



état de la population mondiale 2002
population, pauvreté et potentialités

chapitres

1 aperçu général	2
Introduction	3
La population, le développement et les objectifs de développement pour le Millénaire	4
Autres questions clés	6
Comment atteindre les objectifs en matière d'élimination de la pauvreté	10
2 comment caractériser la pauvreté	12
Les nombreuses dimensions de la pauvreté	14
Des causes entremêlées	14
Mesurer la pauvreté	16
3 macroéconomie, pauvreté, population et développement	18
Le créneau démographique	19
La baisse de la fécondité et la croissance économique	22
Mondialisation et pauvreté	24
4 les femmes et l'inégalité entre les sexes	25
Mesurer l'inégalité entre les sexes	26
L'inégalité économique	27
Le VIH, la pauvreté et l'inégalité entre les sexes	30
5 santé et pauvreté	32
Santé en matière de reproduction et pauvreté	34
Mesure des différences dans l'état de santé entre riches et pauvres	35
Pour plus d'équité dans les soins de santé	40
6 le VIH/sida et la pauvreté	43
Les impacts dévastateurs	44
Les mesures prioritaires à prendre	46
7 pauvreté et éducation	47
Différences dans la scolarisation et le niveau d'études en fonction de la richesse	48
L'écart entre les sexes	49
Les bénéfices pour les pauvres des investissements dans l'éducation	50
Atteindre les objectifs de la CIPD	51
8 la population, la pauvreté et les objectifs mondiaux de développement: la voie à suivre	52
Le cadre	53
Les recommandations pratiques	54
Des ressources pour la population et la santé en matière de reproduction	59
Investir pour la santé, combattre la pauvreté	61

table des matières

notes	63
--------------	-----------

sources des encadrés	69
-----------------------------	-----------

indicateurs	
Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus	70
Indicateurs démographiques, sociaux et économiques	73
Indicateurs retenus pour les pays/territoires les moins peuplés	76
Notes relatives aux indicateurs	77
Notes techniques	77

diagrammes et tableau

diagramme 1	
Revenu par habitant, par région, 1975-1995	13
diagramme 2	
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	14
diagramme 3	
Causes déterminantes des effets dans le secteur sanitaire	33
diagramme 4	
Mortalité infantile : les différences	35
diagramme 5	
Soins prénatals : les différences	36
diagramme 6	
Assistance qualifiée lors de l'accouchement : les différences	36
diagramme 7	
Fécondité : les différences	37
diagramme 8	
Planification familiale : les différences	37
diagramme 9	
Fécondité des adolescentes : les différences	38
diagramme 10	
Aspects de la santé en matière de reproduction : écarts relatifs entre les cinq quintiles, du plus riche au plus pauvre	38
diagramme 11	
Inégalité dans la scolarisation en fonction de la richesse	48

tableau 1	
Nombre de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour	13



Thoraya Ahmed Obaid
Directrice exécutive
Fonds des Nations Unies pour la population

1 aperçu général



Introduction

S'attaquer directement à la pauvreté – parce que c'est une question de droits de l'homme, pour accélérer le développement et pour réduire l'inégalité entre les nations et à l'intérieur de chaque nation – est devenu une priorité urgente à l'échelle planétaire. Les dirigeants du monde entier se sont mis d'accord sur une série de nouvelles initiatives, dont les objectifs de développement pour le Millénaire (MDG). Cette année, le rapport sur *L'état de la population mondiale* est une contribution au débat et un guide des mesures à prendre.

Le nombre de personnes (3 milliards) qui vivent avec 2 dollars par jour ou moins encore¹ est égal au nombre de celles dont la population mondiale s'est accrue depuis 1960. Bien sûr, la relation entre ces deux données n'est pas directe, mais il est impossible de négliger la population dans le débat sur la pauvreté et les moyens d'y mettre fin.

- La fécondité et la croissance démographique sont les plus élevées dans les pays les plus pauvres. Les pays les moins avancés tripletront très probablement le chiffre de leur population d'ici 2050, passant de 600 millions en 1995 à 1,8 milliard.²
- La structure de la pyramide des âges a un impact sur le développement : si les personnes à charge jeunes représentent une forte proportion de la population, le développement économique est retardé.

I

L'INCERTITUDE ÉCONOMIQUE La conjoncture économique mondiale pose de redoutables obstacles au progrès vers les MDG. Dans l'ensemble, au cours des années 90, le produit intérieur brut (PIB) par habitant a augmenté de 1,6 % par an dans les pays en développement. Ce gain est non seulement lent, mais inégalement réparti. La croissance du PIB par habitant a été plus lente pour les pays les plus pauvres dans les années 90 que dans les années 80.

Les pays de la tranche inférieure de la catégorie « revenu intermédiaire » ont connu aussi une performance économique plus médiocre dans les années 90 que dans les années 80. En Europe et en Asie centrale, les pays en transition et en développement ont en fait perdu du terrain dans les années 90. En 1999-2000, la croissance du PIB par habitant dans les pays à faible revenu de cette région a été de 2,2 % par an. Des taux similaires ont été enregistrés au niveau régional en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Asie du Sud, dans le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. La performance économique par habitant n'a augmenté en Afrique subsaharienne que de 0,6 %. Si l'extrême pauvreté sur le plan du revenu a reculé dans les années 90, cela fut en grande partie le résultat des progrès de quelques pays d'Asie.

La nouvelle décennie a commencé dans un climat d'incertitude accrue. La réduction des échanges récemment intervenue au niveau mondial, une contraction de l'économie de plus en plus répandue et de nouvelles crises bancaires et financières, comme au Brésil et en Argentine, posent de redoutables obstacles à la croissance économique.

À elle seule, la croissance économique peut ne pas suffire à garantir le progrès vers les MDG. Il est nécessaire d'affecter les gains qui seront réalisés, quelle que soit leur importance, à réduire la pauvreté.

- La croissance urbaine est la plus rapide parmi les groupes de population pauvres. Une grande partie de ceux qui maintenant vont vers les villes sont très pauvres, poussés par une catastrophe écologique, l'espoir de meilleures perspectives économiques ou de dures conditions de vie.

Le développement a souvent laissé de côté les plus pauvres et même aggravé leurs désavantages. Les pauvres ont besoin que des mesures directes soient prises pour les introduire dans le processus de développement et créer les conditions qui leur permettront d'échapper à la pauvreté.

Les pays du monde entier ont convenu dès 1994 qu'il était capital à cette fin d'agir sur la population et le développement. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a abordé les problèmes de population et de santé en matière de reproduction dans une vaste perspective de développement, soulignant la nécessité d'incorporer divers problèmes de population – croissance démographique, répartition géographique, importance relative des groupes d'âge, et dynamique résultant de leur interaction – au traitement des problèmes du développement durable.

La CIPD a adopté d'importants objectifs, à savoir une meilleure santé en matière de reproduction, l'éducation pour tous et l'égalité entre les sexes, tout cela dans le contexte des droits de l'homme.³ La marche vers ces objectifs s'inscrit sans difficulté dans les MDG et consolide les progrès accomplis vers leur réalisation.

Tout effort pour atteindre les objectifs démographiques aide à réduire la pauvreté de plusieurs manières. Voici deux des plus importantes :

- Le ralentissement de la croissance démographique a encouragé une croissance économique d'ensemble dans les pays en développement.⁴ Depuis 1970, les pays en développement dont la fécondité et la croissance démographique sont plus faibles ont vu augmenter leur productivité, leur épargne et leur investissement productif. Les revenus, qui sont la mesure habituelle de la pauvreté, ont augmenté dans tous les secteurs.
- Les revenus ne suffisent pas à peindre un tableau complet. Les pays en développement en voie de progrès ont de plus investi dans les soins de santé, y compris la santé en matière de reproduction, et dans l'éducation pour tous. Ils se sont appliqués à réduire l'inégalité entre les sexes et à écarter les obstacles à la participation des femmes à la société. Ces investissements sociaux promeuvent les droits de l'homme. Ils améliorent le bien-être, aident à amoindrir l'écart entre les pauvres et les plus aisés, et à réduire les désavantages dont les pauvres sont accablés. Les pauvres eux-mêmes mesurent leur qualité de vie selon ces critères plus larges.

Au chapitre 2 sont examinés différents moyens de décrire et mesurer la pauvreté.

LE CRÉNEAU DÉMOGRAPHIQUE Les investissements sociaux aident à atteindre l'objectif du ralentissement de la croissance démographique. Améliorer les soins de santé, l'éducation et les perspectives ouvertes aux femmes, cela relève des droits de l'homme; le résultat en est d'affranchir les femmes et, d'autre part, de diminuer le nombre d'enfants par famille. En l'espace d'une génération, cette baisse de la fécondité ouvre un créneau démographique, c'est-à-dire une période au cours de laquelle une population active nombreuse soutient des personnes à charge, vieilles et jeunes,

relativement peu nombreuses en comparaison. Le créneau démographique est une occasion unique qui s'offre aux pays d'investir dans la croissance économique. Il ne s'ouvre qu'une seule fois et pas pour longtemps. En l'espace d'une autre génération, il se referme à mesure que les populations vieillissent et que le rapport de la population active aux personnes à charge devient à nouveau moins favorable.

Un tiers de la croissance économique annuelle des « dragons » de l'Asie de l'Est vient de ce qu'ils ont su tirer parti du créneau démographique. Le Mexique, le Brésil et quelques autres pays ont aussi tiré parti de leur créneau démographique. D'autres pays y ont moins bien réussi. Les pays les plus pauvres sont encore très éloignés d'ouvrir le créneau démographique, mais l'investissement d'aujourd'hui préservera l'avenir. L'investissement sauvegardera aussi le présent. Il sauvera la vie de femmes et protégera leur famille. Il leur fournira les moyens d'assumer le contrôle de leur propre vie.

Les données laissent aussi à penser que les gains économiques dus à une baisse de la fécondité modifient la répartition de la richesse au bénéfice des pauvres.

Le chapitre 3 est consacré à examiner les effets « macro » de la population sur le développement.

La population, le développement et les objectifs de développement pour le Millénaire

La communauté internationale s'est engagée à atteindre un objectif ambitieux : diminuer de moitié d'ici 2015 le nombre de personnes vivant dans une pauvreté absolue. Pour atteindre les huit objectifs de développement pour le Millénaire (voir encadré page suivante), les dirigeants du monde ont adopté une série de buts spécifiques et détaillés en matière d'espérance de vie (qui est un indicateur de la santé), d'éducation, de logement, d'égalité entre les sexes, d'ouverture des échanges, et de protection de l'environnement.

Les nouveaux objectifs reconnaissent que la pauvreté touche à la dignité, aux perspectives et au choix aussi bien qu'au revenu. Échapper à la pauvreté n'est pas un acte strictement individuel. Il y faut aussi le soutien des institutions – famille, État, société

civile, secteur privé, communautés locales et organisations culturelles –, l'environnement politique, économique et social que créent ces institutions, ainsi que les possibilités qu'elles offrent.

L'effort le plus ambitieux entrepris dans toute l'histoire de l'humanité au service du bien-être des humains doit avoir valeur d'inspiration, mais ne peut se concrétiser indépendamment de certaines considérations pratiques.

La première condition du succès est le respect de la souveraineté nationale : chaque pays décidera quels sont ses propres besoins. La culture et l'histoire nationales, ainsi que des décennies d'expérience de la coopération internationale, détermineront la forme que prendra l'action pratique.

Deuxièmement, les objectifs de développement pour le Millénaire se renforcent mutuellement; tous sont des priorités et il faut agir dans chaque domaine simultanément. Ils représentent une sélection des recommandations faites par les conférences internationales des années 90, dont les analyses et les plans d'action n'ont rien perdu de leur actualité.

Troisièmement, l'action au service d'objectifs spécifiques n'exclut pas et peut même exiger que l'on intervienne sur d'autres plans. Il s'agit notamment de l'allègement de la dette, des régimes commerciaux et des accords d'investissement, aussi bien que de l'assistance au développement.

Enfin, le succès suppose un engagement de tous les pays, et du secteur privé aussi bien que du secteur public.

La grande série des conférences internationales des années 90 a élaboré un agenda d'action sociale contre la pauvreté, centré sur les individus des deux sexes. Leur but majeur était d'améliorer la santé et l'éducation, entendues à la fois comme objectifs individuels et comme biens publics.

Dans le domaine de la santé, la récente initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale concernant la santé et la macroéconomie soutient vigoureusement cet agenda, centrant l'attention sur la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida, aussi bien que contre d'autres maladies infectieuses ou causées par l'environnement.⁵

Dans le domaine de la population, la CIPD (1994) a faite sienne

2

LES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE DONNENT DES RÉSULTATS

Les programmes de planification familiale et l'assistance aux problèmes de population encouragent une baisse de la fécondité. Ils sont responsables de près d'un tiers du recul de la fécondité au niveau mondial entre 1972 et 1994, ce qui les classe bien avant divers autres facteurs : contribution de l'éducation, part de l'agriculture dans l'emploi, PIB par habitant, proportion de la population vivant dans les zones urbaines, et niveaux nutritionnels. Les effets de ces programmes sur la fécondité ont été particulièrement marqués en Asie (où il faut leur imputer plus des deux tiers du recul), moyens en Amérique latine et dans les États arabes, et faibles en Afrique.

Les effets sur la fécondité non désirée sont encore plus clairs. D'après certaines

analyses, les programmes de population sont à l'origine de 40 à 50 % du changement. Les programmes réduisent la fécondité non désirée en rendant accessibles les services de santé en matière de reproduction et en faisant intervenir les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé. L'accès universel à ces services permettrait aux femmes et à leurs partenaires de n'avoir que le nombre d'enfants désiré; les comparaisons entre pays indiquent que seule l'absence d'accès universel fait une différence, qui peut aller jusqu'à un tiers, dans le taux actuel d'utilisation des contraceptifs.

L'éducation, l'information et la communication sont des facteurs importants du succès des programmes de population. Une meilleure information rend possible et acceptable, pour les communautés et les

familles, d'examiner toutes sortes de problèmes liés à la santé en matière de reproduction et d'agir en conséquence : moyens de réduire la mortalité maternelle et infantile (nourrissons et jeunes enfants) et de prévenir les naissances non planifiées; d'encourager la discussion et une prise de décisions commune par les femmes et leurs partenaires; de libérer les femmes pour qu'elles participent plus largement à la société; et de réduire l'opprobre lié au VIH/sida, ainsi que d'en affronter la menace.

La poursuite des progrès dépend de la poursuite de l'investissement, tant interne qu'externe. Depuis 1969, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a été la principale source multilatérale d'aide en matière de population, fournissant aux programmes de population environ 6 milliards de dollars.

Santé en matière de reproduction, planification familiale et action sur les problèmes de population font avancer la réalisation des objectifs de développement pour le Millénaire

Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

- La planification familiale librement acceptée peut aider chacun à avoir autant ou aussi peu d'enfants qu'il le souhaite et à décider du moment de leur naissance.
- La réduction de la fécondité ouvre le « créneau démographique », occasion d'un développement économique et social accéléré.
- Les familles nombreuses dispersent les avoirs de ménages pauvres. Les naissances non désirées approfondissent leur pauvreté.
- Les familles peu nombreuses sont en mesure d'investir davantage dans la santé et l'éducation de chaque enfant.
- L'amélioration des données sur la population et ses besoins facilitera l'élaboration des politiques et le ciblage des programmes de développement – et rendra plus strict l'exercice des responsabilités.
- La migration entre les pays et à l'intérieur de chaque pays peut apporter des avantages et poser de redoutables problèmes dans les zones tant de départ que d'accueil. Des politiques bien conçues peuvent aider à maximiser les avantages pour les communautés et les individus pauvres.
- Un meilleur espacement des naissances a pour effet que les enfants se disputent moins les ressources alimentaires au sein de la famille et améliore leur nutrition.

Objectif 2 : Instaurer l'enseignement primaire pour tous

- Les tentatives faites pour instaurer l'enseignement pour tous ont laissé de côté les enfants pauvres.
- Dans les familles pauvres qui ont un grand nombre d'enfants, certains ne reçoivent aucune éducation. Pour d'autres, elle peut être retardée, interrompue ou raccourcie.
- Dans les familles pauvres, les filles courent un plus grand risque que les garçons d'être privées d'éducation.
- Pour que l'éducation ne soit pas interrompue, il faut éviter les grossesses non désirées. Le début précoce de l'activité sexuelle aggrave le risque d'abandon scolaire. Dans l'Afrique subsaharienne, de 8 à 25 % des abandons scolaires sont dus à une grossesse.
- Un mariage précoce met fin à la scolarisation des filles.

