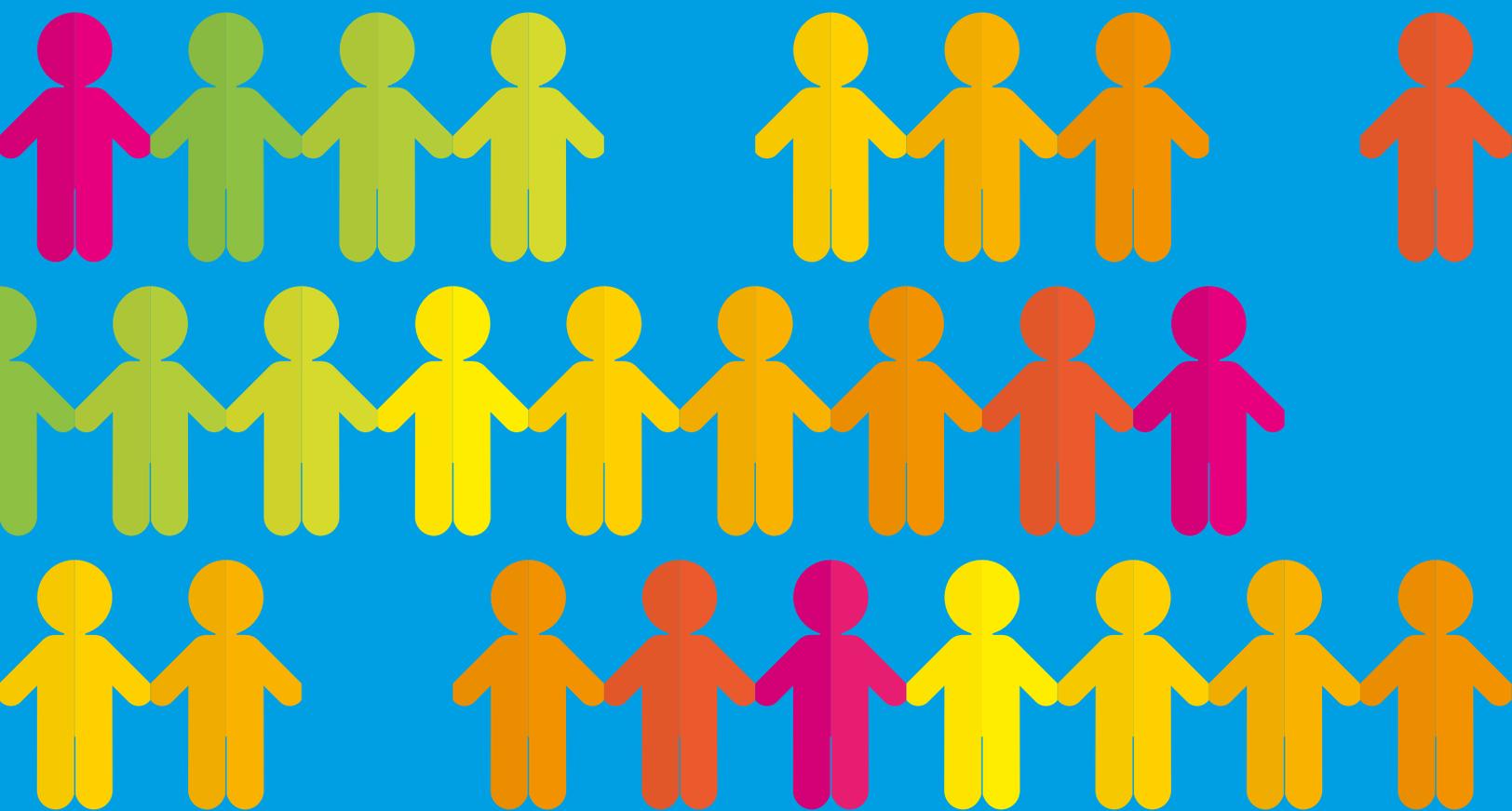


NUMÉRO 11 | 2015

PROGRÈS POUR LES ENFANTS

AU-DELÀ DES MOYENNES
TIRER LES LEÇONS
DES OMD



ÉLABORATION DU RAPPORT

Kai Bucher, Tara Dooley, Céline Little, Claudia Gonzalez Romo, Zahra Sethna, Jordan Tamagni

DONNÉES, RECHERCHE ET POLITIQUE

Agbessi Amouzou, Robert Bain, David Brown, Claudia Cappa, Liliana Carvajal, Archana Dwivedi, Karoline Hassfurter, Hiroyuki Hattori, Lucia Hug, Priscilla Idele, Claes Johansson, Julia Krasevec, George Laryea-Adjei, Pdraic Murphy, Colleen Murray, Holly Newby, Rada Noeva, Jeffrey O'Malley, Khin Wityee Oo, Nicole Petrowski, Tyler Porth, Shahrouh Sharif, Tom Slaymaker, Chiho Suzuki, Daniel Vadnais, Tessa Wardlaw, Danzhen You

ORIENTATION DES PROGRAMMES ET DES POLITIQUES

Pia Britto, Antonio Franco Garcia, Katherine Holland, Ken Legins, Vivian Lopez, Maniza Zaman, Jennifer Yablonski, Yarlina Balarajan, Josephine Bourne, Lisa Bender, Mathieu Brossard, Manuel Cardoso, Theresa Diaz, Nora Fyles, Ayanna Marie Harrison, Changu Mannathoko, Aarti Saihjee, Robert Kezzala, Kim Dickson, Mark Young, Valentina Buj, Craig McClure, Chewe Luo, Susan Kasedde, Thomas Fenn, Sostena Romano, Thilly De Bodt, Amaya Gillespie, Andrew Trevett, Alyssa Sharkey, Debra Jackson, Evangelia Grammatikaki

TRADUCTION

Marc Chalamet, Carlos Perellon

PRODUCTION ET DIFFUSION

Germain Ake, Ernest Califra, Hirut Gebre-Egziabier, Yasmine Hage, Charlotte Rutsch, Ami Pradhan, Anne Santiago, Nogel S. Viyar, Samantha Wauchope, Judith Yemane

REMERCIEMENTS

Conseillers : David Anthony, Colin Kirk, Catherine Langevin-Falcon, Matthew Varghese, Frank Borge Wietzke

Communication, Médias et Numérique : Nigina Baykabalova, Kwame Boyce, Edward Carwardine, Kate Donovan, Paloma Escudero, Sara Felsenstein, Elissa Jobson, Ueli Johner, Najwa Mekki, Christine Nesbitt, Rebecca Obstler, Hugh Reilly, Kristin Taylor, Sophia Tewa, Georgina Thompson, Tanya Turkovich, Rita Ann Wallace

Conception : Soapbox, www.soapbox.co.uk

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

Juin 2015

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

Attn : Permissions

3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, États-Unis

Tél. : +1 (212) 326-7434

Email : nyhqdoc.permit@unicef.org

Pour les données les plus récentes, veuillez consulter : data.unicef.org

ISBN : 978-92-806-4808-9

Crédits photos :

Page 4 : © UNICEF/INDA2014-00687/Singh

Page 8 : © UNICEF/INDA2013-00373/Romana

Page 16 : © UNICEF/NYHQ2009-0224/Estey

Page 20 : © UNICEF/NYHQ2008-1591/Pirozzi

Page 24 : © UNICEF/NYHQ2010-1249/Volpe

Page 30 : © UNICEF/BRDA2013-00028/Colfs

Page 36 : © UNICEF/HIVA2015-0008/Schermbrucker

Page 44 : © UNICEF/UKLA2013-00946/Schermbrucker

Page 50 : © UNICEF/ZIMA2011-00015/Pirozzi

Page 54 : © UNICEF/UKLA2014-10008/Matas

PROGRÈS POUR LES ENFANTS

Au-delà des moyennes :
Tirer les leçons des OMD

NUMÉRO 11, 2015

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----|
| Préface | iii |
| Introduction | 1 |
| Nutrition et pauvreté | 9 |
| Éducation primaire | 17 |
| Égalité des sexes | 21 |
| Mortalité de l'enfant | 25 |
| Santé maternelle | 31 |
| Vih/SIDA et paludisme | 37 |
| Eau et assainissement | 45 |
| Développement de la petite enfance | 51 |
| Mariage d'enfants | 55 |
| Données sur la situation des enfants : de 1990 à 2015 | 58 |
| Notes générales sur les données | 60 |
| Notes | 62 |
| Classification régionale | 65 |

PRÉFACE

TIRER LES ENSEIGNEMENTS DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

“Nous avons des devoirs à l’égard de tous les citoyens du monde, en particulier les personnes les plus vulnérables, et tout spécialement les enfants, à qui l’avenir appartient.”

La Déclaration du Millénaire des Nations Unies

C’est en ces termes, proclamés par les gouvernements du monde entier à l’aube d’un nouveau millénaire, que la communauté internationale a résolu de procéder à de vastes changements qui bénéficient à des millions de personnes. Afin de bâtir un monde plus paisible, prospère et juste pour les enfants qui en hériteront, ainsi que les générations à venir.

Depuis 2000, les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont contribué à la réalisation d’énormes progrès en faveur des enfants, montrant ainsi tout ce qu’une mobilisation mondiale autour d’objectifs concrets communs pouvait permettre d’accomplir.

Le présent rapport rend compte d’une grande partie de ces progrès. Il ne s’agit pas simplement de statistiques. Chaque enfant guéri d’une maladie ou de la malnutrition ... chaque nouveau-né protégé du VIH ... chaque fille qui va à l’école ... chaque localité qui bénéficie d’une source d’eau plus sûre ... chaque famille qui échappe à une pauvreté accablante ... est une victoire.

Alors même que nous célébrons ces succès, nous ne pouvons – et ne devons – cependant passer sous silence les échecs.

Car malgré tous nos progrès, nous avons failli à nos devoirs à l’égard de millions d’enfants : les plus vulnérables, auxquels nous nous devons pourtant d’accorder le plus d’attention. Certaines disparités se sont certes résorbées mais d’autres subsistent ou se sont dans certains cas aggravées – même au sein de pays qui affichent des progrès à l’échelle nationale.

Quels enseignements pouvons-nous en tirer?

Le problème n’est pas ce que l’on pourrait penser à première vue : ce n’est pas que nous nous soyons montrés trop ambitieux ou ayons visé trop haut et n’ayons pas pu venir en aide à tous les enfants que nous imaginions.

Le problème ne tient pas à notre excès mais au contraire il tient à notre manque d’ambition.

Définis comme des objectifs mondiaux généraux, les OMD incitaient les pays, sans qu’on l’ait voulu, à évaluer les progrès accomplis en se fondant sur des moyennes nationales.

Soucieux de progresser rapidement, beaucoup de pays ont mis l’accent sur les enfants et les communautés les plus faciles à atteindre, et non ceux le plus en difficulté. Cela a parfois même eu pour effet de ralentir les progrès nationaux.

Car nous n’avons pas été assez stratégiques. S’il semblait auparavant irréaliste d’aider les personnes les plus difficiles d’accès, nous savons maintenant qu’investir en faveur des enfants les plus défavorisés peut avoir un bon rapport coût-efficacité, ainsi que l’a établi l’étude de 2010 intitulée Réduire les écarts pour atteindre les Objectifs. Dans les cinq années qui se sont écoulées depuis, de plus en plus de données ont montré qu’une approche axée sur l’équité – qui consiste à obtenir des données ventilées et à cibler les programmes visant à venir en aide aux plus défavorisés et à surmonter les obstacles qui les empêchent d’accéder aux services essentiels – permet d’accélérer les progrès.

Et nous n’avons pas vu assez loin. Les données citées dans le présent rapport ne montrent pas seulement qu’il est possible de réaliser des progrès équitables. Ces progrès ont déjà lieu. L’élaboration de programmes axés sur l’équité peut transformer de fond en comble les conditions de vie de millions d’enfants. Nous pouvons réduire le fossé qui sépare ceux qui ne manquent de presque rien de ceux qui manquent de presque tout.

Pourquoi cela est-il important ? Parce que l'iniquité d'aujourd'hui est le fondement des inégalités de demain. Les inégalités des chances qui subsistent – entre ménages pauvres et aisés, entre communautés urbaines et rurales, entre filles et garçons et entre groupes majoritaires et minoritaires – perpétuent des cercles vicieux de transmission intergénérationnelle des privations et des désavantages et aggravent les clivages sociaux qui nuisent à l'ensemble de la société.

À l'heure où nous publions ce rapport, la communauté mondiale réfléchit de plus en plus aux coûts sociaux, économiques, politiques et humains de l'inégalité. Dans les médias, les reportages abondent sur l'espérance de vie différente d'enfants nés dans la même ville mais dans deux quartiers séparés de quelques rues et divisés par des disparités économiques, ethniques et sociales. Ou sur le chômage élevé et la violence des gangs parmi les jeunes qui ont été privés d'un enseignement de qualité ou de la possibilité de participer à la société.

Ces exemples proviennent souvent de pays riches. L'inégalité est une maladie dont les symptômes existent dans quasiment toutes les sociétés, se mesurent en vies perdues et en occasions ratées et se caractérisent par une plus faible productivité, une croissance plus lente et des tensions sociales.

Mais comme l'a récemment constaté l'économiste Joseph Stiglitz, l'inégalité n'a rien d'inévitable. C'est une maladie guérissable, mais seulement à condition d'en combattre les causes profondes : les iniquités qui restreignent l'avenir des enfants dès les premiers jours de leur vie.

Chaque enfant mérite un départ équitable dans la vie. Notre avenir en dépend. À l'heure où la communauté mondiale se rallie autour des Objectifs de développement durable, nous devons nous fixer comme but d'aider les enfants qui ont été oubliés lors de la réalisation des OMD.

Il faut à cette fin améliorer la collecte et l'utilisation de données pour déterminer qui sont les enfants les plus vulnérables et marginalisés et où ils se trouvent. Il faut remédier aux blocages qui existent – notamment en renforçant les systèmes locaux de santé et d'éducation et la protection sociale.

Il faut mettre en place des programmes, services et investissements directement adaptés aux besoins des plus défavorisés.

Et il faut mesurer les progrès que nous accomplissons dans la réalisation des objectifs de développement mondiaux non seulement à l'aide de moyennes statistiques mais également en tenant compte de la mesure dans laquelle les enfants les plus défavorisés bénéficient de ces progrès.

Pour être véritablement durable, le développement doit être véritablement équitable et chercher à profiter à tous les enfants sans exception. Pour que ces enfants qui bénéficient de chances égales puissent à leur tour donner de meilleures chances à leurs enfants et aux générations qui suivront.

Cela n'a rien de facultatif. Les enjeux sont immenses, tout comme les besoins – compte tenu notamment de la croissance démographique là même où les enfants sont déjà le plus défavorisés ... alors même que les effets des changements climatiques se font plus lourdement sentir ... et qu'un nombre croissant de conflits, de catastrophes et d'autres crises humanitaires touchent chaque année des millions d'enfants.

L'innovation, les nouvelles technologies, de meilleures données sur les conditions de vie et les besoins des enfants les plus défavorisés et des modes de collaboration plus efficaces sont autant de moyens qui nous permettent de mieux atteindre les plus vulnérables et de les aider à s'adresser à nous et à se faire entendre auprès de leur gouvernement.

Nous avons maintenant l'occasion de tirer les enseignements des OMD, de mettre fin aux cercles vicieux des désavantages intergénérationnels et d'entamer un cercle vertueux de possibilités et de développement véritablement durable.

C'est maintenant que nous devons saisir cette chance. Si nous ne le faisons pas, les futures générations nous tiendront – à juste titre – responsables de notre inaction.



Anthony Lake
Directeur général
UNICEF

INTRODUCTION

En 2015, les chances de survie et d'épanouissement d'un enfant sont nettement meilleures que ce qu'elles étaient lorsque la communauté internationale a adopté les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2000.

Les données font apparaître d'importants progrès en ce qui concerne par exemple la survie de l'enfant, la nutrition, la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la scolarisation dans le primaire. Aussi remarquables soient-elles, ces avancées ne dressent cependant qu'un bilan partiel de la situation.

Le présent rapport résume également les progrès accomplis en faveur des plus vulnérables, rappelant ainsi qu'un monde plus équitable est à notre portée. En dépit des progrès accomplis, il montre également que des millions d'enfants en grande difficulté ont été oubliés en chemin – les enfants les plus marginalisés et vulnérables, – ceux là-même dont les OMD étaient censés assurer l'avenir.

Les enfants des ménages les plus pauvres risquent par exemple trois fois plus que les enfants des familles les plus riches de ne pas avoir bénéficié de la présence de personnel qualifié lors de leur naissance. Ils risquent également deux fois plus de mourir avant leur cinquième anniversaire. La probabilité qu'ils atteignent un niveau d'instruction minimum est aussi beaucoup plus faible.

Oublier ces enfants en chemin, cela a de graves conséquences – sur la vie de ces enfants eux-mêmes et sur la prospérité et la stabilité de leurs pays.

La communauté internationale a la possibilité de réduire en une seule génération l'inégalité des chances parmi les enfants – à condition de remédier aux causes profondes des désavantages. Il faut à cette fin investir dans des programmes et politiques axés sur l'équité et fondés sur de solides données qui permettent d'identifier les enfants actuellement exclus. Il faut également adopter un mode de pensée plus novateur, de meilleures méthodes de mobilisation locale et des systèmes plus solides de santé, d'éducation et de protection de l'enfance.

À l'heure où nous faisons le bilan des succès et des échecs des 15 dernières années et fixons la voie à suivre pour atteindre les Objectifs de développement durable, nous sommes à la croisée des chemins : concentrer nos efforts sur les enfants les plus difficiles à atteindre ou bien faillir une fois encore à nos devoirs envers eux. Si nous prenons le bon chemin maintenant, nous aurons les meilleures chances d'assurer un avenir durable aux générations à venir.

UN DÉPART ÉQUITABLE DANS LA VIE

Avant même de voir le jour, les possibilités d'avenir d'un enfant sont dictées par des circonstances indépendantes de sa volonté : le sexe auquel il appartient, son lieu de naissance et la situation économique et sociale de sa famille.

Un mauvais départ dans la vie peut laisser des traces indélébiles sur un enfant. Survivra-t-il aux maladies de l'enfance ou y succombera-t-il ? Recevra-t-il ce dont il a besoin pour se développer physiquement et mentalement ou en sera-t-il privé ? Sera-t-il protégé des risques qui l'entourent ou y sera-t-il exposé ? Ces questions ont également de lourdes conséquences à long terme sur la prospérité de la société dans laquelle il vit.

Les OMD étaient assortis de cibles qui visaient à mesurer les progrès réalisés en faveur des enfants et exiger de la communauté internationale qu'elle rende compte de son action. Près de 15 années d'efforts concertés ont abouti à d'immenses progrès visant à donner à des millions d'enfants un meilleur départ dans la vie.

Comme le montre ce rapport, un enfant qui naît aujourd'hui bénéficie de bien meilleures conditions qu'un enfant de la génération précédente. Il a une probabilité beaucoup plus élevée de se maintenir en vie au moins jusqu'à son cinquième anniversaire. Il risque moins d'être atteint d'un retard de croissance et a de plus grandes chances d'aller à l'école. Si c'est une fille, être instruite réduit le risque qu'elle se marie avant de devenir adulte et aie des grossesses précoces et augmente la probabilité que ses propres enfants soient ensuite en bonne santé et aillent à l'école¹.

Malgré les fortes disparités qui subsistent, d'importants progrès ont été réalisés en faveur des groupes vulnérables. L'amélioration de la survie des enfants – en chiffres absolus – a été meilleure dans les ménages pauvres que dans les riches. L'écart entre les enfants des villes et les enfants des régions rurales a diminué en ce qui concerne les taux de retard de croissance, la prévention du paludisme et l'accès à l'assainissement amélioré. Et dans l'enseignement primaire, la proportion de filles par rapport aux garçons a atteint la parité dans quatre régions, alors même que les enfants – des ménages pauvres aussi bien que des ménages riches – sont plus nombreux à aller à l'école dans toutes les régions.

Mais les données ne montrent que trop clairement que des millions d'enfants parmi les plus vulnérables du monde ont été oubliés en chemin.

Le fossé entre enfants avantagés et enfants défavorisés reste profond à de nombreux égards – lorsqu'on considère par exemple les soins anténatals, l'éducation préscolaire et le mariage d'enfants. En Afrique et en Asie du Sud, les deux régions où vivent la moitié des enfants du monde, ce sont souvent les enfants et les communautés les plus pauvres et les plus désavantagés qui pâtissent de manière disproportionnée des problèmes qui subsistent. Ces iniquités subsistent dans toutes les régions mais les mutations démographiques déjà en cours en Afrique et en Asie du Sud risquent d'accroître encore le nombre d'enfants défavorisés dans ces deux régions².

Si l'on ne donne pas aux enfants les plus défavorisés une juste chance de bénéficier de possibilités d'avenir élémentaires, leurs désavantages risquent de s'aggraver et le manque d'équité de se creuser. À mesure que les enfants grandissent, les iniquités initiales se manifestent souvent par un moins bon état de santé, des acquis scolaires moindres et à l'âge adulte un taux d'emploi plus faible³. À terme, ces inégalités pèsent lourdement sur la croissance et la prospérité économiques générales⁴.

Investir pour donner à chaque enfant des chances équitables, c'est investir contre l'inégalité et pour obtenir des résultats à la fois immédiats et à long terme en faveur des enfants et des sociétés. La onzième édition du rapport *Progrès pour les enfants* présente les

données correspondant aux progrès réalisés et à réaliser dans ce sens.

DES AVANCÉES MONDIALES, MAIS QUI N'ONT PAS PROFITÉ À TOUS LES ENFANTS

Les OMD ont donné aux pays une direction – ainsi qu'un but – et des niveaux de référence de 1990 par rapport auxquels mesurer les progrès accomplis. Mais les moyennes mondiales masquent souvent des disparités à l'échelle régionale, nationale et infranationale. Malgré les avancées réalisées dans le cadre des OMD, des millions d'enfants, parmi les plus défavorisés, demeurent ainsi exclus – en partie parce que les iniquités existantes risquent de passer inaperçues en l'absence d'efforts concertés permettant de suivre les différents résultats obtenus pour différents groupes.

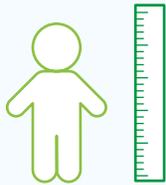
Les données de 1990 et les projections de 2015 montrent par exemple que :

- Les enfants des 20 % de ménages les plus pauvres risquent deux fois plus de mourir avant leur cinquième anniversaire.
- Dans toutes les régions, les enfants des ménages les plus pauvres ont bien moins de chances d'acquies un niveau d'instruction minimal que ceux des ménages les plus riches.
- Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les filles des ménages les plus pauvres demeurent les plus défavorisées en ce qui concerne leur fréquentation scolaire.
- Les adolescentes sont touchées de manière disproportionnée par le VIH ; en 2013, elles représentaient près des deux tiers des nouveaux cas d'infection au VIH parmi les adolescents des deux sexes⁵.
- En matière de santé maternelle, de très importantes disparités subsistent. Les femmes des 20 % de ménages les plus aisés sont près de trois fois plus nombreuses à accoucher en présence de personnel qualifié que les femmes des 20 % de ménages les plus pauvres. Cet écart est demeuré constant au cours des 15 dernières années.
- En l'espace d'une vingtaine d'années, l'écart entre les filles des ménages les plus aisés et celles des ménages les plus pauvres s'est considérablement creusé à l'échelle mondiale en ce qui concerne le mariage d'enfants.

Avancées et disparités pour les enfants...

NUTRITION

Le taux de retard de
croissances a diminué de
41 % depuis 1990



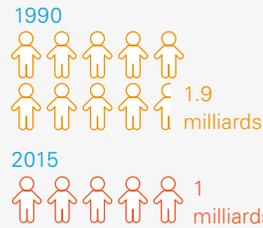
Pourtant, aujourd'hui...

Les enfants des milieux
ruraux ont plus de risques de
présenter un retard de
croissance que les enfants
des milieux urbains



PAUVRETÉ

Nombre de personnes vivant
dans la pauvreté absolue



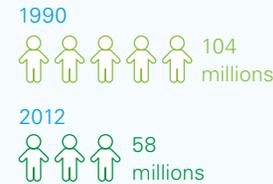
Pourtant, aujourd'hui...

47 % des personnes
vivant dans la pauvreté
absolue ont moins de
19 ans



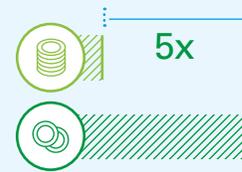
ÉDUCATION PRIMAIRE

Nombre d'enfants non
scolarisés



Pourtant, aujourd'hui...

Les enfants les plus pauvres
ont plus de risques de ne
pas être scolarisés que les
enfants les plus riches



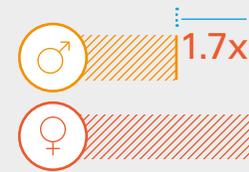
ÉGALITÉ DES SEXES

Quatre régions ont atteint
l'objectif de parité à l'école
primaire depuis 1990



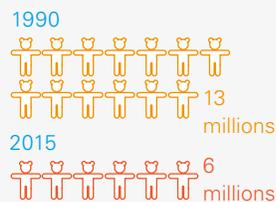
Pourtant, aujourd'hui...

Les jeunes filles ont plus de
risques d'être analphabètes
que les jeunes garçons



MORTALITÉ INFANTILE

Le nombre de décès chez
les moins de cinq ans a
diminué de **53 %**



Pourtant, aujourd'hui...

Les enfants les plus
pauvres ont plus de risques
de mourir avant cinq ans
que les enfants les plus
riches



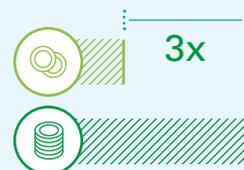
SANTÉ MATERNELLE

Le taux de mortalité
maternelle a diminué de
45 % depuis 1990



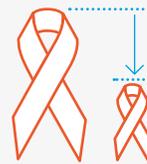
Pourtant, aujourd'hui...

Les femmes les plus riches
ont plus de chances
d'accoucher auprès d'une
personne qualifiée que les
femmes les plus pauvres



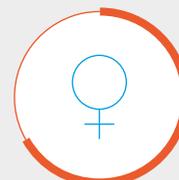
VIH/SIDA

Le nombre de nouvelles
infections par le VIH chez
les enfants de 0 à 14 ans
a diminué de **58 %**
depuis 2001



Pourtant, aujourd'hui...

Les filles représentent
presque 2/3 des adolescents
touchés par une nouvelle
infection (15 à 19 ans)



EAU ET ASSAINISSEMENT

Nombre de personnes ayant
accès à l'eau potable et des
installations sanitaires
améliorées depuis 1990



+2,6 milliards +2,1 milliards

Pourtant, aujourd'hui...

90 % des personnes qui
utilisent encore de l'eau de
surface vivent en zone rurale



DES DONNÉES SUR TOUS LES ENFANTS

Les progrès accomplis dans la réalisation des OMD s'expliquent par une volonté politique et le désir des communautés d'améliorer leurs conditions de vie. Mais ils ont aussi été en grande partie rendus possibles par la fiabilité, la disponibilité et la richesse des données disponibles, dont la qualité a augmenté de manière exponentielle depuis 1990.

L'amélioration récente des données relatives aux enfants au cours des vingt dernières années a été favorisée par l'expansion et l'innovation rapides des programmes internationaux d'enquête auprès des ménages, tels que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples menées avec le soutien de l'UNICEF. Ces programmes sont essentiels pour fixer les priorités en matière d'équité et suivre leur réalisation, grâce à la ventilation des données par niveau de richesse, zone géographique, sexe, origine ethnique, langue, religion, âge et d'autres facteurs susceptibles d'être liés à des désavantages. Au-delà de la ventilation de données, les enquêtes auprès des ménages ont permis d'approfondir les connaissances

dont on dispose sur les conditions de vie et les attitudes des adolescents et d'améliorer l'élaboration de programmes relatifs à des problèmes concernant les filles et les femmes, tels que la mutilation génitale féminine.

L'augmentation sans précédent de la quantité de données depuis 1990 a permis de mieux suivre et cibler les politiques et programmes en faveur des exclus et de faciliter l'établissement de rapports à ce sujet. En outre, les données permettent à la société civile de plaider en faveur des enfants preux à l'appui, et aux citoyens de tenir leur gouvernement responsable de ses actes.

Malgré l'amélioration considérable de la quantité, de la qualité et des méthodes d'analyse des données, de graves lacunes subsistent dans ce que nous savons des enfants les plus en difficulté et dans notre aptitude à évaluer le succès des efforts que nous déployons pour leur venir en aide. Afin de donner la parole aux enfants les plus vulnérables, nous devons collectivement investir dans l'amélioration des méthodes et systèmes de collecte de données, de façon à inclure dans nos statistiques ceux qui pour l'instant ne le sont pas.



L'IMPACT D'UN MONDE EN MUTATION SUR LES ENFANTS LES PLUS DÉFAVORISÉS

Les données peuvent indiquer dans quelle mesure les enfants les plus désavantagés et marginalisés sont privés de chances égales aux autres. Les données peuvent également mettre en évidence les tendances évolutives et problèmes qui façonnent le monde dans lequel les enfants vivent et vivront. Qu'il s'agisse de la croissance démographique, ou des avancées technologiques ou des effets des conflits violents chroniques et des changements climatiques, le degré d'adaptation à ces phénomènes aura des effets sur les enfants pendant de longues années.

