

Progrès accomplis

depuis le Sommet mondial pour les enfants

Les bonnes politiques et pratiques en faveur des enfants découlent de données fiables et de l'analyse que ces données rendent possible.

Le Sommet mondial pour les enfants, qui mettait l'accent sur des objectifs visant à favoriser le développement et à définir des actions ainsi que sur la nécessité de mesurer les progrès accomplis, a eu des résultats probants. Il a entre autres transformé la façon dont on collecte et analyse les données sur les femmes et les enfants à travers le monde, ce qui a permis d'établir une base cruciale et des références en matière de progrès.

En 2000, un examen de fin de décennie aussi approfondi qu'astreignant a permis d'évaluer les progrès accomplis depuis le Sommet. Cette publication présente les résultats, en données et en tendances globales, de la plus large initiative jamais lancée pour collecter, mesurer et analyser des informations sur la façon dont la planète a tenu ses promesses envers les femmes et les enfants.

Cette publication s'appuie sur une quantité importante de sources et de matériaux disponibles pour la première fois et ce, grâce aux initiatives prises dans les années 90 par les gouvernements pour renforcer les mécanismes de rapports sur les enfants et les systèmes de collecte de données. De plus, près de 150 pays ont également préparé des rapports de fond nationaux sur les progrès accomplis. Les rapports périodiques des pays ayant ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant se sont ajoutés à cette cascade d'informations, ainsi que les données récoltées au cours d'enquêtes menées à l'occasion d'autres conférences internationales. Un outil de collecte de données tout nouveau, l'enquête par grappes avec indicateurs multiples, a été mis au point (voir verso), ce qui a révolutionné la possibilité pour nombre de pays de décrire la situation des femmes et des enfants et de mieux la comprendre.

Mais même au regard de progrès aussi importants en matière de données, la capacité collective du monde à protéger les droits des enfants et à améliorer leur vie est encore trop faible parce qu'il existe encore des lacunes dans nos connaissances. Les données infranationales ne sont pas disponibles dans tous les pays, par exemple, et la désagrégation des données statistiques reste un défi majeur qui nuit aux tentatives d'éliminer les disparités et de repérer les enfants les plus vulnérables, et en particulier les jeunes à risque à cause de conflits armés, du VIH/SIDA ou d'autres sévices graves.

De bonnes données statistiques nous permettent d'examiner les choses de plus près, de mieux les comprendre et d'agir de façon plus consciencieuse. Il est essentiel d'améliorer les données statistiques si l'on veut changer le monde pour et avec les enfants.



A l'intérieur :

- » Mortalité infantile et juvénile
- » Malnutrition des enfants
- » Eau potable
- » Assainissement
- » Dracunculose
- » Education primaire
- » Alphabétisation des adultes
- » Infections respiratoires aiguës
- » Mortalité maternelle
- » Fécondité et planification familiale
- » Soins prénatals
- » Avitaminose A
- » Carence en iode
- » Allaitement maternel
- » Insuffisance pondérale à la naissance
- » Vaccination
- » Rougeole
- » Tétanos néonatal
- » Maladies diarrhéiques
- » Éradication de la poliomyélite
- » VIH/SIDA
- » Travail des enfants
- » Enregistrement des naissances
- » PCIME
- » Paludisme

Tenir les promesses du
Sommet mondial pour
les enfants – 1990 à 2000

Objectif

Faire diminuer d'un tiers, ou de 50 et 70 pour 1 000 naissances vivantes respectivement et selon le chiffre le moins élevé, la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans, et cela entre 1990 et 2000

» Mortalité infantile et juvénile



Résultats

Le taux mondial de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans (TMM5) a reculé de 11 % en moyenne, passant de 93 décès pour 1 000 naissances vivantes au début des années 90 à 83 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2 000. Plus de 60 pays ont atteint l'objectif d'une réduction d'un tiers.

Mais...

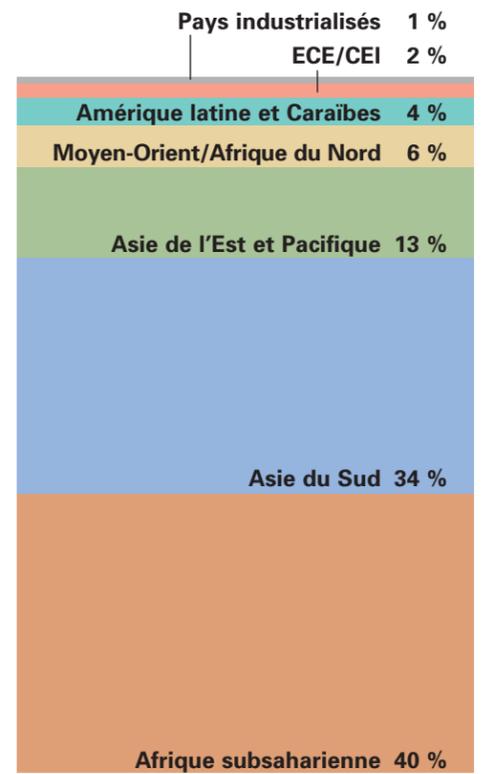
Plus de la moitié de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans avant 2010 devraient se produire en Afrique subsaharienne. La situation précaire de la région est aggravée par le nombre croissant de décès d'enfants de moins de cinq ans dus au VIH/SIDA et à la faiblesse de la couverture vaccinale en raison de systèmes de santé défaillants.

Défi à relever

Au début des années 90, le taux moyen de TMM5 pour le monde était de 83 décès pour 1 000 naissances vivantes. Bien que ce taux ait reculé, un défi important reste à relever en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et au Moyen-Orient/Afrique du Nord, qui affichent un TMM5 de 175, 100 et 64, respectivement. La malnutrition est liée à la moitié de ces décès et il sera nécessaire de la faire reculer pour améliorer le taux de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans.

MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Décès d'enfants de moins de cinq ans, par région, 2000



Près de 11 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés en 2000, la plupart en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

Source : UNICEF, 2001

Taux de mortalité des moins de cinq ans*, 2000

Afrique subsaharienne

Seychelles	17
Maurice	20
Cap Vert	40
Namibie	69
Afrique du Sud	70
Sao Tomé et Príncipe	75
Comores	82
Gabon	90
Botswana	101
Ghana	102
Congo	108
Erythrée	114
Zimbabwe	117
Kenya	120
Ouganda	127
Gambie	128
Lesotho	133
Madagascar	139
Sénégal	139
Swaziland	142
Togo	142
Bénin	154
Cameroun	154
Guinée équatoriale	156
Tanzanie	165
Côte d'Ivoire	173
Ethiopie	174
Guinée	175
Moyenne régionale	175
République centrafricaine	180
Mauritanie	183
Nigeria	184
Rwanda	187
Malawi	188
Burundi	190
Burkina Faso	198
Tchad	198
Mozambique	200
Zambie	202
Congo, Rép. dém.	207
Guinée-Bissau	215
Somalie	225
Mali	233
Liberia	235
Niger	270
Angola	295
Sierra Leone	316

Amérique latine et Caraïbes

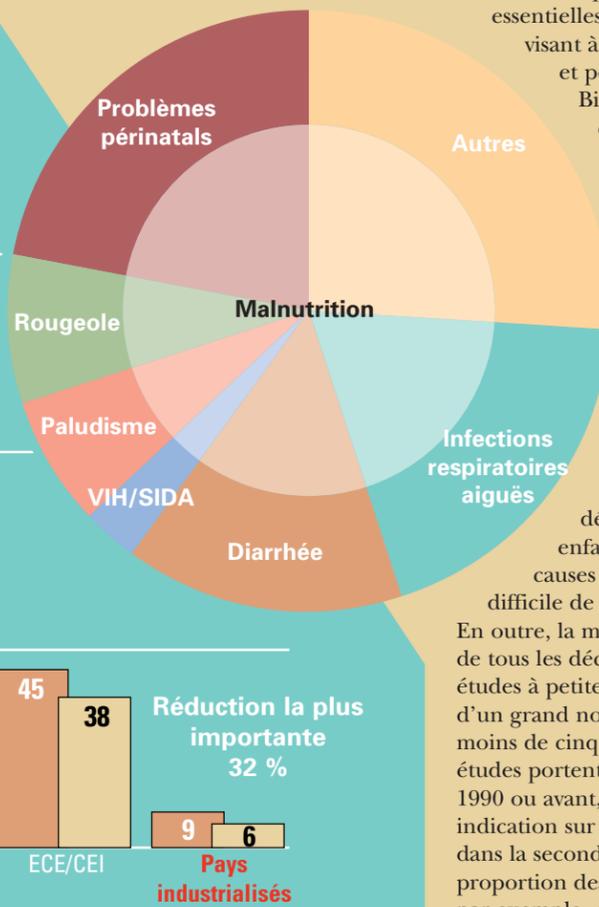
Cuba	9
Chili	12
Costa Rica	12
Barbade	14
Antigua et Barbuda	15
Dominique	16
Uruguay	17
Bahamas	18
Sainte-Lucie	19
Jamaïque	20
Trinité et Tobago	20
Argentine	21
Venezuela	23
Saint-Kitts et Nevis	25
Saint-Vincent/Grenadines	25
Grenade	26
Panama	26
Colombie	30
Mexique	30
Paraguay	31
Equateur	32
Surinam	33
Moyenne régionale	37
Brésil	38
El Salvador	40
Honduras	40
Belize	41
Nicaragua	45
République dominicaine	48
Pérou	50
Guatamala	59
Guyane	74
Bolivie	80
Haïti	125

Asie du Sud

Sri Lanka	19
Maldives	80
Bangladesh	82
Inde	96
Bhoutan	100
Népal	100
Moyenne régionale	100
Pakistan	110
Afghanistan	257

Les données sont importantes, mais des questions demeurent

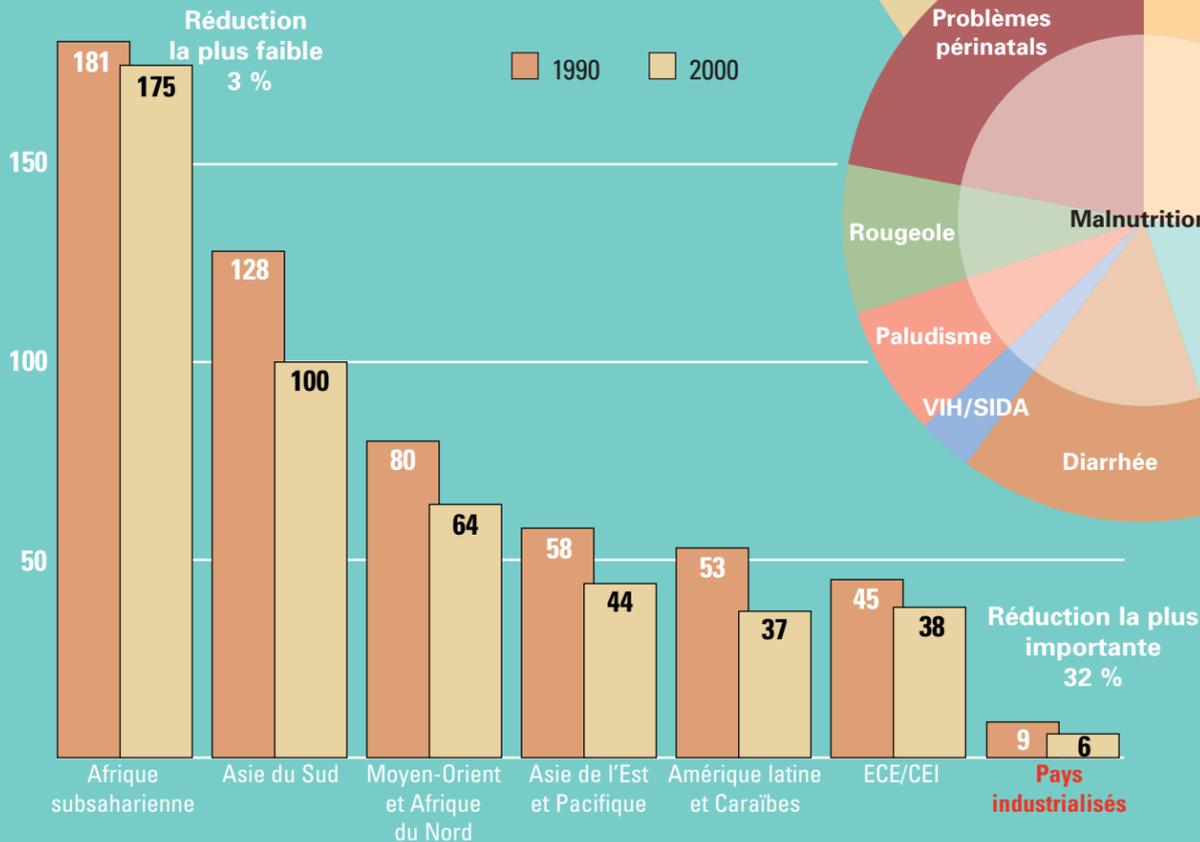
Décès des moins de cinq ans, par cause, 1999



Les estimations des décès d'enfants de moins de cinq ans par cause sont essentielles pour cibler les interventions visant à réduire la mortalité infantile et pour surveiller les progrès. Bien que l'on connaisse assez exactement le nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans, la proportion imputable à chaque cause est moins certaine, d'où l'absence de chiffres sur ce graphique. Cela est dû à plusieurs raisons. Tout d'abord, les fichiers d'état civil qui comportent des données sur la cause du décès dans les pays industrialisés n'existent pas dans la plupart des pays en développement. Ensuite, les enfants meurent souvent de causes multiples et il peut s'avérer difficile de déterminer celle qui a primé. En outre, la malnutrition est liée à la moitié de tous les décès. Enfin, on doit utiliser des études à petite échelle pour estimer la cause d'un grand nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans. Or, la plupart de ces études portent sur la première moitié de 1990 ou avant, et ne fournissent aucune indication sur l'évolution qui s'est produite dans la seconde moitié de la décennie. La proportion des décès imputés à la rougeole, par exemple, oscille entre 1 et 8 %.

Différences importantes dans l'évolution des taux de mortalité infantile

Taux de mortalité des moins de cinq ans, par région



Progrès moindres dans les régions à fort taux de TMM5 et plus importants dans les régions à faible taux de TMM5

Source : UNICEF, 2001

Source : OMS, 2000

Asie de l'Est et Pacifique

Singapour	4
Rép. de Corée	5
Brunei Darussalam	7
Malaisie	9
Tonga	21
Fidji	22
Iles Cook	24
Micronésie, Féd. des États de	24
Iles Salomon	25
Samoa	26
Palau	29
Thaïlande	29
Corée, Rép. pop. dém.	30
Nauru	30
Viet Nam	39
Chine	40
Philippines	40
Vanuatu	44
Moyenne régionale	44
Indonésie	48
Tuvalu	53
Iles Marshall	68
Kiribati	70
Mongolie	78
Lao, Rép. dém. pop.	105
Myanmar	110
Papouasie-Nouvelle-Guinée	112
Cambodge	135
Timor oriental	Pas de données
Niue	Pas de données

ECE/CEI¹

Rép. tchèque	5
Croatie	9
Hongrie	9
Slovaquie	9
Pologne	10
Bulgarie	16
Bosnie-Herzégovine	18
Bélarus	20
Yougoslavie	20
Estonie	21
Lettonie	21
Lituanie	21
Ukraine	21
Roumanie	22
Fédération de Russie	22
Ex-Rép. yougoslave de Macédoine	26
Géorgie	29
Arménie	30
Albanie	31
Moldova, Rép. de	33
Moyenne régionale	38
Turquie	45
Kirghizistan	63
Ouzbékistan	67
Turkménistan	70
Tadjikistan	73
Kazakhstan	75
Azerbaïdjan	105

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Chypre	7
Emirats arabes unis	9
Koweït	10
Oman	14
Bahreïn	16
Qatar	16
Libye	20
Territoire palestinien occupé	25
Tunisie	28
Arabie saoudite	29
Syrie	29
Liban	32
Jordanie	34
Egypte	43
Iran	44
Maroc	46
Moyenne régionale	64
Algérie	65
Soudan	108
Yémen	117
Irak	130
Djibouti	146
Moyenne mondiale	83
Moyenne des pays en développement	91

Pays industrialisés

Islande	4
Japon	4
Norvège	4
Suède	4
Suisse	4
Autriche	5
Danemark	5
Finlande	5
France	5
Allemagne	5
Luxembourg	5
Monaco	5
Pays-Bas	5
Slovénie	5
Espagne	5
Australie	6
Belgique	6
Canada	6
Grèce	6
Irlande	6
Israël	6
Italie	6
Malte	6
Nouvelle-Zélande	6
Portugal	6
Saint-Marin	6
Royaume-Uni	6
Moyenne régionale	6
Andorre	7
États-Unis	8
Liechtenstein	11
Saint-Siège	Pas de données

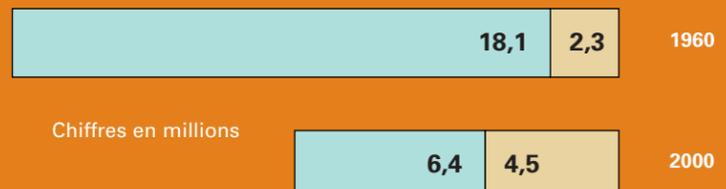
*Le taux de mortalité des moins de cinq ans est la probabilité de mourir entre la naissance et l'âge de cinq ans exactement pour 1000 naissances vivantes. Pour les pays industrialisés, les données proviennent des fichiers d'état civil. Pour plusieurs autres pays à fort taux de TMM5, les données sont extrapolées d'enquêtes menées auprès des ménages et du recensement de la population.

Source : UNICEF, 2001

¹Dans ce rapport, ECE/CEI comprend les États baltes

Le nombre de décès diminue de moitié dans le monde, mais double en Afrique

Nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde (sauf l'Afrique subsaharienne) et en Afrique subsaharienne, 1960-2000



La proportion de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde a reculé, passant de 20,4 millions à 10,9 millions par an au cours des quatre dernières décennies. Pendant ce temps, la proportion de décès enregistrés en Afrique subsaharienne a presque doublé, passant de 2,3 millions à 4,5 millions chaque année.

Source : UNICEF, 2001

Objectif

Réduire de moitié le nombre de cas de malnutrition sévère et modérée chez les enfants de moins de cinq ans

» Malnutrition des enfants



Prévalence de la malnutrition chronique

Pays où 40 % des moins de cinq ans ou plus souffrent d'un retard de croissance

Corée, Rép. pop. dém.	60
Zambie	59
Burundi	57
Népal	54
Afghanistan	52
Yémen	52
Ethiopie	51
Madagascar	49
Malawi	49
Cambodge	46
Guatemala	46
Inde	46
Nigeria	46
Bangladesh	45
Congo, Rép. dém.	45
Lesotho	44
Mauritanie	44
Tanzanie	44
Rwanda	43
Comores	42
Lao, Rép. dém. pop.	41
Bhoutan	40
Niger	40

Source pour tous les tableaux et graphiques : UNICEF, 2001

Résultats

La proportion d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale a reculé de 32 à 28 % dans les pays en développement au cours de la décennie. C'est en Asie de l'Est et dans le Pacifique que les progrès les plus remarquables ont été enregistrés.

Mais...

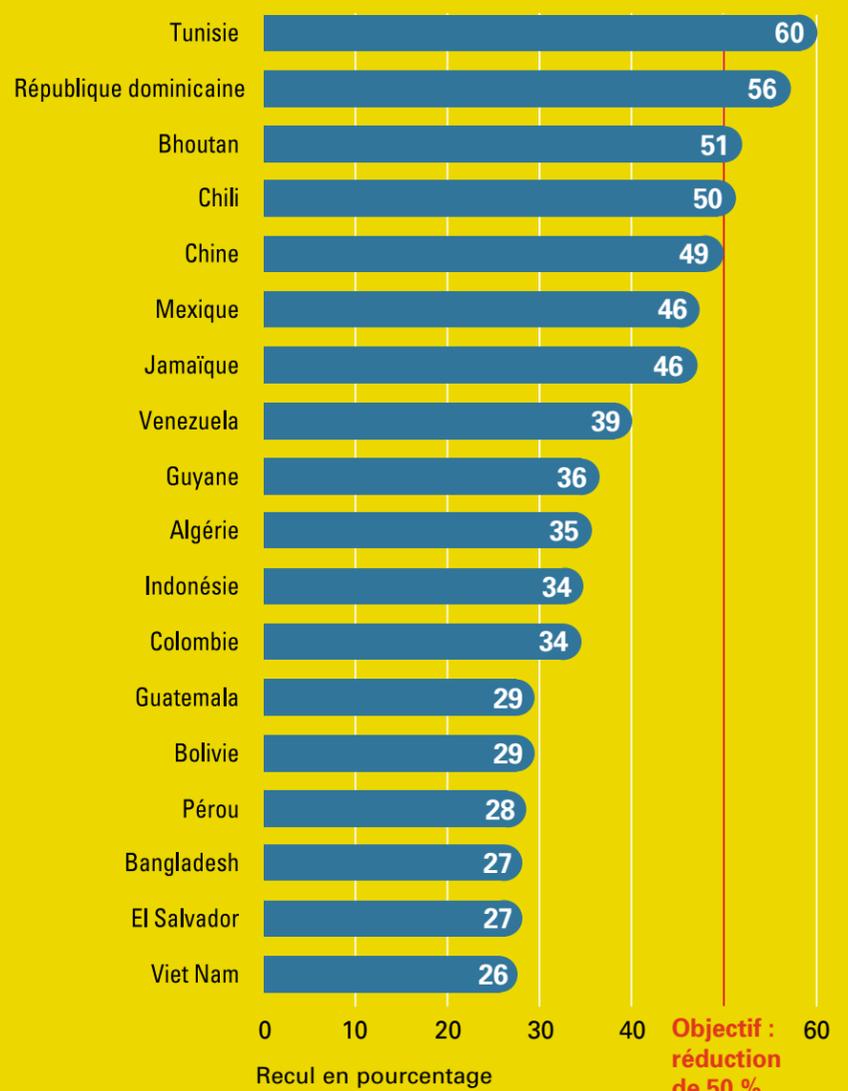
Le grand nombre de femmes et d'enfants sous-alimentés en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne pose un obstacle majeur à la survie et au développement des enfants. Des progrès peuvent être réalisés lorsque la prestation de services de base va de pair avec des initiatives qui informent les communautés et les familles (notamment les femmes) et leur donnent les moyens de garantir une nutrition adéquate et de prévenir les maladies infectieuses.

Défi à relever

La malnutrition est liée à près de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Les enfants malnutris offrent une résistance moindre aux infections et sont en plus grand danger de mourir de maladies infantiles communes telles que la diarrhée ou les infections respiratoires, et ceux qui survivent connaissent souvent une malnutrition chronique qui les plonge dans un cycle vicieux de maladies récurrentes et de problèmes de croissance.

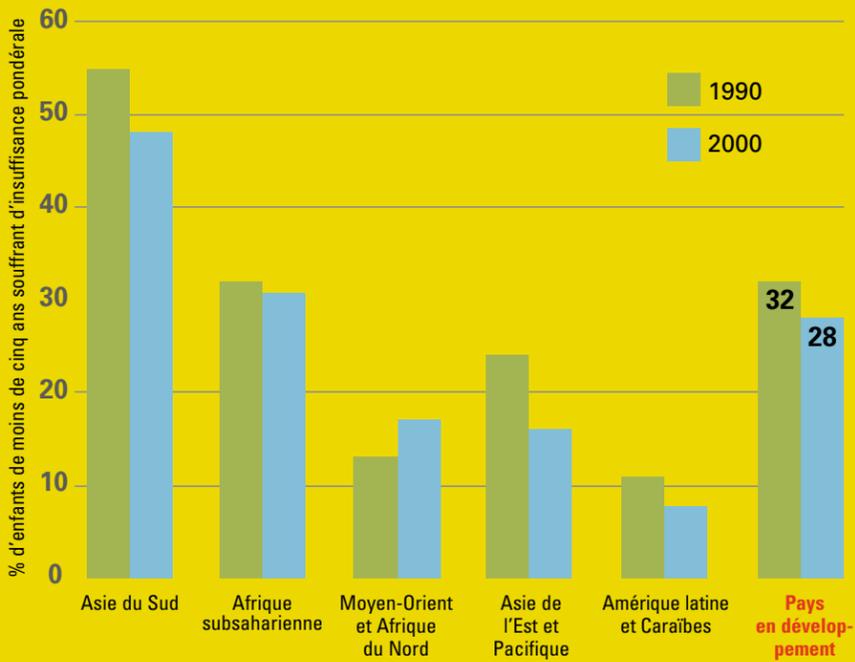
Progrès accomplis durant les années 90

Pays où la prévalence de l'insuffisance pondérale a reculé de 25 % ou plus



LE STATUT NUTRITIONNEL S'AMÉLIORE

Pourcentage d'enfants de moins de cinq souffrant d'insuffisance pondérale, 1990 et 2000

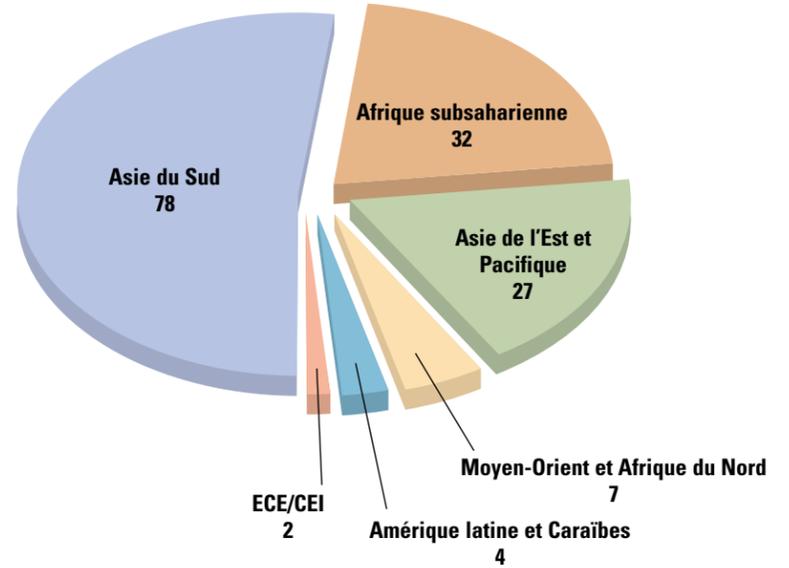


La région ECE/CEI ne figure pas sur ce tableau en raison de l'insuffisance des données pour 1990.

150 millions d'enfants des pays en développement sont encore sous-alimentés

Plus de la moitié des enfants souffrant d'insuffisance pondérale vivent en Asie du Sud

Chiffres en millions



Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale

Afrique subsaharienne

Botswana	13
Zimbabwe	13
Congo	14
Lesotho	16
Maurice	16
Sao Tomé et Príncipe	16
Gambie	17
Sénégal	18
Cameroun	21
Côte d'Ivoire	21
Guinée	23
Guinée-Bissau	23
Kenya	23
Mauritanie	23
République centrafricaine	24
Comores	25
Ghana	25
Malawi	25
Togo	25
Zambie	25
Mozambique	26
Somalie	26
Ouganda	26
Nigéria	27
Sierra Leone	27
Tchad	28
Bénin	29
Rwanda	29
Tanzanie	29
Moyenne régionale	30
Madagascar	33
Burkina Faso	34
Congo, Rép. dém.	34
Niger	40
Mali	43
Erythrée	44
Burundi	45
Ethiopie	47

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Liban	3
Territoire palestinien occupé	4
Tunisie	4
Jordanie	5
Libye	5
Algérie	6
Qatar	6
Bahreïn	9
Koweït	10
Iran	11
Egypte	12
Syrie	13
Arabie saoudite	14
Emirats arabes unis	14
Moyenne régionale	15
Irak	16
Soudan	17
Djibouti	18
Oman	24
Yémen	46

Asie de l'Est et Pacifique

Chine	10
Mongolie	13
Moyenne régionale	17
Malaisie	18
Indonésie	26
Philippines	28
Viet Nam	33
Myanmar	36
Lao, Rép. dém. pop.	40
Cambodge	46
Corée, Rép. pop. dém.	60

Asie du Sud

Bhoutan	19
Sri Lanka	33
Pakistan	38
Maldives	43
Moyenne régionale	46
Népal	47
Inde	47
Bangladesh	48
Afghanistan	48

Amérique latine et Caraïbes

Chili	1
Cuba	4
Jamaïque	4
Costa Rica	5
République dominicaine	5
Paraguay	5
Uruguay	5
Venezuela	5
Brésil	6
Colombie	7
Panama	7
Moyenne régionale	8
Mexique	8
Pérou	8
Bolivie	10
El Salvador	12
Guyana	12
Nicaragua	12
Equateur	15
Guatemala	24
Honduras	25
Haïti	28

ECE/CEI

Croatie	1
Yougoslavie	2
Arménie	3
Géorgie	3
Moldova, Rép. de	3
Fédération de Russie	3
Ukraine	3
Bosnie-Herzégovine	4
Kazakhstan	4
Ex-République yougoslave de Macédoine	6
Moyenne régionale	7
Turquie	8
Kirghizistan	11
Albanie	14
Azerbaïdjan	17
Ouzbékistan	19

Données anciennes ou inexistantes :

Afrique subsaharienne : Angola, Cap Vert, Guinée équatoriale, Gabon, Liberia, Namibie, Seychelles, Afrique du Sud, Swaziland

Moyen-Orient et Afrique du Nord : Chypre, Maroc

Asie de l'Est et Pacifique : Brunei Darussalam, Iles Cook, Timor oriental, Micronésie (Féd. des Etats de), Fidji, Kiribati, Iles Marshall, Nauru, Niue, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République de Corée, Samoa, Singapour, Iles Salomon, Thaïlande, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

Amérique latine et Caraïbes : Antigua et Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Saint-Kitts et Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent/Grenadines, Surinam, Trinité et Tobago

ECE/CEI : Bélarus, République tchèque, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Tadjikistan, Turkménistan



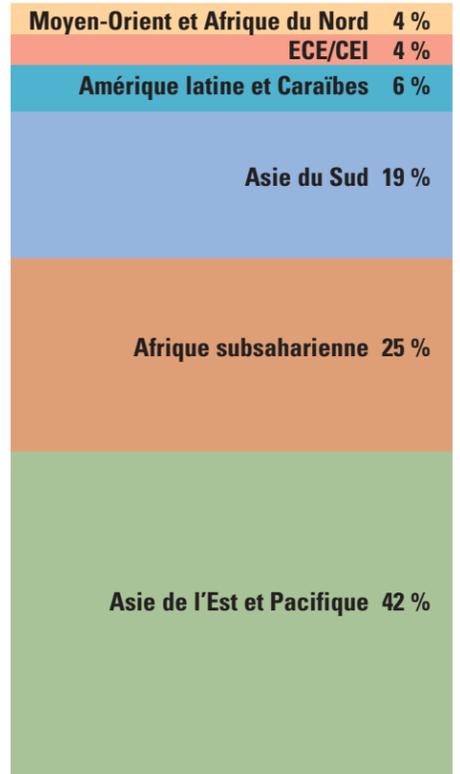
Objectif

Accès à l'eau potable pour tous

» Eau potable



1,1 milliard de personnes n'ont toujours pas accès à l'eau potable



Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable

Résultats

La couverture mondiale a augmenté de 77 à 82 %. Compte tenu de la croissance démographique, cela veut dire que près d'un milliard de personnes en plus ont bénéficié d'un meilleur approvisionnement en eau* dans les années 90.