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité entre les sexes et affranchir les femmes

- Le progrès vers l'égalité entre les sexes commence avec les indicateurs d'alphabétisation et d'éducation. Il continue avec les soins de santé, y compris au niveau individuel, et avec le contrôle librement assumé de la fécondité. Il est important que les familles et les sociétés acceptent un élargissement de la participation des femmes à la société, et qu'elles en écartent les obstacles.
- Filles et femmes ont besoin d'un environnement qui les mette à l'abri de la violence sexiste, y compris sur le chemin de l'école, à l'école et au retour de l'école.

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile

- Les taux de mortalité des nourrissons et des jeunes enfants sont plus élevés quand les mères sont très jeunes et après des naissances rapprochées.
- Une haute fécondité limite le volume des soins de santé dispensés aux enfants.
- Les enfants non désirés sont plus exposés à mourir que les enfants désirés.
- Le décès de la mère aggrave le risque de décès de ses enfants.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

- Les soins durant la grossesse, pendant et après l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence sauvent la vie de femmes.
- Plus la grossesse se place de bonne heure dans la vie d'une femme, plus elle présente de dangers. Plus de 100 000 femmes courent chaque année le risque

d'une fistule obstétricale, et plus de 2 millions ont déjà enduré l'infirmité permanente et l'opprobre qui en sont la conséquence.

- Le risque de mortalité et de morbidité maternelles, tout au long de la vie d'une femme, dépend du nombre de ses grossesses et de leur sécurité relative.
- La planification familiale sauve la vie de femmes. Elle réduit le nombre de grossesses non désirées, d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et de décès maternels. En affranchissant les femmes, on leur permet de s'attaquer aux conditions qui mettent en danger leur santé et leur vie.

Objectif 6 : Lutter contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies

- La moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH frappent des jeunes. Pour prévenir l'infection, il faut mettre les jeunes en mesure de se protéger des maladies sexuellement transmissibles. Cela recouvre l'enseignement de l'abstinence hors du mariage, de la fidélité dans le mariage et d'un comportement responsable à tout moment, y compris l'utilisation responsable des préservatifs.
- Les préservatifs masculins et féminins doivent être disponibles chaque fois que nécessaire. Les pays pauvres ont besoin de systèmes qui garantissent une fourniture suffisante de produits de santé en matière de reproduction, et d'un appui pour mettre en place et approvisionner ce système.
- Des programmes intégrés de santé en matière de reproduction qui répondent à divers besoins tout au long du cycle de vie encourageront à utiliser les services de santé et fourniront de nouvelles occasions de répondre globalement aux besoins de santé. L'évolution des structures d'âge exigera des aménagements à long terme des systèmes de santé.
- La pandémie a de graves implications pour la réalisation des autres objectifs, notamment les objectifs 1 à 5.

Objectif 7 : Garantir la viabilité écologique

- La possibilité d'équilibrer l'utilisation des ressources et les impératifs écologiques dépendra essentiellement de la croissance démographique, de la répartition géographique de la population et de ses mouvements, des profils de consommation des ressources et de la gestion des déchets.
- La croissance rapide des populations rurales pauvres soumet l'environnement local à une énorme tension. Les pauvres ont besoin de technologies pour amoindrir leur ponction sur les ressources. Ils ont aussi besoin de meilleurs services éducatifs et sanitaires, notamment sur le plan de la santé en matière de reproduction, afin d'améliorer leur bien-être et de réduire leur fécondité. Des politiques appropriées limiteront l'exode vers les villes et promouvoir une croissance de la population rurale viable à long terme.
- L'amélioration durable des conditions de vie des habitants des taudis et des bidonvilles dépendra des mesures qui seront prises pour faire face aux taux élevés de croissance urbaine, qui résultent de l'accroissement naturel et de la migration vers les villes.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

- Les programmes de population et de santé en matière de reproduction sont restés en retard dans les pays les moins avancés, avec leurs niveaux élevés de mortalité et de fécondité non désirée. Ils bénéficieront principalement d'une aide internationale plus importante et de la remise de la dette, ainsi que des ressources dégagées dans les pays mêmes pour la santé et l'éducation – et de leur emploi efficace. Ces programmes ont besoin de médicaments essentiels à un prix abordable pour traiter le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, ainsi que d'un approvisionnement garanti en contraceptifs.
- Entre 2000 et 2015, près d'un milliard et demi de jeunes hommes et femmes entreront dans le groupe d'âge 20-24 ans. Avec des centaines de millions d'adolescents, ils chercheront du travail. S'ils ont des emplois, ils seront le moteur de la croissance économique; s'ils n'en ont pas, ils alimenteront l'instabilité politique.

la large définition positive de la santé, proposée par l’OMS, comme « n’étant pas simplement l’absence de maladie ou d’infirmité », mais « un état de complet bien-être physique, mental et social »,⁶ et a convenu que le droit de la personne à la santé comprend le droit à la santé en matière de reproduction. La Conférence a également fait siens les objectifs de l’éducation pour tous et de l’élimination de l’écart entre les sexes dans l’éducation. Le consensus international, avant et après la CIPD, reconnaît explicitement l’importance des tendances démographiques – croissance démographique, répartition géographique de la population et ses mouvements, structure d’âge, fécondité et mortalité – pour tous les aspects du développement.

Une attention accrue a été portée aux points où sont rassemblés de nombreux groupes de réfugiés ou de personnes déplacées. Les catastrophes naturelles, les conflits et les bouleversements sociaux ont placé des millions de personnes hors de l’atteinte d’institutions ou de systèmes de gouvernance en état de fonctionnement. Les situations d’urgence peuvent être à court ou à long terme. Fournir des services immédiats, déployer des efforts en faveur du développement durable et donner les moyens d’une réinstallation définitive, tout cela constitue une importante contribution à la lutte contre la pauvreté. Le progrès vers la réalisation des MDG ne doit pas exclure les individus qui se trouvent dans une situation aussi désespérée.

Les vues partagées de la communauté internationale sur la population ont été affirmées et répétées⁷ si souvent que leur impact démographique est souvent considéré comme allant de soi. Les décideurs font entrer en toute certitude dans leurs plans des hypothèses démographiques – par exemple, sur le recul de la fécondité. Mais les bons résultats en démographie dépendent de bonnes politiques, qui sont elles-mêmes fondées sur de bonnes données. Le succès suppose avant tout que les individus et les couples aient les moyens de faire des choix libres.

Autres questions clés

PAUVRETÉ ET SEXE Les femmes représentent une part disproportionnée des pauvres. La plupart des femmes pauvres font partie de ménages dirigés par un homme, mais certaines des femmes les plus pauvres de ménages dirigés par une femme. Les veuves en forment une proportion croissante.

En réduisant l’« écart entre les sexes » dans la santé et l’éducation, on réduit la pauvreté individuelle et on encourage la croissance économique. Les effets en sont les plus marqués dans les pays les plus pauvres. La croissance économique et la hausse des revenus réduisent l’inégalité entre les sexes, mais elles n’éliminent pas tous les obstacles à la participation sociale des femmes et à leur développement. Il faut prendre des mesures spécifiques pour reconnaître et écarter les préjugés d’origine sexuelle, sur la base des principes inscrits dans les droits de l’homme.

L’impact le plus évident du préjugé sexuel n’est autre que la violence sexuelle, à l’intérieur et en dehors du foyer. Une femme sur trois éprouvera cette violence à un moment quelconque de sa vie.⁸

Dans le domaine économique, le préjugé sexuel peut être difficile à discerner, mais ses résultats sont bien réels et pratiques. Par exemple, le préjugé sexuel peut s’opposer à des interventions telles que l’amélioration de l’approvisionnement en eau et en énergie, qui réduisent le temps que les femmes doivent passer à chercher l’eau et à rassembler du bois de feu. Les femmes utilisent le temps ainsi épargné à gagner un complément de revenu et à participer aux affaires de la communauté.

À mesure que les revenus s’élèvent, les familles pauvres dépendent davantage pour l’éducation, les soins de santé et la nutrition de leurs enfants. Les filles en tirent généralement plus de profit que les garçons. Les effets s’accumulent au long des générations, car des mères instruites investissent davantage dans la scolarisation de leurs filles.

Des programmes spéciaux d’information et de services peuvent avoir un impact accru parmi les femmes pauvres, parce que les femmes de condition plus aisée disposent déjà de plusieurs moyens de trouver information et services. Des études menées au Bangladesh ont permis d’établir que la participation à des programmes qui combinent la santé maternelle et infantile et la planification familiale avec l’allègement de la pauvreté conduisent à une réduction plus importante de la mortalité infantile, surtout chez les filles, dans les groupes les plus pauvres par comparaison avec les groupes les plus riches. La combinaison des deux programmes a amélioré leur efficacité.⁹

DIFFÉRENCES SEXOSPÉCIFIQUES DANS L’UTILISATION DES RESSOURCES Les femmes font des travaux rémunérés et non rémunérés de types très divers, au foyer et hors du foyer. Une grande partie de ce travail n’est pas compris dans les systèmes nationaux de comptabilité. L’invisibilité se traduit par l’incapacité : ce que les pays ne comptent pas, ils ne le soutiennent pas.

3

LES VEUVES ET LES PERSONNES ÂGÉES PAUVRES

À mesure que l’espérance de vie augmentera au cours des prochaines décennies, des centaines de millions de femmes deviendront veuves – ce qui a d’importantes implications pour la sécurité sociale, les soins de santé et le logement.

Dans les pays riches, les personnes âgées qui vivent seules figurent plus souvent que les autres groupes dans le dernier décile sur le plan du revenu, et la plupart des personnes âgées qui vivent seules sont des femmes. En Australie, au Chili et aux États-Unis, les femmes âgées réunissent plus souvent que les hommes âgés les conditions requises pour bénéficier de l’assistance sociale en fonction de leurs ressources.

Si l’on considère les économies d’échelle, les veuves seules, les veuves qui vivent avec des enfants célibataires et les veuves chefs de famille (qui toutes vivent en général dans des ménages relativement peu nombreux) sont plus souvent pauvres que les autres. Dans certains pays d’Afrique et d’Asie, les veuves sans fils adultes sont particulièrement vulnérables.

On se représente fréquemment les veuves comme des personnes âgées. Mais en bien des pays, de nombreuses veuves sont jeunes, parce que l’espérance de vie des hommes est moins longue et qu’il y a une grande différence d’âge entre les époux. Les guerres tuent souvent les hommes en pleine jeunesse. Le VIH/sida aggrave le risque que de nombreuses jeunes femmes deviennent veuves.

Les veuves représentent déjà une importante fraction des personnes âgées dans le monde. Vers 1995, en Asie et en Afrique, plus de la moitié de toutes les femmes âgées de 65 ans au moins étaient des veuves, alors que les veufs ne représentaient que 10 à 20 % des hommes du même groupe d’âge.

Selon les prévisions, le nombre de personnes âgées de 60 ans au moins fera plus que tripler au cours du prochain demi-siècle, passant de 593 millions à 1,97 milliard, ce qui fera passer la proportion des personnes âgées de 10 à 22 %.

Il n'est pas aisé de mesurer l'inégalité entre les sexes. Mais, quel que soit le critère retenu, les femmes de condition pauvre disposent de ressources très inférieures à celles de leurs homologues masculins et ont un contrôle bien moindre sur les ressources communes. Il ne sera possible de corriger ce déséquilibre que si, entre autres choses, femmes et hommes sont capables d'édifier des partenariats pour accroître leurs ressources communes. Un important aspect du partenariat consistera à prendre en commun des décisions informées sur les problèmes sexuels et la procréation, sur les responsabilités familiales et l'éducation des enfants, surtout des filles.

Les femmes pauvres vivent avec le poids de leur pauvreté, mais elles ne sont pas passives. Elles doivent travailler dur pour seulement survivre. Leurs capacités sont limitées par l'analphabétisme, la mauvaise santé et la malnutrition. Avec l'énergie qui leur reste, si peu que ce soit, elles saisissent toute occasion offerte d'échapper à la pauvreté.

Les obstacles à leur lutte sont externes et souvent institutionnalisés. Les pratiques traditionnelles ne font pas de place à la mobilité sociale. Les rôles sexospécifiques sont prescrits et rigides. Ceux qui sentent leurs intérêts menacés par le changement, par exemple les individus ou les groupes qui détiennent le pouvoir dans la société traditionnelle, s'opposent souvent aux initiatives tendant à affranchir les femmes pauvres.

Le changement peut ouvrir des perspectives aux femmes. Les nouvelles possibilités d'emploi créées par le développement, par exemple dans le textile ou l'assemblage du matériel électronique, vont souvent aux femmes plutôt qu'aux hommes. Ceci peut consolider leur position au sein de la famille et leur capacité de participer à la prise de décisions familiale, mais les hommes qui se sentent menacés par la nouvelle capacité de leur partenaire peuvent réagir avec violence.

Le cadre urbain est plus souple et offre davantage d'occasions, mais il impose aux femmes pauvres ses propres coûts et obstacles. L'élimination des barrières traditionnelles ouvre des perspectives, mais elle comporte aussi le risque d'une exploitation économique et sexuelle. La famille étendue traditionnelle protège les femmes dans une certaine mesure, mais elle les soumet aussi à des inhibitions. Dans le cadre urbain, aussi bien les protections que les inhibitions peuvent disparaître.

En réduisant l'inégalité entre les sexes, on peut accélérer la croissance économique et agir avec force sur la pauvreté. Si l'on compare l'Asie de l'Est et l'Asie du Sud entre 1960 et 1992, l'Asie du Sud a commencé avec des écarts plus grands sur le plan de la santé et de l'éducation et les a resserrés plus lentement. Si les écarts entre les sexes s'étaient fermés au même rythme dans les deux sous-régions, l'Asie du Sud aurait vu son PIB augmenter en termes réels de 0,7 à 1,0 % par habitant.¹⁰

Les problèmes sexospécifiques sont examinés au chapitre 4.

FAIRE FACE AU CHANGEMENT - SANTÉ ET ÉDUCATION

Arrangements sociaux et pratiques sociales reflètent les réalités économiques. Dans une large mesure, les tensions sociales et le malaise qui règnent actuellement dans les pays en développement sont l'écho de leur lutte pour s'adapter au changement économique. Dans cette lutte, la liberté d'action des pauvres est souvent limitée par la tradition, car ils n'ont pas le pouvoir de faire d'autres choix.

Bien que toutes les sociétés attribuent un prix élevé à la santé et à l'éducation comme biens privés, elles sont en général moins hautement appréciées comme biens publics. Mais cela pourrait changer : si la santé et l'éducation, ainsi que d'autres moyens de permettre aux pauvres d'échapper à la pauvreté, sont vues sous

l'angle de la sécurité nationale, elles pourraient recevoir un rang de priorité plus élevé en tant que biens publics.

Offrir à une population nombreuse, à un coût accessible à tous, une éducation et des soins de santé de haute qualité dont nul ne soit exclu représente pour toutes les sociétés une tâche redoutable. Les pays qui ont une assiette fiscale réduite, qui souffrent d'un manque de compétences et où l'administration est surchargée se heurtent à maints obstacles sur la voie du progrès. Le succès relatif de nombreux pays en développement, s'agissant d'allonger l'espérance de vie et de réduire l'alphabétisation, est un indice de leur détermination.

PAUVRETÉ ET SANTÉ La pauvreté tue. Dans les pays les moins avancés, l'espérance de vie à la naissance est inférieure à 50 ans, contre 77 ans dans les pays riches. Les pauvres sont plus exposés aux infections et aux risques de santé liés à l'environnement : telle est la conséquence d'occuper des logements impropres à l'habitation et surpeuplés, sans hygiène ni eau salubre, souvent dans des zones malsaines, que ce soit à la ville ou à la campagne. Pour les très pauvres, la faim est une réalité quotidienne. La malnutrition prédispose à la mauvaise santé et contribue à un taux élevé de mortalité maternelle chez les très pauvres. Les grossesses non désirées contribuent aussi à ruiner la santé des femmes. Les infections et les lésions liées à la grossesse et à l'accouchement font baisser leur productivité et leur qualité de vie.