Croissance démographique

La population mondiale devrait augmenter d'un milliard d'ici à 2030 et atteindra probablement 9,5 milliards d'habitants d'ici à 2050⁶. Le nombre de moins de 18 ans n'augmentera que légèrement – 5 % – à l'échelle mondiale – passant de 2,2 milliards en 2015 à 2,4 milliards en 2030, et se maintiendra globalement au même niveau en 2050⁷. Il devrait cependant connaître une forte hausse en Afrique subsaharienne, alors qu'il diminuera ou stagnera dans les autres régions⁸. En 2030, environ une personne de moins de 18 ans sur quatre⁹ – et un enfant de moins de cinq ans sur trois – vivra en Afrique subsaharienne¹⁰.

Ces mutations démographiques peuvent présenter des avantages mais il est nécessaire d'investir davantage dans l'amélioration et l'élargissement des services de santé, d'éducation et de protection pour tenir compte des prévisions d'augmentation du nombre de naissances vivantes dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne.

Par exemple, pour garder en 2030 le même niveau d'accouchement assisté par du personnel qualifié que celui de 2012 (53 pour cent), il faudra la présence de personnel qualifié pour 25 millions de naissances – soit 7 millions de plus que les 18 millions de naissances de 2012, ce qui exigera un nombre bien plus élevé d'agents de santé et d'établissements sanitaires.

Urbanisation

L'urbanisation s'accroît à l'échelle mondiale. D'ici à 2050, 2,5 milliards de personnes de plus devraient vivre dans les villes d'Afrique et d'Asie, ce qui représenterait près de 90 % de l'augmentation du nombre de citadins à l'échelle mondiale¹¹. D'ici à 2018, l'Asie comptera plus de citadins que de personnes vivant en milieu rural; en Afrique, ce seuil sera atteint en 2037¹². Comment faire en sorte que les plus vulnérables ne soient pas oubliés lors de cette transition? Si l'on ne peut appréhender la situation des enfants vivant dans des bidonvilles, comment pourra-t-on répondre à leurs besoins ?

Avancées technologiques

Les enfants les plus pauvres et les plus marginalisés vivent souvent dans des communautés qui sont d'un accès difficile du fait de leur isolement géographique. Grâce aux nouvelles technologies, les approches fondées sur l'équité sont plus que jamais à notre portée. Les technologies mobiles permettent d'accéder à des services de santé et d'éducation depuis des régions reculées et la montée en puissance des réseaux sociaux transforment la façon dont les individus partagent leurs idées, collaborent et se mobilisent¹³. Les innovateurs font appel à des sources de connaissances et de collaboration non conventionnelles, bouleversant ainsi les processus et structures établis, et utilisent de façon créative les ressources disponibles pour mettre au point des solutions pratiques plus efficaces ou de meilleure qualité à moindre coût¹⁴.

Conflits

Les effets dévastateurs des conflits montrent à quel point il est urgent d'adopter une approche équitable du développement. C'est dans les régions en proie à un conflit et dans les États fragiles que les progrès en faveur des enfants, par exemple dans le domaine de l'éducation, ont été les plus lents¹⁵. Et ce sont les enfants et les familles les plus marginalisés qui en pâtissent le plus. Les enfants et les jeunes qui vivent dans un pays en proie à un conflit risquent davantage de souffrir de la pauvreté et de la malnutrition, de ne pas être scolarisés et d'être généralement en mauvaise santé. Les effets conjugués des conflits, de la pauvreté et de la discrimination se font encore plus lourdement sentir parmi les enfants¹⁶.

À l'échelle mondiale, on estime que 230 millions d'enfants vivent actuellement dans des pays ou zones en proie à des conflits armés¹⁷. Ces enfants sont souvent témoins et victimes de violences ou sont contraints de se joindre à des groupes armés. À mesure que leur accès aux services de santé, à la nutrition, à l'eau salubre et à l'assainissement diminue, ils risquent davantage de contracter diverses maladies. Forcés de quitter leur foyer ou de fuir leur pays, ils sont très souvent déscolarisés et risquent davantage, s'ils sont séparés de leur famille, d'être victimes d'exploitation, de violence et de maltraitance.

Épidémies et autres situations d'urgence

Des épidémies peuvent faire leur apparition à tout moment, avec des effets potentiellement catastrophiques sur les communautés, pays et régions dotés des systèmes de santé les plus précaires. Ce sont les populations les plus pauvres qui souffrent le plus durablement de ces situations d'urgence¹⁸. La propagation rapide du virus Ebola – qui à ce jour a menacé 9,8 millions d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans¹⁹ – a été en grande partie exacerbée par les systèmes de santé mal équipés des pays les plus durement touchés. Le manque d'installations adéquates, de connaissances et de moyens, ainsi que les mauvaises pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement, sont parmi les facteurs qui ont considérablement amoindri la portée des mesures prises par les pays touchés par la maladie. Un meilleur

système de santé ciblant les groupes les plus exposés peut considérablement réduire la vulnérabilité d'un pays face à de grandes crises sanitaires.

Les catastrophes naturelles et les changements climatiques compromettent également les progrès réalisés en faveur des enfants. Entre 1990 et 2000, les catastrophes liées aux changements climatiques ont touché chaque année environ 66,5 millions d'enfants, dont 600 000 ont ainsi trouvé la mort. Dans la décennie à venir, ce nombre devrait d'après les projections atteindre 175 millions par an²⁰. Qu'il s'agisse du tremblement de terre en Haïti ou du typhon Haiyan aux Philippines, les catastrophes naturelles peuvent avoir des répercussions sur les générations à venir. Dans ces situations, ainsi qu'en période de conflit, ce sont les enfants et les familles les plus marginalisés qui subissent de manière disproportionnée les effets des aléas naturels, de la modification des modes d'agriculture, de l'érosion des sols et autres phénomènes.

Migration massive

Les catastrophes et conflits qui se produisent de par le monde ont également pour conséquence des migrations et des déplacements de population massifs. En 2013, ces départs involontaires ont atteint un niveau particulièrement élevé : on a dénombré 33,3 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et 16,7 millions de réfugiés – la moitié d'entre eux avaient moins de 18 ans²¹. Les enfants qui émigrent ou sont déplacés se heurtent à des obstacles particuliers, dont la difficulté d'accéder aux services sociaux, des restrictions de leur droit à une citoyenneté et une identité et des risques d'exclusion sociale²².

Si l'on n'y remédie pas, les effets conjugués des mutations démographiques, des risques de catastrophe, de la pauvreté, des conflits et de l'instabilité peuvent créer de véritables pièges dont il est de plus en plus difficile de s'extraire. Pour réaliser des progrès réels en faveur des enfants dans les décennies à venir, il faudra accorder une attention particulière aux enfants, aux familles et aux communautés les plus en difficulté dans les pays et les régions les plus touchés par ces phénomènes.

DES CHANCES ÉQUITABLES POUR TOUS LES ENFANTS

Un départ équitable dans la vie pour tous les enfants n'est pas seulement un droit ; c'est aussi une condition indispensable à la réalisation des objectifs de développement mondiaux.

Il y a cinq ans, en prenant l'exemple de la mortalité juvénile, l'UNICEF a montré qu'accorder la priorité aux enfants les plus désavantagés et aux pays les plus en difficulté donnait de bons résultats par rapport aux coûts tout en permettant d'accélérer la réalisation des objectifs mondiaux²³.

Pour les pays, progresser en faveur de l'équité – ou au contraire échouer – aura des conséquences durables sur leur stabilité et leur croissance économique. Il est établi que la montée des inégalités dans des domaines essentiels tels que l'éducation peut augmenter le risque de conflits²⁴. En revanche, un faible niveau d'inégalités est fortement associé à une croissance économique plus durable et soutenue. Ce constat montre clairement que la recherche de la paix et de la prospérité ne peut exclure personne.

Si nous n'accélérons pas nos progrès actuels, des millions d'enfants de plus seront laissés pour compte. En matière d'éducation par exemple, compte tenu de la croissance démographique des régions les moins performantes, le nombre d'enfants non scolarisés ne diminuera que très légèrement en 2030 par rapport à aujourd'hui. Si la réduction du retard de croissance se poursuit à son rythme actuel, il restera en 2030 encore 119 millions d'enfants qui ne grandiront pas comme ils le devraient et verront donc ainsi leurs chances de survie, de croissance et de développement compromises. Au rythme actuel des progrès, 68 millions de plus d'enfants de moins de cinq ans mourront de causes en grande partie évitables, un demi-milliard de personnes pratiqueront encore la défécation à l'air libre dans 15 ans. Pour éliminer cette pratique d'ici à 2030, il faudra doubler le taux actuel de réduction²⁵.

Mais la situation peut encore évoluer. En réalisant des investissements suffisants ciblés sur les enfants et les communautés les plus défavorisées et soutenus par une volonté politique, il sera possible de réaliser de grands bonds en avant. En finançant et en privilégiant davantage l'action menée en faveur des populations les plus difficiles à atteindre – avec des données de meilleure qualité, plus inclusives et ventilées, des systèmes renforcés, des innovations et une mobilisation locale pour surmonter les derniers obstacles – nous pouvons modifier de façon spectaculaire et durable les conditions de vie de millions d'enfants actuellement exclus. Mettre l'accent sur l'équité est le seul moyen d'atteindre nos objectifs de développement mondiaux d'une façon qui soit véritablement durable – et véritablement équitable pour tous.

A young child in the foreground is eating, with their hand near their mouth. They are wearing a yellow and white patterned top and a pink headband. In the background, two other children are sitting on the floor, one in a red and purple patterned top and another in a yellow and white patterned top. They are in a room with a white wall and a window.

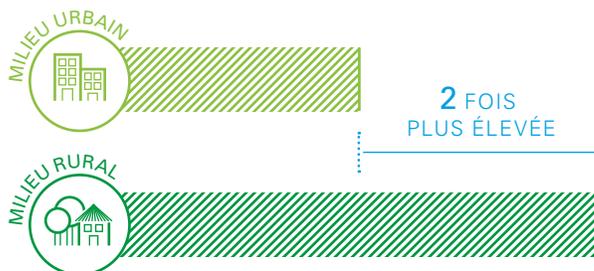
OMD 1 ÉLIMINER L'EXTRÊME PAUVRETÉ ET LA FAIM

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015,
la proportion de la population qui souffre
de la faim

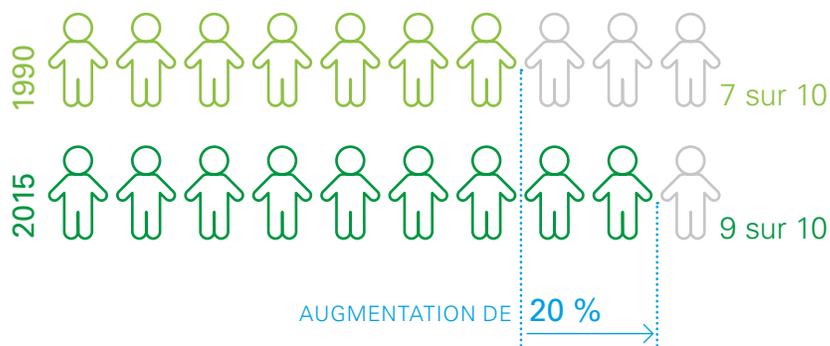
Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la
proportion de la population dont le revenu
est inférieur à 1,25 dollar par jour

NUTRITION ET PAUVRETÉ

PRÉVALENCE DES RETARDS DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS



PROPORTION DES ENFANTS PRÉSENTANT UN RETARD DE CROISSANCE DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU ET À REVENU INTERMÉDIAIRE DE LA TRANCHE INFÉRIEURE



ALLAITEMENT MATERNEL DANS LE MONDE



Moins de la moitié
des nourrissons de moins de 6 mois sont exclusivement nourris au sein

EXTRÊME PAUVRETÉ DANS LE MONDE



Près de la moitié
des personnes vivant dans des conditions d'extrême pauvreté ont moins de 19 ans

Retard de croissance

L'amélioration de la nutrition des enfants est associée à des évolutions positives en termes de productivité, de développement économique et de réduction de la pauvreté, qui bénéficient à la société dans son ensemble. Une bonne nutrition améliore la santé, le développement cognitif et les résultats scolaires. Il faut cependant agir tôt, car une nutrition médiocre au cours des 1 000 premiers jours de vie d'un enfant peut entraîner un retard de croissance irréversible et avoir des conséquences durables telles que des capacités cognitives réduites ou des résultats scolaires moins élevés.

diminué d'environ 42 %, se rapprochant de l'objectif de réduction de 50 % inclus dans les OMD. Au cours de la même période, le retard de croissance, qui constitue un important marqueur de la sous-nutrition des enfants au niveau mondial, a diminué de 41 %.

Trois régions ont réduit de plus de moitié la prévalence du retard de croissance (figure 1.B) et ont, depuis environ l'an 2000, nettement réduit le fossé entre les zones urbaines et rurales dans ce domaine (figure 1.C).

Depuis 1990, le nombre d'enfants de moins de cinq ans en surcharge pondérale dans les pays à faible revenu a pratiquement quadruplé, tandis qu'il a diminué de 20 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure²⁹.



Près de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à la sous-nutrition²⁶. La malnutrition expose les enfants à un risque accru de décès lié à des infections courantes, augmente la fréquence et la gravité de ces infections, et ralentit la guérison. En outre, le lien entre sous-nutrition et infection peut créer un cycle potentiellement mortel d'aggravation de la maladie et de dégradation de l'état nutritionnel.

Une analyse portant sur 54 pays (figure 1.A) présentant des données comparables autour de 2000 et 2014 montre que l'écart entre les enfants de moins de cinq ans issus du quintile le plus pauvre et ceux issus du quintile le plus riche a diminué d'au moins 20 % dans la majorité des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Cependant, les inégalités en matière de retard de croissance sont en hausse dans la plupart des pays à faible revenu²⁷.

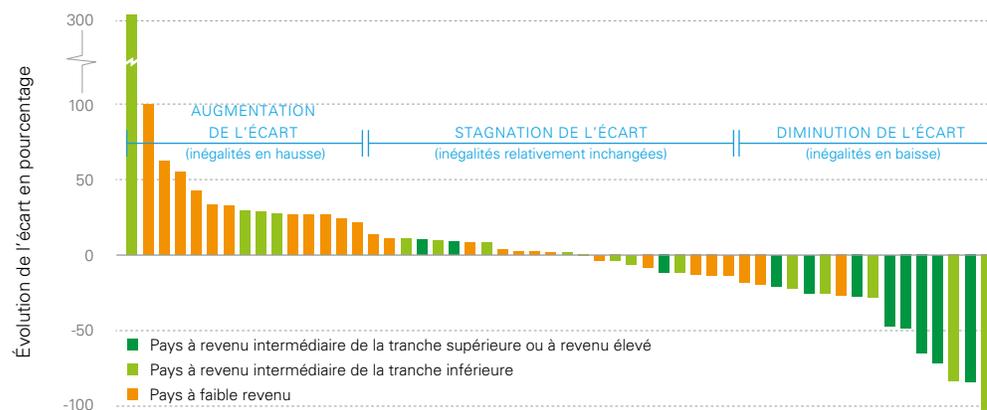
Entre 1990 et 2015, le taux mondial de prévalence de l'insuffisance pondérale a

Rien ne prouve que le retard de croissance touche plus les filles que les garçons²⁸.

FIGURE 1.A

L'écart entre les riches et les pauvres en matière de retard de croissance est en augmentation dans la majorité des pays à faible revenu

Évolution relative de l'écart entre les 20 % les plus riches et les 20 % les plus pauvres en matière de prévalence du retard de croissance, par pays, entre 2000 et 2014³⁰

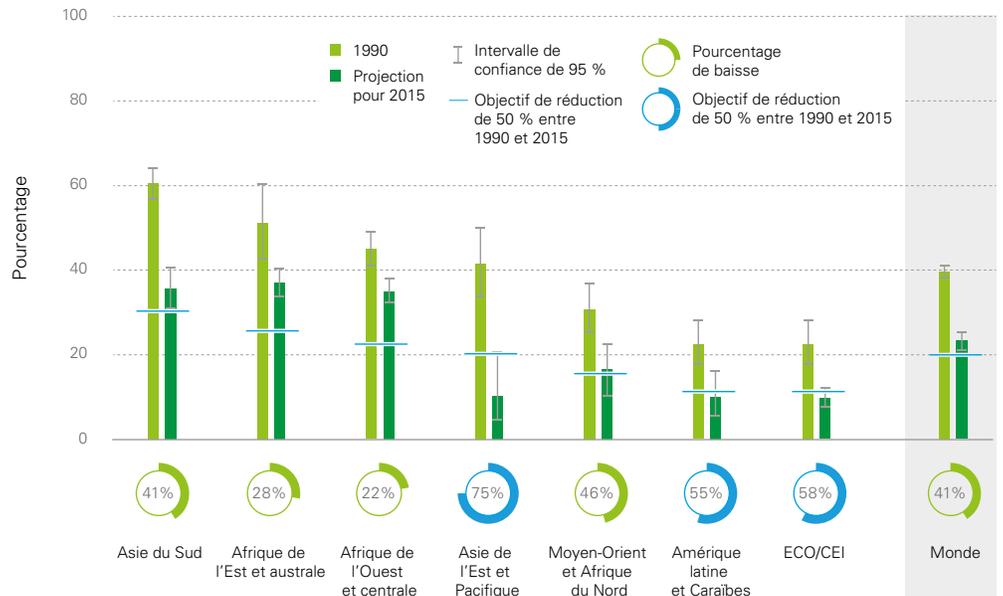


Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), et d'autres sources représentatives de la situation nationale.

FIGURE 1.B

Trois régions ont connu une diminution d'au moins 50 % de la prévalence du retard de croissance depuis 1990

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'un retard de croissance modéré ou sévère et pourcentage de baisse, par région, entre 1990 et 2015³¹

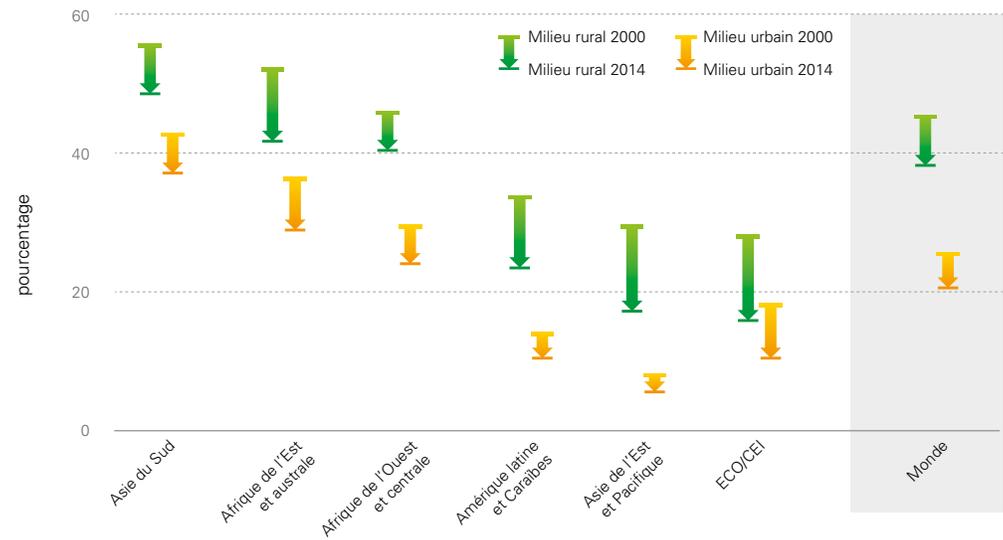


Remarques : la date de référence pour l'ECO/CEI est 1995 et non 1990 en raison de l'absence de données antérieures à 1995. Cette région n'inclut pas la Fédération de Russie, pour laquelle aucune donnée n'est disponible.
 Source : UNICEF, OMS, Banque mondiale, Joint Child Malnutrition Estimates, mise à jour de septembre 2014, projections pour 2015 incluses.

FIGURE 1.C

Les progrès sont plus marqués en milieu rural qu'en milieu urbain dans trois régions, avec les réductions de prévalence du retard de croissance les plus importantes depuis 1990

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'un retard de croissance modéré ou sévère par zone de résidence en 2000 et 2014³²



Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Une alimentation adéquate des nourrissons et des jeunes enfants peut accroître leurs chances de survie. Elle favorise également une croissance et un développement optimaux, en particulier pendant la période critique qui va de la naissance à l'âge de deux ans. Idéalement, les nourrissons doivent être nourris au sein dans l'heure suivant la naissance (et exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois de leur vie), puis continuer à être allaités jusqu'à l'âge de deux ans ou plus. Le démarrage précoce de l'allaitement maternel est une pratique essentielle qui bénéficie à la fois au nouveau-né et à la mère, favorisant la mise en place de pratiques d'allaitement adéquates. À l'âge de six mois, l'allaitement maternel doit être associé à une alimentation sûre et adaptée à l'âge de l'enfant, à base d'aliments solides, semi-solides et mous.

Un nourrisson qui ne bénéficie pas d'un allaitement maternel exclusif est nettement plus exposé au risque de décès lié à la diarrhée ou à la pneumonie. L'allaitement maternel renforce le système immunitaire des nourrissons et contribue à les protéger contre des pathologies chroniques telles que l'obésité ou le diabète au cours de leur vie. Il contribue en outre à protéger les mères contre certains types de cancers et d'autres pathologies. Une alimentation adéquate à partir de l'âge de six mois aide à prévenir le retard de croissance et à réduire le risque de maladie infectieuse.

Pourtant, malgré ces avantages potentiels, moins de la moitié des nourrissons de moins de six mois sont exclusivement nourris au sein dans le monde et il existe d'importantes disparités entre les régions (carte 1.A). Les nouveau-nés d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale sont les moins bien lotis. Il n'y a qu'une seule région dans laquelle plus de la moitié des nourrissons âgés de 0 à 5 mois bénéficient de cette pratique essentielle.

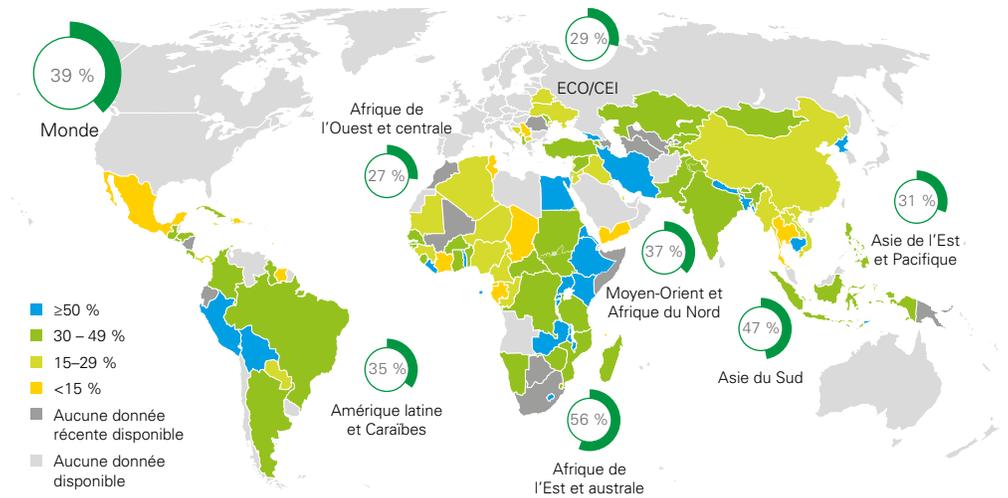
Les enfants issus des ménages les plus pauvres sont moins susceptibles d'être nourris au sein dans l'heure suivant la naissance que les enfants issus des ménages les plus riches en Asie du Sud, en Afrique subsaharienne et dans l'ECO/CEI. L'inverse se produit en Amérique latine et aux Caraïbes, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (figure 1.D), où cet indicateur est plus élevé chez les enfants issus des ménages les plus pauvres. D'une manière générale, les nouveau-nés issus des ménages les plus pauvres d'Asie du Sud, d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale sont les moins bien lotis en termes de démarrage précoce de l'allaitement maternel au niveau mondial.

À partir de l'âge de six mois, alors que les nourrissons ont de plus en plus besoin de nutriments provenant d'autres aliments pour une croissance et un développement optimaux, la variété du régime alimentaire devient une mesure clé de la qualité de l'alimentation et constitue un indicateur de l'apport en micronutriments. Sur la base des données disponibles pour 38 pays, une analyse entre les pays à faible revenu, à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure met en évidence des écarts importants en termes de variété du régime alimentaire entre les différents groupes de revenus, ainsi qu'entre les quintiles de richesse au sein de ces groupes de pays. Seul un peu plus d'un tiers des enfants issus des ménages les plus riches bénéficie d'un régime alimentaire suffisamment varié dans les pays à faible revenu (figure 1.E).

CARTE 1.A

Dans le monde entier, 61 % des nourrissons ne sont pas exclusivement nourris au sein

Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois exclusivement nourris au sein³³



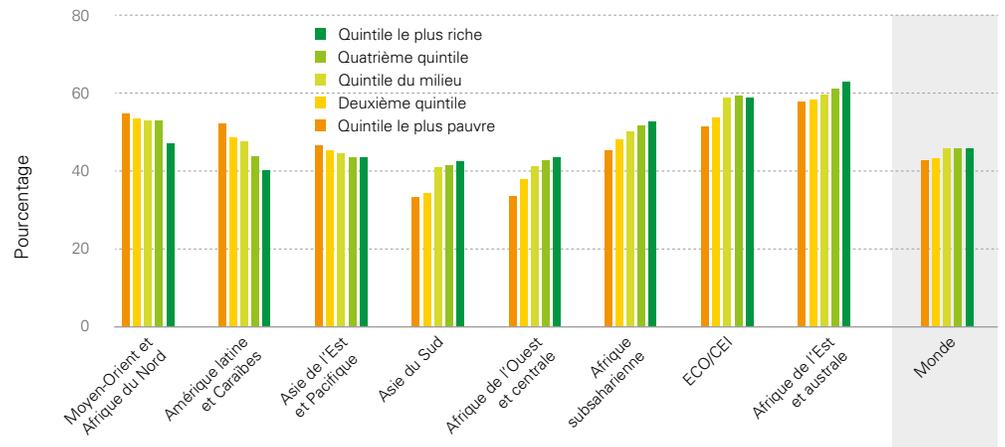
Remarque : la carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle n'implique de la part de l'UNICEF aucune prise de position officielle quant au statut juridique des pays ou territoires ou au tracé de leurs frontières. La ligne en pointillés représente approximativement la Ligne de contrôle de Jammu et du Cachemire consentie par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif de Jammu et du Cachemire n'a pas encore fait l'objet d'un accord final entre les parties. La frontière entre le Soudan et le Soudan du Sud et le statut de la zone d'Abyei n'ont pas encore été déterminés.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS, et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2008–2014.

FIGURE 1.D

Les régions présentent des disparités en matière de démarrage précoce de l'allaitement maternel, il est prédominant chez les ménages les plus riches dans certaines régions et chez les ménages les plus pauvres dans d'autres

Pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure suivant la naissance, par région et par quintile de richesse du ménage³⁴

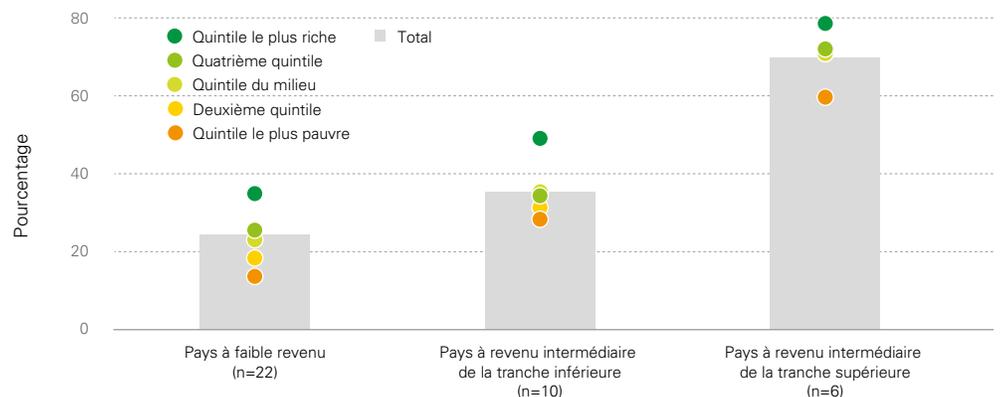


Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2008–2014.

FIGURE 1.E

Même les jeunes enfants des ménages les plus riches des pays à faible revenu ne bénéficient pas d'un régime alimentaire suffisamment varié

Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois consommant des aliments issus de quatre groupes alimentaires ou plus, en valeurs médianes par groupe de revenu et par quintile de richesse des ménages



Remarque : le graphique représente les valeurs médianes de pays possédant des données comparables. Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de pays intégrés à l'analyse pour chaque groupe de revenu.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2010–2014.

Extrême pauvreté

Pour les enfants, la pauvreté peut durer toute la vie. Les enfants qui grandissent dans la pauvreté voient souvent leurs chances réduites à chaque étape, avant la naissance et jusqu'à l'âge adulte.