Mais...

Quelque 1,1 milliard de personnes n'ont toujours pas accès à l'eau potable. La couverture reste faible, notamment dans les zones rurales pauvres de l'Afrique et dans les agglomérations informelles situées à la périphérie des villes. Le problème de la qualité de l'eau s'est aggravé, car des niveaux dangereux d'arsenic dans la nappe phréatique ont été enregistrés dans plusieurs pays d'Asie au cours de la décennie.

Défi à relever

En 1990, le défi qui consistait à garantir à tous l'accès à l'eau potable en l'an 2000 signifiait qu'il faudrait approvisionner durablement en eau propre 1,2 milliard de personnes, soit 23 % de la population mondiale. Et ce malgré les progrès réalisés au cours de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990).

*L'accès à de l'eau potable salubre a été déterminé en fonction du pourcentage de la population utilisant des réserves en eau améliorées.

Réserves en eau améliorées : raccordement de la maison, borne-fontaine, trou de sonde, puits ordinaire couvert, source protégée, collecte d'eau de pluie

Réserves non améliorées : puits découvert, source non protégée, rivière, mare, eau fournie par un marchand, eau provenant d'un camion-citerne

Afrique subsaharienne

Maurice (100)	100
Comores (88)	96
Botswana (93)	95
Gabon (-)	86
Afrique du Sud (86)	86
Zimbabwe (78)	83
Côte d'Ivoire (80)	81
Burundi (69)	78
Lesotho (-)	78
Sénégal (72)	78
Namibie (72)	77
Cap Vert (-)	74
Ghana (53)	73
République centrafricaine (48)	70
Tanzanie (38)	68
Mali (55)	65
Zambie (52)	64
Bénin (-)	63
Gambie (-)	62
Nigéria (53)	62
Niger (53)	59
Cameroun (51)	58
Kenya (45)	57
Malawi (49)	57
Mozambique (-)	57
Sierra Leone (-)	57
Moyenne régionale (53)	57
Guinée-Bissau (-)	56
Togo (51)	54
Ouganda (45)	52
Congo (-)	51
Guinée (45)	48
Madagascar (44)	47
Erythrée (-)	46
Congo, Rép. dém. (-)	45
Guinée équatoriale (-)	44
Burkina Faso (-)	42
Rwanda (-)	41
Angola (-)	38
Mauritanie (37)	37
Tchad (-)	27
Ethiopie (25)	24

Moyen-Orient et Afrique du Nord

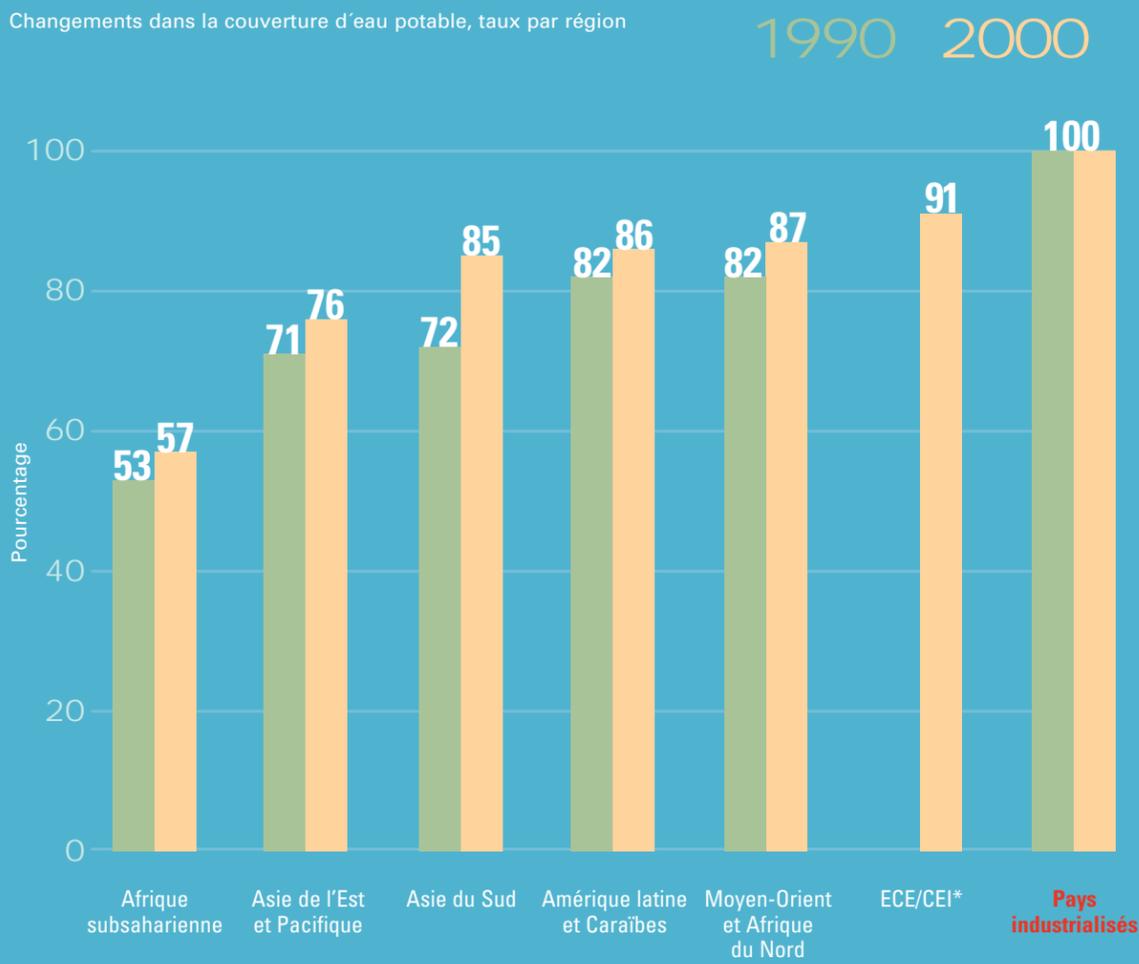
Chypre (100)	100
Djibouti (-)	100
Liban (-)	100
Egypte (94)	97
Jordanie (97)	96
Arabie saoudite (-)	95
Iran (-)	92
Algérie (-)	89
Moyenne régionale (82)	87
Territoire palestinien occupé (-)	86
Irak (-)	85
Maroc (75)	80
Syrie (-)	80
Tunisie (75)	80
Soudan (67)	75
Libye (71)	72
Yémen (-)	69
Oman (37)	39

Asie de l'Est et Pacifique

Iles Cook (100)	100
Corée, Rép. pop. dém. (-)	100
Niue (100)	100
Singapour (100)	100
Tonga (-)	100
Tuvalu (-)	100
Samoa (-)	99
Rép. de Corée (-)	92
Vanuatu (-)	88
Philippines (87)	86
Thaïlande (80)	84
Palaos (-)	79
Indonésie (71)	78
Viet Nam (55)	77
Moyenne régionale (71)	76
Chine (71)	75
Myanmar (-)	72
Iles Salomon (-)	71
Mongolie (-)	60
Kiribati (-)	48
Fidji (-)	47
Papouasie-Nouvelle-Guinée (40)	42
Lao, Rép. dém. pop. (-)	37
Cambodge (-)	30

Couverture la plus basse en Afrique subsaharienne

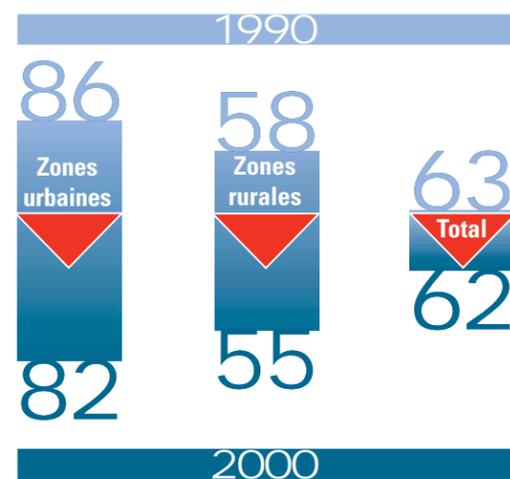
Changements dans la couverture d'eau potable, taux par région



*Pas de données pour 1990

Les pays pauvres perdent du terrain

La couverture diminue dans les pays les moins avancés



Asie du Sud

Maldives (-)	100
Bangladesh (94)	97
Pakistan (83)	90
Népal (67)	88
Moyenne régionale (72)	85
Inde (68)	84
Sri Lanka (68)	77
Bhoutan (-)	62
Afghanistan (-)	13

Amérique latine et Caraïbes

Barbade (-)	100
Saint Kitts and Nevis (-)	98
Sainte-Lucie (-)	98
Uruguay (-)	98
Bahamas (-)	97
Dominique (-)	97
Costa Rica (-)	95
Grenade (-)	95
Guyana (-)	94
Chili (90)	93
Saint Vincent/Grenadines (-)	93
Belize (-)	92
Guatemala (76)	92
Jamaïque (93)	92
Antigua and Barbuda (-)	91
Colombie (94)	91
Cuba (-)	91
Panama (-)	90
Trinité et Tobago (91)	90
Honduras (83)	88
Mexique (80)	88
Brésil (83)	87
République dominicaine (83)	86
Moyenne régionale (82)	86
Equateur (71)	85
Bolivie (71)	83
Venezuela (-)	83
Surinam (-)	82
Pérou (74)	80
Paraguay (63)	78
El Salvador (66)	77
Nicaragua (70)	77
Haïti (53)	46

ECE/CEI

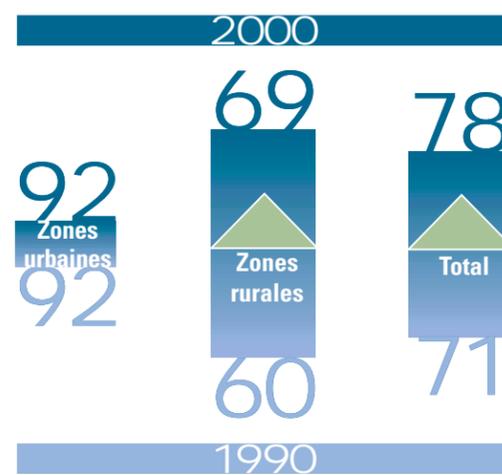
Bélarus (-)	100
Bulgarie (-)	100
Slovaquie (-)	100
Hongrie (99)	99
Fédération de Russie (-)	99
Ukraine (-)	98
Yougoslavie (-)	98
Albanie (-)	97
Moldova, Rép. de (-)	92
Kirghizistan (-)	91
Moyenne régionale (-)	91
Ouzbékistan (-)	85
Turquie (79)	82
Géorgie (-)	79
Azerbaïdjan (-)	78
Kirghizistan (-)	77
Tadjikistan (-)	60
Roumanie (-)	58

Pays industrialisés

Andorre (-)	100
Australie (100)	100
Autriche (100)	100
Canada (100)	100
Danemark (-)	100
Finlande (100)	100
Malte (100)	100
Monaco (-)	100
Pays-Bas (100)	100
Norvège (100)	100
Slovénie (100)	100
Suède (100)	100
Suisse (100)	100
Royaume-Uni (100)	100
Etats-Unis (100)	100
Moyenne régionale (100)	100

Progrès dans les zones rurales

Evolution de la couverture d'eau potable dans tous les pays en développement



Pas de données pour 2000 :

Afrique subsaharienne : Libéria, Sao Tomé et Príncipe, Seychelles, Somalie, Swaziland

Moyen-Orient et Afrique du Nord :

Bahreïn, Koweït, Qatar, Emirats arabes unis

Asie de l'Est et Pacifique : Brunéi Darussalam, Timor oriental, Malaisie, Iles Marshall, Micronésie (Féd. des Etats de), Nauru

Amérique latine et Caraïbes : Argentine
ECE/CEI : Arménie, Bosnie-Herzégovine, Croatie, République tchèque, Estonie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Ex-république yougoslave de Macédoine, Turkménistan

Pays industrialisés : Belgique, France, Allemagne, Grèce, Saint-Siège, Islande, Irlande, Israël, Italie, Japon, Liechtenstein, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, Portugal, Saint-Marin, Espagne

Objectif

Accès pour tous à des moyens hygiéniques de traitement des excréments*

» Assainissement



Résultats

La couverture mondiale est passée de 51 à 61 % au cours de la décennie. Cela signifie qu'environ 1 milliard de personnes supplémentaires ont eu accès à des équipements d'assainissements améliorés.

Mais...

Près de 2,4 milliards de personnes, notamment plus de la moitié de toutes celles qui vivent en Asie, n'ont toujours pas accès à l'assainissement. On estime que 80 % d'entre elles vivent en milieu rural. Les gouvernements n'accordent pas une priorité suffisante à l'assainissement et ne consacrent pas de ressources adéquates pour atteindre l'objectif.

Défi à relever

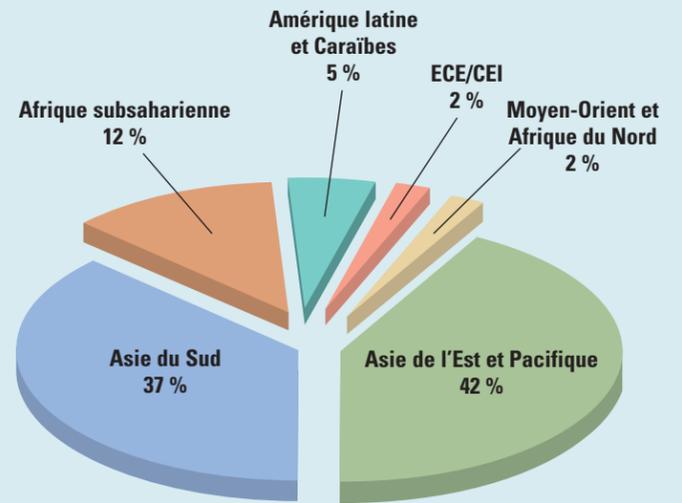
En 1990, 2,6 milliards de personnes n'avaient pas accès à des moyens hygiéniques de traitement des excréments. Le défi a consisté à équiper ces personnes et à accélérer les efforts pour tenir compte de la croissance démographique. Des technologies adéquates bon marché et des campagnes de mobilisation sociale ont été essentielles aux succès remportés.

*L'accès à des moyens hygiéniques de traitement des excréments a été déterminé en fonction du pourcentage de la population utilisant des équipements sanitaires améliorés.

Équipements améliorés : raccordement à l'égout public, raccordement au système septique, latrines à fosse simples, latrines à fosse ventilée améliorées, latrines à chasse d'eau.

Équipements non améliorés : latrines publiques ou communautaires, latrines à ciel ouvert, tinettes.

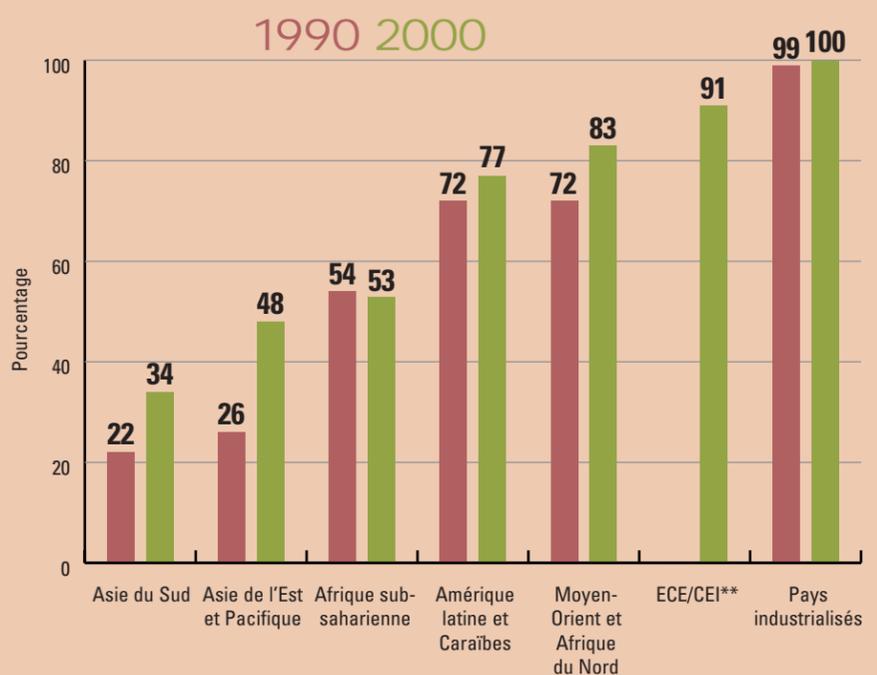
Régions où vivent les 2,4 millions de personnes qui n'ont pas accès à des équipements sanitaires améliorés, 2000



Source de toutes les informations : Programme commun de surveillance OMS/UNICEF.

Progrès remarquables en Asie et inexistants en Afrique

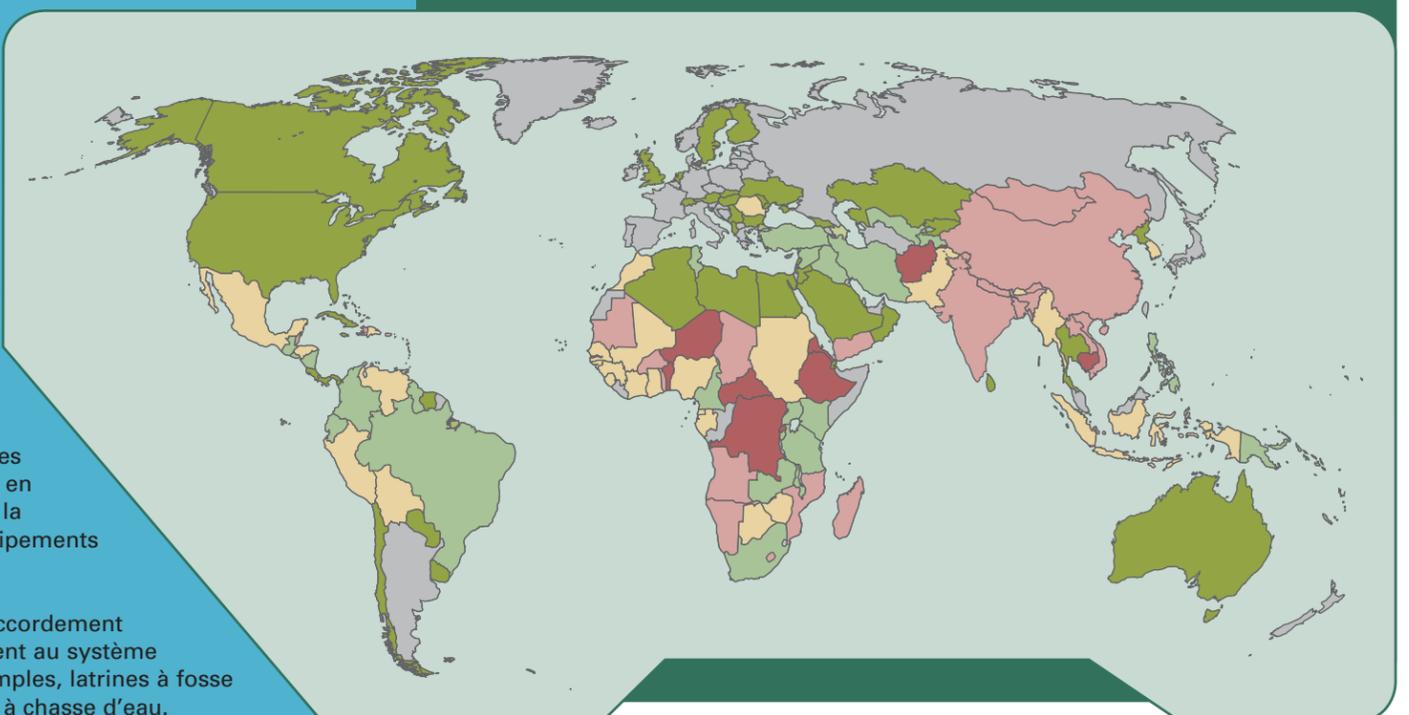
Pourcentage de la couverture en matière d'assainissement, par région, 1990 et 2000



**Pas de données disponibles pour 1990

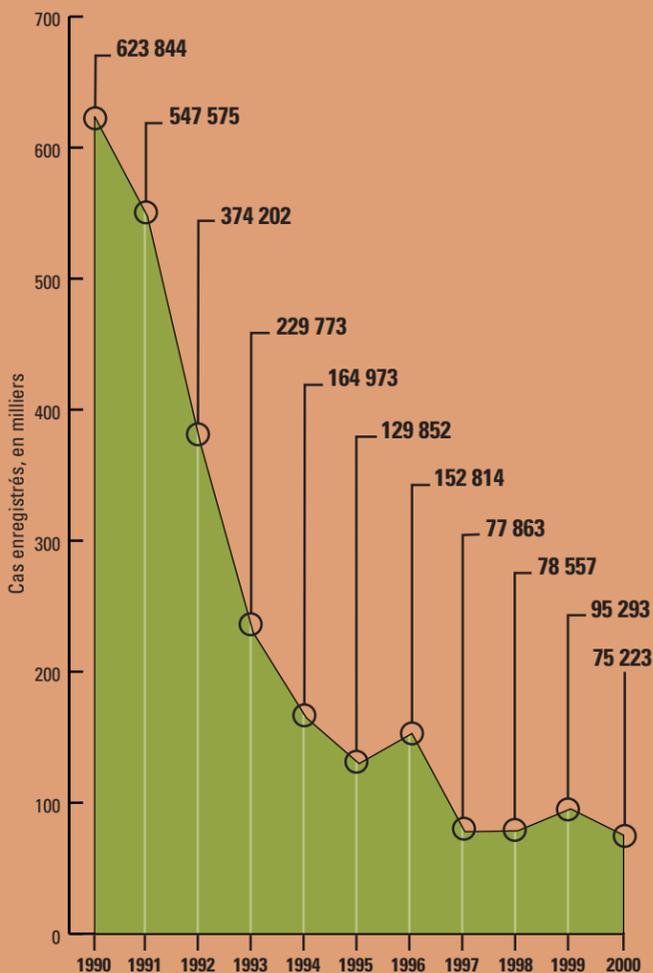
Couverture en matière d'assainissement, 2000

Pourcentage de la population utilisant des équipements sanitaires améliorés



Gagner la bataille contre la dracunculose

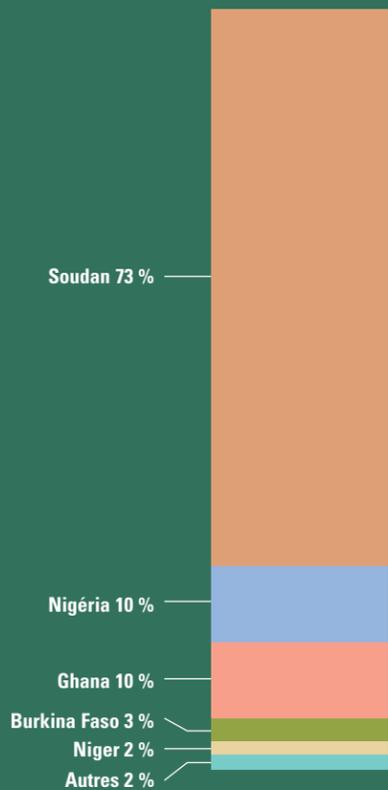
Nombre de cas dans le monde, 1990-2000



Source : OMS, 2001

LE FARDEAU DE L'AFRIQUE

Répartition des cas de dracunculose déclarés, 2000



Source : OMS, 2001

Objectif

Eradication de la dracunculose (maladie du ver de Guinée) à l'horizon 2000

» Dracunculose



Résultats

Le nombre de cas de dracunculose enregistrés a chuté, passant de presque 624 000 en 1990 à environ 75 000 en 2000, soit un recul de 88 %. Le sous-continent indien a été officiellement certifié exempt de la maladie au début de 2000.

Mais...

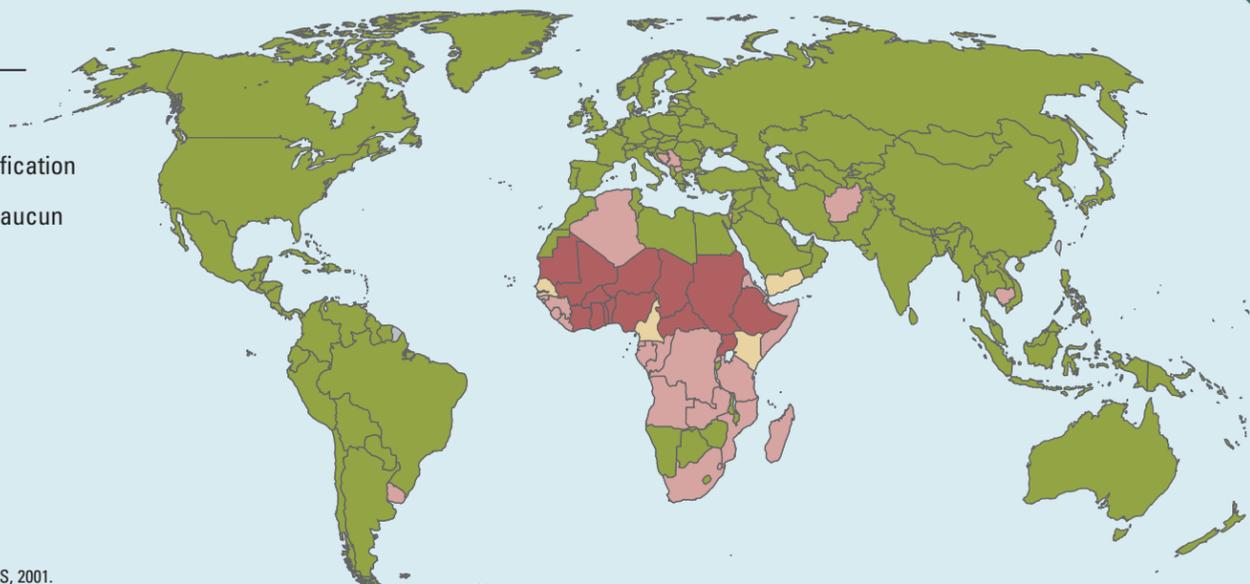
La transmission de la dracunculose reste endémique dans les villages les plus pauvres de 14 pays d'Afrique qui souffrent aussi souvent d'une pénurie en eau. Le Soudan compte à lui seul près des trois quarts des cas de dracunculose dans le monde.

Défi à relever

Le ver de Guinée est un parasite que l'on trouve fréquemment dans les endroits où des mares d'eau dormante ou des puits peu profonds, non couverts sont les seules sources d'approvisionnement en eau. Le parasite provoque chez sa victime des douleurs invalidantes qui durent pendant des mois, empêchant les adultes de travailler et les enfants d'aller à l'école.

