

LE PROGRÈS 1999 DES NATIONS



LE PROGRÈS DES NATIONS

*Le jour viendra où l'on
n'appréciera plus le progrès des
nations selon leur force 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.*

1 9 9 9


Copyright © Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), New York, 1999

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.

Le drapeau figurant sur la couverture ne représente aucun pays.

Mosaïque de la photo de couverture : reproduite avec la permission de ArcSoft, Inc., Fremont, CA, Etats-Unis d'Amérique. 

ISBN 92-806-3473-9

F.99.XX.6 (Pour obtenir des exemplaires du rapport s'adresser à United Nations Publications, Room DC2-853, New York, NY 10017, Etats-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

LES DÉS SONT JETÉS

Présentation par Carol Bellamy, Directrice générale de l'UNICEF 1

Classement : L'indice des risques pour les enfants 4

Chiffres : Progrès et disparités 6

UN HÉRITAGE D'UNE VALEUR INESTIMABLE

*Présentation par S.E. Sheikh Hasina,
Premier Ministre du Bangladesh* 9

Classement : Apport d'un supplément de vitamine A 12

Chiffres : Progrès et disparités 14

L'URGENCE DU SIDA

*Présentation par S.E. Janat Mukwaya,
Ministre de la condition féminine,
du travail et du développement social en Ouganda* 17

Classement : Enfants orphelins à cause du sida 20

Chiffres : Progrès et disparités 22

LA DETTE A UN VISAGE D'ENFANT

*Présentation par Sir Shridath Ramphal,
coprésident de la Commission de Gouvernance Globale* 27

Classement : Dette extérieure en tant que pourcentage du PNB 30

Chiffres : Progrès et disparités 32

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/95-1011/Pirozzi; UNICEF/96-0262/Toutounji; UNICEF/97-0859/Lemoyne;
UNICEF/97-0466/Horner; UNICEF/90-0017/Tolmie; UNICEF/95-0913/Lemoyne.



Avant-propos

Il y a près de 10 ans, les dirigeants et représentants de plus de 150 pays, réunis à l'occasion du Sommet mondial pour les enfants, ont établi un certain nombre d'objectifs ambitieux en faveur des enfants et du développement pour les années 90. Il aurait été extrêmement facile de se contenter de cette éloquente déclaration d'intentions. Mais ces objectifs ont au contraire été traduits en un plan d'action pratique qui, avec la Convention relative aux droits de l'enfant, a mis les enfants au centre du développement mondial et des préoccupations en ce qui concerne les droits de l'homme.

De nombreux pays peuvent s'enorgueillir d'avantages importants acquis au cours de cette décennie, qui les rapprochent de la réalisation des objectifs fixés lors du Sommet mondial et prouvent leur adhésion aux droits de l'enfant : jeunes vies sauvées grâce à l'amélioration de la santé et de la nutrition, enfants protégés contre l'exploitation et les travaux dangereux pour la santé, avènements transformés grâce à la possibilité de fréquenter l'école. Dans d'autres cas, cependant, les conflits, l'endettement, les crises économiques et la poursuite de fausses priorités ont levé un terrible tribut sur les enfants, qui paient toujours très cher les erreurs des adultes.

Le progrès des nations a pour but essentiel de suivre les progrès réalisés dans le monde entier en faveur des objectifs fixés en 1990 et de dénoncer les échecs. Le rapport de cette année décrit l'impact dévastateur du VIH/sida sur les enfants, tout en rendant hommage aux énormes progrès qui ont permis à la planète d'être à deux doigts d'éradiquer la polio. En 1999, le monde accueillera le six milliardième membre de la famille humaine. *Le progrès des nations* saisit l'occasion que lui donne cette naissance pour examiner les diverses perspectives qui attendent cet enfant – et tous les autres enfants – à l'aube de ce nouveau millénaire. Le dernier article de ce rapport souligne la nécessité de soulager du fardeau de l'endettement les enfants et les familles qui vivent dans certains des pays les plus pauvres de la planète.

Le progrès des nations 1999 fournit non seulement des informations récentes et précieuses sur des problèmes vitaux qui touchent les enfants, mais il aide également les gouvernements, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales à recentrer leurs priorités pour contribuer plus efficacement à la réalisation des objectifs du Sommet mondial et à la reconnaissance des droits de l'enfant.



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

LES DÉS SONT JETÉS

PRÉSENTATION : LE SIX MILLIARDIÈME ENFANT



Les dés sont jetés

Par Carol Bellamy

En cette dernière année du XX^e siècle, un enfant naîtra et sa venue portera la population mondiale à six milliards d'individus. Ce qui attend ce « six milliardième enfant », nul ne peut le dire avec certitude. Mais pour la majorité des bébés, les risques sont élevés et les perspectives peu réjouissantes. La moitié des pauvres du monde sont des enfants. Ils sont souvent menacés par une mort précoce, victimes de maladies pouvant être évitées, et par l'analphabétisme ou des conflits aux effets traumatisants. Pour le six milliardième enfant et pour tous les enfants, les perspectives peuvent et devraient être meilleures.

Cette année, quelque part sur la planète, une mère donnera naissance à un enfant très spécial.

Tous les enfants, bien entendu, sont spéciaux, et en ce sens, cet enfant ne sera pas différent des 130 millions d'autres enfants qui viendront au monde en 1999, au seuil du nouveau millénaire. Mais sa naissance marquera l'instant où la population mondiale atteindra les 6 milliards d'individus.

Nul ne sait quand ni où cet enfant naîtra, si ce sera un garçon ou une fille, l'enfant d'un millionnaire ou – ce qui est de loin le plus probable – l'enfant d'une famille vivant avec moins d'un dollar par jour. Mais où qu'il prenne son premier souffle, cet enfant sera doté des mêmes droits fondamentaux que tout autre enfant – notamment le droit à la vie, à la protection, à l'éducation, aux soins de santé et à un niveau de vie convenable.

Seulement, il y a un problème. Les chances de cet enfant de jouir de ces droits innés, et partant de

réaliser son potentiel, dépendront du lieu où il naîtra, de qui seront ses parents et du fait qu'il sera une fille ou un garçon.

Les chances ne sont pas du côté de l'enfant.

Coup de chance

En fait, le six milliardième enfant a moins d'une chance sur 10 de naître dans une prospérité relative, en tant que membre de la majorité dans un pays industrialisé ou de la minorité nantie dans un pays en développement. Par contre, il a trois chances sur 10 de naître dans une extrême pauvreté – et quatre chances sur 10 d'être dans une situation marginalement meilleure.

La moitié des pauvres du monde sont des enfants, et plus de bébés que jamais naissent dans la pauvreté. Jamais les chiffres n'ont été aussi élevés.

Il y a peu de chances que cela arrive, mais il suffirait que les dés lui soient favorables pour que l'enfant naisse dans un univers aux ressources inouïes. Et ses horizons n'auront alors d'autre limite que

celle du monde lui-même. Il n'aura qu'à appuyer sur un bouton pour que toute l'énergie accumulée sous l'écorce terrestre depuis la nuit des temps lui fournisse un éventail extraordinaire de services et de commodités.

Rien qu'en tapant sur une touche d'ordinateur, l'enfant pourra disposer immédiatement des connaissances accumulées dans les bibliothèques du monde. Tout jeune, garçon ou fille, cet enfant pourra échanger des messages, jouer et se lier d'amitié avec d'autres enfants se trouvant à des milliers de kilomètres.

Entre-temps, les progrès de la médecine améliorent rapidement les perspectives en ce qui concerne la longévité. Au train où vont les choses, on estime que 70 000 enfants nés aux Etats-Unis la première année du XXI^e siècle seront encore vivants à l'aube du XXII^e.

Mais les enfants ne peuvent pas vivre seulement de technologie. Même si le six milliardième enfant naît dans la prospérité matérielle, il se pourrait bien que son avenir soit marqué par la solitude sociale et l'insécurité affective, dans la mesure où les taux de divorce augmentent, la surcharge de travail brise la vie familiale, les contacts humains se raréfient et les jeunes, de plus en plus aliénés, sont traités plus comme des consommateurs que comme des enfants.

Il est toutefois probable qu'au moins cet enfant ne sera pas isolé et ne manquera pas de contacts humains. Dans le village ou le bidonville où il a de fortes chances de naître, il y aura plein d'enfants avec qui il pourra jouer, et maints parents et voisins pour s'intéresser à lui. L'enfant sera aussi probablement élevé, dans la plupart des cas,

dans une religion où il puisera sa force spirituelle.

Et pourtant, autant cette vie sera pleine de monde, autant elle sera désespérément pauvre en ressources matérielles. Il est probable que l'énergie sera rare, et si l'enfant est une fille, ce sera probablement à elle qu'il incombera de parcourir chaque jour des kilomètres pour aller chercher du bois et d'autres combustibles.

Si l'enfant trouve et conserve une place à l'école, celle-ci n'aura peut-être pas assez de crayons, sans parler de livres.

La moitié des enfants d'Afrique souffrant déjà de maladies liées à l'insalubrité de l'eau, aux mauvaises conditions d'assainissement et à la dégradation de l'environnement, il est presque certain que des accès constants de maladies pouvant être prévenues saperont l'état de santé général de l'enfant. Son développement physique et mental sera probablement retardé par la malnutrition, et il est donc peu probable que son potentiel se réalise intégralement.

On peut également s'attendre à ce que le six milliardième enfant n'ait pas une longue vie, selon les normes de 1999. Un enfant né au Malawi ou en Ouganda, par exemple, vivra probablement deux fois moins longtemps qu'un autre né à Singapour ou en Suède. Et il n'est pas du tout sûr d'atteindre son cinquième anniversaire : un enfant sur trois nés dans des pays comme le Niger, ou la Sierra Leone, par exemple, meurt avant de parvenir à cette étape.

Le six milliardième enfant se retrouvera également dans un monde où l'écart entre riches et pauvres n'a jamais été aussi large. Les 20 % les plus riches de l'humanité ont

LES DÉS SONT JETÉS

PRÉSENTATION : LE SIX MILLIARDIÈME ENFANT

82 fois plus de ressources que les 20 % les plus pauvres – et consomment 86 % des ressources mondiales.

L'écart matériel

Et ce n'est pas seulement entre les nations que cet écart existe. Les disparités divisent les pays, même les villes : un enfant né dans un bidonville du Bangladesh court deux fois plus de risques de mourir avant son premier anniversaire qu'un enfant né ailleurs dans la même ville. Dans de nombreux pays en développement, les enfants des familles relativement aisées bénéficient d'une éducation secondaire et universitaire financée au moyen des deniers publics, tandis que les pauvres n'ont même pas d'écoles primaires.

De très grandes disparités existent également au sein des pays industrialisés. En Australie et au Royaume-Uni, par exemple, les 20 % les plus riches ont 10 fois plus de ressources que les plus pauvres.

Malgré ces énormes disparités, si cet enfant était sûr de réaliser ses droits, il pourrait être disposé à tenter sa chance, où qu'il soit né. Malheureusement, une telle garantie n'existe pas, en particulier pour la plupart des enfants pauvres, le groupe auquel le six milliardième enfant risque fort d'appartenir. Pour familières qu'elles soient, les statistiques de l'indigence qui les menace n'en sont pas moins effrayantes.

Chaque année, près de 12 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent inutilement, essentiellement d'un petit nombre de maladies infantiles qui peuvent être facilement prévenues.

Plus de la moitié de tous les enfants d'Asie du Sud-Est de ce groupe d'âge souffrent d'une insuffisance pondérale relative ou grave, et près de la moitié de tous les enfants africains en bas âge ne sont pas vaccinés contre des maladies courantes qui tuent.

Dans le monde entier, 130 millions d'enfants d'âge scolaire, des filles pour la plupart, ne sont pas scolarisés, et sont privés ainsi des chances d'un avenir meilleur, tandis que des millions fréquentent des écoles où ils n'apprennent pas grand-chose.

Le quart des enfants qui commencent l'école dans les pays en développement ne peuvent pas y

rester assez longtemps pour être alphabétisés de manière durable. Et ils sont plus de 250 millions à être privés de leur enfance parce qu'ils travaillent.

Le six milliardième enfant sera particulièrement défavorisé s'il naît dans un groupe ethnique minoritaire – catégorie qui comprend les deux tiers des enfants les plus pauvres aux Etats-Unis, par exemple. Au Pérou, les populations autochtones courent deux fois plus de risques d'être pauvres et trois fois plus de risques d'être extrêmement pauvres que les populations non autochtones.

L'écart entre les sexes

Si l'enfant est une fille, presque partout sur la planète, sa situation sera également pire que celle d'un garçon.

Elle peut recevoir moins que ses frères en cas de pénurie alimentaire et aura moins de chances de commencer l'école. Si elle fréquente l'école, elle risque plus que ses frères d'interrompre sa scolarité pour économiser à sa famille le coût de l'instruction ou parce qu'on a besoin d'elle pour travailler à la maison.

Comme 2 millions d'autres filles chaque année, la six milliardième

enfant risque de souffrir les douleurs et l'humiliation de la mutilation génitale. Ou, comme c'est le cas dans certaines cultures, elle sera élevée de manière à croire que sa

leurs enfants risquent plus que d'autres de souffrir d'une insuffisance pondérale à la naissance.

De la mère à l'enfant

En fait, l'avenir du six milliardième enfant peut fort bien avoir été inscrit dans le passé de sa mère et de sa grand-mère, parce que les conséquences de la privation sont transmises d'une génération à l'autre comme une maladie héréditaire.

L'insuffisance pondérale à la naissance en constitue un bel exemple; un indicateur précis de la santé de la mère et de l'enfant, et l'un des premiers signes d'une vie de problèmes pour un enfant. Environ un enfant sur cinq dans les pays en développement pèse moins de 2,5 kg à la naissance, essentiellement en raison du mauvais état nutritionnel de la mère. Un enfant de poids insuffisant à la naissance court plus de risques de mourir peu après la naissance ou dans sa prime enfance. S'il survit, il risque fort de souffrir plus qu'un autre de maladies et de malnutrition, de ne pas réaliser tout son potentiel physique et intellectuel et d'avoir des handicaps à long terme. Il est de plus en plus établi que les enfants de poids insuffisant à la naissance sont prédisposés au diabète, à l'hypertension et aux

Si l'enfant est une fille, presque partout sur la planète, sa situation sera pire que celle d'un garçon.

place n'est pas chez ses parents mais plutôt chez la famille d'un mari qu'elle ne connaît pas encore et à laquelle elle appartient. Mariée à un âge extrêmement précoce, elle sera probablement enceinte avant que son corps ne soit vraiment prêt à porter un enfant, devenant mère avant d'être devenue femme.

Les résultats peuvent être dévastateurs. Plus de la moitié de toutes les femmes en Afrique et près du tiers en Amérique latine accouchent pendant l'adolescence et courent deux fois plus de risques de mourir en couches qu'une fois adultes – et



Environ 10 % seulement des enfants d'aujourd'hui – ceux de la majorité dans les pays industrialisés ou des minorités nanties dans les pays en développement – ont une chance de grandir avec des ordinateurs à leur disposition. Ces deux garçons sont devant un ordinateur au Sommet mondial pour le développement social, tenu à Copenhague.

affections cardiaques une fois adultes.

Dans les pays en développement, près de quatre enfants de moins de 5 ans sur dix ont un retard de croissance; leur stature constitue un symbole de leur avenir compromis. Parce que leurs capacités sont également réduites, ils obtiennent de moins bons résultats scolaires et plus tard dans la vie, leur productivité et leurs revenus sont en général plus faibles que ceux de leurs collègues qui ont été mieux nourris. Et comme tous les enfants mal nourris, ils tombent plus facilement malades.

Tout ce qui améliore les perspectives pour le bien-être des enfants améliore les perspectives pour le monde.

La malnutrition prédispose les enfants à la maladie, et cette dernière aggrave leur état de malnutrition. Ainsi, la faim et la maladie s'entretiennent mutuellement dans une spirale destructive constante. Ces vies ruinées, les corps ravagés et les cerveaux détériorés représentent un déni des droits de l'homme aussi affreux que la torture – sans compter les effets dévastateurs sur le développement économique d'un pays.

Un autre danger inattendu guette encore peut-être le six milliardième enfant : il pourrait bien perdre sa mère à la naissance. Chaque minute qui passe, une femme quelque part meurt de sa grossesse ou à l'accouchement – près de 600 000 femmes par an perdent ainsi la vie, et presque toutes dans des pays en développement. Chaque année, plus d'un million d'enfants deviennent orphelins de la sorte, et ils courent plus de risques de mourir au bout de quelques années que ceux dont la mère aura survécu.

Comme pour tous les enfants, l'avenir du six milliardième enfant sera déjà décidé pour l'essentiel au moment où il aura 2 ans, âge auquel son développement physique et mental aura été déterminé en



La moitié des pauvres du monde sont des enfants, et plus de bébés que jamais naissent dans la pauvreté. Au Cambodge, où le PNB par habitant est inférieur à un dollar par jour, une fille porte son petit frère.

UNICEF/93-0627/Isaac

grande partie par un ensemble de facteurs, notamment la qualité de l'alimentation, des soins de santé et des activités d'éveil dont il aura bénéficié.

Son développement dépendra en grande partie du fait qu'il aura été allaité au sein ou non, car l'allaitement maternel pendant les six premiers mois de la vie améliore les perspectives de survie et d'épanouissement d'un enfant, et accélère le développement de la faculté cognitive.

L'avenir du six milliardième enfant sera également plus radieux si sa mère est quelque peu instruite. L'enfant risquera moins de mourir en bas âge, grandira en meilleure santé et mieux nourri, et aura plus de chances d'entrer à l'école et d'y

rester. Il est vrai qu'une meilleure instruction pour les filles a des effets bénéfiques qui se répercutent dans l'ensemble de la société et de l'économie.

A mesure que de plus en plus de filles deviennent instruites, et fréquentent l'école plus longtemps, elles vont acquérir plus d'assurance et deviendront plus autonomes; et de ce fait, les taux de mortalité infantile et de croissance de la population baisseront – ce qui constitue un atout pour l'espérance de vie et la croissance économique globale.

En somme, tout ce qui améliore les perspectives pour le bien-être des enfants améliore les perspectives pour le monde.

Aujourd'hui plus que jamais, les droits de l'enfant sont reconnus,

comme en témoigne l'acceptation quasi universelle de la Convention relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par tous les pays du monde sauf deux. Les droits et les préoccupations de l'enfant sont désormais placés à un rang plus élevé que jamais dans plusieurs programmes publics.

En agissant maintenant, sans délai, et de toute urgence, pour garantir ces droits, nous pouvons tous contribuer à améliorer les perspectives pour le six milliardième enfant – et pour *tous* les autres enfants du monde.

Mais le temps presse. Très vite, plus tôt que nous ne croyons, d'ici une douzaine d'années, les dés seront jetés de nouveau pour le « sept milliardième enfant ».

LES DÉS SONT JETÉS

CLASSEMENT : L'INDICE DES RISQUES POUR LES

L'indice des risques dont il est question dans le présent article est une idée nouvelle, certes inachevée, qui a été suscitée par certaines des questions présentées dans l'essai sur la naissance du « six milliardième enfant ». Ses mérites et ses lacunes ont été scrutés et débattus au moment de son établissement. Il n'y est pas tenu compte, par exemple, d'un certain nombre de risques importants auxquels sont exposés les enfants des pays industrialisés – tels que l'aliénation ou la solitude des enfants qui rentrent à la maison avant leurs parents qui travaillent – parce qu'on ne dispose pas d'indicateurs pour ces risques. Malgré ces lacunes, l'UNICEF lance l'indice comme une idée destinée à ouvrir le débat, conscient qu'il importe d'adopter une optique améliorée pour mesurer le bien-être des enfants, une optique qui tienne compte des nouvelles connaissances acquises sur la manière dont les enfants se développent et des nouveaux risques auxquels ils sont exposés. Cette tentative se veut un pas dans cette direction.

Mesurer les risques pour les enfants

Pour tous les enfants, la venue au monde implique des risques. Leurs chances de se développer pleinement et sainement dépendent d'un certain nombre de facteurs et quelquefois du sort, à ce qu'il semble. L'indice des risques pour les enfants (IRE) présenté plus loin constitue une tentative visant à chiffrer certains risques auxquels un enfant est exposé jusqu'à l'âge de 18 ans. Plus le nombre est élevé plus les risques sont grands. A cet égard, c'est en Afrique subsaharienne, où l'indice est en moyenne de 61, qu'un enfant court le plus de risques tandis qu'un enfant vivant en Europe court le moins de risques puisque l'indice y est en moyenne de 6.

Projet encore en gestation, l'IRE a été conçu en tant qu'agrégat de cinq facteurs ayant une grande incidence sur le bien-être des enfants. Trois de ces facteurs, qui influent sur le développement, sont la mortalité des moins de 5 ans, l'insuffisance pondérale relative ou grave et l'enseignement primaire. Les deux autres facteurs se rapportent aux conflits armés et au VIH/sida ; ils ont une incidence de plus en plus importante sur les droits et le bien-être des enfants.

Les conflits influent sur les enfants de tout âge, directement en menaçant leur vie, et indirectement en les privant des soins de santé, de l'éducation, voire de la nourriture. Dans les pays où les taux de prévalence du VIH/sida parmi les adultes sont élevés, les enfants risquent non seulement de contracter la maladie, par transmission de la mère à l'enfant, mais encore de perdre un de leurs parents, sinon les deux, ce qui les prive de tout appui et protection.

Un certain nombre de facteurs qui ont un effet préjudiciable sur le développement des adolescents, notamment le travail des enfants, l'exploitation sexuelle et l'absence d'un appui familial, ne sont pas pris en considération dans l'agrégat de facteurs qui constitue l'indice, du fait que de nombreux pays ne disposent pas de données sur ces questions.



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Angola	96
Sierra Leone	95
Somalie	92
Ethiopie	85
Guinée-Bissau	80
Niger	80
Congo, Rép. dém.	76
Burundi	74
Erythrée	74
Libéria	74
Rwanda	70
Guinée	69
Tchad	67
Mali	64
Mozambique	63
Rép. centrafricaine	62
► Moyenne régionale	61
Burkina Faso	60
Nigéria	59
Zambie	58
Ouganda	57
Malawi	55
Tanzanie	53
Congo	51
Côte d'Ivoire	51
Madagascar	49
Zimbabwe	48
Cameroun	47
Kenya	46
Lesotho	46
Togo	46
Bénin	45
Mauritanie	45
Botswana	42
Namibie	42
Sénégal	38
Ghana	36
Gambie	35
Gabon	32
Afrique du Sud	25
Maurice	11



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Soudan	59
Yémen	49
Iraq	39
Algérie	26
► Moyenne régionale	24
Arabie saoudite	24
Koweït	24
Égypte	21
Maroc	21
Liban	18
Iran	17
Oman	17
Emirats arabes unis	16
Turquie	15
Syrie	13
Jordanie	11
Tunisie	8
Libye	6
Israël	n.d.

n.d. = donnés non disponibles

L'indice des risques pour les enfants (IRE) se fonde sur les cinq indicateurs suivants :

Taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) – taux de mortalité en 1997;

Insuffisance pondérale (IP) – pourcentage d'enfants souffrant d'une insuffisance pondérale relative ou grave (période 1987-1998);

Enfants non scolarisés (ENS) – pourcentage d'enfants d'âge scolaire ne fréquentant pas l'école (période 1987-1997);

Conflit (CONFLIT) – niveau de sécurité pour 1998 tiré des consignes de sécurité de l'UNICEF;

VIH/sida (SIDA) – Taux de prévalence du VIH/sida en 1997 pour les personnes âgées de 15 à 49 ans.

ENFANTS



ASIE CENTRALE

Afghanistan	94
► Moyenne régionale	41
Géorgie	27
Azerbaïdjan	24
Ouzbékistan	23
Turkménistan	21
Kirghizistan	13
Kazakhstan	12
Arménie	n.d.
Tadjikistan	n.d.

ASIE EST/SUD
ET PACIFIQUE

Cambodge	60
Papouasie-Nlle-Guinée	55
Corée, Rép. pop.	50
Pakistan	49
Bangladesh	47
Bhoutan	46
Inde	45
Myanmar	44
Népal	44
Rép. dém. pop. lao	42
Sri Lanka	39
Indonésie	34
► Moyenne régionale	31
Viet Nam	31
Mongolie	25
Philippines	24
Thaïlande	22
Malaisie	14
Chine	13
Corée, Rép.	5
Australie	<5
Japon	<5
Nouvelle-Zélande	<5
Singapour	<5

Note : <= inférieur à.



AMÉRIQUES

Haïti	47
Guatemala	33
El Salvador	22
Nicaragua	22
Bolivie	21
Pérou	19
Honduras	18
Colombie	16
Rép. dominicaine	16
Venezuela	16
Equateur	13
Mexique	11
► Moyenne régionale	10
Trinité-et-Tobago	10
Panama	9
Brésil	8
Chili	8
Jamaïque	8
Paraguay	8
Cuba	6
Uruguay	6
Argentine	5
Canada	<5
Costa Rica	<5
Etats-Unis	<5



EUROPE

Yougoslavie	29
Albanie	17
Bélarus	11
l'ex-R. youg. de Macédoine	11
Russie, Féd.	11
Croatie	10
Estonie	10
Lettonie	8
Rép. tchèque	8
Bulgarie	7
► Moyenne régionale	6
Grèce	6
Roumanie	6
Allemagne	<5
Autriche	<5
Belgique	<5
Danemark	<5
Espagne	<5
Finlande	<5
France	<5
Hongrie	<5
Irlande	<5
Italie	<5
Norvège	<5
Pays-Bas	<5
Pologne	<5
Portugal	<5
Royaume-Uni	<5
Slovénie	<5
Suède	<5
Suisse	<5
Bosnie-Herzégovine	n.d.
Lituanie	n.d.
Moldova, Rép.	n.d.
Slovaquie	n.d.
Ukraine	n.d.

Source : UNICEF.



L'indice des risques pour les enfants

Les indicateurs sont convertis sur une échelle de 0 à 100 avant le calcul de l'indice selon l'équation suivante :

$$IRE = (TMM5 + IP + ENS)/3 + CONFLIT/4 + SIDA/4$$

L'IRE est limité par la disponibilité de données mais il est également affecté par la qualité et l'actualité de ces dernières. Si l'on prend l'exemple du Congo, le TMM5 est une projection fondée sur les données du recensement de 1974. Si son taux actuel est en réalité le même que celui de son voisin, la République démocratique du Congo, son IRE passerait de 51 à 65.

La composition de l'indice est un facteur important – qui prête même peut-être à controverse. Si par exemple, on accordait à la mortalité post-infantile deux fois plus

d'importance qu'aux deux autres facteurs de développement, les changements les plus importants dans l'indice interviendraient en République populaire démocratique de Corée (de 50 à 36), en Sierra Leone (de 95 à 103) et à Sri Lanka (de 39 à 31). Tous les autres pays auraient un changement de 6 points au plus, le changement étant d'un point au maximum pour la plupart des pays.

