2,8	122	6	46	480	10	90	2,0	37
Géorgie	5,1	1,4	69	2	23	970	-	95	1,9	70
Kazakhstan	16,3	5,6	298	13	43	1340	8	100	2,3	70
Kirghizistan	4,6	2,0	117	8	66	380	11	97	3,2	65
Ouzbékistan	23,6	10,6	652	38	58	950	19	88	3,4	21
Tadjikistan	6,0	2,9	190	14	74	370	-	87	4,1	65
Turkménistan	4,3	1,9	121	9	72	640	-	80 y	3,6	110



ASIE EST/SUD ET PACIFIQUE

Australie	18,5	4,7	246	1	5	20640	-	95	1,8	-
Bangladesh	124,8	55,9	3468	368	106	350	56	81	3,1	440
Bhoutan	2,0	1,0	75	9	116	470	-	53	5,5	380
Cambodge	10,7	5,1	364	59	163	260	52	78	4,6	470
Chine	1255,7	380,5	20134	946	47	750	16	99	1,8	65
Corée, Rép.	46,1	12,5	682	3	5	8600	-	97	1,7	20
Corée, Rép. pop. dém.	23,3	7,4	485	15	30	*	60	-	2,0	110
Inde	982,2	395,8	24671	2590	105	440	53	71	3,1	410
Indonésie	206,3	77,8	4662	261	56	640	34	94	2,5	450
Japon	126,3	23,7	1261	5	4	32350	-	100	1,4	8
Malaisie	21,4	8,8	525	5	10	3670	19	94	3,1	39
Mongolie	2,6	1,1	58	9	82	380	10	94	2,6	150
Myanmar	44,5	16,0	943	107	113	220	39	85 y	2,4	230
Népal	22,8	11,1	779	78	100	210	47	70	4,4	540
Nouvelle-Zélande	3,8	1,0	57	0	6	14600	-	100	2,0	15
Pakistan	148,2	72,0	5306	722	136	470	38	72	5,0	-
Papouasie-Nlle.-Guinée	4,6	2,1	146	16	112	890	-	32 y	4,6	370
Philippines	72,9	32,0	2064	91	44	1050	28	96	3,6	170
Rép. pop. dém. lao	5,2	2,6	202	23	116	320	40	76	5,7	650
Singapour	3,5	0,9	50	0	5	30170	-	93	1,7	6
Sri Lanka	18,5	6,2	327	6	19	810	34	90	2,1	60
Thaïlande	60,3	19,3	1000	37	37	2160	19	80	1,7	44
Viet Nam	77,6	32,1	1681	71	42	350	39	95	2,6	160



AMÉRIQUES

Argentine	36,1	12,2	715	16	22	8030	-	95	2,6	38
Bolivie	8,0	3,7	262	22	85	1010	10	62	4,3	390
Brésil	165,9	60,2	3340	140	42	4630	6	95	2,3	160
Canada	30,6	7,2	344	2	6	19170	-	95	1,6	-
Chili	14,8	5,0	291	3	12	4990	1	88	2,4	23
Colombie	40,8	16,1	988	30	30	2470	8	79	2,8	80
Costa Rica	3,8	1,5	89	1	16	2770	5	93	2,8	29
Cuba	11,1	2,9	143	1	8	1170	9	94	1,6	27
El Salvador	6,0	2,6	166	6	34	1850	11	78	3,1	160
Équateur	12,2	5,0	309	12	39	1520	-	90	3,1	160
États-Unis	274,0	71,2	3788	30	8	29240	1	95	2,0	8
Guatemala	10,8	5,5	393	20	52	1640	24	78	4,9	190
Haïti	8,0	3,9	253	33	130	410	28	66	4,3	-



PROFILS STATISTIQUES

Ces profils statistiques montrent très nettement les défis en matière de développement devant la planète au début du XXI^e siècle.

Parmi ces 192 pays, la variation du PNB par habitant : de 100 à 45 100 dollars par an.

Variation des taux de mortalité des moins de 5 ans : de 4 à 316 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Variation des pourcentages d'enfants dont le poids est insuffisant : de 1 % à 60 %.