Pays où la dracunculose sévit toujours

- Pays certifiés
- Pays en cours de pré-certification
- Pays pas encore certifiés; aucun cas enregistré en 2001
- Pays où des cas ont été enregistrés en 2000
- Pas de données



Source : OMS, 2001.

Objectif

Accès universel à l'éducation de base en 2000 : 80 % au moins des enfants d'âge scolaire restent à l'école pendant les quatre années du cycle primaire

» Education primaire



Résultats

En 1990, 80 % des enfants en âge d'aller à l'école primaire étaient inscrits à l'école et /ou scolarisés (taux net d'inscription à l'école primaire/fréquentation scolaire). À la fin de la décennie, ce taux atteignait 82 % pour l'ensemble du monde. L'écart entre les sexes a diminué de près de 50 % mais demeure trop important dans trois régions (voir tableau ci-contre).

Mais...

Malgré les progrès réalisés, il y a encore près de 120 millions d'enfants d'âge scolaire qui ne fréquentent pas l'école. La population globale ayant augmenté, ce chiffre n'a pas diminué depuis le début de la décennie. Les taux d'inscription à l'école et/ou de fréquentation scolaire dans quatre régions sont encore inférieurs à 90 %.

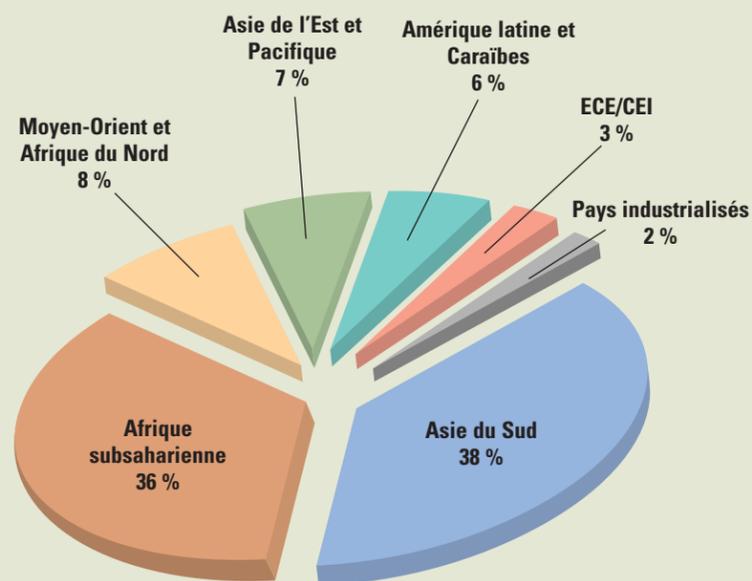
Défi à relever

L'éducation primaire pour tous n'est pas seulement un droit; elle a une incidence positive importante sur le bien-être des enfants et des adultes. Au début de la décennie, seuls les pays d'Asie de l'Est et du monde industrialisé affichaient des taux supérieurs à 90 %.

Les données qui figurent sur ces deux pages diffèrent de celles contenues dans le document « Education for All 2000 Assessment – Statistical Document » publié à l'occasion du Forum mondial sur l'éducation qui s'est tenu à Dakar (Sénégal), en avril 2000, en raison d'une mise à jour extensive, provenant d'enquêtes récentes menées auprès des ménages, y compris les enquêtes par grappes avec indicateur multiple (MICS).

REPARTITION DES ENFANTS NON SCOLARISES

Enfants d'âge scolaire qui ne fréquentent pas l'école, par région, 1999



120 millions d'enfants d'âge scolaire ne fréquentaient pas l'école en 1995, dont 53 % de filles et 47 % de garçons. L'écart de sexe a diminué par rapport à 1990.

Source : UNICEF, 2001.

Proportion de garçons et de filles inscrits à l'école primaire ou scolarisés*, 1999

Afrique subsaharienne

Seychelles	100
Swaziland	100
Cap Vert	99
Maurice	97
Sao Tome et Principe	93
Guinée équatoriale	89
Afrique du Sud	87
Ouganda	87
Namibie	86
Zimbabwe	85
Botswana	84
Gabon	83
Malawi	83
Ghana	74
Kenya	74
Cameroun	73
Togo	69
Zambie	67
Rwanda	66
Lesotho	65
Somalie	64
Bénin	63
Comores	60
Moyenne régionale	60
Congo, Rép. dém.	59
Côte d'Ivoire	57
Madagascar	57
Nigeria	56
Mauritanie	54
Tanzanie	53
Gambie	52
Angola	50
Sénégal	49
Burundi	47
Ethiopie	44
Mozambique	44
République centrafricaine	43
Guinée-Bissau	42
Sierra Leone	41
Mali	40
Tchad	39
Guinée	39
Erythrée	37
Niger	37
Liberia	34
Burkina Faso	27

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Syrie	99
Liban	98
Emirats arabes unis	98
Algérie	97
Bahreïn	97
Iran	97
Chypre	96
Libye	96
Jordanie	95
Territoire palestinien occupé	94
Qatar	94
Tunisie	94
Irak	93
Oman	89
Koweït	87
Egypte	86
Moyenne régionale	81
Arabie saoudite	76
Maroc	70
Yémen	58
Soudan	40
Djibouti	33

Asie du Sud

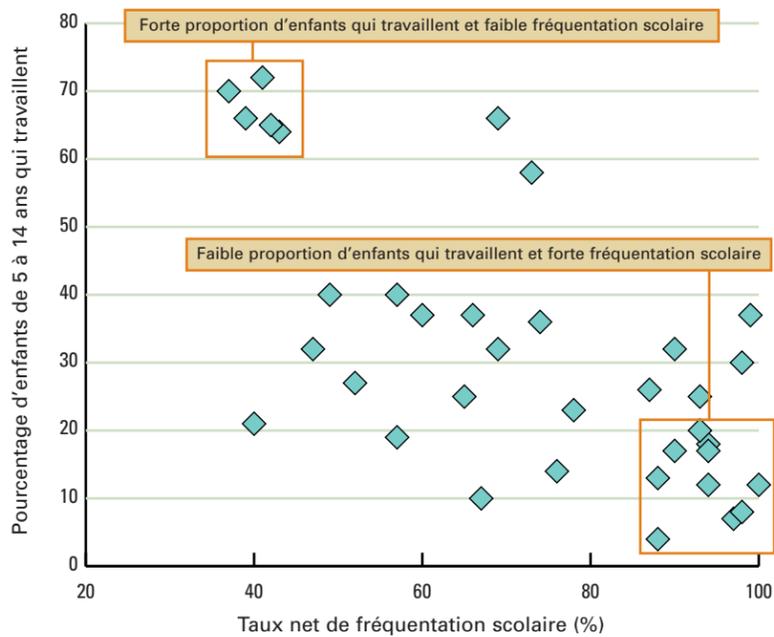
Maldives	98
Sri Lanka	90
Bangladesh	82
Inde	76
Moyenne régionale	71
Népal	66
Bhoutan	53
Pakistan	46
Afghanistan	24

Moyenne mondiale 82
Moyenne des pays en développement 80

*Cet indicateur est dérivé de données administratives recueillies par les ministères de l'Education nationaux et de données sur la population scolaire de cycle primaire (inscription) ou d'enquêtes nationales menées auprès des ménages dans lesquelles les enfants interrogés répondaient à des questions sur leur fréquentation scolaire.

L'école et le travail ne font pas bon ménage

Pourcentage d'enfants de 5 à 14 ans ayant actuellement un travail comparé au taux net de fréquentation scolaire, pour un groupe de pays



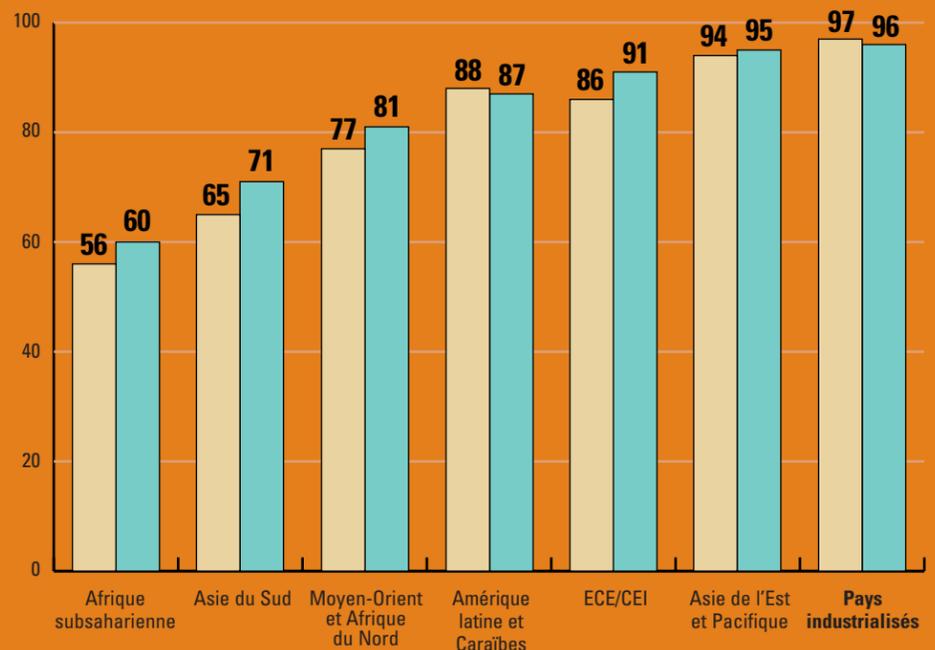
Chaque losange représente un pays, utilisant des données comparées issues des MICS. Le tableau indique un lien étroit entre une forte proportion d'enfants qui travaillent et une faible fréquentation scolaire, et vice-versa.

Source : UNICEF, 2001.

Progrès minimes pendant la décennie

Taux net d'inscription à l'école primaire/scolarisation, 1990 et 1999

1990 1999



Le taux net d'inscription à l'école primaire/scolarisation s'est amélioré, passant de 80 % en 1990 à 82 % en 1999.

Source : UNICEF/UNESCO, 2001.

Asie de l'Est et Pacifique

Niue	100
Tuvalu	100
Chine	99
Fiji	99
Iles Cook	98
Nauru	98
Rép. de Corée	97
Tonga	95
Moyenne régionale	95
Malaisie	94
Viet Nam	94
Indonésie	93
Samoa	93
Singapour	93
Brunei Darussalam	91
Mongolie	90
Philippines	90
Vanuatu	90
Thaïlande	80
Kiribati	71
Lao, Rép. dém. pop.	69
Myanmar	68
Cambodge	65

ECE/CEI

Kazakhstan	100
Moldova, Rép. de	99
Bulgarie	98
Géorgie	98
Hongrie	97
Kirghizistan	97
Pologne	97
Yougoslavie	97
Roumanie	96
Ex-République yougoslave de Macédoine	96
Croatie	95
Bosnie-Herzégovine	94
Lettonie	93
Fédération de Russie	93
Tadjikistan	93
Rép. tchèque	91
Albanie	90
Azerbaïdjan	88
Estonie	87
Moyenne régionale	87
Bélarus	85
Turkménistan	80
Ouzbékistan	78
Turquie	72

Amérique latine et Caraïbes

Barbade	100
Bahamas	99
Antigua et Barbuda	98
Grenade	98
Mexique	97
Argentine	96
Brésil	95
Guyane	95
Cuba	94
République dominicaine	94
Jamaïque	93
Uruguay	93
Belize	91
Costa Rica	91
Panama	91
Moyenne régionale	91
Colombie	90
Equateur	90
Chili	89
Dominique	89
Saint-Kitts et Nevis	89
Surinam	89
Trinité et Tobago	88
Bolivie	87
Pérou	87
Honduras	86
Paraguay	85
Saint-Vincent/Grenadines	84
Venezuela	84
Nicaragua	80
El Salvador	78
Guatemala	77
Haïti	42

Pas de données pour 1999 :

Afrique subsaharienne : Congo
Asie de l'Est et Pacifique : Iles Marshall, Iles Salomon, Micronésie (Féd. des Etats de), Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Rép. pop. dém. de Corée, Timor oriental
ECE/CEI : Arménie, Lituanie, Slovaquie, Ukraine
Amérique latine et Caraïbes : Sainte-Lucie
Pays industrialisés : Andorre, Saint-Siège, Israël, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Saint-Marin

Source : UNICEF, 2001.

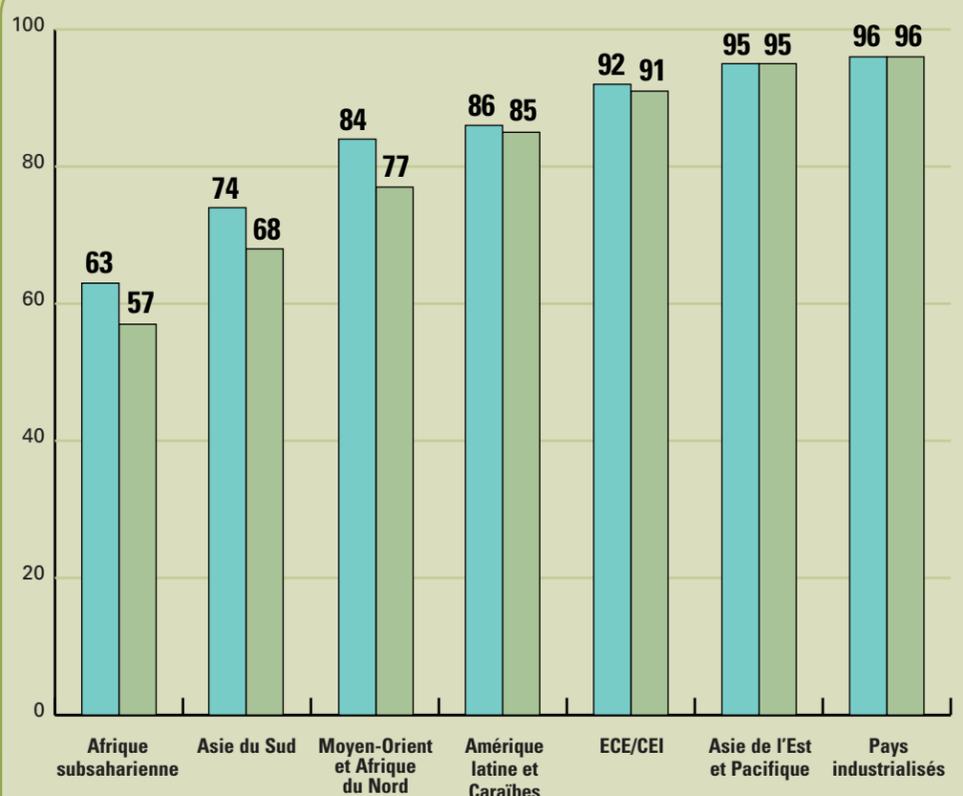
Pays industrialisés

France	100
Irlande	100
Italie	100
Japon	100
Malte	100
Pays-Bas	100
Nouvelle-Zélande	100
Norvège	100
Portugal	100
Espagne	100
Suède	100
Danemark	99
Finlande	98
Islande	98
Royaume-Uni	98
Belgique	97
Suisse	96
Moyenne régionale	96
Australie	95
Canada	95
Slovénie	95
Etats-Unis	95
Autriche	91
Grèce	90
Allemagne	86

L'écart entre les sexes est encore trop important dans trois régions

Taux net d'inscription à l'école primaire/scolarisation, par sexe

Garçons Filles



Entre 1990 et 1999, l'écart entre les sexes a été réduit de moitié dans l'ensemble du monde, passant de 6 à 3 points de pourcentage.

Source : UNICEF/UNESCO, 2001.

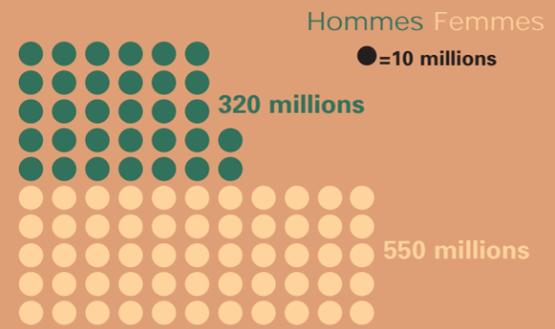
Objectif

Réduction du taux d'analphabétisme chez les adultes à la moitié de son niveau de 1990, avec une attention particulière portée à l'alphabétisation des femmes

» Alphabétisation des adultes

LES CHIFFRES DEMEURENT LES MEMES

Le nombre d'hommes et de femmes illettrés n'a pas changé entre 1990 et 2000

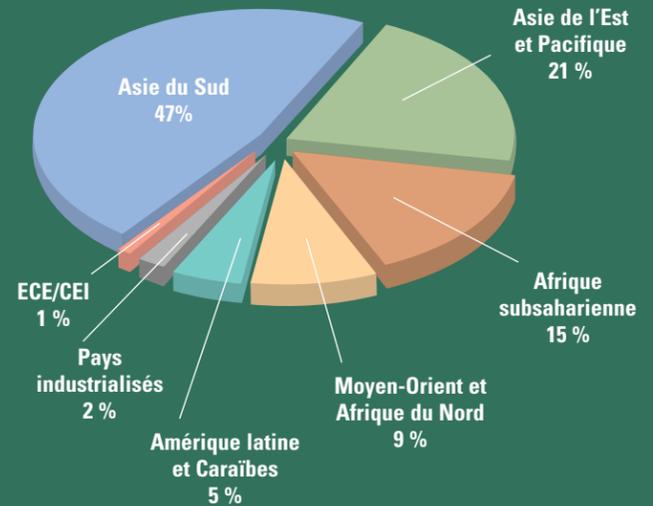


Source : UNESCO, UNICEF, 2001.



La moitié des personnes illettrées vivent en Asie du Sud

Pourcentage de personnes illettrées de 15 ans et plus, 2000



Source : UNESCO, UNICEF, 2001.

Résultats

Quoique l'analphabétisme ait reculé de 25 à 20 % au cours de la décennie, le nombre de personnes illettrées est resté le même, en partie à cause de la croissance démographique. Le taux d'analphabétisme a chuté dans toutes les régions et les progrès les plus remarquables ont été réalisés en Afrique subsaharienne et dans la région Asie de l'Est/Pacifique.

Mais...

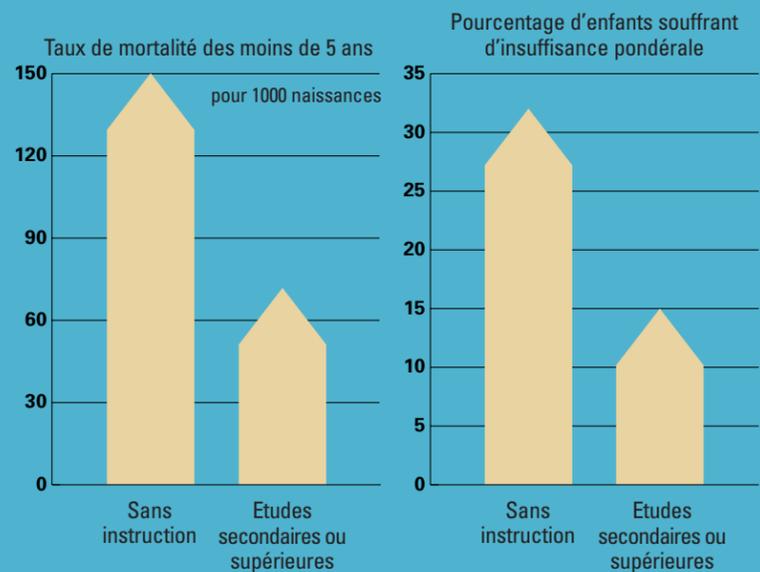
En valeur absolue, le nombre d'analphabètes est resté proche de 900 millions dans les années 90. C'est dans les régions d'Asie du Sud et d'Asie de l'Est et du Pacifique que vivent la plupart d'entre eux. Par ailleurs, compte tenu de la croissance démographique, le nombre d'analphabètes en Asie du Sud a augmenté de près de 40 millions, quoique le taux d'analphabétisme ait diminué.

Défi à relever

L'alphabétisation, sous sa forme la plus simple, est la capacité d'un individu de lire et d'écrire – en le comprenant – un énoncé primaire ayant trait à sa vie quotidienne. Près de 900 millions de personnes de 15 ans et plus n'ont pas atteint ce niveau d'éducation de base.

Education des mères, survie et développement des enfants

Lien entre l'éducation des mères, la mortalité des moins de cinq ans et l'insuffisance pondérale grave et modérée

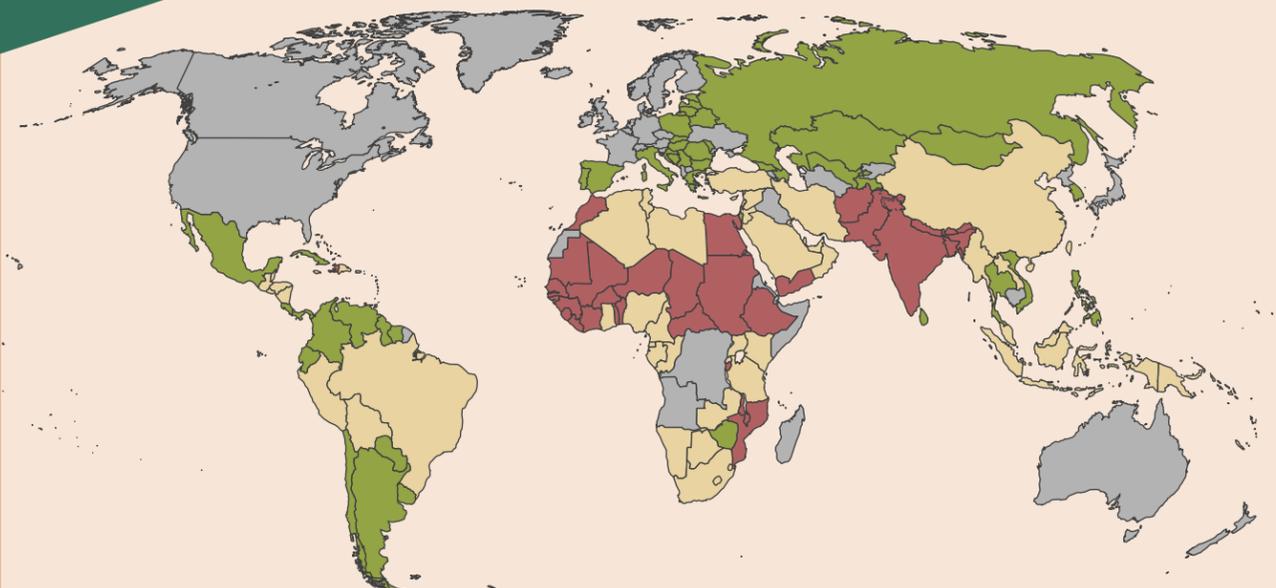


L'alphabétisation et le niveau d'éducation des mères sont liés au bien-être de leurs enfants. Ce tableau, qui résume les résultats de plus de 35 enquêtes récentes réalisées auprès des ménages dans de nombreuses régions du monde, montre que les enfants de mères sans instruction courent deux fois plus de risques de mourir ou de souffrir de malnutrition que les enfants de femmes qui ont fait des études secondaires ou supérieures.

Source : données les plus récentes issues de 35 études sur la santé et la démographie, 1995-1999.

Alphabétisation, 2000

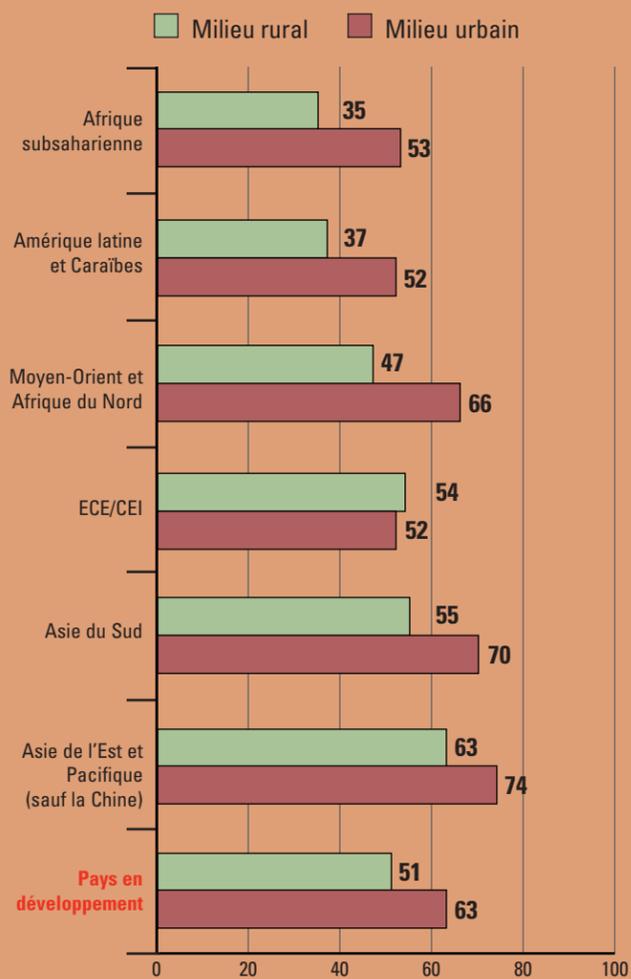
Pourcentage de personnes de 15 ans et plus sachant lire et écrire



Source : UNESCO, UNICEF, 2001.

Les enfants ruraux ont moins de chances d'être traités en cas d'IRA

Pourcentage d'enfants atteints d'infections respiratoires aiguës traités par un pourvoyeur de soins*, par lieu de résidence

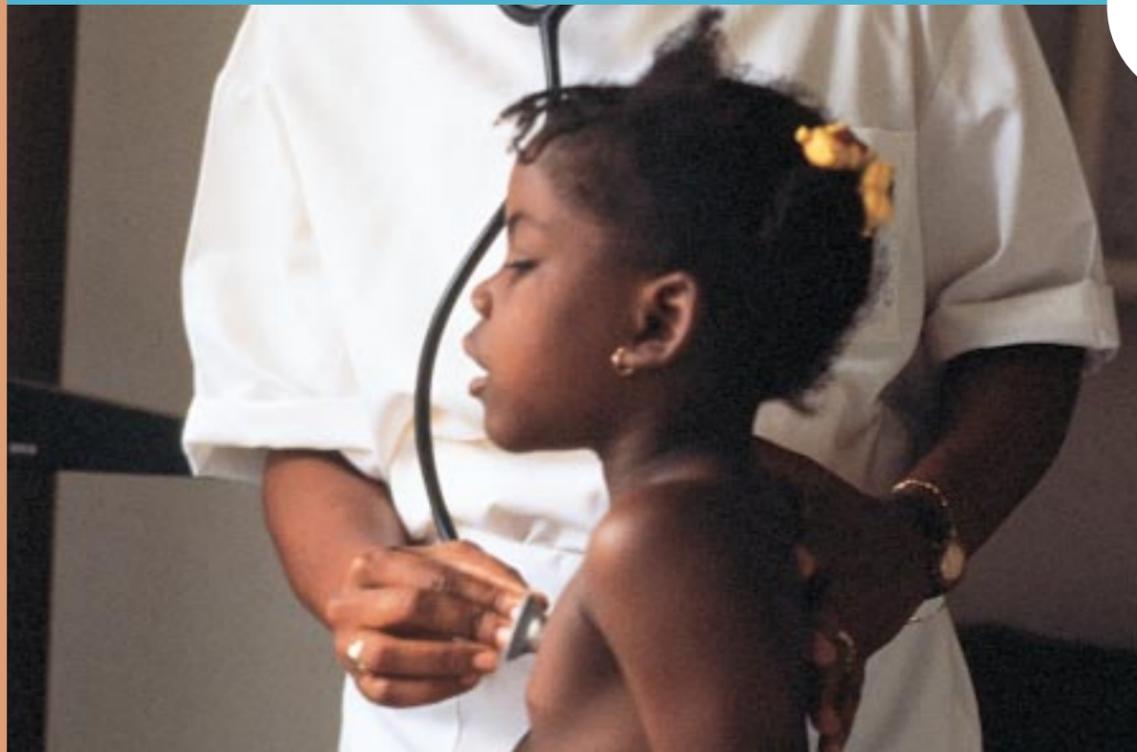


Source pour les graphiques et les cartes : UNICEF, 2001

Objectif

Diminution de 50 % du nombre de décès dus à des IRA parmi les moins de 5 ans

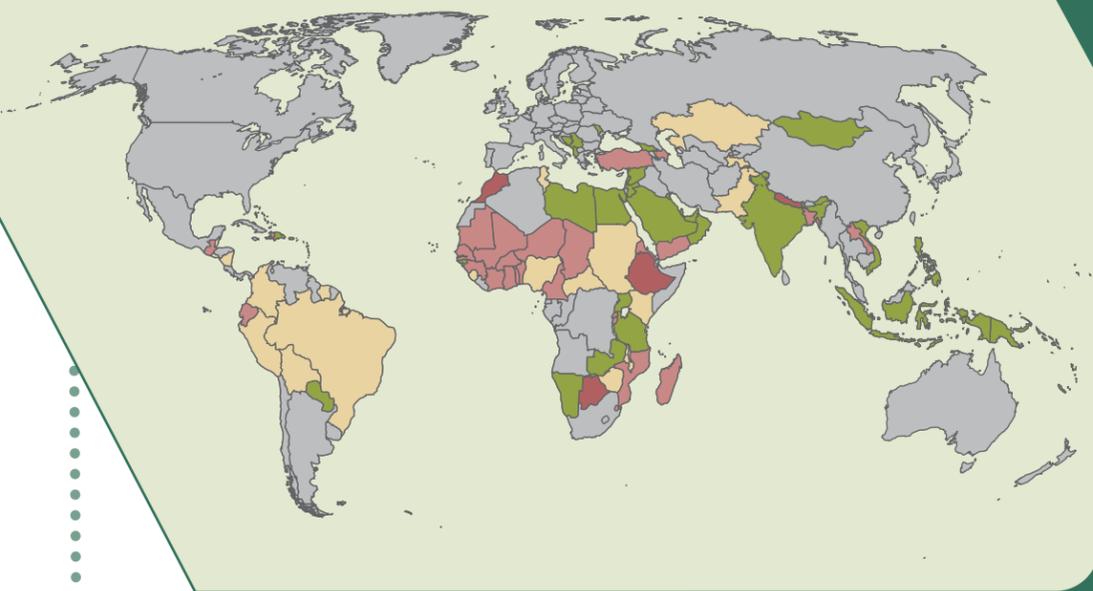
» Infections respiratoires aiguës



Trop peu d'enfants sont traités en cas d'IRA

Pourcentage d'enfants atteints d'IRA traités par un pourvoyeur de soins, 1900-2000

60 %+ 40-59 % 20-39 % 0-19 % Pas de données



Résultats

L'initiative Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, lancée en 1992, ainsi que d'autres programmes de santé basés sur la communauté, forment les personnels de santé à reconnaître les signes d'une infection respiratoire aiguë et à avoir recours à un traitement opportun en dehors du foyer.