Les différences de 5 points au maximum entre les pays ne sont pas considérées comme importantes et c'est la raison pour laquelle les pays ayant un indice de moins

de 5 portent la mention « <5 » (inférieur à 5) dans le classement.

Les indicateurs concernant la mortalité post-infantile, l'insuffisance pondérale et la scolarisation primaire, mesurés au cours de ces dernières années sont essentiellement fondés sur leurs valeurs actuelles et dans un avenir proche, pourvu qu'il n'y ait pas de graves perturbations telles qu'un conflit armé ou une épidémie de sida. L'ajout de ces deux derniers facteurs à l'indice permet de se faire une idée plus globale des risques aussi bien maintenant qu'au cours des prochaines années.

LES DÉS SONT JETÉS

CHIFFRES : PROGRÈS ET DISPARITÉS

Écarts ruraux/urbains en matière de nutrition

La prévalence du retard de croissance ou de l'insuffisance pondérale par rapport à l'âge est immanquablement plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines, selon les chiffres réunis dans 68 pays. Les taux de retard de croissance chez les enfants vivant dans les zones rurales de ces pays sont, en moyenne, plus de 1,5 fois supérieurs à ceux des enfants des villes. Dans 36 de ces pays, les taux signalés dans les zones rurales sont de 1,5 à 4,3 fois supérieurs aux taux des zones urbaines.

La Chine affiche l'écart rural/urbain le plus important; elle est suivie par le Viet Nam, le Kazakhstan et le Pérou. Six des 12 pays affichant les écarts les plus profonds de retard de

croissance entre les zones rurales et urbaines sont situés en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Il faut donc s'attaquer de toute urgence à ces disparités et s'assurer que le droit de tous les enfants et de toutes les femmes à une bonne nutrition est respecté.

Le retard de croissance est un bon indicateur de la malnutrition infantile, qui joue un rôle dans plus de la moitié des décès d'enfants dans les pays en développement. Le retard de croissance, dont l'enfant souffre souvent avant sa naissance, est imputable à la malnutrition maternelle, qui se solde également par une insuffisance pondérale à la naissance. Ces bébés courent davantage de risques de mourir au cours du premier mois de leur vie que les bébés qui ont un poids normal, et ceux qui survivent souffriront parfois d'un retard de croissance pour le reste de leurs jours.

Le retard de croissance est provoqué par une réduction prolongée de la consommation alimentaire et par des épisodes pathologiques répétés, qui laissent de graves séquelles surtout quand ils interviennent pendant les deux premières années de la vie. Comme le cerveau est l'organe qui grandit le plus rapidement pendant cette période, le retard de croissance chez ces enfants peut entraîner également un retard du développement cognitif et une diminution de la capacité d'apprentissage. Aux Philippines,



Les effets du retard de croissance : deux filles de 12 ans au Bangladesh. La ligne tracée sur le mur marque la taille normale pour cet âge.

elles survivent, elles donnent plus souvent naissance à des enfants d'un poids trop faible, propageant ainsi le retard de croissance de génération en génération.

Les écarts ruraux/urbains sont particulièrement inquiétants car les taux de retard de croissance ont généralement baissé dans les pays en développement. Près de la moitié des enfants de moins de 5 ans vivant dans des pays en développement souffraient d'un retard modéré ou grave de croissance au cours des années 80; durant les années 90, le taux est tombé à 38 %, bien que sept pays affichent toujours des taux nationaux égaux ou supérieurs à 50 % : Afghanistan, Angola, Bangladesh, Cambodge, Guatemala, Inde et Pakistan.

Bien qu'il n'existe pas de panacée universelle pour améliorer la nutrition, certains facteurs jouent un rôle essentiel. Il est vital d'éliminer la discrimination à l'égard des femmes et des filles, et notamment de garantir l'accès des filles à l'éducation. La poursuite de la croissance économique au niveau national est associée à l'amélioration de la nutrition, bien que celle-ci ne soit pas une condition suffisante.

Dans des pays tels que l'Oman et la Tanzanie, la méthode des trois A a aidé les communautés rurales à apprécier leurs problèmes nutritionnels, à analyser les causes et à lancer des actions pour améliorer la nutrition. Les investissements ciblant les services sociaux de base peuvent également contribuer à réduire les disparités.

Différences en matière de retard de croissance

	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance		Ratio rural/urbain
	Rural %	Urbain %	
Chine	39	9	4,3
Viet Nam	47	15	3,1
Kazakhstan	22	8	2,8
Pérou	40	16	2,5
Brésil	19	8	2,4
Maroc	28	13	2,2
Paraguay	22	10	2,2
Tunisie	33	15	2,2
Rép. dominicaine	15	7	2,1
Iran	25	12	2,1
Nicaragua	33	16	2,1
Bolivie	38	19	2,0
Congo, Rép. dém.	52	28	1,9
Côte d'Ivoire	29	15	1,9
Ghana	30	16	1,9
Cameroun	30	17	1,8
Afrique du Sud	27	16	1,7
Azerbaïdjan	29	17	1,7
Guinée	33	20	1,7
Ouganda	40	23	1,7
Soudan	39	23	1,7
Sri Lanka	19	11	1,7
Turquie	27	16	1,7
Botswana	34	21	1,6
Burkina Faso	31	19	1,6
El Salvador	28	17	1,6
Guatemala	57	35	1,6
Niger	42	27	1,6
Colombie	19	13	1,5
Haïti	35	24	1,5
Honduras	46	30	1,5
Malawi	50	34	1,5
Mali	33	22	1,5
Sénégal	26	17	1,5
Yémen	44	29	1,5
Zambie	49	33	1,5

Sources : EDS, Enquêtes en grappe à indicateur multiple et autres enquêtes nationales, 1990-1998.

par exemple, les enfants qui ont souffert d'un retard de croissance avant l'âge de 6 mois ont obtenu des résultats très inférieurs à ceux des autres enfants aux tests d'intelligence passés entre 8 et 11 ans. Le retard de croissance est également associé à une diminution de la capacité de travail et à une augmentation du risque de contracter des maladies dégénératives à l'âge adulte.

Les femmes qui ont subi un retard de croissance sont plus exposées à la dystocie d'obstacles et courent davantage de risques de mourir en couches. Quand

Les taux de fécondité chutent au niveau mondial

Les taux de fécondité – le nombre moyen de naissances vivantes par femme pendant les années où elle est en âge de procréer – ont chuté abruptement partout dans le monde, une tendance qui devrait contribuer à améliorer le bien-être des femmes et des enfants. Une étude réalisée au niveau mondial révèle que dans 33 pays, les taux ont baissé d'au moins 50 % depuis 1970. En Chine, au Koweït, en Mongolie, en République populaire démocratique de Corée, en Thaïlande et en Tunisie, les taux ont chuté de 60 % ou même davantage. En Thaïlande, où le recul fut le plus important, la moyenne par femme qui était de 5,6 enfants en 1970 est tombée à 1,8 en 1997.

Dans les pays industrialisés, c'est l'Irlande qui enregistre le recul le plus important du taux de fécondité, qui est passé de 3,9 en 1970 à 1,9 en 1997. L'Italie et l'Espagne affichent les taux les plus faibles du monde, avec chacune 1,2 enfant en 1997.

Rien qu'au cours de cette décennie, les taux de fécondité de 12 pays ont chuté en moyenne d'un enfant ou davantage par femme. C'est l'Iran qui affiche le recul le plus important, puisque les femmes de ce pays ont deux enfants de moins en moyenne qu'en 1990. Les taux de fécondité restent toutefois

élevés dans 19 pays où les femmes ont en moyenne six enfants ou davantage; en Somalie, en Ouganda et au Yémen, la moyenne est supérieure à sept enfants.

Reculs dans les années 90

	Nombre moyen de naissances par femme 1990	Nombre moyen de naissances par femme 1997	Diminution d'un enfant ou davantage 1990-97
Iran	4,9	2,9	-2,0
Syrie	5,7	4,1	-1,6
Kenya	6,1	4,6	-1,5
Mongolie	4,1	2,7	-1,4
Bangladesh	4,3	3,1	-1,2
Côte d'Ivoire	6,3	5,2	-1,1
Libye	4,9	3,8	-1,1
Oman	7,0	5,9	-1,1
Viet Nam	3,8	2,7	-1,1
Zimbabwe	5,0	3,9	-1,1
Haïti	5,4	4,4	-1,0
Tunisie	3,6	2,6	-1,0

Source : Division de la population (ONU). *World Population Prospects, The 1998 Revision*. New York, 1998.

Les avantages de l'allaitement exclusif au sein*

Il ressort des données réunies dans 35 pays en développement que le nombre de nourrissons qui bénéficient des bienfaits irremplaçables d'un allaitement exclusivement au sein au cours des premiers mois de leur vie a augmenté. Les taux d'allaitement maternel ont progressé dans les 21 pays cités. L'Iran, avec 6 % par an, affiche le taux d'accroissement le plus élevé; il est suivi par le Brésil et la Zambie. Les taux d'allaitement maternel ont reculé en Colombie, en Jordanie, au Kenya, au Kirghizistan, au Maroc et en Tunisie.

Les progrès de l'allaitement maternel sont le fruit d'initiatives visant à faire connaître ses avantages tant pour la mère que pour l'enfant et à interdire la publicité en faveur des substituts du lait maternel, de l'alimentation au biberon et des tétines, ainsi que leur promotion. L'information, le renforcement des politiques gouvernementales en faveur de l'allaitement maternel et la formation des professionnels de la santé sont autant de mesures qui ont porté leurs fruits. Dans plusieurs pays, l'initiative Hôpitaux amis des bébés – qui a pour but de s'assurer que les services de maternité respectent les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » établies par l'OMS et l'UNICEF, s'est avérée efficace. Le nombre d'hôpitaux qui, dans le monde, appliquent cette initiative est passé de 900 en 1994 à près de 15 000 aujourd'hui.

L'OMS et l'UNICEF font valoir que la majorité des bébés n'ont pas besoin d'autres aliments que le lait maternel pendant les six premiers mois de leur vie. Le lait maternel est l'aliment idéal et l'allaitement au sein sauve chaque année 1,5 million de vies d'enfants en les protégeant contre toutes sortes de maladies, parmi elles la déshydratation diarrhéique et les infections respiratoires, souvent mortelles.

Les femmes ont besoin d'avoir accès sans délai aux tests et services de consultation libres et confidentiels qui les aideront à faire face au cruel dilemme que pose le VIH/sida lorsqu'elles désirent allaiter. Le système des hôpitaux amis des bébés semble être la structure indiquée, en particulier en Afrique subsaharienne, pour leur offrir cet appui.

* Voir aussi l'encadré à la page 25 : Le VIH et la nutrition infantile.



Une mère libanaise allaite son nouveau-né.

Progression de l'allaitement maternel

	Dates des études	% nourris au sein lors de l'étude la plus récente	Taux moyen d'augmentation (% par an)
Iran	'95 & '97	66	6
Brésil	'86 & '96	42	4
Zambie	'92 & '96	27	4
Burkina Faso	'93 & '96	12	3
Egypte	'91 & '96	53	3
Madagascar	'92 & '97	61	3
Malawi	'92 & '95	11	3
Nicaragua	'92 & '98	30	3
Pérou	'86 & '96	63	3
Philippines	'93 & '98	47	3
Ghana	'88 & '95	19	2
Sri Lanka	'87 & '93	24	2
Tanzanie	'92 & '96	41	2
Yémen	'92 & '97	25	2
Cameroun	'91 & '98	15	1
Rép. dominicaine	'86 & '96	25	1
Indonésie	'87 & '97	53	1
Mali	'87 & '96	13	1
Sénégal	'86 & '97	16	1
Togo	'88 & '98	15	1
Zimbabwe	'89 & '94	16	1

*Bébés jusqu'à 4 mois.

Sources : EDS, enquêtes en grappe à indicateur multiple et autres enquêtes nationales.

Pas pour les enfants

Selon les estimations, près de 300 000 enfants et adolescents, appelés sous les drapeaux ou obligés de combattre, participent actuellement aux guerres, tuant et mourant pour des causes qu'ils ne comprennent pas bien. Le nombre et l'âge exacts de ces enfants ne sont pas connus car les gouvernements ou les

groupes armés dans des situations de conflit ne réunissent pas de données sur ce sujet ou, s'ils en ont, ne les divulguent pas. Il ressort que, même si tout le monde s'accorde pour reconnaître que la guerre n'est pas pour les enfants, quel que soit leur âge, des enfants continuent à être sacrifiés.

Par contre, nous disposons d'informations sur un phénomène beaucoup moins dérangeant mais qui ne laisse pas d'être préoccupant : l'intégration des jeunes dans les forces armées.

Des études révèlent que de jeunes volontaires de moins de 18 ans peuvent adhérer aux forces armées ou paramilitaires dans au moins 62 pays. Ces chiffres, bien que limités, révèlent que l'idée que des enfants suivent certains types de formation ou effectuent leur service militaire est relativement bien acceptée.

La Convention relative aux droits de l'enfant, qui définit l'enfant comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, fait une exception pour le service militaire, fixant à 15 ans l'âge minimum admissible. La Convention recommande toutefois que les Etats qui autorisent les enfants de moins de 18 ans à servir dans l'armée s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgés.

Actuellement, un Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, proposé par le Comité des droits de l'enfant, est élaboré pour faire passer de 15 à 18 ans l'âge minimum pour effectuer le service militaire.

Lorsque l'âge minimum pour être recruté est de 15 ans, ces enfants sont non seulement exposés aux horreurs de la guerre, mais les enfants plus jeunes sont aussi en danger, surtout dans les pays où les déclarations de naissance – et donc la preuve officielle de l'âge – ne sont pas systématiques.

Données officielles

Age minimum de recrutement dans les forces de l'Etat

15 ans	Colombie	Autriche	Israël
Iraq	Cuba**	Bolivie*	Italie
Japon*	El Salvador	Brésil	Jordanie
RDP lao**	Iran****	Croatie	Libye
	Mauritanie	Corée, Rép.	Luxembourg
16 ans	Mexique	Estonie**	Nlle-Zélande
Allemagne***	Pérou	Etats-Unis	Nicaragua
Bangladesh	Rép. dominicaine*	Finlande	Norvège
Belgique	Royaume-Uni	France	Pays-Bas
Bhoutan		Honduras	Portugal
Burundi	17 ans	Inde	Qatar
Canada	Allemagne	Indonésie	Rwanda
Chili	Australie	Irlande	Yougoslavie

Données non officielles

D'après des sources réputables, âge auquel des enfants sont supposés servir dans des forces de l'Etat ou pro-Etat

8 ans	13 ans	15 ans	17 ans
Sierra Leone*****	Ouganda	Congo*****	Algérie*****
		Congo, Rép. dém.	Soudan*****
12 ans	14 ans	Paraguay	Togo
Libéria*****	Angola**	Rwanda	Zambie
Tchad	Burundi		
	Somalie	16 ans	
		Ethiopie	

Note : Les enfants sont volontaires sauf indication spéciale. Les listes ne sont pas complètes.

* Ecole militaire.

*** Gardes-frontières.

*****Paramilitaires.

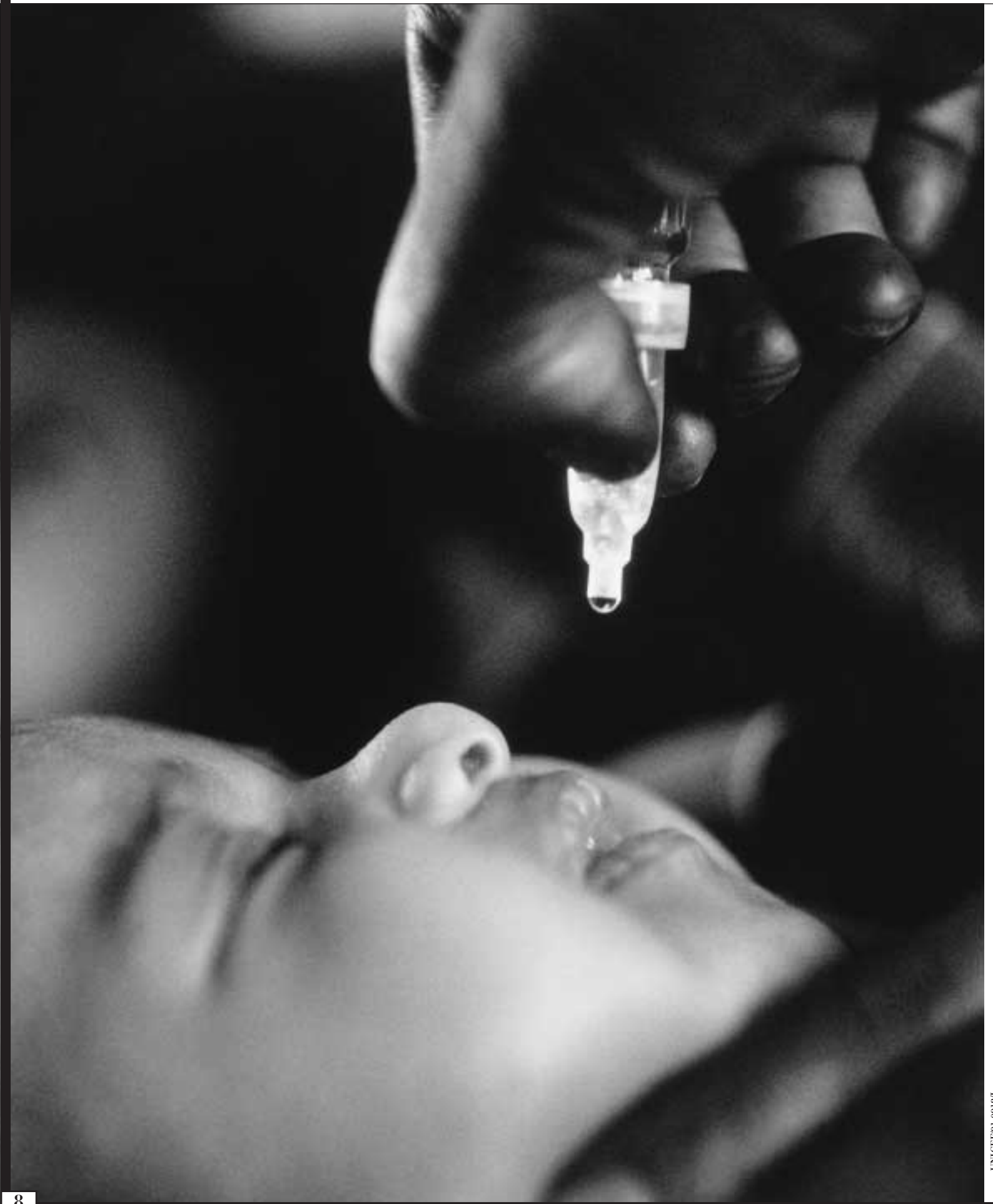
**Conscrits.

****Organisation de la jeunesse.

Sources : Coalition to Stop the Use of Child Soldiers, mai 1999; données de l'UNICEF non publiées, décembre 1998.

UN HÉRITAGE D'UNE VALEUR INESTIMABLE

PRÉSENTATION : POLIO/VITAMINE A



Un héritage d'une valeur inestimable

Par Sheikh Hasina

La campagne mondiale visant à éradiquer la polio et à éliminer la carence en vitamine A est une merveilleuse histoire de projection dans l'avenir et d'attachement à une cause dont la conclusion heureuse semble être extrêmement proche.

Il est 3 h 30 du matin dans le village de Monirumpur, dans l'ouest de mon pays, le Bangladesh. Le premier appel à la prière n'a pas encore rompu le silence de la nuit. Dehors, il fait tout noir et il n'y a pas d'électricité – mais à l'occasion de cette journée très particulière, les agents sanitaires et les bénévoles sont déjà au travail dans le centre de santé, à la lumière des bougies et des lanternes.

Ils empaquettent rapidement les ampoules dans des cartons qu'ils chargent sur des pousse-pousse et, à la levée du jour, des dizaines d'entre eux partent à vélo, en actionnant leur sonnette. Ils se dirigent vers les sites de vaccination qui leur ont été attribués dans les villages, dans des bureaux, sur les places publiques, à l'arrêt des autobus et à l'embarcadère des bacs, où des mères se rassemblent déjà avec leurs enfants.

Une fois le décor planté et les acteurs sur scène, un spectacle incroyable sur la santé publique se joue pendant toute la journée, sans interruption, enfant après enfant : les bénévoles administrent méthodiquement deux gouttes de liquide et versent le contenu d'une ampoule dans chaque petite bouche.

Le liquide est un vaccin antipolio oral et l'ampoule contient de la vitamine A. Lorsque les activités menées à Monirumpur et dans des milliers d'autres communautés situées sur tout le territoire du Bangladesh pri-

rent fin, près de 90 % des enfants de moins de 5 ans du pays avaient été vaccinés contre la polio et étaient protégés contre l'avitaminose A. Ce fut encore une extraordinaire Journée nationale de vaccination, une activité de routine.

Ces Journées ont donné un nouvel élan à l'ensemble de la nation et attiré des participants issus de toutes les couches de la société. Les bénévoles sont la pierre angulaire du projet : ils sont 600 000 à avoir contribué à la dernière Journée nationale de vaccination organisée dans notre pays, et beaucoup d'entre eux avaient participé aux Journées des années précédentes, pour le bien de nos enfants.

Chaque Journée est organisée avec soin et exige beaucoup de détermination et un dur labeur. Des réunions de sensibilisation et de planification ont lieu à tous les échelons, du niveau national aux collectivités locales, afin de mobiliser des bénévoles et d'encourager la population à faire vacciner ses enfants. La radio et la télévision diffusent des débats et des entretiens. Les journaux publient des suppléments spéciaux comportant des messages des dirigeants politiques et sociaux du pays, tels que le Président et moi-même. On distribue aussi des affiches, des brochures, des autocollants, des messages à afficher et des banderoles, et les chanteurs populaires locaux jouent un rôle très important en indiquant à la population où et quand amener les enfants pour les faire vacciner.

On estime que les Journées nationales de vaccination et les autres interventions sanitaires sauvent la vie de plus de 120 000 enfants chaque année au Bangladesh. Avant 1995, lorsque ces Journées n'existaient pas, le Bangladesh déplorait, selon les estimations, plus de 2 000 cas de polio par an. L'an dernier, l'OMS en a recensé 282*.

Campagne mondiale

Les Journées nationales de vaccination ne sont pas l'apanage du Bangladesh; elles font partie d'une initiative mondiale qui a mis à portée de la planète l'objectif visant à éradiquer la polio d'ici à l'an 2000, un cadeau d'une valeur inestimable que le XX^e siècle offre au XXI^e siècle.

En 1998, les Journées nationales de vaccination ont permis de protéger 450 millions d'enfants – plus des deux tiers de tous les enfants de moins de 5 ans de la planète – contre la polio. Pendant la période 1997-1998, 36 pays d'Afrique ont organisé de telles Journées, et la majorité d'entre eux ont ainsi pu vacciner plus de 80 % de leurs enfants de moins de 5 ans. Près de 32 millions d'enfants ont été vaccinés au Moyen-Orient, en Fédération de Russie, dans le Caucase et dans les Républiques d'Asie centrale entre mars et mai 1999. Au début de 1999, pratiquement tous les pays dans lesquels la polio est endémique avaient organisé des Journées nationales de vaccination.

Dans certains cas, des efforts exceptionnels ont été déployés. En Tanzanie et en Zambie, on a utilisé des bateaux et des avions pour atteindre les villages situés sur des îles et dans les montagnes. Dans une région du Soudan de la taille du Royaume-Uni,

*Seulement cinq de ces cas ont été confirmés avoir été provoqués par le poliovirus sauvage, qui est la cause de tous les cas de transmission de la maladie de personne en personne.

mais qui ne possède que 40 km de route pavée, des bicyclettes ont été livrées par avion pour distribuer les vaccins. En Chine, où les deux tiers du pays sont constitués de montagnes, de hautes terres ou de plateaux, les agents sanitaires ont livré les vaccins à cheval aux zones les plus retirées.

Mais le fait qui est peut-être le plus remarquable et le plus émouvant fut la décision de certaines parties en conflit de faire taire leurs fusils – en Afghanistan, au Cambodge, aux Philippines et à Sri Lanka – pour que les enfants puissent être vaccinés.

Sur le plan régional, au Bangladesh, nous avons coopéré avec nos voisins du Bhoutan, de l'Inde, du Myanmar et du Népal, afin d'organiser en même temps nos Journées nationales de vaccination pour obtenir les meilleurs résultats possibles. En Inde, où l'OMS a recensé 70 % des cas de polio de la planète en 1998, 127 millions d'enfants ont été vaccinés en une seule journée en janvier 1997 et un nombre plus important encore – 134 millions – en 1998, lors des plus grandes et plus spectaculaires initiatives sanitaires jamais organisées dans aucun autre pays.

Je voudrais saisir cette occasion pour dire quelques mots sur mon pays. Le Bangladesh est une jeune nation, dans tous les sens du terme, sauf s'agissant de nos traditions et de notre héritage qui eux sont millénaires. Il est devenu un Etat indépendant et souverain il y a seulement un peu plus de 25 ans.

Près de la moitié de notre population a moins de 18 ans. Il s'agit là d'une réalité démographique qui permet d'expliquer notre préoccupation et notre ferme engagement pour le bien-être de nos enfants, de nos adolescents et de notre jeunesse, exprimés au Sommet mondial pour les enfants tenu en 1990 et confirmés ensuite dans notre Plan d'action

UN HÉRITAGE D'UNE VALEUR INESTIMABLE

PRÉSENTATION : POLIO/VITAMINE A

national. Nous sommes également parmi les 20 premiers pays à avoir ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant et, partant, assuré son entrée en vigueur.