Les pauvres voient dans la mauvaise santé un aspect de leur pauvreté. La mauvaise santé approfondit la pauvreté. La maladie est la cause la plus fréquemment citée par les nouveaux pauvres pour expliquer leur chute dans la pauvreté.¹¹ Les pauvres ont un moindre accès aux services de santé que les plus aisés et cherchent moins souvent des soins quand ils en ont besoin. Les pauvres n'utilisent souvent pas les services existants en raison de leur qualité médiocre. Même dans les systèmes de santé financés par le secteur public, une part plus importante des ressources va aux plus aisés.

La mauvaise santé retarde la croissance économique. Le volume de la production perdue à cause de la mauvaise santé pourrait s'élever à environ 360 millions de dollars par an dans les pays en développement d'ici deux décennies.¹²

LES FEMMES ET LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Pour les femmes d'âge procréateur en particulier, la mauvaise santé et ses effets sont liés à l'activité sexuelle et à la procréation, cela dans une proportion supérieure à 20 % dans l'ensemble des pays en développement et à 40 % dans l'Afrique subsaharienne.¹³

Les soucis liés à la santé en matière de reproduction sont un aspect de l'expérience qu'ont les femmes pauvres de la pauvreté. Les jeunes femmes, surtout, sont peu informées de la planification familiale et ne se rendent pas compte que c'est un choix qui leur est ouvert. Toutes les pressions s'exercent en sens opposé. Les pauvres regardent comme très souhaitable de se marier et d'avoir des enfants de bonne heure, parce que les enfants et la famille apparaissent comme des éléments du bien-être. L'idée qu'une famille moins nombreuse, plus saine, mieux éduquée contribue aussi au bien-être – et que ce sont là des choix à faire – vient plus tard dans la vie, trop tard pour de nombreuses femmes.

L'activité sexuelle et la procréation sont des sujets délicats dans toute société et il est particulièrement difficile d'ouvrir un débat sur la contraception pour les jeunes, plus encore pour les célibataires, envisagée comme choix au même titre que l'abstinence. Cependant, il est essentiel d'ouvrir ce débat : les grossesses d'adolescente non désirées constituent un problème croissant dans de

Le projet *Voices of the Poor* (Les voix des pauvres), soutenu par la Banque mondiale, illustre avec éloquence comment les pauvres établissent un lien entre la pauvreté et, d'autre part, une haute fécondité et l'inégalité entre les sexes.

Du **Ghana** : « Dans toutes les communautés visitées, les pauvres des deux sexes voient dans le manque d'argent, le manque de travail et le trop grand nombre d'enfants les causes majeures de la pauvreté. Les autres causes mentionnées dans la plupart des communautés sont le faible rendement des récoltes et l'infertilité du sol, ainsi que les maladies et la mauvaise santé. ... (Énumérant) les impacts de la pauvreté, chacune des communautés visitées cite la mauvaise santé ou un décès prématuré ... Dans cinq communautés, la prostitution est considérée comme un impact ... Les

pauvres parlent souvent de leur nombreuse famille et de la charge additionnelle qui pèse ainsi sur leurs maigres ressources et leurs relations sociales. Dans presque chaque description des causes de la pauvreté, femmes et hommes ont inclus "les naissances non planifiées", "le manque de planification familiale" ou "le trop grand nombre d'enfants". »

Du **Malawi** : « Ceux qui ont participé à l'étude dans deux centres urbains ... disent que certains foyers se tirent mieux d'affaire parce que la planification familiale est maintenant plus accessible. Selon une femme pauvre de Chemusa : "Dans le passé, on n'utilisait aucune méthode de planification familiale et c'est pourquoi les familles avaient plus d'enfants ... de sorte qu'il était difficile à la plupart des ménages d'établir un budget véritable". »

De la **Jamaïque** : « Une femme ... parle

pour beaucoup d'autres quand elle explique qu'une femme doit disposer de ses propres ressources économiques afin de ne pas "se sentir impuissante". ... De nombreuses femmes ... reconnaissent leur vif désir d'accéder à l'indépendance financière et se déclarent satisfaites de la plus grande liberté qu'apporte un revenu ... Une autre femme donne le conseil suivant : "Ayez votre propre abri, vos propres ressources, pour ne pas avoir à subir en permanence un partenaire violent." ... Une femme de Cassava Piece observe : "Davantage de femmes travaillent maintenant, si bien qu'elles n'ont plus à supporter l'idiotie des hommes". Dans certaines communautés urbaines, les femmes font mention de la liberté accrue de choisir des méthodes de planification familiale. »

nombreux pays en développement, et la moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH frappent des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Un mariage précoce ne protège pas la santé des jeunes femmes : une grossesse avant l'âge de 18 ans présente beaucoup plus de risques qu'après 20 ans. En cas de grossesse, les adolescentes mères sont plus vulnérables à des lésions comme la fistule obstétricale, qui peut assombrir le reste de leur vie si elle n'est pas traitée. Les partenaires masculins de jeunes femmes sont généralement plus âgés et plus expérimentés sur le plan sexuel, et plus souvent qu'elles séropositifs. Les adolescentes, mariées ou non, sont plus exposées à devenir séropositives que les jeunes hommes de leur âge.

L'ÉCART ENTRE RICHES ET PAUVRES SUR LE PLAN DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION De toutes les différences entre riches et pauvres, aucune n'est plus marquée que dans l'état de santé. L'écart est généralement plus large dans les pays pauvres que dans les pays riches, mais cela n'a pas de raison d'être. Les pays qui construisent leur système de santé de manière à promouvoir l'égalité enregistrent une différence moins accusée, quel que soit le niveau de revenu national.

L'une des différences est que les plus aisés connaissent les systèmes de santé et peuvent les utiliser, en particulier les services de santé maternelle et infantile et les services de santé en matière de reproduction. Une étude menée dans 44 pays en développement a montré que la fécondité est la plus élevée parmi les plus pauvres et qu'elle baisse progressivement à mesure qu'on passe aux groupes de population plus riches¹⁴. Les plus aisés ont moins d'enfants que les pauvres et ils n'ont que les enfants qu'ils désirent. Les femmes pauvres veulent avoir davantage d'enfants, mais elles ont aussi plus d'enfants qu'elles n'en désirent.

Une grossesse non désirée peut coûter à une femme sa vie : les femmes des pays les plus pauvres, et les femmes les plus pauvres de ces pays, affrontent un risque de décès consécutif à la grossesse jusqu'à 600 fois plus élevé que les femmes de condition plus aisée. Plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement, presque toutes dans les pays

en développement. Un nombre plusieurs fois supérieur s'exposent à une maladie ou une lésion.

Les femmes pauvres des pays pauvres ont un besoin désespéré de soins prénatals et de services d'accouchement sans danger, y compris les soins obstétricaux d'urgence. Elles ont aussi besoin d'information et de services en matière de planification familiale afin de réduire le nombre des grossesses non désirées et d'éviter le recours à l'avortement, qui est souvent illégal et pratiqué dans des conditions dangereuses.

Pour les jeunes, le mariage précoce, la pression sociale et la répugnance des pouvoirs publics à engager des dépenses pour protéger leur santé en matière de reproduction aggravent le danger d'être à la fois jeune et pauvre. En Amérique latine, par exemple, les jeunes de 15 à 19 ans issus des familles les plus pauvres ont quatre à dix fois plus de chance d'avoir un enfant que les jeunes issus des familles les plus riches.

LA RÉFORME DU SECTEUR SANITAIRE DOIT VISER À AMÉLIORER LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION La réforme du secteur sanitaire a pour but d'élargir la couverture et d'améliorer la qualité des services, mais la santé ne dépend pas exclusivement du secteur sanitaire. Cette réforme ne sera réellement efficace que si une réforme intervient aussi sur d'autres plans, notamment dans l'éducation, les relations entre les sexes et la qualité générale de la gouvernance, ce qui implique l'affectation de nouvelles ressources et une meilleure utilisation des ressources existantes.

La réforme des soins de santé ne va souvent pas sans une décentralisation, de telle manière que les services locaux puissent répondre aux besoins locaux. Une réforme efficace suppose un financement assuré – il faut fournir plus de ressources et mieux utiliser les fonds disponibles – et un soutien du centre aux services que le niveau local ne peut fournir.

Les systèmes de santé mettent l'accent sur le traitement et les soins curatifs, de sorte que des mesures spécifiques doivent être prises pour protéger les services préventifs tels que la santé en matière de reproduction. Des partenariats avec les ONG et le secteur privé peuvent s'avérer productifs.

Les systèmes décentralisés peuvent porter plus d'attention aux injustices commises dans la prestation des services de santé. Une redevance modeste pour le service rendu peut servir à améliorer la qualité des soins, mais les plus pauvres sont incapables de verser une redevance quel qu'en soit le montant. L'institution de redevances a eu pour effet que des millions de pauvres, en particulier les femmes et les enfants, renoncent aux soins qui leur sont nécessaires.

Les problèmes de santé sont examinés au chapitre 5.

LE VIH/SIDA La pauvreté, l'inégalité et la mondialisation se combinent pour aggraver l'impact de la pandémie. Elle est la cause majeure de décès en Afrique, où 28 millions de personnes sont atteintes du VIH/sida; sauf 1,5 million, le reste des 40 millions de personnes actuellement infectées vivent dans les pays en développement. La pandémie se répand le plus rapidement en Europe orientale et en Asie centrale et devient chaque jour une menace plus sérieuse en Inde et en Chine.

En 2001, trois millions de personnes sont mortes du sida, sur les 22 millions que la maladie a tuées. Les décès consécutifs au sida ont laissé 13,4 millions d'enfants privés d'un parent ou des deux; ils représentent un tiers du nombre total d'orphelins. Pour les pauvres, il s'agit donc de s'en remettre de plus en plus à la génération des grands-parents, mais les personnes âgées sont souvent incapables d'assumer cette tâche. Un nombre croissant d'enfants pauvres sont dépourvus de toute espèce de soutien familial.

LA PAUVRETÉ, AGENT DE DIFFUSION DU VIH/SIDA Le paludisme, la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles qui prédisposent à l'infection par le VIH sont plus répandus parmi les pauvres.¹¹ Les pauvres sont moins bien informés du VIH/sida et moins en mesure de se protéger. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables, et particulièrement peu informées : dans un pays africain, près de neuf adolescentes sexuellement actives sur dix ignorent tout du VIH/sida. L'impact du sida appauvrit encore davantage les familles touchées.

Le VIH/sida est une catastrophe démographique, sociale et économique. Comme il tue principalement de jeunes adultes, les pays les plus gravement touchés voient disparaître progressivement une génération entière dans le groupe d'âge productif, avec toutes les conséquences inévitables : tragédies individuelles, familles plongées encore plus profondément dans la pauvreté, communautés menacées, tissu social affaibli et, aujourd'hui, crise économique à l'horizon.

Dans les pays les plus gravement touchés, les fonctionnaires et les employés du secteur privé tombent malades en nombre croissant. En 2020, leurs économies pourraient être de 20 à 40 % plus faibles que prévu du fait de la pandémie. Le dommage causé aux services publics, comme l'éducation et la santé, rendra les pauvres encore plus pauvres. Les services de santé sont désormais hors de portée de beaucoup d'entre les plus pauvres en raison des redevances et autres charges qui leur sont imposées. L'éducation peut offrir un « vaccin social », mais les systèmes éducatif et sanitaire s'effondrent l'un et l'autre quand enseignants et agents sanitaires disparaissent.

La pandémie ne montre aucun signe de ralentissement. Tout au contraire, elle menace d'engloutir les pays les plus peuplés du monde, l'Inde, la Chine et l'Indonésie. Une équipe dirigeante efficace a maîtrisé l'infection dans des pays comme l'Ouganda, le Sénégal et la Thaïlande, mais de nombreux dirigeants, à tout niveau, n'ont pas encore affronté la pandémie. Malgré de nom-

breuses déclarations d'appui, les membres de la communauté internationale n'ont pas encore fourni les ressources dont les pays pauvres ont besoin.

La maladie se répand essentiellement par des contacts sexuels non protégés, surtout entre hommes et femmes. Environ un tiers des mères infectées communiquent la maladie à leurs enfants in utero. Les femmes sont plus vulnérables à l'infection pour des raisons physiologiques et sociales et les travailleurs de l'industrie du sexe courent un risque d'infection beaucoup plus grand que le reste de la population, mais le comportement sexuel des hommes est responsable dans une large mesure de la diffusion de la maladie.

La moitié de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH frappent des jeunes âgés de 15 à 24 ans et les jeunes femmes courent un plus grand risque d'être infectées que les jeunes hommes du même âge, ce qui traduit leur vulnérabilité sociale. Les jeunes ignorent tout de la maladie et de ses effets et ne savent pas comment se protéger contre elle. De nombreuses sociétés continuent de croire qu'il ne convient pas de communiquer cette information aux jeunes, malgré les preuves abondantes que l'exercice de la responsabilité sexuelle, y compris l'abstinence, dépend au moins en partie d'une information exacte et communiquée à temps, et que les jeunes utiliseront l'information et les services sexuels de manière responsable.¹⁵

Pour arrêter la pandémie, il faut arrêter la diffusion de l'infection. La prévention exige une information et des services adéquats, et il ne faut pas négliger de mettre l'accent sur l'abstinence hors du mariage et sur la fidélité dans le mariage. Un traitement peut aider, mais si modeste qu'en soit le prix, il est trop coûteux pour les plus pauvres. Il faut fournir en nombre suffisant des préservatifs masculins et féminins et donner à chacun des raisons de les utiliser. Actuellement, une personne sur cinq seulement a accès à l'information et aux services permettant de se protéger contre l'infection.

Se borner à appeler à un « changement de comportement » ne donnera pas aux individus des raisons de se protéger et ne leur permettra pas de le faire. Le VIH/sida accompagne la pauvreté, est répandu par la pauvreté et, à son tour, engendre la pauvreté. L'infection se répand rapidement parmi ceux qui n'ont ni confiance dans le présent ni espoir pour l'avenir.¹⁶

Les stratégies efficaces pour faire reculer l'épidémie doivent aller au-delà des médicaments et des soins de santé et atteindre au cœur des communautés. Elles exigent une consultation étroite avec ceux qu'elles cherchent à secourir¹⁷. Des dirigeants solides et déterminés, qui donnent l'exemple et ne se limitent pas à exhorter, sont absolument indispensables pour mener cette lutte.

Le Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme fera beaucoup pour combattre la pandémie, à condition que la communauté internationale fournisse les fonds nécessaires.

Le chapitre 6 est consacré à examiner la question du VIH/sida.

ÉDUCATION ET PAUVRETÉ L'accès à l'éducation de base considérée comme un droit de la personne s'est amélioré, mais il reste beaucoup plus à faire. Les pauvres en ont bénéficié moins que les plus aisés. Le mouvement général vers l'éducation primaire pour tous a laissé de côté les enfants pauvres. Les différences entre zones rurales et zones urbaines demeurent importantes en de nombreux pays.¹⁸

Le contenu et la qualité, aussi bien que le niveau de l'éducation, retentissent sur les chances de développement de l'enfant. Les mères instruites encouragent et soutiennent l'éducation de leurs enfants¹⁹. Elles savent la valeur de l'éducation, et elles sont aussi capables de la dispenser. Les pauvres ne peuvent se permettre le recours à l'enseignement privé pour suppléer les insuffisances de l'école publique.

Le nombre de frères et sœurs peut déterminer en partie la chance qu'a un enfant de recevoir une éducation : les familles pauvres doivent souvent choisir auxquels de leurs enfants donner une éducation. Dans les familles étendues, d'autres que les parents prennent parfois à leur charge une partie des coûts, mais le choix tombe plus souvent sur les garçons, tandis que les filles ont une éducation limitée ou inexistante. Les parents peuvent aussi s'inquiéter de la sécurité de leurs filles à l'école, ou sur le chemin entre le domicile et l'école. Pour les plus âgées, la grossesse est un risque permanent. Même sans ces pressions externes, le besoin qu'ont les mères d'être aidées dans leurs nombreuses tâches passe souvent avant la scolarisation des filles. L'écart entre les sexes dans l'enseignement primaire s'est réduit dans de nombreux pays au cours des dernières décennies, mais la seule raison en est parfois que le progrès de la scolarisation des garçons s'est ralenti.

De nombreux enfants n'ont pas la chance d'avoir leurs deux parents. Les plus fortunés vivent dans une famille monoparentale ou sont pris en charge par d'autres membres de la famille, mais un grand nombre d'enfants, en augmentation constante, sont abandonnés, privés de leurs parents (de plus en plus souvent par le VIH/sida), ou vendus comme esclaves sexuels. Bien souvent, leurs vies sont courtes, pénibles et malheureuses.