Mais...

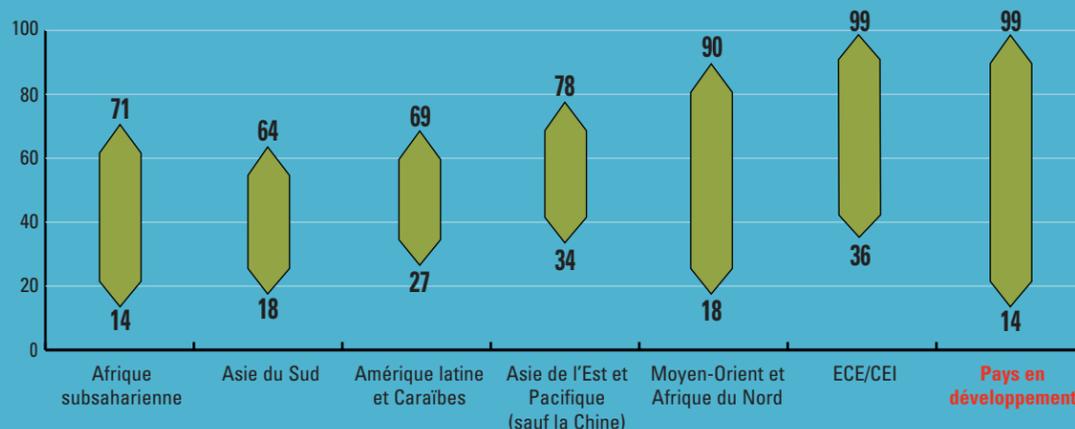
Dans plus de 40 des 82 pays pour lesquels on dispose de données, moins de 50 % des enfants atteints d'infections respiratoires aiguës ont été traités par un pourvoyeur de soins. La disponibilité des pourvoyeurs de soins et l'accès à des services de santé appropriés, ainsi qu'aux antibiotiques, doivent aussi être améliorés dans de nombreux pays.

Défi à relever

Les infections respiratoires aiguës sont l'une des principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. La pneumonie est la plus grave de ces infections, mais elle peut souvent être traitée à l'aide d'antibiotiques bon marché. Lorsqu'un enfant montre les signes d'une infection respiratoire aiguë (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide), il doit recevoir immédiatement les soins appropriés.

Différences régionales du recours à des soins médicaux pour les enfants

Variations régionales et internationales en matière de promotion du recours opportun à des soins médicaux pour les enfants atteints d'IRA



Les deux points de données pour chaque région indiquent la proportion la plus faible et la plus élevée d'enfants atteints d'IRA traités par un pourvoyeur de soins.

*Les pourvoyeurs de soins comprennent les hôpitaux, les centres de santé, les dispensaires, les agents de santé des villages, les maternités et cliniques pour enfants, les hôpitaux mobiles/de campagne et les médecins privés. Dans 15 pays (principalement en Amérique latine et au Moyen-Orient), les pharmacies font aussi partie des pourvoyeurs de soins.

Objectif

Réduire de moitié entre 1990 et 2000 le taux de mortalité maternelle

» Mortalité maternelle



UN RISQUE SUR 13

En Afrique subsaharienne, les risques de décès pendant l'accouchement sont de 1 sur 13, contre 1 sur 4 100 dans les pays industrialisés

Région	Risque de décès lié à la grossesse ou à l'accouchement encouru sur une vie entière*
Afrique subsaharienne	1 sur 13
Asie du Sud	1 sur 55
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1 sur 55
Amérique latine et Caraïbes	1 sur 160
Asie de l'Est et Pacifique	1 sur 280
ECE/CEI	1 sur 800
<hr/>	
Pays les moins avancés	1 sur 16
Pays en développement	1 sur 60
Pays industrialisés	1 sur 4 100
Total monde	1 sur 75

* Déterminé non seulement par le taux de mortalité maternelle mais aussi par le nombre de naissances par femme.

Source : OMS, UNICEF et FNUAP. Mortalité maternelle 1995 : estimations de l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, 2001.

Résultats

Les soins obstétricaux se sont considérablement améliorés dans toutes les régions en développement. Toutefois, dans certains pays et dans l'ensemble de la région de l'Afrique subsaharienne, qui enregistre le taux de mortalité des mères le plus fort du monde, peu de progrès ont été accomplis.

Mais...

L'accès à des soins prénatals et obstétricaux de bonne qualité doit être garanti à toutes les femmes.

Défi à relever

Les complications qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement sont la principale cause de mortalité et d'infirmité des femmes en âge de procréer dans le monde en développement. On estime que 515 000 d'entre elles en meurent chaque année.

Pour chaque femme qui meurt, une trentaine d'autres subissent des blessures, des infections ou des lésions durant la grossesse ou l'accouchement. Cela signifie que la santé d'au moins 15 millions de femmes se trouve ainsi altérée chaque année.

Difficultés de la surveillance

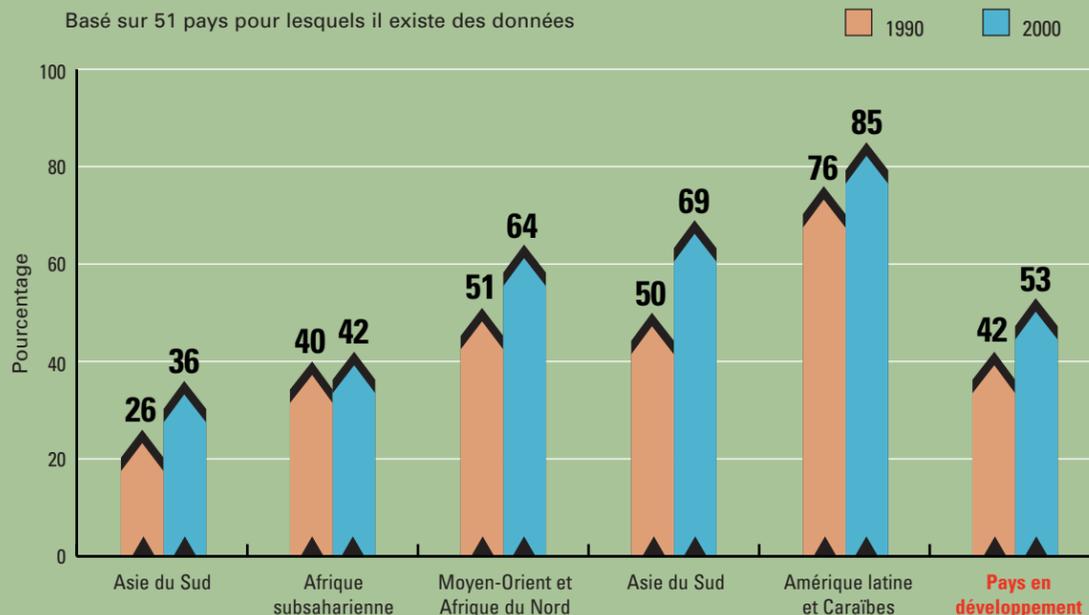
Il est difficile de mesurer l'évolution de la mortalité maternelle. Seuls quelques pays sont dotés des systèmes d'enregistrement nécessaires pour suivre les progrès accomplis. Et ceux qui en ont ne comptent que pour environ un quart des naissances vivantes et un nombre relativement peu élevé de décès de mères.

Augmenter le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié a été l'une des mesures recommandées pour faire reculer le taux de mortalité maternelle. Comme l'indique le tableau ci-dessous, en Afrique subsaharienne, où le taux de mortalité des mères est le plus élevé du monde, les soins obstétricaux de qualité n'ont pas augmenté.

Evolution de la prestation de soins obstétricaux de qualité (1900-2000)

En Afrique subsaharienne, où le taux de mortalité des mères est le plus élevé du monde, les soins obstétricaux de qualité n'ont pas augmenté.

Basé sur 51 pays pour lesquels il existe des données



Source : UNICEF, 2001.

Taux de mortalité maternelle*, par région

Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique subsaharienne

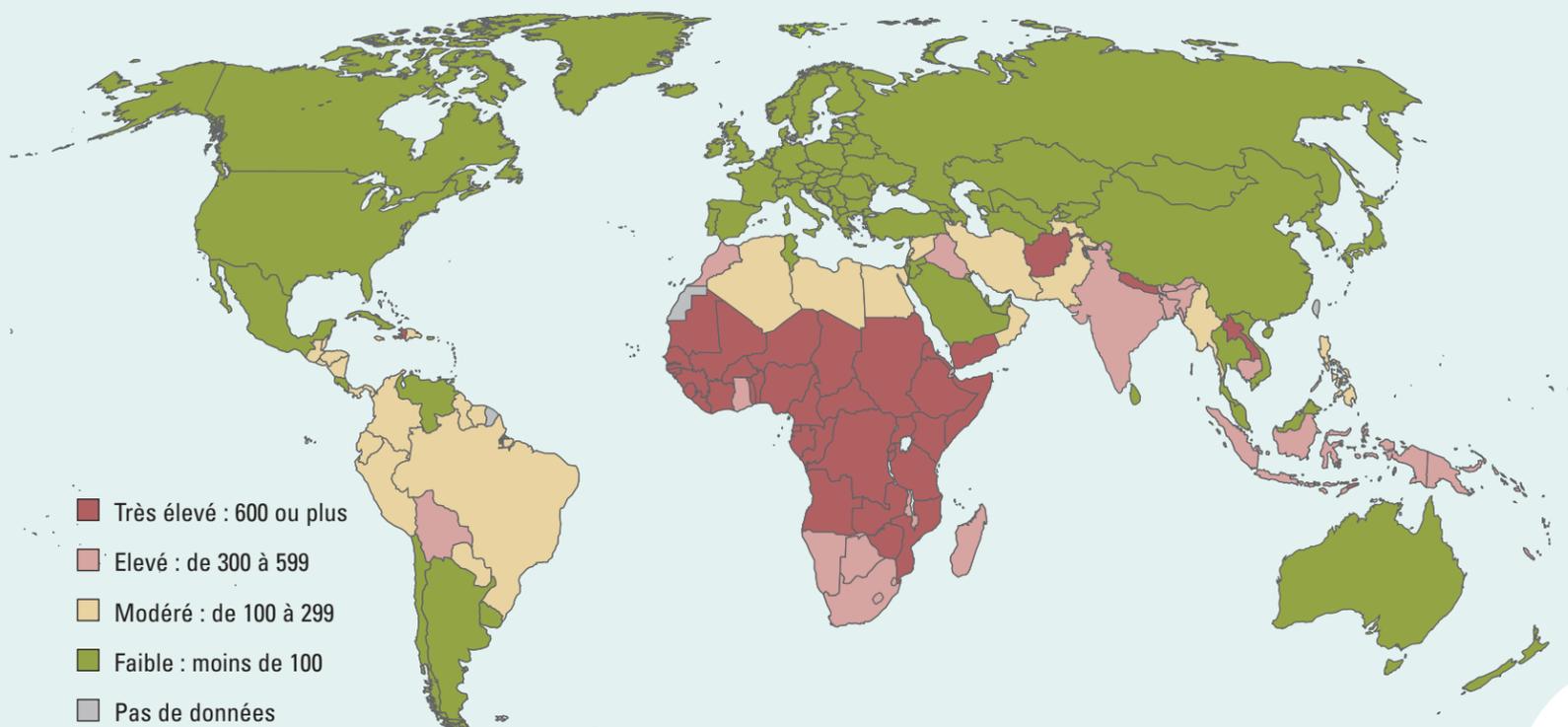


*Nombre de décès de mères pour 100 000 naissances vivantes, 1995

Source : OMS, UNICEF et FNUAP, *Mortalité des mères en 1995, estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP, 2001.*

Risquer la mort pour donner la vie

Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes



Source : OMS, UNICEF et FNUAP, *Mortalité des mères en 1995, estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP, 2001.*

Soins obstétriques essentiels

Les soins obstétriques essentiels jouent un rôle crucial dans le recul de la mortalité des mères. Malheureusement, les données sur l'existence et la fréquentation des établissements prestataires au niveau national ne sont pas encore disponibles pour un grand nombre de pays.

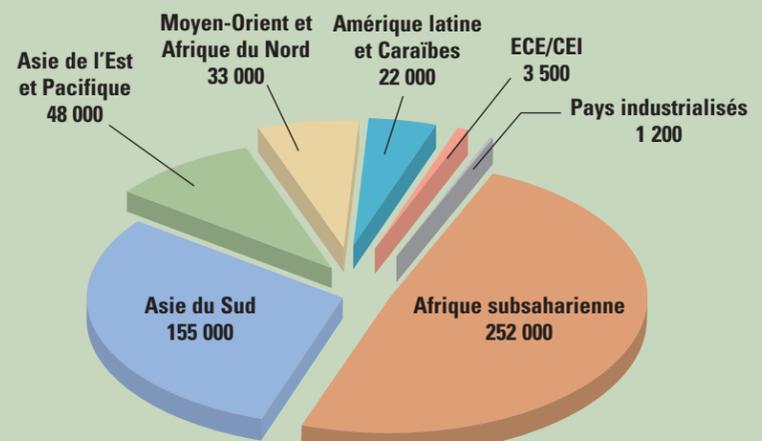
Un indicateur du recours à des établissements de soins obstétriques essentiels est la proportion d'accouchements par césarienne, l'une des procédures utilisée en cas de complications obstétriques majeures. L'UNICEF, l'OMS et le FNUAP estiment qu'au minimum, 5 % de tous les accouchements requerront une césarienne pour sauver la vie de l'enfant et de la mère ou préserver leur santé. Si les données indiquent que moins de 5 % des naissances se font par césarienne, cela veut dire que des complications qui peuvent être fatales ne sont pas traitées de manière adéquate. Des taux supérieurs à 15 % indiquent un recours excessif à cette procédure.

Des besoins non satisfaits : pays où la proportion de césariennes est inférieure à 5 %

Tchad	0,5	Guinée	2,0
Madagascar	0,6	Togo	2,0
Niger	0,6	Bénin	2,2
Ethiopie	0,7	Sénégal	2,2
Mali	0,8	Ouganda	2,6
Népal	1,0	Mozambique	2,7
Burkina Faso	1,1	Tanzanie	2,9
Yémen	1,4	Ouzbékistan	3,0
Erythrée	1,6	Viet Nam	3,4
Haïti	1,6	Nigeria	3,7
République centrafricaine	1,9	Cameroun	4,2
Zambie	1,9	Indonésie	4,3

Source : études démographiques et sanitaires, 1993-2000

Le nombre de décès maternels est estimé à 515 000

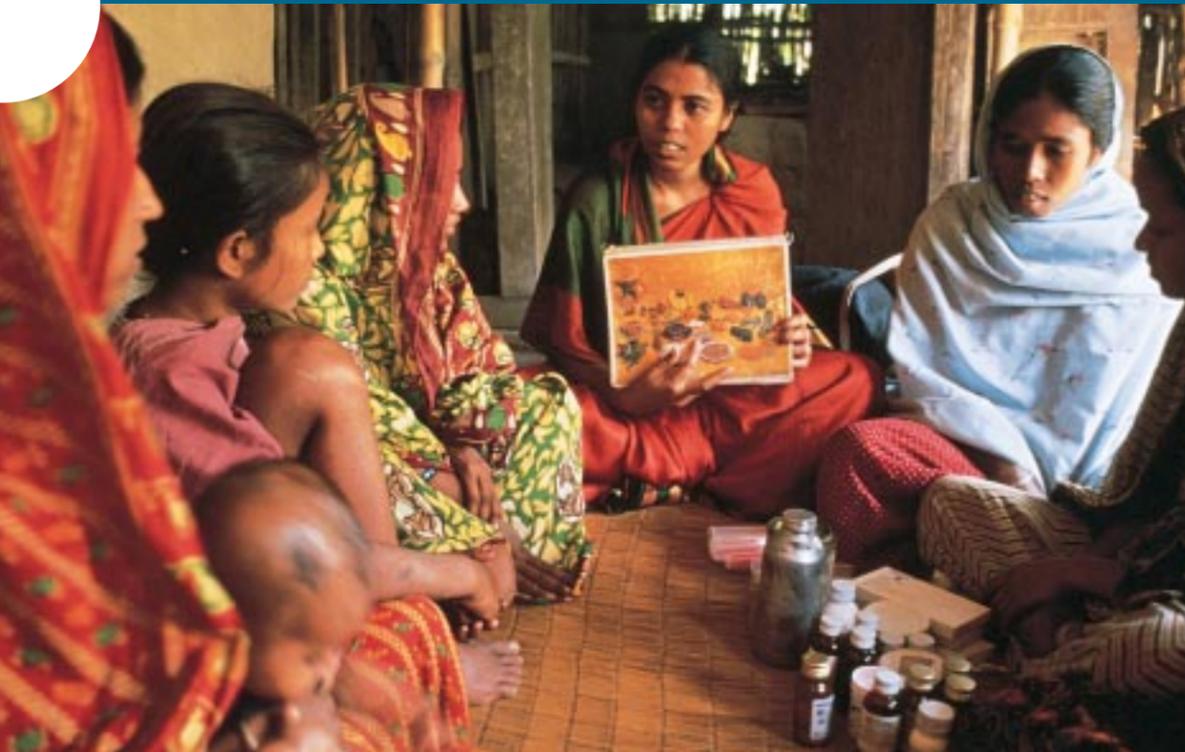


Source : OMS, UNICEF et FNUAP, *Mortalité des mères en 1995, estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP, 2001.*

Objectif

Faire en sorte que tous les couples aient accès à l'information et aux services nécessaires pour prévenir les grossesses prématurées, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses

» Fécondité et planification familiale



Résultats

Durant la décennie, la fréquence de la contraception est passée de 57 à 67 % dans le monde et a doublé dans les pays les moins avancés. La fécondité cumulée mondiale est tombée de 3,2 à 2,7 %.

Mais...

Seulement 23 % des femmes vivant en Afrique subsaharienne ont recours à des contraceptifs et cette région affiche le taux de fécondité le plus élevé au monde.

Défi à relever

Des naissances trop nombreuses et trop rapprochées, ou survenant chez une mère trop jeune ou trop âgée, sont les principales causes de la morbidité, des infirmités, de la mauvaise nutrition et des décès prématurés des femmes et des enfants. La vie des femmes et la survie, la nutrition, la santé et l'éducation des enfants s'améliorent considérablement lorsque les femmes ont moins d'enfants.

Au début des années 90, quelque 120 millions de femmes des pays en développement qui ne souhaitent pas tomber enceintes n'avaient pas recours à la planification familiale. Par conséquent, une naissance sur cinq n'était pas désirée.

Mères adolescentes

Chaque année, 13 millions d'adolescentes deviennent mères. Entre 15 et 19 ans, une fille court davantage de risques durant la grossesse et l'accouchement : la majorité des naissances sont non souhaitées et prématurées et le risque de décès de complications pendant la grossesse et l'accouchement augmente. La maternité restreint aussi les possibilités d'éducation, d'emploi et de revenu des filles et est un facteur de divorce et de séparation. Les bébés de mères adolescentes sont aussi plus susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale à la naissance, d'infirmités à long terme ou de mourir en bas âge. En outre, dans un grand nombre de pays, les enfants de mères adolescentes risquent davantage d'être sous-alimentés que ceux de mères plus âgées.

On estime que le taux de fécondité des adolescentes, qui représente le nombre annuel de naissances vivantes pour 1000 filles de 15 à 19 ans, sera de 50 dans l'ensemble du monde pour la période 2000-2005. Pour ce qui est de la fécondité cumulée, le taux de fécondité des adolescentes le plus élevé est enregistré en Afrique subsaharienne, soit 127 pour 1000. Il est de 71 en Amérique latine et dans les Caraïbes et de 18 en Asie de l'Est et dans le Pacifique, principalement en raison de la très faible fécondité des adolescentes en Chine.

UNE FECONDITE ENCORE ELEVEE

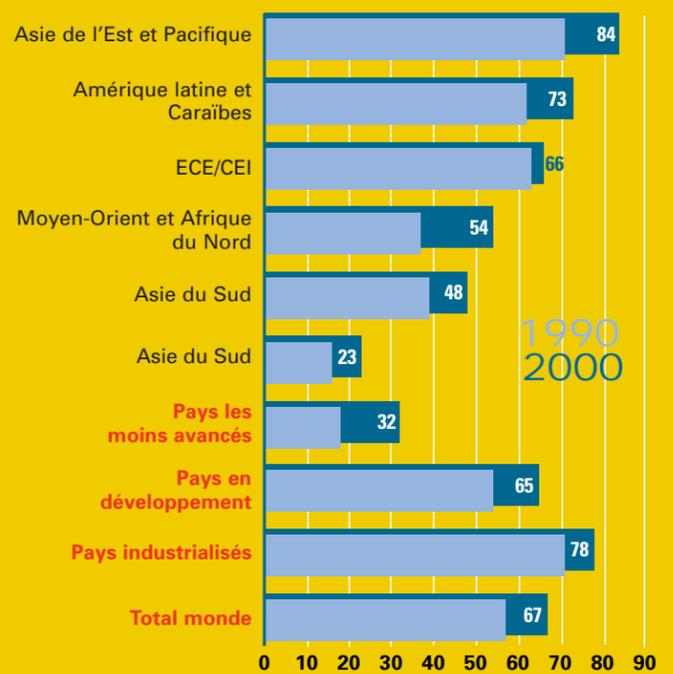
Pays où les taux de fécondité sont les plus élevés – dans la plupart, aucun changement n'est survenu pendant la décennie

	1990	2000	Différence
Niger	8,1	8,0	0,1
Yémen	7,6	7,6	0,0
Somalie	7,3	7,3	0,0
Angola	7,2	7,2	0,0
Ouganda	7,1	7,1	0,0
Mali	7,0	7,0	0,0
Afghanistan	7,1	6,9	0,2
Burkina Faso	7,3	6,8	0,5
Burundi	6,8	6,8	0,0
Ethiopie	6,9	6,8	0,1
Liberia	6,8	6,8	0,0
Tchad	6,7	6,7	0,0
Congo, Rép. dém.	6,7	6,7	0,0
Malawi	7,3	6,5	0,8
Sierra Leone	6,5	6,5	0,0
Congo	6,3	6,3	0,0
Guinée	6,6	6,1	0,5
Mozambique	6,5	6,1	0,4
Guinée-Bissau	6,0	6,0	0,0
Mauritanie	6,2	6,0	0,2
Rwanda	6,9	6,0	0,9

Source : Division de la population de l'ONU, *Population Estimates and Projections, 2000 Revision*.

Recours aux contraceptifs

Pourcentage de femmes (en couple) de 15 à 49 ans utilisant un moyen contraceptif

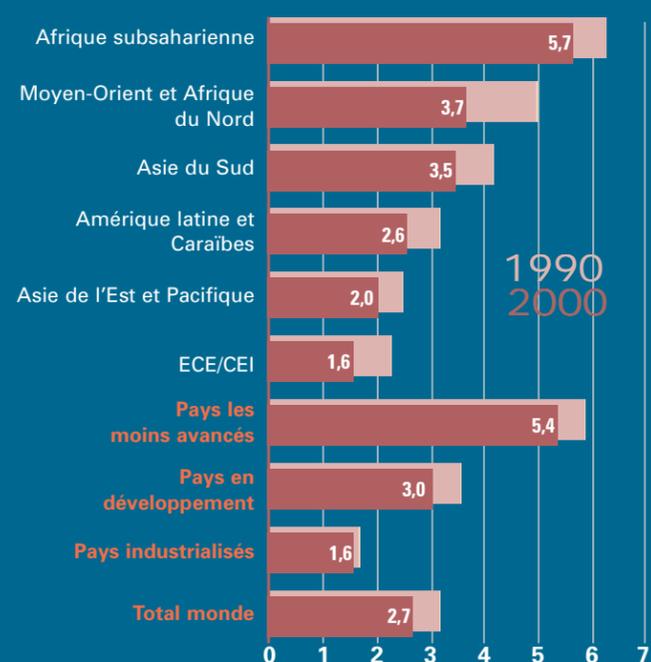


Source : Division de la population de l'ONU, January 2001.



Recul du taux de fécondité

Nombre moyen de naissances par femme

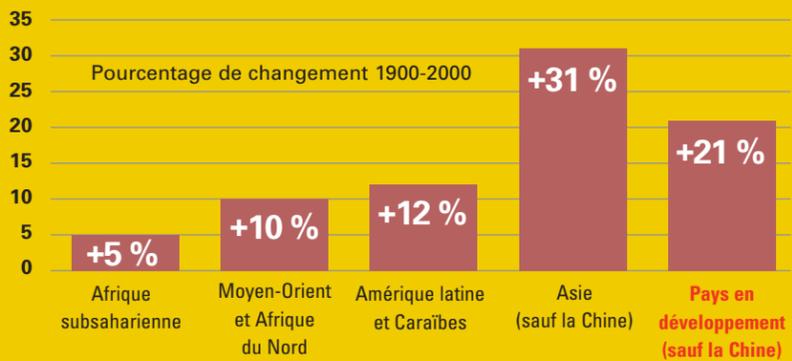


Source : Division de la population de l'ONU, *Population Estimates and Projections, 2000 Revision*.

Objectif

Faire en sorte que toutes les femmes enceintes aient accès aux soins prénatals, qu'elles soient assistées lors de l'accouchement et qu'elles aient accès à des services d'orientation en cas de grossesse à haut risque ou d'urgence obstétrique

Amélioration des soins prénatals*, 1990-2000



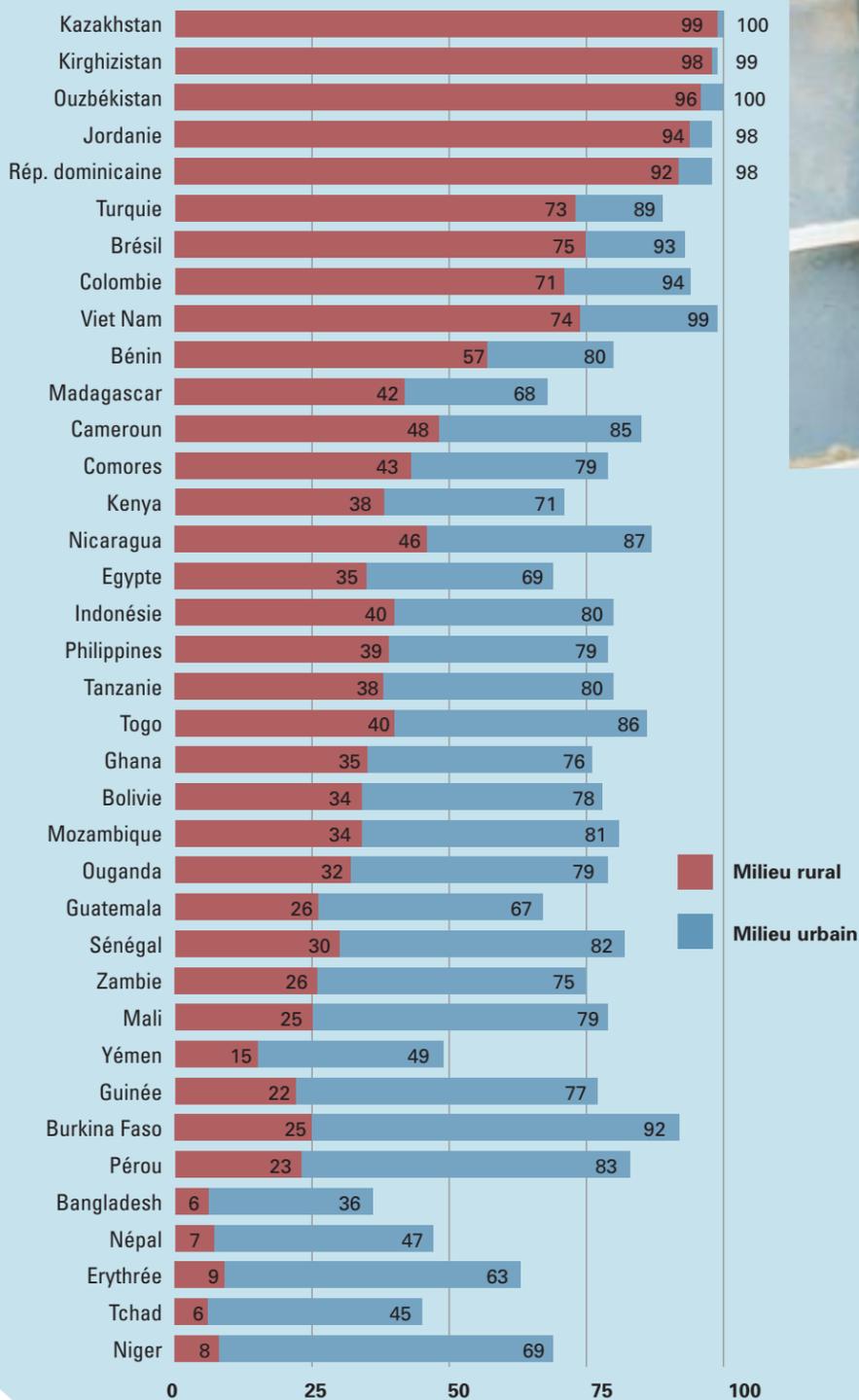
*Basé sur les données disponibles dans 45 pays en développement

Source : UNICEF, 2001.