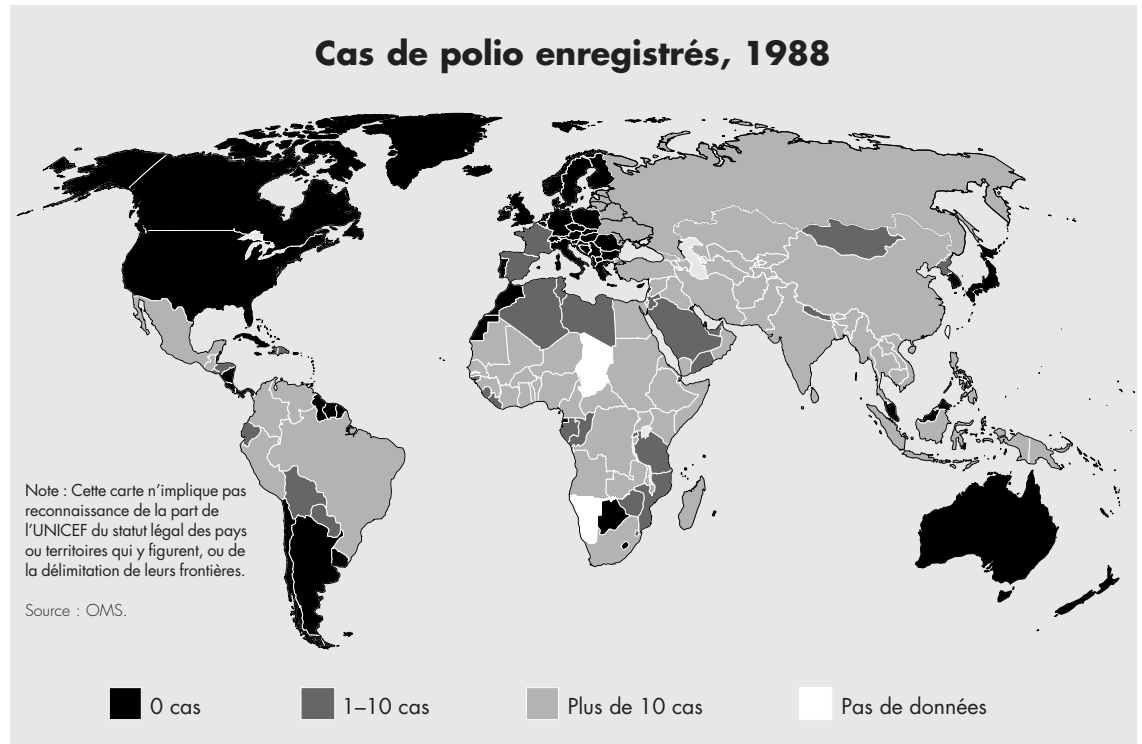
Dans notre pays, 370 000 enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque année, essentiellement de la diarrhée, d'affections respiratoires aiguës, de la rougeole, du tétanos néonatal et d'autres maladies pouvant être évitées par la vaccination. Pour réduire ces pertes, nous avons œuvré, par l'intermédiaire du Programme élargi de vaccination (PEV), afin de parvenir à un accroissement quasi spectaculaire de la couverture vaccinale de nos enfants. Sous l'impulsion du PEV, nous avons mis en place un système de prestations qui touche tous les coins de notre pays, 108 000 sites de vulgarisation et d'exécution du PEV étant actuellement utilisés pour la vaccination et d'autres interventions destinées à sauver la vie, y compris des services d'éducation et de conseils d'ordre sanitaire, des informations sur la thérapeutique de réhydratation orale (TRO) et l'administration de micronutriments.

Ainsi, nous travaillons à l'éradication de la polio et de la carence en vitamine A, qui sont nos deux plus graves préoccupations en matière de santé publique. Nous menons également l'offensive contre les grandes maladies infantiles, la malnutrition – dont souffrent plus de la moitié de nos enfants pratiquement dès leur première année – et la carence en micronutriments. Nous sommes encore loin d'avoir remporté la victoire mais nous sommes résolus à gagner la bataille.

La lutte contre la polio se mène au niveau mondial, sous l'égide de l'OMS, en coopération avec l'UNICEF, Rotary International, les US Centers for Disease Control and Prevention et littéralement des milliers d'associations de par le monde. Les campagnes massives de vaccination sont les dernières percées en date effectuées contre cette maladie insaisissable et séculaire.

On connaît la polio depuis au moins 3 000 ans – une ancienne gravure égyptienne décrivait déjà les handicapés qu'elle provoque. Avant la mise au point du vaccin antipolio en 1955, elle paralysait ou tuait près de 500 000 personnes par an lorsqu'elle était à son paroxysme.

Heureusement, il est possible d'éradiquer totalement la maladie et c'est pourquoi les Journées natio-



nales de vaccination sont si importantes. En vaccinant tous les enfants d'un pays en même temps avec le vaccin antipolio oral, on peut s'assurer que le virus sauvage est éliminé de ce grand groupe d'hôtes, ce qui entraîne son extinction étant donné qu'il ne peut se fixer sur aucun animal ou insecte et que sa survie est éphémère dans la nature. Il entrera dans l'histoire, tout comme la variole, la première maladie à avoir été éradiquée (en 1979 après 12 ans de campagne déployée au niveau mondial).

Mais la polio est un ennemi plus insaisissable que la variole. Bien que la maladie soit extrêmement infectieuse, ses symptômes sont rarement décelables. Elle ne paralyse que dans moins de 1 % des cas; dans 90 % des cas, elle ne provoque aucun symptôme. Près de 200 personnes peuvent être infectées avant qu'un cas de paralysie n'attire l'attention sur l'épidémie. Un autre facteur vient compliquer les choses : le vaccin antipolio doit être administré plusieurs fois pour que l'immunité soit totale, à la différence du vaccin antivariolique qui n'exigeait qu'une seule prise.

Malgré ces obstacles, la stratégie en quatre étapes appliquée actuellement a de bons résultats. Premièrement, le plus grand nombre possible de nourrissons sont vaccinés systématiquement quatre fois pendant la première année de leur existence, dans le cadre

d'une série de vaccinations contre les six principales maladies infantiles. Par la suite, grâce aux Journées nationales de vaccination, deux doses supplémentaires de vaccin antipolio sont administrées à tous les enfants de moins de 5 ans à un mois d'intervalle. Troisièmement, un système de surveillance permet de s'assurer qu'aucun cas de polio ne passe inaperçu. Ensuite, des équipes visitent chaque maison afin de vacciner tous les enfants sans exception dans les zones où l'on a constaté ou suspecté que le virus est en circulation.

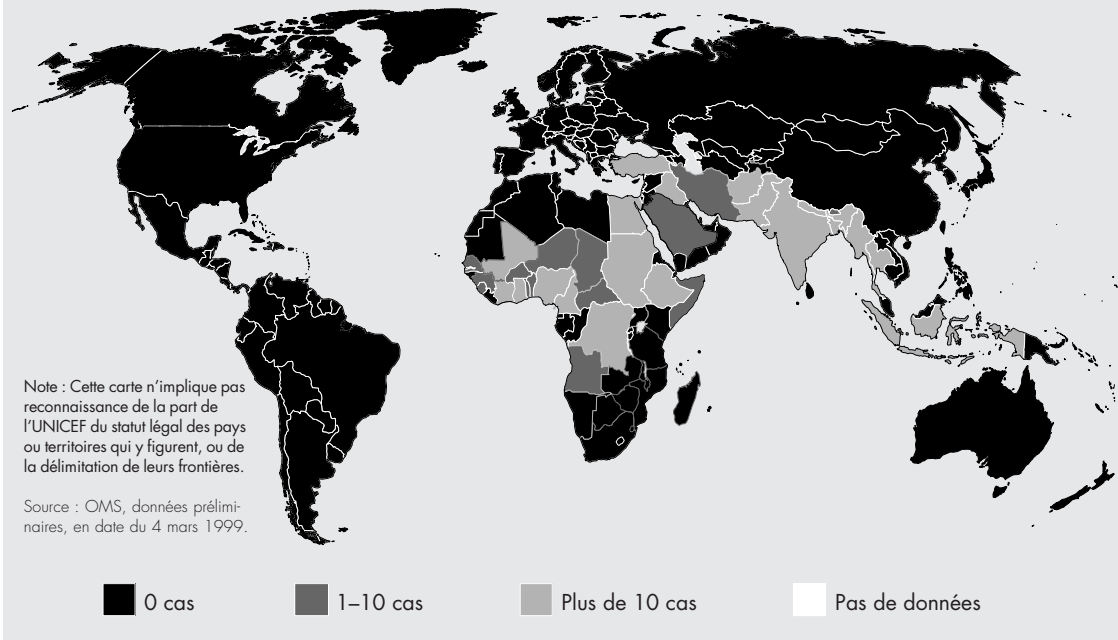
La vaccination systématique, qui est la première étape de la stratégie, est largement pratiquée. En 1990, quatre nourrissons sur cinq de par le monde étaient systématiquement vaccinés, alors que ce taux n'était que de 1 sur 20 dans les années 70. Toutefois, la proportion dans le monde d'enfants de moins de 5 ans qui sont systématiquement vaccinés a légèrement baissé au cours de cette décennie (bien que leur nombre ait augmenté en termes absolus en raison de l'accroissement de la population) et les taux de couverture dans un certain nombre de pays et de régions spécifiques sont largement inférieurs à la moyenne. Les Journées nationales de vaccination, qui prennent la relève de la vaccination courante, sont essentielles pour sortir de l'impasse.

Les résultats parlent d'eux-mêmes. Le nombre de cas de polio dans le monde a accusé une baisse spectaculaire en 10 ans. En 1988, selon les estimations de l'OMS, il était de 350 000, dont 10 % seulement étaient recensés. En 1998, grâce au renforcement de la surveillance, on a dénombré à peine plus de 5 000 cas. L'Amérique du Nord et l'Amérique du Sud sont officiellement débarrassées de la polio, et en Europe, la Turquie est le seul pays à avoir déploré des cas de polio l'an dernier. La polio disparaît rapidement de l'Afrique du Nord, de l'Afrique australe et de l'Afrique orientale, ainsi que de la péninsule arabe; en Asie de l'Est et dans le Pacifique, le dernier cas a été signalé au Cambodge en mars 1997. Il y a moins de 10 ans, 10 000 enfants se sont retrouvés paralysés lorsqu'une épidémie de polio a frappé la Chine; aujourd'hui, après une série de Journées nationales de vaccination, aucun cas n'est signalé dans ce pays.

La polio s'est retirée dans quelques bastions – Afghanistan, Bangladesh, Inde, Népal et Pakistan pour l'Asie, Somalie, Soudan et quelques régions d'Afrique de l'Est et d'Afrique centrale. Mais même dans ces pays, nous gagnons du terrain.

Nous devons maintenir l'élan pour éliminer la polio et protéger nos enfants. Les acquis sont déjà

Cas de polio enregistrés, 1998



énormes. Au total, 2 millions à 3 millions d'enfants de par le monde qui, sans cette campagne, souffriraient de paralysie, peuvent courir, sauter et jouer normalement.

Aussi longtemps que la polio sévira, la planète devra dépenser 1,5 milliard de dollars par an pour éviter sa propagation. Dans les Amériques, par exemple, on dépense davantage pour éviter sa réapparition qu'il ne faudrait pour éradiquer définitivement la maladie dans le reste du monde. Il est évident que ces ressources pourraient être utilisées à meilleur escient.

Les enfants tirent déjà profit de l'expérience acquise lors des Journées nationales de vaccination dans la mesure où elles permettent de pratiquer d'autres interventions sanitaires vitales. Dans notre cas, je l'ai déjà mentionné, nous administrons de la vitamine A aux enfants en même temps que le vaccin antipolio.

La carence en vitamine A, qui frappe près de 100 millions d'enfants de moins de 5 ans, affaiblit leur résistance à la maladie et contribue à près d'un quart du nombre total de décès d'enfants de moins de 5 ans. Elle est également la cause principale de cécité chez les enfants des pays en développement. En outre, la preuve a été faite que l'avitaminose A expose les femmes à des complications pendant la grossesse et l'ac-

couchement qui peuvent entraîner la mort.

Les Journées nationales de vaccination ont contribué à sauver de nombreuses vies grâce à l'administration de vitamine A aux enfants du Bangladesh : avant l'organisation de ces Journées, il nous était impossible, malgré tous nos efforts, d'atteindre plus de 55 % de nos enfants. Aujourd'hui, on administre de la vitamine A à plus de 90 % d'entre eux lors de la vaccination.

Cette protection est efficace et peu onéreuse : une capsule ne coûtant que 0,02 dollar peut protéger un enfant pendant six mois.

L'élimination de l'avitaminose A permettrait de sauver des vies, tout comme les deux grands succès enregistrés au cours des dernières années – la vaccination contre les six principales maladies infantiles et l'utilisation de la TRO pour traiter la déshydratation provoquée par la diarrhée.

Pratiquement partout dans le monde, les mesures en faveur de la réalisation de l'objectif consistant à éliminer la carence en vitamine A, fixé lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990, se sont avérées positives. En 1996, des suppléments de vitamine A ont été administrés à plus de la moitié des jeunes enfants vivant dans des pays où cette carence présentait un problème de santé

publique, alors que ce taux n'était que d'un tiers deux ans plus tôt. Aujourd'hui, 35 pays sont proches du but.

Toutefois, un écart existe qui doit être comblé. Dans certains pays, les taux de distribution de suppléments de vitamine A sont largement inférieurs aux taux de vaccination contre la polio. La meilleure stratégie consiste aujourd'hui à utiliser les Journées nationales de vaccination pour pratiquer ces deux interventions, comme le font déjà le Bangladesh et 42 autres pays.

En effet, tant l'UNICEF que l'OMS recommandent que tous les pays avec des taux de mortalité des moins de 5 ans élevés et dans lesquels l'avitaminose A pose un problème de santé publique combinent ces interventions. L'approvisionnement en vitamine A ne pose pas de problème car le Gouvernement canadien s'est généreusement engagé à fournir toute la vitamine A nécessaire.

Il a été prouvé que les Journées nationales de vaccination, conçues à l'origine comme stratégie à court terme visant à éliminer définitivement la polio, avaient des avantages insoupçonnés à plus long terme. Il ressort des études que ces Journées renforcent la coopération entre les secteurs gouvernementaux; elles permettent aussi aux organisations com-

munautaires de jouer un rôle plus central dans le secteur de la santé, ce qui améliore la communication entre le personnel des divers services médicaux. D'autres programmes de santé ont déjà tiré parti de ces progrès. En outre, la « culture de la vaccination », née des Journées nationales de vaccination, permet également de relever les taux de vaccination contre d'autres maladies.

Tous ces acquis peuvent être conservés et même renforcés en transformant les Journées nationales de vaccination en Journées de la santé infantile, qui permettraient d'administrer d'autres vaccins que le vaccin antipolio, de distribuer des micronutriments essentiels et des vermifuges, ainsi que de promouvoir l'utilisation de moustiquaires traitées par un insecticide dans les régions où sévit le paludisme.

Lors des Journées de la santé infantile, on pourrait aussi organiser des activités visant à promouvoir l'allaitement maternel, l'hygiène et la lutte contre la diarrhée, tout en donnant des informations aux mères et à toutes les personnes chargées de s'occuper d'enfants à la fois sur les aliments complémentaires et la stimulation psychosociale par le jeu et grâce à l'interaction avec les adultes, qui sont essentiels pour que l'enfant ait un développement sain.

La bataille menée contre la polio a enflammé l'imagination des gouvernements du monde entier et mobilisé des énergies rarement déployées jusqu'ici pour mener à bien l'une des plus grandes initiatives de notre histoire.

L'attachement à cette cause a permis de cerner les lacunes et les faiblesses des services de santé actuels et d'y remédier; il a contribué à renforcer les capacités de gestion et les systèmes de communication; il a amélioré les systèmes de surveillance des maladies; et il a permis de trouver de nouveaux moyens de transporter les vaccins en les gardant au frais. Ainsi, la campagne de lutte contre la polio a rendu confiance aux gouvernements, et leur a donné la volonté et les capacités nécessaires pour s'attaquer à d'autres grands problèmes de santé.

Il ne fait aucun doute que ces victoires doivent être le début d'une histoire et non une conclusion – le commencement d'un nouveau chapitre qui permettra à tous les enfants du globe de vivre en bonne santé. ■

UN HÉRITAGE D'UNE VALEUR INESTIMABLE

CLASSEMENT : APPORT D'UN SUPPLÉMENT DE VITAMINE

Parce qu'il n'aura pas reçu deux capsules de forte dose de vitamine A – à 0,02 dollar la capsule – un enfant risque de mourir cette année des complications de la rougeole ou de la diarrhée, qui comptent parmi les maladies infantiles les plus courantes. En fait, des millions de jeunes enfants perdront la vie au cours des 12 prochains mois à cause d'une carence en vitamine A, et chacun de ces décès pourrait être facilement évité.

Deux capsules puissantes

L'administration d'un supplément de vitamine A aux enfants a sur la réduction de la mortalité infantile une incidence comparable – voire supérieure – à celle de n'importe quelle vaccination contre une maladie infantile. Connue depuis longtemps déjà comme une cause de cécité, l'avitaminose A a été de plus en plus reconnue, au cours des 10 dernières années, comme un facteur qui augmente considérablement le risque pour les enfants de mourir de maladies aussi courantes que la rougeole et la diarrhée. En fait, dans les pays où la carence en vitamine A pose un problème, on peut réduire la mortalité infantile de 23 % en veillant à ce que les enfants reçoivent suffisamment de vitamine A.

Pourtant, si l'apport d'un supplément de vitamine A est aussi important que les vaccinations pour protéger la santé des enfants, les progrès accomplis pour s'assurer que les enfants en profitent demeurent inégaux comme il ressort du classement ci-contre. Un moyen de s'attaquer au problème consiste à faire en sorte que les enfants souffrant d'une carence en vitamine A reçoivent une forte dose de cette vitamine deux fois par an.

Dans 35 pays déjà, plus de 80 % des jeunes enfants reçoivent systématiquement au moins une dose de vitamine A, et il est probable que d'ici à l'an 2000 nombre de ces pays atteindront l'objectif tendant à éliminer l'avitaminose A. Toutefois la couverture est actuellement insuffisante dans 44 autres pays dont 29 seulement ont l'intention d'ajouter l'administration d'un supplément de vitamine A lors des Journées nationales de vaccination et de campagnes spéciales en 1999.

La vaccination protège au moins 80 % des enfants dans plusieurs pays, ce qui constitue un succès remarquable en matière de santé publique. Le défi qu'il convient de relever à présent consiste à couvrir plus de 55 millions d'enfants dans les pays du monde entier qui souffrent de carence ou qui n'ont pas reçu de supplément de vitamine A – en leur administrant un supplément ou en fortifiant leur alimentation.

Un moyen d'intervention qui a fait ses preuves est de tirer parti des mesures et initiatives déjà en place. L'OMS et l'UNICEF recommandent que l'administration d'un supplément de vitamine A soit intégrée systématiquement aux activités routinières de vaccination et à des manifestations telles que les Journées nationales de vaccination dans tous les pays où le taux de mortalité des moins de 5 ans est supérieur ou égal à 70 pour 1 000.

Les progrès accomplis en matière de distribution de vitamine A, en particulier dans le cadre des Journées nationales de vaccination, ont été inouïs au cours de l'année écoulée. Ce succès nous porte à croire qu'avec une volonté politique et l'action des pouvoirs publics, l'objectif fixé au Sommet mondial pour les enfants peut être atteint d'ici à l'an 2000, sinon immédiatement après.



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Bénin	1
Burkina Faso	1
Cameroun	1
Congo	1
Erythrée	1
Ethiopie	1
Ghana	1
Guinée	1
Libéria	1
Madagascar	1
Malawi	1
Mali	1
Mauritanie	1
Namibie	1
Niger	1
Ouganda	1
Somalie	1
Tanzanie	1
Togo	1
Zambie	1
Angola	2
Burundi	2
Congo, Rép. dém.	2
Côte d'Ivoire	2
Guinée-Bissau	2
Kenya	2
Lesotho	2
Mozambique	2
Nigéria	2
Rép. centrafricaine	2
Rwanda	2
Sierra Leone	2
Tchad	2
Afrique du Sud	3
Botswana	3
Gabon	3
Gambie	3
Maurice	3
Sénégal	3
Zimbabwe	3



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Iraq	1
Oman	1
Soudan	1
Yémen	1
Iran	2
Maroc	2
Egypte	3
Algérie	4
Arabie saoudite	4
Emirates arabes unis	4
Israël	4
Jordanie	4
Koweït	4
Liban	4
Libye	4
Syrie	4
Tunisie	4
Turquie	4

Ce que signifie le classement

1 Bonne couverture. L'avitaminose A est un problème de santé publique et/ou les pays en question ont un taux de mortalité des moins de 5 ans élevé. Ces pays ont réussi à assurer une couverture de plus de 80 % en matière d'administration d'un supplément de vitamine A et sont sur le point de réaliser en l'an 2000 l'objectif tendant à éliminer la carence en vitamine A en tant que problème de santé publique.

2 Nécessité d'exécuter les engagements. L'avitaminose A est un problème de santé publique et/ou les pays en question ont un taux de mortalité des moins de 5 ans élevé. La couverture est actuellement insuffisante mais ces pays envisagent d'administrer un supplément de vitamine A lors des Journées nationales de vaccination et à l'occasion de campagnes spéciales en 1999. Toutefois, à moins de donner suite à ces engagements, la couverture ne pourrait pas s'améliorer et l'objectif du Sommet mondial ne sera pas réalisé.

A



ASIE CENTRALE

Afghanistan	2
Tadjikistan	3
Turkménistan	3
Arménie	4
Azerbaïdjan	4
Géorgie	4
Kazakhstan	4
Kirghizistan	4
Ouzbékistan	4



ASIE EST/SUD ET PACIFIQUE

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



AMÉRIQUES

Mexique	1
Bolivie	2
Brésil	2
El Salvador	2
Equateur	2
Guatemala	2
Haïti	2
Honduras	2
Nicaragua	2
Pérou	2
Rép. dominicaine	2
Colombie	3
Costa Rica	3
Argentine	4
Canada	4
Chili	4
Cuba	4
États-Unis	4
Jamaïque	4
Panama	4
Paraguay	4
Trinité-et-Tobago	4
Uruguay	4
Venezuela	4



EUROPE

Albanie	4
Arménie	4
Autriche	4
Bélarus	4
Belgique	4
Bosnie-Herzégovine	4
Bulgarie	4
Croatie	4
Danemark	4
Espagne	4
Estonie	4
Finlande	4
France	4
Grèce	4
Hongrie	4
Irlande	4
Italie	4
Lettonie	4
l'ex-R. youg. de Macédoine	4
Lituanie	4
Moldova, Rép.	4
Norvège	4
Pays-Bas	4
Pologne	4
Portugal	4
Rep. tchèque	4
Roumanie	4
Royaume-Uni	4
Russie, Féd.	4
Slovaquie	4
Slovénie	4
Suède	4
Suisse	4
Ukraine	4
Yougoslavie	4

CE QUE MESURE LE CLASSEMENT

Les progrès accomplis dans la lutte contre l'avitaminose A

3 Une action vigoureuse s'impose.

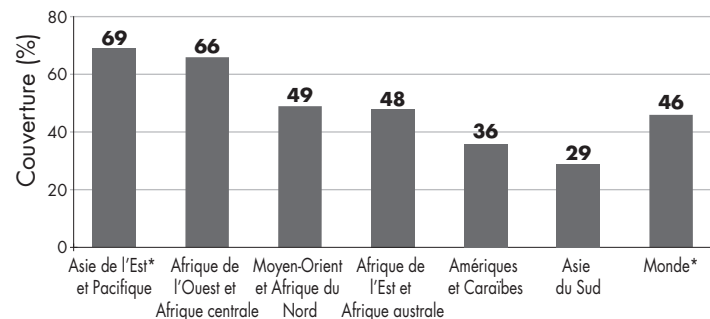
L'avitaminose A est un problème de santé publique et/ou les pays en question ont un taux de mortalité des moins de 5 ans élevé. La couverture est actuellement insuffisante par l'intermédiaire des systèmes habituels. Un supplément de vitamine A n'est pas administré lors des Journées nationales de vaccination ou à l'occasion de campagnes spéciales, et aucune action n'est prévue dans ce sens. Il est peu probable que dans ces pays l'objectif du Sommet mondial soit réalisé dans un avenir proche.

4 Pas de problème ou pas de données.

L'avitaminose A n'est pas un problème de santé publique ou il n'existe pas de données portant à croire qu'elle constitue un problème. Par ailleurs, ces pays ont un faible taux de mortalité des moins de 5 ans (moins de 70 pour 1 000). Aucune mesure à grande échelle n'est prise.

Vitamine A : situation par région

En 1998, près de la moitié des enfants du monde qui risquaient de souffrir d'avitaminose A ont reçu au moins une forte dose de vitamine A. Le défi à relever consiste à faire en sorte que les enfants en situation de marginalisation soient convenablement couverts.



*A l'exclusion de la Chine.

Source : UNICEF, 1999.

Source: UNICEF, 1999.

L'éradication de la polio est en vue

Si les progrès actuels se poursuivent et que les efforts sont accélérés, le monde pourra, dès le début du nouveau millénaire, pousser un soupir de soulagement collectif. Le filet se referme sur la polio, cas par cas, pays par pays, et l'éradication totale de cette maladie handicapante est désormais en vue.

En 1997 et en 1998, 450 millions d'enfants ont été vaccinés chaque année contre la polio, dans le cadre des efforts extraordinaires en cours dans presque tous les pays du monde pour éliminer la maladie d'ici à l'an 2000. Depuis 1988, le nombre de cas au niveau mondial a chuté de 86 %, ce qui témoigne du succès des programmes de vaccination et des efforts de surveillance menés par l'OMS, l'UNICEF, Rotary International, les US Centers for Disease Control and Prevention et maints groupes et individus de par le monde.

De ce fait, en 1998, 5 108 cas de polio ont été signalés : 1 564 étaient provoqués par le poliovirus sauvage, qui est la cause de tous les cas de transmission de la maladie. A la fin de 1998, 33 pays seulement ont signalé des cas de polio, soit 14 de moins qu'en 1997.



Des villageoises souhaitent la bienvenue à une équipe pendant la Journée nationale de vaccination 1999 dans le sud du Soudan.

Dans les pays où la surveillance de la polio laisse à désirer, le nombre de cas signalés ne peut être qu'une estimation, les chiffres réels pouvant être plus élevés.

Dans d'autres pays (tels que l'Indonésie, le Myanmar et la Thaïlande), où la surveillance est bien assurée et où le nombre de cas causés par le poliovirus sauvage est faible ou nul, les cas de paralysie que les médecins suspectent

comme étant dus à la polio sont enregistrés comme tels à moins qu'un test de laboratoire ne prouve le contraire. Cela permet de s'assurer que tous les

cas de polio sont déclarés et que le système de santé publique demeure conscient du fait que le poliovirus sauvage pourrait encore exister.