L'éducation des enfants des pauvres, surtout de ceux qui vivent hors du cadre familial, appelle des efforts spéciaux. La société civile aide à atteindre les jeunes à l'extérieur du système scolaire, mais les efforts sont fragmentaires dans la plupart des pays en développement. Cette tâche exige un investissement massif dans l'éducation, de type traditionnel ou non, à l'intérieur et en dehors de l'école.

SANTÉ ET ÉDUCATION Les mères instruites ont des enfants en meilleure santé. Elles sont mieux informées des règles de la bonne nutrition et les membres de familles peu nombreuses se disputent moins les vivres. Il faut imputer à la combinaison de ces deux facteurs 43 % du recul de la malnutrition infantile entre 1970 et 1995.

Les femmes instruites ont moins d'enfants, elles ont notam-

ment moins d'enfants non désirés ou dont la naissance se place à un moment inopportun, mais d'autres influences aident à produire ce résultat. Les femmes instruites viennent généralement de familles instruites et elles sont mieux informées des soins de santé et de la planification familiale, dont elles font usage. L'éducation peut stimuler le désir de recevoir de meilleurs soins de santé et d'avoir moins d'enfants, mais l'éducation ne peut tenir lieu de dispensaire ni de contraceptif. Les femmes ont besoin de services pour donner effet à leurs vœux et répondre à leurs besoins.

Avec moins d'enfants, les familles peuvent investir davantage dans l'éducation de chaque enfant²⁰. Les enfants non désirés recevront une éducation moins longue si les parents doivent en acquitter le prix, comme ils le doivent de plus en plus.²¹

Le chapitre 7 est consacré à l'éducation.

Comment atteindre les objectifs en matière d'élimination de la pauvreté

Que faut-il faire pour diminuer de moitié le nombre des pauvres d'ici 2015? Pour les pays, une croissance économique d'ensemble ne suffit pas : il faut orienter les activités de développement au profit des pauvres. La communauté internationale doit tenir compte du contexte de la pauvreté, allant au-delà des forces du marché pour créer un environnement international qui encourage le développement.

LE CADRE Les conférences internationales des années 90, le Sommet du Millénaire de 2000 et la Conférence internationale sur le financement du développement de 2002 se sont accordés sur une série d'objectifs visant à réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015. Beaucoup des objectifs de développement pour le Millénaire, notamment les objectifs d'ordre sanitaire, sont tributaires des objectifs convenus en matière de population, notamment la mise à la portée de tous de la planification familiale et des autres services de santé en matière de reproduction, tributaires aussi de l'affranchissement des femmes et de la réalisation de l'équité et de l'égalité entre les sexes.

La Commission OMS/Banque mondiale sur la macroéconomie et la santé a reconnu que la réalisation des objectifs sanitaires du Sommet du Millénaire et l'agenda entier du développement sont en corrélation étroite avec les problèmes de population et la santé en matière de reproduction. Améliorer la santé publique, ce n'est pas seulement déceler et soigner les maladies. Les activités de prévention, notamment concernant la santé en matière de reproduction, doivent recevoir un rang de priorité élevé.

Les MDG comprennent la réduction de la mortalité des mères, des nourrissons et des jeunes enfants. L'amélioration des services de santé en matière de reproduction aidera à atteindre ces objectifs grâce à la fourniture directe des services et aux avantages indirects d'un meilleur espacement des naissances²². Les services de santé en matière de reproduction offrent aussi une éducation, des conseils et distribuent des préservatifs, ce qui aide à lutter contre le VIH/sida. Ces services peuvent bénéficier directement aux pauvres.

Les tendances démographiques se répercuteront sur les perspectives d'un allègement continu de la pauvreté, au-delà de l'horizon des 15 prochaines années auquel se limitent les MDG. La baisse de la fécondité et le ralentissement de la croissance démographique accroîtront momentanément les effectifs de la population active par rapport aux autres groupes, ouvrant ainsi un créneau démographique qui ne se représentera plus, et qui offre une chance

d'investissement dans la croissance économique; mais dans les pays les plus pauvres l'élan démographique et les niveaux élevés de fécondité non désirée retardent cette chance. La pandémie du VIH/sida pourrait fermer le créneau démographique avant qu'il ne s'ouvre, parce que la disparition de jeunes adultes atrophie la croissance de la population active. La maladie ruine le présent en même temps qu'elle vole l'avenir.

LES RECOMMANDATIONS Les conditions essentielles auxquelles satisfaire sont les suivantes : cibler l'aide directement en direction des pauvres, réduire leurs coûts et leur donner une voix dans la définition des politiques et programmes qui les touchent.

Les gouvernements, les communautés, le secteur privé et la communauté internationale doivent coopérer plus étroitement afin d'utiliser le mieux possible des ressources internes et externes limitées et d'exploiter un avantage comparatif. Le resserrement de la coordination entre les différentes parties du système des Nations Unies constituera un aspect important du processus.

Les donateurs doivent encourager le partenariat entre gouvernements et ONG, en se souciant particulièrement d'intégrer les vues des pauvres dans la conception, l'exécution et le suivi des programmes. Cette approche participative permet une rétroaction sur les priorités et le processus.

La santé en matière de reproduction – soins prénatals et post-natals, accouchement sans danger, planification familiale, et prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/sida – est plus efficace lorsqu'elle s'inscrit dans un ensemble intégré. Dans de nombreux pays pauvres, la réforme du secteur sanitaire comprend des ensembles intégrés de services de santé, mais il faut prendre un soin spécial, durant la transition, de protéger les services destinés aux pauvres et de veiller à ce qu'ils puissent faire entendre leur voix. C'est particulièrement important pour les femmes, qui ont le plus à attendre de services efficaces de santé en matière de reproduction. Les programmes doivent répondre aux besoins spéciaux des groupes particulièrement vulnérables, comme les jeunes, les migrants et les réfugiés.

Les programmes intégrés permettent de mieux répondre aux divers besoins des pauvres. On sait déjà par expérience qu'il est efficace de conférer aux femmes une liberté d'action en leur accordant des petits prêts sous forme d'arrangements de microcrédit, surtout quand d'autres services (par exemple, alphabétisation et santé en matière de reproduction) sont compris dans l'ensemble des mesures mises en oeuvre.

Dans tous les programmes de population, l'amélioration des systèmes de données se traduit par celle de l'information, de la prise de conscience, de l'efficacité et de la rétroaction. Les pays ont besoin de meilleures données concernant les avantages et les coûts des programmes, l'origine des ressources qui leur sont attribuées, et le moyen de les utiliser avec le maximum d'efficacité. Ils ont besoin de données sur la situation et les tendances démographiques afin d'améliorer l'élaboration des politiques de développement.

L'éducation pour tous est un objectif sur lequel existe un accord universel. Mais le but ne pourra être atteint à moins que les enfants pauvres, surtout les filles, soient scolarisés et ne quittent pas l'école. Cette politique doit inclure des efforts particuliers pour éviter le mariage précoce, les grossesses non désirées et l'infection par le VIH.

Les investissements dans l'éducation sont extrêmement rentables. L'éducation féminine, sans parler du fait qu'elle affranchit la femme elle-même et qu'elle élargit l'éventail de ses choix, est

particulièrement rentable parce que les avantages en sont transmis à ses enfants. Cependant, l'investissement peut être gaspillé si les femmes n'ont pas de choix quant au nombre de leurs enfants, au moment et à l'espacement de leur naissance et si la rigidité des rôles sexospécifiques limite leur participation économique et sociale.

LES RESSOURCES La Conférence internationale sur la population et le développement s'est mise d'accord sur le coût d'un ensemble de services de santé en matière de reproduction et autres besoins : 17,0 milliards de dollars par an en 2000, puis 18,5 milliards de dollars en 2005, 20,5 milliards de dollars en 2010 et 21,7 milliards de dollars en 2015. La communauté internationale fournirait un tiers de ce montant.

Des ressources complémentaires seraient nécessaires pour la mise en place de l'infrastructure sanitaire de base, les soins tertiaires, les soins obstétricaux d'urgence, les interventions spécialisées de prévention du VIH/sida, enfin le traitement et les soins à dispenser aux personnes atteintes du VIH/sida.

D'autres ressources encore seraient nécessaires pour atteindre les objectifs de développement liés aux problèmes de population formulés dans le Programme d'action. Ce sont notamment les suivants :

- éducation de base pour tous;
- affranchissement des femmes;
- préoccupations d'ordre écologique;
- création d'emplois;
- élimination de la pauvreté.

Les pays donateurs contribuent actuellement moins d'un quart des dépenses courantes affectées à l'objectif de l'accès universel à la santé en matière de reproduction d'ici 2015. Les pays en développement ont contribué un montant total de 8,3 milliards de dollars, soit 76 % du total et environ 73 % du montant qu'ils s'étaient engagés à verser. Quelques grands pays représentent l'essentiel de cette contribution.

LES COÛTS ET AVANTAGES Il est impossible d'évaluer seulement en argent le coût que représente le refus des soins de santé, de l'éducation et de leur affranchissement aux plus pauvres du monde. Rien que dans les pays industrialisés, la violence sexuelle exercée contre les femmes de 15 à 44 ans réduirait d'un cinquième le nombre de leurs années de vie en bonne santé. Le coût économique calculé dans l'abstrait, ou les avantages ainsi sacrifiés, doivent être multipliés par l'impact sur les enfants, les familles et les communautés, cela à travers plusieurs générations.

Des décennies de recherche économique et sociale montrent que les programmes de santé en matière de reproduction, dont la planification familiale, sont au nombre des programmes de santé et de développement social les plus rentables. L'éducation offre des bénéfices incontestables, surtout pour les femmes. Les initiatives qui tendent à affranchir les femmes et à instaurer l'égalité entre les sexes ont enrichi la vie et accru la contribution d'innombrables femmes à la société.

L'accès universel aux soins de santé en matière de reproduction, l'éducation pour tous et l'affranchissement des femmes constituent en eux-mêmes des objectifs de développement : mais ce sont aussi les conditions à remplir pour mettre fin à la pauvreté, abolir l'écart entre riches et pauvres dans le monde, et créer une société planétaire qui soit à la fois stable et juste.

Le chapitre 8 est consacré aux recommandations et à la question des ressources.



2 comment caractériser la pauvreté

IL Y A PLUSIEURS SORTES DE PAUVRETÉ Le revenu est le moyen habituel de mesurer la pauvreté, mais la pauvreté a de nombreuses dimensions. Les pauvres sont privés de services, de ressources et de perspectives autant que d'argent. Leurs ressources limitées sont déployées de manière inefficace. L'énergie, l'eau, les vivres, tout leur coûte davantage par unité de consommation : paradoxalement, la pauvreté coûte cher aux pauvres.

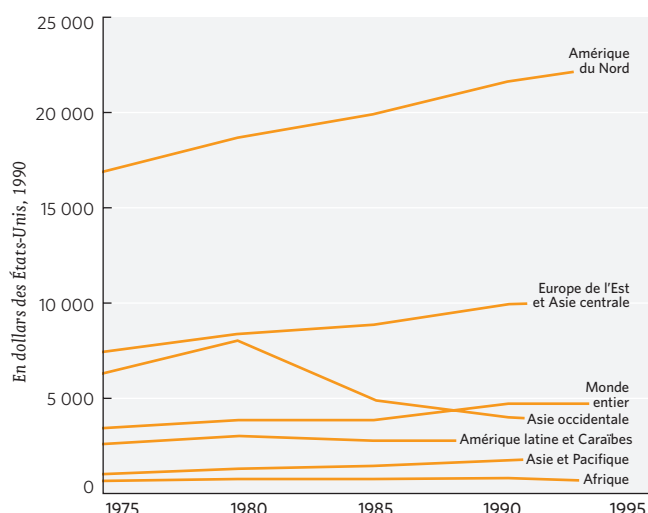
La santé, l'éducation, les relations entre les sexes et le degré d'inclusion sociale sont autant de facteurs qui promeuvent ou réduisent le bien-être de chaque individu et aident à déterminer la prévalence de la pauvreté. Pour échapper à la pauvreté, il faut améliorer les capacités individuelles et élargir l'accès à un large éventail de ressources, d'institutions et de mécanismes d'appui.

La croissance économique ne mettra pas par elle-même fin à la pauvreté. Les hypothèses que la richesse va « ruisseler goutte à goutte » jusqu'aux pauvres, ou que « la marée montante soulève tous les bateaux » sont sans doute plaisantes à croire, mais elles ne correspondent pas toujours à l'expérience, surtout dans les pays les plus pauvres et parmi les groupes les plus pauvres. Pour mettre fin à l'extrême pauvreté, il faut s'y appliquer avec détermination et prendre des mesures spécifiques.

LA PAUVRETÉ MONÉTAIRE L'économie mondiale n'a cessé de grandir au cours des trois dernières décennies, mais des améliorations considérables peuvent dissimuler d'importantes différences de région à région, de pays à pays ou à l'intérieur d'un même pays. Par exemple, la réduction estimative de la pauvreté au niveau mondial résulte en grande partie de la croissance économique de la Chine. La pauvreté monétaire persiste et, en bien des endroits, s'aggrave.

Sur la base des dépenses, la proportion de la population des pays en développement disposant de moins d'un dollar par jour est tombée de 28,3 % en 1987 à 23,4 % en 1998. Ces pourcentages reflètent la croissance démographique, mais les chiffres absolus sont demeurés relativement stables (1,2 milliard environ).

Diagramme 1 : Revenu par habitant, par région, 1975-1995
(En dollars des États-Unis, 1990)



Source : Données réunies par l'Institut national de la santé publique et de l'environnement (RIVM), (Pays-Bas), provenant de la Banque mondiale et de l'ONU.

Tableau 1 : Nombre de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour
(sur la base de la parité du pouvoir d'achat en 1993)

	1987		1998	
	%	millions	%	millions
Asie de l'Est	26,6	417,5	14,7	267,1
Europe orientale/Asie centrale	0,2	1,1	3,7	17,6
Amérique latine/Caraïbes	15,3	63,7	12,1	60,7
Moyen-Orient/Afr. du Nord	4,3	9,3	2,1	6,0
Asie du Sud	44,9	474,4	40,0	521,8
Afrique subsaharienne	46,6	217,2	48,1	301,6

Source : Banque mondiale

La réduction de la pauvreté a été inégale selon les régions (tableau 1). Les réductions les plus spectaculaires se sont situées dans l'Asie de l'Est, surtout en Chine. L'aggravation la plus spectaculaire s'est située en Europe de l'Est et en Asie centrale. Le nombre net des pauvres a augmenté en Asie du Sud et en Afrique. Une modeste réduction de la pauvreté a été enregistrée dans le Moyen-Orient et en Amérique latine.

Le concept de pauvreté monétaire a récemment été élargi et englobe désormais la vulnérabilité économique, expression qui définit la situation des ménages ou des individus relégués dans un état de pauvreté chronique par des périodes momentanées de chômage, la mauvaise santé ou d'autres malheurs.

L'INÉGALITÉ DE REVENU Sans prendre ici en considération les manquements aux droits de l'homme, à la justice et à l'équité, l'inégalité entre les nations et à l'intérieur d'une seule nation contribue à fomentier des troubles politiques et détermine des courants de migration à la recherche de conditions plus favorables.¹ Elle retentit aussi sur le niveau général de la santé publique. L'espérance de vie est plus basse dans les sociétés où l'inégalité est plus marquée. Aussi bien le volume des ressources disponibles que l'équité de leur répartition contribuent à la santé du corps social.

Selon la plupart des critères retenus, l'écart entre riches et pauvres, au niveau mondial comme à l'intérieur des pays, a augmenté.² Le ratio du revenu par habitant entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre dans le monde était de 30 à 1 en 1960; il a fait un bond jusqu'à 78 à 1 en 1994 pour retomber légèrement à 74 à 1 en 1999.³

AUTRES DIMENSIONS Il faut faire une distinction entre le manque de revenu et le manque de capacité.⁴ Les pauvres ressentent de manière aiguë leur impuissance et leur insécurité, leur vulnérabilité et leur manque de dignité. Au lieu de prendre des décisions pour eux-mêmes, ils sont soumis aux décisions d'autrui dans presque tous les aspects de leur vie. Leur manque d'éducation et de compétences techniques leur interdit de s'élever. La mauvaise santé peut avoir pour conséquence qu'ils n'occupent que des emplois irréguliers et mal payés. Leur pauvreté même leur interdit les moyens d'échapper à la pauvreté. Quand les pauvres essaient de couvrir même leurs besoins élémentaires, ils se heurtent à des obstacles persistants, économiques ou sociaux, inflexibles ou imprévisibles, imposés par la loi ou la coutume. La violence est une menace toujours présente, surtout pour les femmes.