Variation des taux d'inscription à l'école primaire : de 24 % à 100 % des enfants.

L'indice synthétique de fécondité est compris entre 7,5 et 1,1 enfants par femme.

Le taux de mortalité maternelle va de 1 100 à 0.

Le progrès des nations s'efforce de mettre fin à ces inégalités intolérables en amenant la communauté mondiale à en prendre conscience.

	Population (millions) 1998	Population moins de 18 ans (millions) 1998	Nombre annuel de naissances (milliers) 1998	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1998	Taux de mortalité des moins de 5 ans 1998	PNB par habitant (\$) 1998	% des moins de 5 ans de poids insuffisant 1990-99	Taux net d'inscription/fréquentation/école primaire ^{a/} (%) 1990-99	Indice synthétique de fécondité 1998	Ratio mortalité maternelle déclarée ^{b/} 1980-98
Honduras	6,1	3,0	203	9	44	740	18	86	4,2	220
Jamaïque	2,5	1,0	54	1	11	1740	10	88	2,5	120
Mexique	95,8	38,8	2335	79	34	3840	8	97	2,7	47
Nicaragua	4,8	2,4	172	8	48	370	12	73	4,4	150
Panama	2,8	1,1	61	1	20	2990	7	94	2,6	85
Paraguay	5,2	2,5	162	5	33	1760	4	91	4,1	190
Pérou	24,8	10,1	611	33	54	2440	8	100	2,9	270
Rép. dominicaine	8,2	3,3	196	10	51	1770	6	84	2,8	230
Trinité-et-Tobago	1,3	0,4	17	0	18	4520	-	88	1,6	-
Uruguay	3,3	1,0	57	1	19	6070	5	93	2,4	21
Venezuela	23,2	9,6	572	14	25	3530	5	84	3,0	65

EUROPE

Albanie	3,1	1,1	63	2	37	810	-	100	2,5	-
Allemagne	82,1	15,8	749	4	5	26570	-	86	1,3	8
Autriche	8,1	1,7	82	0	5	26830	-	91	1,4	-
Bélarus	10,3	2,5	98	3	27	2180	-	85	1,4	22
Belgique	10,1	2,1	106	1	6	25380	-	98	1,6	-
Bosnie-Herzégovine	3,7	0,9	37	1	19	**	-	100	1,4	10
Bulgarie	8,3	1,8	71	1	17	1220	-	98	1,2	15
Croatie	4,5	1,0	47	0	9	4620	1	95	1,6	12
Danemark	5,3	1,1	63	0	5	33040	-	99	1,7	10
Espagne	39,6	7,5	360	2	6	14100	-	100	1,1	6
Estonie	1,4	0,3	12	0	22	3360	-	87	1,3	50
Ex-Rép. youg. de Macédoine	2,0	0,6	31	1	27	1290	-	96	2,1	11
Finlande	5,2	1,2	57	0	5	24280	-	98	1,7	6
France	58,7	13,5	713	4	5	24210	-	100	1,7	10
Grèce	10,6	2,1	97	1	7	11740	-	90	1,3	1
Hongrie	10,1	2,2	97	1	11	4510	-	97	1,4	15
Irlande	3,7	1,0	52	0	7	18710	-	100	1,9	6
Italie	57,4	10,1	512	3	6	20090	-	100	1,2	7
Lettonie	2,4	0,6	20	0	22	2420	-	93	1,3	45
Lituanie	3,7	0,9	36	1	23	2540	-	-	1,4	18
Moldova, Rép.	4,4	1,3	56	2	35	380	-	-	1,7	42
Norvège	4,4	1,0	57	0	4	34310	-	100	1,9	6
Pays-Bas	15,7	3,4	179	1	5	24780	-	99	1,5	7
Pologne	38,7	10,1	418	5	11	3910	-	97	1,5	8
Portugal	9,9	2,1	103	1	9	10670	-	100	1,4	8
Rép. tchèque	10,3	2,2	88	1	6	5150	1	87	1,2	9
Roumanie	22,5	5,3	202	5	24	1360	6	92	1,2	41
Royaume-Uni	58,6	13,4	689	4	6	21410	-	98	1,7	7
Russie, Féd.	147,4	35,6	1420	36	25	2260	3	93	1,3	50
Slovaquie	5,4	1,4	56	1	10	3700	-	-	1,4	9
Slovénie	2,0	0,4	18	0	5	9780	-	95	1,3	11
Suède	8,9	1,9	86	0	4	25580	-	100	1,6	5
Suisse	7,3	1,5	80	0	5	39980	-	96	1,5	5
Ukraine	50,9	11,8	486	11	22	980	-	-	1,4	25
Yougoslavie	10,6	2,7	136	3	21	**	2	69	1,8	10