Cas de polio déclarés, 1998

Pays	Cas confirmés*	Pays	Cas confirmés*
Afghanistan	49 (24)	Iraq	30 (1)
Angola	7 (3)	Mali	14 (2)
Arabie saoudite	1 (1)	Myanmar	31 (0)
Bangladesh	282 (5)	Népal	29 (0)
Bénin	7 (2)	Niger	8 (4)
Bhoutan	2 (0)	Nigéria	312 (9)
Burkina Faso	8 (4)	Pakistan	286 (140)
Cameroun	14 (0)	Rép. centrafricaine	9 (2)
Congo, Rép. dém.	19 (0)	Sénégal	10 (2)
Côte d'Ivoire	37 (11)	Sierra Leone	3 (0)
Egypte	12 (12)	Somalie	10 (0)
Ethiopie	58 (0)	Soudan	42 (8)
Ghana	112 (18)	Tchad	6 (4)
Guinée	2 (0)	Thaïlande	26 (0)
Inde	3 556 (1 281)	Togo	5 (1)
Indonésie	91 (0)	Turquie	26 (26)
Iran	4 (4)		

*Les chiffres entre parenthèses indiquent les cas de paralysie provoqués par le poliovirus sauvage, qui est la cause de tous les cas de transmission de la maladie. Un pays qui a un bon système de surveillance et qui n'enregistre aucun cas de polio causé par le poliovirus sauvage est considéré comme étant sur le point d'éradiquer la maladie. Quand un pays n'a enregistré pendant trois années consécutives aucun cas de polio causé par le virus sauvage, il est considéré comme étant débarrassé de la maladie.

Source : OMS, au 4 mars 1999.

Connaître l'ennemi : les systèmes de surveillance de la polio

Entre 1988 et 1998, le nombre de cas de polio confirmés a chuté, passant de 35 251 à 5 108 et, pour la deuxième fois seulement de son histoire, le monde

est sur le point d'éradiquer une maladie contagieuse. Mais 50 pays n'ont toujours pas de systèmes fonctionnels de surveillance de la polio et, à la fin de

1998, sept pays seulement en Afrique avaient des systèmes de surveillance pouvant être qualifiés de tout à fait satisfaisants. Il importe toutefois de noter que l'Inde, qui à elle seule compte 70 % des cas de polio confirmés dans le monde, a depuis 1998 un système de surveillance opérationnel.

La mise en place de systèmes fonctionnels de surveillance de la polio constitue un objectif mondial pour l'an 2000 et pour aider à l'atteindre, la communauté internationale axera son attention sur 13 pays où la maladie se propage librement. C'est dans ces 13 pays, qui représentent le plus large réservoir de polio du monde, que se sont déclarés 92 % de tous les cas confirmés en 1998.

Les systèmes de surveillance sont essentiels pour éradiquer la polio, tous les cas de paralysie dus à l'infection devant être identifiés et ensuite confirmés dans un laboratoire. Lorsqu'un cas de polio est suspecté, des spécimens de selles doivent être prélevés dans les 48 heures après l'apparition des symptômes et transportés à temps au labo-

ratoire le plus proche afin de les tester pour le virus. Si celui-ci y est détecté, des tests de suivi sont effectués dans les laboratoires régionaux. Le patient subit un examen de contrôle complet dans les 60 jours afin de le tester pour une paralysie résiduelle.

Si la polio se trouve être la cause de la paralysie, on doit déterminer s'il s'agit d'une souche sauvage (indigène ou importée) ou d'une souche mutante du virus. Il importe de connaître la souche parce qu'un pays ne peut être déclaré débarrassé de la polio que s'il n'a pas eu de cas de poliovirus sauvage pendant trois années consécutives. De même, lorsque les autorités sanitaires connaissent l'origine de la souche, elles peuvent réagir convenablement, soit avec un nouveau programme de vaccination soit avec une « campagne de ratissage », menée de porte à porte pour vacciner les personnes qui ne l'ont pas été.

Il y a 134 laboratoires dans le monde qui testent tous les cas de polio suspectés. A la date de l'établissement du présent article, 107 d'entre eux ont été évalués et 89 pleinement accrédités.

La surveillance dans différents pays du monde

Très faible		En amélioration
Angola	Guinée équatoriale	Afghanistan
Bangladesh	Libéria	Bénin
Bhoutan	Madagascar	Cameroun
Burkina Faso	Maldives	Côte d'Ivoire
Burundi	Maurice	Kenya
Cap-Vert	Mauritanie	Lesotho
Comores	Mozambique	Malawi
Congo	Népal	Malaisie
Congo, Rép. dém.	Niger	Mali
Corée, Rép. pop. dém.	Rwanda	Maroc
Djibouti	Sao Tomé/Principe	Nigéria
Erythrée	Sénégal	Philippines
Ethiopie	Seychelles	Somalie
Gabon	Sierra Leone	Tanzanie
Gambie	Soudan	Tchad
Guinée	Togo	Thaïlande
Guinée-Bissau	Yémen	Zambie

Source: OMS.

Absence de soins obstétricaux : mères et enfants courent des risques

La césarienne n'est qu'une des interventions, parmi d'autres, en matière de soins de santé maternelle nécessaires pour sauver la vie des femmes et de leurs bébés et garantir la réalisation du droit des femmes aux soins de santé. Les autres facteurs sont notamment les visites prénatales et post-natales, la présence d'une personne qualifiée pendant le travail et l'accouchement, une nutrition adéquate et un repos suffisant, et les soins et l'appui au sein de la famille, ainsi que des services obstétricaux d'urgence. Chaque année, environ 600 000 femmes meurent et 15 millions d'autres subissent des blessures douloureuses, handicapantes et souvent permanentes du fait de la grossesse ou de l'accouchement.

Les taux de césariennes sont l'un des indicateurs pour mesurer l'accès des femmes aux services obstétricaux pour lesquels des données sont largement

disponibles. Toutefois, l'accès à la césarienne pour les femmes qui en ont besoin ne représente qu'une fraction de l'ensemble des besoins des femmes en matière de soins obstétricaux. Se fondant sur des données de recherche et d'analyse, l'OMS a déterminé que le taux de césariennes dans une population donnée ne devrait être ni inférieur à 5 % ni supérieur à 15 % de toutes les grossesses si l'on veut que la vie des femmes et des bébés soit protégée.

Les taux inférieurs à 5 % constituent un signal clair et inquiétant qui indique que de nombreuses femmes et leurs enfants meurent parce qu'ils n'ont pas suffisamment accès à l'ensemble des services obstétricaux. Les taux supérieurs à 15 % indiquent le recours excessif à une procédure chirurgicale majeure qui présente de nombreux risques. Il importe que les césariennes ne soient effectuées qu'en cas de nécessité et uniquement dans des centres convenablement équipés et ayant le personnel nécessaire pour assurer la sécurité des opérations.

Dans les 33 pays énumérés ci-après, les taux de césariennes dans les zones

rurales tombent dans la zone rouge au dessous de la barre de 5 %. Dans 15 de ces pays, les taux dans les zones urbaines sont également en dessous de cette marque. A Madagascar et au Tchad, le niveau des soins obstétricaux est extrêmement faible, les taux de césariennes étant pratiquement de zéro dans les zones rurales et seulement de 1 % à 2 % respectivement dans les zones urbaines.

Des initiatives en cours dans plusieurs pays aident à améliorer l'accès aux services obstétricaux. Au Viet Nam, des réseaux communautaires aident les femmes souffrant de complications obstétricales à atteindre rapidement des centres médicaux. De même, au Bénin, au Ghana, au Mali, au Nigeria, au Sénégal et en Tanzanie, les communautés participent aux frais pour l'amélioration des systèmes d'aiguillage vers les centres appropriés pour traiter les complications.

Les initiatives de ce genre sont indispensables pour la réalisation de l'objectif visant à réduire de moitié les taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2000.

Parallèlement, certains pays ayant des taux de césariennes élevés, tels que le Brésil (12 % dans les zones urbaines) et les Etats-Unis (21 % au niveau national) ont tiré la sonnette d'alarme.

Pays où moins de 5 % des enfants dans les zones rurales sont nés par césarienne

	Césariennes en % des naissances	
	Zones urbaines	Zones rurales
Madagascar	2	0
Tchad	1	0
Bénin	4	1
Burkina Faso	4	1
Côte d'Ivoire	3	1
Haïti	4	1
Mali	2	1
Maroc	4	1
Mozambique	7	1
Népal	5	1
Niger	2	1
Pakistan	6	1
Zambie	3	1
Cameroun	4	2
Inde	6	2
Nigeria	3	2
Ouganda	7	2
Ouzbékistan	5	2
Rép. centrafricaine	2	2
Rwanda	5	2
Sénégal	4	2
Tanzanie	4	2
Ghana	9	3
Kazakhstan	7	3
Pérou	13	3
Comores	9	4
Egypte	11	4
Guatemala	16	4
Honduras	10	4
Indonésie	6	4
Jordanie	6	4
Kenya	11	4
Philippines	8	4

Note : Le tableau est fondé sur les données de 47 pays. Les chiffres ont été arrondis.

Sources : EDS et études sur la santé de la reproduction (appuyées par les US Centers for Disease Control and Prevention), 1990-97.

Hépatite B : une menace pour les pauvres

Dans de nombreux pays, la protection contre l'hépatite B, qui tue environ 1 million de personnes par an, est gravement limitée pour les enfants. L'OMS et l'UNICEF ont recommandé que le vaccin contre l'hépatite B soit inclus dans le programme de vaccination des enfants dans tous les pays et plus de 100 pays ont appliqué cette recommandation. Toutefois, 11 pays pauvres (dont le revenu par habitant est inférieur à 785 dollars) où l'hépatite B est fortement endémique n'ont pas été en mesure de le faire et n'ont pas encore bénéficié de l'aide des donateurs. Sur les huit pays pauvres qui ont ajouté le vaccin à leur programme, sept (Albanie, Arménie, Gambie, Kirghizistan, Mongolie, la République de Moldova et Viet Nam) ne sont pas du tout sûrs qu'ils pourront continuer de financer l'administration du vaccin.

Dans les pays en développement, le coût de l'immunisation complète d'un enfant contre l'hépatite B dans le cadre des programmes du secteur public est de 1,50 dollar, soit deux fois plus qu'il ne faut pour le vacciner contre les six maladies de l'enfance prises ensemble, mais l'administration de ce vaccin reste très rentable.

Manque de vaccins

Pays à faible revenu où l'hépatite B est fortement endémique* qui n'ont pas ajouté le vaccin à leur programme de vaccination des enfants

Angola	Ethiopie	Mali	Sao Tomé/Principe
Azerbaïdjan	Ghana	Mauritanie	Sénégal
Bénin	Guinée	Mozambique	Sierra Leone
Burkina Faso	Guinée-Bissau	Myanmar	Somalie
Burundi	Haïti	Niger	Soudan
Cambodge	Kenya	Nigeria	Tadjikistan
Cameroun	Lesotho	Ouganda	Tanzanie
Comores	Libéria	Rép. centrafricaine	Tchad
Congo, Rép. dém.	Madagascar	Rép. dém. pop. lao	Togo
Côte d'Ivoire	Malawi	Rwanda	Turkménistan
			Zambie

*Un taux de prévalence de 5 % ou plus.

Source : OMS.

Vaccin DCT : les enfants des zones rurales accusent du retard

Les disparités en matière de couverture vaccinale font apparaître des points faibles où les pays doivent prendre des initiatives pour veiller à assurer le droit de tous les enfants aux soins de santé. Dans les zones rurales du Niger, 15 % seulement des enfants ont été vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le

Triple vaccin : pays où la disparité est la plus grande en matière de couverture*

	% des enfants de moins de 1 an qui ont été vaccinés		
	Zones urbaines	Zones rurales	Différence en points de %
Niger	72	15	57
Congo, Rép. dém.	64	15	49
Erythrée	87	38	49
Mozambique	94	50	44
Yémen	71	30	41
Burkina Faso	70	30	40
Rép. centrafricaine	68	32	36
Papouasie-Nlle-Guinée	76	41	35
Mali	70	39	31
Côte d'Ivoire	66	37	29
Tchad	42	14	28
Togo	62	36	26
Népal	77	52	25
Cameroun	68	44	24
Guinée	71	47	24
Angola	35	14	21
Ghana	86	65	21

*Trois doses de vaccin associé antidiphtérique, anti-coquelucheux et antitétanique.

Sources : EDS, enquêtes en grappe à indicateur multiple, et d'autres études de pays, 1995-98.

tétanos (DCT-triple vaccin), alors que 72 % l'ont été dans les zones urbaines, soit une différence de 57 points de pourcentage. C'est dans ce pays qu'on constate la plus grande disparité parmi les 17 pays qui enregistrent un écart de plus de 20 points de pourcentage en la matière entre zones rurales et zones urbaines. L'Erythrée et la République démocratique du Congo viennent immédiatement après, avec chacune 49 points de pourcentage. Sur les 17 pays où l'écart est le plus large, 14 sont en Afrique.

De 1980 à 1990, de nombreux pays en développement ont remporté des succès remarquables en matière de couverture vaccinale, portant les taux de DCT de 30 % environ à 80 % en moyenne. L'objectif à atteindre d'ici l'an 2000 est de pousser ce taux à 90 % au moins des enfants de tous les pays. Diverses stratégies peuvent permettre d'éliminer les disparités : en Chine, par exemple, des objectifs ont été fixés au niveau des districts.

L'URGENCE DU SIDA

PRÉSENTATION : LE TRIBUT LEVÉ SUR LES ENFANTS ET



LES FEMMES

L'urgence du sida

Par Janat Mukwaya

La découverte de médicaments anti-retroviraux dans les pays industrialisés donne parfois l'illusion que l'étape la plus difficile de l'épidémie du sida est derrière nous. Rien ne pourrait être plus éloigné de la réalité dans les pays en développement où cette épidémie silencieuse et vorace balaie les acquis historiques obtenus grâce aux efforts consentis dans les secteurs de la santé publique et du développement économique au cours des 20 dernières années.

Deux décennies ont passé – une génération pour nous – depuis que nous avons entendu les premières rumeurs qu'une maladie horrible rongerait ses victimes jusqu'à l'os dans des villages éloignés situés le long du lac Victoria.

Depuis lors, telle une gigantesque charrue, le sida a retourné notre terre fertile avec une force impitoyable, abattant les jeunes, les gens instruits, tant de personnes dans la force de l'âge : 1,8 million d'Ougandais sont morts, 1,7 million d'enfants ont perdu leur mère ou les deux parents, qui sont morts du sida. Aujourd'hui, l'Ouganda tient un triste record : il héberge le plus grand groupe d'orphelins de la planète.

Notre histoire s'est répétée sur tout le continent. Sur les 14 millions de personnes de par le monde qui sont mortes du sida, plus de 11 millions étaient des Africains. Un quart d'entre eux étaient des enfants. Rien que l'an dernier, 2 millions d'hommes, de femmes et d'enfants sont morts en Afrique. Nous pleurons des êtres chers au rythme de près de 5 500 funérailles par jour.

Personne d'entre nous n'aurait pu imaginer l'ampleur des dégâts provoqués par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), mais certains faits sont clairs aujourd'hui. Les jeunes, et plus particulièrement les femmes, sont les principales victimes de cette épidémie. Plus de 7 000 jeunes gens et jeunes femmes de par le monde sont infectés chaque jour, ainsi que 1 600 enfants de moins de 15 ans.

Un silence mortel

Le silence et le scandale qui entourent cette terrible maladie contribuent à sa propagation et entretiennent une intolérance létale à laquelle nous devons résister de toutes nos forces. En décembre dernier, Gugu Dlamini, qui est bénévole pour une organisation sud-africaine de lutte contre le sida, a annoncé qu'elle était séropositive lors d'une réunion à Johannesburg, dans l'espoir de chasser certains des préjugés dont sont victimes les personnes séropositives. Onze jours plus tard, Gugu a été battue à mort par ses voisins qui prétendaient qu'elle avait jeté la honte sur la communauté.

Ce déchaînement de violence de la foule contre cette femme courageuse fut un acte brutal entaché de

préjugés et d'intolérance. Mais il vient également nous rappeler de manière inquiétante que les droits des citoyens les plus vulnérables de nos pays en développement – les femmes et les enfants – leurs droits à l'éducation, à l'ouverture économique et à des soins médicaux adéquats sont quotidiennement bafoués. Ils sont réduits au silence par l'ignorance et la peur, et condamnés parce qu'incapables de résister aux dangers auxquels ils sont confrontés.

Prenez par exemple nos femmes, qui élèvent nos enfants et produisent notre nourriture. Malgré cela, leur dépendance économique et sociale envers leurs maris est si totale qu'elles ne peuvent se soustraire à leurs exigences, même lorsqu'elles soupçonnent que les hommes ont contracté le VIH avec d'autres partenaires.

Les femmes évitent également de rechercher des soins médicaux et des conseils vitaux et elles se risquent rarement à faire le test du sida, si grandes sont leurs craintes que leurs maris les battent et les rejettent dans la communauté où elles seront encore plus marginalisées.

Si les femmes adultes sont entravées par leur statut social inférieur et leur manque d'amour-propre, comment leurs filles adolescentes pourraient-elles résister aux avances sexuelles d'hommes plus âgés et à la pression de la communauté en faveur du mariage, même si cela risque de les exposer au VIH ? Les adolescentes vivant en Afrique subsaharienne risquent six fois plus que les garçons du même âge de contracter le virus. Un mythe épouvantable sévit dans plusieurs nations africaines, selon lequel un homme infecté par le VIH peut guérir en ayant des relations

sexuelles avec une vierge, ce qui alourdit encore le tribut prélevé sur les jeunes filles.

Enfance perdue

Il est tragique de constater que c'est sur les épaules des enfants que repose surtout le lourd fardeau de l'épidémie. Plus de 8 millions d'orphelins de par le monde luttent pour continuer à vivre sans leurs mères. Plus de 90 % de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne.

Perdre l'un ou les deux parents morts du sida, c'est avoir une enfance marquée par la douleur et le danger. La souffrance commence avec les tourments et l'horreur de voir leurs parents dépérir. Très vite, ces enfants sont exposés aux préjugés et à la négligence de la part de leurs tuteurs et de la communauté. Tous les principes inscrits dans la Convention relative aux droits de l'enfant sont violés, les droits à l'éducation, à la santé et au développement, à la protection contre l'exploitation et le mal.

Nous savons déjà que chez les orphelins, les taux de malnutrition, de retard de la croissance et d'analphabétisme sont beaucoup plus élevés que chez les autres enfants. Le plus souvent, la communauté les fuit, assumant qu'ils sont eux aussi porteurs de ce virus fatal. Les parents qui les accueillent s'approprient souvent leur héritage dérisoire et les lois locales offrent peu de recours à ces enfants esseulés.

Pire encore, comme l'ont révélé les études réalisées ici en Ouganda, les enfants dont les parents ont succombé au sida doivent souvent accomplir des travaux plus difficiles et sont plus mal traités que les propres enfants de leur famille d'accueil. Ils ont moins de chances de pouvoir aller à l'école et souffrent

Son Excellence Janat Mukwaya est Ministre de la condition féminine, du travail et du développement social en Ouganda.

frent plus fréquemment de dépression. Un de nos plans de développement par district signale que « les orphelins sont salis, mariés de force, négligés et... soumis à diverses formes de violence ».

Sur l'ensemble du continent, les jeunes filles sont particulièrement exposées, et l'accroissement rapide de la violence sexuelle signalé au Zimbabwe, par exemple, a forcé le gouvernement à ouvrir un établissement hospitalier spécialement chargé de prendre en charge les victimes de ces comportements inacceptables.

Des dizaines de milliers d'orphelins sont simplement abandonnés à leur triste sort et doivent subvenir à leurs besoins, comme les 90 000 enfants qui vivent dans les rues en Zambie. Des dizaines de milliers d'autres enfants essaient de s'en sortir dans des familles ayant à leur tête un enfant plus âgé. Des journaux ont relaté l'histoire des petites filles comme Kugu Sengane, vivant au Kwazulu Natal (Afrique du Sud), qui n'avait que 11 ans quand elle a dû soigner ses deux parents rongés par la maladie jusqu'à leur lit de mort. Tandis qu'ils se languissaient dans la douleur, Kugu était tout juste capable de les garder au propre et de les nourrir, tout en s'occupant de son petit frère. Ce n'est pas une vie pour un enfant.

Près de la moitié de ceux qui s'occupent d'orphelins dans certaines régions d'Afrique sont des grands-parents âgés comme Ennie Gambushe, qui vit au bout de la rue où habite la petite Kugu Sengane. A l'âge de 64 ans, Ennie souffre si terriblement de son arthrite chronique qu'elle a de la peine même à se tenir debout. Pourtant, après le décès de ses filles qui ont succombé au sida, elle a dû s'occuper de 15 petits-enfants, dont aucun n'avait plus de 12 ans.

De l'Afrique du Sud en passant par l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est, ces scènes illustrent l'impact catastrophique que le sida a eu sur les familles et les communautés, confiant à des grands-parents âgés une responsabilité exténuante. « Les jeunes filles – nos enfants, nos petits-enfants – ils meurent avant nous », constate Elizabeth Chipepa, 79 ans, qui vit en Zambie et qui a hérité de trois arrière-petits-enfants, lorsque sa petite-fille a succombé au sida. « Les autres per-

sonnes de mon âge disent la même chose : J'ai perdu mes trois enfants, le premier avait trois enfants, le deuxième en avait six... »

Dans mon pays, une femme de 60 ans appelée Honodinta Nakayima s'occupe de 42 petits-enfants, âgés de 13 ans à quelques mois, après le décès de sept de ses enfants.

La toile des générations

Pendant longtemps, l'épidémie du sida était décrite en Afrique comme étant « mystérieuse » et « invisible », mais rien ne pouvait être plus éloigné de la réalité. Nous avons tous partagé la souffrance de frères, de sœurs et de camarades de classe de notre enfance en train de mourir. Il y a des sièges vides à toutes nos tables, des bureaux vides dans nos services. Mais la perte d'un ami ou d'un parent n'est que la première rupture dans la toile des générations qui protégeaient notre société.

Lorsque le sida frappe le soutien de famille, son revenu disparaît et le reste de la famille plonge plus profondément dans la misère lorsqu'il faut consacrer de maigres res-

sources à soigner un parent souffrant. Nos études révèlent que quand le père meurt, sa veuve et les aînés doivent travailler de deux à quatre heures de plus par jour. Les filles, surtout, sont parfois obligées de quitter l'école pour aider à la maison et travailler aux champs.

En outre, le virus mortel se limite rarement à un membre de la famille. Les maris infectent leurs épouses; près d'un tiers des nouveau-nés sont infectés par leur mère. Une fois encore, prisonnières du silence et entravées par la honte qui entoure la maladie, les femmes qui n'ont pas de symptômes découvrent qu'elles sont infectées lorsque le VIH est diagnostiqué chez leur bébé.

Imaginez le déchirement d'une femme que j'appellerai Assumpta Mboya, qui vit de l'autre côté de la Great Rift Valley, à Nairobi. L'une de ses jumelles de 22 mois tomba malade et le médecin découvrit que le bébé était séropositif. Peu après, son bébé mourut, suivi par son mari. Puis, Assumpta fit le test du sida, qui vint confirmer ses pires craintes. Elle refuse toujours de tester l'autre jumelle, qui a mainte-

nant 8 ans, bien qu'elle s'inquiète toujours de savoir si l'enfant est aussi infectée et de ce qu'elle deviendra si elle meurt la première. Des familles comme celle-ci se désintègrent sur tout le continent, mettant en danger les fondations mêmes de notre société.

Appel en faveur de la prévention

La tragédie humaine de notre continent, provoquée par le VIH/sida, est encore terriblement aggravée par la crise qui frappe les services sociaux. Nombreux sont ceux qui ne se font pas traiter pour le sida et ses complications car les médicaments anti-retroviraux – qui permettent de garder les patients des pays industrialisés en vie et en bonne santé – coûtent des milliers de dollars par an, un rêve pour la majeure partie de l'Afrique. Des ressources importantes sont nécessaires de toute urgence pour nous aider à soigner les personnes infectées, à prendre soin des orphelins et à éviter que la maladie ne se propage davantage.

La planète doit également contribuer aux efforts de prévention, non seulement pour arrêter le torrent



Le fameux marionnettiste Suyadi donne une représentation à des enfants au cours d'un atelier organisé sous l'égide de l'UNICEF en Indonésie. Les participants à l'atelier ont exploré les moyens d'utiliser des marionnettes pour transmettre aux enfants des messages sur le sida ainsi que sur les questions concernant les femmes, la paix et l'exploitation sexuelle.

UNICEF/96-0635/Satmoko

LES FEMMES

qui a déferlé au sud sur le Malawi, la Zambie, le Zimbabwe, le Botswana et l'Afrique du Sud, mais également pour briser sa progression vers l'Asie, où 7 millions de personnes sont déjà infectées. L'Inde abrite 4 millions de personnes séropositives, et les modes de transmission révèlent qu'il n'y a plus de temps à perdre.

Dans la ville indienne de Chennai (anciennement Madras), le taux d'infection par le VIH chez les transporteurs routiers a quadruplé entre 1995 et 1996, une réminiscence obsédante de l'explosion du sida parmi les chauffeurs routiers africains qui empruntaient les autoroutes menant de Nairobi à Lusaka. Également en Inde, des études effectuées sur les femmes enceintes vivant dans la ville côtière de Pondichéry révèlent que 4 % d'entre elles sont séropositives. Près d'un tiers de leurs nourrissons seront infectés.

Nous savons aujourd'hui que le facteur qui détermine le succès des campagnes de prévention est l'engagement politique pris ouvertement et avec détermination par chaque gouvernement d'attaquer de front l'épidémie, de briser le silence qui entoure le virus et d'interdire toute forme de discrimination. Derrière le bouclier du silence, les stigmates et la honte associés au sida contribuent uniquement à la propagation de l'épidémie. En Afrique, 9 personnes séropositives sur 10 ne savent pas qu'elles sont infectées, et celles qui sont au courant en parlent rarement à leur famille, et certainement pas à leurs partenaires sexuels. De nombreux journaux africains ne mentionnent jamais le sida dans leurs avis mortuaires toujours croissants.

Lorsque le Président Yoweri Museveni a pris ses fonctions ici en Ouganda en 1986, il a reconnu la gravité de la maladie et ses conséquences à long terme.

Le Président a rapidement créé un comité national de prévention du sida, lequel a lancé une campagne d'éducation publique intensive utilisant des messages percutants pour attirer l'attention des jeunes. Cette campagne a notamment encouragé la distribution de préservatifs, le test volontaire du sida, les services de conseil et d'appui et surtout, elle a favorisé un débat ouvert et public.



Plus de 7 millions d'enfants en Afrique subsaharienne sont devenus orphelins à cause du sida, leur mère ou leurs deux parents ayant succombé à la maladie. Un grand nombre de ces enfants, comme ce garçon en Zambie, sont laissés à la charge de grands-parents âgés, mais des dizaines de milliers de petits Zambiens se débrouillent tout seuls, souvent vivant dans la rue.