Les plus pauvres utilisent les ressources à leur disposition, et leur considérable esprit de ressource, dans la lutte pour la survie. Pour les pauvres, toute innovation comporte un risque, et tout risque peut être fatal. Les aider à améliorer leurs capacités exige autant d'imagination que de compassion.

Les nombreuses dimensions de la pauvreté

Voici quelques-unes des plus importantes dimensions de la pauvreté :

LA MAUVAISE SANTÉ Le bilan sanitaire n'est pas toujours en relation étroite avec le niveau de revenu. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est plus élevée au Viet Nam (67,8 ans) qu'au Pakistan (59,6 ans), bien que ces deux pays aient un PIB par habitant similaire.⁵ Dans de nombreux pays à faible revenu, la rapidité de la croissance démographique a contribué au surpeuplement, à l'insalubrité de l'eau consommée par les ménages et à une hygiène médiocre, conditions idéales pour la naissance et la diffusion de maladies contagieuses. Les communautés pauvres sont généralement dépourvues de centres de santé primaires, de médicaments essentiels et de vaccins.

La conjonction d'un mauvais état de santé et d'une forte prévalence des maladies peut s'étendre même aux groupes de revenu les plus aisés. Le diagramme 2 montre que les taux de mortalité infantile au Pakistan et au Viet Nam sont sensiblement élevés, même pour ces groupes de revenu. Au Brésil, par contre, ces taux sont nettement plus faibles pour le quintile le plus riche que pour le quintile le plus pauvre.

La mauvaise santé est une cause aussi bien qu'un effet de la pauvreté monétaire. Elle diminue la capacité individuelle, abaisse la productivité et réduit les gains. L'effet de la mauvaise santé sur la productivité et les gains est généralement plus marqué chez les pauvres. Cela tient notamment au fait que des travailleurs mal rétribués et peu instruits sont plus exposés à faire un travail physiquement éprouvant et souvent dangereux, pour lequel il est facile de les remplacer.⁶

La haute prévalence de la maladie dans un pays va de pair avec la performance économique médiocre. Dans les pays où une proportion élevée de la population est exposée à contracter une grave forme de paludisme, le revenu moyen est inférieur à un cinquième de celui des pays non frappés par le paludisme.⁷

Par contre, une espérance de vie plus longue, indicateur clef de l'état sanitaire, stimule la croissance économique : une analyse des données portant sur 53 pays entre 1965 et 1990 a établi que la hausse des taux de survie chez les adultes était à l'origine d'environ 8 % de la croissance totale. La recherche a montré comment ces deux phénomènes sont liés : une population active en meilleure santé et un absentéisme moindre améliorent la productivité; à mesure que l'espérance de vie augmente, les particuliers et les sociétés sont incités à investir dans le capital humain et matériel; et comme les travailleurs sont incités à épargner pour leur retraite, les taux d'épargne augmentent.⁸

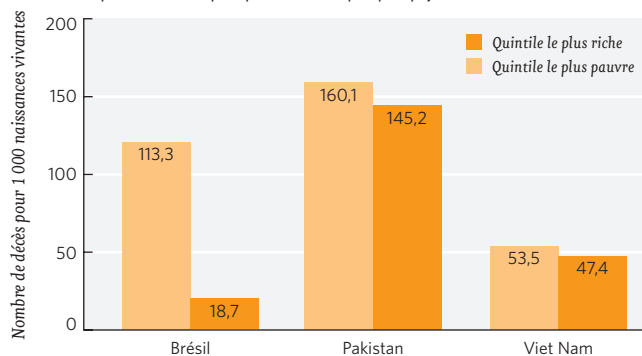
L'ANALPHABÉTISME ET UNE SCOLARISATION INSUFFISANTE

L'analphabétisme constitue un handicap même dans les activités quotidiennes les plus élémentaires. Une scolarisation insuffisante empêche de tirer profit de possibilités nouvelles, par exemple des emplois offerts dans les nouveaux secteurs fondés sur la connaissance. Les individus les moins instruits ont souvent de la difficulté à s'exprimer en dehors de leur groupe immédiat, oralement ou par écrit, ce qui leur interdit de se mêler à la société.

Comme les autres dimensions de la pauvreté, les niveaux d'éducation et de santé influent l'un sur l'autre. Il est plus difficile aux analphabètes ou aux personnes peu instruites d'obtenir des informations sur les soins de santé, par exemple sous une forme qu'elles puissent utiliser. Un état de santé médiocre et une faible espérance de vie détournent d'investir dans l'éducation des enfants.

Diagramme 2 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Quintiles le plus riche et le plus pauvre, dans quelques pays



Source : Adam Wagstaff, 2000. « Inégalités socioéconomiques dans la mortalité infantile : Comparaisons entre neuf pays en développement. » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 78 (1).

L'EXCLUSION SOCIALE ET L'IMPUISSANCE La pauvreté se manifeste sous une autre forme dans les systèmes sociaux qui refusent à certains groupes la liberté d'intervenir dans la société à titre de partenaires égaux ou d'affirmer leur intérêt personnel dans la communauté au sens large. En de nombreux pays, qui ne sont pas tous soumis à un régime autoritaire, ce type d'exclusion empêche de très nombreuses personnes de participer au processus de développement. Il faut chercher l'origine de cette hostilité de principe dans l'appartenance à une caste, à un groupe ethnique ou à une religion, à moins qu'elle ne serve les intérêts d'élites corrompues.

LA PAUVRETÉ LIÉE AU SEXE Dans de nombreuses sociétés, une interaction s'exerce entre la pauvreté et la discrimination sexiste, de sorte que les femmes pauvres se situent encore au-dessous de leurs homologues masculins concernant l'état de santé, l'éducation et la participation sociale. (On trouvera au chapitre 5 des données plus détaillées sur la relation entre sexe et pauvreté.)

Des causes entremêlées

Reconnaître les causes et les effets divers de la pauvreté, ainsi que la manière dont ils agissent les uns sur les autres, détermine en partie la manière dont nous mesurons la pauvreté, ainsi que les plans que nous faisons pour l'éliminer. La nouvelle conception du processus de développement – et de ceux qu'il laisse à l'écart – fait une place à la qualité de la gouvernance et à l'instauration d'un état de droit, à la corruption et à la criminalité, aux facteurs culturels et historiques. Il y a quelques années seulement, ces dimensions étaient jugées parfaitement à l'écart des grands courants du développement, et on y voyait peut-être une intrusion dans les affaires de pays souverains.

Par contre, le *Rapport mondial sur le développement humain 2000*⁹ du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) est consacré en grande partie au bilan des pays du monde en matière de droits de l'homme. L'indice de développement humain du PNUD évalue régulièrement le progrès de chaque pays en matière d'éducation et de santé. La Banque mondiale s'est fait une priorité absolue d'écouter les « voix des pauvres » et d'y répondre.¹⁰

AGIR EN METTANT À PROFIT LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE L'« explosion démographique » qui a commencé dans les années 50 fut le résultat d'une brusque chute des taux de mortalité, rendue possible par des innovations dans les soins de santé et par

INDE Dans une récente étude de l'UNFPA, on a demandé à des femmes et hommes âgés pauvres, en Afrique du Sud et en Inde, surtout dans les zones rurales, quels sont les principaux problèmes qui dominent leur vie. Il est apparu que beaucoup sont préoccupés par la pauvreté extrême : médiocres conditions de vie; insuffisance des soins de santé et de la protection sociale; violences et sévices entre membres de générations différentes.

Près de 5 % de la population sud-africaine sont âgés de 65 ans au moins. Ces personnes ont connu l'apartheid et tout son cortège d'indignités, et l'héritage en est encore vivant parmi eux. La plupart n'ont pas échappé depuis à la pauvreté extrême et à l'exclusion sociale.

Les Sud-Africains âgés identifient comme suit leurs besoins prioritaires : la sécurité alimentaire; de l'eau salubre; un abri adéquat; l'électricité; de l'argent et une pension; des centres de soins de santé adéquats; des documents d'identité, par exemple un extrait de naissance, pour revendiquer leurs droits; et une aide dans les soins à donner au conjoint. Ils appréhendent de devenir vieux avant tout par peur de l'isolement, de l'exclusion, des sévices, de la maladie, d'un sentiment général d'impuissance et de l'impact croissant du VIH/sida.

Selon les prévisions, le nombre des personnes âgées passera en Inde de 77 millions en 2000 à 141 millions environ d'ici 2020. Plus de la moitié des personnes âgées sont à la limite de la pauvreté, et beaucoup ont une santé médiocre et vivent dans des conditions insalubres.

Très peu d'entre elles sont prises en charge par un régime de retraite quelconque; la famille constitue leur source première de soins et de soutien. Mais le développement économique et la migration fréquente des jeunes adultes portent atteinte à la source d'appui traditionnelle des personnes âgées. Les femmes âgées, surtout les célibataires et les veuves, sont particulièrement défavorisées.

Raji, âgée de 75 ans, a déclaré : « Je vis seule depuis le décès de mon mari, voici sept ans. Mes enfants sont des migrants. Ils n'ont jamais pris la peine de s'informer de mon sort. Je n'ai aucun revenu et presque aucun contact avec qui que ce soit. Je mourrai comme cela. Je n'ai pas de vie digne de ce nom, je suis seule et fragile. »

l'utilisation à grande échelle d'une technologie médicale importée dans les pays en développement.¹¹ Mais, dans les pays les plus pauvres, les changements correspondants qui aideraient à faire baisser la fécondité – adaptation des savoir-faire, des capacités et du comportement, amélioration de l'infrastructure matérielle et de la technologie – n'ont suivi que lentement. Ce manque de concordance a ralenti le progrès économique et social. Le déséquilibre entre la croissance rapide des populations et l'insuffisance des ressources qui seraient nécessaires à leur entretien a mis à très rude épreuve l'organisation sociale et exigé un effort maximal des institutions qui servent les pauvres.

Au niveau des ménages, une fécondité élevée alourdit la charge représentée par les enfants et amoindrit le bien-être des familles pauvres. Par une ironique coïncidence, les circonstances qui favorisent une fécondité élevée coïncident souvent avec l'élargissement des perspectives économiques et sociales.¹²

Au moment où les pays traversent la période de transition démographique et où la fécondité baisse, un créneau momentané s'ouvre : les familles possédant quelques ressources peuvent se permettre d'éduquer leurs enfants, de trouver de bons emplois et d'accumuler certains avoirs. Mais les pauvres, dernier groupe social à enregistrer une baisse de la fécondité, sont incapables de tirer parti de l'occasion.¹³ Non seulement ils ont davantage d'enfants, mais ils manquent de l'information et des ressources nécessaires pour tourner l'occasion à leur profit. Leur inaptitude à répondre à de nouveaux signaux concernant les coûts et les avantages liés à une famille nombreuse aggrave leur condition.

La réduction de la fécondité aide à réduire la pauvreté à long terme. Les changements démographiques intervenus au Brésil durant les 50 dernières années équivalaient à un supplément de 0,4 à 0,5 % de la croissance annuelle du revenu par habitant.¹⁴ Durant cette période, le taux de croissance moyen du revenu par habitant a été voisin de 3,0 % par an. L'impact estimatif direct de la transition démographique sur la pauvreté a donc été voisin de 15 % de l'impact de la croissance économique.

L'« ENVIRONNEMENT PROPICE » Le progrès technologique et l'accumulation de capital humain et matériel ont été les moteurs

jumeaux de la croissance économique à l'époque contemporaine. Mais leur action est la plus efficace dans un environnement qui encourage à investir. Cet environnement propice embrasse le cadre social dans sa totalité; un processus politique représentatif non vicié par la corruption; le respect des droits de l'homme; des lois et règlements équitables, imposés de manière impartiale; et un large éventail d'institutions publiques, civiles, communautaires et culturelles qui se renforcent les unes les autres pour fournir à tous les citoyens des perspectives d'ordre économique et social dans la justice et l'égalité.

Les institutions de microfinancement, qui utilisent de petits prêts pour multiplier l'impact des ressources et initiatives communautaires, sont un exemple positif de cet environnement. En même temps qu'elles offrent un appui économique, elles encouragent les programmes à base communautaire dans les domaines sanitaire et éducatif et dans la formation des femmes à des rôles de responsabilité. Cette combinaison de services basée sur des partenariats avec les communautés locales a changé les attitudes concernant l'affranchissement des femmes pauvres tout en accroissant leur pouvoir économique.¹⁵

Les institutions sont les mécanismes sociaux qui mettent en

La Banque Grameen du Bangladesh fournit de petits prêts à des familles pauvres afin de mettre en route de nouvelles entreprises et, peut-être, de commencer une nouvelle vie, mais les familles ont d'abord besoin d'une alphabétisation élémentaire, de planification familiale et de services de gestion des entreprises. C'est une tâche difficile que d'offrir tout cela à des femmes qui ont été traditionnellement exclues de la société. C'est pourquoi Grameen offre des prêts à des groupes plutôt qu'à des individus. Cette approche abaisse le coût de la fourniture des services, tout en offrant un appui mutuel qui permet aux femmes de se trouver en interaction avec le marché et la communauté au sens large.

relation capacités et ressources; la qualité des institutions détermine avec quel degré de productivité ou d'équité cette relation fonctionne. Chaque élément ajoute – ou enlève – de l'énergie aux autres. Les programmes d'alphabétisation élémentaires, par exemple, rendent les individus plus capables d'acquiescer et d'utiliser des informations sur la santé, les marchés ou la vie communautaire; mais ils améliorent aussi les institutions qui fournissent ces services, les mettant mieux à même de faire connaître des informations utiles aux nouveaux alphabétisés.

De même, des institutions mieux sensibilisées interagissent avec les capacités et les ressources : les améliorations de la gouvernance accroissent toute capacité en éliminant les impuissances juridiques; des règlements plus équitables peuvent réduire le coût des opérations commerciales ou abaisser les obstacles qui séparent les pauvres des ressources. La société civile joue un rôle important dans la création d'institutions aptes à répondre aux besoins, par exemple d'organisations de microcrédit qui mettent les ressources à la disposition des groupes les plus pauvres, surtout des femmes, et qui en même temps leur viennent en aide sur le plan de l'alphabétisation et de la planification familiale.

De nombreux pays en développement ont réalisé des progrès considérables s'agissant d'améliorer les capacités globales de leurs populations : espérance de vie (qui est un indicateur de la santé), nutrition, niveaux d'activité économique et d'éducation, se sont tous améliorés depuis 1960. Mais le progrès a été plus facile et plus rapide dans les pays qui ont :

- mis à la disposition des femmes l'information et les moyens nécessaires pour espacer les naissances et en choisir le moment, et pour éviter les grossesses si elles le souhaitent;
- fourni des services garantissant une grossesse en bonne santé et un accouchement sans danger;
- accru la couverture et la qualité des systèmes éducatifs;
- fait progresser l'égalité et l'équité entre les sexes d'autres manières, par exemple en protégeant les droits juridiques et traditionnels des femmes;
- adopté des politiques de la population fondées sur le respect des droits de l'homme;
- mis au point des systèmes de gouvernance et de participation populaire caractérisés par le sens et l'exercice des responsabilités.

Mesurer la pauvreté

Il y a trois méthodes communément utilisées d'évaluer le degré de pauvreté :

- tracé d'un seuil de la pauvreté et calcul de diverses mesures de la pauvreté qui prennent en considération la manière dont les dépenses réelles des ménages restent en deçà de ce seuil;¹⁶
- évaluation rapide et appréciation participative, dans le cadre de laquelle les membres d'une communauté classent les ménages en fonction de leur richesse;¹⁷
- établissement d'un indice de pauvreté basé sur un éventail d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs.¹⁸

SEUIL DE PAUVRETÉ FONDÉ SUR LES DÉPENSES DES MÉNAGES

La pratique normale consiste à prendre le montant total des dépenses pour mesure principale du niveau de vie d'un ménage.¹⁹ Des enquêtes sur les ménages représentatives au niveau national,

comme l'Enquête sur la mesure des niveaux de vie de la Banque mondiale, servent habituellement à tracer un seuil de pauvreté et à mesurer l'incidence de la pauvreté.