a/ Chiffres calculés à partir des taux nets d'inscription à l'école primaire publiés par l'UNESCO, et des données sur la fréquentation scolaire tirées des enquêtes dans les ménages.

b/ Les données sur la mortalité maternelle présentées dans ce tableau proviennent des autorités nationales. Elles n'ont pas été ajustées pour tenir compte des erreurs de classement et des sous-déclarations.

y/ Données sur la fréquentation scolaire tirées des enquêtes dans les ménages.

* Fourchette estimée du PNB par habitant : 760\$ ou moins.

** Fourchette estimée du PNB par habitant : 761\$-3030\$.

PAYS LES MOINS PEUPLÉS

Les pays ci-dessous ont des populations inférieures à 1 million.

	Classements [†]				Population (milliers) d'habitants 1998	Population moins de 18 ans (milliers) 1998	Nombre annuel de naissances (milliers) 1998	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1998	Taux de mortalité des moins de 5 ans 1998	PNB par habitant (\$) 1998	% des moins de 5 ans de poids insuffisant 1990-97	Taux net inscription/ à l'école primaire ^{a/} (%) 1994-99	Indice synthétique de fécondité 1998	Ratio mortalité maternelle déclarée ^{b/} 1980-98
	Retard de croissance 1990-97	DTC3 1998	Prévalence du VIH/sida (15-24 ans) (%) 1999											
			Femmes	Hommes										
Andorre	-	90	-	-	72	14	1	0	6	****	-	-	-	-
Antigua/Barbuda	-	100	-	-	67	24	1	0	20	8450	-	98	1,7	150
Bahamas	-	89	2,7	3,9	296	107	6	0	21	11830	-	99	2,6	-
Bahreïn	12	98	<0,01	<0,01	595	212	11	0	20	7640	9	97	2,8	46
Barbade	-	93	0,8	1,2	268	71	3	0	15	7890	-	100	1,5	0
Belize	-	87	0,9	2,2	230	109	7	0	43	2660	6	88	3,6	140
Brunéï Darussalam	-	97	<0,01	<0,01	315	122	6	0	9	25160	-	91	2,8	0
Cap-Vert	16	80	-	-	408	193	13	1	73	1200	14	99	3,5	55
Chypre	-	98	0,07	0,1	771	223	10	0	9	11920	-	96	2,0	0
Comores	34	75	-	-	658	332	23	2	90	370	26	60	4,8	500
Djibouti	26	23	13,9	8,8	623	298	23	4	156	**	18	33	5,3	-
Dominique	-	99	-	-	71	25	1	0	20	3150	-	89	1,9	65
Fidji	3	86	-	-	796	317	17	0	23	2210	8	99	2,7	38
Grenade	-	97	-	-	93	33	2	0	28	3250	-	98	3,6	0
Guinée équatoriale	-	81	0,6	0,3	431	213	17	3	171	1110	-	89	5,5	-
Guyana	10	90	2,3	3,9	850	313	18	1	79	780	12	87	2,3	190
Îles Cook	-	95	-	-	19	8	0	0	30	-	-	98	-	-
Îles Marshall	-	86	-	-	60	27	2	0	92	1540	-	100	-	-
Îles Salomon	-	69	-	-	417	210	14	0	26	760	-	-	4,8	550
Islande	-	98	0,06	0,1	276	78	4	0	5	27830	-	98	2,1	-
Kiribati	-	88	-	-	81	37	3	0	74	1170	-	71	4,5	-
Liechtenstein	-	-	-	-	32	7	0	0	11	***	-	-	-	-
Luxembourg	-	94	-	-	422	90	5	0	5	45100	-	-	1,7	0
Maldives	27	97	-	-	271	138	9	1	87	1130	43	93	5,3	350
Malte	-	92	-	-	384	98	4	0	7	10100	-	100	1,9	-
Micronésie, États féd.	-	80	-	-	114	52	4	0	24	1800	-	-	4,0	-
Monaco	-	99	-	-	33	7	0	0	5	****	-	-	-	-
Nauru	-	50	-	-	11	-	0	0	30	-	-	98	-	-
Nioué	-	100	-	-	2	1	0	-	-	-	-	100	-	-
Palaos	-	74	-	-	19	9	1	0	34	***	-	-	-	-
Qatar	8	94	<0,01	<0,01	579	180	10	0	18	****	6	94	3,7	10
Sainte-Lucie	-	88	-	-	150	54	3	0	21	3660	-	-	2,4	30
Saint-Kitts-et-Nevis	-	98	-	-	39	14	1	0	37	6190	-	89	2,4	130
Saint-Marin	-	98	-	-	26	5	0	0	6	-	-	-	-	-
Saint-Vincent/Grenadines	-	99	-	-	112	40	2	0	23	2560	-	84	2,2	43
Samoa	-	100	-	-	174	80	4	0	27	1070	-	93	4,1	-
Sao Tomé-et-Principe	26	73	-	-	141	75	6	0	77	270	16	93 y	4,7	-
Seychelles	-	99	-	-	76	40	3	0	18	6420	-	100	2,1	-
Suriname	-	90	0,8	1,3	414	162	8	0	35	1660	-	-	2,2	110
Swaziland	-	76	28	13	952	477	36	3	90	1400	-	91	4,7	230
Tonga	-	97	-	-	98	41	2	0	23	1750	-	95	3,6	-
Tuvalu	-	94	-	-	11	5	0	0	56	-	-	100	-	-
Vanuatu	-	93	-	-	182	89	5	0	49	1260	-	90	4,3	-