UNICEF/Zambia/Pirozzi

Grâce à son slogan « Fidélité, abstinence, préservatif », notre campagne de prévention du sida a permis d'accomplir des progrès remarquables. De nombreux Ougandais repoussent à plus tard leurs premières expériences sexuelles, changent moins souvent de partenaires et utilisent plus systématiquement le préservatif. Le taux d'infection chez les jeunes des villes a chuté abruptement depuis l'année sombre de 1987, au cours de laquelle nous avons déploré 239 000 nouveaux cas de VIH/sida. En 1997, ce chiffre avait diminué de plus des trois quarts pour tomber à 57 000. Le recul de 40 % de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes des zones urbaines, qui est un indicateur important de la propagation de la maladie, est particulièrement encourageant.

Mais nous ne sommes pas seuls. A l'autre bout du monde, en Asie du Sud-Est, les représentants du Gouvernement et les dirigeants communautaires thaïlandais remportèrent également des succès avec une campagne agressive visant à limiter la propagation du sida. Alertés par les pertes catastro-

phiques enregistrées en Afrique, les pouvoirs publics thaïlandais commencèrent plus rapidement à lutter contre l'épidémie du VIH et cibler en priorité les jeunes avec leurs messages. En conséquence, dans le nord de la Thaïlande, le nombre d'hommes de 21 ans qui fréquentaient des prostituées recula de moitié en quatre ans. L'utilisation du préservatif augmenta de près de 50 % et le nombre d'infections par le VIH enregistré pendant cette période fut trois fois plus faible.

Un troisième pays, le Sénégal, a également réussi à freiner la propagation du virus grâce à un vigoureux programme d'éducation ciblant les jeunes. Parmi les femmes et les hommes de moins de 25 ans, l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles avec des partenaires « non réguliers » est passée de 5 % en 1990 à 60 % en 1997.

Ces programmes ne sont peut-être qu'une première étape, mais ils donnent raison au Dr Peter Piot, Directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), qui affirme que les efforts de prévention « ne

reposent non pas sur de nouvelles percées technologiques, mais sur de nouvelles percées en matière de détermination politique ».

Ces initiatives doivent cibler les groupes les plus vulnérables – les jeunes, les femmes et les enfants. Et elles doivent garantir aux individus leurs droits à l'éducation, à la santé, à des moyens de subsistance économique – à la vie elle-même – de façon à ce que, armées de leur savoir et de leur indépendance, nos populations puissent être désormais à l'abri de l'infection par le VIH.

Dans les années à venir, lorsque nos arrière-petits-enfants se retourneront au crépuscule de ce siècle, apprendront-ils que les dirigeants de la planète se sont dérobés à leur devoir, qui était de combattre la maladie la plus meurtrière de la jeunesse ?

Nous ne pouvons pas permettre que cela se produise. Montrons-leur plutôt que nous avons hardiment tendu la main aux femmes et aux enfants les plus menacés par la pandémie et que nous leur avons donné les moyens de terrasser cette terrible maladie. ■

Il est difficile de se faire une idée générale de l'impact dévastateur de la crise du sida sur les enfants des pays en développement. Le nombre d'orphelins, surtout en Afrique, représente rien moins qu'une situation d'urgence exigeant une intervention d'urgence. Tandis que des sociétés déjà appauvries font face à ce coup du sort, les succès qu'elles ont remportés de haute lutte en matière de développement social – par exemple, amélioration de la santé, de la nutrition et de l'éducation des enfants – sont balayés d'un coup.

Envergure du problème des orphelins

La perte est un corollaire inévitable de la maladie et de la mort, mais le lourd tribut levé par le sida est unique : jusqu'à présent, 8,2 millions d'enfants, vivant pour la grande majorité d'entre eux en Afrique subsaharienne, se retrouvent sans mère ou ont perdu leurs deux parents morts du sida. Et ce chiffre continue à augmenter : il devrait atteindre 13 millions en l'an 2000. Parmi eux, 10,4 millions n'auront pas atteint l'âge de 15 ans.

La tragédie qui frappe ces enfants est épouvantable. Tout comme la crise sociale qui sévit tandis que les communautés et les nations les plus touchées, qui sont parmi les plus pauvres de la planète, s'efforcent de soigner les malades et d'élever toute une génération d'orphelins, dont le nombre n'a jamais été égalé dans l'histoire de l'humanité.

Dans la plupart des régions du monde industrialisé, la population d'enfants orphelins ne dépasse généralement pas 1 %. Avant l'apparition de l'épidémie du sida, les sociétés des pays en développement absorbaient un taux à peine supérieur à 2 % d'enfants orphelins, qui étaient pris en charge par la famille élargie et la communauté. Mais aujourd'hui, l'Ouganda affiche le taux stupéfiant de 11 % d'orphelins dont les parents sont morts du sida, la Zambie, un taux de 9 %, le Zimbabwe de 7 % et le Malawi de 6 %. Là où les taux de prévalence chez les femmes sont élevés, d'autant plus nombreux sont les enfants qui se retrouvent seuls.

Les pertes ne diminuent pas : dans 35 pays, le rythme auquel les enfants deviennent orphelins a doublé, triplé, même quadruplé en trois ans seulement, entre 1994 et 1997. Il est à craindre qu'en Asie, la population d'orphelins du sida triple d'ici à l'an 2000. Et à l'heure actuelle, selon l'ONUSIDA, le nombre d'enfants dont l'un des parents est séropositif serait largement supérieur au nombre d'enfants déjà orphelins, une perspective qui n'augure rien de bon pour l'avenir.

Les enfants qui ont perdu leur mère ou leurs deux parents sont les membres les plus vulnérables de la société. Tenus à l'écart de la vie sociale en raison des préjugés liés au sida, on les fait moins souvent vacciner, ils souffrent plus fréquemment de malnutrition, sont plus souvent illettrés et exposés à la violence et à l'exploitation que les autres enfants.

Il faut à tout prix trouver les ressources nécessaires pour enrayer la crise et protéger les enfants; pour ce faire, la communauté internationale doit adopter des mesures de toute urgence.

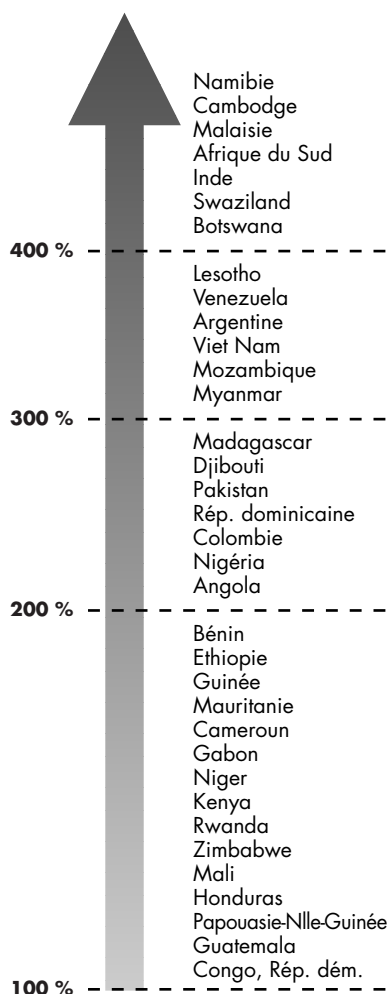


AFRIQUE
SUBSAHARIENNE

Ouganda	1 100
Zambie	890
Zimbabwe	700
Malawi	580
Togo	400
Botswana	390
Burundi	380
Côte d'Ivoire	380
Congo	360
Tanzanie	360
Rwanda	350
Rép. centrafricaine	340
Burkina Faso	290
Kenya	280
Ethiopie	250
Mozambique	180
Sierra Leone	170
Libéria	150
Congo, Rép. dém.	140
Tchad	130
Gambie	120
Afrique du Sud	110
Ghana	110
Namibie	110
Cameroun	100
Lesotho	100
Gabon	90
Sénégal	90
Nigéria	60
Mali	50
Guinée	40
Angola	30
Bénin	30
Niger	30
Guinée-Bissau	20
Mauritanie	10
Madagascar	2
Erythrée	n.d.
Maurice	n.d.
Somalie	n.d.

Un tribut toujours plus lourd

Pays dans lesquels le nombre d'orphelins du sida a brutalement progressé au cours des trois dernières années*



*Les pays sont listés en ordre descendant des pourcentages de progression sur la période de trois ans, 1994-1997. On entend par orphelin un enfant qui a perdu sa mère ou ses deux parents à cause du sida.

Source : OMS/ONUSIDA.



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Arabie saoudite	<1
Egypte	<1
Iran	<1
Iraq	<1
Israël	<1
Jordanie	<1
Koweït	<1
Liban	<1
Libye	<1
Oman	<1
Syrie	<1
Tunisie	<1
Turquie	<1
Yémen	<1
Algérie	n.d.
Em. arabes unis	n.d.
Maroc	n.d.
Soudan	n.d.

Note : < = inférieur à.
n.d. = données non disponibles



ASIE CENTRALE

Afghanistan	<1
Arménie	<1
Azerbaïdjan	<1
Géorgie	<1
Kazakhstan	<1
Kirghizistan	<1
Ouzbékistan	<1
Tadjikistan	<1
Turkménistan	<1



ASIE EST/SUD ET PACIFIQUE

Thaïlande	30
Cambodge	20
Myanmar	8
Papouasie-Nlle-Guinée	6
Inde	3
Malaisie	2
Népal	1
Nlle-Zélande	1
Pakistan	1
Sri Lanka	1
Rép. dém. pop. lao	1
Viet Nam	1
Australie	<1
Bangladesh	<1
Bhoutan	<1
Chine	<1
Corée, Rép.	<1
Corée, Rép. pop. dém.	<1
Indonésie	<1
Japon	<1
Mongolie	<1
Philippines	<1
Singapour	<1



AMÉRIQUES

Haïti	100
Honduras	20
Jamaïque	20
Trinité-et-Tobago	20
États-Unis	10
Rép. dominicaine	10
Panama	9
El Salvador	8
Costa Rica	6
Guatemala	6
Uruguay	4
Argentine	2
Équateur	2
Mexique	2
Chili	1
Colombie	1
Nicaragua	1
Paraguay	1
Pérou	1
Venezuela	1
Bolivie	<1
Canada	<1
Cuba	<1
Bésil	n.d.

CE QUE MONTRE CE TABLEAU
Le nombre d'enfants de moins de 15 ans sur 10 000 qui ont perdu leur mère ou les deux parents morts du sida

Note : Ces estimations ne comprennent pas les enfants qui ont perdu leur père seul.
Des données comparables concernant le nombre d'enfants devenus orphelins à cause du sida ne sont pas disponibles pour plusieurs pays développés ou pour des pays en transition. Ces pays ne font donc pas partie de ce classement.

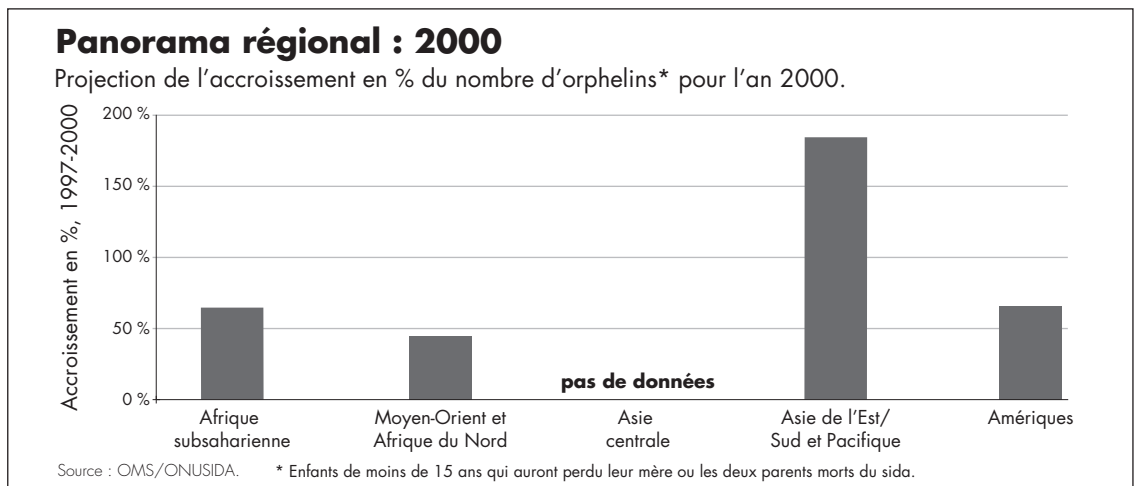
Source : OMS/ONUSIDA, données réunies à la fin de 1997.

Pays dans lesquels les chiffres sont les plus élevés*

Ouganda	1 100 000
Ethiopie	700 000
Tanzanie	520 000
Zambie	360 000
Zimbabwe	360 000
Kenya	350 000
Nigéria	350 000
Congo, Rép. dém.	310 000
Malawi	270 000
Côte d'Ivoire	240 000
Afrique du Sud	180 000
Burkina Faso	150 000
Mozambique	150 000
Burundi	110 000
Inde	110 000

*Enfants de moins de 15 ans qui ont perdu leur mère ou les deux parents morts du sida, fin 1997.

Source : OMS/ONUSIDA.



L'impact du sida sur les enfants

L'annulation des succès précieux remportés de haute lutte en matière de survie infantile et post-infantile dans un certain nombre de pays d'Afrique est l'une des conséquences les plus dévastatrices et les moins apparentes du VIH/sida.

Au Botswana, par exemple, 64 % des décès d'enfants de moins de 5 ans qui interviendront en l'an 2000 seront imputables au sida, réduisant pratiquement à néant les progrès impressionnants accomplis par ce pays en matière de santé infantile. Selon les projections, en Afrique du Sud et au Zimbabwe, le sida entraînera une augmentation de 100 % de la mortalité infantile et certains experts estiment que ce n'est qu'un début. Selon le Bureau américain de recensement, en l'an 2010, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Zimbabwe sera trois fois et demie supérieur à ce qu'il aurait été sans le sida, et le taux de mortalité infantile risque de doubler. Dans certains pays d'Afrique, trois lits sur quatre des services hospitaliers de pédiatrie sont occupés par des enfants souffrant du sida.

Le sida n'a pas seulement un impact sur les enfants qui sont infectés car, dans les pays les plus durement frappés, des millions d'enfants ont perdu leurs parents et d'autres personnes chargées de veiller sur eux, ce qui multiplie les risques pour leur santé, leur nutrition et leur éducation. Ces effets conjugués ont déjà une incidence sur la nutrition des enfants vivant dans des familles frappées par le sida. Il ressort d'une étude réalisée à Kagera (Tanzanie) que la consommation alimentaire des familles démunies chutait de 15 % lorsqu'un adulte est mort du sida, ce qui peut avoir des répercussions importantes sur le développement de l'enfant. En outre, les orphelins dont les parents sont morts du sida courent un risque supérieur à la moyenne de souffrir d'un retard de croissance; selon la Banque mondiale, ce serait le cas pour 50 % des orphelins.

Dans plusieurs pays, on s'attend à une baisse des taux d'alphabétisation car les enfants vivant dans des familles

frappées par le sida sont retirés de l'école lorsque leurs parents n'ont plus les moyens d'assumer les frais de scolarité ou qu'ils ont besoin des enfants pour aider à la maison ou pour contribuer au revenu familial. Les orphelins qui vivent dans des familles élargies sont généralement les premiers à se voir refuser le droit à l'éducation. Il ressort d'une étude réalisée en Zambie que, dans les zones urbaines, 32 % des orphelins n'étaient pas inscrits à l'école, le taux étant de 25 % pour les autres enfants. Dans les zones rurales, ces taux étaient respectivement de 68 et 48 %.

Il est très difficile de mesurer l'impact économique de la maladie, mais il ne fait aucun doute que l'augmentation des dépenses de santé et la perte du revenu familial limitent les ressources, ce qui accable encore davantage les femmes et expose les enfants qui survivent à la malnutrition, à l'analphabétisme et à la maladie. Le sida décime également les rangs des spécialistes et des intellectuels à la fleur de l'âge, ce qui a des implications potentiellement tragiques pour le développement. Il ressort d'une étude réalisée récemment au Malawi, par exemple, que le taux d'infection chez les enseignants est supérieur à 30 %.

Les systèmes médicaux, déjà peu performants, sont également mis à rude épreuve. Au Zimbabwe, selon les projections du gouvernement, le VIH/sida engloutira 60 % du budget de la santé en l'an 2005. Dans la plupart des pays en développement, la maladie fait augmenter le prix des soins médicaux et limite leur disponibilité, ce qui porte préjudice aux pauvres. Dans de nombreuses communautés, les enfants sains dont les parents sont morts du sida sont plus exposés que les autres au risque de succomber à des maladies évitables, car les infections dont ils souffrent sont souvent attribuées au sida; on ne prend donc pas la peine de les traiter.

Il a aussi été démontré que les orphelins ne sont pas vaccinés aussi systématiquement que les autres enfants et que leurs problèmes médicaux ne sont pas traités comme il le faudrait.

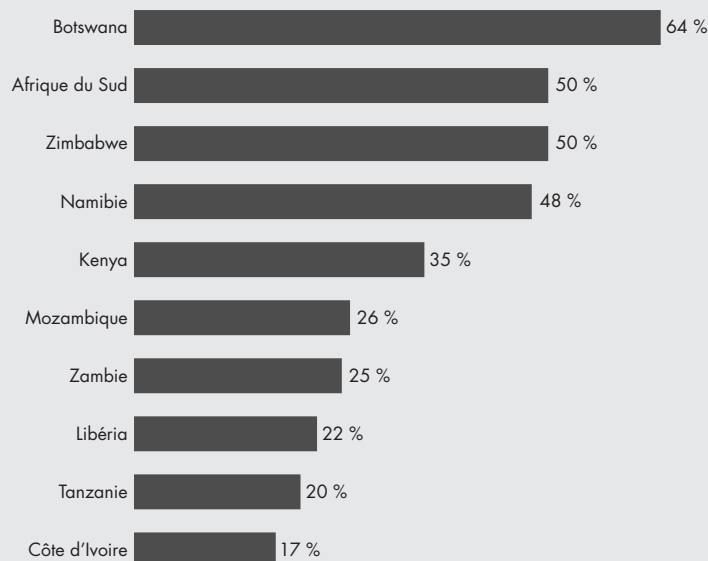


UNICEF/99-0286/Prozzi

Dans certains pays africains durement touchés par le sida, il n'est plus inhabituel que des enfants de moins de 15 ans dirigent des ménages. Cette jeune Ougandaise, dont les parents ont été emportés par le sida, s'occupe d'une grand-mère aveugle et de ses petits frères.

Sida et mortalité infantile

Projection du pourcentage de décès d'enfants de moins de 5 ans provoqués par le sida, pour la période 2000-2005



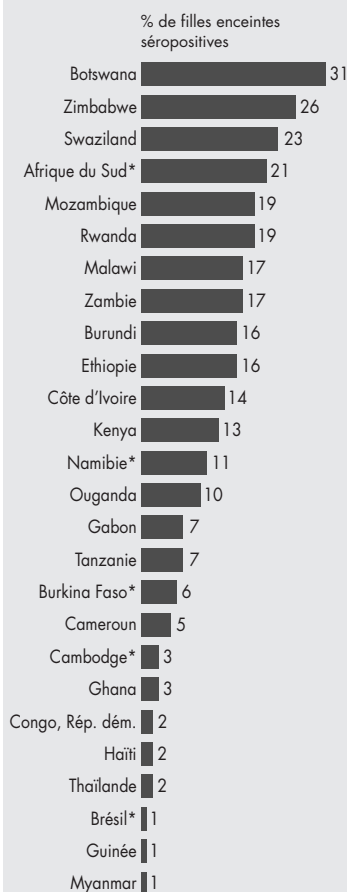
Source : ONU, Division de la population, 1999.

Le groupe le plus vulnérable : les adolescentes

Dans de nombreux pays, il a été prouvé que la prévalence du VIH était plus élevée chez les adolescentes que

Les plus vulnérables

Taux de VIH chez les adolescentes enceintes (âgées de 15 à 19 ans) se rendant dans des cliniques de soins prénatals dans les principales zones urbaines



*Comprend également des filles vivant en dehors des grandes zones urbaines.

Sources : OMS/ONUSIDA, Bureau de recensement des Etats-Unis, programmes nationaux de lutte contre le sida. Données : 1995-1998.

chez les adolescents. Une étude réalisée récemment dans l'ouest du Kenya a révélé que 25 % des filles âgées de 15 à 19 ans étaient porteuses du VIH, alors que le taux était de 4 % chez les garçons du même groupe d'âge. Dans les principales zones urbaines du Botswana, plus de 30 % des adolescentes enceintes sont infectées. Le taux est supérieur à 20 % en Afrique du Sud, au Swaziland et au Zimbabwe (voir graphique). Les études réalisées en Zambie révèlent que le taux de séropositivité déploré chez les adolescentes (12 %) est trois fois supérieur à celui des adolescents.

Les taux élevés de prévalence chez les

filles s'expliquent par la vulnérabilité biologique de leur organisme face à l'infection, par leur fragilité sociale et physique en matière de sexualité et par les ravages de la discrimination liée au sexe. Les écarts entre les taux de séropositivité des filles et des garçons indiquent également que les filles risquent davantage d'être infectées par des hommes plus âgés que les garçons du même âge.

En Asie, les taux d'infection par le VIH des adolescentes sont faibles comparés à ceux de l'Afrique, bien que les taux affichés par l'Asie soient en augmentation : en Inde, une clinique prénatale située à Mumbai indique qu'actuellement 5 % des adolescentes enceintes sont porteuses du VIH, soit un taux deux fois supérieur à celui de 1994. Dans 19 provinces du Cambodge, plus de 40 % des prostituées de moins

de 19 ans sont séropositives. Dans les zones urbaines du Myanmar, le taux chez les prostituées adolescentes est de 25 %. Toutefois, en Thaïlande, des interventions précoces ont permis de réduire la prévalence du VIH dans les groupes à haut risque, et notamment chez les adolescents qui se livrent à la prostitution. Selon les épidémiologistes, comme les jeunes ont été frappés relativement récemment, la progression du taux d'infection dans ce groupe de population traduit une augmentation de la propagation de la maladie. C'est aussi un signe évident que les programmes d'éducation et de prévention ne sont pas appliqués ou n'obtiennent pas les résultats escomptés.

Dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, les interventions ciblant les jeunes se sont avérées les plus efficaces et rentables

pour lutter contre la crise à long terme. Dans l'étude la plus compréhensive et la plus récente sur l'éducation portant sur la santé en matière de sexualité et qui couvre 68 pays, l'ONUSIDA a conclu qu'une bonne éducation aide à retarder les premières relations sexuelles et protège les jeunes qui ont des relations sexuelles du VIH, d'autres maladies transmissibles sexuellement et de la grossesse. Malgré les craintes d'aucuns, il n'en résulte pas une activité sexuelle précoce ou augmentée.

Les avantages de l'éducation sont démontrés très clairement en Ouganda, le premier pays africain croulant sous le fardeau du sida à réagir. Dans ce pays, le plus grand recul dans les taux de prévalence s'est montré parmi les jeunes entre 15 et 19 ans, qui ont vu les taux baisser dans certaines régions de 38 % en 1991 à 7,3 % en 1996.

L'infection par le VIH progresse parmi les adolescents en Amérique du Nord et en Europe

Partout dans le monde, le nombre d'adolescents infectés par le VIH progresse; la moitié des 5,8 millions d'infections recensées en 1998 a frappé le groupe d'âge des 15 à 24 ans.

Les adolescents des pays en développement sont les plus touchés, mais le risque grandit pour ceux des pays industrialisés et des pays en transition, en raison de l'apparition de nouveaux modes de transmission. Par exemple, les jeunes âgés de 13 à 21 ans représentent un quart des nouveaux cas d'infection déplorés aux Etats-Unis, et au Canada le VIH se propage à un rythme toujours plus rapide chez les adolescents. Les jeunes femmes sont de plus en plus les principales victimes.

En Europe orientale et en Asie centrale, la consommation toujours plus répandue de drogues par voie intraveineuse a fait exploser les taux d'infection : près de 270 000 personnes vivent aujourd'hui avec le VIH/sida, dont une proportion non négligeable sont des adolescents ayant été contaminés récemment. L'épidémie a fait le plus grand nombre de victimes en Ukraine : ce pays affiche à lui seul 18 000 cas de séropositivité chez des adolescents. Jusqu'en 1995, le nombre de cas de VIH/sida tant chez les adultes que chez les enfants était inférieur à 30 000 dans toute la région.

La prise de drogues par voie intraveineuse est un facteur important. La Fédération de Russie, qui compte plusieurs millions de toxicomanes, pourrait voir une augmentation spectaculaire du nombre d'infections, surtout chez les jeunes : à Saint-Petersbourg, par exemple, jusqu'à 20 % des toxicomanes sont des adolescents qui n'ont parfois pas plus de 12 ans.

La maladie est destinée à se propager encore davantage. Les troubles socio-économiques s'accompagnent non seulement d'un accroissement de la consommation de drogues, mais de modifications importantes des comportements sexuels chez les jeunes et d'une augmentation très nette de maladies transmissibles sexuellement. En

Fédération de Russie, le nombre de femmes de moins de 18 ans qui sont sexuellement actives a quadruplé, une tendance constatée également dans d'autres pays de la région. En opposition avec l'Europe occidentale, où 60 % des adolescents sexuellement actifs utilisent des préservatifs, cette ignorance se solde par un comportement à haut risque; en République de Moldova, par exemple, le taux d'utilisation du préservatif est d'environ 8 %.

Jusqu'à aujourd'hui, les programmes de prévention du VIH/sida sont appliqués de manière limitée dans certains pays. L'UNICEF finance depuis 1997 des programmes d'échange d'aiguilles, dont un à Odessa, qui ont été couronnés de succès.

Adolescents exposés

Adolescents (âgés de 15 à 19 ans) porteurs du VIH/sida

Europe occidentale		Europe orientale	
Espagne	5 400	Ukraine	18 000
Portugal	3 300	Russie, Féd.	2 300
France	2 600	Pologne	1 100
Italie	2 200	Sous-total	21 400
Allemagne	1 000	Total pour les 13 pays européens	37 700
Royaume-Uni	600		
Belgique	400	Amérique du Nord	
Grèce	400	Etats-Unis	17 000
Suisse	300		
Pays-Bas	100		
Sous-total	16 300		

Sources : Homers et Downs, Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (CESES), 1999, Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis. Données à la fin de 1997.

Né avec le sida

Le VIH/sida fait de terribles ravages parmi les jeunes Africains : sur les 590 000 enfants infectés par le VIH dans le monde en 1998 (un chiffre inégalé jusqu'ici), 530 000 vivaient en Afrique subsaharienne. La plupart d'entre eux ont été infectés avant leur naissance ou pendant l'accouchement, ou encore par le lait maternel. A titre de comparaison, moins de 1 000 nourrissons ont été infectés en 1998 en Amérique du Nord et en Europe occidentale prises ensemble.

