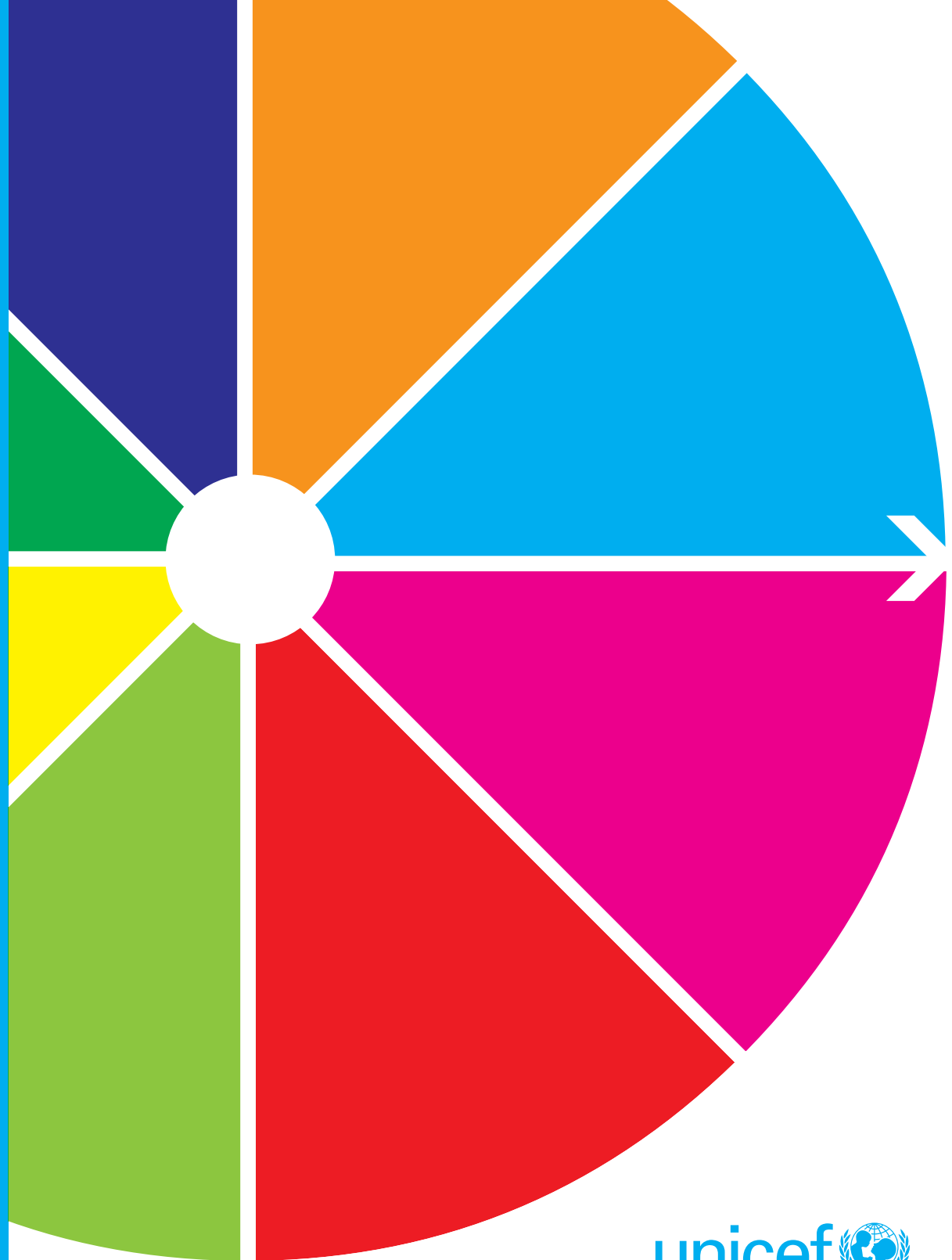


PROGRÈS POUR LES ENFANTS

Un monde digne des enfants,
bilan statistique

Numéro 6, décembre 2007

unissons-nous
pour les enfants



unicef 

PROGRÈS POUR LES ENFANTS : UN MONDE DIGNE DES ENFANTS, BILAN STATISTIQUE

VERS UN MONDE DIGNE DES ENFANTS	1
Vue générale des progrès accomplis	2
OMD 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim	
Insuffisance pondérale	4
Retard de croissance, émaciation et surpoids	6
Insuffisance pondérale à la naissance	7
Consommation de sel iodé	8
Supplémentation en vitamine A	9
Alimentation du nourrisson	10
OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	
Éducation primaire	12
Concernant les données relatives à l'éducation primaire	14
Éducation secondaire	15
OMD 3 : Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes	
Parité des sexes dans l'éducation primaire et secondaire	16
OMD 4 : Réduire la mortalité infantile	
Mortalité des moins de 5 ans	18
Vaccination	20
Pneumonie	22
Maladies diarrhéiques	23
Soins aux nouveau-nés	24
OMD 5 : Améliorer la santé maternelle	
Mortalité maternelle	26
Santé maternelle	28
OMD 6 : Combattre le VIH et le SIDA, le paludisme et d'autres maladies	
Prévalence du VIH	30
Prévention du VIH	32
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et traitement pédiatrique	34
Protection et soutien aux enfants touchés par le SIDA	35
Prévention et traitement du paludisme	36
OMD 7 : Assurer un environnement durable	
Eau potable	38
Assainissement de base	40

Protection contre la maltraitance, l'exploitation et la violence	
Enregistrement des naissances	42
Travail des enfants	43
Mutilations génitales féminines/excision	44
Mariage d'enfants	45
Discipline imposée aux enfants	46
Attitudes face à la violence familiale	47
Enfants touchés par un conflit armé	48
Conventions et protocoles relatifs aux droits des enfants	48
Enfants handicapés	49
Tableaux statistiques	
OMD 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim	50
OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	52
OMD 3 : Éliminer les disparités entre les sexes dans l'éducation primaire	54
OMD 4 : Réduire la mortalité infantile	56
OMD 5 : Améliorer la santé maternelle	58
OMD 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	60
OMD 7 : Assurer un environnement durable : eau potable	64
OMD 7 : Assurer un environnement durable : assainissement de base	66
Concernant les données	68
Définitions des indicateurs des OMD; catégories de pays	69

VERS UN MONDE DIGNE DES ENFANTS

Depuis 2004, la série *Progrès pour les enfants* publie des données et des analyses majeures sur les progrès accomplis au niveau mondial vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Les activités de suivi entreprises par l'UNICEF et ses partenaires font état de progrès remarquables. Pour la première fois, le nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans est tombé en dessous de la barre des 10 millions, à 9,7 millions. Ce résultat représente une réduction de 60 % du taux de mortalité des moins de 5 ans depuis 1960.

D'importantes améliorations dans la couverture d'interventions capitales en faveur de la survie de l'enfant, comme la vaccination contre la rougeole, la supplémentation en vitamine A, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et la progression de l'allaitement maternel sont également mises en valeur dans le rapport.

Ce numéro de *Progrès pour les enfants* publie des données sur ces cibles particulières et d'autres objectifs relatifs à l'enfance fixés par les dirigeants de la communauté internationale lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants en mai 2002 et consignés dans le document publié à l'issue de cette réunion, *Un monde digne des enfants*.

Ce numéro donne également des informations complètes sur certains indicateurs comme l'enregistrement des naissances, le travail des enfants, les mutilations génitales féminines et l'excision, le mariage d'enfants et les enfants touchés par la guerre, présentant ainsi un véritable « instantané » de la protection des enfants dans le monde.

Il révèle que le nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire mais qui ne vont pas à l'école a diminué, passant de 115 millions à l'époque de la Session extraordinaire de 2002 à 93 millions en 2005-2006, et que de nouveaux signes semblent indiquer un déclin de la prévalence du VIH dans certains pays d'Afrique subsaharienne, même si ces tendances ne sont pas encore assez répandues ou marquées pour renverser le cours de la maladie.

Dans l'ensemble, les conclusions présentées ici renforcent la conviction de l'UNICEF selon laquelle les efforts conjugués des gouvernements, des organisations internationales, de la société civile, des communautés locales et du secteur privé changent la donne et permettent d'obtenir des résultats dont bénéficient les enfants.

Mais le rapport révèle aussi qu'il reste encore beaucoup à faire. La date limite de 2015 fixée pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement approche à grands pas. Nous devons accélérer les progrès vers la réalisation de ces objectifs et tenir compte de l'urgence de la situation.

Ce faisant, nous contribuerons à bâtir un monde meilleur pour les filles comme pour les garçons, ainsi que pour les générations futures.



Ann M. Veneman
Directrice générale, UNICEF

VUE GÉNÉRALE DES PROGRÈS ACCOMPLIS

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies organisée en mai 2002 fut un rassemblement historique. Pour la première fois, l'Assemblée générale se réunissait dans l'intention exclusive de parler des problèmes liés à l'enfance. Dans le document adopté à l'issue de cette réunion, les chefs d'États et de gouvernements présents s'engageaient à construire « Un monde digne des enfants » et se fixaient une série d'objectifs à atteindre au cours de la décennie qui s'achèvera en 2010 dans des secteurs d'importance capitale pour le bien-être et le développement des enfants. Cinq ans plus tard, il incombe à l'UNICEF de faire le point sur les progrès accomplis pour tenir ces engagements. L'organisation peut s'acquitter de sa mission grâce à l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données, une priorité décidée lors de la Session extraordinaire.

Les nouvelles sont souvent bonnes dans les quatre grandes catégories d'objectifs et de cibles définies dans « Un monde digne des enfants » même si les progrès signalés ici sont souvent inégaux.

Promouvoir des vies saines

En 2006, pour la première fois, le nombre d'enfants qui meurent avant leur cinquième anniversaire est tombé en dessous de la barre des 10 millions, à 9,7 millions – ce qui représente un tournant important pour la survie de l'enfant. Autour de 1960, 20 millions d'enfants de moins de 5 ans, selon les estimations, mouraient chaque année et le nombre de décès d'enfants a baissé régulièrement depuis cette époque. Ces estimations sont le fruit des travaux du Groupe interinstitutions pour la survie de l'enfant qui comprend l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale et la Division de la population (Nations Unies).

Pourtant, de nombreux pays affichent toujours des niveaux inacceptables de mortalité infantile, particulièrement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, et l'on n'a guère avancé pour faire baisser le nombre de décès d'enfants au cours des dernières années. Plusieurs de ces pays ont été affectés par des conflits ou ravagés par l'épidémie du SIDA.

Les chiffres les plus récents figurant dans les études indiquent que des progrès importants ont été réalisés grâce à plusieurs interventions essentielles à la survie de l'enfant, ce qui pourrait entraîner des réductions mesurables de la mortalité des enfants de moins de 5 ans au cours des prochaines années. Le nombre d'enfants à qui l'on a administré les deux doses recommandées de vitamine A en 2005 était plus de quatre fois supérieur à ce qu'il était en 1999. Tous les pays disposant de données

tendancielle en Afrique subsaharienne ont réalisé des progrès concernant l'élargissement de la couverture par les moustiquaires imprégnées d'insecticide, mesure essentielle pour stopper le paludisme; 16 de ces pays sur 20 ont au moins triplé leur couverture depuis 2000. Dans les 47 pays qui comptent ensemble 95 % des cas de décès dus à la rougeole, la couverture vaccinale contre la rougeole s'est élargie, passant de 57 % en 1990 à 68 % en 2006. Les taux d'allaitement exclusif au sein ont augmenté de manière significative dans 16 pays d'Afrique subsaharienne au cours de la dernière décennie, 7 de ces pays affichant une progression d'au moins 20 points de pourcentage. Par contre, les progrès concernant le traitement de certaines maladies infantiles très répandues, comme la pneumonie et le paludisme, ont été plus lents.

Une analyse récente des tendances entre 1990 et 2005 permet de penser que les progrès réalisés dans le monde en faveur de la réduction du taux de mortalité maternelle – l'Objectif 5 du Millénaire pour le développement (OMD) – sont insuffisants malgré de bons résultats dans certaines régions telles que l'Asie de l'Est/Pacifique, l'Amérique latine/Caraïbes, l'Europe centrale et orientale/Communauté d'États indépendants (ECO/CEI). La couverture de soins prénatals et de soins pendant l'accouchement administrés par un personnel qualifié – deux mesures indispensables pour améliorer la santé et le bien-être maternels – a aussi progressé, chaque région affichant des améliorations au cours de la dernière décennie.

Par ailleurs, entre 1990 et 2004, plus de 1,2 milliard de personnes ont obtenu un accès à des sources améliorées d'eau potable et la planète est en bonne voie – mais de justesse – pour atteindre la cible de l'OMD 7. La couverture en matière d'assainissement s'est aussi améliorée pendant cette même période, mais à un rythme qui ne permettra pas d'atteindre la cible de l'OMD.

Assurer une éducation de qualité

Pratiquement toutes les régions affichent des progrès notables dans le secteur de l'éducation. L'écart entre la scolarisation des filles et des garçons aux niveaux des enseignements primaire et secondaire a commencé à se combler entre 1990 et 2005. Les progrès en termes de scolarisation et de fréquentation scolaire ont fait reculer de 115 millions en 2002 à 93 millions en 2005-2006 le nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas sur les bancs de l'école. De nombreux pays se rapprochent de l'éducation primaire universelle, bien que certaines régions – Moyen-Orient/Afrique du Nord, Asie du Sud et Afrique subsaharienne – enregistrent des

taux nets de scolarisation/ fréquentation dans le primaire inférieurs à 90 pour cent. Des progrès sont aussi à noter dans l'éducation secondaire, bien qu'ils soient moins notables que dans l'éducation primaire. En Afrique subsaharienne, un enfant sur quatre seulement en âge de fréquenter l'école secondaire est présent à l'école secondaire; au niveau mondial, un enfant sur six en âge de fréquenter l'école secondaire est toujours à l'école primaire.

Combattre le VIH et le SIDA

Le nombre de personnes vivant avec le VIH de par le monde a continué à augmenter; deux tiers des personnes porteuses du virus vivent en Afrique subsaharienne. Près des deux tiers de toutes les personnes séropositives vivent en Afrique subsaharienne. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans savent mieux aujourd'hui comment éviter la transmission du VIH mais le nombre de personnes qui possèdent des connaissances approfondies et correctes sur le VIH reste trop faible, tout comme l'utilisation dans la majorité des pays du préservatif lors de rapports sexuels à risques.

La situation est la même en ce qui concerne l'élargissement des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de la distribution du traitement pédiatrique du VIH – on peut se féliciter de certains progrès, mais ils ne sont pas suffisants. En 2005, 11 % seulement des plus de 2 millions de femmes enceintes séropositives dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont eu accès à une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir l'infection de leurs bébés; le Botswana, le Brésil et la Thaïlande sont au nombre des sept pays qui ont administré une prophylaxie antirétrovirale à plus de 40 % des femmes enceintes séropositives. Dans les pays à revenu faible et moyen, 15 % seulement des enfants séropositifs de moins de 15 ans qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral en ont obtenu un.

Protéger les enfants contre la maltraitance, l'exploitation et la violence

Plusieurs questions liées à la protection de l'enfant ont été incluses dans les chiffres obtenus grâce aux Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et aux Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). En 2006, la naissance de près de 51 millions d'enfants n'a pas été enregistrée; cependant, dans certains pays comme le Cambodge, la Gambie et le Viet Nam, les taux d'enregistrement des naissances ont largement progressé. La prévalence des mutilations génitales féminines/excisions a reculé lentement mais régulièrement au cours des 15 dernières années, et les filles plus âgées et les jeunes femmes risquent moins d'avoir été victimes de

cette pratique traditionnelle préjudiciable que les femmes plus âgées. Les mariages d'enfants deviennent moins fréquents dans certains pays, même si l'évolution reste lente. Selon l'UNICEF, 158 millions d'enfants âgés de 5 à 14 ans travaillent. La difficulté consiste à utiliser les résultats des enquêtes sur les ménages pour améliorer les conditions de vie des enfants frappés d'exclusion ou victimes de maltraitance, d'exploitation et de violence.

Un « monde digne des enfants » et les Objectifs du Millénaire pour le développement

Ce ne sont là que les grandes lignes du bilan. Des chiffres détaillés sur les progrès – ou les échecs – enregistrés pour un large éventail d'indicateurs figurent ci-dessous. Ce numéro spécial de *Progrès pour les enfants* analyse les progrès aux plans mondial, régional et national et il souligne les disparités au sein des populations d'un même pays. Il élargit et complète l'examen statistique de 2000 des progrès accomplis depuis le Sommet mondial pour les enfants de 1990, et il a pour but de réunir et analyser des informations sur les mesures prises par les dirigeants de la planète pour tenir les promesses qu'ils ont faites aux enfants.

Cet examen statistique s'articule autour des Objectifs du Millénaire pour le développement puisqu'ils sont le point de mire des initiatives de développement entreprises dans le monde. Nombre des cibles fixées lors de la Session extraordinaire et consignées dans Un monde digne des enfants sont effectivement des tremplins vers la réalisation des OMD fixés pour 2015; ainsi, les gouvernements concentreront essentiellement leurs efforts sur les engagements qu'ils ont pris dans le cadre des OMD. Le programme figurant dans Un monde digne des enfants comprend des questions vitales qui ne sont pas couvertes par les OMD, et cette publication offre l'occasion de faire le point sur ces sujets.

Progrès pour les enfants est une publication statistique. Mais chaque statistique est le reflet de la vie de chaque enfant pris individuellement, des enfants souvent victimes de mauvais traitements et sans espoir de vie meilleure. Derrière chacune de ces évaluations statistiques se cache une vision d'un monde peuplé d'enfants en bonne santé, capable de se développer dans toute la mesure de leurs potentialités, d'un monde qui les protège contre la maladie et les mauvais traitements – d'un monde dans lequel les droits de l'enfant sont respectés dans leur intégralité.

OMD 1

RÉDUIRE L'EXTRÊME PAUVRETÉ ET LA FAIM

Cible de l'OMD : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Insuffisance pondérale

Indicateur de l'OMD : prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

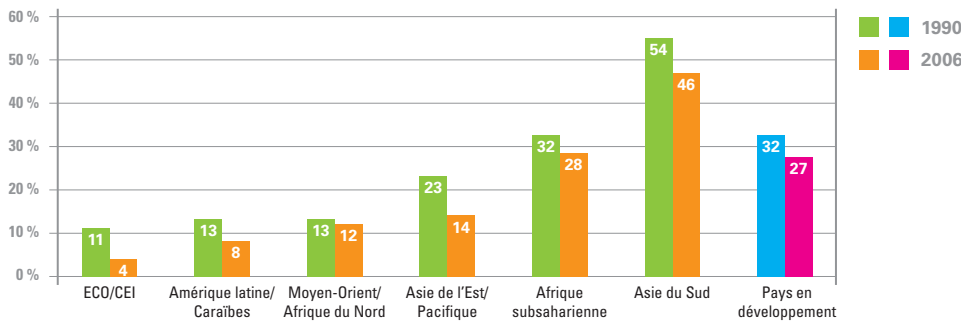
Depuis 1990, la prévalence de l'insuffisance pondérale a diminué, passant de 32 % à 27 % dans le monde en développement. Les régions de l'Asie de l'Est/Pacifique et de l'ECO/CEI sont celles qui affichent les plus grands progrès en termes de réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale, et 58 pays sont en passe d'atteindre la cible de l'OMD. Cependant, 143 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent encore de dénutrition dans le monde en développement, et plus de la moitié d'entre eux vit en Asie du Sud. La majorité des pays qui affichent des progrès insuffisants se trouvent en Afrique subsaharienne.

Comme la dénutrition aggrave l'impact de la maladie, une grande proportion des décès d'enfants de moins de 5 ans lui est imputable. Une bonne nutrition contribue à renforcer le système immunitaire et favorise le développement moteur et cognitif. Il convient d'accorder une priorité plus élevée à la nutrition dans les activités de développement national pour atteindre les OMD.

LA PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE A RECULÉ DANS TOUTES LES RÉGIONS

L'Asie de l'Est/Pacifique et l'ECO/CEI affichent un recul de l'insuffisance pondérale de plus d'un tiers

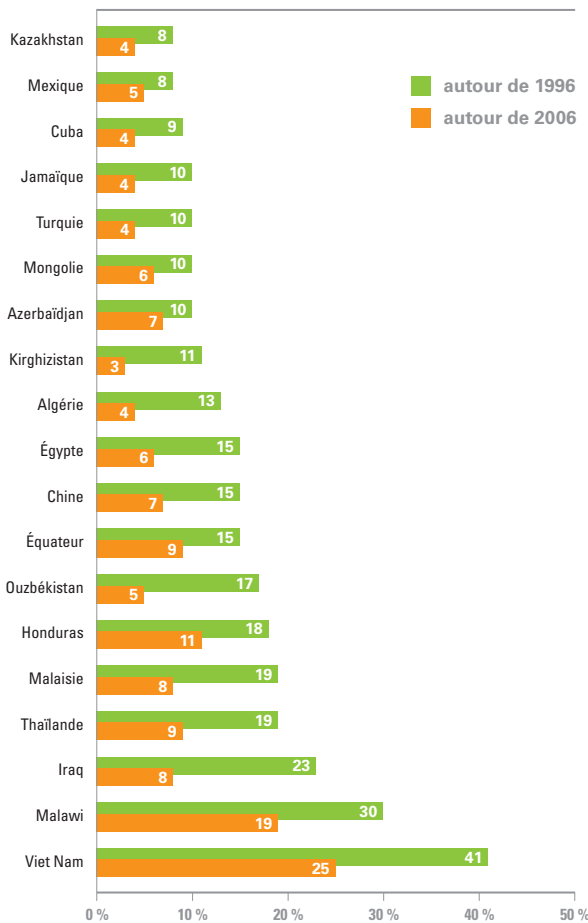
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, par région (1990 et 2006)



Note : l'analyse de la tendance se fonde sur un sous-ensemble comprenant 71 pays disposant de données. L'analyse couvre 78 % de la population d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement. Pour l'ECO/CEI, l'année de référence est 1996; les données disponibles étaient limitées pour la période autour de 1990.

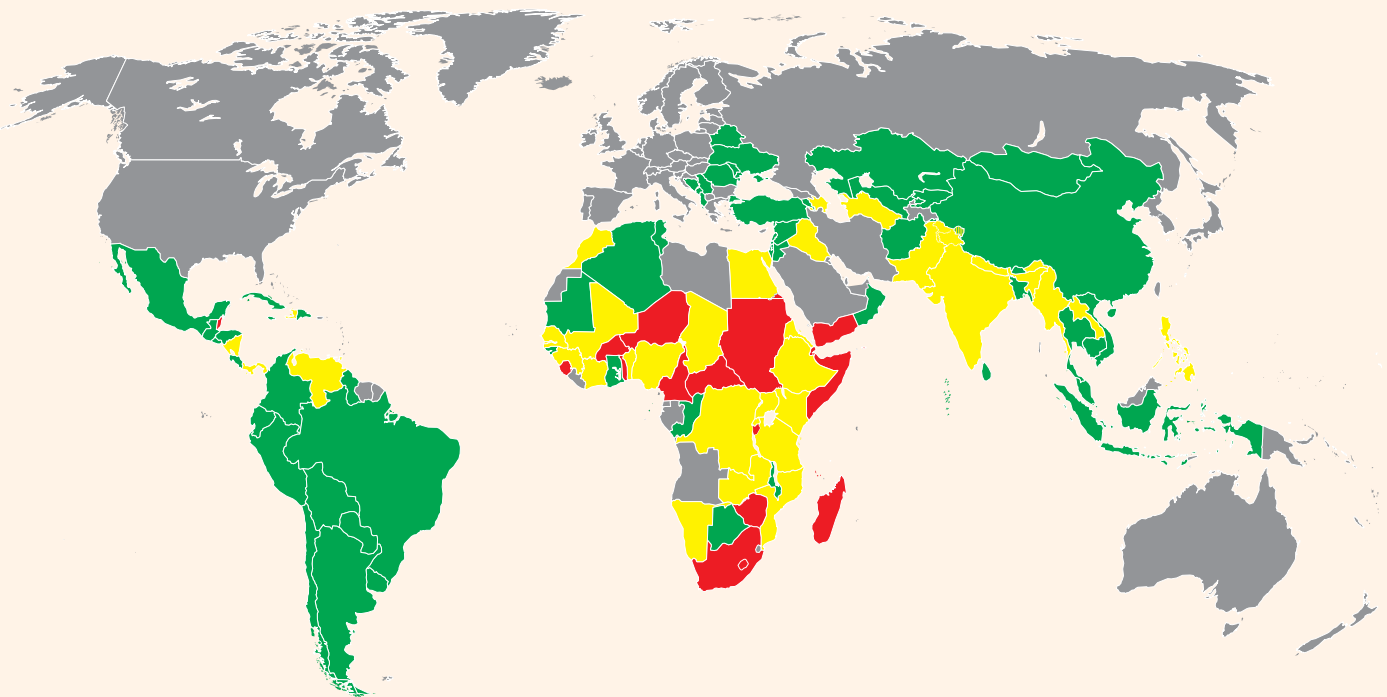
19 PAYS ONT FAIT RECULER D'AU MOINS UN TIERS LA PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (autour de 1996 et autour de 2006)



58 PAYS SONT EN BONNE VOIE POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD 1

Dans 33 pays, les progrès accomplis sont insuffisants pour atteindre la cible de l'OMD, et 18 pays n'ont pas fait de progrès

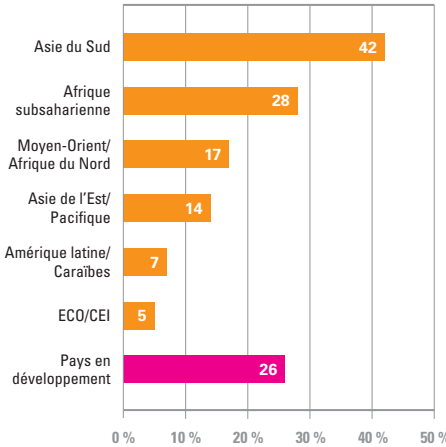


Progrès accomplis vers la cible de l'OMD, les pays étant classés selon les critères suivants :

- En bonne voie** : le taux annuel moyen de régression (TAMR) de la prévalence de l'insuffisance pondérale (1990-2006) est supérieur ou égal à 2,6 %, ou l'estimation disponible la plus récente de la prévalence de l'insuffisance pondérale est inférieure ou égale à 5 %, indépendamment du TAMR
- Progrès insuffisants** : le TAMR est compris entre 0,6 % et 2,5 %
- Pas de progrès** : le TAMR est inférieur ou égal à 0,5 %
- Données non disponibles**

L'ASIE DU SUD AFFICHE LA PRÉVALENCE LA PLUS ÉLEVÉE POUR L'INSUFFISANCE PONDÉRALE

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, par région (2000-2006)



FAIBLE DIFFÉRENCE ENTRE FILLES ET GARÇONS EN MATIÈRE DE PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE

Les enfants des zones rurales risquent deux fois plus que ceux des zones urbaines de souffrir d'insuffisance pondérale

Ratios de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, par sexe et par lieu de résidence (2000-2006)

	Filles : garçons	Rural : urbain
ECO/CEI	1.2	1.8
Amérique latine/Caraïbes	1.0	2.3
Asie de l'Est/Pacifique	1.0	2.0
Asie du Sud	1.0	1.3
Moyen-Orient/ Afrique du Nord	0.9	1.8
Afrique subsaharienne	0.9	1.6
Pays en développement	1.0	2.0

Note : un ratio de 1,0 indique que la prévalence de l'insuffisance pondérale entre les deux groupes est égale. Les ratios supérieurs à 1,0 indiquent que la prévalence est plus forte chez les filles que chez les garçons et plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines; les ratios inférieurs à 1,0 indiquent que la prévalence est plus faible chez les filles que chez les garçons et moins élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Le **retard de croissance**, ou une taille trop petite par rapport à l'âge, est la conséquence d'un apport insuffisant de nutriments sur une longue période et d'infections à répétition. Le retard de croissance intervient généralement avant l'âge de deux ans et ses effets sont largement irréversibles. Il se traduit par un retard du développement moteur, une détérioration des fonctions cognitives et de mauvais résultats scolaires. Dans le monde en développement, près d'un tiers des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de la croissance.

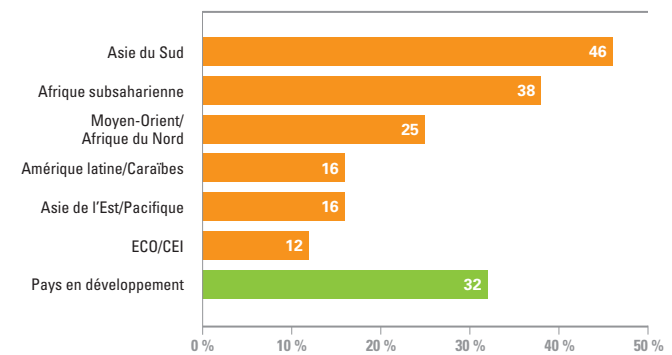
L'**émaciation**, ou un poids trop faible pour la taille, est un important facteur prédictif de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Elle s'explique souvent par une grave pénurie alimentaire et/ou la maladie. Vingt-quatre pays en développement affichent des taux d'émaciation égaux ou supérieurs à 10 %, ce qui prouve à quel point le problème est grave et exige la prise de mesures immédiates.

Le **surpoids** est un problème qui prend de l'ampleur partout dans le monde : 20 pays en développement affichent des taux supérieurs à 5 %. La dénutrition et le surpoids chez les enfants coexistent dans plusieurs pays, doublant ainsi le problème de la malnutrition.

PRÈS D'UN TIERS DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS VIVANT DANS DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT ACCUSENT UN RETARD DE CROISSANCE

C'est l'Asie du Sud qui affiche les taux les plus élevés

Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, par région (2000–2006)



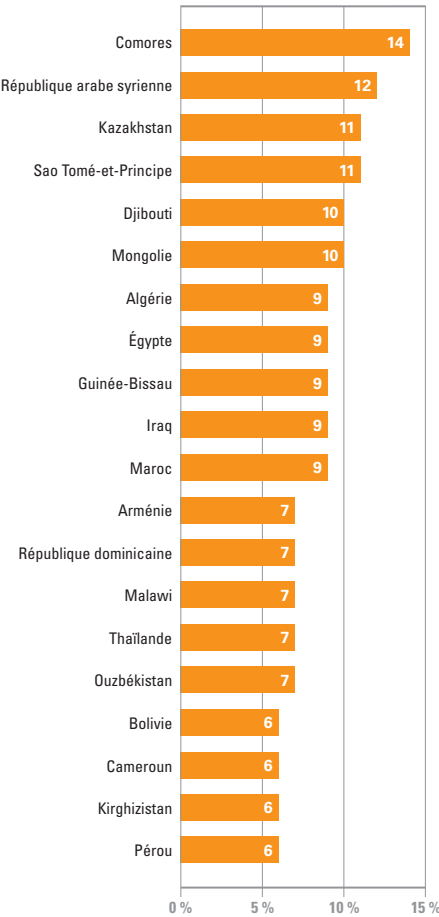
LA PRÉVALENCE DE L'ÉMACIATION EST DE 10 % OU PLUS DANS 24 PAYS, NOTAMMENT DANS PRESQUE TOUS LES PAYS D'ASIE DU SUD ET DANS BEAUCOUP DE PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans (2000-2006)

Pays (année des données)	Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans (%)
Burkina Faso (2006)	23
Djibouti (2006)	21
Inde (2005)	20
Soudan (2000)	16
Rép. dém. populaire lao (2000)	15
Tchad (2006)	14
Sri Lanka (2000)	14
Togo (2004)	14
Bangladesh (2001)	13
Congo, Rép. dém. (2001)	13
Érythrée (2001)	13
Madagascar (2004)	13
Maldives (2003)	13
Mauritanie (2000)	13
Népal (2002)	13
Pakistan (2006)	13
Timor-Leste (2003)	12
Yémen (2003)	12
Éthiopie (2006)	11
Guyana (2000)	11
Mali (2001)	11
Somalie (2005)	11
Rép. centrafricaine (2006)	10
Niger (2006)	10

PLUS DE 5 % DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SOUFFENT DE SURCHARGE PONDÉRALE DANS 20 PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (2000–2006)



Objectif défini dans Un monde digne des enfants : réduire d'un tiers au moins le taux d'insuffisance pondérale à la naissance

Environ 60 % des nouveau-nés dans le monde en développement ne sont pas pesés; l'absence de données comparables fait qu'il est difficile d'évaluer les progrès accomplis. Toutefois, il semble que l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance soit resté constante depuis 2000 environ.

Près de 16 % des nourrissons des pays en développement (plus de 19 millions) pèsent moins de 2 500 grammes à la naissance; ces nourrissons risquent 20 fois plus que les bébés plus gros de mourir pendant leur petite enfance. Ceux qui survivent sont plus exposés que les autres aux maladies infectieuses, ainsi qu'à un retard de croissance et du développement cognitif. Ils sont aussi plus exposés aux maladies chroniques plus tard dans la vie.

Dans les pays en développement, l'insuffisance pondérale s'explique souvent par la mauvaise santé et le mauvais état nutritionnel de la mère avant et pendant la grossesse. Les principales interventions visant à éviter ce problème comprennent une amélioration de la ration alimentaire chez les femmes enceintes, la supplémentation en micronutriments, la prévention et le traitement des infections telles que le paludisme, la réduction des grossesses précoces et l'éducation des mères.

6 NOUVEAU-NÉS SUR 10 NE SONT PAS PESÉS DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT

La proportion élevée de nouveau-nés qui ne sont pas pesés fausse les données disponibles sur le poids à la naissance

Pourcentage de nouveau-nés qui ne sont pas pesés à la naissance, par région (1999-2006)

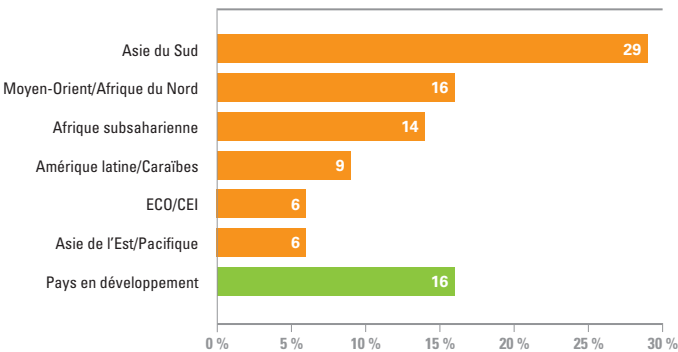
Pourcentage de nourrissons qui ne sont pas pesés à la naissance	
Asie du Sud	72
Afrique subsaharienne	66
Moyen-Orient/Afrique du Nord	46
Asie de l'Est/Pacifique*	23
Amérique latine/Caraïbes	–
ECO/CEI	–
Pays en développement*	60

* À l'exception de la Chine.

Près des trois quarts des nouveau-nés ne sont pas pesés en Asie du Sud, la région qui affiche les taux les plus élevés d'insuffisance pondérale à la naissance. Ainsi, les données sur le poids à la naissance ne sont souvent pas représentatives de la population générale, mais plutôt des populations plus aisées des zones urbaines, dans lesquelles les bébés, dont les mères sont instruites, naissent dans des établissements de santé. Lors des estimations du poids à la naissance, l'UNICEF et l'OMS ont ajusté les données extraites des enquêtes sur les ménages, compte tenu des inexactitudes et du fait que toutes les naissances ne sont pas comptées. Ces taux ajustés, s'ils sont plus fidèles à la réalité, risquent toutefois de ne pas donner une estimation précise de l'envergure réelle du problème.

16 % DES NOURRISSONS DU MONDE EN DÉVELOPPEMENT, ET 29 % D'ENTRE EUX EN ASIE DU SUD, SOUFFRENT D'INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE

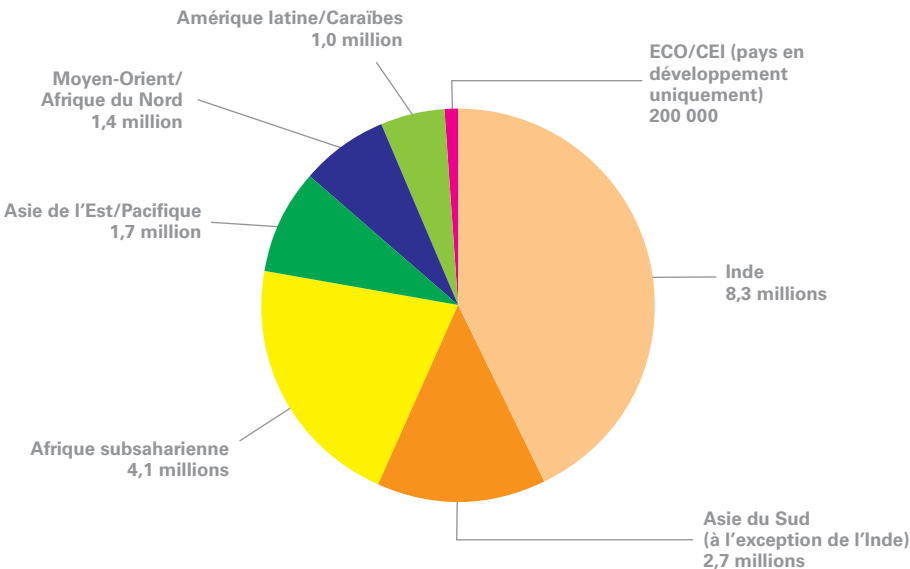
Pourcentage de nourrissons pesant moins de 2 500 grammes à la naissance, par région (1999-2006)



PLUS DE 19 MILLIONS DE NOURRISSONS SOUFFRENT D'INSUFFISANCE PONDÉRALE À LA NAISSANCE DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT

Plus de moitié vivent en Asie du Sud; 8,3 millions vivent en Inde

Nombre de nourrissons pesant moins de 2 500 grammes à la naissance, par région (1999-2006)



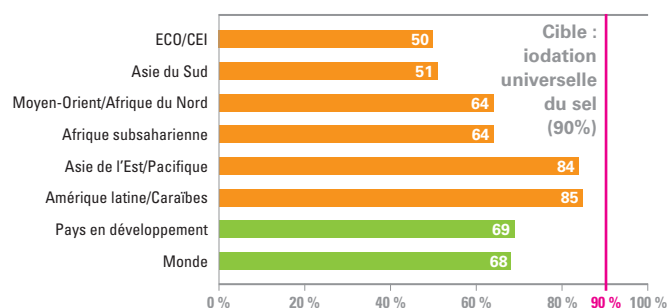
Cible définie dans Un monde digne des enfants : éliminer durablement les troubles liés aux carences en iode d'ici à 2005

Trente quatre pays ont atteint l'objectif de l'iodation universelle du sel, avec 90 % au moins des ménages qui consomment du sel iodé, tandis que 60 pays affichent une augmentation de 20 % au moins du nombre de ménages qui consomment du sel adéquatement iodé au cours de la dernière décennie. En 2005, 120 pays s'étaient dotés de programmes d'iodation du sel, contre 90 pays en 2000.

La carence en iode est la cause principale de l'arriération mentale, qui est un problème évitable. Les carences graves provoquent le crétinisme, la mortinatalité et des fausses couches mais même une carence faible peut réduire les capacités d'apprentissage des populations. Le problème est évitable en s'assurant que le sel consommé dans les ménages est adéquatement iodé. Toutefois, 38 millions de nouveau-nés de par le monde ne sont toujours pas protégés et, dans 36 pays, moins de la moitié des ménages consomment du sel iodé.

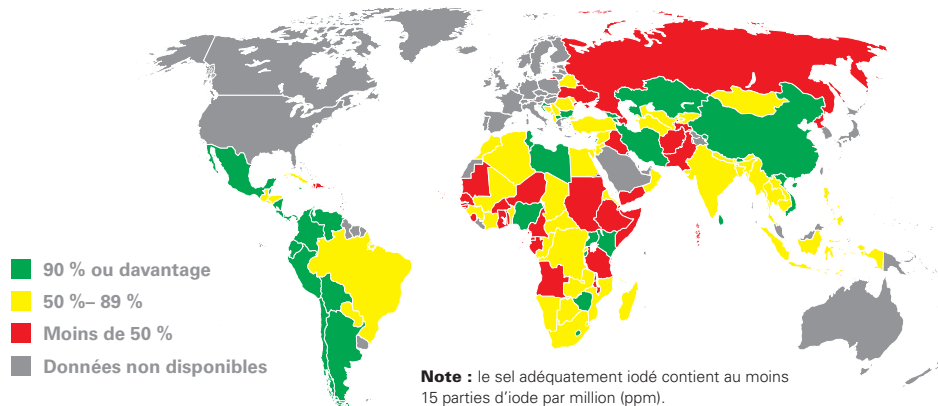
LES RÉGIONS DE L'AMÉRIQUE LATINE/CARAÏBES ET DE L'ASIE DE L'EST/PACIFIQUE ONT PRATIQUEMENT ATTEINT L'OBJECTIF DE L'IODATION UNIVERSELLE DU SEL

Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé, par région (2000–2006)



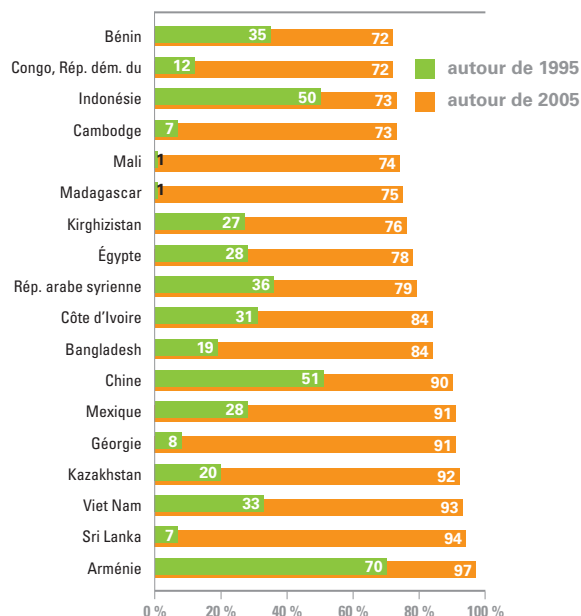
VERS L'IODATION UNIVERSELLE DU SEL : 34 PAYS ONT ATTEINT LA CIBLE

Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé (2000-2006)



AMÉLIORATION REMARQUABLE DE LA CONSOMMATION DE SEL IODÉ

Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé dans des pays sélectionnés (autour de 1995 et autour de 2005)

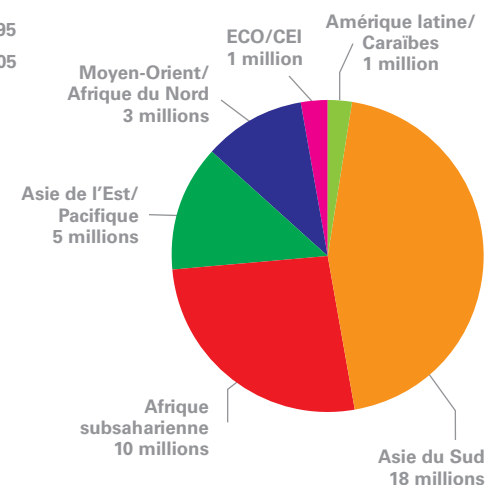


Note : le graphique présente des pays dans lesquels la consommation de sel iodé a augmenté de 20 points de pourcentage au moins et dont le niveau de consommation est d'au moins 70 %.

Source des chiffres cités sur cette page : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007.

38 MILLIONS DE NOUVEAU-NÉS NE SONT PAS PROTÉGÉS CONTRE LA CARENCE EN IODE

Nombre de naissances dans des ménages ne consommant pas de sel adéquatement iodé, par région (2000–2006)



Cible définie dans Un monde digne des enfants : éliminer durablement l'avitaminose A d'ici à 2010

Des progrès remarquables ont été accomplis en matière de supplémentation en vitamine A. La couverture des enfants âgés de 6 à 59 mois par au moins une dose de vitamine A par an a augmenté de 50 % depuis 1999. En outre, entre 1999 et 2005, la couverture par deux doses par an a été multipliée par quatre et se rapproche des 80 % dans les pays les moins avancés.

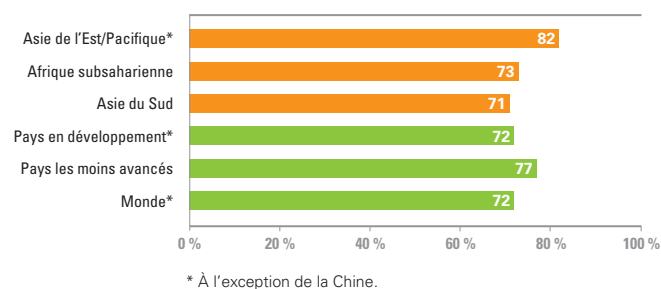
L'avitaminose A. est la première cause évitable de cécité chez les enfants et elle accroît le risque de mortalité lié à des maladies courantes chez les jeunes enfants.

Les progrès en faveur de son élimination dépendent de la supplémentation en vitamine A, qui contribue elle-même à la réalisation de l'OMD 4 relatif à la survie de l'enfant. Des progrès ont été accomplis grâce à un ensemble de stratégies novatrices et d'activités dynamiques de sensibilisation – notamment des interventions à fort impact combinant santé et nutrition, souvent organisées dans le cadre des Journées pour la santé de l'enfant. La plus grande difficulté consiste à atteindre les enfants les plus exposés à cette carence, à savoir les enfants les plus pauvres et ceux qui vivent dans des zones rurales.