Pour déterminer si le revenu d'un ménage est suffisant pour couvrir les besoins de base, alimentaires et autres, de tous les membres de ce ménage, un panier de biens et services est constitué en fonction des profils de consommation locaux. La valeur de ce panier, aux prix à la consommation locaux et compte tenu d'un niveau préfixé des besoins de base pour une seule personne, est appelé le « seuil de pauvreté ». Si le revenu par habitant des membres du ménage est inférieur au seuil de pauvreté, le ménage et ses membres sont considérés comme pauvres. Mais les résultats sont difficiles à vérifier et peuvent donner lieu à une distorsion (voir ci-après).

ÉVALUATION PARTICIPATIVE ET APPRÉCIATION RAPIDE Ces deux approches recherchent l'apport des membres de la communauté à l'aide de techniques similaires. La première exige une participation étendue de la communauté et vise le long terme; son but ultime est d'affranchir le groupe cible. Les évaluations rapides ont pour but de fournir des données pour un agenda prédéterminé en un très court laps de temps, généralement durant une visite d'un seul jour à une communauté.

Les programmes de développement font un recours étendu à l'une et l'autre méthodes pour cibler les services destinés aux clients pauvres et en raison de la conception participative des projets²⁰, mais chacune des deux présente des insuffisances.²¹ Comme les résultats dépendent de l'appréciation subjective des membres de la communauté, ils sont difficiles à vérifier et il est difficile de comparer les résultats entre les différents sites ou programmes dans un pays donné.²² Les comparaisons de pays à pays sont encore plus difficiles. Ces approches peuvent permettre de découvrir le tiers le plus pauvre des habitants d'un village, mais non nécessairement d'identifier les communautés où réside le tiers le plus pauvre d'une région entière. La réponse des sujets peut être dictée par leur désir d'obtenir des avantages, par exemple l'accès à des services financiers, à l'issue de l'évaluation de la pauvreté. Enfin, une évaluation participative exige des agents experts à communiquer, qui coûteront plus cher et seront plus difficiles à trouver que les agents chargés d'un dénombrement, lesquels se bornent à faire remplir un questionnaire préparé à l'avance.

INDICE DE PAUVRETÉ BASÉ SUR UN ÉVENTAIL D'INDICATEURS

Un éventail d'indicateurs, pour lesquels il est possible d'obtenir une information crédible rapidement et à peu de frais, peut identifier différentes dimensions de la pauvreté. Les indicateurs peuvent être regroupés en un indice unique à l'aide d'un système de pondération.

En Asie du Sud et du Sud-Est, de nombreuses institutions de microfinancement utilisent un indice du logement pour identifier les clients pauvres qui bénéficieront de leurs services.²³ Des indicateurs tels que la qualité du toit ou des murs peuvent facilement être obtenus en procédant à une inspection, et il est possible de réduire au minimum les indications fausses données par l'occupant des lieux. Les indicateurs peuvent être facilement ajustés en fonction de la situation locale. Mais les coefficients de pondération attribués aux différents indicateurs qui constituent l'indice peuvent être assez arbitraires. Et l'indice du logement met l'accent sur une dimension unique de la pauvreté. Pour offrir une image complète, les indicateurs doivent être tirés de quatre domaines au moins : ressources humaines, logement, sécurité alimentaire et avoirs du ménage.²⁴

CONCLUSION Les mesures de la pauvreté fondées sur le revenu sont objectives, se prêtent très bien à une analyse quantitative et décrivent avec précision la pauvreté monétaire, pourvu que les enquêtes sur les ménages soient gérées avec soin. Cependant, elles omettent les facteurs autres que monétaires, comme les niveaux sanitaire et éducatif. Elles sont en outre imposées de l'extérieur et ne donnent pas aux pauvres une occasion de faire connaître leur propre expérience de la pauvreté.

Les approches fondées sur les indicateurs et les approches participatives offrent diverses solutions de rechange. L'indice de la pauvreté du PNUD²⁵, par exemple, combine des informations sur les défavorisés dans différents domaines : longévité (pourcentage des personnes qui ne semblent pas devoir dépasser l'âge de 40 ans); connaissances de base (pourcentage des adultes qui sont analphabètes); et niveau de vie (indice composite des personnes sans accès à l'eau salubre, des personnes sans accès aux services de santé, et des enfants de moins de 5 ans accusant une insuffisance pondérale). Cette mesure globale de la pauvreté décrit plusieurs dimensions de la pauvreté, mais l'attribution de coefficients de pondération égaux aux différentes composantes constitue une décision essentiellement arbitraire.

Une autre approche consiste à solliciter l'information directement des pauvres au moyen d'un débat de groupe et de conversations individuelles, sans appliquer une définition de la pauvreté imposée de l'extérieur. On peut demander aux interviewés d'exposer leurs propres notions de la pauvreté, en fournissant une information sur les processus sociaux et économiques que les données d'une enquête type sur les ménages ne peuvent fournir, notions qui serviront éventuellement à prendre des décisions en matière de politiques, d'investissement ou de réglementation.

En fin de compte, une combinaison judicieuse de l'information fondée sur le revenu, sur les indicateurs et sur la participation devrait servir à évaluer le niveau de pauvreté et à en tirer des implications pour la politique à suivre. Et les institutions doivent être incitées à se servir de cette information aux fins de planification.

7

INTÉRÊTS ET LIMITES DE LA MESURE DE LA PAUVRETÉ BASÉE SUR LE REVENU

Intérêts

Définition souple. La méthode permet d'offrir une définition relativement souple de la pauvreté et d'utiliser des seuils de pauvreté explicites pour distinguer nettement les pauvres du reste de la population.

Précision, représentativité, comparabilité. Des enquêtes sur les ménages conduites avec soin fournissent un outil suffisamment précis et généralement accepté pour mesurer la pauvreté monétaire et évaluer les changements au cours du temps.

En basant les évaluations de la pauvreté monétaire sur des enquêtes faisant intervenir un échantillon représentatif, on peut en outre en déduire facilement des mesures globales de la pauvreté, par exemple le pourcentage de pauvres dans la population du pays.

Limites

Coût. De vastes enquêtes sur les ménages sont coûteuses. De bonnes enquêtes engagent de fortes dépenses pour garantir l'exactitude de l'information, parce que des erreurs de mesure peuvent facilement entraîner des évaluations fort inexactes.

Composition des ménages. Les enquêtes convertissent les données sur les ménages en mesures applicables au niveau individuel, de sorte que les résultats dépendent des hypothèses faites sur la composition du ménage et ne jettent aucune lumière sur les inégalités sexospécifiques et autres au sein du ménage.

Biens et services fournis par le secteur public. Les mesures du revenu des ménages négligent ordinairement de tenir compte des biens et services publics, comme l'éducation de base et les soins de santé primaires.

Difficultés inhérentes aux comparaisons. Quand les instruments de l'enquête, les définitions ou les techniques d'échantillonnage changent avec le temps, les comparaisons sont difficiles et peuvent s'avérer trompeuses.



3 macroéconomie, pauvreté,
population et développement

Le créneau démographique

Il existe de solides preuves, basées sur l'expérience et les recherches de deux générations, qu'un « effet population » s'exerce sur la croissance économique. Depuis 1970, les pays en développement caractérisés par une fécondité moins élevée et une croissance démographique plus lente ont vu augmenter leur productivité, leur épargne et leur investissement productif. Ils ont enregistré une croissance économique plus rapide.

Les investissements dans la santé (y compris la santé en matière de reproduction) et l'éducation, ainsi que la réduction de l'inégalité entre les sexes, ont contribué à produire ce résultat. Ces investissements attaquent directement la pauvreté. Ils confèrent un pouvoir d'action aux individus, surtout aux femmes. Ils rendent possible un choix.

S'ils ont un choix réel, les pauvres des pays en développement ont moins d'enfants que leurs parents. Cette baisse de la fécondité au « micro » niveau se traduit en l'espace d'une génération en un potentiel de croissance économique au « macro » niveau, sous la forme d'une population active nombreuse avec des personnes à charge, âgées et jeunes, relativement moins nombreuses.

Ce créneau démographique ne s'ouvre qu'une seule fois. Plusieurs pays de l'Asie de l'Est et quelques autres en ont tiré profit. L'effet de la baisse de la fécondité au Brésil a été l'équivalent d'une croissance économique de 0,7 % du PIB par habitant chaque année.¹ Le Mexique et d'autres pays d'Amérique latine ont enregistré des effets analogues.

Les pays qui ont ignoré cet avantage potentiel ont eu un bilan moins favorable. Ils n'ont pas fait l'investissement direct nécessaire dans les pauvres. Ils sont dépourvus d'une bonne gouvernance et du sens de la responsabilité sociale, grâce auxquels une partie des bénéfices de la croissance économique va directement aux pauvres et sert à alléger la pauvreté. Le créneau démographique se fermera en l'espace d'une génération, à mesure que la population vieillit, et avec lui une occasion historique disparaîtra.

Beaucoup de temps passera avant que le créneau démographique ne s'ouvre pour les pays les plus pauvres, mais travailler à cette fin dès maintenant préservera l'avenir. En même temps, le présent sera protégé. La grossesse et l'accouchement sont de lourds risques pour les femmes pauvres. Des enfants nombreux et non planifiés leur imposent un lourd fardeau. Des taux élevés de fécondité contribuent directement à la pauvreté, en réduisant les perspectives des femmes, en dispersant les dépenses à consacrer à l'éducation et à la santé des enfants, en interdisant toute épargne et en aggravant la vulnérabilité et l'insécurité.

En outre, les pauvres souffrent de l'effet direct de leur nombre. Les taux de rémunération sont plus bas pour les vastes réservoirs de travailleurs non qualifiés, les exploitations agricoles sont divisées entre un plus grand nombre d'héritiers, les salles de classe sont trop surchargées pour permettre une amélioration du niveau d'éducation. Une fécondité élevée a pour conséquence que les pauvres sont moins capables de tirer parti des possibilités qui s'offrent d'échapper à la pauvreté.

La grande question qui se pose aux dirigeants nationaux, aux législateurs, aux spécialistes de la définition des politiques et aux décideurs est de savoir s'il faut effectuer dans la prochaine décennie les changements politiques et pratiques nécessaires; et si la communauté internationale fera les efforts indispensables pour les aider à réussir. S'ils réussissent, femmes et hommes seront en meilleure santé et plus instruits. Ils auront accès, entre autres choses, à un éventail complet d'informations et de services concer-

nant la santé en matière de reproduction. La fécondité et la croissance démographique baisseront, le créneau démographique s'ouvrira pour la prochaine génération. La pauvreté de masse pourrait devenir un lointain souvenir, non une menace pesant sur l'avenir.

APPRENDRE PAR L'EXPÉRIENCE Nous savons par intuition qu'une croissance démographique rapide dans les pays pauvres accroît la demande de services tels que soins de santé et éducation plus vite que la capacité de satisfaire cette demande. Il est non moins évident que les économies ont besoin de grandir afin de réduire la pauvreté. L'expérience a approfondi et affiné ces deux vérités et a enseigné certaines leçons sur la manière d'échapper au cercle vicieux des demandes croissantes et des ressources sollicitées à l'excès.

Les données confirment le sentiment que des familles nombreuses et une croissance démographique rapide constituent un frein au développement.

Premièrement, dans un ménage, les enfants ont divers besoins qui tous ont leur coût. Un grand nombre d'enfants se disputent des ressources familiales limitées pour l'alimentation et l'habillement, la santé et l'éducation, et certains reçoivent moins en partage. Dans les communautés rurales, les terres agricoles constituent une ressource fixe. En la divisant, on appauvrit trop souvent les générations suivantes. S'il n'y a pas de ressources pour le développement, le combustible ou l'eau disponibles doivent aussi être partagés entre un nombre croissant d'utilisateurs. Dans les communautés urbaines, ceux qui n'ont pas reçu quelque éducation ne peuvent trouver qu'un travail de bas niveau et faiblement rétribué, si même ils en trouvent. Officiellement, la plupart des pays désapprouvent le travail des enfants, bien que l'interdiction en soit inégalement appliquée, et il devient socialement et politiquement inacceptable dans la perspective des droits de la personne.

Deuxièmement, au niveau national, l'augmentation rapide du nombre de travailleurs relativement peu qualifiés fait baisser les taux salariaux et réduit l'épargne. Puisque la croissance économique procède de l'investissement et que les fonds d'investissement proviennent de l'épargne, une croissance démographique rapide fait fonction de frein, non d'aiguillon.²

Les chances du développement s'améliorent considérablement si des ressources externes sont disponibles pour investir dans la santé et l'éducation, faciliter les innovations et offrir aux individus des moyens de se constituer une épargne. Les pays ont aussi besoin de produire et de réorienter des ressources internes au bénéfice de la santé et de l'éducation.

COMPRENDRE LA RELATION L'impact de la croissance démographique sur le développement économique fait depuis des dizaines d'années l'objet de débats qui ne s'écartent pas de ces lignes générales. Rétrospectivement, nous nous apercevons que de nombreuses positions étaient fondées sur des questions mal posées et des réponses inadéquates.

Une grande partie de la recherche portait sur la question de savoir si la croissance démographique limitait ou promouvait la croissance économique, ou bien n'avait aucun effet d'ensemble sur elle. Un autre débat visait à déterminer si la croissance économique était une condition préalable ou une conséquence du ralentissement de la croissance démographique.

Les deux débats tournaient autour de la croissance globale de la population et de l'économie, mais les perspectives de développement

économique et d'allègement de la pauvreté ne sont pas tributaires seulement d'ensembles. Les données relatives à plus de quatre décennies de changement économique et démographique offrent de nouveaux aperçus sur la manière dont les perspectives de développement prennent forme.³

En 1986, une étude sur les rapports entre population et développement due au National Research Council (États-Unis) est parvenue à la conclusion que malgré ses effets importants au niveau des ménages, la croissance démographique n'avait pas d'effet sur l'ensemble de la croissance économique.⁴

Ceci semblait régler un vieux débat. Mais les auteurs de cette étude n'avaient pas eu tout le matériel pertinent à leur disposition. Ils ont utilisé des données des années 60 et 70, époque où de nombreux pays venaient encore de s'engager dans la « transition démographique » qui consiste à passer de hauts à de bas taux de natalité et de mortalité et où une planification centralisée empêchait certains pays de tirer le meilleur parti d'une dynamique de la population de plus en plus favorable. L'étude a continué à reposer sur des analyses de la croissance globale, qu'il s'agisse de la population ou du développement économique.

DE MEILLEURES DONNÉES, DE MEILLEURES HYPOTHÈSES DE DÉPART Durant les années 90, la communauté scientifique a examiné de nouveau la question. À ce moment, il était devenu possible d'utiliser des données portant sur de plus longues périodes, au cours desquelles la transition démographique avait progressé en de nombreux pays. Cette fois, la conclusion fut différente. Plus important encore, les chercheurs ont reconnu que la transition démographique se traduisait par des changements dans la structure d'âge de la population – à mesure que l'espérance de vie augmentait et que la fécondité diminuait – et non pas seulement par la baisse des taux de croissance démographique globale.

TIRER AVANTAGE DE L'OCCASION QUI S'OFFRE Le passage de taux élevés à de faibles taux de mortalité et de fécondité peut créer une « prime démographique ». La mortalité diminue d'abord, puis la fécondité. À mesure que la fécondité diminue, la population acti-

ve augmente en comparaison des personnes à charge jeunes et âgées. Cette conjoncture crée une occasion de croissance qui ne se représentera pas. Elle peut se présenter si les pays ont fait les investissements appropriés, non seulement dans la planification familiale, mais dans la santé et l'éducation de manière générale, en prêtant une attention particulière aux besoins des filles et des femmes, et dans l'emploi pour la main-d'oeuvre nouvelle et dotée de capacités. Une gouvernance ouverte et sensible aux besoins rend ces aménagements possibles.

On a pu observer une telle combinaison chez les « dragons d'Asie » durant les années 80 et 90 : si la proportion de la population active (15-60 ans)⁵ par rapport à la population totale a commencé à augmenter vers le milieu des années 70 seulement, le rythme du changement a été extrêmement rapide jusqu'au début des années 90. Ces pays ont ajusté les investissements d'appui dans la santé et l'éducation dès le début du processus de développement et créé d'autre part un cadre favorable à une plus grande ouverture des marchés et à la participation sociale.⁶ La croissance relative de la population active dans ces pays se poursuivra pendant une autre décennie, mais pas aussi rapidement que par le passé.