[†] Voir les détails au chapitre correspondant.

a/, b/ et y/ Voir les profils statistiques pour les définitions.

**Fourchette estimée du PNB par habitant : 761\$-3030\$.

***Fourchette estimée du PNB par habitant : 3031\$-9360\$.

****Fourchette estimée du PNB par habitant : 9361\$ ou plus.

L'âge des données

Le tableau ci-dessous donne l'âge moyen des dernières données disponibles au niveau international pour les trois indicateurs clés : le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, le taux net d'inscription/fréquentation (école primaire) et le pourcentage des enfants de moins de 5 ans dont le poids est insuffisant.

Les statistiques les plus à jour employées par la plupart des gouvernements et des organisations internationales sont souvent des données interpolées et/ou extrapolées à partir d'enquêtes passées. Le tableau montre quel était en 1999 le nombre d'années écoulées en moyenne depuis les dernières enquêtes nationales sur le terrain.

Dans certains cas, il est possible que les gouvernements disposent de statistiques plus récentes qui n'ont pas encore été transmises aux Nations Unies.

Âge moyen (années) des données relatives à trois indicateurs

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Cameroun	1,7	Mauritanie	3,3	Namibie	6,0
Kenya	1,7	Érythrée	3,7	Afrique du Sud	6,3
Niger	1,7	Congo, Rép. dém.	4,0	Nigéria	6,3
Mozambique	2,0	Gambie	4,0	Éthiopie	6,7
Togo	2,0	Ouganda	4,0	lesotho	6,7
Maurice	2,3	Malawi	4,3	libéria	10,0
Zimbabwe	2,3	Rép. centrafricaine	4,3	Gabon	10,3
Madagascar	2,7	Rwanda	4,3	Angola	11,0
Tchad	2,7	Botswana	5,0	Guinée-Bissau	11,0
Sénégal	3,0	Côte d'Ivoire	5,0	Sierra Leone	13,0
Tanzanie	3,0	Burkina Faso	5,3	Congo	14,0
Zambie	3,0	Guinée	5,3	Somalie	14,7
Bénin	3,3	Burundi	5,7		
Mali	3,3	Ghana	5,7		