L'Objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire de moitié la proportion de personnes vivant dans l'extrême pauvreté, ce qui correspond aux personnes vivant avec moins de 1,25 dollar par jour au niveau international, a été atteint en 2010, soit cinq ans avant l'échéance prévue. Pourtant, plus d'un milliard de personnes vivent encore dans l'extrême pauvreté³⁵. En outre, les enfants sont largement surreprésentés : alors qu'ils constituent près d'un tiers de la population mondiale³⁶, près de la moitié des personnes qui vivent avec moins de 1,25 dollar par jour (soit 569 millions de personnes)³⁷ ont 18 ans ou moins (figure 1.G)³⁸.

L'extrême pauvreté a diminué dans toutes les régions (figure 1.F), en particulier dans la région Asie de l'Est et Pacifique. Bien que l'extrême pauvreté ait également diminué

en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, ces deux régions abritent toujours la majorité des personnes vivant dans l'extrême pauvreté.³⁹

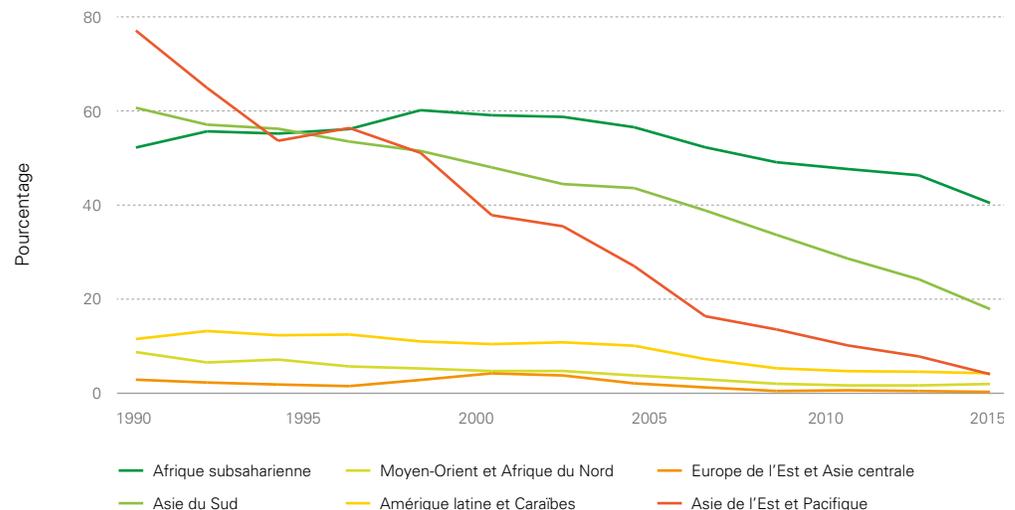
Ce sont les pays les plus pauvres au monde, c'est-à-dire les pays à faible revenu, qui ont eu le plus de difficulté à réduire la pauvreté⁴⁰. Dans ces pays, le taux d'extrême pauvreté a diminué de moins de 33 % et le nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté a augmenté entre 1990 et 2010⁴¹. Plus de la moitié des enfants de moins de 12 ans vivant dans des pays à faible revenu vivent dans l'extrême pauvreté (figure 1.H)⁴².

Le niveau de revenu ou de consommation des ménages n'est que l'une des dimensions permettant d'évaluer la pauvreté des enfants. Celle-ci implique également un accès restreint à des biens et services essentiels, notamment des aliments nutritifs, des vaccins susceptibles de sauver des vies, l'éducation ou une eau propre et un assainissement décent. Or, tous les enfants ont besoin de ces ressources pour se développer et s'épanouir.

FIGURE 1.F

La pauvreté diminue dans le monde entier (1990–2015)

Pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour, par région de la Banque mondiale



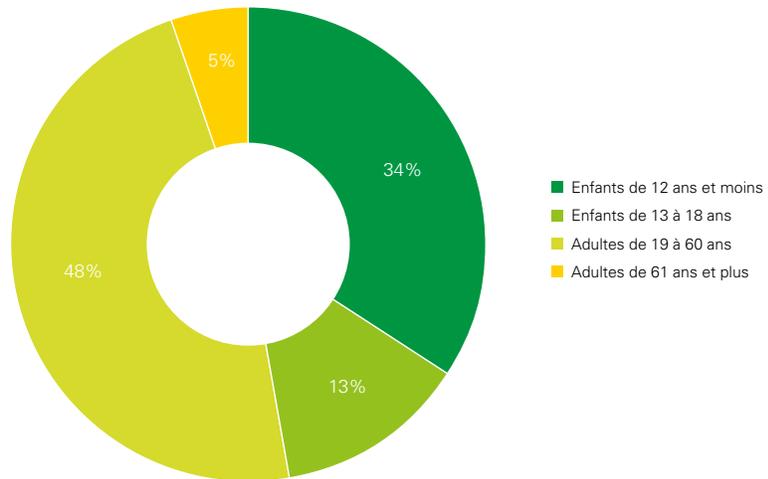
Remarque : les chiffres indiqués pour 2015 sont des projections publiées par le Groupe de recherche sur le développement de la Banque mondiale à partir de l'outil PovcalNet.

Source : données régionales agrégées issues de l'outil de la Banque mondiale PovcalNet.

FIGURE 1.G

Les enfants sont surreprésentés parmi les personnes vivant dans des conditions d'extrême pauvreté

Pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour, par âge, 2010

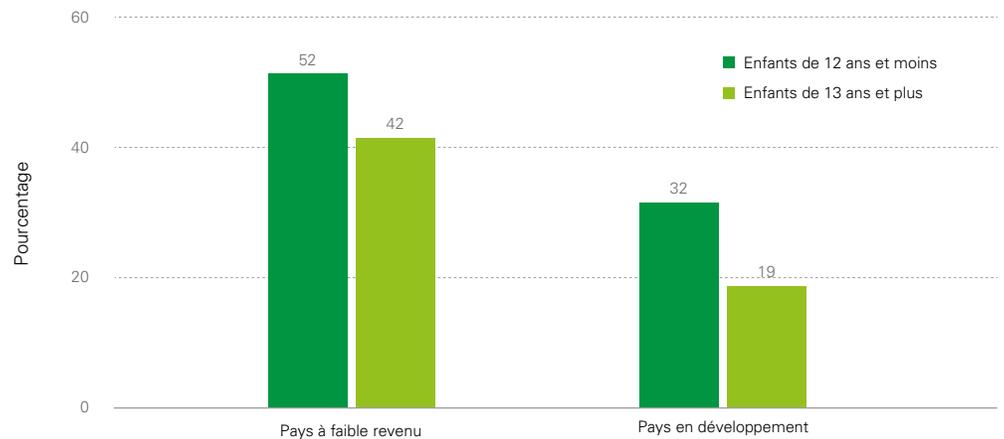


Source : estimations des services de la Banque mondiale à partir de la base de données I2D2. Olinto, P. et al., 2013, « The State of the Poor: Where are the poor, where is extreme poverty harder to end, and what is the current profile of the world's poor? », *World Bank – Economic Premise* n° 125, p. 1–8.

FIGURE 1.H

La pauvreté des enfants est particulièrement grande dans les pays à faible revenu et parmi les plus jeunes

Pourcentage d'enfants vivant avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour, par âge, 2010



Source : estimations des services de la Banque mondiale à partir de la base de données I2D2. Olinto, P. et al., 2013, « The State of the Poor: Where are the poor, where is extreme poverty harder to end, and what is the current profile of the world's poor? », *World Bank – Economic Premise* n° 125, p. 1–8.



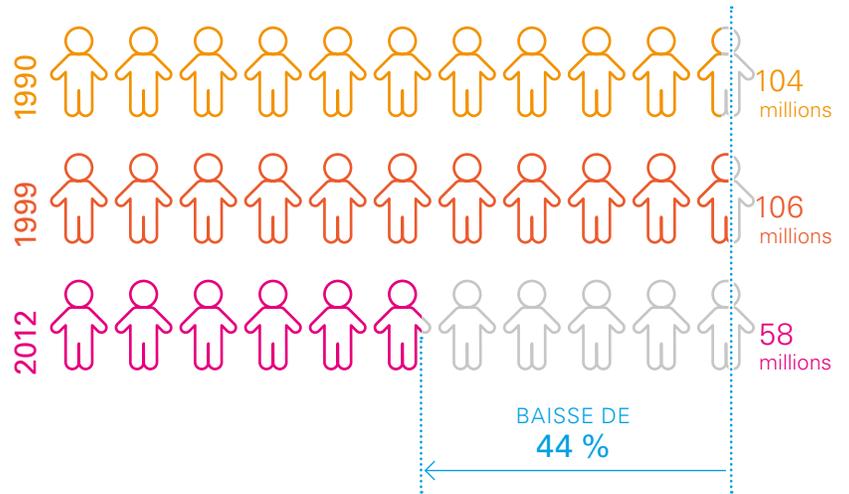
OMD 2
**ASSURER
L'ÉDUCATION PRIMAIRE**

D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

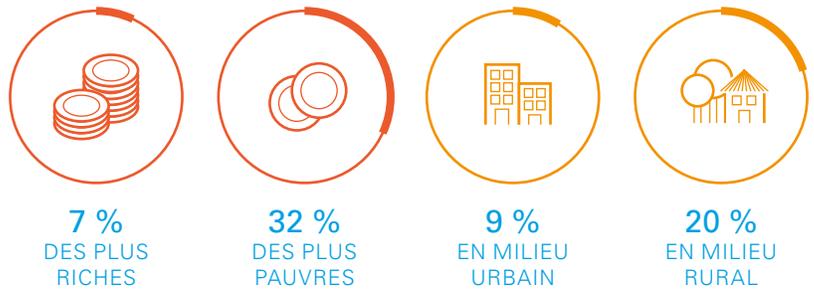


ÉDUCATION PRIMAIRE

NOMBRE D'ENFANTS EN ÂGE D'ALLER À L'ÉCOLE PRIMAIRE NON SCOLARISÉS DANS LE MONDE



POURCENTAGE D'ENFANTS EN ÂGE D'ALLER À L'ÉCOLE PRIMAIRE NON SCOLARISÉS



NIVEAU D'APPRENTISSAGE MINIMUM



4 enfants sur 10
n'atteignent pas
le niveau
d'apprentissage
minimum
dans le monde



Éducation primaire

L'éducation primaire pour tous est à la base du progrès des sociétés et génère de meilleurs résultats en matière de santé et de bien-être.

Même si l'objectif de l'éducation primaire pour tous ne sera pas atteint en 2015, des progrès remarquables ont été réalisés en matière de réduction du nombre d'enfants non scolarisés. À l'échelle mondiale, entre 1999 et 2012, le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés a diminué de 45 %, passant de 106 millions à 58 millions (figure 2.A). L'Asie du Sud a particulièrement bien réussi à réduire le nombre absolu d'enfants non scolarisés, qui est passé de 36 millions en 1999 à 10 millions en 2012. Si l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale ont également réduit de manière significative la proportion d'enfants non scolarisés, le nombre absolu a diminué bien plus lentement, notamment en raison de la croissance rapide de la population en âge d'aller à l'école primaire. Dans ces régions, plus d'un quart des enfants (soit 19 millions) sont encore privés de leur droit à l'éducation.

La progression vers l'éducation primaire pour tous à l'échelle mondiale a largement stagné depuis 2007. En effet, le taux mondial et le nombre d'enfants non scolarisés n'ont pratiquement pas évolué, tandis que le pourcentage d'enfants non scolarisés dans les pays touchés par un conflit a augmenté ces dernières années. En 2012, plus du tiers des enfants non scolarisés dans le monde vivaient dans des pays touchés par un conflit⁴³.

Dans la majorité des pays pour lesquels des données sont disponibles, les inégalités⁴⁴ par niveau de richesse (figure 2.B) en matière de fréquentation au primaire ont diminué, l'amélioration étant particulièrement marquée chez les enfants issus du quintile le plus pauvre. Dans un certain nombre de pays, l'écart entre les riches et les pauvres reste cependant important et les inégalités fondées sur le sexe, le handicap et d'autres marqueurs persistent. Par exemple, en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale, les enfants en âge d'aller à l'école primaire issus du quintile le plus pauvre sont en moyenne six fois plus susceptibles de ne pas être scolarisés que les enfants issus du quintile le plus riche.

Il existe également des disparités en termes d'acquis scolaires. Les données révèlent d'importants écarts entre les ménages les plus riches et les ménages les plus pauvres en termes de performances scolaires des enfants. Par exemple, alors que le niveau d'apprentissage reste faible (même chez les enfants en âge d'aller à l'école primaire dans les pays les plus riches), dans pratiquement tous les pays, les enfants issus des ménages les plus riches sont bien plus susceptibles d'acquies un niveau d'apprentissage minimum en lecture que les enfants issus des ménages les plus pauvres (figure 2.C).

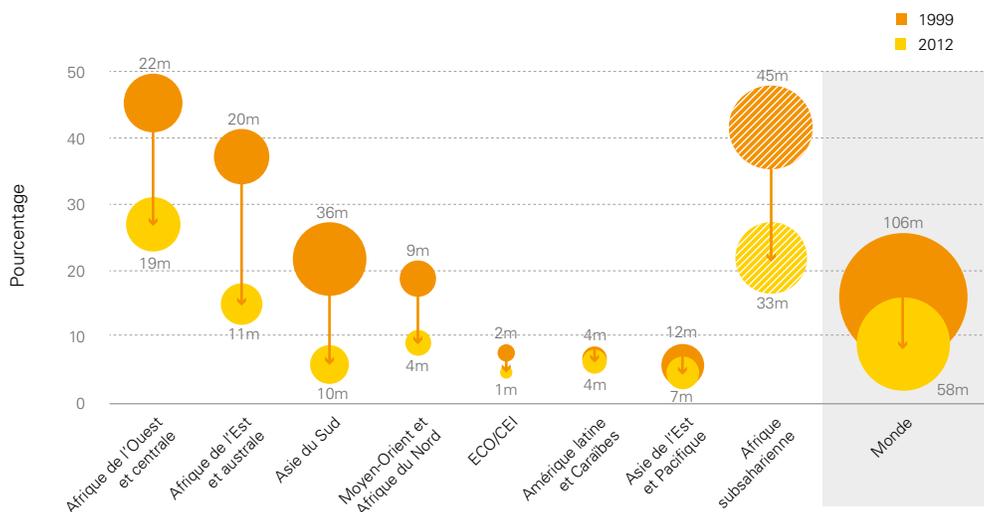


On estime que 93 % des enfants en âge d'aller à l'école primaire sont scolarisés, mais les plus défavorisés sont toujours laissés pour compte.

FIGURE 2.A

À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés a diminué de 45 %

Nombre et pourcentage d'enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés par région en 1999 et 2012



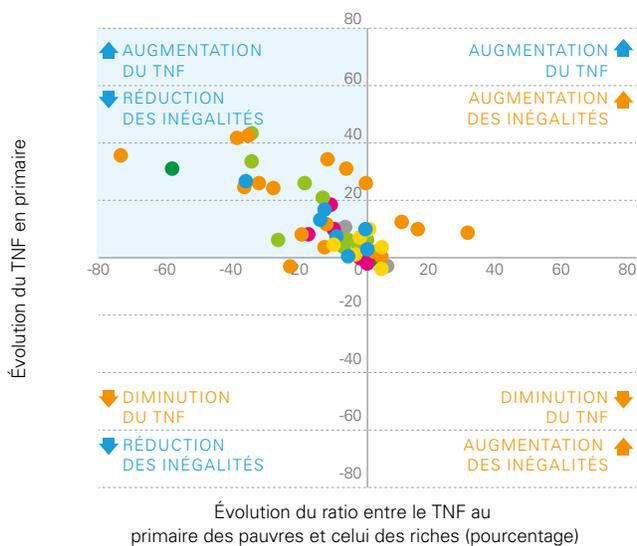
Remarque : chaque bulle représente le nombre et le pourcentage d'enfants en âge d'aller à l'école primaire non scolarisés dans une région du monde déterminée. La position des bulles sur l'axe vertical (Y) indique le taux de déscolarisation en pourcentage, tandis que leur taille indique le nombre d'enfants non scolarisés.

Source : analyse de l'UNICEF à partir de données issues des bases de données internationales de l'Institut de statistique de l'UNESCO, 2015.

FIGURE 2.B

Grâce à l'augmentation de la scolarisation, les disparités entre les enfants issus des ménages les plus riches et ceux issus des ménages les plus pauvres se sont estompées

Évolution du taux net de fréquentation (TNF) au primaire et du ratio entre le TNF au primaire des 20 % les plus pauvres et celui des 20 % les plus riches dans les pays présentant deux points de données entre 2000 et 2014⁴⁵



● ECO/CEI ● Asie du Sud
 ● Asie du Sud et Pacifique ● Amérique latine et Caraïbes
 ● Afrique de l'Est et australe ● Afrique de l'Ouest et centrale
 ● Moyen-Orient et Afrique du Nord

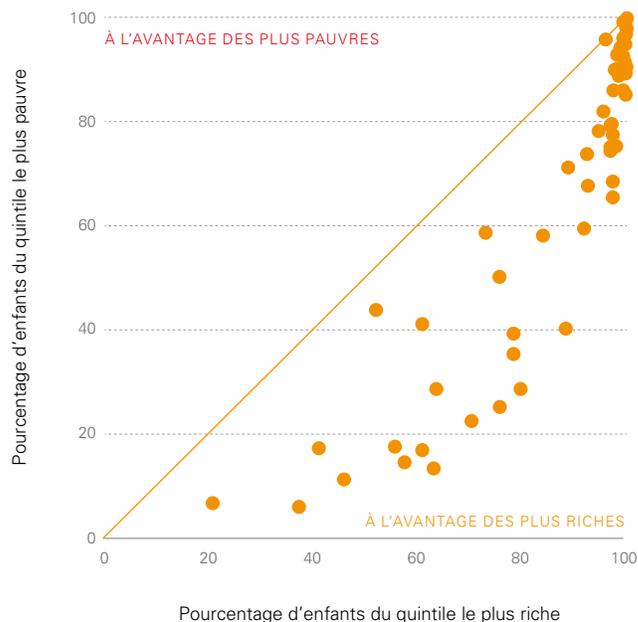
Remarque : chaque point représente un pays ; la couleur représente la région à laquelle le pays appartient. Le carré coloré en bleu indique une tendance positive avec l'amélioration des TNF et la réduction des disparités.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF 2015, fondées sur des MICS et des EDS.

FIGURE 2.C

Il existe des écarts d'apprentissage alarmants entre les enfants des ménages les plus riches et ceux des ménages les plus pauvres

Pourcentage d'enfants ayant atteint le niveau d'apprentissage minimum en lecture par quintile de richesse des ménages⁴⁶



Remarque : chaque point représente un pays. Les points placés le long de la ligne diagonale représentent ceux où le niveau d'apprentissage minimum est atteint aussi bien par les enfants des ménages les plus riches que par ceux des ménages les plus pauvres, tandis que les points situés au-dessus ou en dessous de la ligne représentent les pays où prévalent des disparités.

Source : analyse de l'UNICEF fondée sur le Rapport mondial de suivi sur l'EPT, Base de données mondiale sur les inégalités dans l'éducation (WIDE), 2015.



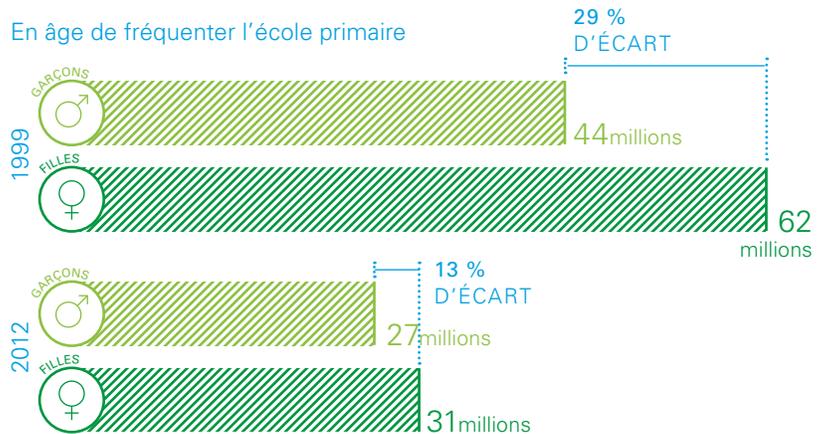
OMD 3
**PROMOUVOIR
L'ÉGALITÉ DES SEXES
ET L'AUTONOMISATION
DES FEMMES**

Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

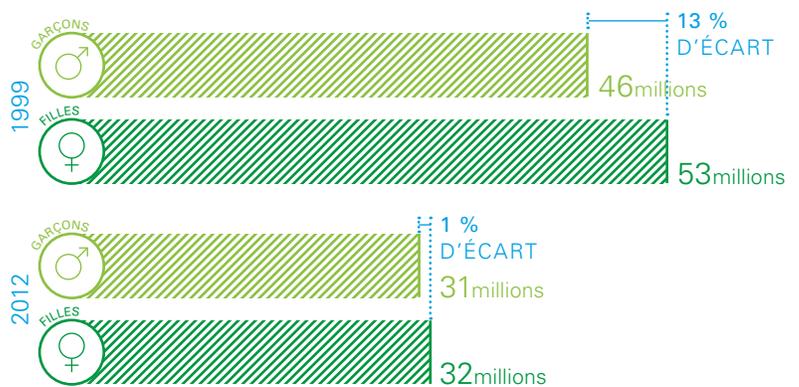
ÉGALITÉ DES SEXES

NOMBRE D'ENFANTS NON SCOLARISÉS DANS LE MONDE

En âge de fréquenter l'école primaire



En âge de fréquenter le premier cycle du secondaire



TAUX D'ANALPHABÉTISME CHEZ LES JEUNES (15-24 ANS)



Les jeunes filles ont
1,7 FOIS
plus de risques
d'être analphabètes

Égalité des sexes

L'éducation des filles contribue à rompre le cercle vicieux de la pauvreté. Les femmes qui sont allées à l'école sont en effet moins susceptibles de se marier jeunes et contre leur volonté, moins susceptibles de mourir en couches, plus susceptibles d'avoir des bébés en bonne santé et plus susceptibles de scolariser leurs enfants. Lorsque tous les enfants ont accès à une éducation de qualité, les possibilités qui en découlent influencent les générations futures⁴⁷.

Quatre régions assurent la parité des sexes dans le primaire (figure 3.A). L'Asie du Sud a connu des progrès plus rapides que toutes les autres régions entre 1999 et 2012.

Le taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire et supérieur présente des résultats mitigés. Seules les régions ECO/CEI, Asie de l'Est et Pacifique assurent la parité des sexes dans le secondaire. Alors que l'Asie du Sud a rapidement rattrapé son retard, l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe semblent stagner et l'écart reste important en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale.

Le taux de scolarisation des filles dans l'enseignement supérieur est nettement plus élevé que celui des garçons dans quatre régions. Les garçons sont plus susceptibles d'être scolarisés à ce niveau en Asie du Sud, en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale, mais également en Afrique de l'Est et en Afrique australe, où l'écart en faveur des garçons s'est creusé dans l'enseignement supérieur. Les agrégats régionaux masquent d'importantes variations entre les pays. Même dans les régions qui assurent la parité des sexes, certaines filles et certains

garçons restent défavorisés dans de nombreux pays. À l'échelle mondiale, 69 % des pays pour lesquels des données sont disponibles assurent la parité des sexes dans le primaire en 2015, tandis que 48 % l'assurent dans le secondaire⁴⁸.

Si la hausse du taux de scolarisation dans le primaire s'est accompagnée d'une diminution des disparités entre les garçons et les filles (figure 3.A), l'écart entre les sexes reste important, en particulier en Afrique subsaharienne. La pauvreté et d'autres formes de désavantages sociaux accentuent les disparités entre les sexes. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les filles issues des ménages les plus pauvres restent les plus défavorisées en termes de scolarisation. Si les tendances actuelles se poursuivent, ces filles ne devraient bénéficier de l'enseignement secondaire pour tous qu'en 2111⁴⁹.

D'importantes disparités entre les sexes persistent également en termes de performances scolaires. Les données révèlent qu'en moyenne, les filles obtiennent de meilleurs résultats que les garçons en lecture (figure 3.C). Les résultats en mathématiques sont mitigés : dans certains pays, les garçons réussissent mieux que les filles, dans d'autres c'est l'inverse qui se produit. Cependant, dans les pays les moins performants, où moins de la moitié des enfants acquièrent un niveau d'apprentissage minimum, les garçons sont plus susceptibles d'obtenir de meilleurs résultats que les filles en mathématiques⁵⁰.

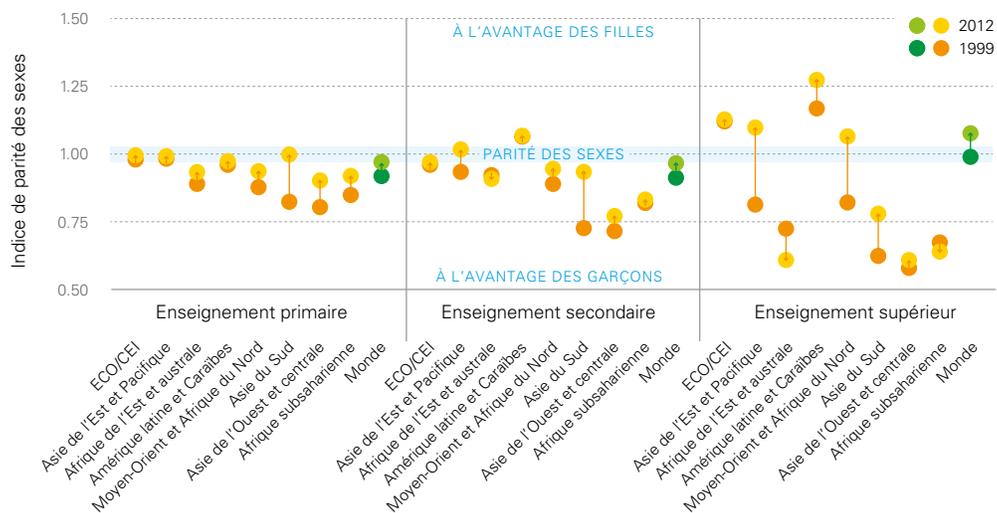


Alors que l'écart entre les sexes diminue, seules 84 filles pour 100 garçons sont inscrites dans le secondaire en Afrique subsaharienne.

FIGURE 3.A

Les écarts entre garçons et filles restent importants en Afrique subsaharienne et dans l'enseignement supérieur

Indice de parité des sexes appliqué au taux brut de scolarisation par niveau d'éducation et par région en 1999 et en 2012



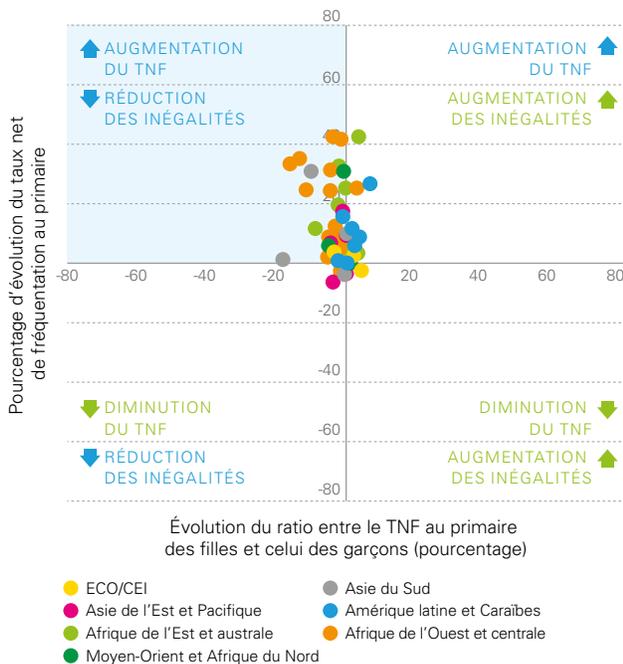
Remarque : l'indice de parité des sexes exprime le ratio entre le taux brut de scolarisation des filles et celui des garçons. Un indice de parité des sexes égal à 1 indique une parité absolue entre filles et garçons. Un indice d'une valeur inférieure à 1 indique une disparité à l'avantage des garçons. Un indice d'une valeur supérieure à 1 indique une disparité à l'avantage des filles. Les Objectifs de Millénaire pour le développement fixent l'objectif de parité entre 0,97 et 1,03.

Source : analyse de l'UNICEF à partir de données issues des bases de données internationales de l'Institut de statistique de l'UNESCO, 2015.