LES PAYS LES MOINS AVANCÉS OUVRONT LA VOIE AVEC UNE COUVERTURE PAR DEUX DOSES

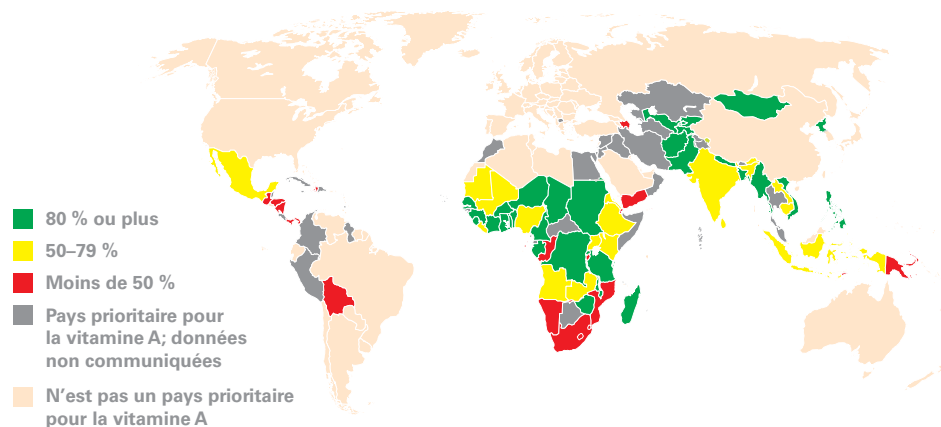
81 millions d'enfants ont été protégés dans ces pays en 2005

Pourcentage d'enfants (âgés de 6 à 59 mois) à qui l'on administre deux doses de vitamine A, par région (2005)



30 PAYS PRIORITAIRES COUVRENT 80 % DES ENFANTS AVEC DEUX DOSES PAR AN

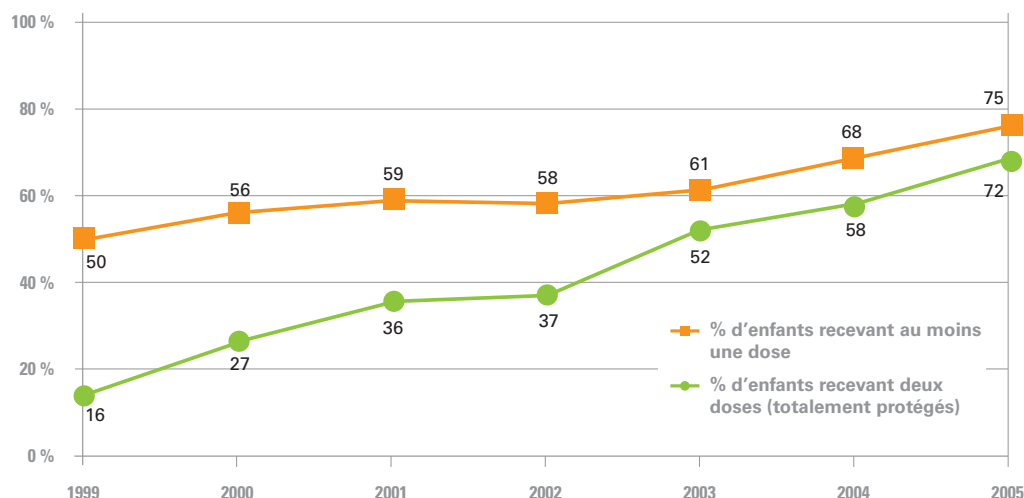
Niveaux de couverture par la supplémentation en vitamine A : deux doses (2005)



Note : les niveaux de couverture sont donnés pour 103 pays jugés prioritaires pour la supplémentation en vitamine A, à savoir les pays dans lesquels le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est élevé et le taux de prévalence de la carence en vitamine A indique que des interventions de lutte contre cette carence pourraient s'avérer nécessaires.

LA PROPORTION D'ENFANTS TOTALEMENT PROTÉGÉS PAR DEUX DOSES DE VITAMINE A A ÉTÉ MULTIPLIÉE PAR PLUS DE QUATRE

Tendances mondiales en matière de couverture par la supplémentation en vitamine A (1999-2005)



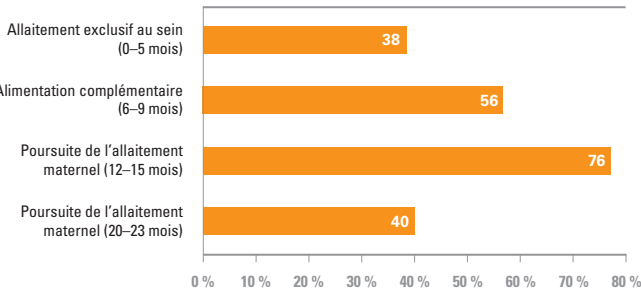
Cible définie dans Un monde digne des enfants : protéger, promouvoir et encourager l’allaitement exclusif au sein des nourrissons pendant les six premiers mois de la vie, puis l’allaitement complété par une alimentation infantile sans danger, appropriée et adaptée jusqu’à l’âge de 2 ans ou au-delà

L’allaitement exclusif au sein des enfants de moins de 6 mois a progressé de manière remarquable dans plusieurs pays d’Afrique subsaharienne au cours des 10 dernières années. Aujourd’hui, les pays en développement affichent un taux de près de 40 %.

Des pratiques alimentaires appropriées sont la clé de la survie de l’enfant. L’allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie permettrait d’éviter 13 % des décès d’enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement, ce qui fait de l’allaitement la méthode de prévention la plus efficace pour sauver des vies d’enfants. Une alimentation complémentaire sans danger à l’âge approprié permettrait d’éviter encore 6 % des décès d’enfants de moins de 5 ans.

PRATIQUES ACTUELLES CONCERNANT L’ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

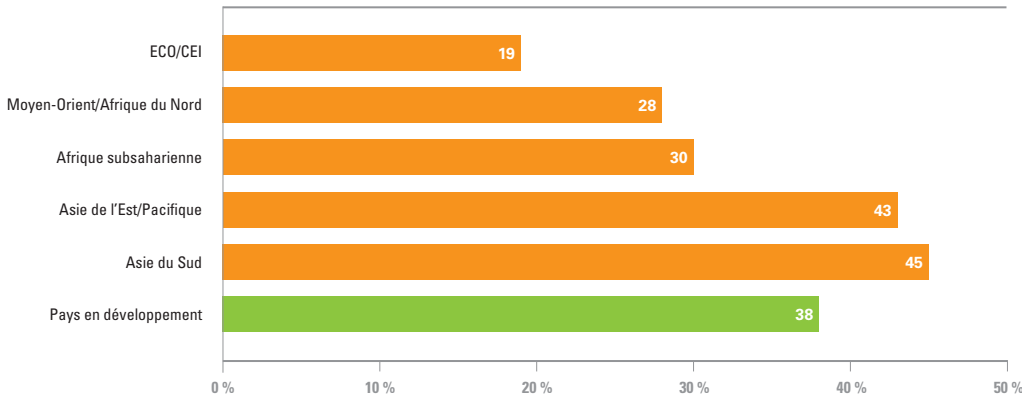
Pourcentage d’enfants dans le monde en développement nourris exclusivement au sein, nourris au sein mais recevant aussi des aliments complémentaires, et dont l’allaitement se poursuit à des âges spécifiques (2000-2006)



PRÈS DE 40 % DES NOURRISSONS VIVANT DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT SONT NOURRIS EXCLUSIVEMENT AU SEIN PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE LEUR VIE

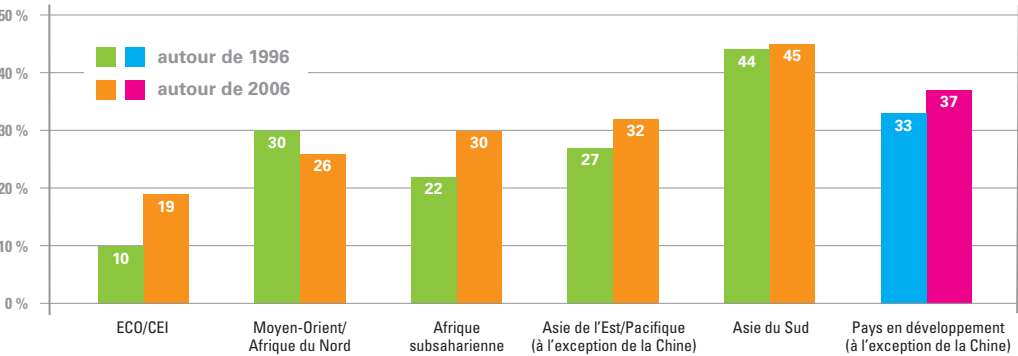
En Asie du Sud, près de la moitié des nourrissons sont nourris exclusivement au sein

Pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les premiers six mois de leur vie, par région (2000-2006)



L’AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET L’ECO/CEI AFFICHENT LES PROGRÈS LES PLUS IMPORTANTS EN TERMES D’ALLAITEMENT EXCLUSIF AU SEIN

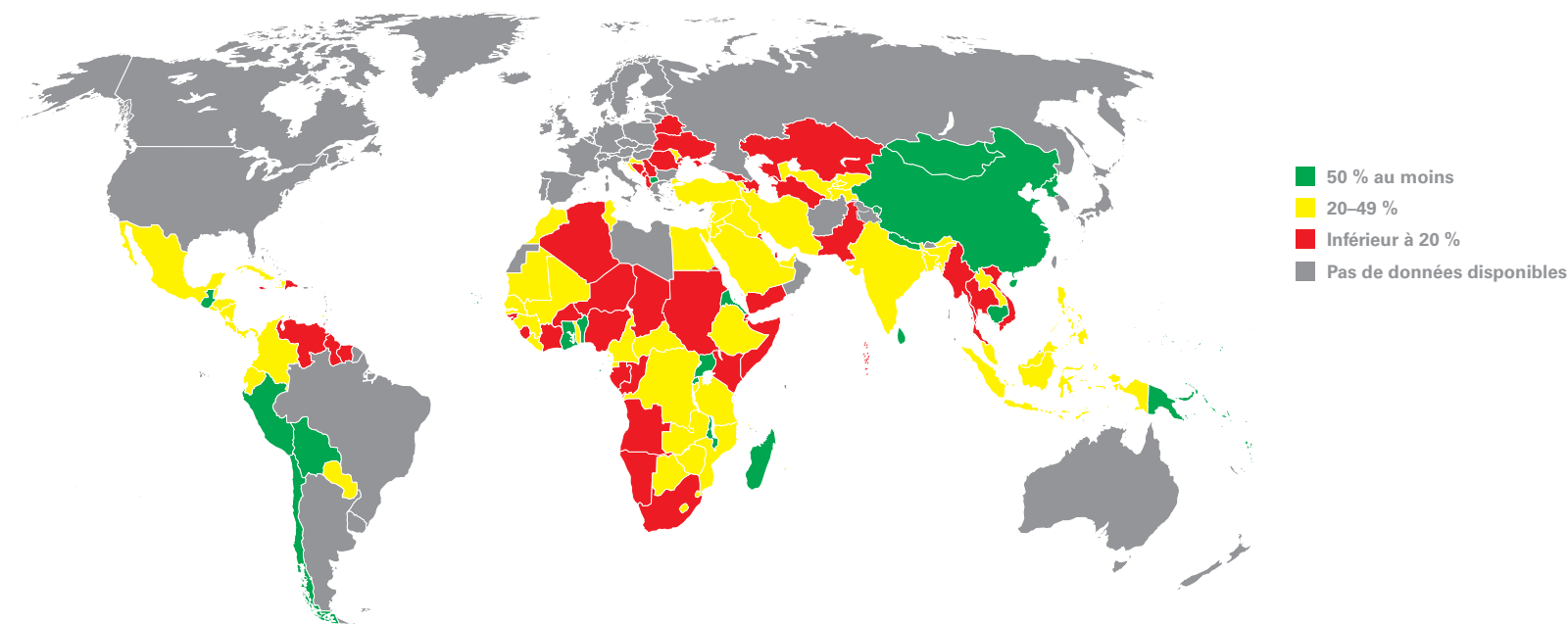
Pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie, par région (autour de 1996 et autour de 2006)



Notes : les moyennes régionales et des pays en développement figurant dans le graphique au haut de cette page sont extraites de données fournies par 106 pays couvrant 86 % de la population d’enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement; la moyenne régionale pour la région de l’Amérique latine/Caraïbes n’a pas pu être calculée faute de données suffisantes. L’analyse des tendances figurant dans le graphique en bas de cette page se fonde sur un sous-groupe de 64 pays possédant des données relatives aux tendances, couvrant 69 % des naissances intervenant dans le monde en développement. Les moyennes régionales pour la période autour de 2006 dans ce graphique sont légèrement différentes des moyennes régionales mentionnées dans le graphique en haut de la page en raison des différents groupes de données utilisés. En Amérique latine/Caraïbes, à l’exclusion du Brésil et du Mexique, le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein a augmenté, passant de 30 % en 1996 à peu près à 45 % en 2006 à peu près.

DANS 28 PAYS, PLUS DE LA MOITIÉ DES NOURRISSONS SONT NOURRIS EXCLUSIVEMENT AU SEIN

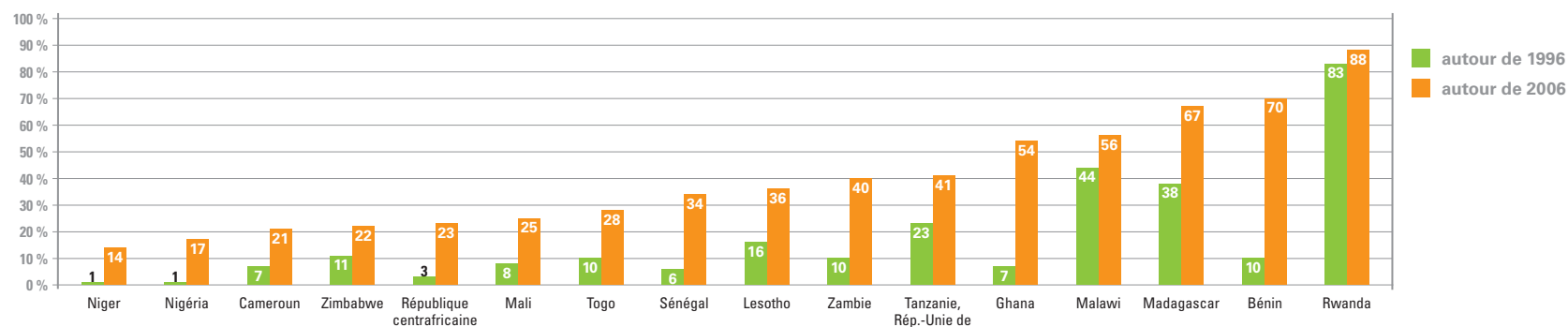
Pourcentage de nourrissons allaités exclusivement au sein au cours de leurs six premiers mois de vie (2000-2006)



PROGRESSION NOTABLE DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIVEMENT AU SEIN DANS 16 PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Sept pays ont gagné 20 points de pourcentage ou plus

Pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie (autour de 1996 et autour de 2006)



Note : le graphique comprend des pays possédant au moins trois points de données pendant les séries temporelles, un taux annuel de changement supérieur à 1 % (à l'exception du Rwanda) et un taux actuel d'allaitement exclusivement au sein supérieur à 10 %.

OMD 2

ASSURER L'ÉDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

Cible de l'OMD : 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

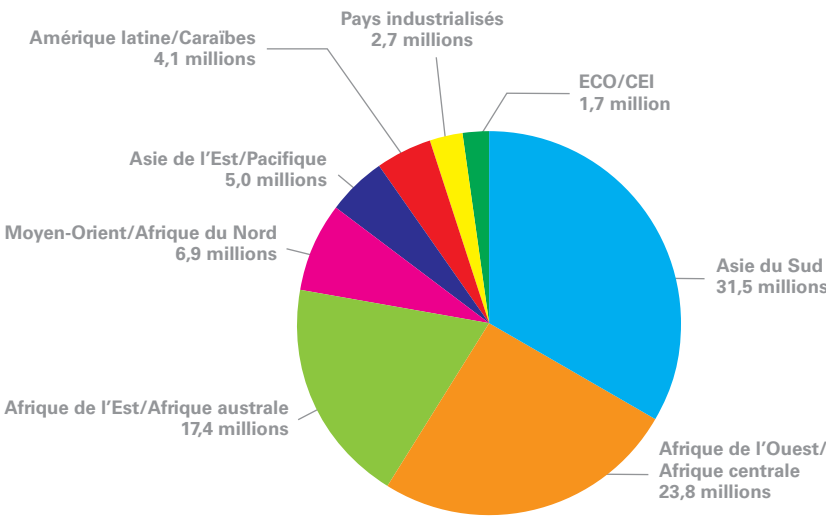
Les données sur la fréquentation scolaire extraites des enquêtes sur les ménages révèlent que le nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas scolarisés a fortement baissé au cours des dernières années, passant de 115 millions pour la période 2002 à 93 millions pour la période 2005-2006. Ces progrès ne sont pas négligeables et plusieurs pays sont en passe de réaliser l'objectif de l'éducation primaire universelle. Par contre, dans d'autres pays et régions, la tâche est colossale, par exemple en Afrique subsaharienne, où environ 41 millions d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire ne sont pas scolarisés, et en Asie du Sud, où 31,5 millions d'enfants ne sont pas sur les bancs de l'école.

Un enfant sur six en âge de fréquenter l'école secondaire est à l'école primaire, soit parce qu'il a commencé tard l'école primaire, soit parce qu'il a redoublé. Ces enfants plus âgés occupent des places qui devraient revenir à des enfants en âge de fréquenter l'école primaire. C'est là un des problèmes qui entravent l'ensemble du système éducatif et qu'il conviendrait d'éliminer.

Pour les pays qui se rapprochent de l'objectif de l'éducation primaire universelle, le plus difficile est d'intégrer dans le système les 10 % d'enfants qui ne sont pas encore scolarisés; pour ce faire, il leur faudra adopter différentes stratégies, et consentir des efforts et des investissements concertés.

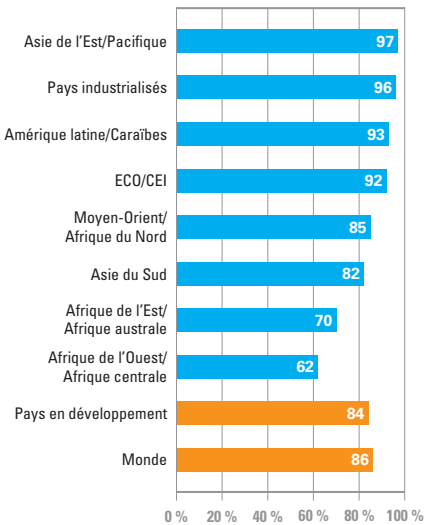
93 MILLIONS D'ENFANTS EN ÂGE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE PRIMAIRE NE SONT PAS SCOLARISÉS

Nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas scolarisés, par région (2006)



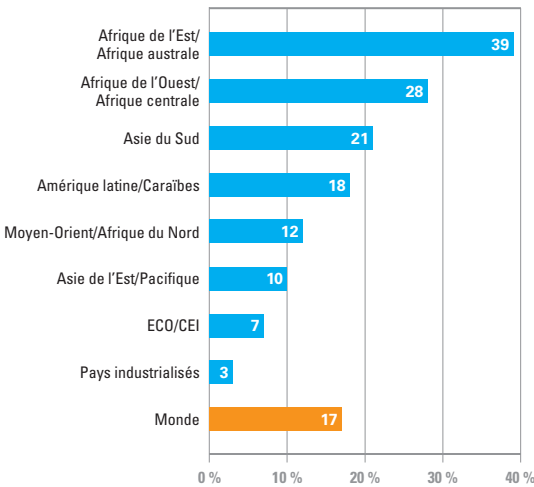
PLUS DE 85 % DES ENFANTS EN ÂGE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE PRIMAIRE SONT SCOLARISÉS

Taux net de scolarisation/fréquentation de l'école primaire, par région (2000-2006)



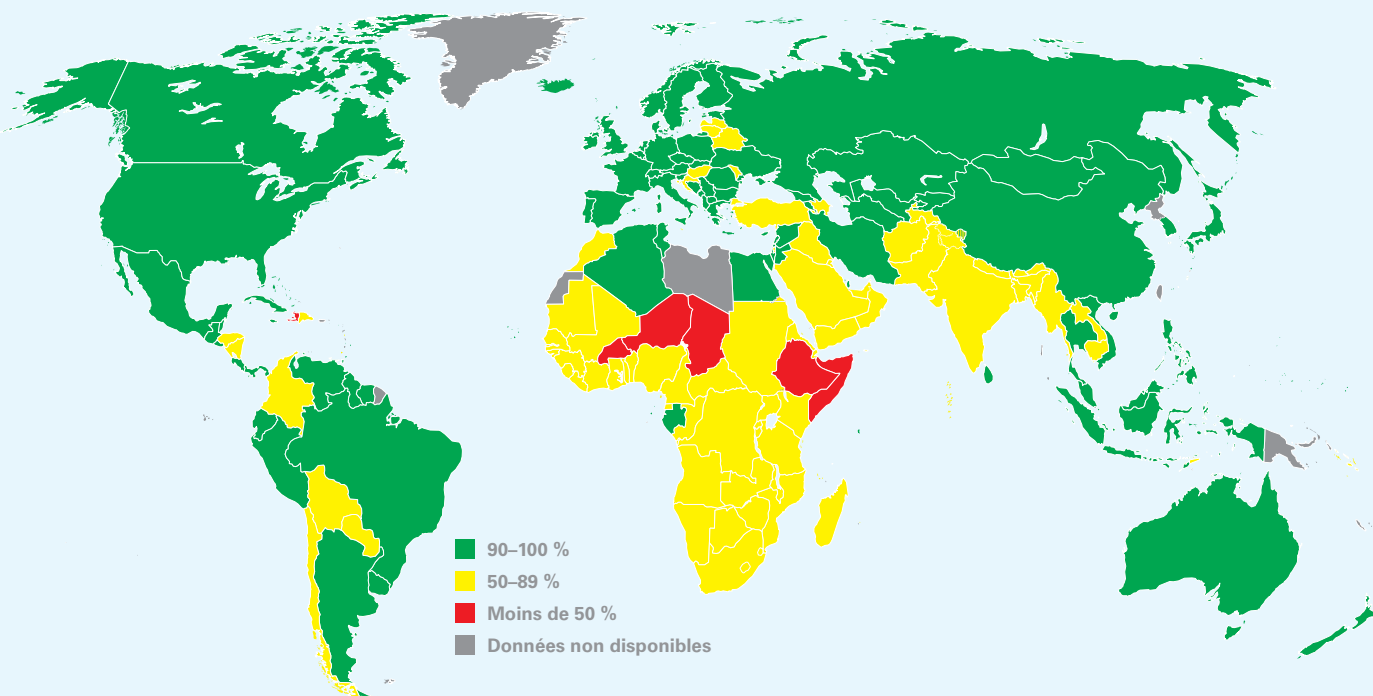
17 % DES ENFANTS EN ÂGE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE SECONDAIRE SONT À L'ÉCOLE PRIMAIRE

Taux de scolarisation dans le primaire/fréquentation d'enfants en âge de fréquenter l'école secondaire, par région (2000-2006)



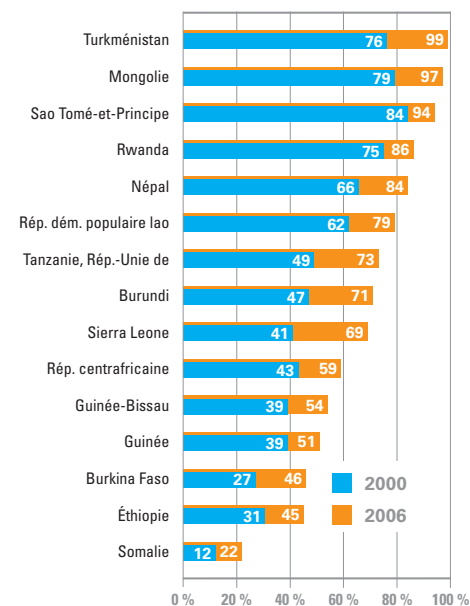
DANS PLUS DE 60 PAYS EN DÉVELOPPEMENT, AU MOINS 90 % DES ENFANTS EN ÂGE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE PRIMAIRE SONT SCOLARISÉS

Taux net de scolarisation/de fréquentation de l'école primaire (2000-2006)



DANS 15 PAYS, LES TAUX NETS DE FRÉQUENTATION DE L'ÉCOLE PRIMAIRE ONT AUGMENTÉ D'AU MOINS 10 POINTS DE POURCENTAGE ENTRE 2000 ET 2006

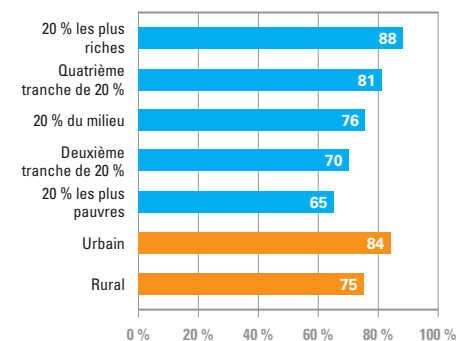
Tendances des taux nets de fréquentation de l'école primaire dans les pays où les taux ont augmenté de 10 points de pourcentage ou plus (2000–2006)



LA RICHESSE DES MÉNAGES EST LE DÉTERMINANT LE PLUS IMPORTANT DE LA FRÉQUENTATION SCOLAIRE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Les enfants des ménages les plus pauvres sont ceux qui ont le moins de chances de fréquenter l'école primaire

Taux net de fréquentation de l'école primaire, par caractéristiques familiales (2000–2006)



Source des chiffres cités aux pages 12–13 : données de l'UNICEF relatives à l'éducation, 2007 et Institut de la Statistique de l'UNESCO, *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2007*. L'analyse des disparités se fonde sur des enquêtes sur les ménages (EDS et MICS) menées dans 95 pays en développement en 2000-2006.

Concernant les données relatives à l'éducation primaire

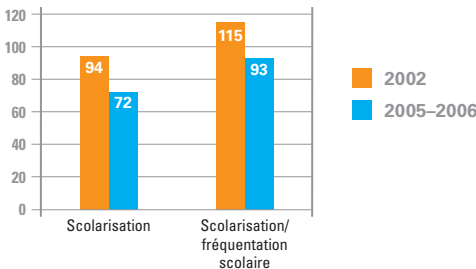
Pour dresser un tableau complet de la participation des enfants à l'école, l'UNICEF s'appuie sur deux sources d'informations : les données relatives à la scolarisation, extraites des registres administratifs, et les données relatives à la fréquentation scolaire, extraites des enquêtes sur les ménages. L'analyse de l'UNICEF se démarque donc de celle des autres organisations, y compris l'UNESCO, qui fondent leur analyse uniquement sur les données relatives à la scolarisation. La moitié des pays a recours à plus d'une source pour réunir des données sur l'éducation primaire.

Les taux de scolarisation sont généralement plus élevés que les taux de fréquentation scolaire. En Afrique de l'Est/Afrique australe, le taux de scolarisation est de 13 % plus élevé que le taux de fréquentation scolaire. Quand on tient compte des données sur la fréquentation scolaire et des données sur la scolarisation, les estimations relatives au nombre d'enfants non scolarisés sont inévitablement plus élevées, et les progrès vers la réalisation des objectifs liés à l'éducation sont moins rapides.

Par enfants en âge de fréquenter l'école primaire non scolarisés on entend les enfants de ce groupe d'âge particulier qui ne fréquentent ni l'école primaire, ni l'école secondaire, mais qui peuvent être inscrits dans des programmes préscolaires ou d'autres écoles qui ne font pas partie du système d'enseignement officiel.

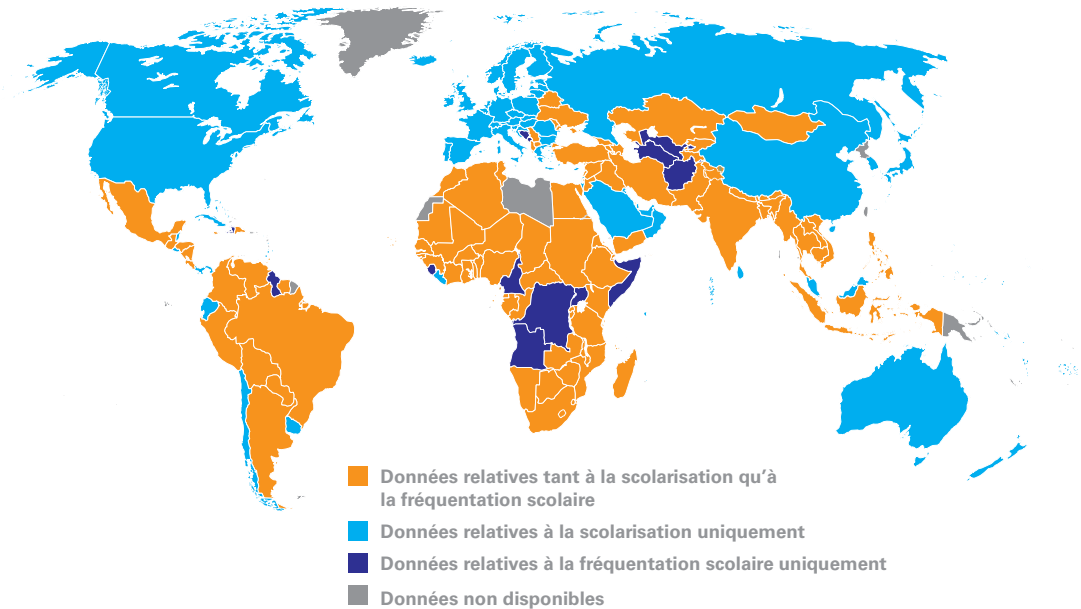
LE NOMBRE D'ENFANTS NON SCOLARISÉS A CHUTÉ
Les deux méthodes utilisées pour calculer les estimations révèlent un recul

Estimation (en millions) du nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire non scolarisés en utilisant les données nettes relatives à la scolarisation et les données combinées nettes relatives à la scolarisation/fréquentation scolaire (2002 et 2005-2006)



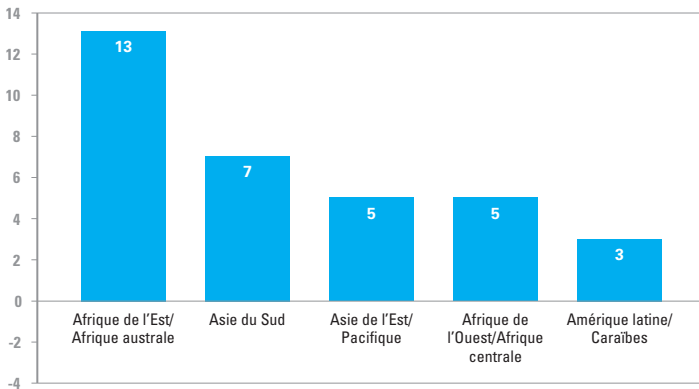
LA MOITIÉ DES PAYS UTILISENT PLUS D'UNE SOURCE POUR RÉUNIR DES DONNÉES SUR L'ÉDUCATION PRIMAIRE

Source des données utilisées dans les analyses de l'UNICEF (2000-2006)



LES TAUX DE SCOLARISATION DANS LE PRIMAIRE CONSTITUENT-ILS UNE SURESTIMATION DE LA PARTICIPATION SCOLAIRE ?

Différence en points de pourcentage entre le taux net de scolarisation et le taux net de fréquentation scolaire au niveau du primaire, dans les régions où la différence est de 3 points de pourcentage au moins, 1999-2006



Source des chiffres cités sur cette page : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007; notamment données sur la scolarisation et la fréquentation scolaire pour 95 pays, données sur la scolarisation uniquement pour 83 pays, et données sur la fréquentation scolaire uniquement pour 13 pays (2000-2006); et Institut de la Statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation 2007

Objectif défini dans Un monde digne des enfants : garantir progressivement l'éducation secondaire

L'éducation secondaire est essentielle pour permettre à chaque enfant de réaliser individuellement son potentiel et pour aider les nations à progresser sur le plan du développement économique et social. Pourtant, 60 % seulement des enfants du groupe d'âge approprié fréquentent l'école secondaire. En Afrique subsaharienne, le taux chute à un quart; dans cette région, un nombre beaucoup plus élevé d'enfants en âge de fréquenter l'école secondaire est toujours sur les bancs de l'école primaire. Plus la famille d'un enfant est pauvre, plus faibles sont ses chances de pouvoir fréquenter un jour l'école secondaire.

DE NOMBREUX ENFANTS EN ÂGE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE SECONDAIRE FRÉQUENTENT L'ÉCOLE PRIMAIRE OU NE SONT PAS SCOLARISÉS

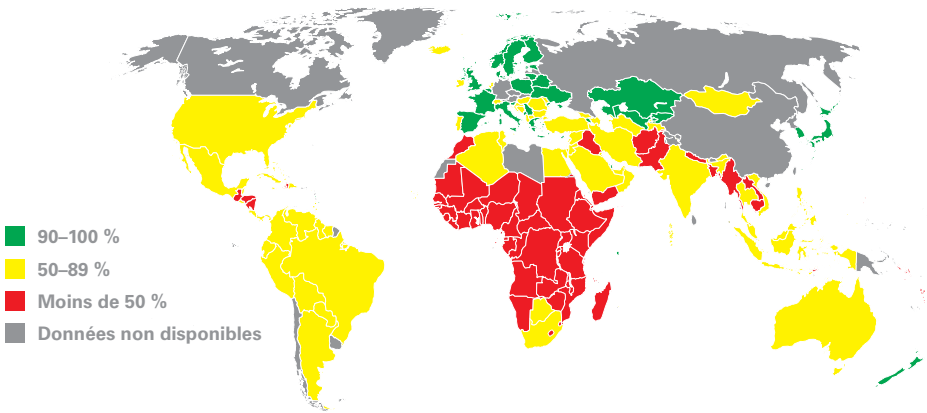
Répartition, en pourcentage, des enfants en âge de fréquenter l'école secondaire, par niveau de scolarité et par région (2000–2006)

	À l'école secondaire (%)	À l'école primaire (%)	En dehors du système d'éducation formelle (%)
Afrique subsaharienne	25	34	41
Afrique de l'Est/ Afrique australe	23	39	38
Afrique de l'Ouest/ Afrique centrale	27	28	45
Asie du Sud	53	21	26
Moyen-Orient/ Afrique du Nord	58	12	30
Asie de l'Est/Pacifique	66	10	24
Amérique latine/Caraïbes	66	18	16
ECO/CEI	83	7	10
Pays industrialisés	92	3	5
Monde	60	16	24

DANS DE NOMBREUX PAYS EN DÉVELOPPEMENT, LA FRÉQUENTATION DE L'ÉCOLE SECONDAIRE EST TROP FAIBLE

Seuls 13 pays et territoires en développement affichent des taux de participation à l'école secondaire égaux ou supérieurs à 90 %

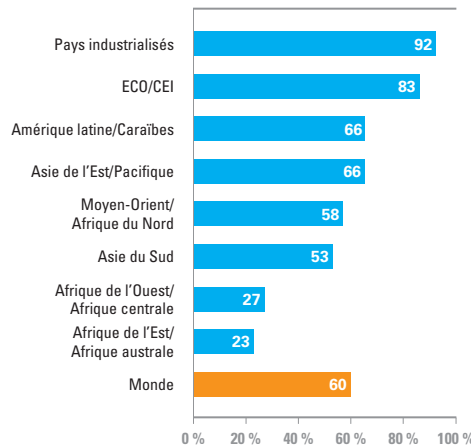
Taux net de scolarisation/fréquentation de l'école secondaire (2000–2006)



SEULS 60 % DES ENFANTS EN ÂGE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE SECONDAIRE LA FRÉQUENTENT

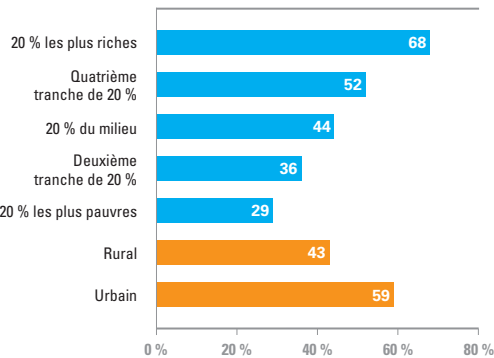
En Afrique subsaharienne, ils sont moins de 30 %

Taux nets de scolarisation/de fréquentation de l'école secondaire, par région (2000–2006)



LES MÉNAGES LES PLUS PAUVRES, DANS LES ZONES RURALES, AFFICHENT LES NIVEAUX LES PLUS FAIBLES DE FRÉQUENTATION DE L'ÉCOLE SECONDAIRE

Taux nets de fréquentation de l'école secondaire, en fonction des caractéristiques familiales (2000–2006)



OMD 3

PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Cible de l'OMD : 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

La parité des sexes dans l'éducation primaire et secondaire

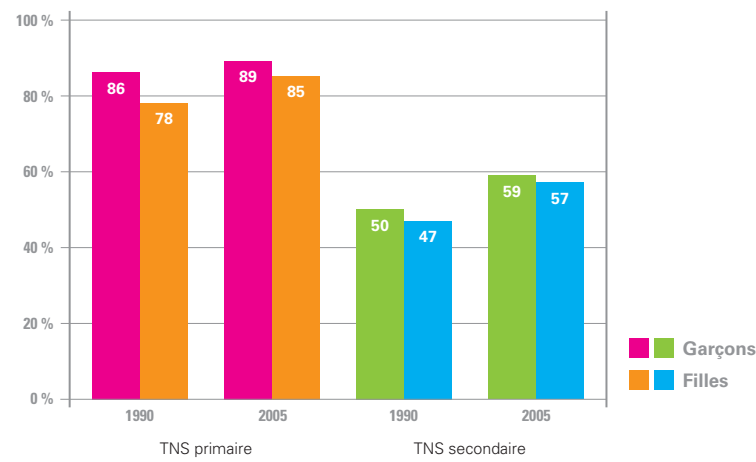
L'éducation des filles a progressé partout, mais pas suffisamment pour donner accès à une éducation de base aux millions de filles qui ne vont toujours pas à l'école. En 2005, l'année cible pour cet objectif, près des deux tiers des pays et territoires avaient atteint la parité des sexes dans l'éducation primaire, mais dans plusieurs autres pays – en particulier en Afrique subsaharienne – les filles sont encore désavantagées.

On constate des différences non négligeables entre les régions. Les écarts les plus larges entre les garçons et les filles au niveau du primaire apparaissent dans les régions de l'Afrique de l'Ouest/Afrique centrale, du Moyen-Orient/ Afrique du Nord et de l'Asie du Sud. Les disparités les plus profondes se rencontrent dans les zones rurales et au sein des familles défavorisées.

Environ un tiers des pays avaient atteint la parité des sexes dans l'enseignement secondaire en 2005. Cependant, en ce qui concerne l'égalité et l'autonomisation des femmes, la parité des sexes n'est qu'un point de départ. L'OMD dépeint l'éducation comme étant une expérience enrichissante qui aide filles et garçons à réaliser tout leur potentiel au sein de la société.

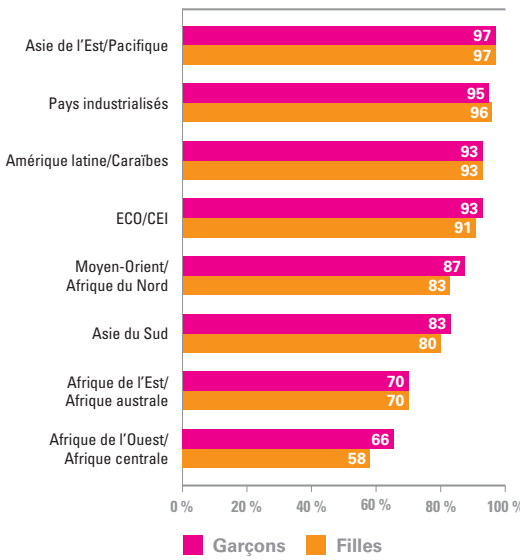
L'ÉCART ENTRE LES SEXES DANS L'ÉDUCATION SE RÉDUIT LORSQUE LE TAUX DE SCOLARISATION PROGRESSE

Taux nets de scolarisation (TNS) des filles et des garçons, niveau primaire et secondaire (1990 et 2005)



LES ÉCARTS ENTRE LES SEXES AU NIVEAU DE L'ÉCOLE PRIMAIRE SE SONT COMBLÉS EN ASIE DE L'EST/PACIFIQUE, EN AMÉRIQUE LATINE/CARAÏBES ET EN AFRIQUE DE L'EST/AFRIQUE AUSTRALE

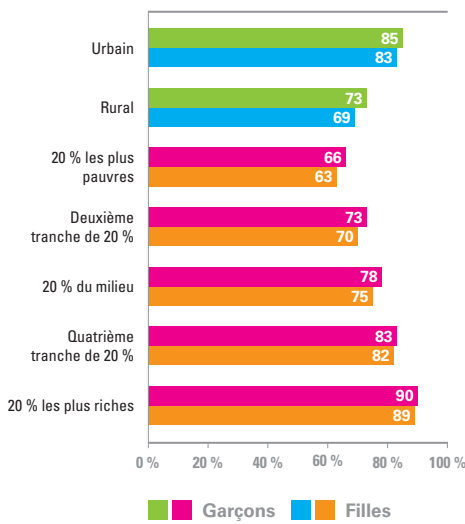
Taux nets de scolarisation/de fréquentation au niveau de l'école primaire des garçons et des filles, par région (2000–2006)



LES DISPARITÉS ENTRE LES SEXES SONT LES PLUS MARQUÉES DANS LES MÉNAGES PAUVRES DES ZONES RURALES

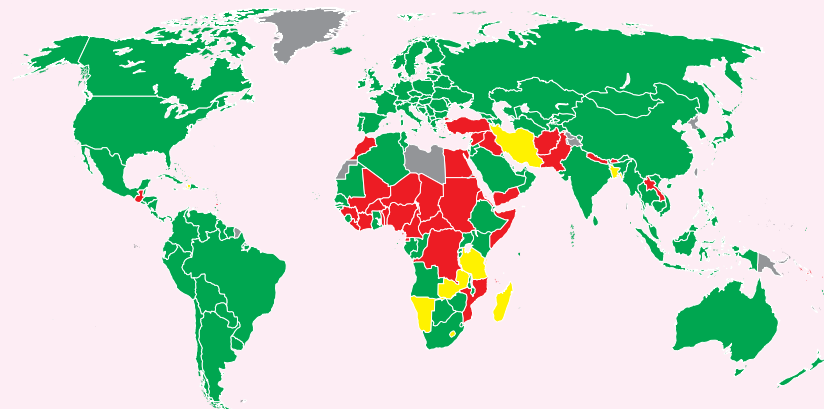
Dans les ménages aisés des zones urbaines, la parité est pratiquement atteinte

Taux nets de fréquentation de l'école primaire des garçons et des filles, par caractéristiques familiales (2000–2006)



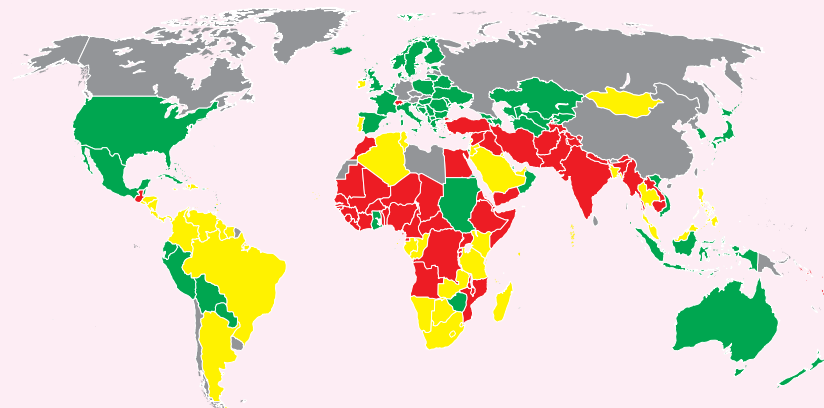
DE NOMBREUX PAYS ONT ATTEINT LA PARITÉ DES SEXES AU NIVEAU DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE...

Indicateur de parité des sexes (IPS) dans l'éducation primaire (2000–2006)



... MAIS ILS SONT MOINS NOMBREUX À SE RAPPROCHER DE LA PARITÉ AU NIVEAU DE L'ÉDUCATION SECONDAIRE

Indicateur de parité des sexes (IPS) dans l'éducation secondaire (2000–2006)



- IPS compris entre 0,96 et 1,04, soit pratiquement des pourcentages égaux de scolarisation des garçons et des filles
- IPS inférieur à 0,96, soit un pourcentage plus élevé de garçons scolarisés que de filles
- IPS supérieur à 1,04, soit un pourcentage plus élevé de filles scolarisées que de garçons
- Données non disponibles

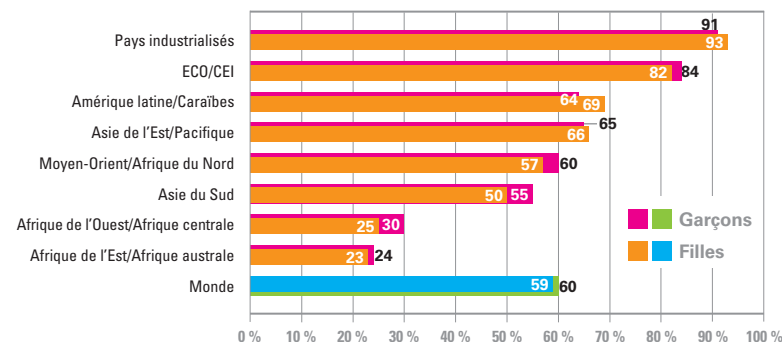
Note : l'indicateur de parité des sexes (IPS) s'obtient en divisant le taux net de scolarisation/fréquentation scolaire des filles par le taux net de scolarisation/fréquentation scolaire des garçons.

Source des chiffres cités aux pages 16-17 : bases de données mondiales de l'UNICEF 2007 et Institut de la Statistique de l'UNESCO, *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2007*. L'analyse des disparités se fonde sur des données des enquêtes sur les ménages (EDS et MICS) obtenues dans les pays en développement sur la période 2000-2006.

CHEZ LES ENFANTS EN ÂGE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE SECONDAIRE...

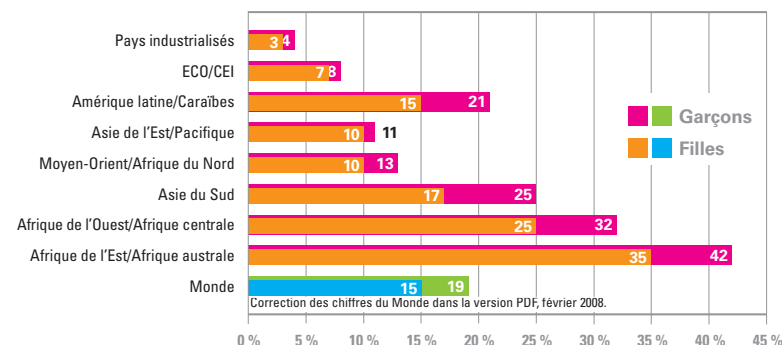
... Les écarts entre les sexes sont faibles au niveau de l'école secondaire

Taux net de scolarisation/fréquentation scolaire des garçons et des filles au niveau de l'école secondaire, par région (2000–2006)



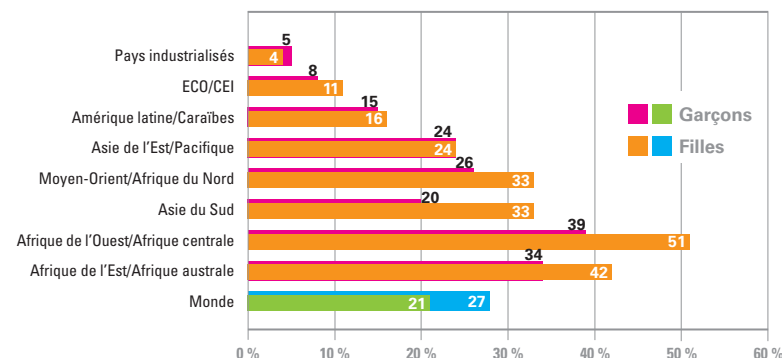
... Il y a plus de chances que les garçons soient présents à l'école primaire que les filles

Taux net de scolarisation/fréquentation de l'école primaire des garçons et des filles en âge de fréquenter l'école secondaire, par région (2000–2006)



... Les filles sont moins présentes à l'école que les garçons

Pourcentage de garçons et de filles en âge de fréquenter l'école secondaire qui ne sont pas scolarisés, par région (2000–2006)



OMD 4

RÉDUIRE LA MORTALITÉ INFANTILE

Cible de l'OMD : réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Mortalité des moins de cinq ans

En 2006, pour la première fois depuis que l'on calcule ces données, le nombre d'enfants qui meurent avant leur cinquième anniversaire est passé en dessous de la barre des 10 millions, à 9,7 millions. Ce tournant décisif est l'aboutissement d'un recul régulier, au niveau mondial, du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) depuis 1960.

