

Les enfants dans un monde urbain

**LA SITUATION DES
ENFANTS DANS
LE MONDE
2012**

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Février 2012

La reproduction de toute partie de cette publication est sujette à autorisation. Celle-ci est gratuite pour les organisations éducatives ou à but non lucratif. Les autres devront s'acquitter d'une somme modique. Veuillez contacter :
Division de la communication, UNICEF
3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : +1 (212) 326-7434
E-mail : nyhqdoc.permit@unicef.org

Ce rapport et des informations complémentaires sont disponibles à l'adresse : www.unicef.org/sowc2012.
Les essais des sections *Point de vue* et *Gros plan* n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

Pour tout rectificatif ultérieur à la mise sous presse, consulter notre site Internet à l'adresse : www.unicef.org/sowc2012.

Pour toutes données ultérieures à la mise sous presse, consulter le site : www.childinfo.org.

ISBN : 978-92-806-4598-9
Publication des Nations Unies, numéro de vente : F12.XX.1

Crédits photo :

Couverture

Des enfants dansent dans un quartier d'implantations sauvages construit à flanc de colline à Caracas (République bolivarienne du Venezuela) (2007).
© Jonas Bendiksen/Magnum Photos

Chapitre 1, page X

Des enfants jouent à Tarlabasi, un quartier d'Istanbul accueillant de nombreux migrants (Turquie).
© UNICEF/NYHQ2005-1185/Roger LeMoyné

Chapitre 2, page 12

File d'attente à un point d'eau au Camp Luka, un quartier de taudis situé à la périphérie de Kinshasa, (République démocratique du Congo).
© UNICEF/NYHQ2008-1027/Christine Nesbitt

Chapitre 3, page 34

Une fillette traîne de la ferraille qui servira à consolider la maison de sa famille (un petit espace délimité par de simples rideaux au dernier étage d'un ancien stade de football), à Kirkouk (Iraq).
© UNICEF/NYHQ2007-2316/Michael Kamber

Chapitre 4, page 48

Des garçons jouent au football dans la cour du Centre Sauvetage du BICE, un lieu d'accueil qui propose des services aux enfants vulnérables, à Abidjan (Côte d'Ivoire).
© UNICEF/NYHQ2011-0549/Olivier Asselin

Chapitre 5, page 66

Des enfants participent à un projet de groupe dans une école primaire de Tarawa (Kiribati).
© UNICEF/NYHQ2006-2457/Giacomo Pirozzi

REMERCIEMENTS

Ce rapport est le fruit de la collaboration de nombreuses personnes et institutions. L'équipe de rédaction et de recherche remercie tous ceux qui ont contribué à cette publication par leur expérience et leurs efforts, et notamment :

Sheridan Bartlett (City University of New York), Jean-Christophe Fotso (APHRC), Nancy Guerra (University of California), Eva Jespersen (PNUD), Jacob Kumaresan (Urban HEART, OMS), Gora Mboup (ONU-Habitat), Sheela Patel (SDI), Mary Racelis (Université Ateneo de Manille), Eliana Riggio, David Satterthwaite (IIED), Ita Sheehy (HCR), Nicola Shepherd (UNDESA), Mats Utas (Académie des lettres de Suède) et Malak Zaalouk (Université américaine du Caire) pour avoir siégé au Conseil consultatif externe.

Sheridan Bartlett, Roger Hart et Pamela Wridt (City University of New York), Carolyn Stephens (London School of Hygiene and Tropical Medicine et Université nationale de Tucuman, Argentine) et Laura Tedesco (Universidad Autonoma de Madrid) pour la rédaction de documents de référence.

Fred Arnold (Macro CIF), Ricky Burdett (London School of Economics and Political Science), Elise Caves et Cristina Diez (Mouvement ATD Quart Monde), Michael Cohen (New School), Malgorzata Danilczuk-Danilewicz, Celine d'Cruz (SDI), Robert Downs (Columbia University), Sara Elder (OIT), Kimberly Gamble-Payne, Patrick Gerland (UNDESA), Friedrich Huebler (UNESCO), Richard Kollodge (FNUAP), Maristela Monteiro (OPS), Anushay Said (Institut de la Banque mondiale), Helen Shaw (South East Public Health Observatory, Royaume-Uni), Mark Sommers (Tufts University), Tim Stonor (Space Syntax Ltd.), Emi Suzuki (Banque mondiale), Laura Turquet (ONU-Femmes), Henrik Urdal (Harvard Kennedy School) et Hania Zlotnik (UNDESA), pour les informations et les conseils qu'ils ont fournis aux auteurs.

Nous remercions en particulier Sheridan Bartlett, Gora Mboup et Amit Prasad (OMS) pour leur généreuse collaboration.

Ce document a été élaboré à partir des informations et des photographies transmises par les bureaux de pays, les bureaux régionaux et les divisions du siège de l'UNICEF, qui ont pris part aux révisions ou commenté les premières versions de ce document. De nombreux bureaux locaux et comités nationaux de l'UNICEF ont pris en charge la traduction et l'adaptation de ce rapport pour un usage local.

Geeta Rao Gupta, *Directrice générale adjointe*, Rima Salah, *Directrice générale adjointe*, Gordon Alexander, *Directeur*, Bureau de la recherche, Nicholas Alipui, *Directeur*, Division des programmes, Louis-Georges Arsenault, *Directeur*, Bureau des programmes d'urgence, Colin Kirk, *Directeur*, Bureau de l'évaluation, Khaled Mansour, *Directeur*, Division de la communication, Richard Morgan, *Directeur*, Division des politiques et des pratiques, Lisa Adelson-Bhalla, Christine De Agostini, Stephen Antonelli, Maritza Ascencios, Lakshmi Narasimhan Balaji, Gerrit Beger, Wivina Belmonte, Rosangela Berman-Bieler, Aparna Bhasin, Nancy Binkin, Susan Bissell, Clarissa Brocklehurst, Marissa Buckanoff, Sally Burnheim, Jinqin Chai, Kerry Constable, Howard Dale, Tobias Dierks, Kathryn Donovan, Paul Edwards, Solrun Engilbertsdottir, Rina Gill, Bjorn Gillsater, Dora Giusti, Judy Grayson, Attila Hancioglu, Peter Harvey, Saad Houry, Priscillia Kounkou Hoveyda, Robert Jenkins, Malene Jensen, Theresa Kilbane, Jimmy Kolker, June Kunugi, Boris De Luca, Susanne Mikhail Eldhagen, Sam Mort, Isabel Ortiz, Shannon O'Shea, Kent Page, Nicholas Rees, Maria Rubi, Rhea Saab, Urmila Sarkar, Teghvir Singh Sethi, Fran Silverberg, Peter Smerdon, Antony Spalton, Manuela Stanculescu, David Stewart, Jordan Tamagni, Susu Thatun, Renee Van de Weerd et Natalia Elena Winder-Rossi ont contribué à la réalisation de ce rapport par leurs conseils et leur appui en matière de programmes, de politiques, de communication et de recherche.

Nous remercions tout particulièrement Catherine Langevin-Falcon, *Chef* de la section des publications, qui a supervisé la révision et la conception des tableaux statistiques et joué un rôle essentiel sur le plan de l'orientation et de la continuité des travaux malgré les changements intervenus dans le personnel.

Nous tenons également à exprimer toute notre gratitude à David Anthony, *Chef* du plaidoyer stratégique et rédacteur en chef des sept dernières éditions de ce rapport, pour sa vision, son soutien et ses encouragements.

ÉQUIPE CHARGÉE DE L'ÉLABORATION DU RAPPORT

RÉDACTION ET RECHERCHE

Abid Aslam, Julia Szczuka, *Rédacteurs en chef*, Nikola Balvin, Sue Le-Ba, Meedan Mekonnen, *Chargées de la recherche*
Chris Brazier, *Auteur*
Marc Chalamet, *Version française*
Carlos Perellon, *Version espagnole*
Hirut Gebre-Egziabher, *Responsable des recherches*, Yasmine Hage, Lisa Kenney, Anne Ytreland, Jin Zhang, *Assistants de recherche*
Charlotte Maître, *Responsable de la révision*, Anna Grojec, Carol Holmes, *Révises*
Celine Little, Dean Malabanan, Anne Santiago, Judith Yemane, *Appui rédactionnel et administratif*

PRODUCTION ET DIFFUSION

Jaclyn Tierney, *Chef*, Production et traduction; Germain Ake, Fanuel Endalew, Jorge Peralta-Rodriguez, Elias Salem, Nogel S. Viyar, Edward Ying Jr.

TABLEAUX STATISTIQUES

Tessa Wardlaw, *Directrice associée*, Section des statistiques et du suivi, Division des politiques et des pratiques; Priscilla Akwara, David Brown, Danielle Burke, Xiaodong Cai, Claudia Cappa, Liliana Carvajal, Archana Dwivedi, Anne Genereux, Elizabeth Horn-Phatanothai, Claes Johansson, Rouslan Karimov, Mengjia Liang, Rolf Luyendijk, Nyein Nyein Lwin, Colleen Murray, Holly Newby, Khin Wityee Oo, Nicole Petrowski, Chiho Suzuki, Danzhen You

PRODUCTION EN LIGNE ET IMAGES

Stephen Cassidy, *Chef*, Section Internet, audiovisuel et image; Matthew Cortellesi, Susan Markisz, Keith Musselman, Ellen Tolmie, Tanya Turkovich

Maquette : Green Communication Design Inc.
Impression : Brodock Press, Inc.

DONNER LA PRIORITÉ AUX ENFANTS DANS UN MONDE URBAIN

De plus en plus d'enfants grandissent dans des villes. Plus de la moitié de la population mondiale, dont plus d'un milliard d'enfants, vit à présent dans des villes, petites ou grandes. Si de nombreux enfants profitent des avantages de la vie urbaine et notamment d'un accès aux infrastructures éducatives, médicales et récréatives, ils sont encore trop nombreux, malgré la proximité géographique, à ne pas avoir accès à des services essentiels tels que l'électricité, l'eau potable et les soins médicaux. Sans compter ceux qui ne peuvent pas aller à l'école et sont obligés de travailler dans des conditions dangereuses et abusives. Beaucoup sont également confrontés à la menace permanente de l'expulsion, même lorsqu'ils vivent dans des conditions particulièrement difficiles (logements délabrés et habitats surpeuplés particulièrement exposés aux maladies et aux catastrophes).

Les épreuves auxquelles se heurtent les enfants des communautés pauvres sont souvent masquées (et entretenues) par les moyennes statistiques sur lesquelles se fondent les décisions concernant l'affectation des ressources. Ces moyennes peuvent en effet recouvrir des disparités très importantes, la richesse de certains pouvant notamment occulter la pauvreté des autres, avec pour conséquence de maintenir des enfants démunis en marge des services essentiels.

De plus en plus d'enfants grandissent dans des zones urbaines et ils doivent pouvoir bénéficier des infrastructures et des possibilités nécessaires à l'exercice de leurs droits et à la réalisation de leur potentiel. Il est urgent d'agir pour :

- Mieux comprendre l'ampleur et la nature de la pauvreté et de l'exclusion dont sont victimes les enfants en milieu urbain;
- Identifier et lever les obstacles à l'intégration;
- Veiller à ce que les politiques urbaines, le développement des infrastructures, la prestation des services et des efforts accrus de réduction de la pauvreté et des inégalités répondent aux besoins et aux priorités spécifiques aux enfants;
- Promouvoir un partenariat entre tous les niveaux de gouvernement et les populations urbaines pauvres, en particulier les enfants et les jeunes;
- Mutualiser les ressources et les efforts des différents acteurs aux échelons international, national, municipal et communautaire en vue de défendre le plein exercice des droits des enfants pauvres et marginalisés.

Ces actions ne constituent pas une fin en soi mais un moyen de garantir des villes et des sociétés plus justes et plus favorables à l'épanouissement de tous les individus, à commencer par les enfants.



Pour beaucoup d'entre nous, l'image qui vient à l'esprit quand on pense aux enfants les plus pauvres est celle d'enfants souffrant de la faim dans des communautés rurales isolées d'Afrique subsaharienne, ce qui est le cas aujourd'hui pour un grand nombre d'entre eux.

L'édition 2012 du rapport *La Situation des enfants dans le monde* montre clairement qu'il faut également agir d'urgence en faveur des millions d'enfants des villes du monde entier qui risquent d'être laissés pour compte.

Des centaines de millions d'enfants vivent actuellement dans des taudis urbains, dont beaucoup n'ont pas accès aux services de base. Ils sont exposés à divers dangers allant de la violence à l'exploitation, en passant par les blessures, les maladies et les décès liés à leurs conditions de vie dans des habitats surpeuplés, situés sur de dangereuses décharges d'ordures ou le long de voies ferrées. Bien souvent, les estimations d'ensemble, qui laissent penser que le sort des enfants des villes est plus enviable que celui des enfants des campagnes, déforment la réalité de leurs situations (et de leurs besoins) en estompant les disparités à l'échelle urbaine.

Ce rapport pointe, à la suite d'un nombre croissant d'études et d'analyses menées par l'UNICEF et ses partenaires, l'impact disproportionné que les privations et la dépossession peuvent avoir sur les familles et les enfants les plus pauvres et les plus marginalisés. Cette réalité s'applique aussi bien pour les centres urbains que pour les zones rurales isolées que l'on associe communément à la pauvreté et à la vulnérabilité.

Les chiffres sont stupéfiants. En 2050, 70 pour cent de la population mondiale vivra en zone urbaine. Les conditions de vie d'un tiers des citadins sont aujourd'hui insalubres. En Afrique, cette proportion atteint le chiffre effarant de 60 pour cent. L'impact de telles conditions de vie sur les enfants est considérable. Du Ghana au Kenya en passant par le Bangladesh et l'Inde, les enfants des taudis comptent parmi ceux qui ont le moins de chances d'aller à l'école. Et les disparités en matière de nutrition entre les enfants riches et pauvres des petites et grandes villes d'Afrique subsaharienne sont souvent plus marquées que celles qui existent entre les enfants des villes et ceux des campagnes.

La situation de ces enfants défavorisés est moralement inacceptable car elle témoigne de notre incapacité à défendre leur droit à survivre, s'épanouir et jouer un rôle dans la société. Chaque enfant exclu représente une occasion manquée parce que, lorsque la société échoue à fournir aux enfants des villes les services et la protection qui auraient pu leur permettre de devenir des adultes productifs et créatifs, elle se prive des contributions sociales, culturelles et économiques qu'ils auraient pu lui apporter.

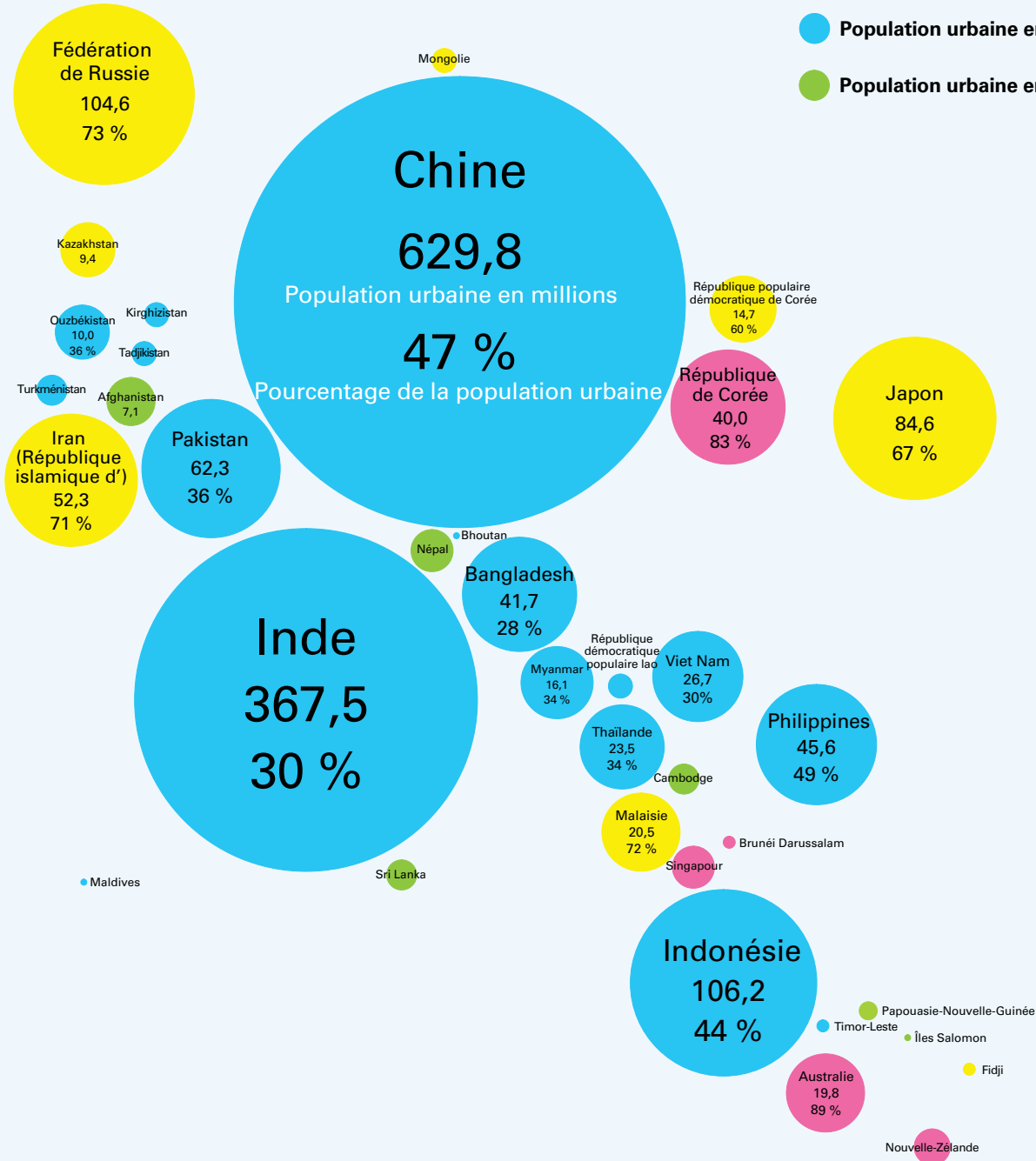
Nous devons redoubler d'efforts pour venir en aide à tous les enfants dans le besoin, exclus et laissés pour compte, où qu'ils vivent. Certaines voix s'élèveront sans doute pour demander si nous pouvons nous le permettre, en période d'austérité dans les budgets nationaux et de réduction des aides. Mais si nous parvenons à lever les obstacles qui entravent l'accès de ces enfants aux services dont ils ont besoin et auxquels ils ont légitimement droit, ce sont des millions d'enfants de plus qui pourront grandir en bonne santé, aller à l'école et accéder à une meilleure existence.

Pouvons-nous nous permettre de ne pas agir ?

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Anthony Lake'.

Anthony Lake
Directeur général de l'UNICEF

- Population urbaine supérieure à 75 %
- Population urbaine entre 50 et 75 %
- Population urbaine entre 25 et 50 %
- Population urbaine en dessous de 25 %



Notes : en raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles. Les données présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession. Les données pour la Chine ne comprennent pas Hong-Kong et Macao, Régions administratives spéciales de la Chine. Hong-Kong est devenue une région administrative spéciale (RAS) de la Chine au 1^{er} juillet 1997. Macao est devenue une RAS le 20 décembre 1999. Les données pour la France ne comprennent pas la Guyane française, la Guadeloupe, la Martinique, Mayotte et la Réunion. Les données pour les Pays-Bas ne comprennent pas les Antilles néerlandaises. Les données pour les États-Unis d'Amérique ne comprennent pas Porto Rico et les Îles Vierges américaines.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii	Nutrition et faim	55
ACTION	iv	Santé	57
AVANT-PROPOS		VIH et SIDA	57
Anthony Lake, Directeur général de l'UNICEF	v	Eau, assainissement et hygiène	58
CHAPITRE 1		Éducation	58
Les enfants dans un monde de plus en plus urbanisé	1	Protection de l'enfance	59
Un avenir urbain	2	Logement et infrastructures	60
Pauvreté et exclusion	3	Une planification urbaine qui favorise la sécurité des enfants	61
Relever les défis d'un avenir urbain	8	Des villes sûres pour les filles	61
CHAPITRE 2		Des espaces de jeu sûrs	62
Les droits des enfants en milieu urbain	13	Capital social	62
Un environnement pour réaliser les droits des enfants	14	Insertion culturelle	62
Santé	14	Culture et arts	63
Survie de l'enfant	14	Technologie	63
Vaccination	17	CHAPITRE 5	
Santé maternelle et néonatale	18	Unir nos efforts pour les enfants dans un monde urbain	67
Allaitement maternel	18	Comprendre la pauvreté et l'exclusion urbaines	68
Nutrition	18	Lever les obstacles à l'insertion	70
Maladies respiratoires	22	Donner la priorité aux enfants	73
Accidents de la route	22	Promouvoir un partenariat avec les populations urbaines pauvres	74
VIH et SIDA	22	Collaborer pour obtenir des résultats en faveur des enfants	74
Santé mentale	24	Vers des villes plus équitables	75
Eau, assainissement et hygiène	25	ENCADRÉS	
Éducation	28	Déterminants sociaux de la santé en milieu urbain	4
Développement de la petite enfance	29	Taudis : les cinq principales privations	5
Éducation primaire	29	Définitions	10
Protection	31	La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant	16
Traite des enfants	31	Les Objectifs du Millénaire pour le développement	33
Travail des enfants	32	Des agents actifs et non des victimes passives	38
Enfants vivant et travaillant dans la rue	32	Les conflits armés et les enfants dans les zones urbaines	42
CHAPITRE 3		GROS PLAN	
Défis urbains	35	Les disparités urbaines	6
Enfants migrants	35	Des services de santé maternelle et infantile pour les populations urbaines pauvres :	
Chocs économiques	40	Étude de cas menée à Nairobi (Kenya)	20
Violence et criminalité	42	Cartographier les disparités urbaines pour protéger les droits des enfants	26
Les risques de catastrophe	45		
CHAPITRE 4			
Vers des villes dignes des enfants	49		
Politiques et collaboration	49		
Planification et gestion urbaines participatives	50		
Les villes amies des enfants	50		
Non-discrimination	55		

Des stratégies utiles dans les situations d'urgence urbaines	39
Femmes, enfants, catastrophes et résilience	41
L'outil Urban HEART : mesurer et traiter les inégalités en matière de santé	52
L'initiative « Villes amies des enfants » : Quinze ans de travail d'avant-garde	56
La modernisation des implantations sauvages de Djedda	64
Le manque de données intra-urbaines	69

POINT DE VUE

Sa Majesté la reine Rania Al-Abdullah de Jordanie Hors de vue, hors d'atteinte	15
Amitabh Bachchan Atteindre chaque enfant : L'éradication de la polio à Mumbai	23
Eugen Crai Un monde à part : l'isolement des enfants roms	37
Section jeunesse du mouvement ATD Quart Monde, New York Exprimons-nous !	43
Tuiloma Neroni Slade Les défis du Pacifique	46
José Clodoveu de Arruda Coelho Neto Renforcer les enfants pour renforcer la ville	51
Ricky Martin La traite d'enfants dans nos villes : Protéger les exploités dans les Amériques	54
Celine d'Cruz et Sheela Patel Des solutions locales	72

FIGURES

Un monde urbain	vi
1.1. Près de la moitié des enfants du monde vit en milieu urbain	3
1.2. La croissance de la population urbaine est plus forte dans les régions les moins développées	3
1.3. Les zones urbaines abritent parfois les inégalités les plus fortes en matière d'éducation	6
1.4. L'Asie et l'Afrique enregistrent les plus fortes croissances démographiques urbaines	9
1.5. La moitié de la population urbaine mondiale vit dans des villes de moins de 500 000 habitants	11
2.1. La richesse accroît les chances de survie des enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines	18
2.2. Les enfants des populations urbaines pauvres risquent plus de souffrir de sous-nutrition	19

2.3. Prévalence des retards de croissance chez les enfants de moins de trois ans : comparaison entre les taudis de Nairobi et l'ensemble des zones urbaines du Kenya	21
2.4. La prévalence du VIH est plus élevée dans les zones urbaines et chez les femmes	22
2.5. L'accès à des sources d'eau et assainissement améliorés ne suit pas le rythme de la croissance démographique dans les zones urbaines	24
2.6. Cartographie de la pauvreté à Lilongwe et Blantyre, au Malawi	26
2.7. Cartographie des résultats en matière de santé à Londres, au Royaume-Uni	27
2.8. Les disparités de revenus en milieu urbain entraînent des inégalités en matière d'accès à l'eau	28
2.9. La fréquentation scolaire est moins importante dans les quartiers de taudis	30
4.1. Cycle de planification et de mise en œuvre de l'outil Urban HEART	52
4.2. Les douze indicateurs clés	53
4.3. Scénarios de conception pour une implantation sauvage montrant l'échelle des modifications d'un niveau d'intervention maximal (financements importants) à un niveau minimal (financements faibles)	65

RÉFÉRENCES	76
------------	----

TABLEAUX STATISTIQUES	81
Classement selon le taux de mortalité des moins de 5 ans	87
Tableau 1 : Indicateurs de base	88
Tableau 2 : Nutrition	92
Tableau 3 : Santé	96
Tableau 4 : VIH/SIDA	100
Tableau 5 : Éducation	104
Tableau 6 : Indicateurs démographiques	108
Tableau 7 : Indicateurs économiques	112
Tableau 8 : Femmes	116
Tableau 9 : Protection de l'enfant	120
Tableau 10 : Le taux du progrès	126
Tableau 11 : Adolescents	130
Tableau 12 : Équité – rural/urbain	134
Tableau 13 : Équité – richesse des ménages	138

ACRONYMES ET SIGLES	142
---------------------	-----



Les enfants dans un monde de plus en plus urbanisé

La majorité des enfants du monde vivra bientôt dans des villes, petites ou grandes. La moitié de la population mondiale habite déjà dans des zones urbaines. En 2050, plus des deux tiers de la population mondiale vivront en ville. Ce rapport porte sur les enfants (plus d'un milliard) qui vivent en milieu urbain à travers le monde.

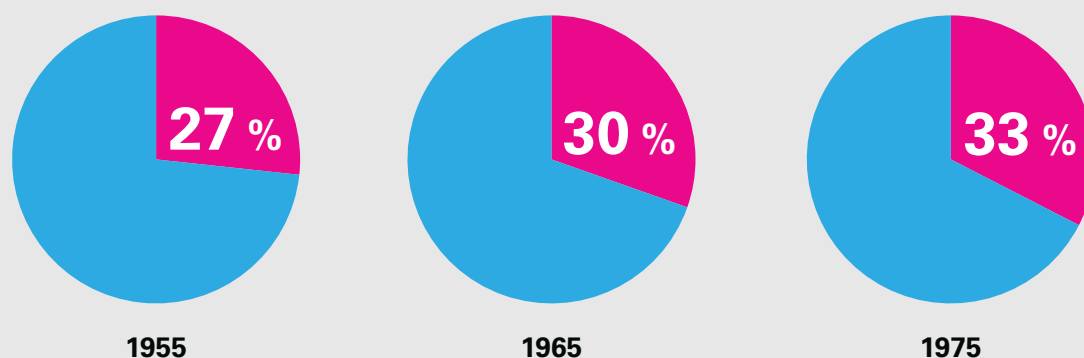
Les zones urbaines offrent de nombreuses possibilités en matière de protection des droits des enfants et d'accélération des progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les villes sont intimement liées au développement économique dans la mesure où elles concentrent et produisent la richesse, les emplois et les investissements. Plus un pays est urbanisé, plus il a de chances d'avoir des revenus élevés et des institutions solides¹. Les conditions de vie des enfants des zones urbaines sont souvent meilleures que celles des autres enfants car ils jouissent d'un niveau plus élevé de soins, de protection, d'éducation et d'assainissement. Toutefois, les progrès réalisés dans les villes ont été inégaux et des millions d'enfants vivant dans des milieux urbains marginalisés sont chaque jour confrontés à des difficultés et privés de leurs droits.

Les études portant sur le bien-être des enfants comparent généralement les indicateurs concernant les enfants des villes et ceux des zones rurales. Sans surprise, les résultats enregistrés en zone urbaine sont souvent supérieurs, tant sur le plan de la proportion d'enfants qui atteignent leur premier ou leur cinquième anniversaire, que sur celui de la scolarisation ou de l'accès à de meilleures conditions d'assainissement. Ces comparaisons reposant sur des données chiffrées agrégées, les difficultés auxquelles font face les enfants les plus démunis des villes sont occultées par le niveau de vie élevé des communautés d'autres quartiers.

Lorsque l'on dispose de données détaillées sur les zones urbaines, celles-ci mettent en évidence des écarts importants sur le plan des taux de survie, de l'état nutritionnel et du niveau d'éducation, engendrés par l'inégalité d'accès aux services. Les données ventilées restent toutefois rares et les politiques de développement ainsi que l'allocation des ressources se fondent en grande partie sur des moyennes statistiques. En conséquence, les enfants des implantations sauvages et des quartiers défavorisés sont privés des services essentiels et de la protection sociale auxquels ils ont droit. À ce phénomène s'ajoute

Figure 1.1. Près de la moitié des enfants du monde vit en milieu urbain

Population mondiale (de 0 à 19 ans)



une croissance démographique qui met à rude épreuve les infrastructures et les services existants et une urbanisation qui entraîne presque systématiquement l'apparition de taudis. Selon le Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), un tiers des citadins vivent dans des conditions de taudis, sans aucune sécurité des droits fonciers, sur des sites surpeuplés, à l'hygiène insuffisante et marqués par le chômage, la pollution, les trafics en tout genre, la criminalité, un coût de la vie élevé, une faible couverture des services et la concurrence pour les ressources.

Ce rapport s'intéresse principalement aux enfants des villes des quatre coins du monde qui sont confrontés à un ensemble de difficultés particulièrement complexes sur le plan de leur développement et l'exercice de leurs droits. Le premier chapitre du présent rapport donne un aperçu du paysage urbain mondial, tandis que le Chapitre 2 examine la situation des enfants des zones urbaines sous l'angle des instruments internationaux des droits de l'homme et des objectifs de développement. Le Chapitre 3 étudie certains facteurs ayant un impact sur les conditions de vie des enfants en milieu urbain (raisons de leur installation en ville, expérience personnelle de la migration, défis posés par les chocs économiques, la violence et les risques de catastrophes élevés).

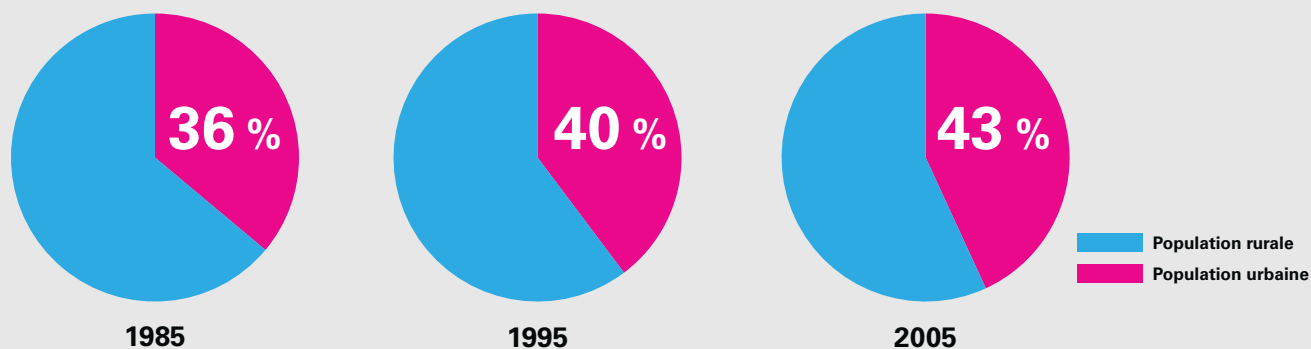
La vie en ville peut s'avérer particulièrement difficile mais cela n'a rien d'une fatalité. De nombreuses villes sont parvenues à endiguer ou à éradiquer des maladies encore largement répandues il y a seulement une génération. Le Chapitre 4 présente des exemples d'efforts déployés pour améliorer les réalités urbaines auxquelles les enfants sont confrontés. Ceux-ci montrent qu'il est possible de tenir

nos engagements en faveur des enfants, à condition que tous les enfants bénéficient de l'attention et d'investissements suffisants et que les conditions de vie privilégiées de certains ne servent pas à dissimuler les difficultés des autres. Le dernier chapitre de ce rapport identifie, dans cette perspective, des initiatives de grande envergure qui devraient faire partie intégrante de toute stratégie en faveur des enfants exclus et favoriser l'équité dans des milieux urbains marqués par les inégalités.

Un avenir urbain

En 2050, sept personnes sur dix vivront en ville. Chaque année, la population mondiale gagne environ 60 millions d'habitants. Cette croissance est majoritairement le fait de pays à revenu faible et intermédiaire. L'Asie concentre la moitié de la population urbaine et 66 des 100 zones urbaines enregistrant la croissance démographique la plus rapide (dont 33, rien qu'en Chine). Des villes telles que Shenzhen, qui affiche une croissance annuelle de 10 pour cent en 2008, voient leur population doubler tous les sept ans². Malgré un taux d'urbanisation globalement faible, l'Afrique compte une population urbaine plus importante que l'Amérique du Nord ou l'Europe de l'Ouest et plus de 60 pour cent des Africains qui habitent dans une ville vivent dans des taudis.

De nouvelles formes d'urbanisme font leur apparition à mesure que les villes s'étendent et fusionnent. Près de 10 pour cent de la population urbaine habitent des mégapoles (qui concentrent chacune plus de 10 millions d'habitants) dont le nombre est en augmentation à travers le monde. New York et Tokyo, sur la liste depuis 1950, ont été rejointes par 19 mégapoles qui, à l'exception de



Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales (DAES), Division de la population.

trois d'entre elles, se situent toutes en Asie, en Amérique latine et en Afrique. La majeure partie de la croissance urbaine n'a pourtant pas lieu dans les mégalo-poles mais dans des villes plus petites, qui accueillent la majorité des enfants et des jeunes des villes³.

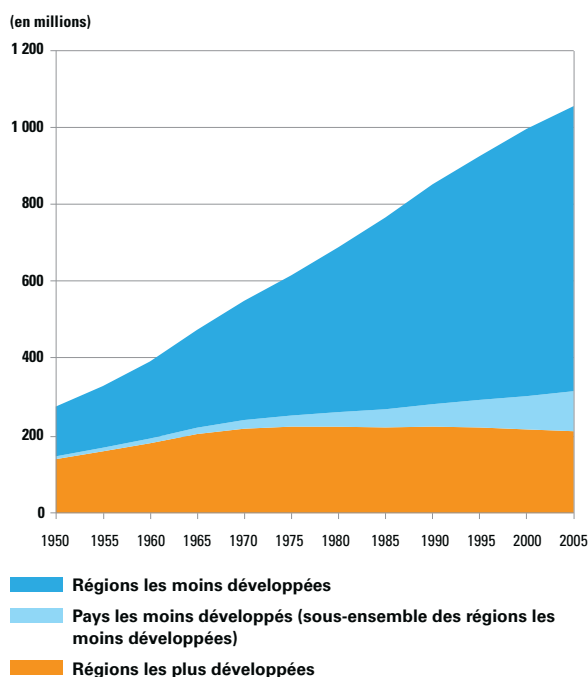
Si les pays en développement connaissent une croissance urbaine rapide, plus de la moitié des villes européennes devraient, à l'inverse, voir leur population diminuer au

cours des deux prochaines décennies⁴. La population urbaine des pays à haut revenu devrait néanmoins demeurer relativement stable jusqu'en 2025 et ce, grâce aux migrants internationaux⁵.

Les migrations des campagnes vers les villes ont longtemps été le moteur de la croissance urbaine et constituent toujours un facteur clé dans certaines régions, mais la dernière estimation exhaustive, réalisée en 1998, indique que les enfants des populations urbaines existantes représentent près de 60 pour cent de la croissance urbaine⁶.

Figure 1.2. La croissance de la population urbaine est plus forte dans les régions les moins développées

Population urbaine mondiale (de 0 à 19 ans)



Source : DAES, Division de la population.

Pauvreté et exclusion

Pour des milliards de personnes, la vie en ville est synonyme de pauvreté et d'exclusion. Les méthodes classiques de collecte et d'analyse des données ne parviennent cependant pas à saisir pleinement l'étendue de ces deux problèmes. Bien souvent, les études ne tiennent pas compte des personnes installées ou travaillant illégalement, qui constituent précisément la population la plus exposée à la pauvreté et à la discrimination. Les définitions officielles de la pauvreté ont également tendance à négliger le coût des besoins non alimentaires, de sorte que les seuils de pauvreté appliqués aux populations urbaines prennent insuffisamment en compte le coût des transports, des loyers, de l'eau, de l'assainissement, ainsi que les frais de scolarisation et de santé⁷.

L'illégalité, une faible participation aux décisions et l'absence de sécurité des droits fonciers, de biens et de protection juridique sont autant de facteurs qui expliquent et exacerbent la difficulté des conditions de vie en milieu urbain. L'exclusion est souvent aggravée

par la discrimination fondée sur le sexe, l'ethnie, la race ou le handicap. À cela s'ajoute une croissance urbaine disproportionnée par rapport aux capacités des pouvoirs publics à mettre en place les infrastructures et les services nécessaires à la santé et au bien-être des populations concernées. Une part importante de la croissance démographique urbaine a lieu dans les implantations sauvages et autres quartiers défavorisés. Ces facteurs conjugués ont pour effet de rendre des services essentiels inaccessibles aux enfants et aux familles des quartiers pauvres.

La proximité géographique ne suffit pas, quant à elle, à garantir l'accès à un service. Une partie importante de la population urbaine vit à proximité d'écoles ou d'hôpitaux sans avoir la possibilité de bénéficier facilement de ces services. Lorsqu'elles n'y renoncent pas à cause des gardes qui leur en interdisent l'entrée ou pour des raisons

financières, les personnes pauvres hésitent souvent à solliciter les services d'institutions qu'elles considèrent comme l'apanage des classes sociales ou économiques plus élevées.

Le manque d'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement augmente les risques de maladies, de malnutrition et de décès qui pèsent sur les enfants. Lorsque l'on dispose de statistiques ventilées sur la santé infantile, il apparaît clairement qu'en dépit de la proximité géographique des services, les enfants qui grandissent dans des zones urbaines pauvres courent des risques sanitaires élevés. Dans certains cas, ces risques sont plus importants qu'en milieu rural⁸. Des études ont montré que dans de nombreux pays, les enfants des populations urbaines pauvres affichent un ratio poids/taille et un taux de mortalité chez les moins de cinq ans aussi mauvais, voire pires que ceux des enfants des communautés rurales pauvres⁹.

Déterminants sociaux de la santé en milieu urbain

Les fortes disparités entre riches et pauvres en matière de santé ont attiré l'attention sur les déterminants sociaux de la santé, à savoir l'impact sur la santé non seulement des soins médicaux et des systèmes de soutien existants dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des maladies, mais aussi du contexte économique, social et politique dans lequel les personnes naissent et évoluent.

L'environnement urbain constitue en lui-même un déterminant social de la santé. L'urbanisation est à l'origine de la constitution de la santé publique en discipline dans la mesure où la concentration démographique dans les villes a favorisé la propagation des maladies transmissibles, principalement des quartiers les plus pauvres vers les quartiers les plus riches. L'urbanisation croissante contribue également à la hausse de l'incidence des maladies non transmissibles et de l'obésité, l'alcoolisme et la toxicomanie, les troubles mentaux et les blessures.

De nombreuses populations pauvres et marginalisées vivent dans des taudis et des implantations sauvages, où elles encourent des risques sanitaires multiples. Les enfants de ces communautés sont particulièrement vulnérables du fait des tensions inhérentes à leurs conditions de vie. La progression de l'extrême pauvreté sur les plans physique et social risque d'anéantir les progrès accomplis en matière de prévention et de lutte contre les maladies.

La vie en ville n'a pas obligatoirement d'impact nocif sur la santé. Des politiques sociales plus larges donnant la priorité à

la construction de logements adaptés, à l'eau et à l'assainissement, à la sécurité alimentaire, à des systèmes efficaces de gestion des déchets et à de meilleurs cadres de vie, de travail et de jeu, peuvent, combinées au changement des comportements individuels, réduire efficacement les facteurs de risques sanitaires. Une bonne gouvernance permettant aux familles de toutes les classes sociales urbaines d'accéder à des services de qualité (éducation, santé, transports publics et services de garde d'enfants, par exemple) peut jouer un rôle capital pour la protection de la santé des enfants qui vivent en milieu urbain.

La prise de conscience croissante de l'impact des facteurs sociétaux sur la santé des individus a conduit au lancement d'initiatives comme la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. Selon la Commission, la lutte contre les causes de la mauvaise santé en milieu urbain implique la mise en œuvre d'un éventail de stratégies visant à améliorer les conditions de vie, par des investissements dans les systèmes de santé et des mesures de taxation progressive et à renforcer la gouvernance, la planification et la responsabilité aux niveaux local, national et international. Les défis à relever sont encore plus grands dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où la croissance rapide de la population urbaine s'accompagne rarement d'investissements suffisants dans les infrastructures et les services. La Commission a également pointé la nécessité de remédier aux inégalités qui entravent l'accès des populations marginalisées, notamment des femmes, des peuples autochtones et des minorités ethniques, au pouvoir et aux ressources.

Source : Organisation mondiale de la Santé; Global Research Network on Urban Health Equity.

La santé des enfants dépend essentiellement des conditions socioéconomiques dans lesquelles ils naissent, grandissent et vivent, lesquelles sont déterminées par la répartition des pouvoirs et des ressources. Les implantations sauvages et les taudis, qui compteront en 2020 près de 1,4 milliard d'habitants, sont les conséquences les plus visibles de ces inégalités.

Toutes les populations urbaines pauvres ne vivent cependant pas dans des taudis et tous les habitants des taudis ne sont pas forcément pauvres. Les taudis n'en demeurent pas moins une manifestation et une conséquence concrète des privations et de l'exclusion.

Les populations pauvres qui, du fait de politiques économiques et sociales inéquitables et de règlements régissant l'occupation et la gestion des sols qui le sont tout autant, sont privées de logements décents et de la sécurité des droits fonciers, louent ou construisent des habitats illégaux souvent précaires. Il s'agit généralement d'habitations subdivisées en logements multiples, de pensions, de colonies de squatters (terrains vacants ou bâtiments occupés par des personnes qui n'ont ni titre de propriété, ni bail, ni autorisation de les utiliser) ou de constructions illégales (maison ou cabane construite dans la cour d'une autre maison, par exemple). Les colonies de squatters sont devenues monnaie courante dans les villes à croissance rapide, notamment à partir des années 1950, en raison de la pénurie de logements bon marché. Lorsque les implantations sauvages se sont faites sur des terrains vacants, les gens ont pu bâtir leur propre maison.

Ces habitations illégales sont de piètre qualité, relativement bon marché (même si elles absorbent souvent environ un quart des revenus du foyer) et connues pour les nombreux dangers qu'elles présentent pour la santé. La surpopulation et des conditions de vie insalubres favorisent la transmission de maladies et notamment de la pneumonie et de la diarrhée, les deux principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans à travers le monde. Les épidémies de rougeole, de tuberculose et d'autres maladies évitables par la vaccination sont également plus fréquentes dans ces zones, caractérisées par une densité démographique élevée et de faibles taux de vaccination.

Les habitants des taudis sont exposés à de nombreux risques, en particulier la menace d'expulsion et de mauvais traitements de la part des propriétaires mais aussi des autorités municipales dans le cadre des opérations de « nettoyage » des sites occupés. Ces expulsions peuvent être motivées par la volonté de favoriser le tourisme, l'organisation d'une grande manifestation sportive ou, plus simplement, par un important projet de réaménagement. Ces expulsions, souvent effectuées sans préavis, ni, a fortiori, consultation, sont souvent exemptes de toute compensation ou impliquent des réinstallations difficilement réalisables. Elles entraînent des bouleversements profonds et peuvent détruire des mécanismes socioéconomiques et des réseaux de soutien établis de longue date (dont l'existence n'a rien de surprenant étant donné les conditions de vie difficiles dans ce type d'habitat). Cette situation est également source de stress et d'insécurité pour les populations qui n'ont pas été expulsées mais qui vivent sous la menace d'une réinstallation. Les déplacements continuels et les mauvais traitements que subissent les populations marginalisées constituent un autre facteur susceptible d'entraver leur accès aux services essentiels.

Taudis : les cinq principales privations

Selon le Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), un ménage habite un taudis si son habitation ne présente pas une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- **Accès à une source d'eau potable améliorée**
Un approvisionnement suffisant et abordable d'eau de qualité, accessible rapidement sans avoir à déployer de trop grands efforts physiques ni à investir trop de temps.
- **Accès à un meilleur assainissement**
Accès à des systèmes d'évacuation des excréments, sous forme de toilettes privées ou communes à un nombre raisonnable de personnes.
- **Sécurité des droits fonciers**
Preuves ou documents pouvant garantir la sécurité des droits fonciers ou fournir une protection contre les expulsions forcées.
- **Logement durable**
Habitat permanent et adapté construit sur une zone non dangereuse, protégeant ses occupants des aléas climatiques (pluie, chaleur, froid ou humidité).
- **Surface habitable suffisante**
Pas plus de trois personnes par pièce.

LES DISPARITÉS URBAINES

Les enfants des zones urbaines ont en moyenne plus de chances de survivre au-delà de la petite enfance, d'avoir une meilleure santé et de bénéficier de meilleures perspectives scolaires que les enfants des communautés rurales. Ce phénomène est souvent désigné sous le terme d'« avantage urbain ».

L'ampleur des inégalités en milieu urbain s'avère néanmoins extrêmement préoccupante. Les écarts entre les riches et les pauvres des petites et grandes villes

peuvent atteindre ou dépasser les disparités observées dans les zones rurales. Les moyennes nationales ventilées montrent clairement qu'un grand nombre d'enfants vivant dans la pauvreté dans les zones urbaines sont désavantagés et exclus de l'enseignement supérieur, des services de santé et d'autres avantages accessibles aux enfants des milieux plus aisés.

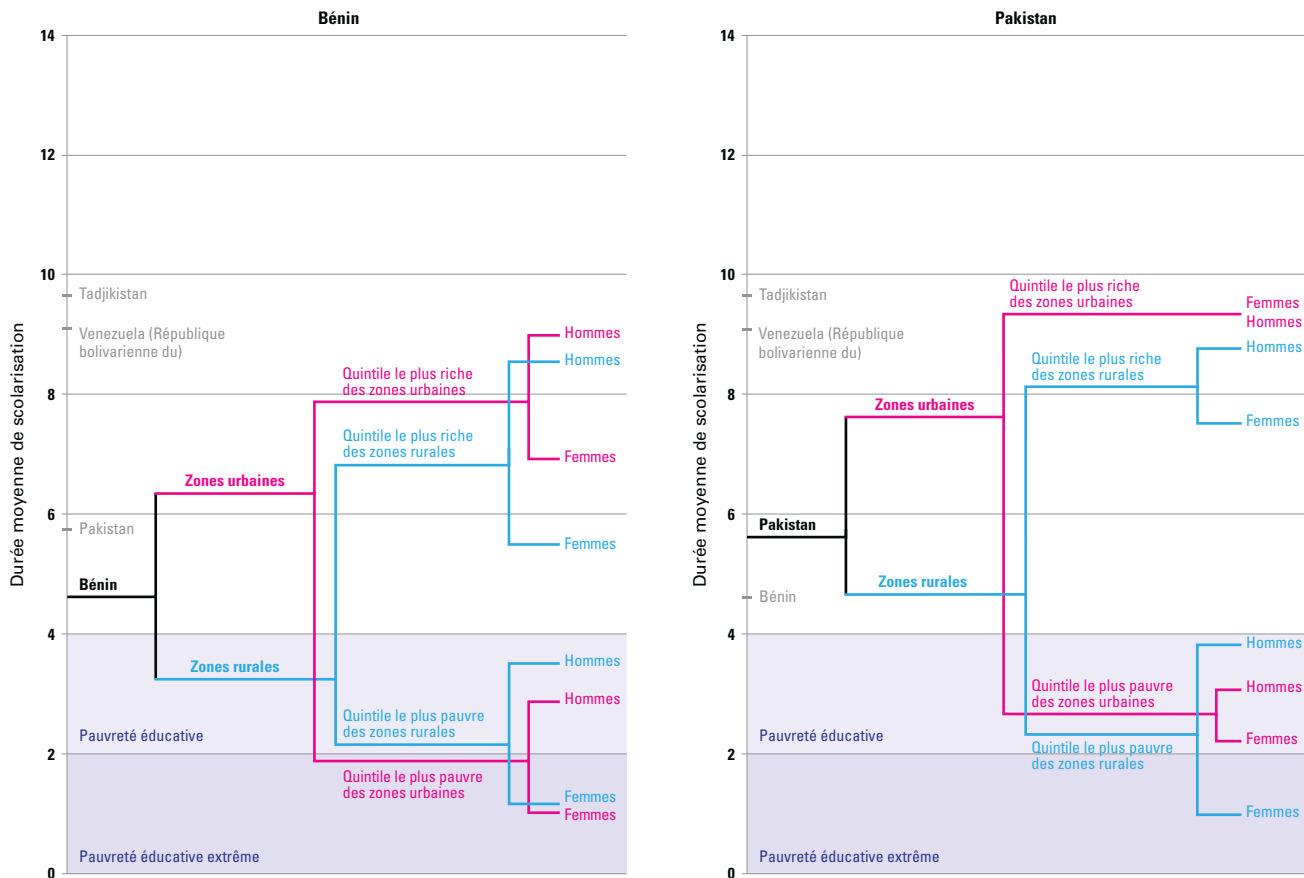
Les figures ci-après ou « arbres de l'équité » montrent que s'il existe d'importantes disparités dans les zones rurales, la pauvreté peut

également avoir un impact négatif considérable sur l'éducation des enfants des zones urbaines, qui apparaît, dans certains cas, plus grave que dans les zones rurales.

Au Bénin, au Pakistan, au Tadjikistan et en République bolivarienne du Venezuela, l'écart en matière d'éducation entre le quintile des enfants les plus riches et celui des enfants les plus pauvres est supérieur en milieu urbain. L'écart le plus important a été observé au Venezuela, où les enfants des familles urbaines les plus riches poursuivent en

Figure 1.3. Les zones urbaines abritent parfois les inégalités les plus fortes en matière d'éducation

Durée moyenne de scolarisation chez les 17-22 ans, par lieu, niveau de vie et sexe



Source : analyse de l'UNICEF fondée sur l'ensemble de données de l'UNESCO sur la marginalisation et les privations dans l'éducation (2009) provenant d'enquêtes sur les ménages : Bénin (EDS, 2006), Pakistan (EDS, 2007), Tadjikistan (MICS, 2005), Venezuela (République bolivarienne du) (MICS, 2000).

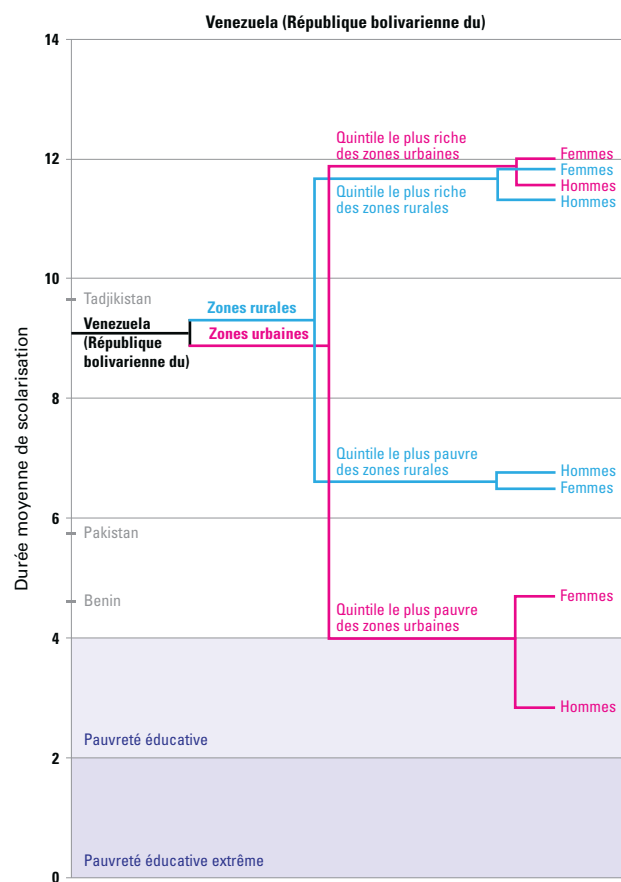
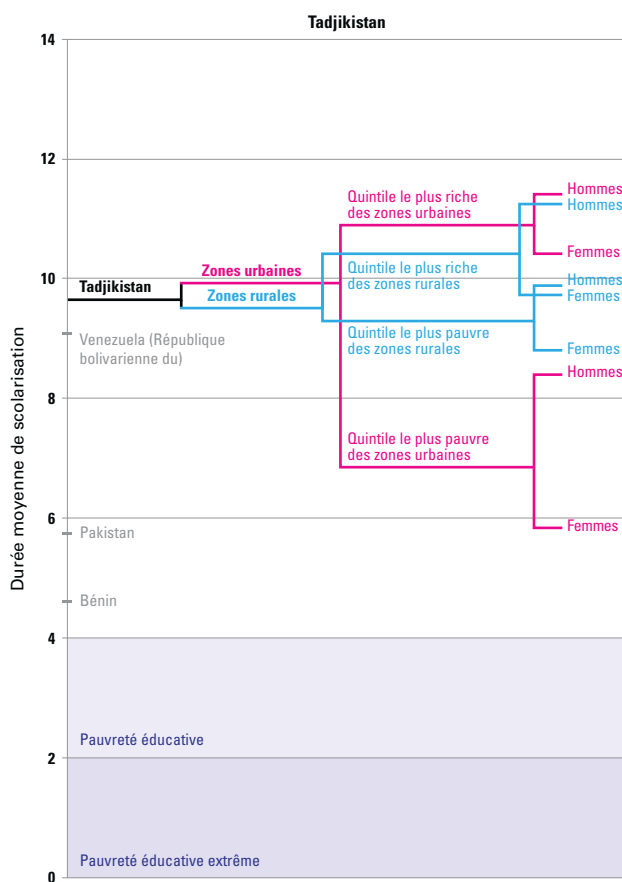
moyenne leur scolarité près de huit années de plus que les enfants les plus pauvres, comparé à un écart de cinq ans dans les zones rurales. Au Bénin, au Tadjikistan et au Venezuela, les enfants des ménages urbains les plus pauvres risquent de bénéficier de moins d'années de scolarité que les enfants des milieux urbains plus aisés mais aussi que ceux des communautés rurales.

Certaines disparités transcendent les zones géographiques. Les filles qui grandissent dans des foyers défavorisés sont clairement

désavantagées, qu'elles vivent en ville ou à la campagne. Au Bénin, les filles des zones urbaines et rurales du quintile le plus pauvre sont scolarisées en moyenne moins de deux ans, contre trois à quatre ans pour les garçons et neuf ans pour les garçons des familles les plus riches des zones urbaines et rurales. Au Pakistan, l'écart de scolarité entre garçons et filles les plus pauvres est d'environ trois ans en milieu rural et d'environ un an en milieu urbain.

Cet écart entre sexes est encore plus marqué pour les filles pauvres vivant dans

les zones urbaines du Tadjikistan. Elles vont en moyenne à l'école six ans de moins que les garçons (contre près de neuf ans pour les filles des familles pauvres des zones rurales). Cet écart entre sexes s'inverse au Venezuela, où ce sont les garçons les plus pauvres des zones urbaines qui sont scolarisés le moins longtemps (moins de trois ans, contre quatre ans et demi pour les filles les plus pauvres vivant en milieu urbain et six ans et demi pour les garçons et les filles les plus pauvres des zones rurales).





© UNICEF/NYHQ2006-1335/Claudio Versiani

Des enfants jonglent pour gagner leur vie dans les rues de Salvador, capitale de l'État de Bahia, dans l'Est du Brésil.

En dépit des nombreuses privations dont ils sont victimes, les habitants des taudis apportent, au moins par leur travail, une contribution essentielle aux sociétés qui les excluent. Qu'ils soient déclarés ou illégaux, les emplois qu'ils exercent (ouvriers, vendeurs dans des magasins ou dans les rues, domestiques, etc.) sont dans leur immense majorité mal rémunérés.

Relever les défis d'un avenir urbain

Les enfants et les adolescents font partie, sans surprise, des membres les plus vulnérables de toutes les communautés et subissent de façon disproportionnée les répercussions négatives de la pauvreté et de l'inégalité. Pourtant, les enfants pauvres des zones urbaines n'ont pas fait l'objet d'une attention suffisante. La situation est urgente et des instruments internationaux tels que la Convention relative aux droits de l'enfant ainsi que des engagements comme les OMD peuvent contribuer à la mise en place d'un cadre d'action.

L'urbanisation galopante, notamment en Afrique et en Asie, reflète un monde en mutation rapide. Les professionnels du développement ont pris conscience du fait que les méthodes de programmation classiques, axées sur la prestation de services aux communautés les plus faciles d'accès, n'atteignent pas toujours les personnes qui en

ont le plus besoin. Les données ventilées indiquent qu'un grand nombre d'entre elles sont laissées pour compte.

Loin d'être homogènes, les villes, et en particulier les villes en pleine expansion des pays à revenu faible et intermédiaire, abritent des millions d'enfants qui sont confrontés à l'exclusion et au dénuement à des degrés similaires, voire supérieurs, à ceux que subissent les enfants des zones rurales.

Les privations qu'endurent les enfants en milieu urbain constituent une priorité pour les programmes de développement fondés sur les droits de l'homme. Dans les faits et parce que l'on a cru à tort que les services étaient accessibles à tous les habitants des villes, les enfants des taudis et des implantations urbaines sauvages ont souvent bénéficié de moins d'investissements.

Pour que cette situation change, il est nécessaire de mettre l'accent sur l'équité, afin de donner la priorité aux enfants les plus défavorisés, où qu'ils vivent.

Cela implique, dans un premier temps, une **meilleure analyse de l'ampleur et de la nature de la pauvreté et de l'exclusion urbaines touchant les enfants**. Cette analyse doit reposer sur des études statistiques fiables (avec une ventilation plus poussée des données urbaines) mais aussi

sur des recherches solides et sur une évaluation des interventions visant la défense des droits des enfants à la survie, à la santé, au développement, à l'assainissement, à l'éducation et à la protection en milieu urbain.

Dans un deuxième temps, des stratégies de développement devront être mises en place pour **identifier et lever les obstacles à l'insertion** qui empêchent les enfants marginalisés et leurs familles d'utiliser les services, les exposent à la violence et à l'exploitation, tout en les excluant de la prise de décisions. Il est nécessaire, entre autres, d'enregistrer les naissances, de leur conférer un statut juridique et de garantir la sécurité des droits fonciers.

Il conviendra, dans un troisième temps, de **mettre l'accent sur les besoins et les priorités spécifiques aux enfants** dans le cadre des politiques urbaines, du développement des infrastructures, de la prestation des services et du redoublement des efforts visant la réduction de la pauvreté et des inégalités. L'initiative internationale Villes amies des enfants offre un exemple de l'attention qu'il faut accorder aux enfants dans tous les aspects de la gouvernance urbaine.

Quatrièmement, il faudra veiller à ce que les politiques et les pratiques favorisent **un partenariat entre les populations**

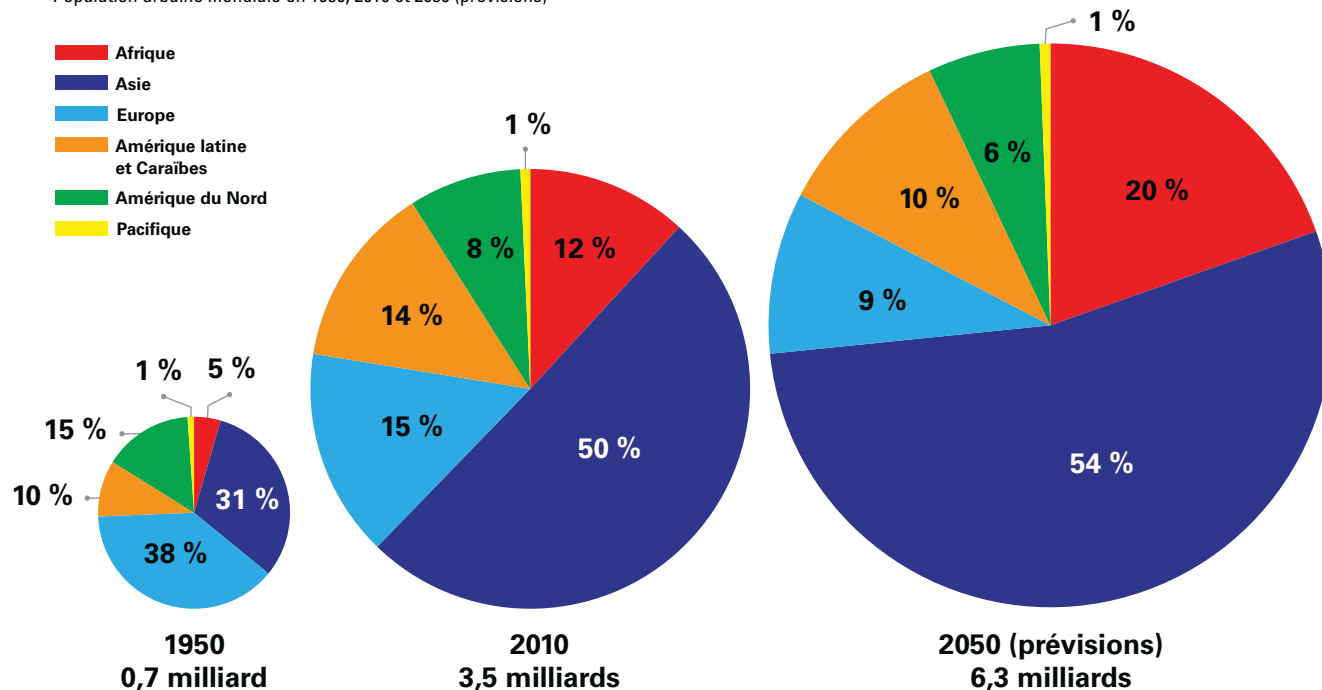
urbaines pauvres et tous les échelons gouvernementaux. Les initiatives urbaines qui encouragent ce type de participation, notamment celles qui impliquent les enfants et les jeunes, ont abouti à de meilleurs résultats pour les enfants mais aussi pour leurs communautés.

Il est indispensable, enfin, que tous les intervenants **collaborent pour obtenir des résultats pour les enfants.** Cela suppose de mutualiser les ressources et les efforts des différents acteurs aux échelons international, national, municipal et communautaire en vue de défendre les droits des enfants pauvres et marginalisés qui vivent en milieu urbain. Des efforts accrus devront être déployés dans les zones rurales mais aussi dans les villes afin de réduire les écarts, conformément aux engagements internationaux qui ont été pris envers tous les enfants.

Pour garantir la réalisation et la défense des droits des enfants, les gouvernements, les donateurs et les organisations internationales doivent apprendre à décrypter la réalité que cachent les moyennes générales des statistiques de développement et s'attaquer à la pauvreté urbaine ainsi qu'aux inégalités qui constituent le lot quotidien de tant d'enfants.

Figure 1.4. L'Asie et l'Afrique enregistrent les plus fortes croissances démographiques urbaines

Population urbaine mondiale en 1950, 2010 et 2050 (prévisions)



Source : DAES, Division de la population.

URBAIN (ZONE URBAINE)

La définition de « urbain », qui diffère d'un pays à l'autre et connaît régulièrement de nouvelles classifications, peut évoluer au fil du temps au niveau d'un pays, ce qui rend les comparaisons directes difficiles. Une zone urbaine se définit par un ou plusieurs des éléments suivants : critères administratifs ou frontières politiques (zone relevant de la juridiction d'une municipalité ou d'un comité de la ville, par exemple), seuil de population (qui se situe généralement autour de 2 000 personnes pour une ville, bien qu'il puisse aller de 200 à 50 000 habitants en fonction des pays), densité démographique, fonction économique (si une grande majorité de la population n'exerce pas principalement des activités liées à l'agriculture, ou s'il y a un excédent d'emplois, par exemple) et présence de caractéristiques urbaines (rues pavées, éclairage électrique, réseaux d'assainissement). En 2010, 3,5 milliards de personnes vivaient dans des zones classées comme zones urbaines.

CROISSANCE URBAINE

Augmentation (en termes absolus ou relatifs) du nombre de personnes habitant des villes, petites ou grandes. Le rythme de la croissance démographique urbaine est lié à l'accroissement naturel de la population urbaine, au solde migratoire positif de l'exode rural et à la reclassification de villages en villes.

URBANISATION

Proportion de la population urbaine d'un pays.

TAUX D'URBANISATION

Augmentation de la proportion de la population urbaine au fil du temps, qui correspond au taux de croissance démographique urbaine moins le taux de croissance de l'ensemble de la population. Les taux d'urbanisation sont positifs quand la population urbaine croît à un rythme plus soutenu que l'ensemble de la population.

VILLE PROPREMENT DITE

Population vivant à l'intérieur des frontières administratives d'une ville (Washington, États-Unis, par exemple). Les frontières des villes ne suivant pas régulièrement le rythme de l'accroissement démographique, on a souvent recours aux concepts d'**agglomération urbaine** et d'**aire urbaine** pour améliorer la comparabilité des mesures des populations urbaines d'un pays à l'autre et au fil du temps.

AGGLOMÉRATION URBAINE

Population d'une zone bâtie ou densément peuplée englobant la ville proprement dite, sa banlieue et des zones de migration pendulaire continues ou des territoires adjacents dont la densité est comparable à celles des villes.

Les grandes agglomérations urbaines englobent souvent des villes séparées sur le plan administratif, mais liées sur le plan fonctionnel (par exemple, l'agglomération urbaine de Tokyo qui englobe, en autres, les villes de Chiba, Kawasaki et Yokohama).

AIRE/RÉGION URBAINE

Zone administrative locale formelle comprenant l'aire urbaine dans son ensemble ainsi que les zones de migration pendulaire situées généralement à la périphérie d'une ville à densité élevée (population d'au moins 100 000 personnes).

Outre la ville proprement dite, l'aire urbaine englobe à la fois les territoires adjacents dont la densité est comparable à celles des villes et certaines zones périphériques à plus faible densité reliées à la ville – liaisons fréquentes, axes routiers ou réseaux de transport facilitant les déplacements domicile-travail – (exemples : le grand Londres ou le grand Manille).

ÉTALEMENT URBAIN

Expansion incontrôlée et disproportionnée d'une zone urbaine dans la campagne environnante, donnant lieu à des implantations à faible densité et mal planifiées. Ce phénomène, commun aux pays à haut revenu et aux pays à faible revenu, se caractérise par un habitat dispersé dans des zones résidentielles séparées, sous forme de longs pâtés de maison mal reliés, excessivement dépendants des transports motorisés et dépourvus de zones commerciales clairement délimitées.

ZONE PERIURBAINE

Aire située entre les zones urbaines consolidées et les zones rurales.

MÉGALOPOLE

Agglomération urbaine de plus de dix millions d'habitants.

En 2009, on comptait 21 agglomérations urbaines qualifiées de mégalofoles, qui concentraient 9,4 pour cent de la population urbaine mondiale. En 1975, celles-ci n'étaient qu'au nombre de trois (New York, Tokyo et Mexico). On compte aujourd'hui onze mégalofoles en Asie, quatre en Amérique latine et deux en Afrique, en Europe et en Amérique du Nord. Onze de ces mégalofoles sont les capitales de leur pays.

Liste des mégalo­poles en 2009 (population en millions d'habitants)

1 Tokyo, Japon (36,5)	12 Los Angeles-Long Beach-Santa Ana, États-Unis (12,7)
2 Delhi, Inde (21,7)	13 Beijing, Chine (12,2)
3 Sao Paulo, Brésil (20)	14 Rio de Janeiro, Brésil (11,8)
4 Mumbai, Inde (19,7)	15 Manille, Philippines (11,4)
5 Mexico, Mexique (19,3)	16 Osaka-Kobe, Japon (11,3)
6 New York-Newark, États-Unis (19,3)	17 Le Caire, Égypte (10,9)
7 Shanghai, Chine (16,3)	18 Moscou, Fédération de Russie (10,5)
8 Calcutta, Inde (15,3)	19 Paris, France (10,4)
9 Dhaka, Bangladesh (14,3)	20 Istanbul, Turquie (10,4)
10 Buenos Aires, Argentine (13)	21 Lagos, Nigéria (10,2)
11 Karachi, Pakistan (12,8)	

Sources : DAES, Division de la population. ONU-Habitat.

MÉTAPOLE

Vaste conurbation, une mégalo­po­le de plus de 20 millions d'habitants.

Ces conurbations sont issues de l'expansion et de la fusion des villes. Elles englobent les **méga-régions**, les **couloirs urbains** et les **villes-régions**.

MÉGA-RÉGION

Conurbation en pleine expansion entourée de territoires à faible densité, issue du développement, de la croissance et de la convergence géographique de plusieurs aires urbaines et agglomérations. Les méga-régions, que l'on trouve principalement en Amérique du Nord et en Europe, se multiplient dans d'autres régions du monde et regroupent des villes à forte croissance, des concentrations démographiques élevées (notamment de travailleurs qualifiés), de vastes marchés et des bassins d'innovation à haut potentiel économique.

Exemples : Hong Kong-Shenzhen-Guangzhou (120 millions de personnes) en Chine, et Tokyo-Nagoya-Osaka-Kyoto-Kobe (qui devrait, selon les prévisions, dépasser les 60 millions d'habitants d'ici 2015) au Japon.

COULOIR URBAIN

Couloir de développement urbain linéaire constitué par des villes de tailles diverses reliées aux voies de transport et aux axes économiques qui connectent généralement les grandes villes entre elles. Les couloirs urbains catalysent l'activité économique et modifient la nature et la fonction des différentes villes, en favorisant la croissance économique tout en renforçant parallèlement la suprématie urbaine et un développement régional déséquilibré.

Exemples : couloir industriel se développant entre Mumbai et Delhi en Inde, couloir d'activités industrielles et tertiaires reliant Kuala Lumpur et la ville portuaire de Klang, en Malaisie, axe économique régional formant le couloir urbain d'Ibadan-Lagos-Accra, en Afrique de l'Ouest.

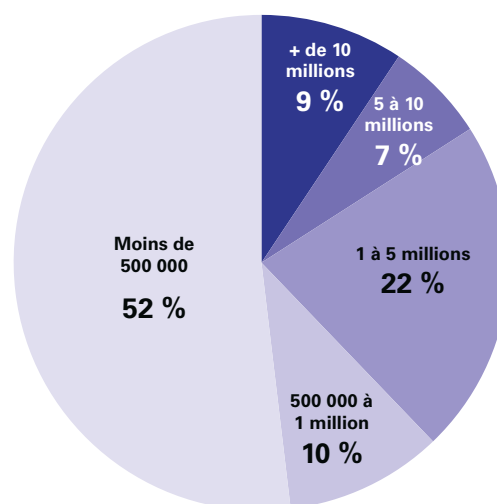
VILLE-RÉGION

Immense ensemble urbain constitué d'une grande ville qui s'étend au-delà de ses limites administratives pour absorber les différentes agglomérations urbaines, semi-urbaines et rurales environnantes et fusionne parfois avec d'autres villes, formant de vastes conurbations pour devenir des villes-régions.

Exemple : la ville-région de Cape Town en Afrique du Sud s'étend sur plus de 100 kilomètres (en comptant les distances que les habitants doivent parcourir chaque jour pour se rendre à leur travail). La région élargie de Bangkok, en Thaïlande, devrait s'étendre sur plus de 200 km à partir de son centre actuel d'ici 2020 et sa population actuelle de plus de 17 millions d'habitants devrait sensiblement s'accroître.

Figure 1.5. La moitié de la population urbaine mondiale vit dans des villes de moins de 500 000 habitants

Répartition de la population urbaine mondiale en fonction de la taille de la ville (2009)



Source : calculs basés sur *Perspectives d'urbanisation dans le monde : la révision 2009*, DAES



Les droits des enfants en milieu urbain

Les enfants qui ont les plus grands besoins sont également ceux dont les droits risquent le plus d'être bafoués. Les plus défavorisés et les plus vulnérables sont souvent tenus en marge du progrès et les plus difficiles à atteindre. Ils nécessitent une attention particulière en vue de garantir leurs droits mais aussi de permettre l'exercice des droits de l'ensemble de la population.

Les enfants pauvres des zones urbaines bénéficient de tous les droits civiques, politiques, sociaux, culturels et économiques reconnus par les instruments internationaux des droits de l'homme. Au sein de ces derniers, l'instrument qui a été le plus rapidement et le plus largement ratifié est la Convention relative aux droits de l'enfant. Celle-ci stipule que chaque enfant a le droit de survivre, de s'épanouir dans toute la mesure de ses potentialités, d'être protégé contre les mauvais traitements, l'exploitation et la discrimination et de participer pleinement à la vie familiale, culturelle et sociale. La Convention défend ces droits et énonce des engagements dans le domaine des soins médicaux, de l'éducation et de la protection juridique, civile et sociale.

Les droits de tous les enfants ne sont pas respectés sur un même plan. Plus d'un tiers des enfants des zones urbaines à l'échelle mondiale ne sont pas enregistrés à la naissance. C'est notamment le cas de près de la moitié des enfants vivant dans les villes d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud. Cette situation constitue une violation de l'Article 7 de la Convention relative aux droits de l'enfant. L'invisibilité liée à l'absence de certificat de naissance ou d'identité officielle augmente considérablement la vulnérabilité des enfants à l'exploitation sous toutes ses formes, à l'enrôlement par des groupes armés, à un mariage précoce forcé et à des travaux dangereux. Sans certificat de naissance, un enfant en conflit avec la loi peut également être traité et puni comme un adulte par le système judiciaire¹. En outre, même ceux qui échappent à ces dangers ne parviennent pas toujours à bénéficier de services essentiels, tels que l'éducation.

L'enregistrement des naissances ne suffit évidemment pas à garantir à lui seul l'accès aux services ni une protection contre les mauvais traitements. Les obligations énoncées par la Convention relative aux droits de l'enfant peuvent être facilement négligées quand des implantations

sauvages entières sont jugées non existantes et que les gens peuvent, de fait, être privés de leur citoyenneté faute de documents légaux.

Un environnement pour réaliser les droits des enfants

Des conditions de vie inadéquates constituent une des violations des droits de l'enfant les plus répandues. L'absence de logement décent et sûr et d'infrastructures telles que les systèmes d'eau et d'assainissement compromet la survie et le développement des enfants. Les efforts consacrés à l'amélioration des conditions de vie n'ont pourtant pas été à la hauteur de l'ampleur et de la gravité du problème.

Des études indiquent que le nombre d'enfants ayant besoin d'un logement et de services sanitaires est plus élevé que celui des enfants souffrant de malnutrition ou qui sont privés d'un accès à l'éducation et aux soins de santé. Les mauvaises conditions d'assainissement et de ventilation, le surpeuplement et le manque de lumière naturelle des logements des populations urbaines pauvres sont à l'origine de maladies chroniques chez leurs enfants². De nombreux enfants et familles des taudis de pays à faible revenu sont loin de bénéficier du droit au « logement convenable pour tous » et au « développement durable des établissements humains dans un monde de plus en plus urbanisé » inscrits dans la Déclaration d'Istanbul sur les établissements humains ou le Programme pour l'habitat de 1996³.

Le droit des enfants à la survie, à des soins médicaux adéquats et à un cadre de vie leur permettant de développer pleinement leur potentiel implique qu'ils puissent bénéficier de conditions environnementales permettant la réalisation de ces droits. Sans espace récréatif sûr, il n'y a pas de droit effectif des enfants à jouer et dans un environnement pollué, il leur est impossible de grandir en bonne santé. Des traités et des déclarations pallient ces manques, parmi lesquels figurent le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Programme pour l'habitat et l'Agenda 21, le plan d'action adopté en 1992 par la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement. Le Centre sur les droits au logement et les expulsions est l'un des organismes qui tient à jour le vaste corpus de droits concernant le logement et la vulnérabilité disproportionnée des enfants face aux violations de ces droits. Au cours des dernières années, des programmes pratiques visant à permettre l'exercice de ces droits étaient



Une mère tient dans ses bras son enfant d'un an et reçoit des travailleurs sociaux des micronutriments en poudre, à Dhaka, Bangladesh. Les carences en micronutriments peuvent entraîner, entre autres pathologies, une anémie et des malformations congénitales.

© UNICEF/NH2009-0609/Shehzad Noorani

axés sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), qui ont tous des implications pertinentes pour les enfants pauvres des zones urbaines. L'une des cibles de l'OMD 7 (assurer un environnement durable) est plus spécifiquement centrée sur l'amélioration des conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis dans le monde d'ici 2020. Il ne s'agit là que d'une petite partie des personnes vivant dans des taudis et cette cible ne s'attaque pas au problème de l'augmentation constante du nombre de taudis et de leur population.

Ce chapitre s'intéresse à la situation des enfants en milieu urbain sous l'angle notamment de leur droit à la santé, à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, à l'éducation et à la protection.

Santé

L'Article 6 de la Convention relative aux droits de l'enfant oblige les États parties à « assurer dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant ». L'Article 24 invoque, quant à lui, le droit de chaque enfant à « jouir du meilleur niveau de santé et de soins de santé possible ». La Convention exhorte les États parties à « s'assurer qu'aucun enfant ne soit privé de l'accès à des soins de santé efficaces ».

Survie de l'enfant

Près de huit millions d'enfants sont décédés en 2010 avant leur cinquième anniversaire, en grande partie des suites d'une pneumonie, de la diarrhée ou de complications lors de l'accouchement. Des études montrent que les enfants des implantations urbaines sauvages sont particulièrement exposés à ces dangers⁴. On observe plus fréquemment des taux élevés de mortalité infantile dans les zones urbaines marquées par de grandes concentrations de pauvreté et des services insuffisants, comme c'est typiquement le cas dans les quartiers de taudis.



HORS DE VUE, HORS D'ATTEINTE

Sa Majesté la reine Rania Al-Abdullah de Jordanie,
Éminent défenseur des enfants pour l'UNICEF

La moitié de la population mondiale vit actuellement dans des villes. Véritables concentrés de vie, les villes ont toujours joué un rôle de catalyseur du commerce, des idées et des possibilités, ce qui en a fait des moteurs de la croissance économique. La vie urbaine est aujourd'hui encore généralement considérée comme le moyen le plus sûr d'accéder à la prospérité et d'échapper à la pauvreté. Pourtant, les statistiques trompeuses masquent souvent la réalité de millions d'enfants qui luttent pour survivre dans les villes. Ils n'habitent ni dans les zones rurales ni dans les quartiers urbains à proprement parler, mais vivent dans la misère, sur des terres grignotées par la ville, où les infrastructures et les services essentiels peinent à suivre le rythme de la croissance démographique. Ces enfants habitent des taudis et des quartiers défavorisés et sont confrontés aux nombreux obstacles de la vie dans une « zone grise », située entre la campagne et la ville. Invisibles pour les autorités, ils sont noyés dans les moyennes statistiques, qui occultent les inégalités.

Ce contraste apparaît on ne peut plus paradoxal. Avec leurs bonnes écoles et leurs systèmes de santé accessibles, les villes sont à la fois des lieux propices à l'épanouissement des enfants et des lieux de grande détresse, où les enfants sont privés du droit élémentaire à l'éducation et à une vie riche en possibilités. Dans aucun autre endroit la richesse ne côtoie d'aussi près la pauvreté et l'injustice des inégalités n'est aussi marquée.

En l'espace d'une décennie, la situation des enfants des villes a empiré. La population des taudis a augmenté de 60 millions. Ce sont autant de parents, de grands-parents et d'enfants condamnés à survivre tant bien que mal dans des taudis à travers le monde. Les conséquences directes de la pauvreté urbaine (maladies, criminalité et violence) vont de pair avec des répercussions indirectes et des obstacles socioculturels fondés sur le sexe et l'origine ethnique, qui

empêchent les enfants des taudis d'être scolarisés et de terminer le cycle primaire. Faute d'écoles primaires en nombre suffisant et à cause des frais de scolarité trop élevés, leur accès à l'éducation est de plus en plus restreint. Des associations religieuses, des organisations non gouvernementales et certains chefs d'entreprise tentent difficilement de combler ces lacunes sans aucune aide du gouvernement ou en l'absence de toute réglementation. Privés d'une existence meilleure que celle de leurs parents, ces enfants alimentent le cycle de la misère.

Dans les pays arabes, les faits sont clairs : plus d'un tiers de la population urbaine vit dans des implantations sauvages et des taudis. Ces environnements sont une source de dangers pour les enfants; en outre, le manque d'accès à l'eau potable et un assainissement adéquat constitue une menace importante pour leur bien-être. Dans certains pays arabes moins développés, le surpeuplement des logements de fortune aggrave les conditions sanitaires précaires de ces familles vulnérables.

Pour les enfants palestiniens, la vie en ville peut s'avérer particulièrement difficile, avec son lot trop fréquent d'armes et de points de contrôle, de peur et d'insécurité. Leur plus grand espoir réside cependant dans leur fierté nationale : une croyance profondément ancrée en l'éducation, qui est essentielle pour construire leur existence et rebâtir leur pays. Pourtant, depuis 1999, sur l'ensemble du Territoire palestinien occupé, le nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas scolarisés est passé de 4 000 à 110 000, soit une hausse vertigineuse de 2 650 pour cent. À Gaza, l'une des régions les plus densément peuplées au monde, l'accès à l'éducation et la qualité de l'enseignement se sont détériorés rapidement. Si nous voulons assurer un avenir à ces enfants et poursuivre la recherche cruciale de la paix dans la région, nous devons mettre de côté notre colère et nos angoisses et leur offrir

l'enfance qu'ils méritent, l'enfance que nous désirons pour nos propres enfants, emplie de souvenirs heureux et offrant les mêmes chances que les autres.

Dans quelques pays arabes, l'avenir de certains enfants défavorisés des villes est en train d'être réécrit. Au Maroc, le programme gouvernemental « Des villes sans bidonvilles » a pour ambition d'améliorer près de 300 000 logements. Ce programme, impliquant les banques et les promoteurs immobiliers, fait le pari d'un scénario triplement gagnant pour les populations pauvres, le gouvernement et le secteur privé. La Jordanie accomplit également de gros progrès. Amman figure parmi les premières villes amies des enfants de la région, avec ses 28 000 écoliers qui, dans le cadre des conseils municipaux des enfants, dressent la liste de leurs besoins, de leurs droits et de leurs intérêts. Les résultats sont impressionnants (parcs, bibliothèques, espaces communautaires, soutien éducatif pour les enfants qui ont abandonné l'école, campagnes contre la violence et les mauvais traitements, centres d'information et de communication spécialisés pour les malentendants).

Cependant, pour l'épanouissement des enfants arabes, et de tous les enfants, les nations doivent unir leurs efforts. Nous devons partager nos ressources, adopter et adapter les initiatives d'autres pays qui ont porté leurs fruits et encourager les secteurs privés à s'impliquer auprès des familles défavorisées si nous voulons atteindre les enfants laissés pour compte. Dans les villes du monde entier, ces enfants sont trop souvent invisibles. Nous devons, pour leur redonner de l'espoir et un avenir, étudier les données de manière approfondie, combattre des préjugés profondément enracinés et donner à tous les enfants les mêmes chances dans la vie. C'est seulement ainsi que nous parviendrons à améliorer la situation de tous les enfants du monde.

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

La Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée en 1989, est le premier traité international à énoncer l'ensemble des droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels des enfants. Les réalités auxquelles sont confrontés les enfants peuvent être évaluées au regard des engagements pris par les États parties.

Juridiquement contraignante, la Convention énumère des normes et des critères universellement acceptés concernant la protection et la défense des droits des enfants, valables en tout lieu et à tout moment. Elle souligne la complémentarité et l'interdépendance des droits fondamentaux des enfants. Ses 54 articles et ses deux protocoles facultatifs amènent à reconsidérer la place de l'enfant en y intégrant le droit à une protection de l'État, des parents et des institutions concernées, ainsi que la reconnaissance de l'enfant comme détenteur de droits participatifs et de libertés. Seuls trois pays au monde n'ont pas ratifié ce document (la Somalie, le Soudan du Sud et les États-Unis d'Amérique). Son adoption généralisée témoigne d'une volonté politique commune de protéger et de garantir les droits des enfants tout en reconnaissant, selon la formulation de la Convention, « qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière. »

Les valeurs de la Convention reposent sur la Déclaration de Genève des droits de l'enfant de 1924, la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et la Déclaration des droits de l'enfant, adoptée en 1959. La Convention s'applique à tous les enfants, définis comme tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt (Article 1). La Convention stipule également que dans toutes les actions qui concernent les enfants, « l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » et que les États parties « s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être » (Article 3).

Tout enfant a le droit d'être enregistré aussitôt après sa naissance, d'avoir un nom, d'acquérir une nationalité et de préserver son identité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux (Articles 7 et 8).

Non-discrimination

Les États parties s'engagent également à défendre les enfants contre les discriminations. Ils ont l'obligation de respecter et de garantir les droits de « tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation » (Article 2). Les enfants des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou d'origine autochtone ont le droit de pratiquer leur culture, leur religion et de parler leur langue au sein de leur communauté (Article 30). En outre,

« les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité » (Article 23). Cela englobe le droit à des soins spéciaux, gratuits chaque fois qu'il est possible, ainsi qu'un accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, aux activités récréatives et à la préparation à l'emploi.

Participation

Le respect et la prise en compte des opinions des enfants constituent l'un des principes fondamentaux de la Convention. Le document reconnaît le droit des enfants à exprimer librement leurs opinions sur toute question les intéressant et souligne la nécessité de les prendre dûment en considération eu égard à l'âge et au degré de maturité de l'enfant (Article 12). La Convention proclame également le droit des enfants à la liberté d'expression sous toutes ses formes (Article 13). Les enfants ont droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion (Article 14), à une vie privée et à une protection contre les immixtions illégales ou atteintes à celle-ci (Article 16) ainsi qu'à la liberté d'association et de réunion pacifique (Article 15).

Protection sociale

La Convention reconnaît le rôle prépondérant des parents ou des tuteurs légaux dans l'éducation et le développement de l'enfant (Article 18) et souligne l'obligation de l'État d'accorder aux familles « l'aide appropriée », d'assurer la « mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants » et de prendre « toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises. »

La reconnaissance du « droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social » (Article 27) apparaît particulièrement importante dans le contexte urbain. Si c'est aux parents et aux autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer ces conditions de vie, les États parties ont l'obligation d'offrir « en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement. » Les enfants ont le droit de bénéficier d'une sécurité sociale en fonction de leur situation (Article 26).

Santé et environnement

Les États parties ont l'obligation d'assurer « dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant » (Article 6). Chaque enfant a le droit de « jouir du meilleur niveau de santé et de soins de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. » (Article 24). Cela inclut les services de garde d'enfants, les services de soins prénatals, postnatals et préventifs, la planification familiale, ainsi qu'une éducation à la

santé, la nutrition et l'hygiène infantiles, à l'assainissement de l'environnement, à la prévention des accidents et aux bienfaits de l'allaitement maternel. Outre l'obligation d'offrir des soins de santé primaires, les États parties s'engagent à lutter contre la maladie et la malnutrition « grâce [...] à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel. »

Éducation, jeux et loisirs

La Convention établit le droit à l'éducation sur la base de l'égalité des chances. Elle oblige les États parties à rendre « ouvertes et accessibles à tout enfant » un enseignement primaire obligatoire et gratuit, ainsi que des choix d'orientation dans l'enseignement secondaire et professionnel (Article 28). Elle engage également les États parties à « encourage[r] l'organisation [...] de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité. » (Article 31).

Protection

Les États parties assument l'obligation d'assurer la protection de l'enfance sous ses multiples aspects. Ils sont déterminés à prendre toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, pendant qu'il est sous la garde de ses parents, de ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié (Article 19). Cette protection, à l'instar de l'aide humanitaire, s'étend aux enfants réfugiés ou qui cherchent à obtenir le statut de réfugié (Article 22).

Dans le cadre de cette Convention, les États ont l'obligation de protéger les enfants contre l'exploitation économique et tout travail susceptible de compromettre leur éducation ou de nuire à leur santé ou à leur développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Ils doivent, à ce titre, veiller à l'établissement et à l'application de mesures instaurant un âge minimum d'admission à l'emploi et de réglementations des horaires de travail et des conditions d'emploi (Article 32). Les autorités nationales doivent également prendre des mesures pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (Article 33) et contre toutes les formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de leur bien-être (Article 36), telles que l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants (Article 35) et contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle (Article 34).

Les quatre principes fondamentaux de la Convention (non-discrimination, intérêt supérieur de l'enfant, droit à la vie, à la survie et au développement, respect de l'opinion de l'enfant) s'appliquent à toutes les actions qui concernent les enfants. Chaque décision touchant les enfants en milieu urbain devrait tenir compte de l'obligation de favoriser le développement harmonieux de tous les enfants.