» Soins prénatals

Accouchements assistés par du personnel qualifié en milieu urbain et rural, 1995-2000

La proportion est en moyenne deux fois plus forte en milieu urbain



Source : études démographiques et sanitaires, 1995-2000



Résultats

Excepté en Afrique subsaharienne, les soins prénatals et obstétricaux se sont considérablement améliorés dans toutes les régions, quoiqu'il existe des divergences entre les pays.

Mais...

Les pays qui offrent le moins de soins prénatals et obstétricaux, notamment en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, doivent intensifier leurs efforts pour remédier à cette situation.

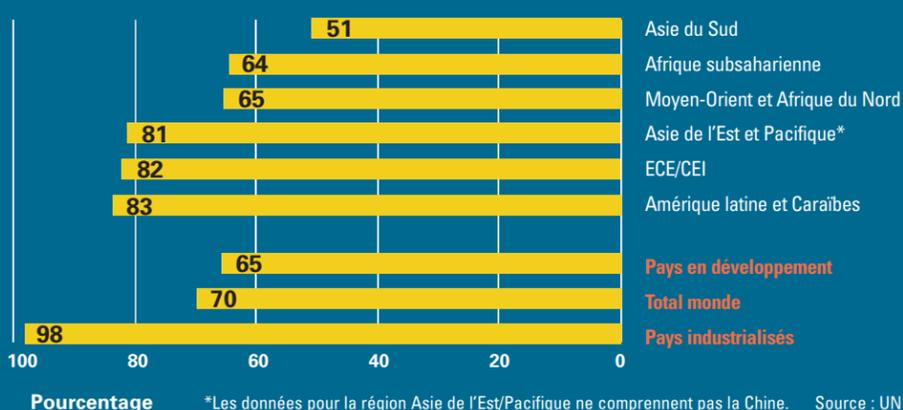
Défi à relever

Lorsque les femmes consultent régulièrement un médecin, une infirmière ou une sage-femme pendant leur grossesse, les agents de santé peuvent les vacciner contre le tétanos, les inciter à avoir une nutrition, une hygiène et un repos adéquats, et détecter des complications potentielles. Ces visites permettent aussi d'offrir des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de prévention et de traitement du paludisme et de distribuer des suppléments en oligo-éléments.

Le travail et l'accouchement devraient aussi se dérouler sous la surveillance de médecins, de sages-femmes ou d'infirmières ayant les compétences nécessaires pour pratiquer des accouchements normaux en toute sécurité et reconnaître le début de complications qui nécessitent des soins d'urgence.

Soins prénatals, par région. Seulement 50 % de femmes d'Asie du Sud reçoivent des soins prénatals.

Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans assistées au moins une fois par un médecin, une infirmière ou une sage-femme durant la grossesse.



*Les données pour la région Asie de l'Est/Pacifique ne comprennent pas la Chine. Source : UNICEF, 2001.

Objectif

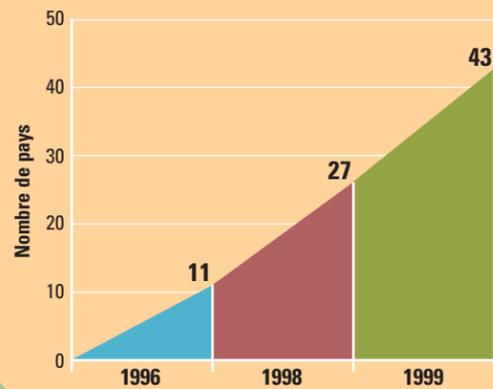
Éliminer l'avitaminose A

» Avitaminose A



DES PROGRES RAPIDES

Le nombre de pays affichant une couverture élevée d'apports en suppléments est en hausse*



*Pays où 70 % ou plus des enfants ont reçu au moins une dose de suppléments en vitamine A. Source : UNICEF, 2001.

Succès remportés grâce aux Journées nationales de vaccination

Des gélules de vitamine A ont été distribuées à un grand nombre d'enfants lors des Journées nationales de vaccination. En Afrique subsaharienne, par exemple, 29 pays ont profité des Journées organisées en 1999 pour distribuer des suppléments en vitamine A. Mais l'éradication prochaine de la poliomyélite ne permettra bientôt plus de mener ces activités, et des mécanismes tels que les Journées d'apports en oligo-éléments, les Journées de lutte contre l'avitaminose A et les Journées en faveur de la santé de l'enfant – qui donnent déjà des résultats dans certains pays – doivent être élargis.

Enrichissement des produits alimentaires

Dans plusieurs pays, des denrées alimentaires de base sont enrichies en vitamine A. Bien que cette initiative n'atteigne pas tous les groupes vulnérables, elle contribuera à rendre les programmes d'apports de suppléments plus efficaces et plus durables.

Résultats

La plupart des enfants de plus de 40 pays reçoivent au moins une dose de suppléments en vitamine A par an. C'est un progrès remarquable si l'on considère que seul un petit nombre de pays distribuait une dose de suppléments en vitamine A par an aux enfants au milieu des années 90. Entre 1998 et 2000, l'UNICEF estime que ces suppléments ont permis d'éviter près d'1 million de décès d'enfants.

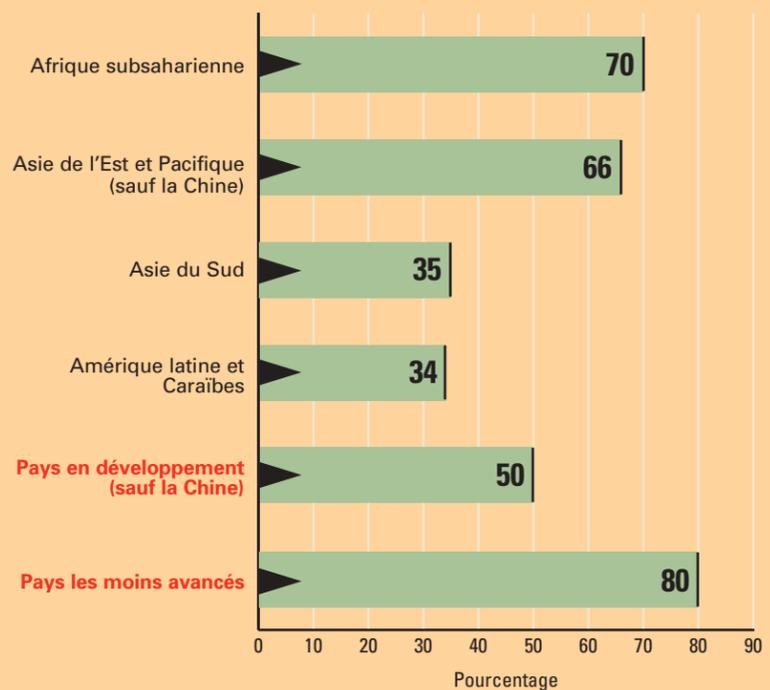
Défi à relever

La carence en vitamine A – essentielle au fonctionnement du système immunitaire – peut provoquer une cécité irréversible. Mais sans aller jusque là, les risques de décès en cas de maladie courante comme la rougeole, le paludisme ou la diarrhée sont plus élevés de 25 % chez les enfants carencés. La distribution de deux gélules à fort dosage de vitamine A par an aux enfants de moins de cinq ans peut résoudre ce problème. Et ces gélules ne coûtent que quelques centimes.

On considère qu'il existe un problème de carence en vitamine A dans les pays où le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est supérieur à 70 pour 1000 naissances vivantes.

Distribution de suppléments en vitamine A, 1999*

Les pays les moins avancés ont atteint une couverture de 80 %



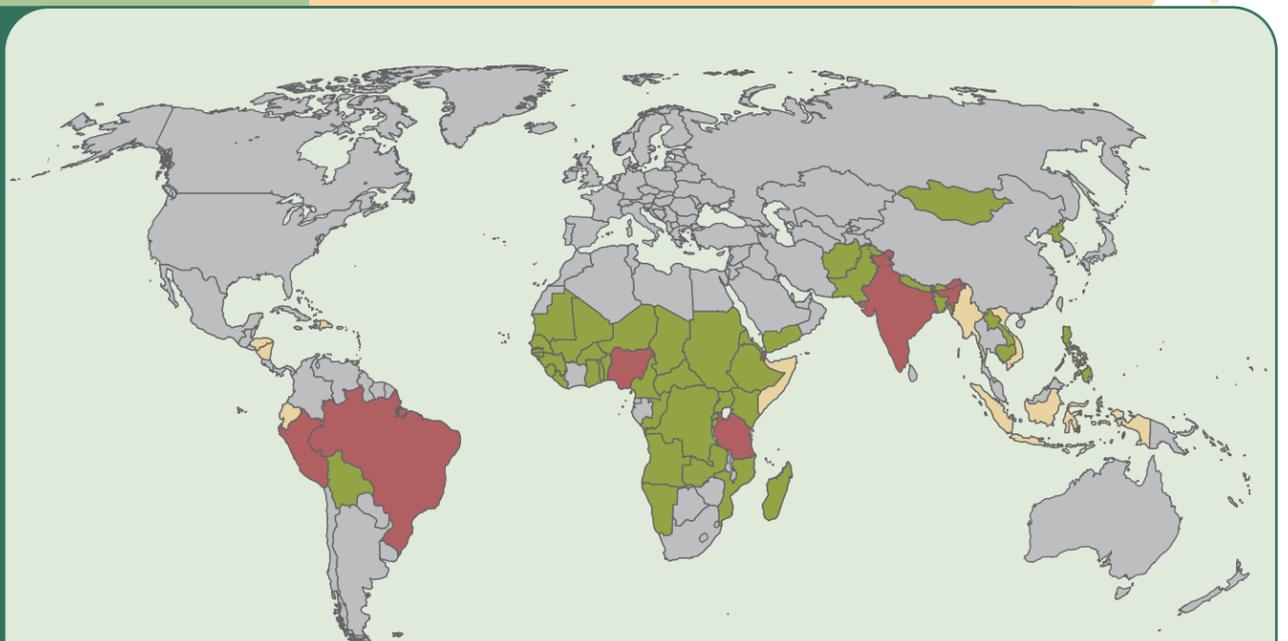
*Les moyennes régionales pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord et pour l'ECE/CEI n'ont pas été calculées parce que les données disponibles dans chaque pays ne couvrent que moins de 50 % des naissances enregistrées dans chaque région.

Source : UNICEF, 2001.

Apports de suppléments en vitamine A, (1999) : plus de 40 pays atteignent un taux de couverture élevé

Pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant reçu au moins une dose de suppléments en vitamine A

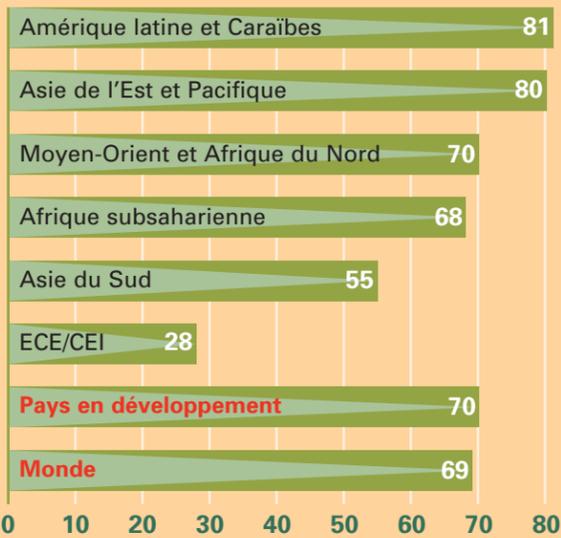
- 70 % ou plus
- de 30 à 69 %
- Moins de 30 %
- Pas de données



Source : UNICEF, 2001.

DES PROGRES IMPORTANTS

Pourcentage de foyers consommant du sel iodé, 1997-2000



Source : UNICEF, 2001.

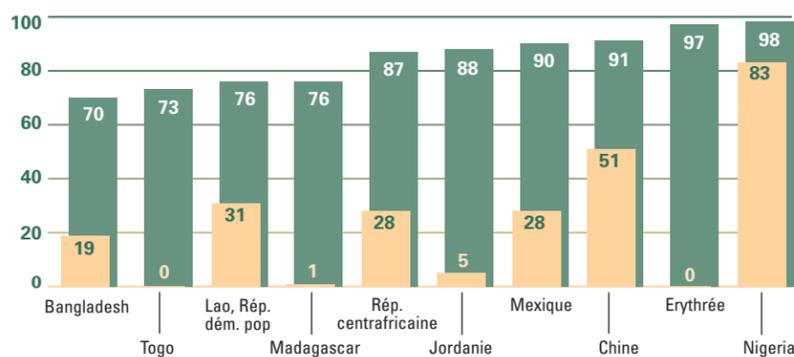
Objectif

Éliminer presque totalement les troubles dus à la carence en iode

» Carence en iode

La consommation de sel iodé a fortement progressé

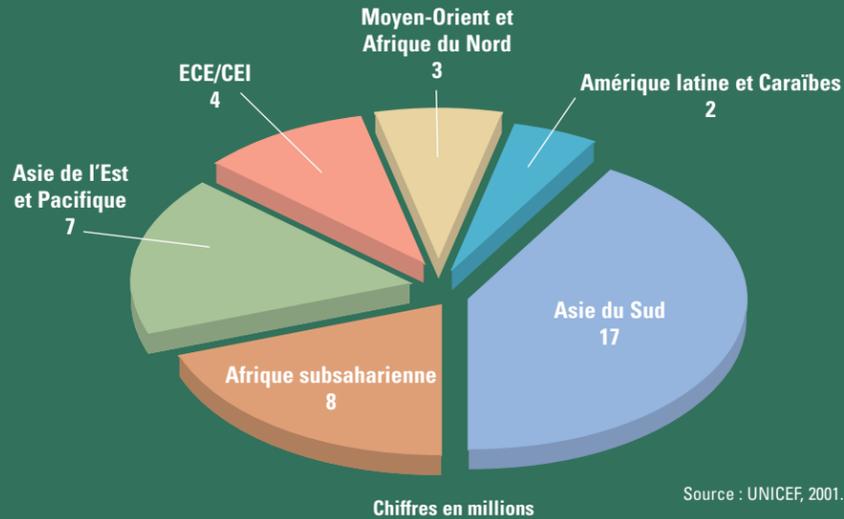
Progression du taux de consommation du **début des années 90** à la fin de la décennie dans certains des pays les plus pauvres et les plus peuplés



Source : UNICEF, 2001.

Des millions d'enfants ne sont toujours pas protégés

41 millions de nouveau-nés ne sont toujours pas protégés des difficultés d'apprentissage liées à la carence en iode.



Source : UNICEF, 2001.

Résultats

L'iodation du sel est une énorme réussite. Grâce à ce progrès, quelque 91 millions de nouveau-nés dans le monde sont ainsi protégés chaque année d'une perte importante de leur potentiel intellectuel. En 1990, moins de 20 % des foyers du monde en développement consommaient du sel iodé. En 2000, ce chiffre est passé à environ 70 %.

Mais...

Il y a encore 35 pays où moins de la moitié des foyers consomment du sel iodé.

Défi à relever

La carence en iode est la principale cause des cas d'arriération mentale évitables. Elle peut provoquer le crétinisme dans les cas extrêmes, et même une carence légère peut entraîner une perte importante des facultés d'apprentissage.

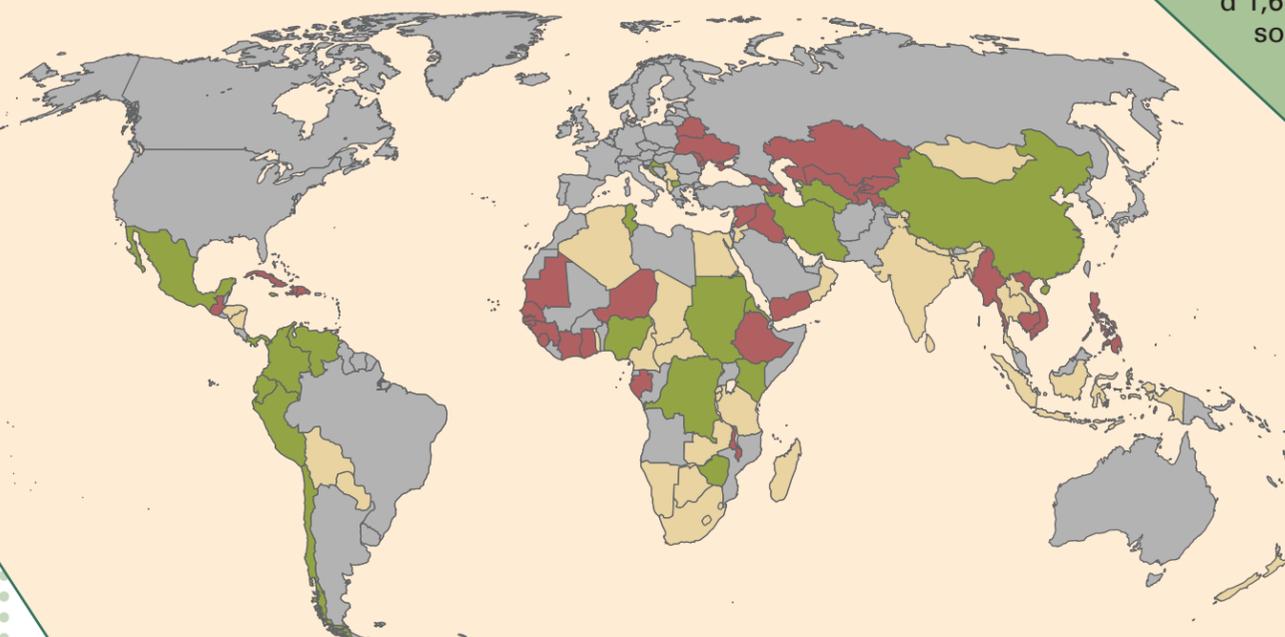
Elle est aussi à l'origine du goitre et les femmes carencées courent davantage de risques de faire une fausse couche ou d'accoucher d'un enfant mort-né.

Au début des années 1990, près d'1,6 milliard de personnes, soit un tiers de la population mondiale, étaient exposées au risque de carence en iode. La solution était relativement simple et bon marché : enrichir en iode tout le sel comestible.

Forte progression de la consommation de sel iodé dans 56 pays

Pourcentage de foyers consommant du sel iodé, 1997-2000

■ 90 % ou plus ■ de 50 à 89 % ■ Moins de 50 % ■ Pas de données récentes



Source : UNICEF, 2001.

Objectif

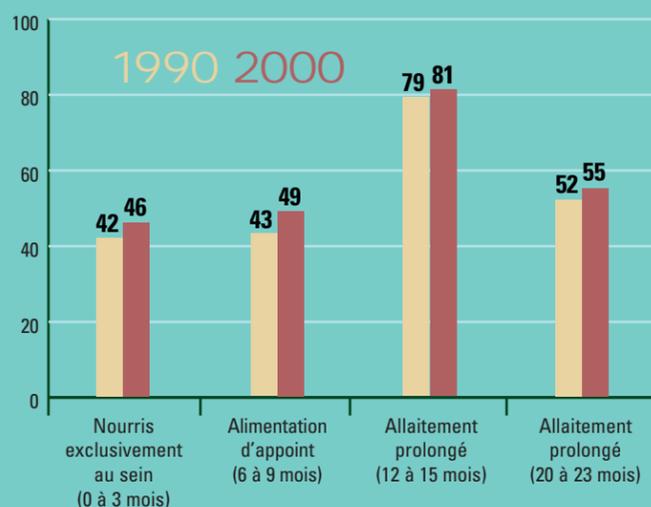
Permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année

» Allaitement maternel



EVOLUTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Pourcentage d'enfants nourris exclusivement au sein, d'enfants allaités et recevant une alimentation d'appoint et d'enfants qui continuent d'être allaités à des âges spécifiques.



Ne tient compte que des pays pour lesquels des données sont disponibles.

Pratiques optimales

La pratique optimale en matière d'allaitement maternel consiste à nourrir le bébé exclusivement au sein (lait maternel uniquement à l'exclusion de tout autre aliment ou liquide) pendant les premiers six mois, puis de l'allaiter en lui donnant une alimentation d'appoint (aliments solides ou semi-solides) à partir de six mois. L'enfant doit continuer à être allaité au moins jusqu'à l'âge de deux ans, en plus de son alimentation d'appoint.

Le Code international

En 1981, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel afin de protéger et de promouvoir l'allaitement maternel en diffusant des informations sur l'alimentation des nourrissons et en réglementant la commercialisation du lait en poudre, des biberons et des tétines. Le Code interdit toute promotion de ces produits auprès du public et au sein des systèmes de santé. Tous les gouvernements devraient intégrer ce Code à leur législation nationale. À ce jour, 24 pays ont adopté toutes les dispositions du Code et 52 autres en ont adopté une partie.

Résultats

La proportion d'enfants nourris exclusivement au sein a augmenté de 10 % au cours de la décennie. Des améliorations ont aussi été enregistrées en matière d'alimentation d'appoint et d'allaitement prolongé durant la première et la deuxième année.

Mais...

Près de la moitié seulement de tous les bébés sont nourris exclusivement au sein pendant les quatre premiers mois. Les recommandations actuelles préconisent l'allaitement des nourrissons pendant les six premiers mois*.

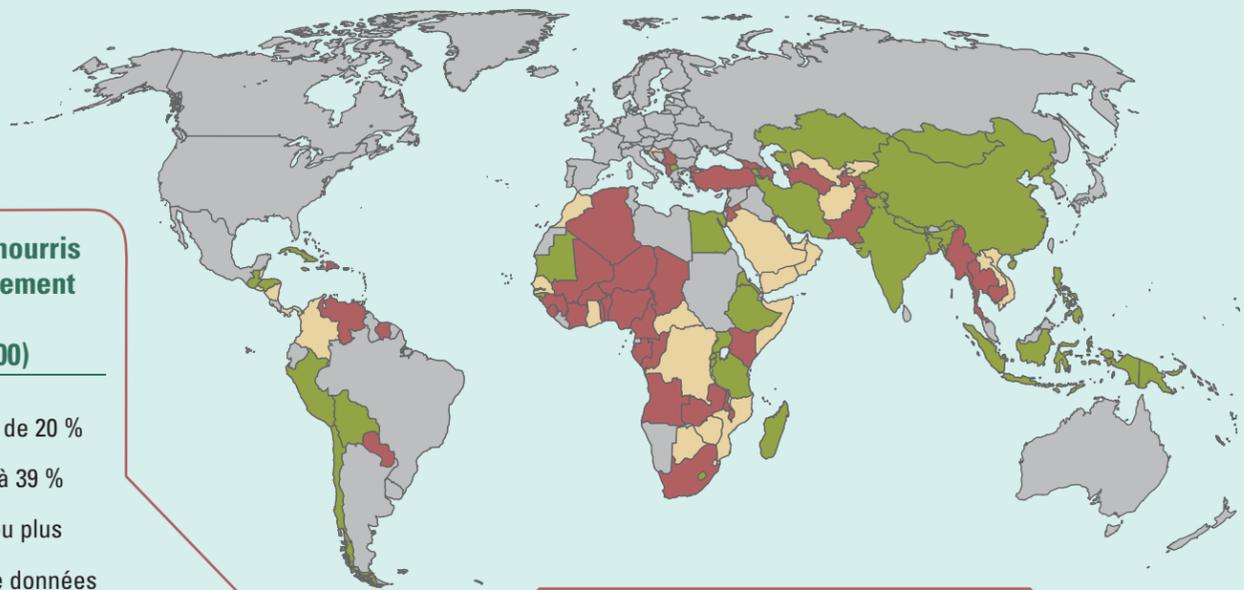
Défi à relever

Le lait maternel constitue à lui seul un aliment idéal pendant les six premiers mois de la vie d'un bébé, car il contient tous les nutriments, anticorps, hormones et antioxydants dont le nourrisson a besoin pour se développer. Il offre une protection contre la diarrhée et les maladies respiratoires aiguës, stimule le système immunitaire, favorise la réaction aux vaccins, et selon certaines études, confère aussi des avantages cognitifs.

Les nourrissons auxquels on donne des aliments ou des liquides autres que le lait maternel – même de l'eau – pendant les six premiers mois courent davantage de risques de contracter une infection.

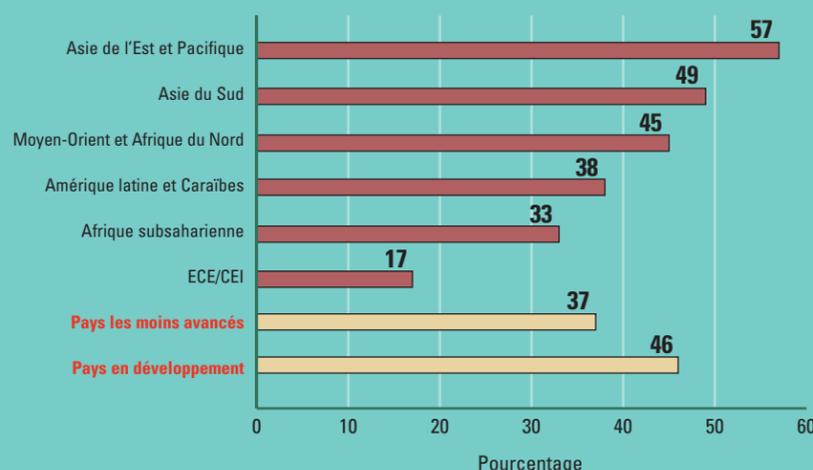
Enfants nourris exclusivement au sein (1995-2000)

- Moins de 20 %
- De 20 à 39 %
- 40 % ou plus
- Pas de données



Moins de la moitié des enfants sont nourris exclusivement au sein

Proportion d'enfants de moins de 4 mois nourris exclusivement au sein (1995-2000)



*Recommandations de la 54e Assemblée mondiale de la santé, mai 2001.

Source pour tous les graphiques : UNICEF, 2001.

Objectif

Ramener à moins de 10 % la proportion d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2,5 kg)

Les données sur l'insuffisance pondérale doivent être améliorées

Dans les pays en développement, un grand nombre de nouveau-nés ne sont pas pesés à la naissance. En Afrique subsaharienne, par exemple, on estime que près de 75 % des bébés ne sont pas pesés. Dans d'autres régions, ce chiffre varie de 20 à 82 %. Une grande partie des données disponibles sur l'insuffisance pondérale à la naissance ne sont donc pas représentatives de la population générale et sont souvent inférieures à la réalité. Un effort important est nécessaire pour améliorer la qualité de ces données.