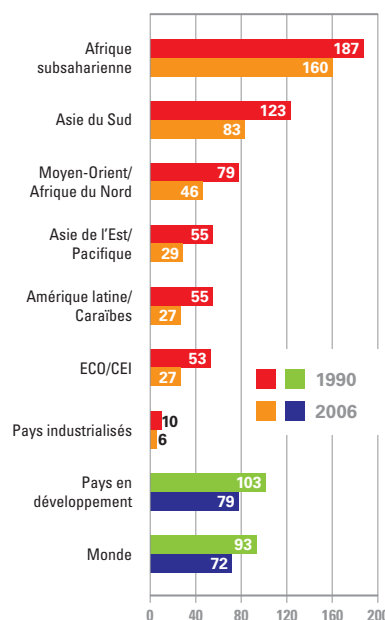
De nombreux pays affichent toujours cependant des taux élevés de mortalité infantile, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Ces dernières années, ils ont peu progressé, ou pas du tout, dans la réduction du nombre de décès d'enfants. Les progrès au niveau mondial sont insuffisants pour atteindre l'OMD 4.

Une analyse des caractéristiques propres à 63 pays en développement révèle que la mortalité infantile est nettement plus élevée chez les enfants vivant dans des zones rurales et dans les familles les plus pauvres.

La réalisation de l'OMD 4 serait extrêmement bénéfique. Si cet objectif est atteint, on évitera le décès de 5,4 millions d'enfants de moins de 5 ans rien qu'en 2015 (si l'on compare avec la situation en 2006). Par contre, si les tendances actuelles perdurent et si cet objectif n'est pas atteint, 4,3 millions de décès d'enfants supplémentaires risquent de survenir rien qu'en 2015.

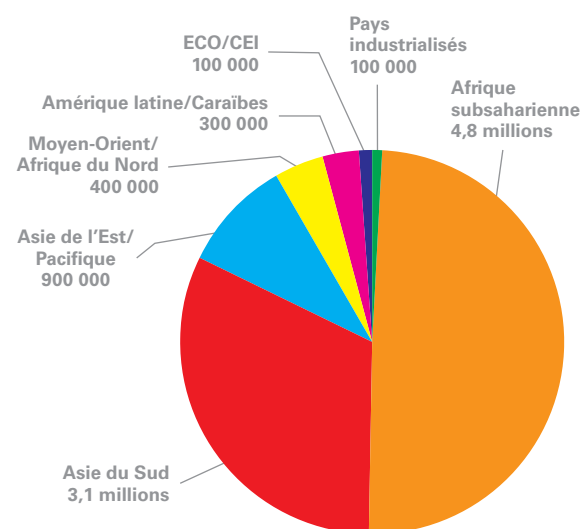
LA MORTALITÉ INFANTILE A RECLÉ ENTRE 1990 ET 2006

Tendances du taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes), par région (1990-2006)



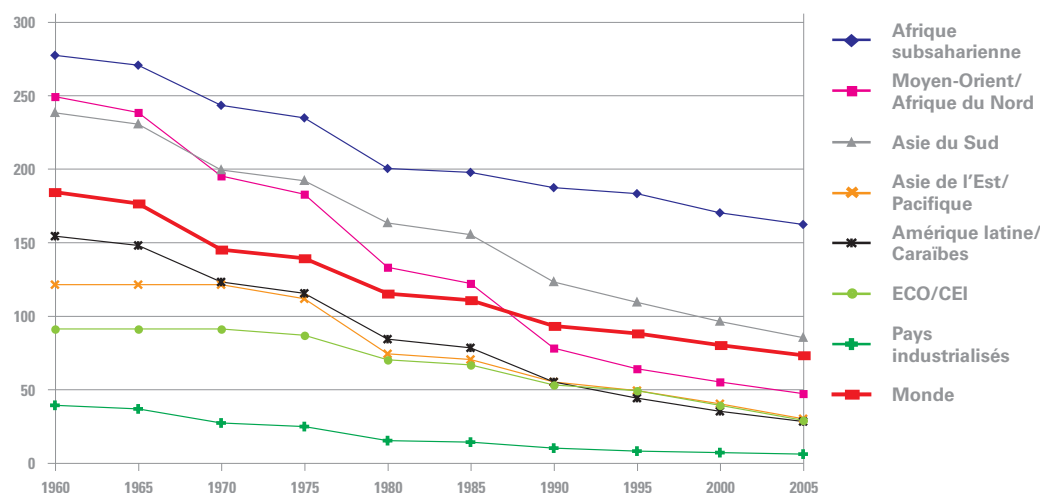
9,7 MILLIONS D'ENFANTS SONT MORTS EN 2006 AVANT LEUR CINQUIÈME ANNIVERSAIRE

Nombre estimatif de décès d'enfants de moins de cinq ans, par région (2006)

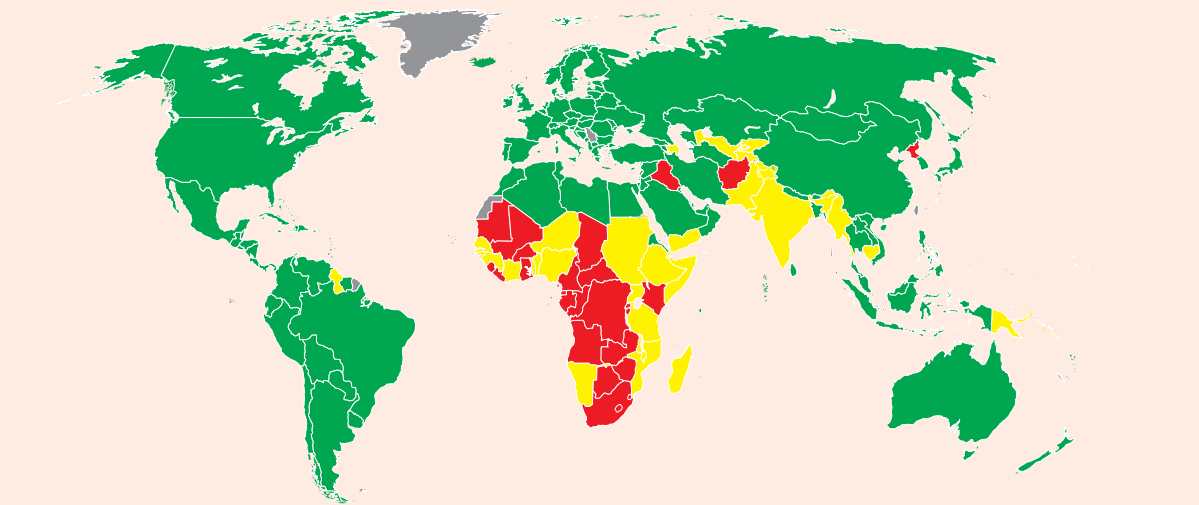


TENDANCES DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes), par région (1960-2005)



L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET L'ASIE DU SUD DOIVENT PROGRESSER PLUS RAPIDEMENT VERS L'OMD 4
Cependant, beaucoup de pays sont en bonne voie pour atteindre la cible



Progrès vers la réalisation de l'OMD 4, les pays étant classés en fonction des critères suivants :

- En bonne voie** : TMM5 inférieur à 40, ou TMM5 égal ou supérieur à 40 et TAMR égal ou supérieur à 4,0 %
- Pas de progrès** : TMM5 égal ou supérieur à 40 et TAMR inférieur à 1,0 %
- Progrès insuffisants** : TMM5 égal ou supérieur à 40 et TAMR est compris entre 1,0 % et 3,9 %
- Données non disponibles**

LES PROGRÈS D'ENSEMBLE OBTENUS DANS LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE SONT INSUFFISANTS POUR ATTEINDRE L'OMD 4

Les régions d'Amérique latine/Caraïbes, ECO/CEI et Asie de l'Est/Pacifique ont fait le plus de progrès

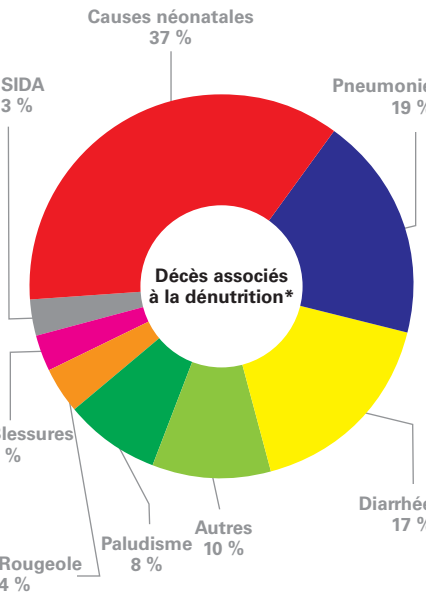
Taux annuel moyen de régression (TAMR) du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) observé pour la période 1990–2006 et nécessaire pendant la période 2007–2015 pour atteindre la cible de l'OMD

	TMM5		TAMR (%)		Progrès vers la cible de l'OMD
	1990	2006	Observé 1990–2006	Nécessaire 2007–2015	
Afrique subsaharienne	187	160	1,0	10,5	progrès insuffisants
Afrique de l'Est/Afrique australe	165	131	1,4	9,6	progrès insuffisants
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	208	186	0,7	11,0	pas de progrès
Moyen-Orient/Afrique du Nord	79	46	3,4	6,2	progrès insuffisants
Asie du Sud	123	83	2,5	7,8	progrès insuffisants
Asie de l'Est/Pacifique	55	29	4,0	5,1	en bonne voie
Amérique latine/Caraïbes	55	27	4,4	4,3	en bonne voie
ECO/CEI	53	27	4,2	4,7	en bonne voie
Pays industrialisés	10	6	3,2	6,6	en bonne voie
Pays en développement	103	79	1,7	9,3	progrès insuffisants
Monde	93	72	1,6	9,4	progrès insuffisants

Source des chiffres cités aux pages 18–19 : estimations de l'UNICEF fondées sur les travaux du Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant. L'analyse des disparités se fonde sur les données extraites des enquêtes sur les ménages (EDS et MICS) réalisées dans 63 pays en développement pendant la période 2000–2006. Mortalité des moins de cinq ans par cause : groupe de références épidémiologiques sur la santé de l'enfant (CHERG).

PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ DE L'ENFANT

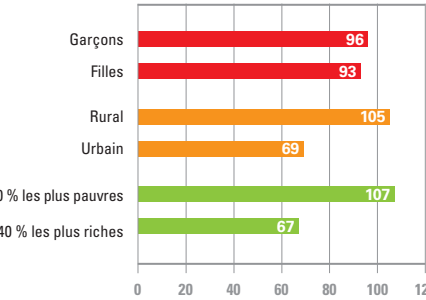
Répartition des causes de décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde (2000–2003)



* On estime que la dénutrition est une cause sous-jacente de la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans ou presque. Cette estimation sera révisée en 2008.

LE TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE EST PLUS ÉLEVÉ DANS LES ZONES RURALES ET LES MÉNAGES LES PLUS PAUVRES

Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) selon les caractéristiques familiales (1998–2006)



Indicateur de l’OMD : proportion d’enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole d’ici à 2005

Cible définie dans Un monde digne des enfants : réduire de moitié d’ici à 2005 le nombre de décès dus à la rougeole

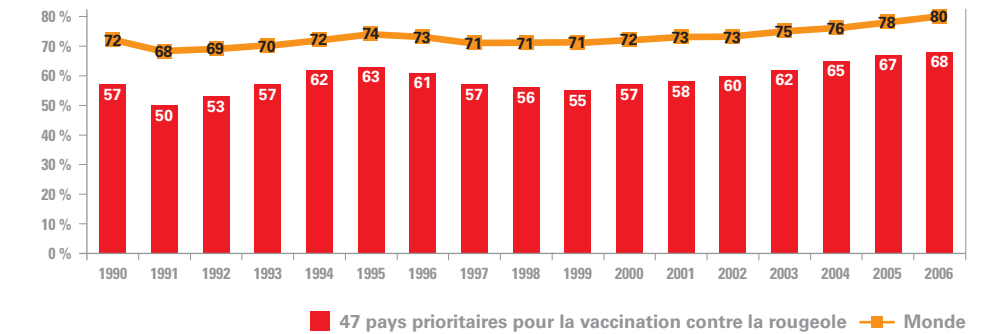
Grâce à l’amélioration de la couverture vaccinale de routine contre la rougeole et aux campagnes de suivi qui donnent aux enfants une deuxième chance d’être vaccinés, le nombre de décès dus à la rougeole a fortement reculé : de 60 % au niveau mondial et de 75 % en Afrique subsaharienne, entre 1999 et 2005. La cible fixée dans Un monde digne des enfants a donc été atteinte. Le nouveau défi consiste aujourd’hui à réduire de 90 % le taux de mortalité dû à la rougeole d’ici à 2010, un objectif fixé par l’UNICEF et l’Organisation mondiale de la Santé.

La rougeole est l’une des principales causes de mortalité infantile évitable par la vaccination; 95 % des décès surviennent dans 47 pays. Deux doses de vaccin anti-rougeoleux protègent efficacement les enfants contre la maladie.

Les cibles définies dans le document Un monde digne des enfants comprennent la vaccination de tous les enfants contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, la poliomyélite et le tétanos maternel/néonatal – ainsi que l’accès aux nouveaux vaccins. Au niveau mondial, la couverture par la troisième dose de vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos (DCT3) reste inchangée, à 79 % environ, et 80 % des nouveau-nés sont protégés contre le tétanos. Les cibles d’élimination du tétanos maternel/néonatal et de certification de l’éradication de la poliomyélite partout dans le monde avant 2005 n’ont pas été atteintes.

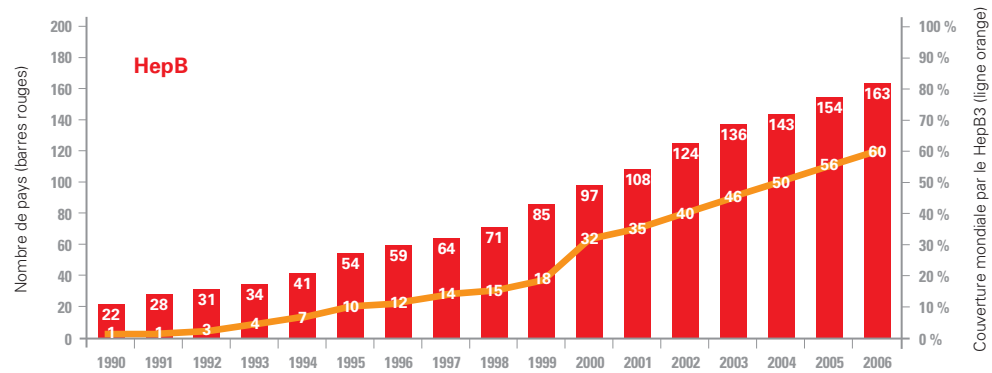
LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA ROUGEOLE A PROGRESSÉ RÉGULIÈREMENT DEPUIS 1990 DANS 47 PAYS PRIORITAIRES ET PARTOUT DANS LE MONDE

Tendances concernant la couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole (MCV, 1990–2006)



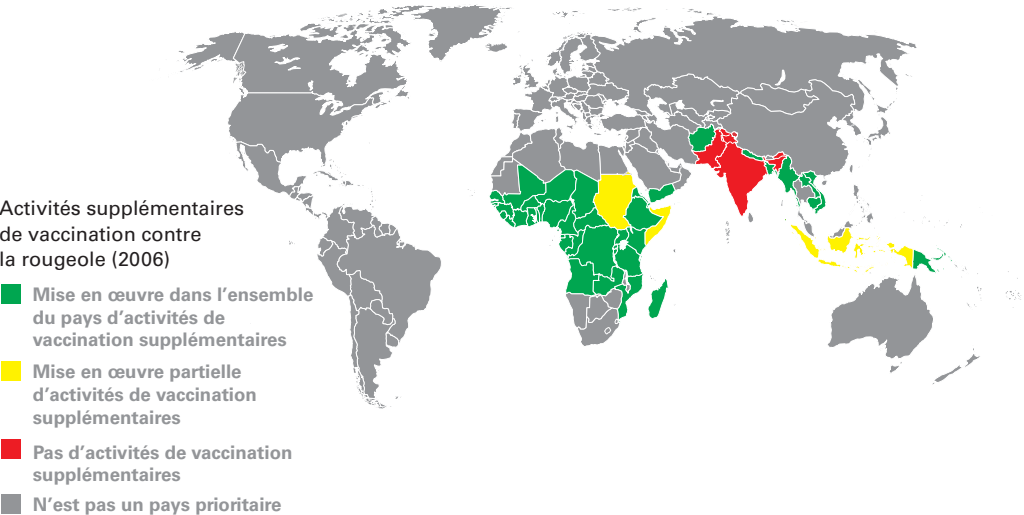
DEPUIS 1990, LA PLUPART DES PAYS ONT COMMENCÉ À VACCINER CONTRE L’HÉPATITE B (Hepb) ET HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B (Hib)

Nombre de pays qui ont introduit l’HepB et l’Hib dans leurs programmes de vaccination infantile, avec pourcentages mondiaux de la population cible ayant reçu trois doses de vaccin HepB (1990–2006)



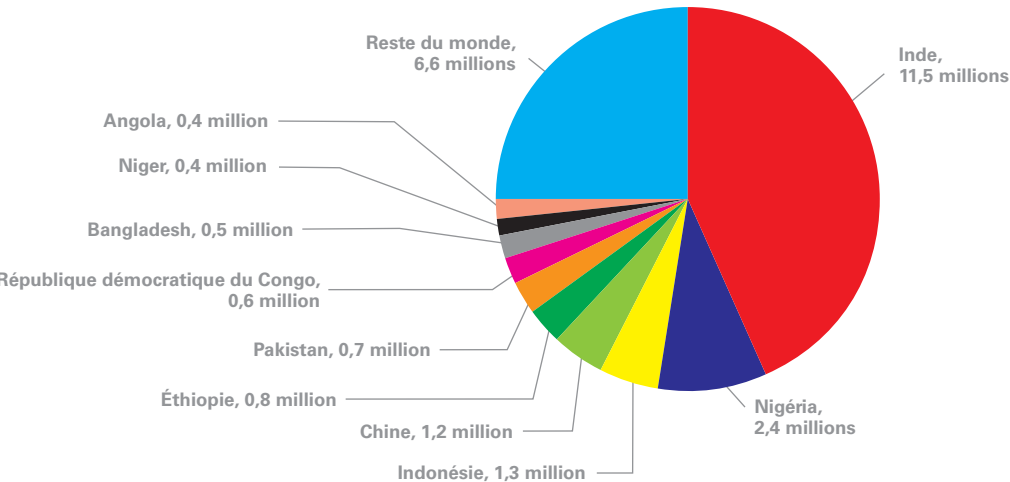
EN 2006, 42 PAYS PRIORITAIRES SUR LES 47 QUI ENREGISTRENT LA PLUPART DES DÉCÈS PAR LA ROUGEOLE AVAIENT ACHEVÉ LEURS ACTIVITÉS SUPPLÉMENTAIRES DE VACCINATION

Seuls cinq pays prioritaires n'ont pas offert d'activités supplémentaires de vaccination contre la rougeole au niveau national



SUR LES 26 MILLIONS D'ENFANTS DANS LE MONDE QUI NE SONT PAS VACCINÉS PAR LE DTC3, 20 MILLIONS VIVENT DANS 10 PAYS

Nombre d'enfants qui ne sont pas vaccinés par le DTC3 (2006)



Source des chiffres cités aux pages 20–21 : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007. Rougeole et DTC3 : Groupe de travail commun OMS/UNICEF sur la vaccination, 2007. Carte : données provenant de la campagne OMS/UNICEF en faveur de la deuxième dose, 2006. HepB et Hib : formulaires communs OMS/UNICEF sur la vaccination, 1991–2007. Poliomyélite : OMS, 2007.

LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA ROUGEOLE S'EST ÉLARGIE DANS PRATIQUEMENT TOUTES LES RÉGIONS ENTRE 1990 ET 2006

	Couverture par le MCV, première dose (%)	
	1990	2006
Afrique subsaharienne	57	72
Afrique de l'Est/Afrique australe	62	76
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	52	68
Moyen-Orient/Afrique du Nord	80	89
Asie du Sud	56	65
Asie de l'Est/Pacifique	89	89
Amérique latine/Caraïbes	76	93
ECO/CEI	82	97
Pays industrialisés	83	93
Pays en développement	71	78
Pays les moins avancés	56	74
Monde	72	80

Note : les estimations plus anciennes pour l'ECO/CEI datent de 1992; pas de données disponibles pour la période 1990–1991.

RECUIL SPECTACULAIRE DU NOMBRE DE CAS DE POLIOMYÉLITE DEPUIS 1990

	1990	2006
Nombre de pays dans lesquels la poliomyélite est endémique	>110	4
Nombre de cas à l'échelle mondiale	23 366	2 000

Cible définie dans Un monde digne des enfants : réduire d’un tiers le nombre de décès dus aux affections respiratoires aiguës

La pneumonie fait plus de victimes chez les enfants que n’importe quelle autre maladie – plus que le SIDA, le palu-disme et la rougeole réunis. Environ 2 millions d’enfants de moins de 5 ans y succombent chaque année – soit environ un décès d’enfant sur cinq dans le monde. Et jusqu’à un million de nourrissons succombent à des infections graves, la pneumonie notamment, pendant la période néonatale.

La prévention de la pneumonie chez les enfants est essentielle pour réduire le nombre de décès d’enfants. Et pourtant, seule une personne sur quatre qui élèvent des enfants sait recon-naître les deux principaux symptômes de la pneumonie – une respiration difficile et haletante – qui indiquent que l’enfant doit être traité immédiatement. Plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans qui semblent souffrir de pneumonie dans le monde en développement sont emmenés chez un soignant approprié, mais cette proportion a peu augmenté depuis 2000.

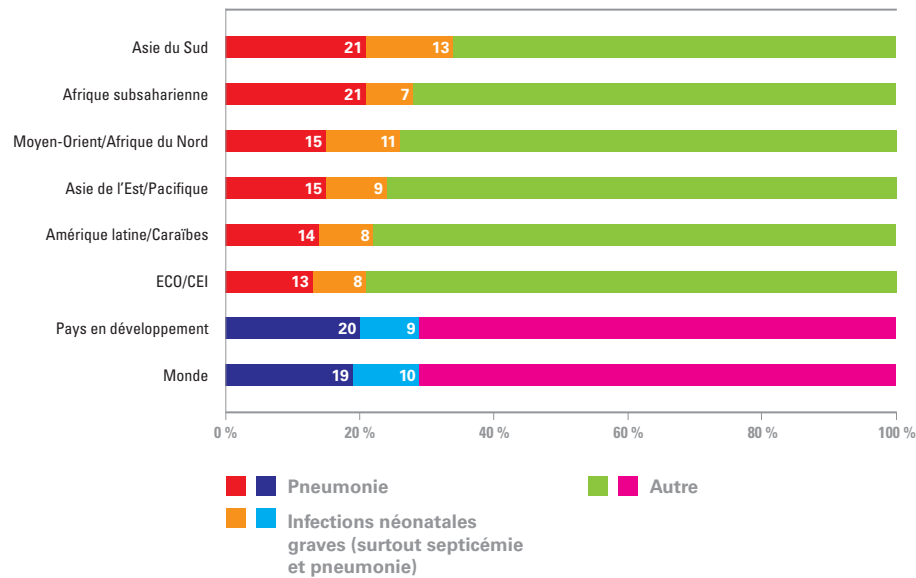
UTILISATION D’ANTIBIOTIQUES POUR TRAITER LA PNEUMONIE : NOUVELLES DONNÉES

Pourcentage d’enfants de moins de 5 ans présumés atteints d’une pneumonie et qui sont traités par antibiotiques dans 36 pays (2005–2006)

Pays	Pourcentage	Pays	Pourcentage
Iraq	82	Tadjikistan	41
Ex-République yougoslave de Macédoine	74	République centrafricaine	39
Bosnie-Herzégovine	73	Albanie	38
Mongolie	71	Cameroun	38
République arabe syrienne	71	Trinité-et-Tobago	34
Bélarus	67	Ghana	33
Thaïlande	65	Kazakhstan	32
Gambie	61	Somalie	32
Algérie	59	Malawi	29
Monténégro	57	Burundi	26
Serbie	57	Togo	26
Ouzbékistan	56	Népal	25
Honduras	54	Bangladesh	22
Jamaïque	52	Sierra Leone	21
Turkménistan	50	Côte d’Ivoire	19
Kirghizistan	45	Burkina Faso	15
Djibouti	43	Arménie	11
Guinée-Bissau	42	Haïti	3

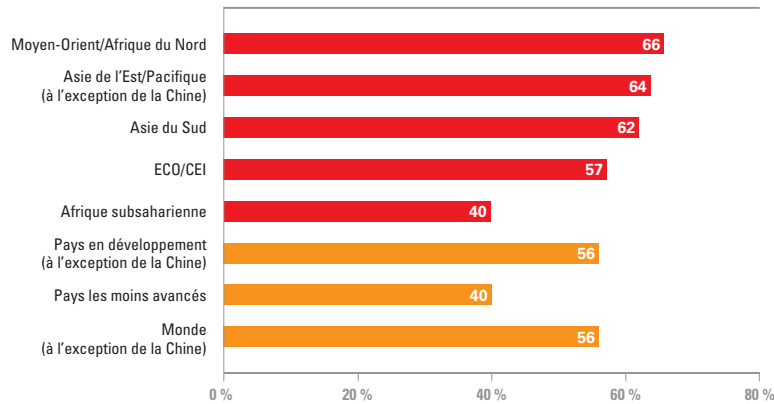
LA PNEUMONIE TUE DAVANTAGE D’ENFANTS DE PAR LE MONDE QUE TOUTE AUTRE CAUSE UNIQUE

Pourcentage de décès d’enfants de moins de 5 ans dus à la pneumonie et aux infections néonatales graves, par région (2000–2003)



PLUS DE LA MOITIÉ DES ENFANTS SOUFFRANT DE PNEUMONIE SONT TRAITÉS PAR DES SOIGNANTS APPROPRIÉS

Pourcentage d’enfants de moins de 5 ans présumés atteints de pneumonie emmenés chez un soignant approprié, par région (2000–2006)



Source des chiffres cités sur cette page : bases de données mondiales de l’UNICEF, 2007. Utilisation d’antibiotiques : enquêtes en grappes à indicateurs multiples et Enquêtes démographiques et sanitaires dans 36 pays, 2005–2006. Cause du décès : Groupe de références épidémiologiques sur la santé de l’enfant (CHERG), avec une analyse supplémentaire réalisée par l’UNICEF.

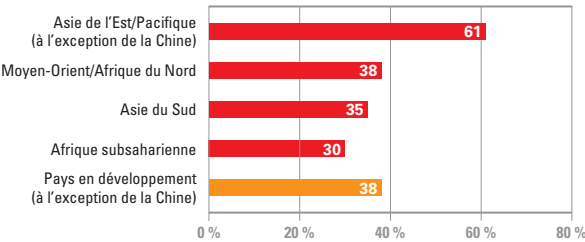
Cible définie dans Un monde digne des enfants : réduire de moitié le nombre de décès par diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans

Les maladies diarrhéiques provoquent chaque année près de 2 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans, ce qui fait de ce fléau la deuxième cause la plus courante de décès d'enfants de par le monde. Depuis plus de 20 ans, la thérapie par réhydratation orale (TRO) est la pierre angulaire de la lutte contre ces maladies. Les recommandations concernant son utilisation ont toutefois évolué au fil des années, ce qui explique la pénurie relative de données comparables concernant ce traitement à partir du début et jusqu'au milieu des années 1990. Les données disponibles indiquent que la couverture pour le traitement des enfants de moins de 5 ans semble s'être fortement améliorée dans le monde en développement (à l'exception de la Chine) ces dix dernières années, y compris en de nombreuses régions d'Afrique subsaharienne. La couverture reste toutefois trop faible.

Au nombre des mesures de prévention des épisodes diarrhéiques chez l'enfant on peut citer la promotion de l'allaitement exclusif au sein, l'amélioration des taux de supplémentation en vitamine A, une meilleure hygiène, une utilisation plus fréquente de sources améliorées d'eau potable et de meilleures installations d'assainissement, ainsi que des mesures encourageant la consommation de zinc et la vaccination contre les rotavirus.

PRÈS D'UN TIERS DES ENFANTS SOUFFRANT DE MALADIES DIARRHÉIQUES DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT REÇOIVENT LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée traités par la réhydratation orale ou par une augmentation du volume de fluides avec poursuite de l'alimentation, par région (2000–2006)

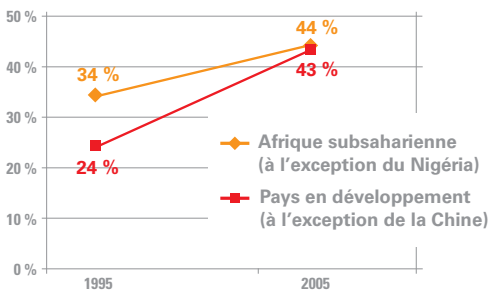


Source des chiffres cités sur cette page : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007. L'analyse des tendances s'appuie sur un sous-groupe de 31 pays en développement pour lesquels des données comparables étaient disponibles; l'estimation pour l'Afrique subsaharienne n'inclut pas le Nigéria, et l'estimation pour les pays en développement n'inclut pas la Chine. L'analyse des disparités s'appuie sur un sous-groupe de 83 pays pour lesquels des données sur les caractéristiques familiales étaient disponibles.

LA COUVERTURE PAR LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ S'EST NETTEMENT ÉLARGIE ENTRE 1995 ET 2005

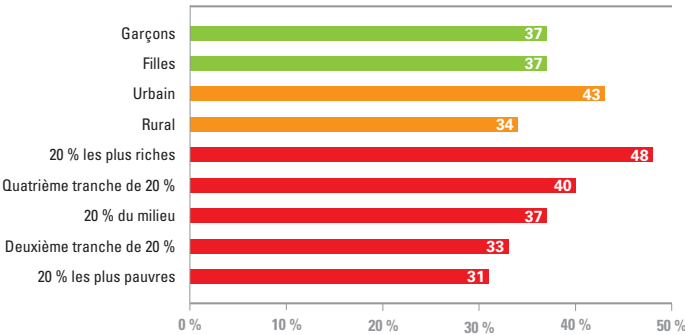
Cependant les données sont limitées

Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée traités par la réhydratation orale ou par une augmentation du volume de fluides avec poursuite de l'alimentation, sur la base d'une analyse des chiffres réunis dans 31 pays en développement (1995–2005)



LES ENFANTS VIVANT DANS DES MÉNAGES PAUVRES ET DANS DES ZONES RURALES ONT MOINS DE CHANCES DE RECEVOIR LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ EN CAS DE MALADIES DIARRHÉIQUES

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée traités par la réhydratation orale ou par une augmentation du volume de fluides avec poursuite de l'alimentation dans les pays en développement, en fonction des caractéristiques familiales (2000–2006)



THÉRAPIE DE RÉHYDRATATION ORALE : DES DÉFINITIONS QUI CHANGENT

Les recommandations du Programme concernant la manière de traiter les maladies diarrhéiques ont changé au fil du temps pour intégrer les méthodes qui obtiennent de bons résultats à domicile et dans la communauté. Dans les années 1980, l'Organisation mondiale de la Santé recommandait de traiter les épisodes diarrhéiques à l'aide d'une solution de sels de réhydratation orale (SRO); les recherches effectuées par la suite ont révélé que les fluides préparés à domicile – en particulier ceux qui contiennent du sodium et du glucose, du saccharose et d'autres hydrates de carbone, tels que les solutions à base de céréales – pouvaient être tout aussi efficaces. Au début des années 1990, on soulignait l'importance d'administrer davantage de fluides et de continuer à alimenter l'enfant, et plus récemment d'utiliser du zinc et des SRO à faible osmolarité dans la prévention et le traitement des épisodes diarrhéiques.

Traitement recommandé	Indicateur utilisé pour surveiller le traitement
Thérapie de réhydratation orale (TRO) (fin des années 1980 jusqu'à 1993)	Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée traitée par des sels de réhydratation orale (SRO) et/ou des fluides recommandés préparés à domicile
Prise en charge de la diarrhée à domicile (1993 à 2004)	Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée traités par une augmentation du volume de fluides avec poursuite de l'alimentation
TRO ou augmentation du volume de fluides avec poursuite de l'alimentation (2004 à aujourd'hui)	Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée traités par la TRO (SRO et/ou fluides recommandés préparés à domicile) ou augmentation du volume de fluides avec poursuite de l'alimentation

Cible définie dans Un monde digne des enfants : une attention particulière doit être accordée aux soins prénatals et postnatals, aux soins obstétriques essentiels et aux soins aux nouveau-nés, notamment pour les femmes et les enfants habitant dans des régions dépourvues de services

Chaque année, environ 4 millions d’enfants meurent lors des 28 premiers jours de leur vie, à savoir la période dite néonatale. Étant donné que les décès de nouveau-nés représentent 37 % des décès d’enfants de moins de 5 ans, il est indispensable d’améliorer la survie néonatale – de faire reculer la mortalité infantile – pour atteindre l’OMD 4.

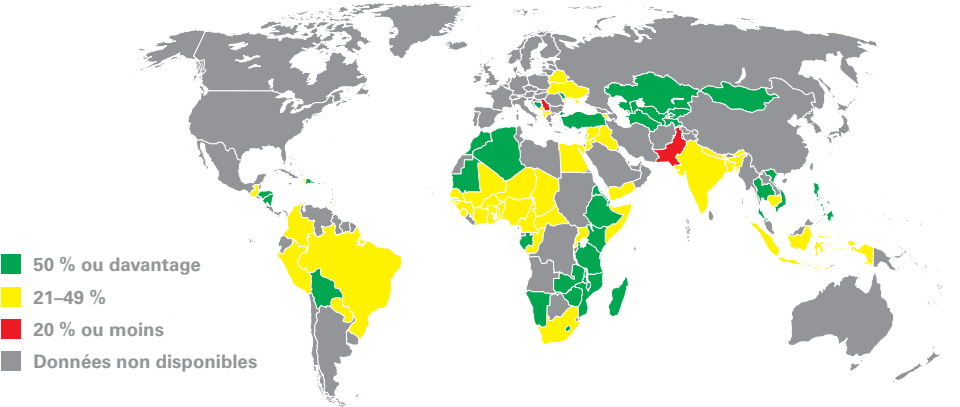
Pour faire baisser le nombre de décès de nouveau-nés, il faut améliorer la santé des femmes pendant la grossesse, fournir des soins appropriés à la mère et au nouveau-né pendant l’accouchement et immédiatement après la naissance et prendre soin du bébé pendant les premières semaines de la vie. Les interventions qui sont à la fois économiques et faisables sont les suivantes : amorcer l’allaitement maternel dans l’heure qui suit la naissance de l’enfant, garantir une bonne hygiène du cordon ombilical, garder le bébé au chaud, reconnaître les signes de danger et rechercher les soins appropriés, et administrer des soins spéciaux aux nourrissons souffrant d’insuffisance pondérale. La chaîne de soins dès la grossesse et pendant la petite enfance doit intégrer les programmes communautaires de façon à renforcer les systèmes de santé.

Un ensemble d’indicateurs permettant d’évaluer les interventions destinées aux nouveau-nés est en cours d’élaboration. Il faut encore les peaufiner et les inclure dans les enquêtes sur les ménages.

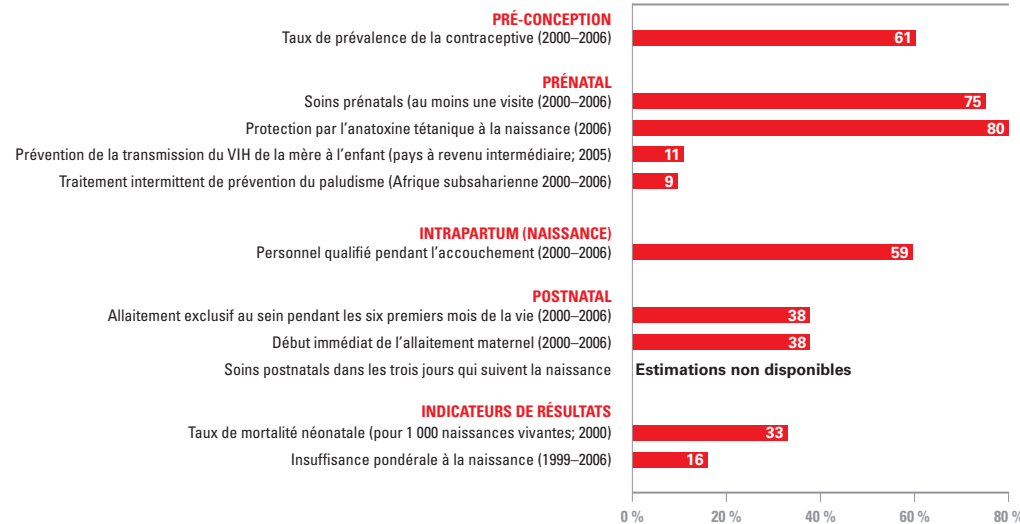
Note : la couverture par plusieurs interventions visant à améliorer la survie des nouveau-nés est analysée dans d’autres chapitres de ce Bilan statistique. En ce qui concerne les interventions liées à la nutrition, comme l’allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie, se référer aux pages 10 et 11; concernant les interventions pendant la grossesse et l’accouchement, voir pages 28 et 29; concernant la prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant, voir page 34.

POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DU NOUVEAU-NÉ, LA MÈRE DOIT COMMENCER À ALLAITER DANS L’HEURE QUI SUIT LA NAISSANCE

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont allaité leur nourrisson dans l’heure qui a suivi la naissance (1990–2006)

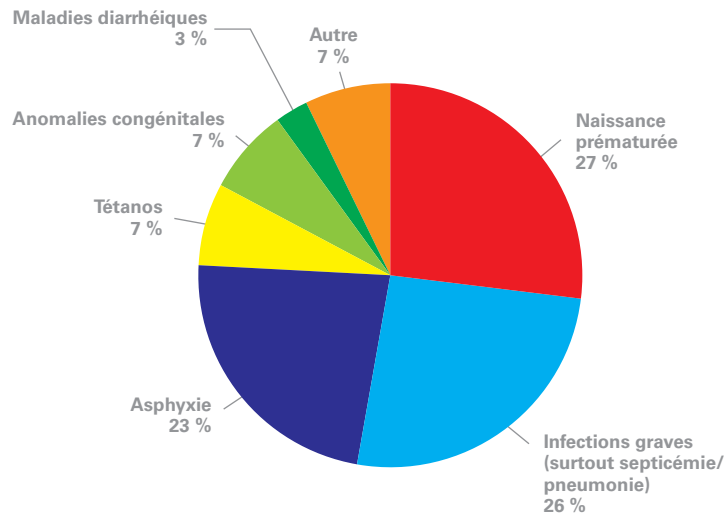


COUVERTURE PAR LES INTERVENTIONS ESSENTIELLES À LA SURVIE DU NOUVEAU-NÉ DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT



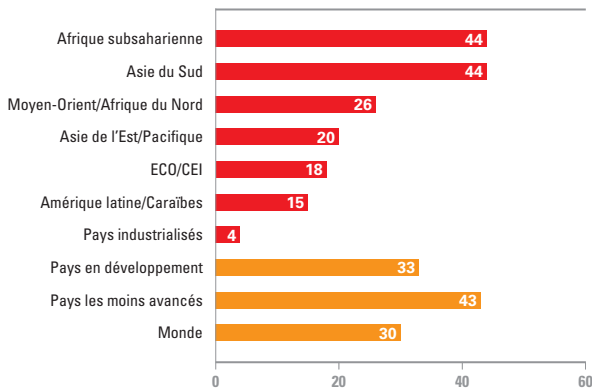
CHACQUE ANNÉE, ENVIRON 4 MILLIONS DE NOUVEAU-NÉS MEURENT AU COURS DES 28 JOURS QUI SUIVENT LEUR NAISSANCE

Classement des décès néonataux par cause (2000)



LES NOUVEAU-NÉS DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT COURENT HUIT FOIS PLUS DE RISQUES DE MOURIR QUE LES NOUVEAU-NÉS DES PAYS INDUSTRIALISÉS

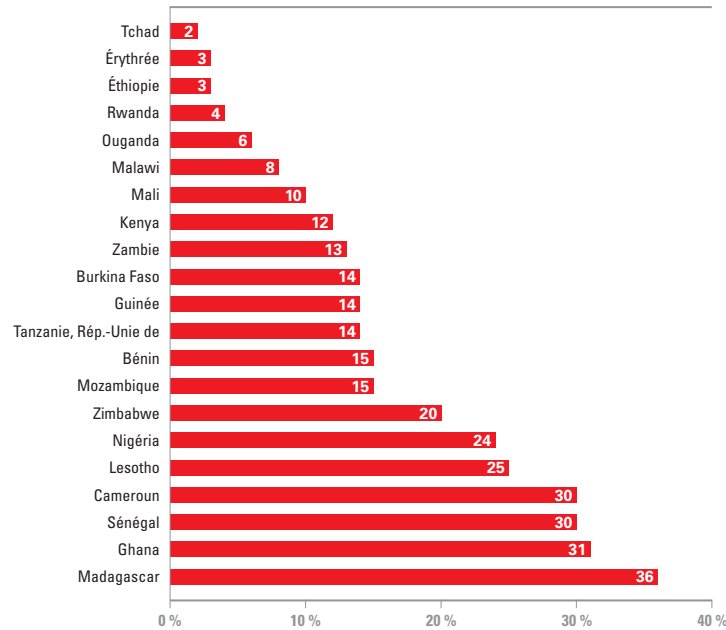
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), par région (2000)



Source des chiffres cités aux pages 24–25 : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007. Classement mondial des décès néonataux, par cause: Lawn, Joy E., Simon Cousens et Jelka Zupans, « 4 million neonatal deaths? When? Where? Why? », *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 3 mars 2005, pp.891-900. Interventions essentielles : Darmstadt, G.L., et al., « Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborns can we save? » Série sur la survie du nouveau-né publiée dans *The Lancet*, vol. 365, no. 9463, 12 mars 2005, pp. 997-968 mars 2005.

LES NOUVEAU-NÉS SONT PEU NOMBREUX À RECEVOIR DES SOINS POSTNATALS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Proportion de femmes ayant accouché en dehors d'un établissement de santé et dont les nouveau-nés ont été examinés dans les trois jours qui ont suivi leur naissance (1999–2005)



PRINCIPALES INTERVENTIONS PERMETTANT DE FAIRE RECULER LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ NÉONATALES

Pré-conception	Supplémentation en acide folique
Prénatales	Dépistage et traitement de la syphilis Prévention de l'éclampsie Vaccination par l'anatoxine tétanique Traitement préventif intermittent du paludisme Dépistage et traitement de la bactérie asymptomatique
Intrapartum (naissance)	Antibiotiques en cas de rupture de membranes avant terme Corticostéroïdes en cas de travail avant terme Dépistage et prise en charge de la malposition (siège) Surveillance du travail pour un diagnostic précoce des complications Pratiques d'accouchement hygiéniques
Postnatales	Réanimation du nouveau-né Allaitement maternel Prévention et prise en charge de l'hypothermie Technique de soins « mère kangourou » (pour nourrissons souffrant d'insuffisance pondérale) en établissement de santé Prise en charge communautaire des cas de pneumonie

OMD 5

AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

Cible de l'OMD : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

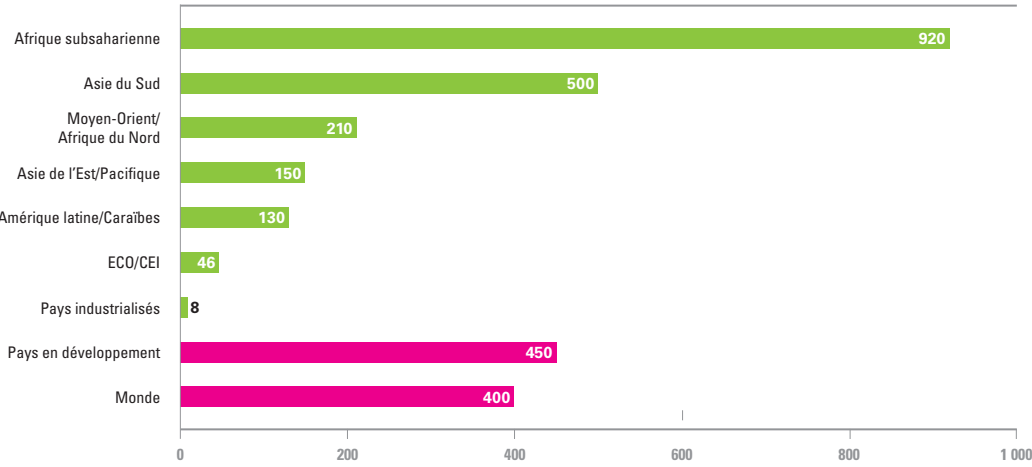
Mortalité maternelle

Une étude récente des chiffres révèle que si un certain nombre de pays à revenu intermédiaire ont accompli des progrès concernant la réduction du nombre de décès maternels, les pays à faibles revenus, en particulier en Afrique subsaharienne, affichent moins de progrès. Dans l'ensemble du monde en développement, les taux de mortalité maternelle restent trop élevés puisque plus de 500 000 femmes meurent chaque année de complications pendant leur grossesse et l'accouchement. Près de la moitié de ces décès surviennent en Afrique subsaharienne et environ un tiers en Asie du Sud – ces deux régions enregistrent ensemble près de 85 % des décès maternels. En Afrique subsaharienne, le risque sur la vie entière pour une femme de succomber à des complications liées à la maternité est de 1 sur 22, un taux énorme quand on le compare à celui de 1 sur 8 000 qu'affichent les pays industrialisés.