Des recherches récentes menées au Nigéria révèlent que les habitants des zones urbaines défavorisées sur le plan socioéconomique affichent des taux de mortalité supérieurs chez les moins de cinq ans, et ce, même quand les données sont pondérées par des facteurs tels que le niveau d'éducation de la mère ou le niveau de revenu⁵. Au Bangladesh, en 2009, des données d'enquêtes sur les ménages indiquent que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans des taudis dépasse de 79 pour cent le taux de mortalité global observé en ville et de 44 pour cent celui des zones rurales⁶. Près des deux tiers de la population de Nairobi (Kenya) vivent dans des implantations sauvages surpeuplées et affichent un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans alarmant de 151 pour 1000 naissances vivantes. La pneumonie et les maladies diarrhéiques figurent parmi les premières causes de décès⁷. Les mauvaises conditions d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le recours à des combustibles de cuisson dangereux dans des espaces mal ventilés, la surpopulation et le prix des soins médicaux – qui les rendent inaccessibles pour les populations pauvres – sont les principales causes de mortalité chez les moins de cinq ans⁸. On observe également des disparités en matière de survie de l'enfant dans les pays à haut revenu. Dans les grandes villes des États-Unis, on a ainsi constaté que le niveau de revenu et l'origine ethnique avaient un impact considérable sur la survie du nourrisson⁹.

Vaccination

La vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la rougeole permet d'éviter chaque année près de 2,5 millions de décès parmi les enfants de moins de cinq ans. La couverture vaccinale est en augmentation à l'échelle mondiale : si 130 pays sont parvenus à une couverture vaccinale de 90 pour cent avec les trois doses de DTC à la primo-vaccination chez les nourrissons de moins d'un an, il reste des progrès à accomplir. En 2010, plus de 19 millions d'enfants n'avaient pas reçu les trois doses de DTC à la primo-vaccination¹⁰.

Une couverture vaccinale plus faible se traduit par des épidémies plus fréquentes de maladies évitables par la vaccination dans des communautés vulnérables du fait de la haute densité démographique et de l'afflux continu de nouveaux agents infectieux.

Parmi les principales raisons de cette faible couverture chez les enfants des taudis, qu'ils se situent en Inde, dans l'Uttar Pradesh occidental, ou à Nairobi, au Kenya, on peut citer la mauvaise qualité des services fournis, le faible niveau d'éducation des parents et le manque d'information sur la vaccination.

Santé maternelle et néonatale

En 2008 plus de 350 000 femmes sont mortes durant la grossesse ou lors de l'accouchement¹¹ et, chaque année, un nombre encore plus élevé d'entre elles souffrent de lésions telles que la fistule obstétricale, qui peut déboucher sur des handicaps permanents, sources d'exclusion. La plupart des femmes qui décèdent ou sont grièvement blessées lors de la grossesse ou de l'accouchement vivent en Afrique subsaharienne et Asie. Les principales causes de décès sont l'hémorragie, l'hypertension, l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses ou la septicémie. Une grande partie de ces blessures et de ces décès peuvent être évités si les femmes enceintes sont prises en charge par un personnel qualifié, disposant d'équipements et de fournitures adéquats et ont accès à des soins obstétriques d'urgence¹².

Si les zones urbaines offrent une proximité avec les maternités et les services obstétriques d'urgence, l'accès et le recours à ces services sont, une fois encore, plus faibles dans les quartiers les plus pauvres, moins bien dotés en établissements sanitaires et en accoucheuses qualifiées¹³. Les services de santé pour les populations urbaines pauvres sont souvent de qualité nettement inférieure, ce qui force souvent celles-ci à recourir aux services de professionnels de la santé non qualifiés ou à payer un supplément pour bénéficier de soins, comme le montrent des études menées au Bangladesh, en Inde, au Kenya et dans d'autres pays¹⁴.

Allaitement maternel

L'allaitement maternel est recommandé pendant les six premiers mois de la vie car il permet de répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons et de réduire la mortalité néonatale de près de 20 pour cent. Il semblerait que les mères vivant en milieu urbain allaitent moins leurs enfants que les mères des communautés rurales et que lorsque c'est le cas, elles aient également tendance à les sevrer plus tôt. Une analyse fondée sur les données d'une enquête démographique et de santé (EDS) réalisée dans 35 pays montre que le pourcentage d'enfants allaités au sein est moins élevé dans les zones urbaines¹⁵. Ces

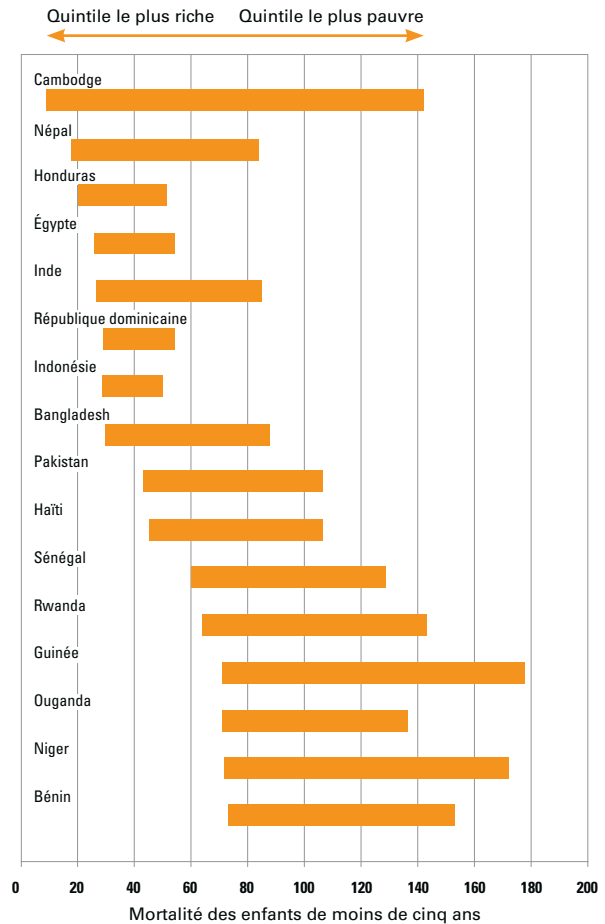
faibles taux d'allaitement maternel s'expliquent en partie par une méconnaissance de l'importance de cette pratique et le fait que les femmes pauvres en milieu urbain qui travaillent à l'extérieur du foyer se trouvent souvent dans l'incapacité d'allaiter.

Nutrition

Le centre de gravité de la pauvreté et de la malnutrition chez les enfants semble se déplacer progressivement des zones rurales aux zones urbaines car les populations pauvres et souffrant de sous-nutrition augmentent plus rapidement en milieu urbain qu'en milieu rural¹⁶.

Figure 2.1. La richesse accroît les chances de survie des enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines

Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes) dans les zones urbaines dans certains pays (l'extrémité droite de la barre indique le taux moyen de mortalité chez les moins de cinq ans pour le quintile le plus pauvre de la population et l'extrémité gauche, le même taux pour le quintile le plus riche).



Source : estimations et EDS de l'OMS (2005-2007). Les pays ont été sélectionnés en fonction de la disponibilité des données.

La faim met clairement en évidence les défaillances de la protection sociale. Elle est d'autant plus insoutenable qu'elle touche des enfants. Cependant, même les enfants qui semblent bien nourris (c'est-à-dire ceux dont l'apport calorique suffit à couvrir leurs activités quotidiennes) peuvent souffrir d'une « faim invisible » liée aux carences en micronutriments, notamment en nutriments essentiels tels que la vitamine A, le fer ou le zinc issus des fruits, des légumes, du poisson ou de la viande. Les carences en micronutriments chez les enfants augmentent les risques de décès, de cécité, de retard de croissance et de quotient intellectuel moins élevé¹⁷.

L'écart en matière de nutrition entre les zones rurales et les zones urbaines s'est amenuisé au cours des dernières décennies, principalement du fait de la détérioration de la situation en milieu urbain¹⁸. Une étude réalisée en 2006 en Afrique subsaharienne a constaté que les disparités en matière de nutrition infantile entre les communautés urbaines riches et pauvres étaient plus importantes que les disparités entre les zones urbaines et les zones rurales¹⁹.

La sous-nutrition est responsable de plus d'un tiers des décès chez les enfants de moins de cinq ans à travers le monde. Ses conséquences à court et long terme (retard dans le développement mental, plus grande exposition aux maladies infectieuses et risques de maladies chroniques à l'âge adulte, notamment), sont multiples²⁰. Dans les pays à faible revenu, la sous-nutrition est souvent une conséquence de la pauvreté, souvent associée au faible statut économique de la famille, un environnement et des conditions de logement difficiles, un accès insuffisant à l'alimentation, à l'eau salubre ainsi qu'à l'information et aux soins médicaux. Dans certains pays, les retards de croissance sont également très courants, voire encore plus répandus chez les enfants les plus pauvres des zones urbaines que chez les enfants défavorisés des zones rurales²¹.

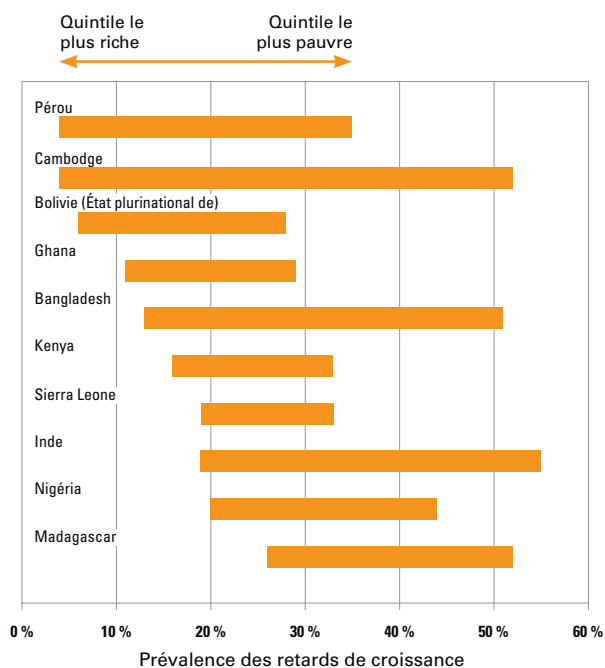
Une étude de l'Enquête nationale sur la santé familiale (NFHS-3) menée dans huit villes d'Inde entre 2005 et 2006 a constaté la persistance de niveaux de sous-nutrition très élevés dans les zones urbaines. Au moins un quart des enfants des zones urbaines de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance imputable à la sous-nutrition. Le niveau de revenu constituait un facteur important. Parmi le quart le plus pauvre des habitants des villes, 54 pour cent des enfants souffraient d'un retard de croissance et 47 pour cent d'une insuffisance pondérale, contre respectivement 33 et 26 pour cent pour le reste de la population urbaine²². Les écarts les plus importants

observés dans la proportion d'enfants de poids insuffisant concernaient les taudis urbains et les autres zones urbaines d'Indore et de Nagpur²³.

Une étude menée en 2006 sur les disparités en matière d'état nutritionnel des enfants en Angola, en République centrafricaine et au Sénégal, a constaté, à partir d'une simple comparaison entre les zones rurales et urbaines, que la prévalence des retards de croissance était considérablement plus élevée dans les zones rurales. Lorsque ces populations urbaines et rurales étaient stratifiées en fonction de la richesse, les différences en matière de prévalence des retards de croissance et de l'insuffisance pondérale entre les zones rurales et les zones urbaines disparaissaient²⁴. Une étude réalisée en 2004 dans 10 pays d'Afrique subsaharienne a montré que la part de la population urbaine souffrant d'un apport énergétique insuffisant s'élevait à plus de 40 pour cent dans la quasi-totalité des pays et à plus de 70 pour cent dans trois d'entre eux : l'Éthiopie, le Malawi et la Zambie²⁵.

Figure 2.2. Les enfants des populations urbaines pauvres risquent plus de souffrir de sous-nutrition

Proportion des enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance (l'extrémité droite de la barre indique la prévalence des retards de croissance dans le quintile le plus pauvre de la population urbaine, l'extrémité gauche, la prévalence au sein du quintile le plus riche)



Remarque : ces estimations sont calculées sur la base des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Les pays ont été sélectionnés en fonction de la disponibilité des données.

Source : EDS, 2006-2010.

DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE POUR LES POPULATIONS URBAINES PAUVRES

Étude de cas menée à Nairobi (Kenya)

Comme une grande partie des pays d'Afrique subsaharienne, le Kenya connaît une urbanisation rapide, dans un contexte largement marqué par un faible développement économique et une mauvaise gouvernance.

Par conséquent, les autorités locales et nationales n'ont pas été en mesure d'assurer des conditions de vie décentes et les services sociaux essentiels pour répondre aux besoins d'une population urbaine en augmentation. Entre 1980 et 2009, la population de Nairobi, la capitale, est passée de 862 000 à environ 3,4 millions d'habitants. Des estimations datées de 2007 indiquent que près de 60 pour cent d'entre eux vivent dans des taudis, dont la superficie ne représente que cinq pour cent des terrains résidentiels de la ville. En outre, de nouveaux éléments montrent que l'explosion de la population urbaine dans la région s'est accompagnée d'une hausse des taux de pauvreté et de mauvais résultats en matière de santé. On a observé une incidence plus élevée de la sous-nutrition, de la morbidité et de la mortalité chez les enfants des taudis et des zones périurbaines par rapport aux enfants des zones urbaines plus privilégiées, voire, dans certains cas, des zones rurales.

L'accès aux services de santé

Dans les taudis de Nairobi l'offre publique en services de santé est limitée. Une étude réalisée en 2009 montre que sur un total de 503 établissements de santé fréquentés par les habitants de trois bidonvilles (Korogocho, Viwandani et Kibera), seuls six (soit un pour cent) étaient publics, 79 (16 pour cent) étaient privés à but non lucratif et 418 (83 pour cent) étaient privés à but lucratif. Cette dernière catégorie se compose en grande partie de dispensaires et de maternités non homologués et souvent délabrés, dépourvus de toutes procédures de travail ou de protocoles normalisés en matière de services. Ce sont pourtant vers ces établissements de qualité médiocre que la plupart des femmes se tournent pour les soins de santé maternelle et infantile, quitte à faire appel à des services de meilleure qualité si des

complications surviennent. Contrairement aux services publics, qui couvrent rarement les quartiers d'implantations sauvages, ces établissements privés sont perçus comme étant conviviaux, accessibles et fiables, probablement parce qu'ils consacrent plus de temps à nouer des liens avec les patients. Seule une petite proportion des populations urbaines pauvres a accès à des soins de santé maternelle de meilleure qualité, notamment dans les dispensaires et les hôpitaux gérés par des missionnaires et des organisations non gouvernementales.

La sous-nutrition chez les enfants des zones urbaines

La sous-nutrition chez les enfants demeure un problème majeur de santé publique dans les pays en développement. À la fois cause et conséquence de la pauvreté, elle serait responsable de plus d'un tiers des décès chez les enfants de moins de cinq ans à travers le monde. La sous-nutrition fait partie d'un vaste ensemble de facteurs liés constituant le syndrome dit de la pauvreté (faibles revenus, famille nombreuse, faible niveau d'éducation, accès restreint à l'alimentation, à l'eau, à l'assainissement et aux services de santé maternelle et infantile).

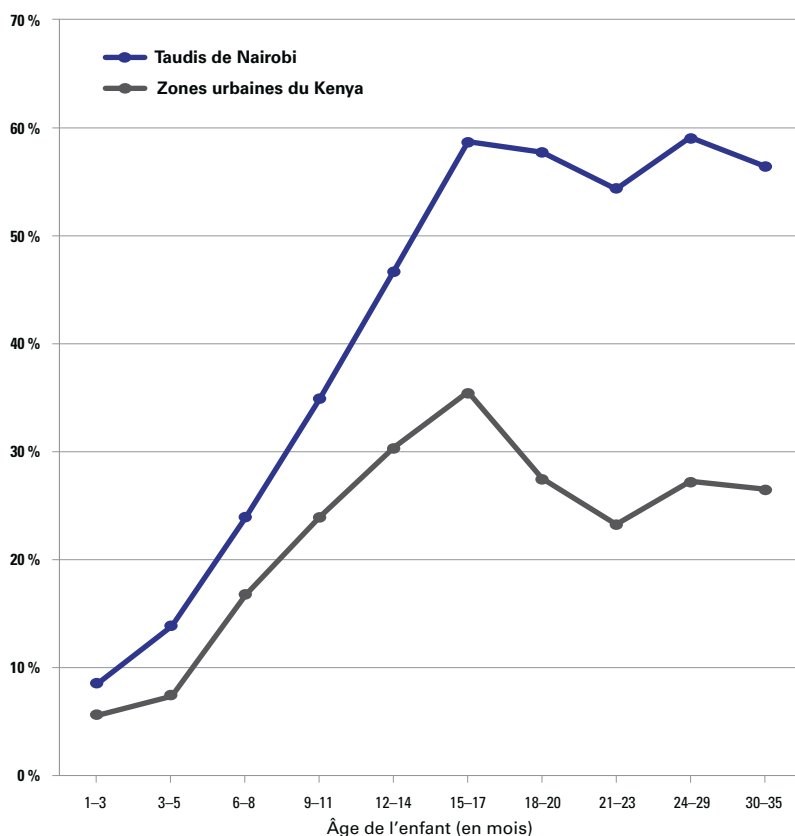
Le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et l'émaciation (mesurés respectivement en fonction de la taille par rapport à l'âge, au poids par rapport à l'âge et au poids par rapport à la taille) sont les trois indicateurs anthropométriques les plus fréquemment utilisés pour évaluer l'état nutritionnel. Le retard de croissance est considéré comme la mesure la plus fiable de la sous-nutrition, dans la mesure où il est révélateur d'épisodes récurrents ou de périodes prolongées d'apport alimentaire insuffisant, de carences en calories ou en protéines ainsi que de problèmes de santé persistants ou récurrents. On considère que les enfants dont le rapport taille/âge est inférieur d'au moins deux écarts-types par rapport à la médiane de la population internationale de référence souffrent d'un

retard de croissance. Ce retard sera considéré comme sévère s'il se situe à plus de trois écart-types en-dessous de cette médiane. La prévalence des retards de croissance constitue un instrument utile de comparaison au sein des pays et des groupes socio-économiques et entre eux.

La figure 2.3 illustre l'ampleur des inégalités en matière de sous-nutrition infantile en comparant les niveaux moyens de retard de croissance dans les zones urbaines du Kenya aux données recueillies entre 2006 et 2010 dans les taudis de Korogocho et de Viwandani. Cette étude couvre l'ensemble des femmes qui ont donné naissance à un enfant dans cette zone. La taille des enfants a été mesurée régulièrement jusqu'à ce qu'ils aient 35 mois.

Comme le montre le graphique, la prévalence des retards de croissance chez les enfants qui vivent dans des taudis augmente fortement, passant de 10 pour cent au cours des premiers mois de la vie à près de 60 pour cent pour le groupe des 15 – 17 mois et demeure stable par la suite. Dans l'ensemble des zones urbaines du Kenya, la prévalence de la sous-nutrition atteint un pic de 35 pour cent chez les enfants de 15 à 17 mois avant de redescendre à 25 pour cent. L'écart entre les populations pauvres (les habitants des taudis en l'occurrence) et les non-pauvres du Kenya se creuse à compter de ce moment. La prévalence des retards de croissance chez les enfants de plus de 15 mois s'élève ainsi à près de 57 pour cent pour les enfants des taudis, contre environ 28 pour cent pour l'ensemble des zones urbaines du pays. Une étude séparée (non représentée dans la figure 2.3) constate que la prévalence des retards de croissance chez les enfants des populations urbaines aisées se situe autour de 21 pour cent, ce qui suggère que les enfants pauvres des villes ont environ 2,7 fois plus de risques de souffrir d'un retard de croissance.

Figure 2.3. Prévalence des retards de croissance chez les enfants de moins de trois ans : comparaison entre les taudis de Nairobi et l'ensemble des zones urbaines du Kenya



Source : Dynamique en matière d'urbanisation, de pauvreté et de santé – données sur la santé maternelle et infantile (2006-2009) African Population and Health Research Center et EDS menée au Kenya (2008-2009).

Les mesures efficaces pour réduire les retards de croissance chez les enfants peuvent comprendre l'administration de suppléments de micronutriments (iode, fer et vitamine A) et d'une alimentation complémentaire (pour les carences en micronutriments), la prévention et le traitement des infections, le suivi et la promotion de la croissance, l'éducation aux pratiques d'alimentation des nourrissons (allaitement maternel et alimentation

complémentaire) et les programmes d'alimentation scolaire.

Si les besoins des populations urbaines pauvres ne sont pas satisfaits, les progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) risquent d'être compromis, notamment les objectifs 1 (éradication de l'extrême pauvreté et de la faim), 4 (réduction de la mortalité infantile) et 5 (amélioration de

la santé maternelle). Outre l'importance très forte accordée aux interventions en matière de santé et de nutrition (soins prénatals, maternels et néonataux, vaccination, pratiques alimentaires appropriées), le poids de la santé procréative est reconnu dans ce contexte, dans la mesure où la planification familiale peut s'avérer efficace au regard du coût et avoir un impact positif considérable sur la santé des mères et des enfants. L'initiative de santé procréative en milieu urbain (*Urban Reproductive Health Initiative*), financée par la Fondation Bill et Melinda Gates et actuellement mise en œuvre dans plusieurs zones urbaines situées en Inde, au Kenya, au Nigéria et au Sénégal, en est un exemple. Ce programme vise à augmenter considérablement les taux de prévalence des contraceptifs modernes, notamment aux sein des communautés urbaines et périurbaines pauvres, en intégrant et en améliorant la qualité des services de planification familiale, en particulier dans les zones densément peuplées, en renforçant l'offre, y compris par le biais de partenariats public-privé et en levant les obstacles à l'accès, au niveau de la demande.

Jean-Christophe Fotso

Directeur, Population Dynamics and Reproductive Health, African Population and Health Research Center, Nairobi (Kenya).

L'African Population and Health Research Center (APHRC) est une organisation internationale à but non lucratif qui a pour mission de promouvoir le bien-être des Africains à travers des recherches utiles pour l'élaboration de politiques sur des questions majeures liées à la population et à la santé. L'APHRC, initialement créé en 1995 en tant que programme du Conseil de la population, est devenu autonome en 2001 et possède aujourd'hui des bureaux au Kenya, au Nigéria et au Sénégal. Ses travaux portent principalement sur la recherche, le renforcement des capacités en recherche et l'engagement politique en Afrique subsaharienne.

À l'autre extrémité de la gamme nutritionnelle, l'obésité touche les enfants des zones urbaines des pays à haut revenu et d'un nombre croissant de pays à revenu faible ou intermédiaire²⁶. La combinaison d'un régime riche en acides gras saturés, en sucres raffinés et en sel et d'un mode de vie sédentaire accroît chez les enfants le risque d'obésité et d'affections chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer²⁷.

Maladies respiratoires

Les enfants des communautés urbaines à faibles revenus subissent également les conséquences de la pollution atmosphérique, et souffrent notamment d'infections respiratoires, d'asthme et de saturnisme. Chaque année, la pollution de l'air à l'intérieur des habitations fait près de deux millions de victimes, dont la moitié concerne des enfants de moins de cinq ans décédés des suites d'une pneumonie²⁸. La pollution de l'air extérieur est responsable, quant à elle, de 1,3 million de décès chaque année, adultes et enfants confondus. Une étude menée en 2005 à Nairobi, au Kenya, a montré que l'exposition chronique à des polluants en milieu urbain était à l'origine de plus de 60 pour cent de tous les cas de maladies respiratoires chez les enfants des zones urbaines²⁹. Des études réalisées aux États-Unis ont constaté que l'exposition chronique à des niveaux élevés de toxines dans l'air touchait de façon disproportionnée les communautés urbaines pauvres constituées de minorités raciales³⁰.

Accidents de la route

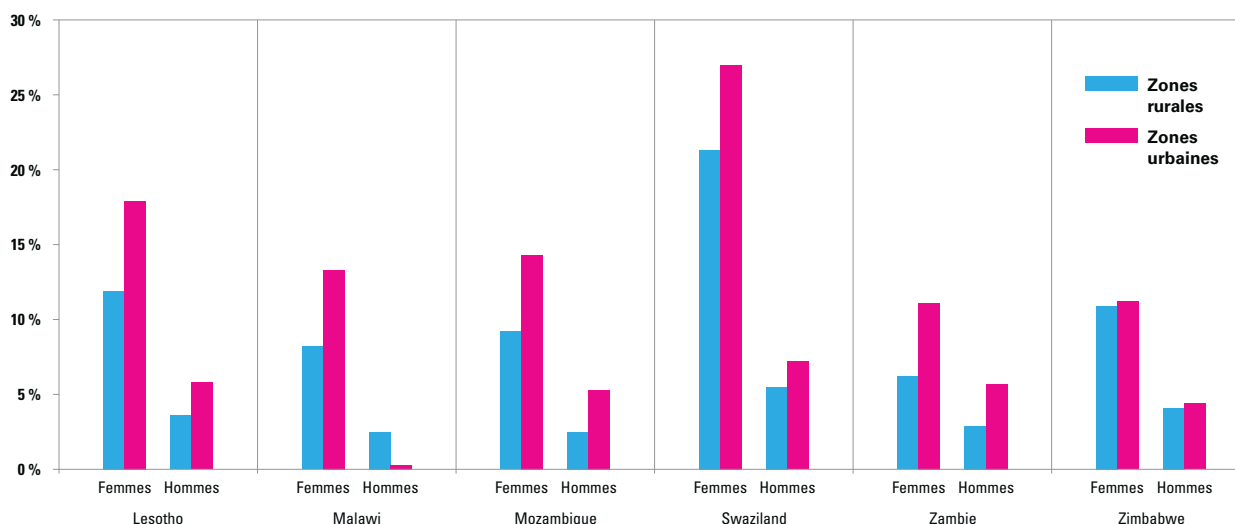
La circulation motorisée constitue également une menace physique pour les enfants, renforcée par le manque d'espaces de jeu sûrs et d'infrastructures pour les piétons, comme les trottoirs et les passages pour piétons. L'Organisation mondiale de la Santé évalue à 1,3 million le nombre annuel de décès à travers le monde liés aux accidents de la route³¹, qui constituent la principale cause unique de décès dans le monde chez les 15-29 ans, et la deuxième chez les 5-14 ans³².

VIH et SIDA

Des données récentes suggèrent que les nouveaux cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les enfants sont en recul, du fait des améliorations dans l'accès aux services qui permettent de prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, la naissance ou la période d'allaitement. Les nouveaux cas d'infection enregistrés en 2010 chez les enfants représenteraient environ un quart des cas comptabilisés en 2005³³. Malgré ces progrès, près de 1 000 bébés par jour ont été infectés par le biais de la transmission du virus de la mère à l'enfant en 2010³⁴.

Figure 2.4. La prévalence du VIH est plus élevée dans les zones urbaines et chez les femmes

Prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15 à 24 ans dans les zones urbaines et rurales de certains pays d'Afrique subsaharienne



Source : Lesotho (EDS 2009), Malawi (EDS 2004), Mozambique (enquête sur les indicateurs du VIH/SIDA 2009), Swaziland (EDS 2006-2007), Zambie (EDS 2007), Zimbabwe (EDS 2005-2006). Les pays ont été sélectionnés en fonction de la disponibilité des données.



ATTEINDRE CHAQUE ENFANT

L'éradication de la polio à Mumbai

Amitabh Bachchan, Ambassadeur itinérant de l'UNICEF

Ces dix dernières années, j'ai fait passer un message vital sur la nécessité d'administrer à chaque enfant indien deux gouttes du vaccin oral contre la polio chaque fois que cela est proposé. Et cela a porté ses fruits.

Aujourd'hui, l'Inde est en passe d'éradiquer la polio, ce qui constitue sans doute le plus grand accomplissement de son histoire dans le domaine de la santé publique. Lorsque la campagne pour l'éradication de la polio a été lancée, le pays enregistrait chaque jour environ 500 nouveaux cas. Depuis lors, on a évité la paralysie ou sauvé la vie de plus de quatre millions d'enfants. Tous nos efforts ont été récompensés. Mais en réalité, tant que la polio continuera d'exister dans le monde, la menace persistera.

C'est pour moi une immense fierté que le slogan « Every child, every time » (Tous les enfants, à chaque fois) soit devenu, selon des études indépendantes, l'un des messages les mieux connus en Inde. Je suis encore plus fier que les parents indiens aient répondu à cet appel. Lors des deux Journées nationales annuelles de vaccination organisées généralement en janvier et en février, ce sont près de 170 millions d'enfants de moins de cinq ans qui sont vaccinés par des équipes qui font du porte à porte et se rendent dans chaque maison du pays. De mars à décembre, l'immense majorité des enfants de moins de cinq ans des deux États où la polio est endémique et où les risques sont les plus élevés sont vaccinés au cours de campagnes de vaccination, qui touchent chaque année 40 à 80 millions d'enfants. Penchons-nous quelques instants sur ces chiffres et réfléchissons à ce qui caractérise les zones où les risques de transmission du poliovirus sont les plus élevés : une forte densité de population, de mauvaises conditions d'assainissement, un accès restreint à l'eau salubre et

aux sanitaires, de faibles taux d'allaitement maternel et une mauvaise alimentation.

La polio est à présent le virus des plus pauvres, qui résiste encore au sein des régions et de populations oubliées de tous. Atteindre ces populations (les habitants des taudis, les peuples nomades, les migrants, les ouvriers des briqueteries, les familles des travailleurs de la construction qui vivent sous des bâches en plastique juste à côté des immeubles cossus qu'ils construisent pour un dollar par jour) est l'un des plus grands défis à relever dans le domaine de la santé publique. Le programme d'éradication de la polio suit de manière active une stratégie détaillée axée sur les laissés-pour-compte et les populations du pays les plus difficiles à atteindre, notamment les habitants des taudis urbains, afin d'améliorer le niveau d'immunité chez ces populations particulièrement exposées. La tâche n'est pas aisée, d'autant que des millions de familles migrantes se déplacent chaque semaine de part et d'autre du pays et qu'environ 750 000 enfants naissent chaque mois dans les États de l'Uttar Pradesh et du Bihar, où la polio est traditionnellement endémique. Il est essentiel, si nous voulons en finir avec la polio en Inde, de toucher et d'immuniser tous les enfants sans exception. Dans les quartiers de taudis en pleine expansion de villes indiennes poussées à la limite de leurs capacités, il est difficile d'atteindre chaque enfant.

Ainsi, à Dharavi, l'un des plus vastes bidonvilles de Mumbai, ma ville natale, où un million de personnes vivent sur une surface de seulement trois kilomètres carrés. Les équipes de vaccination contre le poliovirus doivent suivre des micro-plans extrêmement précis, prendre en file indienne des chemins étroits et grimper sur des échelles instables pour avoir accès aux enfants

habitant des abris de tôle ondulée entassés les uns sur les autres, sur trois ou quatre étages. Elles laissent sur ces abris une marque à la craie, afin que les équipes de contrôle qui passeront les jours suivants puissent identifier les maisons qui ont été visitées et les enfants qui ont été vaccinés. D'autres équipes retournent sur les lieux pour vacciner les enfants qui n'ont pas encore été atteints.

Mumbai, capitale financière de l'Inde et de son industrie cinématographique, compte parmi les villes les plus grandes et les plus riches du monde. Elle concentrerait également la plus grande proportion et population en chiffres absolus d'habitants des taudis. Selon certaines estimations, entre 100 et 300 familles y arrivent chaque jour en quête de travail. Ces familles migrantes au statut socioéconomique faible échouent, trop souvent, dans un bidonville et les nouveaux arrivants ne sont ni comptabilisés, ni enregistrés, ni identifiés. Les enfants les plus difficiles à atteindre dans notre pays vivent trop souvent sous notre propre nez.

Le programme d'éradication de la polio mis en œuvre en Inde montre qu'il est possible de garantir un accès équitable à des services de santé, y compris au sein des populations les plus pauvres et les plus densément peuplées. Il est la preuve que l'on peut atteindre tous les enfants d'une ville, sans exception. Grâce à lui, la polio ne fait plus partie des nombreux risques auxquels les enfants des taudis de Mumbai restent confrontés.

Amitabh Bachchan est l'une des personnalités les plus emblématiques de l'histoire du cinéma indien. Il a remporté quatre National Film Awards (dont trois dans la catégorie du Meilleur acteur) et 14 Filmfare Awards. Il a également travaillé comme chanteur de play-back, producteur de films, présentateur de télévision et a été élu au Parlement indien (1984-1987). Il est Ambassadeur de l'éradication de la polio en Inde depuis 2002.

En outre, on dénombre cette même année près de 2 600 personnes âgées de 15 à 24 ans infectées chaque jour. Ces infections sont essentiellement liées à des rapports sexuels non protégés ou à des pratiques d'injection à risque. En 2010, le nombre d'adolescents âgés de 10 à 19 ans qui vivaient avec le VIH dans le monde s'élevait à près de 2,2 millions, dont la majorité ignorait son statut sérologique. Bon nombre de ces adolescents ont été privés, pendant la période cruciale de transition entre l'enfance et l'âge adulte, d'un accès à des informations, un traitement, des soins ou un appui adaptés et, en particulier, à des soins de santé sexuelle et procréative et à des services de prévention adaptés à leur âge.

La prévalence du VIH est généralement plus élevée dans les zones urbaines³⁵. Les adolescentes et les jeunes femmes sont particulièrement exposées en raison de la pauvreté, qui conduit beaucoup d'entre elles à la prostitution et accroît les risques d'exploitation sexuelle et de relations sexuelles forcées³⁶.

Une étude réalisée en 2010 dans plus de 60 pays a constaté que si le taux d'infection par le VIH s'est stabilisé ou est en déclin dans la plupart d'entre eux, y compris les plus touchés, il a augmenté de 25 pour cent dans sept pays (Arménie, Bangladesh, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Philippines et Tadjikistan). Dans ces pays, l'épidémie reste concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes³⁷. Les jeunes constituent une part importante des populations touchées. Au Kazakhstan et aux Philippines, ils représentent respectivement 29 et 26 pour cent des personnes de plus de

15 ans qui vivent avec le VIH³⁸. Pour la majorité d'entre eux, l'infection au VIH est l'aboutissement d'une chaîne de handicaps remontant à l'enfance : violence, exploitation, mauvais traitements et négligences, c'est-à-dire de défaillances en matière de protection et de soins.

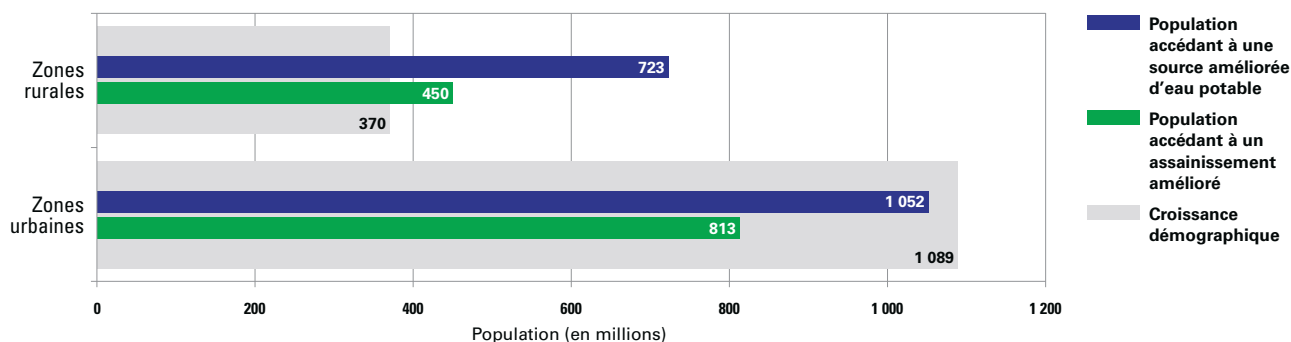
Une étude datée de 2009 sur les adolescents vivant dans les rues de quatre villes d'Ukraine révèle que plus de 15 pour cent d'entre eux consommaient des drogues injectables et, dans la moitié des cas, partageaient leur matériel. Près de 75 pour cent étaient sexuellement actifs, l'âge des premiers rapports se situant pour la plupart avant 15 ans. Presque 17 pour cent des adolescents et 57 pour cent des adolescentes avaient déjà eu des rapports sexuels rémunérés, tandis que plus de 10 pour cent des garçons et plus de la moitié des filles avaient déjà subi des rapports sexuels forcés³⁹. Malgré ces facteurs de vulnérabilité évidents, les adolescents les plus exposés à l'infection par le VIH sont souvent ceux qui se trouvent généralement exclus des services. Bien souvent, la stigmatisation ou les obstacles sociaux engendrés par certaines politiques et la législation empêchent les adolescents les plus vulnérables d'avoir accès à des services préventifs.

Santé mentale

La vie en milieu urbain peut également avoir un impact négatif sur la santé mentale des enfants et des adolescents, surtout s'ils vivent dans des quartiers pauvres et s'ils sont exposés à des problèmes de violence et de toxicomanie⁴⁰. Les enfants pauvres des zones urbaines affichent des niveaux de dépression et de détresse supérieurs à la moyenne urbaine. Une étude portant sur les

Figure 2.5. L'accès à des sources d'eau et assainissement améliorés ne suit pas le rythme de la croissance démographique dans les zones urbaines

Population mondiale accédant à des sources d'eau et à un assainissement améliorés par rapport à la croissance démographique (1990-2008)



Source : Programme commun OMS/UNICEF de surveillance, 2010.



Des enfants se lavent les mains à l'eau et au savon dans une école primaire du district d'Aceh Besar, dans la province d'Aceh, Indonésie.

déterminants sociaux de la santé aux États-Unis a mis en relief une incidence plus élevée des troubles comportementaux et émotionnels chez les enfants des quartiers de niveau socioéconomique inférieur⁴¹. D'après plusieurs études, les problèmes de santé mentale rencontrés au cours de l'enfance et de l'adolescence pourraient avoir des répercussions considérables sur la croissance et le développement, les résultats scolaires, les relations avec la famille et les pairs et augmenter les risques de suicide⁴². L'un des facteurs souvent cités par les enfants et les observateurs comme étant une cause de détresse mentale est la stigmatisation associée à l'appartenance à un milieu défavorisé.

Les enfants et les adolescents des zones urbaines ont plus de facilité à se procurer de l'alcool et des drogues illicites que ceux des zones rurales. Ces substances sont pour eux un moyen de gérer leur stress ou un exutoire à l'oisiveté et à la frustration liées à l'absence d'emploi ou de distraction comme les sports et les clubs de jeunes.

Eau, assainissement et hygiène

L'Article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant engage les États parties à faire en sorte que chaque enfant jouisse du meilleur état de santé possible. Ce droit s'étend à la fourniture d'eau potable et à l'éradication des dangers liés à la pollution environnementale.

L'eau insalubre, les mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène font chaque année de nombreuses victimes. On estime que 1,2 million d'enfants meurent avant l'âge de cinq ans des suites de la diarrhée. Les zones urbaines pauvres, caractérisées par le surpeuplement, ainsi qu'un approvisionnement en eau et une couverture en assainissement insuffisants, sont particulièrement exposées à la contamination fécale⁴³.

À l'échelle mondiale, les habitants des villes accèdent plus facilement à des sources améliorées d'eau potable (96 pour cent) que les habitants des zones rurales (78 pour cent). Pour autant, la couverture en eau potable améliorée peine à suivre le rythme de la croissance démographique urbaine⁴⁴. L'accès à une source améliorée d'eau potable ne garantit en outre pas toujours un approvisionnement suffisant. Dans les quartiers urbains les plus pauvres, une partie importante de la population doit se rendre à pied dans d'autres quartiers pour aller chercher de l'eau ou l'acheter à des vendeurs privés⁴⁵. Il arrive fréquemment que les populations urbaines pauvres paient un litre d'eau 50 fois plus cher que leurs voisins plus riches, raccordés à l'eau potable⁴⁶. Le manque d'accès à l'eau potable et à un approvisionnement en eau suffisant pour une hygiène de base a des conséquences néfastes sur la santé des enfants. Il est essentiel d'accomplir des progrès dans ce domaine pour réduire la mortalité et la morbidité infantiles.

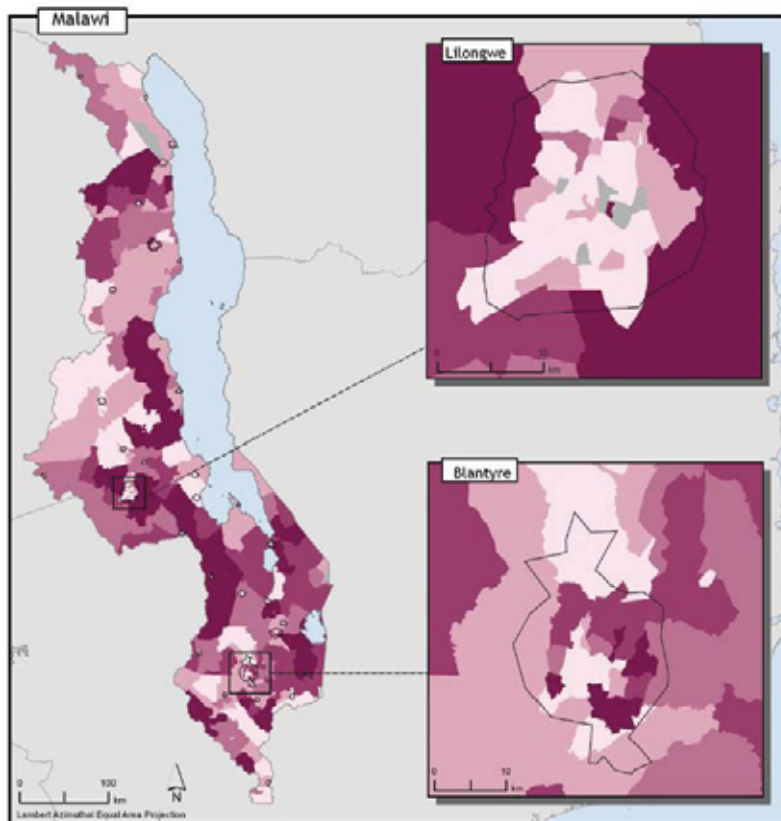
CARTOGRAPHIER LES DISPARITÉS URBAINES POUR PROTÉGER LES DROITS DES ENFANTS

La collecte de données accessibles, fiables et ventilées est une étape essentielle de reconnaissance et d'amélioration de la situation des enfants dans les zones urbaines. Représenter visuellement les informations de manière innovante est un bon moyen d'identifier les lacunes et d'inciter les décideurs locaux à agir.

Le concept de cartographie de la pauvreté est né à Londres il y a plus d'un siècle avec pour objectif de mettre en lumière les différences de niveau de vie en fonction de la classe sociale. L'informatique permet aujourd'hui d'élaborer des cartes interactives simples et des corrélations pour illustrer les informations complexes traditionnellement présentées sous forme de colonnes et de tableaux.

Lorsque les données détaillées sur une province, un district ou une municipalité manquent, les techniques d'estimation à petite échelle permettent d'obtenir des données au niveau infranational à partir des données du recensement national et des informations provenant des enquêtes sur les ménages. Intégrées à des systèmes d'information géographique (SIG), ces estimations produisent des cartes qui montrent les écarts entre les zones urbaines et les zones rurales ainsi qu'au sein même des zones urbaines.

Figure 2.6. Cartographie de la pauvreté à Lilongwe et Blantyre, au Malawi



Les couleurs utilisées indiquent le niveau de pauvreté : plus elles sont sombres, plus le niveau de pauvreté est élevé. (La pauvreté est mesurée sur la base de l'écart moyen entre le niveau réel de bien-être des ménages et le seuil de pauvreté). L'agglomération est délimitée par une ligne noire.

Source : Center for International Earth Science Information Network, Columbia University, *Where the Poor Are: An atlas of poverty*, Columbia University Press, Palisades, N.Y., 2006, p 37, figure 5.5, à partir de données datant de 1997-1998. Plus d'informations sont disponibles sur le site : <www.ciesin.columbia.edu>. Reproduit avec permission.

Le Center for International Earth Science Information Network de la Columbia University a utilisé cette méthode pour mettre en relief les disparités en matière de revenu dans les zones urbaines du Malawi (voir figure 2.6). Cette carte distingue les niveaux de pauvreté, ce qui permet une analyse simple et intuitive de la situation des zones rurales et des zones urbaines ainsi qu'une comparaison entre les deux principales villes du pays : Lilongwe, la capitale, et Blantyre, une ville de taille comparable. Sur cette carte où les teintes plus foncées correspondent à un degré plus élevé de pauvreté, Lilongwe affiche des niveaux de pauvreté moins élevés que Blantyre. Les schémas de paupérisation diffèrent pourtant. Si la pauvreté à Blantyre atteint un niveau plus élevé que dans les zones adjacentes, Lilongwe apparaît comme un centre urbain relativement prospère entouré de régions plus pauvres et englobant sur son propre territoire des poches de pauvreté (zones isolées plus foncées). Cette étude de cas témoigne du caractère variable des schémas urbains.

Un autre exemple est donné par les Observatoires anglais de la santé publique. Les professionnels, les décideurs et le grand public peuvent se servir de cet outil interactif en ligne pour illustrer et analyser 32 indicateurs de profil de santé aux niveaux des districts et des autorités locales. Parmi les

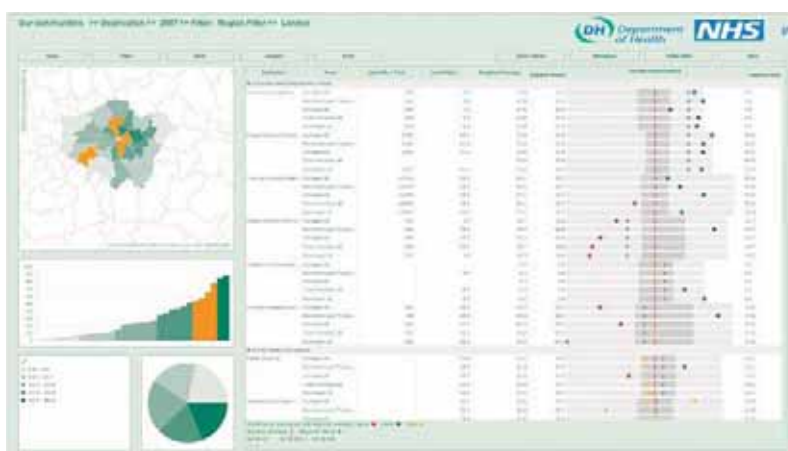
indicateurs spécifiquement axés sur les enfants et les jeunes, on peut citer l'obésité infantile et l'activité physique, les grossesses chez les adolescentes, l'allaitement maternel, les caries dentaires, la pauvreté infantile, l'absence de logement, le niveau scolaire, la criminalité et la consommation de drogue (voir figure 2.7).

Les grandes villes englobent souvent plusieurs districts d'administration locale, ce qui permet de comparer entre eux tous les districts administratifs au sein de la zone métropolitaine. Le Grand Londres est divisé en 32 districts. Les disparités sont particulièrement marquées : 57 pour cent des enfants du district de Tower Hamlets (centre de Londres) vivent dans la pauvreté (soit le pourcentage le plus élevé observé dans un district en Angleterre). Westminster enregistre le taux d'obésité infantile le plus élevé du pays et Southwark, l'un des taux les plus élevés de grossesse chez les adolescentes. En revanche, le district de Richmond upon Thames, dans la banlieue de Londres, affiche des niveaux élevés en matière de santé et de bien-être infantiles et les enfants vivant dans Londres même ont un niveau de santé dentaire supérieur à la moyenne.

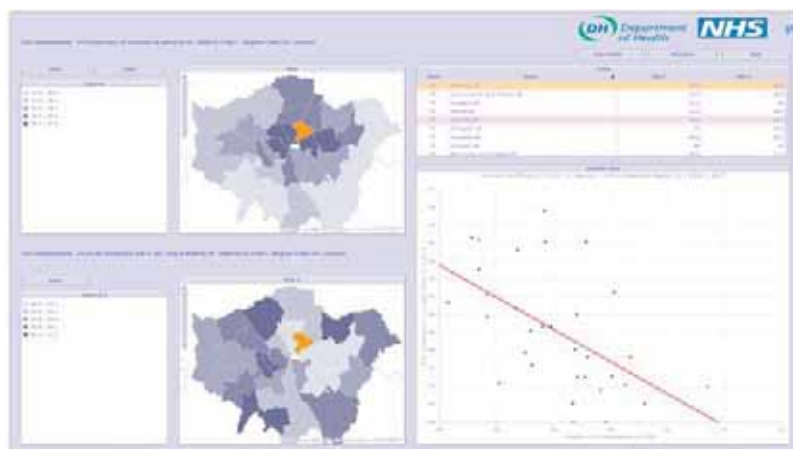
Cet outil permet également aux utilisateurs de corréler des variables telles que la pauvreté urbaine avec différents résultats en matière de santé infantile. Les autorités locales et les services de santé peuvent s'appuyer sur ces informations pour lutter contre les inégalités en matière de santé en ciblant aussi bien les causes que les symptômes. La cartographie des indicateurs urbains de la santé et du bien-être infantiles indique qu'il ne faut pas seulement mettre l'accent sur les disparités dans les pays en développement, mais aussi sur certaines des villes les plus prospères au monde, qui abritent également des inégalités sur le plan des droits et du développement.

Figure 2.7. Cartographie des résultats en matière de santé à Londres, au Royaume-Uni

Les couleurs de la carte à gauche indiquent le niveau de pauvreté. Les districts sélectionnés à des fins de comparaison apparaissent en orange. Le code couleur des feux tricolores dans le tableau à droite montre la performance comparative de chaque zone.



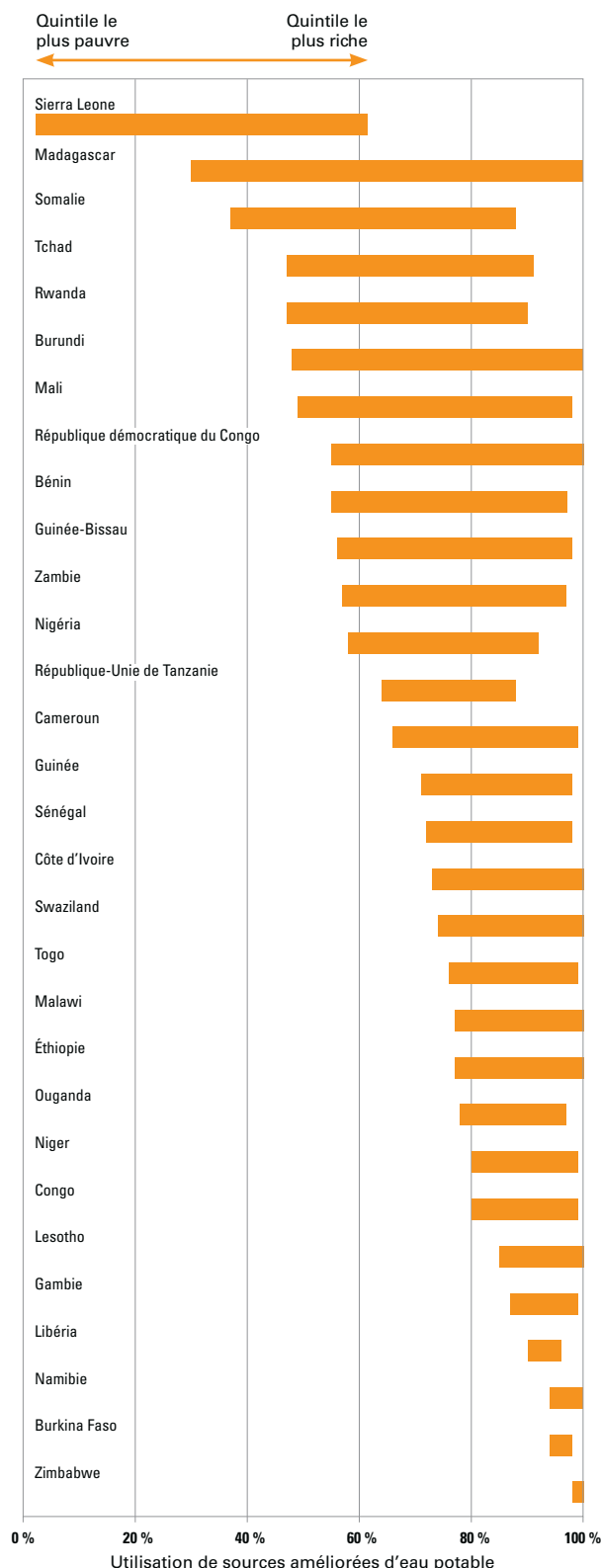
Cet outil fait apparaître les corrélations entre les différents indicateurs. Le diagramme de dispersion ci-dessous indique le lien entre le pourcentage d'enfants qui vivent dans la pauvreté et le niveau d'éducation à Londres. Sur la carte du haut, les couleurs foncées correspondent à des pourcentages plus élevés d'enfants vivant dans la pauvreté. Tout en bas, les zones foncées indiquent de meilleurs résultats éducatifs.



Source : Partenariat des Observatoires anglais de la santé publique. Les captures d'écran proviennent du site <www.healthprofiles.info>. Droit d'auteur de la Couronne 2011. Reproduit avec permission.

Figure 2.8. Les disparités de revenus en milieu urbain entraînent des inégalités en matière d'accès à l'eau

Utilisation de sources d'eau potable de meilleure qualité dans les zones urbaines de certains pays d'Afrique (l'extrémité gauche de la barre indique le niveau d'accès à une eau potable de meilleure qualité du quintile le plus pauvre des ménages urbains et l'extrémité droite, le niveau d'accès pour le quintile le plus riche).



Source : MICS et EDS réalisées dans des pays africains (2004-2006). Les pays ont été sélectionnés en fonction de la disponibilité des données.

La population urbaine jouit dans son ensemble d'un meilleur accès à l'assainissement que la population rurale mais la couverture reste insuffisante par rapport à la croissance démographique urbaine. Le nombre d'habitants des villes pratiquant la défécation à l'air libre est ainsi passé de 140 à 169 millions entre 1990 et 2008⁴⁷. L'impact de cette pratique dans les zones d'habitat urbain densément peuplées est particulièrement préoccupant pour la santé publique. Le surpeuplement et de mauvaises conditions d'hygiène font des bidonvilles des zones à très haut risque pour les maladies transmissibles, notamment le choléra.

Mais même lorsque des équipements sanitaires de meilleure qualité existent, ils sont souvent partagés par un grand nombre de personnes. Le manque d'espace, le statut foncier et certaines considérations financières limitent la construction de latrines individuelles dans les bidonvilles. Les installations publiques sont fréquemment surpeuplées, mal entretenues et contaminées. Bien souvent, aucun dispositif spécial n'est prévu pour les enfants, de sorte que ceux qui veulent utiliser les toilettes communes sont souvent écartés aux heures de pointe. Les filles peuvent notamment être victimes de harcèlement ou d'abus sexuel et souffrir d'un manque d'intimité, surtout lorsqu'elles sont réglées.

Éducation

Dans l'Article 28 de la Convention relative aux droits de l'enfant, les États parties reconnaissent le droit des enfants à l'éducation et s'engagent à « assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances. »

On considère généralement que les enfants des zones urbaines sont avantagés sur le plan de l'éducation. Ils obtiennent de meilleurs résultats dans toute une série d'indicateurs statistiques, ont plus de chances de bénéficier des programmes destinés à la petite enfance, d'être inscrits à l'école et d'achever leur scolarité primaire et secondaire⁴⁸. Les statistiques globales peuvent être trompeuses, comme pour d'autres services sociaux. Les inégalités en milieu urbain compromettent en réalité gravement le droit des enfants à l'éducation⁴⁹. Dans les zones urbaines en proie à la pauvreté, les programmes destinés à la petite enfance sont bien souvent singulièrement absents. Cette situation est d'autant plus regrettable que les premières années de la vie ont un impact profond et durable sur l'avenir d'un individu et, par voie de conséquence, sur la vie de nombreuses personnes.



Quelques-uns des 4 000 élèves de l'école primaire et du collège de Halit Coka, initialement construite pour accueillir 1 000 élèves à Bathore, une colonie de squatters devenue aujourd'hui la plus grande banlieue de Tirana, Albanie.

Développement de la petite enfance

Chez les enfants, le processus d'apprentissage débute bien avant la scolarisation. Il commence dès la naissance, par le biais des interactions qu'ils ont avec leur famille et les personnes qui s'occupent d'eux, de sorte que ce sont pendant les premières années de la vie que les bases de l'apprentissage sont posées. La pauvreté, les problèmes de santé, une mauvaise alimentation et un manque de stimulation au cours de cette période cruciale de la vie peuvent avoir des répercussions néfastes sur l'apprentissage et empêcher les enfants de réaliser tout leur potentiel. D'après une étude, dans les pays en voie de développement plus de 200 millions d'enfants de moins de cinq ans ne parviennent pas à réaliser leur potentiel de développement cognitif⁵⁰.

Il est essentiel de mettre en œuvre des programmes efficaces destinés à la petite enfance dans les communautés urbaines pauvres pour favoriser la survie, la croissance et l'apprentissage des enfants. Ces programmes contribuent au développement cognitif, social et affectif des enfants tout en améliorant leur santé, leur alimentation et leur hygiène. En outre, ils peuvent libérer les mères et les autres femmes en charge des enfants de leurs rôles traditionnels, en leur donnant la possibilité de s'impliquer

dans la sphère publique. Pourtant, même lorsque ce type de programmes existe, tous les enfants n'en profitent pas. Si 25 pour cent des enfants des zones urbaines en Égypte étaient inscrits à l'école maternelle en 2005-2006, contre 12 pour cent dans les zones rurales, seuls quatre pour cent des enfants issus du quintile des ménages urbains les plus pauvres ont eu accès à ce service⁵¹. Cette situation de désavantage dont souffrent les enfants des familles urbaines les plus défavorisées a été observée dans plusieurs pays.

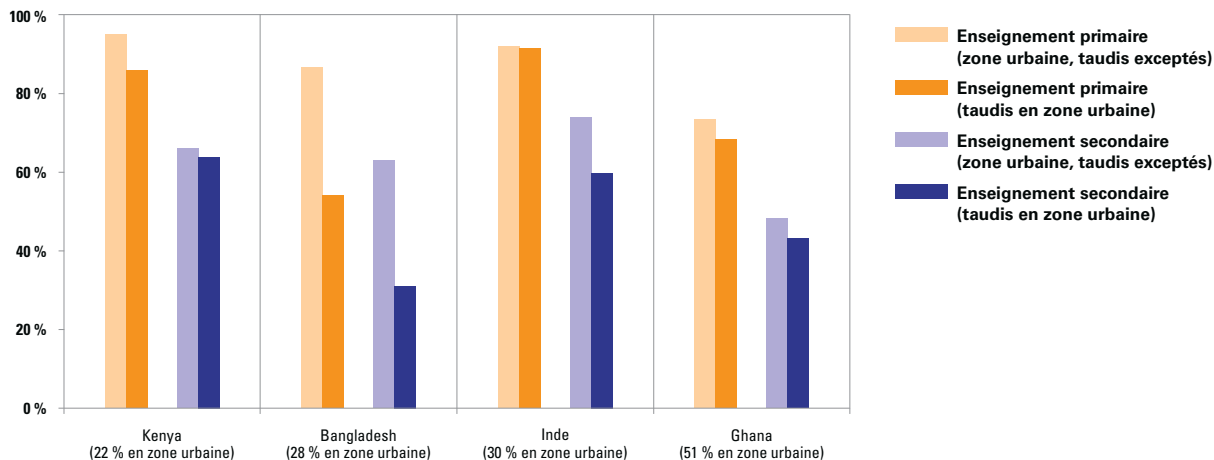
Éducation primaire

Des écarts du même type, qui reflètent, entre autres, les inégalités fondées sur les revenus des parents, le sexe et l'origine ethnique persistent à l'école primaire, malgré les progrès accomplis par plusieurs pays dans le domaine de l'accès universel à l'éducation primaire. En 2008, 67 millions d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire, dont 53 pour cent étaient des filles, n'étaient toujours pas scolarisés⁵².

Si la scolarisation à l'école primaire est généralement plus facile dans les zones urbaines que dans les zones rurales, celle-ci n'en demeure pas moins impossible pour nombre d'enfants grandissant dans la pauvreté, notamment dans

Figure 2.9. La fréquentation scolaire est moins importante dans les quartiers de taudis

Taux nets de fréquentation dans l'enseignement primaire et secondaire au Kenya, au Bangladesh, en Inde et au Ghana



Source : Kenya (EDS 2003), Bangladesh (EDS 2007), Inde (EDS 2005-2006) et Ghana (EDS 2003). Les pays ont été sélectionnés à titre indicatif.

les quartiers de taudis, où l'enseignement public est insuffisant, voire inexistant. Les familles sont souvent confrontées au choix de payer des frais pour inscrire leurs enfants dans des écoles privées surpeuplées de mauvaise qualité ou de les déscolariser.

Dans les pays où l'enseignement primaire est gratuit, les coûts annexes constituent un handicap pour les familles pauvres. Les élèves sont souvent obligés d'acheter des uniformes et des fournitures scolaires ou de s'acquitter de frais d'examen et ces dépenses, prises ensemble, peuvent souvent empêcher les enfants d'aller à l'école. Si les familles de Dhaka (Bangladesh) dépensent par enfant en moyenne 10 pour cent de leurs revenus en frais de scolarité, cette proportion peut atteindre 20 pour cent pour les ménages les plus défavorisés. Une enquête récente menée à Sao Paulo (Brésil), à Casablanca (Maroc) et à Lagos (Nigéria), montre que les frais de scolarité pouvaient représenter plus d'un quart des revenus du ménage pour les familles dans le quintile de revenus le plus bas⁵³.

Les groupes marginalisés, notamment les enfants qui vivent ou travaillent dans les rues, les enfants migrants et les enfants de réfugiés ou de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, font face à des défis spécifiques. Ainsi, dans les villes chinoises, les migrants qui n'étaient pas officiellement enregistrés rencontraient jusqu'à récemment des difficultés pour scolariser leurs enfants⁵⁴. Trop souvent, les enfants perçus comme étant différents, du

fait de leur pauvreté, de leur langue ou de leur sexe, par exemple, subissent des discriminations.

Les réfugiés et les personnes déplacées vivent généralement dans des implantations sauvages situées dans des zones urbaines, et les écoles déjà surpeuplées éprouvent d'énormes difficultés pour faire face à l'afflux d'enfants déplacés. Des éléments indiquent que les déplacements perturbent gravement l'éducation des enfants et que les plus touchés sont, là encore, les enfants qui étaient déjà marginalisés du fait de leur pauvreté, de leur sexe, de leur origine ethnique ou d'autres facteurs⁵⁵.

Les enfants des quartiers urbains pauvres ont moins de chances que les autres d'être scolarisés. Selon une enquête réalisée à Delhi (Inde), le taux de fréquentation scolaire dans le primaire était en 2004-2005 de 54,5 pour cent pour les enfants des taudis, contre 90 pour cent à l'échelle de la ville⁵⁶. Au Bangladesh, d'après des données datant de 2009, les écarts étaient encore plus marqués au niveau secondaire, avec 18 pour cent des enfants des taudis suivant un enseignement secondaire, contre 53 pour cent dans l'ensemble des zones urbaines et 48 pour cent, en milieu rural⁵⁷. On ne saurait non plus tenir les progrès accomplis pour acquis. Si le taux de scolarisation a connu une hausse à la fin des années 1990 dans les zones rurales et urbaines (taudis exceptés) de la République-Unie de Tanzanie, de Zambie et du Zimbabwe, il était en recul dans les taudis en milieu urbain⁵⁸.

La qualité des options de scolarisation accessibles dans les zones urbaines pauvres constitue un autre enjeu important. Si les données ont tendance à concerner en priorité l'accès, la scolarisation et la rétention, elles sont également liées à la façon dont la qualité et les bénéfices de l'enseignement existant sont perçus. Le surpeuplement et le manque d'équipements adaptés tels que des toilettes sont autant de facteurs qui nuisent à la qualité de l'enseignement⁵⁹.

Il est également essentiel de créer des possibilités d'emploi pour les jeunes. Pour beaucoup de jeunes issus des zones urbaines, l'amélioration de l'alphabétisation et du niveau scolaire ne débouchent pas sur des emplois adéquats. À l'échelle mondiale, un grand nombre de jeunes, sans travail et sans école, vivent dans le désœuvrement.

Protection

L'Article 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant oblige les États parties à « [prendre] toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié. » L'Article 32 reconnaît, quant à lui, le droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation économique et à n'être astreint à aucun travail dangereux. L'Article 34 cible l'exploitation sexuelle et l'Article 35, la traite des enfants.

Traite des enfants

Près de 2,5 millions de personnes sont actuellement victimes du travail forcé après avoir fait l'objet de la traite d'êtres humains. Quelque 22 à 50 pour cent d'entre elles sont des enfants⁶⁰. Comme la traite des enfants est généralement cachée, niée ou ignorée, il est difficile de réunir des données exhaustives à ce sujet. Certaines formes de traite d'enfants concernent principalement les zones urbaines, comme le trafic d'enfants à des fins de prostitution ou le trafic ciblant les enfants qui vivent ou travaillent dans les rues.

De nombreux enfants sont emmenés des régions rurales pour être conduits dans les zones urbaines. Une étude datée de 2001 sur les filles de 9 à 17 ans exploitées sexuellement

dans les principales villes de la République-Unie de Tanzanie a constaté qu'une grande partie d'entre elles étaient originaires du centre du pays. Certaines d'entre elles avaient été recrutées comme domestiques et maltraitées au domicile de leurs employeurs. D'autres avaient été directement destinées à la prostitution ou recrutées à cette fin par des pairs⁶¹. Une autre étude indique que la plupart des filles victimes de la traite sont contraintes de se prostituer, comme c'est le cas dans les grandes villes indiennes de Mumbai, Delhi et Calcutta. Dans les villes du Bangladesh, un grand nombre de filles et de garçons sont victimes d'exploitation sexuelle dans des marchés de rue ou des maisons closes⁶².

En Europe de l'Est, les enfants âgés de 13 à 18 ans sont particulièrement exposés à la traite des personnes⁶³. Des éléments indiquent que la pauvreté, l'alcoolisme, les dysfonctionnements familiaux, la toxicomanie, les abus sexuels et la violence domestique augmentent la vulnérabilité des enfants et que les enfants déscolarisés, vivant dans les rues ou placés en institution, sont davantage exposés⁶⁴.

Les enfants qui ne possèdent ni de certificat de naissance, ni de documents officiels d'enregistrement, comme c'est notamment le cas des enfants réfugiés ou déplacés



Une petite fille de cinq ans vend des objets aux passagers du métro de Buenos Aires, Argentine. Elle vend des épingles à cheveux et d'autres articles dans les transports en commun de la capitale depuis l'âge de trois ans.

© UNICEF/NYHQ2011-0219/Sebastian Rich



© UNICEF/NYHQ2007-1166/Shehzad Noorani

Un garçon travaille dans un atelier de mécanique à Herat, Afghanistan.

à l'intérieur de leur propre pays, risquent en particulier d'être victimes de trafics et les autorités ont le plus grand mal à les surveiller et, a fortiori, à les protéger. Si de nombreux pays ont adopté des plans d'action nationaux pour lutter contre la traite des enfants, le manque d'informations statistiques fiables demeure un obstacle important, dans la mesure où la majorité des données ne concernent que le trafic transfrontalier de filles et de femmes destinées à l'exploitation sexuelle.

Travail des enfants

Même lorsqu'ils ne sont pas victimes de trafics, de nombreux enfants sont contraints de travailler pour survivre. On estimait en 2008 à 215 millions le nombre de filles et de garçons de 5 à 17 ans à travers le monde obligés de travailler, dont 115 millions dans des conditions dangereuses⁶⁵.

Certains sont employés à ramasser des chiffons ou à cirer des chaussures, d'autres à servir du thé ou à vendre des cigarettes dans la rue ou encore, comme domestiques ou dans les usines. Une grande partie des enfants concernés est confrontée aux pires conditions de travail, notamment

le travail forcé ou servile, des activités illicites, la lutte armée ou le travail domestique. Ces formes de travail des enfants demeurant largement invisibles, elles sont les plus difficiles à combattre.

Le travail des enfants domestiques est un phénomène principalement urbain et les enfants qui travaillent dans les zones rurales sont surtout employés à des travaux agricoles en tant que membres de la famille non rémunérés. Les travailleurs domestiques, essentiellement des filles, sont isolés et soumis aux caprices et à la discipline arbitraire de leurs employeurs, qui leur font parfois subir de mauvais traitements. La maltraitance sexuelle est monnaie courante mais donne rarement lieu à des poursuites. Les enfants domestiques peuvent également présenter des problèmes psychologiques. Des études menées au Kenya ont ainsi montré qu'ils risquaient plus que les autres enfants de souffrir, entre autres d'insomnie, d'énurésie nocturne et de dépression⁶⁶.

Enfants vivant et travaillant dans la rue

Selon les estimations, des dizaines de millions d'enfants vivent ou travaillent dans les rues des différentes villes du

monde, un chiffre en augmentation du fait de la croissance démographique mondiale, des migrations et de l'urbanisation croissante.

Les raisons qui poussent les enfants à vivre et travailler dans la rue sont multiples. Certaines études portant sur des villes aussi diverses que Dhaka, au Bangladesh, et Moscou, en Fédération de Russie, pointent ainsi, pour beaucoup d'entre eux, les violences ou les mauvais traitements dont ils ont été victimes chez eux ou dans leur quartier⁶⁷. La pauvreté joue également un rôle important. Si aucun foyer n'est à l'abri de la maltraitance, des conflits ou de la négligence, les enfants pauvres et marginalisés ont peu d'alternatives et considèrent souvent la rue comme la meilleure option de fuite⁶⁸.

Si la vie dans la rue les expose à la violence, les crimes commis à leur rencontre ne donnent guère lieu à des enquêtes et rares sont les personnes prêtes à prendre leur défense. En outre, dans les nombreux pays où le vagabondage et les fugues sont interdits, les enfants vivant ou travaillant dans la rue sont bien souvent les principales victimes de cette criminalisation. Des chercheurs, des institutions nationales et des associations internationales

de défense des droits de l'homme ont ainsi mis en lumière les mauvais traitements que la police et les forces de sécurité infligent à ces enfants un peu partout dans le monde.

Le sexe, l'âge, l'origine ethnique et le handicap ont une influence sur l'ampleur et le type des violences auxquelles les enfants des rues sont confrontés et les mécanismes d'adaptation qu'ils développent. Une étude datée de 2000 sur les enfants des rues au Brésil a montré que les garçons couraient plus de risques que les filles de souffrir de la faim et de subir des violences physiques de la part de la police. Les filles, elles, avaient moins recours à la mendicité et davantage tendance à dormir dans les institutions que dans la rue⁶⁹. Une autre étude, réalisée la même année, indiquait que les filles intériorisaient davantage la violence et étaient plus exposées aux mauvais traitements prolongés⁷⁰.

Tous ces problèmes constituent des manquements intolérables aux droits des enfants. Les chapitres suivants examinent plus en détail certaines des difficultés que rencontrent les enfants des zones urbaines et des possibilités qui leurs sont offertes. Ils abordent également les initiatives visant à améliorer leurs conditions de vie dans un monde de plus en plus urbanisé.

Les Objectifs du Millénaire pour le développement

Les huit Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) couvrent un éventail de problèmes allant de la pauvreté et de la faim à l'éducation, en passant par la survie de l'enfant et la santé maternelle, l'égalité entre les sexes, la lutte contre VIH/ SIDA et la mise en place d'un partenariat mondial en faveur du développement. Les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs sont mesurés en fonction de 21 cibles spécifiques.

L'OMD 7 contient l'engagement de préserver l'environnement. La cible 11, qui concerne plus spécifiquement les zones urbaines, vise à améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des taudis. Cette cible est également connue sous le nom d'initiative Villes sans taudis. Outre la dimension environnementale et l'attention particulière accordée aux taudis urbains, l'OMD 7 prévoit de réduire de moitié d'ici à 2015 le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base.

Si l'une des cibles de l'OMD 7 concerne spécifiquement les habitants des taudis, les objectifs doivent être considérés comme un continuum de priorités en matière de développement. Aucune amélioration substantielle des conditions de vie des habitants des taudis n'est possible sans action concertée

pour éradiquer la pauvreté et la faim (OMD 1), garantie d'une éducation primaire pour tous (OMD 2), promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3), réduction de la mortalité infantile (OMD 4), amélioration de la santé maternelle (OMD 5), lutte contre le VIH/SIDA (OMD 6), et mise en place d'un partenariat mondial pour le développement (OMD 8).

Certains éléments donnent à penser que les stratégies nationales concernant les taudis sont en voie d'amélioration dans la mesure où les pays tendent à abandonner des politiques négatives, caractérisées par la négligence, les expulsions forcées ou les réinstallations involontaires au profit de démarches plus positives, axées sur l'engagement communautaire, l'assainissement des taudis et les politiques fondées sur les droits. Depuis la mise en place de la cible 11, en l'an 2000, le nombre d'habitants des taudis dans le monde a cependant augmenté de 60 millions.

Les taudis sont la manifestation physique de l'urbanisation de la pauvreté. Un nombre croissant de citoyens sont pauvres et les inégalités en milieu urbain ne semblent pas s'amenuiser. Les prochains objectifs convenus à l'échelle internationale devront tenir compte de l'ampleur croissante de ce problème.



Défis urbains

Ce chapitre étudie certains des facteurs qui ont un impact sur les conditions de vie des enfants en milieu urbain (raisons de leur installation en ville, expérience personnelle de la migration, défis posés par les chocs économiques, la violence et les catastrophes).

Enfants migrants

Longtemps, les villes ont paru exercer un pouvoir d'attraction magique sur les populations, avec leurs lumières et la promesse d'une vie meilleure. Les images de personnes quittant la campagne pour s'installer en ville perdurent dans l'imaginaire collectif et les migrations continuent de jouer un rôle considérable dans de nombreuses régions. La migration des populations rurales vers les zones urbaines est importante en Afrique de l'Ouest¹, par exemple, et les migrations internationales constituent un phénomène majeur en Europe, en Asie et en Amérique du Nord².

D'un point de vue historique, l'accès aux ressources en milieu urbain n'est pas équitable. À chaque lieu correspond son schéma de vulnérabilité, fruit de préjugés accumulés au fil des ans ou de l'histoire récente³. Les nouveaux arrivants peuvent être délibérément maintenus en marge de la société urbaine afin de dissuader les futurs immigrants. Les migrants, et notamment ceux qui ne possèdent pas de papiers, peuvent se voir refuser l'accès aux services publics, à la protection sociale, voire aux soins médicaux d'urgence. Cette exclusion institutionnalisée peut passer par l'instauration de conditions d'enregistrement pour les travailleurs migrants, qui sous couvert d'offrir des services,

constitue souvent, bien au contraire, un instrument de marginalisation. Loin de donner aux familles de migrants l'accès à des services essentiels tels que l'école, ces critères représentent un obstacle qui empêche les personnes non enregistrées⁴ d'en bénéficier, surtout lorsque la procédure ou le coût de l'enregistrement sont prohibitifs.

La plupart des enfants migrants s'installent en ville avec leurs familles⁵ et accompagnent leurs parents ou les personnes qui s'occupent d'eux venus trouver un emploi ou des opportunités. En Chine, près d'un dixième des enfants, soit 27,3 millions d'enfants, avaient migré avec leurs parents à l'intérieur du pays en 2008⁶. Un nombre considérable d'enfants et d'adolescents migrent toutefois seuls à l'intérieur de leurs pays⁷. Une analyse récente de données provenant de recensements et d'enquêtes auprès des ménages réalisés dans douze pays différents montre qu'un cinquième des enfants migrants âgés de 12 à 14 ans, et la moitié de ceux âgés de 15 à 17 ans, avaient migré sans leurs parents⁸.

Les enfants et les adolescents suivent fréquemment des schémas migratoires bien établis. En Afrique de l'Ouest et en Asie du Sud, où les taux de migration d'enfants indépendants sont particulièrement élevés⁹, la plupart des enfants migrants quittent le domicile familial entre l'âge de 13 et 17 ans. Une grande partie de ces enfants ont grandi dans des zones rurales défavorisées, où les habitants ont coutume de partir à la recherche d'un travail pour compléter les revenus de leur famille, que ce soit chaque année pendant les périodes maigres ou pour des



© UNICEF/NHQ2008-0453/Adam Dean

File d'attente lors d'une distribution alimentaire dans un camp de personnes déplacées après le séisme de 2008 dans la ville de Mianyang, dans la province du Sichuan, Chine.

durées plus longues¹⁰. Rien qu'en Inde, on estime ainsi qu'au moins quatre millions d'enfants migrent de façon saisonnière, seuls ou avec leurs familles¹¹.

Comme pour les adultes, la migration des enfants est le résultat d'une combinaison de facteurs d'attraction et de répulsion. Pour bon nombre d'entre eux, la migration est motivée par l'espoir d'une vie meilleure, que ce soit pour bénéficier d'opportunités économiques ou éducatives, ou tout simplement, pour échapper à la pauvreté. D'autres se déplacent pour des raisons familiales, comme la perte d'un parent ou pour fuir des conflits ou des catastrophes naturelles ainsi que les bouleversements et les pénuries alimentaires qui les accompagnent. Un environnement familial instable ou difficile constitue également un facteur important. Certains enfants peuvent être contraints de partir parce qu'ils sont victimes de négligences ou de mauvais traitements de la part des personnes qui en ont la charge. Dans certains cas, ce départ est une façon pour eux de s'affirmer et de marquer leur indépendance de manière concrète¹². Qu'elles soient forcées ou volontaires, qu'elles concernent des familles ou des enfants seuls, les migrations comportent des risques qui exigent que l'on prenne des mesures de protection adaptées à l'âge des enfants.

Une fois arrivés en ville, les enfants qui se sont déplacés pour aider leur parents sont parfois confrontés à une

détérioration des liens familiaux à mesure qu'ils participent à l'économie urbaine¹³. Quitter le domicile familial peut, dans certains cas, s'apparenter à un abandon des devoirs familiaux et engendrer des conflits avec les parents. Bien souvent, les jeunes qui arrivent dans un centre urbain avec des espoirs de réussite scolaire sont contraints d'y renoncer, parce qu'ils sont obligés de travailler, comme l'ont confirmé différentes études sur le Bangladesh et le Ghana¹⁴.

La qualité de l'enseignement peut également poser problème. En Turquie, comme dans d'autres pays, les écoles des quartiers pauvres ou situés en périphérie urbaine, qui accueillent la plupart des migrants, sont confrontées au surpeuplement et au manque de ressources. À cela s'ajoutent les difficultés liées à l'assimilation de l'afflux de nouveaux élèves de cultures et de langues différentes¹⁵.

Les enfants qui migrent sans être accompagnés d'un adulte sont particulièrement exposés à l'exploitation, aux mauvais traitements et aux trafics¹⁶. Sans réseaux de soutien et de protection, ils peuvent éprouver de très grandes difficultés sur le plan émotionnel. Des dangers du même type peuvent menacer les enfants des populations réfugiées ou déplacées à l'intérieur de leur propre pays fuyant des conflits ou des catastrophes naturelles, ou qui se déplacent avec ces communautés.



UN MONDE À PART

L'isolement des enfants roms

Eugen Crai, Directeur de pays,
Fonds pour l'éducation des Roms, Roumanie

En 2005, les gouvernements de pays d'Europe centrale et orientale ont lancé la Décennie pour l'inclusion des Roms et se sont engagés à « éliminer la discrimination et combler l'écart inacceptable qui existe entre les Roms et le reste de la société. » Cette initiative, qui touchera à sa fin en 2015 et avait pour objectif de mettre un terme aux inégalités historiques dans des domaines essentiels comme l'éducation, l'égalité des sexes et la santé, a abouti à des résultats modestes. Les enfants roms bénéficient encore d'une couverture vaccinale plus faible, avec les conséquences désastreuses que cela implique. Lorsque la Bulgarie a connu une épidémie de rougeole en 2009, 90 % de tous les cas concernaient la communauté rom.

La Roumanie, où, d'après les dernières estimations officielles, vivent plus d'un demi-million de Roms (selon d'autres estimations, ce chiffre peut atteindre 2,8 millions), illustre les difficultés et les possibilités liées aux efforts de lutte contre les inégalités et de promotion de l'intégration. En 2001, le Gouvernement a adopté une stratégie nationale pour améliorer la situation. Dix ans plus tard, seules 13 % des autorités locales avaient mis en œuvre des mesures en faveur des communautés roms. Dès le début, les progrès en matière d'inclusion sociale ont été lents et entravés par la crise économique mondiale, qui a frappé la région en 2008. Avec la montée du chômage, de nombreuses communes ont diminué leurs dépenses sociales.

La pauvreté touche les communautés roms des régions urbaines et rurales de Roumanie, les plus pauvres étant principalement regroupées dans des villes de taille moyenne et des villages importants. Ce qui

caractérise la situation des Roms installés en milieu urbain, ici comme dans l'ensemble de la région, est la séparation qui existe entre eux et le reste de la population et le fait qu'ils vivent, de facto, dans des « ghettos ». Ce problème de « ghettoïsation » est une manifestation physique claire de leur exclusion, qui remonte jusqu'au milieu du XIXe siècle, période à laquelle les lois libérant les Roms après des siècles d'esclavage ont été adoptées. Faute de politiques visant à promouvoir leur intégration, les Roms se sont alors installés à la périphérie des villes, principalement sur des terres vacantes. J'ai pu constater que les communautés roms restaient exclues des programmes de développement des villes, qui, à force de s'étendre, ont absorbé leurs quartiers. Ces communautés restent isolées et beaucoup d'entre elles ne sont pas raccordées aux services publics. L'absence d'habitat permanent, associée à l'absence de documents d'identité peut restreindre considérablement l'accès aux soins, à l'enseignement et à l'emploi. Les expulsions, souvent sans préavis, renforcent cette ségrégation.

Quelle est la vie d'un enfant dans un ghetto de Bucarest ? Prenons Laurentiu, 16 ans, qui vit dans le district de Ferentari, connu pour son importante population rom, ses bâtiments délabrés, sa pauvreté et ses nombreux enfants non scolarisés. À la mort de son père, sa mère l'a abandonné et il a été placé dans une institution publique. Il vit à présent avec sa grand-mère, âgée de 70 ans, et ses cinq frères, dans un appartement qui n'est plus raccordé à l'eau ni au gaz parce que la famille n'arrivait plus à payer les factures. Grandir dans un espace humide, sans gaz pour cuire les aliments ni eau pour se laver, à quelques

mètres des élégants boulevards commerçants de Bucarest, telle est la réalité brutale et contrastée de ces deux mondes côte à côte.

La pauvreté urbaine est particulièrement pénible pour les enfants, qui n'ont pratiquement pas de contrôle sur leur environnement et leur niveau de richesse. Beaucoup d'entre eux ne peuvent aller à l'école et ceux qui y vont rencontrent des difficultés, faute d'un soutien suffisant. Les enfants roms de Roumanie affichent des taux de scolarisation beaucoup plus bas à tous les niveaux d'enseignement, à commencer par la maternelle et nombre d'entre eux sont placés dans des unités d'enseignement spécialisées de façon injustifiée. En 2005, seuls 46 % des Roms âgés de 12 ans et plus avaient été scolarisés pendant plus de quatre ans (contre 83 % pour l'ensemble de la population) et parmi eux, seuls 13 % avaient bénéficié d'un enseignement secondaire (contre 63 % pour l'ensemble de la population).

Les plus chanceux d'entre eux ont bénéficié de l'aide d'ONG, qui fournissent des conseils, un soutien et une aide scolaires, ainsi qu'un lieu où ils peuvent s'exprimer sur leurs difficultés, prendre confiance en eux et améliorer leurs résultats, souvent dans la perspective de l'examen crucial de fin d'études qui a lieu en huitième année, une étape capitale pour l'entrée au lycée ou dans l'enseignement professionnel. Le Fonds pour l'éducation des Roms est une organisation qui œuvre pour changer la vie de quelque 5 000 enfants ou jeunes roms en Roumanie. Mais ils sont si nombreux à être dans le cas de Laurentiu et il reste tant à faire.

Eugen Crai est Directeur de pays du Fonds pour l'éducation des Roms, à Bucarest, en Roumanie. Diplômé en droit de l'Université de McGill, au Canada, il est spécialisé dans le droit relatif aux droits de l'homme, de la législation contre la discrimination et des politiques d'éducation et de plaidoyer en faveur des droits des minorités. Toute sa carrière professionnelle est centrée sur les communautés roms. Ces 14 dernières années, il a ainsi travaillé sur le programme phare de l'Union européenne pour l'amélioration de la situation des Roms en Roumanie et comme responsable de l'éducation et spécialiste des politiques sociales à UNICEF Roumanie.

Des agents actifs et non des victimes passives

Les enfants ne sont aucunement responsables des hiérarchies, des classes ou des castes sociales. Ils naissent dans des sociétés profondément inégalitaires; tout au long de leur vie, ils sont confrontés à des perceptions, des conventions et des stéréotypes sociaux (dont ils peuvent parfois tirer parti). Il est par conséquent facile de ne voir en eux que des victimes de forces échappant à leur contrôle. Pourtant, si l'on prend en compte les motivations et les actions des enfants migrants, il apparaît clairement qu'ils peuvent également prendre leur destin en main.

La décision d'un adolescent de migrer ou de chercher un travail peut renforcer sa capacité à agir et constitue une tentative pour atteindre des objectifs ou affirmer son indépendance. Des études indiquent en effet que malgré tous les dangers et les difficultés auxquels les enfants doivent faire face, la plupart d'entre eux estiment que leur migration a été une expérience

positive, et ce, même si leurs expériences personnelles se sont révélées négatives. Beaucoup d'entre eux voient dans la migration une étape vers leur propre prise en charge matérielle et l'occasion d'accéder à un enseignement supérieur.

Le travail peut également avoir un impact sur le plan de l'autonomisation, surtout s'il leur permet de subvenir à leurs besoins essentiels. Si le travail des enfants est souvent prématuré et synonyme d'exploitation, de dangers et de mauvais traitements, il convient cependant de reconnaître, notamment dans le cas des enfants plus âgés, qu'un travail adapté peut constituer un facteur majeur de développement en renforçant leur amour-propre et en leur permettant d'acquérir des compétences et de lutter contre la pauvreté. La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît le droit des enfants à une autonomie croissante, conformément à l'évolution de leurs capacités.

Plus de la moitié des réfugiés recensés dans le monde vit dans des zones urbaines¹⁷. Si certains ont un statut officiel, nombreux sont ceux qui n'ont légalement pas le droit de s'installer dans des zones urbaines et qui peuvent ainsi se voir interdire l'accès aux services. Les femmes et les enfants de ces réfugiés et demandeurs d'asile urbains risquent d'être victimes de harcèlement, d'exploitation, de la traite d'êtres humains et de violence sexiste¹⁸. Les enfants et adolescents réfugiés ou demandeurs d'asile, notamment ceux qui ne sont pas accompagnés par des

adultes, sont particulièrement vulnérables pendant la phase de réinstallation¹⁹. Les enfants nés de parents migrants peuvent devenir apatrides et être privés des droits de citoyenneté. Les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays peuvent se retrouver sans ressources économiques et apparaître en compétition avec les populations urbaines pauvres pour l'accès aux services sociaux. Pour les communautés d'accueil, les gouvernements nationaux et la communauté internationale, il est, dans ces conditions, particulièrement difficile de mettre en place une réponse efficace.

Les migrations vers les villes ont un impact sur les enfants, même lorsque ces derniers n'y prennent pas directement part. Une grande partie d'entre eux sont laissés au pays et confiés à un parent, de la famille ou à des membres de la communauté, comme c'était le cas de 55 millions d'enfants en Chine en 2008. Cet abandon peut avoir des répercussions très négatives sur le plan physique, éducatif et psychosocial²⁰. Cette détresse n'a pourtant rien d'une fatalité. Une étude de 1998 sur les enfants de migrants philippins en âge d'aller à l'école primaire montre qu'avec une prise en charge suffisante de la famille élargie, la migration des parents ne nuit pas nécessairement au développement de l'enfant, notamment lorsque certaines formes de soutien, comme des formations en puériculture ou des services de conseil sont disponibles²¹.



Petite fille de six ans non accompagnée, dans la ville de Loguatu, dans le district de Nimba, Libéria), où elle est actuellement accueillie par une famille. Elle s'est enfuie de chez elle en Côte d'Ivoire, après les violences survenues lors de l'élection présidentielle de 2010.

© UNICEF/NYHQ2011-0015/Frederic Sautereau

DES STRATÉGIES UTILES DANS LES SITUATIONS D'URGENCE URBAINES

Si tous les enfants sont vulnérables dans les situations d'urgence, certaines réalités exposent ceux qui vivent dans les zones urbaines défavorisées à des risques particuliers.