La pauvreté et la pénurie de services médicaux, d'éducation et de médicaments pour traiter le sida qui en résulte, expliquent en grande partie ce cruel écart. Mais le facteur le plus important est peut-être l'impossibilité pour les femmes de prendre elles-mêmes des décisions concernant leur vie sexuelle et divers aspects de leur santé. La chape de honte et de silence qui recouvre

toujours ceux qui sont porteurs de la maladie dans la plupart des pays d'Afrique n'est pas non plus inoffensive. La peur et la honte de même donner à penser qu'elles peuvent être atteintes empêchent de nombreuses femmes de se protéger et de protéger leurs enfants. Les jeunes femmes sont les principales victimes des pressions physiques et sociales (voir « *Le groupe le plus vulnérable : les adolescentes* », page 23).

Dans les pays industrialisés, on administre aux femmes séropositives qui sont enceintes le médicament anti-rétroviral zidovudine (ZDV, mieux connu sous le nom d'AZT), au plus tard dès la 14^e semaine de la grossesse, et le médicament est administré aux nourrissons pendant les six semaines qui suivent leur naissance; ce traitement est très onéreux. La possibilité d'accoucher par césarienne (voir « *Manque de soins obstétriques : mères et enfants à risque* », page 15) et d'avoir recours à un allaitement artificiel sans danger limitent également le risque de transmission de la mère à l'enfant. De tels schémas thérapeutiques expliquent que le taux de transmission soit égal ou inférieur à 5 % tant en France qu'aux Etats-Unis, par exemple. A titre de comparaison, dans le monde en développement, entre 25 et 35 % des enfants nés de mères séropositives contractent l'infection pendant la grossesse, l'accouchement ou par le lait maternel.

Tests anti-retroviraux

Nous avons bon espoir aujourd'hui de pouvoir aussi limiter la transmission de la mère à l'enfant dans le monde en développement. L'an dernier, des tests effectués en Thaïlande en administrant de l'AZT pendant une courte période (de la 36^e semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement) ont permis de limiter d'environ 50 % la transmission du virus. Une étude plus récente a révélé qu'une thérapeutique plus courte à base d'AZT et de lamivudine (3TC) administrée lors de l'accouchement et pendant une semaine après l'accouchement à la mère et à l'enfant réduisait de 37 % les risques de transmission. A la suite de l'étude thaïlandaise, l'ONUSIDA et les deux organisations qui la coparrainent, l'OMS et l'UNICEF, ont annoncé le lancement d'un projet pilote qui durera deux ans et qui a pour but de réduire la trans-



Des enfants au Centre pour enfants de Vienpang à Chang Mai (Thaïlande). Ce centre, qui bénéficie d'une aide de l'UNICEF, s'occupe des enfants séropositifs ainsi que de ceux qui ont perdu leurs parents à cause du sida.

Aggravation entre 1994 et 1997

Pays dans lesquels le nombre d'enfants porteurs du VIH/sida ...

... a quadruplé	Nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) infectés
Chine	1 400
Namibie	5 000
Viet Nam	1 100

... a triplé	Nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) infectés
Afrique du Sud	80 000
Cambodge	5 400
Inde	48 000
Malaisie	1 400
Myanmar	7 100
Rép. dominicaine	1 400
Swaziland	2 800

... a doublé	Nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) infectés
Angola	5 200
Bénin	2 400
Botswana	7 300
Djibouti	1 300
Lesotho	3 100
Mozambique	54 000
Nigéria	99 000
Pakistan	1 800

Source : OMS/ONUSIDA.

Note : Les chiffres cités ci-dessus sont des estimations datant de la fin de 1997. Dans de nombreux pays, les estimations à la fin de 1999 pourraient être beaucoup plus élevées.

mission mère-enfant. Trente mille femmes dans 11 pays participeront à ce projet. Des travaux sont en cours pour créer les établissements et les capacités nécessaires dans ces 11 pays, et les mères séropositives sont déjà traitées en Côte d'Ivoire et en Thaïlande.

Toutefois, l'accès à des établissements où les femmes peuvent aller se faire tester confidentiellement et recevoir des conseils sur les options possibles en matière de fécondité et d'alimentation de leur bébé est encore plus important pour limiter la propagation du virus. Mais nombre de femmes n'ont pas accès à ces tests et conseils confidentiels et, lorsqu'elles sont séropositives, elles sont victimes de discrimination et parfois même de violence. Et un grand nombre de mères qui se savent séropositives n'ont pas accès aux substituts du lait maternel sans danger dont elles ont besoin (voir « *Le VIH et l'alimentation du nourrisson* », à la page d'en face).

Inquiétude en Asie

La crise à laquelle l'Afrique fait face depuis plus de 10 ans fait tache d'huile. L'augmentation de la prévalence chez les enfants révèle une propagation

rapide du virus, constatée également dans de nombreux pays où, récemment encore, l'incidence de la maladie était relativement faible. En Inde, par exemple, 48 000 enfants étaient infectés à la fin de 1997, soit trois fois plus qu'en 1994. Dans trois pays dont les taux de séroprévalence sont restés faibles, la Chine, la Namibie et le Viet Nam, le taux d'infection a quadruplé entre 1994 et 1997.

Tribut levé par le sida sur les enfants

Pays affichant le plus grand nombre d'enfants atteints du VIH/sida

	Nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) infectés
Ethiopie	140 000
Nigéria	99 000
Afrique du Sud	80 000
Tanzanie	68 000
Ouganda	67 000
Kenya	66 000
Zimbabwe	57 000
Mozambique	54 000
Congo, Rép. dém.	49 000
Inde	48 000

Source : OMS/ONUSIDA, données à la fin de 1997.

Malgré un certain progrès, le traitement de la tuberculose atteint trop peu de malades

Près d'un tiers des malades du sida meurent en fait de tuberculose : leur système immunitaire étant affaibli, ils deviennent une proie facile pour cette maladie. Sous l'influence de l'épidémie du sida, la tuberculose gagne du terrain, tuant maintenant près de 2 millions de personnes par an.

Mais, tandis que les médicaments permettant de traiter le sida et de prolonger la vie des patients restent une réalité lointaine pour le monde en développement, nous disposons d'un traitement très efficace et d'un prix abordable pour lutter contre la tuberculose. Une stratégie appelée Traitement directement observable à court terme, recommandée par l'OMS, permet de traiter jusqu'à 95 % des cas de tuberculose, d'endiguer la propagation de souches résistant aux médicaments, tout en améliorant la qualité de vie des malades du sida. Ce traitement consiste notamment à observer les malades pour qu'ils absorbent les doses appropriées de médicaments antituberculeux pendant toute la durée du traitement, ce qui est essentiel pour éviter les souches de tuberculose résistant à tous les médi-

caments qui sont apparues au cours des dernières années.

Toutefois, le traitement recommandé n'est administré qu'à 16 % des patients souffrant de tuberculose. Dans 12 des 22 pays qui déplorent 80 % des cas de tuberculose de la planète, la stratégie n'atteint que moins de la

moitié des malades. Cinq pays seulement affichent des progrès notables : le Cambodge, le Kenya, le Pérou, la Tanzanie et le Viet Nam appliquent la stratégie à l'échelon national et annoncent des taux de succès considérables. Au Pérou, un pays qui comptait dans le passé un quart des cas de tuberculose

déclarés en Amérique latine, cette stratégie traite 85 % des cas.

Par contre, le Brésil, qui affiche le nombre le plus élevé de cas d'Amérique latine, n'applique pas la stratégie au niveau national. La Fédération de Russie, le Nigéria et l'Ouganda ne l'utilisent que dans 10 % des cas. L'Inde, avec 1,8 million de cas de tuberculose estimés, soit 23 % du total mondial, a fait quelques progrès au cours des dernières années, traitant ainsi quatre fois plus de patients en 1998 qu'en 1997. Quant à la Chine, qui a dénombré plus d'un million de cas, elle a établi un programme efficace qui ne couvre toutefois que la moitié du pays.



Des enfants attendent d'être inscrits pour les vaccinations dans l'un des nombreux dispensaires qui bénéficient d'une aide de l'UNICEF en Chine.

UNICEF/93-1750/Lemoine

Traitement de la tuberculose dans les pays les plus touchés*

Grands progrès : dans lesquels plus de la moitié des cas de tuberculose sont traités dans le cadre du programme de Traitement directement observable**, avec un taux de succès supérieur à 70 %.

Cambodge
Kenya
Pérou
Tanzanie
Viet Nam

Certains progrès : pays dans lesquels entre 10 et 50 % des cas de tuberculose sont traités dans le cadre du programme de Traitement directement observable, avec un taux de succès supérieur à 70 %.

Afrique du Sud
Bangladesh
Chine
Ethiopie
Inde
Indonésie
Myanmar
Philippines
Thaïlande

Progrès lents : pays dans lesquels le programme de Traitement directement observable n'est soit pas appliqué, soit utilisé pour traiter moins de 10 % des cas de tuberculose.

Afghanistan***
Brésil
Congo, Rép. dém.***
Nigéria
Ouganda
Pakistan***
Russie, Féd.
Zimbabwe***

* Déclare 80 % des cas de tuberculose.

** Traitement directement observable à court terme.

*** Applique le Traitement directement observable, mais il n'y a pas de données disponibles.

Source : OMS.

Le VIH et l'alimentation du nourrisson

Selon les estimations, actuellement au moins un enfant sur sept nourris au sein par une mère séropositive court le risque d'être infecté par le lait maternel. Entre 500 et 700 nourrissons contractent ainsi quotidiennement le virus, mais le mécanisme de transmission n'est pas encore bien compris.

Avant l'apparition de ce spectre terrifiant, on estimait que l'allaitement maternel était le meilleur aliment pour nourrissons dans pratiquement tous les cas. Aujourd'hui, en raison du risque de transmission du VIH par le lait maternel, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont établi conjointement des directives sur l'allaitement maternel afin d'aider les décideurs et les agents sanitaires à prendre ce risque en considération et à sauvegarder les droits de la mère et de l'enfant. Ces directives s'articulent autour du droit de la mère de décider, en toute connaissance de cause, ce qui lui convient le mieux ainsi qu'à son enfant et d'obtenir l'appui nécessaire pour appliquer cette décision.

Les directives mettent en garde contre le risque potentiel qu'il y a à combiner allaitement maternel et allaitement artificiel. En effet, on a constaté récemment que cette combinaison pouvait être particulièrement dangereuse pour les enfants. Il ressort d'une nouvelle étude portant sur des bébés de moins de 3 mois dont les mères sont séropositives

que ceux qui sont nourris exclusivement au sein courraient beaucoup moins de risques qu'on ne l'avait cru.

L'étude avance que c'est peut-être le fait de donner au nourrisson, en plus du lait maternel, des aliments solides ou d'autres liquides au cours des premiers mois qui cause des blessures aux viscères de l'enfant et permet au virus mortel du VIH d'entrer dans les tissus corporels. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour mieux explorer ces importantes observations préliminaires.

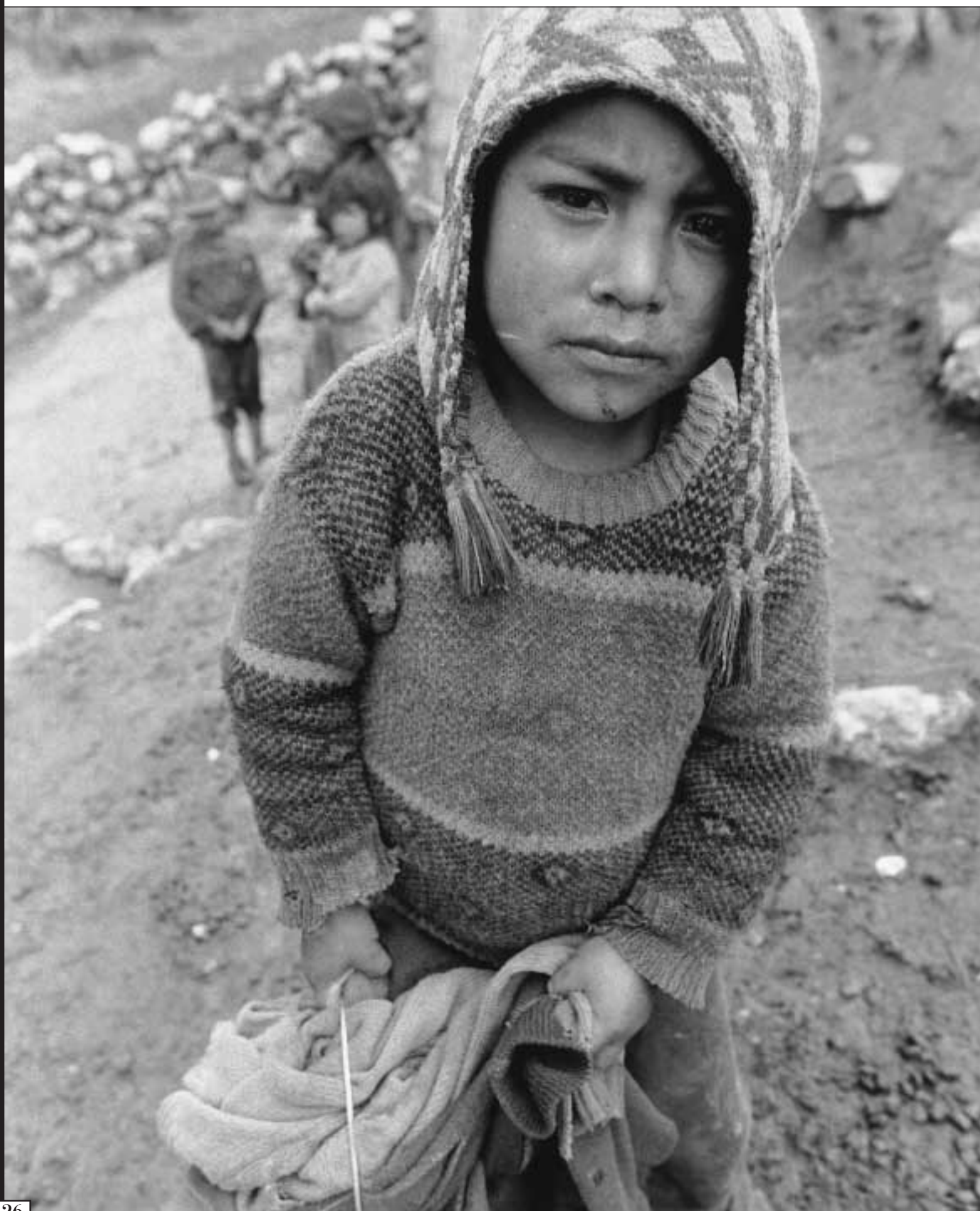
En attendant, il faut à tout prix éviter que les femmes qui peuvent allaiter sans danger ne se tournent vers l'allaitement artificiel. Le meilleur moyen consiste à encourager les gouvernements à continuer d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Les directives préconisent également que les femmes et les hommes aient un accès confidentiel à des conseils et au test du sida. Les femmes qui se savent séropositives doivent être au courant du risque de transmission du VIH à leurs bébés ainsi que des avantages et des dangers que comportent les différentes options en matière d'alimentation des nourrissons.

Les femmes dont le test est négatif ou qui ne connaissent pas leur état doivent être informées des avantages de l'allaitement et de la nécessité absolue d'éviter la contamination.

LA DETTE A UN VISAGE D'ENFANT

PRÉSENTATION : OBLIGATION D'ALLÉGER LA DETTE



La dette a un visage d'enfant

Par Shridath Ramphal

Depuis près de 20 ans, la crise de l'endettement handicape certains des pays parmi les plus pauvres de la planète, fragilisant la croissance économique et dépouillant la santé, l'éducation et d'autres services vitaux de ressources déjà maigres. La campagne en faveur de l'allègement de la dette peut-elle se traduire en action efficace afin de débarrasser les enfants du nouveau millénaire des chaînes de l'endettement et de la pauvreté ?

Inscrit au sommet du Mémorial de Sun Yat-sen, dans les Montagnes or violet qui surplombent Nanjing, dans l'est de la Chine, on peut lire les mots suivants : « *Tien xia wei gong* » (Tout ce qui est sous le ciel appartient à tous). Sun Yat-sen a repris ces mots d'un ancien texte chinois et l'a érigé en principe directeur du mouvement qui a libéré le pays du féodalisme.

Le féodalisme, qui est inscrit dans l'histoire de la plupart des nations, d'Est en Ouest et du Nord au Sud, a maintenu les peuples dans une dépendance permanente, les divisant en puissants et en faibles, en nantis et en laissés-pour-compte, en décideurs qui fixaient des règles et en ceux qui devaient les suivre. La société humaine, et c'est tout à son honneur, s'est tournée vers des systèmes moins néfastes et moins arbitraires, qui permettent de partager un peu plus équitablement les richesses de la terre et les fruits du labeur de l'homme. Cependant, si les concepts de partage et d'équité se sont peu à peu imposés, c'est seulement au sein des Etats, et ils ne sont guère appliqués entre les Etats.

Les mots inscrits sur ce mémorial ont toujours un sens pour la planète,

et surtout pour notre société moderne universelle : mais ce qui est sous le ciel n'a *jamais* appartenu et *n'appartient toujours pas* à tous ceux qui peuplent la Terre.

Les millions de personnes parmi les plus pauvres de la planète, en particulier en Afrique, qui sont prises au piège de la servitude pour dette, en sont l'évidence même. Comme les liens qui les unissaient aux seigneurs féodaux, leur vie et leur travail ont été hypothéqués par les banques et les gouvernements des pays riches, souvent par des dirigeants qu'ils n'ont pas choisis, pour financer des projets dont ils ne tirent aucun profit. La dette, à l'instar d'un système politique répressif, les prive de leurs droits. Et cette tyrannie est particulièrement douloureuse aujourd'hui, à une époque où l'Afrique subsaharienne est aux prises avec un fléau sans précédent, avec la propagation implacable du sida.

Dans les couloirs froids du pouvoir financier, on peut parler de la situation désespérée des endettés en termes de mouvements de capitaux, de ratios du service de la dette et de réputations de solvabilité. Mais dans la chaleur et la poussière de la vie réelle, la dette se répercute sur la vie,

la vie des populations – et surtout celle de leurs enfants.

Les enfants paient le prix

C'est sur les enfants, sur leur corps et leur esprit, que le fardeau de la dette pèse le plus lourdement, tuant les uns et retardant le développement des autres qui n'atteindront jamais leur potentiel. Elle prive les enfants de vaccins contre des maladies mortelles qui sont pourtant facilement évitables. Elle les condamne à une vie sans éducation ou, s'ils vont à l'école, à des salles de classe sans toit, sans pupitres, sans chaises, sans tableau noir, sans manuels, parfois même sans crayons. Elle les rend orphelins car des centaines de milliers de mères meurent chaque année en couches, meurent à cause des insuffisances dans les services médicaux et autres services que la pauvreté intensifie.

Les gouvernements de pays en développement qui favorisent leur propre élite au détriment des pauvres ont sans nul doute une grande part de responsabilité. Mais les contraintes liées à la dette imposent des difficultés aux nombreux gouvernements qui désirent restructurer leur budget en faveur de priorités axées sur les enfants, et même s'ils y arrivent ces contraintes les empêchent pratiquement d'atteindre leurs objectifs. L'Afrique subsaharienne, par exemple, consacre un montant plus élevé au service d'une dette qui atteint 200 milliards de dollars qu'à la santé et à l'éducation de ses 306 millions d'enfants. Ce schéma est absurde sur le plan économique et indéfendable sur le plan moral.

Chaque bébé qui naît en Mauritanie débute dans la vie avec une dette de 997 dollars, le montant étant de 1 213 dollars au Nicaragua et de 1 872 dollars au Congo. La moyenne pour l'ensemble des pays en développe-

ment est de 417 dollars. Pourtant, en 1990, il y a près de 10 ans, 71 chefs d'Etat et de gouvernement, réunis à l'occasion du Sommet mondial pour les enfants, se sont engagés à adopter des « mesures en faveur d'un allègement de la dette » pour lancer « une attaque mondiale contre la pauvreté ». Ils ont affirmé qu'il était essentiel « de continuer à rechercher d'urgence une solution globale et durable au problème de la dette extérieure auquel doivent faire face les pays en développement débiteurs ».

Ces dirigeants de la planète ont adhéré à la Convention relative aux droits de l'enfant adoptée l'année précédente par l'Assemblée générale des Nations Unies et ratifiée aujourd'hui par tous les pays à l'exception de deux, et ils se sont engagés à atteindre une série d'objectifs avant l'an 2000. Parmi ces objectifs, on peut citer une réduction de moitié de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, une diminution d'un tiers de leur taux de mortalité, une réduction de moitié des taux de mortalité maternelle, la possibilité pour tous les enfants de fréquenter l'école primaire et la vaccination de 90 % des nourrissons du monde entier.

L'endettement menace gravement la réalisation de ces objectifs. La résolution de la crise de la dette ne permettra pas, en soi, d'atteindre ces objectifs : pour cela, il est absolument essentiel de disposer de politiques nationales. Mais sans solution à ce problème de l'endettement, il n'y a aucune chance de mettre en pratique de saines politiques nationales ni de pouvoir réaliser ces objectifs d'ici à l'an 2000, ou même dans un avenir prévisible.

L'endettement n'est pas intrinsèquement mauvais : en effet, l'argent prêté, emprunté et dépensé intelligemment stimule la croissance et améliore les conditions de vie des

Sir Shridath Ramphal, coprésident de la Commission de Gouvernance Globale, est le négociateur en chef pour les Caraïbes sur les questions d'économie internationale. Il fut secrétaire général du Secrétariat du Commonwealth et Ministre des affaires étrangères du Guyana.

LA DETTE A UN VISAGE D'ENFANT

PRÉSENTATION : OBLIGATION D'ALLÉGER LA DETTE

populations. La crise de la dette n'est pas non plus un phénomène nouveau : des cités de la Grèce antique se sont trouvées dans l'impossibilité de rembourser les emprunts accordés par le temple de Delos.

Cependant, la crise actuelle, qui frappe plusieurs pays parmi les plus pauvres de la planète, constitue un véritable handicap en raison du montant de leurs dettes.

Les graines de la crise ont été semées au début des années 70 lorsque les pays membres de l'OPEP ont augmenté de manière spectaculaire le prix du pétrole et déposé les recettes supplémentaires ainsi réunies dans des banques occidentales. En raison des intérêts à verser sur ces dépôts, les banques ont rapidement cherché des emprunteurs dans des pays en développement. Elles ont découvert que le monde en développement avait besoin de liquidités pour investir dans ses infrastructures et ses industries et pour acheter du pétrole au nouveau prix. Ainsi, dans un monde qui semblait crouler sous la richesse, des prêts privés – souvent imprudents – ont été consentis à des pays en développement; les pays riches et les institutions financières internationales, comme la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI), ont également élargi leurs prêts à des pays à revenu faible moins solvables.

Les pays en développement ont été séduits, tout aussi imprudemment, par la faiblesse des taux d'intérêts, qui étaient souvent inférieurs au taux d'inflation. Sûrs que leurs produits de base continueraient à se vendre à un bon prix et que les taux d'intérêt resteraient bas, ils ont misé sur un remboursement des prêts qui ne devait pas poser de problème. Une grande partie de l'argent emprunté a servi à financer des projets inadéquats, à acheter des armes, quand cet argent n'est pas allé alimenter des comptes dans des banques privées étrangères. Les pauvres, les femmes et les enfants n'en ont que rarement bénéficié.

Mais les prix des produits de base ont chuté, les taux d'intérêt ont augmenté et, en 1979, le prix du pétrole a subi une nouvelle hausse. Constatant que le coût du service de la dette montait en flèche et que leurs recettes dégringolaient, les pays en développement ont emprunté frénétiquement pour s'acquitter de leurs obligations et éviter la ruine. Mais

chaque augmentation d'un point des taux d'intérêt dans les années 80 est venu ajouter 5 milliards de dollars au montant annuel que devaient verser les pays débiteurs. Des arriérés meurtriers se sont accumulés.

Avec un modèle mathématique que seuls les prêteurs pouvaient adopter et trouver équitable, entre 1983 et 1990, les pays en développement endettés ont remboursé la somme stupéfiante de 1 000 milliards de dollars. Le plus étonnant est que, malgré cet énorme transfert de richesses, le fardeau de la dette de ces pays, qui s'élevait à 800 milliards de dollars en 1983, atteignait 1 500 mil-

84 milliards en 1980 et doit 200 milliards de dollars aujourd'hui, une somme impossible à extraire de ses économies fragiles.

L'Afrique accablée

L'Afrique a remboursé plusieurs fois sa dette initiale en valeur nominale, ce qui lui a fait perdre des acquis sociaux précieux et ce qui a mis les économies au bord de la faillite. Entre un quart et un tiers des budgets nationaux des pays d'Afrique subsaharienne (et 40 % des pays pauvres les plus endettés) vont à financer le service de la dette. Pour des pays soumis à l'impact catastro-

que le budget de l'éducation et neuf fois supérieur à celui de la santé de base. Le Mozambique rembourse des sommes plus élevées à des créiteurs riches qu'il n'en consacre à l'éducation et à la santé de base prises ensemble. Il en va de même pour la Zambie, qui doit actuellement 7,2 milliards de dollars au titre de la dette, soit un montant 5 à 6 fois supérieur aux recettes tirées de ses exportations.

La crise est encore aggravée par le fait que l'aide publique au développement (APD) a atteint son niveau le plus bas. La part de leur produit national brut (PNB) que les pays industrialisés consacrent à l'aide est actuellement de 0,22 %, soit moins d'un tiers des 0,7 % fixés par l'ONU. Si l'aide s'était seulement maintenue au niveau de 0,33 % affiché en 1992, les pays en développement disposeraient de 24 milliards de dollars supplémentaires par an.

En outre, près d'un quart de l'aide bilatérale attribuée aux pays pauvres fait boomerang et revient aux donateurs au titre du remboursement des dettes. En Tanzanie, un dollar sur trois accordés au titre de l'aide, et au Nicaragua et en Zambie un dollar sur deux, sont gaspillés ainsi inutilement au lieu d'être consacrés à soulager la pauvreté et à jeter les bases d'une croissance future.

La dette accroît la dépendance envers l'aide, ralentit la croissance, entrave les investissements étrangers, est source d'instabilité et engoutit des sommes qui pourraient être consacrées à la santé, à l'éducation et à d'autres services vitaux. En outre, la crise de la dette a privé les pays créiteurs de près de 6 millions d'emplois dans les années 80, car l'argent que les pays débiteurs auraient pu consacrer à l'achat de produits est allé au service de la dette.

Une palette de capitales et de pays ont donné leur nom à des initiatives visant à sortir les pays des chaînes de l'endettement : Londres, Lyon, Maurice, Naples, Toronto, Trinité-et-Tobago. Mais pour les pauvres, leurs résultats furent si faibles, que ces initiatives auraient tout aussi bien pu être lancées au pays du rêve.