Les causes des décès maternels varient profondément selon les régions et les pays. Les hémorragies sont la cause principale de décès maternels en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, tandis que les troubles liés à l'hypertension pendant la grossesse et le travail jouent un rôle plus important en Amérique latine/Caraïbes. Dans les pays industrialisés, la majorité des décès s'expliquent par d'autres causes, notamment les complications liées à l'anesthésie et aux césariennes.

L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET L'ASIE DU SUD AFFICHENT LES TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE LES PLUS ÉLEVÉS

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes, par région (2005)



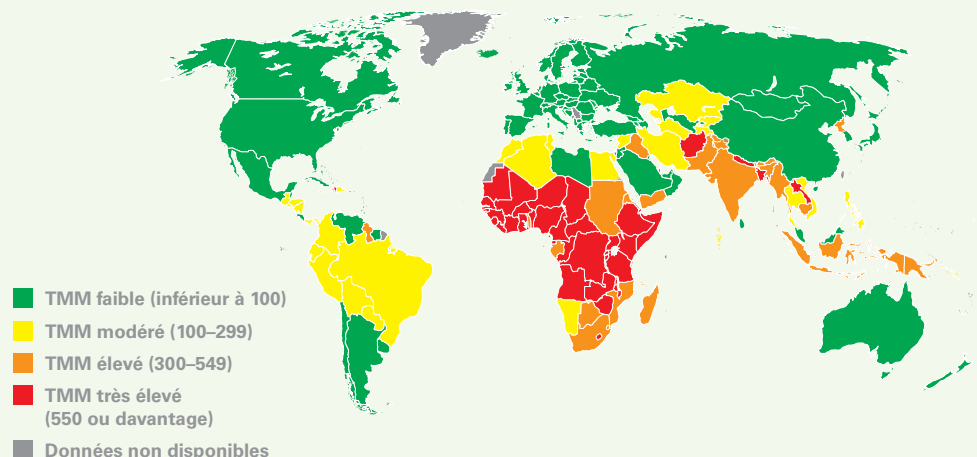
LE RISQUE DE DÉCÈS MATERNEL SUR LA VIE ENTIÈRE EST DE 1 SUR 22 EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET DE 1 SUR 8 000 DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS

Risque de décès maternel sur la vie entière, par région (2005)

Risque de décès maternel sur la vie entière	1 sur :
Afrique subsaharienne	22
Afrique de l'Est/Afrique australe	29
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	17
Moyen-Orient/Afrique du Nord	140
Asie du Sud	59
Asie de l'Est/Pacifique	350
Amérique latine/Caraïbes	280
ECO/CEI	1 300
Pays industrialisés	8 000
Pays en développement	76
Pays les moins avancés	24
Monde	92

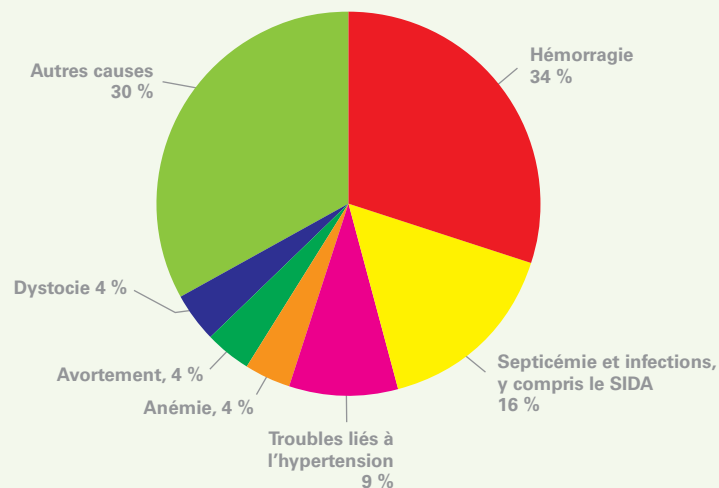
LES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET D'ASIE DU SUD AFFICHENT LES TAUX LES PLUS ÉLEVÉS DE MORTALITÉ MATERNELLE

Taux de mortalité maternelle (TMM) pour 100 000 naissances vivantes (2005)



PLUS D'UN TIERS DES DÉCÈS MATERNELS EN AFRIQUE SONT IMPUTABLES AUX HÉMORRAGIES

Classement par cause des décès maternels en Afrique, en pourcentage (1997-2002)



Note : les autres causes comprennent les grossesses extra-utérines, embolies, autres causes directes et indirectes et décès non classés. Le total figurant dans le camembert ne correspond pas à 100 % parce que l'on a arrondi les chiffres.

Source des chiffres cités aux pages 26–27 : Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, Fonds des Nations Unies pour la population et Banque mondiale. *Mortalité maternelle en 2005-2007*. Causes des décès maternels : Khan, Khalid S., et al., 2006 « WHO Analysis of Causes of Maternal Deaths: A Systematic Review », *The Lancet*, vol. 367, no. 9516, 1er avril 2006, pp. 1066-1074.

POURQUOI IL EST DIFFICILE DE MESURER LA MORTALITÉ MATERNELLE

Il est difficile d'évaluer la mortalité maternelle, surtout là où les taux sont les plus élevés. Il s'agit de réunir des informations sur des décès de femmes en âge d'avoir des enfants, sur la condition de leur grossesse au moment du décès ou peu avant et sur la cause médicale du décès – autant de conditions difficiles à mesurer, surtout quand les systèmes d'enregistrement sont peu développés. Les décès maternels sont aussi relativement rares, même dans les régions où la mortalité est élevée et sont susceptibles d'erreurs de mesures. C'est pourquoi l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale ont mis au point une méthode permettant d'ajuster les données compte tenu du fait que les décès ne sont pas systématiquement déclarés ou sont mal classés, produisant ainsi des estimations fondées sur un modèle pour les pays qui manquent de données fiables au niveau national. Ces estimations (pour l'année 2005) sont présentées dans ce bilan statistique.

L'analyse des tendances à long terme pose un problème en raison des larges zones d'incertitude qui entourent les données. Toutefois, une analyse récente de la mortalité maternelle fondée sur des estimations pour 1990 et 2005 révèle que la mortalité maternelle a reculé au niveau mondial, bien que ces progrès ne soient pas suffisants pour atteindre l'OMD 5. L'analyse révèle aussi que pendant cette période, les progrès ont été limités en Afrique subsaharienne, la région qui affiche les taux de mortalité maternelle les plus élevés.

Cible de l’OMD : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

La présence d’un personnel qualifié pendant l’accouchement est essentielle pour faire reculer le nombre de décès maternel et, depuis 1995, chaque région du monde en développement a amélioré sa couverture. Dans l’ensemble, dans le monde en développement, près de 60 % des accouchements ont lieu sous la surveillance d’un personnel sanitaire qualifié (médecin, infirmier ou sage-femme). La proportion la plus faible d’accouchements sous surveillance d’un personnel qualifié se trouve en Afrique subsaharienne (43 %) et en Asie du Sud (41 %), qui sont aussi les deux régions affichant le plus grand nombre de décès maternels.

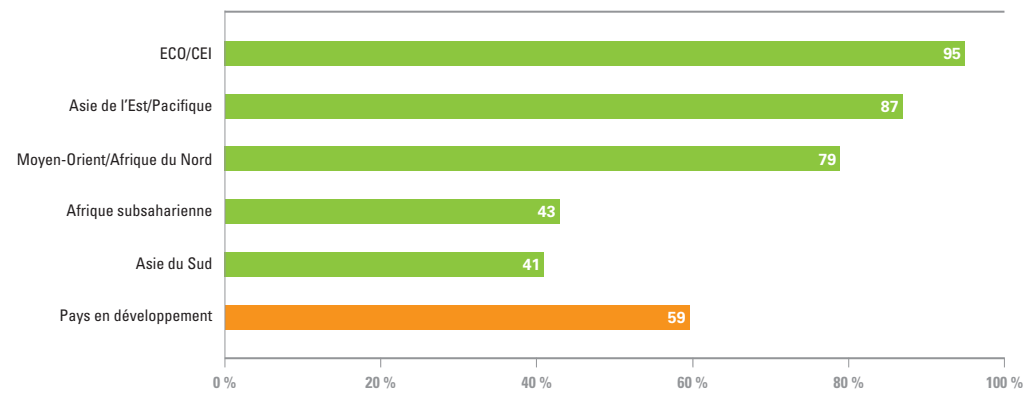
La période prénatale est aussi idéale pour faire bénéficier les femmes enceintes d’un certain nombre d’interventions essentielles à leur santé et à leur bien-être, ainsi qu’à ceux de leur nourrisson. Chaque région a fait des progrès en termes de couverture par les soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse. Dans le monde en développement en général, la proportion de femmes ayant accès aux soins prénatals est passée de 60 % autour de 1995 à 75 % autour de 2005. Toutefois, un grand nombre de femmes ne se rendent pas aux quatre consultations prénatales recommandées par l’UNICEF et l’Organisation mondiale de la Santé.

Si la prévalence de la contraception chez les femmes mariées ou vivant en union est relativement élevée (61 %) partout dans le monde en développement, l’Afrique subsaharienne est loin à la traîne, avec 23 % seulement des femmes mariées utilisant des moyens de contraception.

DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT, PRÈS DE 60 % DES NAISSANCES ONT LIEU EN PRÉSENCE D’UN PERSONNEL DE SANTÉ QUALIFIÉ

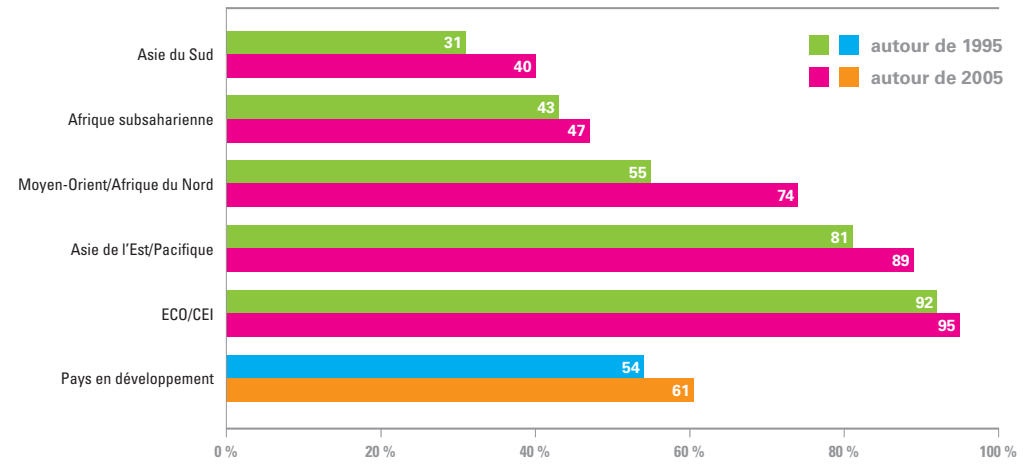
L’Afrique subsaharienne et l’Asie du Sud sont à la traîne

Pourcentage de naissances en présence d’un personnel de santé qualifié, par région (2000–2006)



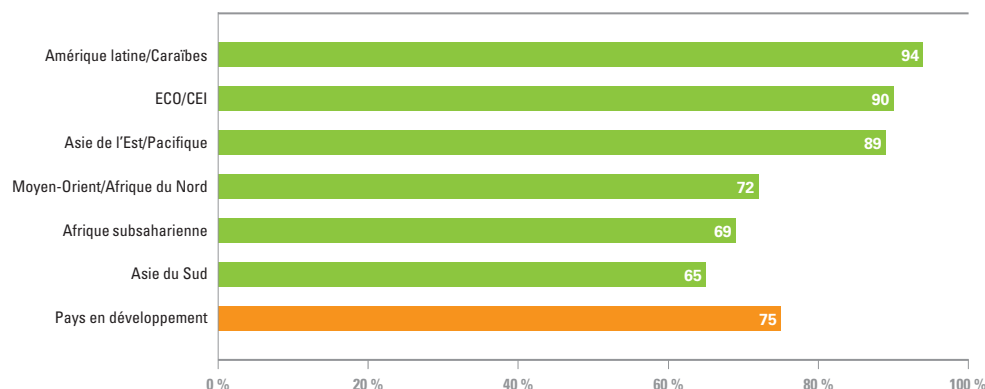
AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE, TOUTES LES RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT ONT ÉLARGI LEUR COUVERTURE DE SOINS QUALIFIÉS PENDANT L’ACCOUCHEMENT

Tendances concernant le pourcentage de naissances en présence d’un personnel de santé qualifié, par région, sur la base de données tendancielles d’un sous-groupe de 89 pays (autour de 1995 et autour de 2005)



DANS LE MONDE EN DÉVELOPPEMENT, LES TROIS QUARTS DES FEMMES ONT ÉTÉ EXAMINÉES PAR UN SOIGNANT QUALIFIÉ AU MOINS UNE FOIS PENDANT LEUR GROSSESSE

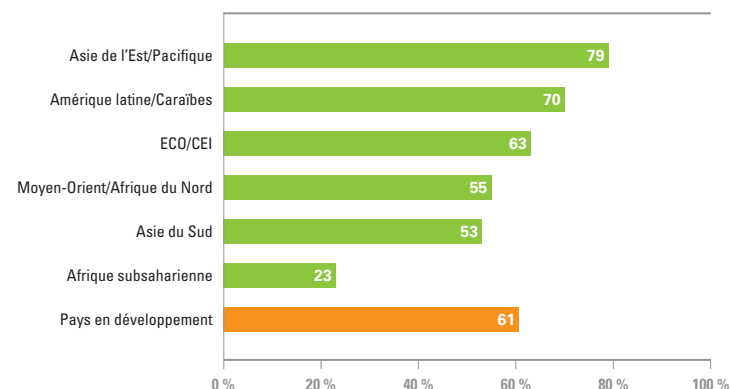
Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont allées en consultation auprès d'un soignant qualifié au moins une fois pendant leur grossesse, par région (2000–2006)



EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE, L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION EST LA PLUS FAIBLE

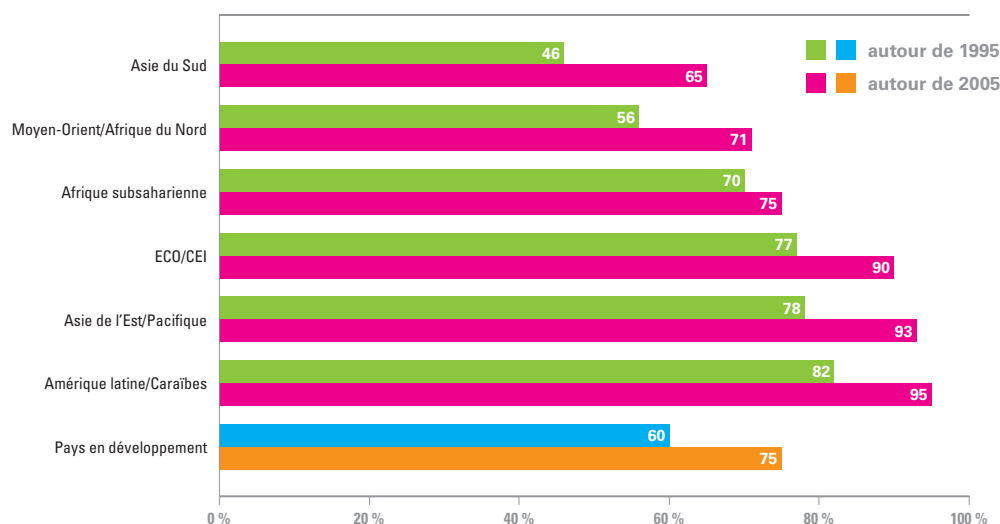
Moins d'un quart des femmes africaines planifient leurs grossesses

Pourcentage de femmes mariées ou vivant en union âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode de contraception, par région (2000–2006)



TOUTES LES RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT ONT ÉLARGI LEUR COUVERTURE DE SOINS PRÉNATAUX AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

Tendances concernant le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont allées consulter un soignant qualifié au moins une fois pendant leur grossesse, par région, sur la base de données tendancielle d'un sous-groupe de 89 pays (autour de 1995 et autour de 2005)



Sources des chiffres cités aux pages 28–29 : présence d'un personnel qualifié lors de l'accouchement : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007; l'analyse des tendances se fonde sur un sous-groupe de 80 pays pour lesquels des données sur les tendances sont disponibles pour la période autour de 1995 et autour de 2005. Soins prénatals : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007; l'analyse des tendances se fonde sur un sous-groupe de 67 pays pour lesquels des données sur les tendances sont disponibles pour la période autour de 1995 et autour de 2005 et elle n'inclut pas la Chine. Prévalence de la contraception : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007.

OMD 6

COMBATTRE LE VIH ET LE SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Cible de l'OMD : d'ici à 2015, stopper la propagation du VIH et du SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle

Indicateur de l'OMD : prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans

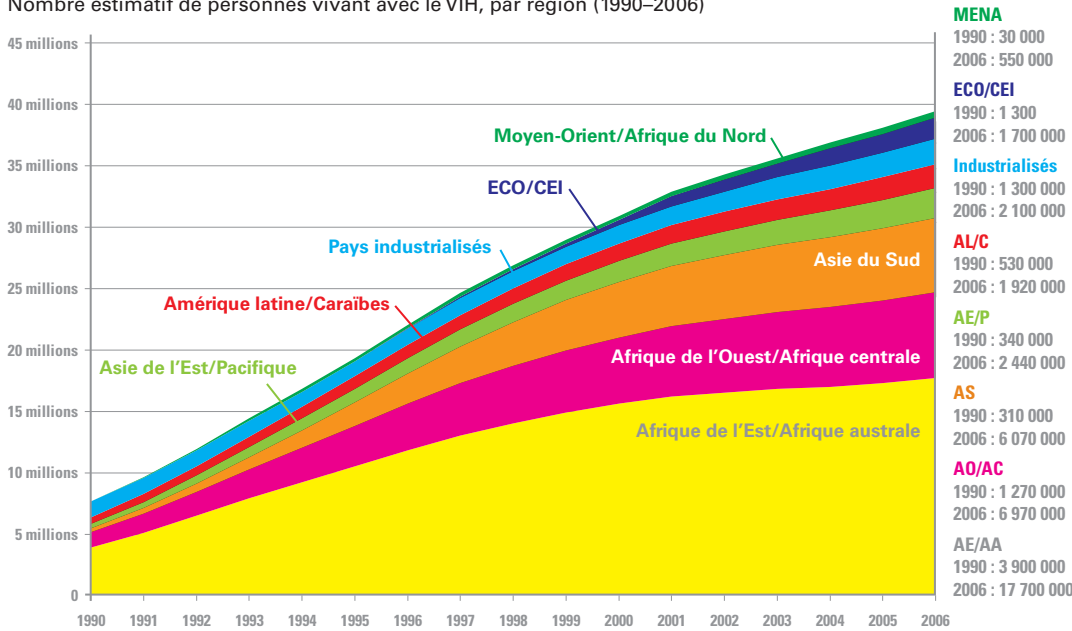
Prévalence du VIH

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a continué à augmenter de par le monde, et plus de 10 millions de personnes âgées de 15 à 24 ans sont séropositives au VIH. Près de 95 % des personnes qui vivent avec le VIH habitent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, et près des deux tiers d'entre elles se trouvent en Afrique subsaharienne. Selon les estimations, 2,9 millions de personnes auraient succombé à des maladies liées au SIDA en 2006.

Dans de nombreux pays, les nouvelles infections sont fortement concentrées chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans; ils ont représenté 40 % des 4,3 millions de nouvelles infections au VIH qui se sont déclarées en 2006. Les études permettent de penser que le taux de prévalence du VIH est en recul au Kenya, dans les zones rurales du Botswana et dans les zones urbaines de la Côte d'Ivoire, du Malawi et du Zimbabwe grâce, au moins partiellement, à l'adoption de comportements sexuels plus sûrs par les jeunes. Ces tendances ne sont pas assez fortes ou répandues pour inverser la tendance, mais la prévention de l'infection par le VIH chez les jeunes et les adolescents fait partie des mesures dont l'efficacité a été démontrée.

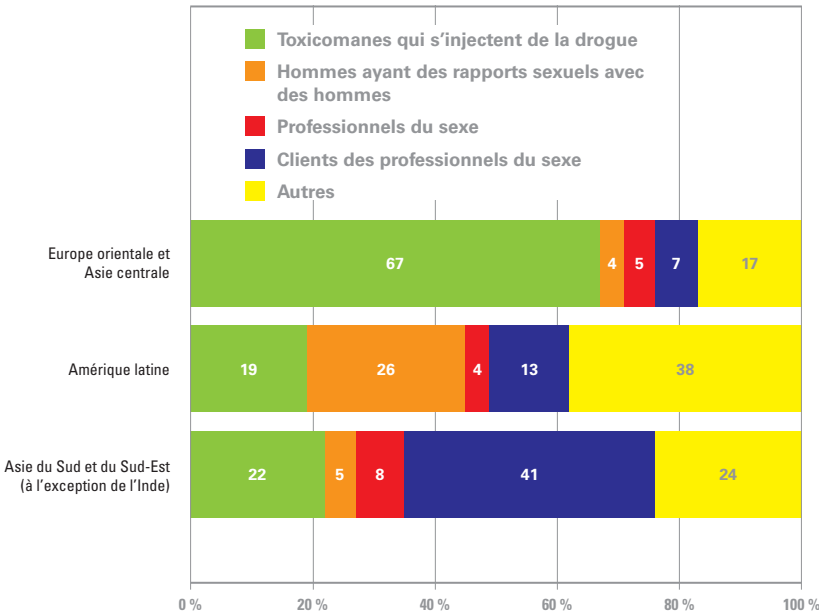
L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE EST LA RÉGION DU MONDE QUI COMPTE LE PLUS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH, par région (1990–2006)



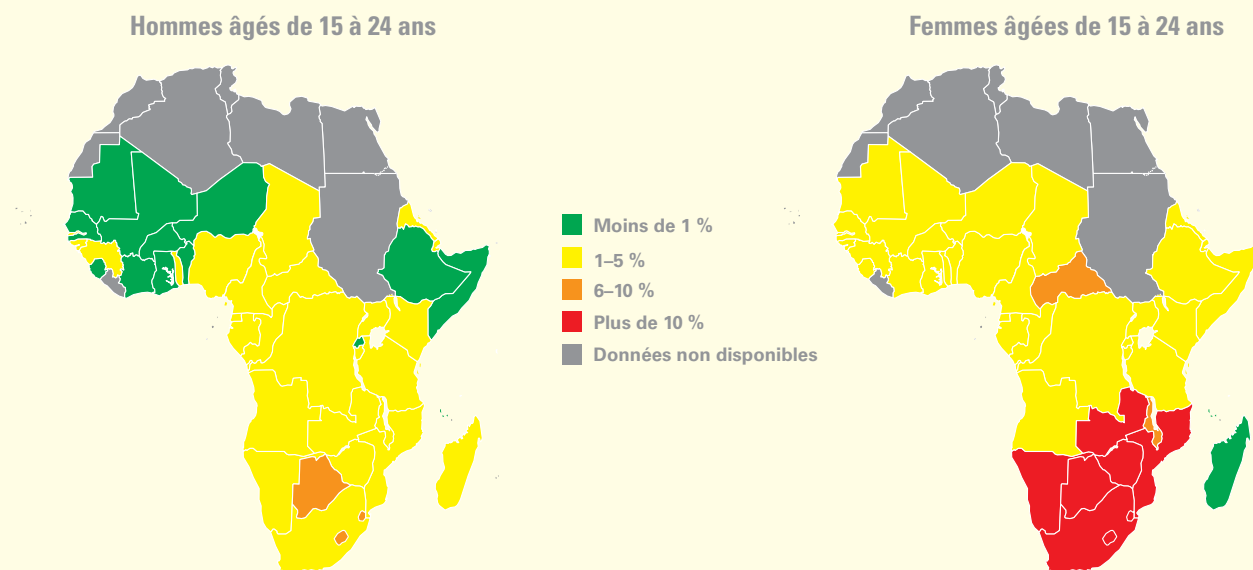
EN DEHORS DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE, DES GROUPES DE POPULATION SPÉCIFIQUES SONT EXPOSÉS AU VIH

Répartition, en pourcentage, des infections par le VIH dans les sous-populations, dans des régions où l'épidémie est faible et concentrée (2005)



EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE, LES JEUNES FEMMES COURENT D'AVANTAGE DE RISQUES D'ÊTRE INFECTÉES PAR LE VIH QUE LES JEUNES HOMMES

Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans en Afrique subsaharienne (2000–2006)



LES FAITS CONCERNANT LE SIDA

- Selon les estimations 39,5 millions de personnes étaient séropositives au VIH en 2006.
- Plus de 40 % des personnes infectées par le VIH sont des femmes. Selon les estimations, 75 % des femmes séropositives au VIH vivent en Afrique subsaharienne.
- Selon les estimations, 15,2 millions d'enfants sont orphelins à cause du SIDA, et près de 80 % d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne.
- Près de 40 % des infections par le VIH interviennent chez des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Indicateurs de l’OMD : pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances correctes et approfondies sur le VIH; pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à risque

De nombreux jeunes ne sont pas conscients du fait qu’ils sont exposés au VIH ou ne connaissent pas les meilleurs moyens d’éviter une infection. Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans qui vivent dans des pays à revenu faible et intermédiaire, 24 % seulement possèdent des connaissances correctes et approfondies sur le VIH – ce qui est loin d’atteindre les cibles fixées à 90 % en 2005 et 95 % d’ici à 2010. Dans 9 pays sur les 78 qui communiquent ces données, au moins 50 % des jeunes hommes et femmes possèdent des connaissances correctes et approfondies sur le VIH. Beaucoup de jeunes appartenant à ce groupe d’âge ont des comportements dangereux. L’utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels à risque progresse, mais elle est encore très faible, s’étendant de 31 % des jeunes femmes à 47 % des jeunes hommes en Afrique subsaharienne, par exemple.

UTILISATION DU PRÉSERVATIF LORS DE RAPPORTS SEXUELS À RISQUE

Nombre de pays à revenu faible et intermédiaire communiquant les pourcentages d’utilisation de préservatifs lors des derniers rapports sexuels à risque, chez les jeunes hommes et femmes (2000–2006)

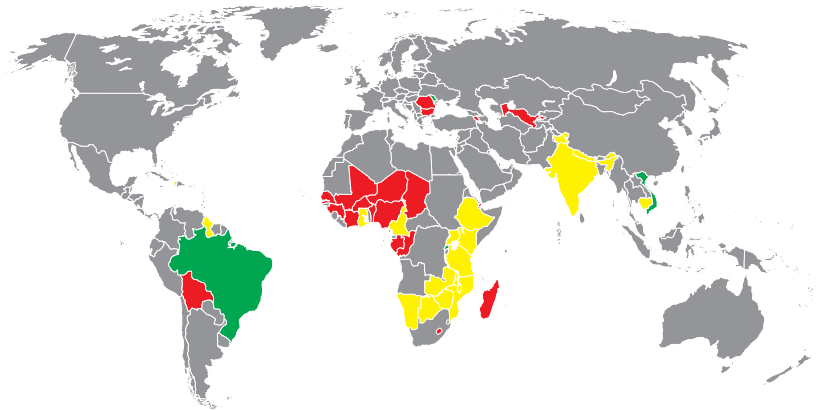
Pourcentage utilisant des préservatifs	Nombre de pays indiquant que des préservatifs ont été utilisés lors des derniers rapports sexuels à risque	
	chez les hommes âgés de 15 à 24 ans	chez les femmes âgées de 15 à 24 ans
Moins de 50 %	17	35
50–69 %	18	16
70 % ou davantage	6	4
Données non disponibles	18	4

Note : par rapports sexuels à risque, on entend les rapports sexuels avec un partenaire avec lequel on n’est pas marié, on ne cohabite pas, ou des rapports avec des partenaires sexuels multiples. L’utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels à risque revient à avoir des rapports sexuels plus sûrs. Au total, 59 pays à revenu faible et intermédiaire ont réalisé des enquêtes sur la population pendant la période 2000–2006.

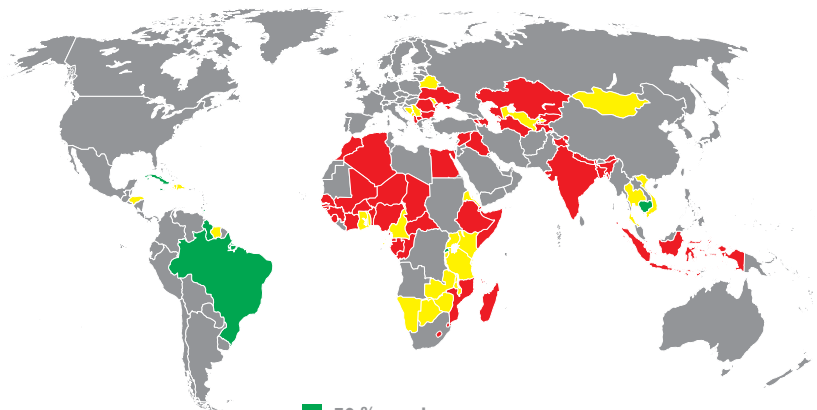
SEULS NEUF PAYS EN DÉVELOPPEMENT AFFICHENT DES NIVEAUX DE CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE VIH D’AU MOINS 50 %

Pourcentage d’hommes et de femmes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances générales correctes sur le VIH dans 78 pays à revenu faible et intermédiaire (2000–2006)

Hommes âgés de 15 à 24 ans



Femmes âgées de 15 à 24 ans



- 50 % ou plus
- 30 %-49 %
- Moins de 30 %
- Données non disponibles

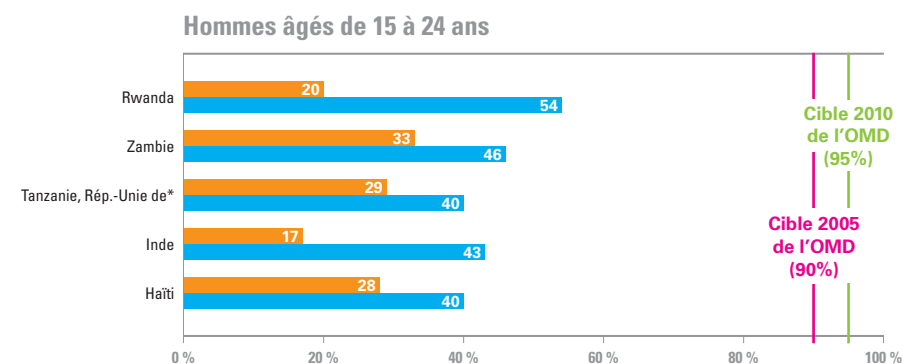
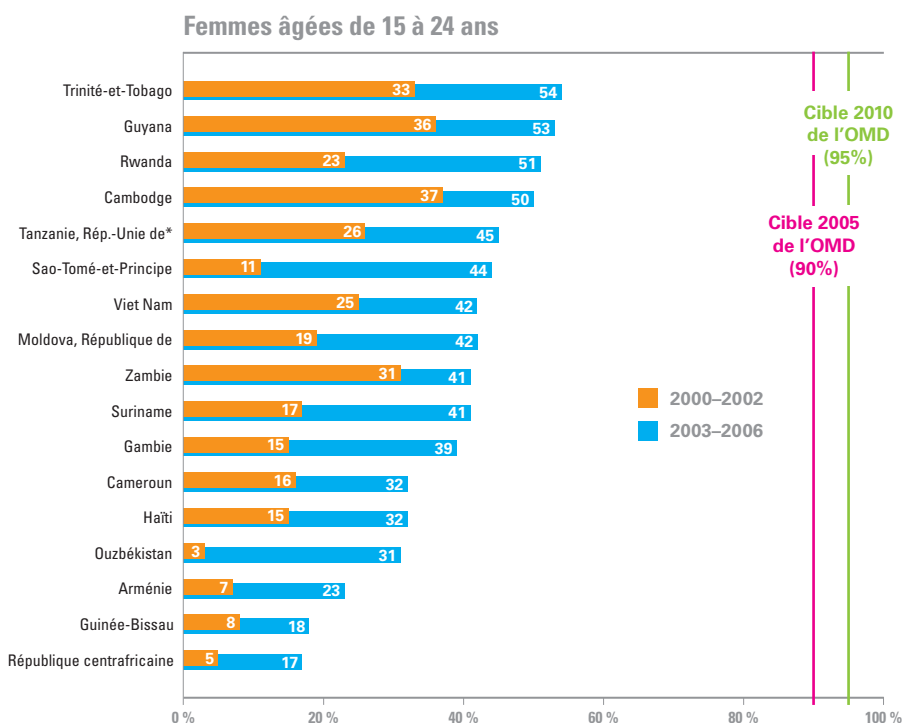
Note : par connaissances générales on entend la capacité d’identifier correctement les deux moyens principaux de prévenir la transmission par voie sexuelle du VIH (utiliser un préservatif et limiter les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté), le rejet des deux idées erronées les plus courantes au niveau local et la conscience du fait qu’une personne qui a l’air en bonne santé peut transmettre le VIH.

Source des chiffres cités aux pages 32-33 : bases de donnée mondiales de l’UNICEF, 2007.

RARES SONT LES PAYS QUI ONT DES NIVEAUX DE CONNAISSANCES À PROPOS DU VIH DÉPASSANT LES 50 %

Cependant, les connaissances générales correctes se sont nettement améliorées dans 17 pays chez les jeunes filles et dans 5 pays chez les jeunes hommes

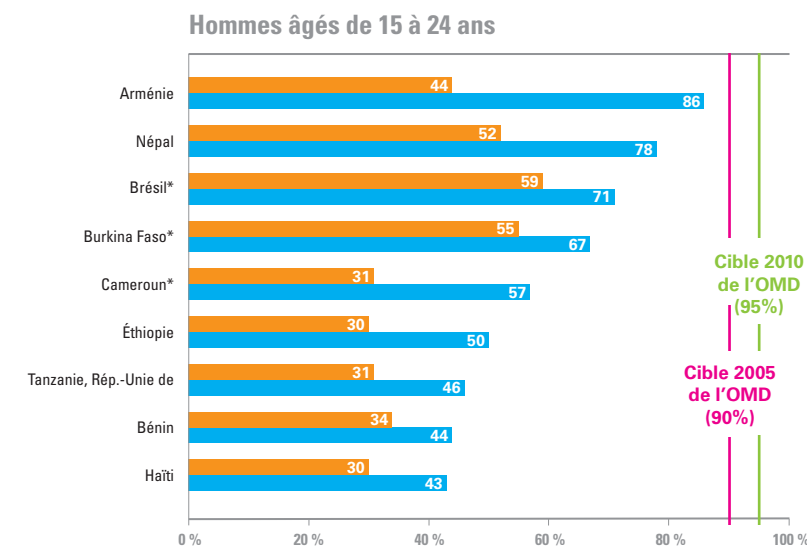
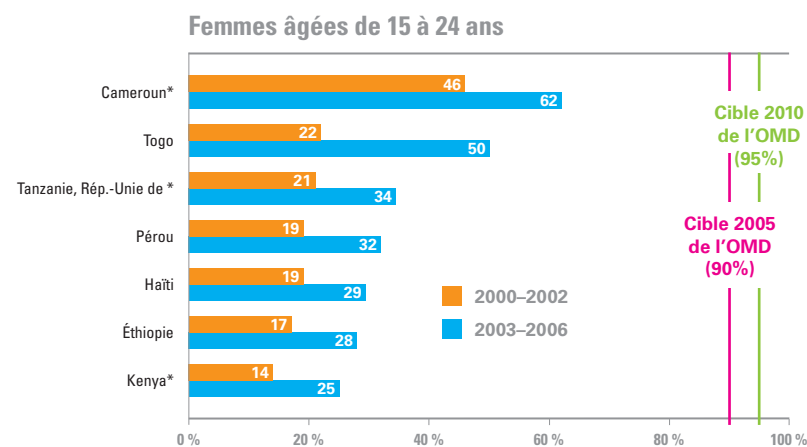
Pourcentages de jeunes ayant des connaissances générales correctes sur le VIH dans les pays où ces connaissances se sont améliorées d'au moins 10 points de pourcentage



L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF LORS DES RAPPORTS SEXUELS À RISQUE AUGMENTE LENTEMENT

L'utilisation s'est nettement améliorée dans 7 pays chez les jeunes femmes et dans 9 pays chez les jeunes hommes

Pourcentages de jeunes gens ayant utilisé des préservatifs lors des rapports sexuels à risque les plus récents dans les pays où l'utilisation du préservatif s'est améliorée d'au moins 10 points de pourcentage (2000-2006)



Note : dans les pays accompagnés d'un astérisque (*), les données pour 2000-2002 concernent des années précédant celles mentionnées dans la légende.

Objectif défini dans Un monde digne des enfants : réduire de 20 % d'ici à 2005 et de 50 % d'ici à 2010 la proportion d'enfants infectés par le VIH

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

Indicateur défini dans Un monde digne des enfants : pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant accès aux thérapies antirétrovirales afin de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant

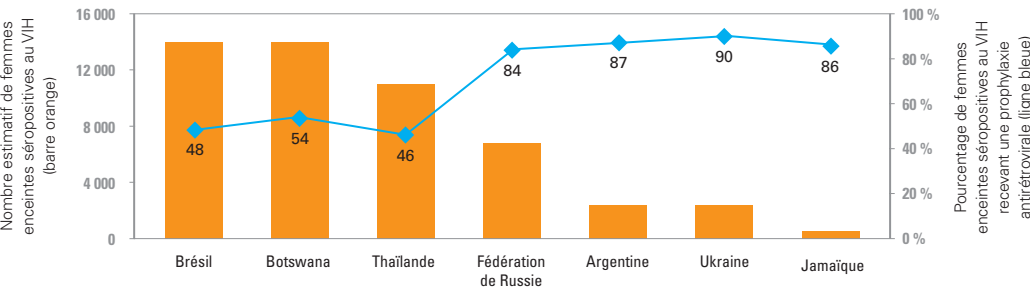
En 2005, selon les estimations, 2,1 millions de femmes enceintes vivaient avec le VIH. Plus de 90 % des infections par le VIH chez les nourrissons et les enfants sont transmises par la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement maternel. On estime que 11 % seulement des femmes séropositives dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont accès à des prophylaxies antirétrovirales pour réduire le risque de transmission du virus à leurs nourrissons.

Traitement pédiatrique

Indicateur défini dans Un monde digne des enfants : pourcentage d'enfants de 0 à 14 ans souffrant d'une infection par le VIH à un stade avancé et traités par la thérapie antirétrovirale

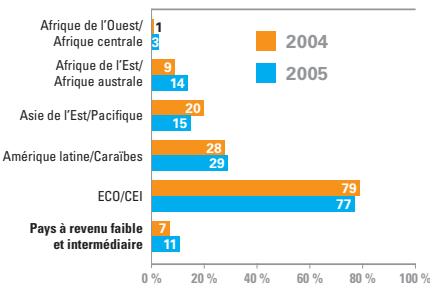
Selon les estimations, 2,3 millions d'enfants vivaient avec le VIH en 2006. Sans traitement, 50 % des nourrissons infectés mourront avant l'âge de deux ans. En 2006, près de 380 000 ont succombé à des affections liées au SIDA faciles à éviter; quelque 15% seulement des enfants reçoivent un traitement antirétroviral.

SEPT PAYS SEULEMENT FOURNISSAIENT UNE PROPHYLAXIE ANTIRÉTROVIRALE À DES FINS DE PTME À PLUS DE 40 % DES FEMMES ENCEINTE SÉROPOSITIVES EN 2005



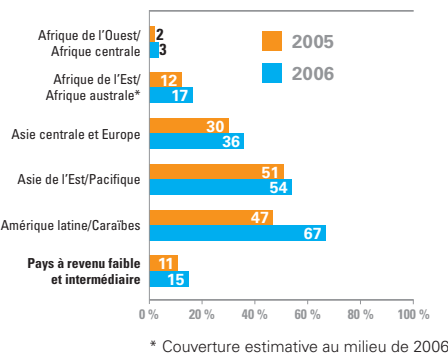
DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE, 1 FEMME ENCEINTE SÉROPOSITIVE SUR 10 SEULEMENT A BÉNÉFICIÉ D'UNE PROPHYLAXIE ANTIRÉTROVIRALE POUR PTME

Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale pour PTME, par région (2005)



L'ACCÈS DES ENFANTS À UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL S'AMÉLIORE UN PEU PARTOUT DANS LE MONDE

Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans ayant besoin d'un traitement antirétroviral et qui le reçoivent, par région (2006)



DANS NEUF PAYS, PLUS D'UNTIER DES ENFANTS AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL L'ONT REÇU EN 2006

	Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH	Pourcentage d'enfants qui ont eu accès à un traitement antirétroviral
Brésil	9 000	95 %
Thaïlande	6 637	95 %
Botswana	7 100	95 %
Cambodge	1 671	94 %
Argentine	2 200	86 %
Namibie	4 900	71 %
Guatemala	1 600	51 %
Rwanda	6 900	35 %
Honduras	1 700	34 %

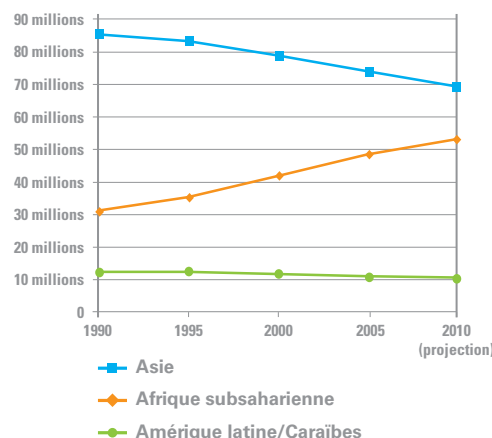
Indicateur de l'OMD : taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans

En 2005, près de 15,2 millions d'enfants de par le monde avaient perdu l'un de leurs parents ou leurs deux parents à cause du SIDA. Près de 80 % de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne. On prévoit que d'ici 2010 plus de 20 millions d'enfants risquent de se retrouver orphelins à cause du SIDA.

Les orphelins et les enfants vulnérables sont exposés à de grands risques qui menacent leur éducation, leur santé et leur bien-être, et le soutien qu'ils reçoivent reste faible. Cependant, l'accès à l'éducation s'améliore dans plusieurs pays. Les soins aux orphelins et aux enfants vulnérables devraient être prioritaires dans les plans stratégiques nationaux, les communautés et les familles étant les premiers bénéficiaires d'interventions plus vigoureuses au niveau mondial en leur faveur.

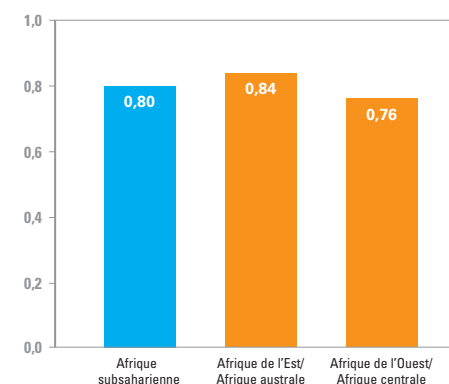
BAISSE DU NOMBRE D'ORPHELINS, TOUTES CAUSES CONFONDUES, Y COMPRIS LE SIDA, DANS TOUTES LES RÉGIONS, À L'EXCEPTION DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Nombre d'enfants de moins de 18 ans qui ont perdu un parent ou leurs deux parents à cause du SIDA ou de toute autre raison, par région (1990–2005, projection pour 2010)



LES ENFANTS AFRICAINS QUI ONT PERDU LEURS DEUX PARENTS ONT MOINS DE CHANCES D'ÊTRE SCOLARISÉS QUE LES ENFANTS QUI VIVENT AVEC AU MOINS L'UN DE LEURS PARENTS

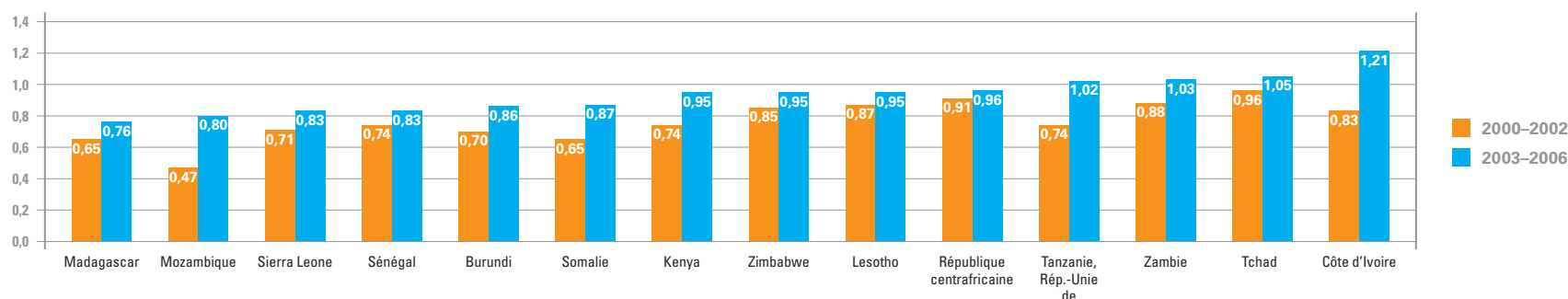
Taux de fréquentation scolaire des orphelins : orphelins âgés de 10 à 14 ans scolarisés en pourcentage des enfants non orphelins qui sont scolarisés, Afrique subsaharienne (2000–2006)



Note : un rapport de 1,0 signifie que les pourcentages d'orphelins et de non orphelins qui fréquentent l'école sont égaux. Un rapport inférieur à 1,0 signifie que le pourcentage d'orphelins scolarisés est inférieur au pourcentage de non-orphelins scolarisés.