Dans un premier temps, les épidémies se propagent plus rapidement dans les lieux surpeuplés où les services de santé et les infrastructures d'assainissement font défaut. Dans un second temps, les actes violents commis par les groupes armés, les gangs, les organisations criminelles, les rebelles ou les forces gouvernementales engendrent de l'instabilité et de l'insécurité. Ce sont les enfants et les femmes, également exposés aux violences sexistes, qui en souffrent le plus. Dans un troisième temps, les conflits ou les catastrophes naturelles survenant dans les zones rurales peuvent entraîner un afflux massif de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays vers les zones urbaines, avec un grand nombre d'individus cherchant refuge non pas dans les camps, mais dans des communautés d'accueil dont les infrastructures et les services sont déjà insuffisants. Soumis à une tension extrême, les familles d'accueil et les déplacés sont alors plus vulnérables aux épidémies et aux violences urbaines. Enfin, dans un quatrième temps, les conditions de dénuement préexistantes (habitat inadapté, accès limité à l'eau propre, à l'assainissement, à l'éducation et aux soins de santé) impliquent la nécessité de créer des systèmes de prestation avant que l'aide humanitaire ne puisse atteindre ces individus.

Lorsque des situations d'urgence surviennent dans des zones urbaines marginalisées, les organismes nationaux et internationaux sont confrontés à des menaces pour la santé, la sécurité et le bien-être des enfants. Mais les réponses innovantes testées à Port-au-Prince, en

Haïti, à Nairobi, au Kenya, et à Manille, aux Philippines, ont fait leurs preuves et pourraient être appliquées ailleurs. Les informations sur les communautés vivant dans les bidonvilles sont souvent inappropriées, périmées ou inexistantes, ce qui permet difficilement de localiser les plus vulnérables et ceux qui présentent les plus grands besoins. Il existe pourtant des solutions. À Nairobi, les communautés pauvres détectent les familles à risque et transmettent ces informations aux organismes humanitaires afin que ceux-ci puissent détecter les personnes les plus susceptibles de nécessiter une aide d'urgence.

À Nairobi et à Manille, des systèmes de transfert en espèces ont permis aux bénéficiaires de retrouver une certaine sécurité alimentaire et de recommencer à gagner leur vie. Des comités institués au niveau des communautés ont identifié les plus vulnérables, des organismes ont vérifié ces informations puis des cartes SIM ont été distribuées, permettant aux bénéficiaires d'obtenir de l'argent via leurs téléphones portables.

Toujours à Manille, un système de surveillance et d'alerte avancée mis en place en mai 2010 prévoit la formation des agents de santé afin qu'ils signalent l'incidence de maladies en envoyant des SMS à des plateformes informatiques.

L'identification des bénéficiaires peut s'avérer plus difficile dans les villes où riches et pauvres vivent côte à côte que dans celles où les plus pauvres sont rassemblés dans de grandes zones d'habitation distinctes. Certains groupes, par exemples les immigrants sans papiers, ne souhaitent pas toujours être recensés par crainte que cela n'entraîne des actes de violence politique, des arrestations ou des expulsions. Un ciblage général peut lever ces contraintes,

mais ce dispositif est uniquement susceptible de fonctionner juste après l'éclatement de la crise, lorsque toute la population affectée a besoin d'aide. Les informations, les services et la protection fournis par les centres communautaires de jour peuvent également se montrer utiles.

La pénurie d'eau et d'infrastructures d'assainissement constitue un immense défi dans les environnements urbains pauvres, à plus forte raison lorsqu'une catastrophe fait affluer un grand nombre de personnes dans ces zones. La soudaine multiplication des utilisateurs peut entraîner une contamination de l'eau potable. Des systèmes de toilettes hygiéniques avec des réservoirs pouvant être vidés dans des points d'élimination spécifiques sont en cours d'installation dans les bidonvilles de Nairobi. Le « peepoo bag », un sac d'aisance biodégradable, est une autre innovation. Utilisable comme compost dans les jardins, il ne surcharge pas davantage les infrastructures locales d'évacuation des eaux usées. À Manille, des toilettes surélevées ont été construites afin de résister aux inondations. Dans tous ces cas, la clé de la réussite a été l'implication de la communauté dans la conception et la mise en œuvre des initiatives.

À Port-au-Prince après le tremblement de terre de 2010, ainsi que dans d'autres endroits, des « espaces amis des enfants » ont été créés afin de répondre aux besoins psychologiques et sociaux des enfants et de les protéger du risque accru de violence, d'abus sexuel et d'exploitation qui accompagne les situations d'urgence. Les victimes de violence sexuelle ont fait l'objet d'une attention particulière.

Source : Bureau des programmes d'urgence de l'UNICEF.

Chocs économiques

Les effets de la crise économique qui a ébranlé les capitales financières des pays à haut revenu en 2007 continuent de se faire sentir dans le monde entier avec un fort taux de chômage, une détérioration des conditions de travail, une réduction des revenus réels et des prix élevés et difficiles à prévoir dans les secteurs de l'alimentation et des carburants.

Par rapport à la situation d'avant la crise, le monde comptait 30 millions de chômeurs en plus fin 2010 et leur nombre a continué de croître en 2011²². Les actifs de 15 à 24 ans, dont le taux de chômage est passé de 11,8 pour cent en 2007 à 12,6 pour cent en 2010, sont touchés de manière disproportionnée²³. Des études portant sur les précédentes crises économiques suggèrent que cette génération de jeunes pourrait se laisser gagner par l'indifférence et la désillusion, ce qui aurait des répercussions à long terme sur leur bien-être personnel et collectif²⁴.

Bien qu'il soit difficile d'obtenir des chiffres sur le chômage des jeunes dans les villes, les données disponibles dépeignent une situation inquiétante. Les jeunes qui vivent dans les zones urbaines de Sierra Leone sont plus susceptibles d'être touchés par le chômage que les adultes qui vivent dans ces mêmes zones ou les jeunes qui vivent à la

campagne²⁵. Dans les pays à faible revenu, les statistiques sur le chômage des jeunes sont souvent peu solides, en partie car un grand nombre de ces jeunes travaillent en dehors du secteur formel. Il existe toutefois des indices montrant que la crise a gagné les rangs des « pauvres qui travaillent » (catégorie dans laquelle les jeunes sont surreprésentés²⁶) et freiné les progrès en matière de réduction de la pauvreté, d'éducation et de santé²⁷.

Dans les cas extrêmes, un chômage persistant peut contribuer à créer des troubles civils. Les zones urbaines ont tendance à focaliser ce type d'agitation car la forte concentration de population permet de mobiliser plus facilement un grand nombre de personnes. Les troubles civils potentiels ou effectifs sont un sujet de préoccupation dans beaucoup de villes d'Afrique de l'Ouest, où une très forte proportion de jeunes quittent actuellement les campagnes pour venir en ville²⁸ alors que la croissance des emplois est insuffisante pour absorber cet afflux²⁹.

En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, les jeunes frustrés par l'absence d'opportunités économiques ont représenté une part importante des manifestants impliqués dans la vague de protestation qui a traversé la région au printemps 2011, suite au suicide par immolation d'un jeune diplômé tunisien en décembre 2010.



© UNICEF/NYHQ2009-1449/Peter Wurzel

Des habitants de Manille, aux Philippines, se retrouvent dans la boue et les eaux stagnantes après les inondations causées par la tempête tropicale Ketsana.

FEMMES, ENFANTS, CATASTROPHES ET RÉSILIENCE

Les Philippines sont l'un des 12 pays du monde les plus vulnérables aux catastrophes et au changement climatique. Entre 1980 et 2009, quelque 33 000 personnes ont perdu la vie et 109 millions ont été touchées par des catastrophes naturelles. La vulnérabilité de cette nation vient du fait que 60 pour cent de ses 1 500 municipalités et 120 villes sont situées sur le littoral. Beaucoup d'entre elles, à l'image de l'agglomération de Manille et ses 11 millions d'habitants, sont en partie situées sous le niveau de la mer. La météo devenant de plus en plus difficile et imprévisible, les catastrophes pèsent lourd sur l'avenir du pays.

Au petit matin du 26 septembre 2009, la tempête tropicale Ketsana, appelée là-bas Ondoy, a touché Manille et entraîné les inondations les plus graves depuis 50 ans. Elle a été suivie une semaine plus tard par le typhon Parma, connu là-bas sous le nom de Pepeng. D'après les estimations, environ 220 000 familles des quartiers urbains les plus pauvres ont été particulièrement touchées; elles vivaient dans de fragiles abris au bord de l'eau et dans des zones basses. Ces familles ont l'habitude des typhons. Dès les premiers signaux d'alerte, elles hissent leurs objets domestiques sur les toits et confient leurs enfants à des parents ou amis habitant dans des zones plus élevées. Mais Ondoy a pris tout le monde de court.

Selon une évaluation des besoins réalisée après ces deux catastrophes, Ondoy et Pepeng ont directement touché quelque 9,3 millions de personnes. Près de 1 000 décès ont été enregistrés. On ne sait pas combien de femmes ni d'enfants sont morts ou ont été blessés car les données n'ont pas été ventilées par âge ni par sexe. Toutefois, une équipe spéciale de terrain

chargée de rechercher les enfants portés disparus ou non accompagnés à Manille et ses environs a recensé 47 décès d'enfants et 257 enfants de 6 à 18 ans séparés de leurs familles, disparus ou nécessitant une aide. Plusieurs enfants se sont noyés. D'autres ont succombé à la faim, à la diarrhée, à la dengue ou à des maladies respiratoires.

Les jeunes ont fait preuve de résilience et de créativité. Si leurs téléphones portables étaient intacts, des réseaux de SMS permettaient de localiser les voisins isolés et de guider les secouristes. Confectionnant des bateaux de fortune à partir de n'importe quel objet flottant, par exemple un réfrigérateur sans porte, ils ont transporté les gens en lieu sûr. Ils ont aidé à évacuer les tas de boue et ont déblayé les débris accumulés en les vendant parfois sous forme de ferraille. Beaucoup d'entre eux ont dû quitter l'école pour travailler afin d'aider leurs familles.

L'interruption des revenus des ménages dans une population déjà pauvre a sérieusement affecté la santé et le bien-être des enfants. En difficulté avant même l'inondation, les parents ont dû réduire les portions alimentaires et répartir le peu qu'ils avaient sur plusieurs repas. Les femmes les plus aisées ont partagé leur nourriture avec les moins favorisés et ont proposé de garder les enfants pendant que les mères cherchaient du travail, de l'argent ou des biens de première nécessité. Les mères ont décrit des scènes déchirantes, leurs enfants s'agrippant désespérément à elles dès qu'elles tentaient de quitter la maison plusieurs mois après la catastrophe.

Les femmes ont montré de solides capacités à prendre les choses en charge, particulièrement lors des phases de

relèvement et de reconstruction. En aidant les autres avec ferveur, en organisant des actions communautaires, en trouvant des moyens de gagner leur vie et en exigeant que les autorités locales améliorent les programmes de gestion des catastrophes, elles ont progressivement ramené la population à sa vie d'avant Ondoy. Elles se sont associées aux hommes pour manifester et résister aux tentatives de les déplacer vers des lieux éloignés, expliquant que les moyens de subsistance y étaient rares et que leurs enfants allaient mourir de faim.

En 2011, une nouvelle législation a été adoptée pour se préparer aux futurs désastres liés au changement climatique. Les programmes de gestion des catastrophes ont été renforcés. Ainsi, lorsque le typhon Falcon a entraîné des inondations comparables dans l'agglomération, la ville de Marikina City a ordonné l'évacuation et organisé les secours et l'assistance en temps voulu. La ville de Muntinlupa a récolté les bénéfices de son interdiction des sacs en plastique. La propreté de ses voies d'eau a facilité l'écoulement.

Les avantages complets de ces initiatives arriveront trop tard pour les enfants perdus ou traumatisés par Ondoy. Mais l'amélioration des données des communautés sur l'identité et le lieu d'habitation des enfants, associée à la formation des fonctionnaires locaux et des membres des communautés à une distribution plus efficace de l'aide et à une reconstruction fondée sur les points forts de la communauté offrent un espoir à la prochaine génération.

Mary Racelis

Chercheuse à l'Institute of Philippine Culture et professeur au sein du département de sociologie et d'anthropologie de l'Université Ateneo de Manila, Manille, Philippines

Dans cette région, le chômage est particulièrement élevé chez les jeunes les plus instruits, particulièrement dans les milieux urbains. Pour eux, l'offre d'emplois qualifiés ne correspond tout simplement pas à la demande. L'inverse se produit dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), où ce sont les moins éduqués qui sont le plus durement frappés par le chômage³⁰.

En outre, les plus pauvres sont particulièrement vulnérables aux hausses des prix de la nourriture et du carburant car ils consacrent déjà 50 à 80 pour cent de leur budget à l'alimentation, ce qui laisse peu de place aux médicaments, à l'éducation, aux transports ou au combustible de cuisson. Ces familles peuvent difficilement se permettre de dépenser plus. Pourtant, le déclin des revenus, la réduction des dépenses publiques et la baisse des envois de fonds de la part de leurs parents travaillant à l'étranger limitent encore plus leur pouvoir d'achat³¹. Les gouvernements ont l'obligation de protéger les enfants les plus pauvres et les plus vulnérables des effets néfastes des crises économiques.

Violence et criminalité

La criminalité et la violence touchent des centaines de millions d'enfants vivant dans les milieux urbains.



Ces frères de 3 à 9 ans se tiennent au milieu des ruines de leur maison incendiée, où ils continuent à vivre avec leurs parents après les violences ethniques qui ont ravagé la ville de Jalalabad au Kirghizistan, juin 2010.

© UNICEF/NHQ2010-1241/Ciff Voibe

Certains en sont la cible tandis que d'autres participent ou assistent à des actes tels que des agressions, des conflits communautaires ou des meurtres.

Outre les préjudices directs évidents qu'ils engendrent, la criminalité et la violence peuvent amoindrir la confiance des enfants dans les adultes et l'ordre social. Une exposition chronique à ces phénomènes peut entraver le développement des enfants et a été associée à de mauvais résultats scolaires et une hausse des abandons d'études, à l'anxiété, à la dépression, à l'agressivité et à des problèmes de maîtrise de soi³².

Les conflits armés et les enfants dans les zones urbaines

Depuis la publication en 1996 de *Impact des conflits armés sur les enfants*, le rapport sans précédent de Graça Machel, la communauté internationale focalise de plus en plus son attention sur ce grave problème. Des millions d'enfants ont été tués, blessés, rendus orphelins ou séparés de leurs familles. Des millions d'autres ont été privés d'école en Iraq, au Pakistan et dans d'autres pays en proie à un conflit armé. Le dénuement s'avère souvent pire dans les villes. Ainsi, au Tadjikistan, des chercheurs ont constaté que les taux de scolarisation à l'école primaire sont restés plus faibles dans les zones urbaines qu'à la campagne pendant plusieurs années après le conflit de 1992–1998.

Bien qu'un conflit armé soit différent de la violence quotidienne exercée par les gangs et les activités criminelles organisées, les deux phénomènes se recoupent de plus en plus. Pour s'assurer des ressources, des groupes armés peuvent prendre part à des réseaux criminels de trafic, comme c'est le cas avec le commerce de la drogue en Colombie et en Afghanistan, et avec le trafic de minéraux rares en République démocratique

du Congo. Les gangs urbains, composés pour la plupart de jeunes hommes, peuvent se transformer en milices, comme ce fut le cas avec les West Side Boys qui étaient stratégiquement employés par les combattants de la guerre civile de 1991–2002 en Sierra Leone.

Si les conflits armés ne se limitent pas aux zones urbaines, il est évident qu'une attaque sur un quartier urbain densément peuplé (qu'elle soit menée par des forces gouvernementales, des milices rebelles ou des terroristes) maximise le nombre de victimes, y compris parmi les enfants. Dans certaines situations, les civils sont volontairement visés afin d'augmenter l'impact politique, par exemple lorsque des engins explosifs sont déclenchés dans des zones très actives des villes telles que les marchés. Dans d'autres circonstances, les combattants arguent que des objectifs de guerre plus larges justifient le prix payé par les civils en termes de blessures ou de vies perdues. Quoi qu'il en soit, toutes les attaques dirigées contre des civils, et particulièrement contre des enfants, constituent des violations du droit international relatif aux droits de l'homme.



EXPRIMONS-NOUS !

Section jeunesse du mouvement ATD
Quart Monde, New York

Les habitants du monde entier entendent parler de New York, regardent des films qui s'y déroulent et la voient sur des cartes postales. Ils reconnaissent sa silhouette et ses constructions (l'Empire State Building, la statue de la Liberté ou le pont de Brooklyn) au premier coup d'œil. Mais New York ne se résume pas à ses lumières et à ses gratte-ciel. On y trouve aussi des rues, parcourues par des personnes et, lorsqu'on y vit, on s'aperçoit que New York est une ville comme les autres, remplie d'habitants qui luttent pour joindre les deux bouts.

Les quartiers où nous grandissons représentent un aspect plus rude de cette célèbre grande ville. Dans nos communautés surpeuplées et défavorisées, la pauvreté fait partie de notre vie. Les jeunes incitent leurs amis à quitter l'école et beaucoup d'entre eux finissent en prison ou meurent. Le visage de la pauvreté peut changer d'un lieu à un autre, mais la manière dont elle est ressentie est la même. Cela nous relie aux jeunes des autres villes.

Même si nous vivons dans différentes parties de la cité, nous avons tous participé à des projets de bibliothèques de rue. Il s'agit de bibliothèques d'extérieur installées sur des couvertures par des bénévoles qui apportent des livres et des œuvres d'art dans nos quartiers. Ces bibliothèques sont des lieux de paix où les jeunes et les enfants peuvent travailler ensemble et s'aider mutuellement. La violence étant très présente dans notre vie, ce sont des initiatives importantes. Nous avons dû fuir des barbecues en famille à cause de fusillades et certains de nos professeurs n'essaient même plus d'interrompre les bagarres en classe car ce sont des choses qui arrivent tout le temps.

Les gangs sont l'un des problèmes les plus graves qui touchent nos communautés. Leurs activités rejaillissent sur tout le quartier, provoquent des explosions de violence et des représailles dans nos parcs et affectent toutes nos décisions : nous devons même calculer l'heure et l'endroit où nous allons faire nos courses afin de limiter les risques de confrontation. Notre expérience nous a appris qu'une fois que vous êtes dans un gang, vous êtes fini. La seule issue est souvent la mort.

Tous les jeunes ressentent le besoin d'être respectés et acceptés, mais notre environnement surpeuplé et les changements permanents dans nos vies ne nous permettent pas toujours d'y parvenir. Les gangs offrent une protection et un certain pouvoir qui incitent fortement à les rejoindre. Il est vrai que nos compétences peuvent nous aider à gagner le respect des autres, mais dans les quartiers défavorisés, il est rare qu'on nous offre le soutien et les chances dont nous avons besoin pour développer nos compétences. Le fait que l'appartenance à un gang soit considéré comme la meilleure solution témoigne de la gravité des problèmes de nos quartiers.

La violence dans les communautés pauvres est préoccupante; elle crée un cycle qui maintient les individus dans la pauvreté. Cela étant, la pauvreté extrême est une forme de violence en soi car elle oblige les enfants et les familles à mobiliser une énergie considérable pour défendre leurs droits contre des menaces telles que l'expulsion et la gentrification, qui fait augmenter les loyers et force les familles les plus démunies à déménager souvent. Beaucoup d'entre nous ont ainsi dû s'adapter à des quartiers et des écoles totalement différents. Ces changements sont toujours difficiles et effrayants. Ils sont courants

en ville et peuvent s'avérer très dangereux pour nous. Lorsque quelqu'un arrive dans un nouveau quartier ou une nouvelle école, les autres veulent le tester. Si cette personne échoue, elle devient une cible. Les jeunes qui ne s'intègrent pas sont embêtés, harcelés et même agressés, comme notre camarade Crystal, 17 ans, qui a témoigné auprès d'un groupe d'experts des Nations Unies en 2011. Elle a été agressée par sept filles alors qu'elle se rendait à l'arrêt de bus car elle portait des vêtements de marque populaires dans l'école qu'elle venait de quitter, mais détestés dans sa nouvelle école.

Nous avons tous vécu des expériences de ce genre, mais nous avons appris à les gérer et à aller de l'avant.

Les jeunes comme nous ont un rôle à jouer. Même dans les quartiers difficiles, certaines familles solides et certaines personnes encourageantes ont une influence positive et nous pouvons rechercher ces exemples constructifs pour nous en inspirer. Ces personnes sont des modèles pour tous et nous voulons qu'on nous laisse une chance de changer et d'améliorer les communautés dans lesquelles nous sommes nés. Toutes les injustices que nous avons subies pour avoir grandi dans des quartiers défavorisés nous ont appris qu'il est indispensable d'initier un processus de changement afin de créer des lieux où toutes les familles soient traitées avec respect et dignité.

Parler de nos vies fait partie de ce processus. Ceux qui n'ont jamais vécu ce que nous décrivons ne peuvent pas en parler à notre place. En parlant de nous et de nos expériences, nous exerçons notre liberté d'expression et c'est déjà une étape positive.

Cet essai a été rédigé par Crystal Dantzer (17 ans), Najayah Foote (13 ans), Tatyana Foote (13 ans), Jammie Hatcher (11 ans), Brianna Jeanniton (15 ans), Jadora Lindsey (18 ans), Malcom Smith (14 ans), Shakora Townsend (15 ans) et les jeunes du mouvement All Together in Dignity (ATD) Quart Monde, New York.



Un garçon pousse un chariot dans la ville inondée d'Hyderabad, province du Sindh, au Pakistan.

Les causes de la violence qui touche les enfants dans les zones urbaines sont nombreuses et complexes, mais parmi les principales il y a la pauvreté et l'inégalité. Dans les pays à faible revenu, mais aussi dans ceux à revenu élevé dont les gouvernements pratiquent une certaine austérité sociale, beaucoup de villes possèdent des services publics et des infrastructures communautaires (écoles, espaces de loisirs, etc.) insuffisants. La criminalité et la violence y sont souvent élevées. Le fait d'être privé d'une chose à laquelle on pense avoir droit génère un sentiment d'exclusion et peut entraîner frustration et violence. Une étude portant sur 24 des 50 pays les plus riches du monde a confirmé que les sociétés les plus inégalitaires sont plus susceptibles de subir des difficultés liées à ce type de privation relative, avec de forts taux de criminalité, de violence et d'emprisonnement³³. L'incarcération est un problème en soi car la violence règne dans beaucoup de prisons et de centres de détention.

On sait que dans de nombreuses régions du monde, des gangs urbains composés exclusivement ou en partie de jeunes commettent des crimes tels que l'extorsion, le larcin, la vente ou le trafic de drogue, le vol à main armée, le braquage de voitures ou le meurtre.

En moyenne, les enfants intègrent les gangs autour de 13 ans mais on note que cet âge a tendance à s'abaisser³⁴.

Dans les environnements urbains marginalisés, les gangs peuvent donner aux enfants un sentiment d'identité, d'appartenance et de protection, mais aussi des gratifications financières. Les enfants issus de milieux pauvres, qui grandissent souvent avec peu de perspectives d'échapper au chômage, peuvent n'entrevoir que de faibles possibilités d'assurer leur propre avenir ou d'aider leur famille. Ils abandonnent l'école, déçus par l'incapacité de cette institution à améliorer leur situation. Dans les zones urbaines où l'État ne parvient pas à fournir des infrastructures essentielles telles qu'une eau salubre, l'électricité ou le gaz, des soins de santé, des logements, des dispositifs éducatifs ou une protection juridique, les gangs en profitent parfois pour combler le vide³⁵.

Bien qu'il soit difficile de mesurer l'impact des approches institutionnelles visant spécifiquement à réduire la violence, des programmes de police de proximité (qui impliquent la communauté et prévoient une formation spéciale pour les policiers) ont fait leurs preuves dans des zones urbaines du Brésil, de la Colombie, du Costa Rica et du Guatemala³⁶.

Les stratégies de prévention de la violence qui fonctionnent incluent tous les niveaux de la communauté et établissent la confiance entre ces différents acteurs en créant des liens entre les enfants, les adultes, les écoles, les

institutions, la société civile et le gouvernement local et national³⁷. La protection idéale, bien qu'inaccessible pour de nombreux enfants, est une cellule familiale stable avec des attaches solides entre parents et enfants et des formes non violentes de discipline. Les environnements de ce type contribuent à isoler les enfants d'une réalité urbaine brutale et leur permettent de mieux surmonter leur souffrance psychologique s'ils subissent des violences³⁸.

Les risques de catastrophe

Pour des millions d'enfants, l'exposition à des risques tels que des cyclones, des inondations, des coulées de boue et des tremblements de terre complique et intensifie encore la pauvreté urbaine. Associés à une extrême vulnérabilité, ces dangers peuvent se muer en catastrophes. Si les événements de grande échelle ont une ampleur suffisante pour être considérés comme des catastrophes, d'autres, beaucoup plus nombreux et affectant un nombre bien plus important d'enfants et de familles, sont trop petits ou d'évolution trop lente pour répondre aux critères officiels d'une « catastrophe »³⁹. Ils suffisent malgré tout à bouleverser la vie des gens, apportant des pluies intenses qui inondent les maisons et détruisent les biens, des sécheresses prolongées qui épuisent les réserves d'eau déjà fluctuantes ou des vagues de chaleur qui transforment les habitations mal ventilées en véritables fours.

Depuis le milieu du XX^e siècle, le nombre de catastrophes enregistrées a été multiplié par dix, la majorité de ces événements étant d'ordre climatique⁴⁰. Même les modèles conservateurs prévoient une météo plus contrastée (avec des chutes de pluies plus importantes, des tempêtes plus fortes et des vagues de chaleur plus intenses), augmentant ainsi le poids des catastrophes⁴¹. Les villes situées sur des emplacements vulnérables et présentant des concentrations de plus en plus fortes de personnes et d'entreprises peuvent ainsi devenir particulièrement dangereuses. Proximité de zones résidentielles et industrielles, manque d'espace pour procéder à des évacuations, écoulements insuffisants, potentiel de propagation rapide des maladies transmissibles dû à la forte densité de population : tous ces facteurs peuvent intensifier le risque de catastrophe⁴².

Confrontés à une catastrophe, les enfants sont généralement les plus exposés aux blessures et à la mort. Au cours des dernières décennies, plus des trois quarts des victimes de ces événements ont été des enfants d'Afrique subsaharienne ou d'Asie du Sud⁴³. Les sécheresses, les

inondations et les conditions post-catastrophe augmentent, entre autres, le risque de maladies liées à des problèmes d'assainissement et d'abandon scolaire, particulièrement dans les zones urbaines congestionnées et chez les enfants en bas âge. Avec la hausse des températures, les zones endémiques du paludisme, de la dengue et d'autres maladies à vecteur s'étendent, gagnant par exemple les hautes terres d'Afrique de l'Est⁴⁴. Les enfants, comme les personnes âgées, sont également plus susceptibles de souffrir des effets du stress thermique, particulièrement dans les « îlots de chaleur » urbains. Une étude menée en 2003 à Sao Paulo a montré qu'au-dessus de 20 °C, une élévation d'un degré de la température augmente de 2,6 pour cent la mortalité chez les enfants de moins de 15 ans⁴⁵.

Les catastrophes affectent particulièrement les citoyens défavorisés en raison du lieu où ils vivent, mais aussi parce qu'ils ne bénéficient pas des services et des équipements adaptés pour se préparer à des événements extrêmes ou s'en relever. Les populations urbaines les plus pauvres et leurs enfants s'installent là où ils trouvent de la place ou un loyer abordable avec du travail à proximité, c'est-à-dire souvent dans des taudis bondés ou des implantations sauvages installées dans des plaines inondables, sur des pentes escarpées, sous des ponts ou près de rejets industriels. Les enfants qui vivent dans ces lieux sont exposés à de grands risques car ces populations ont rarement accès aux informations ou aux infrastructures de protection (collecteurs d'eaux pluviales, systèmes d'égouts, remparts maritimes ou routes revêtues) qui peuvent les aider à faire face aux événements extrêmes. Les maisons sont souvent construites dans des matériaux légers qui ne résistent pas aux vents forts, aux coulées de boue, aux torrents d'eau ou aux tremblements de terre.



Un garçon regarde un caniveau jonché de déchets dans la banlieue de Luanda, en Angola. La région manque d'eau courante, d'infrastructures d'assainissement de base et de logements adaptés. Ce caniveau déborde à la saison des pluies.

© UNICEF/NYHQ2011-0140/Graeme Williams



LES DÉFIS DU PACIFIQUE

Tuiloma Neroni Slade, secrétaire général
du Forum des îles du Pacifique

La région du Pacifique est un endroit du monde où la croissance de la population et l'urbanisation sont le plus aggravées par la vulnérabilité au changement climatique et le risque de catastrophe. Cette convergence de problèmes est au cœur du Plan Pacifique, la grande stratégie de développement régional adoptée en 2005 par les dirigeants du Forum des îles du Pacifique afin de promouvoir la croissance économique, le développement durable, la bonne gouvernance et la sécurité. Alors que de plus en plus d'habitants des îles du Pacifique migrent vers les villes, la longue tradition locale d'« abondance de richesses » dans les campagnes décline et les sociétés doivent affronter les nouveaux aspects de la pauvreté urbaine, notamment la sous-nutrition, le chômage des jeunes et la criminalité.

Près d'un quart des habitants des îles du Pacifique vivent dans des centres urbains (contre seulement 8,5 pour cent en 1950) et les populations urbaines sont déjà majoritaires dans la moitié des pays de la région. Si le Vanuatu et les Îles Salomon restent principalement ruraux (à 74 pour cent et 81 pour cent respectivement), les taux de croissance de leurs villes sont parmi les plus élevés au monde. À Fidji, l'urbanisation a été accentuée par la fin des baux fonciers dans certaines régions rurales, qui a poussé les locataires à chercher du travail et un logement en ville. La migration, que ce soit des campagnes vers les villes ou à l'échelle internationale, a entraîné une chute des populations stables qui vivaient dans certaines parties de la Polynésie. La rapidité de la croissance urbaine est particulièrement importante au vu de la géographie des pays qui composent les îles du Pacifique. Par exemple, l'atoll de Tarawa, dans l'État insulaire des Kiribati, compte certaines des îles les plus peuplées

au monde, avec une densité atteignant 7 000 personnes par kilomètre carré dans certaines zones.

Si l'urbanisation touche tous les membres de nos communautés, il est clair que ses multiples conséquences sociales, environnementales et économiques affectent considérablement la vie des enfants et des jeunes. Une étude récente menée par le Secrétariat du Forum des îles du Pacifique et le Centre du PNUD pour le Pacifique, *Urban Youth in the Pacific: Increasing resilience and reducing risk for involvement in crime and violence*, a recensé de nombreux liens entre urbanisation et problèmes sociaux, avec un accent particulier sur l'exposition croissante des jeunes à la criminalité et à la violence. Une autre étude a montré qu'un tiers des enfants de Port Vila, au Vanuatu, vivent dans la pauvreté : un chiffre presque 20 pour cent plus élevé que la moyenne nationale.

Traditionnellement, la terre et la mer ont donné abri et subsistance à des générations d'habitants des îles. Les liens entre les communautés urbaines et l'environnement sont plus ténus. Les habitants dépendent davantage des denrées qu'ils achètent dans les magasins et sont donc plus vulnérables aux fluctuations capricieuses de l'économie mondiale. Les enfants sont alors retirés des écoles, les familles limitent leur alimentation et les problèmes financiers entraînent une augmentation de la violence domestique et de la criminalité des jeunes.

Malgré ces inconvénients, les possibilités qu'offrent les villes attirent les jeunes plus qu'aucun autre groupe. Ils peuvent notamment s'y exprimer par les arts, se forger une nouvelle identité ou encore bénéficier d'un meilleur accès aux technologies, de plus grands réseaux sociaux et de nouvelles

formes de divertissement. Dans le même temps, l'association des taux élevés d'abandon scolaire et de chômage et de l'absence des structures traditionnelles stabilisantes d'appui social expose de nombreux jeunes aux influences néfastes.

Une gestion proactive des défis posés par l'urbanisation aura des répercussions importantes sur le bien-être des enfants et des jeunes, qui sont les principaux acteurs de la réussite future de nos communautés et du maintien de la viabilité de nos environnements. La situation nécessite une approche globale et équitable qui s'attaque en priorité aux problèmes critiques, notamment l'accès à une eau salubre, un logement et l'éducation. Il est également essentiel de mettre au point des stratégies d'atténuation des catastrophes et de préparation dans les zones à forte densité de population. Simultanément, une meilleure compréhension des facteurs d'attraction et de répulsion qui entraînent l'exode de la campagne vers les villes peut nous permettre de concevoir des politiques durables, ciblées et pratiques afin de mieux canaliser le potentiel de nos jeunes dans les secteurs formels et informels.

Les dirigeants du Pacifique doivent se mobiliser avec force pour faire face aux défis de l'urbanisation car si l'on ne traite pas ce qui constitue l'un des problèmes les plus urgents de notre époque, l'image du Pacifique comme une région de paix, d'harmonie, de sécurité et de prospérité économique, où chacun peut mener une vie libre et qui ait du sens, restera illusoire. C'est l'avenir de la prochaine génération qui est en jeu.

Tuiloma Neroni Slade est le secrétaire général du Forum des îles du Pacifique. Il a auparavant occupé de nombreux postes : juge à la Cour pénale internationale de La Haye, aux Pays-Bas, Ambassadeur/Représentant permanent des Samoa auprès des Nations Unies à New York et, simultanément, Ambassadeur aux États-Unis, Haut-Commissaire au Canada, Procureur général des Samoa et Conseiller juridique senior auprès du Secrétariat du Commonwealth à Londres.

En Haïti, on estime que le tremblement de terre de janvier 2010 a détruit 250 000 bâtiments résidentiels et 25 000 bâtiments publics et commerciaux, pour un bilan d'environ 250 000 morts⁴⁶. Les causes sous-jacentes de ce désastre matériel et humain sont multiples. La déforestation massive a dégradé les sols et supprimé les moyens de subsistance des habitants des campagnes, qui ont été forcés de se déplacer vers les villes. Les codes de constructions urbaines étant inadaptés ou mal appliqués, peu de maisons ont été conçues pour résister aux tremblements de terre⁴⁷. (Il reste encore à savoir si la population aurait eu les moyens de se conformer à des normes plus élevées.) Les bidonvilles de Port-au-Prince étaient surpeuplés et leurs systèmes d'assainissement, lorsqu'ils étaient présents, étaient précaires depuis longtemps. Tous ces facteurs combinés ont constitué un lit idéal pour la propagation des maladies après l'événement.

Dans les zones urbaines pauvres, les faiblesses du développement favorisent les catastrophes et inversement, les catastrophes annulent ou compromettent les progrès réalisés en matière de développement, aggravant la pauvreté et creusant encore le fossé social et sanitaire qui sépare les pauvres des riches⁴⁸. Les désastres réguliers et de faible ampleur qui touchent de nombreuses zones d'habitation sont imputables à une carence de gouvernance, de planification et de gestion, et sont souvent le signe d'une vulnérabilité à des catastrophes beaucoup plus importantes.

Le mauvais état de santé et de nutrition des enfants peut augmenter le risque de catastrophe pour eux, les empêcher de se relever et les rendre plus vulnérables aux futures crises si les programmes d'intervention d'urgence ne tiennent pas compte de leur situation.

Les catastrophes peuvent faire voler en éclats l'environnement protecteur des enfants, essentiel à leur bien-être. Les familles restent parfois très longtemps dans des camps d'urgence et ces milieux dysfonctionnels peuvent devenir le seul foyer que les enfants connaissent pendant leurs années de formation.

Dans ce contexte, les jeunes filles sont notamment confrontées à des difficultés particulières. Le simple fait de se rendre dans des toilettes éloignées ou de tenter de se laver dans cette absence totale d'intimité peut les exposer au harcèlement ou à d'autres dangers. Il est fréquent que l'on signale des cas de violence sexiste dans les situations de post-urgence⁴⁹.

Des initiatives visant à réduire le risque de catastrophe ont vu le jour ces dernières années.

Le Cadre d'action de Hyogo, adopté en 2005 par 168 gouvernements, a pour objectif d'améliorer la résilience des communautés et des pays. Par ailleurs, on reconnaît de plus en plus le rôle que jouent les enfants dans le renforcement de leur sécurité et de celle de leurs communautés. Aux Philippines, par exemple, des écoliers ont réalisé un film présentant les dangers auxquels leur communauté est confrontée et l'ont montré aux autorités locales. Suite à ce projet, un dialogue s'est instauré entre adultes et enfants, des arbres ont été plantés afin de réduire les risques de glissements de terrain et une école a été déplacée dans des locaux conçus pour minimiser la vulnérabilité aux inondations⁵⁰.

Des études de cas réalisées aux Caraïbes montrent que les initiatives visant à réduire les risques locaux (en aidant par exemple les communautés à construire des escaliers d'urgence, des ponts, des canalisations d'évacuation et des allées le long des ravins) ont permis de renforcer la gouvernance locale et d'intégrer la réduction du risque de catastrophe dans le développement des villes⁵¹. En Thaïlande, le fait que les victimes d'une catastrophe aient pu prendre en charge les rénovations à l'aide de fonds communautaires partagés a permis de mieux exploiter les ressources, mais également d'améliorer l'organisation collective⁵².

De fait, les approches inclusives se montrent souvent d'une grande efficacité pour résoudre toutes sortes de difficultés. Le chapitre suivant contient des exemples issus du monde entier et couvrant tout l'éventail des problèmes urbains.



Le camp de Pinchinat, installé sur un terrain de football de la ville de Jacmel, a abrité quelque 5 000 enfants et adultes déplacés par le tremblement de terre qui a frappé Haïti en 2010.

© UNICEF/NYHQ2010-0764/Roger LeMoine



Vers des villes dignes des enfants

De nombreuses villes ont mené des initiatives destinées à améliorer le bien-être des enfants. Ce chapitre présente quelques exemples de bonnes pratiques en matière de prestation de services, de protection sociale et d'environnements urbains accueillants pour tous. Ces cas illustrent la myriade de possibilités et d'avantages que présente le fait d'inclure les enfants et leurs intérêts dans la conception et la gestion des villes.

Politiques et collaboration

Les politiques nationales, particulièrement la décentralisation, peuvent permettre aux municipalités d'œuvrer en faveur des enfants. Par exemple, les Philippines ont adopté en 1991 un Code du gouvernement local qui octroie l'autonomie fiscale et administrative aux unités gouvernementales locales et leur confie la gestion de la planification. Cette disposition a permis à un certain nombre de localités, à l'image de Pasay City, une subdivision de l'agglomération de Manille, de mettre en œuvre une gouvernance urbaine favorable aux enfants. Outre la création de programmes et l'évaluation de projets, le Conseil pour le bien-être des enfants de Pasay City, l'organe de réglementation responsable de toutes les initiatives prises en faveur des enfants, soutient des règlements et des budgets pour les enfants, fournit une assistance technique aux agents travaillant dans les communautés et élabore des mesures d'urgence visant à protéger les enfants et leurs familles dans les situations de crise¹.

La collaboration entre les autorités et les organismes de défense des droits de l'enfant peut faciliter ce type d'efforts. En 1999, l'État brésilien du Ceara s'est associé à l'UNICEF pour lancer un programme de certificats de qualité décernés aux municipalités qui incite les maires à promouvoir le bien-être des enfants en utilisant les réseaux culturels, politiques et administratifs locaux. En reconnaissant et en récompensant les réussites, ce programme encourage fortement les autorités municipales à placer le bien-être des enfants et des jeunes parmi leurs priorités. Aujourd'hui, plus d'un millier de communes de tout le Brésil ont adopté cette initiative, ainsi que d'autres pays de la région. Des maires d'El Salvador, notamment, y ont souscrit en 2009. Au Brésil, elle a inspiré la création de la Plateforme pour les centres urbains, qui vise à réduire les inégalités qui affectent les enfants et les adolescents vivant dans les grandes villes.

C'est parfois la communauté elle-même qui prend l'initiative de la collaboration. Shack/Slum Dwellers International (SDI) est une alliance mondiale qui rassemble 34 fédérations nationales d'organisations communautaires dans des pays en développement. SDI représente des associations créées par des habitants pauvres des villes pour œuvrer en faveur d'habitats et de quartiers plus sûrs, pourvus des équipements de base, en dialoguant avec les gouvernements locaux et nationaux. Ce mouvement est fondé sur l'autonomisation des femmes et les intérêts des enfants constituent l'une de ses grandes priorités.

Beaucoup de villes font appel à des approches participatives. Les organisations de la société civile et les institutions communautaires (notamment, entre autres, les lieux de culte) sont souvent plus proches des principaux problèmes que rencontrent les populations les plus exclues. Ces problèmes peuvent avoir trait à l'eau et à l'assainissement, au logement, à la santé, à l'éducation et à la prise en charge des enfants. Dans les milieux urbains dépourvus de moyens formels efficaces de prise de décisions participatives, les organisations communautaires permettent aux citoyens, y compris les jeunes, d'exprimer leurs préoccupations. La difficulté est de faire coïncider les efforts des groupes qui œuvrent pour soulager la détresse des populations urbaines pauvres avec ceux qui s'occupent de protéger les droits des enfants les plus vulnérables.

Planification et gestion urbaines participatives

La Convention relative aux droits de l'enfant consacre le droit des enfants à ce que leurs opinions soient prises en compte pour toutes les questions les concernant. Néanmoins, les enfants sont rarement invités à participer aux décisions qui ont un impact sur la planification et la conception urbaines. Les décisions prises et le mode de gestion des villes sur des sujets tels que la sécurité routière, l'aménagement du territoire et la qualité de l'air peuvent avoir des effets directs néfastes sur la vie des enfants des générations actuelles et à venir.

Une élaboration participative des budgets (dans certaines villes, des jeunes citoyens contribuent à définir l'affectation d'une partie du budget municipal) peut améliorer la condition des enfants². À Ventanilla, au Pérou, un programme pilote lancé en 2008 a permis aux enfants et adolescents, qui représentent une part importante de la population de la ville, de soumettre des propositions afin d'obtenir des financements pour les projets qu'ils choisissent de mettre en œuvre. Les villes brésiliennes ont été parmi les premières à mettre en place cette approche il y a plus de dix ans. Si beaucoup d'entre elles ont conservé le principe d'élaboration participative des budgets, peu continuent d'inclure les adolescents dans ce processus.

Dans certaines villes, des jeunes des quartiers de taudis aident à mener des enquêtes, à documenter et à cartographier leur environnement urbain, générant ainsi des informations essentielles pour leurs communautés comme pour les autorités municipales. Ces initiatives ont aidé à

établir des partenariats avec des organismes d'État qui permettent aux jeunes d'avoir une certaine influence sur la planification, le financement et la gestion des infrastructures urbaines. Le travail de cartographie des communautés réalisé a contribué à identifier les besoins et les ressources au niveau local dans des endroits aussi divers que Calcutta en Inde, Nairobi au Kenya, Karachi au Pakistan et Le Cap en Afrique du Sud.

Les approches participatives ont toutefois leurs écueils. Il peut être difficile de garantir que les enfants les plus exclus sont correctement représentés et une planification rigoureuse est nécessaire pour veiller à ce que la participation ne soit pas symbolique. Le fractionnement de la prestation de services complique encore la coordination. Les organismes responsables de l'eau, de l'assainissement, de la gestion des déchets, de la lutte antipollution ou des transports publics n'accordent pas nécessairement une attention explicite aux enfants en tant qu'usagers et peuvent manquer d'expertise quant aux approches appropriées.

Néanmoins, le volume d'habitants et le dynamisme des échanges sociaux qui caractérisent les environnements urbains peuvent présenter d'unique possibilités pour les enfants. Une ville saine et animée offre de multiples avantages et possibilités en termes d'options d'éducation, de choix sociaux, culturels et récréatifs, d'engagement civique, d'autonomisation des femmes, d'emploi des jeunes, etc. Les jeunes peuvent participer à des modèles de microplanification de l'eau et de l'assainissement au niveau de la communauté ou s'impliquer dans des réseaux de la société civile qui protègent les enfants contre l'exploitation. La participation des enfants peut aider à garantir leurs droits à des services et une protection de base, mais aussi contribuer à leur développement en tant que membres actifs de la société.

Les Villes amies des enfants

L'initiative Villes amies des enfants a créé l'un des modèles les plus efficaces pour impliquer les enfants dans la gouvernance et le développement de leurs communautés. Pour résumer, les villes qui souhaitent devenir «amies des enfants» s'engagent à appliquer les principes de la Convention relative aux droits de l'enfant, en adoptant notamment une approche résolument participative et en intégrant les droits de l'enfant dans leurs budgets et leurs politiques.



RENFORCER LES ENFANTS POUR RENFORCER LA VILLE

José Clodoveu de Arruda Coelho Neto,
maire de la municipalité de Sobral, au Brésil

L'urbanisation constitue un défi supplémentaire pour garantir à tous un niveau de vie adéquat.

À Sobral, une municipalité située au nord-ouest de l'État du Ceara qui compte plus de 188 000 habitants, de gros efforts ont été effectués pour intégrer une population en pleine croissance dans le marché du travail, les écoles, les logements et tous les aspects sociaux et économiques de la vie quotidienne.

Près de 70 000 personnes ont moins de 19 ans, ce qui représente un peu plus d'un tiers de la population de Sobral. En mettant en œuvre des politiques et des services adaptés, nous pouvons contribuer à créer un environnement dans lequel ces jeunes peuvent s'épanouir et se construire des vies saines et enrichissantes.

Si la réalisation des droits de l'enfant fait partie intégrante de notre mission, la réussite de cette opération peut également porter ses fruits à long terme. Les bénéficiaires d'aujourd'hui seront certainement les bienfaiteurs de demain, renforçant ainsi la solidarité et la cohésion des communautés.

Il y a tant à faire. La croissance de la population sollicite les ressources existantes. La pauvreté et l'inégalité créent un sentiment d'impuissance et de frustration conduisant à la criminalité et à la violence, qui sont le quotidien des centres urbains de la région. Tout cela complique encore le processus déjà difficile qui consiste à promouvoir un environnement propice au bon développement des enfants. Les facteurs qui rendent les jeunes particulièrement susceptibles à la violence sont évidents : faible qualité de vie, opportunités limitées de développement et de loisirs, absence de perspectives viables.

Bien entendu, un environnement qui favorise le bien-être des enfants ne se

crée pas avec des actions sporadiques et isolées. Il nous faut une approche politique globale et concertée ainsi qu'une prestation de services complète. Nous avons reçu le certificat municipal de qualité de la part de l'UNICEF pour nos mesures visant à améliorer la vie des enfants et des jeunes chaque fois qu'il a été distribué : en 2000, 2002, 2004, 2006 et 2008.

Sobral mène une série d'initiatives interconnectées destinées à permettre à tous les enfants, quel que soit leur milieu, d'accéder aux outils qui leur permettront de développer pleinement leurs capacités. Nous avons accordé une priorité constante à l'amélioration de l'éducation, principalement en rénovant les écoles et en accompagnant les enseignants de manière continue. Une amélioration des résultats aux tests nationaux est venue récompenser ces efforts. Nous nous efforçons d'élargir l'accès à d'autres modes de formation, par exemple sous la forme d'un partenariat planifié avec le Palais des sciences et des langues étrangères afin de proposer des programmes de langues et d'informatique. Cette initiative s'inscrit dans le prolongement de celles déjà en place, qui fonctionnent bien. L'école de musique offre des cours gratuits à près de 650 élèves, la plupart issus d'écoles publiques, sur divers instruments de musique. L'Atelier des arts et métiers à l'école dispense une formation à des compétences professionnelles telles que la préservation du patrimoine historique de la ville. En outre, plus de 10 000 de nos étudiants participent à des activités sportives extrascolaires et des travaux dirigés dans le cadre de Second Round, un projet du gouvernement fédéral.

Notre municipalité reconnaît également les avantages éducatifs et sociaux du sport, en particulier son rôle dans le renforcement des capacités de décision, du respect de la diversité et de la confiance chez les jeunes. Notre programme social d'initiation

sportive permet aux enfants et aux adolescents de pratiquer des sports en mettant à leur disposition des installations sportives existantes dans tous les districts de la ville. Nous nous sommes par ailleurs associés à des organismes de défense des droits de l'enfant et à des entreprises locales pour promouvoir la participation des jeunes exclus à des ateliers culturels et des programmes de formation. La plupart de ces jeunes sont des adolescents marginalisés par la toxicomanie, une grossesse ou des abus sexuels.

Au-delà des chiffres et des initiatives officielles, les histoires individuelles nous montrent que nos efforts aident les adolescents à prendre des décisions positives, au bénéfice de leurs communautés. Je me souviens d'un jeune homme qui racontait, lors d'une récente réunion d'évaluation sur l'impact des projets, qu'un grand nombre de ses amis avaient été dévastés par la drogue et la criminalité. Contre toute attente, il avait trouvé la motivation pour réussir. Après avoir intégré le programme de formation professionnelle Atelier des arts et métiers à l'école à 16 ans, il était devenu 10 ans plus tard professeur de restauration historique.

De nombreux maires sont confrontés comme moi à ce type de défis et de possibilités. Nous avons tous nos propres points de vue et expériences. Mais certaines motivations sont universelles, notamment la satisfaction de voir des enfants sur la corde raide transformer leurs vies et devenir des modèles pour les autres. C'est la raison pour laquelle je crois au rôle unique du gouvernement local – à Sobral comme partout dans le monde.

José Clodoveu de Arruda Coelho Neto est avocat et professeur. Engagé en politique depuis sa jeunesse, il a été vice-maire de Sobral de 2005 à 2010 et occupe la fonction de maire depuis janvier 2011.

L'OUTIL *URBAN HEART*

Mesurer et traiter les inégalités en matière de santé

La santé des habitants d'une ville reflète l'éventail des conditions de vie en milieu urbain. Malgré la grande disparité des résultats en termes de santé découlant des différentes situations, peu de pays étudient régulièrement ces inégalités à l'intérieur des villes ou entre elles.

L'outil Urban HEART (outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en matière de santé en milieu urbain) aide les responsables politiques, les communautés et les autres parties prenantes au niveau des villes à mieux comprendre les facteurs socio-économiques qui ont un impact sur les résultats en matière de santé. Mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Urban HEART est destiné à corriger les iniquités sanitaires en milieu urbain, c'est-à-dire les différences évitables d'état de santé qui ont une origine sociale et non biologique. Cet outil permet d'identifier et d'adapter les politiques qui perpétuent ces inégalités, par exemple le fait que les enfants issus de familles urbaines pauvres présentent un taux de maladie et de décès plus élevé que ceux nés dans des milieux plus aisés.

Urban HEART fournit aux autorités locales et nationales les données factuelles dont elles ont besoin pour établir des priorités, affecter des ressources et mobiliser les communautés urbaines en faveur de l'équité sanitaire. Le but consiste à déterminer quelles interventions sont susceptibles d'améliorer l'état de santé et à réduire les inégalités. Les données factuelles sont conçues pour mettre en évidence les causes immédiates des maladies, mais aussi leurs origines plus profondes, à savoir les hiérarchies sociales sous-jacentes et les conditions correspondantes dans lesquelles les populations grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

Réduire les inégalités sociales et sanitaires est une tâche complexe. L'outil Urban HEART est axé sur des solutions locales qui impliquent toutes les parties prenantes,

prennent en compte les interventions existantes et se révèlent efficaces et durables.

Il se base sur trois composantes fondamentales :

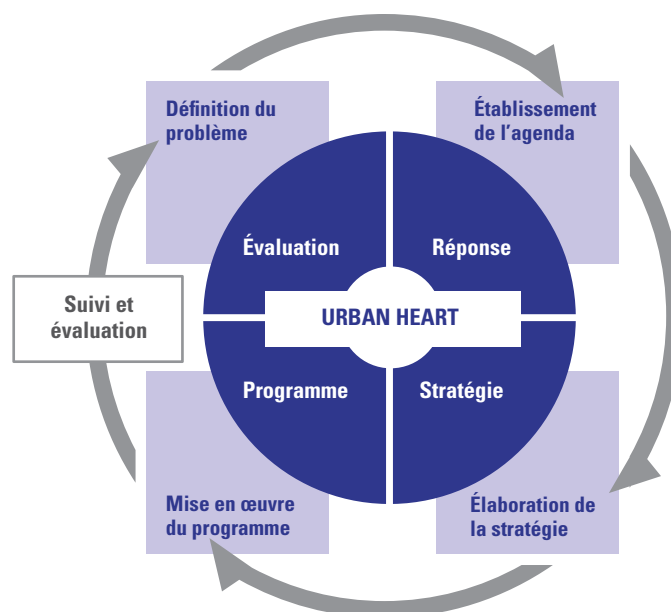
- Des informations solides : les données sont fiables, représentatives et comparables, ventilées par sexe, âge, statut socio-économique, grande région géographique ou administrative et groupe ethnique, le cas échéant.
- Une action intersectorielle en faveur de la santé : des relations sont établies au-delà du secteur de la santé afin d'avoir un impact sur un large éventail de facteurs. Il est notamment important de travailler avec d'autres domaines de l'État (éducation, transports et travaux publics), des groupes communautaires et des organisations non gouvernementales.

- La participation de la communauté : il s'agit d'impliquer tous les membres de la communauté dans tous les aspects du processus, de la planification, la conception et la mise en œuvre des interventions aux mesures destinées à garantir que ces efforts fournissent des enseignements et sont maintenus au-delà de leur phase initiale.

Urban HEART fonctionne selon un cycle de planification et de mise en œuvre qui comprend quatre phases : évaluation, réponse, stratégie et programme. Chaque phase donne lieu à des mesures de suivi et d'évaluation.

La phase d'évaluation permet d'identifier les inégalités sanitaires en milieu urbain. Les données factuelles recueillies à ce stade sont utilisées pour sensibiliser les acteurs, définir des solutions et promouvoir des mesures.

Figure 4.1. Cycle de planification et de mise en œuvre de l'outil Urban HEART



Source : Outil Urban Heart de l'OMS

L'étape de réponse consiste à identifier les réponses adaptées, à désigner les principaux intervenants, à fixer les objectifs et à définir les cibles. Elle offre ainsi l'occasion d'impliquer l'ensemble des communautés et des secteurs concernés dans l'établissement de l'agenda (définition des stratégies, programmes et projets à mettre en place, poursuivre, élargir, modifier ou interrompre afin d'atteindre les objectifs d'équité établis).

Au cours de l'étape de conception de la stratégie, les interventions les plus pertinentes sont mises en avant et budgétisées afin de garantir leur intégration dans le processus d'élaboration de politiques du gouvernement local. La réussite se mesure aux lois, programmes et interventions mis en œuvre.

La réalisation des programmes dépend des ressources et des calendriers définis par les autorités locales. Les programmes du secteur de la santé qui mettent en œuvre des stratégies égalitaires sont complétés par les actions d'autres secteurs favorisant l'équité

sanitaire. Le suivi et l'évaluation concernent le processus comme les résultats.

Indicateurs clés

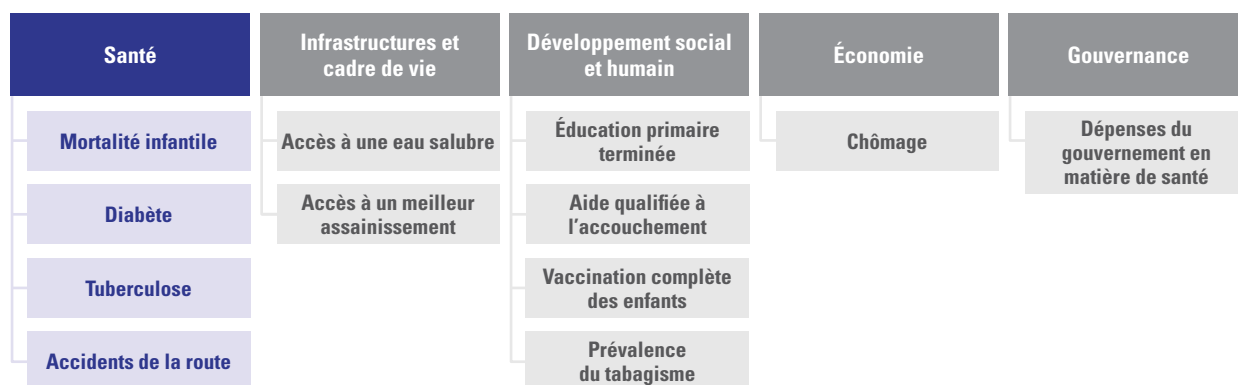
La composante d'évaluation de l'outil Urban HEART se fonde sur des indicateurs mesurant des résultats et des facteurs sociaux déterminants précis en termes de santé pour différents groupes de population en milieu urbain. Ces indicateurs se divisent en deux grandes catégories : les résultats en matière de santé (en bleu sur la figure 4.2) et les facteurs sociaux déterminants de la santé (en gris). Tous les programmes Urban HEART utilisent douze indicateurs clés identiques, ce qui permet d'effectuer des comparaisons entre les villes et les pays. Cet ensemble de base a été sélectionné de manière à dresser un tableau général de la situation sanitaire de n'importe quel milieu urbain en s'appuyant sur les données généralement disponibles, son caractère universel et sa capacité à révéler les inégalités. Les douze indicateurs « clés » sont complétés par des indicateurs « fortement recommandés » et

« facultatifs » afin de fournir une analyse qui réponde aux priorités locales et aux préoccupations spécifiques en matière d'équité sanitaire. Il est conseillé de ventiler chaque indicateur par lieu, sexe, âge et/ou groupe socio-économique.

Intégration d'Urban HEART

Urban HEART est un outil principalement conçu pour améliorer les interventions en cours en s'inscrivant dans les cadres locaux et nationaux de planification et de programmation en matière de santé déjà en place. Les solutions choisies pour favoriser l'équité sanitaire doivent être axées sur les résultats, économiques et opportunes; utiliser les ressources locales disponibles, le cas échéant; garantir un soutien élargi au sein des communautés touchées et être en accord avec les priorités nationales. Les stratégies d'intervention incluent l'intégration de la santé dans la planification et le développement urbains, le renforcement du rôle des soins de santé primaires en ville et la promotion de l'équité en matière de santé.

Figure 4.2. Les douze indicateurs clés



Urban HEART est un outil mis au point par le Centre de l'OMS pour le développement sanitaire de Kobe, au Japon (Centre de l'OMS de Kobe), en collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS et des représentants de l'État aux niveaux municipaux et nationaux du monde entier. Au total, 16 municipalités et 1 État de 10 pays (Brésil, Indonésie, Iran (République islamique d'), Kenya, Malaisie, Mexique, Mongolie, Philippines, Sri Lanka et Viet Nam) ont participé au programme pilote.



LA TRAITE D'ENFANTS DANS NOS VILLES

Protéger les exploités dans les Amériques

Ricky Martin, Ambassadeur itinérant de l'UNICEF

On estime que 2,5 millions de personnes dans le monde sont forcées à travailler. Entre 22 et 50 pour cent des victimes de cette traite sont des enfants. L'ampleur exacte du problème est difficile à déterminer en raison de la fluctuation des définitions et du caractère clandestin de cette activité. Nous savons que la traite d'enfants s'effectue généralement des campagnes vers les villes et que les formes d'exploitation dont ils sont l'objet (la servitude domestique, l'exploitation sexuelle en lien avec le tourisme et le convoyage de drogues, pour ne citer que quelques exemples) sont plus répandues dans les lieux très peuplés et dans les rues.

Les activités de traite sont le plus souvent niées ou ignorées, même si, selon certaines estimations, le travail forcé génère 32 milliards de dollars É.-U. de bénéfices annuels dans le monde. Les enfants qui en sont victimes s'affairent derrière les murs de maisons privées, de chambre d'hôtels ou d'ateliers clandestins – des lieux obscurs dont la plupart ne parlent jamais par crainte d'être poursuivis ou, pour ceux qui ont été amenés depuis un autre pays, expulsés.

C'est un séjour en Inde en 2002 qui m'a incité à rejoindre le combat contre la traite. En 2006, j'ai lancé *Llama y Vive* (Appelle et vis), une campagne qui a permis la mise en place et la promotion de numéros téléphoniques d'urgence destinés à la prévention et à la protection des victimes. Première initiative de ce genre dans la région, cette campagne s'est enracinée au Costa Rica, en Équateur, au Mexique, au Nicaragua et au Pérou, ainsi que dans la communauté hispanique de Washington DC.

À Porto Rico, ma patrie d'origine, je me suis associé à l'Université de Porto Rico et au Protection Project de l'Université Johns Hopkins pour réaliser la première étude concernant la traite dans la région. Nous avons notamment découvert que malgré l'adoption de la Loi pour la protection des victimes de traite par les États-Unis en 2000, il n'existe aucune législation locale complète pour lutter contre ce crime à Porto Rico.

Les témoignages que nous avons recueillis étaient déchirants mais ils nous ont permis de formuler des recommandations visant à mettre fin à cette terrible menace qui pèse sur nos enfants et nos communautés. L'un des fruits de ces recommandations sera la construction d'un espace protégé à destination des enfants et des jeunes dans la petite ville littorale de Loiza, où les cas de traite sont nombreux.

Pour combattre efficacement ce fléau, nous devons commencer par établir une définition universelle de la traite. Il faut distinguer la traite d'enfants du trafic d'êtres humains et des activités de crime organisé. Cela nous aidera à générer des données plus spécifiques qui serviront de base aux politiques visant à protéger les enfants. Une meilleure information permettra également de garantir que la population en général, et les responsables politiques en particulier, sont conscients de tous les aspects du problème. Il s'agit d'un facteur essentiel pour mobiliser un soutien politique en faveur d'une législation et de mesures concrètes appropriées de lutte contre la traite.

Des lois anti-traite efficaces doivent être promulguées en relation avec le travail effectué par les bureaux de protection locaux. Pour ce faire, les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les organismes multilatéraux doivent d'urgence collaborer afin de sensibiliser la population, mettre en œuvre des programmes globaux d'orientation et de formation à l'attention des organismes chargés de l'application des lois et élaborer des systèmes efficaces pour protéger les enfants et pour poursuivre et punir les auteurs de crimes.

Au final, c'est à nous qu'incombe la responsabilité d'aider les victimes de la traite. Nous devons faire notre maximum pour créer un environnement sûr qui permette aux victimes de sortir de l'ombre, en dépit des difficultés que cela pose. Il faut revoir les politiques afin que les victimes de traite identifiées ne soient pas poursuivies ni expulsées. Une aide doit leur être apportée afin de favoriser leur réinsertion, notamment en recherchant éventuellement leurs familles. Certaines de ces actions ont déjà été initiées au niveau national et international.

Les silencieux et les invisibles sont faciles à oublier, particulièrement lorsqu'ils sont perdus dans la masse de villes surpeuplées. C'est pourquoi nous devons renforcer et développer des solutions efficaces pour placer la traite des enfants au premier rang des priorités. Les mesures que nous prendrons maintenant nous aideront à traiter les causes profondes de la traite, à assurer la sécurité des enfants et à défendre leur droit à la protection et au développement social.

Détenteur de plusieurs Grammy Awards, artiste de renommée internationale et Ambassadeur itinérant de l'UNICEF depuis 2003, Ricky Martin a créé la Fondation Ricky Martin afin de promouvoir le bien-être des enfants sur toute la planète.

Le suivi des améliorations du bien-être des enfants au fil du temps est une composante importante de l'initiative. Les méthodes d'évaluation traditionnelles se sont parfois révélées insuffisantes pour mettre au jour les différences qui existent en termes de bien-être des enfants entre les divers quartiers d'une ville. Pour garantir un progrès équitable, il est essentiel de réaliser un suivi et une évaluation plus rigoureux, en permettant aux enfants et aux communautés de jouer un rôle accru dans la collecte et l'appropriation des données. Pour répondre à ces besoins, l'initiative Villes amies des enfants et Étude des communautés a débouché sur la mise au point d'un ensemble d'indicateurs et d'outils visant à réunir un plus large éventail de données ventilées, augmentant ainsi le sens de l'engagement des communautés dans les processus de planification locaux. La méthodologie utilisée s'appuie sur l'expérience de neuf pays représentatifs de différents contextes géographiques, socio-économiques et culturels : le Brésil, l'Espagne, la France, l'Italie, la Jordanie, le Maroc, les Philippines, la République dominicaine et le Soudan³.

De nombreuses villes de toutes tailles créent des conseils des enfants afin de les impliquer dans la gouvernance. La République dominicaine a perfectionné ce concept : là-bas, tous les écoliers des Villes amies des enfants participent à l'élection des membres du conseil des enfants, ce qui permet de les initier aux droits du citoyen. Les enfants peuvent également contribuer directement aux décisions qui concernent leur vie quotidienne en prenant part à la gestion des écoles et des structures d'accueil des jeunes enfants, à la planification et à la conception des espaces de loisirs de la communauté, à l'évaluation et à la surveillance du cadre de vie de leur quartier et au fonctionnement des organisations pour les enfants⁴.

Non-discrimination

Le droit à la non-discrimination est l'un des quatre principes fondamentaux de la Convention relative aux droits de l'enfant. Garantir que tous les enfants sont traités de manière égale, sans distinction de race, d'origine ethnique, de langue, de religion, de sexe ou autre, est une priorité absolue. Pour certains enfants, par exemple ceux porteurs de handicap, il peut être nécessaire de prendre des mesures supplémentaires pour assurer qu'ils bénéficieront des mêmes chances que les autres.

Dans le contexte urbain, créer un environnement accueillant pour tous nécessite de se pencher sur deux

grands problèmes : l'espace et les transports. Les villes doivent être conçues pour minimiser les obstacles sociaux et structurels auxquels se heurtent les enfants atteints de handicap. L'amélioration de l'accès physique aux services, par exemple en construisant des rampes pour les fauteuils roulants, n'est que le point de départ d'une stratégie qui doit tout mettre en œuvre afin de garantir l'égalité d'accès pour tous les enfants handicapés et traiter les causes de la marginalisation sociale. Les initiatives les plus efficaces sont souvent celles qui permettent aux enfants porteurs de handicap de communiquer et jouer avec leurs camarades valides, notamment dans les classes et les environnements de loisirs.

À Bangalore, en Inde, des parents d'enfants handicapés se sont aperçus qu'aucun des parcs et aires de jeux de cette « ville jardin » n'était accessible aux enfants porteurs de handicaps physiques. Ils ont donc fondé l'organisation non gouvernementale Kilikili afin de créer des espaces de jeu de quartier qui profitent à tous les enfants, quelles que soient leurs capacités, et d'impliquer les enfants dans le processus de conception. Le succès de cette initiative a débouché sur l'établissement d'un partenariat avec la municipalité de Bangalore⁵.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres qui précèdent, si les milieux urbains offrent souvent plus de services que les campagnes, les enfants issus des familles les plus pauvres ou des communautés marginalisées ne bénéficient pas toujours d'un accès égal à ces services. Les enfants qui grandissent dans les environnements urbains, particulièrement ceux atteints de handicap, ceux de sexe féminin ou ceux qui vivent dans la rue ou appartiennent à une minorité, peuvent avoir besoin d'une protection spécifique.

Nutrition et faim

A Korogocho, une implantation sauvage de Nairobi, la capitale kenyane, où s'entassent environ 200 000 personnes, l'extrême pauvreté associée à la carence des services fondamentaux compromettent la santé et le développement des enfants. Le programme de nutrition de Korogocho comprend une série d'interventions peu onéreuses, notamment le traitement de la malnutrition, l'administration de suppléments en vitamine A et de vermifuges ainsi que la promotion de l'allaitement maternel et de meilleures pratiques d'hygiène.

L'INITIATIVE « VILLES AMIES DES ENFANTS »

Quinze ans de travail d'avant-garde

Près de la moitié des enfants du monde vivant aujourd'hui dans des villes, les urbanistes et les responsables politiques doivent accorder une attention particulière aux droits et aux intérêts de ce groupe de population. L'initiative Villes amies des enfants (IVAE), lancée en 1996 par l'UNICEF et le Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), est le premier partenariat multipartite qui place les enfants au cœur de l'agenda urbain.

Répondre aux besoins d'une population urbaine en pleine croissance pose de grands défis aux municipalités. Coïncidant avec le renforcement de la décentralisation et s'inscrivant dans le cadre des efforts visant à consolider la gouvernance, cette initiative s'appuie sur le fait que la participation des communautés aux processus de décision soit mieux acceptée pour promouvoir la prise en compte des droits des enfants au niveau local.

Le Secrétariat international de l'IVAE a identifié neuf composantes essentielles pour les administrations locales qui souhaitent devenir « amies des enfants » :

1. Une participation des enfants à tous les stades de la planification et de la mise en œuvre
2. Une législation favorable aux enfants
3. Une stratégie en matière de droits de l'enfant
4. Un mécanisme ou un organisme de coordination pour les enfants
5. Une évaluation de l'impact des politiques et des programmes sur les enfants
6. Un budget et des ressources consacrés aux enfants
7. La production régulière d'un rapport sur la situation des enfants dans la ville
8. Des mesures de sensibilisation et de renforcement des capacités concernant les droits de l'enfant
9. Un plaidoyer indépendant en faveur des enfants

Si ces composantes sont indispensables à l'élaboration de programmes et à un plaidoyer en faveur des enfants, une ville ne devient réellement « amie des enfants » qu'en s'engageant à mettre en œuvre les droits de l'enfant sur le long terme.

L'approche des Villes amies des enfants peut être adaptée à divers contextes. Dans les pays à revenu élevé, l'accent a été principalement mis sur la planification urbaine, des environnements sûrs et verts et la participation des enfants. Les pays à faible revenu ont plutôt accordé la priorité à la prestation de services en matière de santé, de nutrition, d'éducation et de protection de l'enfance. L'éventail des initiatives Villes amies des enfants s'étend d'efforts isolés (comme à Amman, en Jordanie) à des réseaux nationaux (comme en France). Face au potentiel de promotion d'une gouvernance axée sur les enfants au niveau local, on assiste actuellement à une extension des approches de ce type au-delà des grandes villes pour atteindre même les campagnes, comme au Maroc et au Soudan.

Le mouvement Villes amies des enfants se caractérise par ses approches intégrées à plusieurs niveaux. Au Brésil, les Plateformes pour les centres urbains favorisent la synergie entre les autorités municipales et étatiques ainsi que les autres parties prenantes afin de réduire les inégalités socio-économiques qui touchent les enfants des plus grandes villes. Les enfants et les autres membres de la communauté évaluent les conditions de vie des enfants et élaborent un plan d'action qui inclut des indicateurs de performance pour les communautés et les municipalités.

Aux Philippines, le mouvement Villes amies des enfants a mis au point un mécanisme d'accréditation pour les communautés urbaines et les municipalités qui permet de mesurer les améliorations selon 24 indicateurs prioritaires du bien-être des enfants

dans les domaines de la protection, la santé, la nutrition, l'éducation, l'eau, l'assainissement et la participation.

En l'absence d'un mécanisme d'évaluation formel, les bénéficiaires de l'IVAE peuvent se démontrer par l'exemple. En 2005, on a déterminé que les autorités locales brésiliennes titulaires du certificat de qualité de l'UNICEF étaient parvenues à réduire la mortalité infantile de 16,4 pour cent (contre 12,1 pour cent ailleurs) et la mortalité néonatale de 8,5 pour cent (contre 1,6 pour cent ailleurs), tout en augmentant l'accès des jeunes enfants à l'éducation de 56 pour cent à 63,5 pour cent.

Le soutien à une programmation et une planification urbaines favorables aux enfants est un modèle de gouvernance fondé sur les droits de l'homme qui incarne les principes de la non-discrimination, de la survie, du développement et de la participation consacrés par la Convention relative aux droits de l'enfant. Les enfants sont reconnus comme des détenteurs de droits qu'il convient d'impliquer dans la planification comme dans la mise en œuvre des mesures qui les concernent. En renforçant la visibilité des groupes rejetés et en offrant à tous les enfants une plateforme qui garantit la prise en compte de leurs besoins et de leurs droits, l'approche Villes amies des enfants contribue à une réalisation équitable des objectifs de développement.



Un pair éducateur explique comment prévenir l'infection au VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles à Barangay Don Carlos, un quartier pauvre de Pasay City, dans l'agglomération de Manille aux Philippines.

Le développement d'activités agricoles en marge des zones urbaines (sur des terrains abandonnés, des parcelles communautaires ou des toits, dans des sacs, des bacs, etc.) constitue un moyen de plus en plus important de renforcer la sécurité alimentaire et de générer des revenus. En 2001, environ la moitié de la nourriture consommée à Hanoï, au Vietnam, provenait de cultures urbaines⁶. Ces plantations présentent d'ailleurs d'autres avantages : la présence d'arbres et de plantes cultivées améliore la qualité de l'air des villes et contribue à créer un environnement plus sain et plus vert pour les enfants⁷.

Santé

La Global Equity Gauge Alliance (Alliance mondiale de l'équité sociale) est une initiative internationale conçue pour corriger les inégalités sanitaires en milieu urbain. Par exemple au Cap, en Afrique du Sud, les communautés et les agents de santé ont été impliqués à tous les stades d'un projet visant à réaffecter le personnel médical, mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé dans les écoles et piloter l'installation de toilettes sèches dans les quartiers informels⁸.

Dans le quartier de San Juan de Lurigancho, au sein de l'agglomération de Lima au Pérou, le projet Lever la voix

pour la santé procréative s'attache à améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé procréative pour les adolescentes et les jeunes, dont la plupart sont des autochtones migrants, en demandant conseil aux intéressés quant à la meilleure manière de fournir ces services⁹.

VIH et SIDA

L'implication des jeunes est un facteur de réussite essentiel dans la prévention du VIH. Prenons l'exemple de *Shuga*, une fiction télévisée produite et tournée à Nairobi, au Kenya. L'intrigue met en scène de jeunes Kenyans vivant en milieu urbain confrontés à des sujets tels que l'abus d'alcool, les comportements sexuels à risque, la stigmatisation et le VIH. Une évaluation des téléspectateurs (des adolescents et des jeunes) a permis de déterminer que des programmes médiatiques de qualité peuvent constituer un bon moyen d'instruire les populations et de promouvoir des pratiques sûres¹⁰.

Le projet Brésil actif est destiné à protéger les enfants qui vivent ou travaillent dans la rue et présentent ainsi un plus grand risque de contracter le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles. Ces enfants sont particulièrement exposés au viol, à l'exploitation sexuelle et à la toxicomanie. Mettant un terme à un long historique

de maltraitance, ce projet associe des organisations non gouvernementales (ONG) locales à la création d'espaces sûrs, de possibilités de divertissements et de mesures de prévention du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles pour ces enfants et adolescents marginalisés dans les villes de Recife, Rio de Janeiro et Salvador. Les ONG échangent également des pratiques optimales et militent pour une modification des politiques publiques afin de prévenir l'infection au VIH chez les enfants qui vivent et travaillent dans les rues.

Eau, assainissement et hygiène

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 1 dollar É.-U. dépensé pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement génère au moins 5 dollars, et parfois même jusqu'à 28 dollars de bénéfices économiques selon les conditions locales. En outre, investir dans la promotion de l'hygiène, l'assainissement et les services d'eau constitue l'un des moyens les plus économiques de réduire la mortalité infantile¹¹.

Bien entendu, il est urgent de renforcer les investissements en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les villes comme dans les campagnes. Bien que comparative-ment meilleure, la situation de l'eau et de l'assainissement en milieu urbain se dégrade car les capacités ne suivent pas le rythme de croissance de la population.

Il convient d'accorder une attention particulière à l'extension des services aux quartiers de taudis et implantations sauvages. Les frais d'utilisation, le cas échéant, doivent rester modérés afin de ne pas exclure les plus pauvres.



Une femme autochtone du peuple Wayuu tient dans ses bras sa fillette nouveau-née à Maracaibo City, dans l'État de Zulia, en République bolivarienne du Venezuela. La famille participe au programme *Trio por la Vida* du ministère de la Santé, qui promeut l'enregistrement des naissances, l'allaitement et la vaccination.

Il est également important de mettre en place des stratégies d'adaptation au changement climatique, notamment des plans de réduction des risques naturels et des mesures visant à renforcer la résilience des infrastructures.

Éducation

Il est absolument essentiel que les enfants pauvres et exclus aient accès à une éducation de qualité, y compris dans les quartiers de taudis et implantations sauvages. D'autres types de formation, par exemple des enseignements professionnels, peuvent se révéler particulièrement intéressants pour les adolescents cherchant à assurer leur future source de revenu en milieu urbain. Qu'il s'agisse de cours en classe ou sur le terrain, d'apprentissages ou de formations à des compétences spécifiques telles que les langues ou l'informatique, les initiatives professionnelles doivent s'attacher à renforcer l'employabilité des jeunes.

Les programmes d'apprentissage accéléré constituent une solution pratique pour les enfants qui ont interrompu leurs études, en raison d'une situation d'urgence ou d'autres circonstances. Ces programmes offrent aux élèves l'occasion de suivre un cursus certifié basé sur leurs compétences et non sur leur âge ou leur niveau d'étude précédent.

Au Bangladesh, le programme Éducation de base pour les enfants des villes qui travaillent et sont difficiles à atteindre dispense une formation rudimentaire de qualité et non formelle à la lecture, au calcul et aux aptitudes à la vie quotidienne. Près de 200 000 enfants de six villes ont pu en bénéficier entre 2004 et 2011. Selon les évaluations réalisées, ce projet a développé des contenus et des supports d'étude efficaces, appropriés et adaptés aux besoins des enfants, qui leur ont permis de lever les obstacles de leur environnement et de recevoir une éducation de qualité. Il constitue un modèle utile pour les initiatives similaires menées ailleurs.

Le Club des enfants qui travaillent de Biratnagar, au Népal, est un exemple de réseau de soutien social, créé par des enfants et des jeunes, basé sur le partage d'expériences éducatives. Ce sont des diplômés du programme d'éducation complémentaire local pour les enfants travailleurs, qui s'effectue sur deux ans, qui ont fondé ce réseau afin de continuer à rencontrer régulièrement leurs pairs après la fin de leurs études. Depuis la création du premier club en 2001, le réseau s'est élargi et compte aujourd'hui plus de 2 000 membres à travers la ville, dont plus de la moitié sont des filles. Les activités du club incluent



Des filles suivent le programme pour les enfants des villes non scolarisés à Biratnagar, au Népal. Ce programme offre aux enfants qui travaillent et à ceux issus de milieux défavorisés l'occasion de combler leurs lacunes.

la sensibilisation aux droits de l'enfant, des campagnes sur des thèmes importants tels que l'exploitation par le travail, le mariage et la traite d'enfants ou la promotion d'une meilleure participation des enfants au sein des écoles, de la communauté et de la gouvernance. Un travail a notamment été réalisé avec les autorités municipales afin de faire de Biratnagar une Ville amie des enfants. Beaucoup de ceux qui ont poursuivi leurs études à l'université ou se sont lancés dans une carrière professionnelle reviennent au club pour conseiller les plus jeunes.

Les bibliothèques mobiles constituent un moyen efficace de garantir l'accès de tous les enfants aux livres. Par exemple à Manille, aux Philippines, des bibliothèques roulantes amènent des livres aux enfants qui travaillent¹².

Le programme Forsa (Opportunité) basé à El Marg, un grand bidonville situé à l'extérieur du Caire, en Égypte, dispense aux jeunes une formation de trois mois et les aide à s'assurer un emploi. Les stagiaires sont recrutés par le biais d'affiches, de tournées de promotion et des médias sociaux. Ce projet mis en œuvre par Plan International a été conçu par la fondation CAP, un partenariat public-privé destiné à réduire la pauvreté en reliant les besoins des enfants travailleurs et des jeunes défavorisés en matière d'apprentissage et subsistance. Il a été testé pour la première fois avec succès en Inde¹³.

Suite à l'afflux de réfugiés irakiens en Syrie (plus de 200 000 personnes selon les données de 2009, la majorité s'installant à Damas), le Gouvernement syrien a ouvert les portes de ses écoles publiques aux enfants irakiens. Les inscriptions tardives et les examens étrangers ont été acceptés. L'absence de dossiers scolaires, la nécessité pour les enfants de travailler afin de compléter les revenus de leurs familles et les différences entre les programmes irakiens et syriens sont quelques-uns des obstacles rencontrés. Un certain nombre d'approches novatrices ont été menées. L'une d'entre elles impliquait des « formateurs bénévoles » (des professionnels sélectionnés au sein de la communauté de réfugiés irakiens) dont le rôle était d'identifier les enfants non scolarisés, mais aussi des enseignants qui pourraient assurer des cours de rattrapage dans des matières comme l'anglais, l'arabe et les mathématiques. Les bénévoles ont également servi d'intermédiaires entre le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et la communauté des réfugiés¹⁴.

Protection de l'enfance

Le programme Des Villes plus sûres d'ONU-Habitat cherche à lutter contre la violence dans les villes du monde, particulièrement en Afrique, en développant des stratégies de prévention à l'échelle des municipalités. Des plans régionaux visant à réduire le niveau général de



Des élèves suivent un cours d'informatique dans le cadre du programme CEIBA, qui offre une éducation complémentaire aux jeunes des communautés marginalisées du Guatemala.

violence urbaine sont élaborés dans le cadre de processus participatifs. Le programme organise des conférences régionales qui donnent l'occasion aux jeunes de discuter avec les représentants d'organismes gouvernementaux, d'organisations de la société civile et de la police, ainsi que des magistrats afin d'identifier les causes et les approches possibles de la violence parmi leurs pairs¹⁵.

Au Guatemala, le programme CEIBA vise à créer un environnement protecteur pour contrecarrer l'influence néfaste de la drogue et des gangs sur les jeunes des quartiers pauvres de Guatemala City et neuf autres municipalités. Ce programme met l'accent sur une éducation de qualité pour les jeunes enfants, propose des formations à des compétences adaptées au marché du travail local et fournit des conseils dans les communautés afin d'aider les parents à trouver des alternatives à la culture de la rue et sa violence.

La consommation de drogue chez les adolescents et les jeunes est un problème croissant dans le district en pleine urbanisation de Sunsari, au Népal. Une organisation communautaire locale, Kirat Yakthung Chumlung, établit le contact avec les consommateurs de drogue par l'intermédiaire d'autres jeunes avec des histoires similaires et travaille en étroite collaboration avec d'autres organismes pour fournir des prestations vitales, telles que des services de désintoxication, le remplacement d'aiguilles et de seringues, le dépistage du VIH et les conseils.

Le projet Sourire mené dans le Pendjab pakistanais propose un large éventail de services aux enfants qui vivent ou travaillent dans la rue et sont parfois mis au

ban de la société car on les associe à la consommation de drogue et à d'autres comportements à risque. Une équipe mobile d'agents de santé et de travailleurs sociaux formés offre notamment aux participants l'accès à des soins médicaux, de la nourriture, des vêtements propres, des prestations de conseil, des points de traitement de la toxicomanie et des formations. Le service gère également un centre de jour et un programme d'éducation par les pairs.

Les communautés peuvent aussi contribuer à changer les habitudes, les attitudes et les pratiques sociales. Des campagnes simples mais directes ont aidé à transformer des villes aussi violentes que Bogota, en Colombie. Dans cet environnement, trois campagnes (« la vitre brisée », « tolérance zéro » et « l'heure des carottes », le terme « carotte » désignant en Colombie une personne qui adopte un mode de vie sain) sont parvenues à réduire la criminalité en améliorant les infrastructures et en réduisant les heures où la consommation d'alcool est autorisée.

Logement et infrastructures

Les familles ne peuvent pas apporter à leurs enfants le soutien dont ils ont besoin lorsqu'elles vivent dans des conditions précaires ou sous la menace d'une expulsion. Il est démontré qu'un logement adapté peut protéger les enfants et les familles qui habitent dans des zones urbaines denses des maladies transmissibles et chroniques, ainsi que des blessures et des accidents. Un environnement de qualité favorise les interactions sociales, limite le stress psychologique et contribue au maintien de la santé.

Les meilleures politiques nationales et municipales sont celles qui reconnaissent que les populations urbaines pauvres n'ont pas seulement besoin de logements, mais aussi de services de base. Au Brésil, par exemple, un certain nombre d'initiatives sont menées afin de lutter contre tout un passé d'inégalités et d'exclusion en investissant dans des logements et des infrastructures urbaines. On peut notamment citer le programme du Gouvernement fédéral Minha Casa, Minha Vida (Ma maison, ma vie) dont l'objectif est de construire 3 millions de logements en cinq ans tout en mettant l'accent sur la fourniture de prestations sociales à destination des plus pauvres par le biais de l'éducation, de transferts monétaires et de créations d'emplois. Cette initiative est l'une des nombreuses de ce genre destinées à faire du droit au logement et du « droit à la ville » inscrits dans la Constitution et la loi novatrice du Statut de la ville une réalité.

Une planification urbaine qui favorise la sécurité des enfants

La planification urbaine doit garantir que les enfants puissent se déplacer en toute sécurité au sein de leur environnement. Comme indiqué au chapitre 2, les accidents de la route tuent de trop nombreux jeunes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Il n'est pas rare de voir une route à grande vitesse passer à côté d'une école ou à travers une zone résidentielle. La conception des villes doit réduire les risques pour les enfants. Isoler les axes routiers et réduire la vitesse peut sauver des vies.

La politique de sécurité routière Vision zéro lancée en Suède à la fin des années 1990 prévoit des terrains de jeu sans voitures, des voies réservées aux cyclistes et aux piétons, ainsi que des tunnels pour protéger les usagers vulnérables de la route. Lorsqu'il n'est pas possible de séparer les véhicules motorisés du reste de la circulation, des mesures telles que des limitations de vitesse sont utilisées pour protéger les piétons¹⁶.

Bogota, en Colombie, a mis en œuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins des usagers de la route non motorisés en améliorant les transports publics et en abaissant sensiblement les temps de trajet. Entre 1995 et 2002, la ville a créé des voies réservées aux cyclistes et aux piétons, interdit les voitures dans le centre et mis au point un système de bus rapides pouvant transporter 700 000 personnes par jour. Suite à ces mesures, on a enregistré une baisse de 50 pour cent des accidents mortels de la route¹⁷.

Des villes sûres pour les filles

Dans les espaces publics urbains, la violence et le harcèlement sexuels sont une réalité quotidienne pour les filles et les femmes, réalité bien souvent négligée. Le risque et les actes effectifs de violence limitent la liberté des femmes à exercer en toute égalité leurs droits de citoyennes à l'éducation, au travail, aux loisirs et à l'expression politique. Le danger s'accroît encore pour les plus pauvres d'entre elles qui doivent parfois traverser des quartiers peu sûrs pour se rendre à l'école ou au travail. S'il est de plus en plus admis que les villes sûres pour les femmes et les filles sont sûres pour tous, nombre de plans de sécurité et de développement municipaux ne tiennent pas compte des menaces spécifiques qui pèsent sur la population féminine.

Le Programme mondial d'ONU-Femmes pour des villes sûres et sans violence à l'égard des femmes et des filles,

qui travaille en partenariat avec cinq villes du monde, s'attache à trouver les meilleures approches globales pour prévenir et réduire les actes de violence commis à l'encontre des femmes et des filles dans les lieux publics¹⁸. Fondée sur des programmes pilotes menés avec succès en Amérique latine et sur une évaluation rigoureuse, cette initiative est en train de mettre au point un modèle à l'attention des autorités locales et des décideurs qui couvre les bonnes pratiques de gouvernance, la planification urbaine et la participation politique. La collecte de données est un élément essentiel à sa réussite. L'absence d'informations fiables et circonstancielles dissimule les problèmes et empêche d'élaborer des solutions.

Mis sur pied en 2008 au Kenya, le programme Safe Spaces est un exemple d'initiative spécifique en la matière. Sa fondatrice, Peninah Nthenya Musyimi, a été la première fille issue du taudis de Matharé, à Nairobi, à obtenir un diplôme supérieur. Elle œuvre aujourd'hui pour la défense des droits des femmes. Son organisation crée des environnements sûrs pour les adolescentes qui grandissent dans les bidonvilles en mettant à leur disposition des espaces récréatifs, des possibilités de parrainage et un forum de discussion¹⁹. Biruh Tesfa (Un bel avenir) est un programme gouvernemental destiné aux filles qui risquent d'être exploitées ou de subir des sévices dans un bidonville d'Addis Abeba, en Éthiopie. Ce projet s'adresse aux filles de 10 à 19 ans qui ne vont pas à l'école, principalement des migrantes vivant loin de leur famille. Il leur offre un espace où elles peuvent créer des réseaux d'entraide et leur propose des cours d'alphabétisation, d'aptitudes à la vie quotidienne, de santé procréative et sur les moyens de subsistance.

Pour que les villes soient plus sûres, plus accueillantes et plus accessibles à tous, il est indispensable d'impliquer les



Séance de groupe dans un centre pour enfants et adolescents à Kaliningrad, dans la Fédération de Russie. Cette structure dispense des conseils sur la drogue, l'alcool, le VIH/SIDA, les sévices et autre problèmes.

© UNICEF/NYHQ2004-0707/Giacomo Pirozzi

filles. Expertes en ce qui concerne leurs réalités urbaines, les filles peuvent jouer un rôle actif dans la conception urbaine et la prise de décisions à l'échelle des municipalités. Et réciproquement, ce processus peut les aider à s'autonomiser pour devenir les dirigeantes des villes de demain.

Des espaces de jeu sûrs

Le jeu, qu'il soit spontané ou organisé, est une composante majeure d'un développement sain. Lorsque les enfants jouent, ils se dépensent physiquement, développent des capacités motrices évoluées et soulagent leur stress et leur angoisse. Le jeu favorise également la réflexion, la créativité et la socialisation. Dans les environnements urbains, les aires de jeu publiques peuvent aider à atténuer les effets de la surpopulation et de l'absence d'intimité dans les familles. Elles permettent aussi aux enfants de côtoyer des camarades d'âges et de milieux différents, jetant ainsi les bases d'une société plus équitable.