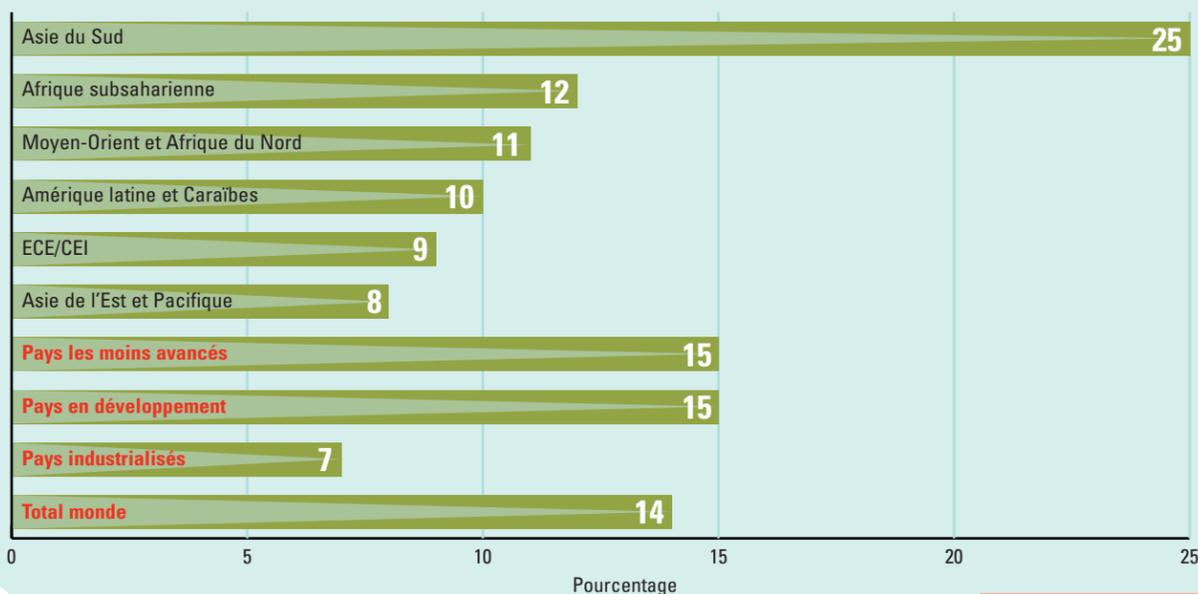
Région	Pourcentage d'enfants non pesés ou de poids inconnu à la naissance
Afrique subsaharienne	73
Moyen-Orient et Afrique du Nord	82
Asie du Sud	77
Asie de l'Est et Pacifique	40
Amérique latine et Caraïbes	20
ECE/CEI	25
Pays en développement	65
Pays les moins avancés	77

» Insuffisance pondérale à la naissance



L'Asie du Sud enregistre la proportion la plus forte d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance

Pourcentage d'enfants pesant moins de 2,5 kg à la naissance



Résultats

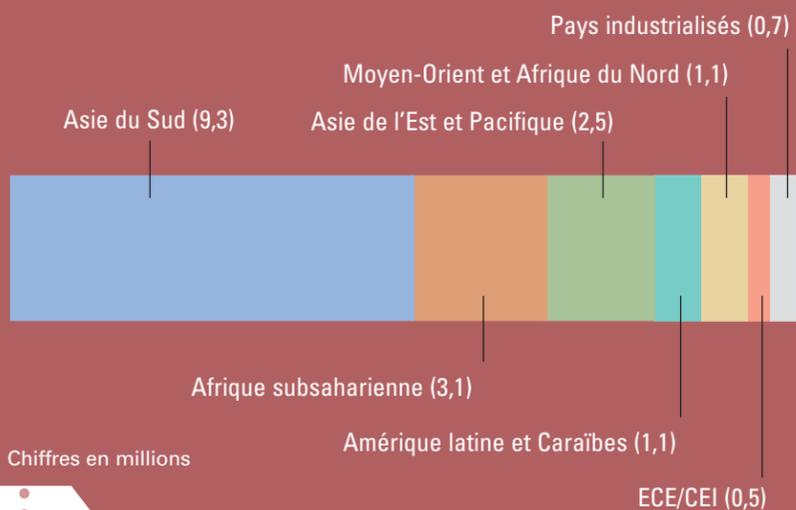
Beaucoup de nouveau-nés ne sont pas pesés à la naissance dans les pays en développement. Toutefois, les données disponibles suggèrent que dans 100 d'entre eux, la proportion d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance est inférieure à 10 %.

Mais...

On estime que 18 millions de bébés de poids insuffisant naissent chaque année dans le monde – 9,3 millions d'entre eux en Asie du Sud et 3,1 millions en Afrique subsaharienne.

18 millions de bébés ont un poids insuffisant à la naissance

L'Asie du Sud compte le plus grand nombre de bébés de poids insuffisant dans le monde



Source pour tous les graphiques : UNICEF, 2001

Défi à relever

Les bébés qui ont un poids insuffisant à la naissance (moins de 2,5 kg) sont en plus grand danger de mourir dans les premiers mois et les premières années de leur vie. En outre, leur système immunitaire est affaibli et ils seront de ce fait plus exposés aux maladies telles que le diabète et les troubles cardiaques à l'âge adulte. Ces enfants peuvent aussi souffrir de malnutrition et de déficiences cognitives et avoir un quotient intellectuel peu élevé. Ils travaillent souvent moins bien à l'école et ont plus de difficultés à apprendre.

Le poids à la naissance est un bon indicateur non seulement de la santé et de l'état nutritionnel de la mère, mais aussi de l'avenir du nouveau-né, qu'il s'agisse de sa survie, de sa croissance, de sa santé à long terme ou encore de son développement psychosocial.

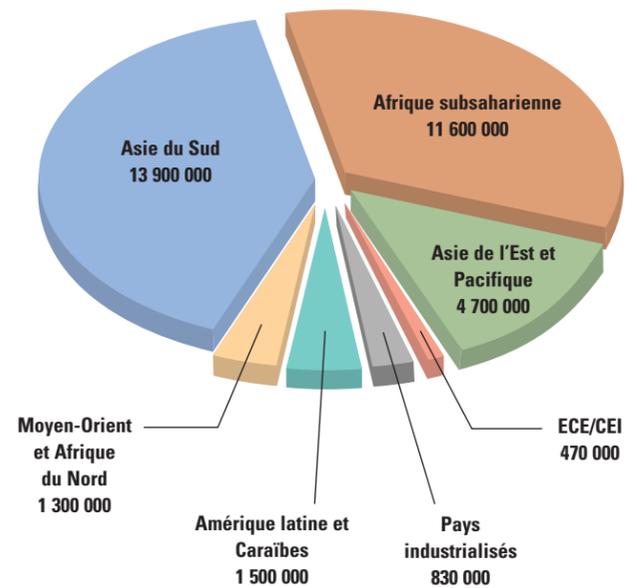
Objectif

Maintenir un taux élevé de couverture vaccinale* contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose et contre le tétanos chez les femmes en âge de procréer

» Vaccination



34 millions d'enfants n'ont pas reçu le vaccin DCT3†



†DCT fait référence au vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux. Le pourcentage d'enfants qui reçoivent la troisième dose – DCT3 – est un indicateur de la qualité de la vaccination systématique dans chaque pays.

Source pour tous les graphiques et tableaux : OMS/UNICEF, 2001

Résultats

La progression remarquable du taux de couverture vaccinale dans le monde dans les années 80 s'est maintenue dans les années 90, ce qui a permis de sauver près de 2,5 millions d'enfants par an dans le monde en développement. Le taux mondial de vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT3) s'est maintenu au dessus de 70 % depuis les années 80.

Mais...

Près d'un tiers de tous les enfants du monde ne sont pas systématiquement vaccinés. En Afrique subsaharienne, moins de la moitié des enfants ont accès aux vaccins. Les pays doivent donc renouveler leur engagement afin de réduire ces disparités et arriver à un taux national de couverture de 90 %, et d'au moins 80 % par district d'ici à 2005.

Défi à relever

Malgré le succès retentissant des campagnes de vaccination menées dans le monde entier dans les années 80, des millions d'enfants parmi les plus pauvres et les plus vulnérables de la planète ne sont toujours pas protégés.

*au moins 90 % des enfants de moins d'un an à l'horizon 2000

Afrique subsaharienne

Swaziland (89)	99
Seychelles (99)	99
Erythrée (-)	93
Botswana (91)	90
Gambie (92)	88
Lesotho (76)	85
Maurice (85)	85
Rwanda (84)	85
Malawi (87)	84
Zambie (91)	84
Zimbabwe (88)	81
Bénin (74)	79
Kenya (84)	79
Afrique du Sud (72)	76
Tanzanie (78)	76
Burundi (85)	74
Ghana (58)	72
Namibie (53)	72
Côte d'Ivoire (54)	62
Mozambique (46)	61
Sénégal (51)	60
Madagascar (46)	55
Ouganda (45)	55
Mali (42)	52
Cameroun (48)	48
Guinée (17)	46
Sierra Leone (85)	46
Moyenne régionale (55)	46
Burkina Faso (66)	42
Togo (77)	41
Guinée équatoriale (77)	40
Mauritanie (33)	40
Guinée-Bissau (61)	38
Gabon (78)	37
République centrafricaine (82)	33
Liberia (-)	33
Congo (79)	29
Niger (22)	28
Nigéria (56)	26
Congo, Rép. dém. (35)	25
Angola (24)	22
Tchad (20)	21
Ethiopie (49)	21
Somalie (19)	18

Moyen-Orient et Afrique du Nord

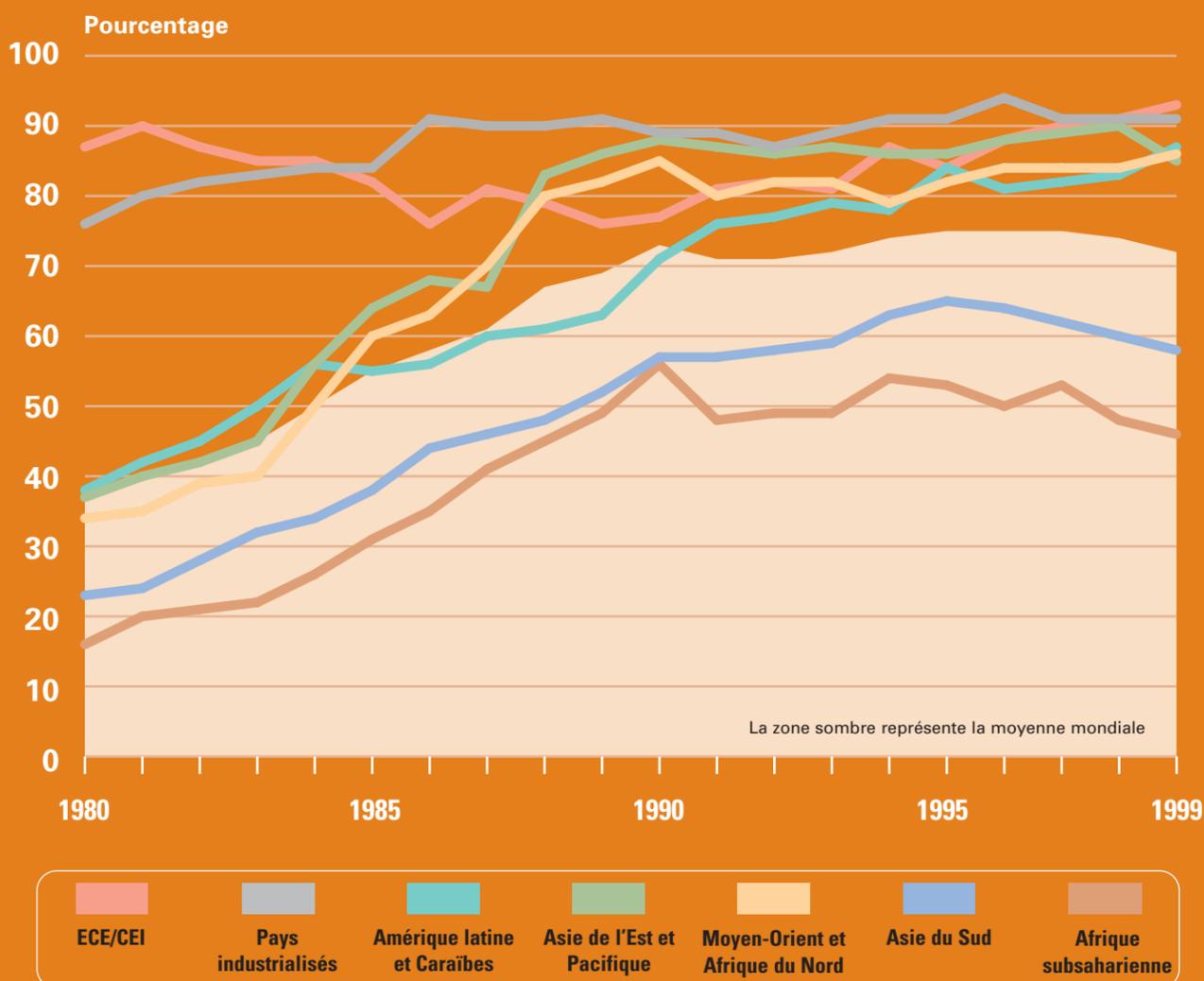
Iran (91)	99
Oman (98)	99
Bahreïn (94)	97
Jordan (92)	97
Arabie saoudite (95)	96
Tunisie (93)	96
Egypte (87)	94
Koweït (71)	94
Liban (82)	94
Libye (84)	94
Syrie (90)	94
Emirats arabes unis (85)	94
Qatar (82)	92
Maroc (81)	91
Territoire palestinien occupé (-)	89
Moyenne régionale (85)	86
Algérie (82)	83
Irak (83)	76
Yémen (84)	72
Soudan (62)	50
Djibouti (85)	23

Asie de l'Est et Pacifique

Thaïlande (92)	97
Mongolie (84)	94
Singapour (85)	94
Malaisie (89)	93
Viet Nam (85)	93
Brunéi (93)	92
Chine (97)	90
Fidji (97)	86
Moyenne régionale (88)	85
Myanmar (88)	83
Philippines (88)	79
Rép. de Corée (74)	74
Indonésie (61)	72
Lao, Rép. dém. pop. (18)	56
Papouasie-Nouvelle-Guinée (67)	56
Cambodge (38)	49
Corée, Rép. pop. dém. (-)	37

LA COUVERTURE MONDIALE A ATTEINT 70 % EN 1999

Evolution régionale de la couverture du DCT3, 1980-1999



Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination s'efforce d'améliorer la couverture de vaccination systématique mais aussi de mettre à la disposition des enfants de nouveaux vaccins sous-utilisés. Créée en 1999, cette organisation est un partenariat qui regroupe le Programme PATH de l'Initiative Bill et Melinda Gates pour la vaccination des enfants, la Fondation Rockefeller, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, les pays industrialisés et en développement, le secteur pharmaceutique et les fabricants de vaccins, entre autres.

Pourcentage d'enfants ayant reçu trois doses de DCT

Asie du Sud

Sri Lanka (86)	99
Maldives (95)	92
Bhoutan (96)	88
Népal (43)	76
Bangladesh (69)	72
Moyenne régionale (57)	58
Inde (70)	55
Pakistan (54)	56
Afghanistan (25)	35

Amérique latine et Caraïbes

Antigua and Barbuda (99)	99
Dominique (96)	99
Saint-Kitts et Nevis (99)	99
Mexique (66)	96
Honduras (84)	95
Saint Vincent/Grenadines (98)	95
Chili (99)	94
Cuba (92)	94
Pérou (72)	93
Uruguay (97)	93
Panama (86)	92
Brésil (66)	90
Trinité et Tobago (89)	90
Sainte-Lucie (91)	89
Argentine (86)	88
Grenada (81)	88
Barbade (91)	87
Belize (91)	87
Moyenne régionale (71)	87
Costa Rica (95)	86
El Salvador (80)	94
Surinam (83)	85
Jamaïque (86)	84
Guyane (83)	83
Nicaragua (66)	83
Bahamas (87)	81
Equateur (75)	80
Guatemala (66)	78
Bolivie (41)	78
Venezuela (61)	77
Colombie (88)	74
Rép. dominicaine. (69)	73
Paraguay (67)	66
Haïti (41)	43

ECE/CEI

Azerbaïdjan (82)**	99
Bélarus (89)	99
Hongrie (99)	99
Slovaquie (99)****	99
Ukraine (88)**	99
Ouzbékistan (87)	99
Rép. tchèque (99)***	98
Kazakhstan (80)	98
Kirghizistan (80)	98
Pologne (96)	98
Turkménistan (84)**	98
Albanie (94)	97
Moldova, Rép. De (81)	97
Roumanie (96)	97
Bulgarie (99)	96
Estonie (86)***	95
Lettonie (87)**	95
Fédération de Russie (73)**	95
Ex-République yougoslave de Macédoine (90)***	95
Yougoslavie (84)	95
Croatie (83)**	93
Lituanie (86)**	93
Moyenne régionale (77)	93
Slovénie (95)	92
Arménie (85)**	91
Bosnie-Herzégovine (58)**	90
Géorgie (91)	90
Tadjikistan (86)	81
Turquie (84)	79

Les données figurant sur cette page ont été calculées après un examen général des taux de vaccination nationaux au cours des vingt dernières années effectué par l'UNICEF et l'OMS en consultation avec les gouvernements. Elles constituent la meilleure estimation des taux de couverture atteints entre 1980 et 1999.

** Données pour 1992
*** Données pour 1993
**** Données pour 1994

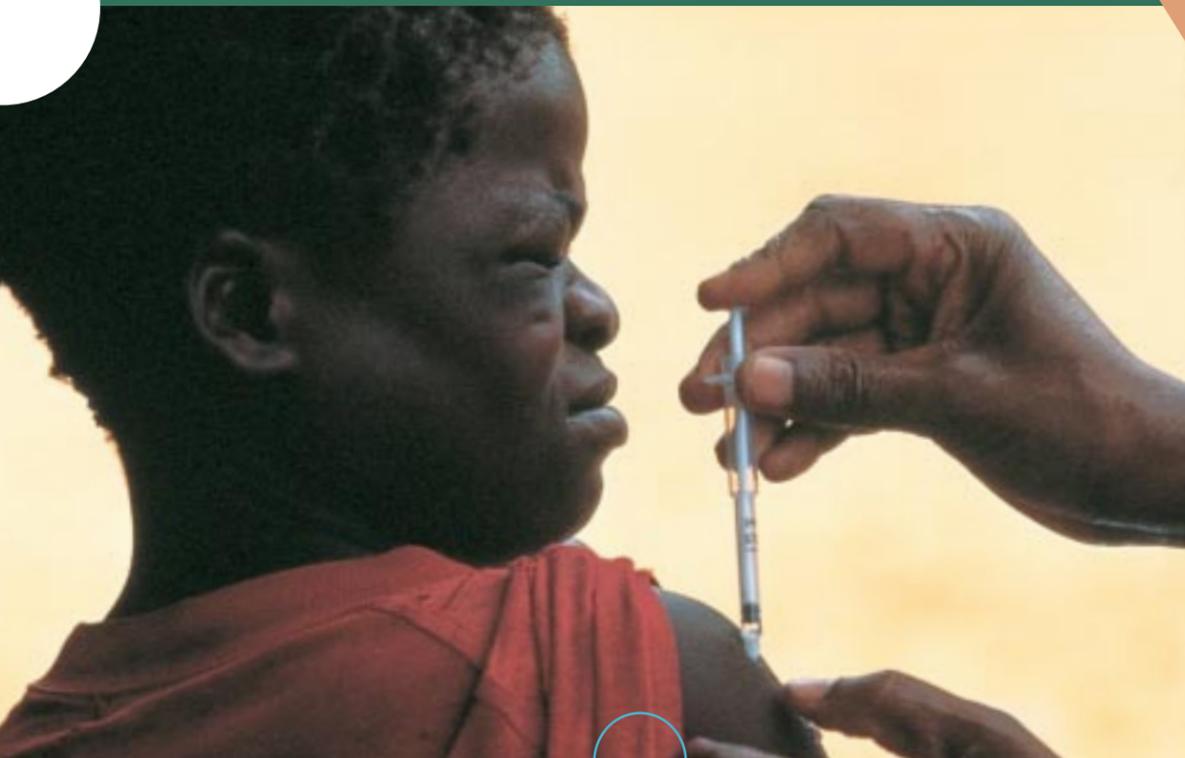
Pays industrialisés

Danemark (95)	99
Finlande (90)	99
Islande (99)	99
Monaco (99)	99
Suède (99)	99
France (95)	98
Luxembourg (90)	98
Canada (88)	97
Pays-Bas (97)	97
Portugal (89)	97
Belgique (93)	96
Israël (93)	96
Etats-Unis (90)	96
Italie (83)	95
Norvège (86)	95
Espagne (93)	94
Suisse (90)	94
Royaume-Uni (85)	93
Malte (63)	92
Moyenne régionale (89)	91
Andorre (-)	90
Autriche (90)	90
Australie (95)	88
Grèce (54)	88
Nouvelle-Zélande (90)	88
Irlande (65)	86
Allemagne (80)	85
Japon (90)	71

Objectif

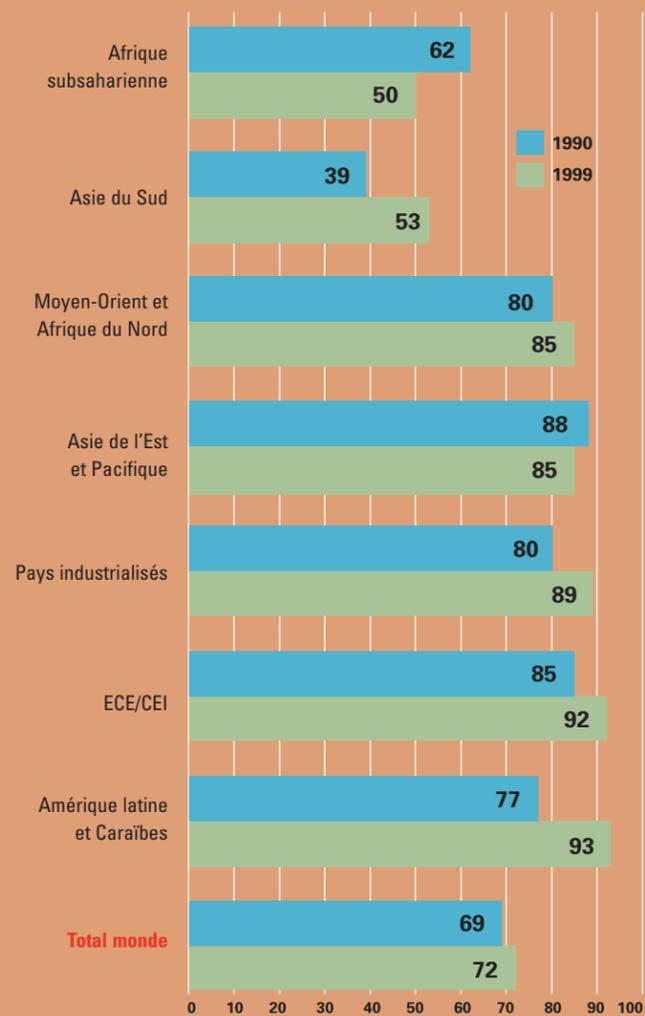
Réduire, d'ici à 1995, les décès dus à la rougeole de 95% et les cas de rougeole de 90 %, par rapport aux taux de prévalence observés avant la vaccination, en prélude à l'élimination générale de la maladie

» Rougeole



La vaccination est en hausse dans toutes les régions sauf deux

Pourcentage de la couverture antirougeoleuse par région, 1990 et 1999



Source : OMS/UNICEF, 2001

Résultats

Le nombre de cas de rougeole enregistrés chaque année a reculé de près de 40 % entre 1990 et 1999. À l'échelle du monde, la couverture assurée par une dose de vaccin est restée stable à près de 70 % au cours de la décennie.

Mais...

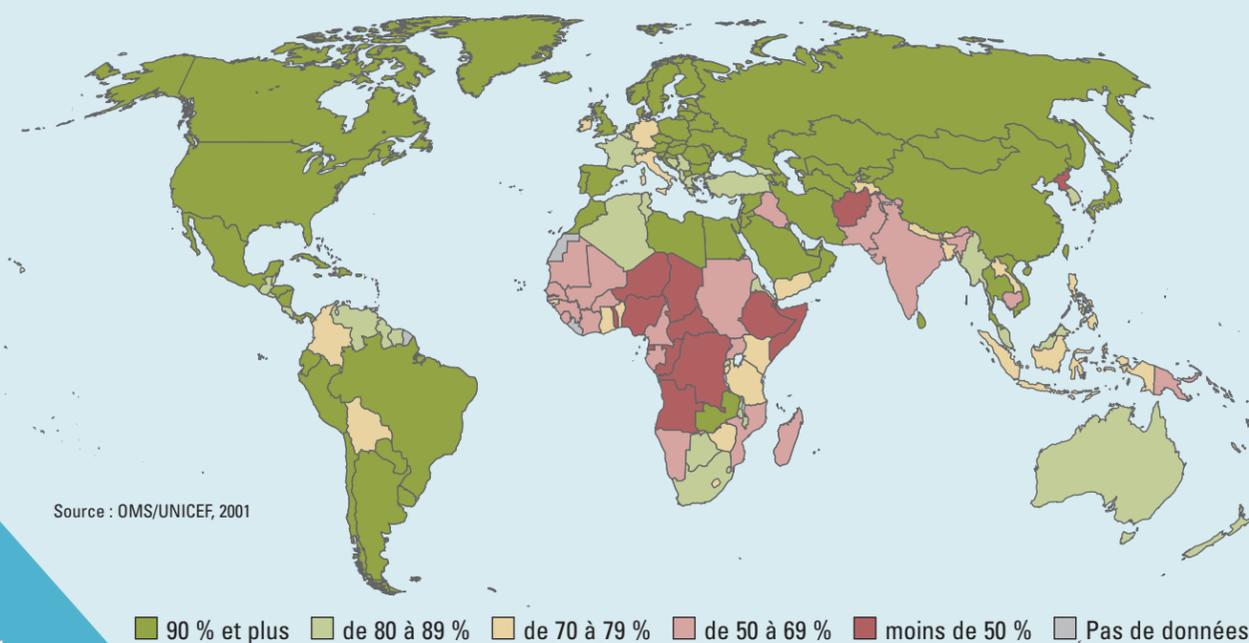
La rougeole continue de tuer un grand nombre d'enfants dans les pays en développement, faute, principalement, de leur avoir administré au moins une dose de vaccin anti-rougeoleux. En 1999, la couverture vaccinale se situait en dessous de 50 % dans 14 pays. Des efforts accrus sont nécessaires pour atteindre le nouvel objectif qui consiste à réduire de moitié le nombre des décès dus à la rougeole d'ici à 2005.

Défi à relever

La rougeole est une maladie mortelle mais évitable grâce à la vaccination qui touche principalement les enfants de moins de cinq ans. Lorsqu'elle ne provoque pas le décès, elle peut entraîner la cécité, la malnutrition, la surdité ou la pneumonie. Du fait que la rougeole est très contagieuse, la couverture vaccinale doit être maintenue   90 % au moins.

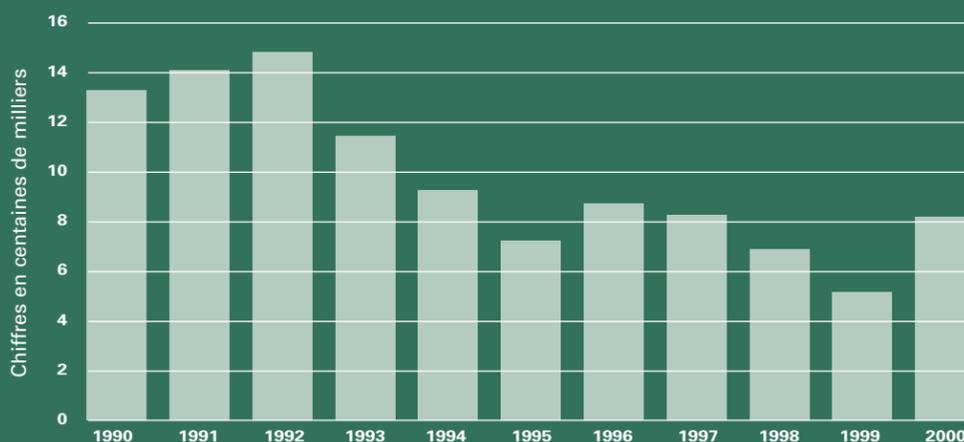
Couverture de la vaccination contre la rougeole, 1999

Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole



Des chiffres en recul

Le nombre de cas de rougeole déclarés dans le monde* a chuté de presque 40 %, 1990-2000

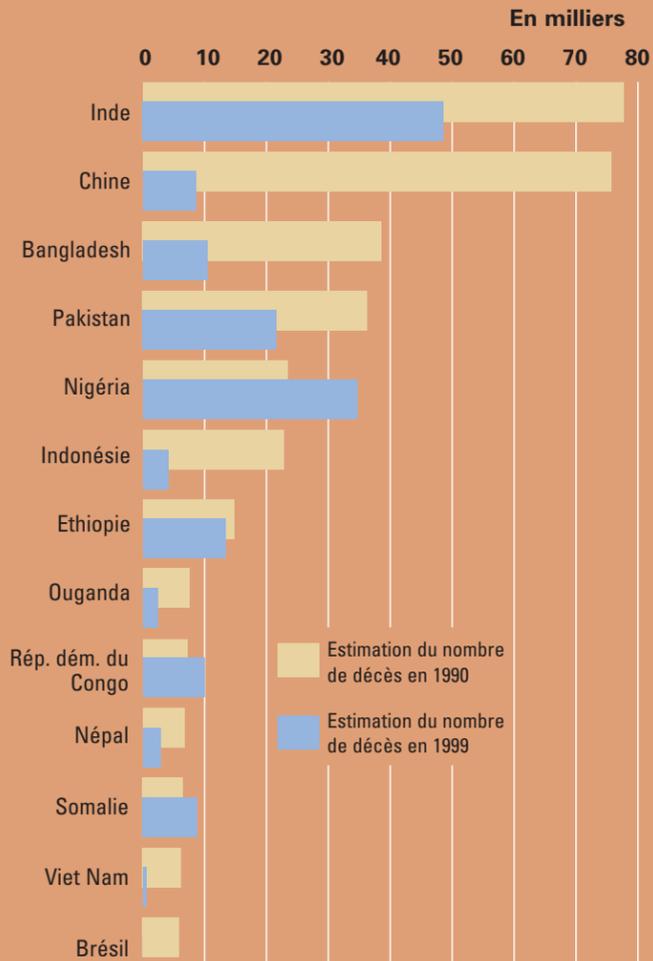


*Le nombre de cas officiellement enregistrés est inférieur au nombre de nouveaux cas qui se déclarent chaque année. Toutefois, son recul indique une diminution du nombre réel des cas de rougeole. L'augmentation des chiffres enregistrée en 2000 est imputable à l'amélioration des données sur les nouveaux cas et aux épidémies de rougeole.