FIGURE 3.B

La hausse du taux de scolarisation réduit les disparités entre les sexes

Évolution du taux net de fréquentation (TNF) au primaire et du ratio entre le TNF au primaire des filles et celui des garçons dans les pays présentant deux points de données entre 2000 et 2014⁵¹



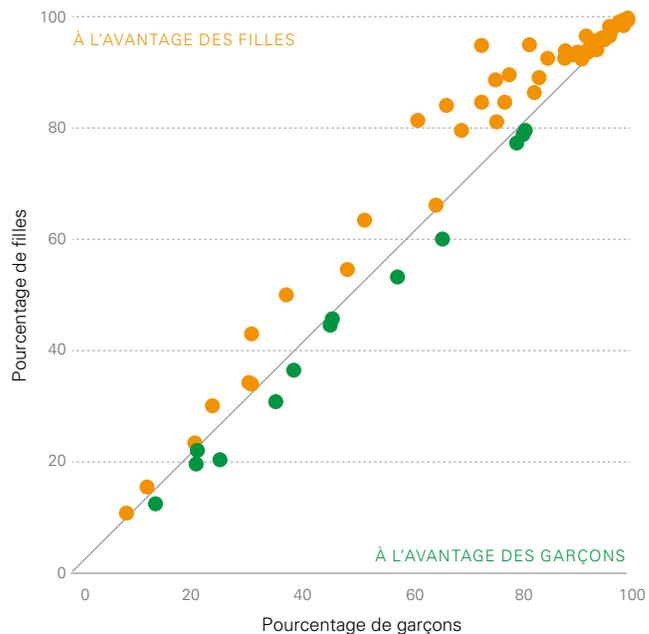
Remarque : chaque point représente un pays ; la couleur représente la région à laquelle le pays appartient. Le carré coloré en bleu indique une tendance positive avec l'amélioration des TNF et la réduction des disparités.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS et des EDS.

FIGURE 3.C

Les filles ont de meilleures performances en lecture que les garçons, mais le niveau d'apprentissage reste bas dans de nombreux pays

Pourcentage d'enfants ayant atteint le niveau d'apprentissage minimum en lecture, par sexe⁵²



Remarque : chaque point représente un pays. Les points placés le long de la ligne diagonale représentent les pays où le niveau d'apprentissage minimum est atteint aussi bien par les filles que par les garçons, tandis que ceux situés au-dessus ou en dessous de la ligne représentent les pays où prévalent des disparités.

Source : analyse de l'UNICEF fondée sur le Rapport mondial de suivi sur l'EPT, Base de données mondiale sur les inégalités dans l'éducation (WIDE), 2015.



OMD 4
**RÉDUIRE LA
MORTALITÉ DE
L'ENFANT**

Réduire de deux tiers, entre 1990
et 2015, le taux de mortalité des
enfants de moins de cinq ans

MORTALITÉ DE L'ENFANT

EN 2015

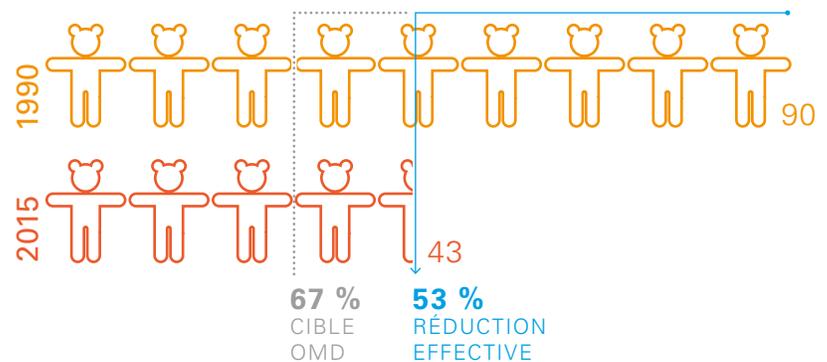


16 000
enfants de moins
de cinq ans meurent

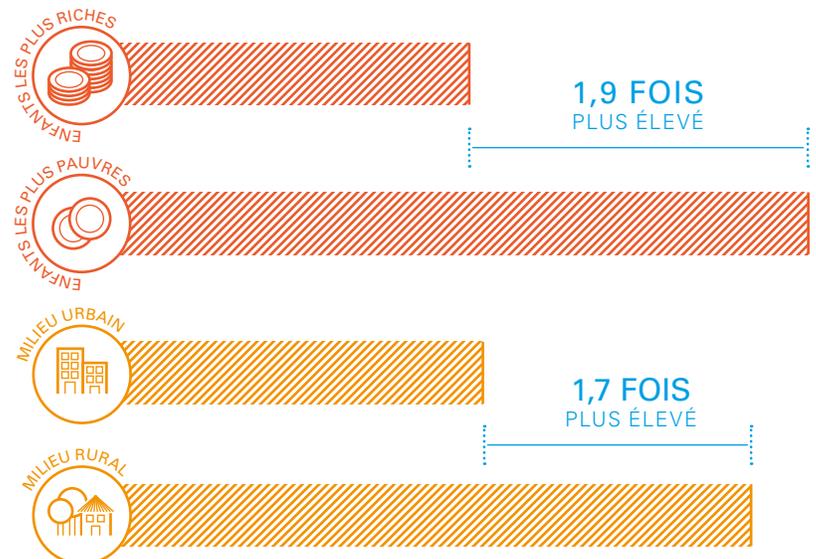


11 enfants de
moins de cinq
ans meurent

RÉDUCTION DU TAUX GLOBAL DE MORTALITÉ DE L'ENFANT (NOMBRE DE DÉCÈS POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES)



RISQUE DE MORTALITÉ CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS



Mortalité des enfants de moins de cinq ans

La mortalité de l'enfant est un indicateur clé du bien-être des enfants, qui reflète le développement social et économique d'un pays. Elle rend compte de l'accès des enfants à des interventions sanitaires de base telles que la vaccination, les soins médicaux ou une nutrition adéquate⁵³.

À l'échelle mondiale, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué de plus de moitié depuis 1990. Ce taux diminue plus vite qu'à tout autre moment au cours des 20 dernières années. À l'échelle mondiale, le taux annuel de réduction a en effet plus que triplé depuis le début des années 1990⁵⁴.

Malgré les progrès réalisés, d'ici la fin de cette année, près de six millions d'enfants mourront avant leur cinquième anniversaire, pour la plupart de causes évitables⁵⁵.

Les premiers jours de vie sont les plus déterminants pour la survie de l'enfant. Les décès néonataux représentent aujourd'hui une part plus importante du nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans qu'en 1990⁵⁶. D'ici la fin de l'année 2015, environ un million d'enfants rendront leur dernier soupir le jour même de leur naissance, ce qui représente 16 % des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Des disparités flagrantes persistent entre les régions et les pays. Un enfant né en Afrique subsaharienne court pratiquement 15 fois plus de risques de mourir avant son cinquième anniversaire qu'un enfant né dans un pays à revenu élevé⁵⁷.

Seules deux régions ont atteint l'objectif de l'OMD visant à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (figure 4.A). Au rythme actuel, il faudra plus de 10 ans pour atteindre cet objectif à l'échelle mondiale⁵⁸.

Dans toutes les régions, les ménages les plus pauvres ont connu des améliorations absolues bien plus significatives que les ménages les plus riches en matière de survie de l'enfant (figure 4.B). En outre, à l'exception de l'Afrique subsaharienne, la diminution proportionnelle du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a également eu tendance à être plus marquée chez les ménages les plus pauvres que chez les ménages les plus riches⁵⁹.

Alors que le rythme des progrès s'accélère chez les ménages les plus pauvres, l'écart entre les ménages les plus riches et les ménages les plus pauvres en termes de mortalité des enfants de moins de cinq ans diminue dans la plupart des régions (figure 4.C). Cependant, les enfants issus des ménages les plus pauvres restent particulièrement vulnérables, puisqu'ils ont en moyenne deux fois plus de risques de mourir avant l'âge de cinq ans que les enfants issus des ménages les plus riches.

L'éducation de la mère reste un facteur déterminant en matière d'inégalité (figure 4.D). L'analyse d'un sous-groupe de pays montre que lorsque la mortalité de l'enfant globale diminue, l'écart entre les enfants dont la mère a suivi un enseignement secondaire ou supérieur et les enfants dont la mère n'est pas allée à l'école diminue dans la plupart des pays, même s'il se creuse dans certains autres⁶⁰.

Depuis 2000, les disparités entre les enfants vivant en milieu urbain et ceux vivant en milieu rural ont diminué dans plus de la moitié des 47 pays étudiés pour lesquels des données sont disponibles (figure 4.E). Les enfants vivant en milieu rural restent toutefois exposés à un risque accru : ils sont en moyenne 1,5 fois plus susceptibles de mourir avant leur cinquième anniversaire que les enfants vivant en milieu urbain.

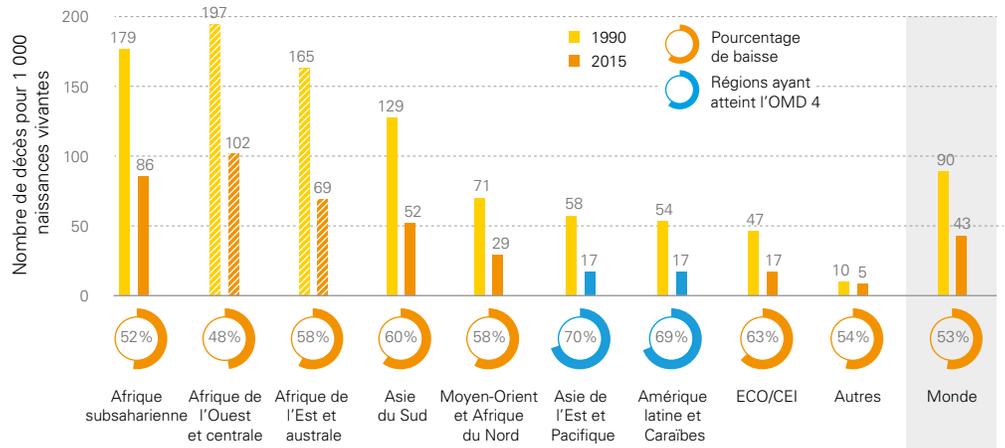


Les enfants dont la mère n'est pas allée à l'école risquent en moyenne 2,5 fois plus de mourir avant leur cinquième anniversaire que les enfants dont la mère a suivi un enseignement secondaire ou supérieur.

FIGURE 4.A

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans diminue, mais deux régions seulement ont atteint l'OMD 4

Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et pourcentage de baisse, par région, en 1990 et 2015

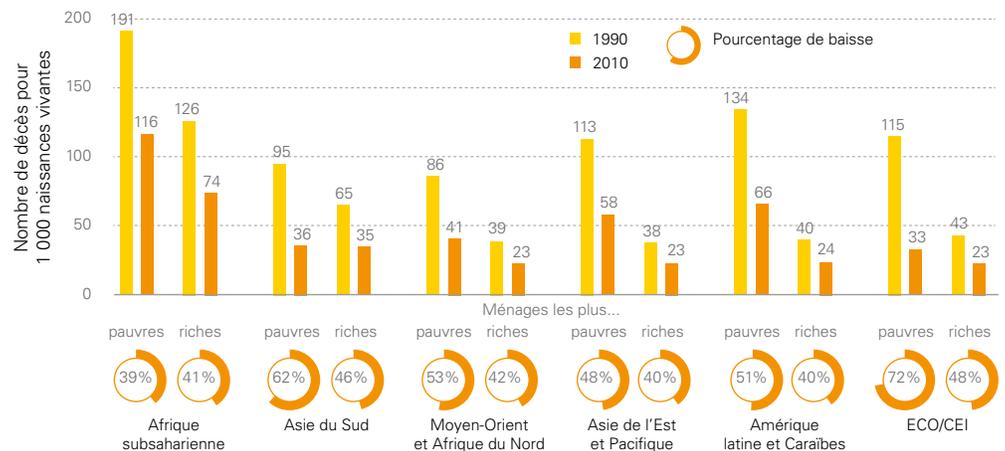


Source : analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations préliminaires du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2015.

FIGURE 4.B

La mortalité des enfants de moins de cinq ans diminue plus rapidement parmi les ménages les plus pauvres

Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et pourcentage de baisse, par région et par quintile de richesse du ménage, en 1990 et 2010⁶¹

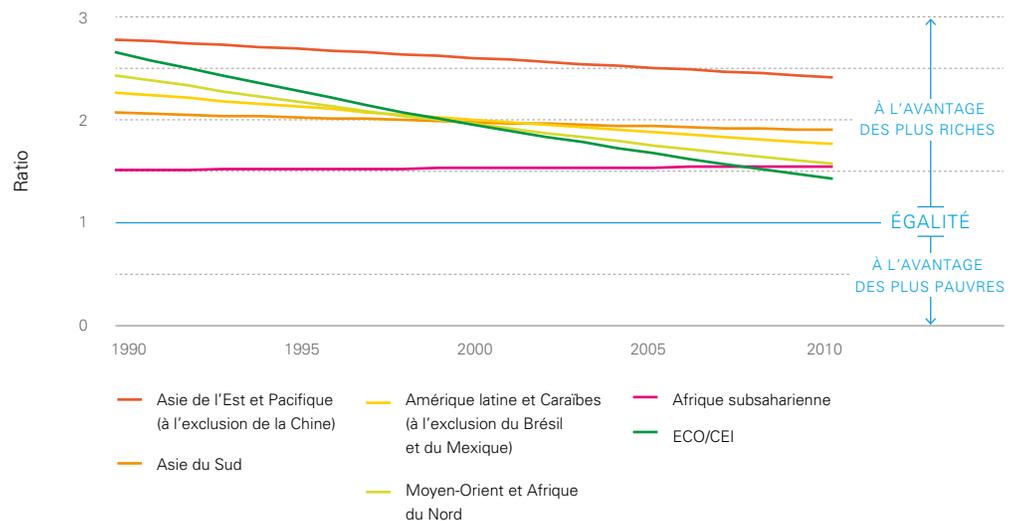


Source : analyse de l'UNICEF fondée sur le document de travail de J. Pedersen, L. Alkema et J. Liu., « Levels and trends in inequity and child mortality: Evidence from DHS and MICS surveys », à paraître en 2015.

FIGURE 4.C

L'écart entre les plus riches et les plus pauvres en matière de mortalité des enfants de moins de cinq ans se réduit, mais reste important

Ratio du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre les 20 % les plus pauvres et les 20 % les plus riches, par région⁶²

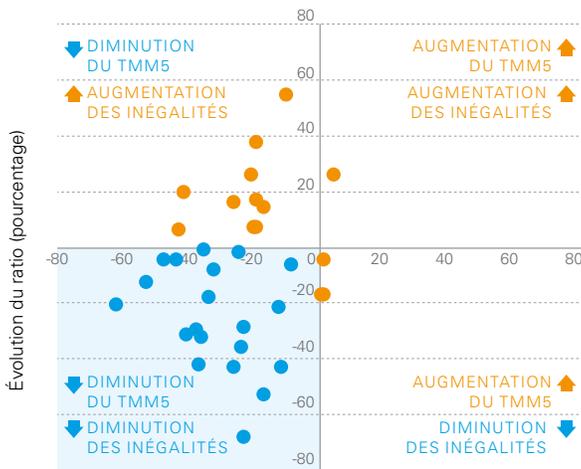


Source : analyse de l'UNICEF fondée sur des EDS et des MICS ou sur le document de travail de J. Pedersen, L. Alkema et J. Liu., « Levels and trends in inequity and child mortality: Evidence from DHS and MICS surveys », à paraître en 2015.

FIGURE 4.D

L'écart entre le taux de mortalité des enfants dont la mère n'est pas allée à l'école et ceux dont la mère a suivi un enseignement secondaire ou supérieur diminue dans un nombre croissant de pays

Évolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) et du ratio entre le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dont la mère n'est pas allée à l'école et ceux dont la mère a suivi un enseignement secondaire ou supérieur, dans les pays présentant des données pour les périodes 2000–2004 et 2005–2010⁶³



Évolution du taux de mortalité des moins de cinq ans (pourcentage)

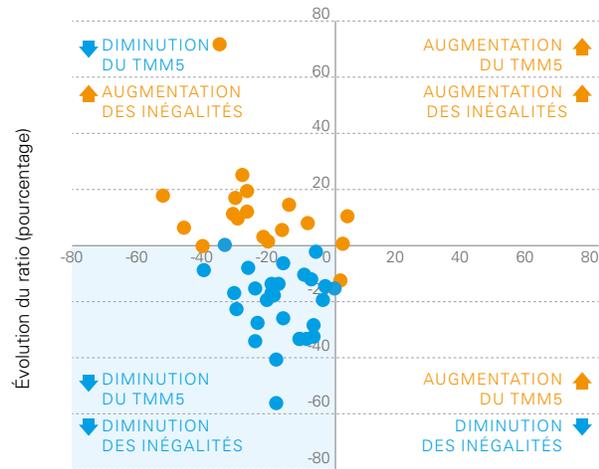
Remarques : le carré coloré en bleu indique une tendance positive avec une amélioration globale des taux de mortalité et la réduction des disparités.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale.

FIGURE 4.E

Avec la diminution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, les disparités en la matière entre enfants de milieu rural et de milieu urbain s'amenuisent dans certains pays

Évolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et évolution du ratio entre le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans vivant en milieu urbain et ceux vivant en milieu rural, dans les pays présentant des données pour les périodes 2000–2004 et 2005–2010⁶⁴



Évolution du taux de mortalité des moins de cinq ans (pourcentage)

Remarque : le carré coloré en bleu indique une tendance positive avec une amélioration globale des taux de mortalité et la réduction des disparités.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale.



Bien que 84 % des nourrissons aient reçu la première dose de vaccin à valence rougeole en 2013, il aurait fallu vacciner 15 millions d'enfants supplémentaires pour atteindre la couverture visée de 95 % à l'échelle mondiale.

Il y a eu près de 279 000 cas de rougeole dans le monde en 2013, dont environ 145 700 mortels (cartes 4.A et 4.B). Par rapport à une mortalité estimée en l'absence complète de vaccination contre la rougeole, cette dernière a permis d'éviter quelque 15,6 millions de décès entre 2000 et 2013⁶⁵.

L'amélioration significative de la vaccination de routine chez les enfants du groupe d'âge concerné par la première dose de vaccin à valence rougeole et des activités de vaccination complémentaires chez les enfants se trouvant hors de portée des services de santé existants a produit des résultats extrêmement positifs à ce jour. La couverture mondiale par la première dose de vaccin à valence rougeole a augmenté entre 2000 et 2009, passant de 73 % à 83 %, puis elle est restée stable aux alentours de 83–84 % en 2013. On estime cependant que 21,6 millions de nourrissons

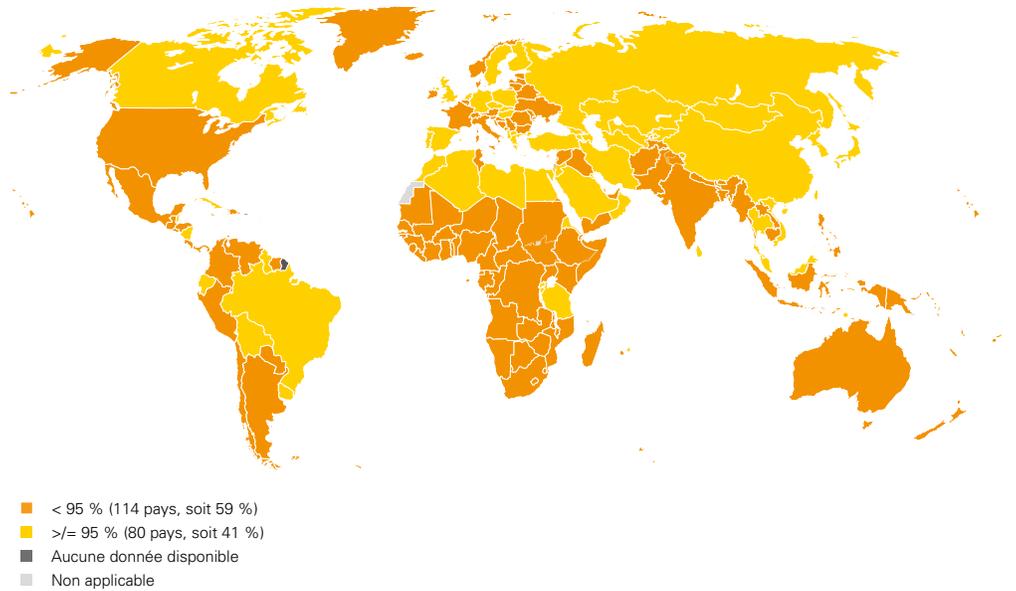
(pour la plupart parmi les plus pauvres, les plus marginalisés et les plus difficiles à atteindre) n'ont pas reçu la première dose de vaccin à valence rougeole en 2013. Bien que 84 % des nourrissons aient reçu cette première dose en 2013, il aurait fallu vacciner 15 millions d'enfants supplémentaires pour atteindre la couverture visée de 95 % à l'échelle mondiale⁶⁶.

Même si peu de pays indiquent avoir atteint une couverture de 95 % dans tous les districts, il est difficile de commenter les progrès régionaux, qui jouent pourtant un rôle déterminant dans l'élimination de la rougeole. En effet, les données régionales sont indisponibles ou non valides dans un tiers des pays, ce qui traduit un problème plus vaste en termes de qualité et d'utilisation des données dans les programmes nationaux de vaccination.

CARTE 4.A

Moins de la moitié des pays ont atteint une couverture nationale par la première dose de vaccin à valence rougeole d'au moins 95 % en 2013

Pays ayant atteint une couverture nationale par la première dose de vaccin à valence rougeole d'au moins 95 % des enfants en âge d'être vaccinés selon le calendrier de vaccination national, en 2013

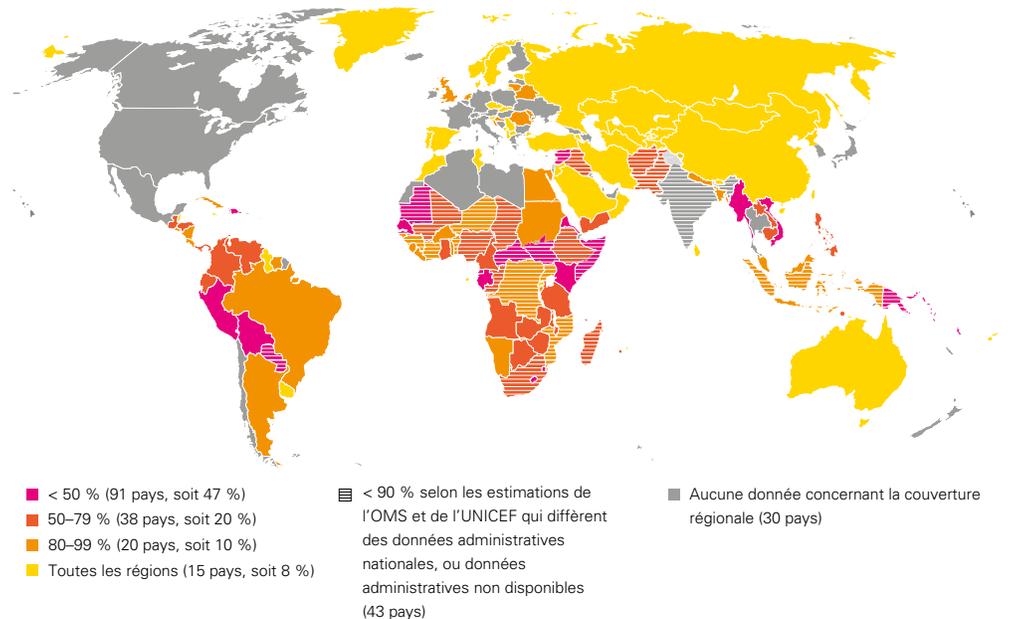


Source : estimations de l'OMS et de l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, mise à jour de 2013 (étude achevée en juillet 2014).

CARTE 4.B

Trop peu de pays ont atteint les objectifs infranationaux fondamentaux pour l'élimination de la rougeole

Pourcentage de districts atteignant une couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole d'au moins 95 % des enfants en âge d'être vaccinés selon le calendrier vaccinal national en 2013



Remarque : ces cartes sont stylisées et ne sont pas à l'échelle. Elles n'impliquent de la part de l'UNICEF aucune prise de position officielle quant au statut juridique des pays ou territoires ou au tracé de leurs frontières. La ligne en pointillés représente approximativement la Ligne de contrôle de Jammu et du Cachemire consentie par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif de Jammu et du Cachemire n'a pas encore fait l'objet d'un accord final entre les parties. La frontière entre le Soudan et le Soudan du Sud et le statut de la zone d'Abeyi n'ont pas encore été déterminés.

Source : estimations de l'OMS et de l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, mise à jour de 2013 (étude achevée en juillet 2014) et couverture administrative au niveau du district, pour 2013, telle qu'elle a été rapportée pour tout le pays dans les formulaires de rapport conjoint OMS et/ou UNICEF en 2014.

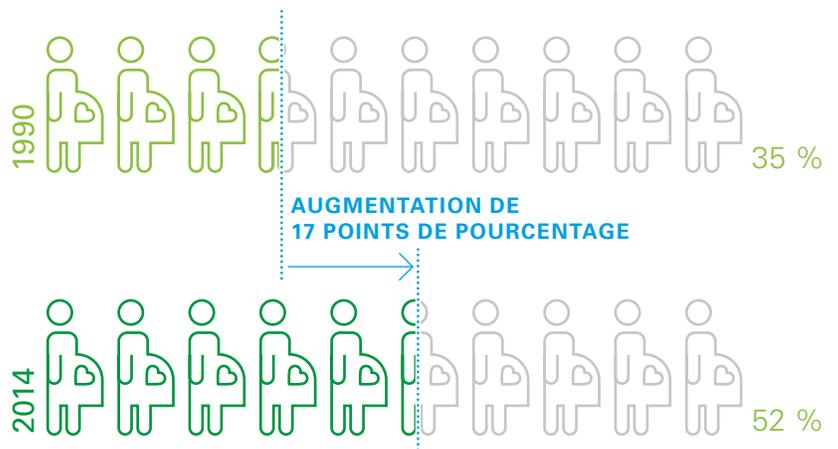


OMD 5
**AMÉLIORER LA SANTÉ
MATERNELLE**

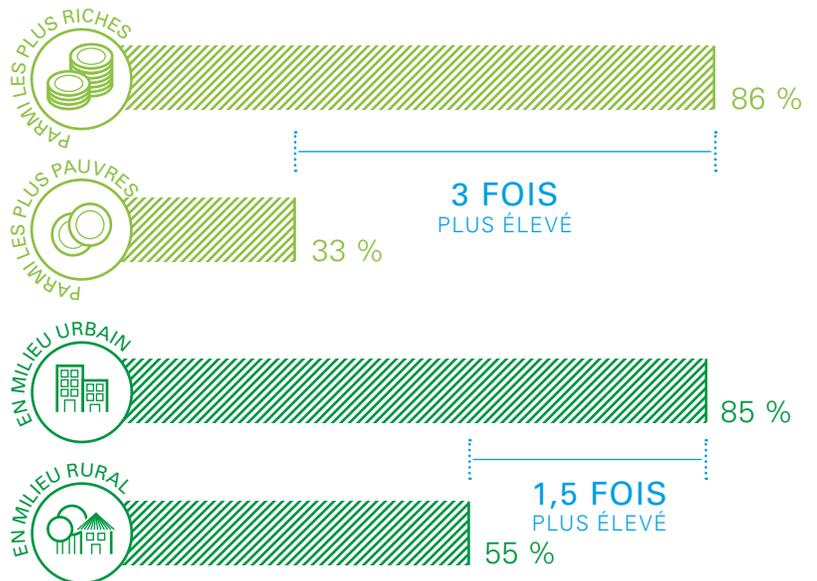
Réduire de trois quarts, entre 1990 et
2015, le taux de mortalité maternelle

SANTÉ MATERNELLE

FEMMES ENCEINTES AYANT EU AU MOINS QUATRE CONSULTATIONS PRÉNATALES



PRÉSENCE DE PERSONNEL SOIGNANT QUALIFIÉ LORS DE L'ACCOUCHEMENT



RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL SUR LA VIE ENTIÈRE



Santé maternelle

La prestation de services de santé reproductive de qualité et l'amélioration de la santé et de la nutrition des futures mères jouent un rôle essentiel non seulement dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, mais également dans l'élimination de nombreuses causes sous-jacentes de mortalité néonatale et de l'enfant⁶⁷.

Le nombre de femmes et de jeunes filles qui meurent chaque année de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement est passé de 523 000 en 1990 à 289 000 en 2013. Cette diminution de 45 % est impressionnante au vu de la croissance démographique rapide dans de nombreux pays où la mortalité maternelle est la plus élevée. Pourtant, quelque 800 femmes meurent chaque jour de causes liées à la maternité.

Les progrès mondiaux en matière de mortalité maternelle (figure 5.A) sont loin de l'objectif visé. Le taux de réduction annuel (2,6 %) observé entre 1990 et 2013 est en effet nettement inférieur à l'objectif de 5,5 % prévu par l'OMD 5⁶⁸. L'écart en termes de mortalité maternelle par groupe de revenu a considérablement diminué à l'échelle mondiale. En 1990, le taux de mortalité maternelle dans les pays à faible revenu était 38 fois plus élevé que dans les pays à revenu élevé. En 2013, l'écart avait diminué, mais le taux de mortalité maternelle restait 19 fois plus élevé. L'écart entre les pays à revenu intermédiaire et les pays à revenu élevé avait également diminué de moitié, le taux de mortalité maternelle passant de 14 fois à 7 fois plus élevé (figure 5.B).