Faciliter le jeu peut également contrebalancer l'augmentation des taux d'obésité et de surpoids chez les enfants, qui est liée à la modification des régimes alimentaires, mais aussi à un mode de vie sédentaire renforcé entre autres par la suppression des infrastructures récréatives²⁰. Si les enfants porteurs de handicap présentent un plus grand risque d'obésité, c'est en partie parce qu'ils peuvent avoir plus de mal à réaliser suffisamment d'exercice physique²¹.

L'OMS recommande au moins une heure d'activité physique quotidienne pour les enfants de 5 à 17 ans. Les urbanistes et autres autorités peuvent améliorer les possibilités de se dépenser pour les enfants en mettant à leur disposition des terrains récréatifs sûrs et accessibles et en concevant des quartiers, des rues et des espaces extérieurs qui incitent à utiliser les modes de transport actifs, notamment la marche et le vélo. Dans la même veine, certaines villes d'Europe, d'Afrique du Sud et des États-Unis ont lancé des programmes de fermeture de rues, de manière permanente ou à certaines heures, afin de ménager un espace de jeu extérieur sûr pour les enfants²². Par exemple, le principe néerlandais du *woonerf* consiste à fermer une extrémité d'une rue à la circulation pour la rendre aux enfants, ce qui renforce le sentiment d'appartenance et de sécurité²³.

Il est possible de créer des terrains de jeu de quartier avec un soutien matériel modeste des autorités locales. Les communautés peuvent par exemple réaliser des exercices de cartographie afin de trouver ensemble des idées pour créer de petites aires de loisir entre les résidences²⁴.

Les enfants ont également besoin d'un accès à la nature. Il est largement prouvé que la présence d'arbres, d'eau et des autres composantes d'un paysage naturel a des effets positifs sur la santé physique, mentale, sociale et spirituelle des enfants²⁵. On a démontré que le contact avec la nature restaure la capacité de concentration des enfants, qui est la condition essentielle d'une amélioration de leurs aptitudes cognitives et de leur bien-être psychologique²⁶. Parmi les mesures qui permettent aux enfants d'accéder à la nature et à ses bénéfices, on peut citer les programmes de plantation d'arbres dans les quartiers urbains, l'intégration d'espaces verts dans les projets de logements municipaux et l'utilisation de plantes, de sable et d'eau dans les terrains de jeu pour enfants.

Capital social

Le capital social est une composante décisive pour le développement des enfants et des jeunes. La confiance, la réciprocité et le sentiment d'appartenance à leur famille, leur école, leurs groupes de pairs et leur communauté au sens large ont des effets considérables sur les possibilités, les choix et la vie future des enfants.

Au même titre que l'intoxication physique menace la survie de l'homme et son bien-être, un environnement social toxique (violence, pauvreté, abus, etc.) affecte le développement des enfants et des adolescents. D'une manière générale, les enfants sont moins mobiles que les adultes et n'ont qu'un contrôle limité sur les conditions extérieures qui les touchent. S'ils grandissent dans un climat de désordre social, ils peuvent internaliser des comportements problématiques tels que l'agressivité ou la toxicomanie²⁷. L'appui social, l'appartenance à un groupe, des relations affectives stables avec les parents et les proches, le sentiment d'efficacité personnelle, l'accès à l'éducation et le soutien scolaire sont quelques-uns des facteurs susceptibles d'atténuer l'impact d'un environnement de ce type. Ouvrir des espaces publics aux enfants peut également favoriser les interactions entre les adultes et, de ce fait, renforcer la cohésion sociale.

Insertion culturelle

Accueillant des populations variées, les villes favorisent les échanges sociaux et culturels et créent ainsi l'occasion pour les enfants de découvrir la diversité. Dans certaines villes du monde, les immigrés constituent une part importante de la population. Plus de la moitié des habitants de Miami, aux États-Unis, sont nés à l'étranger.

Il en va de même pour près de la moitié des habitants de Toronto, au Canada, et environ un tiers de ceux de Sydney, en Australie, Abidjan, en Côte d'Ivoire, Singapour, Londres, au Royaume-Uni, et New York, aux États-Unis²⁸. Malheureusement, l'expérience de la ville peut se révéler aliénante, particulièrement si les nouveaux arrivants ou les groupes autochtones ne se trouvent pas en position de modeler l'espace urbain selon leurs besoins. Les décisions en matière de planification urbaine doivent tenir compte de la diversité culturelle et des préférences de chaque groupe dans les domaines du logement, de l'aménagement du territoire, des équipements, des services et des transports²⁹.

Culture et arts

L'article 31 de la Convention relative aux droits de l'enfant stipule que les enfants doivent « participer pleinement à la vie culturelle et artistique ». Les milieux urbains sont des lieux de contraste, de pluralité et d'interaction hétérogènes qui offrent en général des occasions d'échanges culturels et de divertissement pour les enfants comme pour les adultes. Si l'école sert souvent de passerelle vers les activités artistiques, la communauté constitue également une plateforme pour la vie culturelle. Lorsque des enfants de différents milieux vivent côte à côte, cela offre aux municipalités et à la société civile l'occasion d'accepter et de promouvoir la diversité, par exemple en créant des sections consacrées à chacun des groupes culturels dans les bibliothèques locales ou en permettant l'utilisation d'espaces publics pour les fêtes, festivals et défilés.

Soucieuse de promouvoir l'intégration, l'initiative One-People menée à Singapour aide les étudiants les moins performants issus de familles à faible revenu et renforce les liens entre les enfants de milieux différents, par exemple en les invitant à réfléchir au fait de vivre dans une cité-État multiculturelle et multiraciale³⁰.



Des adolescents prennent une photo avec un téléphone portable dans un café de Tunis, en Tunisie.

Technologie

Bien que tous ne puissent y accéder de manière égale, les technologies de l'information et des communications (TIC) occupent une place importante dans la vie des personnes nées après 1980. Souvent appelés la « génération numérique »³¹, ces jeunes utilisent les technologies dans presque tous les domaines de leurs vies : en classe, dans la rue et à la maison³².

Les jeunes du monde entier mobilisent les immenses possibilités des TIC pour améliorer la vie urbaine. Par exemple, certains utilisent les réseaux sociaux en ligne ou des sites Internet communautaires pour organiser des covoiturages et réduire ainsi la circulation et ses nuisances. Les TIC peuvent également servir à prévenir la violence. Ainsi, la cartographie assistée par ordinateur de l'environnement urbain aide à protéger et à autonomiser les jeunes et leur permet de rester en sécurité en gardant le contact par l'intermédiaire de leurs réseaux sociaux. Si réduire le « fossé numérique » qui sépare ceux qui ont accès aux technologies de ceux qui n'y ont pas accès est un défi, garantir la sécurité physique et psychologique des enfants et des jeunes face à l'exploitation en ligne, au cyber-harcèlement, aux atteintes à la vie privée et à la dépendance à Internet en est un autre³³.

Les campagnes Réapproprie-toi la technologie ! utilisent la technologie pour sensibiliser le public à la violence à l'égard des femmes. Au cours des 16 jours d'activisme contre la violence sexiste (du 25 novembre au 10 décembre), la population (en particulier les filles et les femmes) est encouragée à utiliser téléphones portables, appareils photo numériques, sites Web et blogs pour s'opposer à ce type de violence. En 2009, cette campagne a été menée dans 24 pays et 12 langues, en diffusant son message à l'aide d'enregistrements sonores en Malaisie, de tweets au Mexique et de systèmes de messagerie instantanée au Brésil³⁴.

En Ouganda, Amagezi Gemaanyi Youth Association est une ONG de proximité qui utilise les technologies pour autonomiser les enfants et les jeunes des taudis de Kampala. En plus de leur dispenser des cours de comptabilité et de marketing, le centre communautaire de Nabulagala forme les jeunes de 12 à 25 ans à l'utilisation de matériel de sonorisation et de logiciels d'enregistrement professionnels dans son studio alimenté par l'énergie solaire. Dans le cadre de son programme extrascolaire, les enfants apprennent à utiliser la vidéo et la photo pour raconter leurs propres histoires et sensibiliser le public à leur situation.

LA MODERNISATION DES IMPLANTATIONS SAUVAGES DE DJEDDA

Les implantations sauvages posent une question complexe : quelle est la meilleure manière d'officialiser leur existence, de légaliser ces habitats de fortune et de leur fournir les infrastructures et services appropriés ? On s'est souvent contenté de déplacer ces campements. ONU-Habitat, reconnaissant que des réseaux socio-économiques se sont enracinés dans ces zones, considère cependant la modernisation participative des taudis comme l'une des stratégies privilégiées pour débarrasser les villes de ces quartiers insalubres. Ce type de modernisation est une tâche extrêmement compliquée et ne se révèle véritablement participative et efficace que si elle intègre les besoins des enfants. On constate en effet que les communautés qui œuvrent pour leurs plus jeunes membres ont tendance à œuvrer en faveur de tous. Space Syntax Limited, un service de conseil en planification et conception urbaines affilié à l'University College de Londres, a élaboré une approche participative et basée sur des données factuelles visant à moderniser les implantations sauvages de Djedda, en Arabie saoudite.

Djedda compte plus de 50 implantations sauvages qui occupent environ 16 pour cent de la superficie de la ville et abritent plus d'un million de personnes, c'est-à-dire un tiers de sa population. La plupart de leurs habitants ne bénéficient ni d'un système d'assainissement, ni d'un logement correct, ni de la sécurité des droits fonciers. Ils sont également confrontés à des inégalités en ce qui concerne l'accès aux services sociaux et aux équipements. Malgré ces difficultés, ces quartiers offrent des possibilités de réussir. Ils accueillent un grand nombre de migrants qui s'intègrent aux communautés existantes en créant de petites entreprises ou en travaillant dans des industries de service qui soutiennent l'économie locale et régionale.

L'un des plus grands obstacles au développement d'une infrastructure dans les implantations sauvages est l'absence de propriété foncière officielle. Pour lutter contre ce problème, les autorités de Djedda ont mis en place le programme Jeddah without Slums. Cette initiative est supervisée depuis 2007 par un partenariat public-privé, le JDURC (Jeddah Development and Urban Regeneration Company), spécialement constitué pour faciliter la légalisation des titres fonciers, l'amélioration des environnements locaux et le renforcement des services fournis aux habitants.

Dans le cadre de leur travail conjoint, la municipalité de Djedda, le JDURC et Space Syntax ont cherché à améliorer de multiples conditions en s'appuyant sur des mesures scientifiques, des analyses spatiales et des interventions de terrain, mais aussi sur l'engagement de la communauté et les considérations culturelles. Chaque quartier est étudié à l'aide d'une technique de planification urbaine qui consiste à réaliser une analyse de la topologie locale afin de comprendre la relation entre les problèmes du quartier et les routes, chemins et autres voies qui le composent et le relient au reste de la ville. Beaucoup d'implantations sauvages sont mal connectées. Leurs habitants ont donc plus de difficultés à accéder aux possibilités présentes dans d'autres parties de la ville, ce qui peut générer ou renforcer un phénomène d'exclusion économique, de ségrégation sociale et de stigmatisation. Pour venir à bout de ces problèmes, il faut créer de nouvelles connexions physiques et repenser celles qui existent.

Un plan de modernisation est élaboré pour chaque quartier en fonction de sa situation et de ses besoins spécifiques. Il peut notamment s'agir de modifier les bâtiments et le domaine public afin d'améliorer la solidité structurelle et le confort des

lieux, ou d'apporter des infrastructures sociales (écoles, hôpitaux, etc.) et des services collectifs de distribution (eau, énergie, réseau d'assainissement). Dans tous les cas, on fait en sorte de minimiser les perturbations causées par le processus de construction.

Chaque plan contient des options interchangeables qui impliquent des degrés plus ou moins importants de modification du tissu physique. Cela permet de s'adapter aux différents degrés et combinaisons d'engagement des pouvoirs publics, du secteur privé et des communautés en termes de capital financier et politique. Des niveaux de financement élevés permettent de réaliser une modernisation plus complète des bâtiments, du domaine public, des infrastructures sociales et des services collectifs de distribution. Lorsque les financements sont plus faibles, l'attention se porte davantage sur les services publics partagés et moins sur les bâtiments individuels (voir figure 4.3). À tous les stades de l'élaboration, des consultations sont menées avec les habitants du quartier, les municipalités, les représentants traditionnels, les promoteurs et le JDURC afin de garantir que le processus de modernisation implique et inclut les différentes parties prenantes.

Malheureusement, quel que soit le degré d'intégration des parties prenantes lors de ces consultations, les droits des enfants ne sont pas toujours une priorité dans les projets de planification urbaine et un effort doit être fait pour tenir davantage compte de leurs points de vue. Il semble admis que des conditions convenables pour les adultes le sont pour tous. Toutefois, il est important de ne pas traiter les enfants comme un groupe homogène. Selon leurs âges, les filles et les garçons utilisent l'espace urbain de manières différentes, n'y répondent pas de façon identique et peuvent avoir des préférences

et des préoccupations variables en ce qui concerne la sécurité, la participation, la vie privée et d'autres facteurs. Par exemple, les jeunes enfants sont heureux de pouvoir jouer dans de petits espaces proches des personnes qui s'occupent d'eux tandis que les plus âgés ont besoin de terrains plus grands pour se livrer à des activités telles que des jeux de ballon. La reconstruction est une occasion de donner aux enfants et à leurs familles un certain contrôle sur la planification et la construction d'un environnement adapté à leur mode de vie. L'accessibilité, la santé et la sécurité comptent parmi les éléments de conception

spatiale auxquels les urbanistes doivent accorder une attention particulière et pour lesquels la participation des enfants et de leurs familles doit être sollicitée.

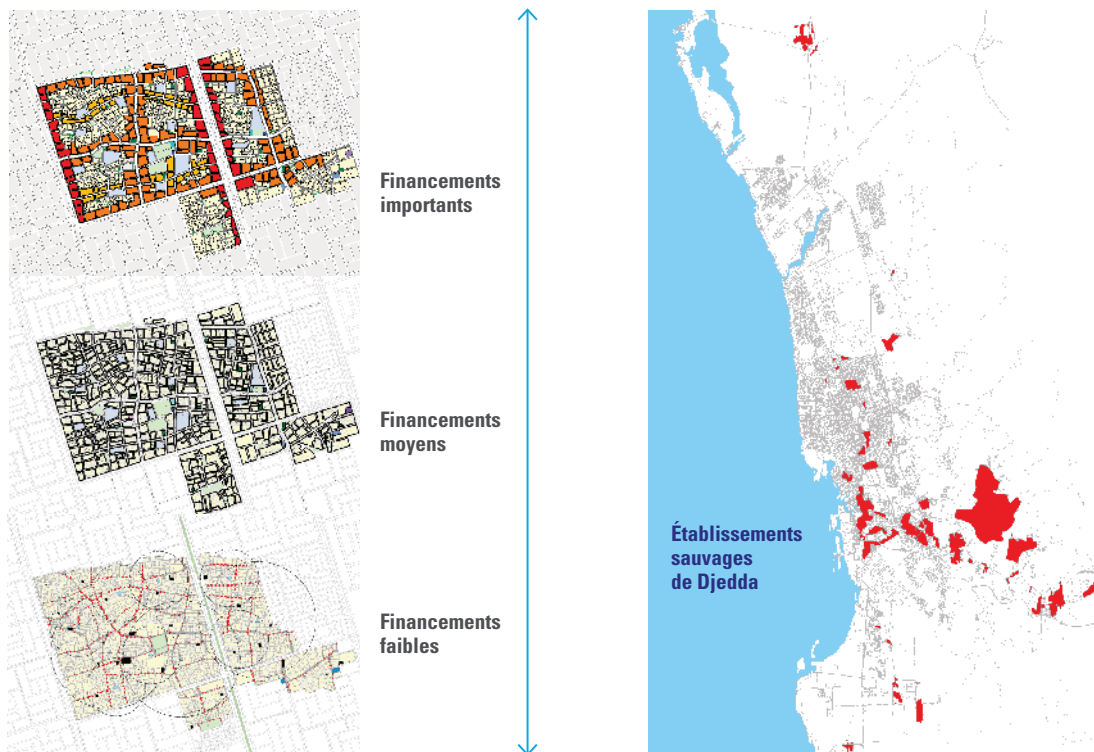
L'une des manières de favoriser la participation des enfants est de leur demander de recueillir des informations sur leur cadre de vie. Ici encore, il faut tenir compte des préférences de chacun. Certaines filles peuvent par exemple se montrer réticentes, voire incapables d'exprimer leur opinion dans une réunion en présence de garçons, d'hommes ou même de femmes plus âgées. On peut également intégrer les enfants et

leurs familles dans les comités centraux de planification, où ceux qui sont le plus intéressés par le développement de leur quartier peuvent représenter leur communauté et prendre part aux décisions.

Placer les droits de l'enfant au cœur des processus d'élaboration de politiques, de budgétisation et de planification des villes permettrait d'assurer une évaluation des nouvelles propositions et des projets réalisés à la lumière de leur impact sur la vie des enfants.

Tim Stonor
Directeur général de Space Syntax Limited.

Figure 4.3. Scénarios de conception pour une implantation sauvage montrant l'échelle des modifications d'un niveau d'intervention maximal (financements importants) à un niveau minimal (financements faibles)



Source : reproduit avec l'aimable autorisation de Space Syntax Limited.



Unir nos efforts pour les enfants dans un monde urbain

Ce numéro de *La Situation des enfants dans le monde* s'attache à mettre en lumière l'expérience des enfants et des jeunes qui vivent dans des zones urbaines, en particulier les plus pauvres et les plus exclus d'entre eux. Jusqu'à présent, nous avons couvert des questions aussi variées que l'assainissement, les gangs et la gouvernance. Nous avons fait le tour des différentes tendances mondiales et mis l'accent sur des exemples individuels et concrets de pratiques positives identifiées dans certains quartiers urbains. Les disparités et les préjudices qu'elles causent aux plus jeunes membres de l'humanité sont au cœur de toutes nos analyses.

Des centaines de millions d'enfants et de jeunes vivent dans les mêmes villes que les élites politiques, culturelles et commerciales, mais doivent lutter pour survivre. Un trop grand nombre d'entre eux passent leurs journées à fouiller les débris à la recherche de quelque chose à vendre ou à faire des briques pour construire les maisons des autres. Ils dorment dans des logements de fortune sous la menace d'une expulsion ou bien dans la rue, où ils sont exposés à la violence et à l'exploitation. En outre, on ne leur permet pas d'exercer leur droit de participer aux décisions qui les

concernent. Ils sont au contraire exclus du processus qui consiste à rechercher des solutions susceptibles d'améliorer leurs vies et celles d'innombrables autres personnes.

Les approches conventionnelles du développement considèrent souvent l'ensemble des enfants des milieux urbains comme un groupe homogène et s'appuient sur des agrégats statistiques pour définir des mesures d'affectation des ressources et élaborer des programmes. Il est essentiel d'adopter une approche fondée sur l'équité pour orienter les solutions précisément vers les enfants les plus difficiles à atteindre. L'heure est venue de changer notre manière de faire et de nous montrer à la hauteur des engagements pris dans le cadre des OMD en renforçant l'attention et les financements accordés aux enfants exclus qui vivent dans les centres urbains.

Ce chapitre détaille cinq domaines clés dans lesquels il faut agir pour répondre aux besoins et respecter les droits de près de la moitié des enfants du monde, à savoir ceux qui résident dans des zones urbaines. Ces domaines sont : comprendre l'échelle et la nature de la pauvreté et de l'exclusion urbaines; identifier et lever les obstacles à

l'insertion; donner la priorité aux enfants dans le cadre d'une approche plus équitable de la planification urbaine, du développement des infrastructures, de la gouvernance et de la prestation de services; promouvoir des partenariats entre les populations urbaines pauvres et leurs gouvernements et veiller à ce que tout le monde travaille main dans la main pour obtenir des résultats favorables aux enfants.

Comprendre la pauvreté et l'exclusion urbaines

Pour atteindre les enfants qui présentent les plus grands besoins, il est essentiel de disposer d'analyses et de données fiables reflétant toute la gamme des réalités urbaines. Les enquêtes nationales et internationales ne tiennent pas toujours compte des enfants et des familles vivant en marge des villes, qui ne possèdent pas nécessairement un statut officiel et ont un accès limité aux services disponibles. Le recueil d'informations précises et ventilées doit constituer le point de départ de l'élaboration de politiques urbaines équitables et axées sur les enfants.

Afin d'identifier correctement les problèmes spécifiques des enfants vivant en ville, il faut commencer par établir une définition pratique de ce qui constitue une zone urbaine. Les définitions existantes varient en effet considérablement, ce qui complique l'analyse comparative.

L'étape suivante consiste à affiner les outils de collecte de données afin qu'ils reflètent plus précisément les disparités concernant les besoins des enfants et la réalisation de leurs droits en fonction du niveau de richesse, du sexe, de l'appartenance ethnique, du handicap ou du quartier. Pour identifier les enfants et les familles présentant le plus grand risque d'exclusion, il faut également disposer de mesures qui mettent en avant les populations habituellement oubliées des enquêtes. L'une de ces techniques est le suréchantillonnage, c'est-à-dire l'intégration volontaire d'une plus forte proportion de personnes ou de familles qui seraient sous-évaluées ou ignorées dans des échantillonnages aléatoires standard de la population générale. La taille des échantillons doit être suffisamment importante pour pouvoir comparer correctement les différentes cohortes urbaines. Pour ce faire, il peut notamment être nécessaire de suréchantillonner les populations des taudis. La cartographie et l'analyse spatiale (par exemple l'association de zones urbaines spécifiques à des résultats donnés en matière de santé) peuvent également aider à cibler

les groupes à risque et à identifier les domaines devant bénéficier en priorité de services et de financements.

Il sera fondamental de développer la collecte de données urbaines fiables et détaillées dans le cadre des enquêtes internationales sur les ménages et des processus statistiques nationaux afin d'obtenir un meilleur aperçu de la réalité de la vie des enfants dans les villes. De plus, il faut augmenter la fréquence des études portant sur des quartiers et des ménages spécifiques pour saisir la nature variable et diverse des habitats urbains.

Des informations ne sont utiles que si elles sont partagées. C'est pourquoi les données recueillies doivent être largement diffusées et analysées de manière à mettre en avant la causalité et à pouvoir apporter des réponses efficaces à l'inégalité et à l'exclusion. Des initiatives de ce type sont en cours; on peut notamment citer l'analyse des résultats de l'Enquête nationale sur la santé familiale dans les zones urbaines d'Inde et l'interrogation fondée sur les actifs réalisée par la Banque mondiale sur les Enquêtes démographiques et sanitaires¹. Néanmoins, on doit en faire davantage pour comprendre l'évolution de la pauvreté, la manière dont elle touche les enfants dans les environnements urbains et les raisons pour lesquelles elle se perpétue de génération en génération. Cela nécessitera un solide travail statistique mais aussi des recherches et des évaluations pertinentes sur les interventions destinées à combattre ces problèmes.



Un jeune garçon se tient au bord de la voie ferrée à Kibera, un bidonville de Nairobi, au Kenya, avec des foyers fumants en arrière-plan. Plus d'un quart de la population de la ville vit à Kibera. Le train ne s'y arrête pas.

© UNICEF/NYHQ2006-1768/Michael Kamber

LE MANQUE DE DONNÉES INTRA-URBAINES

Comme il est difficile de démentir des chiffres, des statistiques fiables peuvent mettre en lumière la détresse des enfants pauvres et exclus dans les milieux urbains. Mais ce processus d'apparence simple est entravé par la disponibilité limitée de données urbaines ventilées selon des critères pertinents, c'est-à-dire par niveau de richesse, résidence, sexe, appartenance ethnique, taille de la ville ou autre facteur intéressant.

Les ménages urbains riches et pauvres sont souvent regroupés afin de produire une estimation moyenne unique de la malnutrition ou de la pauvreté urbaine nationale. Cette vision peut être particulièrement trompeuse dans les pays qui présentent de grandes inégalités sociales et de revenus. De telles moyennes masquent les différences entre les villes et à l'intérieur des communautés urbaines dont les habitants ont des niveaux de vie très divergents.

Les données disponibles sur la population ne se prêtent pas toujours à une ventilation supplémentaire au niveau des villes car les échantillons sont souvent trop petits. De plus, si les quartiers de taudis sont généralement inclus dans les bases d'échantillonnage pour les recensements, ils sont rarement identifiés en tant que tels.

Le coût doit être pris en compte. Pour obtenir des estimations fiables sur les quartiers de taudis, il faudrait augmenter significativement la taille des échantillons. L'ajout de catégories d'échantillonnage (p. ex. les taudis urbains) augmente la taille et le coût d'une enquête. Mais les enquêtes les plus grandes ne sont pas forcément les meilleures. En conservant des tailles d'échantillon gérables, on peut obtenir des données de qualité plus élevée car cela permet aux responsables des enquêtes de mieux suivre l'avancement et de mieux former et superviser le personnel de terrain chargé de recueillir les données.

S'il s'avère nécessaire d'intégrer les quartiers de taudis urbains dans un plus grand nombre d'enquêtes, les concepteurs peuvent le faire.

La difficulté de définir les notions d'« urbain » et de « quartiers de taudis » constitue un autre défi. Les critères nationaux ne sont pas toujours d'une transparence absolue ou peuvent changer avec le temps. Les définitions varient. Les zones urbaines peuvent être déterminées par juridictions administratives (p. ex. les municipalités), selon un seuil de population et/ou de densité ou en fonction de conditions socio-économiques. Le défi qui consiste à obtenir des estimations raisonnables des quartiers de taudis se complique encore si ces taudis en question sont considérés comme des implantations illégales par les gouvernements nationaux.

Les comparaisons ville-campagne peuvent également se révéler trompeuses. Lorsqu'ils sont évalués par rapport à un indice national de richesse, peu d'habitants des villes sont susceptibles de se trouver dans les quintiles (les cinquièmes) les plus pauvres de la population, occultant ainsi le fait que si les revenus sont souvent plus élevés en ville, le coût de la vie l'est aussi (loyer, alimentation, transports, services de base, etc.). De nombreux indicateurs standard, à l'image de ceux liés aux retards de croissance ou à l'accès à l'eau et à l'assainissement, sont difficiles à comparer entre les ménages ruraux et les ménages urbains. En ville, par exemple, l'accès à une source fiable d'eau propre peut générer des coûts élevés et des files d'attente plus longues.

Bien qu'il soit important de collecter des données sur les quartiers de taudis urbains, il convient de souligner que tous les ménages pauvres n'habitent pas dans ces quartiers – et que tous les habitants des quartiers de taudis ne sont pas pauvres. En réalité, une étude effectuée en 2005 sur 85 enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) a déterminé que parmi les

voisins d'un ménage pauvre, 1 sur 10 était relativement aisé, selon une mesure des biens de consommation durables et de la qualité des logements. Par conséquent, si les efforts pour atteindre les pauvres se concentrent exclusivement sur les quartiers de taudis, de nombreux ménages pauvres seront exclus.

Au final, une partie des plus vulnérables et des plus marginalisés (les enfants qui vivent dans la rue ou dans des institutions, ou encore ceux qui travaillent) sont souvent exclus de la base d'échantillonnage. Saisir l'emplacement et la situation de ces enfants reste un défi majeur pour les enquêtes internationales sur les ménages.

L'expérience montre que pour refléter la gamme complète des réalités urbaines, il faut au minimum :

- une volonté politique d'élaborer des données urbaines primant sur les autres intérêts
- une collaboration entre les différents organismes afin de collecter, d'analyser et de diffuser ces données
- des définitions claires des « quartiers de taudis urbains » qui limitent la confusion des concepts et permettent une comparaison pertinente
- un suréchantillonnage des quartiers de taudis afin de recueillir suffisamment de données pour réaliser une analyse stratifiée
- s'assurer qu'aucun quartier de taudis n'a été oublié, par exemple en utilisant des outils comme les Systèmes d'information géographique
- dépasser les moyennes nationales et les comparaisons ville-campagne pour analyser et documenter les disparités à l'intérieur des zones urbaines
- concevoir de nouveaux indices de richesse qui facilitent l'analyse et la comparaison des disparités à l'intérieur et entre les zones urbaines et les zones rurales.

Lever les obstacles à l'insertion

Une meilleure compréhension de l'exclusion doit déboucher sur l'identification et la suppression des obstacles qui empêchent les enfants pauvres et leurs familles d'utiliser les services et de bénéficier des composantes essentielles de la citoyenneté que sont la protection juridique et la sécurité de l'occupation de leur logement. La prestation de services constitue un élément fondamental de la réponse, mais le principal problème reste que l'exclusion limite systématiquement la capacité à garantir les droits des enfants.

Pour commencer, il faut déterminer les goulets d'étranglement et les obstacles inhérents à chaque environnement urbain et examiner les données factuelles des stratégies éprouvées visant à les surmonter. De nombreux facteurs favorisent l'exclusion des populations urbaines pauvres, notamment la faiblesse des revenus des ménages, les coûts directs et indirects des services, les carences des transports et l'absence de documents d'identité officiels. L'expérience montre que la suppression des frais d'utilisation, la mise en place de partenariats communautaires, le recours à la communication de masse et d'autres stratégies peuvent permettre de renforcer la couverture des services pour les plus pauvres.

L'une des raisons pour lesquelles les initiatives de ce type sont prometteuses est qu'elles assurent l'équilibre entre

une meilleure prestation de services et des mesures visant à accentuer la demande et l'utilisation. Bien qu'indispensable à l'élargissement des services en matière de santé et de nutrition, le développement des aspects liés à la prestation (c'est-à-dire les équipements, les installations, les ressources humaines) ne suffit pas à garantir une couverture opérante auprès des enfants et des familles les plus pauvres. La mise en place de mesures de prestation efficaces doit être complétée par un renforcement de la demande qui fasse connaître les services, favorise leur fréquentation ainsi que la continuité de leur utilisation et assure leur qualité.

La hausse du niveau de protection sociale peut aussi constituer un bon moyen de lever les obstacles financiers qui conduisent à l'exclusion des populations urbaines pauvres. Les transferts monétaires assortis de conditions aux familles pauvres, dont beaucoup vivent en ville, ont fait leurs preuves dans plusieurs pays d'Amérique latine et d'Afrique². Les services mobiles sont une autre possibilité créative : à Washington, la capitale des États-Unis, des centres de santé mobiles viennent en aide aux enfants et aux adolescents qui ne peuvent pas accéder correctement aux soins de santé pédiatriques dans les communautés urbaines laissées pour compte³.

Il est également crucial de faire connaître les services disponibles et de promouvoir leur utilisation auprès des



© UNICEF/NHQ2011-0956/Marta Ramoneda

Une fille de 14 ans regarde la vue d'un balcon d'un foyer d'accueil à Benghazi, en Libye. Suite au conflit armé qui a aussi entraîné le déplacement de sa famille en 2011, les écoles de la ville ont été fermées et les possibilités de divertissement des adolescentes se sont considérablement restreintes.



Enfants de Moravia, un quartier défavorisé de Medellin, en Colombie.

populations visées. Par exemple, l'Alliance mondiale de l'équité sociale lutte depuis 2002 contre les inégalités sanitaires urbaines dans plusieurs pays en réalisant un travail de proximité et en engageant les communautés. Au Cap, en Afrique du Sud, les habitants et les agents de santé sont impliqués à tous les stades d'un projet visant à réaffecter le personnel médical, mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé dans les écoles et installer des toilettes sèches dans les quartiers d'implantation sauvage⁴.

Outres les services, il ne faut pas oublier la question de la protection. La violence, sous toutes ses formes, est un dénominateur commun dans les quartiers les plus pauvres et les plus marginalisés. À juste titre, la communauté internationale considère de plus en plus ce problème comme une menace considérable aux droits et au bien-être de tous, en particulier les enfants et les femmes. Des efforts sont faits pour combattre la violence en tant que problème international, comme en témoigne le programme Des Villes sûres et accueillantes pour toutes et tous, une initiative conjointe d'ONU-Habitat, ONU-Femmes et l'UNICEF dont l'objectif est de développer des stratégies de prévention au niveau des municipalités axées sur la participation. Des mesures telles que l'élaboration de lois et de politiques, la formation, l'organisation de campagnes dans les médias grand public, l'activisme et

l'examen des budgets engageant les femmes, les enfants et leurs communautés, la police, les urbanistes et les responsables politiques dans la lutte contre la violence sexiste. Des initiatives nationales prometteuses sont également en cours, notamment en Amérique latine. Au Guatemala, par exemple, le programme CEIBA entend fournir aux jeunes une alternative à la drogue et un moyen de sortir de la violence en leur enseignant des compétences professionnelles en accord avec la demande locale. Des transports publics sûrs et une bonne régulation du trafic sont des composantes essentielles d'une ville adaptée aux enfants. Les accidents de la route sont la première cause unique de décès parmi les jeunes dans le monde. Des initiatives réussies en Colombie, en Suède et aux Pays-Bas ont misé sur l'association de zones sans voitures, de voies réservées aux piétons et aux cyclistes et de transports publics pour réduire le nombre de blessés et de morts.

Garantir que tous les enfants sont enregistrés et dotés de papiers doit être une priorité absolue car quelle que soit leur intensité, les efforts visant à promouvoir l'équité n'atteindront probablement pas les enfants qui n'ont pas de papiers officiels. Environ un tiers des enfants qui vivent dans des zones urbaines ne sont pas enregistrés à la naissance, et cette proportion avoisine les 50 pour cent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud⁵.



DES SOLUTIONS LOCALES

Celine d'Cruz et Sheela Patel,
Shack/Slum Dwellers International

L'une des évolutions les plus prometteuses dans les efforts pour réduire la pauvreté urbaine est l'émergence de réseaux de groupes de proximité dans lesquels les femmes jouent un rôle majeur en tant que vectrices d'un changement positif au sein de leurs communautés et dans le monde.

Nous avons la chance de travailler avec l'un de ces réseaux, Shack/Slum Dwellers International (SDI), depuis son lancement en 1996. Il existe des réseaux similaires regroupant des vendeurs de rue, des personnes qui travaillent chez elles et des ramasseurs de déchets.

Nous sommes convaincues qu'il est impossible de résoudre les défis de la pauvreté si nous n'unissons pas nos forces. En mettant en commun nos connaissances, notre expérience et nos solutions innovantes, nous pouvons agir sur une grande échelle. C'est ainsi que les habitants des taudis de Nairobi, au Kenya, ou de Kampala, en Ouganda, demandent conseil à leurs homologues de Mumbai, en Inde, qui ont persuadé le gouvernement, les responsables des chemins de fer et les organismes internationaux de prêter en faveur du développement de reloger quelque 20 000 ménages dans le cadre d'une initiative destinée à moderniser le système ferroviaire. Au bout du compte, les habitants des taudis de Mumbai ont pu organiser leur propre réinstallation et quitter les endroits où les trains ne passaient qu'à 9 mètres de leur maison, tuant de nombreux enfants.

SDI compte des centaines de milliers de membres dans les villes de 34 pays. Ils militent pour des infrastructures et logements décents en recherchant généralement la coopération du gouvernement local. Organiser, mobiliser et établir des relations, cela prend des années. Cela commence par des femmes qui créent des collectifs afin

de mettre en commun leurs économies et de s'accorder mutuellement des prêts pour nourrir leur famille, acheter des médicaments, accéder aux transports pour trouver du travail et financer l'éducation de leurs enfants. Avec le temps, elles étudient leur environnement et identifient leurs besoins.

La sécurité des droits fonciers est une priorité absolue. Les enfants ont besoin d'un endroit décent pour vivre, d'espaces pour jouer et de quartiers dans lesquels ils se sentent en sécurité. Ils ont besoin d'eau salubre et toilettes qui n'obligent pas les petits de deux ans à faire la queue et n'exposent pas les adolescentes au harcèlement. Ces nécessités sont plus facilement remplies lorsque la sécurité des droits fonciers est garantie. En outre, les enfants sont libérés du stress qui accompagne la menace constante d'être expulsés de force ou de voir leur maison démolie. Lorsque l'occupation de leur logement n'est pas sûre, les femmes et les enfants doivent travailler à proximité afin de pouvoir réagir rapidement en cas d'expulsion. Les enfants jouent le rôle de « messagers », avertissant leurs parents et voisins lorsqu'une équipe de démolition est en vue. Pendant la destruction de leurs maisons, ils se précipitent pour empêcher la police de prendre tout ce qu'ils peuvent sauver. Vivre dans la crainte permanente de l'expulsion affaiblit toutes les ressources d'une famille. À l'inverse, lorsque la sécurité des droits fonciers est finalement négociée, les enfants commencent à aller à l'école et leurs parents hésitent moins à investir dans un logement correct.

Dans ce cas, l'expérience des réseaux de proximité est également instructive. Un aspect essentiel du travail de SDI est de faire en sorte qu'on ne puisse plus ignorer une réalité jusqu'à présent invisible. La plupart des villes ne possèdent aucune

donnée sur la présence des personnes qui vivent « illégalement » sur les trottoirs, sous les ponts ou dans les terrains vagues. Ces habitants ne sont pas comptabilisés dans les recensements, ils sont exclus des listes électorales et la naissance de leurs enfants n'est pas enregistrée. Mais lorsque leur présence est attestée par des profils d'implantation et des documents d'identification des familles, on constate qu'ils occupent des emplois rémunérés, participent à l'économie de la ville et sont dignes d'en devenir des citoyens. Comme ces documents identifient aussi les enfants présents dans chaque foyer, il devient possible de déterminer combien d'entre eux ont besoin d'être vaccinés et scolarisés, combien travaillent et dans quel type d'emploi. Outre le fait qu'il constitue notre outil d'organisation de base, ce processus de dénombrement permet de négocier la sécurité des droits fonciers et la fourniture de services. Il présente un autre avantage pour les enfants : le fait de voir leurs parents, en particulier leur mère, participer à des négociations collectives afin d'améliorer leur vie est une composante fondamentale de leur socialisation.

Bien entendu, ces réseaux ne peuvent pas résoudre les problèmes de tous les enfants. Mais ils sont des alliés importants dans les efforts visant à protéger leurs droits et réalisent un travail de base essentiel pour sécuriser les logements et les quartiers de ces enfants. Ils peuvent réduire l'écart entre l'univers du développement urbain officiel et les communautés pauvres des villes en défendant des solutions qui fonctionnent pour leurs membres. Les communautés pauvres en ont assez que l'on fixe des priorités de développement pour elles, notre expérience de terrain en témoigne. Nouer de véritables alliances et partenariats, c'est faire des choix ensemble.

Sheela Patel dirige le conseil d'administration de SDI. Elle travaille avec les ONG indiennes Mahila Milan, la Fédération nationale des habitants de taudis (National Slum Dwellers Federation) et la Société pour la promotion des centres de ressources locaux (SPARC), fondée en 1984 pour aider ceux qui vivent sur les trottoirs de Mumbai. Celine d'Cruz est la coordinatrice de SDI. Membre fondatrice de SPARC, elle œuvre pour les droits de ceux qui vivent sur les trottoirs et dans les bidonvilles d'Inde au début des années 1980, aidant les femmes pauvres de Mumbai à négocier collectivement pour que leurs familles puissent accéder au logement, à l'éducation et à la santé.



Ces filles vont en classe dans une école du quartier de Kucukbakkalkoy à Istanbul, en Turquie, qui propose des cours de rattrapage pour les enfants roms qui n'ont pas été scolarisés régulièrement.

Donner la priorité aux enfants

Le bien-être des enfants dépend en grande partie de leur environnement. Les efforts d'amélioration des logements, des infrastructures, de la sécurité et de la gouvernance doivent tenir compte de leurs besoins et priorités. Par conséquent, le gouvernement local et les urbanistes doivent effectuer leur travail en reconnaissant explicitement les droits de l'enfant et des jeunes et en accordant une plus grande attention à l'âge et au sexe.

Cela nécessite d'élargir le cadre de référence du développement urbain afin d'intégrer et de réduire les risques pour les enfants de tous âges et avec tous types de besoins, des nourrissons et des tout-petits aux adolescents, en passant par les handicapés et ceux qui ne vont pas à l'école.

Garantir que les populations urbaines pauvres bénéficient d'un logement adapté et de la sécurité des droits fonciers doit être une priorité. Entre autres avantages sociaux, un logement décent peut protéger les enfants et les familles vivant dans des environnements urbains densément peuplés contre bon nombre de blessures, d'accidents et de maladies.

Les politiques les plus solides associent des mesures visant à améliorer et développer le logement en faveur des populations urbaines pauvres à l'extension des services. Le programme brésilien *Minha Casa, Minha Vida* (Ma maison, ma vie), par exemple, a pour objectif de construire 3 millions de logements en cinq ans tout en mettant l'accent sur la fourniture de prestations sociales à destination des plus pauvres par le biais de

l'éducation, de transferts monétaires assortis de conditions et de créations d'emplois.

La gouvernance urbaine a clairement besoin d'être renforcée afin de pouvoir élaborer des politiques et fournir des services qui favorisent et protègent les droits des enfants. Trop de municipalités cèdent aux intérêts matériels et sont promptes à accepter un statu quo impliquant souvent de grandes implantations sauvages qui ne répondent pas aux besoins des gens. Il est manifestement nécessaire de mettre l'accent sur la responsabilité.

En outre, les opérations de planification et de programmation urbaines des municipalités doivent reposer sur l'équité et les droits humains. L'un des témoins de cet engagement est l'implication d'organisations locales dans la conception et le suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes urbains. Les approches participatives peuvent déboucher sur des solutions durables. En effet, les points de vue des communautés et des enfants sont souvent précieux pour améliorer la planification et la conception des villes. Prenons l'exemple de CLEANDelhi, une initiative conjointe de plaidoyer menée par des ONG et des écoliers de New Delhi, en Inde. Lancée en 1996 face à la hausse du volume de déchets, des émissions, de la circulation et de la pollution, CLEAN est connue pour sa capacité à convaincre les responsables politiques d'investir dans des unités de compostage et de recyclage, des systèmes de surveillance continue de l'eau et de l'air et des dispositifs de filtrage de l'eau dans les écoles et les usines municipales de traitement de l'eau. Suite à sa réussite initiale, le programme a été élargi à d'autres villes d'Inde.

De même, les plans de relèvement après les catastrophes naturelles doivent être adaptés aux besoins des enfants vivant en ville. Deux évaluations examinant la réponse au tremblement de terre de 2010 en Haïti soulignent la nécessité de mieux faire coïncider les interventions humanitaires avec les besoins spécifiques des enfants en milieu urbain. Selon une étude, les institutions humanitaires n'étaient pas suffisamment préparées au caractère urbain de la catastrophe et ne sont pas parvenues à adapter leurs réponses à l'environnement urbain⁶. Une étude distincte a conclu que les interventions dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène auraient été plus économiques si elles s'étaient appuyées sur une meilleure compréhension de la topologie de la ville, de ses schémas résidentiels et des besoins et comportements de la population urbaine, notamment les enfants⁷.

Promouvoir un partenariat avec les populations urbaines pauvres

Dans la plupart des zones urbaines, relever les défis de la pauvreté et de l'inégalité nécessite d'établir un partenariat actif entre les populations urbaines pauvres et le gouvernement. Les autorités locales et les communautés doivent coordonner leurs efforts afin de faire un usage plus efficace et plus équitable des ressources limitées à leur disposition, de tirer parti des efforts et des actifs péniblement acquis des pauvres, au lieu de les détruire, et d'intégrer les pauvres (qui constituent souvent la majorité de la population) dans la gouvernance et le développement urbains au sens large.

La voix et l'engagement des enfants et des adolescents peuvent représenter un aspect important de ce partenariat; malheureusement, leur participation est bien souvent de pure forme. Des exemples du monde entier démontrent les nombreux avantages, pour les enfants comme pour les responsables politiques, d'encourager leur représentation au niveau municipal. Dans quatre villes d'Amérique du Sud, un processus à long terme de consultation urbaine en plusieurs étapes avec les gouvernements locaux a permis de renforcer la sécurité et l'égalité. L'amélioration des infrastructures publiques à Rio de Janeiro et à Sao Paulo, au Brésil, la hausse du taux d'alphabétisation à Cotacachi, en Équateur, ou encore le développement de l'enregistrement des naissances à Ciudad Guyana, en République bolivarienne du Venezuela, sont quelques exemples de résultats positifs.

L'initiative internationale Villes amies des enfants a réussi à placer les droits de l'enfant sur l'agenda urbain. Pour être reconnue « amie des enfants », une ville doit prouver qu'elle favorise la participation des enfants et défend leurs droits dans le cadre de sa stratégie, sa réglementation, son budget, ses études d'impact et ses programmes de sensibilisation du public. Ce projet possède un grand potentiel d'expansion, particulièrement dans les pays à revenu intermédiaire dont la croissance et l'urbanisation sont rapides.

Il faut encourager les enfants et les adolescents à s'impliquer dans des projets pour améliorer leurs villes. Cette participation leur permet de s'autonomiser et d'exprimer leurs opinions, tout en les incitant à mieux comprendre le développement urbain et à respecter leur environnement. Des projets réussis tels que l'initiative Map Kibera à Nairobi, au Kenya, ont montré comment les adolescents

peuvent aider à générer une base de connaissances efficace pour l'élaboration de programmes en faveur du développement. À Johannesburg, en Afrique du Sud, des jeunes de 10 à 14 ans issus de quartiers défavorisés sont parvenus à identifier les zones à risque de leur ville et à proposer des améliorations réalisables⁸.

Ces exercices de cartographie peuvent aider les communautés à trouver des moyens de mettre des jeux et des loisirs à la disposition des enfants, ces éléments essentiels à leur développement relevant de leurs droits. Avec un soutien matériel modeste du gouvernement local, les habitants peuvent par exemple créer de petites aires de jeu entre les résidences qui permettent aux parents et aux autres personnes qui s'occupent d'eux de rester à proximité.

Lorsque les autorités municipales n'ont pas suffisamment de moyens, les organisations communautaires et les ONG peuvent intervenir. Citons l'exemple de Kilikili, une organisation née à Bangalore, en Inde, qui crée des espaces de jeu verts et implique les enfants, y compris ceux qui présentent des besoins particuliers, dans leur processus de conception.

L'enjeu dépasse ici clairement la simple question des loisirs. Les aires de jeu publiques peuvent aider à atténuer les effets de la surpopulation et de l'absence d'intimité dans les familles tout en permettant aux enfants de côtoyer leurs camarades d'âges et de milieux différents. Cette expérience précoce de la diversité peut contribuer à jeter les bases d'une société plus équitable⁹. En outre, on a largement prouvé que la présence d'arbres, d'eau et d'un paysage naturel a des effets positifs sur le bien-être physique, mental et social des enfants¹⁰.

Collaborer pour obtenir des résultats en faveur des enfants

Les projets et programmes mentionnés dans ce rapport n'offrent qu'un aperçu des différentes actions menées pour garantir un accès équitable aux services et à la protection. Considérés dans leur ensemble, ils montrent ce qui peut se produire lorsque les droits des enfants sont placés au cœur de l'agenda urbain dans le cadre d'un partenariat actif avec les communautés.

En tous temps, et particulièrement en cette période difficile, les acteurs à tous les niveaux (de l'échelle locale à l'échelle mondiale), la société civile ainsi que les secteurs



Un jeune garçon lit dans son lit à Kuleana, un centre pour les garçons qui travaillent dans la rue situé dans la ville de Mwanza, en République-Unie de Tanzanie.

public et privé doivent combiner leurs ressources et leurs énergies pour créer des environnements urbains propices à la réalisation des droits de l'enfant.

Les organisations non gouvernementales et les organismes internationaux peuvent jouer un rôle crucial en encourageant l'intégration des enfants dans la gouvernance municipale et les décisions communautaires. Pour que les droits des enfants soient respectés, les communautés et les autorités locales doivent s'engager mutuellement. En outre, les problèmes transfrontaliers tels que la migration et la traite nécessitent de toute urgence une action coordonnée.

Les partenariats internationaux entre des organisations de la société civile peuvent puiser dans la force de leurs organisations constitutives pour promouvoir les intérêts des enfants et relier les communautés du monde entier. Shack/Slum Dwellers International en est un exemple. Ce réseau regroupe des fédérations locales d'habitants pauvres des villes (dont beaucoup sont dirigées et gérées par des femmes) pour lutter contre les problèmes de sécurité de l'occupation, de logement et d'infrastructures de base. Les réseaux de ce type facilitent les échanges entre les communautés exclues dans le monde et agissent comme des ponts entre ces communautés, les autorités locales et nationales et les organismes internationaux.

Les politiques et les actions qui concernent les zones urbaines et différents niveaux du gouvernement doivent être mieux coordonnées. Pour lutter contre la violence

urbaine qui touche les enfants, par exemple, il faut mettre en place une collaboration afin de s'attaquer aux réalités politiques et économiques à l'échelle locale et nationale, influencer sur les attitudes et les normes culturelles et rétablir la confiance entre les autorités, les institutions et le grand public.

La gouvernance et la programmation urbaines doivent intégrer les organisations de la société civile, en particulier les organisations communautaires. Celles-ci jouent en effet un rôle critique en permettant aux communautés locales d'avoir un impact sur les politiques.

Vers des villes plus équitables

Plus de la moitié de l'humanité vit aujourd'hui dans des petites et grandes villes, et de plus en plus d'enfants grandissent en milieu urbain. Ces enfants reflètent tout l'éventail des disparités qui caractérisent les villes : les riches côtoient les pauvres, les possibilités d'avenir côtoient la lutte pour la survie.

L'équité doit guider les efforts en faveur de tous les enfants des zones urbaines. Les enfants des bidonvilles, qui naissent et grandissent dans des conditions de pauvreté et d'inégalité extrêmement difficiles, nécessitent une attention particulière. Mais cela ne doit pas se faire aux dépens des autres enfants. Il ne faut pas perdre de vue l'objectif global : des villes et des sociétés plus justes et plus propices à l'épanouissement de tous les individus, à commencer par les enfants.

RÉFÉRENCES

CHAPITRE 1

- 1 Baker, Judy L., *Urban poverty: A global view*, Urban papers, Banque mondiale, Washington, D.C., 2008, p. 1.
- 2 Organisation mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies pour les établissements humains, *Villes cachées : démasquer et surmonter les inégalités de santé en milieu urbain*, OMS, Genève, 2010, p. ix.
- 3 Stephens, Carolyn, *Urban Social and Environmental Inequalities: Impacts on child rights, health and wellbeing in cities*, Document d'information de l'UNICEF pour *La Situation des enfants dans le monde 2012*, 2011, p. 2.
- 4 Nations Unies, *Perspectives de l'urbanisation mondiale : révision 2009*, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Nations Unies, New York, 2010; Organisation mondiale de la Santé et Programme des Nations Unies pour les établissements humains, *Villes cachées : démasquer et surmonter les inégalités de santé en milieu urbain*, OMS, Genève, 2010, p. 5.
- 5 *Révision 2009*, p. 5.
- 6 Chen, Nancy, Paolo Valente and Hania Zlotnik, 'What Do We Know about Recent Trends in Urbanization?', dans *Migration, Urbanization and Development: New directions and issues*, édité par Richard E. Billsborrow, Fonds des Nations Unies pour la population, New York, 1998, pp. 59-88; Fonds des Nations Unies pour la population, *L'état de la population mondiale 2010 : libérer le potentiel de la croissance urbaine*, UNFPA, New York, 2007, p. 13.
- 7 Satterthwaite, David, 'The Under-estimation of Urban Poverty in Low- and Middle-income Nations', IIED Working Paper 14 on Poverty Reduction in Urban Areas, Institut international pour l'environnement et le développement, Londres, 2004; Sabry, Sarah, 'How Poverty Is Underestimated in Greater Cairo, Egypt', *Environment and Urbanization*, vol. 22, no. 2, octobre 2010, pp. 523-541; Chandrasekhar, S., et Mark R. Montgomery, 'Broadening Poverty Definitions in India: Basic needs in urban housing', IIED Working Paper, Institut international pour l'environnement et le développement, Londres, 2010.
- 8 Montgomery, Mark R., 'Urban Poverty and Health in Developing Countries', *Population Bulletin*, vol. 64, no. 2, Juin 2009, p. 6, <www.prb.org/pdf09/64.2urbanization.pdf>, consulté le 5 Août 2011.
- 9 Bitran, J., et al., 'Keeping Health in an Urban Environment: Public health challenges for the urban poor', dans *The Urban Poor in Latin America*, édité par M. Fay, Banque mondiale, Washington, D.C., 2005, pp. 179-194; Fotso, Jean Christophe, 'Child Health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas', *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, no. 9, 11 Juillet 2006; National Research Council, *Cities Transformed: Demographic change and its implications in the developing world*, édité par Panel on Urban Population Dynamics et al., National Academies Press, Washington, D.C., 2003, dans Montgomery, 'Urban Poverty and Health in Developing Countries', p. 5; Matthews, Zoe, et al., 'Examining the "Urban Advantage" dans Maternal Health Care in Developing Countries', *PLoS Medicine*, vol. 7, no. 9, 14 septembre 2010.

- 10 Programme des Nations Unies pour les établissements humains, *Rapport 2006/2007 sur l'état des villes dans le monde : Objectifs du Millénaire pour le développement et viabilité urbaine - 30 années de travaux qui ont façonné le Programme pour l'habitat*, ONU-Habitat, Nairobi, 2006, p. 14.

CHAPITRE 2

- 1 Smith, Terry, et Laura Brownlees, 'Age Assessment Practices: A literature review and annotated bibliography', Document d'information, Section de la protection de l'enfance, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2011, p. 1.
- 2 Habib, R. R., et al., 'Housing Quality and Ill Health in a Disadvantaged Urban Community', *Public Health*, vol. 123, no. 2, février 2009, pp. 174-181.
- 3 Programme des Nations Unies pour les établissements humains, 'Déclaration d'Istanbul et Programme pour l'habitat', juin 1996, <www.unhabitat.org/downloads/docs/2072_61331_list-dec.pdf>, consulté le 4 septembre 2011.
- 4 Sverdlík, Alice, 'Ill-Health and Poverty: A literature review on health in informal settlements', *Environment and Urbanization*, vol. 23, no. 1, avril 2011, p. 126.
- 5 Barrett, Julia R., 'A Marked Disadvantage: Rapid urbanization and mortality of young children in Nigeria', *Environmental Health Perspectives*, vol. 118, no. 5, juin 2010, pp. 118-259.
- 6 Taux de mortalité des moins de cinq ans dans les taudis : 95 pour 1000 naissances vivantes. Voir Fonds des Nations Unies pour l'enfance/Bangladesh, 'Understanding Urban Inequalities in Bangladesh: A prerequisite for achieving Vision 2021 - A study based on the results of the 2009 Multiple Indicator Cluster Survey', UNICEF Bangladesh, Dhaka, novembre 2010, p. 13, <www.unicef.org/bangladesh/Urban_paper_lowres.pdf>, consulté le 4 septembre 2011.
- 7 Kyobutungi, Catherine, et al., 'The Burden of Disease Profile of Residents of Nairobi's Slums: Results from a demographic surveillance system', *Population Health Metrics*, vol. 6, no. 1, mars 2008, pp. 1-8, <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2292687/>, consulté le 5 septembre 2011.
- 8 Montgomery, 'Urban Poverty and Health in Developing Countries'.
- 9 Sims, Mario, Tammy L. Sims et Marino A. Bruce, 'Urban Poverty and Infant Mortality Rate Disparities', *Journal of the National Medical Association*, vol. 99, no. 4, avril 2007, pp. 349-356; Centers for Disease Control and Prevention, 'Racial and Ethnic Disparities in Infant Mortality Rates: 60 largest cities, 1995-1998', *Morbidity & Mortality Weekly Report*, vol. 51, no. 15, 2002, pp. 329-332.
- 10 Brown, David, et al., 'A Summary of Global Routine Immunization Coverage Through 2010', *The Open Infectious Diseases Journal*, vol. 5, 2011, pp. 115-117.
- 11 Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, 'Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale', OMS, Genève, 2010, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf>, consulté le 5 août 2011.

- 12 Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *Lancet*, vol. 367, no. 9516, 1^{er} avril 2006, pp. 1066-1074, cité dans Ziraba, Abdhalak K., et al., 'Maternal Mortality in the Informal Settlements of Nairobi City: What do we know?', *Reproductive Health*, vol. 6, no. 6, mai 2009, pp. 1-8.
- 13 Ziraba, 'Maternal Mortality'; 'Trends in Maternal Mortality'.
- 14 'Understanding Urban Inequalities in Bangladesh'; Montgomery, 'Urban Poverty and Health in Developing Countries'; Ziraba, 'Maternal Mortality'.
- 15 Ruel, Marie T., James L. Garrett et Lawrence Haddad, 'Rapid Urbanization and the Challenges of Obtaining Food and Nutrition Security', *in Nutrition and Health in Developing Countries*, 2nd ed., édité par Richard D. Semba et Martin W. Bloem, Humana Press, Totowa, N.J., 2008, p. 646.
- 16 Fotso, 'Child Health Inequities in Developing Countries', p. 2; Van de Poel, Ellen, Owen O'Donnell et Eddy van Doorslaer, 'Are Urban Children Really Healthier? Evidence from 47 developing countries', Tinbergen Institute Discussion Paper TI 2007-035/3, Tinbergen Institute, Amsterdam, 2007, <www.tinbergen.nl/discussionpapers/07035.pdf>, consulté le 8 août 2011; Nations Unies, document d'information pour la réunion interinstitutions sur l'urbanisation à New York le 6 mars 2007, Nations Unies, New York, cité dans Harpham, T., 'Urban Health in Developing Countries: What do we know and where do we go?', *Health & Place*, vol. 15, no. 1, mars 2009, pp. 107-116.
- 17 HarvestPlus, 'Nutrients: What is hidden hunger?', <www.harvestplus.org/content/nutrients/>, consulté le 4 septembre 2011.
- 18 Van de Poel, O'Donnell et van Doorslaer, 'Are Urban Children Really Healthier?'; Fotso, Jean-Christophe, 'Urban-Rural Differentials in Child Malnutrition: Trends and socio-economic correlates in sub-Saharan Africa', *Health & Place*, vol. 13, no. 1, mars 2007, pp. 205-223, <<http://irmegotiation0708.pbworks.com/download+malnutrit.pdf>>, consulté le 30 septembre 2011; Kennedy, G., et al., 'Does Living in an Urban Environment Confer Advantages for Childhood Nutritional Status? Analysis of disparities in nutritional status by wealth and residence in Angola, Central African Republic and Senegal', *Public Health Nutrition*, vol. 9, no. 2, avril 2006, pp. 187-193, <<http://bvs.per.paho.org/texcom/nutricion/ango.pdf>>, consulté le 30 septembre 2011.
- 19 Fotso, 'Child Health Inequities in Developing Countries', pp. 9-10.
- 20 Ibid., p. 2.
- 21 Menon, Purnima, Marie T. Ruel et Saul Sutkover Morris, 'Socioeconomic Differentials in Child Stunting Are Consistently Larger in Urban Than in Rural Areas', FCND Discussion Paper No. 97, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, D.C., octobre 2000, pp. 282-289; Montgomery, 'Urban Poverty and Health in Developing Countries', p. 6.
- 22 Agarwal, Siddharth, 'The State of Urban Health in India: Comparing the poorest quartile to the rest of the urban population in selected states and cities', *Environment and Urbanization*, vol. 23, no. 1, avril 2011, pp. 13-28.

- 23 Gupta, Kamla, Fred Arnold et H. Lungdim, Health and Living Conditions in Eight Indian Cities, National Family Health Survey (NFHS-3) Inde 2005–2006, International Institute for Population Sciences, Mumbai, et ICF Macro, Calverton, Md., 2009.
- 24 Kennedy, et al., 'Does Living in an Urban Environment Confer Advantages?'
- 25 Ruel, Marie T., et James L. Garrett, 'Features of Urban Food and Nutrition Security and Considerations for Successful Urban Programming', *Electronic Journal of Agricultural and Development Economics*, vol. 1, no. 2, 2004, pp. 242–271.
- 26 Popkin, Barry M., 'The Nutrition Transition and Its Relationship to Demographic Change', dans Semba et Bloem, Nutrition and Health in Developing Countries, pp. 427–445.
- 27 Ruel, Marie T., et al., 'The Food, Fuel, and Financial Crises Affect the Urban and Rural Poor Disproportionately: A review of the evidence', *Journal of Nutrition*, vol. 140, no. 1, janvier 2010, pp. 1S–7S, <<http://jn.nutrition.org/content/140/1/170S.full>>, consulté le 5 septembre 2011.
- 28 Organisation mondiale de la Santé, 'Clean Household Energy for All', <www.who.int/indoorair/interventions/CHEA_brochure_rev.pdf>, consulté le 5 septembre 2011; Organisation mondiale de la Santé, 'Qualité de l'air et santé, Aide-mémoire No. 313, OMS, mise à jour septembre 2011', <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/en/index.html>, consulté le 30 septembre 2011.
- 29 Overseas Development Institute, 'Livelihoods and Gender in Sanitation, Hygiene and Water Services among the Urban Poor', MailiSaba Research Report, ODI, mars 2005, pp. 14–15, <www.odi.org.uk/resources/download/2959.pdf>, consulté le 5 septembre 2011.
- 30 Corburn, Jason, 'Urban Land Use, Air Toxics and Public Health: Assessing hazardous exposures at the neighborhood scale', *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 27, no. 2, mars 2007, pp. 145–160. Les quartiers défavorisés mentionnés dans l'étude, qui ont un taux élevé de toxines dans l'air, comprennent le South Bronx; Harlem; Greenpoint et Williamsburg à Brooklyn, New York; Roxbury, Boston; Barrio Logan, San Diego, Californie; et South Baltimore, Maryland.
- 31 Organisation mondiale de la Santé, *Décennie d'action pour la sécurité routière, 2011–2020 : Sauver des millions de vies*, OMS, 2011, <www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/saving_millions_lives_en.pdf>, consulté le 30 septembre 2011.
- 32 Organisation mondiale de la Santé, *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde: Il est temps d'agir*, OMS, Genève, 2009, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf>, consulté le 30 septembre 2011.
- 33 Estimations de l'ONUSIDA, 2011.
- 34 Ibid.
- 35 Garenne, Michel, 'Urbanization and Child Health in Resource-Poor Settings with Special Reference to Under-Five Mortality in Africa', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 95, no. 6, juin 2010.
- 36 Hallman, Kelly, 'Socioeconomic Disadvantage and Unsafe Sexual Behaviours among Young Women and Men in South Africa', Paper 190, Policy Research Division Working Papers, Population Council, New York, 2004.
- 37 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Feuilles de résultats concernant le sida : Vue d'ensemble – Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010*, ONUSIDA, 2010, pp. 17, 61, <www.unaids.org/globalreport/AIDSScorecards.htm>, consulté le 4 septembre 2011.
- 38 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation internationale du Travail, Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Tirer parti de la crise : prévenir le VIH du début de l'adolescence au début de l'âge adulte*, UNICEF, New York, juin 2011, Tableau 1, pp. 39, 41.
- 39 Busza, Joanna R., et al., 'Street-Based Adolescents at High Risk of HIV in Ukraine', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 23 septembre 2010, <<http://jech.bmj.com/content/early/2010/09/23/jech.2009.097469.full>>, consulté le 4 septembre 2011.
- 40 Black, Maureen M., et Ambika Krishnakumar, 'Children in Low-Income, Urban Settings: Interventions to promote mental health and well-being', *American Psychologist*, vol. 53, no. 6, juin 1998, pp. 635–646; Patel, V., et al., 'Promoting Child and Adolescent Mental Health in Low and Middle Income Countries', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 49, no. 3, mars 2008, pp. 313–334, <www.sangath.com/images/file/Promoting%20child%20and%20adolescent%20mental%20health%20.....pdf>, consulté le 30 septembre 2011.
- 41 Flournoy, Rebecca, et Irene Yen, 'The Influence of Community Factors on Health: An annotated bibliography', PolicyLink, Oakland, Calif., 2004, p. 17, <www.policylink.org/att/cf/%7B97c6d565-bb43-406d-a6d5-eca3bbf35af0%7D/ANNOTATEDBIBLIOGRAPHY_FINAL.PDF>, consulté le 5 septembre 2011.
- 42 Bhatia, Shashi K., et Subhash C. Bhatia, 'Childhood and Adolescent Depression', *American Family Physician*, vol. 75, no. 1, janvier 2007, pp. 73–80.
- 43 Aliról, E., et al., 'Urbanisation and Infectious Diseases in a Globalised World', *Lancet*, vol. 11, no. 2, février 2011, pp. 132–133.
- 44 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme commun de surveillance de l'eau et de l'assainissement, *Rapport 2010 sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*, OMS et UNICEF, Genève, mars 2010, pp. 18–19, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956_eng_full_text.pdf>, consulté le 5 septembre 2011.
- 45 Programme pour l'eau et l'assainissement, *Global Experiences on Expanding Water and Sanitation Services to the Urban Poor: Accompanying volume to the 'Guidance Notes on Services for the Urban Poor'*, WSP, août 2009, p. 161.
- 46 Programme d'ONU-Eau pour le plaidoyer et la communication dans le cadre de la Décennie, 'Water and Cities: Facts and figures', UNW-DPAC, 2011, p. 2, <www.un.org/waterforlifedecade/swm_cities_zaragoza_2010/pdf/facts_and_figures_long_final_eng.pdf>, consulté le 5 septembre 2011.
- 47 *Rapport 2010 sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*, p. 22.
- 48 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Éducation pour tous, Rapport mondial de suivi 2008 : L'éducation pour tous en 2015 – Un objectif accessible ?* UNESCO et Oxford University Press, Paris et Oxford, UK, 2007, cité dans Bartlett, Sheridan, 'Urban Children: Discussion of UNICEF programming directions', Document d'information. Divison des politiques et des pratiques, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, février 2010, p. 14.
- 49 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Éducation pour tous, Rapport mondial de suivi 2010 : Atteindre les marginalisés*, UNESCO et Oxford University Press, Paris et Oxford, UK, 2010, p. 6.
- 50 Grantham-McGregor, S., et al., 'Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries', *Lancet*, vol. 369, no. 9555, 6 janvier 2007, pp. 60–70.
- 51 El-Zanaty, Fatma, et Stephanie Gorin, *Egypt Household Education Survey (EHES) 2005–06*, El-Zanaty and Associates et Macro International Inc., Le Caire, 2007, p. 126.
- 52 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture *Éducation pour tous, Rapport mondial de suivi 2011 : la crise cachée – Conflit armé et éducation*, UNESCO, Paris, 2011, pp. 40, 43.
- 53 Programme des Nations Unies pour les établissements humains, *L'état des villes dans le monde 2010/2011 : réduire la fracture urbaine*, Earthscan pour ONU/Habitat, Londres et Nairobi, 2008, p. 117.
- 54 *Éducation pour tous, Rapport mondial de suivi 2010*, p. 176.
- 55 *Éducation pour tous, Rapport mondial de suivi 2011*, p. 158.
- 56 Tsujita, Yuko, 'Deprivation of Education: A study of slum children in Delhi, India', Document commandé pour *Éducation pour tous, Rapport mondial de suivi 2010*, 2010/ED/EFA/MRT/PI/12, avril 2009, p. 4.
- 57 'Understanding Urban Inequalities in Bangladesh', p. 13.
- 58 *L'état des villes dans le monde 2006/7*, p. 122.
- 59 Duflou, Esther, Pascaline Dupas et Michael Kremer, 'Poverty Action Lab', Unpublished study, 2008, cité dans Bartlett, Sheridan, et David Satterthwaite, 'Urban Poverty and Urban Children: A review of the literature', Document de travail interne de l'UNICEF, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, p. 60.
- 60 Bureau international du Travail, *Une alliance mondiale contre le travail forcé : Rapport global en vertu du suivi de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail 2005*, Rapport I (B), Conférence internationale du Travail, 93^e session, OIT, Genève, 2005, pp. 14–15, <www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_norm/-declaration/documents/publication/wcms_081882.pdf>, consulté le 30 septembre 2011.
- 61 Organisation internationale du Travail, *Tanzania : Children in prostitution – A rapid assessment*, Programme international pour l'abolition du travail des enfants, OIT, Genève, 2001, p. 15.
- 62 Ali, Masud, et al., *Misplaced Childhood: A short study on the street child prostitutes in Dhaka city*, Red Barnet avec l'appui de Save the Children Denmark, Dhaka, 1997, dans INCIDIN Bangladesh pour l'Organisation internationale du Travail, Programme international pour l'abolition du travail des enfants, et la traite d'enfants – South Asia Project, Rapid Assessment on Trafficking in Children for Exploitative Employment in Bangladesh, OIT, Dhaka, février 2002, p. 17.
- 63 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Child Trafficking in Europe: A broad vision to put children first*, Innocenti Insight, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2007, p. 12.
- 64 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Bureau régional pour l'Europe centrale et orientale/la Communauté d'États indépendants et la Fondation Terre des Hommes, *Action to Prevent Child Trafficking in South Eastern Europe: A preliminary assessment*, UNICEF et Fondation Terre des hommes, Genève, 2006, dans *Child Trafficking in Europe*, p. 12.
- 65 Bureau international du Travail, *Intensifier la lutte contre le travail des enfants. Rapport global en vertu du suivi de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail*, OIT, Genève, 2010, pp. xiii, 5.
- 66 Bwibo, N. O., and P. Onyango, *Final Report of the Child Labour and Health Research*, Université de Nairobi, Nairobi, 1987, cité dans Bourdillon, Michael, 'Children as Domestic Employees: Problems and promises', *Journal of Children and Poverty*, vol. 15, no. 1, mars 2009, p. 3.

- 67 Moscow Humanitarian University et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Street Children: Overall situation and challenges*, une étude demandée par le Médiateur chargé des droits de l'enfant de la ville de Moscou, Moscou, 2009, p. 2; Conticini, Alessandro, et David Hulme, *Escaping Violence, Seeking Freedom: Why children in Bangladesh migrate to the street*, Economic and Social Research Council Global Poverty Research Group, septembre 2006, p. 8.
- 68 Thomas de Benitez, Sarah, *State of the World's Street Children: Violence*, Consortium for Street Children, Londres, 2007, p. 17.
- 69 Raffaelli, Marcela, et al., 'Gender Differences in Brazilian Street Youth's Family Circumstances and Experiences on the Street', *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, no. 11, novembre 2000, pp. 1434, 1437, 1438.
- 70 Barker, Gary, et al., *Urban Girls: Empowerment in especially difficult circumstances*, Intermediate Technology Development Group, Londres, 2000, cité dans Thomas de Benitez, *State of the World's Street Children*, p. 8.

ENCADRÉS DU CHAPITRE 2

Des services de santé maternelle et infantile pour les populations urbaines pauvres

Programme des Nations Unies pour les établissements humains, *UN-Habitat and the Kenya Slum Upgrading Programme*, ONU-Habitat, Nairobi, 2007, p. 7; Programme des Nations Unies pour les établissements humains, *L'état des villes africaines 2010 : gouvernance, inégalité et marchés fonciers urbains*, ONU-Habitat, 2010, p. iii, <www.unhabitat.org/content.asp?cid=9141&catid=7&typeid=46&subMenuId=0>, consulté le 25 août 2011; Menon, Ruel et Morris, 'Socio-economic Differentials in Child Stunting', pp. 282-299; Fotso, 'Child Health Inequities in Developing Countries', pp. 1-10; African Population and Health Research Center, *Strengthening Information Systems, Knowledge Sharing and Partnerships for Addressing Urban Health Vulnerabilities in the Slums of Nairobi, Kenya*, APHRC, Nairobi, 2009; Fotso, Jean-Christophe, Alex Ezeh et Rose Oranje, 'Provision and Use of Maternal Health Services among Urban Poor in Kenya: What do we know and what can we do?', *Journal of Urban Health*, vol. 85, no. 3, 2008, pp. 428-442, <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329740/pdf/11524_2008_Article_9263.pdf>, consulté le 25 août 2011; Fotso, Jean-Christophe, et Caroline Mukira, 'Perceived Access to and Quality of Care and Utilization of Delivery Care Services among the Urban Poor: Harnessing the potentials of private clinics in urban, resource deprived settings?', *Health Policy and Planning*, à paraître; Izugbara, Chimaraoke, Alex Ezeh et Jean-Christophe Fotso, 'The Persistence and Challenges of Homebirths: Perspectives of traditional birth attendants in urban Kenya', *Health Policy and Planning*, vol. 24, 2009, pp. 36-45, <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/24/1/36.full.pdf>>, consulté le 18 septembre 2011; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *Lancet*, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243-260, <<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673607616900.pdf?id=e16241398b8eb460:67ac7f42:1320261e66f:727b1314304374913>>, consulté le 25 août 2011; Groupe de travail de l'Organisation mondiale de la Santé, 'Use and Interpretation of Anthropometric Indicators on Nutritional Status', *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 64, no. 6, 1986, pp. 929-941; Banque mondiale, *Lessons from a Review of Interventions to Reduce Child Malnutrition in Developing Countries: What can we learn from nutrition impact evaluations?*, Banque mondiale, Washington, D.C., 2010, <http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Nutrition_eval.pdf>, consulté le 26 août 2011.

Cartographier les disparités en milieu urbain pour garantir les droits de l'enfant

Center for International Earth Science Information Network, Columbia University, *Where the Poor Are: An atlas of poverty*, Columbia University, Palisades, N.Y., 2006, pp. v, 1, 37, <<http://sedac.ciesin.columbia.edu/povmap/downloads/maps/atlas/atlas.pdf>>, consulté le 20 septembre 2011; Bedi, Tara, Aline Couloel et Kenneth Simler, *More Than a Pretty Picture: Using poverty maps to design better policies and interventions*, Banque mondiale, Washington, D.C., 2007, pp. 5, 16; Association of Public Health Observatories, <www.apho.org.uk/default.aspx>, consulté le 20 septembre 2011.

CHAPITRE 3

- Black, Richard, et al., 'Migration and Pro-poor Policy in West Africa', Working Paper C8, Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, University of Sussex, Brighton, UK, novembre 2004.
- Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, *Trends in International Migrant Stock: The 2008 revision - CD-ROM documentation*, DAES, Division de la population, New York, 2009, p. 2, <www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_MigStock_2008.pdf>, consulté le 2 octobre 2011.
- Stephens, Carolyn, *Urban Social and Environmental Inequalities: Impacts on child rights, health and wellbeing in cities*, Document d'information de l'UNICEF pour *La Situation des enfants dans le monde 2012*, 2011, p. 13.
- Lu, Hong, et Shunfeng Song, 'Rural Migrant's Perceptions of Public Safety Protections in Urban China', *Chinese Economy*, vol. 39, no. 3, 2006, pp. 26-30.
- van de Glind, Hans, 'Migration and Child Labour: Exploring child migrant vulnerabilities and those of children left behind', Working paper, Organisation internationale du Travail, Programme international pour l'abolition du travail des enfants, Genève, 2010, p. 1.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Children in China: An atlas of social indicators*, UNICEF, Beijing, 2010, pp. 110-111; Bureau national des statistiques de Chine, *China Population and Employment Statistics Yearbook 2008*, China Statistics Press, Beijing, 2009.
- van de Glind, 'Migration and Child Labour', p. 5.
- McKenzie, David J., 'A Profile of the World's Young Developing Country Migrants', document d'information pour le *Rapport sur le développement dans le monde*, WPS4021, Banque mondiale, octobre 2006, pp. 3, 7.
- Whitehead, Ann, et al., 'Child Migration, Child Agency and Inter-generational Relations in Africa and South Asia', Working Paper T24, Development and Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, Brighton, UK, décembre 2007, p. 10.
- Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, 'Independent Child Migration: Introducing children's perspectives', Briefing No. 11, Sussex Centre on Migration Research, Brighton, UK, août 2008, p. 2.
- Organisation internationale du Travail et Understanding Children's Work (UCW), *Joining Forces against Child Labour: Interagency report for the Hague Global Child Labour Conference of 2010*, OIT et UCW, Genève, mai 2010, p. 58.
- Whitehead et al., 'Child Migration, Child Agency', p. 17.
- Ibid.
- Pour un examen d'ensemble, voir Whitehead et al., 'Child Migration, Child Agency', p. 28; Kwankye, Stephen O., et al., 'Coping Strategies of Independent Child Migrants from Northern Ghana to Southern Cities', Working Paper T-23, Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, Brighton, UK, novembre 2007, pp. 11-12, <www.migrationdrc.org/publications/working_papers/WP-T23.pdf>, consulté le 2 octobre 2011; Khair, Sumaiya, *Preliminary Report on Child Migrant Workers in the Informal Sector in Dhaka*, Refugee and Migratory Movements Research Unit et Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, Dhaka, Bangladesh, et Sussex, UK, 2005.

- Akar, Hanife, 'Challenges for Schools in Communities with Internal Migration Flows: Evidence from Turkey', *International Journal of Educational Development*, vol. 30, no. 3, mai 2010, pp. 263, 269.
- Whitehead, Ann, et Iman Hashim, 'Children and Migration: document de base for DFID Migration Team', mars 2005, <www.childtrafficking.com/Docs/dfid_05_child_mig_bac_0408.pdf>, consulté le 12 septembre 2011, p. 29; Bhabha, Jacqueline, 'Seeking Asylum Alone: Treatment of separated and trafficked children in need of refugee protection', Faculty Research Working Papers Series, Harvard University, Cambridge, Mass., mars 2004.
- Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, *Tendances mondiales 2009 : Réfugiés, demandeurs d'asile, rapatriés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et apatrides*, HCR, Genève, juin 2010, p. 3.
- Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, *Directives opérationnelles du HCR en matière de protection des réfugiés et solutions dans les zones urbaines*, HCR, Genève, septembre 2009, p. 2.
- Lustig, Stuart L., et al., 'Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, no. 1, janvier 2004, p. 24.
- Children in China*, pp. 110-111; *China Population 2008*
- Battistella, Graziano, et Cecilia G. Conaco, 'The Impact of Labour Migration on the Children Left Behind: A study of elementary school children in the Philippines', *SOJOURN: Journal of Social Issues in Southeast Asia*, vol. 13, 1998, <www.questia.com/googleScholar.qst?docId=5002305580>, consulté le 12 septembre 2011.
- Organisation internationale du Travail, *Mise à jour des tendances du marché du travail et de l'emploi*, rapport publié à l'occasion du sommet du G20 à Séoul, novembre 2010, cité dans *New Internationalist*, no. 440, mars 2011, p. 16.
- Organisation internationale du Travail, *Tendances mondiales de l'emploi des jeunes: Numéro spécial sur l'impact de la crise économique mondiale sur la jeunesse*, OIT, Genève, août 2010.
- Ibid., p. 13.
- Peeters, Pia, et al., 'Youth Employment in Sierra Leone: Sustainable livelihood opportunities in a post-conflict setting', Banque mondiale, Washington, D.C., avril 2009, pp. 123-124, Table A1.1, <<http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821378229>>, consulté le 12 septembre 2011.
- Tendances mondiales de l'emploi des jeunes* : Numéro spécial, p. 26.
- Ibid., pp. 1-2.
- Bureau des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest, *Youth Unemployment and Regional Insecurity in West Africa*, UNOWA Issues Papers, Dakar, décembre 2005, p. 10; Odigie, S. A., et A. I. Orobosa, 'Population, Poverty and Sustainable Development: An empirical investigation of the Nigeria scenario', dans Aghayere, V. O., et al., *Nigeria Political Economy and Sustainable Developments*, All Nations Printing Press, Benin City, 2008; Wosu, Eze, et A. Kinikanwo Anele, 'Rural-Urban Migration of Young Persons from Selected Conflict Ridden Communities in Rivers State: A sociological approach', *African Journal of Political Science and International Relations*, vol. 4, no. 6, 2010, p. 210, <www.academicjournals.org/ajpsir/pdf/pdf2010/juin/Wosu%20and%20Anele.pdf>, consulté le 2 octobre 2011.

- 29 Sommers, Marc, *West Africa's Youth Employment Challenge: The case of Guinea, Liberia, Sierra Leone and Côte d'Ivoire*, Organisation des Nations Unies pour le développement industriel, Vienne, octobre 2007, pp. 6, 15-18; Blum, Robert, 'Youth in Sub-Saharan Africa', *Journal of Adolescent Health*, vol. 41, no. 3, 2007, p. 231; *Youth Unemployment and Regional Insecurity in West Africa*, p. 10.
- 30 Organisation internationale du Travail, *Les tendances de l'emploi des jeunes dans le monde*, OIT, Genève, 2006, p. 20.
- 31 de Pee, Saskia, et al., 'How to Ensure Nutrition Security in the Global Economic Crisis to Protect and Enhance Development of Young Children and Our Common Future', *Journal of Nutrition*, vol. 140, no. 1, janvier 2010, pp. 138S-142S.
- 32 Krug, E., et al., *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2002; Baker-Henningham, H., et al., 'Experiences of Violence and Deficits in Academic Achievement among Urban Primary School Children in Jamaica', *Child Abuse and Neglect*, vol. 33, no. 5, mai 2009, pp. 296-306; Mudege, Netsayi N., Eliya M. Zulu et Chimaraoke Izugbara, 'How Insecurity Impacts on School Attendance and School Dropout among Urban Slum Children in Nairobi', *International Journal of Conflict and Violence*, vol. 2, no. 1, 2008, pp. 98-112.
- 33 Pickett, Kate E., et Richard G. Wilkinson, 'Child Wellbeing and Income Inequality in Rich Societies: Ecological cross sectional study', *BMJ*, vol. 335, no. 7629, 16 novembre 2007, pp. 169-172.
- 34 Pinheiro, Paulo Sérgio, *Rapport mondial sur la violence à l'encontre des enfants*, No. 8, Nations Unies, New York, 2006, pp. 304-305.
- 35 Moser, Caroline, Ailsa Winton et Annalise Moser, 'Violence, Fear, and Insecurity among the Urban Poor in Latin America', dans Fay, *Urban Poor in Latin America*, pp. 132-133.
- 36 *Ibid.*, p. 148.
- 37 Banque mondiale, *Violence in the City: Understanding and supporting community responses to urban violence*, Banque mondiale, Washington, D.C., 2010, p. 38.
- 38 Pinheiro, *Rapport mondial sur la violence à l'encontre des enfants*.
- 39 Selon le Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED), pour qu'une catastrophe soit entrée dans la base de données du CRED, au moins l'un des critères suivants doit être rempli : 10 personnes ou plus tuées, 100 personnes ou plus affectées; déclaration d'un état d'urgence, appel à l'aide internationale. Voir Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes, EM-DAT: Base de données sur les catastrophes internationales, <www.emdat.be>, consulté le 11 août 2011.
- 40 Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes, EM-DAT: Base de données sur les catastrophes internationales, <www.emdat.be>, consulté le 11 août 2011.
- 41 Groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat, *Changements climatiques 2007 : rapport de synthèse*, GIEEC, Genève, 2007, pp. 44-54, <www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar4/syr/ar4_syr.pdf>, consulté le 2 octobre 2011.
- 42 Bicknell, Jane, David Dodman et David Satterthwaite, eds., *Adapting Cities to Climate Change: Understanding and addressing the development challenges*, Earthscan, Londres, 2009, p. 11.
- 43 DARA, *Climate Vulnerability Monitor: The state of the climate crisis*, DARA Climate Vulnerable Forum, Madrid, 2010, p. 12, <http://daraint.org/wp-content/uploads/2010/12/CVM_Complete-1-aout-2011.pdf>, consulté le 18 septembre 2011.
- 44 Costello, Anthony, et al., 'Managing the Health Effects of Climate Change', *Lancet*, vol. 373, 16 mai 2009, pp. 1693-1733.
- 45 Gouveia, Nelson, Shakoor Hajat et Ben Armstrong, 'Socioeconomic Differentials in the Temperature-Mortality Relationship in São Paulo, Brazil', *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, no. 3, 2003, p. 392.
- 46 Margesson, Rhonda, et Maureen Taft-Morales, *Haiti Earthquake: Crisis and response*, CRS Report for Congress, Congressional Research Service, 8 mars 2010, pp. 3, 10, 24, <www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA516429&Location=U2&doc=GetTRDoc.pdf>, consulté le 2 octobre 2011.
- 47 Bilham, Roger, 'Lessons from the Haiti Earthquake', *Nature*, vol. 463, 18 février 2010, pp. 878-879, <www.nature.com/nature/journal/v463/n7283/pdf/463878a.pdf>, consulté le 2 octobre 2011.
- 48 Costello et al., 'Managing the Health Effects of Climate Change', p. 1712.
- 49 Fisher, Sarah, 'Violence against Women and Natural Disasters: Findings from post-tsunami Sri Lanka', *Violence against Women*, vol. 16, no. 8, août 2010, pp. 902-918, résumé disponible sur le site <http://wv.sagepub.com/content/16/8/902.abstract>, consulté le 12 septembre 2011.
- 50 Plan UK, *Child-Centred Disaster Risk Reduction: Building resilience through participation - Lessons from Plan International*, Plan UK, Londres, 2010, pp. 4, 29-30.
- 51 Pelling, Mark, 'Urban Governance and Disaster Risk Reduction in the Caribbean: The experiences of Oxfam GB', *Environment and Urbanization*, vol. 23, no. 2, sous presse.
- 52 Archer, Diane, et Somsook Boonyabanha, 'Seeing a Disaster as an Opportunity: Harnessing the energy of disaster survivors for change', *Environment and Urbanization*, vol. 23, no. 2, 21 juin 2011, résumé disponible sur le site <http://eau.sagepub.com/content/early/2011/06/21/0956247811410011.abstract>, consulté le 12 septembre 2011.
- 2 Hart, Roger, 'Planning Cities with Children in Mind' Document d'information de l'UNICEF pour *La Situation des enfants dans le monde 2012*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2011, pp. 17-18; Banque interaméricaine de développement, *Assessment of Participatory Budgeting in Brazil*, Banque interaméricaine de développement et Centre d'Études sur le Développement urbain, Harvard University, Washington, D.C., et Cambridge, Mass., 2005; Cabannes, Yves, 'Children and Young People Build Participatory Democracy in Latin American Cities', *Environment and Urbanization*, vol. 18, no. 1, 2006, pp. 195-218.
- 3 En Espagne, par exemple, neuf indicateurs de qualité des villes amies des enfants ont été testés dans 40 villes participant au programme. Ces neuf indicateurs sont : limitation du bruit, pollution, rayonnement électromagnétique, zones de jeux sûres, trajet sécurisé entre les principales aires de la collectivité, école en tant que centre dynamique, équipements publics pour tous les groupes d'âge zmaison ou en collectivité, et juxtaposition des zones urbaines et rurales. Informations fournies par le Comité espagnol de l'UNICEF.
- 4 Hart, Roger, *Children's Participation: The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*, UNICEF, Londres et New York, 1997; Driskell, David, *Creating Better Cities with Children and Youth: A manual for participation*, Earthscan, Londres, 2002.
- 5 Hart, 'Planning Cities', p. 6.
- 6 Anh, M. T. Phuong, et al., 'Urban and Peri-urban Agriculture in Hanoi: Opportunities and constraints for safe and sustainable food production', Technical Bulletin No. 32, AVRDC - The World Vegetable Center, Shanhua, Taiwan, 2004, pp. 31-32.
- 7 Banque mondiale, *Agriculture Investment*, Banque mondiale, Washington, D.C., 2006, p. 32.
- 8 Scott, Vera, et al., 'Research to Action to Address Inequities: The experience of the Cape Town Equity Gauge', *International Journal for Equity in Health*, vol. 7, no. 6, 4 février 2008.
- 9 Fonds des Nations Unies pour la population, *L'état de la population mondiale 2007: Supplément Jeunesse - Grandir en milieu urbain*, UNFPA, New York, 2007, <www.unfpa.org/swp/2007/youth/english/story/preface.html>, consulté le 19 septembre 2011.
- 10 Borzekowski, Dina L. G., 'The Project Ignite Evaluation: Tribes in Trinidad and Tobago and Shuga in Kenya and Zambia', Johns Hopkins University, 2010.
- 11 Cairncross, Sandy, et Vivian Valdmanis, 'Water Supply, Sanitation, and Hygiene Promotion', Chapitre 41 dans *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., éditée by Dean T. Jamison et al., Banque mondiale et Oxford University Press, Washington, D.C., et New York, avril 2006, <www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728>, consulté le 19 septembre 2011; Gunther, I., and G. Fink, 'Water and Sanitation to Reduce Child Mortality: The impact and cost of water and sanitation infrastructure', Document de travail de recherche sur les politiques 5618, Groupe des perspectives de développement à la Banque mondiale, Washington, D.C., mars 2011.
- 12 Hart, 'Planning Cities', p. 17.
- 13 Plan International, *Because I Am a Girl: The state of the world's girls 2010 - Digital and urban frontiers: Girls in a changing landscape*, Plan International, Bruxelles, 2010, <http://plan-international.org/girls/static/docs/BIAG_2010_EN2.pdf>, consulté le 19 septembre 2011, pp. 3-5.
- 14 Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, *Refugee Education in Urban Settings: Case studies from Nairobi, Kampala, Amman and Damascus*, Section des solutions opérationnelles et de la transition, Division de l'appui et de la gestion des programmes, HCR, Genève, décembre 2009, pp. 25-30.