PLUSIEURS PAYS AFRICAINS ONT OBTENU DES SUCCÈS NOTABLES DANS LEUR RÉPONSE AUX BESOINS ÉDUCATIFS DES ORPHELINS DONT LES PARENTS SONT MORTS DU SIDA

Taux de fréquentation scolaire des orphelins dans les pays où ce taux a augmenté d'au moins 0,05 point (2000–2006)



OMD 6

COMBATTRE LE VIH ET LE SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Cible de l'OMD : d'ici à 2015, stopper la propagation du paludisme et des autres maladies principales et commencer à inverser la tendance actuelle

Prévention et traitement du paludisme

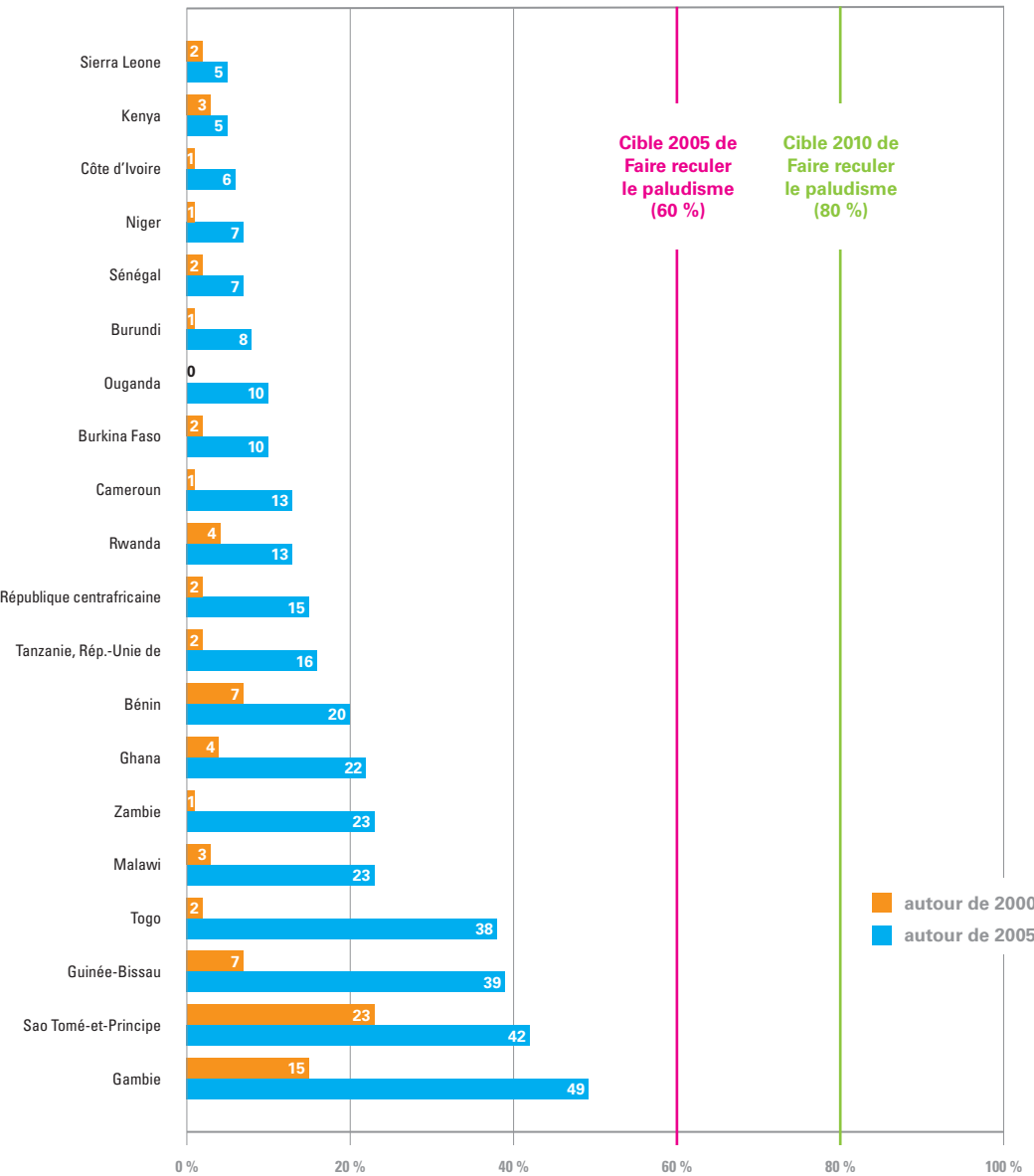
Le montant des fonds internationaux affectés à la lutte contre le paludisme est dix fois plus élevé aujourd'hui qu'il y a dix ans, ce qui permet d'élargir les interventions les plus cruciales comme l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide (MTI).

Le paludisme tue plus d'un million de personnes chaque année. Environ 80 % de ces victimes sont des enfants de moins de 5 ans, en Afrique subsaharienne. Tous les pays africains qui disposent de données sur les tendances concernant l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide ont élargi leur couverture, et dans 16 pays sur 20, la couverture a été multipliée au moins par trois depuis 2000. Mais les taux sont encore relativement faibles, et la plupart des pays n'arrivent pas à atteindre les objectifs fixés en matière de lutte mondiale contre le paludisme.

Environ 34 % des enfants qui ont de la fièvre en Afrique subsaharienne sont traités par des antipaludiques, mais la chloroquine est encore administrée souvent bien qu'elle soit moins efficace. Les pays africains ont donc largement adopté comme traitement de première intention une thérapie combinée plus efficace à base d'artémisinine.

LES PAYS SUBSAHARIENS FONT DES PROGRÈS RAPIDES CONCERNANT L'UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES TRAITÉES À L'INSECTICIDE

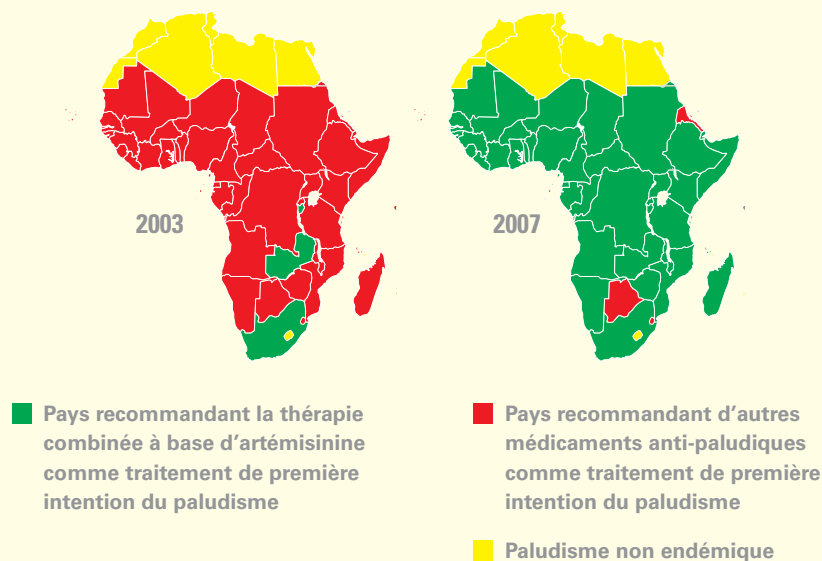
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment protégés par une moustiquaire traitée à l'insecticide, pour tous les pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données étaient disponibles (autour de 2000 et 2005)



Source des chiffres cités aux pages 36-37 : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007; Politique en matière de médicaments : Rapport UNICEF/OMS sur le paludisme en Afrique 2003, et OMS : Global Malaria Programme 2007. Approvisionnement en MTI : Division des approvisionnements, 2007 (approvisionnements en MTI).

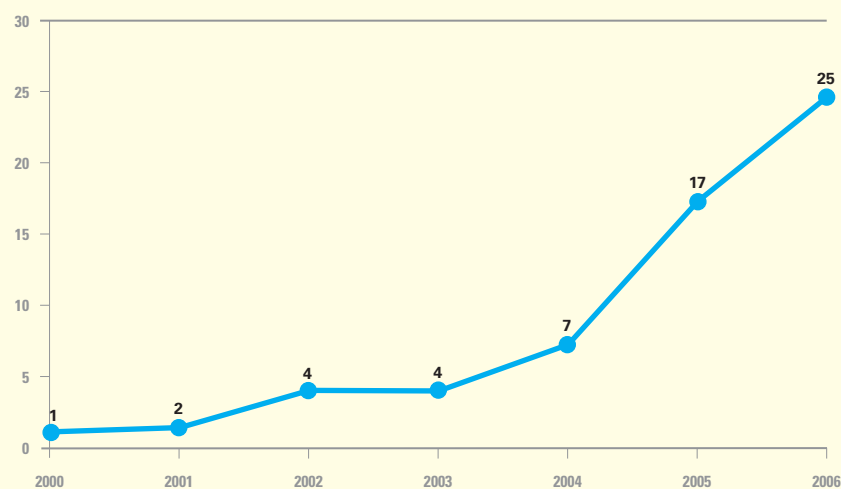
LES PAYS AFRICAINS ONT MODIFIÉ EN PEU DE TEMPS LEURS POLITIQUES POUR TRAITER PLUS EFFICACEMENT LE PALUDISME

Recommandations ministérielles des pays concernant le traitement de première intention du paludisme sans complications (en janvier 2003 et avril 2007)



LE MARCHÉ MONDIAL DES MOUSTIQUAIRES PROGRESSE RAPIDEMENT

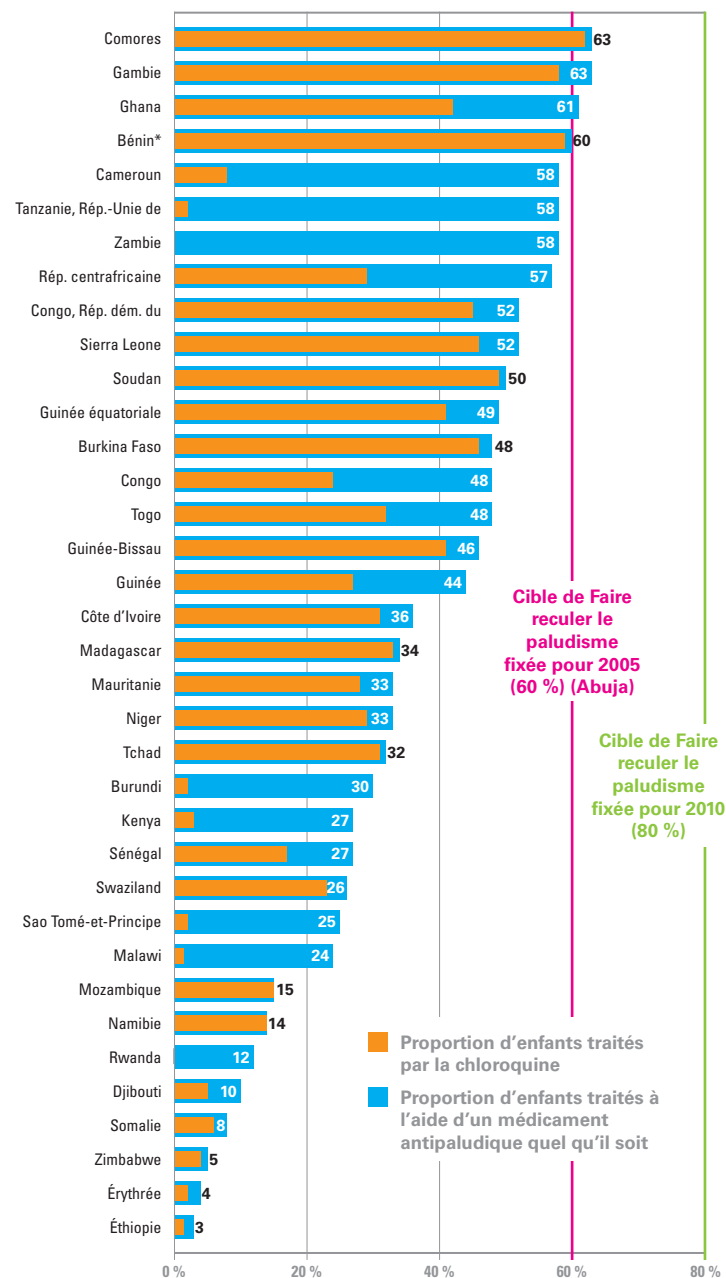
Nombre total (en millions) de moustiquaires traitées à l'insecticide achetées par l'UNICEF, 2000–2006



Note : ces totaux comprennent les MTI traitées par l'utilisateur et les moustiquaires traitées à l'insecticide longue durée; depuis 2004, les données portent essentiellement sur ce deuxième type de moustiquaires. L'UNICEF est l'un des principaux acheteurs de MTI dans le monde.

LES NIVEAUX DE TRAITEMENT SONT RELATIVEMENT ÉLEVÉS DANS DE NOMBREUX PAYS AFRICAINS, MÊME SI LA CHLOROQUINE RESTE LARGEMENT UTILISÉE

Pourcentage d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui reçoivent un médicament antipaludique quel qu'il soit et par la chloroquine (2000–2006)



*Sur la base de données de 2001, qui comprennent des informations sur l'utilisation de la chloroquine

OMD 7

ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

Cible de l'OMD : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable

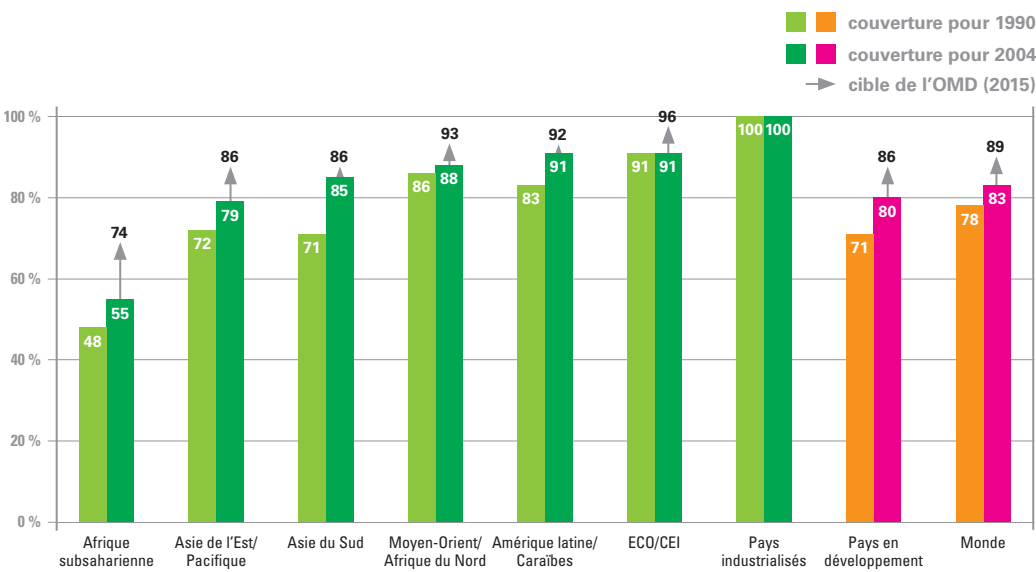
Eau potable

Entre 1990 et 2004, plus de 1,2 milliard de personnes ont obtenu accès à une source améliorée d'eau potable. La proportion de la population de la planète utilisant des sources améliorées d'eau potable a augmenté, passant de 78 % à 83 % au cours de cette période, ce qui permet d'espérer que l'on pourra atteindre la cible de l'Objectif du Millénaire pour le développement, même si c'est de justesse. Les défis à relever sont encore gigantesques puisque 1,1 milliard de personnes doivent encore obtenir un accès à l'eau potable d'ici à 2015.

L'accès à l'eau potable est une stratégie essentielle à la survie de l'enfant. Mais plus de 125 millions d'enfants de moins de 5 ans n'ont pas accès à une source améliorée d'eau potable, ce qui les expose à des maladies extrêmement dangereuses. Près de 84 % des personnes qui n'utilisent pas de sources améliorées d'eau potable vivent dans des zones rurales, et il est vital de redoubler d'efforts pour les desservir. Cependant, en raison de la rapidité de l'urbanisation, il faudra desservir 717 millions de personnes de plus d'ici à 2015 rien que pour conserver les taux actuels de couverture de 95 % dans les zones urbaines.

LES RÉGIONS DE L'ASIE DE L'EST/PACIFIQUE, DE L'ASIE DU SUD, DU MOYEN-ORIENT/AFRIQUE DU NORD ET DE L'AMÉRIQUE LATINE/CARAÏBES SONT EN BONNE VOIE POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD

Progrès vers la réalisation de la cible de l'OMD concernant l'eau potable, par région (1990 et 2004)



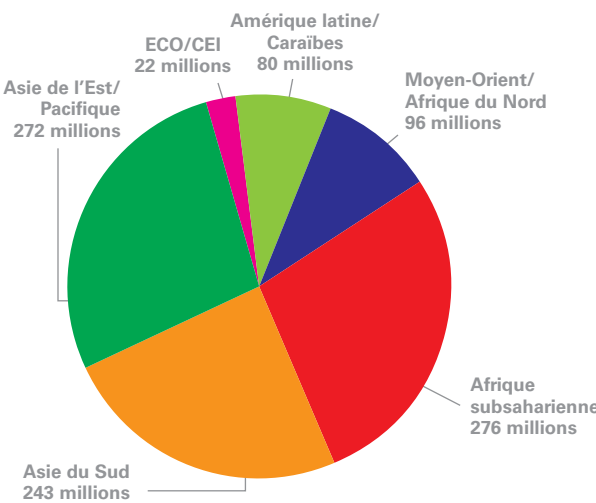
EN 2004, LA MAJORITÉ DES PERSONNES QUI N'UTILISAIENT PAS DE SOURCES AMÉLIORÉES D'EAU POTABLE VIVAIT DANS DES ZONES RURALES

Population (millions) qui n'utilisait pas de sources améliorées d'eau potable, par région (2004)

	Rural	Urbain	Total
Asie de l'Est/Pacifique	339	63	402
Afrique subsaharienne	262	49	311
Asie du Sud	195	27	222
Amérique latine/Caraïbes	34	17	51
Moyen-Orient/Afrique du Nord	34	10	44
ECO/CEI	31	4	35
Pays en développement	895	169	1 064
Monde	895	169	1 064

POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD, IL FAUDRA FOURNIR DES SOURCES AMÉLIORÉES D'EAU POTABLE À 1,1 MILLIARD DE PERSONNES D'ICI À 2015

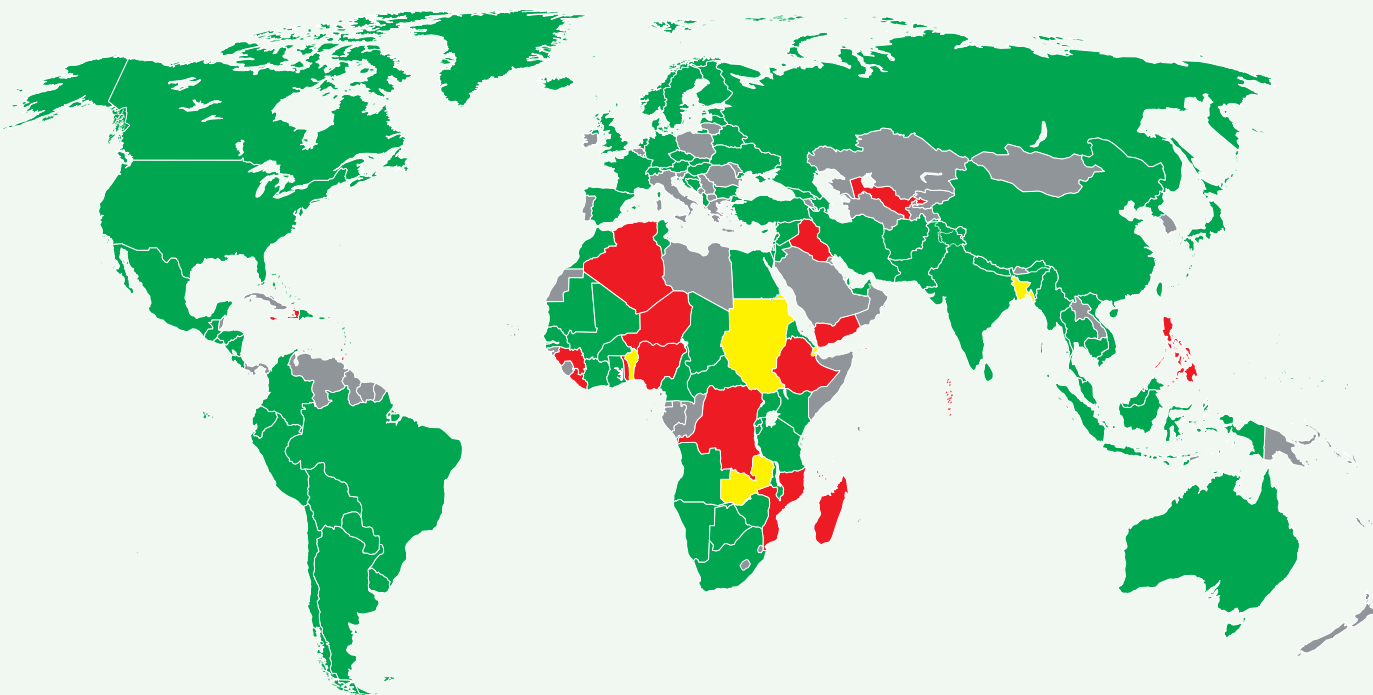
Population qui aura accès à des sources améliorées d'eau potable si l'OMD est atteint



Note : la différence entre le total mondial (1,1 milliard) et la somme des régions (989 millions) est significative. Elle s'explique par le fait que les chiffres des cibles mondiales et régionales de l'OMD ont été arrondis au nombre entier.

76 PAYS EN DÉVELOPPEMENT SONT EN BONNE VOIE POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD RELATIVE À L'EAU POTABLE

Les progrès réalisés dans 5 pays en développement sont insuffisants pour atteindre la cible et 23 pays en développement n'ont pas fait de progrès



Progrès vers la cible de l'OMD, les pays étant classés en fonction des critères suivants :

En bonne voie : l'utilisation de sources améliorées d'eau potable en 2004 était inférieure de moins de 5 % au taux nécessaire pour que le pays puisse atteindre la cible de l'OMD, ou alors l'utilisation était d'au moins 95 %

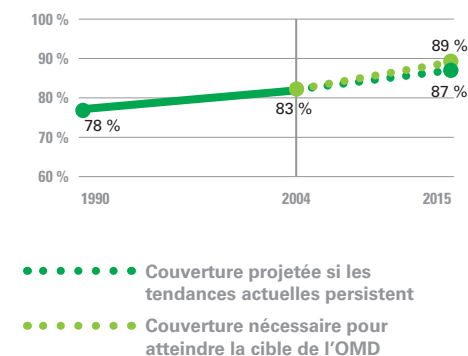
Progrès insuffisants : l'utilisation de sources améliorées d'eau potable en 2004 était de 5 % à 10 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays puisse atteindre la cible de l'OMD

Pas de progrès : l'utilisation de sources améliorées d'eau potable en 2004 était de plus de 10 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays puisse atteindre la cible de l'OMD, ou les tendances pour 1990–2004 révèlent une utilisation inchangée ou de plus en plus faible

Les données étaient insuffisantes pour estimer les tendances

LA PLANÈTE EST EN BONNE VOIE – MAIS DE JUSTESSE – POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD RELATIVE À L'EAU POTABLE

Tendances mondiales en termes de couverture par des sources améliorées d'eau potable



Notes concernant les chiffres des pages 38-39 : les sources améliorées d'eau potable sont un indicateur de l'OMD et sont équivalentes à l'eau salubre. Les calculs des progrès sont effectués sur la base des données pour la période 1990-2004 du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement.

Source de ces chiffres : données du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement pour la période 1990–2004.

OMD 7

ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

Cible de l'OMD : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui n'a pas accès de façon durable à un assainissement de base

Assainissement de base

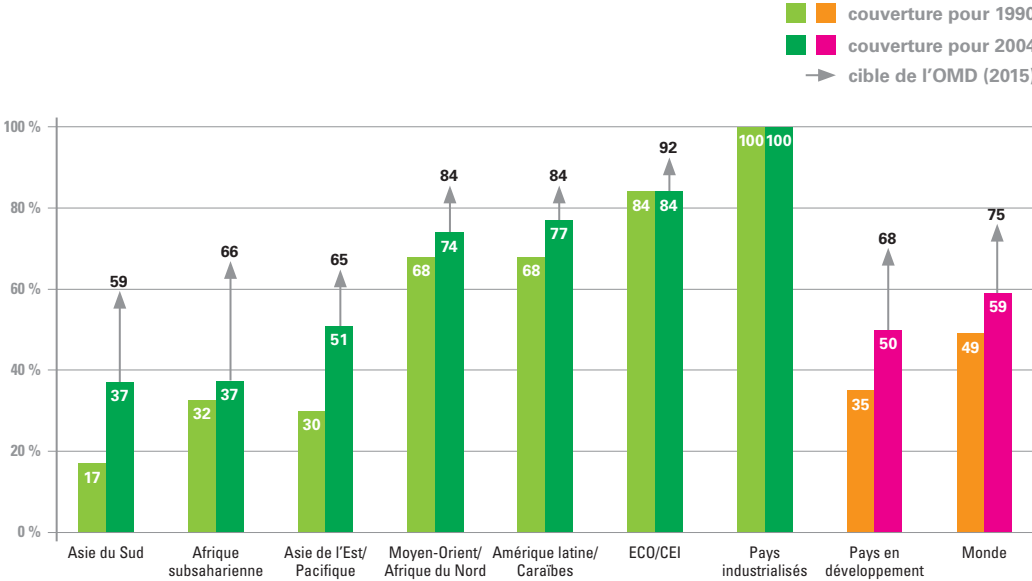
La couverture en matière d'assainissement est passée de 49 % en 1990 à 59 % en 2004. Mais ces progrès ne permettent pas d'espérer atteindre la cible de l'OMD fixée pour 2015. En effet, si les tendances actuelles persistent, plus d'un demi milliard de personnes n'auront toujours pas accès à un assainissement de base à cette date. En 2004, 41 % de la population mondiale – 2,6 milliards de personnes – n'utilisaient pas d'installations sanitaires améliorées.

L'absence d'installations sanitaires – allée à une mauvaise hygiène et à la consommation d'eau non potable – contribue au décès de plus de 1,5 million d'enfants qui succombent chaque année aux maladies diarrhéiques. Par ailleurs, des centaines de millions d'enfants souffrent d'un retard de la croissance physique et d'une déficience de leurs fonctions cognitives provoqués par des vers intestinaux.

Il est même extrêmement difficile de suivre le rythme de la croissance démographique, surtout en Afrique subsaharienne où le nombre de personnes n'ayant pas accès à l'assainissement a grossi de plus de 100 millions depuis 1990. L'un des principaux obstacles au progrès est l'anémie du soutien politique en la matière.

LES RÉGIONS DE L'ASIE DE L'EST/PACIFIQUE, DU MOYEN-ORIENT/AFRIQUE DU NORD ET DE L'AMÉRIQUE LATINE/CARAÏBES SONT EN BONNE VOIE POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD D'ICI À 2015

Progrès vers la réalisation de la cible de l'OMD concernant l'assainissement de base, par région (1990-2004)



PRÈS DE 2,6 MILLIARDS DE PERSONNES N'ONT PAS UTILISÉ DE SYSTÈMES AMÉLIORÉS D'ASSAINISSEMENT EN 2004

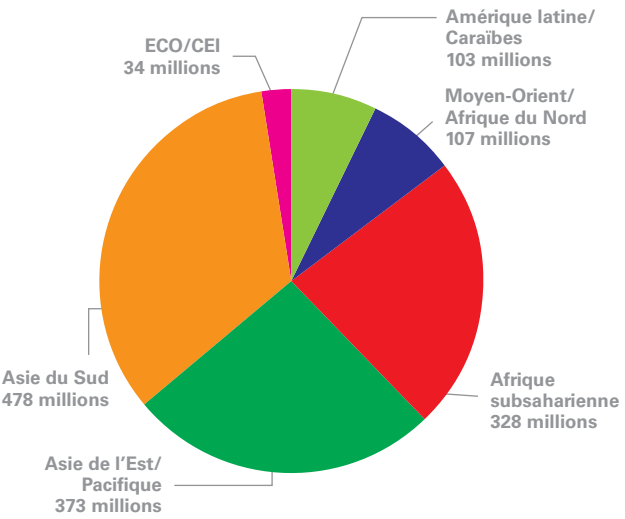
La majorité d'entre elles vivait dans des zones rurales

Population (millions) qui n'a pas utilisé de systèmes améliorés d'assainissement, par région (2004)

	Rural	Urbain	Total
Asie de l'Est/Pacifique	722	222	944
Asie du Sud	768	153	921
Afrique subsaharienne	322	118	440
Amérique latine/Caraïbes	64	60	124
Moyen-Orient/Afrique du Nord	74	22	96
ECO/CEI	45	18	63
Pays en développement	1 995	593	2 588
Monde	1 996	593	2 590

POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD, IL FAUDRA FOURNIR DE MEILLEURS SYSTÈMES D'ASSAINISSEMENT À 1,6 MILLIARD DE PERSONNES D'ICI À 2015

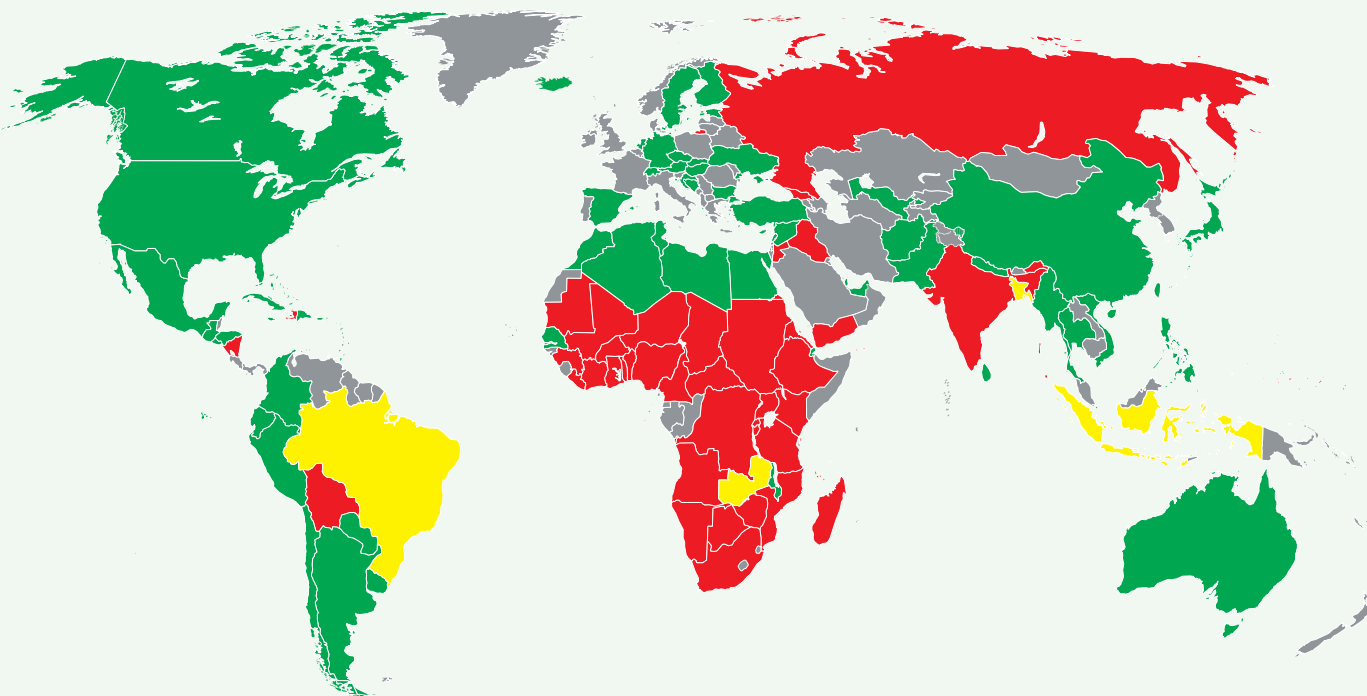
Population qui aura accès à de meilleurs systèmes d'assainissement si l'OMD est atteint



Note : la différence entre le total mondial (1,6 milliard) et la somme des régions (1,4 milliard) est significative et s'explique par le fait que les chiffres des cibles mondiales et régionales de l'OMD ont été arrondis au nombre entier.

51 PAYS EN DÉVELOPPEMENT SONT EN BONNE VOIE POUR ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD RELATIVE À L'ASSAINISSEMENT DE BASE

Les progrès réalisés dans 4 pays en développement sont insuffisants pour atteindre la cible et 41 pays en développement n'ont pas fait de progrès



Progrès vers la cible de l'OMD relative aux installations améliorées d'assainissement

■ En bonne voie : la couverture en 2004 était inférieure de moins de 5 % au taux nécessaire pour que le pays puisse atteindre la cible de l'OMD, ou la couverture était d'au moins 95 %

■ Progrès insuffisants : la couverture en 2004 était de 5 % à 10 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays puisse atteindre la cible de l'OMD

■ Pas de progrès : la couverture en 2004 était de plus de 10 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays puisse atteindre la cible de l'OMD, ou les tendances pour 1990–2004 révèlent une couverture inchangée ou de plus en plus faible

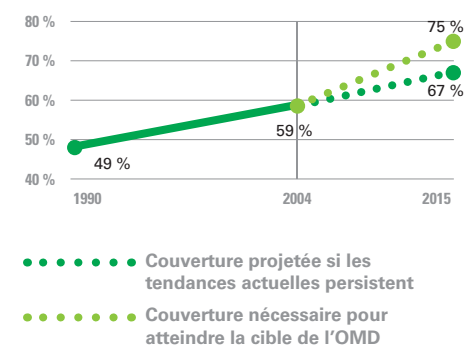
■ Les données étaient insuffisantes pour estimer les tendances

Notes concernant les chiffres cités aux pages 40-41 : les « installations améliorées d'assainissement » sont un indicateur de l'OMD et sont équivalents à l'assainissement de base. Les calculs des progrès sont effectués sur la base des données pour la période 1990-2004 du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement. Les différences entre le total au niveau mondial et la somme des totaux régionaux s'explique par le fait que les chiffres ont été arrondis.

Source de ces chiffres : données du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement pour la période 1990–2004

LA PLANÈTE A DU MAL À ATTEINDRE LA CIBLE DE L'OMD RELATIVE À L'ASSAINISSEMENT DE BASE

Tendances mondiales en termes de couverture par des systèmes améliorés d'assainissement



Cible définie dans Un monde digne des enfants : mettre en place des systèmes d'enregistrement de tous les enfants à la naissance ou peu après [...]

Environ 51 millions d'enfants nés en 2006 n'ont pas été enregistrés à la naissance. Quarante-quatre pour cent de ces enfants vivent en Asie du Sud.

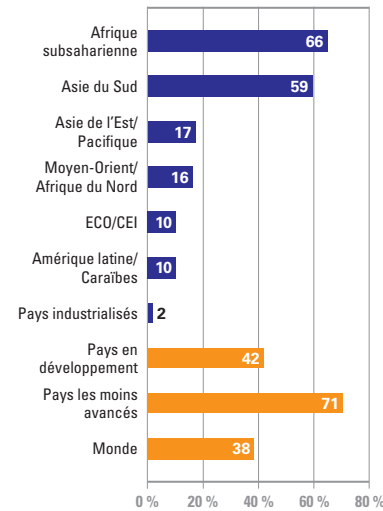
Un pays en développement sur trois affiche des taux d'enregistrement des naissances inférieurs à 50 %. En Afrique, deux enfants de moins de 5 ans sur trois n'ont pas été enregistrés. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, les taux d'enregistrements ont même baissé au cours des cinq dernières années. Les parents incriminent le plus souvent le coût et la distance à parcourir pour justifier cette situation.

Tout être humain a droit à un nom et à une nationalité. Les enfants dont la naissance n'a pas été déclarée risquent de ne pas pouvoir obtenir les services et les protections auxquels ils ont droit comme tous les enfants. L'enregistrement des naissances est indispensable à la mise en œuvre des politiques et législations nationales établissant l'âge minimum pour travailler, faire son service militaire et se marier. Lors des situations d'urgence, les registres des naissances permettent d'identifier les enfants séparés de leurs familles et les enfants non accompagnés.

Un certain nombre de mesures s'imposent pour améliorer les taux d'enregistrement des naissances, à savoir : mettre en place des systèmes d'enregistrement des naissances, simplifier la procédure, supprimer les frais d'inscription, rendre les bureaux d'enregistrement plus accessibles et organiser des campagnes d'information efficaces afin de cibler tous les secteurs de la société.

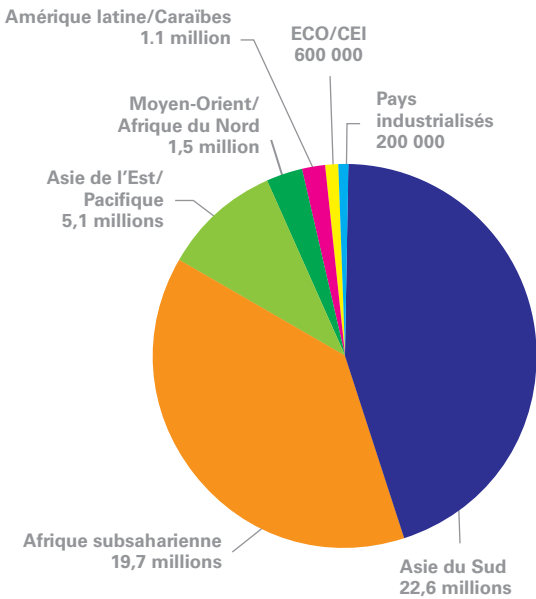
PLUS D'UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS SUR TROIS DANS LE MONDE N'EST PAS ENREGISTRÉ, LE TAUX ÉTANT DE DEUX SUR TROIS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ne sont pas déclarés, par région (1987-2006)



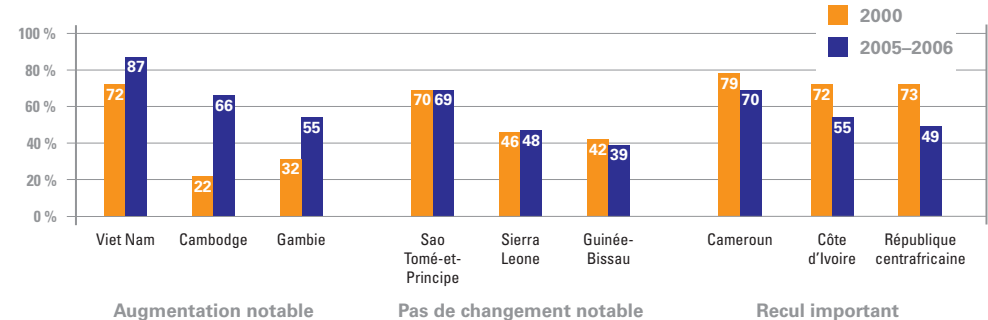
ENVIRON 51 MILLIONS D'ENFANTS NÉS EN 2006 N'ONT PAS ÉTÉ DÉCLARÉS

Nombre de naissances annuelles qui ne sont pas déclarées, par région (2006)



LE CAMBODGE, LA GAMBIE ET LE VIET NAM AFFICHENT DES PROGRÈS NOTABLES EN CE QUI CONCERNE L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans déclarés en 2000 et pendant la période 2005-2006, dans neuf pays pour lesquels des données comparables sur les tendances sont disponibles



Cible définie dans Un monde digne des enfants : formuler et mettre en œuvre des stratégies tendant à protéger les enfants contre l’exploitation économique et contre tout travail dangereux ou nuisible à leur éducation ou à leur santé ou de nature à entraver leur épanouissement physique, mental, spirituel, moral ou social; renforcer la collecte et l’analyse de données sur le travail des enfants

Dans le monde, un enfant âgé de 5 à 14 ans sur six, soit 158 millions d’enfants, doit travailler. Environ 1 enfant âgé de 5 à 14 ans sur trois travaille en Afrique subsaharienne, contre 1 sur 20 seulement dans la région de l’ECO/CEI. Les enfants qui vivent dans les ménages les plus pauvres et dans les zones rurales sont ceux qui risquent le plus de devoir travailler. Les enfants qui ploient sous le fardeau des tâches ménagères sont dans la grande majorité des cas des filles.

Le travail compromet souvent l’éducation des enfants. Pour éviter le travail des enfants, il faut s’assurer que tous les enfants vont à l’école et qu’ils ont accès à une éducation de qualité.

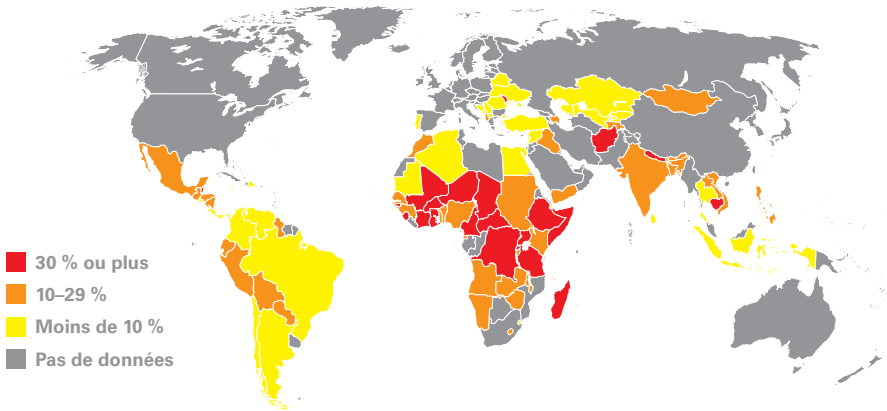
158 MILLIONS D’ENFANTS TRAVAILLENT

Nombre d’enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent, par région (2006)

Région	Nombre (en millions) d’enfants qui travaillent	Pourcentage d’enfants qui travaillent
Afrique subsaharienne	69	35
Afrique de l’Est/Afrique australe	35	36
Afrique de l’Ouest/Afrique centrale	34	34
Asie du Sud	44	13
Amérique latine/Caraïbes	12	11
Asie de l’Est/Pacifique	22	7
Moyen-Orient/Afrique du Nord	8	9
ECO/CEI	3	5
Pays en développement	157	15
Monde	158	14

SI LE TRAVAIL DES ENFANTS SE RENCONTRE PARTOUT DANS LE MONDE, IL EST SURTOUT PRÉSENT EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

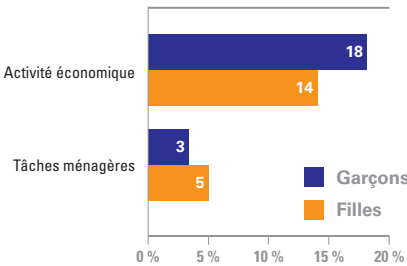
Pourcentage d’enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent (1999–2006)



LES GARÇONS RISQUENT PLUS DE DEVOIR EXERCER UNE ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Les filles risquent plus de devoir travailler à la maison

Pourcentage d’enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent, par sexe (1999–2006)

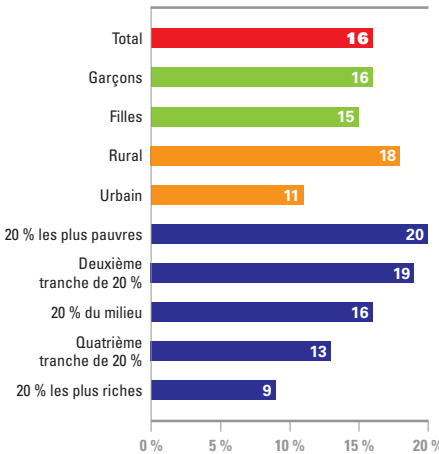


Pour l’UNICEF, les enfants de 5 à 11 ans qui travaillent sont ceux qui ont exercé 1 heure d’activité économique ou 28 heures de tâches ménagères pendant la semaine qui a précédé l’enquête; les enfants de 12–14 ans qui travaillent sont ceux qui ont exercé 14 heures d’activité économique ou 28 heures de tâches ménagères.

LES ENFANTS PAUVRES DES ZONES RURALES RISQUENT DAVANTAGE DE DEVOIR TRAVAILLER

Les filles risquent autant que les garçons de devoir travailler

Pourcentage d’enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent, en fonction des caractéristiques familiales (1999–2006)



Source des chiffres cités sur cette page : bases de données mondiales de l’UNICEF, 2007, sur la base d’Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d’Enquêtes démographiques et sanitaires, pour 98 pays (1999–2006). L’analyse du travail économique et des tâches ménagères réalisés par des enfants se fonde sur un sous-groupe de 30 pays (travail économique) et 65 pays (tâches ménagères) disposant de données.

Cible définie dans Un monde digne des enfants : mettre fin aux pratiques traditionnelles ou coutumières qui violent les droits des enfants et des femmes, telles que [...] les mutilations génitales féminines

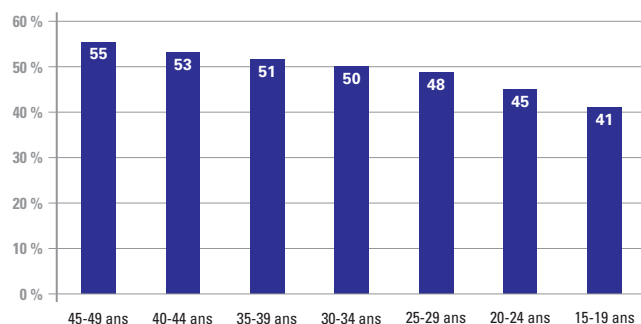
Selon l'UNICEF, quelque 70 millions de jeunes filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des mutilations génitales ou l'excision (MGF/E) dans 27 pays d'Afrique et du Moyen-Orient. La prévalence des MGF/E a reculé lentement mais régulièrement au cours des 15 dernières années. Les femmes jeunes sont moins susceptibles d'avoir subi une forme quelconque de mutilation génitale que les femmes plus âgées.

Les mutilations génitales et l'excision constituent une violation des droits fondamentaux des jeunes filles et des femmes car elles bafouent leurs droits à l'intégrité physique et mentale et leurs droits à ne pas être exposées à la violence et à la discrimination. Dans les cas les plus extrêmes, les MGF/E mettent la vie de ces filles et de ces femmes en danger.

Le recul de la prévalence des mutilations génitales et de l'excision s'explique probablement par l'effet des législations, des changements politiques au niveau national et des actions communautaires. En raison des pressions sociales, certaines personnes qui s'opposent aux MGF/E n'osent pas abandonner cette pratique. Le rejet de cette pratique à grande échelle dépend de l'adoption de mesures collectives.