MOYEN-ORIENT et AFRIQUE DU NORD

Iraq	2,0	Émirats arabes unis	3,7	Iran	5,0
Algérie	2,3	Oman	4,0	Soudan	5,0
Jordanie	2,7	Libye	4,3	Liban	5,3
Yémen	2,7	Tunisie	4,3	Syrie	5,3
Égypte	3,0	Turquie	4,3	Koweït	6,7
Arabie saoudite	3,3	Maroc	4,7	Israël	10,3

ASIE CENTRALE

Azerbaïdjan	2,0	Ouzbékistan	3,0	Tadjikistan	7,0
Kirghizistan	2,3	Afghanistan	6,3	Turkménistan	9,7
Kazakhstan	2,7	Géorgie	6,3	Arménie	11,0

ASIE EST/SUD et PACIFIQUE

Australie	1,5*	Indonésie	3,0	Bhoutan	6,0
Nlle. Zélande	1,5*	Viet Nam	3,0	Cambodge	6,3
Malaisie	2,0	Japon	3,5*	Thaïlande	6,3
Mongolie	2,0	Inde	3,7	Corée, Rép.	6,7
Philippines	2,3	Myanmar	3,7	Singapour	6,7
Bangladesh	2,7	Chine	4,7	Pap.-Nlle.-Guinée	7,3
Népal	2,7	Rép. dém. pop. lao	4,7	Corée, Rép. pop. dém.	9,3
Sri Lanka	2,7	Pakistan	5,7		

AMÉRIQUES

Guatemala	1,3	Brésil	3,0	Colombie	4,0
Bolivie	1,7	Pérou	3,0	Jamaïque	4,0
Chili	1,7	Honduras	3,3	El Salvador	4,3
Mexique	1,7	Panama	3,3	Haïti	4,3
Nicaragua	1,7	Rép. dominicaine	3,3	Équateur	5,0
Costa Rica	2,0	Canada	3,5*	Trinité/Tobago	6,0
Cuba	2,3	États-Unis	3,7	Paraguay	6,7
Uruguay	2,7	Venezuela	3,7	Argentine	8,3

EUROPE

Bulgarie	1,0*	Suisse	2,0*	Bélarus	3,5*
Pologne	1,0*	Allemagne	2,5*	Espagne	3,5*
Autriche	1,5*	Belgique	2,5*	Estonie	3,5*
Portugal	1,5*	Danemark	2,5*	Bosnie-Herzégovine	4,0*
Croatie	2,0	Ex-Rép. youg. de		Rép. tchèque	4,3
Finlande	2,0*	Macédoine	2,5*	Yougoslavie	4,7
France	2,0*	Italie	2,5*	Hongrie	5,3
Grèce	2,0*	Norvège	2,5*	Albanie	6,0*
Irlande	2,0*	Suède	2,5*	Slovaquie	8,0*
Lettonie	2,0*	Slovénie	3,0*	Lituanie	8,5*
Pays-Bas	2,0*	Roumanie	3,3	Ukraine	8,5*
Royaume-Uni	2,0*	Russie, Féd.	3,3	Moldova, Rép.	9,0*

* Non compris l'insuffisance de poids.

Abréviations

APD	aide publique au développement
CAD	Comité d'aide au développement (OCDE)
DTC	vaccin triple (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche)
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires
FMI	Fonds monétaire international
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
IPEC	Programme international pour l'abolition du travail des enfants (OIT)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPEP	Organisation des pays exportateurs de pétrole
PEV	programme élargi de vaccination
PNB	produit national brut
PPTE	pays pauvres très endettés
TRO	thérapeutique de réhydratation orale
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Dans tout le rapport le tiret (–) signifie données non disponibles.

Note: Tous les dollars sont des dollars des États-Unis.