ENCADRÉ DU CHAPITRE 3

Femmes, enfants, catastrophe et résilience

La Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique et la Stratégie internationale de prévention des catastrophes des Nations Unies, *Protecting Development Gains: Reducing disaster vulnerability and building resilience in Asia and the Pacific*, ESCAP and UNISDR, Bangkok, avril 2010, p. 4, <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/4B7EEA9DF1CBE43E852577C800730881-ESCAP-ISDR-Asia-Pacific-Disaster-Report-2010.pdf>, consulté le 6 octobre 2011; Gouvernement de la République des Philippines et autres, *Philippines: Typhoons Ondoy and Pepeng - Post-disaster needs assessment*, 26 novembre 2009, <http://siteresources.worldbank.org/INT/PHILIPPINES/Resources/PDNAVol1MainReport.pdf>, consulté le 30 septembre 2011; Programme d'aide du gouvernement australien aux Philippines, 'Building the Resilience and Awareness of Metro Manila Communities to Natural Disasters and Climate Change Impacts', Program Design Document, Building the Resilience and Awareness of Communities (BRACE) Program, avril 2011; Otara, Rio Grace M., et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance en partenariat avec le Council for the Welfare of Children, 'Project Report on the Registration and Family Tracing of Separated and Unaccompanied Children: Tropical Storm Ondoy and Typhoon Pepeng', Quezon City, Philippines, octobre 2010, pp. 22-23; Oxfam, *Banyuhay: Mga kuwento ng hamon at pagbangon ng kababaihan sa panahon ng Ondoy*, [Nouvelle vie : Récits sur les défis et la résilience des femmes durant Ondoy], Oxfam, Quezon City, Philippines, 2011.

CHAPITRE 4

- 1 Racelis, Mary, et Angela Desiree M. Aguirre, *Making Philippine Cities Child Friendly: Voices of children in poor communities*, Innocenti Insight, Institute of Philippine Culture, Ateneo de Manila University et Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, 2005.

- 15 Hart, 'Planning Cities', p. 25.
- 16 Organisation mondiale de la Santé, *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde: Il est temps d'agir*, OMS, Genève, 2009, p. 17.
- 17 Ibid. : référence supplémentaire fournie par le bureau régional de l' UNICEF pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Données publiées en juin 2011 par TransMilenio S.A., <www.transmilenio.gov.co/WebSite/Default.aspx>, consulté le 18 septembre 2011.
- 18 Quito, Équateur; Caire, Égypte; New Delhi, Inde; Port Moresby, Papouasie-Nouvelle-Guinée; et Kigali, Rwanda.
- 19 *Because I Am a Girl*.
- 20 Organisation mondiale de la Santé, Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, rapport par Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles, Rapport du Secrétariat EB 126/12, OMS, Genève, 26 novembre 2009, p. 10.
- 21 Reinehr, Thomas, et al., 'Obesity in Disabled Children and Adolescents: An overlooked group of patients', *Deutsches Arzteblatt International*, vol. 107, no. 15, 2010, p. 268.
- 22 Hart, 'Planning Cities', p. 10.
- 23 Ibid., p. 8.
- 24 Ibid., p. 12.
- 25 Evans, Gary W., 'The Built Environment and Mental Health', *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 80, no. 4, décembre 2003, p. 545; Taylor, Andrea F., Frances E. Kuo et William C. Sullivan, 'Views of Nature and Self-Discipline: Evidence from inner city children', *Journal of Environmental Psychology*, vol. 21, 2001, pp. 49-63; Kuo, Frances E., et Andrea Faber Taylor, 'A Potential Natural Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a national study', *Research and Practice*, vol. 94, no. 9, septembre 2004, pp. 1580-1586; Taylor, Andrea F., Frances E. Kuo et William C. Sullivan, 'Coping with ADD: The surprising connection to green play settings', *Environment and Behavior*, vol. 33, no. 1, janvier 2001, pp. 54-77; Wells, Nancy M., 'At Home with Nature: Effects of "greenness" on children's cognitive functioning', *Environment and Behavior*, vol. 32, no. 6, novembre 2000, pp. 775-795; Bell, Anne C., et Janet E. Dymment, 'Grounds for Health: The intersection of green school grounds and health-promoting schools', *Environmental Education Research*, vol. 14, no. 1, février 2008, pp. 77-90; Sharp, David, 'Giving People More Green Space', *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 84, no. 1, janvier 2007, pp. 3-4.
- 26 Wells, 'At Home with Nature', pp. 781-783.
- 27 Evans, 'The Built Environment and Mental Health', p. 545; Hart, 'Planning Cities', p. 13; Krug, Etienne, et al., eds, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2002, p. 25, <www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf>, consulté le 21 septembre 2011; Samms-Vaughan, Maureen E., Maria D. Jackson et Deanne E. Ashley, 'Urban Jamaican Children's Exposure to Community Violence', *West Indian Medical Journal*, vol. 54, no. 1, janvier 2005, pp. 14-21, <http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442005000100004&lng=en&nrm=isosource%5B>, consulté le 21 septembre 2011; Seedat, S., et al., 'Trauma Exposure and Post-traumatic Stress Symptoms in Urban African schools', *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, février 2004, pp. 169-175, <http://bjp.rcpsych.org/content/184/2/169.long>, consulté le 21 septembre 2011; Hart, 'Planning Cities', p. 13.
- 28 Programme des Nations Unies pour le développement, « Mondialisation et choix culturel », Chapitre 5 du Rapport sur le développement humain 2004 : la liberté culturelle dans un monde diversifié, PNUD, New York, 2004, p. 99, <http://hdr.undp.org/en/media/hdr04_CHAPITRE_5.pdf>, consulté le 19 septembre 2011.
- 29 Qadeer, Mohammad, 'What Is This Thing Called Multicultural Planning?', *Bridge*, vol. 2, no. 9, 2009, pp. 10-11, extrait sur le site <http://canada.metropolis.net/pdfs/qadeer_extracted_plan_canada_e.pdf>, consulté le 10 août 2011.
- 30 OnePeople, Singapour, <www.onepeople.sg>, consulté le 18 septembre 2011.
- 31 Palfrey, John, et Urs Gasser, *Born Digital: Understanding the first generation of digital natives*, Basic Books, New York, 2008, p. 1.
- 32 Menou, Michel J., 'Information Behaviour of the "Google Generation" as a Factor in Sustainability for Mexican Cities', *Aslib Proceedings*, vol. 62, no. 2, 2010, p. 166.
- 33 Gasser, Urs, Colin M. Maclay et John G. Palfrey Jr., *Working towards a Deeper Understanding of Digital Safety for Children and Young People in Developing Nations*, Berkman Center for Internet and Society à Harvard University, Cambridge, Mass., juin 2010, pp. 1, 9, 22.
- 34 *Because I Am a Girl*, p. 107; Take Back the Tech!, <www.takebackthetech.net>, consulté le 8 juin 2011.
- 2 Hailu, Degol, et Fábio Veras Soares, 'Cash Transfers in Africa and Latin America: An overview', dans *Poverty in Focus*, No. 15, édité by Degol Hailu and Veras Soares, International Poverty Centre, Brasília, août 2008, <www.ipc-undp.org/pub/IPCPovertyInFocus15.pdf>, consulté le 28 septembre 2011.
- 3 Hôpital de l'Université Georgetown, Pediatric AIDS Mobile Medical Clinic, <www.georgetownuniversityhospital.org/body_dept.cfm?id=1033>, consulté le 28 septembre 2011.
- 4 Scott, 'Research to Action'.
- 5 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progrès pour les enfants : réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) avec équité*, No. 9, UNICEF, New York, septembre 2011, p. 81.
- 6 Grünwald, François, et Andrea Binder, avec l'appui d'Yvio Georges, *Inter-agency Real-Time Evaluation in Haiti: 3 months after the earthquake* – Rapport final, Global Public Policy Institute and Groupe u.r.d., 31 août 2010.
- 7 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Bureau de l'évaluation, 'Independent Review of UNICEF's Operational Response to the January 2010 Earthquake in Haiti', UNICEF, 14 juillet 2011.
- 8 Human Settlements Programme, International Institute for Environment and Development, 'Building Better Cities with Children and Youth', Environment and Urbanization Brief 6, IIED, Londres, octobre 2002, dans Swart Kruger, Jill, avec Louise Chawla, 'We Know Something Someone Doesn't Know: Children speak out on local conditions in Johannesburg', *Environment and Urbanization*, vol. 14, no. 2, octobre 2002, pp. 85-96.
- 9 Hart, 'Planning Cities', pp. 15-18.
- 10 Evans, 'Built Environment and Mental Health', p. 545; Taylor, Kuo et Sullivan, 'Views of Nature and Self-Discipline', pp. 49-63; Kuo and Taylor, 'Potential Natural Treatment', pp. 1580-1586; Taylor, Kuo et Sullivan, 'Coping with ADD', pp. 54-77; Wells, 'At Home with Nature', pp. 775-795; Bell et Dymment, 'Grounds for Health', pp. 77-90; Sharp, 'Giving People More Green Space', pp. 3-4.

ENCADRÉ DU CHAPITRE 4

L'Initiative Villes amies des enfants

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Centre de recherche Innocenti, *Poverty and Exclusion among Urban Children*, Innocenti Digest No. 10, Florence, novembre 2002, <www.childfriendlycities.org/pdf/digest10e.pdf>, consulté le 14 octobre 2011; Fonds des Nations Unies pour la population, *L'état de la population mondiale 2007: Supplément Jeunesse – Grandir en milieu urbain*, UNFPA, New York, 2007, pp. iii-iv, <www.unfpa.org/swp/2007/presskit/pdf/youth_swop_eng.pdf>, consulté le 14 octobre 2011; Fonds des Nations Unies pour la population, *L'état de la population mondiale 2007 : libérer le potentiel de la croissance urbaine*, ch. 2, 'Populations urbaines : de la désolation à l'espoir', UNFPA, New York, 2007, <http://www.unfpa.org/swp/2007/french/chapter_2/index.html>, consulté le 14 octobre 2011; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 'Child Friendly Cities: Examples of CFC initiatives', <www.childfriendlycities.org/en/to-learn-more/examples-of-cfc-initiatives>, consulté le 14 octobre 2011; Buvinich, M., et al., 'Achieving Policy Change: The UNICEF Municipal Seal of Approval in the Brazilian Semi-Arid Region as a strategy to reduce poverty and inequality', Document présenté à la quatrième Conférence internationale, Rethinking Poverty: Making policies that work for children, New York, 21-23 avril 2008, cité dans Bernard van Leer Foundation, Realising the Rights of Young Children: Progress and challenges, Early Childhood Matters No. 113, Bernard van Leer Foundation, La Haye, novembre 2009, <www.ecdgroup.com/pdfs/bvf-Realising-the-rights-of-young-children-progressand-challenges.pdf>, consulté le 14 octobre 2011.

CHAPITRE 5

- 1 Environmental Health Project, *Improving the Health of the Urban Poor: Learning from USAID experience*, Strategic Report 12, Office of Health, Infectious Diseases and Nutrition, Bureau for Global Health, Agence des États-Unis pour le développement international, Washington, D.C., USA, août 2004, <www.ehproject.org/PDF/Strategic_papers/SR12-UH%20ImproveHealth.pdf>, consulté le 28 septembre 2011.

ENCADRÉ DU CHAPITRE 5

Le manque de données intra-urbaines

Haddad, Lawrence, Marie T. Ruel et James L. Garrett, 'Are Urban Poverty and Undernutrition Growing? Some newly assembled evidence', *World Development*, vol. 27, no. 11, novembre 1999, p. 1899; Harpham, 'Urban Health in Developing Countries', pp. 107-116; *L'état des villes dans le monde 2010/2011*; Fotoso, 'Child Health Inequities in Developing Countries', p. 10; Montgomery, 'Urban Poverty and Health in Developing Countries', pp. 397-425; Baker, Judy, et Nina Schuler, 'Analyzing Urban Poverty: A summary of methods and approaches', Document de travail de recherche sur les politiques 3399, Banque mondiale, Washington, D.C., septembre 2004, p. 17, <http://siteresources.worldbank.org/INTURBANPOVERTY/Resources/analyzingurbanpoverty.pdf>, consulté le 28 septembre 2011.

Tableaux statistiques

Statistiques économiques et sociales sur les pays et territoires du monde, se rapportant en particulier au bien-être des enfants.

Vue d'ensemble	82
Note générale sur les données	82
Estimations relatives à la mortalité de l'enfant	82
Révisions des tableaux statistiques	84
Explication des signes	86
Classement selon le taux de mortalité des enfants	87
Classement régional	124
Mesurer le développement humain :	
Introduction au Tableau 10	125

TABLEAUX

1 Indicateurs de base	88
2 Nutrition	92
3 Santé	96
4 VIH/SIDA	100
5 Éducation	104
6 Indicateurs démographiques	108
7 Indicateurs économiques	112
8 Femmes	116
9 Protection de l'enfant	120
10 Le taux du progrès	125
11 Adolescents	130
12 Équité : rural/urbain	134
13 Équité : richesse des ménages	138

VUE D'ENSEMBLE

Ce guide de référence présente dans un document unique les statistiques les plus importantes et les plus récentes sur la survie, le développement et la protection de l'enfant dans l'ensemble des pays, territoires et régions du monde. Deux nouveaux tableaux figuraient dans l'édition de *La Situation des enfants dans le monde 2011* de l'an dernier, le premier sur les adolescents et le second sur l'équité, ce dernier portant essentiellement sur les disparités au niveau de la richesse des ménages. Un deuxième tableau sur l'équité figure dans *La Situation des enfants dans le monde 2012*. Il porte sur les disparités entre zones urbaines et rurales.

Les tableaux statistiques présentés ici contribuent à répondre à la demande de statistiques récentes, fiables, comparables et globales sur les enfants dans le monde. Ils aident également l'UNICEF à se focaliser sur les progrès accomplis vers les objectifs et les accords dont est convenue la communauté internationale en matière de droits et de développement de l'enfant, ainsi que sur les résultats obtenus. L'UNICEF est l'institution à laquelle incombe la responsabilité de suivre la réalisation des objectifs concernant les enfants qui sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire, ainsi que dans les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et les indicateurs qui s'y rapportent; l'UNICEF est aussi un partenaire essentiel des activités de suivi des Nations Unies concernant ces cibles et indicateurs.

Toutes les statistiques présentées dans ce guide de référence sont disponibles en ligne, à <www.unicef.org/publications> et <www.unicef.org/sowc2012>. Ces données seront également disponibles par le biais des bases de données mondiales de l'UNICEF à <www.childinfo.org>. Veuillez consulter ces sites Internet pour les dernières versions des tableaux statistiques et pour tout rectificatif ou mise à jour ultérieure à la mise sous presse.

Notes générales sur les données

Les données présentées dans les tableaux statistiques ci-après sont extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF, qui regroupent uniquement des informations comparables au plan international et statistiquement fiables; ces données s'accompagnent de définitions, de sources et d'explications des signes. Par ailleurs, des données provenant d'autres organismes compétents des Nations Unies ont été utilisées. Le présent rapport s'appuie sur des estimations interorganisations et des enquêtes sur les ménages représentatives au niveau national, telles que les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les Enquêtes démographiques et sanitaires. Les données figurant dans les tableaux statistiques de cette année traduisent les informations disponibles au mois de juillet 2011. Des informations plus détaillées sur la méthodologie et les sources des données sont disponibles sur le site <www.childinfo.org>.

Les méthodologies de calcul de certaines données (par ex. taux de mortalité maternelle) ou séries chronologiques (par ex. vaccination) présentées ici évoluent. Pour ces indicateurs, il n'existe pas de données comparables d'une année à l'autre. Il n'est donc pas conseillé de comparer des données provenant d'éditions consécutives de *La Situation des enfants dans le monde*.

Le présent rapport comprend les estimations et les projections les plus récentes extraites des « *Perspectives de la population mondiale : la Révision de 2010* » (Département des affaires économiques et sociales, Division de la population – ONU). La qualité des données peut se ressentir des catastrophes dont ont été victimes récemment certains pays, notamment dans les cas où l'infrastructure de base du pays a été atteinte ou lorsque d'importants mouvements de population sont intervenus.

Estimations des taux de mortalité infantile

Chaque année, l'UNICEF inclut des estimations des taux de mortalité infantile dans sa publication *La Situation des enfants dans le monde*, comme le taux annuel de mortalité infantile, le taux de mortalité des moins de 5 ans et le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, pour au moins deux années de référence. Ces statistiques représentent les meilleures estimations disponibles au moment de la publication du rapport et se fondent sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile, un groupe qui réunit l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Division de la population (ONU) et la Banque mondiale.

Chaque année, le Groupe met à jour ces estimations, en révisant soigneusement toutes les nouvelles données disponibles. Quelquefois, cette révision se traduit par l'ajustement de données publiées antérieurement. Ainsi, les estimations publiées dans des numéros consécutifs de *La Situation des enfants dans le monde* ne doivent-elles pas être utilisées pour analyser les tendances en matière de mortalité sur plusieurs années. Des estimations comparables des taux de mortalité des moins de 5 ans pour la période 1970-2010 aux niveaux mondial et régional sont disponibles ci-dessous.

Des indicateurs de la mortalité par pays pour la période 1970-2010, fondées sur les estimations les plus récentes du Groupe, figurent au Tableau 10 (pour les années 1970, 1990, 2000 et 2010), ainsi que sur les sites <www.childinfo.org> et <www.childmortality.org> (le site du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile).

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)

Région UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Afrique	229	204	185	169	160	155	142	127	114	111
Afrique subsaharienne	234	209	194	181	174	168	154	138	124	121
Afrique de l'Est et australe	215	187	178	166	156	151	137	118	101	98
Afrique de l'Ouest et centrale	256	235	214	201	196	189	175	159	146	143
Moyen-Orient et Afrique du Nord	187	155	123	94	77	65	55	48	42	41
Asie	146	128	116	98	86	77	65	56	49	48
Asie du Sud	194	174	154	137	120	104	89	76	69	67
Asie de l'Est et Pacifique	115	92	77	64	55	48	38	31	25	24
Amérique latine et Caraïbes	118	101	83	67	54	44	35	27	22	23
ECO/CEI	88	76	70	58	50	48	37	29	24	23
Pays industrialisés	24	19	15	12	10	8	7	6	6	6
Pays en développement	156	138	125	108	97	90	80	71	64	63
Pays les moins avancés	240	222	205	185	170	155	138	123	112	110
Total mondial	139	122	111	97	88	82	73	65	58	57

Décès d'enfants de moins de 5 ans (en millions)

Région UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Afrique	3,7	3,7	3,8	3,9	4,0	4,2	4,2	4,1	3,9	3,8
Afrique subsaharienne	3,1	3,1	3,3	3,5	3,7	4,0	4,0	4,0	3,8	3,7
Afrique de l'Est et australe	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4	1,3
Afrique de l'Ouest et centrale	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,2	2,2	2,3	2,3	2,2
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1,2	1,1	1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4
Asie	10,4	8,6	7,4	7,2	6,6	5,4	4,5	3,7	3,3	3,2
Asie du Sud	5,3	5,1	5,0	4,7	4,4	3,9	3,3	2,8	2,6	2,5
Asie de l'Est et Pacifique	5,0	3,5	2,4	2,5	2,2	1,6	1,2	0,9	0,7	0,7
Amérique latine et Caraïbes	1,2	1,1	0,9	0,8	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2
ECO/CEI	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Pays industrialisés	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Pays en développement	16,1	14,3	12,9	12,6	11,8	10,6	9,4	8,4	7,7	7,5
Pays les moins avancés	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,3	3,2	3,0	2,9
Total mondial	16,6	14,7	13,2	12,8	12,0	10,7	9,6	8,5	7,8	7,6

Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) :

l'UNICEF aide les pays à réunir des données comparables au plan international et statistiquement fiables grâce aux Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). Depuis 1995, près de 230 enquêtes ont été réalisées dans une centaine de pays et territoires. La quatrième série de MICS, couvrant plus de 50 pays, est en cours, et la collecte de données devrait s'achever en 2011. Les MICS sont une des sources principales de données permettant de suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs en faveur des enfants convenus au niveau international, notamment les OMD. De nombreux indicateurs des MICS ont été inclus dans les tableaux statistiques figurant dans le présent rapport. Pour plus d'informations sur ces données, consulter le site <www.childinfo.org>.

Classement régional : dans son édition de 2009 de *La Situation des enfants dans le monde*, l'UNICEF a ajouté deux nouveaux groupes régionaux : l'Afrique et l'Asie. Par ailleurs, le nombre de pays classés dans la région d'Afrique subsaharienne a augmenté avec l'ajout de Djibouti et du Soudan. Par conséquent, les estimations régionales pour l'Afrique subsaharienne publiées dans le numéro précédent de *La Situation des enfants dans le monde* ne sont pas nécessairement comparables avec celles qui figurent dans ce numéro. Pour toute information sur les pays et territoires figurant dans chacune des régions UNICEF, se référer au Classement régional, page 124.

Révisions des tableaux statistiques

TABLEAU 1. INDICATEURS DE BASE

Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire :

le taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire remplace le taux net de scolarisation/fréquentation à l'école primaire. Cet indicateur est l'indicateur officiel pour l'OMD 2 produit par l'Institut de la statistique (ISU) de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) sur la base de données administratives réunies par les systèmes scolaires nationaux.

TABLEAU 2. NUTRITION

Insuffisance pondérale, retard de croissance et émaciation :

la prévalence de l'insuffisance pondérale, du retard de croissance et de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans est estimée en comparant les chiffres réels à des normes internationales pour la population de référence. En avril 2006, l'Organisation mondiale de la Santé a publié de nouvelles Normes de croissance de l'enfant, pour remplacer la population de référence largement utilisée du National Center for Health Statistics/Organisation mondiale de la Santé (NCHS/OMS), qui se fondait sur un échantillon limité d'enfants des États-Unis. Les nouvelles normes sont le résultat d'une grande étude qui a porté sur plus de 8 000 enfants du Brésil, des États-Unis, du Ghana, de l'Inde, de la Norvège et d'Oman.

En éliminant les déficiences techniques et biologiques de l'ancienne population de référence, les nouvelles normes confirment que les enfants, quel que soit leur lieu de naissance, s'ils ont le meilleur départ possible dans la vie, ont le potentiel de se développer dans une même fourchette de taille et de poids, ce qui signifie que les différences de croissance chez les enfants de 5 ans s'expliquent davantage par la nutrition, les pratiques alimentaires, l'environnement et les soins de santé que par des caractéristiques génétiques ou l'origine ethnique.

Dans ce rapport, tous les indicateurs anthropométriques concernant l'enfant sont conformes aux Normes de croissance de l'enfant de l'OMS. En raison des différences entre l'ancienne population de référence et les nouvelles normes, les estimations de prévalence des indicateurs anthropométriques de l'enfant publiées dans des numéros consécutifs de *La Situation des enfants dans le monde* ne sont pas réellement comparables.

L'UNICEF et l'OMS ont lancé un processus d'harmonisation des données anthropométriques utilisées pour la computation et l'estimation des moyennes régionales et mondiales et pour l'analyse des tendances. Dans le cadre de ce processus, les prévalences de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance pour les régions en développement et le monde sont dérivées d'un modèle décrit dans M. de Onis et al., 'Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition' (*International Journal of Epidemiology*, vol. 33, 12 novembre 2004, pages 1260 à 1270) et sont disponibles sur le site <www.who.int/

<nutgrowthdb/estimates/en/index.html>. En raison des différences entre les sources des données et les méthodologies utilisées pour les estimations, ces estimations de prévalence ne sont pas comparables aux moyennes publiées dans des numéros antérieurs de *La Situation des enfants dans le monde* et ne sont pas nécessairement comparables aux estimations pour d'autres régions dans la présente publication.

Suppléments en vitamine A : ce rapport ne traite que de la couverture complète par les suppléments en vitamine A, soulignant combien il est important que les enfants reçoivent deux doses annuelles de vitamine A à 4 ou 6 mois d'intervalle. Comme il n'existe pas de méthode directe pour mesurer cet indicateur, par couverture totale on entend l'estimation de couverture la plus faible des séries de vaccination 1 et 2 dans une année donnée.

TABLEAU 3. SANTÉ

Eau et assainissement : les estimations relatives à l'eau potable et à l'assainissement qui figurent dans ce rapport sont le fruit des travaux du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement. Il s'agit des estimations officielles des Nations Unies réalisées dans le but de mesurer les progrès accomplis vers la réalisation de la cible de l'OMD relatif à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement, qui se fondent sur une définition standard de ce qu'est la couverture. Le Programme commun de surveillance de l'eau et de l'assainissement procède à l'évaluation de la couverture en utilisant une courbe de régression linéaire applicable aux données relatives à la couverture provenant de tous les échantillons d'enquêtes sur les ménages et de recensements. Pour de plus amples détails sur la méthodologie utilisée par le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement et sur les estimations par pays, consulter les sites <www.childinfo.org> et <www.wssinfo.org>.

Vaccination : le présent rapport présente les estimations réalisées par l'OMS et l'UNICEF de la couverture immunitaire nationale. Il s'agit des estimations officielles des Nations Unies visant à mesurer les progrès accomplis vers l'indicateur de l'OMD concernant la couverture vaccinale, notamment par le vaccin antirougeoleux. Pour plus de détails, consulter le site <www.childinfo.org/immunization_countryreports.html>.

Les moyennes régionales pour les six antigènes considérés sont calculées comme suit :

- Pour le BCG, les moyennes régionales ne portent que sur les pays dans lesquels le BCG est intégré dans le calendrier national des vaccinations de routine.
- Pour les vaccins contre la DTC, la polio, la rougeole, l'HepB et le Hib, tous les pays sont inclus dans les moyennes régionales.
- Pour la protection à la naissance contre le tétanos, les moyennes régionales ne portent que sur les pays dans lesquels le tétanos maternel et néonatal est endémique.

TABLEAU 4. VIH ET SIDA

En 2011, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a publié de nouvelles estimations mondiales et régionales sur le VIH et le SIDA pour 2010 reflétant plusieurs changements importants concernant les lignes directrices de l'OMS relatives au traitement du VIH chez les adultes et les enfants, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'amélioration des hypothèses concernant la probabilité de latransmission du VIH de la mère à l'enfant et les taux nets des survie des enfants infectés. En outre, dans un certain nombre de pays, on dispose aujourd'hui de données plus fiables provenant d'enquêtes sur la population, de systèmes nationaux élargis de surveillance sentinelle et de statistiques relatives aux services fournis dans le cadre des programmes. Ainsi, l'ONUSIDA s'est-il appuyé sur une méthodologie plus sophistiquée pour produire de nouvelles estimations rétrospectives sur la prévalence du VIH, le nombre de personnes vivant avec le VIH et d'enfants dont les parents sont décédés, toutes causes confondues et à cause du SIDA, au cours des dernières années. Il convient d'utiliser uniquement les nouvelles estimations pour analyser les tendances.

Les nouvelles estimations relatives au VIH et au SIDA sont intégrées à ce tableau uniquement pour le calcul des moyennes mondiales et régionales et elles seront également publiées dans le rapport à paraître *Global Response to HIV/AIDS: Epidemic update and towards universal access, 2011*. Les estimations par pays figurant au tableau 4 se rapportent à l'année 2009. De nouvelles estimations seront publiées au début de 2012.

Globalement, les chiffres mondiaux et régionaux publiés dans *La Situation des enfants dans le monde 2012* ne peuvent pas être comparés aux estimations publiées antérieurement. Des informations plus complètes sur les estimations relatives au VIH et au SIDA, la méthodologie et les mises à jour sont disponibles sur les sites <www.unaids.org> ou <www.childinfo.org>.

TABLEAU 5. ÉDUCATION

Taux brut de scolarisation dans le pré-primaire : pour la première fois, le tableau comprend des chiffres sur l'éducation pré-primaire. La participation à l'éducation pré-primaire favorise l'entrée en temps voulu à l'école primaire et un bon déroulement de la scolarité.

Taux de survie en dernière année d'école primaire : le taux de survie à l'entrée en cinquième année (pourcentage d'enfants qui sont entrés à l'école primaire et qui atteignent la cinquième année d'école) a été remplacé en 2008 par le taux de survie en dernière année de l'école primaire (pourcentage d'enfants qui entrent en première année d'école primaire et qui devraient atteindre la dernière année d'école primaire). Le taux de survie en dernière année d'école primaire est devenu un indicateur officiel de l'OMD 2 (éducation primaire universelle) en janvier 2008.

Taux brut de scolarisation à l'école secondaire : cet indicateur a été éliminé car il surtout comparé au taux net de scolarisation pour déterminer s'il existe une population importante d'enfants inscrits à un âge inapproprié. Cependant, la participation à un âge inapproprié est plus importante au niveau du primaire qu'au niveau du secondaire. Le taux brut de scolarisation à l'école secondaire figure dans les tableaux 8 et 11 sous une forme légèrement différente par rapport aux numéros antérieurs de ce rapport.

TABLEAU 6. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Taux de croissance annuel de la population et taux de croissance annuel moyen de la population urbaine : pour la première fois, une projection 2010–2030 figure dans le tableau. Cette année, les fourchettes couvrent 1970–1990, 1990–2010 et 2010–2030.

TABLEAU 7. INDICATEURS ÉCONOMIQUES

RNB par habitant : le tableau comporte maintenant des données sur le RNB par habitant converti en dollars des É.-U. tenant compte de la parité du pouvoir d'achat (PPA), en plus des données publiées antérieurement, qui exprimaient le RNB en dollars des États-Unis (termes du taux de change). Ces deux indicateurs sont largement utilisés mais le RNB par habitant (PPA dollars des É.-U.) tient compte des différences de prix entre les pays, ce qui permet de comparer plus précisément les niveaux de vie. Ces données proviennent du Programme de comparaison internationale (PCI), qui produit des mesures de prix et de volume comparables au plan international pour le produit intérieur brut (PIB) et les dépenses qui y participent. Pour de plus amples informations, consulter le site <<http://go.worldbank.org/K520C6USR0>>.

Proportion de la population vivant avec moins de 1,25 dollar des É.-U. par jour : en 2008, la Banque mondiale a annoncé un nouveau seuil de pauvreté fondé sur des estimations révisées du niveau des prix au titre de la PPA de par le monde. Le tableau 7 reflète ce nouveau seuil de pauvreté et donne donc des informations sur la proportion de la population vivant avec moins de 1,25 dollar par jour aux prix de 2005, ajustés au titre de la PPA. Ce nouveau seuil de pauvreté reflète les révisions des taux de change au titre de la PPA sur la base des résultats du PCI de 2005, une opération statistique internationale à laquelle participent quelque 180 pays. Les révisions révèlent que le coût de la vie est plus élevé qu'on ne l'avait estimé précédemment partout dans le monde en développement. Le résultat de ces révisions fait que les taux de pauvreté des pays individuels ne peuvent pas être comparés aux taux de pauvreté annoncés dans les éditions précédentes. Pour de plus amples informations sur la définition, la méthodologie et les sources, consulter le site <www.worldbank.org>.

TABLEAU 8. FEMMES

Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%), en se fondant sur les taux bruts de scolarisation dans le primaire et secondaire : remplaçant le « taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui

des garçons, en primaire et secondaire », ces nouveaux indicateurs sont des indicateurs officiels de l'OMD 3 qui examine l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Le taux de scolarisation brut est l'indicateur de choix pour comparer le niveau de participation des filles et des garçons à l'éducation, car il englobe tous les enfants présents à un niveau donné, indépendamment de leur âge.

Taux de survie en dernière année d'école primaire : filles en % des garçons : cet indicateur montre la progression pendant la scolarité et est un indicateur officiel de l'OMD 2. Pour la première fois dans *La Situation des enfants dans le monde*, cet indicateur présente la situation des filles par rapport à celle des garçons (en %), ce qui représente une dimension supplémentaire de la ventilation par sexe qui ne figurait pas dans les éditions antérieures.

Taux de mortalité maternelle (ajusté) : le tableau présente les nouveaux taux « ajustés » de mortalité maternelle pour l'année 2008, produits par le Groupe interorganisations sur l'estimation de la mortalité maternelle, qui comprend des représentants de la Banque mondiale, du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), de l'OMS et de l'UNICEF, ainsi que des experts techniques indépendants. Le Groupe interorganisations s'est appuyé sur une double approche pour extraire les estimations de mortalité maternelle, à savoir faire les ajustements nécessaires aux estimations existantes de la mortalité maternelle des systèmes d'état civil afin de corriger les cas de classement erroné et de sous-déclaration, et élaborer des estimations modèles pour les pays qui ne possèdent pas d'estimations fiables de la mortalité maternelle au niveau national.

On ne saurait comparer ces estimations « ajustées » aux précédentes estimations interorganisations puisque la méthodologie a changé. Un rapport complet regroupant toutes les estimations par pays et par région pour les années 1990, 1995, 2000, 2005 et 2008, ainsi que des informations détaillées sur la méthodologie, peut être consulté sur le site <www.childinfo.org/maternal_mortality.html>.

TABLEAU 9. PROTECTION DE L'ENFANT

Discipline imposée par la violence : les estimations utilisées dans les publications de l'UNICEF et les rapports de pays extraits des MICS avant 2010 étaient calculées en s'appuyant sur des pondérations des ménages qui ne prenaient pas en compte la sélection de dernière étape d'enfants soumis au module sur la discipline imposée aux enfants des MICS. (Le choix au hasard d'un enfant âgé de 2-14 ans à des fins d'administration du module sur la discipline imposée aux enfants.) En janvier 2010, il a été décidé que les estimations étaient plus précises quand on se fondait sur une pondération des ménages prenant en compte cette sélection. Les données des MICS 3 ont été recalculées en s'appuyant sur cette approche. Toutes les publications de l'UNICEF après 2010, y compris *La Situation des enfants dans le monde 2012*, ont adopté ces estimations révisées.

TABLEAU 11. ADOLESCENTS

Taux bruts de scolarisation dans le secondaire (premier et deuxième cycles) : introduits pour la première fois, ces indicateurs permettent de mieux comprendre la participation des adolescents à l'école secondaire. Le fait de ventiler le secondaire permet de décrire plus précisément le problème de l'abandon scolaire.

Explication des signes

L'objectif de ces tableaux de statistiques étant de fournir un panorama aussi large que possible de la situation des enfants et des femmes dans le monde entier, il est apparu que le détail des données et notes de bas de page n'avait pas sa place ici.

Les sources et les années des points de données spécifiques figurant dans les tableaux statistiques peuvent être consultées à l'adresse <www.childinfo.org>.

Les signes s'appliquant à un tableau particulier sont expliqués dans les notes de bas de page. Les signes suivants s'appliquent à tous les tableaux :

- Données non disponibles.
- x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.
- * Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exception de la Chine.
- # Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

Classement selon le taux de mortalité des moins de 5 ans

Les pays et territoires sont énumérés par ordre décroissant de leur taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5), estimé pour 2010. Ce taux est l'un des indicateurs les plus importants du bien-être des enfants. Dans les tableaux suivants, les pays sont classés par ordre alphabétique.

Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans (2010)		Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans (2010)		Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans (2010)	
	Valeur	Classement		Valeur	Classement		Valeur	Classement
Somalie	180	1	Iraq	39	67	Dominique	12	133
Mali	178	2	Kirghizistan	38	68	ex-République yougoslave de Macédoine	12	133
Burkina Faso	176	3	Algérie	36	69	Fédération de Russie	12	133
Sierra Leone	174	4	Cap-Vert	36	69	Grenade	11	136
Tchad	173	5	Maroc	36	69	Koweït	11	136
République démocratique du Congo	170	6	Indonésie	35	72	Uruguay	11	136
Haïti	165	7	Kazakhstan	33	73	Bahreïn	10	139
Angola	161	8	République populaire démocratique de Corée	33	73	Costa Rica	10	139
République centrafricaine	159	9	Tuvalu	33	73	Lettonie	10	139
Guinée-Bissau	150	10	Guatemala	32	76	Chili	9	142
Afghanistan	149	11	Mongolie	32	76	Îles Cook	9	142
Niger	143	12	Suriname	31	78	Oman	9	142
Nigeria	143	12	Guyana	30	79	Antigua-et-Barbuda	8	145
Burundi	142	14	Philippines	29	80	Bosnie-Herzégovine	8	145
Cameroun	136	15	Îles Salomon	27	81	États-Unis	8	145
Mozambique	135	16	Nicaragua	27	81	Monténégro	8	145
Guinée	130	17	République dominicaine	27	81	Qatar	8	145
Côte d'Ivoire	123	18	Trinité-et-Tobago	27	81	Saint-Kitts-et-Nevis	8	145
Guinée équatoriale	121	19	Iran (République islamique d')	26	85	Slovaquie	8	145
Bénin	115	20	Îles Marshall	26	85	Brunei-Darussalam	7	152
Mauritanie	111	21	Paraguay	25	87	Émirats arabes unis	7	152
Zambie	111	21	Honduras	24	88	Lituanie	7	152
Éthiopie	106	23	Jamaïque	24	88	Serbie	7	152
Libéria	103	24	Viet Nam	23	90	Bélarus	6	156
Soudan ¹	103	24	Égypte	22	91	Canada	6	156
Togo	103	24	Géorgie	22	91	Croatie	6	156
Ouganda	99	27	Jordanie	22	91	Cuba	6	156
Gambie	98	28	Liban	22	91	Hongrie	6	156
Congo	93	29	Nioué	22	91	Malaisie	6	156
Malawi	92	30	Territoire palestinien occupé	22	91	Malte	6	156
Djibouti	91	31	Saint-Vincent-et-les Grenadines	21	97	Nouvelle-Zélande	6	156
Rwanda	91	31	Arménie	20	98	Pologne	6	156
Pakistan	87	33	Barbade	20	98	Australie	5	165
Comores	86	34	Équateur	20	98	Espagne	5	165
Kenya	85	35	Panama	20	98	Estonie	5	165
Lesotho	85	35	Samoa	20	98	Israël	5	165
Sao Tomé-et-Principe	80	37	Brésil	19	103	République de Corée	5	165
Zimbabwe	80	37	Colombie	19	103	Royaume-Uni	5	165
Swaziland	78	39	Palaos	19	103	Suisse	5	165
Yémen	77	40	Pérou	19	103	Andorre	4	172
République-Unie de Tanzanie	76	41	République de Moldova	19	103	Allemagne	4	172
Sénégal	75	42	Albanie	18	108	Autriche	4	172
Gabon	74	43	Arabie saoudite	18	108	Belgique	4	172
Ghana	74	43	Chine	18	108	Chypre	4	172
Myanmar	66	45	Turquie	18	108	Danemark	4	172
Inde	63	46	Venezuela (République bolivarienne du)	18	108	France	4	172
Tadjikistan	63	46	Belize	17	113	Grèce	4	172
Madagascar	62	48	Fidji	17	113	Irlande	4	172
Érythrée	61	49	Libye	17	113	Italie	4	172
Papouasie-Nouvelle-Guinée	61	49	Mexique	17	113	Monaco	4	172
Afrique du Sud	57	51	Sri Lanka	17	113	Pays-Bas	4	172
Bhoutan	56	52	Bahamas	16	118	Portugal	4	172
Turkménistan	56	52	El Salvador	16	118	République tchèque	4	172
Timor-Leste	55	54	Sainte-Lucie	16	118	Finlande	3	186
Bolivie (État plurinational de)	54	55	République arabe syrienne	16	118	Japon	3	186
République démocratique populaire lao	54	55	Tonga	16	118	Luxembourg	3	186
Ouzbékistan	52	57	Tunisie	16	118	Norvège	3	186
Cambodge	51	58	Maldives	15	124	Singapour	3	186
Népal	50	59	Maurice	15	124	Slovénie	3	186
Kiribati	49	60	Argentine	14	126	Suède	3	186
Bangladesh	48	61	Roumanie	14	126	Islande	2	193
Botswana	48	61	Seychelles	14	126	Liechtenstein	2	193
Azerbaïdjan	46	63	Vanuatu	14	126	Saint-Marin	2	193
Micronésie (États fédérés de)	42	64	Bulgarie	13	130	Saint-Siège	–	–
Namibie	40	65	Thaïlande	13	130			
Nauru	40	65	Ukraine	13	130			

¹ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession.

TABLEAU 1 : INDICATEURS DE BASE

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2010	Population totale (milliers) 2010	Nombre annuel de naissances (milliers) 2010	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2010	RNB par habitant (dollars É.-U.) 2010	Espérance de vie à la naissance (années) 2010	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 2005-2010*	Taux nets de scolarisation à l'école primaire (%) 2007-2009*	Part du revenu des ménages (%) 2000-2010*	
		1990	2010	1990	2010									les 40 % les plus pauvres	les 20 % les plus riches
Afghanistan	11	209	149	140	103	45	31 412	1 385	191	330 x	48	–	–	22	39
Afrique du Sud	51	60	57	47	41	18	50 133	1 059	58	6 100	52	89	90	9	63
Albanie	108	41	18	36	16	9	3 204	41	1	4 000	77	96	85	20	43
Algérie	69	68	36	55	31	18	35 468	714	26	4 460	73	73	95	18 x	42 x
Allemagne	172	9	4	7	3	2	82 302	695	3	43 330	80	–	100	22	37
Andorre	172	9	4	7	3	1	85	1	0	41 130 x	–	–	84	–	–
Angola	8	243	161	144	98	41	19 082	795	121	3 960	51	70	–	8	62
Antigua-et-Barbuda	145	26	8	23	7	4	89	2	0	10 610	–	99	90	–	–
Arabie saoudite	108	45	18	36	15	10	27 448	595	12	17 200 x	74	86	86	–	–
Argentine	126	27	14	24	12	7	40 412	694	10	8 450	76	98	–	13	51
Arménie	98	55	20	46	18	11	3 092	47	3	3 090	74	100	93	22	40
Australie	165	9	5	8	4	3	22 268	303	1	43 740 x	82	–	97	18 x	41 x
Autriche	172	9	4	8	4	2	8 394	74	0	46 710	81	–	–	22	38
Azerbaïdjan	63	93	46	74	39	19	9 188	182	9	5 180	71	100	86	20	42
Bahamas	118	22	16	18	14	7	343	5	0	d	75	–	92	–	–
Bahreïn	139	17	10	15	9	4	1 262	23	0	25 420 x	75	91	99	–	–
Bangladesh	61	143	48	99	38	27	148 692	3 038	140	640	69	56	89	22	41
Barbade	98	18	20	16	17	10	273	3	0	d	77	–	–	–	–
Bélarus	156	17	6	14	4	3	9 595	106	1	6 030	70	100	95	23	36
Belgique	172	10	4	9	4	2	10 712	122	1	45 420	80	–	99	21	41
Belize	113	44	17	35	14	8	312	8	0	3 740	76	–	100	11 x	59 x
Bénin	20	178	115	107	73	32	8 850	350	39	750	56	42	94	18	46
Bhoutan	52	139	56	96	44	26	726	15	1	1 920	67	53	88	14	53
Bolivie (État plurinational de)	55	121	54	84	42	23	9 930	263	14	1 790	66	91	95	9	61
Bosnie-Herzégovine	145	19	8	17	8	5	3 760	32	0	4 790	76	98	87	18	43
Botswana	61	59	48	46	36	19	2 007	47	2	6 890	53	84	87	9 x	65 x
Brésil	103	59	19	50	17	12	194 946	3 023	55	9 390	73	90	95	11	58
Brunéï Darussalam	152	12	7	9	6	4	399	8	0	31 180 x	78	95	97	–	–
Bulgarie	130	22	13	18	11	7	7 494	76	1	6 240	73	98	98	14	51
Burkina Faso	3	205	176	103	93	38	16 469	713	120	550	55	29	64	18	47
Burundi	14	183	142	110	88	42	8 383	283	38	160	50	67	99	21	43
Cambodge	58	121	51	87	43	22	14 138	318	16	760	63	78	89	16	52
Cameroun	15	137	136	85	84	34	19 599	710	93	1 160	51	71	92	15	51
Canada	156	8	6	7	5	4	34 017	383	2	41 950 x	81	–	–	20	40
Cap-Vert	69	59	36	46	29	14	496	10	0	3 160	74	85	83	13	56
Chili	142	19	9	16	8	5	17 114	245	2	9 940	79	99	95	24	31
Chine	108	48	18	38	16	11	1 341 335	16 486	315	4 260	73	94	96 z	16	48
Chypre	172	11	4	10	3	2	1 104	13	0	30 460 x	79	98	99	–	–
Colombie	103	37	19	30	17	12	46 295	914	18	5 510	73	93	93	8	62
Comores	34	125	86	88	63	32	735	28	2	820	61	74	87	8	68
Congo	29	116	93	74	61	29	4 043	142	13	2 310	57	–	–	13	53
Costa Rica	139	17	10	15	9	6	4 659	73	1	6 580	79	96	–	12	55
Côte d'Ivoire	18	151	123	105	86	41	19 738	673	80	1 070	55	55	57	16	48
Croatie	156	13	6	11	5	3	4 403	43	0	13 760	76	99	95	20	42
Cuba	156	13	6	11	5	3	11 258	112	1	5 550 x	79	100	100	–	–
Danemark	172	9	4	7	3	2	5 550	64	0	58 980	79	–	95	23 x	36 x
Djibouti	31	123	91	95	73	34	889	26	2	1 280 x	58	–	45	17	47
Dominique	133	17	12	14	11	8	68	1	0	4 960	–	–	98	–	–
Égypte	91	94	22	68	19	9	81 121	1 881	41	2 340	73	66	95	22	42
El Salvador	118	62	16	48	14	6	6 193	126	2	3 360	72	84	96	13	52
Émirats arabes unis	152	22	7	18	6	4	7 512	92	1	d	76	90	98	–	–
Équateur	98	52	20	41	18	10	14 465	299	6	4 510	75	84	97	13	54
Érythrée	49	141	61	87	42	18	5 254	191	11	340	61	67	37	–	–
Espagne	165	11	5	9	4	3	46 077	498	2	31 650	81	98	100	19	42
Estonie	165	21	5	17	4	3	1 341	16	0	14 360	75	100	97	18	43
États-Unis	145	11	8	9	7	4	310 384	4 301	32	47 140	78	–	92	16	46
Éthiopie	23	184	106	111	68	35	82 950	2 613	271	380	59	30	84	23	39
ex-République yougoslave de Macédoine	133	39	12	34	10	8	2 061	22	0	4 520	75	97	93	15	50
Fédération de Russie	133	27	12	22	9	6	142 958	1 682	20	9 910	69	100	94	16	49
Fidji	113	30	17	25	15	8	861	19	0	3 610	69	–	92	–	–

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité de moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2010	Population totale (milliers) 2010	Nombre annuel de naissances (milliers) 2010	Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers) 2010	RNB par habitant (dollars É.-U.) 2010	Espérance de vie à la naissance (années) 2010	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 2005-2010*	Taux nets de scolarisation à l'école primaire (%) 2007-2009*	Part du revenu des ménages (%) 2000-2010*	
		1990	2010	1990	2010									les 40 % les plus pauvres	les 20 % les plus riches
Finlande	186	7	3	6	2	2	5 365	61	0	47 170	80	—	96	24	37
France	172	9	4	7	3	2	62 787	793	3	42 390	81	—	99	20 x	40 x
Gabon	43	93	74	68	54	26	1 505	41	3	7 760	62	88	—	16	48
Gambie	28	165	98	78	57	31	1 728	66	6	440	58	46	76	13	53
Géorgie	91	47	22	40	20	15	4 352	52	1	2 700	74	100	100	16	47
Ghana	43	122	74	77	50	28	24 392	770	57	1 240	64	67	76	15	48
Grèce	172	13	4	11	3	2	11 359	118	1	27 240	80	97	100	19	42
Grenade	136	21	11	17	9	5	104	2	0	5 560	76	—	98	—	—
Guatemala	76	78	32	56	25	15	14 389	467	14	2 740	71	74	96	11	58
Guinée	17	229	130	135	81	38	9 982	390	48	380	54	39	74	17	46
Guinée-Bissau	10	210	150	125	92	40	1 515	58	8	540	48	52	—	19	43
Guinée équatoriale	19	190	121	118	81	35	700	26	3	14 680	51	93	57	—	—
Guyana	79	66	30	50	25	19	754	14	0	3 270	70	—	99	14 x	50 x
Haïti	7	151	165	104	70	27	9 993	266	45	650	62	49	—	8	63
Honduras	88	58	24	45	20	12	7 601	203	5	1 880	73	84	97	8	61
Hongrie	156	19	6	17	5	4	9 984	99	1	12 990	74	99	96	21	40
Îles Cook	142	20	9	17	8	5	20	0	0	—	—	—	98	—	—
Îles Marshall	85	51	26	40	22	12	54	1	0	2 990	—	—	80	—	—
Îles Salomon	81	45	27	36	23	12	538	17	0	1 030	67	—	81	—	—
Inde	46	115	63	81	48	32	1 224 614	27 165	1 696	1 340	65	63	97	19	45
Indonésie	72	85	35	56	27	17	239 871	4 372	151	2 580	69	92	98	19	45
Iran (République islamique d')	85	65	26	50	22	14	73 974	1 267	34	4 530 x	73	85	100	17	45
Iraq	67	46	39	37	31	20	31 672	1 125	43	2 320	68	78	88	—	—
Irlande	172	9	4	8	3	2	4 470	72	0	40 990	80	—	97	20	42
Islande	193	6	2	5	2	1	320	5	0	33 870	82	—	98	—	—
Israël	165	12	5	10	4	2	7 418	154	1	27 340	81	—	97	16	45
Italie	172	10	4	8	3	2	60 551	559	2	35 090	82	99	99	18	42
Jamaïque	88	38	24	31	20	9	2 741	51	1	4 750	73	86	81	14	51
Japon	186	6	3	5	2	1	126 536	1 077	3	42 150	83	—	100	25 x	36 x
Jordanie	91	38	22	32	18	13	6 187	153	4	4 350	73	92	94	18	45
Kazakhstan	73	57	33	48	29	17	16 026	344	13	7 440	67	100	99	21	40
Kenya	35	99	85	64	55	28	40 513	1 529	122	780	57	87	83	13	53
Kirghizistan	68	72	38	59	33	19	5 334	130	5	880	67	99	91	21	43
Kiribati	60	87	49	64	39	19	100	2	0	2 010	—	—	—	—	—
Koweït	136	15	11	13	10	6	2 737	49	1	d	74	94	93	—	—
Lesotho	35	89	85	72	65	35	2 171	60	5	1 080	48	90	73	10	56
Lettonie	139	21	10	16	8	5	2 252	24	0	11 620	73	100	94	18	43
Liban	91	38	22	31	19	12	4 228	65	2	9 020	72	90	91	—	—
Libéria	24	227	103	151	74	34	3 994	154	15	190	56	59	—	18	45
Libye	113	45	17	33	13	10	6 355	145	2	12 020 x	75	89	—	—	—
Liechtenstein	193	10	2	9	2	—	36	0	0	136 540 x	—	—	90	—	—
Lituanie	152	17	7	14	5	3	3 324	35	0	11 400	72	100	97	18	44
Luxembourg	186	8	3	7	2	1	507	6	0	79 510	80	—	97	21	39
Madagascar	48	159	62	97	43	22	20 714	732	44	440	66	64	99	16	54
Malaisie	156	18	6	15	5	3	28 401	576	3	7 900	74	92	94	13	52
Malawi	30	222	92	131	58	27	14 901	663	56	330	54	74	91	18	46
Maldives	124	102	15	74	14	9	316	5	0	4 270	77	98	96	17	44
Mali	2	255	178	131	99	48	15 370	714	120	600	51	26	77	17	46
Malte	156	11	6	10	5	4	417	4	0	18 350 x	79	92	91	—	—
Maroc	69	86	36	67	30	19	31 951	623	23	2 850	72	56	90	17	48
Maurice	124	24	15	21	13	9	1 299	17	0	7 740	73	88	94	—	—
Mauritanie	21	124	111	80	75	39	3 460	117	13	1 060	58	57	76	17	46
Mexique	113	49	17	38	14	7	113 423	2 217	37	9 330	77	93	100	12	56
Micronésie (États fédérés de)	64	56	42	44	34	18	111	3	0	2 700	69	—	—	7	64
Monaco	172	9	4	7	3	2	35	0	0	197 460 x	—	—	—	—	—
Mongolie	76	107	32	76	26	12	2 756	65	2	1 890	68	97	100	18	44
Monténégro	145	18	8	16	7	5	631	8	0	6 690	74	—	88	22	39
Mozambique	16	219	135	146	92	39	23 391	883	114	440	50	55	91	15	52
Myanmar	45	112	66	79	50	32	47 963	830	56	a	65	92	—	—	—
Namibie	65	73	40	49	29	17	2 283	60	2	4 650	62	89	90	4 x	78 x
Nauru	65	40	40	32	32	22	10	0	0	—	—	—	—	—	—

◀ TABLEAU 1 : INDICATEURS DE BASE

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2010	Population totale (milliers) 2010	Nombre annuel de naissances (milliers) 2010	Nombre annuel de décès de 5 ans (milliers) 2010	RNB par habitant (dollars É.-U.) 2010	Espérance de vie à la naissance (années) 2010	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 2005-2010*	Taux nets de scolarisation à l'école primaire (%) 2007-2009*	Part du revenu des ménages (%) 2000-2010*	
		1990	2010	1990	2010									les 40 % les plus pauvres	les 20 % les plus riches
Népal	59	141	50	97	41	28	29959	724	35	490	68	59	—	15	54
Nicaragua	81	68	27	52	23	12	5788	138	4	1080	74	78	93	12	57
Niger	12	311	143	132	73	32	15512	755	100	360	54	29	54	20	43
Nigéria	12	213	143	126	88	40	158423	6332	861	1180	51	61	63	15	49
Nioué	91	14	22	12	19	10	1	0	0	—	—	—	—	—	—
Norvège	186	9	3	7	3	2	4883	60	0	85380	81	—	99	24	37
Nouvelle-Zélande	156	11	6	9	5	3	4368	64	0	29050 x	81	—	99	18 x	44 x
Oman	142	47	9	36	8	5	2782	50	1	17890 x	73	87	81	—	—
Ouganda	27	175	99	106	63	26	33425	1514	141	490	54	73	92	15	51
Ouzbékistan	57	77	52	63	44	23	27445	587	31	1280	68	99	90	19	44
Pakistan	33	124	87	96	70	41	173593	4741	423	1050	65	56	66	21	42
Palaos	103	33	19	27	15	9	20	0	0	6460	—	—	—	—	—
Panama	98	33	20	26	17	9	3517	70	1	6990	76	94	97	11	57
Papouasie-Nouvelle-Guinée	49	90	61	65	47	23	6858	207	12	1300	62	60	—	12 x	56 x
Paraguay	87	50	25	40	21	14	6455	156	4	2940	72	95	86	11	57
Pays-Bas	172	8	4	7	4	3	16613	183	1	49720	81	—	99	21 x	39 x
Pérou	103	78	19	55	15	9	29077	594	11	4710	74	90	97	12	53
Philippines	80	59	29	42	23	14	93261	2344	66	2050	68	95	92	15	50
Pologne	156	17	6	15	5	4	38277	405	3	12420	76	100	96	20	42
Portugal	172	15	4	11	3	2	10676	99	0	21860	79	95	99	17 x	46 x
Qatar	145	21	8	17	7	4	1759	21	0	d	78	95	98	—	52
République arabe syrienne	118	38	16	31	14	9	20411	465	8	2640	76	84	—	19	44
République centrafricaine	9	165	159	110	106	42	4401	154	23	460	48	55	67	15	49
République de Corée	165	8	5	6	4	2	48184	478	3	19890	81	—	99	21 x	38 x
République de Moldova	103	37	19	30	16	9	3573	44	1	1810	69	98	90	18	45
République démocratique du Congo	6	181	170	117	112	46	65966	2873	465	180	48	67	—	15	51
République démocratique populaire lao	55	145	54	100	42	21	6201	141	8	1010	67	73	82	19	45
République dominicaine	81	62	27	48	22	15	9927	216	6	4860	73	88	82	13	54
République populaire démocratique de Corée	73	45	33	23	26	18	24346	348	12	a	69	100	—	—	—
République tchèque	172	14	4	12	3	2	10493	115	0	17870	78	—	—	25 x	36 x
République-Unie de Tanzanie	41	155	76	95	50	26	44841	1862	133	530	57	73	97	18	45
Roumanie	126	37	14	29	11	8	21486	221	3	7840	74	98	96	21	39
Royaume-Uni	165	9	5	8	5	3	62036	757	4	38540	80	—	100	18 x	44 x
Rwanda	31	163	91	99	59	29	10624	438	38	540	55	71	96	12	58
Saint-Kitts-et-Nevis	145	28	8	22	7	5	52	1	0	9980	—	—	94	—	—
Saint-Marin	193	12	2	11	2	1	32	0	0	50670 x	—	—	92	—	—
Saint-Siège	—	—	—	—	—	—	0	0	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Vincent-et-les Grenadines	97	27	21	21	19	13	109	2	0	4850	72	—	98	—	—
Sainte-Lucie	118	23	16	18	14	10	174	3	0	4970	74	—	93	15 x	49 x
Samoa	98	27	20	23	17	8	183	5	0	2930	72	99	99	—	—
Sao Tomé-et-Principe	37	94	80	61	53	25	165	5	0	1200	64	89	98	14	56
Sénégal	42	139	75	70	50	27	12434	465	34	1050	59	50	75	17	46
Serbie	152	29	7	25	6	4	9856	111	1	5820	74	98	96	23	37
Seychelles	126	17	14	14	12	8	87	3	0	9490	—	92	94	27	29
Sierra Leone	4	276	174	162	114	45	5868	226	39	340	47	41	—	16	49
Singapour	186	8	3	6	2	1	5086	45	0	40920	81	95	—	14 x	49 x
Slovaquie	145	18	8	15	7	4	5462	57	0	16220	75	—	—	24 x	35 x
Slovénie	186	10	3	9	2	2	2030	20	0	23860	79	100	98	21	39
Somalie	1	180	180	108	108	52	9331	408	70	a	51	—	—	—	—
Soudan*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soudan du Sud*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sri Lanka	113	32	17	26	14	10	20860	378	6	2290	75	91	95	17	48
Suède	186	7	3	6	2	2	9380	112	0	49930	81	—	96	23	37
Suisse	165	8	5	7	4	3	7664	76	0	70350	82	—	100	20	41
Suriname	78	52	31	44	27	14	525	10	0	5920 x	70	95	90	11 x	57 x
Swaziland	39	96	78	70	55	21	1186	35	3	2600	48	87	83	12	56
Tadjikistan	46	116	63	91	52	25	6879	192	12	780	67	100	98	23	39
Tchad	5	207	173	113	99	41	11227	503	80	600	49	34	—	17	47
Territoire palestinien occupé	91	45	22	36	20	—	4039	134	3	b	73	95	78	—	—

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Taux de mortalité infantile (moins d'un an)		Taux de mortalité néonatale 2010	Population totale (milliers) 2010	Nombre annuel des naissances (milliers) 2010	Nombre annuel des décès des moins de 5 ans (milliers) 2010	RNB par habitant (dollars É.-U.) 2010	Espérance de vie à la naissance (années) 2010	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 2005-2010*	Taux nets de scolarisation à l'école primaire (%) 2007-2009*	Part du revenu des ménages (%) 2000-2010*	
		1990	2010	1990	2010									les 40 % les plus pauvres	les 20 % les plus riches
Thaïlande	130	32	13	26	11	8	69 122	838	11	4 210	74	94	90	11	59
Timor-Leste	54	169	55	127	46	24	1 124	44	2	2 220	62	51	83	21	41
Togo	24	147	103	87	66	32	6 028	193	19	440	57	57	95	16	47
Tonga	118	25	16	21	13	8	104	3	0	3 380	72	99	—	—	—
Trinité-et-Tobago	81	37	27	32	24	18	1 341	20	1	15 380	70	99	96	16 x	46 x
Tunisie	118	49	16	39	14	9	10 481	179	3	4 070	74	78	99	16	47
Turkménistan	52	98	56	78	47	23	5 042	109	6	3 700	65	100	—	16 x	47 x
Turquie	108	80	18	66	14	10	72 752	1 298	24	9 500	74	91	95	16	46
Tuvalu	73	57	33	44	27	14	10	0	0	—	—	—	—	—	—
Ukraine	130	21	13	18	11	6	45 448	493	7	3 010	68	100	89	23	37
Uruguay	136	23	11	20	9	6	3 369	50	1	10 590	77	98	99	15	49
Vanuatu	126	39	14	31	12	7	240	7	0	2 760	71	82	—	—	—
Venezuela (République bolivarienne du)	108	33	18	28	16	10	28 980	598	11	11 590	74	95	94	15	49
Viet Nam	90	51	23	37	19	12	87 848	1 467	34	1 100	75	93	—	18	45
Yémen	40	128	77	90	57	32	24 053	919	69	1 060 x	65	62	73	18	45
Zambie	21	183	111	109	69	30	13 089	600	60	1 070	49	71	92	11	55
Zimbabwe	37	78	80	52	51	27	12 571	374	29	460	50	92	—	13 x	56 x

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^d	24	125	103	78	66	35	43 552	1 429	143	1 270	61	70	—	—	—
--------------------------------------	----	-----	-----	----	----	----	--------	-------	-----	-------	----	----	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	160	111	99	71	33	1 020 650	35 631	3 804	1 483	57	63	78	16	49
Afrique subsaharienne	174	121	105	76	35	855 273	32 087	3 709	1 192	54	62	76	16	49
Afrique de l'Est et australe	156	98	97	63	30	398 968	14 191	1 322	1 486	55	67	87	16	50
Afrique de l'Ouest et centrale	196	143	115	88	39	411 864	16 442	2 241	905	53	57	66	16	48
Moyen-Orient et Afrique du Nord	77	41	56	31	18	417 879	9 955	415	2 752	71	75	88	19	44
Asie	86	48	62	37	24	3 649 320	66 076	3 186	2 913	69	80	93	18	46
Asie du Sud	120	67	86	52	33	1 630 173	37 452	2 492	1 241	65	61	91	20	45
Asie de l'Est et Pacifique	55	24	41	19	13	2 019 147	28 624	694	4 286	72	94	95	16	48
Amérique latine et Caraïbes	54	23	43	18	11	584 676	10 845	249	7 859	74	91	95	12	56
ECCO/CEI	50	23	41	19	11	404 582	5 820	136	7 263	70	98	94	18	45
Pays industrialisés	10	6	9	5	3	989 508	11 425	65	40 845	80	99	96	18	43
Pays en développement	97	63	67	44	25	5 621 340	120 617	7 516	3 304	68	80	89	17	48
Pays les moins avancés	170	110	106	71	34	832 330	27 996	2 949	669	59	58	80	18	46
Total mondial	88	57	61	40	23	6 856 797	134 754	7 614	8 796	70	84	90	17	47

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^d En raison de la cession de la République du Soudan par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux de mortalité des moins de 5 ans – Probabilité de décéder entre la naissance et le jour exact du cinquième anniversaire, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité infantile – Probabilité de décéder entre la naissance et le jour exact du premier anniversaire, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité néonatale – Probabilité de décéder au cours des 28 premiers jours de la vie, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

RNB par habitant – Le revenu national brut (RNB) est la somme de la valeur ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (subventions en moins) non incluses dans l'évaluation des produits, ainsi que des recettes nettes des revenus primaires provenant du reste du monde (rémunérations des employés et revenus de la propriété). Le RNB par habitant correspond au revenu national brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La conversion du RNB par habitant en dollars É.-U. s'effectue selon la méthode utilisée pour l'Atlas de la Banque mondiale.

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait un enfant nouveau-né s'il était exposé aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.

Taux d'alphabétisation des adultes – Nombre de personnes alphabétisées de 15 ans et plus, exprimé en pourcentage de la population de ce groupe d'âge.

Taux nets de scolarisation à l'école primaire – Nombre d'enfants scolarisés à l'école primaire ou secondaire, qui ont l'âge officiel de fréquenter l'école primaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants en âge d'aller à l'école primaire. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école primaire qui sont inscrits à l'école secondaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de scolarisation en école primaire.

Part du revenu des ménages – Pourcentage du revenu dont disposent les 20 % des ménages les plus riches et les 40 % des ménages les plus pauvres.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux de mortalité infantile et des moins de 5 ans – Groupe interinstitutions pour les estimations relatives à la mortalité des enfants (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Banque mondiale).

Taux de mortalité néonatale – Organisation mondiale de la Santé à partir des registres de l'état civil, des systèmes de surveillance et d'enquêtes sur les ménages.

Population totale et nombre total de naissances – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Décès des moins de 5 ans – UNICEF.

RNB par habitant – Banque mondiale.

Espérance de vie – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

Taux d'alphabétisation des adultes et taux de scolarisation à l'école primaire – Institut de la statistique de l'UNESCO (ISU).

Part du revenu des ménages – Banque mondiale.

NOTES

a pays à revenu faible (RNB par habitant inférieur ou égal à 1 005 dollars É.-U.).

b pays à revenu intermédiaire faible (RNB par habitant compris entre 1 006 et 3 975 dollars É.-U.).

c pays à revenu intermédiaire élevé (RNB par habitant compris entre 3 976 et 12 275 dollars É.-U.).

d pays à revenu élevé (RNB par habitant égal ou supérieur à 12 276 dollars É.-U.).

– Données non disponibles.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

z Données fournies par le Ministère chinois de l'éducation. L'ISU ne publie pas actuellement de données sur les taux nets de scolarisation pour la Chine.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 2 : NUTRITION

Pays et territoires	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2006–2010*)	Initiation précoce à l'allaitement (%) (2006–2010*)	% d'enfants nourris au sein (2006–2010*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2006–2010*) souffrant de				Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6–59 mois) 2010 couverture totale ^d (%)	% de ménages consommant du sel iodé (2006–2010*)	
			exclusivement (<6 mois)	prenant déjà des aliments solides, semi-liquides ou mous (6–8 mois)	Nourris au sein à l'âge de 2 ans (20–23 mois)	Insuffisance pondérale (OMS)		Émaciation (OMS)				Retard de croissance (OMS)
						modérée et grave	grave	modérée et grave	modérée et grave			
Afghanistan	–	–	–	29 x	54 x	33 x	12 x	9 x	59 x	96	28 x	
Afrique du Sud	–	61 x	8 x	49 x	31 x	9	–	5	24	–	–	
Albanie	7 x	43	39	54 y	31	5	2	9	19	–	76	
Algérie	6	50	7	39 y	22	3	1	4	15	–	61	
Allemagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Angola	–	55	11 x	77 x	37 x	16 y	7 y	8 y	29 y	28	45	
Antigua-et-Barbuda	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Argentine	7	–	–	–	28	2 y	0 y	1 y	8 y	–	–	
Arménie	7	28 x	35	48 y	23	5	1	4	19	–	97 x	
Australie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Autriche	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Azerbaïdjan	10	32	12	44 y	16	8	2	7	25	89 w	54	
Bahamas	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bangladesh	22	43	43	74 y	91	41	12	17	43	100	84 y	
Barbade	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bélarus	4 x	21 x	9 x	38 x	4 x	1 x	1 x	2 x	4 x	–	94 y	
Belgique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Belize	14	51	10	–	27	4	1	2	22	–	–	
Bénin	15	32	–	76 y	92	18	5	8	43	100	67	
Bhoutan	10	59	49	67	66	13	3	6	34	–	96 x	
Bolivie (État plurinational de)	6	61	60	79 y	40	4	1	1	27	24	89 y	
Bosnie-Herzégovine	5	57 x	18 x	29 x	10 x	1 x	0 x	4 x	10 x	–	62 x	
Botswana	13	20	20	46 y	6	11	4	7	31	91	–	
Brésil	8	43	40	70 y	25	2	–	2	7	–	96 y	
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bulgarie	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	
Burkina Faso	16	20	16	–	–	26	7	11	35	100	34	
Burundi	11 x	–	69	70 y	79	29	8	6	58	73	98 x	
Cambodge	9	65	74	82 y	43	28	7	11	40	–	83 y	
Cameroun	11	20	21	64 y	21	16	5	7	36	89	49 y	
Canada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Cap-Vert	6 x	73 x	60 x	80 x	13 x	–	–	–	–	–	75	
Chili	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Chine	3	41	28	43 y	–	4 y	–	3 y	10 y	–	97	
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Colombie	6 x	57	43	70 y	33	3	1	1	13	–	–	
Comores	–	–	–	–	–	–	–	–	–	18	–	
Congo	13 x	39 x	19 x	78 x	21 x	11 x	3 x	8 x	30 x	84	82 x	
Costa Rica	7	–	15	–	49	1	–	1	6	–	–	
Côte d'Ivoire	17	25	4	54 y	37	16	5	8	40	100	84 x	
Croatie	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Cuba	5	70	26	47 y	16	–	–	–	–	–	88 x	
Danemark	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Djibouti	10	67	1	23 y	18	23 y	5 y	10 y	31 y	95	0	
Dominique	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Égypte	13	56	53	66 y	35	6	1	7	29	–	79	
El Salvador	7 x	33	31	72 y	54	6 y	1 y	1 y	19 y	–	62 x	
Émirats arabes unis	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Équateur	8	–	40 x	77 x	23 x	6 x	–	–	–	–	–	
Érythrée	14 x	78 x	52 x	43 x	62 x	35 x	13 x	15 x	44 x	44	68 x	
Espagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Estonie	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
États-Unis	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Éthiopie	20 x	69 x	49 x	54 x	88 x	33 x	11 x	12 x	51 x	84	20 x	
ex-République yougoslave de Macédoine	6 x	–	–	–	–	2	0	3	11	–	94 x	
Fédération de Russie	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35 x	
Fidji	10 x	57 x	40 x	–	–	–	–	–	–	–	–	

Pays et territoires	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2006–2010*)	Initiation précoce à l'allaitement (%) (2006–2010*)	% d'enfants nourris au sein (2006–2010*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2006–2010*) souffrant de			Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6–59 mois) 2010 (couverture totale ^a)(%)	% de ménages consommant du sel iodé (2006–2010*)	
			exclusivement (<6 mois)	prenant déjà des aliments solides, semi-liquides ou mous (6–8 mois)	Nourris au sein à l'âge de 2 ans (20–23 mois)	Insuffisance pondérale (OMS) modérée et grave	Émaciation (OMS) modérée et grave	Retard de croissance (OMS) modérée et grave			
											grave
Finlande	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
France	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Gabon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	36 x	
Gambie	11	53	36	34	31	18	4	10	24	100	21
Géorgie	5	66	–	43 y	17	1	1	2	11	–	100
Ghana	13	52	63	75 y	44	14	3	9	28	93	32
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	11	56	50	71 y	46	13 y	–	1 y	48 y	36	76
Guinée	12 x	35	48	32 y	–	21	7	8	40	97	41
Guinée-Bissau	11	55	38	43	65	18	5	6	32	100	12
Guinée équatoriale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–
Guyana	19	43	33	59 y	49	11	2	5	18	–	11
Haïti	25 x	44	41	87 y	35	18	6	10	29	21	3
Honduras	10	79	30	69 y	48	8	1	1	29	–	–
Hongrie	9 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	18	73	31	77 y	53	–	–	–	–	–	–
Îles Salomon	13	75	74	81 y	67	12	2	4	33	–	–
Inde	28	41	46	57 y	77	43	16	20	48	34	51
Indonésie	9	44	32	75 y	50	18	5	14	37	80	62 y
Iran (République islamique d')	7	56 x	23 x	68 x	58 x	–	–	–	–	–	99 x
Iraq	15	31	25	51 y	36	6	2	6	26	–	28
Irlande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islande	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israël	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	12 x	62 x	15 x	36 x	24 x	2	–	2	4	–	–
Japon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	13	39	22	66 y	11	2	0	2	8	–	–
Kazakhstan	6	64	17	39 y	16	4	1	5	17	–	92
Kenya	8	58	32	83 y	54	16	4	7	35	62	98
Kirghizistan	5	65	32	49 y	26	2	0	3	18	97	76
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	13 x	53	54	58 y	35	13	2	4	39	–	84
Lettonie	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liban	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	92 x
Libéria	14	44	34	51 y	41	15 y	2 y	3 y	42 y	97	–
Libye	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	16	72	51	89 y	61	–	–	–	50	95	53
Malaisie	11	–	–	–	–	13	–	–	17	–	18
Malawi	13	58	72	86 y	77	13	3	4	47	96	50
Maldives	22 x	64	48	82 y	68	17	3	11	19	–	44 x
Mali	19	46	38	30 y	56	27	10	15	38	99	79
Malte	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	15 x	52 x	31 x	66 x	15 x	9 x	2 x	10 x	23 x	–	21
Maurice	14 x	–	21 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	34	81	46	61 y	47	15 y	3 y	7 y	23 y	97	23
Mexique	7	18	–	–	–	3	–	2	16	–	91 x
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	5	81	57 x	57 x	65 x	5 x	1 x	3 x	27 x	61	83 x
Monténégro	4 x	25 x	19 x	35 x	13 x	2 x	1 x	4 x	7 x	–	–
Mozambique	16	63	37	84 y	54	18	5	4	44	100	25
Myanmar	9	76	24	81 y	65	23	6	8	35	94	93
Namibie	16	71	24	72 y	28	17	4	8	29	13	–
Nauru	27	76	67	65 y	65	5	1	1	24	–	–

◀ TABLEAU 2 : NUTRITION

Pays et territoires	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2006–2010*)	Initiation précoce à l'allaitement (%) (2006–2010*)	% d'enfants nourris au sein (2006–2010*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2006–2010*) souffrant de				Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6–59 mois) 2010 (couverture totale ^a)(%)	% de ménages consommant du sel iodé (2006–2010*)	
			exclusivement (<6 mois)	prenant déjà des aliments solides, semi-liquides ou mous (6–8 mois)	Nourris au sein à l'âge de 2 ans (20–23 mois)	Insuffisance pondérale (OMS)		Émaciation (OMS)				Retard de croissance (OMS)
						modérée et grave	grave	modérée et grave	modérée et grave			
Népal	21	35	53	75 y	95	39	11	13	49	91	–	
Nicaragua	9	54	31	76 y	43	6	1	1	22	7	97 x	
Niger	27	42	27	65 y	–	40 y	14 y	16 y	47 y	98	32	
Nigéria	12	38	13	75 y	32	23	9	14	41	91	97 x	
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Oman	12	–	–	–	–	9	–	7	10	–	–	
Ouganda	14	42	60	80 y	54	16	4	6	38	–	96	
Ouzbékistan	5	67	26	45 y	38	4	1	4	19	94	53	
Pakistan	32	29	37	36 y	55	31 x	13 x	14 x	42 x	87	17 x	
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Panama	10 x	–	–	–	–	4 y	–	1 y	19 y	–	–	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10 x	–	56	76 y	72	18 x	5 x	5 x	43 x	14	92	
Paraguay	6	47	24	67 y	14	3 x	–	1 x	18 x	–	94 y	
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Pérou	8	51	68	80 y	61 y	4	1	1	24	–	91 x	
Philippines	21	54	34	58 y	34	22 y	–	7 y	32 y	–	45 x	
Pologne	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Portugal	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
République arabe syrienne	10	46	43	–	25	10	–	12	28	33 w	79 x	
République centrafricaine	13	39	23	55 y	47	24	8	12	43	0	62	
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
République de Moldova	6 x	65 x	46 x	18 x	2 x	3 x	1 x	5 x	10 x	–	60 x	
République démocratique du Congo	10	43	37	52	53	24	8	9	43	83	59	
République démocratique populaire lao	11	30	26	70 y	48	31	9	7	48	83	84 y	
République dominicaine	11	74	9	62 y	21	7	2	3	18	–	19	
République populaire démocratique de Corée	6	18	65 x	31 x	37 x	19	4	5	32	99	25 y	
République tchèque	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
République-Unie de Tanzanie	10 x	49	50	92 y	51	16	4	5	42	99	59	
Roumanie	8 x	–	16 x	41 x	–	4 x	1 x	4 x	13 x	–	74 x	
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Rwanda	6 x	68	85	62 y	84	11	2	3	44	92	88 x	
Saint-Kitts-et-Nevis	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Sainte-Lucie	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Samoa	10	88	51	71 y	74	–	–	–	–	–	–	
Sao Tomé-et-Principe	8	45	51	73 y	20	13	3	11	29	41	86	
Sénégal	19 x	23 x	34 x	61 x	42 x	14 x	4 x	9 x	19 x	–	41 x	
Serbie	6	17 x	15 x	39 x	8 x	1 x	0 x	4 x	7 x	–	32	
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Sierra Leone	14	51	11	73 y	50	21	7	10	36	100	58	
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Slovaquie	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Somalie	–	26	9	15 y	35	32	12	13	42	–	1	
Soudan ^a	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Soudan du Sud ^a	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Sri Lanka	17	80	76	87 y	84	21	4	15	17	85	92 y	
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Suriname	–	34	2	34 y	15	7	1	5	11	–	–	
Swaziland	9	44	44	–	11	6	1	1	31	38	52	
Tadjikistan	10 x	57 y	25 x	15 x	34 x	15	6	7	39	95	62	
Tchad	22 x	34 x	3	36	59	30	13	16	39	68	56 x	
Territoire palestinien occupé	7	–	27	–	–	–	–	–	–	–	86	

Pays et territoires	% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (2006–2010*)	Initiation précoce à l'allaitement (%) (2006–2010*)	% d'enfants nourris au sein (2006–2010*)			% d'enfants de moins de 5 ans (2006–2010*) souffrant de				Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6–59 mois) 2010 (couverture totale) ^a (%)	% de ménages consommant du sel iodé (2006–2010*)	
			exclusivement (<6 mois)	prenant déjà des aliments solides, semi-liquides ou mous (6–8 mois)	Nourris au sein à l'âge de 2 ans (20–23 mois)	Insuffisance pondérale (OMS)		Émaciation (OMS)				Retard de croissance (OMS)
						modérée et grave	grave	modérée et grave	modérée et grave			
Thaïlande	7	50	15	–	–	7	1	5	16	–	47	
Timor-Leste	12 x	82	52	78 y	33	45	15	19	58	48	60	
Togo	11	53	63	44	64	17	4	5	30	100	32	
Tonga	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Trinité-et-Tobago	19	41	13	43 y	22	–	–	–	–	–	28	
Tunisie	5	87	6	61 y	15	3	–	3	9	–	–	
Turkménistan	4	60	11 x	54 x	37 x	8 x	2 x	7 x	19 x	–	87	
Turquie	11	39	42	68 y	22	2	0	1	12	–	69	
Tuvalu	–	–	35	40 y	51	2	0	3	10	–	–	
Ukraine	4	41	18	55 y	6	–	–	–	–	–	18 x	
Uruguay	9	60	57	35 y	28	5 x	2 x	2 x	15 x	–	–	
Vanuatu	10	72	40	62 y	32	–	–	–	–	–	23	
Venezuela (République bolivarienne du)	8	–	–	–	–	4	–	5	16	–	–	
Viet Nam	5	58	17	70 y	23	20	–	10	31	95 w	93	
Yémen	–	30	12 x	76 x	–	43 x	19 x	15 x	58 x	–	30 x	
Zambie	11	57	61	93 y	42	15	3	5	45	92	77 x	
Zimbabwe	11	69	32	82 y	20	10	2	3	32	49	91 y	

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^b	31 x	–	34	56 y	35	27	10	16	40	82	11
--------------------------------------	------	---	----	------	----	----	----	----	----	----	----

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	13	46	34	68	44	19	6	9	38	86	55
Afrique subsaharienne	13	45	33	69	46	20	7	9	39	86	53
Afrique de l'Est et australe	–	54	49	81	54	15	4	6	39	80	65
Afrique de l'Ouest et centrale	13	39	24	63	42	23	8	11	40	90	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	11	45	34	57	31	11	4	9	28	–	48
Asie	18	42	38	55	69 **	27	13 **	13	34	54 **	74
Asie du Sud	27	39	45	56	76	42	15	19	47	50	55
Asie de l'Est et Pacifique	6	45	29	54	44 **	10	5 **	6	19	84 **	88
Amérique latine et Caraïbes	8	42	42	71	33	4	–	2	15	–	–
ECO/CEI	7	49	30	55	22	–	–	–	–	–	–
Pays industrialisés	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays en développement	15	43	37	60	56 **	18 ^o	9 **	10	29 ^o	66 **	71
Pays les moins avancés	16	47	42	68	61	25	8	10	41	88	61
Total mondial	15	43	37	60	55 **	16 ^o	9 **	10	27 ^o	66 **	71

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^b En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Insuffisance pondérale – Pourcentage de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance.

Initiation précoce de l'allaitement maternel – Pourcentage de nourrissons qui sont mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance.

Allaitement exclusivement au sein (<6 mois) – Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui n'ont été nourris qu'avec du lait maternel au cours des dernières 24 heures.

Introduction d'aliments solides, semi-liquides ou mous (6–8 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous au cours des dernières 24 heures.

Poursuite de l'allaitement maternel à l'âge de 2 ans (20–23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui ont reçu du lait maternel au cours des dernières 24 heures.

Insuffisance pondérale (OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant. Grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de trois écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

Émaciation (OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts types au poids pour la taille médian tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

Retard de croissance (OMS) – Modéré et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts types à la taille pour l'âge médiane telle qu'elle est définie dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

Supplémentation en vitamine A (couverture totale) – Pourcentage estimatif d'enfants âgés de 6–59 mois qui ont reçu deux doses de supplément en vitamine A.

Consommation de sel iodé – Pourcentage de foyers consommant une quantité adéquate de sel iodé (15 parties par millions ou plus).

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Insuffisance pondérale à la naissance – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales sur les ménages, données obtenues à partir de rapports de routine, UNICEF et Organisation mondiale de la Santé.

Allaitement maternel – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages et UNICEF.

Insuffisance pondérale, émaciation et retard de croissance – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages, OMS et UNICEF.

Supplémentation en vitamine A – UNICEF.

Consommation de sel iodé – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages et UNICEF.

NOTES

– Données non disponibles.

w Indique les pays ayant des programmes nationaux de supplémentation en vitamine A qui ciblent une catégorie d'âge réduite. Le chiffre de couverture est présenté comme ciblé.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales. Les estimations concernant les années antérieures à 2001 pour lesquelles des données sont disponibles ne sont pas affichées.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

Δ La couverture complète en ce qui concerne les suppléments de vitamine A est présentée comme le pourcentage le plus faible de deux points de couverture annuels (c'est-à-dire le point le plus faible entre la tournée no. 1 (janvier-juin) et la tournée no. 2 (juillet-décembre) de 2010).

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exception de la Chine.

o Estimation extraite d'un modèle.