Les décès maternels sont de plus en plus concentrés en Afrique subsaharienne où, malgré une diminution du taux de mortalité maternelle, la part des décès maternels dans le monde a augmenté, passant de 44 % en 1990 à 62 % en 2013⁶⁹. En 2013, dans cette région, le risque de décès maternel sur la vie entière pour une jeune fille de 15 ans était de 1 sur 38 (figure 5.C). Le taux de fécondité élevé dans cette région contribue de manière significative à l'augmentation du risque de décès.

Les soins prénatals et la présence d'un personnel soignant qualifié lors de l'accouchement sont indispensables pour mettre fin aux décès maternels évitables.

Dans ce domaine, le pourcentage moyen de femmes ayant accouché en présence d'un personnel soignant qualifié a légèrement progressé, passant de 59 % en 1990 à 71 % en 2014 (figure 5.D). Les progrès se sont accélérés ces dix dernières années, après avoir stagné dans les années 1990⁷⁰. L'Asie du Sud, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale restent les régions qui présentent la plus faible proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié.

Les femmes issues du quintile le plus pauvre sont le moins susceptibles d'accoucher en présence d'un personnel soignant qualifié. Autour de 2014, les femmes issues du quintile le plus riche étaient presque trois fois plus susceptibles d'accoucher en présence d'un personnel soignant qualifié que les femmes issues du quintile le plus pauvre (figure 5.E). Cette situation n'a pas évolué depuis environ 2000.

Les femmes vivant en milieu rural sont également laissées pour compte : l'écart absolu entre les populations urbaines et les populations rurales en termes de présence d'un personnel soignant qualifié lors de l'accouchement a diminué de seulement sept points de pourcentage, passant de 37 % autour de 1990 à 30 % autour de 2014. La région Asie de l'Est et Pacifique (où la présence d'un personnel soignant qualifié lors de l'accouchement est la plus fréquente et où le fossé en matière d'équité est le plus faible) est la seule où le fossé entre les zones urbaines et rurales a nettement diminué, passant de 19 % à 7 % depuis 1990⁷¹.

La mise en place des quatre consultations prénatales minimum recommandées progresse lentement : seules un peu plus de la moitié des femmes enceintes ont bénéficié de quatre consultations prénatales ou plus autour de 2014. La légère amélioration des soins prénatals n'a pas contribué à réduire l'écart entre les riches et les pauvres, sauf dans la région Asie de l'Est et Pacifique. Dans les pays les moins avancés, l'écart entre les zones urbaines et rurales en termes de soins prénatals n'a pas non plus diminué de manière significative entre 2000 (écart de 25 points) et 2014 (écart de 22 points) (figure 5.F).

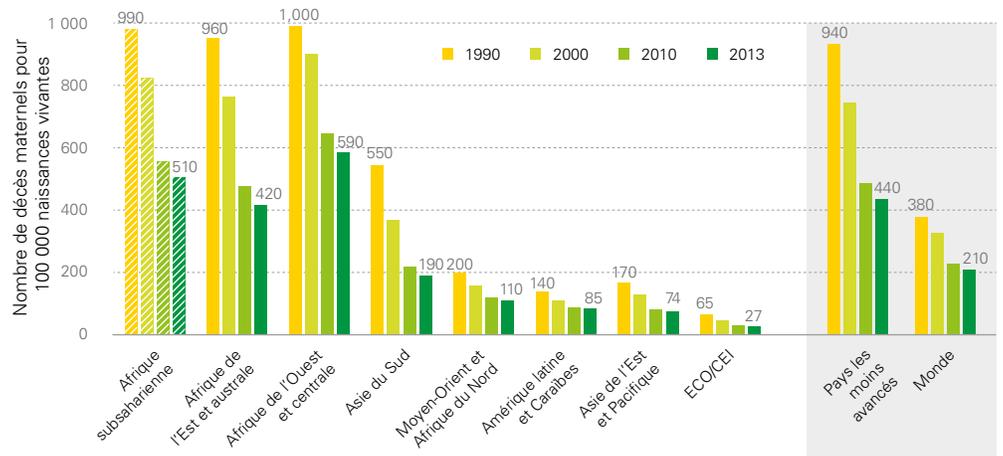


Malgré la diminution de l'écart entre les régions en termes de mortalité maternelle, il existe encore des écarts importants et persistants entre les riches et les pauvres en termes de soins prénatals et de présence d'un personnel soignant qualifié lors de l'accouchement dans pratiquement toutes les régions.

FIGURE 5.A

Le taux de mortalité maternelle (TMM) a diminué de 45 % entre 1990 et 2013

Taux de mortalité maternelle, par région, de 1990 à 2013

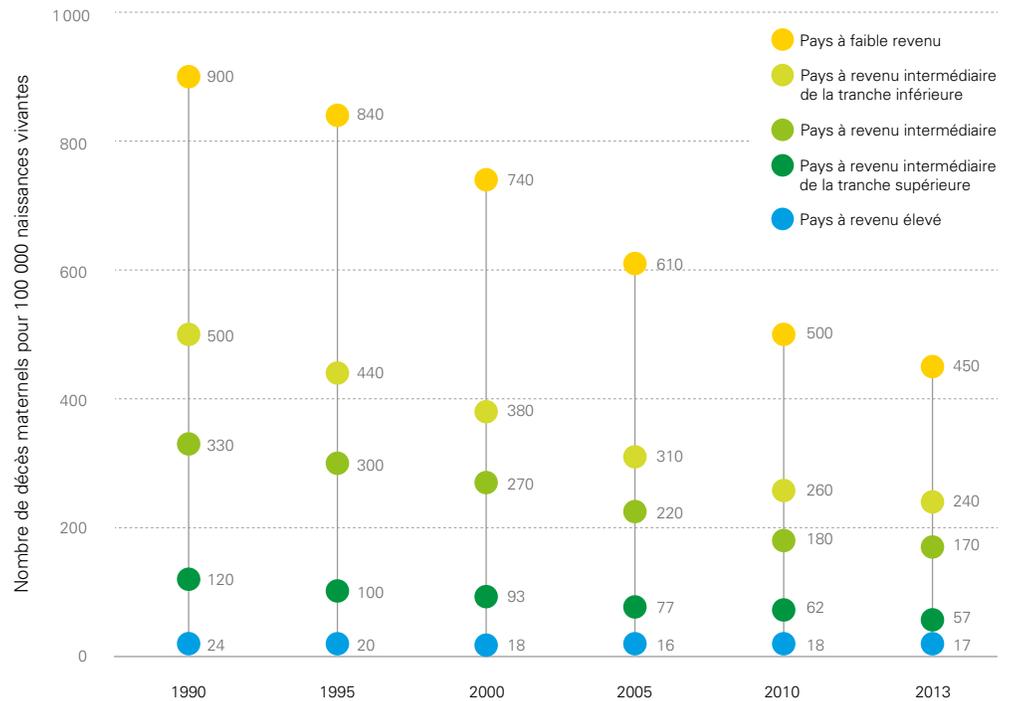


Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*, OMS, Genève, 2014.

FIGURE 5.B

L'écart entre le taux de mortalité maternelle dans les pays à faible revenu et les pays à revenu élevé s'est considérablement réduit

Taux de mortalité maternelle, par groupe de revenu, de 1990 à 2013

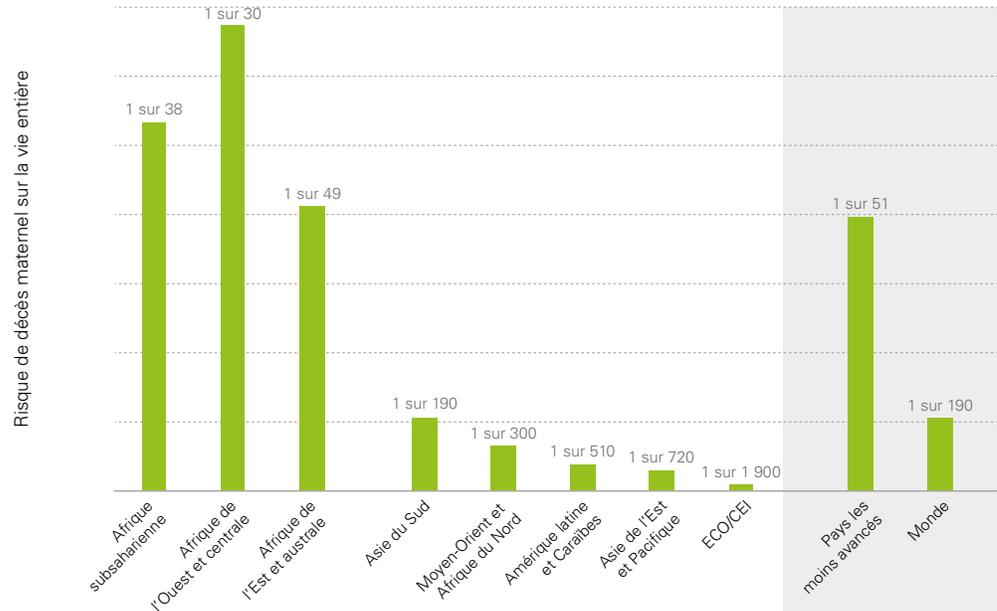


Source : analyse de l'UNICEF fondée sur le rapport *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013* de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, OMS, Genève, 2014.

FIGURE 5.C

En Afrique de l'Ouest et centrale, le risque de décès maternel sur la vie entière pour une jeune fille de 15 ans est de 1 sur 30, contre 1 sur 190 dans le monde

Risque de décès maternel sur la vie entière, 2013

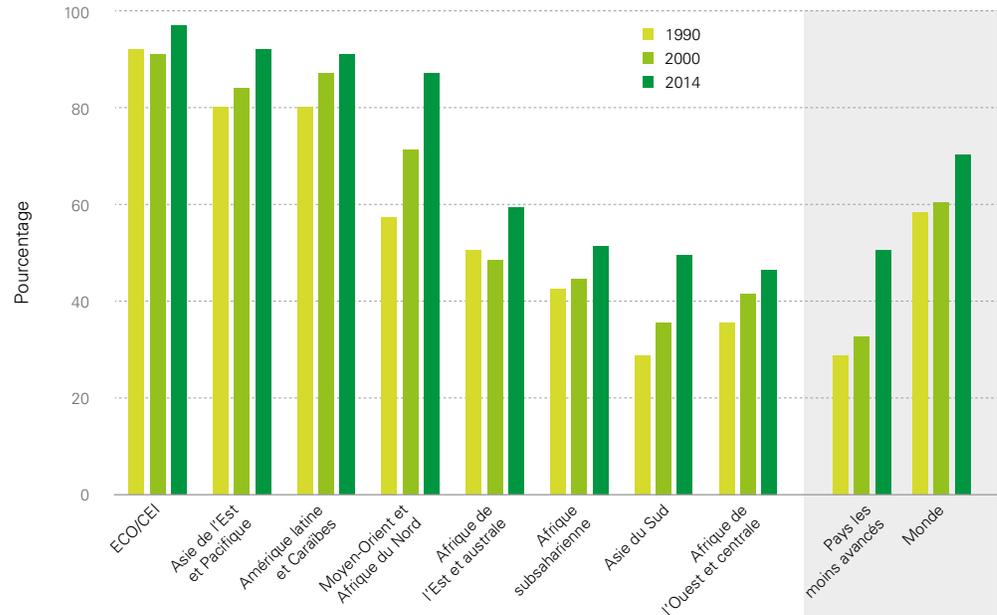


Source : OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*, OMS, Genève, 2014.

FIGURE 5.D

L'Asie du Sud et l'Afrique de l'Ouest et centrale restent les régions présentant la proportion la plus faible d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié

Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié, par région, de 1990 à 2014⁷²

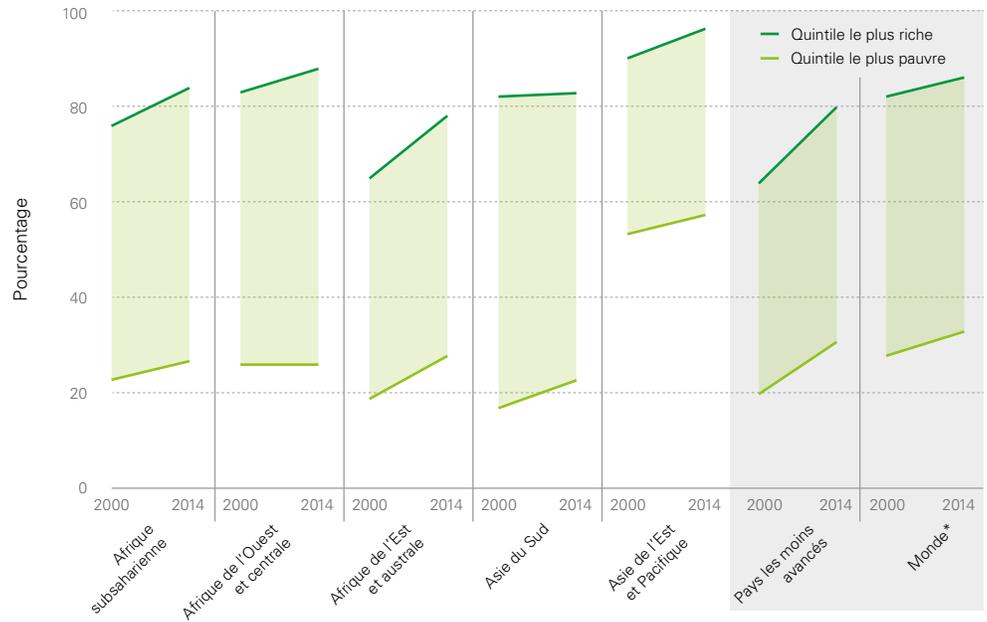


Source : bases de données mondiales de l'UNICEF 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale.

FIGURE 5.E

Les femmes issues des ménages les plus riches ont presque trois fois plus de chances d'accoucher en présence de personnel soignant qualifié que les femmes issues des ménages les plus pauvres

Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, par région et par quintile de richesse du ménage, autour de 2000 et 2014⁷³



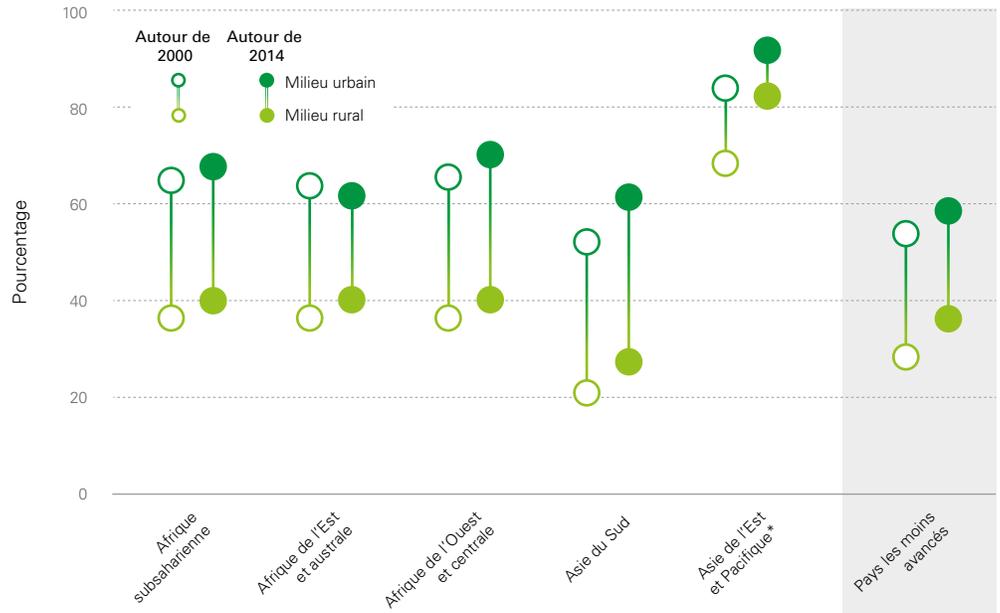
Remarque : *à l'exclusion de la Chine.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale.

FIGURE 5.F

Peu de progrès ont été réalisés dans la réduction de l'écart entre les femmes des milieux urbains et celles des milieux ruraux en matière de soins prénatals

Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales, par région et par milieu de résidence, autour de 2000 et 2014⁷⁴



Remarque : *à l'exclusion de la Chine.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale.



OMD 6
**COMBATTRE LE VIH/
SIDA, LE PALUDISME ET
D'AUTRES MALADIES**

D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/SIDA et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/SIDA

D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle

VIH/SIDA ET PALUDISME

TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT

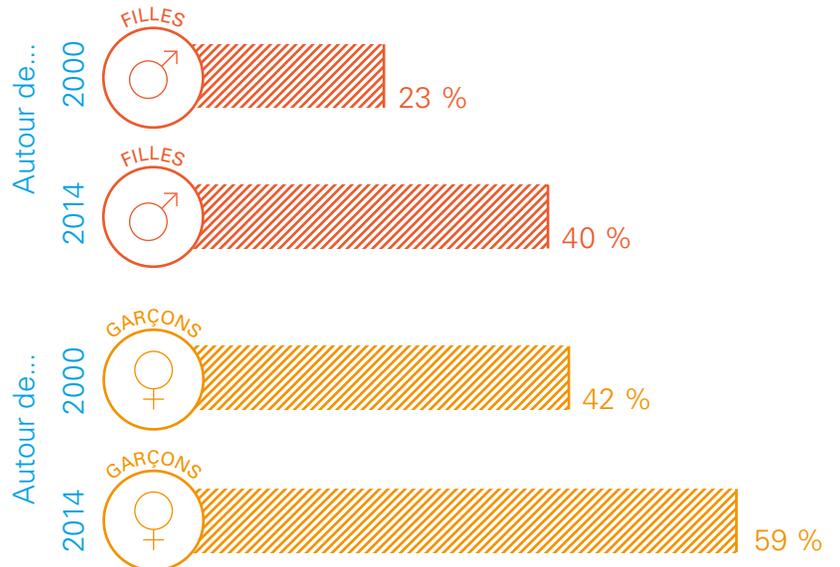


7 %
au bout
de six
semaines

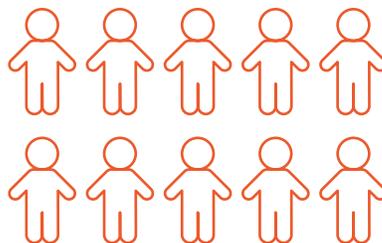


16 %
au terme
de l'allaitement

UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES JEUNES (15-24 ANS) SIGNALANT AVOIR DES RELATIONS SEXUELLES À RISQUE



NOMBRE D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS NON PROTÉGÉS CONTRE LE PALUDISME GRÂCE À DES MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES D'INSECTICIDE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE



100 millions
d'enfants en 2014

VIH/SIDA

Dans le monde entier, les investissements réalisés en matière de lutte contre le VIH et le SIDA ont porté leurs fruits. Grâce à l'amélioration des soins et des possibilités de traitement, l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH s'est accrue, tandis que le nombre de décès associés au SIDA a rapidement diminué entre 2001 et 2013 dans toutes les tranches d'âge, sauf chez les adolescents (de 10 à 19 ans), où aucune baisse n'a été notée (figure 6.E). Le VIH demeure la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans).

Dans le monde entier, parmi les quelque 1,9 million de personnes âgées de plus de 15 ans nouvellement infectées par le VIH en 2013, près de 35 % (670 000) étaient des jeunes (âgés de 15 à 24 ans), et 13 % (250 000) des adolescents (âgés de 15 à 19 ans). Des écarts marqués apparaissent à l'adolescence entre les garçons et les filles, celles-ci étant proportionnellement plus touchées par le VIH. Dans certains pays, elles sont deux à trois fois plus susceptibles d'être infectées que les garçons de la même tranche d'âge⁷⁵.

Entre 2001 et 2013, les nouvelles infections à VIH ont diminué dans toutes les tranches d'âge, mais de façon plus marquée chez les enfants de moins de 15 ans (figure 6.A). Cette tendance est attribuée aux activités de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH (figure 6.B) : dépistage du VIH chez les femmes enceintes à l'occasion de leurs consultations prénatales et fourniture de médicaments antirétroviraux à celles qui se révèlent séropositives.

À l'échelle mondiale, on estime que 1,5 million de filles et de femmes enceintes âgées de 15 ans et plus étaient porteuses du VIH en 2013 (plus de 90 % d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne)⁷⁶. En l'absence d'intervention pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, près de la moitié de ces filles et de ces femmes transmettront l'infection à leur bébé pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

Par le biais du *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères*

en vie, financé par l'ONU, des progrès ont été accomplis sur le plan de la fourniture de médicaments antirétroviraux efficaces pour la PTME dans toutes les régions et dans les 21 pays d'Afrique subsaharienne prioritaires au titre de ce plan. Par conséquent, entre 2001 et 2013, une diminution rapide des nouvelles infections à VIH chez les enfants a été relevée dans la plupart des pays.

Étant donné que le virus se développe rapidement chez les nourrissons, une prise en charge précoce est essentielle à leur survie. Dans l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire, seuls 23 % des enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH en 2013 ont bénéficié d'un traitement antirétroviral, contre 37 % des adultes (personnes âgées de 15 ans ou plus) vivant avec le VIH (figure 6.C).

De récentes directives de l'OMS recommandent le dépistage précoce du VIH chez les enfants dans les deux mois qui suivent la naissance et au terme de l'allaitement. Elles recommandent également la prise en charge immédiate de toutes les femmes enceintes et allaitantes qui vivent avec le VIH ainsi que de tous les enfants de moins de cinq ans infectés. Pourtant, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, seuls 37 % des nourrissons exposés au VIH ont bénéficié d'un dépistage précoce en 2013⁷⁷.

Depuis l'an 2000, des progrès modestes ont été réalisés au niveau des efforts de prévention du VIH chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans). En Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par l'épidémie, les derniers sondages indiquent que moins de 40 % des jeunes femmes et des jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans ont des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH (figure 6.D), ce qui ne représente que 10 points de pourcentage de plus qu'en 2000.

Dans cette région, les écarts persistent en ce qui concerne ce degré de connaissances chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), notamment entre les jeunes femmes du quintile le plus pauvre et celles du quintile le plus riche de la population (17 % et 35 % respectivement), ainsi qu'entre les jeunes femmes vivant en milieu rural et celles vivant en ville (23 % et 36 % respectivement).



En Afrique subsaharienne, le ratio de scolarisation des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans est désormais pratiquement équitable (0,96), ce qui constitue une amélioration considérable depuis 2000 (0,80)⁸⁰.

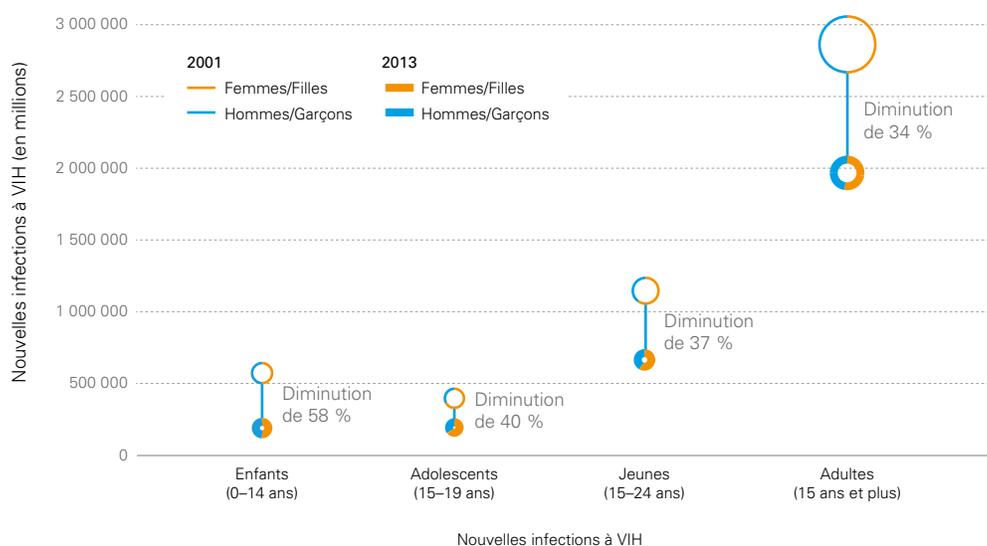
Chaque année depuis 2000, au moins 10 millions d'enfants âgés de moins de 18 ans ont perdu un de leurs parents ou les deux à cause du SIDA. Ce chiffre a atteint un pic en 2009, année au cours de laquelle les estimations ont fait état de 18,5 millions d'enfants dans ce cas. Bien que depuis lors ce chiffre baisse progressivement, on recensait encore en 2013 environ 17,7 millions d'enfants dont l'un des parents ou les deux étaient décédés des suites du SIDA (figure 6.F). Ces dix dernières années, des progrès considérables ont été réalisés pour atténuer les répercussions économiques et sociales du VIH et du SIDA sur les enfants

et leur famille⁷⁸. Il est capital de poursuivre au-delà de 2015 les investissements déjà réalisés en faveur du soutien économique et psychosocial de ces personnes, tout en resserrant les liens avec les familles et les enfants ayant perdu l'un de leurs parents ou les deux à cause du SIDA à des fins de dépistage. Il faut également garantir l'accès au traitement contre le VIH à tous ceux qui en ont besoin, tout en renforçant les liens entre la communauté et les établissements de santé afin que les personnes les plus vulnérables puissent bénéficier des services nécessaires⁷⁹.

FIGURE 6.A

Les filles représentent presque deux tiers des nouvelles infections à VIH parmi les adolescents en 2001 et en 2013

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH dans le monde parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans, les adolescents âgés de 15 à 19 ans, les jeunes âgés de 15 à 24 ans et les adultes âgés de plus de 15 ans, en 2001 et 2013

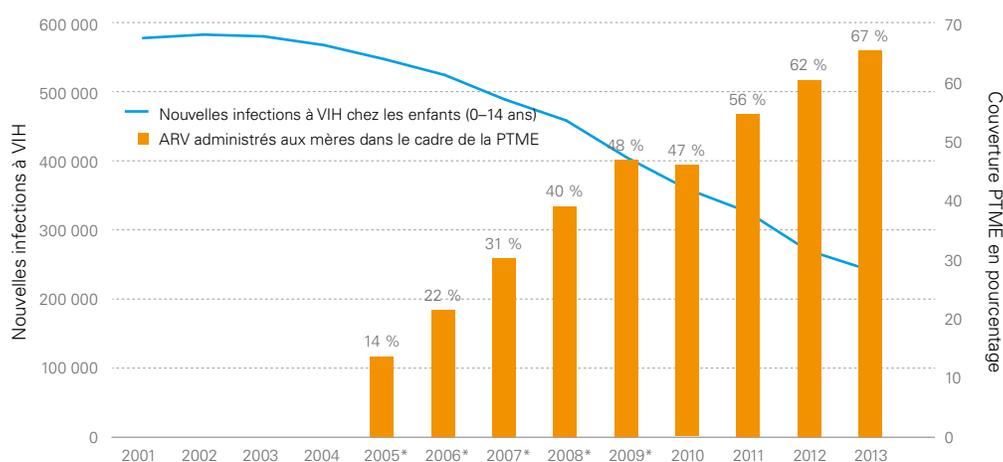


Source : analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2013, juillet 2014.

FIGURE 6.B

Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants a rapidement diminué grâce à l'accroissement de la couverture PTME

Estimation du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants âgés de 0 à 14 ans et de la couverture des ARV administrés aux mères dans le cadre de la PTME, dans tous les pays à revenu faible et intermédiaire, de 2001 à 2013



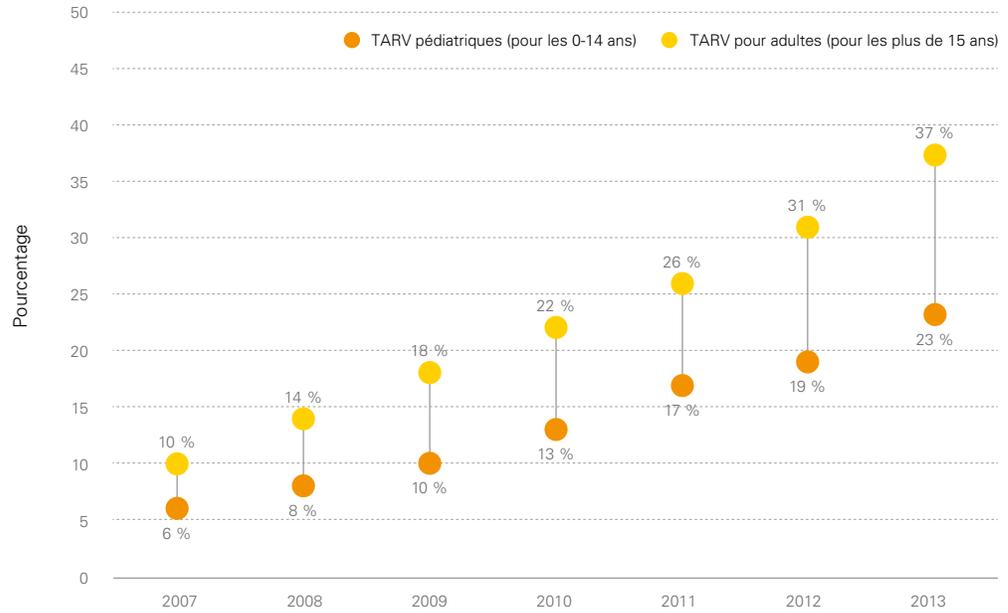
*Remarque : les données de 2005 à 2009 tiennent compte des doses uniques de névirapine, un traitement qui n'est plus aujourd'hui recommandé par l'OMS ; les données de 2005 à 2009 ne peuvent donc pas être comparées à celles de 2010 à 2013.