Source : OMS, 2001

Recul important dans les pays à fort taux de mortalité

Evolution dans les pays qui enregistraient le plus grand nombre de décès en 1990

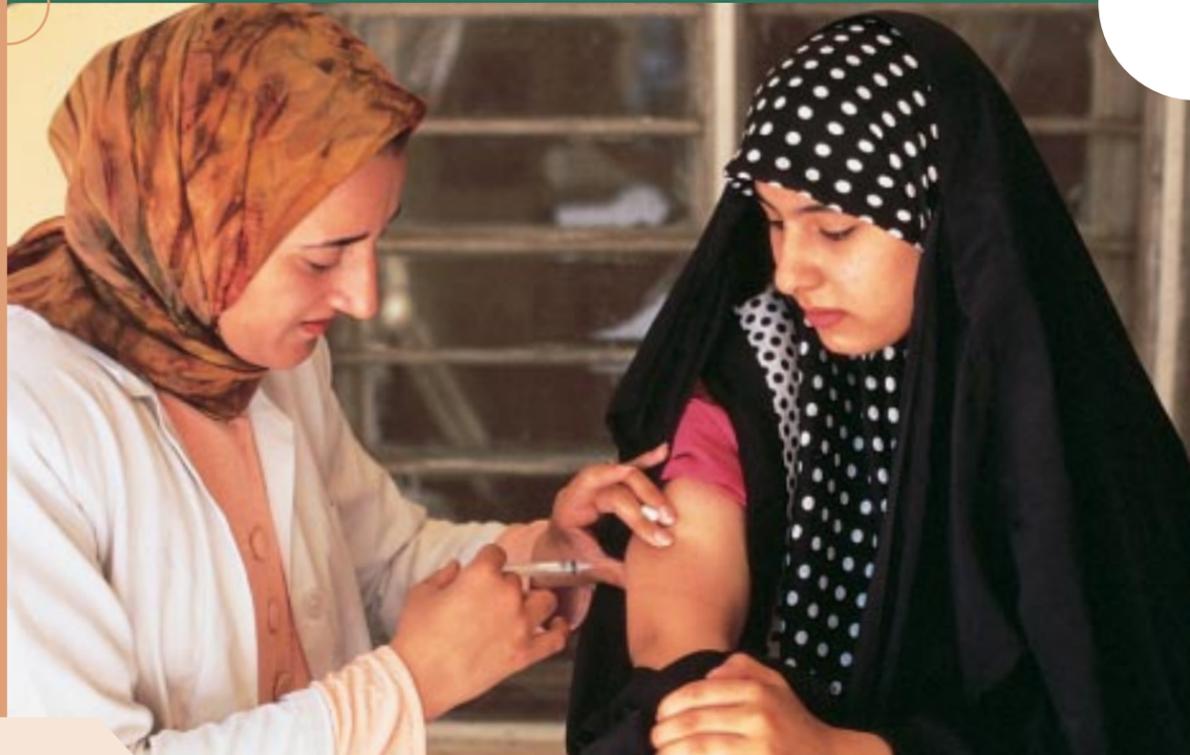


Source : OMS, 2000.

Objectif

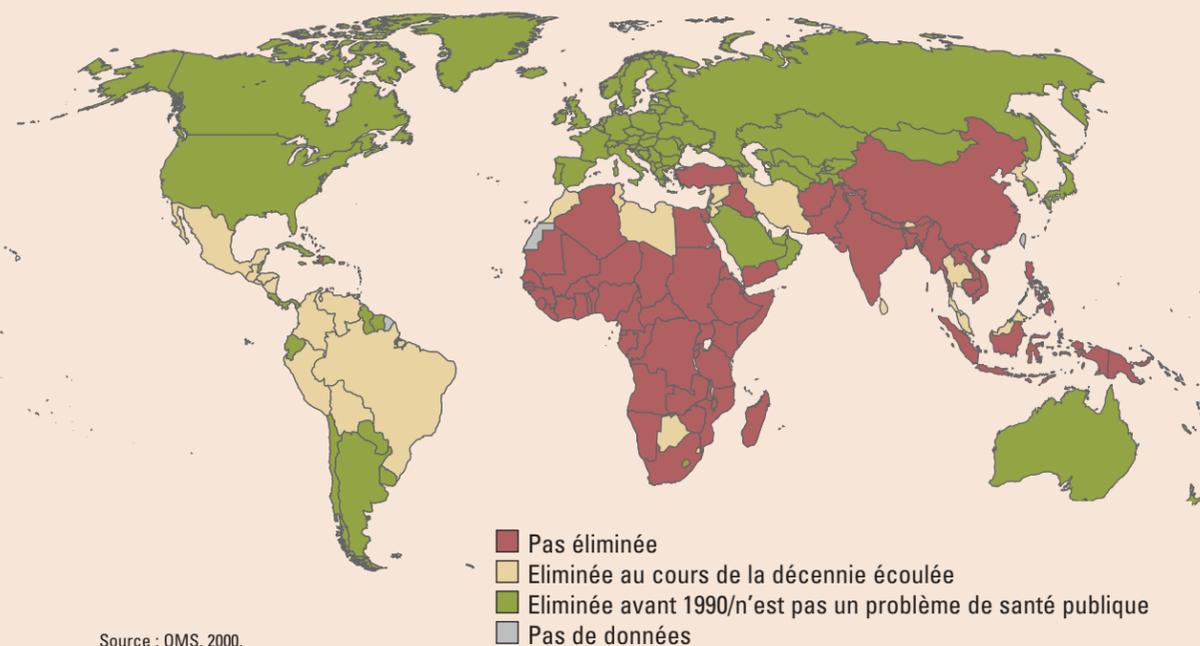
Éradication du tétanos néonatal* à l'horizon 1995

» Tétanos néonatal



Progress dans l'élimination du tétanos néonatal, 1990-2000

Plus d'1 million de décès d'enfants ont été évités



Source : OMS, 2000.

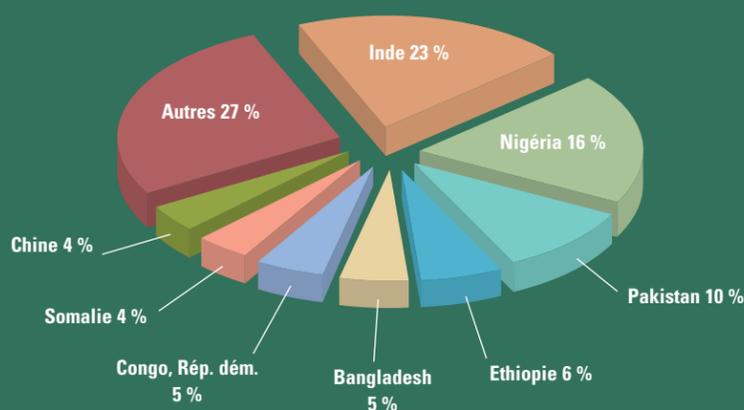
Résultats

En 2000, 104 des 161 pays en développement avaient éliminé le tétanos néonatal. 22 autres sont sur le point d'y parvenir aujourd'hui. Le nombre des décès dus à cette maladie a diminué de plus de 50 % dans les années 90, passant de 470 000 à 215 000, grâce à l'injection plus généralisée d'anatoxine tétanique et au respect des règles de l'hygiène pendant l'accouchement.

Mais...

Le tétanos maternel et néonatal demeure un problème important de santé publique dans 57 pays en développement. L'administration à toutes les femmes en âge de procréer de trois doses d'anatoxine tétanique dans les régions où la maladie est endémique permet de protéger les femmes et leurs bébés et constitue le seul moyen d'éradiquer le tétanos maternel et néonatal d'ici à 2005.

73 % des décès imputables au tétanos néonatal dans le monde en développement se produisent dans 8 pays



Source : OMS, 2000.

Défi à relever

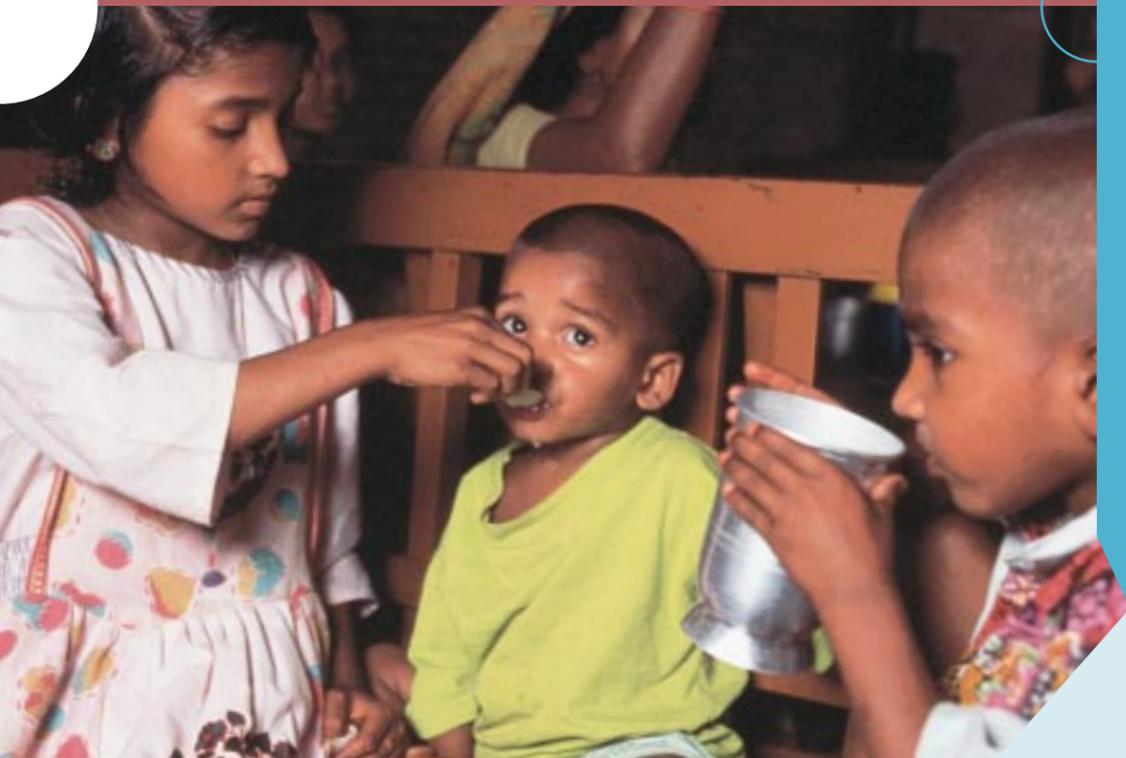
Le tétanos néonatal est une maladie évitable, souvent mortelle, contractée lorsque les règles d'hygiène ne sont pas respectées pendant l'accouchement et que le cordon ombilical est exposé à la bactérie du tétanos. Les femmes enceintes sont aussi vulnérables. Le tétanos est très répandu dans les pays où l'accès aux services de santé de base est limité par la pauvreté et autres obstacles culturels et géographiques.

*Éradication du tétanos néonatal : réduire l'incidence du tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes dans les districts de chaque pays.

Objectif

Diminution de 50 % du nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dus à la diarrhée et de 25 % du taux d'incidence de la maladie

Maladies diarrhéiques



Résultats

Au début de la décennie, la diarrhée était considérée comme la principale cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans. En 2000, l'objectif a été atteint et le nombre de décès imputables à la diarrhée a diminué de moitié. Selon les estimations, plus d'1 million de décès d'enfants par an auraient pu être évités. Ce succès est attribuable à la promotion et à l'utilisation de la thérapeutique de réhydratation orale.

Mais...

Malgré les progrès accomplis, la diarrhée reste une cause majeure de mortalité infantile. Pour continuer à réduire le nombre de décès d'enfants dus à cette maladie, les familles doivent être mieux informées et avoir recours aux traitements administrés à la maison qui permettent de la soigner efficacement. Les enfants plus gravement atteints doivent avoir accès à des soins de santé adéquats. De même, l'approvisionnement en eau propre et l'assainissement doivent être améliorés.

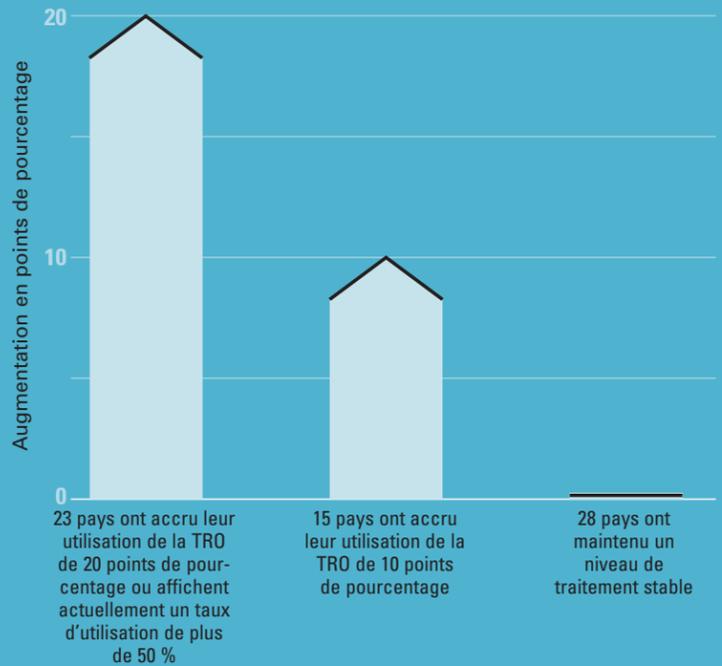
Défi à relever

La plupart des décès causés par la diarrhée se produisent par déshydratation, ou perte excessive d'eau et de sel dans l'organisme. La thérapeutique de réhydratation orale permet de sauver de nombreuses vies.

IMPORTANTES PROGRES REALISES

Le recours à la TRO a augmenté ou s'est maintenu dans un grand nombre de pays, 1990-2000

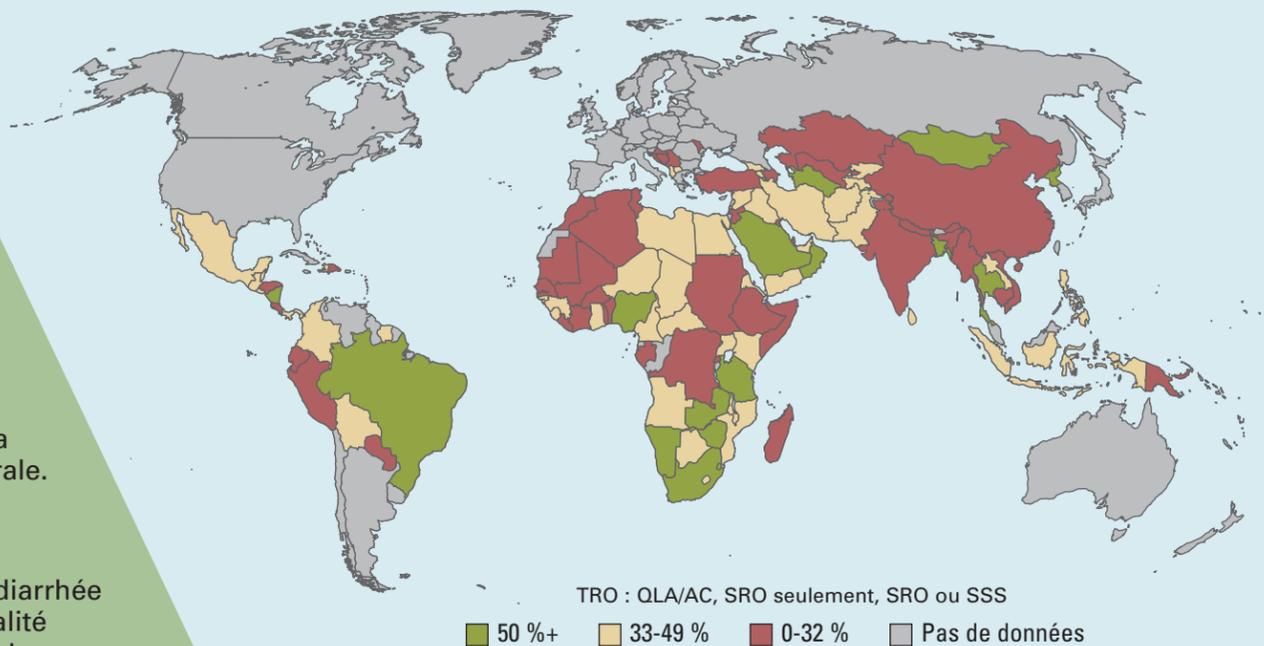
Source : UNICEF, 2001.



Traitement de la diarrhée à grande échelle

Pourcentage d'enfants atteints de diarrhée traités par la TRO*, 1990-2000**

Source : UNICEF, 2001.



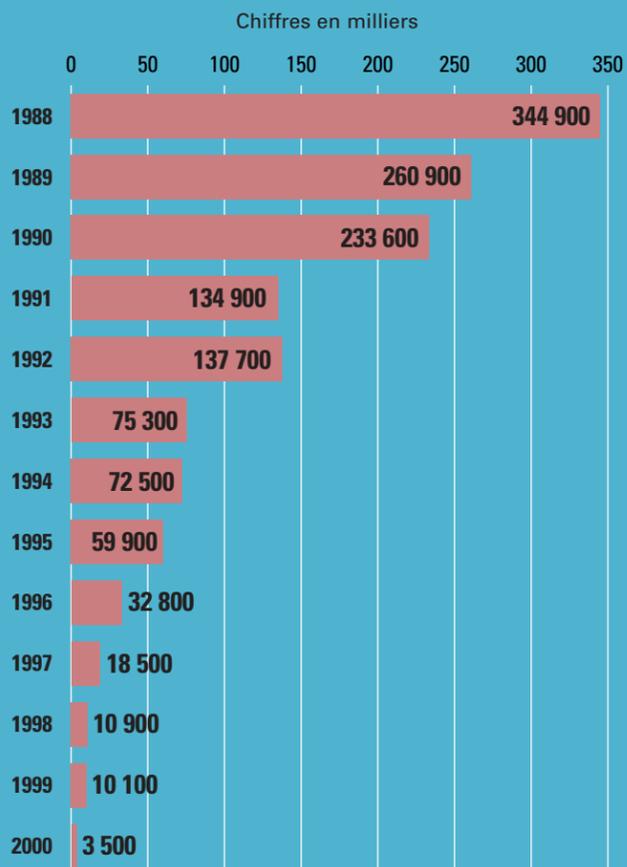
*Le recours à la TRO est mesuré dans chaque pays à partir du pourcentage le plus élevé de trois indicateurs spécifiques : QLA/AC, SRO seulement, et TRO ou solutions sel-sucre
**Enfants ayant été traités par la TRO dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête

Thérapeutique de réhydratation orale : une définition qui évolue

La thérapeutique de réhydratation orale (TRO) est la pierre angulaire des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques. Toutefois, les recommandations qui ont trait à son utilisation ont changé au fil du temps, en raison des progrès de la médecine et des possibilités d'administrer le traitement dans la pratique. Diverses définitions de la TRO ont été adoptées et promues par les pays à différentes époques. Tandis que les recommandations de l'OMS/UNICEF comprennent actuellement une « quantité accrue de liquides et l'alimentation en continu (QAL/AC) », plusieurs pays affichent des taux élevés d'utilisation de la TRO qui s'appuient sur des définitions antérieures, prescrivant notamment l'administration de sels de réhydratation orale (SRO) et de solutions sel/sucre préparées à la maison (SSS). Jusqu'à ce que tous les pays adoptent le traitement de thérapeutique de réhydratation orale actuellement recommandé, il sera difficile de comparer avec précision les taux d'utilisation.

Le nombre de cas de polio a chuté de 99 % entre 1988 et 2000

Evolution du nombre de cas pendant la décennie



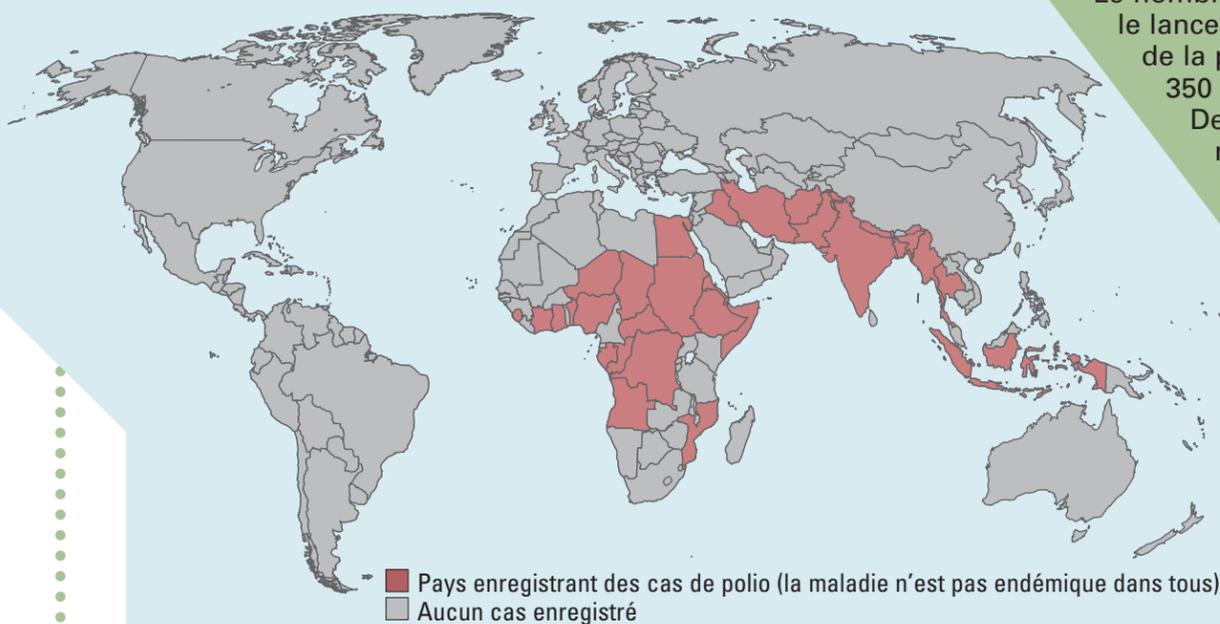
Objectif

Éradiquer totalement la poliomyélite d'ici à l'an 2000

» Éradication de la poliomyélite



La poliomyélite est sur le point d'être éliminée



Résultats

Le nombre de cas a diminué de 99 % depuis le lancement de l'initiative d'éradication de la poliomyélite en 1988, passant de 350 000 à moins de 3 500 en 2000.

De vastes régions du monde, notamment l'Amérique du Nord et du Sud, l'Europe, la Communauté d'États indépendants, l'Asie du Sud-Est, la Chine et l'Afrique australe et du Nord sont désormais exemptes de la maladie. La couverture vaccinale reste élevée, avec plus de 550 millions d'enfants vaccinés pour la seule année 2000 lors des Journées nationales de vaccination. La surveillance de la poliomyélite s'est beaucoup améliorée.

Mais...

La poliomyélite est encore endémique dans 20 pays, dont la plupart sont extrêmement pauvres, très peuplés et/ou dévastés par des guerres civiles qui font obstacle à la vaccination des enfants vivant dans des zones reculées.

Défi à relever

La poliomyélite est une maladie infectieuse très contagieuse qui a paralysé des millions d'enfants. Le poliovirus se propage rapidement et en silence – seul le premier cas de paralysie signale le début d'une épidémie. La poliomyélite est incurable mais elle peut être évitée grâce à la vaccination.

L'éradication de la poliomyélite nécessite à la fois l'arrêt de l'incidence de la maladie (le nombre de nouveaux cas) et l'élimination complète du poliovirus dans tous les pays. Le monde ne pourra être certifié exempt de poliomyélite qu'après une période minimum de trois ans pendant laquelle aucun nouveau cas de la maladie causé par le poliovirus sauvage ne se sera déclaré.

La surveillance s'améliore dans dix pays prioritaires, 1999 et 2000

Région	Pays	Nombre de cas enregistrés		Cas de PFA détectés (sur 100 000 personnes de moins de 15 ans)
		1999	2000	2000
Asie du Sud	Inde	2 817	265	2,0
	Pakistan	558	199	1,5
	Bangladesh	393	198	1,9
	Afghanistan	150	120	1,1
Afrique	Nigéria	981	637	0,7
	Congo, Rép. dém.	45	513	2,3
	Éthiopie	131	144	0,7
	Angola	1 103	119	1,6
	Somalie	19	96	2,2
	Soudan	60	79	1,4

* La paralysie flasque aiguë (PFA), qui n'est pas causée par le poliovirus, est un bon indicateur de la précision des systèmes de surveillance de la poliomyélite. Compte tenu de la fréquence de la paralysie flasque aiguë dans un groupe de population, un système de surveillance efficace devrait diagnostiquer au moins un cas pour 100 000 personnes de moins de 15 ans. L'augmentation des cas de poliomyélite enregistrés dans certains pays est principalement attribuable à la qualité accrue du système de surveillance et ne reflète pas une progression de la maladie.

» VIH/SIDA



Chiffres tragiques

- Plus de 36 millions de séropositifs en 2000
- 22 millions de morts
- 10,4 millions d'orphelins
- 5 millions de nouveaux cas en 2000
- 50 % des personnes nouvellement infectées ont entre 15 et 24 ans

Un défi sans précédent

Au cours de la décennie, le VIH/SIDA a provoqué une grave crise de la santé et du développement. L'Afrique subsaharienne est ravagée : c'est là que vivent près de 70 % de toutes les personnes infectées dans le monde et près de 90 % des orphelins du SIDA. La maladie se répand rapidement dans certaines régions d'Asie, d'Europe de l'Est et des Caraïbes, ne laissant dans son sillage que la mort, la misère et le désespoir.

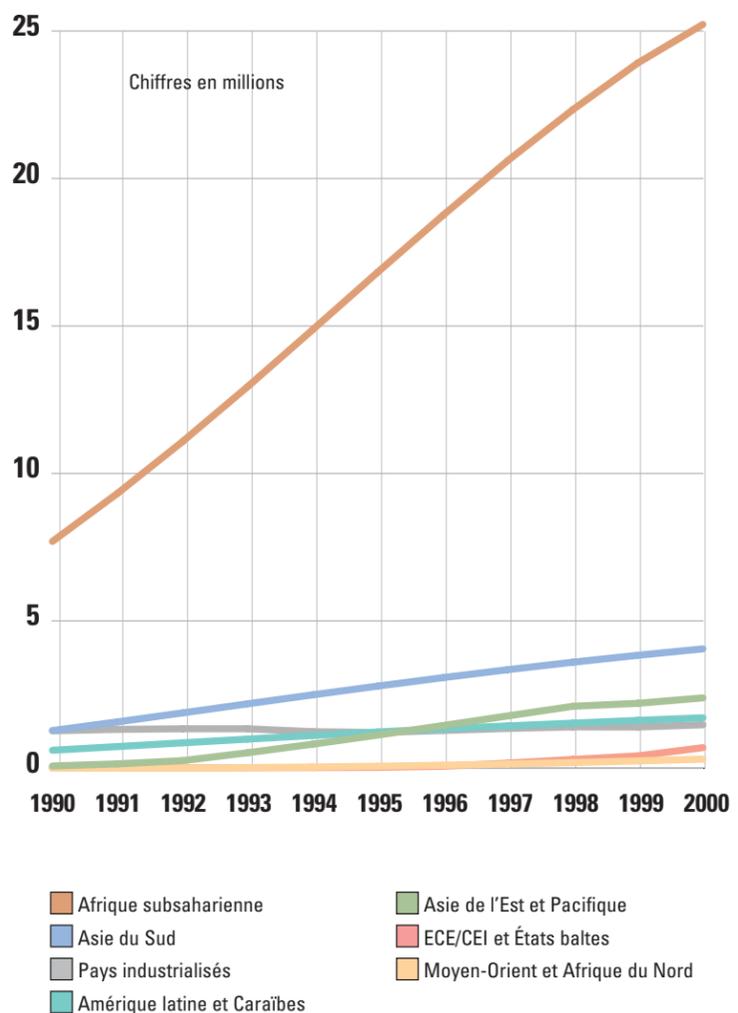
En 2000, on estime qu'il y aura 36,1 millions de personnes séropositives dans le monde, soit un nombre qui dépasse de 50 % les projections les plus pessimistes élaborées dix ans auparavant. Près de 16,4 millions de personnes infectées sont des femmes et 1,4 million des enfants de moins de 15 ans.