Pays et territoires	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2008						% de la population utilisant des installations améliorées 2008						% de vaccins PEV réguliers financés par l'État 2010			Vaccination 2010							% de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié			% d'enfants de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques			% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Paludisme 2006-2010*				
	totale			urbaine			totale			urbaine			totale			Enfants d'un an vaccinés contre :							2006-2010*			2006-2010*			%							
																Vaccins correspondants :																				
																TB DTC DTC ³ polio3 rougeole HepB Hib																				
France	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	99	90	42	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Gabon	87	95	41	33	33	30	100	89	69	45	44	55	45	45	75	48	x	-	44	x	70	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Gambie	92	96	86	67	68	65	-	95	99	98	96	97	94	98	91	69	61	38	50	49	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Géorgie	98	100	96	95	96	93	80	96	99	91	88	94	95	67	-	74	x	56	x	37	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Ghana	82	90	74	13	18	7	-	99	96	94	94	93	94	94	86	51	24	45	33	28	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Grèce	100	100	99	98	99	97	-	91	99	99	99	99	95	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Grenade	-	97	-	97	96	97	100	-	99	97	94	95	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guatemala	94	98	90	81	89	73	100	99	96	94	94	93	94	94	85	64	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guinée	71	89	61	19	34	11	24	81	75	57	53	51	57	57	90	42	x	-	38	x	8	5	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guinée-Bissau	61	83	51	21	49	9	-	93	92	76	73	61	76	76	78	52	35	53	53	36	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guinée équatoriale	-	-	-	-	-	-	100	73	65	33	39	51	-	-	75	-	-	-	36	x	1	x	49	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guyana	94	98	93	81	85	80	100	98	99	95	95	95	95	95	97	64	20	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Haïti	63	71	55	17	24	10	-	75	83	59	59	59	-	-	70	31	3	43	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Honduras	86	95	77	71	80	62	63	99	99	98	98	99	98	98	94	56	54	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Hongrie	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Îles Cook	-	98	-	100	100	100	90	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Îles Marshall	94	92	99	73	83	53	3	99	99	94	95	97	97	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Îles Salomon	-	-	-	-	98	-	45	85	85	79	78	68	79	79	85	73	23	-	49	40	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Inde	88	96	84	31	54	21	100	87	83	72	70	74	37	-	87	69	13	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Indonésie	80	89	71	52	67	36	-	97	94	83	93	89	83	-	85	66	-	54	3	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Iran (République islamique d')	-	98	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	-	95	93	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Iraq	79	91	55	73	76	66	-	80	81	65	69	73	64	-	80	82	82	64	0	x	1	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Irlande	100	100	100	99	100	98	100	96	98	94	94	90	94	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islande	100	100	100	100	100	100	100	-	98	96	96	93	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Israël	100	100	100	100	100	100	-	-	96	96	94	98	96	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Italie	100	100	100	-	-	-	100	-	98	96	96	90	96	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaïque	94	98	89	83	82	84	100	95	99	99	99	88	99	99	80	75	x	52	x	39	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Japon	100	100	100	100	100	100	-	99	99	98	98	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jordanie	96	98	91	98	98	97	100	95	98	98	98	98	98	98	87	75	79	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kazakhstan	95	99	90	97	97	98	-	96	99	99	98	99	99	96	-	71	32	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kenya	59	83	52	31	27	32	48	99	93	83	83	86	83	83	78	56	50	43	56	47	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kirghizistan	90	99	85	93	94	93	85	98	99	96	88	99	96	96	-	62	45	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	87	97	91	95	89	91	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Koweït	99	99	99	100	100	100	100	98	98	98	98	98	99	98	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lesotho	85	97	81	29	40	25	-	95	93	83	91	85	83	83	83	66	-	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lettonie	99	100	96	78	82	71	100	92	97	89	89	93	89	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liban	100	100	100	-	100	-	100	-	83	74	74	53	74	74	-	74	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libéria	68	79	51	17	25	4	6	80	75	64	71	64	64	64	91	62	-	47	47	26	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libye	-	-	-	97	97	96	-	99	98	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	100	99	98	95	95	96	94	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	99	96	94	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	41	71	29	11	15	10	5	67	78	74	72	67	74	74	76	42	-	49	57	46	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malaisie	100	100	99	96	96	95	80	99	98	94	94	96	95	94	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	80	95	77	56	51	57	36	97	97	93	86	93	93	93	87	52	30	27	60	57	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maldives	91	99	86	98	100	96	100	97	97	96	97	97	97	-	95	-	-	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mali	56	81	44	36	45	32	20	86	90	76	73	63	76	77	85	38	-	38	85	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malte	100	100	100	100	100	100	-	-	97	76	76	73	86	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	81	98	60	69	83	52	-	99	99	99	99	98	98	99	89	38	x	-	46	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maurice	99	100	99	91	93	90	100	99	99	99	99	99	99	99	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	49	52	47	26	50	9	11	85	82	64	63	67	64	64	87	45	24	32	12	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mexique	94	96	87	85	90	68	100	98	96	95	95	95	93	95	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	-	95	-	-	-	-	30	70	90	85	85	80	88	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	100	100	100	100	100	-	-	89	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	76	97	49	50	64	32	80	99	98	96	96	97	96	96	-	63</																				

◀ TABLEAU 3 : SANTÉ

Pays et territoires	% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées 2008			% de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées 2008			% de vaccins PEV réguliers financés par l'État 2010	Vaccination 2010								% de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié 2006-2010*	% d'enfants de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques 2006-2010*	% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu 2006-2010*	Paludisme 2006-2010*		
	totale urbaine		rurale	totale urbaine		rurale		Enfants d'un an vaccinés contre :				% de nouveau-nés protégés contre le tétanos ¹	% de ménages possédant au moins un moustiquaire imprégné d'insecticide	% de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	% de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments antipaludiques						
								Vaccins correspondants :													
	TB	DTC	DTC3 ²	polio3	rougeole	HepB		Hib													
Niger	48	96	39	9	34	4	14	83	80	70	75	71	70	70	84	47	—	34	76	64	—
Nigéria	58	75	42	32	36	28	71	76	77	69	79	71	66	—	69	45	23	25	42	29	49
Nioué	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Norvège	100	100	100	100	100	100	100	—	99	93	93	93	—	94	—	—	—	—	—	—	—
Nouvelle-Zélande	100	100	100	—	—	—	100	—	95	93	93	91	90	89	—	—	—	—	—	—	—
Oman	88	92	77	—	97	—	—	99	99	99	99	97	98	99	91	—	—	—	—	—	—
Ouganda	67	91	64	48	38	49	36	84	83	60	55	55	60	60	85	73	47	39	47	33	60
Ouzbékistan	87	98	81	100	100	100	—	99	99	99	99	98	99	99	—	68	56	28	—	—	—
Pakistan	90	95	87	45	72	29	100	95	90	88	88	86	88	88	84	69	50	37	0	—	3
Palaos	—	—	—	—	96	—	0	—	99	49	48	75	80	66	—	—	—	—	—	—	—
Panama	93	97	83	69	75	51	90	97	98	94	94	95	94	94	—	—	—	—	—	—	—
Papouasie-Nouvelle-Guinée	40	87	33	45	71	41	59	72	80	56	61	55	56	56	61	63	—	—	—	—	—
Paraguay	86	99	66	70	90	40	100	92	96	90	88	94	98	98	85	—	—	—	—	—	—
Pays-Bas	100	100	100	100	100	100	100	—	99	97	97	96	—	97	—	—	—	—	—	—	—
Pérou	82	90	61	68	81	36	100	95	97	93	92	94	93	93	85	68	51	—	—	—	—
Philippines	91	93	87	76	80	69	—	90	89	87	86	88	85	—	75	53	42	60	—	—	0 x
Pologne	100	100	100	90	96	80	100	94	99	99	96	98	98	99	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	99	99	100	100	100	100	100	96	99	98	97	96	97	97	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	100	100	100	100	100	100	100	—	99	98	97	98	99	97	97	—	—	—	—	—	—
République arabe syrienne	89	94	84	96	96	95	—	90	89	80	83	82	84	80	94	77	71	34	—	—	—
République centrafricaine	67	92	51	34	43	28	—	74	64	54	47	62	54	54	86	32	39	47	16	15	57
République de Corée	98	100	88	100	100	100	48	96	96	94	95	98	94	—	—	—	—	—	—	—	—
République de Moldova	90	96	85	79	85	74	58	98	93	90	97	97	98	63	—	60 x	—	48 x	—	—	—
République démocratique du Congo	46	80	28	23	23	23	0	85	67	63	72	68	63	63	77	40	42	37	49	36	39
République démocratique populaire lao	57	72	51	53	86	38	5	72	81	74	76	64	74	74	80	32	52	49	45	41	8
République dominicaine	86	87	84	83	87	74	100	98	96	88	86	79	84	81	87	70	57	55	—	—	—
République populaire démocratique de Corée	100	100	100	—	—	—	21	98	94	93	99	99	93	—	91	80	88	67	—	—	—
République tchèque	100	100	100	98	99	97	—	—	99	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	—
République-Unie de Tanzanie	54	80	45	24	32	21	18	99	98	91	94	92	91	91	83	71	—	50	64	64	59
Roumanie	—	—	—	72	88	54	100	99	99	97	96	95	98	—	—	—	—	—	—	—	—
Royaume-Uni	100	100	100	100	100	100	—	—	98	96	98	93	—	97	—	—	—	—	—	—	—
Rwanda	65	77	62	54	50	55	25	75	92	80	80	82	80	80	85	28	13	—	82	70	11
Saint-Kitts-et-Nevis	99	99	99	96	96	96	100	91	98	95	90	99	96	96	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Marin	—	—	—	—	—	—	—	—	95	92	92	93	92	92	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Siège	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Vincent-et-les Grenadines	—	—	—	—	—	96	100	90	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Sainte-Lucie	98	98	98	—	—	—	100	97	98	97	97	95	97	97	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	—	—	—	100	100	100	100	91	97	87	86	61	87	87	—	—	—	—	—	—	—
Sao Tomé-et-Principe	89	89	88	26	30	19	6	99	98	98	98	92	98	98	—	75	—	—	61	56	8
Sénégal	69	92	52	51	69	38	100	80	80	70	70	60	70	70	88	47 x	—	43 x	60	29	9
Serbie	99	99	98	92	96	88	—	99	97	91	91	95	89	91	—	93 x	57 x	71 x	—	—	—
Seychelles	—	100	—	—	97	—	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leone	49	86	26	13	24	6	—	99	96	90	89	82	90	90	85	46	27	57	37	26	30
Singapour	100	100	—	100	100	—	—	99	98	97	97	95	96	—	—	—	—	—	—	—	—
Slovaquie	100	100	100	100	100	99	100	98	99	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Slovénie	99	100	99	100	100	100	—	—	98	96	96	95	—	96	—	—	—	—	—	—	—
Somalie	30	67	9	23	52	6	0	29	55	45	49	46	—	—	64	13	32	7	12	11	8
Soudan ³	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soudan du Sud ⁴	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	53	25	36
Sri Lanka	90	98	88	91	88	92	57	99	99	99	99	99	99	99	86	58	—	67	5	3	0
Suède	100	100	100	100	100	100	—	23	99	98	98	96	—	98	—	—	—	—	—	—	—
Suisse	100	100	100	100	100	100	0	—	98	96	95	90	—	94	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	93	97	81	84	90	66	100	—	99	88	88	89	88	86	93	74	37	28	—	3 x	—
Swaziland	69	92	61	55	61	53	—	98	95	89	89	94	89	89	86	73	24	22	4	1	1
Tadjikistan	70	94	61	94	95	94	—	82	95	93	95	94	93	93	—	64 x	41	22 x	—	—	2 x
Tchad	50	67	44	9	23	4	65	52	71	59	63	46	59	59	60	26	31	23	42	10	36
Territoire palestinien occupé	91	91	91	89	91	84	—	99	98	96	97	98	95	96	—	65 x	—	—	—	—	—
Thaïlande	100	100	99	89	92	82	95	99	99	99	99	98	98	—	91	84	65	46	—	—	—
Timor-Leste	69	86	63	50	76	40	100	71	75	72	72	66	72	—	81	71	45	63	41	41	6
Togo	60	87	41	12	24	3	8	94	97	92	92	84	92	92	81	—	41	24	56	57	34

TABLEAU 4 : VIH/SIDA

Pays et territoires	Prévalence estimative du VIH chez l'adulte (15-49 ans) (%) 2009	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)			Transmission de la mère à l'enfant Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)	Infections pédiatriques Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)	Prévention chez les jeunes (15-24 ans)						Orphelins			
		estimation	estimation basse	estimation haute			Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2009	Connaissances d'ensemble sur le VIH (%), 2005-2010*		Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (%), 2005-2010*		Enfants (0-17 ans) rendus orphelins par le SIDA, 2009 (milliers)	Enfants (0-17 ans) orphelins, toutes causes confondues, 2009 (milliers)	Taux de fréquentation scolaire des orphelins 2005-2010*		
								total	hommes	hommes	hommes				hommes	hommes
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	17,8	5600	5400	5900	3300	330	9,0	4,5	13,6	-	-	-	-	1900	3400	-
Albanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	36	55	25	-	-	-
Algérie	0,1	18	13	24	5	-	<0,1	0,1	<0,1	-	13	-	-	-	550	-
Allemagne	0,1	67	56	75	12	-	0,1	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	380	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	2,0	200	160	250	110	22	1,1	0,6	1,6	32	25	-	-	140	1500	85
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	0,5	110	88	140	36	-	0,2	0,3	0,2	-	-	-	-	-	630	-
Arménie	0,1	2	2	2	<1,0	-	<0,1	<0,1	<0,1	15	23	86	-	-	46	-
Australie	0,1	20	15	25	6	-	0,1	0,1	0,1	-	-	-	-	-	80	-
Autriche	0,3	15	12	20	5	-	0,2	0,3	0,2	-	-	-	-	-	28	-
Azerbaïdjan	0,1	4	3	5	2	-	0,1	<0,1	0,1	5	5	31	-	-	190	-
Bahamas	3,1	7	3	11	4	-	2,2	1,4	3,1	-	-	-	-	-	7	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	<0,1	6	5	8	2	-	<0,1	<0,1	<0,1	18	8	-	-	-	4800	84
Barbade	1,4	2	2	3	<1,0	-	1,0	0,9	1,1	-	-	-	-	-	2	-
Bélarus	0,3	17	13	20	8	-	0,1	<0,1	0,1	-	34	-	-	-	150	-
Belgique	0,2	14	11	18	4	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	47	-
Belize	2,3	5	4	6	3	-	1,3	0,7	1,8	-	40	-	50	-	6	-
Bénin	1,2	60	52	69	32	5	0,5	0,3	0,7	35	16	45	28	30	310	90
Bhoutan	0,2	<1,0	<1,0	2	<0,5	-	0,1	0,1	<0,1	-	21	-	62	-	21	-
Bolivie (État plurinational de)	0,2	12	9	16	4	-	0,1	0,1	0,1	28	24	49	-	-	320	-
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	71	-	-	-
Botswana	24,8	320	300	350	170	16	8,5	5,2	11,8	-	-	-	-	93	130	-
Bésil	-	-	460	810	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunéi Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	0,1	4	3	5	1	-	<0,1	<0,1	<0,1	15	17	70	57	-	94	-
Burkina Faso	1,2	110	91	140	56	17	0,6	0,5	0,8	-	19	-	64	140	770	61 p
Burundi	3,3	180	160	190	90	28	1,5	1,0	2,1	-	30	-	25	200	610	85
Cambodge	0,5	63	42	90	35	-	0,1	0,1	0,1	45	50	84	-	-	630	83
Cameroun	5,3	610	540	670	320	54	2,7	1,6	3,9	-	32	-	62	330	1200	91
Canada	0,3	68	53	83	21	-	0,1	0,1	0,1	-	-	-	-	-	45	-
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	36	79	56	-	-	-
Chili	0,4	40	32	51	12	-	0,2	0,2	0,1	-	-	-	-	-	140	-
Chine	0,1	740	540	1000	230	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	0,5	160	120	210	50	-	0,2	0,2	0,1	-	24	-	45	-	820	85
Comores	0,1	<0,5	<0,2	<0,5	<0,1	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	<0,1	22	-
Congo	3,4	77	68	87	40	8	1,9	1,2	2,6	22	8	38	20	51	220	88
Costa Rica	0,3	10	8	13	3	-	0,2	0,2	0,1	-	-	-	-	-	36	-
Côte d'Ivoire	3,4	450	390	510	220	-	1,1	0,7	1,5	28	18	53	39	-	1100	83
Croatie	<0,1	<1,0	<1,0	1	<0,5	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	44	-
Cuba	0,1	7	6	9	2	-	0,1	0,1	0,1	-	54	-	71	-	86	-
Danemark	0,2	5	4	6	1	-	0,1	0,1	0,1	-	-	-	-	-	51	-
Djibouti	2,5	14	10	18	7	-	1,3	0,8	1,9	-	18	51	26	-	47	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	<0,1	11	8	17	2	-	<0,1	<0,1	<0,1	18	5	-	-	-	1700	-
El Salvador	0,8	34	25	44	11	-	0,3	0,4	0,3	-	27	-	-	-	150	-
Émirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	0,4	37	28	50	11	-	0,2	0,2	0,2	-	-	-	-	-	210	-
Érythrée	0,8	25	18	33	13	3	0,3	0,2	0,4	-	-	-	-	19	240	-
Espagne	0,4	130	120	150	32	-	0,1	0,2	0,1	-	-	-	-	-	<0,1	-
Estonie	1,2	10	8	12	3	-	0,2	0,3	0,2	-	-	-	-	-	19	-
États-Unis	0,6	1200	930	1700	310	-	0,2	0,3	0,2	-	-	-	-	-	2100	-
Éthiopie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	20	50	28	-	-	90
ex-République yougoslave de Macédoine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-	70	-	-	-
Fédération de Russie	1,0	980	840	1200	480	-	-	0,2	0,3	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	0,1	<1,0	<0,5	<1,0	<0,2	-	0,1	0,1	0,1	-	-	-	-	-	23	-
Finlande	0,1	3	2	3	<1,0	-	<0,1	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	45	-

Pays et territoires	Prévalence estimative du VIH chez l'adulte (15-49 ans) (%) 2009	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)			Transmission de la mère à l'enfant Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)	Infections pédiatriques Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)	Prévention chez les jeunes (15-24 ans)						Orphelins			
		estimation	estimation basse	estimation haute			Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2009		Connaissances d'ensemble sur le VIH (%), 2005-2010*		Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (%), 2005-2010*		Enfants (0-17 ans) rendus orphelins par le SIDA, 2009 (milliers)	Enfants (0-17 ans) orphelins, toutes causes confondues, 2009 (milliers)	Taux de fréquentation scolaire des orphelins 2005-2010*	
							total	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes				femmes
France	0,4	150	120	190	48	—	0,2	0,2	0,1	—	—	—	—	—	<0,1	—
Gabon	5,2	46	37	55	25	3	2,4	1,4	3,5	—	—	—	—	18	64	—
Gambie	2,0	18	12	26	10	—	1,6	0,9	2,4	—	39	—	54	3	72	87
Géorgie	0,1	4	3	5	2	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	15	—	—	—	68	—
Ghana	1,8	260	230	300	140	27	0,9	0,5	1,3	34	28	46	28	160	1 100	76
Grèce	0,1	9	7	11	3	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	73	—
Grenade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	0,8	62	47	82	20	—	0,4	0,5	0,3	24	22	—	—	—	380	—
Guinée	1,3	79	65	95	41	9	0,7	0,4	0,9	23	17	37	26	59	440	73
Guinée-Bissau	2,5	22	18	26	12	2	1,4	0,8	2,0	—	15	—	47	10	110	109
Guinée équatoriale	5,0	20	14	26	11	2	3,5	1,9	5,0	—	—	—	—	4	45	—
Guyana	1,2	6	3	9	3	—	0,7	0,6	0,8	47	54	78	56	—	30	—
Haïti	1,9	120	110	140	67	12	0,9	0,6	1,3	40	34	43	29	—	440	86
Honduras	0,8	39	26	51	12	—	0,3	0,3	0,2	—	30	—	24	—	150	108
Hongrie	<0,1	3	2	4	<1,0	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	130	—
Îles Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Marshall	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39	27	22	9	—	—	—
Îles Salomon	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35	29	26	17	—	—	—
Inde	0,3	2 400	2 100	2 800	880	—	0,1	0,1	0,1	36	20	37	22	—	31 000	72
Indonésie	0,2	310	200	460	88	—	<0,1	0,1	<0,1	15 y	10 y	—	—	—	4 700	—
Iran (République islamique d')	0,2	92	74	120	26	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	1 200	—
Iraq	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	84
Irlande	0,2	7	5	9	2	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	39	—
Islande	0,3	<1,0	<0,5	<1,0	<0,2	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	2	—
Israël	0,2	8	6	10	2	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	8	—
Italie	0,3	140	110	180	48	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	<0,1	—
Jamaïque	1,7	32	21	45	10	—	0,9	1,0	0,7	—	60	—	—	—	73	—
Japon	<0,1	8	6	10	3	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	<0,1	—
Jordanie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13 y	—	—	—	—	—
Kazakhstan	0,1	13	9	19	8	—	0,1	0,1	0,2	—	22	—	—	—	420	—
Kenya	6,3	1 500	1 300	1 600	760	180	2,9	1,8	4,1	55	48	64	40	1 200	2 600	—
Kirghizistan	0,3	10	7	16	3	—	0,1	0,1	0,1	—	20	—	56	—	140	—
Kiribati	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Koweït	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesotho	23,6	290	260	310	160	28	9,9	5,4	14,2	29	39	68	66	130	200	98
Lettonie	0,7	9	6	12	3	—	0,1	0,2	0,1	—	—	—	—	—	32	—
Liban	0,1	4	3	5	1	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	70	—
Libéria	1,5	37	32	43	19	6	0,5	0,3	0,7	27	21	22	14	52	340	85
Libye	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituanie	0,1	1	<1,0	2	<0,5	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	52	—
Luxembourg	0,3	<1,0	<1,0	1	<0,5	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	4	—
Madagascar	0,2	24	19	30	7	—	0,1	0,1	0,1	26	23	—	—	11	910	74
Malaisie	0,5	100	83	120	11	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	450	—
Malawi	11,0	920	830	1 000	470	120	4,9	3,1	6,8	42	42	58	40	650	1 000	97
Maldives	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	35 y	—	—	—	7	—
Mali	1,0	76	61	96	40	—	0,4	0,2	0,5	—	15	—	15	59	690	92
Malte	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	3	—
Maroc	0,1	26	19	34	8	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	650	—
Maurice	1,0	9	6	12	3	—	0,3	0,3	0,2	—	—	—	—	<0,1	19	—
Mauritanie	0,7	14	11	17	4	—	0,4	0,4	0,3	14	5	—	—	4	120	66 p
Mexique	0,3	220	180	280	59	—	0,2	0,2	0,1	—	—	—	—	—	1 500	—
Micronésie (États fédérés de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Monaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolie	<0,1	<0,5	<0,5	<1,0	<0,2	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	31	—	—	—	67	96 p
Monténégro	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	—	66	—	—	—
Mozambique	11,5	1 400	1 200	1 500	760	130	5,9	3,1	8,6	34	36	—	44	670	2 100	83
Myanmar	0,6	240	200	290	81	—	0,3	0,3	0,3	—	32	—	—	—	1 600	—
Namibie	13,1	180	150	210	95	16	4,0	2,3	5,8	62	65	81	64	70	120	100
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	13	17	10	—	—	—
Népal	0,4	64	51	80	20	—	0,2	0,2	0,1	44	28	78	—	—	650	—

◀ TABLEAU 4 : VIH/SIDA

Pays et territoires	Prévalence estimative du VIH chez l'adulte (15-49 ans) (%) 2009	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)			Transmission de la mère à l'enfant	Infections pédiatriques	Prévention chez les jeunes (15-24 ans)						Orphelins			
		estimation	estimation basse	estimation haute	Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)	Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)	Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2009		Connaissances d'ensemble sur le VIH (%), 2005-2010*		Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (%), 2005-2010*		Enfants (0-17 ans) rendus orphelins par le SIDA, 2009	Enfants (0-17 ans) orphelins, toutes causes confondues, 2009	Taux de fréquentation scolaire des orphelins	
							total	hommes	hommes	hommes	hommes	hommes	estimation (milliers)	estimation (milliers)	2005-2010*	
Nicaragua	0,2	7	5	9	2	-	0,1	0,1	0,1	-	-	-	-	120	-	
Niger	0,8	61	56	66	28	-	0,4	0,2	0,5	16	13	37	18 y	57	970	67
Nigéria	3,6	3300	2900	3600	1700	360	2,0	1,2	2,9	33	22	49	36	2500	12000	117
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	0,1	4	3	5	1	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	35	-
Nouvelle-Zélande	0,1	3	2	3	<1,0	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	36	-
Oman	0,1	1	<1,0	1	<0,5	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	41	-
Ouganda	6,5	1200	1100	1300	610	150	3,6	2,3	4,8	38	32	55	38	1200	2700	96
Ouzbékistan	0,1	28	18	46	8	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	31	-	61	-	780	-
Pakistan	0,1	98	79	120	28	-	0,1	0,1	<0,1	-	3	-	-	-	4200	-
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	0,9	20	14	36	6	-	0,3	0,4	0,3	-	-	-	-	-	53	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,9	34	30	39	18	3	0,6	0,3	0,8	-	-	50	35	-	260	-
Paraguay	0,3	13	10	16	4	-	0,2	0,2	0,1	-	-	-	-	-	150	-
Pays-Bas	0,2	22	17	32	7	-	0,1	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	82	-
Pérou	0,4	75	58	100	18	-	0,2	0,2	0,1	-	19	-	33	-	550	-
Philippines	<0,1	9	6	13	3	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	21	-	13	-	1900	-
Pologne	0,1	27	20	34	8	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	440	-
Portugal	0,6	42	32	53	13	-	0,2	0,3	0,2	-	-	-	-	-	58	-
Qatar	<0,1	<0,2	<0,1	<0,2	<0,1	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	14	-
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-
République centrafricaine	4,7	130	110	140	67	17	1,6	1,0	2,2	26	17	60	41	140	370	96
République de Corée	<0,1	10	7	13	3	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	280	-
République de Moldova	0,4	12	10	16	5	-	0,1	0,1	0,1	39 y	42 y	76	60	-	79	-
République démocratique du Congo	-	-	430	560	-	-	-	-	-	-	15	-	6	-	-	74
République démocratique populaire lao	0,2	9	6	13	4	-	0,2	0,1	0,2	-	-	-	-	-	220	-
République dominicaine	0,9	57	49	66	32	-	0,5	0,3	0,7	34	41	70	44	-	190	77
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
République tchèque	<0,1	2	2	2	<1,0	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	92	-
République-Unie de Tanzanie	5,6	1400	1300	1500	730	160	2,8	1,7	3,9	43	48	49	46	1300	3000	90
Roumanie	0,1	16	12	20	5	-	<0,1	0,1	<0,1	-	-	-	-	-	290	-
Royaume-Uni	0,2	85	66	110	26	-	0,1	0,2	0,1	-	-	-	-	-	490	-
Rwanda	2,9	170	140	190	88	22	1,6	1,3	1,9	54	51	40	26	130	690	82
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43	43	64	54	-	-	-
Sénégal	0,9	59	50	69	32	-	0,5	0,3	0,7	24	19	52	36	19	520	83
Serbie	0,1	5	4	7	1	-	0,1	0,1	0,1	-	42	-	74	-	94	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1,6	49	40	63	28	3	1,0	0,6	1,5	28	17	22	10	15	320	62
Singapour	0,1	3	3	4	1	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	17	-
Slovaquie	<0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	54	-
Slovénie	<0,1	<1,0	<0,5	<1,0	<0,2	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	12	-
Somalie	0,7	34	25	48	15	-	0,5	0,4	0,6	-	4	-	-	-	630	78
Soudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan du Sud*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	<0,1	3	2	4	<1,0	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	340	-
Suède	0,1	8	6	11	3	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	-	-	-	-	63	-
Suisse	0,4	18	13	24	6	-	0,2	0,2	0,1	-	-	-	-	-	<0,1	-
Suriname	1,0	4	3	5	1	-	0,5	0,6	0,4	-	41	-	49	-	12	-
Swaziland	25,9	180	170	200	100	14	11,0	6,5	15,6	54	58	91	73	69	100	99
Tadjikistan	0,2	9	6	13	3	-	<0,1	<0,1	<0,1	13	14	-	-	-	220	-
Tchad	3,4	210	170	300	110	23	1,7	1,0	2,5	-	10	-	28	120	670	117
Territoire palestinien occupé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	1,3	530	420	660	210	-	-	-	-	-	46	-	-	-	1400	93

Pays et territoires	Prévalence estimative du VIH chez l'adulte (15-49 ans) (%) 2009	Nombre estimatif de personnes (de tous âges) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)			Transmission de la mère à l'enfant Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)	Infections pédiatriques Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2009 (milliers)	Prévention chez les jeunes (15-24 ans)						Orphelins			
		estimation basse	estimation haute	Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2009			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%), 2005-2010*		Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (%), 2005-2010*		Enfants (0-17 ans) rendus orphelins par le SIDA, 2009 estimation (milliers)	Enfants (0-17 ans) orphelins, toutes causes confondues, 2009 estimation (milliers)	Taux de fréquentation scolaire des orphelins 2005-2010*			
							total	hommes	femmes	hommes				femmes	hommes	femmes
Timor-Leste	—	—	—	—	—	—	—	—	20	12	—	—	—	—	75	
Togo	3,2	120	99	150	67	11	1,5	0,9	2,2	—	15	—	50	66	240	94
Tonga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinité-et-Tobago	1,5	15	11	19	5	—	0,9	1,0	0,7	—	54	—	51	—	25	—
Tunisie	<0,1	2	2	3	<1,0	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	130	—
Turkménistan	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Turquie	<0,1	5	3	6	1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	1 200	—
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	61	39	44 y	—	—	—	—
Ukraine	1,1	350	300	410	170	—	0,2	0,2	0,3	43	45	71	68	—	810	98
Uruguay	0,5	10	8	12	3	—	0,2	0,3	0,2	—	—	—	—	—	49	—
Vanuatu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—
Venezuela (République bolivarienne du)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Viet Nam	0,4	280	220	350	81	—	0,1	0,1	0,1	—	44	68	—	—	1 400	—
Yémen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2 y	—	—	—	—	—
Zambie	13,5	980	890	1 100	490	120	6,6	4,2	8,9	41	38	39	33	690	1 300	92
Zimbabwe	14,3	1 200	1 100	1 300	620	150	5,1	3,3	6,9	—	53	68	42	1 000	1 400	95

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud*	1,1	260	210	330	140	—	0,9	0,5	1,3	—	—	—	—	—	2 000	—
--------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	---	---	---	---	---	-------	---

DONNÉES CONSOLIDÉES*

Afrique	3,9	23 300	21 900	24 600	11 800	3 100	1,9	1,1	2,7	33	24	51	33	15 000	57 600	92
Afrique subsaharienne	4,8	23 200	21 900	24 500	11 800	3 100	2,2	1,3	3,2	35	26	51	33	15 000	55 100	92
Afrique de l'Est et australe	7,1	16 400	15 600	17 300	8 400	2 200	3,2	1,9	4,5	39	34	54	37	10 100	26 600	89
Afrique de l'Ouest et centrale	2,8	6 500	6 100	7 100	3 300	900	1,4	0,8	2,1	30	20	47	31	4 700	26 400	94
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,2	400	300	490	160	30	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	200	5 700	—
Asie	0,2	4 800	4 300	5 300	1 600	180	0,1	0,1	0,1	32 **	19 **	40 **	22 **	1 100	73 200	74 **
Asie du Sud	0,2	2 500	2 200	2 900	900	110	0,1	0,1	0,1	34	17	38	22	580	43 000	73
Asie de l'Est et Pacifique	0,2	2 300	1 900	2 600	720	69	0,1	0,1	0,1	—	24 **	—	—	540	30 600	—
Amérique latine et Caraïbes	0,4	1 600	1 400	1 900	590	57	0,2	0,2	0,2	—	—	—	—	730	9 800	—
ECO/CEI	0,7	1 500	1 300	1 700	500	18	0,4	0,4	0,4	—	—	—	—	86	6 600	—
Pays industrialisés	0,4	2 200	1 900	2 700	560	2	0,1	0,2	0,1	—	—	—	—	110	4 400	—
Pays en développement	0,9	30 000	28 200	31 500	14 100	3 400	0,5	0,3	0,6	32 **	20 **	—	27 **	16 900	145 000	81 **
Pays les moins avancés	2,0	10 100	9 300	10 700	4 900	1 600	1,0	0,6	1,4	30	22	—	30	7 400	41 700	85
Total mondial	0,8	34 000	31 600	35 200	15 100	3 400	0,4	0,3	0,6	—	21 **	—	—	17 100	153 000	—

* Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Prévalence estimative du VIH chez l'adulte – Pourcentage d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) qui vivaient avec le VIH en 2009.

Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH – Nombre estimatif de personnes (de tous âges) qui vivaient avec le VIH fin 2009.

Nombre estimatif de femmes vivant avec le VIH – Nombre estimatif de femmes de plus de 15 ans qui vivaient avec le VIH fin 2009.

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH – Nombre estimatif d'enfants âgés de 0 à 14 ans qui vivaient avec le VIH fin 2009.

Prévalence du VIH chez les jeunes – Pourcentage d'hommes et de femmes jeunes (âgés de 15 à 24 ans) qui vivaient avec le VIH en 2009.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Pourcentage d'hommes et de femmes jeunes (âgés de 15 à 24 ans) capables d'identifier correctement les deux principales façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH (en utilisant des préservatifs et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) et de réfuter les deux idées fausses les plus répandues sur la transmission du VIH, et qui savent également qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive au VIH.

Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque – Pourcentage de jeunes femmes et hommes (âgés de 15 à 24 ans) qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel hors mariage et hors concubinage, parmi ceux qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec ce type de partenaire au cours des 12 derniers mois.

Enfants rendus orphelins par le SIDA – Estimation, pour 2009, du nombre d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) dont un parent, ou les deux, sont morts du SIDA.

Enfants orphelins, toutes causes confondues – Estimation, pour 2009, du nombre d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) dont un parent, ou les deux, sont morts, toutes causes confondues.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins – Pourcentage d'enfants (âgés de 10 à 14 ans) qui ont perdu leurs deux parents biologiques et qui fréquentent actuellement l'école, en pourcentage des enfants non orphelins du même âge qui vivent avec au moins un de leurs parents et qui fréquentent l'école.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Prévalence estimative du VIH chez les adultes – Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2010*.

Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2010*.

Nombre estimatif de femmes vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2010*.

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2010*.

Prévalence du VIH chez les jeunes – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2010*.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS), Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales sur les ménages; Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque – EIS, EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; et Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Enfants rendus orphelins par le SIDA – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2010*.

Enfants orphelins, toutes causes confondues – Estimations de l'ONUSIDA, 2010.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins – EIS, EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; Base de données sur les indicateurs du SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTES

- Données non disponibles.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.
- p La proportion d'orphelins (âgés de 10 à 14 ans) qui fréquentent l'école se fonde sur de petits dénominateurs (généralement 25-49 cas non pondérés).
- * Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exception de la Chine.

TABLEAU 5 : ÉDUCATION

Pays et territoires	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) (%)		Nombre pour 100 personnes		Participation au pré-primaire		Participation à l'enseignement primaire						Participation à l'enseignement secondaire					
							Taux brut de scolarisation (%)		Taux net de scolarisation (%)		Taux net de fréquentation (%)		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%)		Taux net de scolarisation (%)		Taux net de fréquentation (%)	
	2010		2010		2007-2010*		2007-2010*		2007-2010*		2006-2009* 2005-2010*		2007-2010*		2005-2010*			
	hommes	femmes	téléphones portables	utilisation d'Internet	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	données admin.	données de l'enquête	hommes	femmes	hommes	femmes
Afghanistan	-	-	41	4	-	-	123	83	-	-	66 x	40 x	-	90 x	38	15	18 x	6 x
Afrique du Sud	97	98	100	12	64	65	103	99	89	90	-	-	-	-	-	-	-	-
Albanie	99	99	142	45	59	57	121	117	86	84	90	91	-	100	-	-	84	82
Algérie	94	89	92	13	23	23	111	104	96	94	97	96	93	93	-	-	57	65
Allemagne	-	-	127	82	111	110	104	103	-	-	-	-	98	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	77	81	100	97	89	90	83	84	-	-	-	-	68	72	-	-
Angola	81	66	47	10	45	35	141	114	-	-	77	75	-	83 x	-	-	21	17
Antigua-et-Barbuda	-	-	185	80	62	67	103	97	92	88	-	-	-	-	89	87	-	-
Arabie saoudite	99	97	188	41	-	-	101	97	88	85	-	-	93	-	70	76	-	-
Argentine	99	99	142	36	71	73	117	116	-	-	-	-	96	-	76	85	-	-
Arménie	100	100	125	37	31	36	97	100	92	94	99	98	-	100	86	89	93	95
Australie	-	-	101	76	84	82	107	106	97	98	-	-	-	-	87	88	-	-
Autriche	-	-	146	73	98	99	99	98	-	-	-	-	98	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	100	100	99	36	23	24	96	95	86	85	74	72	98	100	91	94	83	82
Bahamas	-	-	125	43	-	-	103	103	91	93	-	-	91	-	83	87	-	-
Bahreïn	100	100	124	55	59	59	108	105	99	98	86 x	87 x	98	99 x	87	91	77 x	85 x
Bangladesh	74	77	46	4	10	10	93	97	86	93	-	-	67	80	40	43	-	-
Barbade	-	-	128	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	100	100	108	32	98	97	98	100	94	96	93	94	99	100	-	-	95	97
Belgique	-	-	113	79	123	122	104	103	99	99	-	-	93	-	-	-	-	-
Belize	-	-	62	14	41	43	124	120	99	100	95	95	95	98	62	68	58	60
Bénin	65	43	80	3	14	14	129	114	-	-	65	58	-	89	-	-	34	23
Bhoutan	80	68	54	14	1	1	108	110	87	90	91	93	90	94	46	49	54	56
Bolivie (État plurinational de)	99	99	72	20	47	47	108	107	95	95	97	97	84	96	69	69	78	75
Bosnie-Herzégovine	100	100	80	52	15	15	108	110	86	88	97	98	-	100	-	-	89	89
Botswana	94	97	118	6	16	17	111	108	86	88	86	88	-	-	56	64	36 x	44 x
Brésil	97	99	104	41	65	65	132	123	96	94	95	95	-	88	78	85	74	80
Brunéï Darussalam	100	100	109	50	90	93	106	107	96	98	-	-	96	-	88	91	-	-
Bulgarie	98	97	141	46	81	80	102	101	98	99	-	-	94	-	84	81	-	-
Burkina Faso	47	33	35	1	3	3	83	74	68	60	49	44	64	89	18	13	17	15
Burundi	77	76	14	2	9	10	149	144	98	100	72	70	60	82	10	8	8	6
Cambodge	89	86	58	1	13	13	120	113	90	87	84	86	54	92	36	32	29	26
Cameroun	89	77	42	4	26	27	122	106	97	86	82	77	69	87	-	-	39	37
Canada	-	-	71	82	71	71	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cap-Vert	97	99	75	30	60	62	102	94	84	82	-	-	86	-	-	-	-	-
Chili	99	99	116	45	54	56	109	104	96	95	-	-	-	-	83	86	-	-
Chine	99	99	64	34	47	47	111	115	99 z	99 z	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	100	100	94	53	81	80	106	105	99	99	-	-	95	-	95	96	-	-
Colombie	97	98	94	37	52	51	120	120	93	93	90	92	-	95	71	77	73	79
Comores	86	85	22	5	27	26	125	114	91	84	31 x	31 x	-	19 x	-	-	10 x	11 x
Congo	87	78	94	5	12	13	123	116	-	-	86	87	70	93	-	-	39	40
Costa Rica	98	99	65	37	70	70	110	109	-	-	96	96	94	-	-	-	59 y	65 y
Côte d'Ivoire	72	61	76	3	4	4	81	66	62	52	59	51	61	90	-	-	32	22
Croatie	100	100	144	60	58	56	95	95	95	95	-	-	99	-	91	94	-	-
Cuba	100	100	9	15	105	105	104	103	-	-	-	-	95	-	82	83	-	-
Danemark	-	-	124	89	97	97	98	99	94	97	-	-	99	-	89	92	-	-
Djibouti	-	-	19	7	3	3	58	51	47	42	67	66	64	92	28	20	45	37
Dominique	-	-	145	47	109	111	113	111	-	-	-	-	89	-	88	91	-	-
Égypte	88	82	87	27	23	22	103	99	97	94	90	87	-	99	66	64	70	70
El Salvador	95	95	124	15	59	61	117	113	95	96	-	-	76	-	54	56	-	-
Émirats arabes unis	94	97	145	78	95	94	106	105	98	97	-	-	97	-	82	84	-	-
Équateur	97	97	102	24	98	102	117	118	96	99	92 y	93 y	-	-	59	60	71 y	73 y
Érythrée	92	86	4	5	13	13	53	44	39	34	69 x	64 x	73	-	32	23	23 x	21 x
Espagne	100	100	112	67	129	131	108	107	100	100	-	-	99	-	94	97	-	-
Estonie	100	100	123	74	95	95	101	99	96	97	-	-	98	-	88	91	-	-
États-Unis	-	-	90	79	57	57	98	99	91	93	-	-	-	-	87	89	-	-
Éthiopie	56	33	8	1	4	4	107	98	86	81	45	45	38	84	-	-	30	23
ex-République yougoslave de Macédoine	99	99	105	52	24	26	89	89	93	94	97	93	97	100	-	-	79	78
Fédération de Russie	100	100	166	43	91	89	97	97	94	95	-	-	95	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	116	15	-	-	95	94	92	92	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlande	-	-	156	87	67	67	98	97	96	96	-	-	100	-	95	96	-	-

Pays et territoires	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) (%)		Nombre pour 100 personnes 2010		Participation au pré-primaire		Participation à l'enseignement primaire								Participation à l'enseignement secondaire			
					Taux brut de scolarisation (%)		Taux brut de scolarisation (%)		Taux net de scolarisation (%)		Taux net de scolarisation (%)		Taux net de fréquentation (%)		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%)		Taux net de scolarisation (%)	
	2005-2010*		téléphones portables	utilisation d'Internet	2007-2010*		2007-2010*		2007-2010*		2005-2010*		2006-2009* 2005-2010*		2007-2010*		2005-2010*	
	hommes	femmes			hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	données admin.	données de l'enquête	hommes	femmes	hommes	femmes
France	—	—	100	80	109	108	109	108	99	99	—	—	—	—	98	100	—	—
Gabon	99	97	107	7	—	—	—	—	—	94 x	94 x	—	—	—	—	—	34 x	36 x
Gambie	71	60	86	9	31	32	88	91	74	78	40	45	61	93	—	—	39	34
Géorgie	100	100	73	27	56	70	108	108	—	—	94	95	95	98	—	—	89	88
Ghana	81	79	71	9	69	72	106	105	76	77	74	75	73	81	48	44	42	42
Grèce	99	99	108	44	68	69	101	101	99	100	—	—	—	—	91	91	—	—
Grenade	—	—	117	33	97	102	110	104	98	99	—	—	—	—	93	85	—	—
Guatemala	89	84	126	11	29	30	117	110	98	95	—	—	65	—	41	39	—	—
Guinée	68	54	40	1	12	12	97	83	79	69	55	48	63	96	35	22	27	17
Guinée-Bissau	78	64	39	2	—	—	—	—	—	—	89	86	—	79	—	—	27	20
Guinée équatoriale	98	98	57	6	46	61	84	80	58	56	61 x	60 x	63	—	—	—	23 x	22 x
Guyana	—	—	74	30	86	88	104	102	99	98	91	93	83	100	—	—	70	79
Haïti	74	70	40	8	—	—	—	—	—	—	48	52	—	85	—	—	18	21
Honduras	93	95	125	11	40	41	116	116	96	98	87	90	76	—	—	—	35	43
Hongrie	99	99	120	65	87	86	100	99	96	96	—	—	98	—	92	91	—	—
Îles Cook	—	—	38	36	—	—	109	116	98	99	—	—	—	—	76	82	—	—
Îles Marshall	—	—	7	0	42	38	91	90	81	80	—	—	83	—	51	54	—	—
Îles Salomon	—	—	6	5	—	—	109	106	81	80	63 y	69 y	—	—	32	29	29 y	30 y
Inde	88	74	61	8	53	54	—	—	97	94	85	81	—	95	—	—	59	49
Indonésie	100	99	92	9	49	51	123	119	—	—	98	98	80	—	69	68	57 y	59 y
Iran (République islamique d')	99	99	91	13	38	42	103	102	—	—	—	—	94	—	—	—	—	—
Iraq	85	80	76	6	6	6	111	94	93	82	91	80	—	93	48	38	46	34
Irlande	—	—	105	70	—	—	104	105	96	97	—	—	—	—	88	91	—	—
Islande	—	—	109	95	98	99	98	98	98	98	—	—	99	—	88	89	—	—
Israël	—	—	133	67	101	107	110	112	96	97	—	—	99	—	85	87	—	—
Italie	100	100	135	54	100	99	104	103	100	99	—	—	100	—	94	95	—	—
Jamaïque	92	98	113	26	85	88	95	92	82	79	97	98	—	99	75	79	89	93
Japon	—	—	95	80	—	—	102	102	—	—	—	—	100	—	98	99	—	—
Jordanie	99	99	107	38	38	35	97	97	93	95	99	99	—	—	80	83	85	89
Kazakhstan	100	100	123	34	40	39	109	109	99	100	99	98	99	100	87	87	95	95
Kenya	92	94	62	21	52	51	114	111	83	84	72	75	—	96	51	48	40	42
Kirghizistan	100	100	92	20	18	18	95	95	91	91	91	93	96	99	79	80	88	91
Kiribati	—	—	10	9	—	—	114	119	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Koweït	99	99	161	38	77	76	96	94	94	93	—	—	95	—	—	—	—	—
Lesotho	86	98	32	4	—	—	105	104	71	76	87	91	—	84 x	22	36	26	40
Lettonie	100	100	102	68	89	87	100	97	93	94	—	—	96	—	82	85	—	—
Liban	98	99	68	31	77	76	104	102	92	90	97 x	97 x	92	93 x	71	79	61 x	68 x
Libéria	70	81	39	0	107	113	96	86	—	—	32	28	46	—	—	—	14	14
Libye	100	100	172	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	99	80	97	101	108	110	87	92	—	—	82	—	87	80	—	—
Lituanie	100	100	147	62	77	75	98	96	97	97	—	—	98	—	91	93	—	—
Luxembourg	—	—	143	91	89	87	100	101	97	98	—	—	—	—	82	85	—	—
Madagascar	66	64	40	2	10	10	162	158	99	100	78	80	49	89	23	24	27	28
Malaisie	98	99	121	55	69	73	95	94	94	94	—	—	96	—	66	71	—	—
Malawi	87	86	20	2	—	—	118	121	89	94	76	79	42	81	26	24	19	20
Maldives	99	99	156	28	104	105	114	108	97	95	82	84	—	99	—	—	52	63
Mali	47	31	48	3	4	4	103	86	84	70	62	55	77	96	37	23	38	24
Malte	97	99	109	63	104	107	98	99	90	92	—	—	91	—	79	82	—	—
Maroc	87	72	100	49	70	53	112	103	92	88	91	88	78	—	—	—	39 x	36 x
Maurice	96	98	92	25	97	99	100	100	93	95	—	—	96	—	—	—	—	—
Mauritanie	71	64	79	3	—	—	101	108	74	79	56	59	41	77	17	15	21	17
Mexique	99	98	81	31	111	113	117	116	99	100	97	97	94	—	72	74	—	—
Micronésie (États fédérés de)	—	—	25	20	—	—	110	111	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Monaco	—	—	74	80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolie	95	97	91	10	57	61	110	110	—	—	94	96	94	97	79	85	83	88
Monténégro	—	—	185	52	30	29	113	111	—	—	97	98	—	97	—	—	84	85
Mozambique	78	64	31	4	—	—	121	108	93	88	82	80	36	60	16	14	21	20
Myanmar	96	95	1	0	7	7	117	115	—	—	90	91	70	100 x	49	50	58	59
Namibie	91	95	67	7	—	—	113	111	88	92	91	93	83	89	49	60	47	62
Nauru	—	—	60	6	96	93	90	96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Népal	87	77	31	7	—	—	—	—	—	—	86	82	62	95	—	—	46	38
Nicaragua	85	89	65	10	55	56	118	116	93	94	77 x	84 x	48	56 x	—	—	35 x	47 x

◀ TABLEAU 5 : ÉDUCATION

Pays et territoires	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) (%)		Nombre pour 100 personnes 2010		Participation au pré-primaire		Participation à l'enseignement primaire						Participation à l'enseignement secondaire					
					Taux brut de scolarisation (%)		Taux brut de scolarisation (%)		Taux net de scolarisation (%)		Taux net de fréquentation (%)		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%)		Taux net de scolarisation (%)		Taux net de fréquentation (%)	
	2005-2010*		téléphones portables	utilisation d'Internet	2007-2010*		2007-2010*		2007-2010*		2005-2010*		données admin.	données de l'enquête	2007-2010*		2005-2010*	
	hommes	filles			hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles
Niger	52	23	25	1	3	3	69	55	60	48	44	31	67	88	13	8	13	9
Nigéria	78	65	55	28	17	12	95	84	66	60	65	60	-	98	29	22	45	43
Nioué	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	113	93	97	98	99	99	99	99	-	-	99	-	95	95	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	115	83	92	95	101	102	99	100	-	-	-	-	95	97	-	-
Oman	98	98	166	63	37	38	85	83	82	81	-	-	-	-	83	81	-	-
Ouganda	90	85	38	13	12	13	121	122	91	94	83	82	52	72	22	21	17	17
Ouzbékistan	100	100	76	20	26	26	93	91	91	89	100	100	98	100	93	91	91	90
Pakistan	79	61	59	17	-	-	92	77	72	60	70	62	60	-	36	29	35	29
Palaos	-	-	71	0	-	-	100	103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	97	96	185	43	65	66	111	107	98	97	-	-	87	-	63	69	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	65	70	28	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	99	99	92	24	35	35	101	98	86	86	87	89	78	-	58	62	81 x	80 x
Pays-Bas	-	-	116	91	98	98	108	106	99	99	-	-	-	-	87	88	-	-
Pérou	98	97	100	34	72	72	109	109	97	98	96	96	83	95	-	-	74	73
Philippines	97	98	86	25	48	49	111	109	91	93	88 x	89 x	75	90 x	55	66	55 x	70 x
Pologne	100	100	120	62	65	66	97	97	96	96	-	-	98	-	92	94	-	-
Portugal	100	100	142	51	83	83	114	111	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	98	98	132	69	54	53	107	105	98	98	-	-	94	-	65	96	-	-
République arabe syrienne	96	93	57	21	9	9	125	120	-	-	87	86	93	100	70	69	63	63
République centrafricaine	72	57	23	2	4	5	104	74	77	57	56	47	47	62	13	8	12	9
République de Corée	-	-	105	84	117	117	105	103	100	99	-	-	99	-	98	94	-	-
République de Moldova	99	100	89	40	75	74	94	93	91	90	84	85	95	100	79	80	82	85
République démocratique du Congo	69	62	17	1	4	4	98	83	-	-	78	72	76	75	-	-	35	28
République démocratique populaire lao	89	79	65	7	15	15	117	106	84	81	81	77	67	65	39	33	39	32
République dominicaine	95	97	90	40	39	35	114	98	82	83	87	90	-	78	52	63	56	68
République populaire démocratique de Corée	100	100	2	0	-	-	-	-	-	-	99	99	-	-	-	-	98	98
République tchèque	-	-	137	69	110	107	104	103	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	78	76	47	11	33	34	105	105	96	97	79	82	74	91 x	-	-	26	24
Roumanie	97	98	115	40	75	76	100	99	96	96	-	-	95	-	80	82	-	-
Royaume-Uni	-	-	130	85	80	81	106	106	100	100	-	-	-	-	92	95	-	-
Rwanda	77	77	33	8	17	17	150	151	95	97	84	87	-	76	-	-	5	5
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	161	0	84	82	95	97	92	95	-	-	67	-	85	92	-	-
Saint-Marin	-	-	76	0	107	103	92	94	91	93	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	121	0	78	79	111	103	-	-	-	-	-	-	85	95	-	-
Sainte-Lucie	-	-	103	0	67	68	98	95	93	93	-	-	93	-	-	-	-	-
Samoa	99	100	91	7	43	48	101	99	-	-	88 y	89 y	-	-	-	-	51 y	70 y
Sao Tomé-et-Principe	95	96	62	19	49	53	131	132	-	-	86	85	75	84	30	35	30	31
Sénégal	74	56	67	16	11	12	82	85	74	76	58	59	58	93	-	-	20	16
Serbie	99	99	129	41	51	51	98	97	96	96	99	98	98	100	89	91	81	87
Seychelles	99	99	136	41	107	111	105	107	93	95	-	-	-	-	95	99	-	-
Sierra Leone	68	48	34	0	-	-	-	-	-	-	62	64	-	94	-	-	31	35
Singapour	100	100	144	70	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	108	79	94	92	102	102	-	-	-	-	98	-	-	-	-	-
Slovénie	100	100	105	70	86	84	99	98	98	98	-	-	100	-	91	92	-	-
Somalie	-	-	7	0	-	-	42	23	-	-	18	15	-	85	-	-	12	8
Soudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan du Sud*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	97	99	83	12	-	-	97	97	95	96	-	-	99	-	-	-	-	-
Suède	-	-	114	90	100	100	97	96	96	96	-	-	99	-	98	98	-	-
Suisse	-	-	124	84	104	103	104	103	99	100	-	-	-	-	86	82	-	-
Suriname	99	99	170	32	81	81	116	111	91	90	95	94	68	92	-	-	56	67
Swaziland	92	95	62	8	-	-	112	104	82	84	83	86	72	74	31	26	31	41
Tadjikistan	100	100	86	12	10	8	104	100	99	96	99 y	96 y	99	100	88	77	89	74
Tchad	54	39	23	2	1	1	105	74	-	-	56	48	-	94 x	-	-	20	12
Territoire palestinien occupé	99	99	-	-	34	33	79	79	78	77	91 x	92 x	98	-	82	87	-	-
Thaïlande	98	98	101	21	92	93	92	90	91	89	98	98	-	99	68	77	77	84
Timor-Leste	-	-	53	0	-	-	116	109	84	82	71	73	-	91	-	-	43	48

Pays et territoires	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans) (%)		Nombre pour 100 personnes 2010		Participation au pré-primaire		Participation à l'enseignement primaire						Participation à l'enseignement secondaire					
					Taux brut de scolarisation (%)		Taux brut de scolarisation (%)		Taux net de scolarisation (%)		Taux net de fréquentation (%)		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%)		Taux net de scolarisation (%)		Taux net de fréquentation (%)	
	2005-2010*		téléphones portables	utilisation d'Internet	2007-2010*		2007-2010*		2005-2010*		2006-2009* 2005-2010*		2007-2010*		2005-2010*			
	hommes	filles			hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles	hommes	filles	données admin.	données de l'enquête	hommes	filles	hommes	filles
Togo	85	68	41	5	7	8	119	111	-	-	91	87	69	89	-	-	52	41
Tonga	99	100	52	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	100	100	141	49	81	81	106	102	97	94	98	98	93	98	-	-	84	90
Tunisie	98	96	106	37	-	-	109	107	-	-	95 x	93 x	95	-	-	-	-	-
Turkménistan	100	100	63	2	-	-	-	-	-	-	99	99	-	100	-	-	84	84
Turquie	99	97	85	40	18	17	101	98	96	94	94 y	92 y	94	95 x	77	70	65 y	57 y
Tuvalu	-	-	25	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	100	100	119	23	102	99	97	98	89	89	70	76	98	100	85	85	85	85
Uruguay	98	100	132	43	86	87	115	112	99	99	-	-	94	-	66	73	-	-
Vanuatu	94	94	119	8	58	56	111	105	-	-	80	82	71	88	-	-	38	36
Venezuela (République bolivarienne du)	98	99	96	36	80	74	105	102	94	94	91 x	93 x	92	82 x	67	75	30 x	43 x
Viet Nam	97	96	175	28	-	-	-	-	-	-	95	95	-	98	-	-	78	80
Yémen	96	72	46	11	-	-	94	76	80	66	75	64	-	73	-	-	48	27
Zambie	82	67	38	7	-	-	113	112	91	94	81	82	53	87	-	-	38	36
Zimbabwe	98	99	60	12	-	-	-	-	-	-	90 y	92 y	-	82	-	-	45	45

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^δ	89	83	41	0	28	29	78	70	-	-	56 y	52 y	86	90	-	-	17 y	22 y
--------------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	----	---	---	------	------	----	----	---	---	------	------

DONNÉES CONSOLIDÉES*

Afrique	79	70	53	13	19	18	104	96	80	77	70	67	63	87	36	30	35	33
Afrique subsaharienne	77	67	45	10	18	17	104	95	78	74	67	65	61	86	30	24	31	28
Afrique de l'Est et australe	79	72	42	8	22	21	114	108	87	87	70	70	51	82	32	28	26	24
Afrique de l'Ouest et centrale	73	61	48	13	15	13	97	85	70	63	66	61	69	90	29	20	36	32
Moyen-Orient et Afrique du Nord	93	87	90	22	23	22	101	94	90	85	83	78	90	92	65	58	54	51
Asie	92	86	67	20	48	48	112	109	-	-	86 **	83 **	-	93 **	63	48	57 **	50 **
Asie du Sud	85	72	59	8	47	47	-	-	-	-	83	79	-	93	-	-	55	46
Asie de l'Est et Pacifique	99	99	74	30	50	50	110	112	-	-	96 **	96 **	79 **	-	66	68	64 **	66 **
Amérique latine et Caraïbes	97	97	98	34	69	69	119	115	95	95	93	93	88	-	71	76	70	75
ECO/CEI	99	99	124	36	55	54	99	98	94	93	92	92	96	-	82	81	82	78
Pays industrialisés	100	100	106	76	81	80	102	102	96	97	-	-	-	-	90	92	-	-
Pays en développement	91	85	70	21	41	41	110	106	90	88	81 **	79 **	73 **	91 **	61	49	53 **	48 **
Pays les moins avancés	75	66	34	4	13	13	106	98	81	78	68	66	61	82	31	25	29	25
Total mondial	92	87	78	29	46	46	109	105	91	89	81 **	79 **	76 **	91 **	65	55	53 **	49 **

Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux d'alphabétisation des jeunes – Nombre de personnes alphabétisées, âgées de 15 à 24 ans, exprimé en pourcentage de la population totale dans ce groupe d'âge.

Taux brut de scolarisation dans le pré-primaire – Nombre d'enfants inscrits dans l'enseignement pré-primaire indépendamment de leur âge, en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel d'aller à l'école pré-primaire.

Taux brut de scolarisation dans l'enseignement primaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel d'aller à l'école primaire.

Taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire ou secondaire ayant l'âge officiel de fréquenter l'école primaire, en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel d'aller à l'école primaire. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école primaire inscrits à l'école secondaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire.

Taux net de fréquentation dans l'enseignement primaire – Nombre d'enfants fréquentant l'école primaire ou secondaire ayant l'âge officiel de fréquenter l'école primaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel d'aller à l'école primaire. Ces données proviennent d'enquêtes nationales sur les ménages. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école primaire inscrits à l'école secondaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de fréquentation de l'école primaire.

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Pourcentage d'enfants qui entrent en première année d'école primaire et qui atteignent la dernière année du cycle primaire.

Téléphones portables – Nombre d'abonnements actifs à un service de téléphonie mobile, y compris le nombre de cartes SIM prépayées actives au cours des trois mois précédents.

Utilisation d'Internet – Le nombre estimatif d'utilisateurs d'Internet par rapport à la population totale. Cet indicateur englobe les utilisateurs d'Internet quel que soit le moyen utilisé pour se connecter (y compris les téléphones portables) au cours des 12 mois précédents.

Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école secondaire ayant l'âge officiel de fréquenter l'école secondaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires. Le taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire n'inclut pas les enfants en âge de fréquenter l'école secondaire qui sont inscrits dans l'enseignement tertiaire en raison des difficultés liées à l'obtention d'informations et à l'enregistrement des âges à ce niveau.

Taux net de fréquentation dans l'enseignement secondaire – Nombre d'enfants fréquentant l'enseignement secondaire ou tertiaire ayant l'âge officiel de fréquenter l'école secondaire, exprimé en pourcentage du nombre

total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école secondaire inscrits dans l'enseignement tertiaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de fréquentation de l'école secondaire.

Toutes les données se rapportent à la Classification internationale type de l'éducation (CITE) pour les enseignements primaire et secondaire et peuvent donc ne pas correspondre directement avec le système scolaire d'un pays spécifique.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Alphabétisation des jeunes – Institut de la statistique de l'UNESCO (ISU).

Utilisation du téléphone portable et d'Internet – Union internationale des télécommunications (Genève).

Inscription dans les enseignements pré-primaire, primaire et secondaire – ISU. Estimations extraites de données administratives provenant de Systèmes d'information sur la gestion des établissements d'enseignement avec estimations de l'ONU sur la population.

Fréquentation scolaire dans les enseignements primaire et le secondaire – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Données administratives : ISU, données d'enquêtes : EDS et MICS. Moyennes régionales et mondiales calculées par l'UNICEF.

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

z Données fournies par le Ministère chinois de l'éducation. Les données de l'ISU ne couvrent pas actuellement les taux nets de scolarisation de la Chine.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exception de la Chine.

TABLEAU 6 : INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et territoires	Population (milliers) 2010		Taux annuel d'accroissement démographique (%)			Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie à la naissance			Taux global de fécondité	% de la population urbanisée	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)		
	<18	<5	1970-1990	1990-2010	2010-2030 ^a	1970	1990	2010	1970	1990	2010	1970	1990	2010	2010	2010	1970-1990	1990-2010	2010-2030 ^a
Afghanistan	16781	5546	0,4	4,4	2,6	29	22	16	52	52	44	35	42	48	6,3	23	2,9	5,5	4,4
Afrique du Sud	18086	5041	2,5	1,5	0,4	14	8	15	38	29	21	53	62	52	2,5	62	2,9	2,4	1,2
Albanie	895	208	2,2	-0,1	0,1	8	6	6	33	25	13	67	72	77	1,5	52	2,8	1,6	1,4
Algérie	11689	3447	3,1	1,7	1,0	16	6	5	49	32	20	53	67	73	2,3	66	4,4	2,9	1,7
Allemagne	13522	3467	0,1	0,2	-0,2	12	11	11	14	11	8	71	75	80	1,4	74	0,1	0,2	0,1
Andorre	15	4	3,9	2,4	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	4,7	2,1	1,2
Angola	10167	3378	2,8	3,1	2,4	27	23	14	52	53	42	37	41	51	5,4	59	7,3	5,3	3,4
Antigua-et-Barbuda	28	8	-0,3	1,8	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-0,3	1,0	2,0
Arabie saoudite	9825	3145	5,1	2,7	1,7	15	5	4	47	36	22	52	69	74	2,8	82	7,4	3,0	1,9
Argentine	12106	3386	1,5	1,1	0,7	9	8	8	23	22	17	66	72	76	2,2	92	2,0	1,4	0,9
Arménie	774	226	1,7	-0,7	0,0	5	8	9	23	21	15	70	68	74	1,7	64	2,3	-0,9	0,4
Australie	5114	1458	1,5	1,3	1,1	9	7	7	20	15	14	71	77	82	1,9	89	1,5	1,5	1,3
Autriche	1534	386	0,1	0,5	0,1	13	11	9	15	11	9	70	75	81	1,4	68	0,2	0,6	0,6
Azerbaïdjan	2432	795	1,7	1,2	0,8	7	7	7	29	27	20	65	65	71	2,2	52	2,0	1,0	1,4
Bahamas	96	26	2,1	1,5	1,0	6	6	5	26	24	15	66	69	75	1,9	84	3,0	1,7	1,2
Bahreïn	291	93	4,2	4,7	1,4	7	3	3	38	29	20	64	72	75	2,5	89	4,5	4,7	1,5
Bangladesh	55938	14707	2,3	1,7	1,0	23	10	6	47	36	20	42	59	69	2,2	28	7,1	3,5	2,9
Barbade	60	15	0,4	0,3	0,1	9	8	9	22	16	11	69	75	77	1,6	44	-0,3	1,8	1,4
Bélarus	1779	515	0,6	-0,3	-0,4	7	11	14	16	14	11	71	71	70	1,4	75	2,7	0,3	0,1
Belgique	2176	616	0,2	0,4	0,2	12	11	10	15	12	11	71	76	80	1,8	97	0,3	0,4	0,3
Belize	131	37	2,2	2,5	1,7	8	5	4	42	37	25	66	72	76	2,8	52	1,9	2,9	2,6
Bénin	4453	1506	2,6	3,1	2,5	26	17	12	48	47	40	40	49	56	5,3	42	6,2	4,1	3,7
Bhoutan	260	71	3,1	1,3	1,1	23	14	7	47	38	20	41	53	67	2,4	35	8,0	5,1	2,9
Bolivie (État plurinational de)	4240	1235	2,3	2,0	1,5	20	11	7	46	36	26	46	59	66	3,3	67	4,0	2,9	2,1
Bosnie-Herzégovine	695	165	0,9	-0,7	-0,4	7	9	10	23	15	9	66	67	76	1,1	49	2,8	0,4	0,8
Botswana	785	225	3,5	1,9	0,8	13	7	13	46	35	24	55	64	53	2,8	61	11,8	3,7	1,6
Brésil	59490	15156	2,2	1,3	0,6	10	7	6	35	24	15	59	66	73	1,8	87	3,6	2,1	0,9
Brunéï Darussalam	124	37	3,5	2,3	1,3	7	4	3	36	29	19	67	73	78	2,0	76	3,8	3,0	1,8
Bulgarie	1255	373	0,2	-0,8	-0,7	9	12	15	16	12	10	71	71	73	1,5	71	1,4	-0,4	-0,3
Burkina Faso	8576	2955	2,4	2,8	2,8	23	17	12	48	47	43	41	49	55	5,9	26	6,8	5,9	5,4
Burundi	3761	1185	2,3	2,0	1,6	20	19	14	44	46	34	44	46	50	4,3	11	7,2	4,8	4,5
Cambodge	5560	1492	1,6	2,0	1,0	20	12	8	42	44	22	44	56	63	2,6	20	0,4	4,3	2,9
Cameroun	9261	3055	2,9	2,4	1,9	19	14	14	45	42	36	46	53	51	4,5	58	6,4	4,2	2,9
Canada	6920	1885	1,2	1,0	0,8	7	7	8	17	14	11	73	77	81	1,7	81	1,3	1,3	1,0
Cap-Vert	193	51	1,2	1,8	0,9	15	9	5	41	39	21	53	65	74	2,4	61	5,3	3,4	1,7
Chili	4669	1219	1,6	1,3	0,7	10	6	6	29	23	14	62	74	79	1,9	89	2,1	1,6	0,8
Chine	322163	81596	1,7	0,8	0,2	9	7	7	36	21	12	63	69	73	1,6	47	3,8	3,7	1,6
Chypre	245	64	1,1	1,8	0,8	7	7	7	19	19	12	73	77	79	1,5	70	3,6	2,1	1,2
Colombie	15939	4498	2,2	1,7	1,0	9	6	5	38	27	20	61	68	73	2,4	75	3,3	2,1	1,4
Comores	356	122	3,0	2,6	2,3	18	11	9	47	37	38	48	56	61	4,9	28	4,9	2,6	3,6
Congo	1895	623	2,9	2,6	2,1	14	12	11	43	38	35	53	56	57	4,5	62	4,5	3,3	2,8
Costa Rica	1414	363	2,6	2,1	1,0	7	4	4	33	27	16	67	76	79	1,8	64	3,9	3,3	1,7
Côte d'Ivoire	9407	2969	4,2	2,3	2,1	21	13	12	52	41	34	44	53	55	4,4	51	5,9	3,5	3,3
Croatie	812	210	0,4	-0,1	-0,3	10	11	12	15	12	10	69	72	76	1,5	58	1,9	0,2	0,5
Cuba	2403	569	1,0	0,3	-0,1	7	7	7	29	17	10	70	74	79	1,5	75	2,0	0,4	0,0
Danemark	1214	326	0,2	0,4	0,3	10	12	10	15	12	12	73	75	79	1,9	87	0,5	0,5	0,5
Djibouti	379	113	6,2	2,3	1,8	20	14	10	49	42	29	43	51	58	3,8	76	7,2	2,3	2,0
Dominique	22	6	0,0	-0,2	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	2,1	-0,2	0,6
Égypte	30264	9008	2,3	1,8	1,4	16	9	5	41	32	23	50	62	73	2,7	43	2,4	1,8	2,2
El Salvador	2424	617	1,8	0,7	0,7	13	8	7	43	32	20	57	66	72	2,3	64	2,9	2,1	1,4
Émirats arabes unis	1515	421	10,3	7,1	1,7	7	3	1	37	26	13	62	72	76	1,7	84	10,4	7,4	1,9
Équateur	5222	1470	2,7	1,7	1,1	12	6	5	42	29	21	58	69	75	2,5	67	4,4	2,7	1,8
Érythrée	2518	861	2,7	2,5	2,3	21	16	8	47	41	36	43	48	61	4,5	22	3,8	4,1	4,7
Espagne	8189	2521	0,7	0,8	0,4	9	9	9	20	10	11	72	77	81	1,5	77	1,4	1,0	0,7
Estonie	248	78	0,7	-0,8	-0,2	11	13	12	15	14	12	71	69	75	1,7	69	1,1	-0,9	0,1
États-Unis	75201	21650	1,0	1,0	0,8	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2,1	82	1,1	1,5	1,0
Éthiopie	40380	11932	2,6	2,7	1,8	21	18	10	47	48	31	43	47	59	4,2	17	4,5	4,1	3,6
ex-République yougoslave de Macédoine	453	112	1,0	0,4	0,0	8	8	9	24	17	11	66	71	75	1,4	59	2,0	0,5	0,5
Fédération de Russie	25976	8117	0,6	-0,2	-0,2	9	12	14	14	14	12	69	68	69	1,5	73	1,4	-0,2	0,0
Fidji	299	90	1,7	0,8	0,5	8	6	7	34	29	22	60	66	69	2,7	52	2,6	1,9	1,4
Finlande	1087	299	0,4	0,4	0,2	10	10	10	14	13	11	70	75	80	1,9	85	1,5	0,7	0,5
France	13754	3974	0,6	0,5	0,4	11	9	9	17	13	13	72	77	81	2,0	85	0,8	1,2	0,8

Pays et territoires	Population (milliers) 2010		Taux annuel d'accroissement démographique (%)			Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie à la naissance			Taux global de fécondité	% de la population urbanisée	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)		
	<18	<5	1970-1990	1990-2010	2010-2030 ^a	1970	1990	2010	1970	1990	2010	1970	1990	2010	2010	2010	1970-1990	1990-2010	2010-2030 ^a
Gabon	639	185	2,8	2,4	1,8	20	11	9	34	38	27	47	61	62	3,3	86	6,7	3,5	2,0
Gambie	877	287	3,7	2,9	2,4	26	13	9	51	47	38	38	53	58	4,9	58	7,1	5,0	3,4
Géorgie	915	256	0,7	-1,1	-0,7	9	9	11	19	17	12	67	71	74	1,6	53	1,4	-1,3	-0,2
Ghana	10977	3533	2,7	2,5	2,0	17	11	8	47	39	32	49	57	64	4,2	51	3,8	4,2	3,2
Grèce	1983	586	0,7	0,6	0,1	8	9	10	17	10	10	72	77	80	1,5	61	1,3	0,8	0,7
Grenade	35	10	0,1	0,4	0,1	9	8	6	28	28	19	64	69	76	2,2	39	0,3	1,2	1,5
Guatemala	6954	2167	2,5	2,4	2,3	15	9	5	44	39	32	52	62	71	4,0	49	3,2	3,3	3,3
Guinée	4940	1658	1,6	2,7	2,3	30	21	13	49	46	39	34	44	54	5,2	35	4,4	3,9	3,9
Guinée-Bissau	726	240	2,6	2,0	2,0	26	22	17	46	46	38	37	43	48	5,1	30	5,7	2,3	3,3
Guinée équatoriale	319	107	1,3	3,1	2,3	25	20	15	39	47	37	40	47	51	5,2	40	2,5	3,8	3,4
Guyana	303	65	0,0	0,2	0,3	12	10	6	37	25	18	56	61	70	2,3	29	0,1	0,0	1,6
Haïti	4260	1237	2,1	1,7	1,1	18	13	9	39	37	27	47	55	62	3,3	52	3,9	4,7	2,7
Honduras	3320	966	3,0	2,2	1,7	15	7	5	47	38	27	52	66	73	3,1	52	4,7	3,4	2,7
Hongrie	1819	491	0,0	-0,2	-0,2	11	14	13	15	12	10	69	69	74	1,4	68	0,5	0,0	0,3
Îles Cook	8	2	-1,0	0,7	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	-0,5	1,9	1,1
Îles Marshall	20	5	4,2	0,7	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	5,2	2,0	1,8
Îles Salomon	248	80	3,3	2,8	2,2	13	11	6	45	40	32	54	57	67	4,2	19	5,4	4,3	4,5
Inde	447309	127979	2,3	1,7	1,1	16	11	8	38	31	22	49	58	65	2,6	30	3,6	2,5	2,5
Indonésie	77787	21579	2,2	1,3	0,8	15	8	7	40	26	18	52	62	69	2,1	44	5,1	3,2	1,7
Iran (République islamique d')	20994	6149	3,2	1,5	0,7	16	8	5	42	34	17	51	62	73	1,7	71	4,8	2,6	1,3
Iraq	15732	5188	2,8	3,0	2,8	12	7	6	45	38	35	58	67	68	4,7	66	3,8	2,7	3,0
Irlande	1114	358	0,9	1,2	0,9	11	9	6	22	14	16	71	75	80	2,1	62	1,4	1,6	1,5
Islande	81	24	1,1	1,1	1,0	7	7	6	21	17	15	74	78	82	2,1	93	1,4	1,3	1,1
Israël	2363	735	2,3	2,5	1,4	7	6	6	26	22	21	72	76	81	2,9	92	2,6	2,6	1,5
Italie	10275	2902	0,3	0,3	0,0	10	10	10	17	10	9	71	77	82	1,4	68	0,5	0,4	0,5
Jamaïque	961	247	1,2	0,7	0,2	8	7	7	36	26	18	68	71	73	2,3	52	2,1	1,0	0,7
Japon	20471	5431	0,8	0,2	-0,3	7	7	9	19	10	9	72	79	83	1,4	67	1,7	0,5	0,2
Jordanie	2730	816	3,6	3,0	1,5	11	5	4	51	36	25	61	70	73	3,1	79	4,9	3,4	1,8
Kazakhstan	4725	1641	1,2	-0,2	0,8	9	9	10	26	23	22	62	67	67	2,6	59	1,7	0,0	1,5
Kenya	19817	6664	3,7	2,7	2,4	15	10	11	51	42	38	52	59	57	4,7	22	6,5	3,7	4,4
Kirghizistan	1954	595	2,0	1,0	1,1	11	8	7	31	31	24	60	66	67	2,7	35	2,0	0,5	1,9
Kiribati	36	10	2,5	1,6	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	4,3	2,8	2,2
Koweït	838	281	5,1	1,4	1,9	6	3	3	49	21	18	67	72	74	2,3	98	5,8	1,4	1,9
Lesotho	970	274	2,3	1,4	0,8	17	10	16	43	36	28	49	59	48	3,2	27	4,7	4,7	3,1
Lettonie	385	115	0,6	-0,8	-0,4	11	13	14	14	14	11	70	69	73	1,5	68	1,3	-1,0	-0,2
Liban	1282	322	0,9	1,8	0,5	9	7	7	33	26	15	65	69	72	1,8	87	2,6	2,0	0,7
Libéria	1989	681	2,0	3,2	2,5	23	21	11	49	46	39	41	42	56	5,2	48	4,2	3,9	3,4
Libye	2257	716	3,9	1,9	1,0	16	4	4	49	26	23	52	68	75	2,6	78	6,0	2,1	1,3
Liechtenstein	7	2	1,5	1,1	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	1,1	0,3	1,8
Lituanie	628	166	0,8	-0,5	-0,4	9	11	14	17	15	10	71	71	72	1,5	67	2,4	-0,6	-0,1
Luxembourg	108	29	0,6	1,4	1,1	12	10	8	13	13	12	70	75	80	1,6	85	1,0	1,7	1,4
Madagascar	10331	3305	2,7	3,0	2,7	21	16	6	48	45	35	44	51	66	4,7	30	5,3	4,3	4,2
Malaisie	10206	2828	2,6	2,2	1,4	7	5	5	33	28	20	64	70	74	2,6	72	4,5	4,1	2,0
Malawi	7863	2715	3,6	2,3	3,2	24	18	13	52	48	44	41	47	54	6,0	20	6,9	5,0	5,7
Maldives	106	26	3,2	1,8	1,0	21	9	4	50	41	17	44	61	77	1,8	40	7,1	4,0	3,0
Mali	8266	2912	1,8	2,9	2,8	30	21	15	49	49	46	34	44	51	6,3	36	4,2	5,0	4,6
Malte	79	19	1,0	0,6	0,2	9	8	8	16	16	9	70	75	79	1,3	95	1,0	0,9	0,3
Maroc	10836	3022	2,4	1,3	0,8	17	8	6	47	30	20	52	64	72	2,3	58	4,1	2,2	1,7
Maurice	351	84	1,2	1,0	0,4	7	6	7	29	22	13	63	69	73	1,6	42	1,5	0,8	1,0
Mauritanie	1605	513	2,8	2,8	2,0	18	11	10	47	41	34	47	56	58	4,5	41	7,8	3,0	3,1
Mexique	39633	11095	2,4	1,5	0,9	10	5	5	43	28	20	61	71	77	2,3	78	3,4	1,9	1,2
Micronésie (États fédérés de)	49	13	2,2	0,7	0,7	9	7	6	41	34	25	62	66	69	3,5	23	2,4	0,1	2,2
Monaco	7	2	1,3	0,7	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,1	0,6	0,4
Mongolie	921	297	2,7	1,1	1,2	15	10	6	44	32	23	56	61	68	2,5	62	3,9	1,6	1,9
Monténégro	146	39	0,8	0,2	0,0	3	5	10	10	11	12	69	76	74	1,7	61	3,7	1,4	0,3
Mozambique	11849	3876	1,8	2,7	2,1	25	21	15	48	43	38	39	43	50	4,9	38	8,3	5,7	3,8
Myanmar	14937	3956	2,0	1,0	0,6	16	11	9	40	27	17	50	57	65	2,0	34	2,4	2,5	2,4
Namibie	989	286	3,0	2,4	1,4	15	9	8	43	38	26	53	61	62	3,2	38	4,1	4,0	3,0
Nauru	4	1	1,7	0,6	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,7	0,6	0,4
Népal	12874	3506	2,4	2,3	1,4	21	13	6	44	39	24	43	54	68	2,7	19	6,4	6,0	4,1
Nicaragua	2397	678	2,7	1,7	1,1	14	7	5	46	37	24	54	64	74	2,6	57	3,2	2,2	1,8
Niger	8611	3085	2,9	3,4	3,4	26	24	13	56	56	49	38	41	54	7,1	17	5,7	4,0	5,0

◀ TABLEAU 6 : INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et territoires	Population (milliers) 2010		Taux annuel d'accroissement démographique (%)			Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie à la naissance			Taux global de fécondité	% de la population urbanisée	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)		
	<18	<5	1970-1990	1990-2010	2010-2030 ^a	1970	1990	2010	1970	1990	2010	1970	1990	2010	2010	2010	1970-1990	1990-2010	2010-2030 ^a
Nigéria	77 907	26 569	2,7	2,4	2,4	22	19	14	46	44	40	42	46	51	5,5	50	4,9	4,1	3,7
Nioué	1	0	-3,9	-2,3	-1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-2,0	-1,4	-0,1
Norvège	1 114	303	0,4	0,7	0,7	10	11	9	17	14	12	74	77	81	1,9	79	0,9	1,2	1,0
Nouvelle-Zélande	1 086	312	0,9	1,3	0,9	9	8	7	22	17	15	71	75	81	2,2	86	1,2	1,3	1,0
Oman	908	282	4,7	2,0	1,3	16	5	4	49	38	18	51	71	73	2,3	73	8,7	2,5	1,7
Ouganda	18 471	6 465	3,1	3,2	2,9	16	17	12	49	50	45	50	47	54	6,1	13	5,7	4,1	5,1
Ouzbékistan	9 940	2 738	2,7	1,5	1,0	10	7	7	36	35	21	63	67	68	2,4	36	3,1	0,9	1,8
Pakistan	73 227	21 418	3,2	2,2	1,5	15	10	7	43	40	27	53	61	65	3,4	36	4,2	3,0	2,7
Palaos	7	2	1,4	1,5	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	2,2	2,5	1,4
Panama	1 205	345	2,4	1,9	1,2	8	5	5	37	26	20	65	72	76	2,5	75	3,0	3,5	1,8
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3 112	962	2,7	2,5	2,0	17	10	8	44	35	30	46	56	62	4,0	13	4,8	1,6	3,8
Paraguay	2 573	740	2,7	2,1	1,5	7	6	5	37	33	24	65	68	72	3,0	61	4,0	3,3	2,3
Pays-Bas	3 553	934	0,7	0,5	0,2	8	9	8	17	13	11	74	77	81	1,8	83	1,2	1,5	0,5
Pérou	10 447	2 909	2,5	1,5	1,0	14	7	5	42	30	20	53	66	74	2,5	77	3,4	2,0	1,4
Philippines	38 970	11 254	2,8	2,1	1,5	9	7	6	39	33	25	61	65	68	3,1	49	4,7	2,1	2,4
Pologne	7 096	1 933	0,8	0,0	-0,1	8	10	10	17	15	11	70	71	76	1,4	61	1,6	0,0	0,3
Portugal	1 946	517	0,7	0,4	-0,2	11	10	10	21	11	9	67	74	79	1,3	61	1,7	1,5	0,6
Qatar	270	91	7,4	6,6	1,5	6	2	2	36	24	13	66	74	78	2,3	96	7,6	6,8	1,5
République arabe syrienne	8 918	2 494	3,3	2,5	1,6	11	5	4	47	36	23	60	71	76	2,9	56	3,9	3,2	2,4
République centrafricaine	2 069	651	2,4	2,0	1,8	23	17	16	43	41	35	42	49	48	4,6	39	3,9	2,3	2,9
République de Corée	10 003	2 372	1,6	0,6	0,2	9	6	5	32	16	10	61	72	81	1,3	83	4,5	1,2	0,5
République de Moldova	759	215	1,0	-1,0	-0,6	10	10	13	18	19	12	65	68	69	1,5	47	2,9	-1,0	0,7
République démocratique du Congo	35 056	11 848	2,9	3,0	2,4	21	19	16	48	50	43	44	47	48	5,8	35	2,5	4,2	4,0
République démocratique populaire lao	2 605	683	2,2	2,0	1,1	18	13	6	42	42	23	46	54	67	2,7	33	4,6	5,8	3,5
République dominicaine	3 670	1 054	2,3	1,6	1,0	11	6	6	42	30	22	58	68	73	2,6	69	3,9	2,7	1,6
République populaire démocratique de Corée	6 839	1 704	1,7	0,9	0,4	7	5	10	35	21	14	62	71	69	2,0	60	2,1	1,1	0,8
République tchèque	1 843	548	0,3	0,1	0,1	12	12	10	16	12	11	70	72	78	1,5	74	1,0	0,0	0,4
République-Unie de Tanzanie	22 964	8 010	3,1	2,8	3,0	18	15	10	48	44	41	47	51	57	5,5	26	7,5	4,5	4,9
Roumanie	3 933	1 079	0,7	-0,4	-0,3	9	11	12	21	14	10	68	69	74	1,4	57	2,1	0,0	0,6
Royaume-Uni	13 076	3 766	0,1	0,4	0,6	12	11	9	15	14	12	72	76	80	1,9	80	0,2	0,5	0,8
Rwanda	5 170	1 831	3,2	2,0	2,5	20	32	12	51	45	41	44	33	55	5,4	19	5,8	8,2	4,5
Saint-Kitts-et-Nevis	17	5	-0,5	1,3	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-0,4	0,9	2,2
Saint-Marin	6	2	1,2	1,3	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	3,2	1,5	0,3
Saint-Siège	0	0	0,9	-2,6	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,9	0,1	-0,1
Saint-Vincent-et-les Grenadines	35	9	0,9	0,1	0,1	11	7	7	40	25	17	61	69	72	2,1	49	2,4	1,0	1,1
Sainte-Lucie	55	15	1,4	1,2	0,7	9	6	6	39	28	18	64	71	74	2,0	28	2,4	0,9	2,0
Samoa	82	22	0,6	0,6	0,5	10	7	5	39	32	25	55	65	72	3,9	20	0,8	0,4	1,3
Sao Tomé-et-Principe	78	23	2,3	1,8	1,7	13	10	8	41	38	31	55	61	64	3,7	62	4,2	3,5	2,6
Sénégal	6 282	2 081	2,8	2,7	2,4	24	13	9	51	44	37	41	53	59	4,8	42	4,1	3,1	3,4
Serbie	2 113	565	0,8	0,1	-0,2	9	10	12	18	15	11	68	72	74	1,6	56	2,0	0,7	0,5
Seychelles	43	14	1,6	1,0	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	2,7	1,4	1,4
Sierra Leone	2 902	970	2,1	1,9	1,9	29	25	16	47	44	39	35	39	47	5,0	38	3,9	2,7	3,1
Singapour	1 111	231	1,9	2,6	0,8	5	5	5	23	19	9	68	76	81	1,3	100	1,9	2,6	0,8
Slovaquie	1 041	276	0,8	0,2	0,1	9	10	10	18	15	10	70	71	75	1,3	55	2,4	0,0	0,5
Slovénie	342	99	0,7	0,3	0,1	10	10	9	17	11	10	69	73	79	1,4	50	2,3	0,2	0,6
Somalie	4 772	1 667	3,0	1,7	2,8	24	20	15	51	45	44	40	45	51	6,3	37	4,4	2,9	4,2
Soudan ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan du Sud ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	6 154	1 893	1,6	0,9	0,5	9	7	7	31	20	18	63	70	75	2,3	14	0,8	-0,4	2,1
Suède	1 924	557	0,3	0,5	0,5	10	11	10	14	14	12	74	78	81	1,9	85	0,4	0,6	0,7
Suisse	1 444	376	0,4	0,7	0,3	9	9	8	16	12	10	73	78	82	1,5	74	1,6	0,7	0,5
Suriname	176	48	0,4	1,3	0,7	9	7	7	37	23	18	63	67	70	2,3	69	1,8	2,0	1,2
Swaziland	548	157	3,3	1,6	1,0	18	10	14	49	43	29	48	59	48	3,4	21	7,6	1,2	2,1
Tadjikistan	3 050	871	2,9	1,3	1,4	10	8	6	40	39	28	60	63	67	3,3	26	2,2	0,4	2,4
Tchad	5 846	2 006	2,5	3,1	2,5	22	17	16	46	47	45	44	51	49	6,0	28	5,4	4,5	4,5
Territoire palestinien occupé	2 021	620	3,1	3,3	2,6	13	5	4	50	45	33	56	68	73	4,5	74	4,2	3,8	2,9
Thaïlande	17 325	4 361	2,2	1,0	0,3	10	5	7	38	19	12	60	73	74	1,6	34	3,9	1,7	1,8
Timor-Leste	603	193	1,0	2,1	2,9	23	18	8	42	43	38	40	46	62	6,2	28	3,4	3,6	4,6
Togo	2 796	863	2,8	2,5	1,8	20	14	11	49	42	32	45	53	57	4,1	43	4,5	4,3	3,2
Tonga	46	14	0,6	0,4	0,7	7	6	6	36	31	27	65	70	72	3,9	23	1,2	0,6	2,0
Trinité-et-Tobago	336	95	1,1	0,5	0,0	7	7	8	27	21	15	65	69	70	1,6	14	-0,5	2,9	2,7

Pays et territoires	Population (milliers) 2010		Taux annuel d'accroissement démographique (%)			Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie à la naissance			Taux global de fécondité	% de la population urbanisée	Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%)		
	<18	<5	1970-1990	1990-2010	2010-2030 ^a	1970	1990	2010	1970	1990	2010	1970	1990	2010	2010	2010	1970-1990	1990-2010	2010-2030 ^a
Tunisie	3 012	868	2,4	1,2	0,8	14	6	6	39	27	17	54	69	74	2,0	67	3,8	2,0	1,3
Turkménistan	1 804	506	2,6	1,6	1,0	11	8	8	37	35	22	58	63	65	2,4	50	2,3	2,1	2,0
Turquie	23 109	6 413	2,1	1,5	0,9	16	8	5	39	26	18	50	63	74	2,1	70	4,3	2,3	1,4
Tuvalu	4	1	1,1	0,4	0,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	4,0	1,6	1,4
Ukraine	8 023	2 376	0,4	-0,6	-0,6	9	13	17	15	13	11	71	70	68	1,4	69	1,4	-0,5	-0,1
Uruguay	919	246	0,5	0,4	0,3	10	10	9	21	18	15	69	73	77	2,1	92	0,9	0,6	0,4
Vanuatu	107	33	2,7	2,5	2,2	14	8	5	42	36	30	52	63	71	3,9	26	4,8	4,0	4,2
Venezuela (République bolivarienne du)	10 170	2 926	3,1	1,9	1,2	7	5	5	37	29	21	64	71	74	2,5	93	3,9	2,4	1,4
Viet Nam	25 981	7 186	2,0	1,3	0,7	18	8	5	41	30	17	48	66	75	1,8	30	2,5	3,4	2,6
Yémen	12 401	4 057	3,3	3,5	2,7	24	12	6	51	52	38	40	56	65	5,2	32	5,6	5,6	4,5
Zambie	6 937	2 412	3,2	2,5	3,1	17	17	16	49	44	46	49	47	49	6,3	36	4,5	2,1	4,3
Zimbabwe	5 866	1 692	3,5	0,9	1,7	13	9	13	48	37	29	55	61	50	3,3	38	6,1	2,3	3,1

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^a	20 281	6 391	2,9	2,5	2,1	19	14	9	46	41	33	45	53	61	4,4	40	5,3	4,5	3,7
--------------------------------------	--------	-------	-----	-----	-----	----	----	---	----	----	----	----	----	----	-----	----	-----	-----	-----

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	477 383	155 135	2,7	2,4	2,1	20	15	11	46	41	35	46	52	57	4,5	40	4,3	3,5	3,3
Afrique subsaharienne	419 324	138 075	2,8	2,5	2,3	20	16	13	47	44	37	44	50	54	4,9	37	4,6	3,9	3,6
Afrique de l'Est et australe	192 994	62 198	2,8	2,5	2,2	19	15	12	47	43	35	47	51	55	4,6	30	4,6	3,6	3,5
Afrique de l'Ouest et centrale	205 670	69 372	2,7	2,6	2,4	22	18	14	47	45	40	42	48	53	5,4	44	4,6	4,1	3,7
Moyen-Orient et Afrique du Nord	156 444	47 524	3,0	2,1	1,5	16	8	5	44	34	24	52	63	71	2,8	59	4,3	2,8	2,1
Asie	1 151 806	316 151	2,0	1,3	0,8	13	9	7	38	27	18	56	64	69	2,2	39	3,9	3,0	2,0
Asie du Sud	612 649	175 146	2,3	1,8	1,2	17	11	8	40	33	23	49	59	65	2,7	30	3,8	2,7	2,6
Asie de l'Est et Pacifique	539 157	141 004	1,8	1,0	0,4	10	7	7	36	23	14	61	68	72	1,8	46	3,9	3,2	1,7
Amérique latine et Caraïbes	195 713	53 461	2,2	1,4	0,9	10	7	6	37	27	19	60	68	74	2,2	79	3,2	2,1	1,2
ECO/CEI	95 544	28 015	1,0	0,2	0,2	10	11	11	20	18	14	66	68	70	1,8	64	1,9	0,3	0,6
Pays industrialisés	203 008	57 212	0,7	0,6	0,4	10	9	9	17	13	12	71	76	80	1,7	77	1,0	0,9	0,7
Pays en développement	1 953 940	563 545	2,2	1,5	1,1	13	9	8	39	29	21	55	63	68	2,6	45	3,8	2,9	2,1
Pays les moins avancés	389 258	122 520	2,5	2,4	2,1	22	15	10	47	43	34	43	51	59	4,2	29	4,8	4,1	3,8
Total mondial	2 201 180	633 933	1,8	1,3	0,9	12	9	8	33	26	20	59	65	70	2,5	50	2,6	2,2	1,7

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux brut de mortalité – Nombre annuel de décès pour 1 000 habitants.

Taux brut de natalité – Nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants.

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait un enfant nouveau-né s'il était exposé aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.

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

% de la population urbanisée – Pourcentage de la population résidant dans les zones urbaines définies selon des critères nationaux établis lors du dernier recensement.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population infantine – Division de la population, Organisation des Nations Unies.

Taux bruts de mortalité et de natalité – Division de la population, Organisation des Nations Unies.

Espérance de vie – Division de la population, Organisation des Nations Unies.

Taux global de fécondité – Division de la population, Organisation des Nations Unies.

Population urbaine – Division de la population, Organisation des Nations Unies. Taux de croissance calculés par l'UNICEF sur la base des données de la Division de la population, Organisation des Nations Unies.

NOTES

– Données non disponibles.

α Fondé sur des projections avec variantes moyennes de fécondité.