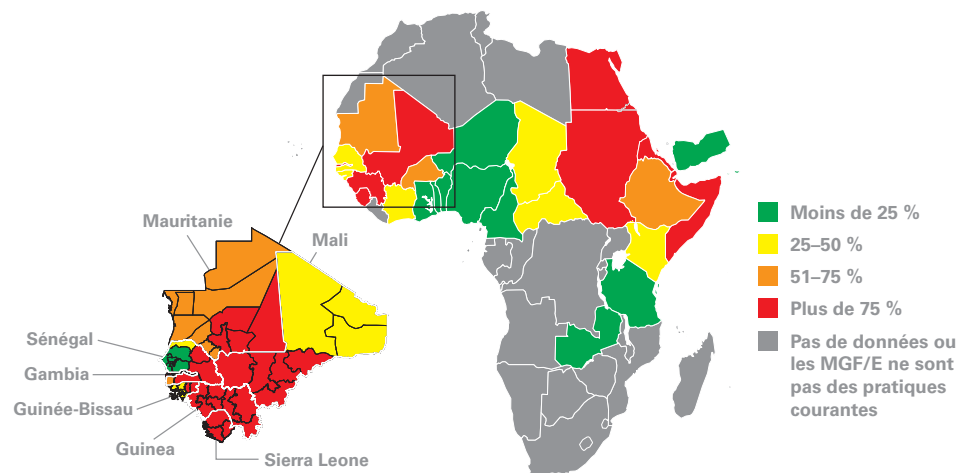
LES FILLES PLUS ÂGÉES ET LES FEMMES PLUS JEUNES RISQUENT MOINS D'AVOIR SUBI DES MGF/E QUE LES FEMMES PLUS ÂGÉES

Prévalence des MGF/E chez les femmes par groupe d'âge, dans 26 pays pour lesquels des données étaient disponibles (1997–2006)



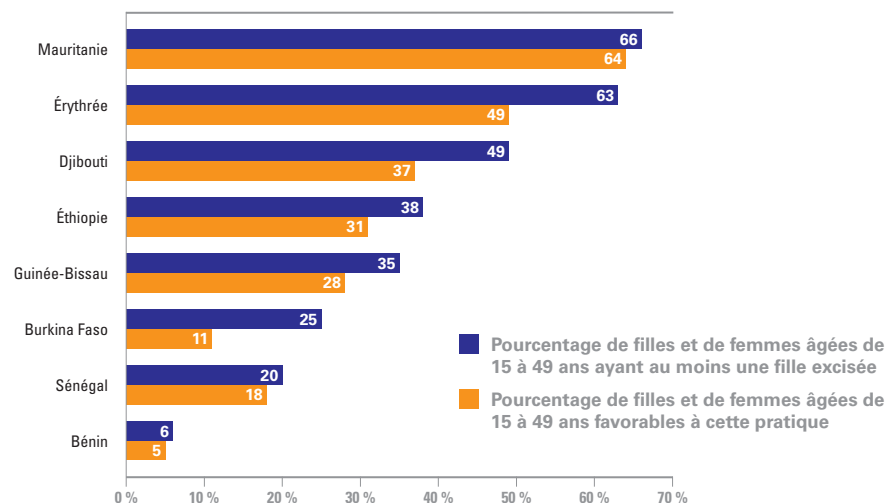
LES TAUX DE MGF/E VARIENT SELON L'ORIGINE ETHNIQUE, SELON LES PAYS ET AU SEIN D'UN MÊME PAYS

Pourcentage de jeunes filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des MGF/E dans 27 pays d'Afrique et du Moyen-Orient (1997–2006)



LA PRATIQUE DES MGF/E PEUT SE MAINTENIR MALGRÉ UN FAIBLE SOUTIEN

Niveaux de soutien apportés aux MGF/E par les filles et femmes et prévalence de ces pratiques chez leurs filles dans huit pays où le soutien est plus faible que la prévalence (1997–2006)



Source des chiffres cités sur cette page : bases de données mondiales de l'UNICEF, 2007, sur la base d'EDS et MICS et d'autres études nationales réalisées dans 27 pays, 1997–2006. L'analyse de la prévalence par groupe d'âges se fonde sur les données extraites d'une enquête réalisée dans 26 pays.

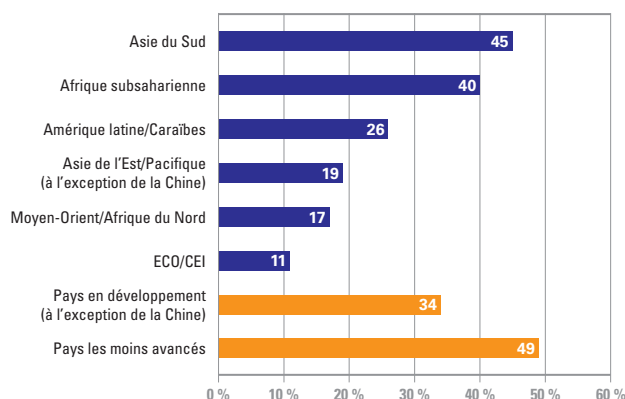
Cible définie dans Un monde digne des enfants : mettre fin aux pratiques traditionnelles ou coutumières qui violent les droits des enfants et des femmes, telles que les mariages précoces et forcés

De par le monde, plus de 60 millions de femmes âgées de 20 à 24 étaient mariées avant l'âge de 18 ans. La situation varie considérablement d'un pays à l'autre, mais plus de la moitié des jeunes filles concernées vivent en Asie du Sud.

Le mariage d'enfants est une violation des droits de l'enfant : il compromet le développement des jeunes filles et se solde souvent par une grossesse précoce et l'isolement social. Le mariage d'enfants perd du terrain mais le changement est lent. Dans 34 des 55 pays disposant de données comparables réunies récemment grâce à deux enquêtes, on constate que le pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées à l'âge de 18 ans n'a pas réellement changé et que 5 pays seulement affichaient un recul supérieur à 10 %.

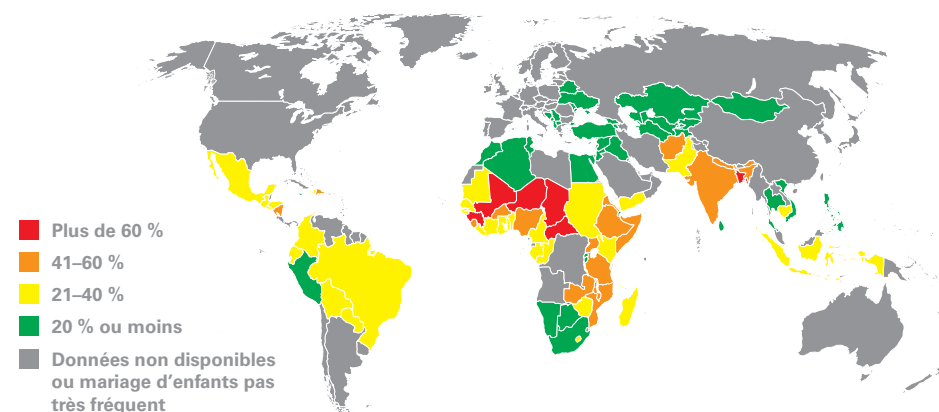
ENVIRON 45 % DES FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS EN ASIE DU SUD ET 40 % EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ONT ÉTÉ MARIÉES LORSQU'ELLES ÉTAIENT ENFANTS

Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou vivaient en union avant l'âge de 18 ans, par région (1987–2006)



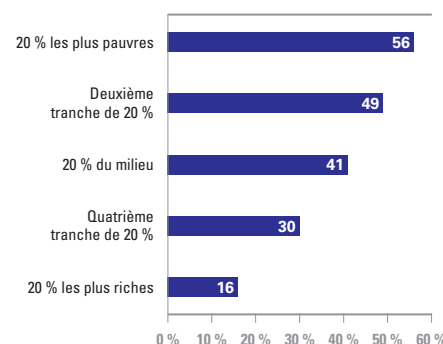
PLUS DE 60 % DES FEMMES ÉTAIENT MARIÉES AVANT L'ÂGE DE 18 ANS DANS CINQ PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET AU BANGLADESH

Pourcentage de femmes 20–24 ans qui étaient mariées ou en union avant l'âge de 18 ans (1987–2006)



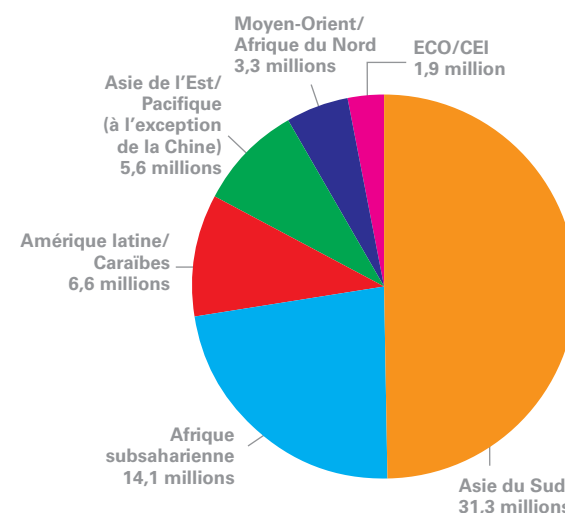
LE MARIAGE D'ENFANTS EST PLUS FRÉQUENT DANS LES MÉNAGES PAUVRES QUE DANS LES MÉNAGES RICHES

Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en union avant l'âge de 18 ans, en fonction de l'indicateur de richesse des ménages (1987–2006)



PLUS DE 60 MILLIONS DE FILLES MARIÉES

Nombre de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en union avant l'âge de 18 ans, par région (2006)



Objectif défini dans Un monde digne des enfants : protéger les enfants contre toutes les formes de maltraitance, de délaissement, d’exploitation et de violence

Le recours à des méthodes violentes pour imposer la discipline aux enfants n’est pas rare. Selon les enquêtes menées dans 29 pays et territoires, 86 % des enfants âgés de 2 à 14 ans avaient subi des sanctions disciplinaires violentes à la maison; dans pratiquement tous ces pays, discipline était synonyme de violence pour plus de la moitié des enfants et un enfant sur cinq avait subi des châtiments corporels violents.

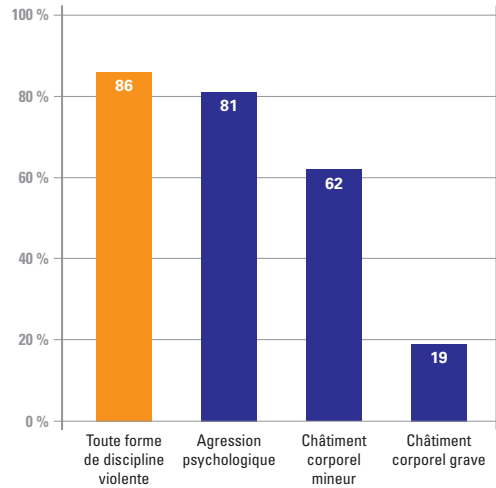
Le recours à la violence pour imposer la discipline se retrouve dans tous les contextes socioéconomiques. Dans la majorité des pays, les enfants vivant dans les ménages les plus démunis sont autant exposés aux châtiments violents que les enfants des milieux les plus aisés; de même, les enfants des zones rurales sont sur le même rang que les enfants des villes.

La proportion de mères ou de personnes responsables d’enfants qui pensent que les châtiments corporels sont nécessaires pour éduquer les enfants varie d’un pays à l’autre mais elle est toujours inférieure à la proportion d’enfants qui affirment avoir subi un châtiment corporel physique mineur au cours du mois qui a précédé l’enquête – 28 % et 62 %, respectivement. Le milieu social et culturel exerce une influence profonde sur la relation entre de telles attitudes et comportements.

Dans son étude sur la violence contre les enfants (2006), le Secrétaire général des Nations Unies demande que l’on cesse de justifier la violence perpétrée contre les enfants par la tradition ou la nécessité de faire régner la discipline, et il exhorte les États à interdire toutes les pratiques violentes et notamment les châtiments corporels.

86 % DES ENFANTS SUBISSENT DES MÉTHODES DISCIPLINAIRES IMPOSÉES PAR LA VIOLENCE

Pourcentage des enfants âgés de 2 à 14 ans victimes de violence, par méthode disciplinaire, dans 29 pays étudiés (2005–2006)

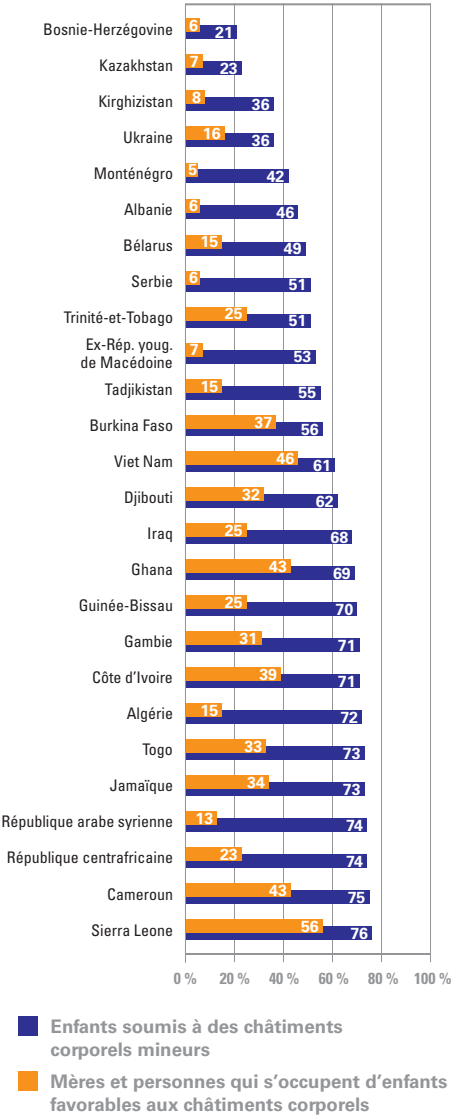


Définitions

Par discipline violente, on entend les mesures prises par un des parents ou une personne qui s’occupe d’enfants visant à provoquer une douleur physique ou une souffrance psychologique chez l’enfant dans le but de corriger un comportement ou comme moyen de dissuasion. La discipline violente peut revêtir deux formes : l’agression psychologique et les châtiments physiques ou corporels. La première forme consiste à crier, hurler et insulter l’enfant. Les châtiments physiques ou corporels ont pour but de provoquer une douleur ou une gêne physique chez l’enfant, sans le blesser. Les châtiments physiques mineurs consistent à secouer l’enfant, le gifler, le frapper sur les mains, les bras, les jambes ou les fesses. Les châtiments corporels graves consistent à frapper l’enfant sur le visage, la tête ou les oreilles, ou à battre l’enfant avec force ou à plusieurs reprises. Dans les enquêtes, on demande aux mères ou aux responsables d’enfants si leurs enfants ont subi des sanctions disciplinaires violentes de ce type à la maison au cours du mois écoulé.

LES CHÂTIMENTS CORPORELS SONT UN PHÉNOMÈNE FRÉQUENT MÊME LORSQUE LA SOCIÉTÉ LES RÉPROUVE

Pourcentage d’enfants âgés de 2 à 14 ans soumis à des châtiments corporels mineurs et pourcentage de mères ou de responsables d’enfants convaincus que les enfants doivent être punis physiquement (2005–2006)



Cible définie dans Un monde digne des enfants : protéger les enfants contre toutes les formes de maltraitance, de délaissement, d’exploitation et de violence

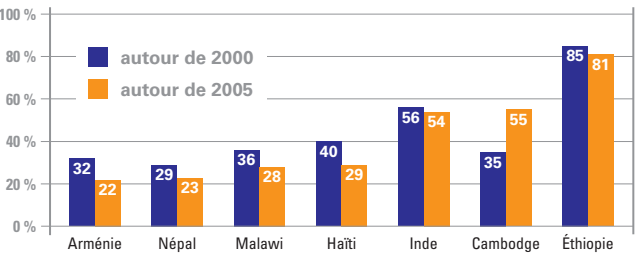
La violence familiale est la plus courante forme de violence contre les femmes. Des enquêtes sur les ménages ont été menées dans 57 pays pour déterminer les attitudes envers la violence familiale. Lorsqu’on leur demande leur opinion, la moitié en moyenne des filles et des femmes de 15 à 49 ans répondent que les coups donnés à une femme par son mari ou partenaire se justifient en certaines circonstances.

La violence familiale affecte le bien-être des femmes et la santé, la nutrition et l’éducation des enfants qui en sont victimes et des enfants qui en sont les témoins. Dans le contexte de l’inégalité des sexes, la réponse des femmes à la maltraitance témoigne du manque relatif d’options dont elles disposent pour faire évoluer la relation ou y mettre fin et l’évaluation qu’elles font de la meilleure manière de se protéger, elles et leurs enfants.

Pour mettre fin à cette violence, il faut modifier les attitudes qui permettent ces mauvais traitements, développer des cadres juridiques et politiques les interdisant et les réprimant et améliorer l’accès des femmes aux ressources économiques et des filles à l’éducation.

L’ÉVOLUTION DE L’ATTITUDE DANS SEPT PAYS

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont répondu qu’un conjoint ou un partenaire est en droit de frapper ou battre sa conjointe, en certaines circonstances (autour de 2000 et autour de 2005 dans sept pays aux tendances comparables)



Source des chiffres cités sur cette page : bases de données mondiales de l’UNICEF, 2007, sur la base des estimations disponibles les plus récentes des EDS, MICS et d’autres études nationales réalisées dans 57 pays pendant la période 1999–2006. En Égypte, en Somalie et au Turkménistan, seules des femmes mariées ou qui l’avaient été ont été interrogées; au Tadjikistan, seules des femmes mariées ou en union ont été interrogées. La ventilation par groupes d’âges repose sur les données d’une enquête réalisée dans 55 pays. Réponses des femmes aux mauvais traitements : OMS, Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002.

LES ATTITUDES DES FEMMES FACE À LA VIOLENCE FAMILIALE

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont répondu qu’un conjoint ou un partenaire est en droit de frapper ou battre sa conjointe, en certaines circonstances (1999–2006)

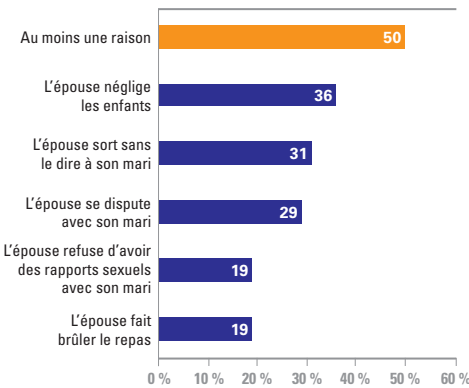
Pays	Pourcentage
Mali	89
Guinée	86
Sierra Leone	85
Zambie	85
Éthiopie	81
Ouganda	77
Congo	76
Somalie	76
Gambie	74
Tadjikistan	74
Burkina Faso	71
Niger	70
Ouzbékistan	70
Algérie	68
Kenya	68
Côte d’Ivoire	65
Nigéria	65
Sénégal	65
Viet Nam	64
Bénin	60

Pays	Pourcentage
Tanzanie, Rép.-Unie de	60
Iraq	59
Cameroun	56
Cambodge	55
Inde	54
Togo	53
Guinée-Bissau	52
Zimbabwe	51
Égypte	50
Rwanda	48
Ghana	47
Turquie	39
Kirghizistan	38
Turkménistan	38
Sao Tomé-et-Principe	32
Albanie	30
Géorgie	30
Haïti	29
Madagascar	28
Malawi	28

Pays	Pourcentage
Indonésie	25
Philippines	24
Népal	23
Arménie	22
Ex-Rép. youg. de Macédoine	21
Moldova, République de	21
Mongolie	20
Nicaragua	17
Honduras	16
Monténégro	11
Kazakhstan	10
République dominicaine	9
Trinité-et-Tobago	8
Jamaïque	6
Serbie	6
Ukraine	5
Bosnie-Herzégovine	5
Moyenne (57 pays)	50

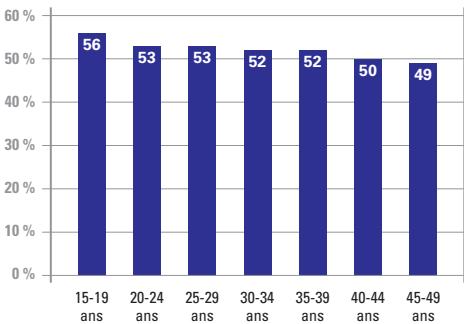
LE FAIT QUE LES ENFANTS SOIENT NÉGLIGÉS EST LA RAISON INVOQUÉE LE PLUS SOUVENT PAR CELLES QUI JUSTIFIENT LES COUPS CONTRE LES ÉPOUSES

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont répondu qu’un conjoint ou un partenaire est en droit de frapper ou battre sa conjointe en certaines circonstances (1999–2006)



LES FILLES PLUS ÂGÉES ET LES FEMMES PLUS JEUNES SONT UN PEU PLUS ENCLINES QUE LES FEMMES PLUS ÂGÉES À RÉPONDRE QUE LES COUPS CONTRE UNE ÉPOUSE PEUVENT SE JUSTIFIER

Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont répondu qu’un conjoint ou un partenaire est en droit de frapper ou battre sa conjointe dans certains cas, par groupe d’âge (1999–2006)



Objectif défini dans Un monde digne des enfants : protéger les enfants contre les horreurs des conflits armés et garantir le respect du droit humanitaire et des textes de loi relatifs aux droits de l’homme

Près de 1,5 milliard d’enfants – soit les deux tiers de la population mondiale d’enfants – vivent dans les 42 pays où s’est déroulé un conflit violent et de forte intensité entre 2002 et 2006. Mais il est difficile d’estimer l’impact des conflits armés sur les enfants en raison de l’absence de statistiques fiables et à jour.

On estime à quelque 14,2 millions le nombre de réfugiés dans le monde, dont 41 % seraient des enfants (âgés de moins de 18 ans). Sur la même base, on compte 24,5 millions de personnes déplacées à l’intérieur de leur pays à cause d’un conflit, dont 36 % sont des enfants. Il n’existe pas de statistiques fiables sur le nombre d’enfants associés aux forces armées, mais plus de 100 000 enfants ont été démobilisés et réinsérés dans leurs communautés depuis 1998.

39 MILLIONS DE PERSONNES DE PAR LE MONDE SONT DES RÉFUGIÉS OU DES PERSONNES DÉPLACÉES

Estimations mondiales (en millions) du nombre de réfugiés, personnes déplacées et relevant de la compétence du HCR, tous âges confondus (2006)

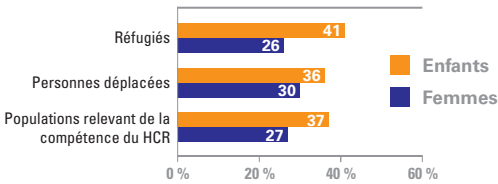
	Faible	Élevé	Moyen
Réfugiés	11,2	17,2	14,2
Personnes déplacées	15,7	25,2	24,5 *
Populations relevant du HCR	37,1	52,6	48,9

* Estimation du Conseil norvégien pour les réfugiés (PDF mis à jour en février 2008).

Note : « Populations relevant de la compétence du HCR » est l’expression utilisée par le Haut Commissariat des Nations Unies aux réfugiés (HCR) pour décrire tous les groupes ayant à supporter les effets du déplacement forcé, notamment les réfugiés, les personnes déplacées, les rapatriés, les demandeurs d’asile et les apatrides.

PLUS DE 40 % DES RÉFUGIÉS SONT DES ENFANTS

Les enfants et les femmes en pourcentage du nombre total de réfugiés, personnes déplacées et populations relevant de la compétence du HCR (2006)



CONVENTIONS ET PROTOCOLES RELATIFS AUX DROITS DE L’ENFANT

La **Convention relative aux droits de l’enfant** est entrée en vigueur en 1990, et ses deux Protocoles facultatifs ont été adoptés en mai 2000. À ce jour, 193 États ont ratifié la Convention, mais 13 d’entre eux n’ont pas encore soumis de rapport sur les progrès obtenus vers la réalisation des les droits de l’enfant.

La **Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes** est entrée en vigueur en 1981 et son Protocole facultatif en 2000. Sur les 185 États qui n’ont pas ratifié cette convention, 31 n’ont encore soumis aucun rapport sur les mesures qu’ils ont adoptées pour s’acquitter de leurs obligations aux termes de ce traité.

Les **Conventions de l’Organisation internationale du Travail (OIT)** relatives au travail des enfants comprennent la Convention No. 138, adoptée en 1973, et la Convention No. 182, adoptée en 1999 (voir tableau).

RATIFICATION DES CONVENTIONS ET PROTOCOLES (2002-2007)

	au 1 ^{er} janvier 2002	au 30 juin 2007
Nombre d’États parties aux conventions et protocoles		
Convention relative aux droits de l’enfant (CDE)	191	193
Protocole facultatif à la CDE concernant la vente d’enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants	16	121
Protocole facultatif à la CDE concernant l’implication d’enfants dans les conflits armés	13	117
Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes (CEDAW)	168	185
Protocole facultatif à la CEDAW	28	88
Convention de l’OIT sur les pires formes de travail des enfants (No. 182)	113	164
Convention de l’OIT sur l’âge minimum d’admission à l’emploi (No. 138)	116	150

Sources des chiffres cités sur cette page : les estimations mondiales se fondent sur les données fournies par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Centre de surveillance des déplacements internes du Conseil norvégien pour les réfugiés, et le Committee for Refugees and Immigrants des États-Unis. Les proportions d’enfants et de femmes ont été extrapolées en utilisant les pourcentages fournis par le HCR sur la base d’échantillons nationaux extraits des populations relevant de la compétence du HCR. Nombre de conflits violents, à forte intensité, 2002–2006: Institut d’Heidelberg de recherche sur les conflits internationaux; ces conflits comprennent les crises sévères, au cours desquelles une force violence est utilisée de manière organisée et les guerres, au cours desquelles une force violente est utilisée de manière continue, organisée et systématique. Ratifications de la CDE et de la CEDAW : base de données sur l’état des traités multilatéraux déposés auprès du Secrétaire général; ratifications des Conventions de l’OIT : base de données de l’OIT relative aux ratifications.

Cible définie dans Un monde digne des enfants : adopter des mesures spéciales pour éliminer la discrimination à l’égard des enfants handicapés

La discrimination à l’égard des enfants handicapés peut compromettre leur santé et leurs résultats scolaires; elle limite parfois leurs possibilités de participer à la vie de la société et les expose à la violence, aux mauvais traitements et à l’exploitation. Il est difficile d’évaluer l’ampleur de la discrimination envers les enfants handicapés, faute de données. C’est pourquoi, en 2005, l’UNICEF a commencé à utiliser un module de l’Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) conçu spécialement pour identifier les enfants souffrant d’invalidité congénitale et de troubles du développement, dont les résultats figurent ici pour la première fois.

Les données réunies dans le cadre de l’Enquête en grappes à indicateurs multiples révèlent des écarts profonds entre les pays concernant le pourcentage d’enfants de 2 à 9 ans dont le dépistage a été positif pour au moins une invalidité : l’écart va de 2 % pour l’Ouzbékistan, à 35 % pour Djibouti. Les variations des taux peuvent s’expliquer par l’état nutritionnel des enfants, l’exposition aux risques écologiques, des phénomènes tels que les accidents ou les conflits, les maladies chroniques et infectieuses, ainsi que les différences en matière de services et pratiques de santé publique. Si le risque d’invalidité dépend du contexte général du pays, les études permettent aussi de penser que l’incidence des invalidités chez les enfants est une constante dans toutes les sociétés et qu’elle s’explique souvent par des handicaps congénitaux.

Aux termes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2007), « par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l’interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l’égalité avec les autres ».

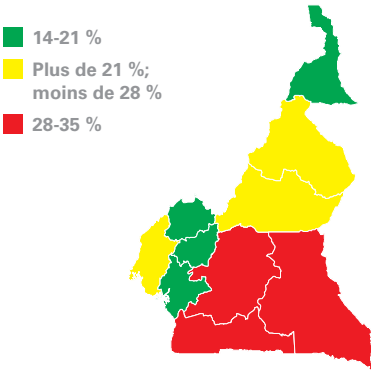
LES TAUX D’INVALIDITÉ VARIENT PROFONDÉMENT SELON LES PAYS

Pourcentage d’enfants âgés de 2 à 9 ans souffrant d’au moins une invalidité, dans 17 pays étudiés (2005)

Pays	Pourcentage
Djibouti	35
République centrafricaine	31
Cameroun	23
Sierra Leone	23
Bangladesh	18
Mongolie	17
Sao Tomé-et-Principe	16
Ghana	16
Iraq	15
Jamaïque	15
Monténégro	13
Thaïlande	12
Albanie	11
Serbie	11
Ex-Rép. youg. de Macédoine	10
Bosnie-Herzégovine	7
Ouzbékistan	2

... ET AU SEIN D’UN MÊME PAYS : LE CAS DU CAMEROUN

Pourcentage d’enfants âgés de 2 à 9 ans atteint d’au moins une invalidité (2005)



Les différences régionales concernant la prévalence des handicaps chez l’enfant peuvent refléter des niveaux inégaux de développement économique et social et des risques spécifiques au niveau local, ainsi que des niveaux d’accès différents aux services de prévention, aux traitements et aux soins.

Évaluation des handicaps grâce à l’enquête MICS

Le module de l’Enquête en grappes à indicateurs multiples prend pour base un dépistage comportant 10 questions. On demande au parent ou à la personne qui élève l’enfant de procéder à une évaluation personnelle du développement et du fonctionnement physiques et mentaux de l’enfant. Les résultats publiés ici portent sur le pourcentage d’enfants testés positifs grâce à ces questions, ce qui donne une indication du pourcentage d’enfants qui souffrent probablement d’un handicap. Ces enfants auront peut-être besoin d’une évaluation médicale et du développement plus complète.

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

Pays et territoires	Prévalence de l'insuffisance pondérale (%) (2000-2006)*	Taux annuel moyen de régression (%) (1990-2006)	Progrès vers la cible de l'OMD
Afghanistan	39	3,1	en bonne voie
Afrique du Sud	12 x	-5,6	pas de progrès
Albanie	8	12,7	en bonne voie
Algérie	4	6,1	en bonne voie
Allemagne	-	-	-
Andorre	-	-	-
Angola	31	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-
Arabie saoudite	14 x	-	-
Argentine	4	3,5	en bonne voie
Arménie	4	-2,0	en bonne voie
Australie	-	-	-
Autriche	-	-	-
Azerbaïdjan	7	2,0	progrès insuffisants
Bahamas	-	-	-
Bahreïn	9 x	-	-
Bangladesh	48	2,8	en bonne voie
Barbade	-	-	-
Bélarus	1	-	en bonne voie
Belgique	-	-	-
Belize	7	-1,6	pas de progrès
Bénin	23	2,2	progrès insuffisants
Bhoutan	19 x	6,4	en bonne voie
Bolivie	8	3,6	en bonne voie
Bosnie-Herzégovine	2	18,2	en bonne voie
Botswana	13	7,8	en bonne voie
Brésil	6 x	2,9	en bonne voie
Brunéi Darussalam	-	-	-
Bulgarie	-	-	-
Burkina Faso	37	-1,2	pas de progrès
Burundi	39	-0,2	pas de progrès
Cambodge	36	4,2	en bonne voie
Cameroun	19	-2,3	pas de progrès
Canada	-	-	-
Cap-Vert	-	-	-
Chili	1	2,3	en bonne voie
Chine	7	6,4	en bonne voie
Chypre	-	-	-
Colombie	7	2,7	en bonne voie
Comores	25	-3,7	pas de progrès
Congo	14	2,7	en bonne voie
Congo, Rép. démocratique du	31	1,7	progrès insuffisants
Corée, République de	-	-	-
Corée, Rép. populaire dém. de	23	-	-
Costa Rica	5 x	-	-
Côte d'Ivoire	20	1,8	progrès insuffisants
Croatie	1 x	-	-
Cuba	4	8,5	en bonne voie
Danemark	-	-	-
Djibouti	29	-1,0	pas de progrès
Dominique	-	-	-
Égypte	6	2,3	progrès insuffisants
El Salvador	10	2,6	en bonne voie
Émirats arabes unis	14 x	-	-
Équateur	9	2,9	en bonne voie
Érythrée	40	0,7	progrès insuffisants

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

Pays et territoires	Prévalence de l'insuffisance pondérale (%) (2000-2006)*	Taux annuel moyen de régression (%) (1990-2006)	Progrès vers la cible de l'OMD
Espagne	-	-	-
Estonie	-	-	-
États-Unis	2	-	-
Éthiopie	38	1,7	progrès insuffisants
Ex-République yougoslave de Macédoine	2	12,8	en bonne voie
Fédération de Russie	3 x	-	-
Fidji	-	-	-
Finlande	-	-	-
France	-	-	-
Gabon	12	-	-
Gambie	20	2,1	progrès insuffisants
Géorgie	3 x	-	-
Ghana	18	3,1	en bonne voie
Grèce	-	-	-
Grenade	-	-	-
Guatemala	23	2,7	en bonne voie
Guinée	26	0,6	progrès insuffisants
Guinée-Bissau	19	4,1	en bonne voie
Guinée équatoriale	19	-	-
Guyana	14	4,6	en bonne voie
Haiti	22	1,9	progrès insuffisants
Honduras	11	2,8	en bonne voie
Hongrie	-	-	-
Îles Cook	10 x	-	-
Îles Marshall	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-
Inde	43	0,9	progrès insuffisants
Indonésie	28	2,7	en bonne voie
Iran (République islamique d')	11 x	-	-
Iraq	8	0,6	progrès insuffisants
Irlande	-	-	-
Islande	-	-	-
Israël	-	-	-
Italie	-	-	-
Jamahiriya arabe libyenne	5 x	-	-
Jamaïque	4	5,8	en bonne voie
Japon	-	-	-
Jordanie	4	4,7	en bonne voie
Kazakhstan	4	0,7	en bonne voie
Kenya	20	1,1	progrès insuffisants
Kiribati	13 x	-	-
Kirghizistan	3	12,8	en bonne voie
Koweït	10 x	-	-
Lettonie	-	-	-
Lesotho	20	-2,0	pas de progrès
Liban	4	-	en bonne voie
Libéria	26	-	-
Liechtenstein	-	-	-
Lituanie	-	-	-
Luxembourg	-	-	-
Madagascar	42	-0,4	pas de progrès
Malaisie	8	7,6	en bonne voie
Malawi	19	2,7	en bonne voie
Maldives	30	4,2	en bonne voie
Mali	33	2,2	progrès insuffisants

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

Pays et territoires	Prévalence de l'insuffisance pondérale (%) (2000-2006)*	Taux annuel moyen de régression (%) (1990-2006)	Progrès vers la cible de l'OMD
Malte	–	–	–
Maroc	10	1,8	progrès insuffisants
Maurice	15 x	–	–
Mauritanie	32	4,0	en bonne voie
Mexique	5	5,9	en bonne voie
Micronésie (États fédérés de)	15 x	–	–
Moldova, République de	4	-3,3	en bonne voie
Monaco	–	–	–
Mongolie	6	7,0	en bonne voie
Monténégro	3	–	en bonne voie
Mozambique	24	1,1	progrès insuffisants
Myanmar	32	1,2	progrès insuffisants
Namibie	24	1,1	progrès insuffisants
Nauru	–	–	–
Népal	39	1,6	progrès insuffisants
Nicaragua	10	2,4	progrès insuffisants
Niger	44	-0,1	pas de progrès
Nigéria	29	2,2	progrès insuffisants
Nioué	–	–	–
Norvège	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–
Oman	18 x	4,2	en bonne voie
Ouganda	20	0,7	progrès insuffisants
Ouzbékistan	5	11,4	en bonne voie
Pakistan	38	1,6	progrès insuffisants
Palaos	–	–	–
Panama	8 x	-1,2	pas de progrès
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–
Paraguay	5	-2,3	en bonne voie
Pays-Bas	–	–	–
Pérou	8	2,7	en bonne voie
Philippines	28	0,9	progrès insuffisants
Pologne	–	–	–
Portugal	–	–	–
Qatar	6 x	–	–
République arabe syrienne	10	2,7	en bonne voie
République centrafricaine	29	-1,6	pas de progrès
République dém. populaire lao	40	0,8	progrès insuffisants
République dominicaine	5	4,8	en bonne voie
République tchèque	–	–	–
Roumanie	3	6,0	en bonne voie
Royaume-Uni	–	–	–
Rwanda	23	1,9	progrès insuffisants
Sainte-Lucie	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	–	–
Samoa	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	9	5,5	en bonne voie
Sénégal	17	1,1	progrès insuffisants
Serbie	2	–	en bonne voie
Seychelles	–	–	–
Sierra Leone	30	-0,2	pas de progrès
Singapour	3	–	en bonne voie
Slovaquie	–	–	–

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

Pays et territoires	Prévalence de l'insuffisance pondérale (%) (2000-2006)*	Taux annuel moyen de régression (%) (1990-2006)	Progrès vers la cible de l'OMD
Slovénie	–	–	–
Somalie	36	-7,0	pas de progrès
Soudan	41	-2,4	pas de progrès
Sri Lanka	29	2,9	en bonne voie
Suède	–	–	–
Suisse	–	–	–
Suriname	13	–	–
Swaziland	10	–	–
Tadjikistan	17	–	–
Tanzanie, République-Unie de	22	2,2	progrès insuffisants
Tchad	37	0,7	progrès insuffisants
Territoire palestinien occupé	3	1,3	en bonne voie
Thaïlande	9	5,5	en bonne voie
Timor-Leste	46	–	–
Togo	26	-0,3	pas de progrès
Tonga	–	–	–
Trinité-et-Tobago	6	1,3	progrès insuffisants
Tunisie	4	8,4	en bonne voie
Turkménistan	11	1,7	progrès insuffisants
Turquie	4	10,2	en bonne voie
Tuvalu	–	–	–
Ukraine	1	–	en bonne voie
Uruguay	5	2,2	en bonne voie
Vanuatu	–	–	–
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	5	1,8	progrès insuffisants
Viet Nam	25	3,4	en bonne voie
Yémen	46	-3,6	pas de progrès
Zambie	20	1,3	progrès insuffisants
Zimbabwe	17	-1,7	pas de progrès

INDICATEURS CONSOLIDÉS

Afrique subsaharienne	28	1,1	progrès insuffisants
Afrique de l'Est/Afrique australe	28	0,8	progrès insuffisants
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	28	1,4	progrès insuffisants
Moyen-Orient/Afrique du Nord	17	-1,0	pas de progrès
Asie du Sud	42	1,2	progrès insuffisants
Asie de l'Est/Pacifique	14	3,7	en bonne voie
Amérique latine/Caraïbes	7	3,3	en bonne voie
ECO/CEI	5	9,0	en bonne voie
Pays industrialisés	–	–	–
Pays en développement	26	1,5	progrès insuffisants
Pays les moins avancés	35	1,5	progrès insuffisants
Monde	25	1,5	progrès insuffisants

Cible de l'OMD : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Notes:

– Données indisponibles ou insuffisantes pour estimer les tendances.

* Les données font référence à des niveaux modérés à graves d'insuffisance pondérale pour l'année disponible la plus récente pendant la période 2000-2006.

x Les données font référence aux années ou périodes autres que 2000-2006.

Les pays et les régions sont classés en fonction des critères suivants : **En bonne voie** : le taux annuel moyen de régression (TAMR) est supérieur ou égal à 2,6 %, ou l'estimation la plus récente de la prévalence de l'insuffisance pondérale (pour 2000 ou les années suivantes) est inférieure ou égale à 5 %, indépendamment du TAMR. **Progrès insuffisants** : le TAMR est compris entre 0,6 % et 2,5 %. **Pas de progrès** : le TAMR est inférieur ou égal à 0,5 %.

OMD 2 : ASSURER L'ÉDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

Pays et territoires	Taux nets de scolarisation/ fréquentation dans le primaire	Progrès vers la cible de l'OMD
Afghanistan	53 s	pas de progrès
Afrique du Sud	87	pas de progrès
Albanie	94	progrès insuffisants
Algérie	97	en bonne voie
Allemagne	96	en bonne voie
Andorre	80	pas de progrès
Angola	58 s	pas de progrès
Antigua-et-Barbuda	-	-
Arabie saoudite	78	pas de progrès
Argentine	99	en bonne voie
Arménie	99 s	en bonne voie
Australie	97	en bonne voie
Autriche	97	en bonne voie
Azerbaïdjan	85	pas de progrès
Bahamas	91	progrès insuffisants
Bahreïn	97	en bonne voie
Bangladesh	81	pas de progrès
Barbade	98	en bonne voie
Bélarus	89	pas de progrès
Belgique	99	en bonne voie
Belize	95	en bonne voie
Bénin	54 s	pas de progrès
Bhoutan	70 s	pas de progrès
Bolivie	78 s	pas de progrès
Bosnie-Herzégovine	91 s	progrès insuffisants
Botswana	85	progrès insuffisants
Brésil	95	en bonne voie
Brunéi Darussalam	93	progrès insuffisants
Bulgarie	93	progrès insuffisants
Burkina Faso	45	pas de progrès
Burundi	71	en bonne voie
Cambodge	75	pas de progrès
Cameroun	84	progrès insuffisants
Canada	100	en bonne voie
Cap-Vert	90	progrès insuffisants
Chili	90	pas de progrès
Chine	99	en bonne voie
Chypre	99	en bonne voie
Colombie	87	pas de progrès
Comores	72	en bonne voie
Congo	86	pas de progrès
Congo, Rép. démocratique du	52	pas de progrès
Corée, République de	100	en bonne voie
Corée, Rép. populaire dém. de	-	-
Costa Rica	92	progrès insuffisants
Côte d'Ivoire	62	pas de progrès
Croatie	87	progrès insuffisants
Cuba	97	en bonne voie
Danemark	95	en bonne voie
Djibouti	79	en bonne voie
Dominique	84	pas de progrès
Égypte	94	progrès insuffisants
El Salvador	93	en bonne voie
Émirats arabes unis	71	pas de progrès
Équateur	98	en bonne voie
Érythrée	67 s	pas de progrès
Espagne	99	en bonne voie

Pays et territoires	Taux nets de scolarisation/ fréquentation dans le primaire	Progrès vers la cible de l'OMD
Estonie	95	en bonne voie
États-Unis	92	progrès insuffisants
Éthiopie	45 s	pas de progrès
Ex-République yougoslave de Macédoine	92	progrès insuffisants
Fédération de Russie	92	en bonne voie
Fidji	96	en bonne voie
Finlande	98	en bonne voie
France	99	en bonne voie
Gabon	94 s	progrès insuffisants
Gambie	61 s	pas de progrès
Géorgie	93	progrès insuffisants
Ghana	75 s	en bonne voie
Grèce	99	en bonne voie
Grenade	84	pas de progrès
Guatemala	94	en bonne voie
Guinée	51 s	pas de progrès
Guinée-Bissau	54 s	pas de progrès
Guinée équatoriale	81	pas de progrès
Guyana	96 s	en bonne voie
Haiti	50 s	pas de progrès
Honduras	79 s	pas de progrès
Hongrie	89	progrès insuffisants
Îles Cook	77	pas de progrès
Îles Marshall	90	pas de progrès
Îles Salomon	63	pas de progrès
Inde	84 s	pas de progrès
Indonésie	96	en bonne voie
Iran (République islamique d')	95	en bonne voie
Iraq	88	progrès insuffisants
Irlande	96	en bonne voie
Islande	99	en bonne voie
Israël	97	en bonne voie
Italie	99	en bonne voie
Jamahiriya arabe libyenne	-	-
Jamaïque	97 s	en bonne voie
Japon	100	en bonne voie
Jordanie	99 s	en bonne voie
Kazakhstan	98 s	en bonne voie
Kenya	79	en bonne voie
Kiribati	97	en bonne voie
Kirghizistan	92 s	en bonne voie
Koweït	87	pas de progrès
Lettonie	88	pas de progrès
Lesotho	87	en bonne voie
Liban	92	progrès insuffisants
Libéria	66	pas de progrès
Liechtenstein	88	pas de progrès
Lituanie	89	pas de progrès
Luxembourg	95	en bonne voie
Madagascar	76 s	en bonne voie
Malaisie	95	en bonne voie
Malawi	87 s	pas de progrès
Maldives	79	pas de progrès
Mali	51	pas de progrès
Malte	86	pas de progrès
Maroc	86	en bonne voie

Pays et territoires	Taux nets de scolarisation/ fréquentation dans le primaire	Progrès vers la cible de l'OMD
Maurice	95	en bonne voie
Mauritanie	72	pas de progrès
Mexique	98	en bonne voie
Micronésie (États fédérés de)	92	progrès insuffisants
Moldova, République de	86	pas de progrès
Monaco	-	-
Mongolie	97 s	en bonne voie
Monténégro	97 s	en bonne voie
Mozambique	60 s	pas de progrès
Myanmar	84 s	progrès insuffisants
Namibie	72	pas de progrès
Nauru	60	pas de progrès
Népal	87	en bonne voie
Nicaragua	87	en bonne voie
Niger	40	pas de progrès
Nigéria	68	pas de progrès
Nioué	90	progrès insuffisants
Norvège	98	en bonne voie
Nouvelle-Zélande	99	en bonne voie
Oman	73	pas de progrès
Ouganda	82 s	pas de progrès
Ouzbékistan	100 s	en bonne voie
Pakistan	68	progrès insuffisants
Palaos	96	en bonne voie
Panama	99	en bonne voie
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-
Paraguay	88	pas de progrès
Pays-Bas	99	en bonne voie
Pérou	97	en bonne voie
Philippines	94	en bonne voie
Pologne	96	en bonne voie
Portugal	98	en bonne voie
Qatar	96	en bonne voie
République arabe syrienne	95	en bonne voie
République centrafricaine	59 s	pas de progrès
République dém. populaire lao	84	pas de progrès
République dominicaine	88	progrès insuffisants
République tchèque	92	progrès insuffisants
Roumanie	93	progrès insuffisants
Royaume-Uni	99	en bonne voie
Rwanda	86 s	en bonne voie
Sainte-Lucie	97	en bonne voie
Saint-Kitts-et-Nevis	93	progrès insuffisants
Saint-Siège	-	-
Saint-Vincent-et-Grenadines	90	progrès insuffisants
Samoa	90	progrès insuffisants
Saint-Marin	-	-
Sao Tomé-et-Principe	97	en bonne voie
Sénégal	58 s	pas de progrès
Serbie	96	en bonne voie
Seychelles	99	en bonne voie
Sierra Leone	69 s	en bonne voie
Singapour	-	-
Slovaquie	92	progrès insuffisants
Slovénie	98	en bonne voie
Somalie	22 s	pas de progrès
Soudan	58 s	pas de progrès

Pays et territoires	Taux nets de scolarisation/ fréquentation dans le primaire	Progrès vers la cible de l'OMD
Sri Lanka	97	en bonne voie
Suède	96	en bonne voie
Suisse	93	progrès insuffisants
Suriname	94	en bonne voie
Swaziland	80	pas de progrès
Tadjikistan	89 s	pas de progrès
Tanzanie, République-Unie de	73 s	en bonne voie
Tchad	36 s	pas de progrès
Territoire palestinien occupé	80	pas de progrès
Thaïlande	98 s	en bonne voie
Timor-Leste	75 s,y	pas de progrès
Togo	78	pas de progrès
Tonga	95	en bonne voie
Trinité-et-Tobago	98 s	en bonne voie
Tunisie	97	en bonne voie
Turkménistan	99 s	en bonne voie
Turquie	89	pas de progrès
Tuvalu	100	en bonne voie
Ukraine	97 s	en bonne voie
Uruguay	93	progrès insuffisants
Vanuatu	94	en bonne voie
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	91	en bonne voie
Viet Nam	94 s	progrès insuffisants
Yémen	75	en bonne voie
Zambie	57 s	pas de progrès
Zimbabwe	82	pas de progrès

INDICATEURS CONSOLIDÉS

Afrique subsaharienne	66	pas de progrès
Afrique de l'Est/Afrique australe	70	pas de progrès
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	62	pas de progrès
Moyen-Orient/Afrique du Nord	85	en bonne voie
Asie du Sud	82	pas de progrès
Asie de l'Est/Pacifique	97	en bonne voie
Amérique latine/Caraïbes	93	progrès insuffisants
ECO/CEI	92	en bonne voie
Pays industrialisés	96	en bonne voie
Pays en développement	84	pas de progrès
Pays les moins avancés	65	pas de progrès
Monde	86	pas de progrès

Cible de l'OMD : 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

Notes :

– Données indisponibles ou insuffisantes pour estimer les tendances.

s Données des enquêtes nationales sur les ménages.

y Données se rapportant à des années ou périodes autres que celles spécifiées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne se rapportant qu'à une partie du pays, mais elle sont comprises dans le calcul des moyennes régionales et mondiales

Les pays sont classés sur la base de leur taux net de scolarisation/fréquentation à l'école primaire. **En bonne voie** : le taux net de scolarisation/fréquentation le plus récent disponible, ou projeté pour 2015, est supérieur ou égal à 95 %. **Progrès insuffisants** : le taux net de scolarisation/fréquentation le plus récent disponible est supérieur ou égal à 90 % mais inférieur à 95 % et le taux projeté pour 2015 est inférieur à 95 %; ou alors le taux net de scolarisation/fréquentation le plus récent disponible est inférieur à 90 % et le taux projeté pour 2015 est supérieur ou égal à 90 % mais inférieur à 95 %. **Pas de progrès** : le taux net de scolarisation/fréquentation le plus récent disponible est inférieur à 90 % et le taux projeté pour 2015 est inférieur à 90 %.