Source : ONUSIDA, UNICEF et OMS, rapports de situation 2005-2013 sur la riposte mondiale au SIDA et estimations 2013 de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA, juillet 2014.

FIGURE 6.C

Les enfants ont moins accès aux traitements antirétroviraux (TARV) que les adultes

Pourcentage d'adultes âgés de 15 ans et plus et d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral, dans tous les pays à revenu faible et intermédiaire, de 2007 à 2013⁸¹

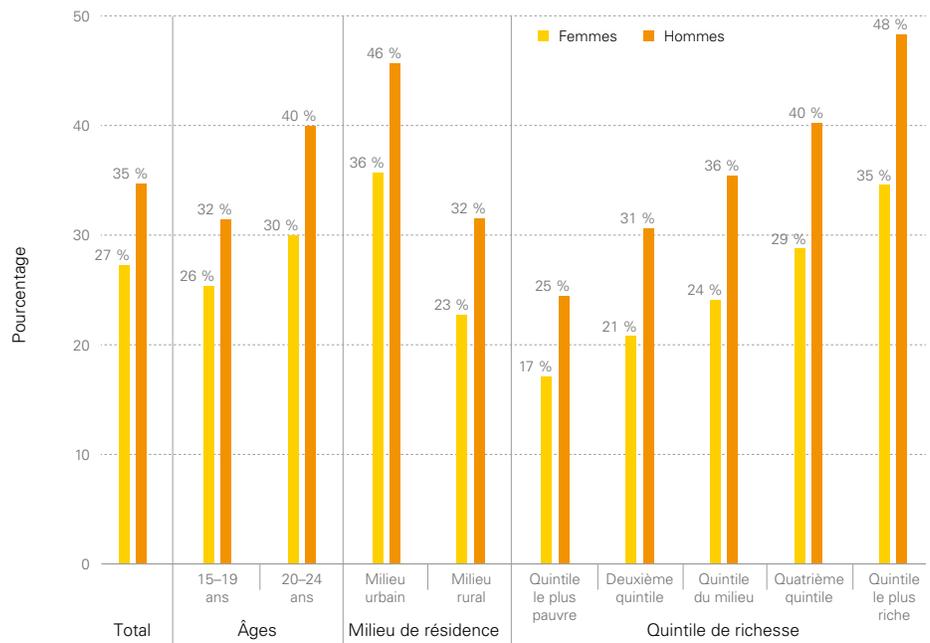


Source : estimations 2013 de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA, juillet 2014.

FIGURE 6.D

Seuls 17 % des jeunes femmes issues des ménages les pauvres disposent de connaissances complètes sur le VIH

Pourcentage de jeunes hommes et de jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans disposant de connaissances complètes et correctes sur le VIH en Afrique subsaharienne, par âge, par milieu de résidence et par quintile de richesse du ménage⁸²

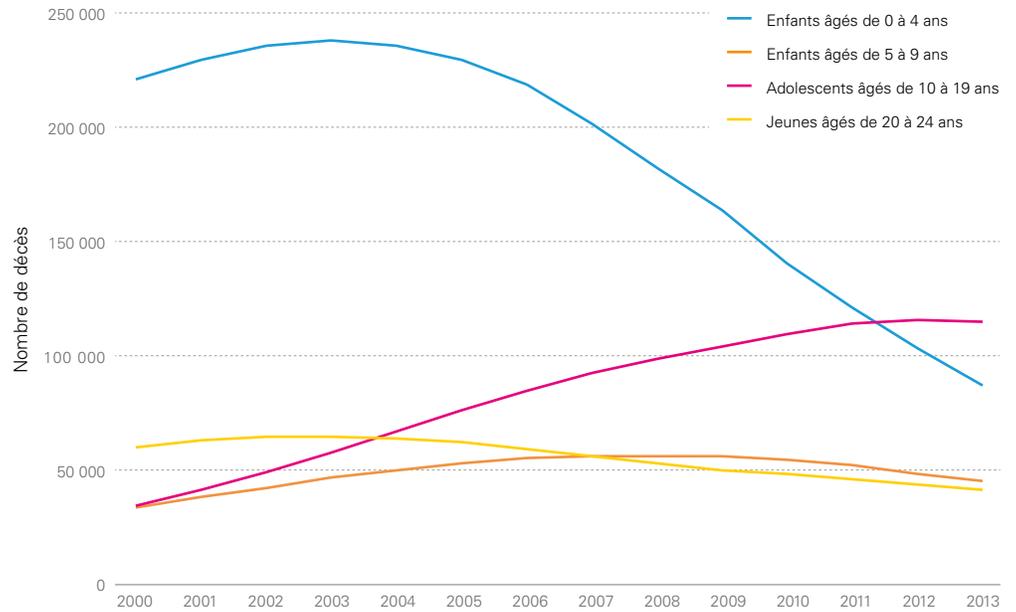


Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS, des enquêtes sur les indicateurs du SIDA et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2009-2014.

FIGURE 6.E

Le nombre de décès liés au SIDA diminue dans tous les groupes d'âge ... sauf celui des adolescents

Estimation du nombre de décès liés au SIDA dans le monde parmi les enfants âgés de 0 à 4 ans et de 5 à 9 ans, parmi les adolescents âgés de 10 à 19 ans et parmi les jeunes âgés de 20 à 24 ans, de 2000 à 2013

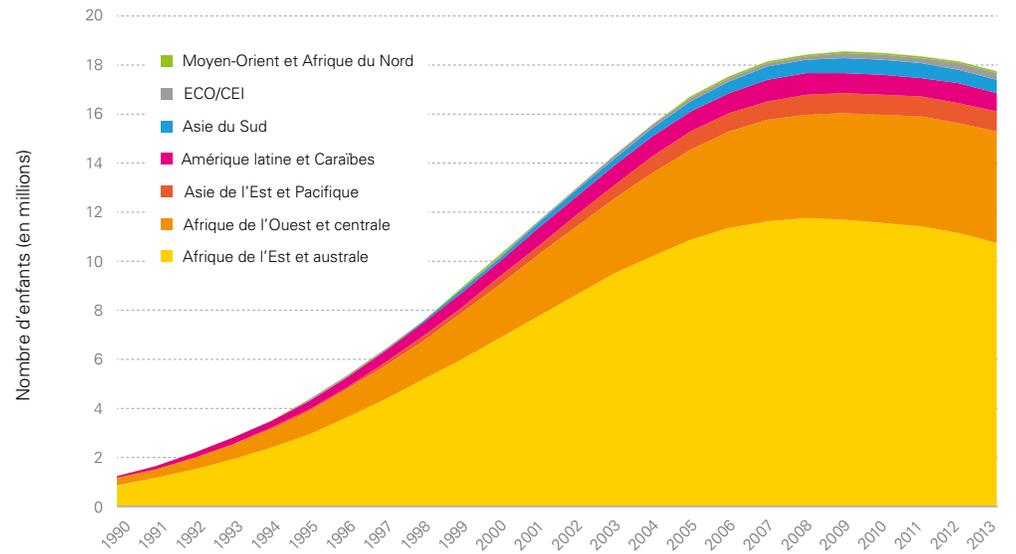


Source : analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations 2013 de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA, juillet 2014.

FIGURE 6.F

Selon les estimations, 17,7 millions d'enfants sont devenus orphelins en raison du SIDA

Estimation du nombre d'enfants âgés de 0 à 17 ans ayant perdu au moins l'un de leurs deux parents en raison du SIDA dans le monde, par région, de 1990 à 2013



Source : analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations 2013 de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA, juillet 2014.

Paludisme

Le paludisme empêche les enfants d'aller à l'école et leurs parents de participer à des activités productives. Il diminue également les chances d'avoir une grossesse saine⁸³. Cette maladie est responsable de 7 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde (14 % en Afrique subsaharienne en 2013)⁸⁴.

En 2014, le paludisme sévissait dans 97 pays du monde, la plupart des cas se produisant en Afrique subsaharienne. En 2013, quatre décès sur cinq (78 %) associés au paludisme se produisaient chez des enfants de moins de cinq ans. Entre 2000 et 2013, le taux de mortalité lié au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans a diminué de 53 % dans le monde (58 % en Afrique subsaharienne)⁸⁵.

Le recours aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) est l'un des moyens les plus rentables de prévenir le paludisme et les décès qui en découlent. Ces dix dernières années, on a constaté une forte augmentation de l'utilisation des MII pour protéger les enfants de moins de cinq ans, même si le taux de couverture reste globalement faible : moins de 50 % dans la plupart des pays d'Afrique où la maladie est la plus répandue (carte 6.A).

En Afrique subsaharienne, plus d'un enfant sur trois (37 %) dormait sous la protection d'une MII en 2014. Cela signifie qu'environ 100 millions d'enfants de moins de cinq ans vivant dans cette région ne sont toujours pas protégés du paludisme par une MII⁸⁶.

La distribution gratuite de MII a contribué à leur adoption par les populations pauvres et rurales. Ainsi, il n'y a que peu d'écart entre pauvres et riches, ruraux et citadins, en ce qui concerne l'utilisation des MII pour les enfants de moins de cinq ans (figure 6.G). Néanmoins, trop d'enfants sont encore laissés pour compte.

Les cas de paludisme chez les enfants doivent immédiatement être diagnostiqués et traités au moyen de médicaments antipaludiques. *Plasmodium (P.) falciparum*, le parasite le plus virulent du paludisme, se propage surtout en Afrique subsaharienne, où ont lieu 90 % des décès liés au paludisme. La combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) est le traitement antipaludique de première intention recommandé dans les pays où le *P. falciparum* est endémique. Suivant les recommandations actuelles de l'OMS, les pays abandonnent progressivement le traitement présomptif du paludisme basé sur la fièvre, pour privilégier un traitement reposant sur la confirmation du cas de paludisme par un test de dépistage⁸⁷.

Le traitement du paludisme par ACT chez les enfants n'est pas très courant en Afrique subsaharienne : un peu plus d'un tiers seulement des enfants traités contre la maladie reçoivent ce traitement de première intention. Les taux les plus faibles (21 % des enfants) sont observés en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale (figure 6.H).

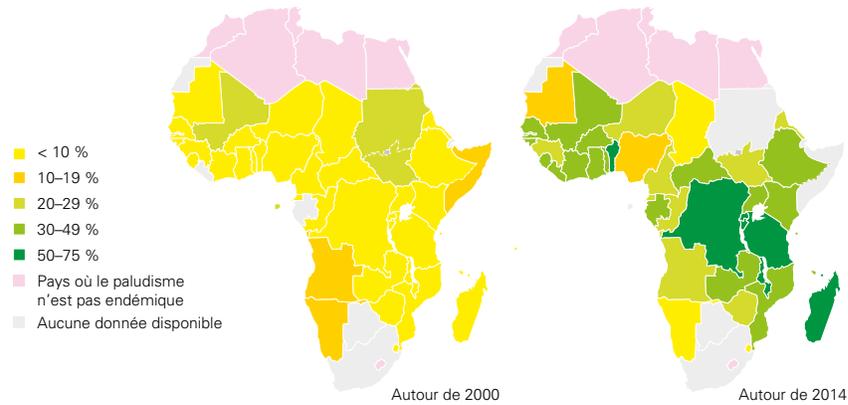


D'après les dernières données disponibles, seul un enfant fébrile sur cinq est soumis à un test de dépistage du paludisme en Afrique subsaharienne⁸⁸.

CARTE 6.A

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les enfants de moins de cinq ans a considérablement augmenté en Afrique entre 2000 et 2014

Pourcentage d'enfants âgés de moins de cinq ans dormant protégés par une moustiquaire imprégnée d'insecticide en Afrique, autour de 2000 et 2014⁸⁹



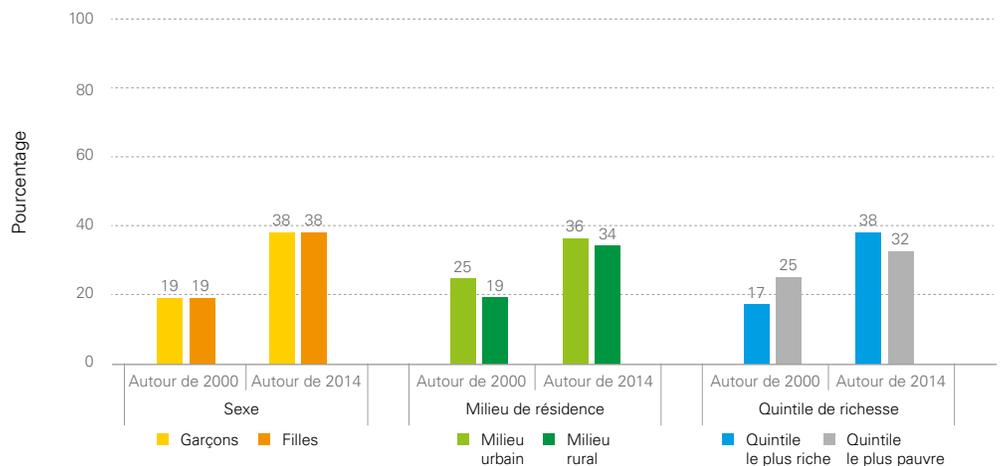
Remarque : la carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle n'implique de la part de l'UNICEF aucune prise de position officielle quant au statut juridique des pays ou territoires ou au tracé de leurs frontières. La frontière entre le Soudan et le Soudan du Sud et le statut de la zone d'Abeyi n'ont pas encore été déterminés.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS, des enquêtes sur les indicateurs du paludisme et d'autres sources représentatives de la situation nationale.

FIGURE 6.G

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides pour les enfants de moins de cinq ans est pratiquement équitable dans la plupart des pays d'Afrique où le paludisme est endémique

Pourcentage d'enfants âgés de moins de cinq ans dormant protégés par une moustiquaire imprégnée d'insecticides, par âge, par milieu de résidence et par quintile de richesse du ménage, autour de 2000 et 2014⁹⁰

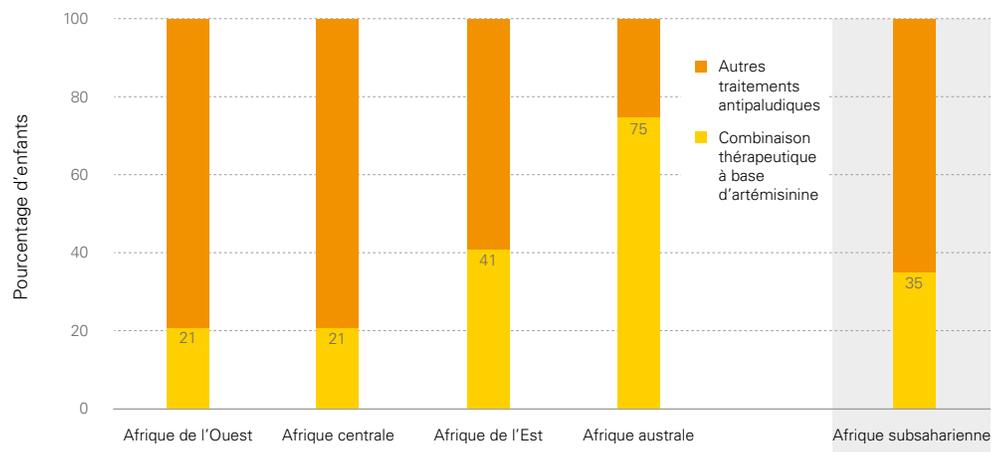


Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS, des enquêtes sur les indicateurs du paludisme et d'autres sources représentatives de la situation nationale 2010-2014.

FIGURE 6.H

Deux tiers des enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne ne bénéficient pas du traitement antipaludique approprié

Pourcentage d'enfants fébriles âgés de moins de cinq ans bénéficiant d'un traitement de première intention parmi les enfants ayant reçu un traitement antipaludique quelconque par sous-région⁹¹



Remarque : voir la classification des régions page 66 pour les détails se rapportant aux sous-régions de l'Afrique.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS, des enquêtes sur les indicateurs du paludisme et d'autres sources représentatives de la situation nationale 2010-2014.



OMD 7
**PRÉSERVER
L'ENVIRONNEMENT**

Réduire de moitié, d'ici à 2015,
le pourcentage de la population qui
n'a pas accès à un approvisionnement
en eau potable ni à des services
d'assainissement de base

EAU ET ASSAINISSEMENT

PERSONNES N'AYANT PAS ENCORE ACCÈS À DES INSTALLATIONS SANITAIRES AMÉLIORÉES



PERSONNES N'AYANT PAS ACCÈS À UNE SOURCE AMÉLIORÉE D'EAU POTABLE



INÉGALITÉS EN MATIÈRE D'ACCÈS À L'EAU ET D'ASSAINISSEMENT

Personnes pratiquant la défécation à l'air libre



Personnes consommant de l'eau de surface



Eau et assainissement

Les maladies diarrhéiques causées par un manque d'eau salubre, d'assainissement et d'hygiène élémentaire constituent encore aujourd'hui l'une des principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans. Améliorer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène est crucial pour garantir la survie des enfants mais aussi pour atteindre les cibles des OMD liées à la nutrition, à l'éducation et à l'égalité des sexes.



90 % de la population mondiale utilisant des eaux de surface ou pratiquant la défécation à l'air libre vit en zone rurale.

Bien que l'accès à l'assainissement amélioré ait été élargi à 2,1 milliards de personnes depuis 1990, il reste encore en deçà de la cible fixée pour 2015 (soit 700 millions d'individus supplémentaires). L'accès aux installations sanitaires améliorées s'est accru dans le monde entier, mais le rythme des progrès varie considérablement d'une région à l'autre (figure 7.A). Dans l'ensemble des régions, même si les progrès en matière d'assainissement ont été accomplis plus rapidement dans les zones rurales, l'accès à l'assainissement amélioré demeure bien plus élevé dans les zones urbaines (figure 7.C).

Les pays les moins avancés sont parvenus à réduire de plus de moitié la part de leur population qui pratique la défécation à l'air libre (elle est passée de 45 % à 20 %) (figure 7.B). Dans le monde entier, 946 millions de personnes (dont près de deux tiers vivent en Asie du Sud) pratiquent encore la défécation à l'air libre, neuf sur dix vivant dans des zones rurales.

Le monde a atteint la cible de l'OMD relative à l'accès à l'eau potable en 2010. Toutefois, la moyenne mondiale masque des écarts

entre les régions à la fois en termes de couverture et de niveau de service (figure 7.D). L'Afrique subsaharienne est la seule région au monde où la part de la population n'ayant pas accès à une source améliorée d'eau potable n'a pas été réduite de moitié entre 1990 et 2015.

Sur la même période, le nombre de personnes utilisant des eaux de surface a été réduit de plus de moitié (passant de 346 millions à 159 millions), mais en Afrique subsaharienne, une personne sur dix dépend encore des eaux de surface pour se désaltérer.

Parmi les 2,6 milliards de personnes ayant gagné un accès à des sources améliorées d'eau potable depuis 1990, 1,9 milliard ont bénéficié d'un branchement domestique à un réseau d'adduction d'eau. Les branchements domestiques représentent désormais 63 % des sources améliorées dans le monde entier, mais seulement 17 % dans les pays les moins avancés⁹².

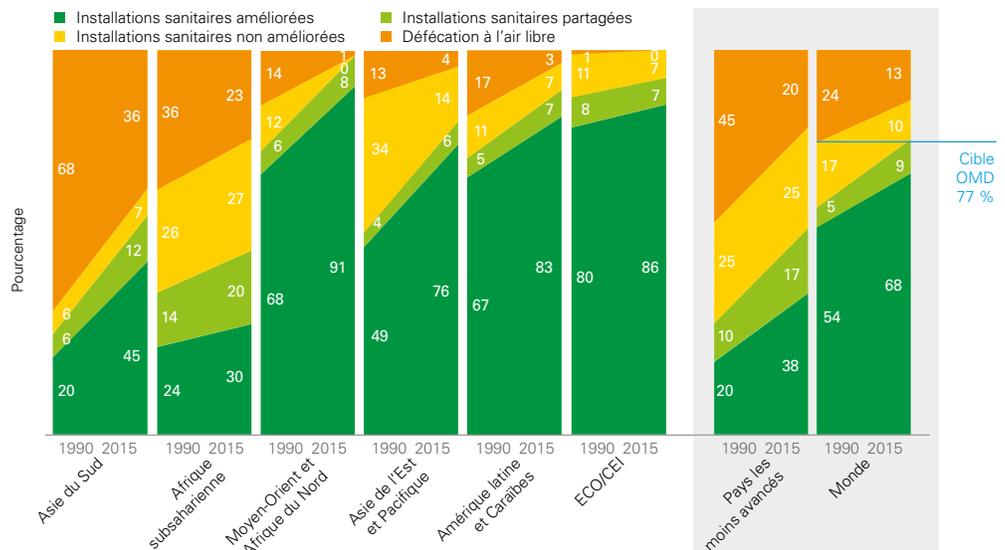
Les citadins ont deux fois plus de chances que les personnes vivant dans des zones rurales de disposer d'un tel type de branchement domestique ; les écarts entre les régions sont manifestes (figure 7.E).

De nombreux pays sont sur le point d'assurer l'accès universel à l'eau potable améliorée. Toutefois, le niveau de service varie considérablement et il sera difficile d'atteindre les 9 % restants de population non desservie, comprenant pourtant les groupes parmi les plus pauvres et les plus vulnérables (figure 7.A).

FIGURE 7.A

L'accès à des installations sanitaires améliorées a augmenté dans toutes les régions, mais les niveaux de progrès accomplis présentent des disparités importantes

Tendances de la couverture en assainissement, en pourcentage, par région, de 1990 à 2015

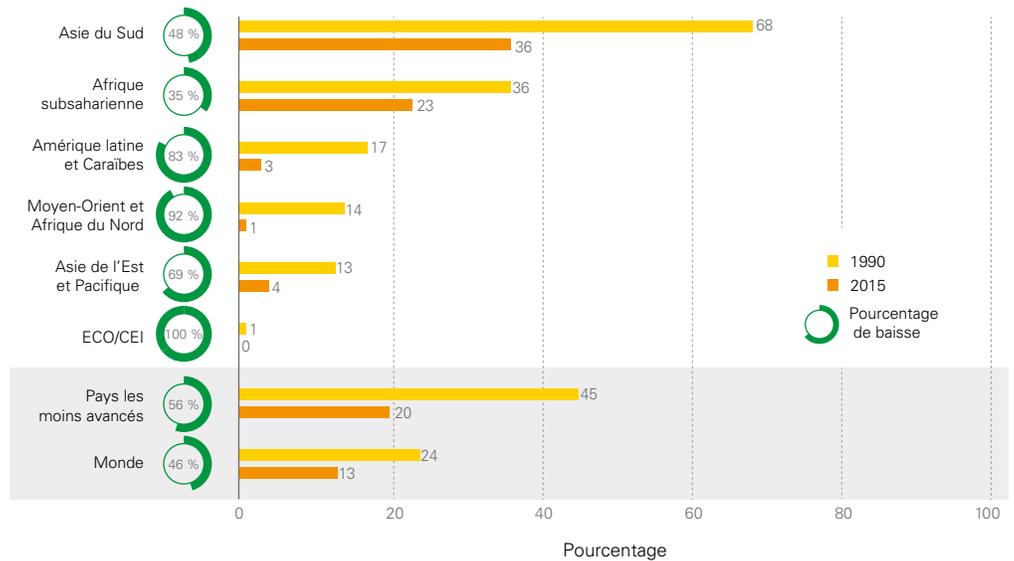


Source : OMS et UNICEF, 2015, rapport sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau, Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

FIGURE 7.B

Les taux de défécation à l'air libre ont diminué de plus de 50 % dans les pays les moins avancés

Taux de défécation à l'air libre et pourcentage de baisse, par région, de 1990 à 2015

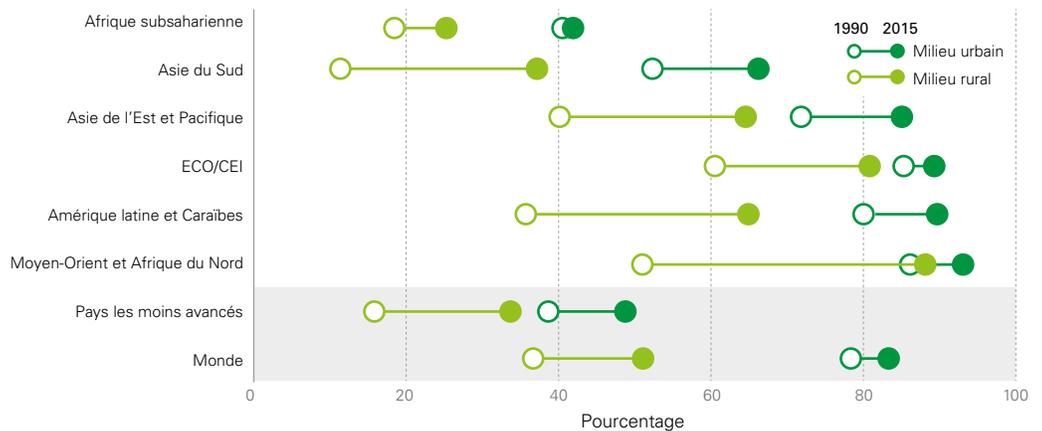


Source : OMS et UNICEF, 2015, rapport sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau, Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

FIGURE 7.C

Toutes les régions en développement ont enregistré des progrès plus rapides dans les zones rurales en matière d'assainissement, mais la couverture reste plus élevée en zone urbaine

Couverture de l'assainissement amélioré, en pourcentage, par région et par milieu de résidence, de 1990 à 2015

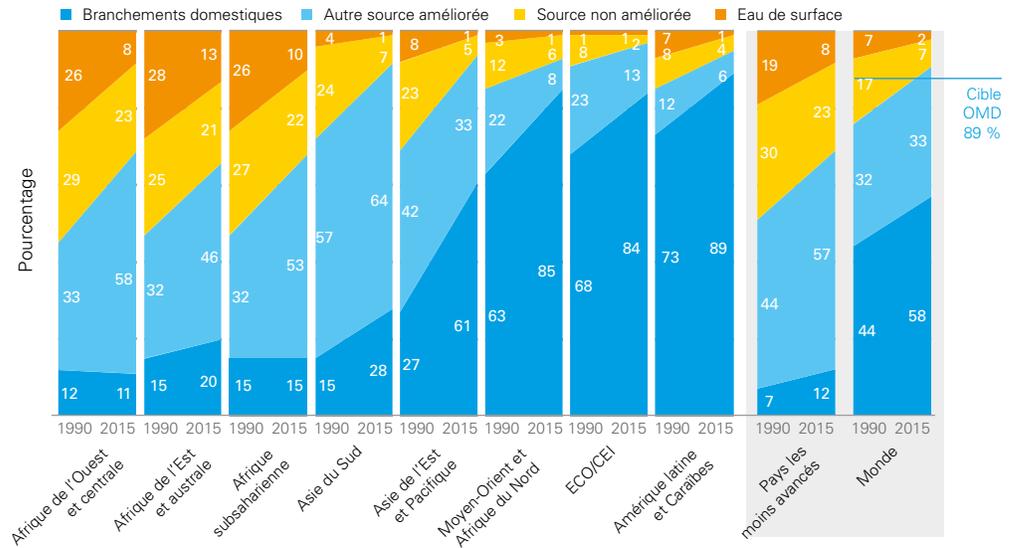


Source : OMS et UNICEF, 2015, rapport sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau, Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

FIGURE 7.D

Le monde a atteint la cible de l'OMD relative à l'accès à l'eau potable en 2010

Tendances de la couverture en eau potable en pourcentage, par région, de 1990 à 2015

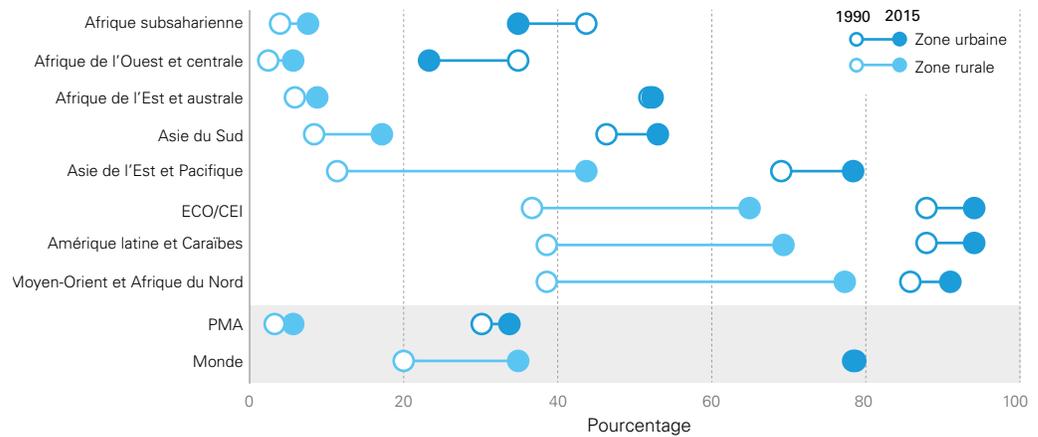


Source : OMS et UNICEF, 2015, rapport sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau, Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, mise à jour 2015.