C'est là une occasion qui ne s'offre qu'une fois, un créneau démographique qui s'ouvre quand le nombre des jeunes enfants diminue en raison de la baisse de la fécondité, et qui se referme quand la proportion des personnes âgées commence à augmenter rapidement.

LES PROFILS RÉGIONAUX Beaucoup de pays sont en train d'aborder la période de transition. L' **Asie du Sud** atteindra le ratio optimal population active/personnes à charge entre 2015 et 2025 (mais avec des variations très marquées selon les pays). En **Amérique latine et dans les Caraïbes**, l'accroissement relatif de la population active par rapport à l'ensemble de la population a commencé au moins cinq ans plus tôt qu'en Asie de l'Est, mais le changement a été moins marqué, ce qui reflète les inégalités considérables entre les pays et les régions. Les groupes de population les plus riches ont achevé la transition démographique à de faibles taux de fécondité et de mortalité, mais les groupes pauvres sont

8

SCÉNARIOS DÉMOGRAPHIQUES

La situation démographique mondiale et ses implications pour l'avenir sont de plus en plus diverses. La fécondité dans les régions en développement a diminué de moitié (tombant de 6 enfants à 2,9 enfants par femme) depuis 1960. La prévalence des contraceptifs est passée de 10 à 62 % des femmes, et l'espérance de vie est passée de 48 à 64 ans. Dans les pays les moins avancés, la fécondité a moins baissé, tombant seulement de 6,6 à 5,2 enfants, et l'espérance de vie, qui était à peu près de 39 ans, a seulement dépassé de peu 50 ans.

Les prévisions ne sont pas absolument fermes : elles dépendent d'hypothèses sur la fécondité, la mortalité et la migration – et ces hypothèses sont ajustées en fonction de circonstances changeantes.

Les prévisions de la Division de la population de l'ONU ont été remarquablement

exactes, même sur des périodes relativement longues. Elles évaluent à 9,3 milliards le chiffre de la population en 2050. Démentant les suggestions d'une « pénurie de naissances » mondiale, les régions les moins avancées ajouteront 3,2 milliards à leur population (qui passera de 4,9 à 8,1 milliards) d'ici à 2050 – soit le même chiffre qui s'y est ajouté entre 1950 (quand leur population n'était que de 1,7 milliard) et 2000.

En 2001 et 2002, la Division de la population a tenu une série de débats d'experts sur les changements de la fécondité et de la mortalité et sur l'avenir démographique qu'ils impliquent. Deux avenir possibles répondaient à des hypothèses différentes, le premier dans les pays où la fécondité est déjà faible, le deuxième dans les pays où persiste une fécondité élevée. Les experts ont indiqué que les prévisions antérieures d'une baisse de la fécon-

dité élevée ont été peut-être trop optimistes.

Une troisième consultation a été consacrée à examiner les pays à fécondité intermédiaire (ceux où le nombre d'enfants par femme va de deux à cinq), aboutissant à la conclusion que ces pays pourraient se stabiliser un peu au-dessous du niveau de remplacement de 2,1 enfants par femme. Les participants de cette consultation ont aussi reconnu que la fécondité baisse souvent à un rythme très mesuré. Il faudra évaluer et mettre à jour régulièrement les perspectives propres à chaque pays.

Les consultations ont souligné que la baisse de la fécondité dans l'avenir suppose que l'on prévienne les naissances non désirées et que l'on continue à investir dans le renforcement des services de planification familiale et des soins de santé en matière de reproduction.

encore à la traîne. La proportion optimale de la population active par rapport aux autres groupes d'âge sera atteinte durant la période 2020-2030, mais à un rythme plus lent et moins nettement qu'en Asie de l'Est.

Les pays d' **Afrique du Nord**, d' **Asie occidentale** et d' **Asie centrale** sont à des stades très divers de la transition démographique.⁷ Certains atteindront le créneau d'ici une vingtaine d'années, tandis que d'autres en sont éloignés de plus d'une génération. Ces pays ont la possibilité d'établir en l'espace d'une génération les cadres d'un changement social et d'une croissance économique accélérés.

En **Océanie**, le créneau démographique est plus étroit. La fécondité n'a jamais été aussi élevée et n'est pas tombée aussi rapidement qu'en Asie de l'Est. Néanmoins, certaines des observations ci-dessus s'appliquent également à cette région.

En **Afrique subsaharienne**, l'âge médian de la population de la région entière est seulement 17,6 ans – c'est-à-dire que la moitié de la population est moins âgée. D'autre part, la proportion de la population active âgée de 15 à 60 ans (50,9 %) est plus faible qu'elle ne l'était en 1950 (52,5 %). La pauvreté impose de sévères handicaps – ressources extrêmement limitées, infrastructure sanitaire sous-développée, instabilité sociale, dette élevée, faible gouvernance et pandémie du VIH/sida. Cependant, un nombre croissant de pays commencent leur transition démographique. Le progrès ne pourra se poursuivre que si les services de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, sont disponibles.

Six seulement des 46 pays d'Afrique subsaharienne ont des populations dont l'âge médian atteint 20 ans (dans les régions développées, l'âge médian se situe maintenant aux environs de 36 ans). En 2050, l'âge médian de la région atteindra 26,4 ans, soit moins que dans les régions développées un siècle plus tôt. La population active représentera 62,2 % de l'ensemble de la population en 2050. Selon les prévisions, 11 pays seulement atteindront avant 2050 (dont huit entre 2040 et 2050) la proportion optimale de la population active qu'ils peuvent escompter.

LES PERSPECTIVES D'AVENIR Même au-delà de l'horizon de 15 ans qui est celui des objectifs de développement pour le Millénaire, les tendances démographiques retentiront sur les chances d'un assaut soutenu contre la pauvreté. L'élan démographique et les niveaux élevés de fécondité non désirée menacent les gains économiques déjà réalisés. L'inégalité entre les sexes, très répandue, pourrait ruiner l'objectif de l'accès universel aux services de santé en matière de reproduction.

La pandémie du VIH/sida met encore davantage en question la chance de beaucoup des pays les plus pauvres de consolider leurs gains et d'ouvrir le « créneau démographique ». La croissance de la population active par rapport aux groupes de population jeunes à charge est neutralisée par l'augmentation rapide des décès d'adultes. La maladie, tout à la fois, ruine le présent et vole l'avenir.

COMMENT DÉPENSER LA PRIME Le « créneau démographique » ne s'ouvre qu'une fois, et pour une durée limitée. La plupart des pays industrialisés ont déjà adopté en permanence un profil caractérisé par l'allongement progressif de l'espérance de vie et par un taux de fécondité constamment inférieur au niveau de remplacement. Dans ces pays, la perspective imminente d'une baisse de la population et d'une augmentation rapide des groupes de personnes âgées anime déjà un intense débat. Il va bien au-delà de la démographie et a porté sur les relations entre les races, la protection sociale, et l'état des rapports entre époux dans les familles à deux revenus.⁸

9

RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES PAUVRES

La pauvreté est le principal danger qui menace le bien-être des personnes âgées. Beaucoup des 400 millions de plus de 65 ans dans les pays en développement vivent au-dessous du seuil de pauvreté. Pour répondre à l'objectif de développement pour le Millénaire qui consiste à réduire de moitié la proportion des personnes vivant dans une extrême pauvreté d'ici à 2015, les stratégies de réduction de la pauvreté doivent être centrées sur les personnes âgées les plus pauvres et les plus vulnérables, surtout les femmes, et sur la nécessité de briser le cycle de la pauvreté qui passe d'une génération à la suivante.

L'expérience de la pauvreté faite durant l'enfance et l'âge adulte laisse une marque plus profonde avec les années. Les personnes qui pendant toute leur vie ont enduré un régime alimentaire médiocre, de multiples grossesses, des soins de santé en matière de reproduction inadéquats et un dur travail physique abordent en général la vieillesse en mauvaise santé. L'inévitable déclin physique dû au vieillissement limite la capacité de chaque individu de contribuer à la vie collective du ménage et de rester économiquement autosuffisant.

Le vieillissement de la population est une conséquence inévitable du passage de taux élevés à de faibles taux de natalité et de mortalité, qui s'opère beaucoup plus vite dans les pays en développement que ce n'avait été le cas pour les pays développés.

Une réponse efficace aux besoins, attentes et droits des personnes âgées suppose des mesures visant à :

- Fournir aux personnes âgées des services de santé adéquats;
- Éliminer la violence contre les personnes âgées des deux sexes;
- Venir en aide aux personnes âgées qui dispensent des soins, en particulier aux femmes qui ont la charge de petits-enfants rendus orphelins par le VIH/sida;
- Consolider les régimes de protection sociale et veiller à ce que les personnes âgées bénéficient de services sociaux appropriés;
- Soutenir la recherche sur le vieillissement de la population, en particulier dans ses aspects sexospécifiques et socioculturels et dans ses implications.

Guidé par le Programme d'action de la CIPD et les objectifs de développement pour le Millénaire, l'UNFPA recommande que les problèmes du vieillissement soient inscrits dans l'Agenda pour le développement, l'accent portant notamment sur les besoins des personnes âgées pauvres et des exclus, surtout des femmes.

Certains observateurs suggèrent que l'immigration est l'un des moyens de faire face à cette situation et éveillent immédiatement des sentiments profonds concernant l'identité nationale et des tensions sociales entre groupes « ethniquement différents ». D'autres posent des questions sur le financement des pensions vieillesse et des soins de santé des personnes très âgées, mais ils sous-estiment souvent la diversité des ajustements et réformes possibles, ou le délai dont on dispose pour y procéder.⁹

Les changements intervenus dans le nombre des personnes âgées au sein d'une population donnée a peut-être un impact économique moindre que la fluctuation du volume des groupes d'âge plus jeunes.¹⁰ On ne peut poser en principe que les personnes âgées (à l'exception des « plus vieux d'entre les vieux ») sont des personnes à charge et constituent un fardeau pour l'économie. L'activité économique continue des personnes âgées, l'épargne individuelle, le soutien de la famille, enfin des programmes publics peuvent se combiner pour donner naissance à de nouveaux marchés et à une demande changeante de biens et services. Il est aussi possible aux personnes âgées de compléter leur pension et d'aménager le système de santé en fonction de leurs besoins.

Au total, l'effet sur la croissance économique pourrait être positif.¹¹ Mais les pays en développement aussi bien que les pays industrialisés ont besoin de comprendre comment opère une évolution démographique à long terme; ils doivent fonder leur politique sur des attentes rationnelles et non sur des réactions affectives.

La baisse de la fécondité et la croissance économique

Les progrès de la croissance économique attribuables à la population sont dus pour une moitié aux bénéfices de la prime démographique, et pour l'autre moitié à l'accroissement de la part des pauvres dans la consommation.¹² De nombreux mécanismes contribuent à cet effet : par exemple, la baisse de la fécondité élargit la participation des femmes à la population active et aide à améliorer la santé et la nutrition des familles. La diminution du nombre d'enfants fait baisser la proportion des personnes à charge au sein de la famille et incite davantage à s'assurer un revenu suffisant pour ne pas devoir n'acheter que des articles de première nécessité.

Les données démographiques et économiques à long terme en provenance de 45 pays en développement montrent qu'une fécondité élevée aggrave la pauvreté en ralentissant la croissance économique et en contractant la part des pauvres dans la consommation. La baisse de la fécondité – qui résulte de la baisse de la mortalité, de la diffusion de l'éducation et d'un meilleur accès aux services, surtout à ceux de santé en matière de reproduction et de planification familiale – neutralise ces deux effets. Le succès obtenu à l'échelon national en matière de réduction de la pauvreté apparaît clairement d'après l'augmentation moyenne du PIB et les chiffres de consommation.

L'incidence moyenne de la pauvreté en 1980 était de 18,9 %, soit environ une personne sur cinq. Si tous les pays avaient réduit leur taux net de fécondité de cinq naissances pour 1 000 femmes d'âge procréateur durant les années 80 (comme l'ont fait de nombreux pays d'Asie), l'incidence de la pauvreté aurait été réduite d'un tiers, tombant à 12,6 %, soit une personne sur huit.

Les études de pays renforcent cette conclusion. Au Brésil, 25 % des personnes nées en 1970 sont pauvres. Si les taux de fécondité étaient restés aussi élevés qu'ils l'étaient au début du siècle, les pauvres auraient représenté 37 % de la population. La réduction de la pauvreté résultant de la baisse de la fécondité est équivalente au progrès qui serait réalisé avec une augmentation annuelle du PIB par habitant de 0,7 %.¹³

MOINS DE DÉPENSES, DAVANTAGE DE POSSIBILITÉS L'effet positif de la redistribution vient d'abord de l'augmentation plus lente des dépenses destinées aux besoins élémentaires et à l'éducation des enfants, et ensuite des occasions nouvelles offertes aux ménages pauvres d'accroître leur volume de travail, leur revenu

et leur épargne. La croissance générale de la consommation aide les ménages pauvres parce qu'elle accroît la demande de travail, ce qui a pour effet d'élever les taux salariaux – même pour les familles dont la fécondité ne baisse pas. Le ralentissement de la croissance de la main-d'oeuvre rurale fait baisser la demande de terres (réduisant les coûts et freinant la fragmentation, non viable à long terme, des exploitations agricoles).

Le recul estimatif de la pauvreté est dû pour moitié environ au progrès de la croissance économique et pour moitié à celui de la consommation. Les impacts peuvent être considérables. Une chute de quatre millièmes du taux net de natalité, par exemple, se traduirait dans la prochaine décennie par une baisse de 2,4 % du nombre de personnes vivant dans la pauvreté absolue.

LES DIFFÉRENTES PHASES DE LA TRANSITION Les effets ne sont pas les mêmes aux différentes phases de la transition de taux élevés à de faibles taux de fécondité et de mortalité. D'abord, quand la mortalité baisse et que davantage de nourrissons et d'enfants survivent, les dépenses consacrées à couvrir les besoins des enfants augmentent et la croissance économique se ralentit. Quand la fécondité baisse et que la croissance démographique se ralentit, la croissance économique s'accélère.

Aux premières phases de la transition, l'écart entre les ménages pauvres et les autres peut en fait s'élargir, parce que la baisse de la fécondité commence parmi les plus aisés et ce sont eux qui en recueillent le plus grand avantage. À mesure que les familles pauvres accèdent à la transition (qui ne s'est produite que lentement en de nombreuses parties du monde), la pauvreté et l'inégalité commencent à diminuer.

L'aggravation de l'inégalité dans les premières phases de la transition démographique a un effet spécifique sur les individus qui dépassent légèrement le seuil de pauvreté. Il suffit d'une légère diminution des ressources ou d'une légère augmentation des besoins pour les faire passer au-dessous du seuil de pauvreté.¹⁴ Une fécondité élevée, d'autre part, semble bien avoir plus d'impact sur la profondeur de la pauvreté que sur le nombre des pauvres.¹⁵

Plus pauvre est un pays et plus élevée est la fécondité quand elle commence à baisser, plus grande est la contribution de la baisse de la fécondité à la réduction de la pauvreté. Les effets positifs augmentent à mesure que progresse la transition démographique. Plus vite la fécondité baisse, plus grands sont les bénéfices potentiels de la prime démographique, mais plus court est le temps durant lequel en tirer profit.

LES FACTEURS FAVORABLES Les changements démographiques agissent en connexion avec les marchés, les institutions et la politique gouvernementale. L'impact de la baisse de la fécondité sur la pauvreté sera plus marquée là où les marchés du travail et les systèmes scolaires fonctionnent bien et où les parents sont disposés à investir dans l'éducation de leurs enfants.

Les politiques économiques et sociales importent. Conjuguées avec l'accès à l'information et aux services de santé en matière de reproduction, elles peuvent accélérer la réduction de la pauvreté.

Les nouvelles perspectives ouvertes aux femmes renforcent les effets de la prime démographique à mesure que change la structure des âges. La participation des femmes à la population active contribue aussi à la croissance économique, surtout quand les salaires sont équitables et que le recul de la fécondité est lié à l'augmentation de l'emploi féminin.