OMD 3 : ÉLIMINER LES DISPARITÉS ENTRE LES SEXES DANS L'ÉDUCATION PRIMAIRE

Pays et territoires	Taux net de scolarisation/de fréquentation scolaire à l'école primaire (2000-2006)			Progrès vers la cible de l'OMD
	Garçons (%)	Filles (%)	Indicateur de parité entre les sexes*	
Afghanistan	66 s	40 s	0,61	progrès insuffisants
Afrique du Sud	87	87	1,00	en bonne voie
Albanie	94	94	1,00	en bonne voie
Algérie	98	95	0,97	en bonne voie
Allemagne	96	96	1,00	en bonne voie
Andorre	82	79	0,96	en bonne voie
Angola	58 s	59 s	1,02	en bonne voie
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-
Arabie saoudite	77	79	1,03	en bonne voie
Argentine	99	98	0,99	en bonne voie
Arménie	99 s	98 s	0,99	en bonne voie
Australie	96	97	1,01	en bonne voie
Autriche	96	98	1,02	en bonne voie
Azerbaïdjan	85	84	0,99	en bonne voie
Bahamas	90	92	1,02	en bonne voie
Bahreïn	97	97	1,00	en bonne voie
Bangladesh	79 s	84 s	1,06	progrès insuffisants
Barbade	98	98	1,00	en bonne voie
Bélarus	91	88	0,97	en bonne voie
Belgique	99	99	1,00	en bonne voie
Belize	93	96	1,03	en bonne voie
Bénin	60 s	47 s	0,78	progrès insuffisants
Bhoutan	74 s	67 s	0,91	en bonne voie
Bolivie	78 s	77 s	0,99	en bonne voie
Bosnie-Herzégovine	92 s	89 s	0,97	en bonne voie
Botswana	85	84	0,99	en bonne voie
Brésil	95	95	1,00	en bonne voie
Brunéi Darussalam	93	94	1,01	en bonne voie
Bulgarie	94	93	0,99	en bonne voie
Burkina Faso	50	40	0,80	progrès insuffisants
Burundi	72 s	70 s	0,97	en bonne voie
Cambodge	73 s	76 s	1,04	en bonne voie
Cameroun	86 s	81 s	0,94	progrès insuffisants
Canada	99	100	1,01	en bonne voie
Cap-Vert	91	89	0,98	en bonne voie
Chili	91	89	0,98	en bonne voie
Chine	99	99	1,00	en bonne voie
Chypre	99	99	1,00	en bonne voie
Colombie	87	87	1,00	en bonne voie
Comores	80	65	0,81	en bonne voie
Congo	86 s	87 s	1,01	en bonne voie
Congo, Rép. démocratique du	55 s	49 s	0,89	progrès insuffisants
Corée, République de	100	99	0,99	en bonne voie
Corée, Rép. populaire dém. de	-	-	-	-
Costa Rica	91	93	1,02	en bonne voie
Côte d'Ivoire	66 s	57 s	0,86	en bonne voie
Croatie	88	87	0,99	en bonne voie
Cuba	98	96	0,98	en bonne voie
Danemark	95	96	1,01	en bonne voie
Djibouti	80 s	78 s	0,98	en bonne voie
Dominique	83	85	1,02	en bonne voie
Égypte	96	91	0,95	en bonne voie
El Salvador	93	93	1,00	en bonne voie
Émirats arabes unis	71	70	0,99	en bonne voie
Équateur	97	98	1,01	en bonne voie
Érythrée	69 s	64 s	0,93	progrès insuffisants
Espagne	1,00	99	0,99	en bonne voie

Pays et territoires	Taux net de scolarisation/de fréquentation scolaire à l'école primaire (2000-2006)			Progrès vers la cible de l'OMD
	Garçons (%)	Filles (%)	Indicateur de parité entre les sexes*	
Estonie	95	95	1,00	en bonne voie
États-Unis	92	93	1,01	en bonne voie
Éthiopie	45 s	45 s	1,00	en bonne voie
Ex-République.yougoslave de Macédoine	92	92	1,00	en bonne voie
Fédération de Russie	92	93	1,01	en bonne voie
Fidji	97	96	0,99	en bonne voie
Finlande	98	98	1,00	en bonne voie
France	99	99	1,00	en bonne voie
Gabon	94 s	94 s	1,00	en bonne voie
Gambie	60 s	62 s	1,03	en bonne voie
Géorgie	93	93	1,00	en bonne voie
Ghana	75 s	75 s	1,00	en bonne voie
Grèce	99	99	1,00	en bonne voie
Grenade	84	83	0,99	en bonne voie
Guatemala	96	92	0,96	en bonne voie
Guinée	55 s	48 s	0,87	progrès insuffisants
Guinée-Bissau	54 s	53 s	0,98	en bonne voie
Guinée équatoriale	85	77	0,91	progrès insuffisants
Guyana	96 s	96 s	1,00	en bonne voie
Haïti	48 s	51 s	1,06	progrès insuffisants
Honduras	77 s	80 s	1,04	en bonne voie
Hongrie	90	88	0,98	en bonne voie
Îles Cook	78	77	0,99	en bonne voie
Îles Marshall	90	89	0,99	en bonne voie
Îles Salomon	65	62	0,95	progrès insuffisants
Inde	84 s	85 s	1,01	en bonne voie
Indonésie	97	94	0,97	en bonne voie
Iran (République islamique d')	91	100	1,10	en bonne voie
Iraq	94	81	0,86	progrès insuffisants
Irlande	96	96	1,00	en bonne voie
Islande	100	97	0,97	en bonne voie
Israël	97	98	1,01	en bonne voie
Italie	99	98	0,99	en bonne voie
Jamahiriya arabe libyenne	-	-	-	-
Jamaïque	97 s	98 s	1,01	en bonne voie
Japon	100	100	1,00	en bonne voie
Jordanie	99 s	99 s	1,00	en bonne voie
Kazakhstan	99 s	98 s	0,99	en bonne voie
Kenya	78	79	1,01	en bonne voie
Kiribati	96	98	1,02	en bonne voie
Kirghizistan	91 s	93 s	1,02	en bonne voie
Koweït	87	86	0,99	en bonne voie
Lettonie	86	89	1,03	en bonne voie
Lesotho	84	89	1,06	en bonne voie
Liban	93	92	0,99	en bonne voie
Libéria	74	58	0,78	progrès insuffisants
Liechtenstein	87	89	1,02	en bonne voie
Lituanie	89	89	1,00	en bonne voie
Luxembourg	95	95	1,00	en bonne voie
Madagascar	74 s	77 s	1,04	en bonne voie
Malaisie	96	95	0,99	en bonne voie
Malawi	86 s	88 s	1,02	en bonne voie
Maldives	79	79	1,00	en bonne voie
Mali	56	45	0,80	progrès insuffisants
Malte	88	84	0,95	progrès insuffisants
Maroc	89	83	0,93	en bonne voie

Pays et territoires	Taux net de scolarisation/de fréquentation scolaire à l'école primaire (2000-2006)			Progrès vers la cible de l'OMD
	Garçons (%)	Filles (%)	Indicateur de parité entre les sexes*	
Maurice	94	96	1,02	en bonne voie
Mauritanie	72	72	1,00	en bonne voie
Mexique	98	98	1,00	en bonne voie
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–
Moldova, République de	86	86	1,00	en bonne voie
Monaco	–	–	–	–
Mongolie	96 s	98 s	1,02	en bonne voie
Monténégro	98 s	97 s	0,99	en bonne voie
Mozambique	63 s	57 s	0,90	progrès insuffisants
Myanmar	83 s	84 s	1,01	en bonne voie
Namibie	69	74	1,07	progrès insuffisants
Nauru	–	–	–	–
Népal	90	83	0,92	en bonne voie
Nicaragua	88	86	0,98	en bonne voie
Niger	46	33	0,72	progrès insuffisants
Nigéria	72	64	0,89	progrès insuffisants
Nioué	–	–	–	–
Norvège	98	98	1,00	en bonne voie
Nouvelle-Zélande	99	99	1,00	en bonne voie
Oman	73	74	1,01	en bonne voie
Ouganda	82 s	81 s	0,99	en bonne voie
Ouzbékistan	100 s	100 s	1,00	en bonne voie
Pakistan	77	59	0,77	progrès insuffisants
Palaos	98	95	0,97	en bonne voie
Panama	99	98	0,99	en bonne voie
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–	–
Paraguay	87	88	1,01	en bonne voie
Pays-Bas	99	98	0,99	en bonne voie
Pérou	96	97	1,01	en bonne voie
Philippines	93	95	1,02	en bonne voie
Pologne	96	97	1,01	en bonne voie
Portugal	98	98	1,00	en bonne voie
Qatar	96	96	1,00	en bonne voie
République arabe syrienne	97	92	0,95	progrès insuffisants
République centrafricaine	64 s	54 s	0,84	progrès insuffisants
République dém. populaire lao	86	81	0,94	en bonne voie
République dominicaine	87	88	1,01	en bonne voie
République tchèque	91	93	1,02	en bonne voie
Roumanie	93	92	0,99	en bonne voie
Royaume-Uni	99	99	1,00	en bonne voie
Rwanda	84 s	87 s	1,04	en bonne voie
Sainte-Lucie	98	96	0,98	en bonne voie
Saint-Kitts-et-Nevis	91	96	1,05	progrès insuffisants
Saint-Siège	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	92	88	0,96	en bonne voie
Samoa	90	91	1,01	en bonne voie
Saint-Marin	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	97	96	0,99	en bonne voie
Sénégal	58 s	59 s	1,02	en bonne voie
Serbie	–	–	–	–
Seychelles	99	100	1,01	en bonne voie
Sierra Leone	69 s	69 s	1,00	en bonne voie
Singapour	–	–	–	–
Slovaquie	91	92	1,01	en bonne voie
Slovénie	99	98	0,99	en bonne voie
Somalie	24 s	20 s	0,83	progrès insuffisants
Soudan	60 s	57 s	0,95	progrès insuffisants

Pays et territoires	Taux net de scolarisation/de fréquentation scolaire à l'école primaire (2000-2006)			Progrès vers la cible de l'OMD
	Garçons (%)	Filles (%)	Indicateur de parité entre les sexes*	
Sri Lanka	99	98	0,99	en bonne voie
Suède	96	96	1,00	en bonne voie
Suisse	93	93	1,00	en bonne voie
Suriname	93	96	1,03	en bonne voie
Swaziland	80	81	1,01	en bonne voie
Tadjikistan	89 s	88 s	0,99	en bonne voie
Tanzanie, République-Unie de	71 s	75 s	1,06	en bonne voie
Tchad	41 s	31 s	0,76	progrès insuffisants
Territoire palestinien occupé	80	80	1,00	en bonne voie
Thaïlande	98 s	98 s	1,00	en bonne voie
Timor-Leste	76 s,y	74 s,y	0,97	en bonne voie
Togo	84	72	0,86	en bonne voie
Tonga	97	93	0,96	en bonne voie
Trinité-et-Tobago	98 s	98 s	1,00	en bonne voie
Tunisie	97	97	1,00	en bonne voie
Turkménistan	99 s	99 s	1,00	en bonne voie
Turquie	92	87	0,95	progrès insuffisants
Tuvalu	–	–	–	–
Ukraine	96 s	98 s	1,02	en bonne voie
Uruguay	92	93	1,01	en bonne voie
Vanuatu	95	93	0,98	en bonne voie
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	91	92	1,01	en bonne voie
Viet Nam	94 s	94 s	1,00	en bonne voie
Yémen	87	63	0,72	en bonne voie
Zambie	55 s	58 s	1,05	progrès insuffisants
Zimbabwe	81	82	1,01	en bonne voie

INDICATEURS CONSOLIDÉS

Afrique subsaharienne	68	64	0,94	en bonne voie
Afrique de l'Est/Afrique australe	70	70	1,00	en bonne voie
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	66	58	0,88	en bonne voie
Moyen-Orient/Afrique du Nord	87	83	0,95	en bonne voie
Asie du Sud	83	80	0,96	en bonne voie
Asie de l'Est/Pacifique	97	97	1,00	en bonne voie
Amérique latine/Caraïbes	93	93	1,00	en bonne voie
ECO/CEI	93	91	0,98	en bonne voie
Pays industrialisés	95	96	1,01	en bonne voie
Pays en développement	85	83	0,98	en bonne voie
Pays les moins avancés	67	64	0,96	en bonne voie
Monde	87	85	0,98	en bonne voie

Cible de l'OMD : 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.

Notes :

* L'indicateur de parité des sexes (IPS) est obtenu en divisant les taux nets de scolarisation/fréquentation scolaire des filles par les taux nets de scolarisation/fréquentation scolaire des garçons. Un IPS compris entre 0,96 et 1,04 signifie que les pourcentages de garçons et de filles à l'école sont pratiquement égaux. Un IPS supérieur à 1,04 signifie que le pourcentage de filles à l'école est supérieur au pourcentage de garçons. Un IPS inférieur à 0,96 signifie que le pourcentage de garçons est supérieur au pourcentage de filles à l'école.

– Données indisponibles ou insuffisantes pour estimer les tendances.

s Données des enquêtes nationales sur les ménages.

y Données se rapportant à des années ou périodes autres que celles spécifiées en tête de colonne, ne correspondant pas à la définition standard ou ne se rapportant qu'à une partie du pays, mais elle sont comprises dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

Les pays ont été classés en fonction de leur indicateur de parité des sexes (IPS) (valeur disponible la plus récente et valeur projetée pour 2015). **En bonne voie** : l'IPS le plus récent est supérieur ou égal à 0,96 et inférieur ou égal à 1,04. **Progrès insuffisants** : l'IPS le plus récent et l'IPS projeté pour 2015 sont inférieurs à 0,96 ou supérieurs à 1,04.

OMD 4 : RÉDUIRE LA MORTALITÉ INFANTILE

Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Cible de l'OMD pour 2015	Taux annuel moyen de régression (%)		Progrès vers la cible de l'OMD
	1990	2006		Observé 1990–2006	Nécessaire 2007–2015	
Afghanistan	260	257	87	0,1	12,1	pas de progrès
Afrique du Sud	60	69	20	-0,9	13,8	pas de progrès
Albanie	45	17	15	6,1	1,4	en bonne voie
Algérie	69	38	23	3,7	5,6	en bonne voie
Allemagne	9	4	3	5,1	3,2	en bonne voie
Andorre	6	3	2	4,3	4,5	en bonne voie
Angola	260	260	87	0	12,2	pas de progrès
Antigua-et-Barbuda	–	11	–	–	–	–
Arabie saoudite	44	25	15	3,5	5,9	en bonne voie
Argentine	29	16	10	3,7	5,6	en bonne voie
Arménie	56	24	19	5,3	2,8	en bonne voie
Australie	10	6	3	3,2	6,6	en bonne voie
Autriche	10	5	3	4,3	4,6	en bonne voie
Azerbaïdjan	105	88	35	1,1	10,2	insuffisant
Bahamas	29	14	10	4,6	4,1	en bonne voie
Bahrein	19	10	6	4,0	5,1	en bonne voie
Bangladesh	149	69	50	4,8	3,6	en bonne voie
Barbade	17	12	6	2,2	8,3	en bonne voie
Bélarus	24	13	8	3,8	5,4	en bonne voie
Belgique	10	4	3	5,7	2,1	en bonne voie
Belize	43	16	14	6,2	1,2	en bonne voie
Bénin	185	148	62	1,4	9,7	insuffisant
Bhoutan	166	70	55	5,4	2,6	en bonne voie
Bolivie	125	61	42	4,5	4,2	en bonne voie
Bosnie-Herzégovine	22	15	7	2,4	8,0	en bonne voie
Botswana	58	124	19	-4,7	20,7	pas de progrès
Brésil	57	29	19	6,5	0,6	en bonne voie
Brunéi Darussalam	11	9	4	1,3	9,9	en bonne voie
Bulgarie	18	14	6	1,6	9,4	en bonne voie
Burkina Faso	206	204	69	0,1	12,1	pas de progrès
Burundi	190	181	63	0,3	11,7	pas de progrès
Cambodge	116	83	39	2,2	8,3	insuffisant
Cameroun	139	149	46	0,4	13,0	pas de progrès
Canada	8	6	3	1,8	8,9	en bonne voie
Cap-Vert	60	34	20	3,5	5,9	en bonne voie
Chili	21	9	7	5,3	2,8	en bonne voie
Chine	45	24	15	3,9	5,2	en bonne voie
Chypre	12	4	4	6,9	0,0	en bonne voie
Colombie	35	21	12	3,2	6,5	en bonne voie
Comores	120	68	40	3,5	5,9	insuffisant
Congo	103	126	34	-1,3	14,5	pas de progrès
Congo, Rép. démocratique du	205	205	68	0	12,2	pas de progrès
Corée, République de	9	5	3	3,7	5,7	en bonne voie
Corée, Rép. populaire dém. de	55	55	18	0,0	12,2	pas de progrès
Costa Rica	18	12	6	2,5	7,7	en bonne voie
Côte d'Ivoire	153	127	51	1,2	10,1	insuffisant
Croatie	12	6	4	4,3	4,5	en bonne voie
Cuba	13	7	4	3,9	5,4	en bonne voie
Danemark–	9	5	3	3,7	5,7	en bonne voie
Djibouti	175	130	58	1,9	8,9	insuffisant
Dominique	17	15	6	0,8	10,8	en bonne voie
Égypte	91	35	30	6	1,6	en bonne voie
El Salvador	60	25	20	5,5	2,5	en bonne voie
Émirats arabes unis	15	8	5	3,9	5,2	en bonne voie
Équateur	57	24	19	5,4	2,6	en bonne voie
Érythrée	147	74	49	4,3	4,6	en bonne voie

Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Cible de l'OMD pour 2015	Taux annuel moyen de régression (%)		Progrès vers la cible de l'OMD
	1990	2006		Observé 1990–2006	Nécessaire 2007–2015	
Espagne	9	4	3	5,1	3,2	en bonne voie
Estonie	16	7	5	5,2	3,1	en bonne voie
États-Unis	12	8	4	2,5	7,7	en bonne voie
Éthiopie	204	123	68	3,2	6,6	insuffisant
Ex-République yougoslave de Macédoine	36	17	13	5,0	3,2	en bonne voie
Fédération de Russie	27	16	9	3,3	6,4	en bonne voie
Fidji	22	18	7	1,3	10,0	en bonne voie
Finlande	7	4	2	3,5	6,1	en bonne voie
France	9	4	3	5,1	3,2	en bonne voie
Gabon	92	91	31	0,1	12,1	pas de progrès
Gambie	153	113	51	1,9	8,8	insuffisant
Géorgie	46	32	15	2,3	8,2	en bonne voie
Ghana	120	120	40	0,0	12,2	pas de progrès
Grèce	11	4	4	6,3	0,9	en bonne voie
Grenade	37	20	12	3,8	5,4	en bonne voie
Guatemala	82	41	27	4,3	4,5	en bonne voie
Guinée	235	161	78	2,4	8	insuffisant
Guinée-Bissau	240	200	80	1,1	10,2	insuffisant
Guinée équatoriale	170	206	57	-1,2	14,3	pas de progrès
Guyana	88	62	29	2,2	8,3	insuffisant
Haïti	152	80	51	4,0	5,1	en bonne voie
Honduras	58	27	19	4,8	3,7	en bonne voie
Hongrie	17	7	6	5,5	2,3	en bonne voie
Îles Cook	32	19	11	3,3	6,4	en bonne voie
Îles Marshall	92	56	31	3,1	6,7	insuffisant
Îles Salomon	121	73	40	3,2	6,6	insuffisant
Inde	115	76	38	2,6	7,6	insuffisant
Indonésie	91	34	30	6,2	1,3	en bonne voie
Iran (République islamique d')	72	34	24	4,7	3,9	en bonne voie
Iraq	53	46	18	0,9	10,6	pas de progrès
Irlande	10	5	3	4,3	4,6	en bonne voie
Islande	7	3	2	5,3	3,0	en bonne voie
Israël	12	5	4	5,5	2,5	en bonne voie
Italie	9	4	3	5,1	3,2	en bonne voie
Jamahiriya arabe libyenne	41	18	14	5,1	3,0	en bonne voie
Jamaïque	33	31	11	0,4	11,5	en bonne voie
Japon	6	4	2	2,5	7,7	en bonne voie
Jordanie	40	25	13	2,9	7,0	en bonne voie
Kazakhstan	60	29	20	4,5	4,1	en bonne voie
Kenya	97	121	32	-1,4	14,7	pas de progrès
Kiribati	88	64	29	2	8,7	insuffisant
Kirghizistan	75	41	25	3,8	5,5	insuffisant
Koweït	16	11	5	2,3	8,1	en bonne voie
Lettonie	18	9	6	4,3	4,5	en bonne voie
Lesotho	101	132	34	-1,7	15,2	pas de progrès
Liban	37	30	12	1,3	9,9	en bonne voie
Libéria	235	235	78	0	12,2	pas de progrès
Liechtenstein	10	3	3	7,5	-1,1	en bonne voie
Lituanie	13	8	4	3,0	6,9	en bonne voie
Luxembourg	10	4	3	5,7	2,1	en bonne voie
Madagascar	168	115	56	2,4	8	insuffisant
Malaisie	22	12	7	3,8	5,5	en bonne voie
Malawi	221	120	74	3,8	5,4	insuffisant
Maldives	111	30	37	8,2	-2,3	en bonne voie
Mali	250	217	83	0,9	10,6	pas de progrès

Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Cible de l'OMD pour 2015	Taux annuel moyen de régression (%)		Progrès vers la cible de l'OMD
	1990	2006		Observé 1990–2006	Nécessaire 2007–2015	
Malte	11	6	4	3,8	5,4	en bonne voie
Maroc	89	37	30	5,5	2,4	en bonne voie
Maurice	23	14	8	3,1	6,6	en bonne voie
Mauritanie	133	125	44	0,4	11,5	pas de progrès
Mexique	53	35	18	2,6	7,6	en bonne voie
Micronésie (États fédérés de)	58	41	19	2,2	8,4	insuffisant
Moldova, République de	37	19	12	4,2	4,8	en bonne voie
Monaco	9	4	3	5,1	3,2	en bonne voie
Mongolie	109	43	36	5,8	1,9	en bonne voie
Monténégro	16	10	5	2,9	7,1	en bonne voie
Mozambique	235	138	78	3,3	6,3	insuffisant
Myanmar	130	104	43	1,4	9,7	insuffisant
Namibie	86	61	29	2,1	8,4	insuffisant
Nauru	–	30	–	–	–	–
Népal	142	59	47	5,5	2,5	en bonne voie
Nicaragua	68	36	23	4	5,1	en bonne voie
Niger	320	253	107	1,5	9,6	insuffisant
Nigéria	230	191	77	1,2	10,1	insuffisant
Nioué	–	–	–	–	–	–
Norvège	9	4	3	5,1	3,2	en bonne voie
Nouvelle-Zélande	11	6	4	3,8	5,4	en bonne voie
Oman	32	12	11	6,1	1,3	en bonne voie
Ouganda	160	134	53	1,1	10,2	insuffisant
Ouzbékistan	74	43	25	3,4	6,2	insuffisant
Pakistan	130	97	43	1,8	9	insuffisant
Palaos	21	11	7	4	5	en bonne voie
Panama	34	23	11	2,4	7,9	en bonne voie
Papouasie-Nouvelle-Guinée	94	73	31	1,6	9,4	insuffisant
Paraguay	41	22	14	3,9	5,3	en bonne voie
Pays-Bas	9	5	3	3,7	5,7	en bonne voie
Pérou	78	25	26	7,1	-0,4	en bonne voie
Philippines	62	32	21	4,1	4,8	en bonne voie
Pologne	18	7	6	5,9	1,7	en bonne voie
Portugal	14	5	5	6,4	0,7	en bonne voie
Qatar	26	21	9	1,3	9,8	en bonne voie
République arabe syrienne	38	14	13	6,2	1,1	en bonne voie
République centrafricaine	173	175	58	-0,1	12,3	pas de progrès
République dém. populaire lao	163	75	54	4,9	3,6	en bonne voie
République dominicaine	65	29	22	5,0	3,2	en bonne voie
République tchèque	13	4	4	7,4	-0,8	en bonne voie
Roumanie	31	18	10	3,4	6,2	en bonne voie
Royaume-Uni	10	6	3	3,2	6,6	en bonne voie
Rwanda	176	160	59	0,6	11,1	pas de progrès
Sainte-Lucie	21	14	7	2,5	7,7	en bonne voie
Saint-Kitts-et-Nevis	36	19	12	4,0	5,1	en bonne voie
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	25	20	8	1,4	9,8	en bonne voie
Samoa	50	28	17	3,6	5,7	en bonne voie
Saint-Marin	14	3	5	9,6	-5,0	en bonne voie
Sao Tomé-et-Principe	100	96	33	0,3	11,8	pas de progrès
Sénégal	149	116	50	1,6	9,4	insuffisant
Serbie	–	8	–	–	–	–
Seychelles	19	13	6	2,4	8	en bonne voie
Sierra Leone	290	270	97	0,4	11,4	pas de progrès
Singapour	9	3	3	6,9	0	en bonne voie
Slovaquie	14	8	5	3,5	5,9	en bonne voie

Pays et territoires	Taux de mortalité des moins de 5 ans		Cible de l'OMD pour 2015	Taux annuel moyen de régression (%)		Progrès vers la cible de l'OMD
	1990	2006		Observé 1990–2006	Nécessaire 2007–2015	
Slovénie	10	4	3	5,7	2,1	en bonne voie
Somalie	203	145	68	2,1	8,5	insuffisant
Soudan	120	89	40	1,9	8,9	insuffisant
Sri Lanka	32	13	11	5,6	2,2	en bonne voie
Suède	7	3	2	5,3	3	en bonne voie
Suisse	9	5	3	3,7	5,7	en bonne voie
Suriname	48	39	16	1,3	9,9	en bonne voie
Swaziland	110	164	37	-2,5	16,6	pas de progrès
Tadjikistan	115	68	38	3,3	6,4	insuffisant
Tanzanie, République-Unie de	161	118	54	1,9	8,7	insuffisant
Tchad	201	209	67	-0,2	12,6	pas de progrès
Territoire palestinien occupé	40	22	13	3,7	5,6	en bonne voie
Thaïlande	31	8	10	8,5	-2,8	en bonne voie
Timor-Leste	177	55	59	7,3	-0,8	en bonne voie
Togo	149	108	50	2	8,6	insuffisant
Tonga	32	24	11	1,8	9,0	en bonne voie
Trinité-et-Tobago	34	38	11	-0,7	13,5	en bonne voie
Tunisie	52	23	17	5,1	3,2	en bonne voie
Turkménistan	99	51	33	4,1	4,8	en bonne voie
Turquie	82	26	27	7,2	-0,5	en bonne voie
Tuvalu	54	38	18	2,2	8,3	en bonne voie
Ukraine	25	24	8	0,3	11,8	en bonne voie
Uruguay	23	12	8	4,1	4,9	en bonne voie
Vanuatu	62	36	21	3,4	6,1	en bonne voie
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	33	21	11	2,8	7,2	en bonne voie
Viet Nam	53	17	18	7,1	-0,4	en bonne voie
Yémen	139	100	46	2,1	8,6	insuffisant
Zambie	180	182	60	-0,1	12,3	pas de progrès
Zimbabwe	76	105	25	-2,0	15,8	pas de progrès

INDICATEURS CONSOLIDÉS

Afrique subsaharienne	187	160	62	1	10,5	insuffisant
Afrique de l’E./Afrique australe	165	131	55	1,4	9,6	insuffisant
Afrique de l’O./Afrique centrale	208	186	69	0,7	11	pas de progrès
Moyen-Orient/Afrique du Nord	79	46	26	3,4	6,2	insuffisant
Asie du Sud	123	83	41	2,5	7,8	insuffisant
Asie de l’Est/Pacifique	55	29	18	4	5,1	en bonne voie
Amérique latine/xCaraïbes	55	27	18	4,4	4,3	en bonne voie
ECO/CEI	53	27	18	4,2	4,7	en bonne voie
Pays industrialisés	10	6	3	3,2	6,6	en bonne voie
Pays en développement	103	79	34	1,7	9,3	insuffisant
Pays les moins avancés	180	142	60	1,5	9,6	insuffisant
Monde	93	72	31	1,6	9,4	insuffisant

Cible de l’OMD : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Notes :

–Données indisponibles ou insuffisantes pour estimer les tendances.

Les évaluations nationales et régionales des progrès vers la réalisation de l’OMD 4 se fondent sur les taux annuels moyens de régression (TAMR) du TMM5 observé pendant la période 1990–2006 et nécessaires pendant la période 2007–2015 pour atteindre la cible de l’OMD qui consiste à réduire de deux tiers le TMM5 d’ici à 2015, selon les critères suivants. **En bonne voie** : le TMM5 est inférieur à 40, ou le TMM5 est égal ou supérieur à 40 et le TAMR observé pour 1990-2006 est égal ou supérieur à 4,0 pour cent. **Insuffisant** : le TMM5 est égale ou supérieur à 40 et le TAMR observé pour 1990-2006 est compris entre 1,0 pour cent et 3,9 pour cent. **Pas de progrès** : le TMM5 est égal ou supérieur à 40 et le TAMR observé pour 1990-2006 est inférieur à 1,0 pour cent.

OMD 5 : AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

Pays et territoires	Ratio de mortalité maternelle (2005, ajusté)	Risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur : (2005)	Progrès vers la cible de l'OMD* (classement en fonction du ratio de mortalité maternelle)
Afghanistan	1 800	8	très élevé
Afrique du Sud	400	110	élevé
Albanie	92	490	faible
Algérie	180	220	modéré
Allemagne	4	19 200	faible
Andorre	–	–	–
Angola	1 400	12	très élevé
Antigua-et-Barbuda	–	–	–
Arabie saoudite	18	1 400	faible
Argentine	77	530	faible
Arménie	76	980	faible
Australie	4	13 300	faible
Autriche	4	21 500	faible
Azerbaïdjan	82	670	faible
Bahamas	16	2 700	faible
Bahreïn	32	1 300	faible
Bangladesh	570	51	très élevé
Barbade	16	4 400	faible
Bélarus	18	4 800	faible
Belgique	8	7 800	faible
Belize	52	560	faible
Bénin	840	20	très élevé
Bhoutan	440	55	élevé
Bolivie	290	89	modéré
Bosnie-Herzégovine	3	29 000	faible
Botswana	380	130	élevé
Brésil	110	370	modéré
Brunéi Darussalam	13	2 900	faible
Bulgarie	11	7 400	faible
Burkina Faso	700	22	très élevé
Burundi	1 100	16	très élevé
Cambodge	540	48	élevé
Cameroun	1 000	24	très élevé
Canada	7	11 000	faible
Cap-Vert	210	120	modéré
Chili	16	3 200	faible
Chine	45	1 300	faible
Chypre	10	6 400	faible
Colombie	130	290	modéré
Comores	400	52	élevé
Congo	740	22	très élevé
Congo, Rép. démocratique du	1 100	13	très élevé
Corée, Rép. populaire dém. de	370	140	élevé
Corée, République de	14	6 100	faible
Costa Rica	30	1 400	faible
Côte d'Ivoire	810	27	très élevé
Croatie	7	10 500	faible
Cuba	45	1 400	faible
Danemark	3	17 800	faible
Djibouti	650	35	très élevé
Dominique	–	–	–
Égypte	130	230	modéré
El Salvador	170	190	modéré
Émirats arabes unis	37	1 000	faible
Équateur	210	170	modéré
Érythrée	450	44	élevé

Pays et territoires	Ratio de mortalité maternelle (2005, ajusté)	Risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur : (2005)	Progrès vers la cible de l'OMD* (classement en fonction du ratio de mortalité maternelle)
Espagne	4	16 400	faible
Estonie	25	2 900	faible
États-Unis	11	4 800	faible
Éthiopie	720	27	très élevé
Ex-République yougoslave de Macédoine	10	6 500	faible
Fédération de Russie	28	2 700	faible
Fidji	210	160	modéré
Finlande	7	8 500	faible
France	8	6 900	faible
Gabon	520	53	élevé
Gambie	690	32	très élevé
Georgia	66	1 100	faible
Ghana	560	45	très élevé
Grèce	3	25 900	faible
Grenade	–	–	–
Guatemala	290	71	modéré
Guinée	910	19	très élevé
Guinée équatoriale	680	28	très élevé
Guinée-Bissau	1 100	13	très élevé
Guyana	470	90	élevé
Haïti	670	44	très élevé
Honduras	280	93	modéré
Hongrie	6	13 300	faible
Îles Cook	–	–	–
Îles Marshall	–	–	–
Îles Salomon	220	100	modéré
Inde	450	70	élevé
Indonésie	420	97	élevé
Iran (République islamique d')	140	300	modéré
Iraq	300	72	élevé
Irlande	1	47 600	faible
Islande	4	12 700	faible
Israël	4	7 800	faible
Italie	3	26 600	faible
Jamahiriya arabe libyenne	97	350	faible
Jamaïque	170	240	modéré
Japon	6	11 600	faible
Jordanie	62	450	faible
Kazakhstan	140	360	modéré
Kenya	560	39	très élevé
Kirghizistan	150	240	modéré
Kiribati	–	–	–
Koweït	4	9 600	faible
Lesotho	960	45	très élevé
Lettonie	10	8 500	faible
Liban	150	290	modéré
Libéria	1 200	12	très élevé
Liechtenstein	–	–	–
Lituanie	11	7 800	faible
Luxembourg	12	5 000	faible
Madagascar	510	38	élevé
Malawi	1 100	18	très élevé
Malaysia	62	560	faible
Maldives	120	200	modéré
Mali	970	15	très élevé

Pays et territoires	Ratio de mortalité maternelle (2005, ajusté)	Risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur : (2005)	Progrès vers la cible de l'OMD* (classement en fonction du ratio de mortalité maternelle)
Malte	8	8 300	faible
Maroc	240	150	modéré
Maurice	15	3 300	faible
Mauritanie	820	22	très élevé
Mexique	60	670	faible
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–
Moldova, République de	22	3 700	faible
Monaco	–	–	–
Mongolie	46	840	faible
Monténégro	–	–	–
Mozambique	520	45	élevé
Myanmar	380	110	élevé
Namibie	210	170	modéré
Nauru	–	–	–
Népal	830	31	très élevé
Nicaragua	170	150	modéré
Niger	1 800	7	très élevé
Nigéria	1 100	18	très élevé
Nioué	–	–	–
Norvège	7	7 700	faible
Nouvelle-Zélande	9	5 900	faible
Oman	64	420	faible
Ouganda	550	25	très élevé
Ouzbékistan	24	1 400	faible
Pakistan	320	74	élevé
Palaos	–	–	–
Panama	130	270	modéré
Papouasie-Nouvelle-Guinée	470	55	élevé
Paraguay	150	170	modéré
Pays-Bas	6	10 200	faible
Pérou	240	140	modéré
Philippines	230	140	modéré
Pologne	8	10 600	faible
Portugal	11	6 400	faible
Qatar	12	2 700	faible
République arabe syrienne	130	210	modéré
République centrafricaine	980	25	très élevé
République dém. populaire lao	660	33	très élevé
République dominicaine	150	230	modéré
République tchèque	4	18 100	faible
Roumanie	24	3 200	faible
Royaume-Uni	8	8 200	faible
Rwanda	1 300	16	très élevé
Sainte-Lucie	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	–	–
Samoa	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–
Sénégal	980	21	très élevé
Serbie	–	–	–
Seychelles	–	–	–
Sierra Leone	2 100	8	très élevé
Singapour	14	6 200	faible
Slovaquie	6	13 800	faible
Slovénie	6	14 200	faible

Pays et territoires	Ratio de mortalité maternelle (2005, ajusté)	Risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur : (2005)	Progrès vers la cible de l'OMD* (classement en fonction du ratio de mortalité maternelle)
Somalie	1 400	12	très élevé
Soudan	450	53	élevé
Sri Lanka	58	850	faible
Suède	3	17 400	faible
Suisse	5	13 800	faible
Suriname	72	530	faible
Swaziland	390	120	élevé
Tadjikistan	170	160	modéré
Tanzanie, République-Unie de	950	24	très élevé
Tchad	1 500	11	très élevé
Territoire palestinien occupé	–	–	–
Thaïlande	110	500	modéré
Timor-Leste	380	35	élevé
Togo	510	38	élevé
Tonga	–	–	–
Trinité-et-Tobago	45	1 400	faible
Tunisie	100	500	modéré
Turkménistan	130	290	modéré
Turquie	44	880	faible
Tuvalu	–	–	–
Ukraine	18	5 200	faible
Uruguay	20	2 100	faible
Vanuatu	–	–	–
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	57	610	faible
Viet Nam	150	280	modéré
Yémen	430	39	élevé
Zambie	830	27	très élevé
Zimbabwe	880	43	très élevé

INDICATEURS CONSOLIDÉS

Afrique subsaharienne	920	22	très élevé
Afrique de l'Est/Afrique australe	760	29	très élevé
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	1 100	17	très élevé
Moyen-Orient/Afrique du Nord	210	140	modéré
Asie du Sud	500	59	élevé
Asie de l'Est/Pacifique	150	350	modéré
Amérique latine/Caraïbes	130	280	modéré
ECO/CEI	46	1 300	faible
Pays industrialisés	8	8 000	faible
Pays en développement	450	76	élevé
Pays les moins avancés	870	24	très élevé
Monde	400	92	élevé

Cible de l'OMD : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Notes :

* En raison des fortes marges d'incertitude qui caractérisent ces estimations, l'analyse des tendances au niveau des pays pose problème. Les progrès vers la réalisation de l'OMD sont donc évalués sur la base des estimations disponibles les plus récentes et classés selon les critères suivants : **Très élevé** : TMM égal ou supérieur à 550. **Élevé** : TMM compris entre 300-549. **Modéré** : TMM compris entre 100-299. **Faible** : TMM inférieur à 100.

– Données indisponibles ou insuffisantes pour estimer les tendances.

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

Pays et territoires	Paludisme		Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans), fin 2005	VIH et SIDA				% de jeunes de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à risque (2000–2006*)		Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2000–2006*)
	% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire traitée à l'insecticide (2003-2006)	% d'enfants de moins de 5 ans fiévreux à qui l'on administre un médicament antipaludique (2003-2006)		Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans (2005)		% de jeunes de 15 à 24 ans qui possèdent des connaissances approfondies sur le VIH (2000–2006*)				
				Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	
Afghanistan	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	–	–	18,8	4,4 w	16,9 w	–	–	–	–	–
Albanie	–	–	–	–	–	–	6	–	–	–
Algérie	–	–	0,1	–	–	–	13	–	–	–
Allemagne	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	–	–	3,7	0,9	2,5	–	–	–	–	90
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	–	–	0,6	–	–	–	–	–	–	–
Arménie	–	–	0,1	–	–	15	23	86	–	–
Australie	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Autriche	–	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	1 x	1 x	0,1	–	–	–	2	–	–	–
Bahamas	–	–	3,3	–	–	–	–	–	–	–
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	–	<0,1	–	–	–	16	–	–	–
Barbade	–	–	1,5	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	–	–	0,3	–	–	–	34	–	–	–
Belgique	–	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–
Belize	–	–	2,5	–	–	–	–	–	–	–
Bénin	20	54	1,8	0,4	1,1	14	8	44	17	–
Bhoutan	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Bolivie	–	–	0,1	–	–	18	15	37	20	74
Bosnie-Herzégovine	–	–	<0,1	–	–	–	48	–	71	–
Botswana	–	–	24,1	5,7	15,3	33	40	88	75	99
Brésil	–	–	0,5	–	–	67	67	71	58	–
Brunéi Darussalam	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	–	–	<0,1	–	–	15	17	70	57	–
Burkina Faso	10	48	2	0,5	1,4	23	19 y	67	64 y	71
Burundi	8	30	3,3	0,8	2,3	–	30	–	25	86
Cambodge	4	0	1,6	0,1 w	0,3 w	45	50	84	–	80
Cameroun	13	58	5,4	1,4 w	4,8 w	34	32 y	57	62 y	87
Canada	–	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–
Cap-Vert	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chili	–	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–
Chine	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	–	–	0,6	–	–	–	–	–	30	–
Comores	9 x	63 x	<0,1	<0,1	<0,1	–	10	–	–	59
Congo	6	48	5,3	1,2	3,7	22	10	38	20	90
Congo, Rép. démocratique du	1 x	52 x	3,2	0,8	2,2	–	–	–	–	72
Corée, Rép. populaire dém. de	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Corée, République de	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	–	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	6	36	7,1	0,3 w	2,4 w	28	18	53	39	121
Croatie	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	0,1	–	–	–	52	–	–	–
Danemark	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	1	10	3,1	0,7	2,1	22	18	50	26	82
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egypte	–	–	<0,1	–	–	–	4	–	–	–
El Salvador	–	–	0,9	–	–	–	–	–	–	–
Emirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Equateur	–	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–

Pays et territoires	Paludisme		Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans), fin 2005	VIH et SIDA				% de jeunes de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à risque (2000–2006*)		Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2000–2006*)
	% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire traitée à l'insecticide (2003-2006)	% d'enfants de moins de 5 ans fiévreux à qui l'on administre un médicament antipaludique (2003-2006)		Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans (2005)		% de jeunes de 15 à 24 ans qui possèdent des connaissances approfondies sur le VIH (2000–2006*)				
				Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	
Erythrée	4 x	4 x	2,4	0,6	1,6	–	37	–	–	83
Espagne	–	–	0,6	–	–	–	–	–	–	–
Estonie	–	–	1,3	–	–	–	–	–	–	–
Etats-Unis	–	–	0,6	–	–	–	–	–	–	–
Ethiopie	2	3	–	0,3 w	1,2 w	33	21	50	28	60
Ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	<0,1	–	–	–	27	–	70	–
Fédération de Russie	–	–	1,1	–	–	–	–	–	–	–
Fidji	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Finlande	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
France	–	–	0,4	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	–	–	7,9	1,8	5,4	22	24	48	33	98
Gambie	49	63	2,4	0,6	1,7	–	39	–	54	87
Georgie	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	22	61	2,3	0,1 w	1,2 w	44	34 y	52	42 y	79 z
Grèce	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	1 x	–	0,9	–	–	–	–	–	–	98
Guinée	0	44	1,5	0,6 w	1,2 w	23	17	37	26	73
Guinée équatoriale	1 x	49 x	3,2	0,7	2,3	–	4	–	–	95
Guinée-Bissau	39	46	3,8	0,9	2,5	–	18	–	39	97
Guyana	6	1	2,4	–	–	47	53	68	62	–
Haïti	–	5	3,8	0,6 w	1,5 w	40	32	43	29	86
Honduras	–	1	1,5	–	–	–	30	–	24	–
Hongrie	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Salomon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde#	–	12 x	0,9	–	–	43	24	37	22	84
Indonésie	0 x	1	0,1	–	–	–	7	–	–	82
Iran (République islamique d')	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	0 x	1 x	–	–	–	–	3	–	–	84
Irlande	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Islande	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Israël	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italie	–	–	0,5	–	–	–	–	–	–	–
Jamahiriya arabe libyenne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	–	–	1,5	–	–	–	60	–	–	101
Japon	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazakhstan	–	–	0,1	–	–	–	22	65	32	98
Kenya	5	27	6,1	1,3 w	5,9 w	47	34	47	25	95
Kirghizistan	–	–	0,1	–	–	–	20	–	56	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	–	–	23,2	6 w	15,4 w	18	26	53	53	95
Lettonie	–	–	0,8	–	–	–	–	–	–	–
Liban	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	0 x	34	0,5	0,6	0,3	16	19	12	5	76
Malaisie	–	–	0,5	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	23	24	14,1	2,1 w	9,1 w	36	41 y	47	40 y	96

OMD 6 : COMBATTRE LE VIH ET LE SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES (suite)

Pays et territoires	Paludisme		Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans), fin 2005	VIH et SIDA						Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2000–2006*)
	% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire traitée à l'insecticide (2003-2006)	% d'enfants de moins de 5 ans févrex à qui l'on administre un médicament antipaludique (2003-2006)		Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans (2005)		% de jeunes de 15 à 24 ans qui possèdent des connaissances approfondies sur le VIH (2000–2006*)		% de jeunes de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à risque (2000–2006*)		
				Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	
Maldives	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	–	–	1,7	0,4	1,2	15	9	35	17	104
Malte	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	–	–	0,1	–	–	–	12	–	–	–
Maurice	–	–	0,6	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	2	33	0,7	0,2	0,5	–	–	–	–	–
Mexique	–	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–
Micronésie (Etats fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldova, République de	–	–	1,1	–	–	54	42	63	44	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	–	–	<0,1	–	–	–	35	–	–	96
Monténégro	–	–	–	–	–	–	30	–	66	–
Mozambique	–	15	16,1	3,6	10,7	33	20	33	29	80
Myanmar	–	–	1,3	–	–	–	–	–	–	–
Namibie	–	14 x	19,6	4,4	13,4	41	31	69	48	92
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	–	–	0,5	–	–	44	28	78	–	–
Nicaragua	–	2 x	0,2	–	–	–	–	–	17	–
Niger	7	33	1,1	0,1 w	0,5 w	16	13	37	18	–
Nigéria	1	34	3,9	0,9	2,7	21	18	46	24	64 z
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	10	62	6,7	1,1 w	4,3 w	35	30	55	53	94
Ouzbékistan	–	–	0,2	–	–	7	31 y	50	61 y	–
Pakistan	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	–	–	0,9	–	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	1,8	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	–	–	0,4	–	–	–	–	–	–	–
Pays-Bas	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	–	–	0,6	–	–	–	–	–	32	85 z
Philippines	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Pologne	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	0,4	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	–	–	–	–	–	–	7	–	–	106
République centrafricaine	15	57	10,7	2,5	7,3	–	17	–	41	96
République dém. populaire lao	18 x	9 x	0,1	–	–	–	–	–	–	–
République dominicaine	–	–	1,1	0,4 w	0,7 w	–	36	52	29	93
République tchèque	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Roumanie	–	–	<0,1	–	–	3	6	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	13	12	3,1	0,4 w	1,5 w	54	51	40	26	82
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	42	25	–	–	–	–	44	–	56	109
Sénégal	7	27	0,9	0,2 w	0,6 w	24	19	52	36	83 z
Serbie	–	–	–	–	–	–	42	–	74	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Pays et territoires	Paludisme			VIH et SIDA						
	% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire traitée à l'insecticide (2003-2006)	% d'enfants de moins de 5 ans fiévreux à qui l'on administre un médicament antipaludique (2003-2006)	Taux estimatif de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans), fin 2005	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans (2005)		% de jeunes de 15 à 24 ans qui possèdent des connaissances approfondies sur le VIH (2000–2006*)		% de jeunes de 15 à 24 ans qui ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à risque (2000–2006*)		Taux de fréquentation scolaire des orphelins (2000–2006*)
				Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	
Sierra Leone	5	52	1,6	0,4	1,1	–	17	–	20	83
Singapour	–	–	0,3	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	9	8	0,9	0,2	0,6	–	4	–	–	87
Soudan	0 x	50 x	1,6	–	–	–	–	–	–	96
Sri Lanka	–	–	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Suède	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	0,4	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	3 x	–	1,9	–	–	–	41	–	49	97
Swaziland	0 x	26 x	33,4	7,7	22,7	52	52	70	54	97
Tadjikistan	1	2	0,1	–	–	–	2	–	–	–
Tanzanie, République-Unie de	16	58	6,5	3 w	4 w	40	45	46	34	102
Tchad	1 x	32 x	3,5	0,9	2,2	20	8	25	17	105
Territoire palestinien occupé	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Thaïlande	–	–	1,4	–	–	–	46	–	–	99
Timor-Leste	8 x	47 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	38	48	3,2	0,8	2,2	–	28	–	50	94
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	–	–	2,6	–	–	–	54	–	51	101
Tunisie	–	–	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	–	–	<0,1	–	–	–	5	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine	–	–	1,4	–	–	–	28	–	–	98
Uruguay	–	–	0,5	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (Rép. Bolivarienne du)	–	–	0,7	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	5	3	0,5	0,8 w	0 w	50	42 y	68	–	84
Yémen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	23	58	17	3 w	11,1 w	46	41	38	26	103
Zimbabwe	3	5	20,1	4,2 w	11 w	46	44	68	42	95

INDICATEURS CONSOLIDÉS

Afrique subsaharienne	8	34	6,1	1,4	4,3	31	25	47	31	80
Afrique de l’Est/Afrique australe	9	28	8,6	2,1	6,2	37	31	46	32	84
Afrique de l’Ouest/Afrique centrale	7	40	3,5	0,7	2,3	24	19	47	31	76
Moyen-Orient/Afrique du Nord	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud	–	–	0,7	–	–	43	23	38	22	84
Asie de l’Est/Pacifique	–	–	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Amérique latine/Caraïbes	–	–	0,6	–	–	–	–	–	47	–
ECO/CEI	–	–	0,6	–	–	–	–	–	–	–
Pays industrialisés	–	–	0,4	–	–	–	–	–	–	–
Pays en développement	–	–	1,1	–	–	–	25	–	–	–
Pays les moins avancés	–	–	2,7	1,1	2,9	–	24	–	–	82
Monde	–	–	1	–	–	–	25	–	–	–

Cibles de l’OMD : d’ici à 2015, stopper la propagation du VIH et du SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle; d’ici à 2015, maîtriser le paludisme et d’autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle

Notes :

* Les données se rapportent à l’année la plus récente disponible pendant la période spécifiée en tête de la colonne.