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les régions les plus touchées devrait augmenter de plus de 100 % d'ici à 2010. La moitié des 5 millions de nouveaux cas qui se déclareront en 2000 toucheront des jeunes de 15 à 24 ans. Au sein de ce groupe, les adolescentes et les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables.

Un grand nombre de jeunes ignorent tout de l'épidémie et ne savent pas comment s'en protéger.

LE FARDEAU DE LA MALADIE

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, 1990-2000



1,8 million de femmes enceintes sont séropositives, dont 1,5 million en Afrique subsaharienne



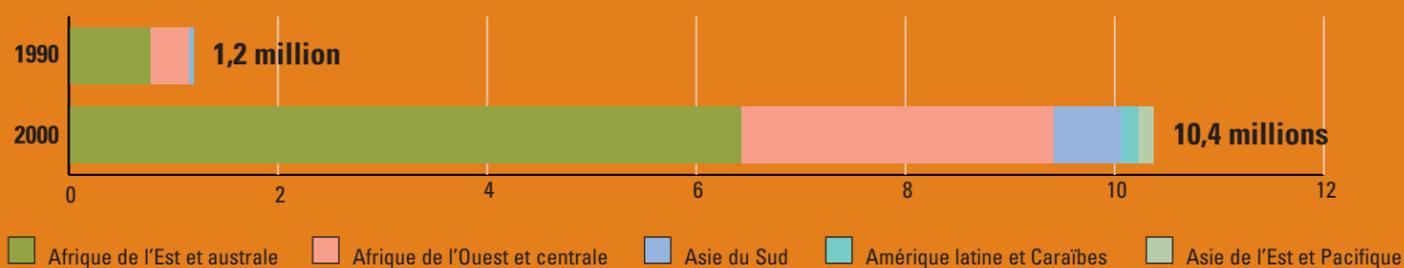
ORPHELINS DU SIDA

La plupart des millions d'enfants de moins de 15 ans qui ont perdu leur mère ou leurs deux parents sont des orphelins du SIDA. Il y a actuellement près de 10,4 millions d'enfant dans cette situation, et ce chiffre devrait doubler d'ici à 2010.

Les répercussions sociales et humaines de cette tragédie sont effarantes. Les orphelins ont un avenir incertain car leur scolarité, leur santé, leur croissance, leur développement, leur nutrition et leur logis ne sont plus assurés. Ils courent aussi davantage de risques d'être victimes d'abus et d'exploitation.

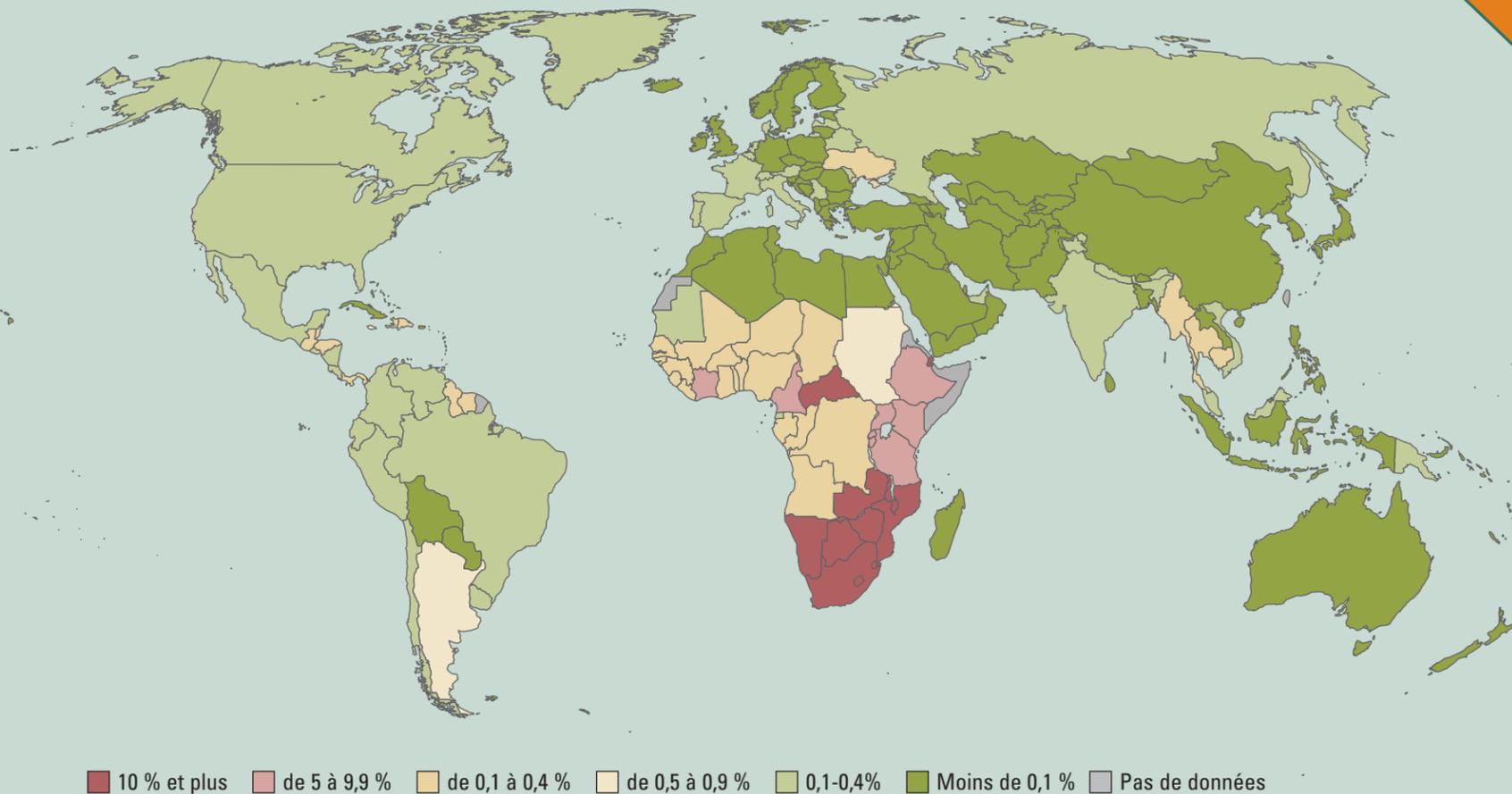
Il faut élaborer des stratégies à grande échelle et à long terme et allouer des ressources plus importantes pour ceux qui s'occupent des orphelins afin de relever le défi auquel les familles, les communautés et les gouvernements sont confrontés pour garantir aux orphelins le plein exercice de leurs droits.

Des millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA, 1990-2000



PREVALENCE DU SIDA CHEZ LES JEUNES DE 15 A 24 ANS

Pourcentage de jeunes séropositifs ou atteints du SIDA



10,3 millions de jeunes séropositifs
6,4 millions de jeunes femmes
3,9 millions de jeunes hommes

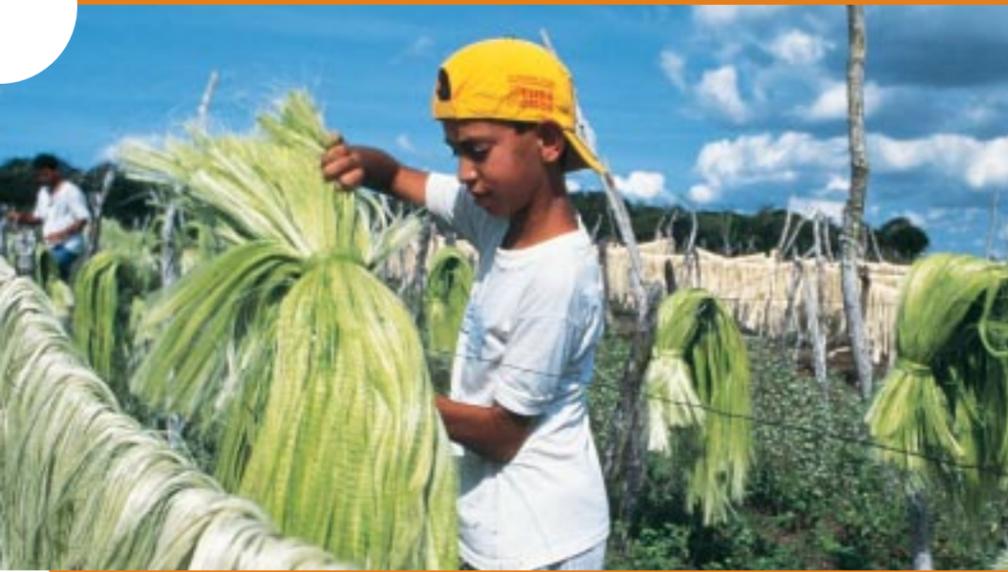
Déclaration sur la lutte contre le VIH/SIDA de la Session extraordinaire de l'ONU consacrée au VIH/SIDA de juin 2001.

D'ici à 2005

- Réduire la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans dans les pays les plus gravement touchés
- Garantir qu'au moins 90 % des jeunes de 15 à 24 ans aient accès aux informations, à l'éducation et aux services nécessaires pour acquérir les connaissances qui leur permettront d'être moins vulnérables au VIH
- Réduire de 20 % la proportion de nourrissons séropositifs en améliorant les services d'information, de conseil, de dépistage et de traitement disponibles aux femmes enceintes afin de faire chuter le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Mettre en oeuvre des politiques et des stratégies nationales visant à renforcer la capacité des pays de fournir un soutien aux orphelins du SIDA et aux enfants sidéens et leur garantir un accès égal à l'éducation et aux soins de santé

Source pour tous les graphiques et cartes : ONUSIDA/UNICEF, 2001

» Travail des enfants



Protéger les enfants d'un travail dangereux

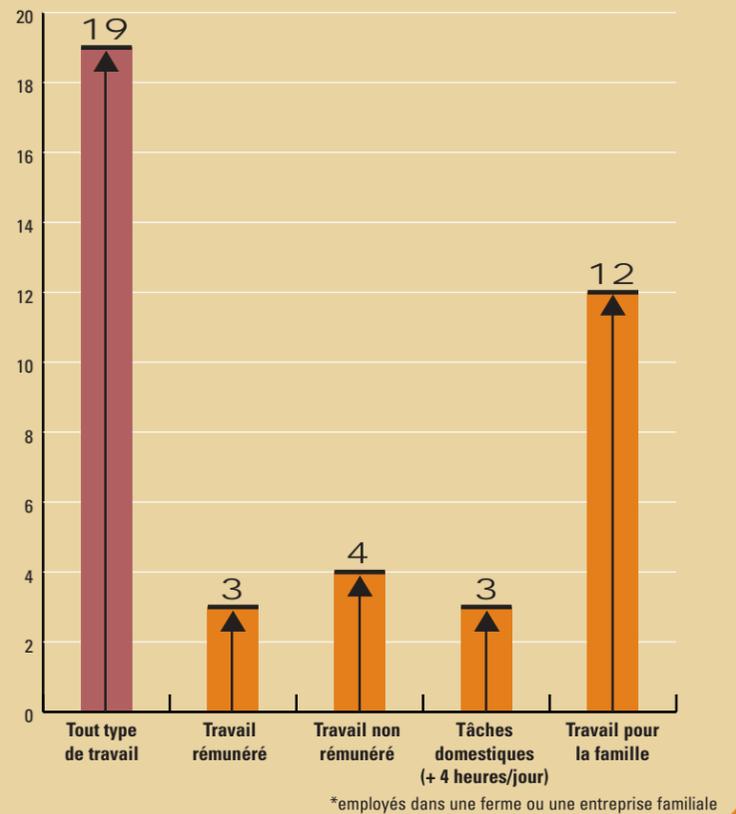
Des millions d'enfants travaillent pour aider leur famille, sans que cela soit nocif ou constitue une forme d'exploitation. Mais des millions d'autres effectuent des travaux dans des conditions qui tuent toute joie enfantine et bafouent le droit de l'enfant à un développement mental et physique normal.

Les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) de fin de décennie ont permis pour la première fois à 49 pays de rédiger des rapports sur le travail des enfants. Ces données sont encore en cours d'étude et d'analyse. Des analyses préliminaires montrent que dans plus de 30 pays représentant 35 % des pays en développement, 19 % des jeunes de 5 à 14 ans travaillent. Environ 21 % des enfants de ce groupe d'âge vivant en zone rurale travaillent, contre 13 % de ceux qui vivent en zone urbaine. Deux tiers de ces enfants travaillent dans la ferme ou l'entreprise familiale.

Une analyse plus détaillée est en cours sur l'impact du travail sur le droit de l'enfant à l'éducation. (Voir aussi pp. 10 et 11)

Les deux tiers travaillent pour leur famille*

Pourcentage d'enfants de 5 à 14 ans effectuant un travail rémunéré ou non, chargés de tâches domestiques nécessitant quatre heures ou plus ou employés dans une ferme ou une entreprise familiale



» Enregistrement des naissances

Le droit à un nom et une nationalité

Chaque enfant a le droit d'être enregistré dès la naissance. C'est un premier pas, qui garantit tous les autres droits, y compris le droit à la santé, à l'éducation, à l'aide sociale et à la protection contre l'exploitation. L'enregistrement des naissances permet aussi une meilleure planification étatique pour les citoyens.

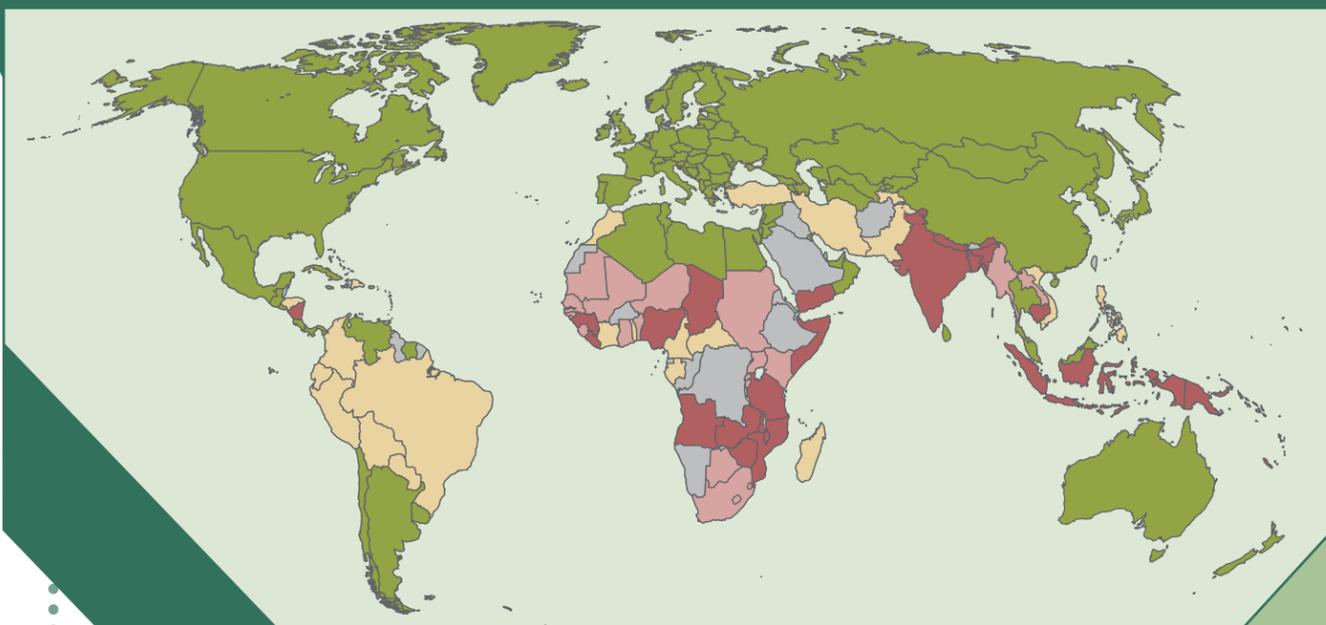
Pourtant, à la fin de la décennie, plus de deux cinquièmes des 132 millions de bébés naissant chaque année n'avaient pas été enregistrés.

Des enquêtes domestiques menées au cours des deux dernières années ont permis à presque un quart des pays en développement d'améliorer leurs rapports sur l'enregistrement des naissances.

Il s'agit de réduire les énormes disparités en termes d'enregistrement des naissances qui existent entre ville et campagne afin de garantir l'égalité des droits. La Guinée-Bissau offre l'exemple d'un pays parmi les moins développés qui a réussi à corriger ce déséquilibre en intensifiant l'enregistrement des naissances dans les zones rurales.



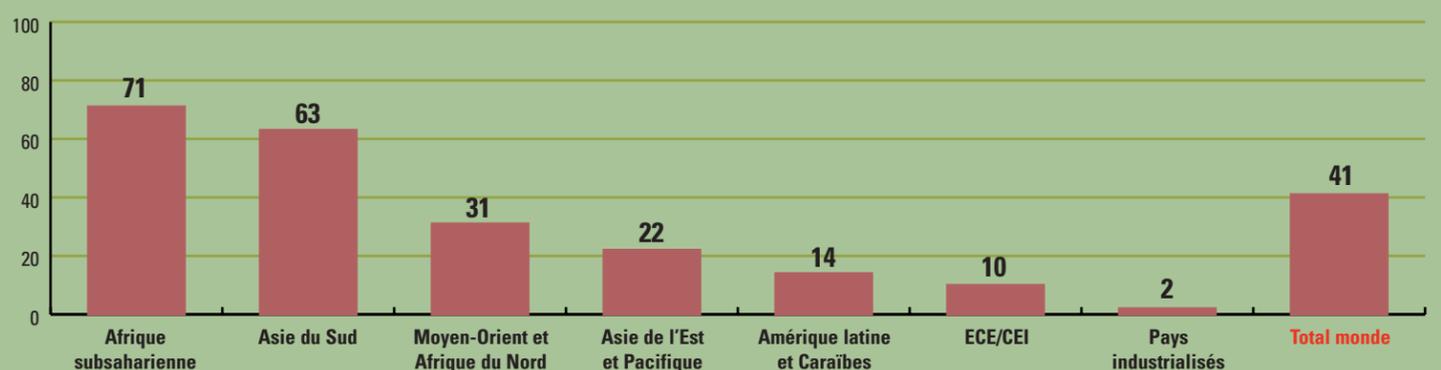
Niveaux d'enregistrement des naissances, estimations pour 2000



- 90 % ou plus de naissances enregistrées
- de 70 à 89 % de naissances enregistrées
- de 40 à 69 % de naissances enregistrées
- 39 % ou moins de naissances enregistrées
- Pas de données sur l'enregistrement des naissances

Plus de 50 millions de naissances ne sont pas enregistrées

Pourcentage de naissances annuelles non enregistrées, par région, 2000



Source pour les graphiques et la carte : UNICEF, 2001



Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

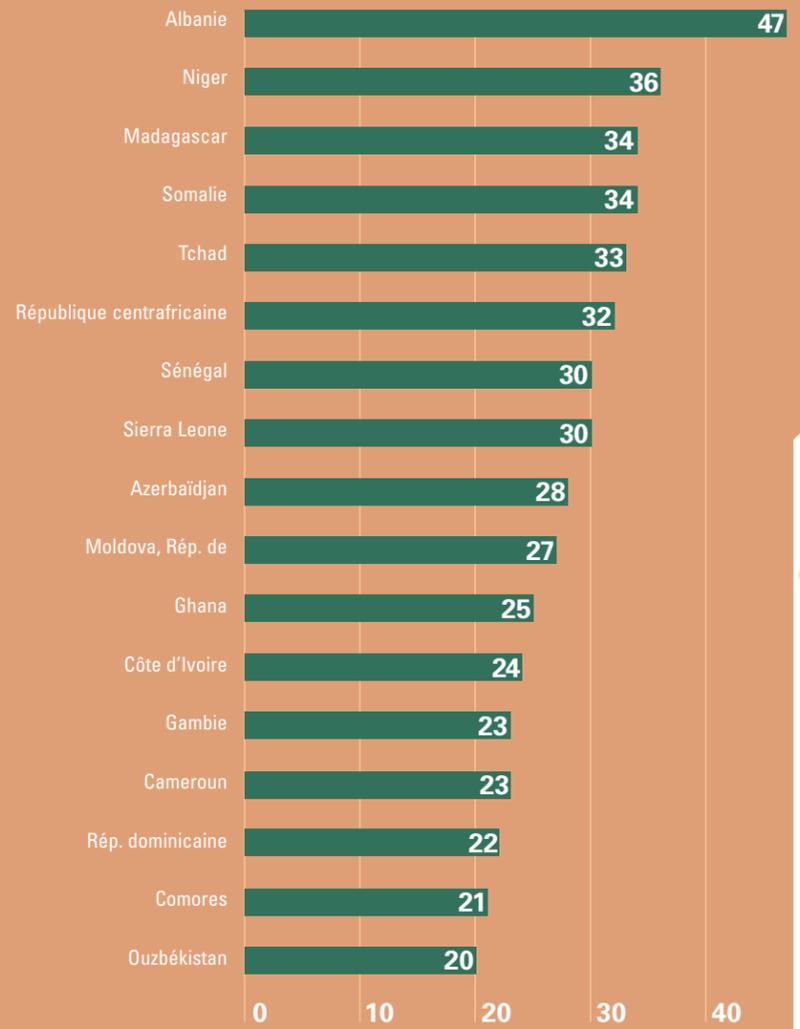
Plus de 10 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année de maladies facilement évitables et de troubles pour lesquels il existe des traitements tels que la déshydratation due à la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la rougeole et le paludisme. Dans 50 % des cas, la maladie est aggravée par la malnutrition.

L'initiative Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a été lancée en 1992 par l'UNICEF et l'OMS afin de prévenir ces maladies infantiles mortelles ou de les détecter et de les traiter le plus vite possible.

La stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant part du principe que, dans la plupart des cas, une maladie infantile a plusieurs causes sous-jacentes. Elle est axée sur l'amélioration des traitements administrés à la maison tant au niveau des familles que des communautés et sur la formation du personnel soignant à l'échelle plus vaste du système de santé. Elle préconise de donner aux enfants « une quantité accrue de liquides et une alimentation en continu » dans le cadre de traitements administrés à la maison et utilise ce principe en tant qu'indicateur de l'efficacité du programme.

ENFANTS TRAITÉS A LA MAISON

Pays dans lesquels 20 % ou plus des enfants de moins de cinq ans malades dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête ont reçu une quantité accrue de liquides et une alimentation en continu à la maison.



Source : UNICEF, 2001.

» Paludisme

Paludisme

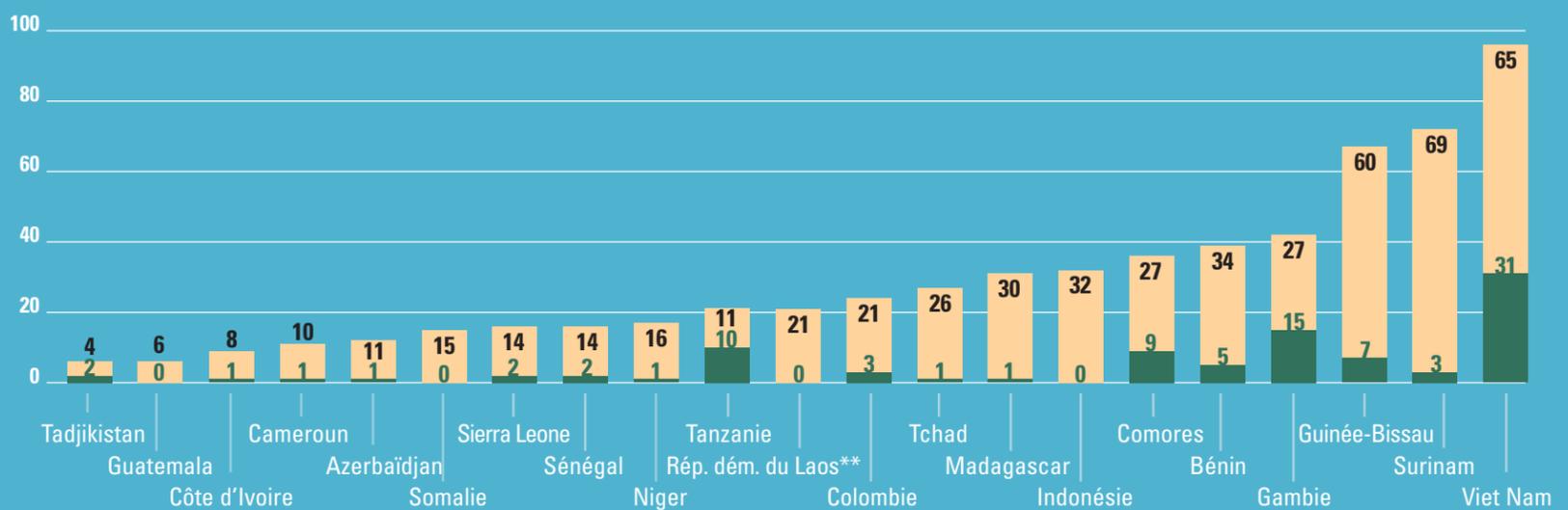
On estime que chaque année, entre 300 et 500 millions de cas de paludisme provoquent un nombre inacceptable de décès, surtout chez les jeunes enfants. La maladie est aussi un facteur d'anémie grave et de grossesse à risque. C'est l'une des principales causes de l'insuffisance pondérale à la naissance et de la mortalité des nourrissons. Malgré l'ampleur de ses conséquences, le paludisme peut être traité efficacement.

Dans le cadre d'une initiative inspirée de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant gérée par les familles et les communautés, un plus grand nombre d'enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme pourraient recevoir les soins adéquats dans des établissements de santé. Il faut davantage sensibiliser les familles et les communautés afin que toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de cinq ans dorment sous des moustiquaires traitées à l'insecticide. En Afrique, par exemple, cette simple mesure pourrait sauver plus de 400 000 enfants par an.



Données originales sur l'utilisation de moustiquaires*

Pourcentage d'enfants dormant sous des moustiquaires traitées ou non traitées



* Données de base obtenues à partir des MICS sur la surveillance du paludisme.
 ** Pas de données disponibles sur l'utilisation de moustiquaires traitées.
 Source : UNICEF, 2001.

Une collecte de données sans précédent

Pour mieux contrôler la mise en place des objectifs du Sommet mondial pour les enfants, la plus large collecte de données jamais entreprise a été lancée, afin de mieux contrôler la réalisation des droits des enfants et leur bien-être.

La mise au point de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) a joué un rôle clé dans cette initiative. Cette méthode souple et pratique élaborée par l'UNICEF et certains de ses partenaires en 1997 a permis d'évaluer les progrès accomplis à la fin de la décennie pour chacun des objectifs. Ces enquêtes ont permis de recueillir des données non seulement sur la nutrition, la santé et l'éducation, mais aussi sur l'enregistrement des naissances, le milieu familial, le travail des enfants et les connaissances concernant le VIH/SIDA.

66 pays ont rédigé des MICS de fin de décennie, essentiellement sous l'égide du gouvernement national, avec l'aide de divers partenaires. Les enquêtes démographiques et sanitaires ont fourni, elles aussi, des données pertinentes pour 35 pays, ce qui a permis de combler de nombreuses lacunes dans les données concernant les enfants des pays en développement, comme on peut le voir sur la carte. Ces enquêtes sont venues compléter les données fournies par des systèmes existants, comme ceux de l'éducation et de la santé.

Enquêtes de fin de décennie réalisées auprès des ménages

Pays en développement*



* Y compris l'Albanie et la Yougoslavie

Source : UNICEF, 2001.

Cette carte ne reflète pas une position de l'UNICEF sur le statut légal des pays et territoires représentés ou sur la délimitation de leurs frontières.

Préparé par l'UNICEF pour la Session extraordinaire de l'ONU consacrée aux enfants, septembre 2001

unicef 
Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Photos

	Page		Page
UNICEF/93-0175/Lemoyne	1	UNICEF/98-0992/Pirozzi	19
UNICEF/99-0884/Lemoyne	2	UNICEF/93-0268/Lemoyne	20
UNICEF/95-0740/Balaguer	4	UNICEF/97-0658/Lemoyne	21
UNICEF/00-0048/Holmes	6	UNICEF/97-0766/Lemoyne	22
UNICEF/98-0928/Pirozzi	8	UNICEF/00-0271/Pirozzi	24
UNICEF/92-0103/Pirozzi	9	UNICEF/99-0633/Pirozzi	25
UNICEF/95-0809/Lemoyne	10	UNICEF/97-0331/Noorani	26
UNICEF/96-1360/Pirozzi	12	UNICEF/92-0439/Toutounji	27
UNICEF/98-1137/Pirozzi	13	UNICEF/00-0006/Pirozzi	28
UNICEF/92-1655/Lemoyne	14	UNICEF/00-0367/Balaguer	30
UNICEF/95-0971/Noorani	16	UNICEF/93-0407/Lemoyne	30
UNICEF/99-0132/Pirozzi	17	UNICEF/96-1081/Toutounji	31
UNICEF/98-0920/Pirozzi	18	UNICEF/99-0454/Pirozzi	31