FIGURE 7.E

Les zones rurales ont réalisé des progrès considérables concernant l'accès à des branchements domestiques à un réseau d'adduction d'eau, mais leur couverture reste bien en dessous de celle des zones urbaines

Couverture des branchements domestiques à un réseau d'adduction d'eau en pourcentage, par région, de 1990 à 2015



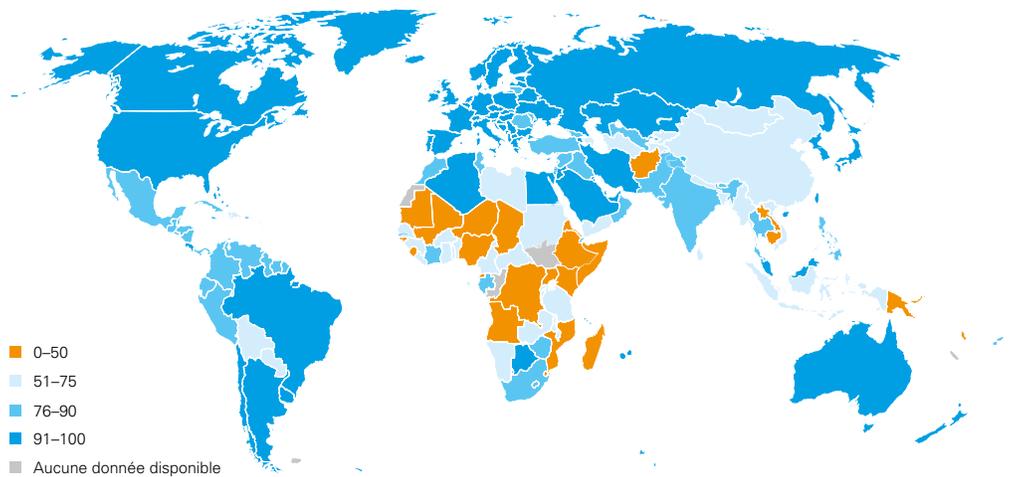
Source : OMS et UNICEF, 2015, rapport sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau, Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, mise à jour 2015.

CARTE 7.A

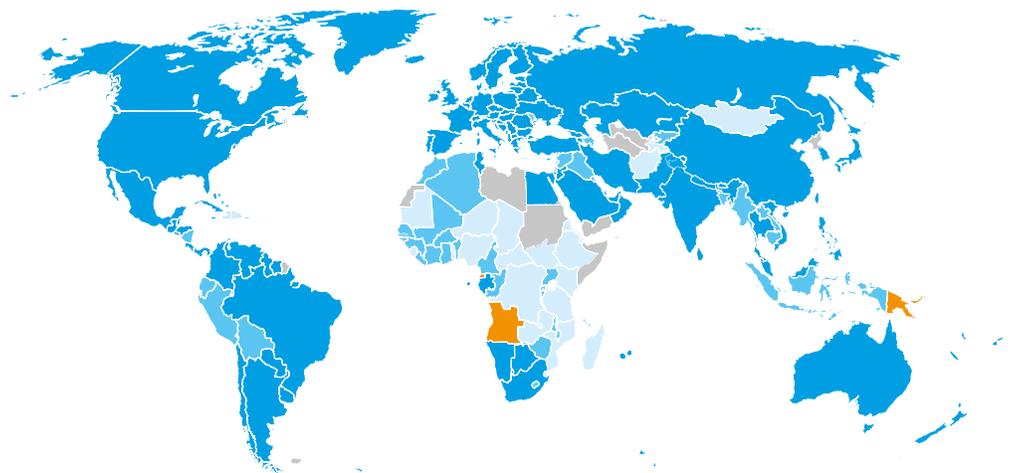
En 2015, seuls trois pays ont encore une couverture des sources améliorées d'eau potable inférieure à 50 %

Amélioration de la couverture des sources améliorées d'eau potable en pourcentage, de 1995 à 2015

1995



2015



Remarque : la carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle n'implique de la part de l'UNICEF aucune prise de position officielle quant au statut juridique des pays ou territoires ou au tracé de leurs frontières. La ligne en pointillés représente approximativement la Ligne de contrôle de Jammu et du Cachemire consentie par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif de Jammu et du Cachemire n'a pas encore fait l'objet d'un accord final entre les parties. La frontière entre le Soudan et le Soudan du Sud et le statut de la zone d'Abyei n'ont pas encore été déterminés.

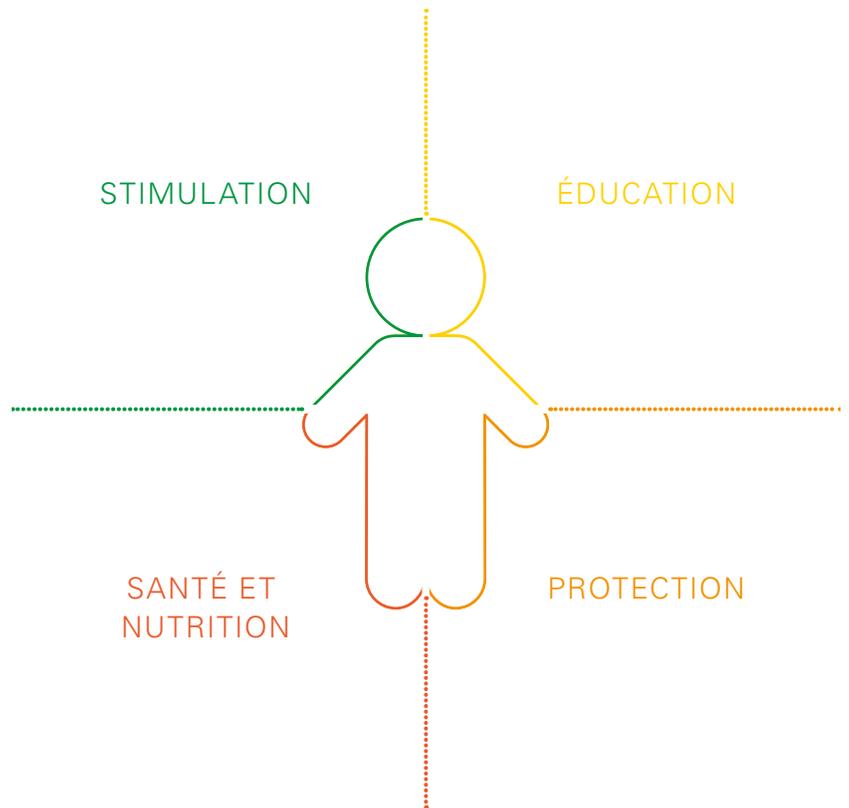
Source : OMS et UNICEF, 2015, rapport sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau, Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, mise à jour 2015.





DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

COMPOSANTES DU DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE



**LES ENFANTS LES PLUS PAUVRES SONT
DÉSAVANTAGÉS DANS L'ENSEMBLE
DE CES COMPOSANTES**

Développement de la petite enfance

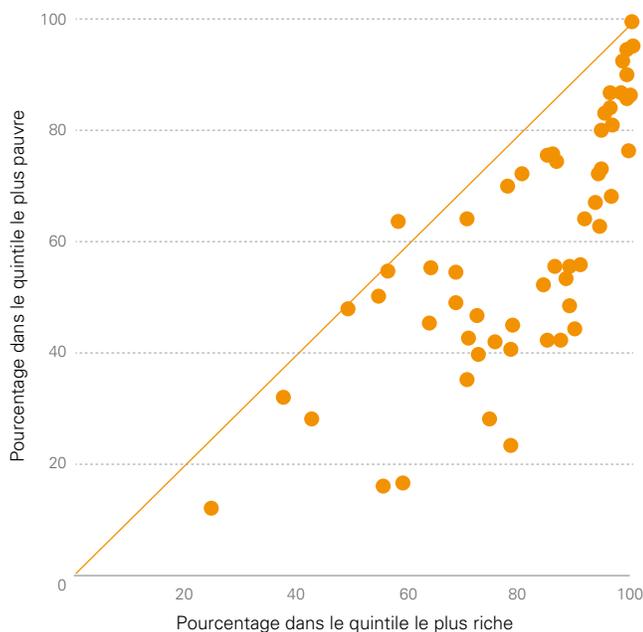
La petite enfance, qui comprend la période allant de la naissance jusqu'à l'âge de 8 ans, est une étape clé pour le développement cognitif, social, émotionnel et physique de l'enfant. Au cours de ces années, son cerveau en développement s'adapte aux changements alors que des milliards de circuits neuronaux intégrés se forment sous l'action de la génétique, de l'environnement et de l'expérience. Pour un développement optimal, le cerveau a besoin d'un environnement stimulant, de nutriments adéquats et d'interactions sociales et émotionnelles avec des proches attentionnés.

Même s'il n'existe que peu de données comparables à l'échelle mondiale, les chiffres disponibles font état d'écart considérables selon la richesse du ménage sur le plan du soutien apporté par les proches au développement de l'enfant et à l'apprentissage précoce à la maison (figure 8.A). Tandis que le niveau global de soutien des adultes au développement et à l'apprentissage des enfants est en général plutôt élevé, les enfants du quintile le plus pauvre de la population ont beaucoup moins de probabilités de bénéficier d'un tel soutien, qui est pourtant capital pour leur développement.

FIGURE 8.A

Les enfants issus du quintile le plus pauvre ont moins de chances de participer à des activités d'apprentissage précoce à la maison

Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois pour qui un adulte issu du même ménage a conduit au moins quatre activités d'apprentissage et de préparation à l'école au cours des trois derniers jours, par quintile de richesse du ménage⁹⁴



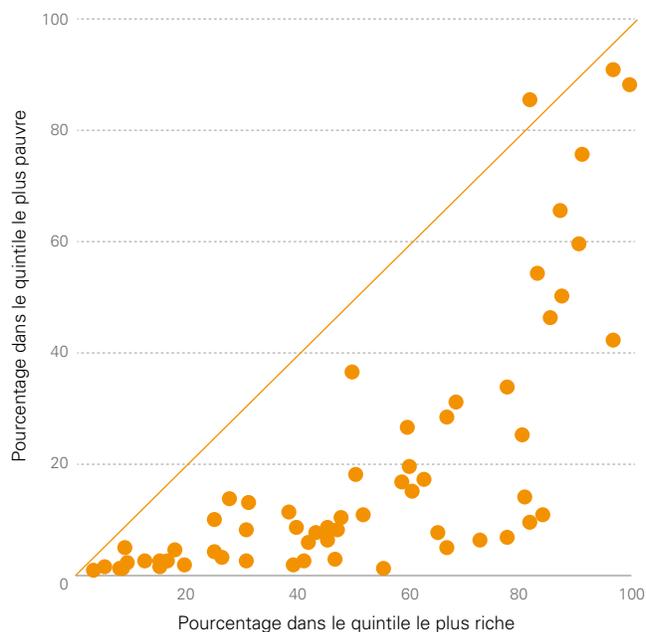
Remarque : chaque point représente un pays. Les points placés le long de la ligne diagonale représentent les pays où la participation à des activités d'apprentissage précoce est similaire chez les enfants les plus pauvres et les plus riches, tandis que ceux situés au-dessus ou en dessous de la ligne représentent les pays où prévalent des disparités.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2005-2014.

FIGURE 8.B

Peu d'enfants issus des ménages les plus pauvres ont accès et participent à des programmes d'éducation de la petite enfance

Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois participant à un programme d'éducation de la petite enfance, par quintile de richesse du ménage⁹⁵



Remarque : chaque point représente un pays. Les points placés le long de la ligne diagonale représentent les pays où les taux de participation à des programmes d'éducation de la petite enfance sont similaires chez les enfants les plus pauvres et les plus riches, tandis que ceux situés au-dessus ou en dessous de la ligne représentent les pays où prévalent des disparités.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS, et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2005-2014.

Les enfants du quintile le plus pauvre se trouvent toujours dans une position défavorable pour accéder à des programmes de soin et d'enseignement de qualité et en bénéficier (figure 8.B). Ces inégalités précoces entraînent des écarts en termes de développement. Des données issues de 39 pays révèlent des divergences importantes au niveau de l'apprentissage de la lecture et du calcul, les enfants appartenant au quintile le plus pauvre ayant moins de probabilités d'obtenir des résultats satisfaisants dans ce domaine (figure 8.C).

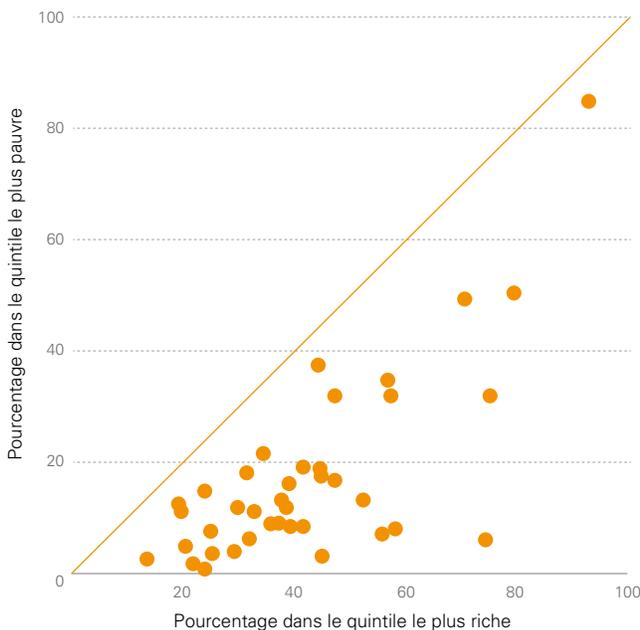
Investir dans les soins, le développement et l'éducation des jeunes enfants peut s'avérer une méthode efficace pour réduire les inégalités qui placent souvent les enfants au statut social et économique inférieur dans une position défavorable. Par ailleurs, les retours sur de tels investissements sont plus élevés chez les enfants pauvres et ils peuvent faire office de tremplin pour sortir de la pauvreté et de l'exclusion⁹³.



FIGURE 8.C

Les enfants issus du quintile le plus pauvre ont plus de risques de subir des retards dans l'apprentissage de la lecture et du calcul

Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois qui sont dans les temps en matière d'apprentissage de la lecture et du calcul, par quintile de richesse du ménage⁹⁶



Remarque : chaque point représente un pays. Les points placés le long de la ligne diagonale représentent les pays où les niveaux d'apprentissage de la lecture et du calcul sont similaires chez les enfants les plus pauvres et les plus riches, tandis que ceux situés au-dessus ou en dessous de la ligne représentent les pays où prévalent des disparités.

Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2005-2014.

Pour un développement optimal, le cerveau a besoin d'un environnement stimulant, de nutriments adéquats et d'interactions sociales et émotionnelles avec des proches attentionnés.





MARIAGE D'ENFANTS

PROPORTION DE FEMMES MARIÉES DURANT LEUR ENFANCE

Autour de 1990

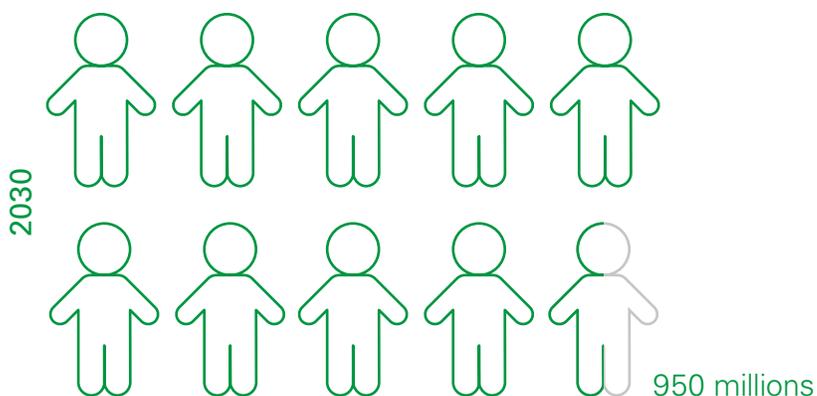


Autour de 2010



NOMBRE DE FEMMES MARIÉES DURANT LEUR ENFANCE

Plus de 700 millions de femmes en vie actuellement ont été mariées durant leur enfance. Compte tenu de la croissance démographique, ce chiffre pourrait atteindre 950 millions en 2030 si cette pratique ne recule pas.



Mariage d'enfants

Le mariage avant l'âge de 18 ans est une violation fondamentale des droits de l'homme. Cause de grossesses précoces, d'isolement social, d'une interruption de la scolarisation, ainsi que d'une limitation des possibilités de carrière et d'ascension professionnelle, il met souvent en péril le développement des jeunes filles et les expose à un risque accru de violence conjugale.

La pratique du mariage d'enfants connaît un déclin progressif, les progrès les plus marqués ayant lieu chez les filles mariées avant l'âge de 15 ans. Dans le monde entier, près d'une jeune femme sur quatre (âgée de 20 à 24 ans) actuellement en vie a été mariée dans l'enfance, contre une sur trois en 1990. La proportion de celles mariées avant l'âge de 15 ans est passée de 12 % à 8 % sur la même période (figure 9.A). En dépit de ces progrès, le nombre total de femmes actuellement en vie ayant été mariées dans l'enfance a augmenté au fil du temps en raison de la croissance démographique. Il représente aujourd'hui plus de 700 millions de femmes, dont plus de 70 millions âgées de 20 à 24 ans qui ont été mariées avant d'avoir 18 ans.

La prévalence des mariages d'enfants varie considérablement selon la région (elle est plus importante en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud) et les progrès sont inégaux (figure 9.B). Le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont enregistré le déclin le plus rapide de ce type de mariages : la proportion de femmes mariées avant l'âge de 18 ans y a été réduite de près de moitié en une vingtaine d'années. Bien que le taux de mariage d'enfants soit globalement bas en Amérique latine et aux Caraïbes, il faut souligner qu'il n'a pratiquement pas évolué au fil du temps.

Dans un même pays, la pratique du mariage précoce ne touche pas toutes les filles sur un pied d'égalité. Depuis 20 ans environ, l'écart entre le taux de mariage d'enfants chez les femmes du quintile le plus pauvre et celles du quintile le plus riche s'est considérablement creusé (figure 9.C) à l'échelle mondiale.

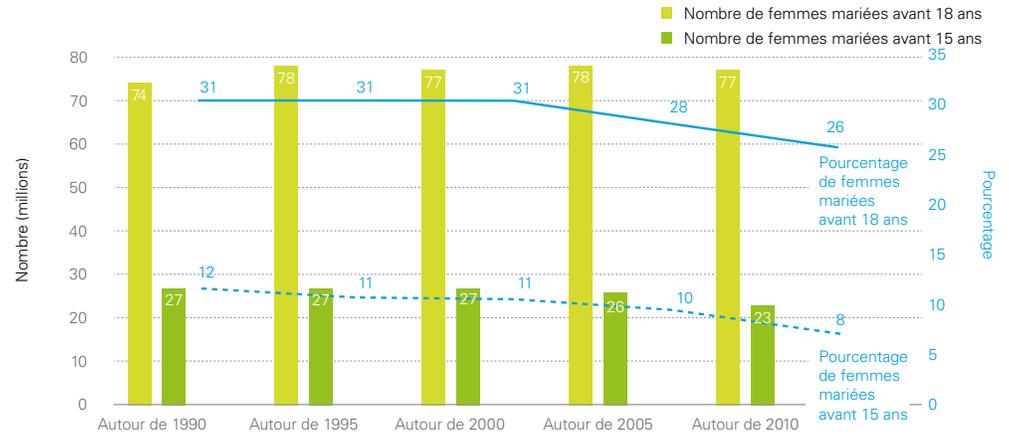


Si la pratique du mariage d'enfants se maintient, le nombre de filles de moins de 18 ans mariées chaque année passera de 15 millions aujourd'hui à 16,5 millions en 2030⁹⁷.

FIGURE 9.A

La pratique du mariage d'enfants diminue dans le monde, notamment pour les filles âgées de moins de 15 ans

Pourcentage et nombre (millions) de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou en concubinage avant l'âge de 15 ans ou de 18 ans⁹⁸

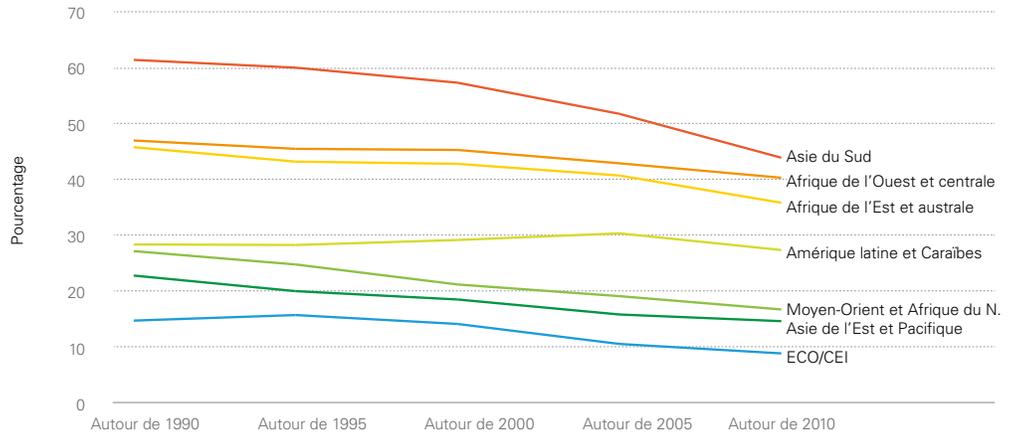


Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2005–2014.

FIGURE 9.B

Le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont obtenu les progrès les plus rapides en matière de réduction du mariage d'enfants

Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou en concubinage avant l'âge de 18 ans, par région⁹⁹

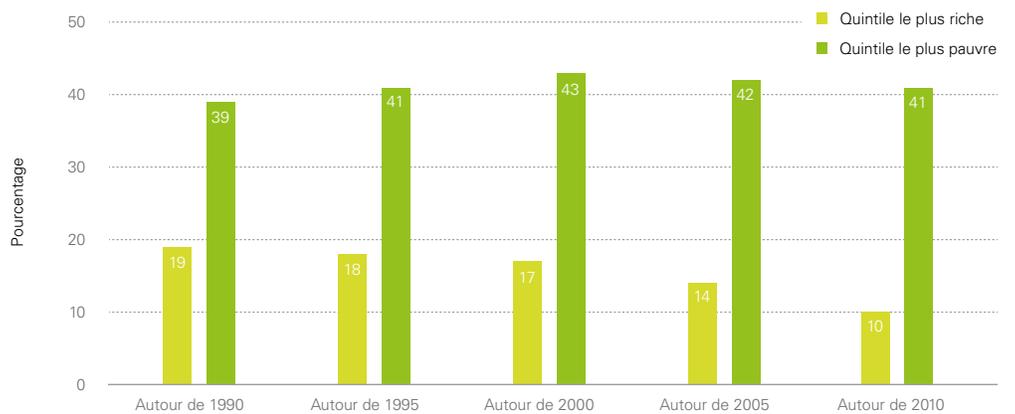


Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2005–2014.

FIGURE 9.C

L'écart entre le taux de mariage d'enfants du quintile le plus pauvres et celui du quintile le plus riche a considérablement augmenté

Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou en concubinage avant l'âge de 18 ans, par quintile de richesse du ménage¹⁰⁰



Source : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, fondées sur des MICS, des EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale, 2005–2014.

DONNÉES SUR LA SITUATION DES ENFANTS : DE 1990 À 2015

Lors du Sommet mondial pour les enfants qui s'est tenu en 1990, les chefs d'État réunis pour l'occasion ne disposaient que de très peu d'informations sur lesquelles asseoir les cibles destinées à promouvoir la survie, la protection et le développement des enfants. Depuis, un changement radical est survenu au niveau de la disponibilité de ces informations, favorisant l'accès à des données fiables et de qualité sur la situation des enfants dans le monde. Le renforcement des investissements réalisés dans les années 1990 pour la collecte et le suivi des données a permis d'étayer la formulation des cibles des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), ce qui a à son tour accru la demande d'informations pour pouvoir suivre et comparer les progrès sur le plan national, régional et mondial.

En 2015, alors que la période des OMD touche à sa fin, le monde est plus que jamais conscient de la situation de ses enfants. Les investissements que nous avons réalisés pour renforcer les capacités de collecte, d'analyse et de compte rendu des indicateurs clés de progrès en faveur des enfants ont porté leurs fruits. Cela nous a permis d'acquérir une vision bien plus complète de l'évolution de la situation globale des enfants depuis 1990 et de savoir où les progrès ont été les plus marqués et quels enfants ont été laissés pour compte. De plus en plus de pays fournissent en effet des données sur les enfants à un rythme croissant. Par ailleurs, il faut aussi souligner que les données disponibles aujourd'hui couvrent un plus grand nombre de thèmes comparables entre différentes populations et d'une année à l'autre. En outre, la disponibilité de données relatives au développement de la petite enfance, au handicap et à l'excision/aux mutilations génitales féminines a permis d'orienter des actions programmatiques qui faisaient défaut auparavant.

L'existence de données fiables a permis de mieux cibler les interventions et les programmes là où ils sont le plus utiles.

Par exemple, autour de 1990, seuls 28 pays à revenu faible et intermédiaire disposaient de données permettant de savoir si le taux de malnutrition augmentait ou diminuait, contre 119 pays aujourd'hui. Il en va de même pour les données comparables sur les sels de réhydratation orale (SRO), qui peuvent sauver la vie des enfants diarrhéiques : autour de 1990, seuls 22 pays disposaient d'estimations fondées sur des enquêtes, contre 121 autour de 2010 (2008–2014). Depuis 2000, le nombre d'ensembles de données sur l'accès à l'eau et l'assainissement comparables au niveau international a décuplé, pour atteindre près de 1 900 ensembles de données en 2015.

La plupart des progrès réalisés ces derniers temps en ce qui concerne les données sur les enfants ont été stimulés par l'expansion rapide et l'innovation des programmes internationaux d'enquête sur les ménages. Le programme d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), financé par l'UNICEF, et le programme d'enquêtes démographiques et de santé, financé par USAID, ont aidé les gouvernements à recueillir des données sur des thèmes variés. Ces programmes se sont avérés les plus grands producteurs mondiaux de données sur les enfants, comparables chronologiquement et entre les pays. Ils fournissent des statistiques pouvant être ventilées par un certain nombre de caractéristiques clés (sexe, lieu de résidence, origine ethnique et richesse du ménage), donnant un aperçu de la vie des groupes les plus vulnérables. En 20 ans d'existence, le programme MICS a donné lieu à 275 enquêtes menées dans 108 pays.

Alors que le monde se prépare à adopter un nouveau programme d'action pour le développement, l'importance des données et des éléments probants est appelée à s'accroître et les systèmes nationaux doivent être renforcés pour répondre aux nouvelles demandes. Dans ce nouvel ordre du jour, les nouvelles technologies devront être mises à contribution pour recueillir,

synthétiser et accélérer l'utilisation des données, tandis que les efforts déployés en faveur de systèmes d'enregistrement complets et performants devront être ravivés. Par ailleurs, la nouvelle donne devra mettre l'accent sur la situation des enfants les plus vulnérables, en se fondant sur les enquêtes menées auprès des ménages, qui permettent de savoir si un enfant est scolarisé ou non et s'il a été traité dans

un établissement de santé. Il convient également de mettre au point de nouvelles méthodes de collecte d'informations portant sur les enfants sans domicile fixe, placés en institution ou déplacés dans leur pays.

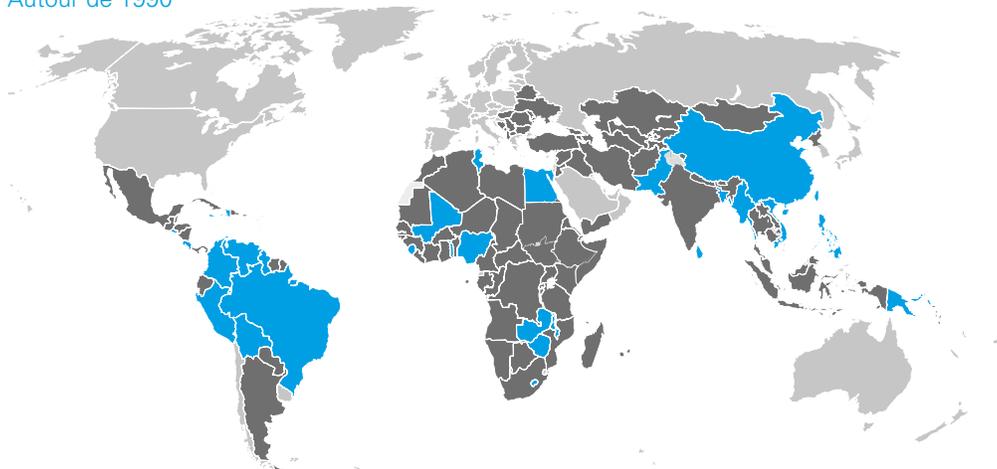
Si le nouveau programme d'action relatif aux données porte ses fruits, chaque enfant aura voix au chapitre.