Les données révisées concernant la prévalence du VIH chez les adultes en Inde n’étaient pas disponibles à l’époque de la publication; les données les plus récentes pour l’Inde relatives au nombre estimatif de personnes (tous âges confondus) vivant avec le VIH ne figurent pas dans les résumés régionaux.

w Données extraites des Enquêtes démographiques et sanitaires et des Enquêtes sur les indicateurs du SIDA menées entre 2001 et 2006.

x Les données se réfèrent à des années ou périodes autres que celles spécifiées en tête de colonne, diffèrent de la définition standard ou concernent seulement une partie du pays.

Les données de ce type ne sont pas incluses dans le calcul des données régionales et mondiales.

y Se réfèrent à des données concernant les filles plus récentes que celles qui concernent les garçons.

z La proportion d’orphelins (âgés de 10 à 14 ans) qui sont scolarisés se fonde sur de petits dénominateurs (généralement 25–49 cas d’insuffisance pondérale).

OMD 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE – EAU POTABLE

Utilisation de sources améliorées d’eau potable (%)								
Pays et territoires	1990			2004			Cible de l’OMD à 2015	Progrès vers la cible de l’OMD
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
Afghanistan	10	3	4	63	31	39	52	en bonne voie
Afrique du Sud	98	69	83	99	73	88	92	en bonne voie
Albanie	99	94	96	99	94	96	98	en bonne voie
Algérie	99	89	94	88	80	85	97	pas de progrès
Allemagne	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Andorre	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Angola	23	40	36	75	40	53	68	en bonne voie
Antigua-et-Barbuda	95	–	–	95	89	91	95	–
Arabie saoudite	97	63	90	97	–	–	95	–
Argentine	97	72	94	98	80	96	97	en bonne voie
Arménie	99	–	–	99	80	92	96	–
Australie	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Autriche	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Azerbaïdjan	82	51	68	95	59	77	84	en bonne voie
Bahamas	98	–	–	98	86	97	98	en bonne voie
Bahreïn	100	–	–	100	–	–	–	–
Bangladesh	83	69	72	82	72	74	86	insuffisant
Barbade	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Bélarus	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Belgique	100	–	–	100	–	–	–	–
Belize	100	–	–	100	82	91	95	–
Bénin	73	57	63	78	57	67	82	insuffisant
Bhoutan	–	–	–	86	60	62	79	–
Bolivie	91	49	72	95	68	85	86	en bonne voie
Bosnie-Herzégovine	99	96	97	99	96	97	99	en bonne voie
Botswana	100	88	93	100	90	95	97	en bonne voie
Brésil	93	55	83	96	57	90	92	en bonne voie
Brunéï Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	100	97	99	100	97	99	100	en bonne voie
Burkina Faso	61	34	38	94	54	61	69	en bonne voie
Burundi	97	67	69	92	77	79	85	en bonne voie
Cambodge	–	–	–	64	35	41	61	en bonne voie
Cameroun	77	31	50	86	44	66	75	en bonne voie
Canada	100	99	100	100	99	100	100	en bonne voie
Cap-Vert	–	–	–	86	73	80	88	–
Chili	98	49	90	100	58	95	95	en bonne voie
Chine	99	59	70	93	67	77	85	en bonne voie
Chypre	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Colombie	98	78	92	99	71	93	96	en bonne voie
Comores	98	91	93	92	82	86	97	pas de progrès
Congo	–	–	–	84	27	58	76	–
Congo, Rép. démocratique du	90	25	43	82	29	46	72	pas de progrès
Corée, Rép. populaire dém. de	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Corée, République de	97	–	–	97	71	92	95	–
Costa Rica	100	–	–	100	92	97	98	en bonne voie
Côte d’Ivoire	73	67	69	97	74	84	85	en bonne voie
Croatie	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Cuba	95	–	–	95	78	91	95	–
Danemark	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Djibouti	76	59	72	76	59	73	86	insuffisant
Dominique	100	–	–	100	90	97	98	en bonne voie
Égypte	97	92	94	99	97	98	97	en bonne voie
El Salvador	87	48	67	94	70	84	84	en bonne voie
Émirats arabes unis	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Équateur	82	61	73	97	89	94	87	en bonne voie
Érythrée	62	39	43	74	57	60	72	en bonne voie

Utilisation de sources améliorées d’eau potable (%)								
Pays et territoires	1990			2004			Cible de l’OMD à 2015	Progrès vers la cible de l’OMD
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
Espagne	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Estonie	100	99	100	100	99	100	100	en bonne voie
États-Unis	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Éthiopie	81	15	23	81	11	22	62	pas de progrès
Ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	–	–	–	–	–	–
Fédération de Russie	97	86	94	100	88	97	97	en bonne voie
Fidji	–	–	–	43	51	47	71	–
Finlande	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
France	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Gabon	95	–	–	95	47	88	91	–
Gambie	95	–	–	95	77	82	90	–
Georgia	91	67	80	96	67	82	90	en bonne voie
Ghana	86	37	55	88	64	75	78	en bonne voie
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	97	–	–	97	93	95	97	en bonne voie
Guatemala	89	72	79	99	92	95	90	en bonne voie
Guinée	74	34	44	78	35	50	72	pas de progrès
Guinée équatoriale	–	–	–	45	42	43	68	–
Guinée-Bissau	–	–	–	79	49	59	76	–
Guyana	–	–	–	83	83	83	91	–
Haïti	60	42	47	52	56	54	74	pas de progrès
Honduras	92	79	84	95	81	87	92	en bonne voie
Hongrie	100	98	99	100	98	99	100	en bonne voie
Îles Cook	99	87	94	98	88	94	97	pas de progrès
Îles Marshall	95	97	96	82	96	87	98	pas de progrès
Îles Salomon	–	–	–	94	65	70	83	–
Inde	89	64	70	95	83	86	85	en bonne voie
Indonésie	92	63	72	87	69	77	86	en bonne voie
Iran (République islamique d’)	99	84	92	99	84	94	96	en bonne voie
Iraq	97	50	83	97	50	81	92	pas de progrès
Irlande	100	–	–	100	–	–	–	–
Islande	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Israël	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Italie	100	–	–	–	–	–	–	–
Jamahiriya arabe libyenne	72	68	71	–	–	–	86	–
Jamaïque	98	86	92	98	88	93	96	pas de progrès
Japon	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Jordanie	99	91	97	99	91	97	99	en bonne voie
Kazakhstan	97	73	87	97	73	86	94	–
Kenya	91	30	45	83	46	61	73	en bonne voie
Kirghizistan	98	66	78	98	66	77	89	–
Kiribati	76	33	49	77	53	65	75	en bonne voie
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	–	–	–	92	76	79	88	–
Lettonie	100	96	99	100	96	99	100	en bonne voie
Liban	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Libéria	85	34	55	72	52	61	78	pas de progrès
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Madagascar	80	27	40	77	35	50	70	pas de progrès
Malawi	90	33	40	98	68	73	70	en bonne voie
Malaysia	100	96	98	100	96	99	99	en bonne voie
Maldives	100	95	96	98	76	83	98	pas de progrès
Mali	50	29	34	78	36	50	67	en bonne voie

Utilisation de sources améliorées d'eau potable (%)

Pays et territoires	1990			2004			Cible de l'OMD à 2015	Progrès vers la cible de l'OMD
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
Malte	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Maroc	94	58	75	99	56	81	88	en bonne voie
Maurice	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Mauritanie	32	43	38	59	44	53	69	en bonne voie
Mexique	89	64	82	100	87	97	91	en bonne voie
Micronésie (États fédérés de)	93	86	88	95	94	94	94	en bonne voie
Moldova, République de	97	–	–	97	88	92	96	–
Monaco	100	–	100	100	–	100	100	en bonne voie
Mongolie	87	30	63	87	30	62	82	–
Monténégro*	99	86	93	99	86	93	–	–
Mozambique	83	24	36	72	26	43	68	pas de progrès
Myanmar	86	47	57	80	77	78	79	en bonne voie
Namibie	99	42	57	98	81	87	79	en bonne voie
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	95	67	70	96	89	90	85	en bonne voie
Nicaragua	91	46	70	90	63	79	85	en bonne voie
Niger	62	35	39	80	36	46	70	pas de progrès
Nigéria	80	33	49	67	31	48	75	pas de progrès
Nioué	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Norvège	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Nouvelle-Zélande	100	82	97	100	–	–	99	–
Oman	85	73	80	–	–	–	90	–
Ouganda	80	40	44	87	56	60	72	en bonne voie
Ouzbékistan	99	91	94	95	75	82	97	pas de progrès
Pakistan	95	78	83	96	89	91	92	en bonne voie
Palaos	73	98	80	79	94	85	90	en bonne voie
Panama	99	79	90	99	79	90	95	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	88	32	39	88	32	39	70	–
Paraguay	81	44	62	99	68	86	81	en bonne voie
Pays-Bas	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Pérou	89	41	74	89	65	83	87	en bonne voie
Philippines	95	80	87	87	82	85	94	pas de progrès
Pologne	100	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
République arabe syrienne	94	67	80	98	87	93	90	en bonne voie
République centrafricaine	74	39	52	93	61	75	76	en bonne voie
République dém. populaire lao	–	–	–	79	43	51	72	–
République dominicaine	98	66	84	97	91	95	92	en bonne voie
République tchèque	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Roumanie	–	–	–	91	16	57	76	–
Royaume-Uni	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Rwanda	88	57	59	92	69	74	80	en bonne voie
Sainte-Lucie	98	98	98	98	98	98	99	en bonne voie
Saint-Kitts-et-Nevis	99	99	100	99	99	100	100	en bonne voie
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	–	–	–	93	–	–	–
Samoa	99	89	91	90	87	88	96	pas de progrès
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	89	73	79	88	–
Sénégal	89	49	65	92	60	76	83	en bonne voie
Serbie*	99	86	93	99	86	93	–	–
Seychelles	100	75	88	100	75	88	94	–
Sierra Leone	–	–	–	75	46	57	76	–
Singapour	100	–	100	100	–	100	100	en bonne voie
Slovaquie	100	99	100	100	99	100	100	en bonne voie

Utilisation de sources améliorées d'eau potable (%)

Pays et territoires	1990			2004			Cible de l'OMD à 2015	Progrès vers la cible de l'OMD
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	–	–	–	32	27	29	61	–
Soudan	85	57	64	78	64	70	82	insuffisant
Sri Lanka	91	62	68	98	74	79	84	en bonne voie
Suède	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Suisse	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Suriname	98	–	–	98	73	92	95	–
Swaziland	–	–	–	87	54	62	79	–
Tadjikistan	–	–	–	92	48	59	78	–
Tanzanie, République-Unie de	85	35	46	85	49	62	73	en bonne voie
Tchad	41	13	19	41	43	42	60	en bonne voie
Territoire palestinien occupé	94	–	–	94	88	92	96	–
Thaïlande	98	94	95	98	100	99	98	en bonne voie
Timor-Leste	–	–	–	77	56	58	77	–
Togo	81	37	50	80	36	52	75	pas de progrès
Tonga	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Trinité-et-Tobago	93	89	92	92	88	91	96	pas de progrès
Tunisie	95	62	81	99	82	93	91	en bonne voie
Turkménistan	–	–	–	93	54	72	84	–
Turquie	92	74	85	98	93	96	93	en bonne voie
Tuvalu	92	89	89	94	92	100	95	en bonne voie
Ukraine	99	–	–	99	91	96	98	en bonne voie
Uruguay	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Vanuatu	93	53	60	86	52	60	80	pas de progrès
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	–	–	–	85	70	83	91	–
Viet Nam	90	59	65	99	80	85	83	en bonne voie
Yémen	84	68	71	71	65	67	86	pas de progrès
Zambie	86	27	50	90	40	58	75	insuffisant
Zimbabwe	100	69	78	98	72	81	89	en bonne voie

INDICATEURS CONSOLIDÉS

Afrique subsaharienne	82	35	48	81	41	55	74	pas de progrès
Afrique de l'Est/Afrique australe	87	36	48	86	42	56	74	pas de progrès
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	79	34	49	76	40	55	75	pas de progrès
Moyen-Orient/Afrique du Nord	96	75	86	95	78	88	93	en bonne voie
Asie du Sud	89	65	71	94	81	85	86	en bonne voie
Asie de l'Est/Pacifique	97	61	72	92	70	79	86	en bonne voie
Amérique latine/Caraïbes	93	60	83	96	73	91	92	en bonne voie
ECO/CEI	97	83	91	98	79	91	96	pas de progrès
Pays industrialisés	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Pays en développement	93	60	71	92	70	80	86	en bonne voie
Pays les moins avancés	78	43	51	79	51	59	76	insuffisant
Monde	95	64	78	95	73	83	89	en bonne voie

Cible de l'OMD : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un assainissement de base

Notes :

– Les données n'étaient pas disponibles ou étaient insuffisantes pour estimer les tendances.

Les pays ont été classés selon les critères suivants : **En bonne voie** : l'utilisation de sources améliorée d'eau potable en 2004 était de moins de 5 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays/région atteigne la cible de l'OMD, ou l'utilisation était de 95 % ou plus. **Insuffisant** : l'utilisation de sources améliorée d'eau potable en 2004 était de 5 à 10 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays/la région atteigne la cible de l'OMD. **Pas de progrès** : l'utilisation de sources améliorée d'eau potable en 2004 était de plus de 10 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays/région atteigne la cible de l'OMD, ou la tendance pour la période 1990–2004 révèle une utilisation inchangée, voire en régression.

* Les données relatives à l'utilisation de sources améliorées d'eau potable pour l'Union des États de Serbie et Monténégro ont été calculées en 1990 et en 2004, avant la sécession du Monténégro en 2006.

OMD 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE – ASSAINISSEMENT DE BASE

Utilisation d’installations sanitaires améliorées (Pourcentage)								
Pays et territoires	1990			2004			Cible de l’OMD à 2015	Progrès vers la cible de l’OMD
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
Afghanistan	7	2	3	49	29	34	52	en bonne voie
Afrique du Sud	85	53	69	79	46	65	85	pas de progrès
Albanie	99	–	–	99	84	91	94	–
Algérie	99	77	88	99	82	92	94	en bonne voie
Allemagne	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Andorre	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Angola	61	18	29	56	16	31	65	pas de progrès
Antigua-et-Barbuda	98	–	–	98	94	95	98	en bonne voie
Arabie saoudite	100	–	–	100	–	–	–	–
Argentine	86	45	81	92	83	91	91	en bonne voie
Arménie	96	–	–	96	61	83	91	–
Australie	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Autriche	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Azerbaïdjan	–	–	–	73	36	54	75	–
Bahamas	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Bahreïn	100	–	–	100	–	–	–	–
Bangladesh	55	12	20	51	35	39	60	insuffisant
Barbade	99	100	100	99	100	100	100	en bonne voie
Bélarus	–	–	–	93	61	84	91	–
Belgique	–	–	–	–	–	–	–	–
Belize	–	–	–	71	25	47	71	–
Bénin	32	2	12	59	11	33	56	pas de progrès
Bhoutan	–	–	–	65	70	70	83	–
Bolivie	49	14	33	60	22	46	67	pas de progrès
Bosnie-Herzégovine	99	–	–	99	92	95	97	en bonne voie
Botswana	61	21	38	57	25	42	69	pas de progrès
Brésil	82	37	71	83	37	75	86	insuffisant
Brunéï Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	100	96	99	100	96	99	100	en bonne voie
Burkina Faso	32	3	7	42	6	13	54	pas de progrès
Burundi	42	44	44	47	35	36	72	pas de progrès
Cambodge	–	–	–	53	8	17	52	–
Cameroun	59	40	48	58	43	51	74	pas de progrès
Canada	100	99	100	100	99	100	100	en bonne voie
Cap-Vert	–	–	–	61	19	43	66	–
Chili	91	52	84	95	62	91	92	en bonne voie
Chine	64	7	23	69	28	44	62	en bonne voie
Chypre	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Colombie	95	52	82	96	54	86	91	en bonne voie
Comores	62	20	32	41	29	33	66	pas de progrès
Congo	–	–	–	28	25	27	59	–
Congo, Rép. démocratique du	53	1	16	42	25	30	58	pas de progrès
Corée, Rép. populaire dém. de	–	–	–	58	60	59	77	–
Corée, République de	–	–	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	–	97	–	89	97	92	96	–
Côte d’Ivoire	37	10	21	46	29	37	61	pas de progrès
Croatie	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Cuba	99	95	98	99	95	98	99	en bonne voie
Danemark	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	88	50	79	88	50	82	90	en bonne voie
Dominique	–	–	–	86	75	84	91	–
Égypte	70	42	54	86	58	70	77	en bonne voie
El Salvador	70	33	51	77	39	62	76	en bonne voie
Émirats arabes unis	98	95	97	98	95	98	99	en bonne voie
Équateur	77	45	63	94	82	89	82	en bonne voie
Érythrée	44	0	7	32	3	9	54	pas de progrès

Utilisation d’installations sanitaires améliorées (Pourcentage)								
Pays et territoires	1990			2004			Cible de l’OMD à 2015	Progrès vers la cible de l’OMD
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
Espagne	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Estonie	97	96	97	97	96	97	99	en bonne voie
États-Unis	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Éthiopie	13	2	3	44	7	13	52	pas de progrès
Ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	–	–	–	–	–	–
Fédération de Russie	93	70	87	93	70	87	94	pas de progrès
Fidji	87	55	68	87	55	72	84	–
Finlande	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
France	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	–	–	–	37	30	36	64	–
Gambie	–	–	–	72	46	53	74	–
Georgia	99	94	97	96	91	94	99	pas de progrès
Ghana	23	10	15	27	11	18	58	pas de progrès
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	96	97	97	96	97	96	99	en bonne voie
Guatemala	73	47	58	90	82	86	79	en bonne voie
Guinée	27	10	14	31	11	18	57	pas de progrès
Guinée équatoriale	–	–	–	60	46	53	73	–
Guinée-Bissau	–	–	–	57	23	35	62	–
Guyana	–	–	–	86	60	70	83	–
Haïti	25	23	24	57	14	30	62	pas de progrès
Honduras	77	31	50	87	54	69	75	en bonne voie
Hongrie	100	–	–	100	85	95	97	en bonne voie
Îles Cook	100	91	94	100	100	100	97	en bonne voie
Îles Marshall	88	51	74	93	58	82	87	en bonne voie
Îles Salomon	98	–	–	98	18	31	61	–
Inde	45	3	14	59	22	33	57	pas de progrès
Indonésie	65	37	46	73	40	55	73	insuffisant
Iran (République islamique d’)	86	78	83	–	–	–	92	–
Iraq	95	48	81	95	48	79	91	pas de progrès
Irlande	–	–	–	–	–	–	–	–
Islande	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Israël	100	–	–	100	–	–	–	–
Italie	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamahiriya arabe libyenne	97	96	97	97	96	97	99	en bonne voie
Jamaïque	86	64	75	91	69	80	88	en bonne voie
Japon	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Jordanie	97	82	93	94	87	93	97	pas de progrès
Kazakhstan	87	52	72	87	52	72	86	–
Kenya	48	37	40	46	41	43	70	pas de progrès
Kirghizistan	75	51	60	75	51	59	80	–
Kiribati	33	21	25	59	22	40	63	pas de progrès
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	61	32	37	61	32	37	69	–
Lettonie	–	–	–	82	71	78	–	–
Liban	100	–	–	100	87	98	99	en bonne voie
Libéria	59	24	39	49	7	27	70	pas de progrès
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	27	10	14	48	26	34	57	pas de progrès
Malawi	64	45	47	62	61	61	74	en bonne voie
Malaysia	95	–	–	95	93	94	–	–
Maldives	100	–	–	100	42	59	76	–
Mali	50	32	36	59	39	46	68	pas de progrès

Utilisation d'installations sanitaires améliorées (Pourcentage)								
Pays et territoires	1990			2004			Cible de l'OMD à 2015	Progrès vers la cible de l'OMD
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
Malte	100	–	–	100	–	–	–	–
Maroc	87	27	56	88	52	73	78	en bonne voie
Maurice	95	–	–	95	94	94	–	–
Mauritanie	42	22	31	49	8	34	66	pas de progrès
Mexique	75	13	58	91	41	79	79	en bonne voie
Micronésie (États fédérés de)	54	20	29	61	14	28	65	pas de progrès
Moldova, République de	–	–	–	86	52	68	82	–
Monaco	100	–	100	100	–	100	100	en bonne voie
Mongolie	–	–	–	75	37	59	77	–
Monténégro*	97	77	87	97	77	87	–	–
Mozambique	49	12	20	53	19	32	60	pas de progrès
Myanmar	48	16	24	88	72	77	62	en bonne voie
Namibie	70	8	24	50	13	25	62	pas de progrès
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	48	7	11	62	30	35	56	en bonne voie
Nicaragua	64	24	45	56	34	47	73	pas de progrès
Niger	35	2	7	43	4	13	54	pas de progrès
Nigéria	51	33	39	53	36	44	70	pas de progrès
Nioué	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	88	–	–	–	–	–	–
Oman	97	61	83	97	–	–	92	–
Ouganda	54	41	42	54	41	43	71	pas de progrès
Ouzbékistan	69	39	51	78	61	67	76	en bonne voie
Pakistan	82	17	37	92	41	59	69	en bonne voie
Palaos	76	54	67	96	52	80	84	en bonne voie
Panama	89	51	71	89	51	73	86	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	67	41	44	67	41	44	72	–
Paraguay	72	45	58	94	61	80	79	en bonne voie
Pays-Bas	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Pérou	69	15	52	74	32	63	76	en bonne voie
Philippines	66	48	57	80	59	72	79	en bonne voie
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
République arabe syrienne	97	50	73	99	81	90	87	en bonne voie
République centrafricaine	34	17	23	47	12	27	62	pas de progrès
République dém. populaire lao	–	–	–	67	20	30	60	–
République dominicaine	60	43	52	81	73	78	76	en bonne voie
République tchèque	99	97	99	99	97	98	100	en bonne voie
Roumanie	–	–	–	89	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	49	36	37	56	38	42	69	pas de progrès
Sainte-Lucie	–	–	–	89	89	89	94	–
Saint-Kitts-et-Nevis	96	96	95	96	96	95	98	en bonne voie
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-Grenadines	–	96	–	–	96	–	–	–
Samoa	100	98	98	100	100	100	99	en bonne voie
Sao Tomé-et-Principe	–	–	–	32	20	25	58	–
Sénégal	53	19	33	79	34	57	67	en bonne voie
Serbie*	97	77	87	97	77	87	–	–
Seychelles	–	100	–	–	100	–	–	–
Sierra Leone	–	–	–	53	30	39	66	–
Singapour	100	–	100	100	–	100	100	en bonne voie
Slovaquie	100	98	99	100	98	99	100	en bonne voie

Utilisation d'installations sanitaires améliorées (Pourcentage)								
Pays et territoires	1990			2004			Cible de l'OMD à 2015	Progrès vers la cible de l'OMD
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total		
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	–	–	–	48	14	26	58	–
Soudan	53	26	33	50	24	34	67	pas de progrès
Sri Lanka	89	64	69	98	89	91	85	en bonne voie
Suède	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Suisse	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Suriname	99	–	–	99	76	94	96	–
Swaziland	–	–	–	59	44	48	71	–
Tadjikistan	–	–	–	70	45	51	73	–
Tanzanie, République-Unie de	52	45	47	53	43	47	74	pas de progrès
Tchad	28	2	7	24	4	9	54	pas de progrès
Territoire palestinien occupé	–	–	–	78	61	73	85	–
Thaïlande	95	74	80	98	99	99	90	en bonne voie
Timor-Leste	–	–	–	66	33	36	64	–
Togo	71	24	37	71	15	35	69	pas de progrès
Tonga	98	96	96	98	96	96	98	en bonne voie
Trinité-et-Tobago	100	100	100	100	100	100	100	en bonne voie
Tunisie	95	47	75	96	65	85	88	en bonne voie
Turkménistan	–	–	–	77	50	62	79	–
Turquie	96	70	85	96	72	88	93	en bonne voie
Tuvalu	83	74	78	93	84	90	89	en bonne voie
Ukraine	98	–	–	98	93	96	98	en bonne voie
Uruguay	100	99	100	100	99	100	100	en bonne voie
Vanuatu	–	–	–	78	42	50	72	–
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	–	–	–	71	48	68	82	–
Viet Nam	58	30	36	92	50	61	68	en bonne voie
Yémen	82	19	32	86	28	43	66	pas de progrès
Zambie	63	31	44	59	52	55	72	insuffisant
Zimbabwe	69	42	50	63	47	53	75	pas de progrès

INDICATEURS CONSOLIDÉS

Afrique subsaharienne	52	24	32	53	28	37	66	pas de progrès
Afrique de l'Est/Afrique australe	59	28	35	58	30	38	68	pas de progrès
Afrique de l'Ouest/Afrique centrale	47	19	28	49	26	36	64	pas de progrès
Moyen-Orient/Afrique du Nord	87	48	68	90	53	74	84	en bonne voie
Asie du Sud	51	6	17	63	27	37	59	insuffisant
Asie de l'Est/Pacifique	66	15	30	73	36	51	65	en bonne voie
Amérique latine/Caraïbes	81	36	68	86	49	77	84	en bonne voie
ECO/CEI	94	67	84	93	70	84	92	pas de progrès
Pays industrialisés	100	100	100	100	99	100	100	en bonne voie
Pays en développement	68	17	35	73	33	50	68	insuffisant
Pays les moins avancés	48	16	22	55	29	36	61	pas de progrès
Monde	79	26	49	80	39	59	75	insuffisant

Cible de l'OMD : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable et à un assainissement de base.

Notes :

– Les données n'étaient pas disponibles ou étaient insuffisantes pour estimer les tendances.

Les pays ont été classés selon les critères suivants : **En bonne voie** : l'utilisation d'installations sanitaires améliorées en 2004 était de moins de 5 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays/région atteigne la cible de l'OMD, ou l'utilisation était de 95 % ou plus. **Insuffisant** : l'utilisation d'installations sanitaires améliorées en 2004 était de 5 à 10 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays/région atteigne la cible de l'OMD. **Pas de progrès** : l'utilisation d'installations sanitaires améliorées en 2004 était de plus de 10 % inférieure au taux nécessaire pour que le pays/région atteigne la cible de l'OMD, ou la tendance pour la période 1990–2004 révèle une utilisation inchangée, voire en régression.

* Les données relatives à l'utilisation de sources améliorées d'eau potable pour l'Union des États de Serbie et Monténégro ont été calculées en 1990 et en 2004, avant la sécession du Monténégro en 2006.

À PROPOS DES DONNÉES

Les données et analyses publiées dans cet examen statistique d'Un monde digne des enfants se fondent sur les travaux en cours de l'UNICEF et de ses partenaires visant à évaluer les conditions de vie des enfants et des femmes du monde entier.

Avant le milieu des années 1990, des lacunes graves dans les statistiques ne permettaient pas de procéder à des analyses précises et efficaces de la situation des enfants et des femmes. Par exemple, seuls 38 pays en développement étaient en mesure de fournir des statistiques indiquant si le taux de malnutrition des enfants progressait ou régressait – bien que ce taux soit un indicateur de base de la santé et du bien-être des enfants. Pour aider les pays à combler ces lacunes importantes et à assurer le suivi des objectifs définis lors du Sommet mondial pour les enfants en 1990, l'UNICEF a créé les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) en 1995. Ces enquêtes ont pour but de réunir des données quantitatives sur un large éventail de thèmes, notamment la santé et la nutrition infantiles, la protection de l'enfant, l'éducation, la santé maternelle, ainsi que le VIH et le SIDA.

Depuis 1995, près de 200 Enquêtes en grappes à indicateurs multiples ont été réalisées dans une centaine de pays et de territoires. La série actuelle, réalisée dans une bonne cinquantaine de pays pendant la période 2005–2006, regroupe des données sur 21 des 53 indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement. Avec les enquêtes démographiques et sanitaires soutenues par USAID, avec lesquelles les données sont harmonisées, les MICS sont la source principale d'informations sur les OMD. Par ailleurs, les données réunies grâce à la série de MICS la plus récente permettent de procéder à de nouvelles évaluations plus générales des conditions de vie des enfants et des femmes. Ces statistiques nous permettent, par exemple, de faire le point pour la première fois sur les indicateurs quantitatifs portant sur des problèmes de protection de l'enfance.

Compilation des données

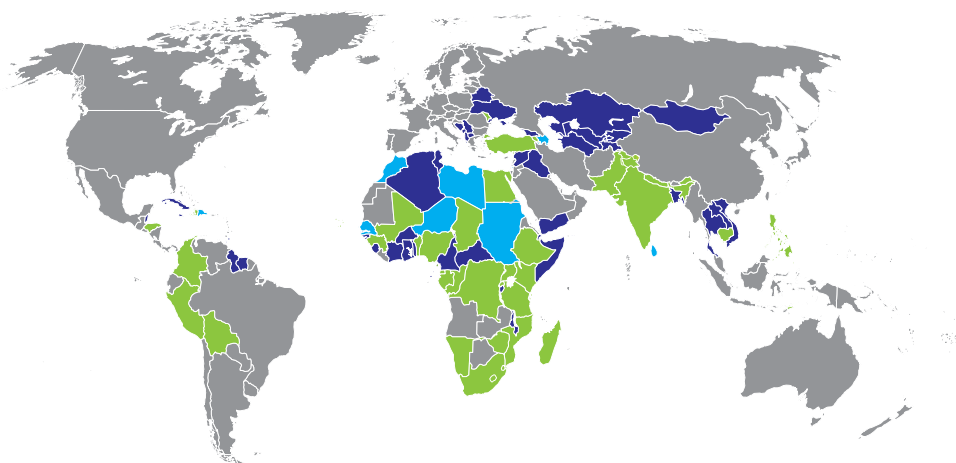
Les données et analyses qui figurent dans cet examen statistique sont en grande partie extraites d'information regroupées dans les bases de données mondiales de l'UNICEF, qui englobent toutes les données mises à disposition récemment grâce aux enquêtes sur les ménages (*voir la carte*). Les bases de données mondiales de l'UNICEF ne comprennent que des données solides sur le plan statistique et représentatives au niveau national extraites des enquêtes sur les ménages, notamment les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les Enquêtes démographiques et sanitaires et elles sont mises à jour chaque année dans le cadre d'un

mécanisme qui s'inspire des données maintenues par le réseau des bureaux de pays de l'UNICEF. Ces bases de données sont à la disposition de tous à <www.childinfo.org>.

Analyse des données

Plusieurs groupes interinstitutions de suivi des OMD ont été mis sur pied ces dernières années. Ils concentrent leurs efforts sur l'élaboration de nouvelles méthodologies, d'indicateurs et d'outils de surveillance qui renforcent les capacités statistiques au niveau du pays, permettent de faire des évaluations conjointes et d'harmoniser les travaux de suivi menés à bien par les partenaires de l'UNICEF. L'UNICEF dirige ou participe activement aux groupes de suivi interinstitutions dans les secteurs suivants : mortalité maternelle et infantile; approvisionnement en eau et assainissement; vaccination; paludisme; VIH et SIDA. Les estimations réalisées conjointement par ces groupes de suivi interinstitutions sont intégrées dans les bases de données mondiales de l'UNICEF et permettent d'évaluer les progrès vers les objectifs et cibles internationaux, et plus particulièrement les OMD et les engagements d'Un monde digne des enfants.

LOCALISATION DES ENQUÊTES SUR LES MÉNAGES 2003-2006



- Enquête en grappes à indicateurs multiples, série 3 (MICS3).
- Enquêtes avec modules des MICS3/appui technique des MICS3.
- Enquêtes démographiques et sanitaires.

Cette carte, comme toutes celles qui figurent dans cette publication, est stylisée et n'est pas à l'échelle. Elles n'impliquent de la part de l'UNICEF aucune prise de position quant au statut juridique des pays ou des territoires, ni quant au tracé de leurs frontières. La ligne en pointillé sur cette carte et sur toutes les cartes de cette publication représente approximativement la ligne de contrôle établie à Jammu et au 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.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

OMD 1

Prévalence de l’insuffisance pondérale – Niveaux modérés à grave d’insuffisance pondérale : pourcentage d’enfants dont le poids pour l’âge est inférieur de deux écarts types à la médiane de la population de référence.

OMD 2 et OMD 3

Taux net de scolarisation/fréquentation de l’école primaire – Nombre d’enfants scolarisés ou fréquentant l’école primaire exprimé en pourcentage du nombre total d’enfants en âge de fréquenter l’école primaire. L’indicateur est soit le taux net de scolarisation au niveau du primaire (nombre d’enfants inscrits à l’école primaire qui sont en âge officiel de fréquenter l’école primaire, exprimé en pourcentage du nombre total d’enfants qui sont en âge officiel de fréquenter l’école primaire) ou le taux net de fréquentation scolaire (nombre d’enfants qui fréquentent l’école primaire ou l’école secondaire qui sont en âge officiel de fréquenter l’école primaire exprimé en pourcentage du nombre total d’enfants qui sont en âge officiel de fréquenter l’école primaire). En général, si les deux indicateurs sont disponibles, on préférera utiliser le taux net de scolarisation au niveau du primaire sauf si les données relatives à la fréquentation de l’école primaire sont jugées de qualité supérieure.

OMD 4

Taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) –

La probabilité de mourir entre la naissance et l’âge exact de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes.

OMD 5

Taux de mortalité maternelle – Nombre annuel de décès de femmes dont les causes sont liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes.

Risque de décès maternel sur la vie entière – Le risque de décès maternel sur la vie entière tient compte à la fois de la probabilité de tomber enceinte et de la probabilité de mourir des suites de cette grossesse, cumulées pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer.

OMD 6

% d’enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d’insecticide – Pourcentage d’enfants (âgés de 0–4 ans) qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d’insecticide.

% d’enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments anti-paludiques – Le pourcentage d’enfants (âgés de 0–4 ans) qui avaient de la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l’enquête et qui ont été traités à l’aide de médicaments anti-paludiques appropriés (selon la définition locale).

Taux estimatif de prévalence du VIH – Pourcentage d’adultes (âgés de 15–49) qui vivaient avec le VIH à la fin de 2005.

Prévalence du VIH chez les jeunes – Pourcentage de jeunes hommes et femmes (âgés de 15 à 24 ans) qui vivaient avec le VIH à la fin de 2005.

% de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances approfondies sur le VIH – Pourcentage de jeunes hommes et femmes (âgés de 15 à 24 ans) capables d’identifier correctement les deux moyens principaux de prévenir la transmission par voie sexuelle du VIH (utiliser un préservatif et limiter les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté), qui rejettent les deux idées erronées les plus courantes au niveau local sur la transmission du VIH et qui savent qu’une personne qui a l’air en bonne santé peut être infectée par le VIH.

% de jeunes âgés de 15 à 24 ans utilisant un préservatif lors des dernières relations sexuelles à risque – Pourcentage de jeunes hommes et femmes (âgés de 15 à 24 ans) qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels hors mariage et hors concubinage, par rapport à ceux qui ont dit qu’ils avaient eu des relations sexuelles avec ce type de partenaire au cours des 12 derniers mois.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins – Pourcentage d’enfants (âgés de 10 à 14 ans) qui ont perdu leurs deux parents biologiques et qui vont à l’école en pourcentage des enfants non orphelins du même âge qui vivent avec au moins l’un de leurs parents et qui vont à l’école.

OMD 7

Utilisation de sources améliorées d’eau potable – Pourcentage de la population utilisant des sources améliorées d’eau potable, y compris l’eau amenée par canalisation dans le logement, sur un terrain ou dans une cour; robinet public/borne fontaine; puits tubé/ trou de sonde; puits creusé protégé; source et collecte d’eau de pluie protégées.

Utilisation de systèmes améliorés d’assainissement – Pourcentage de la population utilisant des systèmes améliorés d’assainissement, notamment des toilettes à chasse d’eau/toilettes connectées au réseau d’égouts, fosses septiques, fosses d’aisance; des latrines améliorées à fosse ventilée (VIP); des fosses d’aisance avec dalle et des toilettes à compost.

CATÉGORIES DE PAYS

Les moyennes présentées dans cette publication et à la fin de chaque tableau aux pages 50 à 67 sont calculées sur la base des données fournies par les pays et les territoires regroupés comme suit :

Afrique subsaharienne (regroupe les régions Afrique de l’Est/Afrique australe et Afrique de l’Ouest/Afrique centrale de l’UNICEF)

Afrique de l’Est/Afrique australe – Afrique du Sud; Angola; Botswana; Burundi; Comores; Érythrée; Éthiopie; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Maurice; Mozambique; Namibie; Ouganda; Rwanda; Seychelles; Somalie; Swaziland; Tanzanie, République-Unie de; Zambie; Zimbabwe

Afrique de l’Ouest/Afrique centrale – Bénin; Burkina Faso; Cameroun; Cap-Vert; Congo; Congo, République démocratique du; Côte d’Ivoire; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Libéria; Mali; Mauritanie; Niger; Nigéria; République centrafricaine; Sao-Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Tchad; Togo

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie; Arabie saoudite; Bahreïn; Djibouti; Égypte; Émirats arabes unis; Iran (République islamique d’); Iraq; Jamahiriya arabe libyenne; Jordanie; Koweït; Liban; Maroc; Oman; Qatar; République arabe syrienne; Soudan; Territoire palestinien occupé; Tunisie; Yémen

Asie du Sud

Afghanistan; Bangladesh; Bhoutan; Inde; Maldives; Népal; Pakistan; Sri Lanka

Asie de l’Est et Pacifique

Brunéi Darussalam; Cambodge; Chine; Corée, République de; Corée, République populaire démocratique de; Fidji; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Indonésie; Kiribati; Malaisie; Micronésie (États fédérés de); Mongolie; Myanmar; Nauru; Nioué; Palaos; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Philippines; République démocratique populaire lao; Samoa; Singapour; Thaïlande; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Amérique latine et Caraïbes

Antigua-et-Barbuda; Argentine; Bahamas; Barbade; Belize; Bolivie; Brésil; Chili; Colombie; Costa Rica; Cuba; Dominique; El Salvador; Équateur; Grenade; Guatemala; Guyana; Haïti; Honduras; Jamaïque; Mexique; Nicaragua; Panama; Paraguay; Pérou; République dominicaine; Sainte-Lucie; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-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; Moldova, République de; Monténégro; Ouzbékistan; Roumanie; Serbie; Tadjikistan; Turquie; Turkménistan; Ukraine

Pays/territoires industrialisés

Allemagne; Andorre; Australie; Autriche; Belgique; Canada; Chypre; Danemark; Espagne; Estonie; États-Unis; Finlande; France; Grèce; Hongrie; Irlande; Islande; Israël; Italie; Japon; Lettonie; Liechtenstein; Lituanie; Luxembourg; Malte; Monaco; Nouvelle-Zélande; Norvège; Pays-Bas; Pologne; Portugal; République tchèque; Royaume-Uni; Saint-Marin; Saint-Siège; Slovaquie; Slovénie; Suède; Suisse

Pays/territoires en développement

Afghanistan; Afrique du Sud; Algérie; Angola; Antigua-et-Barbuda; Arabie saoudite; Argentine; Arménie; Azerbaïdjan; Bahamas; Bahreïn; Bangladesh; Barbade; Belize; Bénin; Bhoutan; Bolivie; Botswana; Brésil; Brunéi Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cameroun; Cap-Vert; Chili; Chine; Chypre; Colombie; Comores; Congo; Congo, République démocratique du; Corée, République de; Corée, République populaire démocratique de; Costa Rica; Côte d’Ivoire; Cuba; Djibouti; Dominique; Égypte; El Salvador; Émirats arabes unis; Équateur; Érythrée; Éthiopie; Fidji; Gabon; Gambie; Géorgie; Ghana; Grenada; Guatemala; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Guyana; Haïti; Honduras; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Inde; Indonésie; Iran (République islamique d’); Iraq; Israël; Jamahiriya arabe libyenne; Jamaïque; Jordanie; Kazakhstan; Kenya; Kiribati; Koweït; Kirghizistan; Liban; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malaisie; Malawi; Maldives; Mali; Maroc; Maurice; Mauritanie; Mexique; Micronésie (États fédérés de); Mongolie; Mozambique; Myanmar; Namibie; Nauru; Népal; Nicaragua; Niger; Nigéria; Nioué; Oman; Ouganda; Ouzbékistan; Pakistan; Palaos; Panama; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Paraguay; Pérou; Philippines; Qatar; République arabe syrienne; République centrafricaine; République démocratique populaire lao; République dominicaine; Rwanda; Sainte-Lucie; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent/Grenadines; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Singapour; Somalie; Sri Lanka; Soudan; Suriname; Swaziland; Tadjikistan; Tanzanie, République-Unie de; Tchad; Territoire palestinien occupé; Thaïlande; Timor-Leste; Togo; Tonga; Trinité-et-Tobago; Tunisie; Turquie; Turkménistan; Tuvalu; Uruguay; Vanuatu; Venezuela (République bolivarienne du); Viet Nam; Yémen; Zambie; Zimbabwe

Pays/territoires les moins avancés

Afghanistan; Angola; Bangladesh; Bénin; Bhoutan; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cap-Vert; Tchad; Comores; Congo, République démocratique du; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Gambie; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Haïti; Îles Salomon; Kiribati; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldives; Mali; Mauritanie; Mozambique; Myanmar; Népal; Niger; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique populaire lao; Rwanda; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Somalie; Soudan; Tanzanie, République-Unie de; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Vanuatu; Yémen; Zambie



Pour de plus amples informations :
Section de l'information stratégique de l'UNICEF
Division des politiques et de la planification

Publié par l'UNICEF
Division de la communication
3 United Nations Plaza, H-9F
New York, NY 10017
États-Unis

Site Internet : www.unicef.org/french
Courriel : pubdoc@unicef.org

Conception de la maquette : Green Communication Design inc., Montréal

No. de vente : F08.XX.1
ISBN : 978-92-806-4192-9
Prix : 20 dollars É.-U.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Décembre 2007