TABLEAU 7 : INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et territoires	RNB par habitant (dollars É.-U.)		Taux annuel moyen de croissance du PIB par habitant (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 dollar É.-U. par jour	% des dépenses du gouvernement central (2000-2009*) affectées à :			APD totale reçue en millions de dollars É.-U.	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
	dollars É.-U.	PPA en dollars É.-U.	1970-1990	1990-2010	1990-2010	2000-2009*	santé	éducation	défense	2009	2009	1990	2009
	2010	2010											
Afghanistan	330 x	970 x, e	-	-	-	-	-	-	-	6 070	-	-	-
Afrique du Sud	6 100	10 280	0,1	1,3	8	17	-	-	-	1 075	0	-	4
Albanie	4 000	8 840	-0,7 x	5,4	14	1	4 x	2 x	4 x	358	3	-	5
Algérie	4 460	8 130 e	1,6	1,5	12	7 x	4 x	24 x	17 x	319	0	62	-
Allemagne	43 330	38 170	2,3	1,3	1	-	20	1	4	-	-	-	-
Andorre	41 130 x	-	-	-	3 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	3 960	5 430	-	4,2	227	54	-	-	-	239	0	7	8
Antigua-et-Barbuda	10 610	15 380 e	8,3 x	1,7	2	-	-	-	-	6	1	-	-
Arabie saoudite	17 200 x	23 900 x	-1,4	0,4 x	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	8 450	15 150	-0,7	2,1	8	1	5	5	3	128	0	30	17
Arménie	3 090	5 450	-	6,1	51	1	-	-	-	528	6	-	18
Australie	43 740 x	38 510 x	1,5	2,3 x	3 x	-	14	10	6	-	-	-	-
Autriche	46 710	39 410	2,4	1,8	2	-	16	9	2	-	-	-	-
Azerbaïdjan	5 180	9 220	-	5,5	53	1	1 x	4 x	12 x	232	1	-	1
Bahamas	d	-	1,9	1,0	3	-	16	20	3	-	-	-	-
Bahreïn	25 420 x	33 530 x	-1,3 x	2,8 x	3 x	-	9	16	13	-	-	-	-
Bangladesh	640	1 620	0,4	3,5	4	50	6	14	8	1 227	1	17	3
Barbade	d	-	1,7	0,8 x	3 x	-	-	-	-	12	-	-	-
Bélarus	6 030	14 020	-	4,5	122	0	3	4	3	98	0	-	4
Belgique	45 420	37 840	2,2	1,6	2	-	16	3	3	-	-	-	-
Belize	3 740	5 970 e	2,9	1,9	1	12 x	8 x	20 x	5 x	28	-	5	12
Bénin	750	1 510	0,3	1,2	5	47	-	-	-	683	10	7	3 x
Bhoutan	1 920	5 070	-	5,3	7	26	8	13	-	125	9	-	-
Bolivie (État plurinational de)	1 790	4 560	-1,1	1,5	7	14	9	24	6	726	4	31	9
Bosnie-Herzégovine	4 790	8 970	-	8,9 x	5 x	0	-	-	-	415	2	-	7
Botswana	6 890	13 910	8,2	3,5	9	31 x	5 x	26 x	8 x	280	2	4	1
Bésil	9 390	10 920	2,3	1,5	54	4	6 x	6 x	3 x	338	0	19	23
Brunéi Darussalam	31 180 x	48 760 x	-2,2 x	-0,4 x	5 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	6 240	13 210	3,4 x	3,3	40	1	10	5	5	-	-	19	18
Burkina Faso	550	1 260	1,4	2,4	3	57	7 x	17 x	14 x	1 084	14	6	5 x
Burundi	160	390	1,1	-1,6	12	81	2 x	15 x	23 x	549	41	41	8
Cambodge	760	2 040	-	6,3 x	4 x	28	-	-	-	722	7	-	1
Cameroun	1 160	2 190	3,4	0,6	4	10	3 x	12 x	10 x	649	3	18	7
Canada	41 950 x	37 280 x	2,0	1,9	2	-	9	2	6	-	-	-	-
Cap-Vert	3 160	3 670	-	4,2	3	21	-	-	-	196	13	5	4
Chili	9 940	13 890	1,5	3,4	6	1	15	17	5	80	0	20	22
Chine	4 260	7 570	6,6	9,2	5	16	0	2	10	1 132	0	10	3
Chypre	30 460 x	30 160 x	5,9 x	2,1 x	4 x	-	6 x	12 x	4 x	-	-	-	-
Colombie	5 510	9 000	1,9	1,5	14	16	9 x	20 x	13 x	1 060	0	39	20
Comores	820	1 180	0,1 x	-0,4	4	46	-	-	-	51	9	2	-
Congo	2 310	3 280	3,1	0,7	8	54	4	4	10	283	5	31	2 x
Costa Rica	6 580	10 880 e	0,7	2,6	12	1	20	24	-	109	0	21	9
Côte d'Ivoire	1 070	1 650	-1,9	-1,0	5	24	-	-	-	2 366	11	26	8
Croatie	13 760	18 710	-	2,9	26	0	16	9	4	169	0	-	-
Cuba	5 550 x	-	3,9	2,6 x	4 x	-	-	-	-	116	-	-	-
Danemark	58 980	40 140	2,0	1,5	2	-	0	10	3	-	-	-	-
Djibouti	1 280 x	2 460 x	-	-1,4 x	3 x	19	-	-	-	162	14	-	6
Dominique	4 960	8 580 e	4,7 x	1,7	2	-	-	-	-	36	10	4	10
Égypte	2 340	5 910	4,1	2,7	7	2	4	11	6	925	0	18	5
El Salvador	3 360	6 390 e	-1,9	2,6	4	5	16	18	3	277	1	14	14
Émirats arabes unis	d	-	-4,9 x	0,5 x	6 x	-	7 x	17 x	30 x	-	-	-	-
Équateur	4 510	9 270	1,3	1,7	5	5	-	-	-	209	0	27	35
Érythrée	340	540 e	-	-1,5 x	14 x	-	-	-	-	145	-	-	-
Espagne	31 650	31 550	1,9	2,1	4	-	1	0	3	-	-	-	-
Estonie	14 360	19 500	1,5 x	5,0	19	0	16	7	5	-	-	-	-
États-Unis	47 140	47 020	2,1	1,8	2	-	24	3	19	-	-	-	-
Éthiopie	380	1 010	-	2,9	7	39	1	5	17	3 820	13	33	3
ex-République yougoslave de Macédoine	4 520	10 830	-	1,0	24	0	-	-	-	193	2	-	12
Fédération de Russie	9 910	19 190	-	2,1	56	0	7	3	12	-	-	-	18
Fidji	3 610	4 490	0,7	1,2	4	-	9 x	18 x	6 x	71	2	9	2
Finlande	47 170	37 180	2,9	2,6	2	-	3 x	10 x	4 x	-	-	-	-

Pays et territoires	RNB par habitant (dollars É.-U.)		Taux annuel moyen de croissance du PIB par habitant (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 dollar É.-U. par jour	% des dépenses du gouvernement central (2000-2009*) affectées à :			APD totale reçue en millions de dollars É.-U.	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
	dollars É.-U.	PPA en dollars É.-U.	1970-1990	1990-2010	1990-2010	2000-2009*	santé	éducation	défense	2009	2009	1990	2009
	2010	2010											
France	42390	34440	2,2	1,3	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	7760	13190	0,2	-0,9	6	5	-	-	-	78	1	4	-
Gambie	440	1270	0,7	0,1	8	34	-	-	-	128	19	17	7
Géorgie	2700	4980	-	2,7	74	15	5	7	17	908	9	-	6
Ghana	1240	1600	-2,0	2,4	26	30	7 x	22 x	5 x	1583	10	21	3
Grèce	27240	27360	1,3	2,6	5	-	7 x	11 x	8 x	-	-	-	-
Grenade	5560	7560 e	4,2 x	2,9	3	-	10 x	17 x	-	48	8	2	8
Guatemala	2740	4610 e	0,2	1,3	7	17	-	-	-	376	1	12	12
Guinée	380	980	-	1,2	9	43	-	-	-	215	-	18	10
Guinée-Bissau	540	1080	0,1	-1,7	18	49	-	-	-	146	-	21	3 x
Guinée équatoriale	14680	23810	-	19,2	12	-	-	-	-	32	0	-	-
Guyana	3270	3530 e	-1,6	2,5	11	8 x	-	-	-	173	-	-	2 x
Haïti	650	1110	-	-1,1 x	15 x	55	-	-	-	1120	-	5	2
Honduras	1880	3730 e	0,8	1,6	13	23	-	-	-	457	3	30	5
Hongrie	12990	19280	3,0	2,9	11	0	11	8	3	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-
Îles Marshall	2990	-	-	-1,1	4	-	-	-	-	59	32	-	-
Îles Salomon	1030	2210 e	-	-1,0	7	-	-	-	-	206	43	10	4
Inde	1340	3560	2,1	4,9	6	42	2	3	13	2393	0	25	5
Indonésie	2580	4300	4,7	2,6	15	19	1	4	7	1049	0	31	17
Iran (République islamique d')	4530 x	11420 x	-2,3	2,7 x	22 x	2	7	8	10	93	0	1	-
Iraq	2320	3320	-	-2,2 x	13 x	4	-	-	-	2791	5	-	-
Irlande	40990	32740	2,8	4,7	3	-	16 x	14 x	3 x	-	-	-	-
Islande	33870	28630	3,2	2,2	5	-	21	9	0	-	-	-	-
Israël	27340	27800	1,9	1,8	5	-	13	16	16	-	-	-	-
Italie	35090	31090	2,8	0,9	3	-	14	11	4	-	-	-	-
Jamaïque	4750	7430 e	-1,3	0,7	15	0	6	17	2	150	1	20	24
Japon	42150	34790	3,4	0,8	-1	-	2 x	6 x	4 x	-	-	-	-
Jordanie	4350	5770	2,5 x	2,5	4	0	10	16	19	761	3	18	4
Kazakhstan	7440	10610	-	3,9	58	0	6	7	6	298	0	-	79
Kenya	780	1610	1,2	0,3	10	20	7 x	26 x	6 x	1778	6	26	4
Kirghizistan	880	2180	-	0,5	37	2	12	11	7	315	7	-	9
Kiribati	2010	3510 e	-5,3	1,2	3	-	-	-	-	27	15	-	-
Koweït	d	-	-6,8 x	2,0 x	5 x	-	5	8	6	-	-	-	-
Lesotho	1080	1910	2,5	2,2	8	43	9	18	4	123	6	4	2
Lettonie	11620	16360	3,4	4,5	18	0	10	12	3	-	-	-	-
Liban	9020	14170	-	2,4	7	-	2 x	7 x	11 x	641	2	-	14
Libéria	190	330	-4,2	1,7	36	84	-	-	-	505	78	-	11
Libye	12020 x	16330 x, e	-	2,9 x	18 x	-	-	-	-	39	0	-	-
Liechtenstein	136540 x	-	2,2	3,0 x	1 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	11400	17880	-	3,5	22	0	11	6	3	-	-	-	29
Luxembourg	79510	63850	2,7	2,9	3	-	13	10	1	-	-	-	-
Madagascar	440	980	-2,3	-0,2	13	68	6	15	5	445	-	32	-
Malaisie	7900	14360	4,0	3,2	4	0	6 x	23 x	11 x	144	0	12	5
Malawi	330	850	-0,1	1,0	26	74	-	-	-	772	17	23	-
Maldives	4270	5480	-	4,9 x	3 x	2	8	19	6	33	3	4	7
Mali	600	1020	0,2	2,7	5	51	-	-	-	985	11	8	2 x
Malte	18350 x	23070 x	6,5	2,6 x	3 x	-	13	13	2	-	-	-	-
Maroc	2850	4560	1,9	2,4	3	3	3 x	18 x	13 x	912	1	18	10
Maurice	7740	13670	3,2 x	3,5	6	-	9	16	-	156	2	6	3
Mauritanie	1060	2000	-1,0	0,9	8	21	-	-	-	287	9	24	-
Mexique	9330	15010	1,6	1,5	13	3	5	25	3	185	0	16	15
Micronésie (États fédérés de)	2700	3420 e	-	0,3	2	31	-	-	-	121	45	-	-
Monaco	197460 x	-	1,6	2,2 x	1 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	1890	3700	-	3,1	25	22	6	9	9	372	9	-	4
Monténégro	6690	12710	-	3,7 x	7 x	0	-	-	-	75	2	-	-
Mozambique	440	920	-1,0 x	4,3	17	60	-	-	-	2013	21	21	1
Myanmar	a	-	1,4	8,2 x	24 x	-	3	13	23	357	-	17	-
Namibie	4650	6580	-2,1 x	2,1	10	49 x	-	-	-	326	3	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	-
Népal	490	1200	1,0	1,9	7	55	7	18	9	855	7	12	4

◀ TABLEAU 7 : INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et territoires	RNB par habitant (dollars É.-U.)		Taux annuel moyen de croissance du PIB par habitant (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 dollar É.-U. par jour	% des dépenses du gouvernement central (2000-2009*) affectées à :			APD totale reçue en millions de dollars É.-U.	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
	dollars É.-U.	PPA en dollars É.-U.	1970-1990	1990-2010	1990-2010	2000-2009*	santé	éducation	défense	2009	2009	1990	2009
	2010	2010											
Nicaragua	1 080	2 610 e	-3,7	1,9	18	16	13 x	16 x	6 x	774	13	2	13
Niger	360	700	-2,1	-0,2	4	43	–	–	–	470	9	12	2 x
Nigéria	1 180	2 160	-1,4	1,9	20	64	–	–	–	1 659	1	22	1
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	–	–	–
Norvège	85 380	57 130	3,2	2,1	4	–	15	5	5	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	29 050 x	28 050 x	0,8	1,9	2	–	17	17	3	–	–	–	–
Oman	17 890 x	24 410 x	3,3	2,0 x	4 x	–	7	15	33	212	–	–	–
Ouganda	490	1 230	–	3,6	8	29	–	–	–	1 786	12	47	1
Ouzbékistan	1 280	3 090 e	–	2,2	83	46	–	–	–	190	1	–	–
Pakistan	1 050	2 780	3,0	1,7	10	23	1	2	13	2 781	2	16	10
Palaos	6 460	10 760 e	–	-0,2 x	3 x	–	–	–	–	35	18	–	–
Panama	6 990	12 940 e	0,3	3,2	2	10	18	16	–	66	0	3	5
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 300	2 390 e	-0,7	-0,2	8	36 x	7 x	22 x	4 x	414	5	37	12
Paraguay	2 940	5 430	3,1	0,1	10	5	7 x	22 x	11 x	148	1	12	5
Pays-Bas	49 720	42 590	1,6	2,0	2	–	14	11	3	–	–	–	–
Pérou	4 710	8 940	-0,6	3,0	10	6	13	7	–	442	0	6	11
Philippines	2 050	3 930	0,6	2,0	7	23	2	19	5	310	0	23	14
Pologne	12 420	19 020	–	4,4	11	0	13	11	3	–	–	–	–
Portugal	21 860	24 710	2,6	1,6	4	–	15	14	3	–	–	–	–
Qatar	d	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	2 640	4 870	2,0	1,6	7	2	2 x	9 x	24 x	245	0	20	3 x
République centrafricaine	460	760	-1,3	-0,7	3	63	–	–	–	237	12	8	–
République de Corée	19 890	29 010	6,2	4,2	4	–	1	15	11	–	–	–	–
République de Moldova	1 810	3 340	–	-0,6	41	2	15	7	1	245	4	–	11
République démocratique du Congo	180	310	-2,3	-3,1	234	59	–	–	–	2 354	23	–	–
République démocratique populaire lao	1 010	2 300	–	4,3	22	34	–	–	–	420	7	8	16
République dominicaine	4 860	8 700 e	2,1	3,9	11	4	10	13	4	120	0	7	9
République populaire démocratique de Corée	a	–	–	–	–	–	–	–	–	67	–	–	–
République tchèque	17 870	23 620	–	2,5	6	0 x	17	9	4	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	530	1 420	–	2,4	14	68	–	–	–	2 934	14	25	3
Roumanie	7 840	14 050	0,9 x	2,8	47	1	12	6	5	–	–	0	28
Royaume-Uni	38 540	36 580	2,0	2,1	3	–	15 x	4 x	7 x	–	–	–	–
Rwanda	540	1 180	1,2	2,3	10	77	–	–	–	934	19	9	4
Saint-Kitts-et-Nevis	9 980	13 170 e	6,3 x	2,2	3	–	–	–	–	6	1	3	18
Saint-Marin	50 670 x	–	–	–	3 x	–	18	9	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	4 850	8 260 e	3,3	3,6	2	–	12	16	–	31	6	3	13
Sainte-Lucie	4 970	8 520 e	5,3 x	1,0	2	21 x	–	–	–	41	5	2	8
Samoa	2 930	4 300 e	–	3,0	6	–	–	–	–	77	16	5	3
Sao Tomé-et-Principe	1 200	1 910	–	–	–	29	–	–	–	31	16	28	15
Sénégal	1 050	1 850	-0,7	1,1	4	34	3	14	7	1 018	8	14	3 x
Serbie	5 820	11 230	–	1,5	24 x	0	16	10	6	608	1	–	28
Seychelles	9 490	20 470 e	2,9	1,8	5	0	9	8	3	23	4	7	6
Sierra Leone	340	830	-0,5	1,1	17	53	–	–	–	437	23	8	2
Singapour	40 920	54 700	5,6	3,9	1	–	8	18	24	–	–	–	–
Slovaquie	16 220	23 140	–	3,7	7	0 x	20	4	3	–	–	–	–
Slovénie	23 860	26 970	–	3,3	12	0	15	12	3	–	–	–	–
Somalie	a	–	-0,8	–	–	–	–	–	–	662	–	25 x	–
Soudan*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan du Sud*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	2 290	5 070	3,0	4,1	10	7	6	10	18	704	2	10	10
Suède	49 930	39 600	1,8	2,2	2	–	4	6	5	–	–	–	–
Suisse	70 350	49 180	1,2	0,9	1	–	0	3	5	–	–	–	–
Suriname	5 920 x	7 610 x, e	-2,2 x	1,5 x	48 x	16 x	–	–	–	157	–	–	–
Swaziland	2 600	4 890	3,0	1,6	8	63	8	20	8	58	2	5	2
Tadjikistan	780	2 060	–	-0,1	78	22	2	4	9	409	8	–	15
Tchad	600	1 180	-1,0	2,9	6	62	–	–	–	561	9	2	–
Territoire palestinien occupé	b	–	–	-2,4 x	4 x	–	–	–	–	3 026	–	–	–
Thaïlande	4 210	8 240	4,7	2,9	3	11	14	20	8	-77	0	14	7
Timor-Leste	2 220	3 570 e	–	-0,5 x	5 x	37	–	–	–	217	–	–	–
Togo	440	790	-0,6	0,0	4	39	–	–	–	499	18	8	13 x

Pays et territoires	RNB par habitant (dollars É.-U.)		Taux annuel moyen de croissance du PIB par habitant (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, 1,25 dollar É.-U. par jour	% des dépenses du gouvernement central (2000–2009*) affectées à :			APD totale reçue en millions de dollars É.-U.	APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire	Service de la dette en % des exportations de biens et de services	
	dollars É.-U.	PPA en dollars É.-U.	1970–1990	1990–2010	1990–2010	2000–2009*	santé	éducation	défense	2009	2009	1990	2009
	2010	2010											
Tonga	3 380	4 630 e	–	1,6	6	–	–	–	–	40	12	2	4 x
Trinité-et-Tobago	15 380	24 000 e	0,5	5,0	5	4 x	6	13	3	7	0	–	–
Tunisie	4 070	8 140	2,5	3,5	4	3	5	19	4	474	1	22	9
Turkménistan	3 700	7 160 e	–	5,1	95	25 x	–	–	–	40	0	–	–
Turquie	9 500	14 580	2,0	2,3	46	3	3	10	8	1 362	0	27	40
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	18	–	–	–
Ukraine	3 010	6 580	–	0,4	72	0	3	6	3	668	1	–	34
Uruguay	10 590	13 890	0,9	2,0	16	0	7	8	4	51	0	31	20
Vanuatu	2 760	4 450 e	1,1 x	6,8	-3	–	–	–	–	103	16	2	1 x
Venezuela (République bolivarienne du)	11 590	11 950	-1,6	0,3	33	4	8	21	5	67	0	22	6
Viet Nam	1 100	2 910	–	6,0	10	13	4	14	–	3 744	4	–	2
Yémen	1 060 x	2 320 x	–	1,5 x	17 x	18	4 x	22 x	19 x	500	2	4	3
Zambie	1 070	1 370	-2,3	0,6	29	64	13 x	14 x	4 x	1 269	11	13	3
Zimbabwe	460	–	-0,4	-3,2	0	–	8 x	24 x	7 x	737	–	19	–
MEMORANDUM													
Soudan et Soudan du Sud ^d	1 270	2 020	0,1	3,6	28	–	1 x	8 x	28 x	2 289	5	4	6

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	1 483	2 809	0,9	2,1	24	42	–	–	–	41 779	3	18	5
Afrique subsaharienne	1 192	2 145	0,0	2,0	31	49	–	–	–	39 110	4	18	4
Afrique de l'Est et australe	1 486	2 750	0,3	1,9	38	45	–	–	–	20 175	3	12	5
Afrique de l'Ouest et centrale	905	1 604	-0,5	1,8	22	52	–	–	–	16 484	4	22	2
Moyen-Orient et Afrique du Nord	2 752	5 232	-0,2	2,4	9	3	–	–	–	13 388	2	–	–
Asie	2 913	5 578	4,5	6,9	6	27	1	5	11	23 857	0	17	5
Asie du Sud	1 241	3 271	2,1	4,5	7	40	2	3	13	14 187	1	21	5
Asie de l'Est et Pacifique	4 286	7 472	5,6	7,4	5	16	1	6	10	9 669	0	16	5
Amérique latine et Caraïbes	7 859	11 133	1,4	1,6	30	6	–	–	–	7 544	0	20	16
ECO/CEI	7 263	13 288	–	2,3	55	4	6	6	9	7 113	0	–	–
Pays industrialisés	40 845	38 009	2,4	1,6	2	–	19	4	12	–	–	–	–
Pays en développement	3 304	5 805	2,5	4,8	16	26	3	8	10	85 729	0	19	9
Pays les moins avancés	669	1 374	-0,2	3,2	52	50	–	–	–	39 907	8	12	5
Total mondial	8 796	10 740	2,4	2,6	8	25	15	5	11	88 559	0	18	9

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^d En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

RNB par habitant – Le revenu national brut (RNB) est la somme de la valeur ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (subventions en moins) non incluses dans l'évaluation des produits ainsi que des recettes nettes des revenus primaires provenant du reste du monde (rémunérations des employés et revenus de la propriété). Le RNB par habitant correspond au revenu national brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La conversion du RNB par habitant en dollars des É.-U. s'effectue selon la méthode utilisée pour l'Atlas de la Banque mondiale.

RNB par habitant (PPA dollars É.-U.) – RNB par habitant converti en dollars internationaux, compte tenu des différences de prix (pouvoir d'achat) entre les pays. Sur la base des données du Programme de comparaison internationale (PCI).

PIB par habitant – Le produit intérieur brut (PIB) est la somme de la valeur brute ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (moins les subventions) non incluses dans l'évaluation des produits. Le PIB par habitant est le produit intérieur brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La croissance est calculée à partir du PIB à prix constants en devise locale.

% de la population en dessous du seuil international de pauvreté, de 1,25 dollar É.-U. par jour – Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour aux prix de 2005, ajusté en fonction de la parité du pouvoir d'achat. Le nouveau seuil de pauvreté tient compte des révisions des taux de change de parité du pouvoir d'achat (PPA) effectuées sur la base des résultats du PCI 2005. Les révisions révèlent que le coût de la vie est plus élevé dans le monde en développement qu'on ne l'avait estimé. Conséquence de ces révisions, les taux de pauvreté d'un pays ne peuvent pas être comparés aux taux de pauvreté des éditions précédentes. Pour plus d'informations sur la définition, la méthodologie et les sources des données présentées ici, consulter le site de la Banque mondiale : <www.banquemondiale.org>.

APD – Aide publique nette au développement.

Service de la dette – Total des paiements d'intérêts et des remboursements du principal afférents aux dettes extérieures publiques et aux emprunts à long terme garantis par l'État.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

RNB par habitant – Banque mondiale.

PIB par habitant – Banque mondiale.

Taux d'inflation – Banque mondiale.

% de la population en dessous du seuil de pauvreté, 1,25 dollar É.-U. par jour – Banque mondiale.

Dépenses affectées à la santé, l'éducation et la défense – Fonds monétaire international.

APD – Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Service de la dette – Banque mondiale.

NOTES

a : pays à revenu faible (RNB par habitant inférieur ou égal à 1 005 dollars É.-U.).

b : pays à revenu intermédiaire faible (RNB par habitant compris entre 1 006 et 3 975 dollars É.-U.).

c : pays à revenu intermédiaire élevé (RNB par habitant compris entre 3 976 et 12 275 dollars É.-U.).

d : pays à revenu élevé (RNB par habitant égal ou supérieur à 12 276 dollars É.-U.).

– Données non disponibles.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

e Estimation fondée sur la régression; les autres chiffres concernant la PPA sont obtenus par extrapolation en se fondant sur les estimations du PCI pour 2005.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 8 : FEMMES

Pays et territoires	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes	Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%)	Taux de scolarisation : femmes par rapport aux hommes (%)		Taux de survie en dernière année primaire : femmes par rapport aux hommes (%)	Prévalence des contraceptifs (%)	Couverture pour les soins prénatals (%)		Couverture pour les soins à l'accouchement (%)			Taux de mortalité maternelle*			
			Taux brut primaire	Taux brut secondaire			Au moins une fois	Au moins quatre fois	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	Césarienne	2006-2010* déclaré	2008 ajusté	2008	
														risque de décès maternel sur la vie entière	1 sur :
Afghanistan	101	—	67	49	94 x	23	36	—	24	13 x	—	1600 x	1400	11	
Afrique du Sud	103	96	96	105	—	60 x	97	87	91 x	89 x	21 x	400 x	410	100	
Albanie	108	97	97	101	101	69	97	67	99	97	19	21	31	1700	
Algérie	104	79	94	102	100	61	89	—	95	95	—	—	120	340	
Allemagne	106	—	100	95	—	—	100 x	—	—	—	29	—	7	11 100	
Andorre	—	—	101	108	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angola	106	70	81	—	97 x	6 x	80	—	47	46	—	—	610	29	
Antigua-et-Barbuda	—	101	94	100	—	—	100	—	100	—	—	—	—	—	
Arabie saoudite	103	90	96	86	—	24	97	—	97	—	—	—	24	1300	
Argentine	110	100	99	114	—	78 x	99 x	89 x	98	99	—	55	70	600	
Arménie	109	100	103	103	100	55	99	71 x	100	99	18	27	29	1900	
Australie	106	—	100	96	—	71 x	98	92	—	99	31	—	8	7400	
Autriche	107	—	99	96	—	—	—	—	—	—	24	—	5	14300	
Azerbaïdjan	109	99	99	103	100	51	77	45	88	78	5	24	38	1200	
Bahamas	109	—	100	103	—	45 x	98	—	99	—	—	—	49	1000	
Bahreïn	102	98	98	104	102 x	—	100	—	97	—	—	—	19	2200	
Bangladesh	102	84	104	112	103	53	53	23	27	23	12	190	340	110	
Barbade	109	—	—	—	—	—	100	—	100	—	—	—	64	1 100	
Bélarus	118	100	102	102	100	73 x	99 x	—	100	100 x	22	1	15	5 100	
Belgique	107	—	100	97	—	75 x	—	—	—	—	18	—	5	10900	
Belize	104	—	97	108	102	34	94	—	95	88	—	57	94	330	
Bénin	107	54	88	—	95	17	84	61	74	78	4	400	410	43	
Bhoutan	106	59	101	99	105	66	97	77	65	63	12	260 x	200	170	
Bolivie (État plurinational de)	107	91	99	98	98	61	86	72	71	68	19	310	180	150	
Bosnie-Herzégovine	107	97	102	102	100	36	99	—	100	100	—	3	9	9300	
Botswana	97	101	97	105	—	53	94	73	95	94	—	200	190	180	
Brésil	110	100	93	111	—	81	98	91	97	98	50	75	58	860	
Brunéi Darussalam	106	97	101	102	—	—	99	—	100	100	—	—	21	2000	
Bulgarie	110	99	100	96	—	—	—	—	100	100	29	5	13	5800	
Burkina Faso	104	59	89	74	105	17	85	18 x	54	51	1 x	310	560	28	
Burundi	106	84	97	72	97	22	99	—	60	60	—	620 x	970	25	
Cambodge	104	83	94	82	99	51	89	27 x	71	54	2 x	460	290	110	
Cameroun	104	80	86	83	99	29	82	60 x	63	61	2 x	670 x	600	35	
Canada	106	—	100	98	—	74 x	100	99	100	99	26	—	12	5600	
Cap-Vert	111	89	93	118	—	61 x	98 x	72 x	78 x	78 x	11 x	54	94	350	
Chili	108	100	95	103	—	58	—	—	100	100	—	17	26	2000	
Chine	105	94	104	107	—	85	92	—	99	96	27	32	38	1500	
Chypre	106	98	99	101	—	—	99	—	—	100	—	—	10	6600	
Colombie	111	100	100	110	102	79	97	89	98	95	34	76	85	460	
Comores	105	86	92	—	121 x	26 x	75 x	—	62 x	—	—	380 x	340	71	
Congo	104	—	94	—	99	44 x	86 x	75 x	83 x	82 x	3 x	780 x	580	39	
Costa Rica	106	100	99	106	—	80	90	86	99	99	21 y	21	44	1 100	
Côte d'Ivoire	104	70	81	—	96	13	85	45 x	57	54	6 x	540 x	470	44	
Croatie	110	99	100	104	—	—	—	—	100	—	—	14	14	5200	
Cuba	105	100	98	99	—	78	100	100	100	100	—	43	53	1 400	
Danemark	106	—	101	103	—	—	—	—	—	—	21	—	5	10900	
Djibouti	105	—	89	73	101	23	92	7 x	93	87	12	550 x	300	93	
Dominique	—	—	99	106	—	—	100	—	100	—	—	—	—	—	
Égypte	105	77	96	96	100	60	74	66	79	72	28	55	82	380	
El Salvador	114	94	97	102	—	73	94	78	96	85	25	59	110	350	
Émirats arabes unis	102	102	99	101	—	—	100	—	100	100	—	0	10	4200	
Équateur	108	93	101	103	—	73 x	84 x	58 x	98 x	85	26 x	61	140	270	
Érythrée	108	72	83	71	—	8 x	70 x	41 x	28 x	26 x	3 x	—	280	72	
Espagne	108	98	99	104	—	66	—	—	—	—	26	—	6	11 400	
Estonie	115	100	99	103	—	—	—	—	100	—	—	7	12	5300	
États-Unis	107	—	101	101	—	79	—	—	—	—	31	13	24	2 100	
Éthiopie	106	43	91	77	107	15 x	28 x	12 x	6 x	5 x	1	670 x	470	40	
ex-République yougoslave de Macédoine	106	97	101	98	100	14 x	94	—	100	99	—	4	9	7300	
Fédération de Russie	119	100	100	97	—	80	—	—	100	—	—	17	39	1900	
Fidji	108	—	99	107	—	35 x	100	—	99	—	—	34 x	26	1300	
Finlande	109	—	99	105	—	—	100 x	—	—	100	16	—	8	7600	
France	109	—	99	101	—	71 x	100 x	—	—	—	21	—	8	6600	

Pays et territoires	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2010	Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%) 2005-2010*	Taux de scolarisation : femmes par rapport aux hommes (%)		Taux de survie en dernière année primaire : femmes par rapport aux hommes (%) 2006-2009*	Prévalence des contraceptifs (%) 2006-2010*	Couverture pour les soins prénatals (%)		Couverture pour les soins à l'accouchement (%)			Taux de mortalité maternelle*		
			Taux brut primaire 2007-2010*	Taux brut secondaire 2007-2010*			Au moins une fois 2006-2010*	Au moins quatre fois 2006-2010*	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution 2006-2010*	Césarienne	2006-2010*		risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :
												déclaré	ajusté	
Gabon	103	92	-	-	-	33 x	94 x	63 x	86 x	85 x	6 x	520 x	260	110
Gambie	104	62	104	96	98	18 x	98	-	57	55	-	730 x	400	49
Géorgie	110	100	100	-	102	53	98	90	100	98	24	52	48	1 300
Ghana	103	83	99	89	100	24	90	78	57	57	7	450	350	66
Grèce	106	98	100	95	-	76 x	-	-	-	-	-	-	2	31 800
Grenade	104	-	94	101	-	54	100	-	99	-	-	-	-	-
Guatemala	111	87	94	93	-	54	93	-	51	52	16	130	110	210
Guinée	106	55	86	59	99	9 x	88	50	46	39	2	980 x	680	26
Guinée-Bissau	107	57	-	-	92	14	93	70	44	42	-	410	1 000	18
Guinée équatoriale	105	93	96	-	-	-	86 x	-	65 x	-	-	-	280	73
Guyana	110	-	99	101	100	43	92	-	92	89	-	86	270	150
Haïti	104	84	-	-	100	32	85	54	26	25	3	630	300	93
Honduras	107	100	100	127	-	65	92	81	67	67	13	-	110	240
Hongrie	111	100	99	99	-	-	-	-	100	-	31	19	13	5 500
Îles Cook	-	-	107	113	-	44 x	100	-	98	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	99	105	-	45	81	77	86	85	9	74 x	-	-
Îles Salomon	104	-	97	84	-	35	74	65	70	85	6	-	100	230
Inde	105	68	-	88	99	54	75	51	53	47	9	250	230	140
Indonésie	105	93	97	99	-	61	93	82	79	46	7	230	240	190
Iran (République islamique d')	105	90	99	95	-	79 x	98 x	94 x	97 x	96 x	40 x	25 x	30	1 500
Iraq	111	81	84	75	97	50	84	-	80	65	21	84	75	300
Irlande	106	-	101	106	-	89 x	100 x	-	100 x	100	25	-	3	17 800
Islande	104	-	100	103	-	-	-	-	-	-	17	-	5	9 400
Israël	106	-	101	102	-	-	-	-	-	-	-	-	7	5 100
Italie	107	99	99	99	-	-	99 x	68 x	-	99 x	40	-	5	15 200
Jamaïque	107	112	97	104	100	69 x	99	-	98	97	15	95 x	89	450
Japon	109	-	100	100	-	54 x	-	-	-	100 x	-	-	6	12 200
Jordanie	104	93	101	104	-	59	99	94	99	99	19	19	59	510
Kazakhstan	118	100	100	98	100	51	100	-	100	100	-	37	45	950
Kenya	104	92	98	90	100	46	92	47	44	43	6	490	530	38
Kirghizistan	113	99	100	101	99	48	97	-	99	97	-	64	81	450
Kiribati	-	-	104	111	-	22 x	100	-	65	-	-	56 x	-	-
Koweït	102	97	98	103	-	-	100	-	100	-	-	-	9	4 500
Lesotho	97	115	100	138	109 x	47	92	70	62	59	7	1 200	530	62
Lettonie	115	100	97	102	-	-	92 x	-	100	-	-	32	20	3 600
Liban	106	92	98	111	104 x	58 x	96 x	-	98 x	-	-	-	26	2 000
Libéria	104	86	90	-	-	11	79	66	46	37	4	990	990	20
Libye	107	86	-	-	-	-	93	-	100	-	-	-	64	540
Liechtenstein	-	-	102	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	117	100	98	100	-	-	100 x	-	100	-	-	9	13	5 800
Luxembourg	107	-	101	103	-	-	-	-	100 x	100 x	29	-	17	3 800
Madagascar	105	91	98	94	106	40	86	49	44	35	2	500	440	45
Malaisie	106	95	99	107	-	-	79 x	-	99	98 x	-	29	31	1 200
Malawi	100	83	103	88	88	41	92	57 x	54	54	3 x	810	510	36
Maldives	103	100	95	-	101	35	99	85	95	95	32	140 x	37	1 200
Mali	104	52	84	65	101	8	70	35	49	45	2	460	830	22
Malte	106	103	101	98	-	-	100 x	-	-	100	-	-	8	9 200
Maroc	107	64	92	86	-	63 x	68 x	31 x	63 x	61 x	5 x	130	110	360
Maurice	109	94	100	102	-	76 x	-	-	98 x	98 x	-	22 x	36	1 600
Mauritanie	106	78	108	89	94	9	75	16 x	61	48	3 x	690	550	41
Mexique	107	97	98	106	-	73	96	86	95	80	43	54	85	500
Micronésie (États fédérés de)	102	-	101	-	-	-	80	-	92	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	112	101	99	107	99	55	100	-	100	98	17	47	65	730
Monténégro	107	-	98	101	102	39	97	-	100	100	-	13	15	4 000
Mozambique	104	59	90	79	88	16	92	53 x	55	58	2 x	500	550	37
Myanmar	105	94	98	102	100 x	41	80	73	64	23	-	320 x	240	180
Namibie	102	99	98	117	101	55	95	70	81	81	13	450	180	160
Nauru	-	-	106	120	-	36	95	40	97	99	8	-	-	-
Népal	102	65	-	-	99	48	44	29	19	18	3	280 x	380	80
Nicaragua	109	100	98	113	126 x	72	90	78	74	74	20	67	100	300
Niger	102	35	80	60	102	18	46	15	33	17	1	650	820	16
Nigéria	103	69	88	77	100	15	58	45	39	35	2	550	840	23

◀ TABLEAU 8 : FEMMES

Pays et territoires	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes	Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%)	Taux de scolarisation : femmes par rapport aux hommes (%)		Taux de survie en dernière année primaire : femmes par rapport aux hommes (%)	Prévalence des contraceptifs (%)	Couverture pour les soins prénatals (%)		Couverture pour les soins à l'accouchement (%)			Taux de mortalité maternelle*		
			Taux brut primaire	Taux brut secondaire			Au moins une fois	Au moins quatre fois	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	Césarienne	2006-2010* déclaré	2008 ajusté	2008 risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :
Nioué	–	–	–	–	–	23 x	100	–	100	–	–	–	–	–
Norvège	106	–	100	98	–	88 x	–	–	–	–	16	–	7	7 600
Nouvelle-Zélande	105	–	101	104	–	–	–	–	–	–	23	–	14	3 800
Oman	107	90	98	96	–	24	99	86	99	99	14	17	20	1 600
Ouganda	102	78	101	84	103	24	94	47	42	41	3	440	430	35
Ouzbékistan	110	99	98	99	100	65	99	–	100	97	–	21	30	1 400
Pakistan	103	58	84	79	–	27	61	28	39	34	7	250	260	93
Palaos	–	–	103	98	–	21	100	88	100	–	–	–	–	–
Panama	107	99	97	108	–	52	96	–	89	88	–	60	71	520
Papouasie-Nouvelle-Guinée	107	89	–	–	–	32	79	55	53	52	–	730	250	94
Paraguay	106	98	97	105	–	79	96	91	82	85	33	130	95	310
Pays-Bas	105	–	99	98	–	69	–	–	–	100	14	–	9	7 100
Pérou	107	89	100	99	98	74	95	93	84	84	20	93	98	370
Philippines	110	101	98	109	107 x	51	91	78	62	44	10	160	94	320
Pologne	112	100	99	100	–	–	–	–	100 x	–	21	2	6	13 300
Portugal	108	96	97	104	–	67	100 x	–	100 x	–	31	–	7	9 800
Qatar	99	98	99	147	–	–	100	–	100	–	–	–	8	4 400
République arabe syrienne	104	86	96	99	100	54	88	64	96	78	26	65 x	46	610
République centrafricaine	107	61	71	56	92	19	69	–	44	56	–	540	850	27
République de Corée	109	–	98	96	–	80	–	–	–	–	32	–	18	4 700
République de Moldova	111	99	98	102	100	68 x	98 x	89 x	100	99	9 x	45	32	2 000
République démocratique du Congo	107	73	85	56	94	17	86	45	74	74	7	550	670	24
République démocratique populaire lao	104	77	91	81	105	38 x	35	–	20	17	–	410 x	580	49
République dominicaine	108	100	86	113	103	73	99	95	98	98	42	160	100	320
République populaire démocratique de Corée	110	100	–	–	–	69 x	100	94	100	95	13	77	250	230
République tchèque	108	–	100	101	–	–	–	–	100	–	20	2	8	8 500
République-Unie de Tanzanie	103	85	100	78	100 x	34	88	43	49	50	5	450	790	23
Roumanie	110	99	99	99	–	70 x	94 x	76 x	99	98 x	19 x	21	27	2 700
Royaume-Uni	105	–	100	102	–	84	–	–	–	–	26	–	12	4 700
Rwanda	105	89	101	95	106	52	98	35	69	69	3 x	750 x	540	35
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	102	108	–	54	100	–	100	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	101	104	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	106	–	93	104	–	48	100	–	99	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	107	–	97	103	–	–	99	–	100	–	–	–	–	–
Samoa	109	100	98	113	–	29	93	58	81	81	13	29 x	–	–
Sao Tomé-et-Principe	104	90	101	112	98	38	98	72	82	79	5	160	–	–
Sénégal	104	63	104	79	96	12 x	87 x	40 x	52 x	62 x	3 x	400 x	410	46
Serbie	106	97	99	103	100	41	98	–	99	99	19	9	8	7 500
Seychelles	–	101	102	105	–	–	–	–	–	–	–	57 x	–	–
Sierra Leone	103	57	–	–	99	8	87	56	42	25	2	860	970	21
Singapour	106	94	–	–	–	–	–	–	–	100 x	–	–	9	10 000
Slovaquie	111	–	99	101	–	–	97 x	–	100	–	24	10	6	13 300
Slovénie	109	100	99	100	–	–	100 x	–	100	–	–	10	18	4 100
Somalie	106	–	55	46	97	15	26	6	33	9	–	1 000	1 200	14
Soudan*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan du Sud*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	109	97	100	–	–	68	99	93	99	98	24	39	39	1 100
Suède	105	–	99	99	–	–	100 x	–	–	–	–	–	5	11 400
Suisse	106	–	100	96	–	–	–	–	–	–	30	–	10	7 600
Suriname	110	98	95	128	109	46	90	–	90	88	–	180	100	400
Swaziland	98	98	93	90	102	49	97	97	82	80	12	590	420	75
Tadjikistan	110	100	96	87	100	37	89	49	83	73	–	86	64	430
Tchad	106	52	70	41	98 x	5	53	23	23	16	2	1 100 x	1 200	14
Territoire palestinien occupé	105	94	100	107	–	50	99	–	99	97	15	–	–	–
Thaïlande	110	96	98	109	101	80	99	80	100	99	24	12 x	48	1 200
Timor-Leste	103	73	95	–	99	22	84	55	29	22	2	560	370	44
Togo	105	63	94	53	99	15	87	55	60	67	–	–	350	67
Tonga	108	100	–	–	–	23 x	99	–	98	–	–	140	–	–
Trinité-et-Tobago	111	99	96	107	102	43	96	–	98	97	–	–	55	1 100

Pays et territoires	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2010	Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%) 2005-2010*	Taux de scolarisation : femmes par rapport aux hommes (%)		Taux de survie en dernière année primaire : femmes par rapport aux hommes (%) 2006-2009*	Prévalence des contraceptifs (%) 2006-2010*	Couverture pour les soins prénatals (%)		Couverture pour les soins à l'accouchement (%)			Taux de mortalité maternelle [†] 2008		
			Taux brut primaire	Taux brut secondaire			Au moins une fois	Au moins quatre fois	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	Césarienne	risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :		
												2006-2010*	2006-2010*	2006-2010*
Tunisie	106	82	98	108	—	60	96	68	95	89 x	21	—	60	860
Turkménistan	114	100	—	—	100	48	99	83 x	100	98	3 x	12	77	500
Turquie	106	89	97	89	95 x	73	92	74	91	90	37	29 x	23	1 900
Tuvalu	—	—	—	—	—	31	97	67	98	93	7	—	—	—
Ukraine	118	100	100	98	100	67	99	75	99	99	10	16	26	3 000
Uruguay	110	101	97	113	—	78 x	96	90	100	—	34	34	27	1 700
Vanuatu	106	96	95	109	105	38	84	—	74	80	—	150	—	—
Venezuela (République bolivarienne du)	108	100	97	109	107 x	—	94 x	—	95 x	95 x	—	57	68	540
Viet Nam	105	95	—	—	99	80	91	29 x	88	64	10 x	69	56	850
Yémen	105	56	80	—	95	28	47	14 x	36	24	9 x	370 x	210	91
Zambie	102	76	99	—	96	41	94	60	47	48	3	590	470	38
Zimbabwe	97	94	—	—	107	59	90	57	66	65	5	730	790	42

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud [§]	106	76	90	88	98	8	64	—	49	19	5	1 100	750	32
--------------------------------------	-----	----	----	----	----	---	----	---	----	----	---	-------	-----	----

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	104	76	92	84	99	30	78	49	53	48	5	—	590	36
Afrique subsaharienne	104	76	92	79	99	23	78	47	50	46	3	—	640	31
Afrique de l'Est et australe	104	81	95	88	101	36	89	51	49	48	3	—	550	38
Afrique de l'Ouest et centrale	104	70	87	70	99	16	71	45	50	47	3	—	720	26
Moyen-Orient et Afrique du Nord	105	81	93	92	99	45	77	—	75	58	19	—	170	190
Asie	105	86	98	97	100 **	66	79	52 **	66	59	14	—	200	210
Asie du Sud	104	68	—	88	100	51	70	46	48	43	9	—	290	110
Asie de l'Est et Pacifique	105	94	101	105	—	78	92	79 **	90	79	22	—	88	600
Amérique latine et Caraïbes	109	98	97	108	—	74	96	87	90	87	38	—	85	480
ECO/CEI	113	98	99	96	—	69	95	—	97	93	—	—	34	1 700
Pays industrialisés	107	100	100	100	—	—	—	—	—	—	28	—	14	4 300
Pays en développement	105	86	96	96	99 **	61	80	56 **	66	59	14	—	290	120
Pays les moins avancés	104	75	93	82	100	33	73	40	46	41	5	—	590	37
Total mondial	106	90	96	97	99 **	63	81	56 **	67	60	15	—	260	140

Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

§ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Espérance de vie – Nombre d'années que vivrait un enfant nouveau-né s'il était exposé aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.

Taux d'alphabétisation des adultes – Nombre de personnes de 15 ans et plus capables de lire et écrire en comprenant un texte court et simple sur la vie de tous les jours, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.

Taux brut de scolarisation à l'école primaire – Nombre total d'enfants scolarisés dans le primaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total des enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école primaire.

Taux brut de scolarisation à l'école secondaire – Nombre total d'enfants scolarisés dans le secondaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total des enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école secondaire.

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Pourcentage d'enfants qui entrent en première année d'école primaire et qui atteignent à un moment donné la dernière année d'école primaire (données extraites d'enquêtes).

Prévalence de la contraception – Pourcentage de femmes en union (âgées de 15 à 49 ans) qui utilisent des moyens de contraception.

Couverture pour les soins prénatals – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont été examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent de santé qualifié (médecins, infirmiers, sages-femmes) et pourcentage examiné par un soignant quel qu'il soit au moins quatre fois.

Personnel soignant qualifié – Pourcentage de naissances assistées par un agent de santé qualifié (médecin, infirmier, sage-femme).

Accouchements en institution – Pourcentage de femmes (âgées de 15–49 ans) qui ont eu un enfant au cours des deux années précédant l'enquête et qui ont accouché dans un établissement de santé.

Césarienne – Pourcentage de naissances par césarienne. (On prévoit des taux de césarienne compris entre 5 % et 15 % avec des niveaux adéquats de soins obstétricaux d'urgence).

Taux de mortalité maternelle – Nombre de décès de femmes de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, pour 100 000 naissances vivantes, pendant la même période. La tête de colonne indiquant « déclaré » donne les chiffres déclarés par les pays; ceux-ci n'ont pas été ajustés compte tenu des erreurs de classement et du fait qu'une partie seulement des décès a été déclarée. La valeur des taux a été arrondie selon le schéma suivant : <100, valeur n'a pas été arrondie ; 100–999, arrondie à la dizaine la plus proche ; et >1,000, arrondie à la centaine la plus proche.

Risque de décès maternel sur la vie entière – Le risque de décès maternel sur la vie entière englobe la probabilité de débuter une grossesse et la probabilité de mourir des suites de cette grossesse cumulées pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Espérance de vie – Division de la population, Organisation des Nations Unies.

Alphabétisation des adultes – Institut de statistique, UNESCO (ISU).

Scolarisation, écoles primaires et secondaires – ISU.

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

Prévalence des contraceptifs – MICS, EDS et autres sources nationales représentatives ; Division de la population, Organisation des Nations Unies.

Couverture par les soins prénatals – MICS, EDS et autres sources nationales représentatives.

Naissance assistée par du personnel soignant qualifié – MICS, EDS et autres sources nationales représentatives.

Accouchements en institution – MICS, EDS et autres sources nationales représentatives.

Césarienne – EDS et autres sources nationales représentatives.

Taux de mortalité maternelle (déclaré) – Sources nationales représentatives, notamment enquêtes sur les ménages et état civil.

Taux de mortalité maternelle (ajusté) – Organisation mondiale de la Santé (OMS), UNICEF, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Banque mondiale.

Risque de décès maternel sur la vie entière – OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale.

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

* Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exception de la Chine.

† Les données relatives au taux de mortalité maternelle figurant dans la colonne intitulée « déclaré » se rapportent aux données déclarées par les autorités nationales. Les données dans la colonne intitulée « ajusté » proviennent des estimations du Groupe interinstitutions des Nations Unies de 2008 sur la mortalité maternelle, qui ont été publiées en 2010. Périodiquement, le Groupe interinstitutions des Nations Unies (Banque mondiale, OMS, UNFPA et UNICEF) produit des séries de données sur la mortalité maternelle qui sont comparables au plan international, qui comprennent des estimations pour les pays ne disposant pas de données et qui tiennent compte de problèmes bien répertoriés, comme le fait qu'une partie des décès maternels ne sont pas déclarés ou qu'ils sont mal classés. Veuillez noter qu'en raison de l'évolution de la méthodologie, ces valeurs ne sont pas comparables aux valeurs précédentes du taux de mortalité maternelle (TMM) « ajusté ». On trouvera des séries sur les TMM comparables pour les années 1990, 1995, 2000, 2005 et 2008 sur le site <childinfo.org>.

TABLEAU 9 : PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et territoires	Travail des enfants 2000-2010*			Mariage d'enfants 2000-2010*		Enregistrement des naissances 2000-2010*	Mutilations génitales féminines/excision 1997-2010*			Justification de la violence envers une épouse 2002-2010*		Discipline imposée par la violence** 2005-2010*		
	total	garçons	filles	Mariée à l'âge de 15 ans	Mariée à l'âge de 18 ans		prévalence			garçons	filles	total	garçons	filles
						femmes ^a	filles ^b	soutien à cette pratique ^c						
Afghanistan	13 y	17 y	9 y	—	39	6	—	—	—	—	—	—	—	—
Afrique du Sud	—	—	—	1	6	92 y	—	—	—	—	—	—	—	—
Albanie	12	14	9	0	10	99	—	—	—	36	30	75	78	71
Algérie	5 y	6 y	4 y	0	2	99	—	—	—	—	68	88	89	87
Allemagne	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Andorre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angola	24	22	25	—	—	29	—	—	—	—	—	—	—	—
Antigua-et-Barbuda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arabie saoudite	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Argentine	7 y	8 y	5 y	—	—	91 y	—	—	—	—	—	—	—	—
Arménie	4 y	—	—	0	10	96	—	—	—	31	22	—	—	—
Australie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Autriche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Azerbaïdjan	7 y	8 y	5 y	1	12	94	—	—	—	58	49	75	79	71
Bahamas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bahreïn	5	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	13	18	8	32	66	10	—	—	—	36	36	—	—	—
Barbade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bélarus	5	6	4	0	7	—	—	—	—	—	—	84	87	80
Belgique	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belize	40	39	42	—	—	94	—	—	—	—	12	71	71	71
Bénin	46	47	45	8	34	60	13	2	1	14	47	—	—	—
Bhoutan	18	18	19	6	26	100	—	—	—	—	68	—	—	—
Bolivie (État plurinational de)	26 y	28 y	24 y	3	22	74	—	—	—	—	16	—	—	—
Bosnie-Herzégovine	5	7	4	0	6	100	—	—	—	—	5	38	40	36
Botswana	9 y	11 y	7 y	—	—	72	—	—	—	—	—	—	—	—
Brésil	3 y	4 y	2 y	11	36	91 y	—	—	—	—	—	—	—	—
Brunéi Darussalam	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bulgarie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Burkina Faso	38	39	36	5	48	64	73	25	11	—	71	83	84	82
Burundi	19	19	19	3	18	60	—	—	—	—	—	—	—	—
Cambodge	39	39	38	3	23	66	—	—	—	—	55	—	—	—
Cameroun	31	31	30	11	36	70	1	1	7	—	56	93	93	93
Canada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cap-Vert	3 y	4 y	3 y	3	18	91	—	—	—	16 y	17	—	—	—
Chili	3	3	2	—	—	99	—	—	—	—	—	—	—	—
Chine	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chypre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombie	9 y	12 y	6 y	6	23	97	—	—	—	—	—	—	—	—
Comores	27	26	28	—	—	83	—	—	—	—	—	—	—	—
Congo	25	24	25	7	33	81 y	—	—	—	—	76	—	—	—
Costa Rica	5	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Côte d'Ivoire	35	36	34	8	35	55	36	9	20	—	65	91	91	91
Croatie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	—	—	—	—	—	100 y	—	—	—	—	—	—	—	—
Danemark	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Djibouti	8	8	8	2	5	89	93	49	37	—	—	72	73	71
Dominique	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Égypte	7	8	5	2	17	99	91	24 y	54	—	39 y	92 y	—	—
El Salvador	5 y	7 y	3 y	5	25	99	—	—	—	—	—	—	—	—
Émirats arabes unis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Équateur	8	7	8	4	22	90	—	—	—	—	—	—	—	—
Érythrée	—	—	—	20	47	—	89	63	49	—	71	—	—	—
Espagne	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estonie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
États-Unis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Éthiopie	53	59	46	24	49	7	74	38	—	52 y	81	—	—	—
ex-République yougoslave de Macédoine	6	7	5	0	4	94	—	—	—	—	21	72	77	67
Fédération de Russie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fidji	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	72 y	—	—
Finlande	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Pays et territoires	Travail des enfants 2000–2010*			Mariage d'enfants 2000–2010*		Enregistrement des naissances 2000–2010*	Mutilations génitales féminines/excision 1997–2010*			Justification de la violence envers une épouse 2002–2010*		Discipline imposée par la violence** 2005–2010*		
	total	garçons	filles	Mariée à l'âge de 15 ans	Mariée à l'âge de 18 ans		total	prévalence		attitudes	garçons	filles	total	garçons
						femmes ^a		filles ^b	soutien à cette pratique ^c					
France	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	–	–	–	11	34	89	–	–	–	–	–	–	–	–
Gambie	25	20	29	7	36	55	78	64	71	–	74	87	86	87
Géorgie	18	20	17	3	17	92	–	–	–	–	7	67	70	63
Ghana	34	34	34	5	25	71	4	1	2	22	37	90	91	89
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	21 y	–	–	8	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinée	25	26	24	20	63	43	96	57	69	–	86	–	–	–
Guinée-Bissau	57	55	60	7	22	24	50	39	34	–	40	82	82	81
Guinée équatoriale	28	28	28	–	–	32	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	16	17	16	4	20	93	–	–	–	–	18	76	79	74
Haïti	21	22	19	6	30	81	–	–	–	–	29	–	–	–
Honduras	16	16	15	11	39	94	–	–	–	–	16	–	–	–
Hongrie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	–	–	6	26	96	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Salomon	–	–	–	3	22	80	–	–	–	65	69	72 y	–	–
Inde	12	12	12	18	47	41	–	–	–	51	54	–	–	–
Indonésie	7 y	8 y	6 y	4	22	53	–	–	–	16 y	31 y	–	–	–
Iran (République islamique d')	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	11	12	9	3	17	95	–	–	–	–	59	86	87	84
Irlande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israël	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	6	7	5	1	9	89	–	–	–	–	6	89	90	87
Japon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	–	–	–	1	10	–	–	–	–	–	90 y	–	–	–
Kazakhstan	2	2	2	1	7	99	–	–	–	–	10	54	57	51
Kenya	26	27	25	6	26	60	27	–	9	44	53	–	–	–
Kirghizistan	4	4	3	1	10	94	–	–	–	–	38	54	58	49
Kiribati	–	–	–	–	–	92	–	–	–	–	–	81 y	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23	25	21	2	19	45	–	–	–	48	37	–	–	–
Lettonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liban	7	8	6	–	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	21	21	21	11	38	4 y	58	–	–	30	59	94	94	94
Libye	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	28 y	29 y	27 y	14	48	80	–	–	–	30	32	–	–	–
Malaisie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	26	25	26	9	50	–	–	–	–	16 y	28	–	–	–
Maldives	–	–	–	0	4	93	–	–	–	14 y	31 y	–	–	–
Mali	36	33	38	15	55	81	85	69	76	–	87	–	–	–
Malte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	8	9	8	3	16	85 y	–	–	–	–	64	–	–	–
Maurice	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	16	18	15	15	35	56	72	66	53	–	–	–	–	–
Mexique	5	6	5	5	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	18	19	17	–	4	98	–	–	–	–	20	81	83	79
Monténégro	10	12	8	0	5	98	–	–	–	–	11	63	64	61
Mozambique	22	21	24	17	52	31	–	–	–	–	36	–	–	–
Myanmar	–	–	–	–	–	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibie	–	–	–	2	9	67	–	–	–	41	35	–	–	–
Nauru	–	–	–	2	27	83	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	34 y	30 y	38 y	10	51	35	–	–	–	22	23	–	–	–
Nicaragua	15	18	11	10	41	81	–	–	–	–	14	–	–	–

◀ TABLEAU 9 : PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et territoires	Travail des enfants 2000–2010*			Mariage d'enfants 2000–2010*		Enregistrement des naissances 2000–2010*	Mutilations génitales féminines/excision 1997–2010*			Justification de la violence envers une épouse 2002–2010*		Discipline imposée par la violence** 2005–2010*		
	total	garçons	filles	Mariée à l'âge de 15 ans	Mariée à l'âge de 18 ans		prévalence			garçons	filles	total	garçons	filles
							femmes ^a	filles ^b	soutien à cette pratique ^c					
Niger	43	43	43	36	75	32 y	2	1	3	–	70	–	–	–
Nigéria	29	29	29	17	39	30	30 y	30 y	22	30	43	–	–	–
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	25 y	27 y	24 y	12	46	21	1	–	–	60	70	–	–	–
Ouzbékistan	–	–	–	0	7	100	–	–	–	59 y	70	–	–	–
Pakistan	–	–	–	7	24	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	7 y	10 y	4 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–	2	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	15	17	12	–	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	34 y	31 y	36 y	3	20	93	–	–	–	–	–	–	–	–
Philippines	–	–	–	2	14	83	–	–	–	–	14	–	–	–
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	3 y	4 y	3 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	4	5	3	3	13	95	–	–	–	–	–	89	90	88
République centrafricaine	47	44	49	21	61	49	26	7	14	–	–	89	90	87
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	16	20	12	1	19	98	–	–	–	22 y	21	–	–	–
République démocratique du Congo	42	36	48	8	39	28	–	–	–	–	76	92	92	91
République démocratique populaire lao	11	10	13	–	–	72	–	–	–	–	81	74	75	72
République dominicaine	10	12	7	14	40	78	–	–	–	8	4	83	85	82
République populaire démocratique de Corée	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
République tchèque	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	21 y	23 y	19 y	7	37	16	15	3	6	38	54	–	–	–
Roumanie	1	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	35	36	35	1	13	82	–	–	–	–	48	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et- les Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	48	–	–	–	46	61	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	8	8	7	5	34	75	–	–	–	22	20	–	–	–
Sénégal	22	24	21	10	39	55	28	20	18	–	65	–	–	–
Serbie	4	5	4	1	6	99	–	–	–	–	6	75	75	74
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	48	49	48	19	48	51	91	33	66	58	65	92	92	93
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	49	45	54	8	45	3	98	46	65	–	76 y	–	–	–
Soudan ^a	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan du Sud ^a	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	2	12	97	–	–	–	–	53 y	–	–	–
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	6	7	5	3	19	97	–	–	–	–	13	86	87	85
Swaziland	9	9	9	1	5	30	–	–	–	41	38	–	–	–
Tadjikistan	10	9	11	1	13	88	–	–	–	–	74 y	78	80	75
Tchad	48	44	52	35	72	9	44	–	38	–	–	84	85	84
Territoire palestinien occupé	–	–	–	7	19	96 y	–	–	–	–	–	95	–	–
Thaïlande	8	8	8	3	20	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	4	4	4	3	19	55	–	–	–	81	86	–	–	–
Togo	47	44	49	6	25	78	4	0 y	2	–	53	93	94	93

Pays et territoires	Travail des enfants 2000–2010*			Mariage d'enfants 2000–2010*		Enregistrement des naissances 2000–2010*	Mutilations génitales féminines/excision 1997–2010*			Justification de la violence envers une épouse 2002–2010*		Discipline imposée par la violence** 2005–2010*		
				Mariée à l'âge de 15 ans	Mariée à l'âge de 18 ans		total	prévalence		attitudes	garçons	filles	total	garçons
	femmes ^a	filles ^b	soutien à cette pratique ^c											
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	1	1	1	2	8	96	–	–	–	–	8	77	78	77
Tunisie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	–	–	–	1	7	96	–	–	–	–	38 y	–	–	–
Turquie	3 y	3 y	2 y	3	14	94	–	–	–	–	25	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	50	–	–	–	73	70	–	–	–
Ukraine	7	8	7	0	10	100	–	–	–	11	4	70	76	65
Uruguay	8 y	8 y	8 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	9	27	26	–	–	–	–	–	78 y	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	8	9	6	–	–	92	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	16	15	16	1	10	88	–	–	–	–	64	94	95	92
Yémen	23	21	24	11	32	22	23 y	20 y	41 y	–	–	95	95	95
Zambie	41 y	42 y	40 y	9	42	14	1	–	–	49	62	–	–	–
Zimbabwe	–	–	–	4	30	38	–	–	–	–	49	–	–	–

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^δ	13	14	12	12	34	33	89	43 y	45	–	–	–	–	–
--------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	------	----	---	---	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	29	30	29	11	34	44	47	27	28	–	57	–	–	–
Afrique subsaharienne	32	33	32	12	38	38	41	27	23	38	58	–	–	–
Afrique de l'Est et australe	33	35	31	11	35	35	42	–	–	45	59	–	–	–
Afrique de l'Ouest et centrale	34	33	35	14	41	41	33	24	22	29	57	–	–	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	10	11	9	4	18	75	–	–	–	–	–	90	–	–
Asie	12**	12**	12**	14**	39**	44**	–	–	–	44**	48**	–	–	–
Asie du Sud	13	13	12	18	46	36	–	–	–	49	52	–	–	–
Asie de l'Est et Pacifique	10**	11**	10**	3**	18**	72**	–	–	–	–	36**	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	8	9	7	8	29	91	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CEI	5	5	4	1	11	96	–	–	–	–	27	–	–	–
Pays industrialisés	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays en développement	17**	17**	16**	12**	35**	51**	–	–	–	43**	49**	–	–	–
Pays les moins avancés	29	30	28	17	47	31	–	–	–	39	55	–	–	–
Total mondial	17**	17**	16**	12**	35**	51**	–	–	–	–	48**	–	–	–

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Travail des enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 14 ans qui avaient un travail au moment de l'enquête. Un enfant est considéré comme se livrant au travail des enfants dans les cas suivants : (a) enfants de 5 à 11 ans qui, pendant la semaine précédant l'enquête, se sont livrés à une activité économique pendant au moins une heure ou ont effectué des corvées ménagères pendant au moins 28 heures et, (b) enfants de 12 à 14 ans qui, pendant la semaine précédant l'enquête, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures ou ont effectué des corvées ménagères pendant au moins 28 heures.

Mariage d'enfants – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 15 ans et pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 18 ans.

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui étaient enregistrés au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur ou ceux dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que la naissance a été enregistrée.

Mutilations génitales féminines/excision – (a) **Femmes** : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été mutilées/excisées. (b) **Filles** : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont au moins une fille qui a été mutilée/excisée. (c) **Soutien à cette pratique** : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui pensent qu'il convient de poursuivre la coutume des mutilations génitales féminines et de l'excision.

Justification de la violence envers une épouse – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui estiment qu'un mari est en droit de frapper ou de battre son épouse dans au moins l'un des cas suivants : si elle brûle le repas, se dispute avec lui, sort sans le lui dire, néglige les enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels.

Discipline imposée par la violence – Pourcentage d'enfants âgés de 2 à 14 ans à qui l'on impose la discipline par la violence (agression psychologique et/ou châtements corporels).

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Travail des enfants – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et autres enquêtes nationales.

Mariage d'enfants – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Enregistrement des naissances – MICS, EDS autres enquêtes nationales et systèmes d'enregistrement de l'état civil.

Mutilations génitales féminines/excision – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Attitudes face à la violence à l'égard d'une épouse – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Discipline imposée par la violence – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

NOTES

– Données non disponibles.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

** Pour de plus amples détails sur la méthodologie utilisée et les changements apportés au calcul de ces estimations, veuillez consulter la Note générale sur les données, page 86.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exception de la Chine.

Classement des pays par régions

Les moyennes présentées à la fin de chacun des 13 tableaux statistiques sont calculées à partir de données fournies par les pays et territoires classés comme suit :

Afrique

Afrique subsaharienne; Afrique du Nord (Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Tunisie)

Afrique subsaharienne

Afrique de l'Est et australe; Afrique de l'Ouest et centrale; Djibouti et Soudan¹;

Afrique de l'Est et australe

Afrique du Sud; Angola; Botswana; Burundi; Comores; Érythrée; Éthiopie; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Maurice; Mozambique; Namibie; Ouganda; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Seychelles; Somalie; Soudan du Sud¹; Swaziland; Zambie; Zimbabwe

Afrique de l'Ouest et centrale

Bénin; Burkina Faso; Cameroun; Cap-Vert; Congo; Côte d'Ivoire; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Libéria; Mali; Mauritanie; Niger; Nigéria; République centrafricaine; République démocratique du Congo; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Tchad; Togo

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie; Arabie saoudite; Bahreïn; Djibouti; Émirats arabes unis; Égypte; Iran (République islamique d'); Iraq; Jordanie; Koweït; Liban; Libye; Maroc; Oman; Qatar; République arabe syrienne; Soudan¹; Territoire palestinien occupé; Tunisie; Yémen

Asie

Asie du Sud, Asie de l'Est et Pacifique

Asie du Sud

Afghanistan; Bangladesh; Bhoutan; Inde; Maldives; Népal; Pakistan; Sri Lanka

Asie de l'Est et Pacifique

Brunéi Darussalam; Cambodge; Chine; Fidji; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Indonésie; Kiribati; Malaisie; Micronésie (États fédérés de); Mongolie; Myanmar; Nauru; Nioué; Palaos; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Philippines; République de Corée;

République démocratique populaire lao; République populaire démocratique de Corée; Samoa; Singapour; Thaïlande; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnam

Amérique latine et Caraïbes

Antigua-et-Barbuda; Argentine; Bahamas; Barbade; Belize; Bolivie (État plurinational de); Brésil; Chili; Colombie; Costa Rica; Cuba; Dominique; El Salvador; Équateur; Grenade; Guatemala; Guyana; Haïti; Honduras; Jamaïque; Mexique; Nicaragua; Panama; Paraguay; Pérou; République dominicaine; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les Grenadines; Sainte-Lucie; Suriname; Trinité-et-Tobago; Uruguay; Venezuela (République bolivarienne du)

ECO/CEI

Albanie; Arménie; Azerbaïdjan; Bélarus; Bosnie-Herzégovine; Bulgarie; Croatie; ex-République yougoslave de Macédoine; Fédération de Russie; Géorgie; Kazakhstan; Kirghizistan; Monténégro; Ouzbékistan; République de Moldova; Roumanie; Serbie; Tadjikistan; Turkménistan; Turquie; Ukraine

Pays/territoires industrialisés

Les pays et territoires industrialisés sont définis comme étant ceux qui ne figurent pas dans le Classement par région de l'UNICEF.

Allemagne; Andorre; Australie; Autriche; Belgique; Canada; Chypre; Danemark; Espagne; Estonie; États-Unis; Finlande; France; Grèce; Hongrie; Irlande; Islande; Israël; Italie; Japon; Lettonie; Liechtenstein; Lituanie; Luxembourg; Malte; Monaco; Norvège; Nouvelle-Zélande; Pays-Bas; Pologne; Portugal; République tchèque; Royaume-Uni; Saint-Marin; Saint-Siège; Slovaquie; Slovaquie; Suède; Suisse

Pays/territoires en développement

Ce classement n'est fait qu'à des fins d'analyse statistique. Il n'existe aucune convention dans le système des Nations Unies portant sur la désignation de pays ou territoires « développés » ou « en développement ».

Afghanistan; Afrique du Sud; Algérie; Angola; Antigua-et-Barbuda; Arabie saoudite; Argentine; Arménie; Azerbaïdjan;

Bahamas; Bahreïn; Bangladesh; Barbade; Belize; Bénin; Bhoutan; Bolivie (État plurinational de); Botswana; Brésil; Brunéi Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cameroun; Cap-Vert; Chili; Chine; Chypres; Colombie; Comores; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Djibouti; Dominique; Égypte; El Salvador; Émirats arabes unis; Équateur; Érythrée; Éthiopie; Fidji; Gabon; Gambie; Géorgie; Ghana; Grenade; Guatemala; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Guyana; Haïti; Honduras; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Inde; Indonésie; Iran, République islamique d'; Iraq; Israël; Jamaïque; Jordanie; Kazakhstan; Kenya; Kirghizistan; Kiribati; Koweït; Lesotho; Liban; Libéria; Libye; Madagascar; Malaisie; Malawi; Maldives; Mali; Maroc; Maurice; Mauritanie; Mexique; Micronésie, États fédérés de; Mongolie; Mozambique; Myanmar; Namibie; Nauru; Népal; Nicaragua; Niger; Nigéria; Nioué; Oman; Ouganda; Ouzbékistan; Pakistan; Palaos; Panama; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Paraguay; Pérou; Philippines; Qatar; République arabe syrienne; République centrafricaine; République de Corée; République démocratique du Congo; République populaire démocratique de Corée; République démocratique populaire lao; République dominicaine; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les Grenadines; Sainte-Lucie; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Singapour; Somalie; Soudan¹; Soudan du Sud¹; Sri Lanka; Suriname; Swaziland; Tadjikistan; Tchad; Territoire palestinien occupé; Thaïlande; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinité-et-Tobago; Tunisie; Turkménistan; Turquie; Tuvalu; Uruguay; Vanuatu; Venezuela, République bolivarienne du; Viet Nam; Yémen, Zambie; Zimbabwe

Pays/territoires les moins avancés

Selon le classement des Nations Unies.

Afghanistan; Angola; Bangladesh; Bénin; Bhoutan; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Comores; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Gambie; Guinée; Guinée équatoriale; Guinée-Bissau; Haïti; Îles Salomon; Kiribati; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Maldives;

Mali; Mauritanie; Mozambique; Myanmar; Népal; Niger; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique populaire lao; République démocratique du Congo; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Somalie; Soudan¹; Soudan du Sud¹; Tchad; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Vanuatu; Yémen; Zambie

Mesurer le développement humain

Introduction au Tableau 10

Si l'on veut mesurer le développement en l'évaluant de manière globale en incluant de nombreux facteurs, il faut mettre au point une méthode capable de mesurer à la fois le progrès social et économique. Du point de vue de l'UNICEF, il est particulièrement nécessaire de se doter d'une méthode jouissant de l'assentiment général pour évaluer le bien-être des enfants et son évolution.

Le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) est utilisé dans le tableau 10 (pages 126 à 129) comme l'indicateur principal de ce progrès. En 1970, près de 16,6 millions d'enfants mouraient chaque année. En 2010, en comparaison, le nombre estimatif d'enfants qui sont décédés avant d'avoir 5 ans était de 7,6 millions, un bilan qui met en évidence le recul important à long terme du nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année dans le monde.

Le TMM5 présente plusieurs avantages en tant qu'indicateur du bien-être de l'enfant :

- Premièrement, il mesure un résultat final du processus de développement plutôt qu'un « intrant », comme le niveau de scolarisation, le nombre de calories disponibles par habitant ou le nombre de médecins pour 1 000 habitants – qui sont autant de moyens de parvenir à un résultat.
- Deuxièmement, le TMM5 est la somme d'un large éventail d'interventions : les antibiotiques pour lutter contre la pneumonie; les moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme; le bien-être nutritionnel et les connaissances des mères en matière de santé; le taux de vaccination et d'utilisation de la thérapie de réhydratation orale; l'accès aux services de santé maternelle et infantile, y compris aux soins prénatals; le revenu et la présence de nourriture au foyer; l'approvisionnement en eau potable et les systèmes d'assainissement de base; de même que la sécurité globale de l'environnement de l'enfant.
- Troisièmement, contrairement, par exemple, au revenu national brut (RNB) par habitant, le TMM5 court moins le risque, propre aux moyennes, d'être déformé, tout simplement parce que l'ordre naturel ne donne pas aux enfants des riches mille fois plus de chances de survivre qu'aux enfants

des pauvres, même si les conditions créées par l'homme leur permettent de disposer d'un revenu mille fois plus élevé. En d'autres termes, il est très difficile pour une minorité aisée d'influer sur le TMM5 d'un pays. Cet indicateur offre donc un panorama plus juste, même s'il est loin d'être parfait, de l'état de santé de la majorité des enfants et de la société dans son ensemble.

Les progrès réalisés pour réduire le TMM5 peuvent se mesurer en calculant le taux annuel moyen de réduction (TAMR). À l'inverse des comparaisons de chiffres absolus, le TAMR exprime le fait que la réduction est de plus en plus difficile à mesurer que l'on tend vers les limites inférieures du TMM5.

Ainsi, lorsqu'on se rapproche de ces limites, une diminution identique en termes absolus représente une réduction plus élevée en pourcentage. Le TAMR traduit donc un taux de progrès plus élevé pour une régression de 10 points, par exemple, si cette dernière intervient lorsque le TMM5 est déjà relativement bas. Une baisse du TMM5 de 100 à 90 représente une régression de 10 %, alors qu'une baisse de 20 à 10, de 10 points également, indique une réduction de 50 %. (Une valeur négative pour la réduction du pourcentage indique une augmentation du TMM5 au cours de la période spécifiée).

Utilisé en conjonction avec le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB), le TMM5 et son taux de réduction peuvent donner une bonne idée du progrès accompli en vue de satisfaire certains des besoins humains les plus essentiels, dans un pays, territoire ou région et pendant une période donnée.

Le tableau 10 indique qu'il n'existe pas de relation fixe entre le taux annuel de réduction du TMM5 et le taux annuel de croissance du PIB par habitant. Ce genre de comparaison permet de mettre en lumière le rapport entre le progrès économique et le développement humain.

Enfin, ce tableau donne le taux global de fécondité pour chaque pays et territoire et son taux annuel moyen de réduction. Il permet de constater que, dans de nombreux pays où le TMM5 a fortement baissé, les taux de fécondité ont également reculé de manière significative.

¹ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles, pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession et ces données sont incluses dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, ainsi que dans toutes les autres catégories conformément au classement régional figurant à la page 124.

TABLEAU 10 : LE TAUX DU PROGRÈS

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans				Taux annuel moyen de réduction (%) ^{a)}				Réduction depuis 1990 (%) ^{b)}	Réduction depuis 2000 (%) ^{b)}	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de réduction (%) ^{a)}	
		1970	1990	2000	2010	1970-1990	1990-2000	2000-2010	1990-2010			1970-1990	1990-2010	1970	1990	2010	1970-1990	1990-2010
Afghanistan	11	314	209	151	149	2,0	3,3	0,1	1,7	29	1	-	-	7,7	8,0	6,3	-0,2	1,2
Afrique du Sud	51	-	60	78	57	-	-2,6	3,1	0,3	5	27	0,1	1,3	5,6	3,7	2,5	2,1	2,0
Albanie	108	-	41	29	18	-	3,5	4,8	4,1	56	38	-0,7 x	5,4	4,9	3,2	1,5	2,1	3,7
Algérie	69	181	68	49	36	4,9	3,3	3,1	3,2	47	27	1,6	1,5	7,4	4,7	2,3	2,3	3,7
Allemagne	172	26	9	5	4	5,3	5,9	2,2	4,1	56	20	2,3	1,3	2,0	1,4	1,4	1,9	-0,2
Andorre	172	-	9	5	4	-	5,9	2,2	4,1	56	20	-	-	-	-	-	-	-
Angola	8	-	243	200	161	-	1,9	2,2	2,1	34	20	-	4,2	7,3	7,2	5,4	0,1	1,4
Antigua-et-Barbuda	145	-	26	15	8	-	5,5	6,3	5,9	69	47	8,3 x	1,7	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	108	179	45	26	18	6,9	5,5	3,7	4,6	60	31	-1,4	0,4 x	7,3	5,8	2,8	1,1	3,7
Argentine	126	70	27	20	14	4,8	3,0	3,6	3,3	48	30	-0,7	2,1	3,1	3,0	2,2	0,1	1,5
Arménie	98	-	55	33	20	-	5,1	5,0	5,1	64	39	-	6,1	3,2	2,5	1,7	1,2	1,9
Australie	165	21	9	6	5	4,2	4,1	1,8	2,9	44	17	1,5	2,3 x	2,7	1,9	1,9	1,9	-0,2
Autriche	172	29	9	6	4	5,9	4,1	4,1	4,1	56	33	2,4	1,8	2,3	1,5	1,4	2,4	0,3
Azerbaïdjan	63	-	93	67	46	-	3,3	3,8	3,5	51	31	-	5,5	4,6	3,0	2,2	2,2	1,6
Bahamas	118	31	22	17	16	1,7	2,6	0,6	1,6	27	6	1,9	1,0	3,5	2,6	1,9	1,5	1,7
Bahreïn	139	84	17	12	10	8,0	3,5	1,8	2,7	41	17	-1,3 x	2,8 x	6,5	3,7	2,5	2,8	1,9
Bangladesh	61	234	143	86	48	2,5	5,1	5,8	5,5	66	44	0,4	3,5	6,9	4,5	2,2	2,1	3,5
Barbade	98	47	18	17	20	4,8	0,6	-1,6	-0,5	-11	-18	1,7	0,8 x	3,1	1,7	1,6	2,9	0,6
Bélarus	156	-	17	14	6	-	1,9	8,5	5,2	65	57	-	4,5	2,3	1,9	1,4	1,0	1,4
Belgique	172	24	10	6	4	4,4	5,1	4,1	4,6	60	33	2,2	1,6	2,2	1,6	1,8	1,7	-0,7
Belize	113	-	44	27	17	-	4,9	4,6	4,8	61	37	2,9	1,9	6,3	4,5	2,8	1,7	2,4
Bénin	20	259	178	143	115	1,9	2,2	2,2	2,2	35	20	0,3	1,2	6,7	6,7	5,3	0,0	1,2
Bhoutan	52	285	139	89	56	3,6	4,5	4,6	4,5	60	37	-	5,3	6,7	5,8	2,4	0,7	4,4
Bolivie (État plurinational de)	55	225	121	82	54	3,1	3,9	4,2	4,0	55	34	-1,1	1,5	6,6	4,9	3,3	1,5	1,9
Bosnie-Herzégovine	145	-	19	10	8	-	6,4	2,2	4,3	58	20	-	8,9 x	2,9	1,7	1,1	2,6	2,0
Botswana	61	127	59	96	48	3,8	-4,9	6,9	1,0	19	50	8,2	3,5	6,6	4,7	2,8	1,7	2,7
Brésil	103	129	59	36	19	3,9	4,9	6,4	5,7	68	47	2,3	1,5	5,0	2,8	1,8	2,9	2,1
Brunéï Darussalam	152	-	12	9	7	-	2,9	2,5	2,7	42	22	-2,2 x	-0,4 x	5,8	3,5	2,0	2,4	2,7
Bulgarie	130	39	22	21	13	2,9	0,5	4,8	2,6	41	38	3,4 x	3,3	2,2	1,7	1,5	1,1	0,7
Burkina Faso	3	286	205	191	176	1,7	0,7	0,8	0,8	14	8	1,4	2,4	6,6	6,8	5,9	-0,2	0,8
Burundi	14	226	183	164	142	1,1	1,1	1,4	1,3	22	13	1,1	-1,6	6,8	6,5	4,3	0,2	2,0
Cambodge	58	-	121	103	51	-	1,6	7,0	4,3	58	50	-	6,3 x	5,9	5,7	2,6	0,2	4,0
Cameroun	15	214	137	148	136	2,2	-0,8	0,8	0,0	1	8	3,4	0,6	6,2	5,9	4,5	0,2	1,4
Canada	156	22	8	6	6	5,1	2,9	0,0	1,4	25	0	2,0	1,9	2,2	1,7	1,7	1,5	0,0
Cap-Vert	69	151	59	46	36	4,7	2,5	2,5	2,5	39	22	-	4,2	6,9	5,3	2,4	1,3	4,0
Chili	142	82	19	11	9	7,3	5,5	2,0	3,7	53	18	1,5	3,4	4,0	2,6	1,9	2,1	1,7
Chine	108	110	48	33	18	4,1	3,7	6,1	4,9	63	45	6,6	9,2	5,5	2,3	1,6	4,3	1,9
Chypre	172	-	11	7	4	-	4,5	5,6	5,1	64	43	5,9 x	2,1 x	2,6	2,4	1,5	0,4	2,5
Colombie	103	106	37	27	19	5,3	3,2	3,5	3,3	49	30	1,9	1,5	5,6	3,1	2,4	2,9	1,3
Comores	34	222	125	104	86	2,9	1,8	1,9	1,9	31	17	0,1 x	-0,4	7,1	5,6	4,9	1,2	0,6
Congo	29	150	116	104	93	1,3	1,1	1,1	1,1	20	11	3,1	0,7	6,3	5,4	4,5	0,8	0,8
Costa Rica	139	72	17	13	10	7,2	2,7	2,6	2,7	41	23	0,7	2,6	5,0	3,2	1,8	2,3	2,7
Côte d'Ivoire	18	235	151	148	123	2,2	0,2	1,9	1,0	19	17	-1,9	-1,0	7,9	6,3	4,4	1,2	1,7
Croatie	156	-	13	8	6	-	4,9	2,9	3,9	54	25	-	2,9	2,0	1,7	1,5	0,9	0,7
Cuba	156	40	13	9	6	5,6	3,7	4,1	3,9	54	33	3,9	2,6 x	4,0	1,8	1,5	4,2	0,9
Danemark	172	16	9	6	4	2,9	4,1	4,1	4,1	56	33	2,0	1,5	2,1	1,7	1,9	1,2	-0,6
Djibouti	31	-	123	106	91	-	1,5	1,5	1,5	26	14	-	-1,4 x	7,4	6,2	3,8	0,9	2,5
Dominique	133	54	17	15	12	5,8	1,3	2,2	1,7	29	20	4,7 x	1,7	-	-	-	-	-
Égypte	91	237	94	47	22	4,6	6,9	7,6	7,3	77	53	4,1	2,7	5,9	4,4	2,7	1,6	2,3
El Salvador	118	161	62	34	16	4,8	6,0	7,5	6,8	74	53	-1,9	2,6	6,2	4,0	2,3	2,3	2,8
Émirats arabes unis	152	91	22	12	7	7,1	6,1	5,4	5,7	68	42	-4,9 x	0,5 x	6,6	4,4	1,7	2,0	4,6
Équateur	98	139	52	33	20	4,9	4,5	5,0	4,8	62	39	1,3	1,7	6,3	3,7	2,5	2,7	2,0
Érythrée	49	-	141	93	61	-	4,2	4,2	4,2	57	34	-	-1,5 x	6,6	6,2	4,5	0,3	1,7
Espagne	165	29	11	7	5	4,8	4,5	3,4	3,9	55	29	1,9	2,1	2,9	1,3	1,5	3,8	-0,4
Estonie	165	-	21	13	5	-	4,8	9,6	7,2	76	62	1,5 x	5,0	2,1	1,9	1,7	0,4	0,7
États-Unis	145	23	11	9	8	3,7	2,0	1,2	1,6	27	11	2,1	1,8	2,2	1,9	2,1	0,7	-0,3
Éthiopie	23	247	184	141	106	1,5	2,7	2,9	2,8	42	25	-	2,9	6,8	7,1	4,2	-0,2	2,6
ex-République yougoslave de Macédoine	133	-	39	16	12	-	8,9	2,9	5,9	69	25	-	1,0	3,1	2,1	1,4	1,9	2,0
Fédération de Russie	133	40	27	23	12	2,0	1,6	6,5	4,1	56	48	-	2,1	2,0	1,9	1,5	0,3	1,1
Fidji	113	54	30	23	17	2,9	2,7	3,0	2,8	43	26	0,7	1,2	4,5	3,4	2,7	1,5	1,2
Finlande	186	16	7	4	3	4,1	5,6	2,9	4,2	57	25	2,9	2,6	1,9	1,7	1,9	0,3	-0,3
France	172	18	9	5	4	3,5	5,9	2,2	4,1	56	20	2,2	1,3	2,5	1,8	2,0	1,8	-0,6

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans				Taux annuel moyen de réduction (%) ^b				Réduction depuis 1990 (%) ^e	Réduction depuis 2000 (%) ^e	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de réduction (%) ^b	
		1970	1990	2000	2010	1970-1990	1990-2000	2000-2010	1990-2010			1970-1990	1990-2010	1970	1990	2010	1970-1990	1990-2010
Gabon	43	—	93	88	74	—	0,6	1,7	1,1	20	16	0,2	-0,9	4,7	5,2	3,3	-0,5	2,3
Gambie	28	285	165	128	98	2,7	2,5	2,7	2,6	41	23	0,7	0,1	6,1	6,1	4,9	0,0	1,1
Géorgie	91	—	47	33	22	—	3,5	4,1	3,8	53	33	—	2,7	2,6	2,2	1,6	0,9	1,7
Ghana	43	185	122	99	74	2,1	2,1	2,9	2,5	39	25	-2,0	2,4	7,0	5,6	4,2	1,1	1,5
Grèce	172	38	13	8	4	5,4	4,9	6,9	5,9	69	50	1,3	2,6	2,4	1,4	1,5	2,5	-0,3
Grenade	136	—	21	15	11	—	3,4	3,1	3,2	48	27	4,2 x	2,9	4,6	3,8	2,2	0,9	2,7
Guatemala	76	171	78	49	32	3,9	4,6	4,3	4,5	59	35	0,2	1,3	6,2	5,6	4,0	0,6	1,7
Guinée	17	317	229	175	130	1,6	2,7	3,0	2,8	43	26	—	1,2	6,8	6,7	5,2	0,1	1,3
Guinée-Bissau	10	—	210	177	150	—	1,7	1,7	1,7	29	15	0,1	-1,7	6,1	6,6	5,1	-0,5	1,4
Guinée équatoriale	19	—	190	152	121	—	2,2	2,3	2,3	36	20	—	19,2	5,7	5,9	5,2	-0,2	0,6
Guyana	79	82	66	47	30	1,1	3,4	4,5	3,9	55	36	-1,6	2,5	5,6	2,6	2,3	3,8	0,7
Haïti	7	224	151	109	165	2,0	3,3	-4,1	-0,4	-9	-51	—	-1,1 x	5,8	5,4	3,3	0,3	2,4
Honduras	88	154	58	37	24	4,9	4,5	4,3	4,4	59	35	0,8	1,6	7,3	5,1	3,1	1,7	2,5
Hongrie	156	43	19	11	6	4,1	5,5	6,1	5,8	68	45	3,0	2,9	2,0	1,8	1,4	0,6	1,3
Îles Cook	142	58	20	13	9	5,3	4,3	3,7	4,0	55	31	—	—	—	—	—	—	—
Îles Marshall	85	98	51	37	26	3,3	3,2	3,5	3,4	49	30	—	-1,1	—	—	—	—	—
Îles Salomon	81	102	45	35	27	4,1	2,5	2,6	2,6	40	23	—	-1,0	6,9	5,9	4,2	0,8	1,6
Inde	46	188	115	86	63	2,5	2,9	3,1	3,0	45	27	2,1	4,9	5,5	3,9	2,6	1,7	2,0
Indonésie	72	165	85	54	35	3,3	4,5	4,3	4,4	59	35	4,7	2,6	5,5	3,1	2,1	2,8	1,9
Iran (République islamique d')	85	196	65	44	26	5,5	3,9	5,3	4,6	60	41	-2,3	2,7 x	6,5	4,8	1,7	1,5	5,3
Iraq	67	115	46	43	39	4,6	0,7	1,0	0,8	15	9	—	-2,2 x	7,4	6,0	4,7	1,0	1,2
Irlande	172	23	9	7	4	4,7	2,5	5,6	4,1	56	43	2,8	4,7	3,8	2,0	2,1	3,2	-0,3
Islande	193	16	6	4	2	4,9	4,1	6,9	5,5	67	50	3,2	2,2	3,0	2,2	2,1	1,6	0,1
Israël	165	—	12	7	5	—	5,4	3,4	4,4	58	29	1,9	1,8	3,8	3,0	2,9	1,2	0,1
Italie	172	33	10	6	4	6,0	5,1	4,1	4,6	60	33	2,8	0,9	2,5	1,3	1,4	3,2	-0,5
Jamaïque	88	62	38	30	24	2,4	2,4	2,2	2,3	37	20	-1,3	0,7	5,5	2,9	2,3	3,1	1,2
Japon	186	18	6	5	3	5,5	1,8	5,1	3,5	50	40	3,4	0,8	2,1	1,6	1,4	1,5	0,7
Jordanie	91	102	38	29	22	4,9	2,7	2,8	2,7	42	24	2,5 x	2,5	7,9	5,8	3,1	1,6	3,2
Kazakhstan	73	84	57	44	33	1,9	2,6	2,9	2,7	42	25	—	3,9	3,5	2,8	2,6	1,1	0,5
Kenya	35	151	99	111	85	2,1	-1,1	2,7	0,8	14	23	1,2	0,3	8,1	6,0	4,7	1,5	1,2
Kirghizistan	68	—	72	52	38	—	3,3	3,1	3,2	47	27	—	0,5	4,9	3,9	2,7	1,2	1,8
Kiribati	60	154	87	65	49	2,9	2,9	2,8	2,9	44	25	-5,3	1,2	—	—	—	—	—
Koweït	136	58	15	13	11	6,8	1,4	1,7	1,6	27	15	-6,8 x	2,0 x	7,2	2,6	2,3	5,1	0,6
Lesotho	35	175	89	127	85	3,4	-3,6	4,0	0,2	4	33	2,5	2,2	5,8	4,9	3,2	0,8	2,2
Lettonie	139	—	21	17	10	—	2,1	5,3	3,7	52	41	3,4	4,5	1,9	1,9	1,5	0,0	1,3
Liban	91	60	38	29	22	2,3	2,7	2,8	2,7	42	24	—	2,4	5,1	3,1	1,8	2,4	2,8
Libéria	24	274	227	169	103	0,9	3,0	5,0	4,0	55	39	-4,2	1,7	6,7	6,5	5,2	0,1	1,1
Libye	113	139	45	27	17	5,6	5,1	4,6	4,9	62	37	—	2,9 x	7,6	4,8	2,6	2,3	3,2
Liechtenstein	193	—	10	6	2	—	5,1	11,0	8,0	80	67	2,2	3,0 x	—	—	—	—	—
Lituanie	152	—	17	12	7	—	3,5	5,4	4,4	59	42	—	3,5	2,3	2,0	1,5	0,7	1,5
Luxembourg	186	22	8	5	3	5,1	4,7	5,1	4,9	63	40	2,7	2,9	2,0	1,6	1,6	1,1	-0,3
Madagascar	48	177	159	102	62	0,5	4,4	5,0	4,7	61	39	-2,3	-0,2	7,3	6,3	4,7	0,8	1,5
Malaisie	156	55	18	11	6	5,6	4,9	6,1	5,5	67	45	4,0	3,2	4,9	3,5	2,6	1,6	1,4
Malawi	30	329	222	167	92	2,0	2,8	6,0	4,4	59	45	-0,1	1,0	7,3	6,8	6,0	0,4	0,6
Maldives	124	266	102	47	15	4,8	7,7	11,4	9,6	85	68	—	4,9 x	7,2	6,1	1,8	0,8	6,3
Mali	2	371	255	213	178	1,9	1,8	1,8	1,8	30	16	0,2	2,7	6,9	7,1	6,3	-0,1	0,6
Malte	156	27	11	8	6	4,5	3,2	2,9	3,0	45	25	6,5	2,6 x	2,0	2,1	1,3	-0,2	2,3
Maroc	69	182	86	55	36	3,7	4,5	4,2	4,4	58	35	1,9	2,4	7,1	4,0	2,3	2,8	2,9
Maurice	124	85	24	19	15	6,3	2,3	2,4	2,4	38	21	3,2 x	3,5	4,0	2,3	1,6	2,7	1,8
Mauritanie	21	218	124	116	111	2,8	0,7	0,4	0,6	10	4	-1,0	0,9	6,8	5,9	4,5	0,7	1,3
Mexique	113	109	49	29	17	4,0	5,2	5,3	5,3	65	41	1,6	1,5	6,7	3,4	2,3	3,4	1,9
Micronésie (États fédérés de)	64	—	56	49	42	—	1,3	1,5	1,4	25	14	—	0,3	6,9	5,0	3,5	1,7	1,8
Monaco	172	—	9	5	4	—	5,9	2,2	4,1	56	20	1,6	2,2 x	—	—	—	—	—
Mongolie	76	—	107	61	32	—	5,6	6,5	6,0	70	48	—	3,1	7,6	4,1	2,5	3,1	2,5
Monténégro	145	—	18	13	8	—	3,3	4,9	4,1	56	38	—	3,7 x	2,4	1,9	1,7	1,2	0,6
Mozambique	16	281	219	177	135	1,2	2,1	2,7	2,4	38	24	-1,0 x	4,3	6,6	6,2	4,9	0,3	1,2
Myanmar	45	171	112	87	66	2,1	2,5	2,8	2,6	41	24	1,4	8,2 x	6,1	3,4	2,0	2,8	2,7
Namibie	65	113	73	74	40	2,2	-0,1	6,2	3,0	45	46	-2,1 x	2,1	6,5	5,2	3,2	1,1	2,4
Nauru	65	—	40	40	40	—	0,0	0,0	0,0	0	0	—	—	—	—	—	—	—
Népal	59	252	141	84	50	2,9	5,2	5,2	5,2	65	40	1,0	1,9	6,1	5,2	2,7	0,8	3,2
Nicaragua	81	159	68	43	27	4,2	4,6	4,7	4,6	60	37	-3,7	1,9	6,9	4,8	2,6	1,9	3,0
Niger	12	328	311	218	143	0,3	3,6	4,2	3,9	54	34	-2,1	-0,2	7,4	7,8	7,1	-0,3	0,5