Évolution de la disponibilité des données dans les pays à revenu faible et intermédiaire depuis 1990

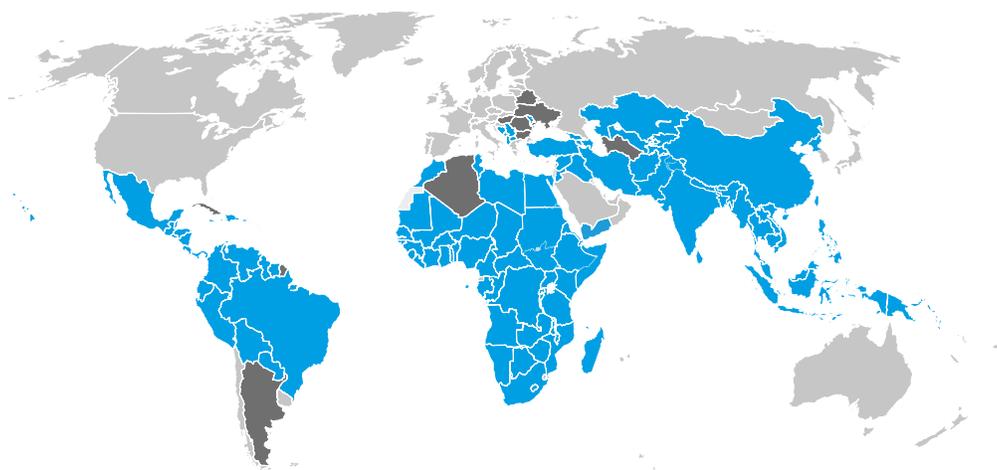
En 1990, 28 pays à revenu faible et intermédiaire disposaient de données sur la malnutrition des enfants

Aujourd'hui, 119 pays à revenu faible et intermédiaire disposent de données actuelles sur la malnutrition des enfants

Autour de 1990



2015



- Pays à revenu faible et intermédiaire disposant de données
- Pays à revenu faible et intermédiaire ne disposant pas de données
- Pays à revenu élevé

Remarque : cette carte est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elle ne reflète aucune prise de position de la part de l'UNICEF quant au statut juridique des pays ou territoires, ni quant au tracé de leurs frontières. Les niveaux de revenus indiqués se réfèrent à la dernière classification effectuée par la Banque mondiale en juillet 2014. Voir p. 65 pour plus d'informations sur la classification.

Source : basé sur des estimations de la prévalence de l'insuffisance pondérale. Données issues de UNICEF Data and Analytics, juin 2015. Une première version de ces cartes a été publiée dans The Lancet S0140-6736(14)6081-7. Elles ont été mises à jour sur la base des données mondiales de l'UNICEF, juin 2015.

NOTES GÉNÉRALES SUR LES DONNÉES

Les données rassemblées dans le présent rapport sont extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF, qui regroupent uniquement des informations comparables au plan international et statistiquement fiables. Le présent rapport s'appuie sur des estimations interorganisations et des enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes démographiques et de santé (EDS). Par ailleurs, des données provenant de sources administratives et d'autres organismes des Nations Unies ont été utilisées. Les données présentées dans ce rapport reproduisent en règle générale les informations disponibles au mois de mars 2015. Au vu du temps nécessaire pour recueillir, analyser et communiquer des données représentatives au niveau national, il est possible que les informations ici présentées ne correspondent pas tout à fait à la situation actuelle. Cela vaut particulièrement pour les zones et les pays qui ont récemment été exposés à des crises, où la situation peut se détériorer rapidement pour les enfants et les femmes. Des informations plus détaillées sur la méthodologie employée et les sources des données sont disponibles sur le site <data.unicef.org>.

Le présent rapport comprend les estimations et les projections les plus récentes extraites des *World Urbanization Prospects: The 2012 revision* et *World Urbanization Prospects: The 2014 revision* (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies,

Division de la population). La qualité des données peut pâtir des catastrophes dont certains pays ont été victimes récemment, notamment dans les cas où l'infrastructure de base du pays a été atteinte ou lorsque d'importants mouvements de population ont eu lieu.

Des efforts ont été déployés afin d'optimiser la comparabilité des statistiques d'un pays à l'autre et d'une année à l'autre. Il se peut cependant que des données nationales aient été obtenues selon des méthodes de collecte ou d'estimation différentes ou qu'elles portent sur des populations différentes. Par ailleurs, les méthodes de calcul de certaines données, les séries chronologiques (dans le cas par exemple des taux de vaccination ou des taux de mortalité maternelle) et les classifications régionales retenues évoluent. Pour certains indicateurs, il n'existe en outre pas de données comparables d'une année à l'autre. Il n'est donc pas conseillé de comparer des données provenant d'éditions consécutives des publications *Progrès pour les enfants*, ni de comparer des données tirées d'autres rapports de l'UNICEF d'une année à l'autre.

Tous les chiffres présentés dans ce guide sont disponibles en ligne dans les bases de données statistiques mondiales de l'UNICEF, sur <data.unicef.org>. Veuillez consulter ce site pour connaître les données les plus récentes.

NOTE À L'INTENTION DU LECTEUR SUR L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES DU PRÉSENT RAPPORT

Dans les pages qui précèdent, l'accent a été mis sur l'évolution des disparités entre plusieurs groupes, suivant les indicateurs clés du bien-être de l'enfant. Ces comparaisons visent à informer le lecteur de l'existence d'inégalités, pour un indicateur donné, entre filles et garçons, enfants des zones rurales et zones urbaines, ménages

les plus pauvres et les plus riches, etc. Étant donné que ces différences au niveau de l'indicateur peuvent dépendre d'un large éventail de facteurs, le lecteur doit être conscient du fait que les comparaisons entre les groupes sont susceptibles de donner lieu à une interprétation erronée.

Disponibilité des données

Nous tirons des conclusions sur la base des données dont nous disposons. L'analyse effectuée dans le présent rapport se fonde sur un nombre limité d'indicateurs et de caractéristiques du contexte. Par conséquent, même si elle révèle par exemple une réduction des écarts entre les habitants des zones urbaines et rurales ou entre les niveaux de richesse des ménages, la brèche peut continuer à se creuser selon d'autres caractéristiques qui ne peuvent pas être analysées faute de données, notamment l'appartenance à un groupe ethnique ou l'orientation sexuelle.

Couverture de l'enquête

Les renseignements obtenus suite aux enquêtes sur la population constituent une source d'informations de première main pour les données ventilées présentées ici. En fait, en l'absence de données tirées d'enquêtes, il serait difficile, voire impossible, de mener des débats fondés sur des faits concrets au sujet des écarts révélés par ces indicateurs. Toutefois, étant donné que les populations marginalisées qui présentent un intérêt particulier sont souvent difficiles à atteindre, il est possible que les échantillons de ces sous-groupes ne soient pas totalement représentatifs si l'on ne s'efforce pas de les suréchantillonner. Ainsi, les bidonvilles et les zones périurbaines informelles représentent un enjeu de taille, parce que leur définition peut poser problème et que, bien souvent, aucun recensement des ménages qui y vivent n'a été effectué. On a donc souvent recours au suréchantillonnage des populations difficiles à joindre pour combler les éventuelles lacunes dans la couverture de l'enquête. Le lecteur est invité à tenir compte des enjeux et des compromis que cela implique.

Charge sous-jacente

Les comparaisons entre les groupes peuvent également être mal interprétées si l'on ne tient pas compte de la charge sous-jacente d'une population. Cette considération est particulièrement importante du point de vue chronologique, étant donné que la population visée peut changer au cours de la période étudiée. Par exemple, l'Afrique subsaharienne connaît actuellement une croissance démographique rapide, qui se

traduit par une augmentation régulière du nombre des naissances chaque année. Cette situation peut entraîner des difficultés récurrentes en ce qui concerne la portée des interventions. Ainsi, une hausse modeste de l'assistance qualifiée à la naissance a été relevée dans la région (couverture de 43 % autour de 1990 contre 52 % autour de 2014) mais, en raison des changements démographiques, cette faible augmentation en pourcentage s'est traduite dans les faits par neuf millions de naissances supplémentaires assistées par du personnel soignant qualifié en 2014, soit près de deux fois plus qu'en 1990.

Comprendre les différentes mesures

Dans les études portant sur l'équité, le choix de la méthode de calcul est très important. En effet, deux mesures distinctes peuvent donner une idée différente de la situation. Prenons l'hypothèse de deux pays où le taux de retard de croissance est trois fois plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines (ratio de 3). Dans le premier pays, la différence absolue entre les deux taux ne s'élève par exemple qu'à six points de pourcentage (rural = 9 % et urbain = 3 %) tandis que, dans le second pays, elle représente 20 points de pourcentage (rural = 30 % et urbain = 10 %). Par conséquent, l'évaluation des écarts entre les différents groupes de population varie selon qu'ils sont présentés sous forme de différence absolue ou relative (ou les deux).

Intervalles de confiance

Il est important de souligner que les estimations relatives aux sous-populations sont assorties de plus grandes incertitudes que les estimations globales ; c'est pourquoi elles doivent être interprétées avec prudence.

NOTES

- 1 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2013/2014 – *Enseigner et apprendre : atteindre la qualité pour tous* (Gender summary), UNESCO, Paris, 2014.
- 2 Division des données, de la recherche et des politiques du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Génération 2030 : Afrique – La démographie infantile en Afrique*, UNICEF, New York, 2014, <http://www.unicef.org/french/publications/files/UNICEF_Africa_Generation_2030_fr.pdf>, consulté le 15 juin 2015.
- 3 Anderson Moore, Kristin *et al.*, « Children in Poverty: Trends, consequences and policy options », Child Trends Research Brief, n° 2009–11, avril 2009, <www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/11/2009-11ChildreninPoverty.pdf>, consulté le 15 juin 2015.
- 4 Organisation de coopération et de développement économiques, « FOCUS – Inégalités et croissance », 9 décembre 2014, <<http://www.oecd.org/fr/els/soc/Focus-Inegalites-et-croissance-2014.pdf>>, consulté le 15 juin 2015.
- 5 Analyse de l'UNICEF sur les estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2001 et 2013.
- 6 Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, « World population 2012 », <www.un.org/en/development/desa/population/publications/trends/wpp2012.shtml>, consulté le 15 juin 2015.
- 7 Analyse de l'UNICEF fondée sur *World Urbanization Prospects: The 2012 revision*, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Nations Unies, New York, 2013.
- 8 www.un.org/en/development/desa/population/publications/trends/wpp2012.shtml
- 9 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Génération 2030 : Afrique », <http://www.unicef.org/french/publications/files/UNICEF_Africa_Generation_2030_fr.pdf>, consulté le 15 juin 2015.
- 10 Ibid.
- 11 Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, *World Urbanization Prospects: The 2014 revision*, New York, 2014, <<http://esa.un.org/unpd/wup/Highlights/WUP2014-Highlights.pdf>>, consulté le 15 juin 2015.
- 12 Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Urbanization Prospects: The 2014 revision*, New York, 2014.
- 13 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « UNICEF 4.0 », document d'analyse, UNICEF, New York.
- 14 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2015 : réimaginer l'avenir*, UNICEF, New York, 2014.
- 15 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous – Éducation pour tous 2000–2015 : progrès et enjeux*, UNESCO, Paris, 2015.
- 16 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Examen stratégique décennal de l'Étude Machel : les enfants et les conflits dans un monde en mutation*, UNICEF et Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général pour les enfants et les conflits armés, New York, avril 2009, p. 18, <http://www.unicef.org/french/publications/index_49985.html>, consulté le 15 juin 2015.
- 17 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Children and Emergencies in 2014: Facts and figures », <www.unicef.org/media/files/UNICEF_Children_and_Emergencies_2014_fact_sheet.pdf>, consulté le 15 juin 2015.
- 18 Overseas Development Institute, *The Geography of Poverty, Disasters and Climate Extremes in 2030*, ODI, Londres, octobre 2013.
- 19 Ceci s'applique à la Guinée, à la Sierra Leone et au Libéria. Voir Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Humanitarian Action for Children: Ebola response », <www.unicef.org/appeals/ebola_response.html>, consulté le 15 juin 2015.
- 20 Bureau de recherche du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The Challenges of Climate Change: Children on the front line*, Innocenti Insight, UNICEF, Florence, 2014, <www.unicef-irc.org/publications/pdf/ccc_final_2014.pdf>, consulté le 15 juin 2015.
- 21 Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, « HCR – Tendances mondiales 2013 : le coût humain de la guerre », HCR, Genève, 2014, <<http://www.unhcr.fr/53edc9a39.html>>, consulté le 15 juin 2015.
- 22 Bryant, John, « Children of International Migrants in Indonesia, Thailand, and the Philippines: A review of evidence and policies », document de travail Innocenti 2005–05, Centre de recherche Innocenti du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Florence, avril 2005.
- 23 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Réduire les écarts pour atteindre les objectifs*, UNICEF, New York, 2010, <http://www.unicef.org/french/publications/index_55927.html>, consulté le 15 juin 2015.
- 24 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Pourquoi il faut investir dans l'éducation et l'équité*, UNICEF, New York, janvier 2015, p. 13 de la version anglaise.
- 25 Analyse de l'UNICEF fondée sur les bases de données mondiales en 2015.
- 26 Black, Robert E. *et al.*, « Maternal and Child Nutrition: Building momentum for impact », *Lancet*, vol. 382, n° 9890, 3 août 2013, p. 372–375, <[www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60988-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60988-5.pdf)>, consulté le 15 juin 2015.
- 27 Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015.
- 28 Ibid.
- 29 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Levels and Trends in Child Malnutrition: UNICEF-WHO-The World Bank Joint Malnutrition Estimates*, septembre 2014.
- 30 Les données pour le Brésil (2006) ne correspondent pas à la période indiquée.
- 31 D'après un sous-ensemble de 54 pays présentant des données comparables pour la période comprise entre 2000 et 2014 environ. Les données « autour de 2000 » se réfèrent à l'intervalle 1997–2003, tandis que celles « autour de 2014 » portent sur la période 2008–2014. Les données du Brésil (1996 et 2006), de l'Inde (1998 et 2005–2006) et de l'Ouzbékistan (1996 et 2006) ne correspondent pas à la période indiquée.
- 32 Les estimations reposent sur un sous-ensemble de 93 pays, couvrant 81 % des naissances en 2014. Les estimations régionales représentent les données de pays couvrant au moins 50 % des naissances dans la région. Les données du Brésil (2006) ne correspondent pas à la période indiquée. Les moyennes relevées pour l'ECO/CEI ne tiennent pas compte de la Fédération de Russie, pour laquelle aucune donnée comparable n'est disponible.
- 33 Les estimations reposent sur un sous-ensemble de 72 pays pour lesquels des données sont disponibles, couvrant 56 % de la population urbaine mondiale et 75 % de la population rurale mondiale en 2000, contre 60 % et 75 % respectivement en 2014 (Inde exclue). Les estimations régionales représentent les données de pays couvrant au moins 50 % de la population régionale. Le volume de données disponibles n'était pas

- suffisant pour calculer des moyennes pour la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Pour la région de l'ECO/CEI, la couverture des données n'a été possible qu'une fois la Fédération de Russie exclue du calcul, raison pour laquelle les données présentées pour la région ne tiennent pas compte de ce pays. Les données « autour de 2000 » se réfèrent à la période 1997–2003, tandis que celles « autour de 2014 » portent sur la période 2008–2014. Les données du Brésil (1996 et 2006), de l'Inde (1998 et 2005–2006) et de l'Ouzbékistan (1996 et 2006) ne correspondent pas à la période indiquée. Veuillez noter que les méthodes employées pour obtenir ces estimations par milieu de résidence ne sont pas les mêmes que celles utilisées pour calculer les estimations totales de la carte 1.A.
- 34 La variété minimale du régime alimentaire est calculée sur la base d'un ensemble de sept groupes alimentaires : céréales, racines et tubercules ; légumineuses et fruits à coque ; produits laitiers (lait, yaourt, fromage) ; chair animale (viande, poisson, volaille, foie et abats) ; œufs ; fruits et légumes riches en vitamine A ; et autres fruits et légumes.
- 35 Banque mondiale, *The World Bank Group Goals: End extreme poverty and promote shared prosperity*, Banque mondiale, 2013, p. 13.
- 36 Groupe de la Banque mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde* 2015, 2015.
- 37 D'après les estimations du DAES concernant la population, les enfants (âgés de 0 à 17 ans) représentaient 31,9 % de la population mondiale en 2010, et 34,5 % dans les pays en développement. Se reporter aux ensembles de données disponibles sur <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>>, consultés le 15 juin 2015.
- 38 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Child Poverty in the Post-2015 Agenda », communication de l'UNICEF, UNICEF, New York, juin 2014.
- 39 Olinto, P. et al., « The State of the Poor: Where are the poor, where is extreme poverty harder to end, and what is the current profile of the world's poor? », Banque mondiale – Economic Premise, n° 125, p. 1–8.
- 40 *The World Bank Group Goals*, p. 14.
- 41 Olinto et al., p. 2–3.
- 42 Ibid., p. 1–8.
- 43 *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous*, 2015.
- 44 Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015.
- 45 L'analyse repose sur 67 pays présentant au moins deux points de mesure (un pour 2000–2007 et un autre pour 2008–2014), issus d'enquêtes MICS ou EDS.
- 46 L'analyse repose sur 94 pays disposant de données issues des évaluations internationales, régionales ou nationales suivantes relatives à l'apprentissage, menées entre 2004 et 2012 : Annual Status of Education Report (ASER), Programme d'analyse des systèmes éducatifs (PASEC), Programme international de recherche en lecture scolaire (PIRLS), Consortium de l'Afrique australe et orientale pour le pilotage de la qualité de l'éducation (SACMEQ) et Deuxième étude explicative et comparative régionale (SERCE).
- 47 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Basic Education and Gender Equality », <www.unicef.org/education/bege_70640.html>, consulté le 15 juin 2015.
- 48 UNESCO, *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous*, 2015.
- 49 UNESCO, *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous*, 2013/2014.
- 50 Analyse de l'UNICEF fondée sur des informations issues de la base de données mondiale sur les inégalités dans l'éducation (WIDE), *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous*, 2015.
- 51 L'analyse repose sur 73 pays présentant au moins deux points de mesure (un pour 2000–2007 et un autre pour 2008–2014), issus d'enquêtes MICS ou EDS.
- 52 L'analyse repose sur 94 pays disposant de données issues des évaluations internationales, régionales ou nationales suivantes relatives à l'apprentissage, menées entre 2004 et 2012 : Annual Status of Education Report (ASER), Programme d'analyse des systèmes éducatifs (PASEC), Programme international de recherche en lecture scolaire (PIRLS), Consortium de l'Afrique australe et orientale pour le pilotage de la qualité de l'éducation (SACMEQ) et Deuxième étude explicative et comparative régionale (SERCE).
- 53 http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/unicef-2013-child-mortality-report-LR-10_31_14_195.pdf
- 54 Analyse de l'UNICEF fondée sur les estimations préliminaires du Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité infantile, 2015.
- 55 Ibid.
- 56 Ibid.
- 57 Ibid.
- 58 Ibid.
- 59 Ibid.
- 60 Ibid.
- 61 Les principales conclusions tirées de l'analyse de plus de 280 enquêtes sur les ménages concernant les estimations du taux de mortalité régional par quintile de richesse résultent d'un modèle fondé sur l'hypothèse d'une évolution relative constante dans les quintiles d'un pays, c'est-à-dire des changements linéaires du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sur une échelle logarithmique au niveau national par quintile de richesse, et par conséquent non pondérés par les chiffres spécifiques au pays concernant le nombre de naissances vivantes ou le nombre d'enfants de moins de cinq ans. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. L'étude des moyennes régionales pondérées révèle également une baisse plus prononcée chez les ménages les plus pauvres que chez les plus riches. Les écarts au niveau du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans se sont atténués dans presque toutes les régions, sauf en Afrique subsaharienne.
- 62 Les principales conclusions tirées de l'analyse de plus de 280 enquêtes sur les ménages concernant les estimations du taux de mortalité régional par quintile de richesse résultent d'un modèle fondé sur l'hypothèse d'une évolution relative constante dans les quintiles d'un pays, c'est-à-dire des changements linéaires du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sur une échelle logarithmique au niveau national par quintile de richesse, et par conséquent non pondérés par les chiffres spécifiques au pays concernant le nombre de naissances vivantes ou le nombre d'enfants de moins de cinq ans. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence. L'étude des moyennes régionales pondérées révèle également une baisse plus prononcée chez les ménages les plus pauvres que chez les plus riches. Les écarts au niveau du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans se sont atténués dans presque toutes les régions, sauf en Afrique subsaharienne.
- 63 Tendances analysées à partir de données d'enquêtes avec des années de référence pour les périodes 2000–2004 et 2005–2010 dans 34 pays.
- 64 Tendances analysées à partir de données d'enquêtes avec des années de référence pour les périodes 2000–2004 et 2005–2010 dans 47 pays.
- 65 Perry, R. T. et al., « Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2013 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 63, n° 45, 2014, p. 1034–1038, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2014; 63(45):1034–8.
- 66 Harris, J. B. et al., « Global Routine Vaccination Coverage, 2013 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 63, n° 46, 2014, p. 1055–1058.
- 67 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Santé maternelle, <www.unicef.org/french/health/index_maternalhealth.html>.

- consulté le 15 juin 2015.
- 68 Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*, OMS, Genève, 2014.
- 69 Ibid.
- 70 Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015.
- 71 Analyse de l'UNICEF fondée sur des enquêtes MICS, EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale.
- 72 Les estimations mondiales reposent sur un sous-ensemble de 111 pays, couvrant 62 % des naissances en 2014. Les estimations régionales représentent les données de pays couvrant au moins 50 % des naissances dans la région. Les données « autour de 1990 » se réfèrent à la période 1986–1997, « autour de 2000 » à la période 1998–2006 et « autour de 2014 » à la période 2008–2014.
- 73 Les estimations mondiales reposent sur un sous-ensemble de 54 pays couvrant 59 % des naissances en milieu urbain et 77 % des naissances en milieu rural en 2014. Les estimations régionales représentent les données de pays couvrant au moins 50 % des naissances dans la région. Le volume de données disponibles n'était pas suffisant pour calculer des moyennes pour la région ECO/CEI, l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que le Moyen-Orient et l'Afrique centrale. Les données « autour de 2000 » se réfèrent à la période 1999–2007 et « autour de 2014 » à la période 2008–2014.
- 74 Les estimations relatives aux pays les moins développés reposent sur un sous-ensemble de 22 pays couvrant 68 % et 73 % des naissances dans les zones urbaines et rurales respectivement, en 2014. Les estimations régionales représentent les données de pays couvrant au moins 50 % des naissances dans la région. Le volume de données disponibles n'était pas suffisant pour calculer une moyenne mondiale, ni une moyenne régionale pour l'ECO/CEI, l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. Les données « autour de 2000 » se réfèrent à la période 1999–2007 et « autour de 2014 » à la période 2008–2014 (avec une exception pour les données de l'Inde, qui datent de 2006).
- 75 ONUSIDA, UNICEF et OMS, Rapport d'activité sur la riposte au SIDA dans le monde 2005–2013, et estimations de l'ONUSIDA sur le VIH et le SIDA pour 2005–2013, juillet 2014.
- 76 Ibid.
- 77 Ibid.
- 78 Ibid.
- 79 Ibid.
- 80 Ibid.
- 81 L'estimation de la couverture repose sur le nombre estimé non arrondi d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral. L'ONUSIDA recommande d'utiliser comme dénominateur l'ensemble des adultes et des enfants vivant avec le VIH et non pas seulement ceux susceptibles de bénéficier d'un traitement antirétroviral d'après les critères d'éligibilité définis par l'OMS en 2013.
- 82 L'analyse des disparités repose sur des données d'enquêtes sur les ménages (2009–2014) concernant les hommes dans 38 pays d'Afrique subsaharienne et les femmes dans 43 pays de cette même région, représentant 94 % et 98 % respectivement de la population âgée de 15 à 24 ans. Le volet sur l'âge porte sur 42 pays, représentant 89 % de la population masculine et 93 % de la population féminine. Le volet sur le milieu de résidence porte sur 39 pays, représentant 79 % de la population masculine et 88 % de la population féminine. Le volet sur les quintiles de richesse du ménage porte sur 24 pays, représentant 59 % de la population masculine et féminine. Les connaissances complètes sur le VIH consistent à savoir énoncer correctement les deux principaux moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH (utiliser des préservatifs et n'avoir des rapports sexuels qu'avec un seul partenaire fidèle et non infecté), à désigner les deux idées fausses les plus répandues localement sur la transmission du VIH, et à être conscient du fait qu'une personne en apparence saine peut être infectée par le VIH.
- 83 Partenariat Faire reculer le paludisme, « The Contribution of Malaria Control to Maternal and Newborn Health », Collection Progrès et Impact, n° 10, juillet 2014.
- 84 Organisation mondiale de la Santé – Estimations du Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant relatives à la mortalité des enfants de moins de cinq ans par cause de décès.
- 85 Ibid. Ceci s'applique à la région Afrique de l'OMS.
- 86 Analyse de l'UNICEF fondée sur des enquêtes MICS, EDS, des enquêtes sur les indicateurs du paludisme (MIS) et d'autres sources représentatives de la situation nationale.
- 87 Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur le paludisme dans le monde 2014*, OMS, Genève, 2014.
- 88 Analyse de l'UNICEF fondée sur des enquêtes MICS, EDS, des enquêtes sur les indicateurs du paludisme (MIS) et d'autres sources représentatives de la situation nationale.
- 89 Les données « autour de 2000 » se réfèrent à la période 1997–2007 et « autour de 2014 » à la période 2009–2014.
- 90 Les estimations régionales reposent sur un sous-ensemble de 37 pays couvrant 90 % de la population de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne en 2014. Les estimations infrarégionales représentent les données de pays couvrant au moins 50 % de la population de moins de cinq ans dans la région. Les données « autour de 2000 » correspondent à la période 2000–2009 et celles « autour de 2014 » à la période 2010–2014.
- 91 Les estimations régionales reposent sur un sous-ensemble de 38 pays couvrant 94 % de la population de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne en 2014. Les estimations infrarégionales représentent les données de pays couvrant au moins 50 % de la population de moins de cinq ans dans la région.
- 92 Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, *Rapport sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau*, OMS et UNICEF, 2015.
- 93 Heckman, J. J., « Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children », *Science*, vol. 312, n° 5782, 2006, p. 1900–1902.
- 94 L'analyse porte sur 57 pays disposant de données. Parmi les activités d'apprentissage et de préparation à l'école figurent : lire des livres à l'enfant, lui raconter des histoires, lui chanter des chansons, l'emmener en sortie, jouer avec lui et énoncer, compter ou dessiner des choses avec lui.
- 95 L'analyse porte sur 61 pays disposant de données.
- 96 L'analyse porte sur 39 pays disposant de données.
- 97 Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2015, d'après des enquêtes MICS, EDS et d'autres sources représentatives de la situation nationale.
- 98 Les estimations reposent sur un sous-ensemble de pays couvrant au moins 50 % de la population mondiale de femmes âgées de 20 à 24 ans.
- 99 Les estimations reposent sur un sous-ensemble de 117 pays. Les estimations régionales représentent des données couvrant au moins 50 % de la population de femmes âgées de 20 à 24 ans dans la région. Le volume de données disponible est inférieur à 50 % en Asie de l'Est et Pacifique en raison du manque de données comparables sur le mariage d'enfants en Chine dans les bases de données mondiales de l'UNICEF.
- 100 Les estimations reposent sur un sous-ensemble de 82 pays couvrant au moins 50 % de la population mondiale de femmes âgées de 20 à 24 ans (à l'exclusion de la Chine, pour laquelle aucune donnée comparable sur le mariage d'enfants n'est disponible dans les bases de données mondiales de l'UNICEF).

CLASSIFICATION RÉGIONALE

Afrique subsaharienne

Afrique de l'Est et australe, Afrique de l'Ouest et centrale, Djibouti, Soudan

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 Sud, Swaziland, Zambie, Zimbabwe

Afrique de l'Ouest et centrale

Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, 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, Égypte, Émirats arabes unis, État de Palestine, Iran (République islamiste d'), Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Soudan, Tunisie, Yémen

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, Viet Nam

Amérique latine et Caraïbes

Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Équateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du)

Europe centrale et orientale et Communauté d'États indépendants (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 Moldavie, Roumanie, Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine

Zones/Pays les moins avancés

(Classés comme tels par le Haut-Représentant des Nations Unies pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement ([OHRLLS])). Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique populaire lao, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Vanuatu, Yémen, Zambie

Pour de plus amples informations sur les sous-régions d'Afrique telles que classées par la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, se reporter à : <www.uneca.org/pages/subregional-offices>

Pour de plus amples informations sur la classification des pays par groupe de revenu tels que définis par la Banque mondiale, se reporter à : <<http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>>



Publié par l'UNICEF
Division de la communication
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis

pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

ISBN : 978-92-806-4808-9

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Juin 2015