La voie suivie aujourd'hui s'appelle Initiative pour la réduction de la dette des pays pauvres très endettés (Initiative PPTE); elle a pour but d'aider 41 pays pauvres dont 33 sont situés en Afrique. Leurs taux de mortalité infantile sont d'un tiers



UNICEF/98-0254/Chalasani

Plus d'un tiers des enfants vivant dans des pays très endettés ne sont pas vaccinés et près de la moitié des habitants de ces pays sont illettrés.

liards en 1990 et près de 2 000 milliards en 1997, en raison des arriérés du service de la dette et des nouveaux emprunts auxquels ils ont été contraints.

La crise s'est généralisée, mais c'est l'Afrique subsaharienne qui est la plus gravement frappée : elle devait

phique du sida, une utilisation aussi insensée de ressources limitées est particulièrement cruelle.

Ce détournement massif de ressources coûte cher aux enfants. En République-Unie de Tanzanie, le montant affecté au remboursement de la dette est quatre fois plus élevé

supérieurs (et leurs taux de mortalité maternelle pratiquement trois fois supérieurs) à la moyenne des pays développés : plus d'un tiers des enfants ne sont pas vaccinés et près de la moitié de leur population est analphabète.

L'Initiative PPTE est notre meilleur espoir de ramener la dette à un niveau jugé viable. Mais que les résultats sont lents et laborieux ! Aujourd'hui, deux pays seulement ont bénéficié d'un allègement de leur dette, malgré l'extrême urgence de la situation.

Les pays doivent satisfaire à des critères difficiles, souvent inappropriés, pour bénéficier de l'Initiative; ils doivent, par exemple, appliquer pendant trois à six ans des programmes d'ajustement structurel rigoureux, qui souvent les appauvrissent encore ou renforcent les inégalités sans pour autant promouvoir leur croissance. L'Initiative a fixé la proportion du service de la dette aux recettes tirées des exportations à 20-25 %, malgré le fait que les pays pouvaient difficilement déboursier 16 % en 1996. Ils ne seront donc pas plus en mesure qu'auparavant – et probablement moins aptes – à atteindre leurs objectifs en faveur des enfants.

Cette initiative, dont le coût a été évalué à environ 12,5 milliards de dollars, est dotée de fonds limités, privilégiant ainsi une apparence de rectitude financière au détriment d'un secours réel aux pauvres. L'expérience du Honduras permet de juger de l'improbabilité de voir ces fonds se matérialiser. Le Honduras a été ravagé à la fin de 1998 par l'ouragan Mitch, mais il n'a reçu qu'une fraction de l'aide promise par les donateurs pour lui permettre de s'acquitter cette année de ses obligations d'un montant de 200 millions de dollars au titre du service de la dette. On peut citer en comparaison la rapidité avec laquelle les donateurs ont réussi à mobiliser 100 milliards de dollars en quelques mois pour tirer d'affaire l'Asie de l'Est, dont l'insolvabilité menaçait les économies occidentales !

Une campagne vigoureuse a été lancée pour persuader les gouvernements des pays riches d'assouplir l'Initiative PPTE et d'accorder plus rapidement leur assistance. Cette année, l'Allemagne, le Canada, les Etats-Unis et le Royaume-Uni ont fait un appel en faveur de l'adoption de réformes permettant d'accélérer

le rythme, demandant également que la dette de certains pays gravement frappés soit annulée.

L'OXFAM a également proposé des réformes, visant notamment à accorder une aide plus rapide et plus importante aux pays débiteurs désireux de consacrer 85 à 100 % des économies ainsi réalisées à des programmes destinés à réduire la pauvreté. Il faudrait, bien entendu, que ces programmes soit adoptés dans un esprit de collaboration entre les prêteurs et les emprunteurs. Il a en outre été proposé que, avant tout remboursement de la dette, les emprunteurs comme les prêteurs s'engagent à protéger la capacité des pays endettés à fournir des services sociaux de base à leurs populations.

L'Ouganda, par exemple, qui est le premier pays à bénéficier d'un allègement, contribue à l'éducation de 2 millions d'enfants supplémentaires; la Bolivie, qui vient en second, participera au financement d'un programme national visant à réduire la pauvreté rurale. Selon l'OXFAM, une telle assistance permettrait à la Tanzanie d'inscrire pratiquement tous les enfants du pays à l'école primaire, au Mozambique de doubler ses dépenses de santé et de remettre en état ses écoles et ses centres médicaux, et au Nicaragua de réaliser tout un éventail d'objectifs, notamment l'éducation primaire gratuite et universelle, l'amélioration des soins de santé primaires de 1,2 million de personnes et l'approvisionnement en eau salubre de 600 000 habitants supplémentaires.

Pression en faveur de l'annulation de la dette

Si la valeur de ces réformes est indubitable, elles ne sont toutefois pas suffisantes. Une dette qui ne peut être remboursée exacerbe la pauvreté, c'est pourquoi une partie des dettes, si ce n'est toutes les dettes doivent être annulées, au moins pour les pays les plus pauvres. La campagne Jubilé 2000 en faveur de l'annulation en bloc des dettes non remboursables à l'occasion du millénaire, a été accueillie favorablement et a reçu l'aval de plusieurs dirigeants politiques et chefs religieux. La date précise de cette annulation reste encore à définir, mais la nécessité d'annuler certaines dettes est incontestable.

D'aucuns prétendent que cette annulation créera un précédent et

que plus personne ne voudra prêter aux pays débiteurs. Mais, nous l'avons vu, le fait s'est déjà produit dans le passé, et les débiteurs les plus pauvres n'attirent de toute façon que peu d'investissements. L'annulation, prétend-on aussi, créera un « danger moral » en récompensant l'irresponsabilité. Mais les prêts imprudents ont aussi contribué à la crise, la responsabilité est donc partagée. En outre, les débiteurs ont déjà remboursé ce qu'ils devaient en valeur nominale; de toute évidence, le danger moral est plus grand si l'on continue à insister pour appliquer une politique financière extrême aux dépens de la vie des enfants.

L'annulation est l'occasion, tant pour les créateurs que pour les débi-

teurs, d'entrer en guerre contre la pauvreté et de canaliser les ressources pour qu'elles atteignent les plus nécessiteux, notamment les enfants, en concentrant les efforts sur le développement humain. Cette orientation serait conforme à l'Initiative 20/20 – un plan visant à utiliser des ressources nationales et des fonds fournis par des donateurs convenu par les gouvernements lors du Sommet mondial pour le développement social de 1995 – et c'est une approche qui ne s'est que trop fait attendre.

L'heure est venue de lancer l'assaut contre l'endettement et la misère – on aurait déjà dû le faire hier. Pour des millions d'enfants, demain sera trop tard. ■



UNICEF/97-0397/Balaguer

C'est sur les enfants, sur leur corps et leur esprit, que le fardeau de la dette pèse le plus lourdement.

LA DETTE A UN VISAGE D'ENFANT

CLASSEMENT : DETTE EXTÉRIEURE EN TANT QUE

Comment mesurer le niveau d'endettement qu'un pays peut supporter de manière durable ? En réponse à cette question qui suscite des débats passionnés, certains font valoir que plusieurs définitions de ce niveau d'endettement placent la barre si haut que des sacrifices inacceptables doivent être consentis sur le plan des services sociaux de base, à un coût humain élevé, pour assurer le service de la dette. Si le classement ci-après du rapport dette extérieure/produit national brut ne tient pas compte de tels facteurs de viabilité économique ou sociale, il n'en constitue pas moins une perspective utile pour examiner les niveaux d'endettement des pays.

Evaluer le fardeau de la dette

L'emprunt constitue un facteur essentiel au financement du développement et un aspect fondamental du système économique mondial. Un pays emprunte pour promouvoir à la fois la production économique, la productivité à long terme et le développement humain, les gains de la croissance économique et des exportations servant à stimuler l'économie et à rembourser les créanciers.

Toutefois, quand la dette d'un pays devient excessivement élevée par rapport à son produit national brut (PNB) et à ses recettes d'exportation, plutôt que d'encourager la croissance et le développement humain, elle commence alors à saper la vitalité de l'économie et à siphonner les ressources normalement destinées aux secteurs sociaux. Pour rembourser ces montants élevés au titre de la dette (afin de ne pas être en défaut de paiement ou de ne pas ajouter des arriérés à la dette totale), un pays doit détourner de leur affectation initiale des ressources déjà rares. Bien trop souvent, ce sont les pauvres, surtout les enfants, qui en font les frais, étant privés de services essentiels, puisqu'une part considérable des ressources publiques est consacrée au service de la dette.

Dans le tableau ci-après, les pays sont classés par région et par ordre d'importance de leur endettement, calculé comme rapport entre la dette extérieure totale et le PNB. Les pays les plus endettés sont en tête des listes régionales. Toutefois, les fardeaux de la dette ne sont pas égaux. Par exemple, la Guinée-Bissau dont la dette représente 366 % du PNB supporte un fardeau beaucoup plus lourd que le Turkménistan dont la dette ne représente que 63 % du PNB.

Les moyennes masquent souvent de grandes disparités. En Afrique subsaharienne, qui est la région la plus touchée, la moyenne est de 69 %. Cette moyenne inclut l'Afrique du Sud, dont le PNB représente plus de 40 % du total combiné du PNB de l'ensemble de la région et dont le rapport dette extérieure/PNB est faible. Comme il ressort du graphique ci-contre, si l'on exclut les données de l'Afrique du Sud, le chiffre pour la région passe à 108 %.

Le rapport dette extérieure/PNB n'est qu'une façon de mesurer le fardeau de la dette. Le rapport service de la dette/exportations détermine également dans quelle mesure les pays pauvres peuvent « supporter » ce fardeau, de même que les conditions auxquelles les emprunts ont été contractés. La Guinée-Bissau, par exemple, a contracté près des trois quarts de sa dette à des conditions de faveur alors que le Turkménistan a emprunté moins de 5 % de sa dette à ces conditions; mais le rapport très élevé entre la dette de la Guinée-Bissau et son PNB explique ses graves difficultés économiques et sociales.



AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Guinée-Bissau	366
Somalie	307
Congo	278
Mozambique	249
Mauritanie	235
Angola	232
Congo, Rép. dém.	232
Libéria	189
Zambie	185
Côte d'Ivoire	165
Ethiopie	159
Sierra Leone	141
Madagascar	119
Mali	119
Burundi	113
Cameroun	109
Gambie	108
Tanzanie	97
Gabon	96
Guinée	95
Togo	93
Ghana	89
Malawi	89
Rép. centrafricaine	88
Niger	86
Nigéria	85
Sénégal	83
Bénin	77
► Moyenne régionale	69
Kenya	65
Tchad	65
Rwanda	60
Zimbabwe	58
Maurice	57
Ouganda	56
Burkina Faso	54
Lesotho	52
Afrique du Sud	20
Botswana	11
Erythrée	9
Namibie	2

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Soudan	182
Syrie	126
Jordanie	117
Yémen	77
Algérie	69
Tunisie	63
Maroc	59
Turquie	47
Egypte	39
► Moyenne régionale	37
Oman	34
Liban	33
Emirats arabes unis	28
Koweït	28
Israël	25
Arabie saoudite	15
Iran	10
Iraq	n.d.
Libye	n.d.

n.d. = données non disponibles

MOYENNE MONDE EN DÉVELOPPEMENT

35%

POURCENTAGE DU PNB



ASIE CENTRALE

Turkménistan	63
Tadjikistan	45
Kirghizistan	43
Arménie	38
Géorgie	28
► Moyenne régionale	20
Kazakhstan	19
Azerbaïdjan	12
Ouzbékistan	11
Afghanistan	n.d.

ASIE EST/SUD
ET PACIFIQUE

Rép. dém. pop. lao	132
Viet Nam	89
Mongolie	73
Cambodge	70
Indonésie	65
Thaïlande	63
Papouasie-Nlle-Guinée	56
Philippines	53
Malaisie	51
Sri Lanka	51
Népal	49
Pakistan	47
Bangladesh	35
Nouvelle-Zélande	34*
Corée, Rép.	33
Bhoutan	27
Inde	27
Chine	17
► Moyenne régionale	11
Australie	9*
Japon	0*
Singapour	0*
Corée, Rep. pop. dém.	n.d.
Myanmar	n.d.



AMÉRIQUES

Nicaragua	306
Honduras	103
Jamaïque	98
Equateur	87
Panama	75
Bolivie	68
Pérou	50
Chili	42
Venezuela	42
Argentine	39
Trinité-et-Tobago	39
Costa Rica	38
Haïti	38
Mexique	38
Colombie	35
Uruguay	33
El Salvador	29
Rép. dominicaine	29
Brésil	24
Guatemala	23
Paraguay	21
► Moyenne régionale	19
Etats-Unis	16*
Canada	10*
Cuba	n.d.



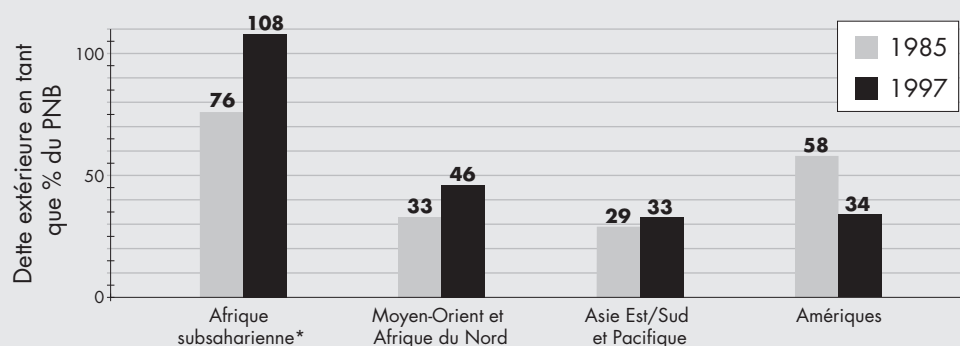
EUROPE

Bulgarie	101
l'ex-R. youg. de Macédoine	71
Hongrie	55
Moldova, Rép.	52
Slovaquie	52
Rép. tchèque	42
Bosnie-Herzégovine	41
Suède	37*
Finlande	36*
Croatie	35
Roumanie	33
Pologne	29
Albanie	28
Danemark	26
Russie, Féd.	26
Grèce	25*
Allemagne	19*
Ukraine	18
Lituanie	16
► Moyenne régionale	15
Estonie	14
Pays-Bas	13*
Autriche	12*
Espagne	12*
Slovénie	12
Lettonie	9
Norvège	6*
Royaume-Uni	6*
Bélarus	5
Italie	5*
Belgique	0*
Suisse	0*
France	n.d.
Irlande	n.d.
Portugal	n.d.
Yougoslavie	n.d.

* Dette extérieure du gouvernement central seulement.

CE QUE
SIGNIFIE LE
CLASSEMENT

Dette extérieure totale
en tant que pourcentage
du produit national
brut (PNB)

Evolution : Dette extérieure en tant
que pourcentage du PNB, pays en développement

*A l'exclusion de l'Afrique du Sud.

Sources pour le classement et le graphique ci-contre : Banque mondiale, *Global Development Finance 1999* et *World Bank Atlas 1999*; et FMI, *Government Finance Statistics Yearbook, 1998*.

LA DETTE A UN VISAGE D'ENFANT

CHIFFRES : PROGRÈS ET DISPARITÉS

Les enfants paient un lourd tribut à la dette

D'après une étude récente de l'UNICEF et du PNUD, neuf pays seulement des 27 pays en développement examinés ont réussi à dépenser plus sur les services sociaux de base que sur le service de la dette. Six entre les 12 pays africains de l'étude ont consacré deux fois plus de ressources au service de la dette qu'aux services sociaux de base. Ces derniers, qui comprennent notamment les soins de santé primaires et de santé de la reproduction, la nutrition, l'eau salubre, l'assainissement et l'éducation de base, sont essentiels pour sauvegarder le droit des enfants à la survie et au développement et pour lutter efficacement contre la pauvreté profondément enracinée.

Dans neuf des pays concernés, les paiements au titre de la dette absorbent plus de 30 % du budget national et au Kenya, au Malawi, en Tanzanie (à l'exclusion du Zanzibar) et en Zambie, la dette englutit au moins 40 % du bud-

get. A l'opposé, les services sociaux de base n'obtiennent, en moyenne, que 13 % des budgets nationaux et moins de 10 % dans sept des pays en question, à savoir Brésil, Cameroun, Malawi, Nicaragua, Philippines, République dominicaine et Zambie.

Il ressort de ces conclusions que les dirigeants du monde doivent réitérer l'engagement qu'ils ont pris au Sommet mondial pour les enfants de 1990 d'œuvrer dans le sens d'un allègement de la dette.

Les conclusions démontrent également pourquoi la réduction de la dette est vitale pour l'Initiative 20/20, soutenue par l'UNICEF et d'autres organismes internationaux. L'Initiative 20/20 engage les pays en développement à consacrer 20 % de leurs budgets aux services sociaux de base et les pays donateurs à y affecter également 20 % de leur aide publique au développement.

Comment l'argent est dépensé

	Année(s)	% des dépenses de l'administration centrale consacrées :	
		aux services sociaux de base	au service de la dette
Afrique			
Tanzanie*	1994-95	15	46
Kenya	1995	13	40
Malawi	1997	8	40
Zambie	1997	7	40
Cameroun	1996-97	4	36
Côte d'Ivoire	1994-96	11	35
Niger	1995	20	33
Bénin	1997	10	11
Burkina Faso	1997	20	10
Ouganda	1994-95	21	9
Afrique du Sud	1996-97	14	8
Namibie	1996-97	19	3
Asie			
Philippines	1992	8	31**
Sri Lanka	1996	13	22
Népal	1997	14	15
Thaïlande	1997	15	1**
Amérique latine et Caraïbes			
Jamaïque	1996	10	31
El Salvador	1996	13	27
Honduras	1992	13	21
Brésil	1995	9	20
Nicaragua	1996	9	14**
Costa Rica	1996	13	13
Bolivie	1997	17	10**
Rép. dominicaine	1997	9	10
Colombie	1997	17	8**
Belize	1996	20	6**
Chili	1996	11	3

* A l'exclusion du Zanzibar.

**Fonds monétaire international, *Annuaire des statistiques des finances publiques*, 1996, données pour la même année ou l'année pour laquelle des données sont disponibles.

Sources : UNICEF et PNUD, *Country Experiences in Assessing the Adequacy, Equity and Efficiency of Public Spending on Basic Social Services*, octobre 1999, et documents non publiés.

Peu de choses ont changé

« ...Il est indispensable de tenter de donner la parole, quelle que soit sa portée, aux enfants des pays en développement qui n'ont pas voix au chapitre dans les affaires économiques internationales, mais qui en ressentent si profondément et si durablement les effets... »

Le fait que la plupart des énormes emprunts actuels aient été consentis et contractés de manière irresponsable serait moins important si les conséquences d'une telle folie retombaient sur les seuls coupables. Pourtant, maintenant que la fête est finie et que les factures s'accumulent, c'est aux pauvres que l'on demande de payer...

Quand ce comportement irresponsable provoque la hausse des taux de mortalité infantile, l'aggravation de l'insuffisance pondérale à la naissance, la diminution du rapport moyen poids/taille des enfants de moins de 5 ans et la baisse des taux d'inscriptions scolaires des enfants de 6 à 11 ans, il faut mettre au rancart les circonlocutions du jargon économique et avouer que ces chiffres font tout simplement outrage à une grande partie de l'humanité... Permettre que les problèmes économiques

mondiaux entravent la croissance physique et mentale de jeunes enfants va à l'encontre de tout comportement digne de l'homme. Rien ne peut le justifier. Et nous partageons tous cette culpabilité et cette honte. »

Ces passages sont tirés du rapport de l'UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 1989*, mais auraient très bien pu être écrits hier. Depuis de nom-

breuses années maintenant, les conséquences de la crise mondiale de la dette ont surtout frappé les jeunes, en particulier les enfants dans les 38 pays énumérés qui sont pauvres, lourdement endettés et ont désespérément besoin d'un allègement depuis le début de la crise en 1982.

L'Initiative pour la réduction de la dette des pays pauvres très endettés

(Initiative PPTE) a été lancée à la fin de 1996 sous les auspices de la Banque mondiale et du FMI, et a pour objectif de restaurer la solvabilité des pays pauvres ayant un fardeau de la dette insoutenable. Toutefois les progrès ont été lents et difficiles à accomplir. Jusqu'à présent, deux pays seulement (Bolivie et Ouganda) ont bénéficié d'un allègement, et des engagements n'ont été pris que pour cinq autres pays.

Au moment où nous mettons sous presse, les responsables de certains des plus riches pays créanciers se préparent à se rendre à une réunion au cours de laquelle ils discuteront notamment des moyens de réformer et d'accélérer le processus d'aide au PPTE. Il s'agit là d'un signe encourageant. Mais comme ce n'est pas la première fois que des propositions sont avancées, on n'est guère porté à l'optimisme, compte tenu de l'expérience des 10 dernières années au cours desquelles les résultats ont été bien maigres face à l'immensité des besoins. Et en attendant les enfants continuent de payer un prix de plus en plus élevé.

Les PPTE*

Angola	Guinée	Mozambique	Somalie
Bolivie	Guinée-Bissau	Myanmar	Soudan
Burkina Faso	Guinée équatoriale	Nicaragua	Tanzanie
Burundi	Guyana	Niger	Tchad
Cameroun	Honduras	Ouganda	Togo
Congo	Kenya	Rép. centrafricaine	Viet Nam
Congo, Rép. dém.	Libéria	Rép. dém. pop. lao	Yémen
Côte d'Ivoire	Madagascar	Rwanda	Zambie
Ethiopie	Mali	Sao Tomé/Principe	
Ghana	Mauritanie	Sierra Leone	

* La liste des PPTE est évolutive et change à mesure que le fardeau de la dette des pays concernés est évalué selon trois critères. Pour bénéficier d'une assistance au titre de l'initiative, un pays doit être pauvre, il doit avoir un niveau d'endettement insoutenable (montant total de la dette plus de 200.250 % de la valeur des exportations annuelles, avec service de la dette supérieur à 20-25 % des recettes annuelles d'exportation); et il doit avoir mis en œuvre des réformes.

Note : Initialement, la liste des PPTE se composait de 41 pays qui semblaient répondre aux critères. Depuis que le programme a commencé en 1996, on a jugé que le Bénin, le Nigéria et le Sénégal ne répondaient plus aux critères. A l'issue du processus d'examen, d'autres pays devraient sortir de la liste et plusieurs autres y être ajoutés.

Source : Banque mondiale.

Les pauvres font les frais de la chute du volume de l'aide

Le fossé entre les riches et les pauvres s'est considérablement élargi au cours des années 90, tandis que le volume de l'aide aux pays en développement a fortement baissé. Dans les pays les plus pauvres du monde, le PNB par habitant est tombé, en moyenne, de 240 dollars en 1990 à 232 dollars en 1996. Par contre, il est monté en flèche dans les pays donateurs, passant en moyenne de 20 900 dollars à 27 000 dollars au cours de la même période.

Malgré cette croissance de la richesse dans les pays donateurs, l'aide publique au développement (APD) est tombée à 48,3 milliards de dollars en 1997. En



UNICEF/93.0605/Horner

La dette détourne les ressources des services vitaux. De nombreux pays consacrent moins de 10 % de leur budget national aux services sociaux de base. Un quartier pauvre au Pérou.

termes réels, elle aura baissé de 21 % par rapport à 1992. Pour le Groupe des sept pays les plus industrialisés, la chute a été de près de 30 %. La réduction de l'APD a surtout touché les pays pauvres, qui ont un taux élevé de mortalité post-infantile ainsi qu'un faible accès à l'éducation primaire et à l'eau salubre, et qui ne bénéficient guère des flux de capitaux privés.

L'aide en tant que proportion du PNB des pays donateurs – une mesure de leur capacité de fournir de l'aide – est tombée en moyenne à 0,22 % en 1997, le chiffre le plus bas depuis 1970, année au cours de laquelle il a été convenu de fixer le niveau de l'aide à 0,7 % du PNB des pays donateurs. Seuls quatre pays, à savoir le Danemark, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède, ont systématiquement atteint ou dépassé l'objectif. Le Danemark a consacré 0,97 % de son PNB à l'aide en 1997, soit la proportion la plus élevée parmi les pays donateurs de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les Etats-Unis ont donné la proportion la plus faible, à savoir 0,09 %.

Le Danemark a également été le premier des pays donateurs sur la base de l'aide par personne (311 dollars par habitant) tandis que l'Italie a donné le montant le plus faible par habitant (22 dollars). Le Japon a été le premier donateur sur la base du montant total de l'aide, puisqu'il a donné en tout 9,4 milliards de dollars, suivi des

Etats-Unis avec 6,9 milliards et de la France avec 6,3 milliards.

Si tous les pays donateurs avaient atteint l'objectif de 0,7 % du PNB, le montant total de l'aide aurait été de plus de 100 milliards de dollars supérieur au total de 1997. Maintenu pen-

dant 10 ans, ce montant aurait été plus que suffisant pour assurer à toutes les collectivités l'accès aux services sociaux essentiels – à l'éducation de base, aux soins de santé primaires, à une bonne nutrition, à l'eau salubre et à l'assainissement du milieu.

Baisse de l'aide

Montants*

	APD, en % du PNB des pays donateurs		Aide totale (milliards de \$) 1997	Aide par habitant (\$) 1997	Evolution par habitant (\$) Depuis 1990
	% 1997	% 1990			
Danemark	0,97	0,94	1,6	311	67
Norvège	0,86	1,17	1,3	297	7
Pays-Bas	0,81	0,92	2,9	189	6
Suède	0,79	0,91	1,7	195	-25
Luxembourg	0,55	0,21	0,1	228	156
France	0,45	0,60	6,3	108	-27
Canada	0,34	0,44	2,0	68	-16
Suisse	0,34	0,32	0,9	126	5
Finlande	0,33	-	0,4	74	-67
Belgique	0,31	0,46	0,8	75	-24
Irlande	0,31	0,16	0,2	51	34
Australie	0,28	0,34	1,1	58	-12
Allemagne	0,28	0,42	5,9	71	-19
Autriche	0,26	0,25	0,5	65	7
Nlle-Zélande	0,26	0,23	0,2	41	5
Royaume-Uni	0,26	0,27	3,4	59	5
Portugal	0,25	0,25	0,3	25	7
Espagne	0,23	0,20	1,2	31	8
Japon	0,22	0,31	9,4	74	-18
Italie	0,11	0,31	1,3	22	-36
Etats-Unis	0,09	0,21	6,9	25	-29
Moyenne/total	0,22	0,33	48,3	59	-18

*En dollars de 1997. Depuis 1997, l'assistance fournie à Israël n'est plus classée comme APD.