◀ TABLEAU 10 : LE TAUX DU PROGRÈS

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans				Taux annuel moyen de réduction (%) ^{a)}				Réduction depuis 1990 (%) ^{b)}	Réduction depuis 2000 (%) ^{b)}	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de réduction (%) ^{a)}	
		1970	1990	2000	2010	1970-1990	1990-2000	2000-2010	1990-2010			1970-1990	1990-2010	1970	1990	2010	1970-1990	1990-2010
Nigéria	12	251	213	186	143	0,8	1,4	2,6	2,0	33	23	-1,4	1,9	6,5	6,4	5,5	0,1	0,7
Nioué	91	–	14	29	22	–	-7,3	2,8	-2,3	-57	24	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	186	16	9	5	3	2,9	5,9	5,1	5,5	67	40	3,2	2,1	2,5	1,9	1,9	1,5	-0,2
Nouvelle-Zélande	156	21	11	7	6	3,2	4,5	1,5	3,0	45	14	0,8	1,9	3,1	2,1	2,2	2,0	-0,2
Oman	142	196	47	22	9	7,1	7,6	8,9	8,3	81	59	3,3	2,0 x	7,3	7,2	2,3	0,1	5,7
Ouganda	27	193	175	144	99	0,5	1,9	3,7	2,8	43	31	–	3,6	7,1	7,1	6,1	0,0	0,7
Ouzbékistan	57	–	77	63	52	–	2,0	1,9	2,0	32	17	–	2,2	6,5	4,2	2,4	2,2	2,8
Pakistan	33	173	124	101	87	1,7	2,1	1,5	1,8	30	14	3,0	1,7	6,6	6,0	3,4	0,5	2,8
Palaos	103	–	33	25	19	–	2,8	2,7	2,8	42	24	–	-0,2 x	–	–	–	–	–
Panama	98	68	33	26	20	3,6	2,4	2,6	2,5	39	23	0,3	3,2	5,3	3,0	2,5	2,8	1,0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	49	151	90	74	61	2,6	2,0	1,9	1,9	32	18	-0,7	-0,2	6,2	4,8	4,0	1,2	1,0
Paraguay	87	74	50	35	25	2,0	3,6	3,4	3,5	50	29	3,1	0,1	5,7	4,5	3,0	1,2	2,1
Pays-Bas	172	16	8	6	4	3,5	2,9	4,1	3,5	50	33	1,6	2,0	2,4	1,6	1,8	2,2	-0,6
Pérou	103	164	78	41	19	3,7	6,4	7,7	7,1	76	54	-0,6	3,0	6,3	3,8	2,5	2,5	2,1
Philippines	80	86	59	40	29	1,9	3,9	3,2	3,6	51	28	0,6	2,0	6,3	4,3	3,1	1,9	1,6
Pologne	156	36	17	10	6	3,8	5,3	5,1	5,2	65	40	–	4,4	2,2	2,0	1,4	0,4	2,0
Portugal	172	66	15	7	4	7,4	7,6	5,6	6,6	73	43	2,6	1,6	3,0	1,5	1,3	3,3	0,7
Qatar	145	79	21	13	8	6,6	4,8	4,9	4,8	62	38	–	–	6,9	4,2	2,3	2,5	3,1
République arabe syrienne	118	119	38	23	16	5,7	5,0	3,6	4,3	58	30	2,0	1,6	7,6	5,3	2,9	1,8	3,0
République centrafricaine	9	227	165	176	159	1,6	-0,6	1,0	0,2	4	10	-1,3	-0,7	6,0	5,8	4,6	0,1	1,1
République de Corée	165	52	8	6	5	9,4	2,9	1,8	2,4	38	17	6,2	4,2	4,5	1,6	1,3	5,2	0,9
République de Moldova	103	68	37	26	19	3,0	3,5	3,1	3,3	49	27	–	-0,6	2,6	2,4	1,5	0,3	2,5
République démocratique du Congo	6	244	181	181	170	1,5	0,0	0,6	0,3	6	6	-2,3	-3,1	6,2	7,1	5,8	-0,7	1,0
République démocratique populaire lao	55	214	145	88	54	1,9	5,0	4,9	4,9	63	39	–	4,3	6,0	6,2	2,7	-0,1	4,0
République dominicaine	81	127	62	41	27	3,6	4,1	4,2	4,2	56	34	2,1	3,9	6,2	3,5	2,6	2,9	1,5
République populaire démocratique de Corée	73	–	45	58	33	–	-2,5	5,6	1,6	27	43	–	–	4,0	2,4	2,0	2,6	0,9
République tchèque	172	–	14	7	4	–	6,9	5,6	6,3	71	43	–	2,5	2,0	1,8	1,5	0,6	1,1
République-Unie de Tanzanie	41	208	155	130	76	1,5	1,8	5,4	3,6	51	42	–	2,4	6,8	6,2	5,5	0,4	0,6
Roumanie	126	64	37	27	14	2,7	3,2	6,6	4,9	62	48	0,9 x	2,8	2,9	1,9	1,4	2,1	1,6
Royaume-Uni	165	21	9	7	5	4,2	2,5	3,4	2,9	44	29	2,0	2,1	2,3	1,8	1,9	1,2	-0,1
Rwanda	31	213	163	177	91	1,3	-0,8	6,7	2,9	44	49	1,2	2,3	8,1	7,0	5,4	0,7	1,4
Saint-Kitts-et-Nevis	145	71	28	16	8	4,7	5,6	6,9	6,3	71	50	6,3 x	2,2	–	–	–	–	–
Saint-Marin	193	–	12	5	2	–	8,8	9,2	9,0	83	60	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	97	97	27	22	21	6,4	2,0	0,5	1,3	22	5	3,3	3,6	6,0	3,0	2,1	3,6	1,8
Sainte-Lucie	118	63	23	18	16	5,0	2,5	1,2	1,8	30	11	5,3 x	1,0	6,1	3,4	2,0	2,9	2,7
Samoa	98	–	27	23	20	–	1,6	1,4	1,5	26	13	–	3,0	6,1	4,8	3,9	1,2	1,1
Sao Tomé-et-Principe	37	97	94	87	80	0,2	0,8	0,8	0,8	15	8	–	–	6,5	5,4	3,7	0,9	1,9
Sénégal	42	275	139	119	75	3,4	1,6	4,6	3,1	46	37	-0,7	1,1	7,4	6,6	4,8	0,5	1,6
Serbie	152	–	29	13	7	–	8,0	6,2	7,1	76	46	–	1,5	2,4	2,1	1,6	0,6	1,4
Seychelles	126	67	17	14	14	6,9	1,9	0,0	1,0	18	0	2,9	1,8	–	–	–	–	–
Sierra Leone	4	361	276	233	174	1,3	1,7	2,9	2,3	37	25	-0,5	1,1	5,9	5,7	5,0	0,1	0,7
Singapour	186	27	8	4	3	6,1	6,9	2,9	4,9	63	25	5,6	3,9	3,2	1,8	1,3	2,9	1,6
Slovaquie	145	–	18	12	8	–	4,1	4,1	4,1	56	33	–	3,7	2,5	2,0	1,3	1,0	2,2
Slovénie	186	–	10	5	3	–	6,9	5,1	6,0	70	40	–	3,3	2,3	1,5	1,4	2,0	0,2
Somalie	1	–	180	180	180	–	0,0	0,0	0,0	0	0	-0,8	–	7,2	6,6	6,3	0,4	0,2
Soudan ^{a)}	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan du Sud ^{a)}	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	113	75	32	23	17	4,3	3,3	3,0	3,2	47	26	3,0	4,1	4,3	2,5	2,3	2,8	0,4
Suède	186	13	7	4	3	3,1	5,6	2,9	4,2	57	25	1,8	2,2	2,0	2,0	1,9	0,1	0,2
Suisse	165	18	8	6	5	4,1	2,9	1,8	2,4	38	17	1,2	0,9	2,1	1,5	1,5	1,6	0,2
Suriname	78	–	52	40	31	–	2,6	2,5	2,6	40	23	-2,2 x	1,5 x	5,7	2,7	2,3	3,6	0,8
Swaziland	39	175	96	114	78	3,0	-1,7	3,8	1,0	19	32	3,0	1,6	6,9	5,7	3,4	0,9	2,7
Tadjikistan	46	–	116	93	63	–	2,2	3,9	3,1	46	32	–	-0,1	6,9	5,2	3,3	1,4	2,3
Tchad	5	248	207	190	173	0,9	0,9	0,9	0,9	16	9	-1,0	2,9	6,5	6,7	6,0	-0,1	0,5
Territoire palestinien occupé	91	–	45	31	22	–	3,7	3,4	3,6	51	29	–	-2,4 x	7,9	6,5	4,5	0,9	1,9
Thaïlande	130	102	32	18	13	5,8	5,8	3,3	4,5	59	28	4,7	2,9	5,6	2,1	1,6	4,9	1,5
Timor-Leste	54	–	169	104	55	–	4,9	6,4	5,6	67	47	–	-0,5 x	5,9	5,3	6,2	0,5	-0,8
Togo	24	217	147	124	103	1,9	1,7	1,9	1,8	30	17	-0,6	0,0	7,1	6,3	4,1	0,6	2,2
Tonga	118	44	25	20	16	2,8	2,2	2,2	2,2	36	20	–	1,6	5,9	4,6	3,9	1,2	0,9

Pays et territoires	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans				Taux annuel moyen de réduction (%) ^b				Réduction depuis 1990 (%) ^e	Réduction depuis 2000 (%) ^e	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de réduction (%) ^b	
		1970	1990	2000	2010	1970-1990	1990-2000	2000-2010	1990-2010			1970-1990	1990-2010	1970	1990	2010	1970-1990	1990-2010
Trinité-et-Tobago	81	53	37	32	27	1,8	1,5	1,7	1,6	27	16	0,5	5,0	3,5	2,4	1,6	1,8	2,0
Tunisie	118	182	49	28	16	6,6	5,6	5,6	5,6	67	43	2,5	3,5	6,6	3,6	2,0	3,0	3,0
Turkménistan	52	–	98	74	56	–	2,8	2,8	2,8	43	24	–	5,1	6,3	4,3	2,4	1,9	3,0
Turquie	108	200	80	43	18	4,6	6,2	8,7	7,5	78	58	2,0	2,3	5,5	3,0	2,1	3,0	1,9
Tuvalu	73	–	57	44	33	–	2,6	2,9	2,7	42	25	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	130	32	21	18	13	2,1	1,5	3,3	2,4	38	28	–	0,4	2,1	1,9	1,4	0,6	1,3
Uruguay	136	55	23	17	11	4,4	3,0	4,4	3,7	52	35	0,9	2,0	2,9	2,5	2,1	0,7	1,0
Vanuatu	126	102	39	23	14	4,8	5,3	5,0	5,1	64	39	1,1 x	6,8	6,3	4,9	3,9	1,2	1,2
Venezuela (République bolivarienne du)	108	62	33	25	18	3,2	2,8	3,3	3,0	45	28	-1,6	0,3	5,4	3,4	2,5	2,2	1,7
Viet Nam	90	–	51	35	23	–	3,8	4,2	4,0	55	34	–	6,0	7,4	3,6	1,8	3,6	3,4
Yémen	40	280	128	100	77	3,9	2,5	2,6	2,5	40	23	–	1,5 x	7,5	8,7	5,2	-0,7	2,5
Zambie	21	179	183	157	111	-0,1	1,5	3,5	2,5	39	29	-2,3	0,6	7,4	6,5	6,3	0,7	0,2
Zimbabwe	37	120	78	115	80	2,2	-3,9	3,6	-0,1	-3	30	-0,4	-3,2	7,4	5,2	3,3	1,8	2,3

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^d	24	158	125	114	103	1,2	0,9	1,0	1,0	18	10	0,1	3,6	6,6	6,0	4,4	0,5	1,5
--------------------------------------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	229	160	142	111	1,8	1,2	2,5	1,8	31	22	0,9	2,1	6,7	5,9	4,5	0,6	1,3
Afrique subsaharienne	234	174	154	121	1,5	1,2	2,4	1,8	30	21	0,0	2,0	6,7	6,2	4,9	0,3	1,2
Afrique de l'Est et australe	215	156	137	98	1,6	1,3	3,4	2,3	37	28	0,3	1,9	6,8	6,0	4,6	0,6	1,4
Afrique de l'Ouest et centrale	256	196	175	143	1,3	1,1	2,0	1,6	27	18	-0,5	1,8	6,6	6,5	5,4	0,1	1,0
Moyen-Orient et Afrique du Nord	187	77	55	41	4,4	3,4	2,9	3,2	47	25	-0,2	2,4	6,7	5,0	2,8	1,5	2,8
Asie	146	86	65	48	2,6	2,8	3,0	2,9	44	26	4,5	6,9	5,6	3,2	2,2	2,8	1,9
Asie du Sud	194	120	89	67	2,4	3,0	2,8	2,9	44	25	2,1	4,5	5,7	4,2	2,7	1,6	2,2
Asie de l'Est et Pacifique	115	55	38	24	3,7	3,7	4,6	4,1	56	37	5,6	7,4	5,6	2,6	1,8	3,8	1,9
Amérique latine et Caraïbes	118	54	35	23	3,9	4,3	4,2	4,3	57	34	1,4	1,6	5,3	3,2	2,2	2,5	1,8
ECO/CEI	88	50	37	23	2,8	3,0	4,8	3,9	54	38	–	2,3	2,8	2,3	1,8	0,9	1,4
Pays industrialisés	24	10	7	6	4,4	3,6	1,5	2,6	40	14	2,4	1,6	2,3	1,7	1,7	1,4	-0,1
Pays en développement	156	97	80	63	2,4	1,9	2,4	2,2	35	21	2,5	4,8	5,7	3,6	2,6	2,3	1,7
Pays les moins avancés	240	170	138	110	1,7	2,1	2,3	2,2	35	20	-0,2	3,2	6,7	5,9	4,2	0,6	1,7
Total mondial	139	88	73	57	2,3	1,9	2,5	2,2	35	22	2,4	2,6	4,7	3,2	2,5	1,9	1,4

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^d En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la sécession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux de mortalité des moins de 5 ans – Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes.

Réduction depuis 1990 (%) – Réduction, en pourcentage, du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) entre 1990 et 2010. La Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire en 2000 avait fixé un objectif de deux tiers (67 %) pour la diminution du TMM5 entre 1990 et 2015. Cet indicateur donne une évaluation des progrès accomplis à ce jour vers la réalisation de cet objectif.

Taux annuel de croissance du PIB par habitant – Le produit intérieur brut (PIB) est la somme de la valeur brute ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (moins les subventions) non incluses dans l'évaluation des produits. Le PIB par habitant est le produit intérieur brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La croissance est calculée à partir du PIB à prix constants en devise locale.

Taux global de fécondité – Nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation et donnerait naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans – Groupe interinstitutions pour les estimations relatives à la mortalité des enfants (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population de l'Organisation des Nations Unies et Banque mondiale).

PIB par habitant – Banque mondiale.

Fécondité – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

NOTES

– Données non disponibles.

^e Une valeur négative est synonyme d'augmentation.

^x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

TABLEAU 11 : ADOLESCENTS

Pays et territoires	Population d'adolescents (âgés de 10-19 ans)		État matrimonial		Âge au 1 ^{er} accouchement	Taux de naissances chez les adolescentes	Justification de la violence conjugale		Utilisation des médias		Éducation secondaire		Connaissances d'ensemble sur le VIH	
	Total (en milliers)	Adolescents en proportion de la population totale (%)	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui sont mariés ou en union (2000-2010*) %		Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	Nombre de naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui pensent qu'un mari est en droit de frapper sa femme dans certaines circonstances (2002-2010*) (%)		Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui utilisent au moins une sorte de médias d'information au moins une fois par semaine (2000-2010*) (%)		Taux brut de scolarisation dans le 1 ^{er} cycle secondaire	Taux brut de scolarisation dans le 2 ^{ème} cycle secondaire	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui ont des connaissances d'ensemble sur le VIH (2005-2010*) (%)	
			garçons	filles	2000-2010*		2000-2010*	garçons	filles	garçons	filles	2007-2010*	2007-2010*	garçons
Afghanistan	7 771	25	—	—	—	151	—	—	—	—	62	24	—	—
Afrique du Sud	9 956	20	2	4	15	54	—	—	—	—	96	92	—	—
Albanie	561	18	1	8	3	20	37	24	97	99	93	53	21	36
Algérie	6 571	19	—	2	—	4	—	66	—	—	135	51	—	12
Allemagne	8 202	10	—	—	—	10	—	—	—	—	102	102	—	—
Andorre	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	84	74	—	—
Angola	4 553	24	—	—	—	165	—	—	—	—	25	21	—	—
Antigua-et-Barbuda	—	—	—	—	—	67	—	—	—	—	126	87	—	—
Arabie saoudite	4 931	18	—	—	—	7	—	—	—	—	102	91	—	—
Argentine	6 797	17	—	—	—	65	—	—	—	—	105	67	—	—
Arménie	457	15	0	7	3	27	31	22	99	99	98	83	7	19
Australie	2 911	13	—	—	—	17	—	—	—	—	115	166	—	—
Autriche	942	11	—	—	—	10	—	—	—	—	102	99	—	—
Azerbaïdjan	1 477	16	0	10	4	41	63	39	97	95	93	113	2	3
Bahamas	59	17	—	—	—	39	—	—	—	—	97	89	—	—
Bahreïn	149	12	—	—	—	13	—	—	—	—	101	92	—	—
Bangladesh	31 514	21	—	46	40	133	—	41	—	63 y	56	31	—	7
Barbade	38	14	—	—	—	51	—	—	—	—	—	—	—	—
Bélarus	1 075	11	—	4	—	22	—	—	—	—	96	78	—	32
Belgique	1 209	11	—	—	—	11	—	—	—	—	111	106	—	—
Belize	72	23	—	—	—	91	—	14	—	—	87	52	—	39
Bénin	2 042	23	2	22	23	114	12	41	83	64	—	—	31	17
Bhoutan	149	21	—	15	—	46	—	70	—	—	74	38	—	22
Bolivie (État plurinational de)	2 209	22	4	13	20	89	—	17	100	97	94	74	24	22
Bosnie-Herzégovine	446	12	—	7	—	15	—	4	—	—	106	77	—	45
Botswana	437	22	—	—	—	51	—	—	—	—	91	67	—	—
Brésil	33 729	17	—	25	16 x	77	—	—	—	—	107	92	—	—
Brunéï Darussalam	64	16	—	—	—	17	—	—	—	—	116	85	—	—
Bulgarie	724	10	—	—	—	44	—	—	—	—	83	91	—	—
Burkina Faso	3 880	24	—	24	27	128	—	68	70	59	27	10	—	18
Burundi	1 947	23	—	10	—	30	—	—	—	—	29	11	—	30
Cambodge	3 286	23	2	8	9	52	—	49	88	87	56	23	41	50
Cameroun	4 422	23	—	22	33	141	—	58	77	61	50	29	—	32
Canada	4 188	12	—	—	—	14	—	—	—	—	97	105	—	—
Cap-Vert	115	23	2	8	22	92	24	23	88	88	101	—	36	37
Chili	2 817	16	—	—	—	53	—	—	—	—	101	85	—	—
Chine	200 660	15	—	—	—	6	—	—	—	—	92	66	—	—
Chypre	154	14	—	—	—	6	—	—	—	—	102	95	—	—
Colombie	8 752	19	—	14	20	84	—	—	—	—	103	77	—	21
Comores	155	21	—	—	17 x	95	—	—	—	—	—	—	—	—
Congo	888	22	2	19	29	132	—	76	75	63	—	—	18	8
Costa Rica	836	18	—	10	—	67	—	—	—	—	113	71	—	—
Côte d'Ivoire	4 563	23	2	20	29	111	—	63	86	75	—	—	30	18
Croatie	499	11	—	—	—	14	—	—	—	—	104	87	—	—
Cuba	1 483	13	—	—	—	50	—	—	—	—	92	87	—	54
Danemark	701	13	—	—	—	6	—	—	—	—	117	119	—	—
Djibouti	201	23	—	4	—	27	—	—	—	—	40	18	—	16
Dominique	—	—	—	—	—	47	—	—	—	—	119	87	—	—
Égypte	15 926	20	—	13	7	50	—	50 y	—	97 y	89	46	16	3
El Salvador	1 462	24	—	21	—	68	—	—	—	—	79	46	—	—
Émirats arabes unis	877	12	—	—	—	22	—	—	—	—	101	87	—	—
Équateur	2 829	20	—	16	—	100	—	—	—	—	85	66	—	—
Érythrée	1 144	22	—	29	25	85	—	70	—	85	46	21	—	—
Espagne	4 276	9	—	—	—	13	—	—	—	—	119	125	—	—
Estonie	138	10	—	—	—	24	—	—	—	—	102	97	—	—
États-Unis	41 449	13	—	—	—	40	—	—	—	—	99	88	—	—
Éthiopie	20 535	25	2	22	28	109	53	77	34	27	43	15	32	21
ex-République yougoslave de Macédoine	286	14	—	2	—	20	—	14	—	—	91	76	—	23
Fédération de Russie	14 646	10	—	—	—	30	—	—	—	—	85	84	—	—
Fidji	161	19	—	—	—	30	—	—	—	—	94	62	—	—

Pays et territoires	Population d'adolescents (âgés de 10–19 ans)		État matrimonial		Âge au 1 ^{er} accouchement	Taux de naissances chez les adolescentes	Justification de la violence conjugale		Utilisation des médias		Éducation secondaire		Connaissances d'ensemble sur le VIH			
	Total (en milliers)	Adolescents en proportion de la population totale (%)	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui sont mariés ou en union (2000–2010*) %		Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	Nombre de naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui pensent qu'un mari est en droit de frapper sa femme dans certaines circonstances (2002–2010*) (%)		Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui utilisent au moins une sorte de médias d'information au moins une fois par semaine (2000–2010*) (%)		Taux brut de scolarisation dans le 1 ^{er} cycle secondaire	Taux brut de scolarisation dans le 2 ^{ème} cycle secondaire	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui ont des connaissances d'ensemble sur le VIH (2005–2010*) (%)			
			2010	2010	garçons		filles	2000–2010*	2000–2010*	garçons	filles	garçons	filles	2007–2010*	garçons	filles
Finlande	634	12	–	–	–	9	–	–	–	–	102	116	–	–		
France	7 460	12	–	–	–	11	–	–	–	–	110	117	–	–		
Gabon	344	23	2	18	35	144 x	–	–	89	83	–	–	–	–		
Gambie	409	24	–	25	–	104	–	71	–	–	65	48	–	40		
Géorgie	575	13	–	11	–	44	–	5	–	–	95	81	–	12		
Ghana	5 327	22	1	8	16	70	28	41	90	85	78	35	30	28		
Grèce	1 091	10	–	–	–	12	–	–	–	–	104	99	–	–		
Grenade	21	20	–	–	–	54	–	–	–	–	115	77	–	–		
Guatemala	3 388	24	–	18	22	92	–	–	–	–	62	47	24	20		
Guinée	2 286	23	3	36	44	153	–	79	66	55	45	25	20	17		
Guinée-Bissau	343	23	–	19	–	137	–	39	–	–	–	–	–	12		
Guinée équatoriale	151	22	–	–	–	128	–	–	–	–	–	–	–	–		
Guyana	177	23	–	14	22	101	–	19	94	96	122	71	45	53		
Haïti	2 265	23	2	17	15	69	–	29	88	83	–	–	34	31		
Honduras	1 764	23	–	20	26	108	–	18	–	98	68	60	–	28		
Hongrie	1 097	11	–	–	–	20	–	–	–	–	100	98	–	–		
Îles Cook	–	–	–	–	–	47	–	–	–	–	–	–	–	–		
Îles Marshall	–	–	–	–	–	88	–	–	–	–	93	70	35	27		
Îles Salomon	119	22	–	–	15	70	73	72	–	–	54	19	26	29		
Inde	242 991	20	5	30	22	45	57	53	88	72	77	47	35	19		
Indonésie	42 797	18	–	13	10	52	–	41 y	–	79 y	93	66	2 y	6 y		
Iran (République islamique d')	12 612	17	–	17	–	31	–	–	–	–	100	73	–	–		
Iraq	7 262	23	–	19	–	68	–	57	–	–	63	39	–	2		
Irlande	564	13	–	–	–	17	–	–	–	–	107	134	–	–		
Islande	46	14	–	–	–	15	–	–	–	–	99	115	–	–		
Israël	1 184	16	–	–	–	15	–	–	–	–	71	108	–	–		
Italie	5 744	9	–	–	–	7	–	–	–	–	102	99	–	–		
Jamaïque	565	21	–	5	–	60	–	6	–	–	95	85	–	59		
Japon	11 873	9	–	–	–	5	–	–	–	–	102	101	–	–		
Jordanie	1 408	23	–	6	4	32	–	91 y	–	97 y	95	74	–	12 y		
Kazakhstan	2 497	16	–	5	6 x	31	–	7	–	–	107	71	–	22		
Kenya	9 135	23	0	12	26	106	54	57	91	81	90	43	52	42		
Kirghizistan	1 120	21	–	8	4 x	30	–	28	–	–	92	65	–	19		
Kiribati	–	–	–	–	–	39	–	–	–	–	98	71	–	–		
Koweït	381	14	–	–	–	12	–	–	–	–	97	80	–	–		
Lesotho	531	24	1	16	13	92	54	48	64	69	57	27	28	35		
Lettonie	229	10	–	–	–	15	–	–	–	–	96	90	–	–		
Liban	779	18	–	–	–	18	–	–	–	–	89	75	–	–		
Libéria	891	22	3	19	38	177	37	48	73	63	–	–	21	18		
Libye	1 105	17	–	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–		
Liechtenstein	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	104	106	–	–		
Lituanie	412	12	–	–	–	20	–	–	–	–	98	101	–	–		
Luxembourg	61	12	–	–	–	9	–	–	–	–	108	87	–	–		
Madagascar	4 920	24	11	34	36	147	33	35	61	60	43	15	26	23		
Malaisie	5 455	19	–	–	–	12	–	–	–	–	94	50	–	–		
Malawi	3 583	24	–	33	34	177	28	32	84	70	36	15	42	42		
Maldives	69	22	–	5	1	15	–	41	–	100	122	–	–	22 y		
Mali	3 612	23	–	40	46	190	–	83	81	79	50	26	–	14		
Malte	52	12	–	–	–	20	–	–	–	–	99	103	–	–		
Maroc	6 168	19	–	11	8	18	–	64	–	90	74	38	–	–		
Maurice	213	16	–	–	–	34	–	–	–	–	96	81	–	–		
Mauritanie	776	22	–	25	25	88	–	–	55	44	26	23	10	4		
Mexique	21 669	19	–	15	–	90	–	–	–	–	117	62	–	–		
Micronésie (États fédérés de)	27	24	–	–	–	51	–	–	–	–	100	–	–	–		
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Mongolie	519	19	–	4	3	20	–	17	–	–	95	87	–	32		
Monténégro	84	13	–	2	–	17	–	6	–	–	109	88	–	29		
Mozambique	5 402	23	–	40	42	185	–	37	95	88	32	10	31	37		
Myanmar	8 763	18	–	–	–	17	–	–	–	–	61	38	–	31		
Namibie	526	23	0	5	17	74	44	38	86	88	83	35	59	62		

◀ TABLEAU 11 : ADOLESCENTS

Pays et territoires	Population d'adolescents (âgés de 10-19 ans)		État matrimonial		Âge au 1 ^{er} accouchement	Taux de naissances chez les adolescentes	Justification de la violence conjugale		Utilisation des médias		Éducation secondaire		Connaissances d'ensemble sur le VIH	
	Total (en milliers)	Adolescents en proportion de la population totale (%)	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui sont mariés ou en union (2000-2010*) %		Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	Nombre de naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui pensent qu'un mari est en droit de frapper sa femme dans certaines circonstances (2002-2010*) (%)		Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui utilisent au moins une sorte de médias d'information au moins une fois par semaine (2000-2010*) (%)		Taux brut de scolarisation dans le 1 ^{er} cycle secondaire	Taux brut de scolarisation dans le 2 ^{ème} cycle secondaire	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui ont des connaissances d'ensemble sur le VIH (2005-2010*) (%)	
			garçons	filles	2000-2010*		2000-2010*	garçons	filles	garçons	filles	2007-2010*	2007-2010*	garçons
Nauru	-	-	-	-	22	84	-	-	-	-	-	-	8	8
Népal	6935	23	10	32	23	106	27	24	88	80	-	-	45	29
Nicaragua	1326	23	-	24	28	109	-	19	-	95	78	53	-	-
Niger	3644	23	3	59	51	199	-	68	66	48	17	4	14	12
Nigéria	35326	22	1	29	28	123	35	40	82	64	34	26	28	20
Nioué	-	-	-	-	-	53	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	646	13	-	-	-	9	-	-	-	-	98	123	-	-
Nouvelle-Zélande	618	14	-	-	-	34	-	-	-	-	105	153	-	-
Oman	495	18	-	-	-	14	-	-	-	-	92	91	-	-
Ouganda	8063	24	2	20	35	159	69	70	87	78	33	15	38	31
Ouzbékistan	5941	22	-	5	4	26	63	63	-	-	97	120	-	27
Pakistan	39911	23	-	16	10	16	-	-	-	-	44	25	-	2
Palaos	-	-	-	-	-	29	-	-	-	-	98	94	-	-
Panama	639	18	-	-	-	87	-	-	-	-	90	55	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1521	22	3	15	-	70	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	1376	21	-	11	16 x	65	-	-	-	-	78	56	-	-
Pays-Bas	2013	12	-	-	-	5	-	-	-	-	126	116	-	-
Pérou	5771	20	-	11	15	69	-	-	-	91	98	75	-	17
Philippines	20201	22	-	10	7	53	-	15	-	94	88	65	-	19
Pologne	4487	12	-	-	-	16	-	-	-	-	99	99	-	-
Portugal	1100	10	-	-	-	16	-	-	-	-	116	98	-	-
Qatar	136	8	-	-	-	15	-	-	-	-	102	71	-	-
République arabe syrienne	4707	23	-	10	-	75	-	-	-	-	98	36	-	6
République centrafricaine	1012	23	-	59	38 x	133	-	-	-	-	18	8	26	16
République de Corée	6595	14	-	-	-	2	-	-	-	-	99	95	-	-
République de Moldova	495	14	1	10	5	24	25	24	99	98	89	87	-	-
République démocratique du Congo	15877	24	-	25	23	135	-	72	55	43	48	31	-	13
République démocratique populaire lao	1516	24	-	-	-	110	-	79	-	-	53	34	-	-
République dominicaine	1964	20	3	19	25	98	14	6	98	98	88	71	33	39
République populaire démocratique de Corée	4123	17	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	7
République tchèque	1110	11	-	-	-	12	-	-	-	-	99	92	-	-
République-Unie de Tanzanie	10198	23	4	18	28	116	39	52	79	70	38	5	41	46
Roumanie	2318	11	-	-	-	39	-	-	-	-	99	89	-	-
Royaume-Uni	7483	12	-	-	-	26	-	-	-	-	103	96	-	-
Rwanda	2314	22	1	3	7	43	-	51	79	60	36	17	49	45
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	67	-	-	-	-	101	89	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	95	96	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	21	19	-	-	-	72	-	-	-	-	121	91	-	-
Sainte-Lucie	33	19	-	-	-	50	-	-	-	-	105	83	-	-
Samoa	43	23	1	7	5	29	50	58	97	97	96	67	5	2
Sao Tomé-et-Principe	40	24	1	20	25	110	25	23	96	95	69	20	39	39
Sénégal	2941	24	6	29	22	96	-	66	61	89	39	17	21	18
Serbie	1225	12	-	6	-	22	-	5	-	-	99	84	-	43
Seychelles	-	-	-	-	-	59	-	-	-	-	110	98	-	-
Sierra Leone	1332	23	1	30	40	143	57	55	66	51	-	-	26	16
Singapour	740	15	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	661	12	-	-	-	22	-	-	-	-	93	91	-	-
Slovénie	197	10	-	-	-	5	-	-	-	-	96	97	-	-
Somalie	2078	22	-	25	-	123	-	75 y	-	-	10	6	-	3
Soudan ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan du Sud ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	3173	15	-	9	4	23	-	54 y	-	-	104	-	-	-
Suède	1121	12	-	-	-	6	-	-	-	-	102	103	-	-
Suisse	877	11	-	-	-	4	-	-	-	-	110	85	-	-
Suriname	95	18	-	11	-	66	-	19	-	-	90	55	-	41
Swaziland	303	26	0	7	28	111	59	54	94	89	64	37	52	56
Tadjikistan	1681	24	-	6	-	27	-	85 y	-	-	95	59	9	11

Pays et territoires	Population d'adolescents (âgés de 10–19 ans)		État matrimonial		Âge au 1 ^{er} accouchement	Taux de naissances chez les adolescents	Justification de la violence conjugale		Utilisation des médias		Éducation secondaire		Connaissances d'ensemble sur le VIH	
	Total (en milliers)	2010	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui sont mariés ou en union (2000–2010*) %		Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 18 ans (%)	Nombre de naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui pensent qu'un mari est en droit de frapper sa femme dans certaines circonstances (2002–2010*) (%)		Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui utilisent au moins une sorte de médias d'information au moins une fois par semaine (2000–2010*) (%)		Taux brut de scolarisation dans le 1 ^{er} cycle secondaire	Taux brut de scolarisation dans le 2 ^{ème} cycle secondaire	Adolescents âgés de 15 à 19 ans qui ont des connaissances (2005–2010*) (%)	
			2010	garçons	filles		2000–2010*	2000–2010*	garçons	filles	garçons	filles	2007–2010*	garçons
Tchad	2618	23	–	42	48	193	–	–	55	24	29	17	–	10
Territoire palestinien occupé	1022	25	–	13	–	60	–	–	–	–	89	80	–	–
Thaïlande	10267	15	–	15	–	43	–	–	–	–	90	62	–	46
Timor-Leste	295	26	0	8	9	54	72	81	61	62	60	41	15	11
Togo	1393	23	–	12	19 x	89 x	–	54	–	–	51	27	–	15
Tonga	23	22	–	–	–	16	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	196	15	–	6	–	33	–	10	–	–	91	86	–	49
Tunisie	1757	17	–	–	–	6	–	–	–	–	116	73	–	–
Turkménistan	1031	20	–	5	2	21	–	37 y	–	96	–	–	–	4
Turquie	13042	18	–	10	8	51	–	30	–	–	91	72	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	3	23	83	69	–	–	–	–	57	31
Ukraine	4889	11	3	6	3	30	8	3	99	99	96	91	33	39
Uruguay	526	16	–	–	–	60	–	–	–	–	108	68	–	–
Vanuatu	53	22	–	13	–	92 x	–	–	–	–	48	46	–	14
Venezuela (République bolivarienne du)	5482	19	–	16	–	101	–	–	–	–	90	70	–	–
Viet Nam	15807	18	–	5	4	35	–	53	97	94	–	–	–	45
Yémen	5974	25	–	19	25 x	80	–	–	–	–	–	–	–	2 y
Zambie	3087	24	1	18	34	151	55	61	80	71	–	–	38	36
Zimbabwe	3223	26	–	21	21	101	–	57	68	60	–	–	–	51

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^a	9804	23	–	25	17 x	72 x	–	–	–	–	53	28	–	–
--------------------------------------	------	----	---	----	------	------	---	---	---	---	----	----	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	228066	22	2	22	25	108	–	57	72	65	52	31	31	23
Afrique subsaharienne	196540	23	2	24	28	123	43	57	72	61	44	27	32	25
Afrique de l'Est et australe	92302	23	3	19	27	116	50	60	68	61	47	29	38	33
Afrique de l'Ouest et centrale	94232	23	1	28	29	130	–	55	74	61	40	25	27	18
Moyen-Orient et Afrique du Nord	82264	20	–	15	–	38	–	–	–	–	89	54	–	5
Asie	655548	18	5 **	25 **	19 **	36	56 **	48 **	89 **	74 **	80	51	30 **	17 **
Asie du Sud	332513	20	5	30	22	53	56	51	88	71	71	42	35	16
Asie de l'Est et Pacifique	323035	16	–	11 **	8 **	19	–	38 **	–	86 **	89	64	–	22 **
Amérique latine et Caraïbes	108361	19	–	18	–	81	–	–	–	–	102	74	–	–
ECD/CEI	55069	14	–	7	–	34	–	31	–	–	93	84	–	–
Pays industrialisés	114933	12	–	–	–	22	–	–	–	–	103	99	–	–
Pays en développement	1061866	19	–	22 **	20 **	56	–	50 **	83 **	72 **	77	51	30 **	19 **
Pays les moins avancés	190445	23	–	29	32	123	–	56	67	59	46	24	–	21
Total mondial	1202710	18	–	22 **	20 **	52	–	49 **	–	72 **	80	56	–	19 **

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

État matrimonial – Pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans qui sont mariés ou en union. Cet indicateur a pour but de donner un instantané de l'état matrimonial des filles et des garçons de ce groupe d'âge. On notera toutefois que ceux et celles qui ne sont pas mariés au moment de l'enquête restent exposés au risque de se marier avant d'être sortis de l'adolescence.

Âge lors du 1^{er} accouchement – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont eu un enfant avant l'âge de 18 ans. Cet indicateur normalisé extrait des enquêtes sur la population présente les niveaux de fécondité chez les adolescentes jusqu'à l'âge de 18 ans. Il convient de noter que les données se fondent sur les réponses de femmes âgées de 20 à 24 ans, qui ne courent plus le risque d'avoir un enfant avant l'âge de 18 ans.

Taux de naissances chez les adolescents – Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

Justification de la violence conjugale – Pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans qui estiment qu'un mari est en droit de frapper ou de battre sa femme pour au moins une des raisons suivantes : si elle fait brûler le repas, se dispute avec lui, sort sans le lui dire, néglige les enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels.

Utilisation des médias – Pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans qui utilisent au moins une sorte de médias d'information suivants au moins une fois par semaine : journal, magazine, télévision ou radio. (2000–2010*)

Taux brut de scolarisation dans le 1^{er} cycle secondaire – Nombre d'enfants inscrits en premier cycle de secondaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total des enfants ayant l'âge officiel du 1^{er} cycle secondaire.

Taux brut de scolarisation dans le 2^e cycle secondaire – Nombre d'enfants inscrits en deuxième cycle de secondaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total des enfants ayant l'âge officiel du 2^e cycle secondaire.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Pourcentage de jeunes hommes et femmes (âgés de 15 à 19 ans) capables d'identifier correctement les deux principales façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH (avec un préservatif et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) et de réfuter les deux idées fausses les plus répandues dans leur communauté sur la transmission du VIH, et qui savent également qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive au VIH.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population d'adolescents – Division de la population des Nations Unies.

État matrimonial – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales.

Âge au 1^{er} accouchement – EDS.

Taux de naissance chez les adolescents – Division de la population des Nations Unies.

Justification de la violence conjugale – EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

Utilisation des médias – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, EDS et autres enquêtes nationales.

Taux brut de scolarisation – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU).

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, EDS, MICS, Enquête sur la santé reproductive et autres enquêtes nationales sur les ménages; « Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA » <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exception de la Chine.

TABLEAU 12 : ÉQUITÉ – RURAL/URBAIN

Pays et territoires	Enregistrement des naissances (%)			Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (%)			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)			% d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) femmes 15-24 ans			% de la population qui utilise des installations sanitaires améliorées		
	2000-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2005-2010*			2005-2010			2008		
	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural
Afghanistan	12	4	2,7	35 x	7 x	5,0 x	–	–	–	–	–	–	73 x	47 x	1,6 x	–	–	–	60	30	2,0
Afrique du Sud	–	–	–	94 x	85 x	1,1 x	10 x	9 x	0,9 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	65	1,3
Albanie	99	98	1,0	100	99	1,0	5	6	1,2	64	63	1,0	90	91	1,0	51	26	2,0	98	98	1,0
Algérie	99	99	1,0	98	92	1,1	3	4	1,4	26	23	1,1	98	95	1,0	16	10	1,7	98	88	1,1
Allemagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Angola	34	19	1,7	71	26	2,8	–	–	–	–	–	–	85	67	1,3	–	–	–	86	18	4,8
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Argentine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	77	1,2
Arménie	97	95	1,0	100	99	1,0	3	7	2,6	62 x	56 x	1,1 x	–	–	–	26	17	1,5	95	80	1,2
Australie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Autriche	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Azerbaïdjan	96	92	1,0	97	80	1,2	4	12	3,1	21	41	0,5	74	72	1,0	7	2	3,3	85	77	1,1
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Bangladesh	13	9	1,5	41	22	1,9	33	43	1,3	70	68	1,0	86	86	1,0	–	–	–	56	52	1,1
Barbade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Bélarus	–	–	–	100 x	100 x	1,0 x	1 x	2 x	1,7 x	53 x	56 x	0,9 x	92	95	1,0	33	34	1,0	91	97	0,9
Belgique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Belize	92	97	1,0	99	93	1,1	2	6	2,9	–	–	–	97	94	1,0	49	29	1,7	93	86	1,1
Bénin	68	56	1,2	84	69	1,2	15	21	1,4	43	41	1,1	74	55	1,3	22	11	1,9	24	4	6,0
Bhoutan	100	100	1,0	90	54	1,6	11	14	1,3	60	62	1,0	96	90	1,1	32	15	2,1	87	54	1,6
Bolivie (État plurinational de)	76	72	1,1	88	51	1,7	3	6	2,3	28	30	0,9	98	96	1,0	32	9	3,5	34	9	3,8
Bosnie-Herzégovine	99	100	1,0	100	100	1,0	2 x	1 x	0,7 x	42	58	0,7	98	98	1,0	46	42	1,1	99	92	1,1
Botswana	78	67	1,2	99	90	1,1	–	–	–	–	–	–	89	85	1,0	–	–	–	74	39	1,9
Brésil	–	–	–	98	94	1,0	2	2	0,8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	37	2,4
Brunéï Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Burkina Faso	86	58	1,5	66	51	1,3	–	–	–	52	41	1,3	79	38	2,1	35	10	3,6	33	6	5,5
Burundi	62	60	1,0	88	58	1,5	16	28	1,7	27 x	23 x	1,2 x	91	70	1,3	53	29	1,8	49	46	1,1
Cambodge	71	66	1,1	95	67	1,4	19	30	1,6	45 x	51 x	0,9 x	–	–	–	62	47	1,3	67	18	3,7
Cameroun	86	58	1,5	86	46	1,9	9	22	2,4	29	18	1,6	90	71	1,3	42	18	2,4	56	35	1,6
Canada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99	1,0
Cap-Vert	–	–	–	91 x	64 x	1,4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	65	38	1,7
Chili	–	–	–	100 x	99 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	83	1,2
Chine	–	–	–	100	99	1,0	3 x	8 x	2,7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	58	52	1,1
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Colombie	97	95	1,0	99	94	1,1	3	5	1,6	55	45	1,2	91	91	1,0	26	17	1,5	81	55	1,5
Comores	87	83	1,1	79 x	57 x	1,4 x	–	–	–	48 x	27 x	1,8 x	41 x	29 x	1,4 x	–	–	–	50	30	1,7
Congo	88 y	75 y	1,2 y	96 x	73 x	1,3 x	8 x	15 x	2,0 x	40 x	38 x	1,1 x	–	–	–	9	6	1,5	31	29	1,1
Costa Rica	–	–	–	100	99	1,0	–	–	–	–	–	–	96	96	1,0	–	–	–	95	96	1,0
Côte d'Ivoire	79	41	2,0	84	40	2,1	9	20	2,2	48	43	1,1	67	48	1,4	19	17	1,1	36	11	3,3
Croatie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	98	1,0
Cuba	100 y	100 y	1,0 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	55	49	1,1	94	81	1,2
Danemark	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Djibouti	90	82	1,1	95	40	2,3	18	27	1,5	32	63	0,5	67	49	1,4	18	9	2,0	63	10	6,3
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	99	99	1,0	90	72	1,2	6	6	1,0	17	20	0,8	91	87	1,0	7	3	2,3	97	92	1,1
El Salvador	99	99	1,0	97	94	1,0	4 y	7 y	2,0 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	89	83	1,1
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	95	1,0
Équateur	89	92	1,0	98 x	99 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	84	1,1
Érythrée	–	–	–	65 x	10 x	6,2 x	23 x	40 x	1,7 x	67 x	49 x	1,4 x	–	–	–	–	–	–	52	4	13,0
Espagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Estonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	94	1,0
États-Unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99	1,0
Éthiopie	29	5	5,9	45 x	3 x	17,2 x	17 x	35 x	2,0 x	28 x	14 x	1,9 x	–	–	–	44	14	3,2	29	8	3,6
ex-République yougoslave de Macédoine	95	93	1,0	98 x	98 x	1,0 x	1	2	1,0	61 x	23 x	2,7 x	93	97	1,0	33	18	1,8	92	82	1,1
Fédération de Russie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	70	1,3
Fidji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Pays et territoires	Enregistrement des naissances (%)			Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (%)			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)			% d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) femmes 15-24 ans			% de la population qui utilise des installations sanitaires améliorées					
	2000-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2005-2010*			2005-2010			2008					
	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Gabon	90	87	1,0	92 x	67 x	1,4 x	-	-	-	46 x	37 x	1,3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	33	30	1,1	
Gambie	57	54	1,1	83	43	1,9	12	22	1,9	32	40	0,8	53	35	1,5	42	37	1,2	68	65	1,0	68	65	1,0
Géorgie	97	87	1,1	99 x	98 x	1,0 x	1	1	1,6	41 x	32 x	1,3 x	96	93	1,0	17	12	1,5	96	93	1,0	96	93	1,0
Ghana	82	65	1,3	84	41	2,0	11	16	1,5	53	40	1,3	82	70	1,2	34	22	1,5	18	7	2,6	18	7	2,6
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	1,0	99	97	1,0
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	97	1,0	96	97	1,0
Guatemala	-	-	-	77	37	2,1	8	16	1,9	-	-	-	-	-	-	32	14	2,2	89	73	1,2	89	73	1,2
Guinée	78	33	2,4	84	31	2,7	15	23	1,5	40 x	37 x	1,1 x	-	-	-	24	13	1,9	34	11	3,1	34	11	3,1
Guinée-Bissau	30	21	1,4	69	27	2,6	13	21	1,6	55	52	1,0	83	57	1,5	22	8	2,8	49	9	5,4	49	9	5,4
Guinée équatoriale	43	24	1,8	87 x	49 x	1,8 x	-	-	-	34 x	37 x	0,9 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	96	92	1,0	98	90	1,1	7	12	1,7	-	-	-	93	92	1,0	72	47	1,5	85	80	1,1	85	80	1,1
Haïti	87	78	1,1	47	15	3,0	12	20	1,7	-	-	-	-	-	-	38	26	1,4	24	10	2,4	24	10	2,4
Honduras	95	93	1,0	90	50	1,8	4	11	2,4	51	49	1,0	92	86	1,1	37	21	1,8	80	62	1,3	80	62	1,3
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	100	100	1,0
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	100	100	1,0
Îles Marshall	96	96	1,0	97	68	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	12	2,7	83	53	1,6	83	53	1,6
Îles Salomon	70	81	0,9	90	67	1,3	8	12	1,5	-	-	-	72 y	65 y	1,1 y	34	28	1,2	98	-	-	98	-	-
Inde	59	35	1,7	76	44	1,7	33	46	1,4	38	31	1,2	-	-	-	33	14	2,4	54	21	2,6	54	21	2,6
Indonésie	71	41	1,7	84	76	1,1	-	-	-	52	56	0,9	99	97	1,0	16 y	6 y	2,5 y	67	36	1,9	67	36	1,9
Iran (République islamique d')	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	95	96	1,0	86	71	1,2	6	7	1,1	62	67	0,9	92	78	1,2	4	1	4,4	76	66	1,2	76	66	1,2
Irlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	98	1,0	100	98	1,0
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	100	100	1,0
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	100	100	1,0
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	89	88	1,0	99 x	94 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	97	98	1,0	61	58	1,0	82	84	1,0	82	84	1,0
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	100	100	1,0
Jordanie	-	-	-	99	99	1,0	2	2	1,3	31	36	0,9	-	-	-	-	-	-	98	97	1,0	98	97	1,0
Kazakhstan	99	99	1,0	100	100	1,0	3	5	1,7	-	-	-	98	98	1,0	24	21	1,1	97	98	1,0	97	98	1,0
Kenya	76	57	1,3	75	37	2,0	10	17	1,7	44	42	1,1	81	72	1,1	57	45	1,3	27	32	0,8	27	32	0,8
Kirghizistan	96	93	1,0	100	96	1,0	2	2	0,9	26	21	1,3	93	92	1,0	23	18	1,3	94	93	1,0	94	93	1,0
Kiribati	100	80	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	100	100	1,0
Lesotho	43	46	1,0	88	54	1,6	12	13	1,1	49	47	1,0	93	88	1,0	44	36	1,2	40	25	1,6	40	25	1,6
Lettonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	71	1,2	82	71	1,2
Liban	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	100	-	-
Libéria	5 y	3 y	1,9 y	79	32	2,4	17	20	1,2	50	46	1,1	46	21	2,2	26	15	1,8	25	4	6,3	25	4	6,3
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	1,0	97	96	1,0
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	100	100	1,0
Madagascar	92	78	1,2	82	39	2,1	31 x	37 x	1,2 x	62	47	1,3	93	77	1,2	40	19	2,1	15	10	1,5	15	10	1,5
Malaisie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	95	1,0	96	95	1,0
Malawi	-	-	-	78	50	1,6	10	13	1,3	36	25	1,4	88	88	1,0	56	39	1,5	51	57	0,9	51	57	0,9
Maldives	93	92	1,0	99	93	1,1	11	20	1,8	-	-	-	83	83	1,0	43 y	32 y	1,4 y	100	96	1,0	100	96	1,0
Mali	92	77	1,2	80	38	2,1	20	29	1,5	43	37	1,2	79	52	1,5	19	12	1,5	45	32	1,4	45	32	1,4
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0	100	100	1,0
Maroc	92 y	80 y	1,1 y	85 x	40 x	2,2 x	6 x	12 x	2,1 x	51 x	41 x	1,2 x	96	83	1,2	-	-	-	83	52	1,6	83	52	1,6
Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93	90	1,0	93	90	1,0
Mauritanie	75	42	1,8	90	39	2,3	-	-	-	39	28	1,4	72	49	1,5	8	2	4,7	50	9	5,6	50	9	5,6
Mexique	-	-	-	98	87	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	68	1,3	90	68	1,3
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	100	-	-
Mongolie	98	99	1,0	100	99	1,0	5 x	6 x	1,2 x	42 x	49 x	0,9 x	96	94	1,0	38	21	1,8	64	32	2,0	64	32	2,0
Monténégro	98	99	1,0	100	98	1,0	2 x	1 x	0,7 x	-	-	-	97	98	1,0	31	29	1,1	96	86	1,1	96	86	1,1
Mozambique	39	28	1,4	78	46	1,7	14	20	1,5	51	45	1,1	89	78	1,1	43	32	1,4	38	4	9,5	38	4	9,5
Myanmar	94	64	1,5	82	58	1,4	19	24	1,3	-	-	-	93	89	1,0	-	-	-	86	79	1,1	86	79	1,1
Namibie	83	59	1,4	94	73	1,3	12	19	1,7	52	45	1,1	94	91	1,0	65	65	1,0	60	17	3,5	60	17	3,5
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-	-	50	-	-

◀ TABLEAU 12 : ÉQUITÉ – RURAL/URBAIN

Pays et territoires	Enregistrement des naissances (%)			Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (%)			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)			% d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) femmes 15-24 ans			% de la population qui utilise des installations sanitaires améliorées		
	2000-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2005-2010*			2005-2010			2008		
	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural
Népal	42	34	1,2	51	14	3,5	23	41	1,8	39	37	1,1	90	83	1,1	43	25	1,7	51	27	1,9
Nicaragua	90	73	1,2	92	56	1,7	4	7	1,7	51 x	47 x	1,1 x	-	-	-	-	-	-	63	37	1,7
Niger	71 y	25 y	2,9 y	78	25	3,1	-	-	-	47	32	1,5	71	32	2,2	31	8	3,8	34	4	8,5
Nigéria	49	22	2,2	65	28	2,4	16	27	1,7	34	22	1,6	78	56	1,4	30	18	1,7	36	28	1,3
Nioué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	-	-
Ouganda	24	21	1,1	80	37	2,2	11	17	1,6	48	39	1,2	88	81	1,1	48	28	1,7	38	49	0,8
Ouzbékistan	100	100	1,0	100	100	1,0	4	4	0,9	-	-	-	97	95	1,0	33	30	1,1	100	100	1,0
Pakistan	32	24	1,3	60	30	2,0	29 x	33 x	1,1 x	38	36	1,0	78	62	1,3	-	-	-	72	29	2,5
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	-
Panama	-	-	-	99	84	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	51	1,5
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	88	47	1,9	12 x	20 x	1,6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	41	1,7
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	87	1,0	-	-	-	90	40	2,3
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Pérou	-	-	-	95	64	1,5	2	8	3,8	66	53	1,2	97	94	1,0	-	-	-	81	36	2,3
Philippines	87	78	1,1	78	48	1,6	-	-	-	64	56	1,1	-	-	-	23	17	1,4	80	69	1,2
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	80	1,2
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
République arabe syrienne	96	95	1,0	99	93	1,1	9	9	1,0	33	35	0,9	89	85	1,0	7	7	1,0	96	95	1,0
République centrafricaine	72	36	2,0	82	26	3,1	22	26	1,2	52	43	1,2	66	42	1,6	21	13	1,6	43	28	1,5
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
République de Moldova	98	98	1,0	100 x	99 x	1,0 x	2 x	4 x	2,0 x	43 x	56 x	0,8 x	-	-	-	-	-	-	85	74	1,1
République démocratique du Congo	24	29	0,8	93	66	1,4	17	27	1,6	36	38	0,9	86	70	1,2	21	12	1,7	23	23	1,0
République démocratique populaire lao	84	68	1,2	68	11	6,2	20	34	1,7	-	-	-	93	75	1,2	-	-	-	86	38	2,3
République dominicaine	82	70	1,2	98	97	1,0	-	-	-	58	51	1,1	88	89	1,0	42	37	1,2	87	74	1,2
République populaire démocratique de Corée	100	100	1,0	100	100	1,0	13	27	2,0	71	63	1,1	100	99	1,0	11	4	2,8	-	-	-
République tchèque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	97	1,0
République-Unie de Tanzanie	44	10	4,6	83	40	2,0	11	17	1,5	55	49	1,1	91	77	1,2	55	45	1,2	32	21	1,5
Roumanie	-	-	-	100 x	98 x	1,0 x	3 x	4 x	1,3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	54	1,6
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Rwanda	79	83	0,9	82	67	1,2	6	12	1,9	30 x	23 x	1,3 x	-	-	-	63	48	1,3	50	55	0,9
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	96	1,0
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et- les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	62	44	1,4	94	78	1,2	-	-	-	-	-	-	89 y	88 y	1,0 y	5	2	2,4	100	100	1,0
Sao Tomé-et-Principe	76	74	1,0	89	75	1,2	12	14	1,1	64	62	1,0	86	85	1,0	47	38	1,3	30	19	1,6
Sénégal	75	44	1,7	85 x	33 x	2,5 x	7 x	17 x	2,4 x	44 x	42 x	1,1 x	-	-	-	27	12	2,4	69	38	1,8
Serbie	99	99	1,0	99	99	1,0	1 x	1 x	1,1 x	76 x	64 x	1,2 x	98	99	1,0	47	37	1,3	96	88	1,1
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	-	-
Sierra Leone	59	48	1,2	67	33	2,0	16	23	1,5	59	56	1,1	78	56	1,4	28	9	3,1	24	6	4,0
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	1,0
Slovénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Somalie	6	2	3,7	65	15	4,5	20	38	1,9	9	6	1,5	30	9	3,3	7	2	4,1	52	6	8,7
Soudan du Sud*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	97	98	1,0	99	99	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	92	1,0
Suède	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	1,0
Suriname	98	95	1,0	95	82	1,2	7	8	1,1	26	29	0,9	96	91	1,1	45	32	1,4	90	66	1,4
Swaziland	38	28	1,4	89	80	1,1	4	6	1,5	19	23	0,8	87	84	1,0	70	55	1,3	61	53	1,2
Tadjikistan	85	90	0,9	95	86	1,1	12	16	1,3	28 x	20 x	1,4 x	97 y	97 y	1,0 y	-	-	-	95	94	1,0
Tchad	36	3	11,9	60	12	5,1	22	33	1,5	39	19	2,1	-	-	-	18	7	2,6	23	4	5,8
Territoire palestinien occupé	97 y	96 y	1,0 y	99	97	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	84	1,1

Pays et territoires	Enregistrement des naissances (%)			Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (%)			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)			% d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%)			% de la population qui utilise des installations sanitaires améliorées				
	2000-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2005-2010*			2005-2010			2008				
	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural
Thaïlande	100	99	1,0	100	100	1,0	5	8	1,7	42	48	0,9	98	98	1,0	43	47	0,9	95	96	1,0		
Timor-Leste	50	57	0,9	59	20	2,9	35	47	1,4	59	64	0,9	79	70	1,1	14	12	1,2	76	40	1,9		
Togo	93	71	1,3	93	40	2,3	10	20	1,9	23	24	0,9	94	86	1,1	17	13	1,4	24	3	8,0		
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	96	1,0		
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	92	1,0		
Tunisie	-	-	-	98	89	1,1	-	-	-	61	63	1,0	-	-	-	-	-	-	96	64	1,5		
Turkménistan	96	95	1,0	100	99	1,0	7 x	9 x	1,2 x	31	22	1,4	-	-	-	7	4	2,0	99	97	1,0		
Turquie	95	92	1,0	96	80	1,2	1	3	2,1	22	22	1,0	94 y	91 y	1,0 y	-	-	-	97	75	1,3		
Tuvalu	60	38	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	41	0,9	88	81	1,1		
Ukraine	100	100	1,0	99	98	1,0	-	-	-	-	-	-	71	76	0,9	48	37	1,3	97	90	1,1		
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	1,0		
Vanuatu	39	23	1,7	87	72	1,2	-	-	-	45	43	1,1	85	80	1,1	23	13	1,8	66	48	1,4		
Venezuela (République bolivarienne du)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Viet Nam	94	86	1,1	98	85	1,2	-	-	-	-	-	-	95	96	1,0	59	39	1,5	94	67	1,4		
Yémen	38	16	2,3	62	26	2,3	-	-	-	50	47	1,1	83	64	1,3	4 y	1 y	6,7 y	94	33	2,8		
Zambie	28	9	3,2	83	31	2,7	13	15	1,2	59	55	1,1	91	77	1,2	-	-	-	59	43	1,4		
Zimbabwe	57	30	1,9	86	58	1,5	8	10	1,3	46	31	1,5	94 y	90 y	1,0 y	-	-	-	56	37	1,5		

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^δ	53	22	2,4	-	-	-	21	30	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	18	3,1
--------------------------------------	----	----	-----	---	---	---	----	----	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	60	36	1,7	79	43	1,8	13	21	1,6	38	34	1,1	83	68	1,2	29	20	1,4	55	32	1,7
Afrique subsaharienne	53	30	1,8	76	40	1,9	15	22	1,5	41	35	1,2	81	66	1,2	33	22	1,5	44	24	1,8
Afrique de l'Est et australe	45	27	1,7	78	41	1,9	12	17	1,5	49	41	1,2	85	76	1,1	47	29	1,6	55	28	2,0
Afrique de l'Ouest et centrale	57	34	1,7	75	40	1,9	15	25	1,7	38	31	1,2	79	57	1,4	28	14	1,9	35	21	1,7
Moyen-Orient et Afrique du Nord	86	66	1,3	89	65	1,4	8	13	1,6	37	36	1,0	92	81	1,1	-	-	-	90	66	1,4
Asie	60**	38**	1,6**	83	58	1,4	31**	43**	1,4**	44**	38**	1,2**	-	-	-	31**	16**	1,9**	63	40	1,6
Asie du Sud	50	31	1,6	71	40	1,8	33	45	1,4	40	35	1,2	-	-	-	33**	14**	2,3	57	26	2,2
Asie de l'Est et Pacifique	82**	66**	1,3**	95	87	1,1	-	-	-	56**	55**	1,0**	98**	96**	1,0**	26**	22**	1,2**	66	55	1,2
Amérique latine et Caraïbes	-	-	-	96	74	1,3	3	8	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86	55	1,6
ECO/CEI	97	96	1,0	98	92	1,1	-	-	-	-	-	-	91	91	1,0	-	-	-	93	82	1,1
Pays industrialisés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	98	1,0
Pays en développement	64**	40**	1,6**	84	55	1,5	17**	32**	1,9**	42**	37**	1,1**	-	-	-	29**	17**	1,7**	68	40	1,7
Pays les moins avancés	44	26	1,7	74	39	1,9	19	27	1,4	49	45	1,1	84	73	1,2	33	21	1,6	50	31	1,6
Total mondial	65**	40**	1,6**	85	55	1,5	17**	32**	1,9**	42**	37**	1,1**	-	-	-	-	-	-	76	45	1,7

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui étaient enregistrés au moment de l'enquête. Cela comprend les enfants dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur ou ceux dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que sa naissance a été enregistrée.

Naissances assistées par du personnel soignant qualifié – Pourcentage de naissances assistées par des agents de santé qualifiés (médecins, personnel infirmier ou sages-femmes).

Insuffisance pondérale – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la santé.

% d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) atteints de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête qui ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale (un sachet de sels de réhydratation orale, une boisson recommandée préparée à domicile ou davantage de liquides) et d'une alimentation en continu.

Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire – Nombre d'enfants fréquentant l'école primaire ou secondaire ayant l'âge officiel de suivre des études primaires, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études primaires. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école primaire inscrits à l'école secondaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Pourcentage de jeunes hommes et femmes (âgés de 15-24 ans) capables d'identifier correctement les deux principales façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH (avec un préservatif et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) et de réfuter les deux idées fausses les plus répandues dans leur communauté sur la transmission du VIH, et qui savent également qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive au VIH.

% de la population qui utilise des installations sanitaires améliorées – Pourcentage de population utilisant l'un des types d'installations sanitaires suivants : installations reliées au réseau d'égouts, connexions au système septique, latrines à chasse d'eau, latrines améliorées à fosse autoventilée, latrines à fosse avec dalle ou fosse couverte, latrines à compost.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Enregistrement des naissances – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales et systèmes d'enregistrement de l'état civil.

Personnel qualifié à la naissance – EDS, MICS et autres sources représentatives au plan national.

Insuffisance pondérale – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages, Organisation mondiale de la Santé (OMS) et UNICEF.

Traitement de la diarrhée – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Fréquentation scolaire dans le primaire – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, EDS, MICS, et autres enquêtes nationales sur les ménages; « Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA », <www.measuredhs.com/hivdata>.

Utilisation d'installations sanitaires améliorées – Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exception de la Chine.

Les données en italique proviennent de sources différentes par rapport aux données présentées pour le même indicateur dans d'autres tableaux du présent rapport : Tableau 2 (Nutrition – Prévalence de l'insuffisance pondérale), Tableau 3 (Santé – Traitement de la diarrhée) et Tableau 8 (Femmes – Personnel qualifié à la naissance).

TABLEAU 13 : ÉQUITÉ – RICHESSE DES MÉNAGES

Pays et territoires	Enregistrement des naissances (%)			Personnel soignant qualifié à la naissance (%)			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)			% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) femmes 15-24 ans			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) hommes 15-24 ans		
	2000-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2005-2010*			2005-2010*			2005-2010*		
	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion riches/plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion riches/plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion riches/plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion riches/plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion riches/plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion riches/plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion riches/plus
	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albanie	98	99	1,0	98	100	1,0	8	4	2,2	-	-	-	89	91	1,0	20	60	3,0	10	38	3,8
Algérie	-	-	-	88	98	1,1	5	2	2,4	19	23	1,2	93	98	1,1	5	20	3,7	-	-	-
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	17	48	2,8	23x	67x	3,0x	-	-	-	-	-	-	63	78	1,2	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	93	99	1,1	93x	100x	1,1x	-	-	-	53x	78x	1,5x	-	-	-	12	29	2,5	16	20	1,2
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	92	97	1,1	76	100	1,3	15	2	7,0	27	28	1,0	72	78	1,1	1	12	10,3	2	14	6,3
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	6	19	3,0	9	57	6,2	51	26	1,9	57	70	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	-	-	-	100x	100x	1,0x	2x	0x	6,7x	-	-	-	96	94	1,0	31	35	1,1	-	-	-
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	93	98	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	55	2,0	-	-	-
Bénin	46	75	1,6	52	96	1,9	25	10	2,4	40	47	1,2	39	63	1,6	9	26	3,1	17	52	3,0
Bhoutan	100	100	1,0	34	95	2,8	16	7	2,2	61	60	1,0	85	94	1,1	7	32	4,4	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	-	-	-	38	99	2,6	8	2	3,8	28	27	0,9	95	97	1,0	5	40	8,4	11	45	4,3
Bosnie-Herzégovine	99	100	1,0	99	100	1,0	2x	3x	0,5x	58	47	0,8	99	98	1,0	46	49	1,1	-	-	-
Botswana	-	-	-	84x	100x	1,2x	16	4	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunéï Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	52	90	1,7	56	65	1,2	38	18	2,1	38	53	1,4	33	39	1,2	8	37	4,4	-	-	-
Burundi	58	64	1,1	25x	55x	2,2x	-	-	-	22x	27x	1,2x	59	69	1,2	26	35	1,3	-	-	-
Cambodge	59	77	1,3	21x	90x	4,3x	-	-	-	56x	37x	0,7x	-	-	-	26	68	2,6	26	64	2,5
Cameroun	51	91	1,8	23	98	4,4	30	5	6,2	16	45	2,8	50	87	1,7	12	50	4,0	-	-	-
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cap-Vert	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	-	-	-	93	100	1,1	6	2	3,1	46	64	1,4	90	93	1,0	15	32	2,2	-	-	-
Comores	72	93	1,3	49x	77x	1,6x	-	-	-	31x	34x	1,1x	25x	39x	1,6x	-	-	-	-	-	-
Congo	69y	91y	1,3y	40x	95x	2,4x	16x	5x	3,1x	36x	45x	1,3x	-	-	-	5	12	2,4	12	27	2,3
Costa Rica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	28	89	3,2	29	95	3,3	21	6	3,4	44	60	1,4	35	55	1,6	10	24	2,5	15	42	2,8
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	99	100	1,0	55	97	1,8	8	5	1,4	21	14	0,7	81	93	1,1	2	9	4,9	9	28	3,1
El Salvador	98	99	1,0	91	98	1,1	12y	1y	12,9y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Émirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	-	-	-	99x	98x	1,0x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	-	-	-	7x	81x	12,1x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
États-Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	3	18	7,0	1x	27x	38,0x	36x	25x	1,5x	10x	30x	3,1x	-	-	-	8	39	4,7	20	50	2,5
ex-République yougoslave de Macédoine	89	99	1,1	95x	100x	1,0x	3	0	5,3	20x	-	-	86	100	1,2	9	45	5,0	-	-	-
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pays et territoires	Enregistrement des naissances (%)			Personnel soignant qualifié à la naissance (%)			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)			% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) femmes 15-24 ans			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) hommes 15-24 ans		
	2000-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2005-2010*			2005-2010*					
	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres
	plus	plus	riches/plus	plus	plus	riches/plus	plus	plus	riches/plus	plus	plus	riches/plus	plus	plus	riches/plus	plus	plus	riches/plus	plus	plus	riches/plus
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	88	92	1,0	-	-	-	-	-	-	37 x	45 x	1,2 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambie	52	64	1,2	28	89	3,1	24	9	2,6	34	33	1,0	28	42	1,5	32	45	1,4	-	-	-
Géorgie	89	98	1,1	95 x	99 x	1,0 x	-	-	-	-	-	-	90	96	1,1	7	19	2,8	-	-	-
Ghana	60	88	1,5	22	94	4,2	19	9	2,2	34	57	1,7	60	88	1,5	17	34	2,1	23	50	2,1
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-	21 y	3 y	6,5 y	-	-	-	-	-	-	5	41	7,8	-	-	-
Guinée	21	83	4,0	26	57	2,2	24	19	1,3	32 x	45 x	1,4 x	-	-	-	10	27	2,8	8	28	3,3
Guinée-Bissau	17	35	2,0	19	79	4,0	22	11	2,1	62	62	1,0	52	65	1,2	6	25	4,3	-	-	-
Guinée équatoriale	-	-	-	47 x	85 x	1,8 x	-	-	-	33 x	28 x	0,9 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	87	98	1,1	64	93	1,5	16	4	3,8	-	-	-	89	92	1,0	37	72	2,0	25	65	2,6
Haïti	72	92	1,3	6	68	10,5	22	6	3,6	-	-	-	-	-	-	18	41	2,2	28	52	1,9
Honduras	92	96	1,0	33	99	2,9	16	2	8,1	45	52	1,1	80	90	1,1	13	44	3,4	-	-	-
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	92	98	1,1	68	99	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	39	3,3	37	58	1,6
Îles Salomon	80	78	1,0	56	88	1,6	14	10	1,4	-	-	-	58 y	61 y	1,1 y	17	37	2,1	35	50	1,5
Inde	24	72	3,1	19	89	4,6	57	20	2,9	29	45	1,5	-	-	-	4	45	11,7	15	55	3,8
Indonésie	23	84	3,7	65	86	1,3	-	-	-	55	48	0,9	-	-	-	3 y	23 y	7,5 y	2 y	27 y	12,2 y
Iran (République islamique d')	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	-	-	98	100	1,0	3	0	26,0	32	35	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	99	100	1,0	100	100	1,0	5	2	2,8	-	-	-	99	98	1,0	18	28	1,6	-	-	-
Kenya	48	80	1,7	20	81	4,0	25	9	2,8	49	41	0,8	58	78	1,3	29	61	2,1	42	68	1,6
Kirghizistan	94	95	1,0	93	100	1,1	2	2	0,8	49	20	0,4	94	91	1,0	17	29	1,7	-	-	-
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	42	49	1,2	35	90	2,6	18	9	1,9	49	52	1,1	83	94	1,1	26	48	1,8	14	45	3,3
Lettonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	1 y	7 y	6,1 y	26	81	3,2	21	13	1,6	40	56	1,4	15	56	3,7	14	29	2,1	17	37	2,2
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	61	93	1,5	22	90	4,1	40 x	24 x	1,7 x	46	65	1,4	59	96	1,6	10	42	4,3	8	49	6,5
Malaisie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	-	-	-	43	77	1,8	-	-	-	24	34	1,4	71	90	1,3	33	52	1,6	34	45	1,3
Maldives	92	94	1,0	89	99	1,1	24	11	2,3	-	-	-	82	82	1,0	23 y	48 y	2,0 y	-	-	-
Mali	65	96	1,5	35	86	2,5	31	17	1,8	32	51	1,6	37	56	1,5	9	19	2,0	-	-	-
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	-	-	-	30 x	95 x	3,2 x	15 x	3 x	4,5 x	37 x	50 x	1,3 x	77	95	1,2	-	-	-	-	-	-
Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	28	83	2,9	21	95	4,6	-	-	-	25	37	1,5	41	59	1,5	0	12	29,5	4	27	6,2
Mexique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	99	98	1,0	98 x	100 x	1,0 x	7 x	3 x	2,8 x	47 x	-	-	91	96	1,1	18	44	2,4	-	-	-
Monténégro	94	99	1,0	98	100	1,0	4 x	1 x	4,1 x	-	-	-	92	100	1,1	23	36	1,6	-	-	-
Mozambique	20	48	2,4	37	89	2,4	24	8	3,1	41	55	1,3	72	80	1,1	41	43	1,1	16	45	2,7
Myanmar	50	96	1,9	-	-	-	33	14	2,5	-	-	-	81	94	1,2	-	-	-	-	-	-
Namibie	46	92	2,0	60	98	1,6	22	7	3,1	32	47	1,5	88	97	1,1	61	69	1,1	55	67	1,2

TABLEAU 13 : ÉQUITÉ – RICHESSE DES MÉNAGES

Pays et territoires	Enregistrement des naissances (%)			Personnel soignant qualifié à la naissance (%)			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)			% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) femmes 15-24 ans			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) hommes 15-24 ans		
	2000-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2005-2010*			2005-2010*					
	20% les plus pauvres	20% les plus riches/plus pauvres	proportion plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches/plus pauvres	proportion plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches/plus pauvres	proportion plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches/plus pauvres	proportion plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches/plus pauvres	proportion plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches/plus pauvres	proportion plus	20% les plus pauvres	20% les plus riches/plus pauvres	
Nauru	71	88	1,2	97	98	1,0	7	3	2,7	—	—	—	—	—	—	13 y	10 y	0,8 y	—	25 y	—
Népal	22	47	2,2	5	58	12,0	47	19	2,5	25	57	2,2	76	84	1,1	12	49	4,3	30	59	2,0
Nicaragua	63	93	1,5	42	99	2,4	9	1	6,6	44 x	63 x	1,4 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Niger	20 y	67 y	3,3 y	21	71	3,3	—	—	—	31	46	1,5	26	32	1,2	5	30	6,5	6	34	5,8
Nigéria	9	62	7,0	8	86	10,3	35	10	3,5	17	41	2,5	31	72	2,4	9	34	3,6	18	41	2,2
Nioué	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norvège	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nouvelle-Zélande	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oman	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ouganda	17	26	1,5	28	76	2,7	21	8	2,5	39	44	1,1	72	82	1,1	20	47	2,3	28	47	1,6
Ouzbékistan	100	100	1,0	100	100	1,0	5	3	1,5	—	—	—	94	96	1,0	25	33	1,3	—	—	—
Pakistan	18	38	2,1	16	77	4,8	—	—	—	32	45	1,4	42	74	1,8	—	—	—	—	—	—
Palaos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panama	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Papouasie-Nouvelle-Guinée	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pays-Bas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pérou	—	—	—	56	100	1,8	9	1	15,7	52	75	1,5	92	97	1,1	—	—	—	—	—	—
Philippines	—	—	—	26	94	3,7	—	—	—	59	65	1,1	—	—	—	14	26	1,8	—	—	—
Pologne	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République arabe syrienne	92	99	1,1	78	99	1,3	10	7	1,5	37	38	1,0	—	—	—	4	10	2,9	—	—	—
République centrafricaine	23	83	3,7	27	89	3,3	25	17	1,5	39	55	1,4	31	48	1,5	14	23	1,6	19	33	1,7
République de Corée	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République de Moldova	97	98	1,0	99 x	100 x	1,0 x	5 x	1 x	8,2 x	43 x	51 x	1,2 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République démocratique du Congo	25	27	1,1	59	96	1,6	29	12	2,3	39	38	1,0	65	73	1,1	8	24	2,8	—	—	—
République démocratique populaire lao	62	85	1,4	3	81	27,1	38	14	2,7	—	—	—	59	84	1,4	—	—	—	—	—	—
République dominicaine	59	97	1,6	95	99	1,0	—	—	—	54	57	1,0	82	91	1,1	31	46	1,5	21	41	2,0
République populaire démocratique de Corée	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République tchèque	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République-Unie de Tanzanie	4	56	12,7	31	90	2,9	22	9	2,3	45	59	1,3	68	93	1,4	39	55	1,4	34	56	1,7
Roumanie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Royaume-Uni	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rwanda	82	81	1,0	43	71	1,7	—	—	—	21 x	31 x	1,5 x	—	—	—	42	59	1,4	50	55	1,1
Saint-Kitts-et-Nevis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Marin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Siège	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Vincent-et-les Grenadines	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sainte-Lucie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	31	63	2,1	66	95	1,4	—	—	—	—	—	—	85 y	91 y	1,1 y	3	3	1,0	3	9	2,7
Sao Tomé-et-Principe	74	86	1,1	74	93	1,3	18	7	2,6	66	64	1,0	75	95	1,3	27	56	2,0	39	55	1,4
Sénégal	31	81	2,6	20 x	89 x	4,4 x	21 x	5 x	4,2 x	40 x	44 x	1,1 x	—	—	—	9	32	3,6	7	36	5,1
Serbie	98	99	1,0	98	100	1,0	4 x	1 x	3,5 x	63 x	—	—	96	100	1,0	25	48	1,9	—	—	—
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leone	43	62	1,4	28	71	2,5	22	12	1,8	47	60	1,3	44	83	1,9	6	31	5,3	10	42	4,2
Singapour	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Slovaquie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Slovénie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Somalie	1	7	6,6	11	77	7,2	42	14	3,0	5	11	2,2	3	40	12,5	1	8	13,5	—	—	—
Soudan*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soudan du Sud*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sri Lanka	97	98	1,0	97	99	1,0	29	11	2,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suède	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suisse	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	94	98	1,0	81	96	1,2	9	5	1,8	23	31	1,4	88	97	1,1	23	54	2,4	—	—	—
Swaziland	18	50	2,8	65	94	1,4	8	4	2,3	21	15	0,7	77	91	1,2	49	72	1,5	44	64	1,5

Pays et territoires	Enregistrement des naissances (%)			Personnel soignant qualifié à la naissance (%)			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%)			% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu			Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) femmes 15-24 ans			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) hommes 15-24 ans		
	2000-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2006-2010*			2005-2010*			2005-2010*					
	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres			
Tadjikistan	89	86	1,0	90	90	1,0	17	13	1,3	20 x	26 x	1,3 x	96 y	96 y	1,0 y	—	—	—	—	—	—
Tchad	0	37	121,7	8	61	7,6	33	21	1,6	14	41	2,9	—	—	—	6	18	2,9	—	—	—
Territoire palestinien occupé	—	—	—	98	100	1,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Thaïlande	99	100	1,0	93	100	1,1	11	3	3,3	43	45	1,1	97	98	1,0	47	43	0,9	—	—	—
Timor-Leste	50	56	1,1	10	69	6,9	49	35	1,4	66	62	0,9	60	83	1,4	9	16	1,8	11	35	3,0
Togo	63	96	1,5	30	97	3,3	21	9	2,5	19	27	1,4	80	92	1,2	11	17	1,6	—	—	—
Tonga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinité-et-Tobago	94	98	1,0	98	100	1,0	—	—	—	—	—	—	95	99	1,0	48	62	1,3	—	—	—
Tunisie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Turkménistan	94	97	1,0	99	100	1,0	8 x	2 x	3,2 x	27	36	1,3	—	—	—	3	8	2,8	—	—	—
Turquie	89	99	1,1	73	100	1,4	4	1	8,4	20	33	1,7	87 y	95 y	1,1 y	—	—	—	—	—	—
Tuvalu	39	71	1,8	99	98	1,0	1	0	—	—	—	—	—	—	—	34 y	39	1,2 y	—	67 y	—
Ukraine	100	100	1,0	97	99	1,0	—	—	—	—	—	—	78	75	1,0	33	45	1,4	28	42	1,5
Uruguay	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vanuatu	13	41	3,1	55	90	1,6	—	—	—	38	53	1,4	74	76	1,0	9	23	2,7	—	—	—
Venezuela (République bolivarienne du)	87	95	1,1	95 x	92 x	1,0 x	—	—	—	—	—	—	86 x	99 x	1,2 x	—	—	—	—	—	—
Viet Nam	72	97	1,3	53	99	1,9	—	—	—	—	—	—	94	96	1,0	29	61	2,1	—	—	—
Yémen	5	50	9,3	17	74	4,3	—	—	—	41	54	1,3	44	73	1,6	0 y	4 y	—	—	—	—
Zambie	5	31	5,8	27	91	3,4	16	11	1,5	53	65	1,2	73	96	1,3	—	—	—	—	—	—
Zimbabwe	23	68	2,9	39	92	2,4	—	—	—	27	48	1,8	85 y	97 y	1,1 y	—	—	—	—	—	—

MEMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^δ	6	86	14,0	15	90	5,8	31	17	1,9	53	59	1,1	19 y	56 y	2,9 y	—	—	—	—	—	—
--------------------------------------	---	----	------	----	----	-----	----	----	-----	----	----	-----	------	------	-------	---	---	---	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique	28	61	2,2	30	87	2,9	26	10	2,5	32	44	1,4	54	77	1,4	14	34	2,5	20	44	2,2
Afrique subsaharienne	23	58	2,5	27	65	3,2	28	11	2,6	33	47	1,4	50	74	1,5	15	37	2,4	22	47	2,1
Afrique de l'Est et australe	21	47	2,2	29	84	2,8	—	—	—	41	49	1,2	65	84	1,3	23	47	2,0	28	53	1,9
Afrique de l'Ouest et centrale	25	64	2,5	26	86	3,3	31	11	2,7	27	44	1,6	42	69	1,7	10	30	3,2	16	40	2,4
Moyen-Orient et Afrique du Nord	—	—	—	47	92	1,9	—	—	—	33	35	1,1	61	81	1,3	—	—	—	—	—	—
Asie	27 **	68 **	2,5 **	26 **	86 **	3,3 **	53 **	20 **	2,7 **	36 **	48 **	1,3 **	—	—	—	7 **	42 **	5,6 **	13 **	51 **	3,9 **
Asie du Sud	22	63	2,8	19	84	4,5	55	20	2,7	32	47	1,5	—	—	—	4	45	11,1	15	55	3,7
Asie de l'Est et Pacifique	46 **	89 **	1,9 **	54 **	92 **	1,7 **	—	—	—	54 **	53 **	1,0 **	—	—	—	16 **	34 **	2,2 **	—	—	—
Amérique latine et Caraïbes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ECO/CEI	94	98	1,0	88	99	1,1	—	—	—	—	—	—	88	93	1,1	—	—	—	—	—	—
Pays industrialisés	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pays en développement	31 **	67 **	2,2 **	31 **	87 **	2,8 **	39 **	14 **	2,7 **	35 **	47 **	1,3 **	—	—	—	10 **	38 **	3,9 **	15 **	49 **	3,2 **
Pays les moins avancés	22	49	2,3	29	79	2,7	32	15	2,1	42	53	1,3	57	75	1,3	15	36	2,4	—	—	—
Total mondial	32 **	67 **	2,1 **	32 **	87 **	2,7 **	39 **	14 **	2,7 **	35 **	47 **	1,3 **	—	—	—	10 **	38 **	3,8 **	—	—	—

[#] Pour la liste complète des pays et territoires figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 124.

^δ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'ONU le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles, pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Memorandum).

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui étaient enregistrés au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur ou ceux dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que sa naissance a été enregistrée.

Personnel soignant qualifié à la naissance (%) – Pourcentage de naissances assistées par des agents de santé qualifiés (médecins, personnel infirmier ou sages-femmes).

Insuffisance pondérale – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu – Pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 4 ans) atteints de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête qui ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale (un sachet de sels de réhydratation orale, une boisson recommandée préparée à domicile ou davantage de liquides) et d'une alimentation en continu.

Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire – Nombre d'enfants fréquentant l'école primaire ou secondaire ayant l'âge officiel de suivre des études primaires, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études primaires. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école primaire inscrits à l'école secondaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Pourcentage de jeunes hommes et femmes (âgés de 15-24 ans) capables d'identifier correctement les deux principales façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH (avec un préservatif et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) et de réfuter les deux idées fausses les plus répandues dans leur communauté sur la transmission du VIH, et qui savent également qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être infectée par le VIH.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Enregistrement des naissances – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales et systèmes d'enregistrement de l'état civil.

Personnel soignant qualifié à la naissance – EDS, MICS et autres sources représentatives au plan national.

Insuffisance pondérale – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages, OMS et UNICEF.

Traitement de la diarrhée – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Fréquentation scolaire dans le primaire – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, EDS, MICS, et autres enquêtes nationales sur les ménages; « Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA », <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.

* Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

** À l'exception de la Chine.

Les données en italique proviennent de sources différentes par rapport aux données présentées pour le même indicateur dans d'autres tableaux du présent rapport : Tableau 2 (Nutrition – Prévalence de l'insuffisance pondérale), Tableau 3 (Santé – Traitement de la diarrhée) et Tableau 8 (Femmes – Personnel qualifié à la naissance).

ACRONYMES ET SIGLES

APHRC	African Population and Health Research Center
BCG	Vaccin antituberculeux (bacille de Calmette-Guérin)
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
DTC	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
ICDDR,B	Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques au Bangladesh
IGME	Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant
IIED	Institut international pour l'environnement et le développement
IVAE	Initiative Villes amies des enfants
JMP	Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples
NFHS	Enquête nationale sur la santé familiale
OC	Organisation communautaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONU-Habitat	Programme des Nations Unies pour les établissements humains
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
OSC	Organisation de la société civile
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPA	Parité de pouvoir d'achat
RNB	Revenu national brut
SDI	Shack/Slum Dwellers International
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIG	Système d'information géographique
TIC	Technologies de l'information et des communications
TMM5	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
UNDESA	Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNW-DPAC	Programme d'ONU-Eau pour le plaidoyer et la communication dans le cadre de la Décennie
Urban HEART	Outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en matière de santé en milieu urbain
VAE	Villes amies des enfants
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



Siège de l'UNICEF

UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis

Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe

Palais des Nations
CH-1211 Genève 10, Suisse

**Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale
et orientale/la Communauté d'États indépendants**

Palais des Nations
CH-1211 Genève 10, Suisse

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe**

P.O. Box 44145
Nairobi 00100, Kenya

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale**

P.O. Box 29720 Yoff
Dakar, Sénégal

**Bureau régional de l'UNICEF pour
les Amériques et les Caraïbes**

Clayton Edificio 102
Avenida Morse
Ciudad del Saber
Apartado Postal 0843-03045
Panama City, Panama

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Asie orientale et le Pacifique**

P.O. Box 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Thaïlande

**Bureau régional de l'UNICEF pour
le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord**

P.O. Box 1551
Amman 11821, Jordanie

Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud

P.O. Box 5815
Lekhath Marg
Katmandou, Népal

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis

pubdoc@unicef.org
www.unicef.org/french

25 dollars É.-U.
ISBN : 978-92-806-4598-9
Publication des Nations Unies,
Numéro de vente : F.12.XX.1



© Fonds des Nations Unies
pour l'enfance (UNICEF)
Février 2012



Pour accéder à l'édition en
ligne, scannez ce code QR
ou rendez-vous à l'adresse
[www.unicef.org/french/
sowc2012](http://www.unicef.org/french/sowc2012)

© Jonas Benditsen/Magnum Photos