Sources : OCDE, *Coopération pour le développement* (rapports 1996 et 1998); ONU, Division de la population, *World Population Prospects*, révision de 1998.

Axer l'aide sur les services de base

Au cours des années 90, on s'est accordé à reconnaître que l'accès de tous aux services sociaux de base est primordial pour la réduction de la pauvreté. Ces services essentiels sont notamment la santé de base, y compris les services de santé de la reproduction, l'éducation de base, les programmes de nutrition, l'approvisionnement en eau salubre et l'assainissement. Pourtant, des millions d'enfants sont privés de leur droit à ces éléments fondamentaux pour un avenir meilleur, condamnés plutôt à vivre et à mourir dans la pauvreté.

L'aide au développement est un facteur essentiel pour améliorer l'accès aux services sociaux de base dans les pays pauvres et constitue une charnière de l'Initiative 20/20 qui demande aux gouvernements des pays donateurs et

des pays en développement d'allouer respectivement 20 % de l'APD et 20 % du budget national aux services sociaux de base. Toutefois, il a été difficile de

déterminer la proportion de l'aide consacrée à ces services.

Des études que l'UNICEF et le PNUD ont effectuées sur 16 pays jet-

tent à présent un nouvel éclairage sur cette question. Il en ressort notamment que dans sept des pays en question, 10 % de l'aide au maximum sert à financer les services sociaux de base. Par contre, au Kenya, au Mali et en Namibie, ce chiffre est au moins de 20 %. Il ressort également des études que la proportion de l'aide affectée aux services de base varie considérablement au fil des ans (variations qui ne sont pas indiquées dans le tableau). Au Niger, par exemple, cette proportion a augmenté, passant de 6 % en 1992 à 18 % en 1995 tandis qu'au Pérou elle a chuté, passant de 22 % en 1994 à 5 % en 1996. Ces études aident à déterminer les zones auxquelles il conviendrait d'affecter davantage de ressources; d'autres études permettront d'enrichir cette base de connaissances.

Aide aux services sociaux de base

Année	% de l'aide totale affecté aux services sociaux de base	Année	% de l'aide totale affecté aux services sociaux de base
Afrique subsaharienne			
Namibie	1996	30	
Mali	1996	23	
Kenya	1995	20	
Bénin	1996	18	
Burkina Faso	1996	18	
Niger	1995	18	
Ouganda	1996	16	
Zambie	1996	13	
Tanzanie	1996	10	
Côte d'Ivoire	1994	9	
Cameroun	1996	8	
Amérique latine			
Nicaragua	1996	15	
Bolivie	1996	8	
Pérou	1996	5	
Asie			
Sri Lanka	1996	5	
Viet Nam	1996	5	

Sources : UNICEF et PNUD, *Country Experiences in Assessing the Adequacy, Equity and Efficiency of Public Spending on Basic Social Services*, octobre 1998, et documents non publiés.

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'alphabetisation des femmes.

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

	Population (millions) 1997	Population moins de 18 ans (millions) 1997	Nombre annuel de naissances (milliers) 1997	Nombre de décès des moins de 5 ans (milliers) 1997	Taux de mortalité des moins de 5 ans 1997	PNB par habitant (\$) 1997	% des moins de 5 ans de poids insuffisant 1987-98	Taux net d'inscription/ fréquentation école primaire a/ (%) 1987-97	Indice synthétique de fécondité 1997	Taux de mortalité maternelle b/ 1980-97 Déclaré	Révisé
AFRIQUE SUBSAHARIENNE											
Afrique du Sud	38,8	16,3	1056	87	82	3400	9	94	3,3	-	-
Angola	11,7	6,3	570	166	292	340	42	-	6,8	-	-
Bénin	5,6	3,0	234	39	167	380	29	62	5,9	500	-
Botswana	1,5	0,8	52	3	49	3260	17	84	4,4	330	-
Burkina Faso	11,0	6,0	508	86	169	240	30	133 y	6,6	-	-
Burundi	6,4	3,4	270	48	176	180	37	52	6,3	-	-
Cameroun	13,9	7,0	550	80	145	650	14	65 y	5,3	-	-
Congo	2,7	1,4	119	13	108	660	17	-	6,1	-	-
Congo, Rép. dém.	48,0	25,9	2228	461	207	110	34	56 y	6,5	-	-
Côte d'Ivoire	14,1	7,2	525	79	150	690	24	55	5,2	600	-
Erythrée	3,4	1,7	141	16	116	210	44	31	5,7	1000	-
Ethiopie	58,2	30,4	2606	456	175	110	48	24	6,3	-	-
Gabon	1,1	0,5	43	6	145	4230	-	86 y	5,4	-	-
Gambie	1,2	0,6	48	4	87	350	26	65	5,2	-	-
Ghana	18,7	9,5	700	75	107	370	27	70 y	5,2	210	-
Guinée	7,3	3,8	305	61	201	570	-	33 y	5,6	670	-
Guinée-Bissau	1,1	0,6	47	10	220	240	-	47 y	5,8	910	910
Kenya	28,4	14,9	981	85	87	330	23	84 y	4,5	370	-
Lesotho	2,0	0,9	71	10	137	670	16	63	4,8	-	-
Libéria	2,4	1,4	109	26	235	490	-	56 y	6,4	-	-
Madagascar	14,6	7,3	598	94	158	250	40	59 y	5,5	490	-
Malawi	10,1	5,4	486	104	215	220	30	83 y	6,8	620	-
Mali	10,4	5,6	492	118	239	260	40	41 y	6,7	580	-
Maurice	1,1	0,4	18	0	23	3800	16	98	1,9	30	-
Mauritanie	2,5	1,2	100	18	183	450	23	54 y	5,5	550	-
Mozambique	18,4	9,4	803	168	209	90	26	50 y	6,3	1100	-
Namibie	1,6	0,8	58	4	75	2220	26	91	4,9	230	-
Niger	9,8	5,4	479	137	285	200	43	24	6,9	590	-
Nigéria	103,9	52,7	4056	758	187	260	36	59 y	5,2	-	-
Ouganda	20,0	11,3	1026	141	137	320	26	64 y	7,1	510	-
Rép. centrafricaine	3,4	1,7	129	22	173	320	27	63 y	4,9	1100	-
Rwanda	6,0	3,2	274	47	170	210	27	61 y	6,2	-	-
Sénégal	8,8	4,5	353	44	124	550	22	59	5,6	560	-
Sierra Leone	4,4	2,2	208	66	316	200	29	-	6,1	-	-
Somalie	8,8	4,8	469	99	211	110	-	17 y	7,3	-	-
Tanzanie	31,4	16,5	1295	185	143	210	27	48	5,5	530	-
Tchad	7,1	3,7	313	62	198	240	39	52	6,1	830	-
Togo	4,3	2,3	179	22	125	330	19	81	6,1	-	-
Zambie	8,6	4,7	366	74	202	380	24	74 y	5,6	650	-
Zimbabwe	11,2	5,6	354	28	80	750	16	91 y	3,9	400	-
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD											
Algérie	29,4	13,3	866	34	39	1490	13	94	3,9	220	-
Arabie saoudite	19,5	9,3	664	19	28	6790	-	61	5,9	-	-
Egypte	64,7	28,3	1725	126	73	1180	15	80	3,4	170	170
Emirats arabes unis	2,3	0,8	42	0	10	17360	14	78	3,5	3	-
Iran	64,6	30,6	1422	50	35	1780	16	97 y	2,9	37	-
Iraq	21,2	10,3	781	95	122	**	23	83 y	5,3	-	-
Israël	5,9	2,0	116	1	6	15810	-	-	2,7	5	-
Jordanie	6,1	3,0	213	5	24	1570	9	89	4,9	41	41
Koweït	1,7	0,8	40	1	13	22110	-	65	2,9	5	-
Liban	3,1	1,2	75	3	37	3350	3	76	2,7	100	-
Libye	5,2	2,5	152	4	25	5540	5	97	3,8	75	-
Maroc	26,9	11,0	699	50	72	1250	9	72	3,1	230	-
Oman	2,3	1,2	81	1	18	4950	23	90 y	5,9	21	-
Soudan	27,7	13,3	922	106	115	280	34	55 y	4,6	550	-

	Population (millions) 1997	Population moins de 18 ans (millions) 1997	Nombre annuel de naissances (milliers) 1997	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1997	Taux de mortalité des moins de 5 ans 1997	PNB par habitant (\$) 1997	% des moins de 5 ans de poids insuffisant 1987-98	Taux net d'inscription/fréquentation/école primaire (%) 1987-97	Indice synthétique de fécondité 1997	Taux de mortalité maternelle b/ 1980-97	1997 Déclaré	1997 Révisé
Syrie	14,9	7,6	456	15	33	1150	13	91	4,1	110	-	-
Tunisie	9,2	3,6	190	6	33	2090	9	96	2,6	70	70	-
Turquie	63,4	23,0	1419	64	45	3130	10	96	2,5	130	-	-
Yémen	16,3	8,8	785	79	100	270	39	57 y	7,6	-	-	-



ASIE CENTRALE

Afghanistan	20,9	9,9	1076	277	257	250	48	24 y	6,9	-	-	-
Arménie	3,6	1,2	46	1	30	530	-	-	1,7	35	-	-
Azerbaïdjan	7,6	2,8	128	6	46	510	10	-	2,1	37	-	-
Géorgie	5,1	1,4	71	2	23	840	-	83	1,9	60	-	-
Kazakhstan	16,4	5,7	303	13	44	1340	8	-	2,3	70	-	-
Kirghizistan	4,6	2,0	118	8	68	440	11	97	3,2	65	-	-
Ouzbékistan	23,2	10,5	654	38	58	1010	19	-	3,5	21	-	-
Tadjikistan	5,9	2,8	190	14	76	330	-	-	4,2	85	-	-
Turkménistan	4,2	1,9	122	10	78	630	-	80 y	3,6	110	-	-



ASIE EST/SUD ET PACIFIQUE

Australie	18,3	4,7	248	1	6	20540	-	97	1,8	-	-	-
Bangladesh	122,7	55,9	3403	371	109	270	56	76 y	3,1	440	-	-
Bhoutan	1,9	1,0	74	9	121	400	38	-	5,5	380	-	-
Cambodge	10,5	5,0	365	61	167	300	52	97	4,6	470	-	-
Chine	1244,0	380,0	20410	959	47	860	16	100	1,8	60	60	-
Corée, Rép.	45,7	12,6	685	4	6	10550	-	92	1,7	20	20	-
Corée, Rép. pop. dém.	23,0	7,3	491	15	30	970	60	-	2,1	110	-	-
Inde	966,2	392,7	24871	2686	108	390	53	79 y	3,2	440	-	-
Indonésie	203,4	77,8	4688	281	60	1110	34	94 y	2,6	450	-	-
Japon	126,0	24,0	1249	7	6	37850	-	100	1,4	8	-	-
Malaisie	21,0	8,7	530	6	11	4680	19	91	3,2	39	39	-
Mongolie	2,5	1,1	58	9	150	390	10	82	2,7	150	-	-
Myanmar	43,9	16,1	939	107	114	220	43	85 y	2,4	230	-	-
Népal	22,3	10,9	775	81	104	210	47	70 y	4,5	540	-	-
Nouvelle-Zélande	3,8	1,0	57	0	7	16480	-	100	2,0	15	15	-
Pakistan	144,0	70,2	5263	716	136	490	38	66 y	5,1	-	-	-
Papouasie-Nlle-Guinée	4,5	2,1	144	16	112	940	-	32 y	4,6	370	-	-
Philippines	71,4	31,6	2061	95	46	1220	28	100	3,7	210	-	-
Rép. dém. pop. lao	5,0	2,5	200	24	122	400	40	71	5,8	650	-	-
Singapour	3,4	0,9	51	0	4	32940	-	94	1,7	6	-	-
Sri Lanka	18,3	6,3	326	6	19	800	34	-	2,1	60	60	-
Thaïlande	59,7	19,5	1001	38	38	2800	19	-	1,8	44	44	-
Viet Nam	76,4	32,1	1729	74	43	320	41	81 y	2,7	160	160	-



AMÉRIQUES

Argentine	35,7	12,2	712	17	24	8570	-	95	2,6	44	85	-
Bolivie	7,8	3,6	260	25	96	950	16	89 y	4,4	390	-	-
Brésil	163,7	60,5	3341	147	44	4720	6	94 y	2,3	160	-	-
Canada	30,3	7,2	350	2	7	19290	-	95	1,6	-	-	-
Chili	14,6	5,0	293	4	13	5020	1	88	2,5	23	-	-
Colombie	40,0	16,0	990	30	30	2280	8	89	2,8	80	80	-
Costa Rica	3,7	1,5	87	1	14	2640	2	94	2,8	29	35	-
Cuba	11,1	2,9	146	1	8	1170	9	100	1,6	24	24	-
El Salvador	5,9	2,6	165	6	36	1810	11	79	3,2	160	-	-
Equateur	11,9	5,0	309	12	39	1590	17	97	3,1	160	-	-
Etats-Unis	271,8	70,9	3835	31	8	28740	1	94	2,0	8	12	-
Guatemala	10,5	5,4	388	21	55	1500	27	58 y	5,0	190	-	-
Haïti	7,8	3,9	250	33	132	330	28	68 y	4,4	-	-	-



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 90 à 45 330 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.

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

	Population (millions) 1997	Population moins de 18 ans (millions) 1997	Nombre annuel de naissances (milliers) 1997	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1997	Taux de mortalité des moins de 5 ans 1997	PNB par habitant (\$) 1997	% des moins de 5 ans de poids insuffisant 1987-98	Taux net d'inscription/ fréquentation/ école primaire ^{a/} (%) 1987-97	Indice synthétique de fécondité 1997	Taux de mortalité maternelle ^{b/} 1980-97	Déclaré Révisé
Honduras	6,0	3,0	202	9	45	700	18	90	4,4	220	220
Jamaïque	2,5	1,0	55	1	11	1560	10	100	2,5	120	120
Mexique	94,3	38,7	2345	82	35	3680	14	100	2,8	48	85
Nicaragua	4,7	2,4	170	10	57	410	12	83	4,5	160	-
Panama	2,7	1,0	61	1	20	3080	7	91	2,7	85	-
Paraguay	5,1	2,4	160	5	33	2010	4	91	4,2	190	-
Pérou	24,4	10,1	613	34	56	2460	8	87 ^y	3,0	270	-
Rép. dominicaine	8,1	3,3	197	10	53	1670	6	81	2,8	230	-
Trinité-et-Tobago	1,3	0,4	18	0	17	4230	7	88	1,7	-	-
Uruguay	3,3	1,0	57	1	21	6020	5	96	2,4	21	-
Venezuela	22,8	9,5	571	14	25	3450	5	84	3,0	65	-
EUROPE											
Albanie	3,1	1,1	65	3	40	750	-	96	2,5	-	-
Allemagne	82,1	15,9	761	4	5	28260	-	100	1,3	8	-
Autriche	8,1	1,7	84	0	5	27980	-	100	1,4	-	-
Bélarus	10,4	2,6	100	3	27	2150	-	86	1,4	22	-
Belgique	10,1	2,1	108	1	7	26420	-	98	1,6	-	-
Bosnie-Herzégovine	3,5	0,9	37	1	19	*	-	-	1,4	10	-
Bulgarie	8,4	1,8	73	1	19	1140	-	92	1,3	15	-
Croatie	4,5	1,0	47	0	9	4610	1	82	1,6	12	-
Danemark	5,3	1,1	64	0	6	32500	-	97	1,7	10	-
Espagne	39,6	7,8	363	2	5	14510	-	100	1,2	6	-
Estonie	1,4	0,3	12	0	23	3330	-	87	1,3	50	-
Finlande	5,1	1,2	58	0	4	24080	-	99	1,7	6	6
France	58,5	13,5	716	4	5	26050	-	100	1,7	10	20
Grèce	10,6	2,1	98	1	8	12010	-	91	1,3	1	-
Hongrie	10,2	2,2	100	1	11	4430	2	97	1,4	15	-
Irlande	3,7	1,0	51	0	7	18280	-	100	1,9	6	-
Italie	57,4	10,2	519	3	6	20120	-	98	1,2	7	-
Lettonie	2,5	0,6	21	0	22	2430	-	90	1,3	45	-
l'ex-R. youg. de Macédoine	2,0	0,6	31	1	23	1090	-	85	2,1	11	-
Lituanie	3,7	0,9	38	1	24	2230	-	-	1,5	18	-
Moldova, Rép.	4,4	1,3	58	2	35	540	-	-	1,8	42	-
Norvège	4,4	1,0	58	0	4	36090	-	99	1,9	6	-
Pays-Bas	15,6	3,4	183	1	6	25820	-	99	1,5	7	10
Pologne	38,7	10,3	426	5	11	3590	-	95	1,6	8	-
Portugal	9,9	2,1	104	1	8	10450	-	100	1,4	8	-
Roumanie	22,5	5,4	207	5	26	1420	6	96	1,2	41	-
Royaume-Uni	58,5	13,4	701	5	7	20710	-	100	1,7	7	10
Russie, Féd.	147,7	36,4	1411	31	22	2740	3	93	1,4	49	-
Slovaquie	5,4	1,4	57	1	11	3700	-	-	1,4	9	-
Slovénie	2,0	0,4	18	0	6	9680	-	100	1,3	11	-
Suède	8,9	1,9	90	0	4	26220	-	100	1,6	5	-
Suisse	7,3	1,5	81	0	5	44320	-	100	1,5	5	-
Rép. tchèque	10,3	2,3	91	1	7	5200	1	87	1,2	9	-
Ukraine	51,1	12,1	496	11	23	1040	-	-	1,4	30	-
Yougoslavie	10,6	2,7	136	3	21	**	2	69	1,9	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/ Comme les décès maternels ne sont pas toujours classés ou déclarés comme il le faudrait et que les méthodes de collecte des données varient considérablement, les estimations de la mortalité maternelle sont révisées afin de renforcer leur comparabilité et de refléter plus fidèlement les taux de mortalité maternelle. Comme le révèle la colonne « révisé » de ce tableau, on ne dispose actuellement que de données partielles. Toute une série d'estimations révisées seront disponibles à une date ultérieure.

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

* Fourchette estimée du PNB par habitant : 785\$ ou moins.

**Fourchette estimée du PNB par habitant : 786\$-3125\$.

PAYS LES MOINS PEUPLÉS

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

	Classements [†]		Population (milliers) 1997	Population moins de 18 ans (milliers) 1997	Nombre annuel de naissances (milliers) 1997	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 1997	Taux de mortalité de moins de 5 ans 1997	PNB par habitant (\$) 1997	% des moins de 5 ans de poids insuffisant 1988-97	Taux net inscription/ fréquentation à l'école primaire ^{a/} (%) 1987-97	Indice synthétique de fécondité 1997	Taux de mortalité maternelle ^{b/} 1980-97	
	Indice des risques pour les enfants	Dette extérieure en tant que % du PNB 1997										Déclaré	Révisé
Andorre	-	-	70	14	1	0,0	6	***	-	-	-	-	-
Antigua/Barbuda	-	-	66	24	1	0,0	21	7380	-	-	1,7	150	-
Bahamas	8	-	291	106	6	0,1	21	11830	-	95	2,6	-	-
Bahreïn	8	-	583	210	12	0,3	22	7820	9	98	3	46	-
Barbade	15	38	267	72	3	0,0	12	6590	-	78	1,5	0	-
Belize	10	62	224	108	7	0,3	43	2740	6	99	3,7	140	140
Brunéi Darussalam	6	-	308	121	6	0,1	10	25090	-	91	2,8	0	-
Cap-Vert	15	52	399	191	12	0,9	73	1090	14	100	3,6	55	-
Chypre	3	-	763	224	10	0,1	9	14930	-	96	2,1	0	-
Comores	43	102	640	327	23	2,1	93	400	26	53	4,9	500	-
Djibouti	61	57	617	294	22	3,4	156	*	18	32	5,4	-	-
Dominique	-	71	71	26	1	0,0	20	3120	-	-	2,3	65	-
Fidji	7	10	786	319	17	0,4	24	2470	8	99	2,8	38	-
Grenade	-	37	93	33	2	0,1	29	3000	-	-	-	0	-
Guinée équatoriale	-	58	420	208	17	2,9	172	1050	-	-	5,6	-	-
Guyana	25	236	843	314	18	1,5	82	800	12	87	2,3	180	-
Iles Cook	-	-	19	8	0	0,0	30	1550	-	-	-	-	-
Iles Marshall	-	-	58	27	2	0,2	92	1770	-	-	-	-	-
Iles Salomon	20	37	404	205	14	0,4	28	900	21	-	4,9	550	-
Islande	2	-	274	78	4	0,0	5	27580	-	98	2,1	-	-
Kiribati	-	-	80	37	3	0,2	75	910	-	-	4,4	-	-
Liechtenstein	-	-	32	7	0	0,0	7	***	-	-	-	-	-
Luxembourg	11	-	417	89	5	0,0	7	45330	-	81	1,7	0	-
Maldives	43	52	263	136	9	0,7	74	1150	43	-	5,5	350	390
Malte	2	31	381	99	4	0,0	10	8630	-	100	1,9	-	-
Micronésie, Etats féd. de	-	-	112	51	4	0,1	24	1980	-	-	4,1	-	-
Monaco	-	-	33	8	0	0,0	5	***	-	-	-	-	-
Nauru	-	-	11	5	0	0,0	30	-	-	-	-	-	-
Nioué	-	-	2	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Palaos	-	-	18	8	1	0,0	34	**	-	-	-	-	-
Qatar	12	-	569	178	10	0,2	20	11570	6	80	3,8	10	-
Saint-Kitts-et-Névis	-	24	39	14	1	0,0	37	6160	-	-	2,4	130	-
Sainte-Lucie	-	26	148	53	3	0,1	29	3620	-	-	2,6	30	-
Saint-Marin	-	-	26	5	0	0,0	6	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent/Grenadines	-	89	112	40	2	0,0	21	2500	-	-	2,2	43	-
Samoa	5	80	172	79	4	0,1	27	1150	-	97	4,2	-	-
Sao Tomé-et-Principe	18	672	138	73	6	0,5	78	270	16	93 y	4,7	-	-
Seychelles	7	28	75	39	3	0,1	18	6880	6	-	2,4	-	-
Suriname	-	-	412	164	8	0,3	36	1240	-	-	2,2	110	110
Swaziland	32	25	925	466	35	3,3	94	1440	-	95	4,7	230	-
Tonga	-	32	98	42	2	0,0	23	1830	-	-	4	-	-
Tuvalu	-	-	11	5	0	0,0	56	650	-	-	-	-	-
Vanuatu	20	21	177	88	5	0,3	50	1310	-	74	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 : 786\$-3125\$.

** Fourchette estimée du PNB par habitant : 3126\$-9655\$.

***PNB par habitant estimé à 9656\$ 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 1998 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.

Age moyen (années) des données relatives à trois indicateurs

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Madagascar	1,7	Ouganda	3,7	Nigéria	5,7
Mozambique	1,7	Rép. centrafricaine	3,7	Lesotho	6,0
Maurice	2,0	Côte d'Ivoire	4,0	Burundi	6,7
Tchad	2,0	Gambie	4,0	Ethiopie	6,7
Sénégal	2,3	Botswana	4,3	Guinée	8,3
Bénin	2,7	Burkina Faso	4,7	Angola	10,7
Tanzanie	2,7	Ghana	4,7	Gabon	10,7
Mali	3,0	Zimbabwe	4,7	Guinée-Bissau	10,7
Mauritanie	3,0	Rwanda	5,0	Somalie	10,7
Zambie	3,0	Cameroun	5,3	Libéria	11,0
Erythrée	3,3	Kenya	5,3	Sierra Leone	12,7
Malawi	3,3	Togo	5,3	Congo	13,7
Niger	3,3	Afrique du Sud	5,7		
Congo, Rép. dém.	3,7	Namibie	5,7		

MOYEN-ORIENT et AFRIQUE DU NORD

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

ASIE CENTRALE

Kirghizstan	2,3	Géorgie	6,3	Turkménistan	9,0
Afghanistan	5,7	Kazakhstan	6,7	Arménie	10,7
Azerbaïdjan	6,0	Ouzbékistan	7,0	Tadjikistan	11,3

ASIE EST/SUD et PACIFIQUE

Australie	1,5*	Viet Nam	3,0	Corée, Rép.	6,7
Nlle-Zélande	1,5*	Inde	3,3	Pap.-Nlle-Guinée	6,7
Bangladesh	2,0	Japon	3,5*	Singapour	6,7
Indonésie	2,3	Myanmar	3,7	Sri Lanka	6,7
Malaisie	2,3	Rép. dém. pop. lao	4,0	Corée, Rép. pop. dém.	8,7
Philippines	2,3	Chine	4,3	Bhoutan	10,0
Mongolie	3,0	Pakistan	5,3	Thaïlande	10,3
Népal	3,0	Cambodge	6,3		

AMÉRIQUES

Chili	1,7	Colombie	3,3	El Salvador	5,0
Cuba	1,7	Rép. dominicaine	3,3	Equateur	5,0
Uruguay	2,3	Canada	3,5*	México	5,0
Brésil	2,7	Guatemala	3,7	Panama	5,0
Costa Rica	2,7	Haiti	4,3	Nicaragua	5,3
Pérou	2,7	Honduras	4,3	Paraguay	6,0
Venezuela	2,7	Jamaïque	4,3	Argentine	8,0
Etats-Unis	3,0	Bolivie	4,7	Trinité/Tobago	9,0

EUROPE

Autriche	2,0*	Belgique	2,5*	Suisse	3,0*
Bulgarie	2,0*	Danemark	2,5*	Roumanie	3,3
Irlande	2,0*	Espagne	2,5*	Russie, Féd.	3,3
Italie	2,0*	Estonie	2,5*	Rép. tchèque	3,7
l'ex-R. youg. de		Finlande	2,5*	Yougoslavie	3,7
Macédoine	2,0*	France	2,5*	Hongrie	4,7
Lettonie	2,0*	Grèce	2,5*	Albanie	5,0*
Pays-Bas	2,0*	Norvège	2,5*	Lituanie	8,0*
Pologne	2,0*	Royaume-Uni	2,5*	Ukraine	8,0*
Slovénie	2,0*	Suède	2,5*	Moldova, Rép.	8,5*
Allemagne	2,5*	Croatie	2,7	Slovaquie	8,5*
Bélarus	2,5*	Portugal	3,0*	Bosnie-Herzégovine	11,0*

*Non compris l'insuffisance de poids.

Abréviations

APD	aide publique au développement
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires
DTC	vaccin triple (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche)
FMI	Fonds monétaire international
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPEP	Organisation des pays exportateurs de pétrole
PIB	produit intérieur brut
PNB	produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPTE	pays pauvres très endettés
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 Etats-Unis.