L'amélioration du niveau d'instruction des femmes et la demande accrue de main-d'oeuvre par un secteur structuré en développement ont pour effet d'accroître le « coût d'opportunité »

IO

FACILITER L'ALLÈGEMENT DE LA PAUVRETÉ AU MEXIQUE

Le plus récent programme de pays de l'UNFPA au Mexique a été centré sur cinq des États les plus pauvres : Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca et Puebla. Plusieurs projets novateurs ont établi un lien entre l'allègement de la pauvreté et la santé en matière de reproduction.

Dans l'État de Chiapas, les agents de la promotion sanitaire et les sages-femmes ont été formés à promouvoir le recours à des services de santé en matière de reproduction qui soient de qualité. On a mis au point des matériels éducatifs où sont traitées les questions des droits en matière de reproduction, de l'égalité des sexes, de la sexualité, de la violence familiale et de la santé en matière de reproduction et de sexualité. Les femmes autochtones ont reçu de l'aide concernant les soins aux enfants et la nutrition. Les hommes aussi ont été encouragés à participer à l'amélioration de la santé en matière de reproduction.

Dans sept pauvres régions rurales et 42 communes dont la population est principalement autochtone, des services de santé en matière de reproduction ont été implantés et les assistants sanitaires de communauté ont été formés à dispenser aux adolescents une éducation sanitaire. Les jeunes ont participé aux efforts faits pour resserrer les liens entre prestataires de services et communautés, et il a été prêté appui à une institution qui se consacre à aider les jeunes ruraux à surmonter les obstacles culturels et linguistiques. Le projet a d'autre part facilité les échanges d'expérience entre sages-femmes des zones rurales.

L'accent a été mis sur la maternité sans risque dans cinq communes de l'État de Chiapas en formant des accoucheuses traditionnelles et par des programmes radiodiffusés dans les langues autochtones locales.

Dans quatre secteurs urbains marginaux et 18 secteurs ruraux de l'État d'Hidalgo, les services de santé en matière de reproduc-

tion ont été étoffés avec la mise en place de brigades sanitaires itinérantes; le personnel médical et les agents sanitaires de communauté ont reçu une formation, en même temps qu'un système d'évaluation de la qualité des services était créé. Dans l'État d'Oaxaca, les efforts de formation ont été centrés sur la maternité sans danger et sur l'équité entre les sexes à l'intention des migrantes, en particulier des travailleuses agricoles.

En outre, l'UNFPA a fourni un appui technique aux organismes de planification de la population dans cinq États à rang élevé de priorité afin d'avancer la stratégie nationale d'allègement de la pauvreté, en les aidant à améliorer la capacité locale de choisir les sites les plus appropriés pour l'exécution de programmes. Cette initiative couronnée de succès a encouragé le Gouvernement à mobiliser les ressources internes et celles de donateurs pour élargir les activités de ce type.

d'une fécondité élevée : en ayant davantage d'enfants, les femmes perdent du revenu et d'autres possibilités. L'amélioration du niveau d'éducation et la baisse de la fécondité peuvent se combiner pour produire une conjoncture favorable où la main-d'oeuvre augmente plus vite que la population d'âge actif.

EFFETS DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE SUR LES PAUVRES

Les effets de la transition démographique varient selon les groupes. Les couples pauvres, agissant en fonction de la manière dont ils perçoivent leur meilleure stratégie de survie et de succès, commencent à avoir des enfants plus tôt, en plus grand nombre et avec un moindre écart entre les naissances, et font ainsi plus que compenser les effets d'une mortalité infantile élevée.

LES NORMES RELATIVES AU NOMBRE D'ENFANTS Le nombre d'enfants et le niveau de bien-être familial ne sont pas seulement une question de choix et de comportement individuels. Les choix sont affectés par les normes sociales, les relations entre les sexes, les politiques et les institutions.

Dans le passé, les familles nombreuses étaient la norme. Dès qu'une femme se mariait, sa fécondité n'était pas une question de choix. Une femme qui avait de nombreux fils était honorée et à l'abri de tout danger : les fils (et à un moindre degré les filles) apparaissaient comme une bénédiction divine. Ils étaient nécessaires en raison de leur contribution à l'activité économique ou à la vie du ménage, pour prêter assistance dans la vieillesse, et pour accomplir des pratiques culturelles. Aujourd'hui, de telles justifications ont moins de force.

Les familles nombreuses épuisent la capacité des pauvres de subvenir aux besoins des enfants. Quelles que soient les économies d'échelle qu'elles autorisent – par exemple, le partage de l'espace habitable ou le port de vêtements par plusieurs frères ou soeurs suc-

cessivement –, celles-ci sont plus que contrebalancées par l'augmentation des dépenses et la rareté des ressources pour couvrir des besoins qui sont tous essentiels. (Plus de 70 % de la part du revenu consacrée à la consommation dans les familles proches du seuil de pauvreté sont absorbés par l'achat de vivres.¹⁶) Comme les gouvernements cherchent à s'assurer des redevances pour une gamme de services, dont l'éducation, la santé et les transports, les familles nombreuses sont de plus en plus désavantagées.

Les pauvres manquent d'éducation en général et d'éducation sanitaire en particulier. Ils ne peuvent non plus obtenir de traitement en cas de maladie ni de fonds pour les soins nécessaires. Parmi les groupes de population pauvres, la mortalité commence à baisser plus tard que parmi les plus aisés. L'incitation à réduire la fécondité apparaît encore plus lentement en ce qui les concerne.

Ces retards imposent aux pauvres un plus lourd fardeau. Dans les ménages dont les avoirs sont maigres, le risque de malnutrition est plus élevé quand les naissances se succèdent à moins de deux ans d'intervalle. La santé et l'éducation y perdent énormément.¹⁷

LES OCCASIONS MANQUÉES Avec de meilleurs soins de santé, des services de meilleure qualité et plus accessibles, un niveau d'éducation plus élevé et des choix plus larges offerts aux femmes, des millions de personnes ont opté dans de nombreux pays pour des familles moins nombreuses.

Les plus pauvres ont manqué ces occasions. Ils n'ont pas l'information ni l'appui qui leur permettraient de reconnaître les changements recommandant d'avoir moins d'enfants et d'investir davantage dans la santé et l'éducation de ces enfants moins nombreux.¹⁸ Pour cette raison, ils attendent des avantages que les familles nombreuses ne fournissent plus : par exemple, les gains tirés du travail des enfants. Ils croient encore avoir besoin de

L'« assurance » que les familles nombreuses fournissaient jadis, bien que les enfants aient aujourd'hui beaucoup plus de chance de survivre jusqu'à ce que leurs parents aient atteint la vieillesse.

Dans les familles pauvres, les femmes et les filles qui n'ont qu'une faible part à la prise de décisions et à l'affectation des ressources supportent les coûts plus lourds d'une fécondité élevée, mais elles ne tirent aucun profit des gains immédiats quand la fécondité baisse. Elles mettent en question moins souvent que les hommes l'état de choses qui limite leur accès à l'information et aux services de santé en matière de reproduction.

Les pauvres ont besoin d'investissements qui renforcent les services et institutions et qui ouvrent de nouvelles possibilités à tous, particulièrement aux femmes. Ces investissements conduiront à l'amélioration de la santé publique, permettront aux parents d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent, encourageront une nouvelle baisse de la fécondité désirée et rendront possible de recevoir une meilleure éducation et de faire les choix essentiels de la vie. Le processus aura pour effet de hâter l'accumulation du « capital humain » nécessaire à un développement accéléré et viable à long terme. La grande difficulté est de garantir que les pauvres ne seront pas exclus de ces possibilités.

Mondialisation et pauvreté

La mondialisation devrait ouvrir de nouvelles possibilités aux pauvres, mais souvent ce n'est pas le cas. La mondialisation ouvre les marchés, mais les marchés ne peuvent étendre leurs avantages qu'à ceux qui ont part à leurs activités. Les plus pauvres sont exclus, presque par définition, excepté au niveau le plus bas des activités du marché.

Une économie de marché fait généralement monter le prix des biens et services essentiels, c'est-à-dire les vivres, l'eau, le logement et l'énergie, tandis que les salaires les plus bas ne suivent pas le rythme de cette augmentation, et les non-salariés découvrent que même les produits bon marché cessent d'être à leur portée. La « libéralisation » du marché pour les produits de première nécessité a en fait jeté beaucoup de gens dans la pauvreté, loin de les en libérer. Les marchés visent à maximiser le profit, non à attaquer la pauvreté.

Les pauvres n'offrent qu'une modeste occasion de profit, et en trouvent une encore moindre. La mondialisation, telle qu'elle est actuellement pratiquée, peut augmenter le nombre d'emplois au bas de l'échelle des revenus. Parfois, elle a l'effet opposé : l'ouverture des marchés, par exemple pour les produits agricoles, a concentré l'activité économique et rendu l'agriculture de subsistance non rentable.

De nombreux travailleurs agricoles sont allés au-devant d'un avenir incertain dans les villes. Cet exode peut avoir un effet disproportionné sur les femmes, quant elles constituent une part essentielle de la main-d'œuvre agricole. La mondialisation a ouvert de nouvelles perspectives aux femmes sur le marché du travail urbain, mais avec de nombreux risques et de strictes limitations quant aux perspectives d'ascension sociale.

L'effet de la mondialisation apparaît aussi dans le transfert très rapide des biens sociaux – médicaments et technologie médicale, par exemple – de pays à pays, d'un groupe de population riche à un autre. Mais, de manière générale, la mondialisation a eu jusqu'à présent peu d'effets positifs sur la santé, l'éducation et les autres biens sociaux concernant les pauvres. De fait, c'est souvent le contraire.

Une pression considérable est exercée sur les pays en développement, sous la forme d'une restructuration économique, pour amputer les dépenses publiques et s'en remettre au marché. Mais les compressions des dépenses publiques sont très souvent opérées sans discrimination, avec suppression de l'appui aux services publics, tels que l'éducation et les soins de santé, dont les pauvres sont les principaux usagers. Le marché ne fournit pas ces biens aux pauvres, parce qu'il n'y a aucun bénéfice à en tirer.

Les pauvres ont besoin de politiques de mondialisation qui soient à leur avantage. Les recommandations à présenter dans ce domaine vont bien au-delà des limites du présent rapport, mais elles devraient inclure de nouvelles approches de la dette, des échanges et de la restructuration économique, aussi bien que faire une place à l'aide internationale. La Conférence sur le financement du développement, organisée par l'ONU en 2002, a appelé l'attention sur d'importants besoins et stratégies.

Dans la mesure où les politiques suivies dans ce domaine rendent les pauvres encore plus pauvres et aggravent l'inégalité, elles repoussent le moment où le créneau démographique s'ouvrira et où la croissance économique et la baisse de la fécondité se renforceront mutuellement. Pour tirer le meilleur parti de la mondialisation, une partie des gains économiques doit être réinvestie dans des programmes sociaux qui aident directement les pauvres.



4 les femmes et l'inégalité
entre les sexes

« Le renforcement des moyens d'action et de l'autonomie des femmes et l'amélioration de leur condition sur les plans politique, social, économique et sanitaire constituent en soi une fin de la plus haute importance. En outre, c'est là une condition essentielle du développement durable. Il est indispensable que la femme et l'homme participent et collaborent tous deux pleinement dans le cadre de la vie productive et de la procréation et partagent notamment la charge de prendre soin des enfants et de les élever et de contribuer à l'entretien du ménage. »

– Conférence internationale sur la population et le développement, 1994

« L'égalité entre la femme et l'homme est une question de droits de la personne et une condition de la justice sociale; elle est aussi une condition préalable, nécessaire et fondamentale, de l'égalité, du développement et de la paix. »

– Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 1995

Sept années se sont écoulées depuis que la quatrième Conférence mondiale sur les femmes a pris note de la « féminisation de la pauvreté » et que les nations du monde se sont engagées à oeuvrer pour l'égalité des sexes et le développement social en tant que moyen de renverser cette tendance. Il est très généralement reconnu que les femmes aussi bien que les hommes portent activement intérêt au développement économique et social et qu'elles devraient participer à la planification et à l'exécution des stratégies visant à éliminer la pauvreté.

Depuis le Sommet du Millénaire, tenu en 2000, le souci de mettre fin à la pauvreté s'est intensifié dans la communauté internationale et le système des Nations Unies, mais il n'y a pas d'efforts aussi systématiques pour mettre fin à la pauvreté parmi les femmes.

Plus de femmes que d'hommes vivent dans la pauvreté, et l'inégalité a augmenté au cours de la dernière décennie, surtout dans les pays en développement. Les inégalités entre les sexes dans la santé (voir chapitre 5) et l'éducation (voir chapitre 7) sont plus marquées parmi les pauvres, plus marquées dans les pays pauvres que dans les autres, bien que l'écart se soit amoindri au cours des 30 dernières années.

Les inégalités entre les sexes persistent parce que les institutions sociales et juridiques ne garantissent pas aux femmes l'égalité des droits juridiques fondamentaux et des droits de l'homme, dans l'accès à la terre ou à d'autres ressources ni dans leur possession, dans l'emploi et les rémunérations, dans la participation sociale et politique. Ces inégalités ont de graves conséquences, non seulement pour les femmes elles-mêmes, mais aussi pour leurs familles et la société en général.

Comme une récente étude l'a signalé, « les préjugés sexuels inscrits dans les institutions, les marchés et les processus économiques n'ont pas encore été attaqués de front et sont renforcés par certaines politiques macroéconomiques et stratégies de développement. De ce fait, de nombreuses femmes sont privées de toute indépendance et de tout pouvoir. »¹

Mesurer l'inégalité entre les sexes

La mesure des différences de revenu ou de consommation est la méthode habituelle d'apprécier la profondeur de la pauvreté, mais les indicateurs ne sont généralement pas collectés ni présentés d'une manière sensible aux sexes.

Les chiffres indiquent quelle proportion de la population a un revenu inadéquat, mais non pas combien de femmes ni combien d'hommes.

Les rapports de force, la nutrition, la santé, la manière dont le temps est réparti sont peut-être des indicateurs plus importants que le revenu des différences de bien-être entre hommes et femmes. Certains indicateurs sociaux, notamment les taux de mortalité des adultes et des nourrissons, peuvent différer davantage en fonction du revenu parmi les femmes que parmi les hommes.²

LES INDICATEURS DE LA PAUVRETÉ Les tentatives faites pour concevoir un indicateur de la pauvreté sensible aux sexes ont consisté à comparer l'incidence de la pauvreté monétaire ou de la pauvreté mesurée par la consommation entre les ménages dirigés par une femme et ceux dirigés par un homme.³ Il est difficile de comparer les résultats à cause des différences de méthodologie, mais un examen a montré que sur 61 études de ce type, 38 avaient établi que les ménages dirigés par une femme étaient surreprésentés parmi les pauvres.⁴

Une constatation plus frappante est que les femmes vivant dans la pauvreté dans des ménages dirigés par un homme sont incomparablement plus nombreuses que les hommes vivant dans la pauvreté dans des ménages dirigés par une femme. Parce que les ménages dirigés par une femme ne représentent qu'une faible proportion de la population, leur contribution à la pauvreté totale est faible comparée à celle de toutes les femmes vivant dans la pauvreté.

Cette approche se heurte à de nombreux problèmes, car les définitions de la femme chef de ménage varient considérablement.⁵ Un utile indicateur de rechange sensible aux sexes est le ratio sexe/pauvreté, c'est-à-dire le nombre de femmes pour 100 hommes dans le quintile le plus pauvre de la population ou vivant au-dessous du seuil de pauvreté. Des données du début des années 90 montrent que ce ratio est extrêmement variable, allant de 93 au Népal à 130 au Bangladesh, et atteignant jusqu'à 190 au Botswana.⁶

LES INDICATEURS SOCIAUX Un indice de l'inégalité des sexes dans le ménage utilise des données en provenance de 40 pays en développement⁷ et quatre critères : travail rémunéré de la femme, ou absence de ce travail; âge de la femme au premier mariage; différence d'âge entre la femme et son partenaire; différence du nombre d'années d'éducation.

Un indice de l'inégalité des sexes dans la société comprend aussi quatre critères : différence de poids des filles et des garçons âgés de moins de 5 ans; pourcentage des filles dans le nombre total d'enfants âgés de moins de 5 ans; différence du nombre de filles et de garçons de moins de 5 ans vaccinés; et différence du nombre d'années d'éducation des hommes et femmes adultes.

Cet indice montre que les femmes ont généralement un moindre niveau d'éducation que leur mari, la différence étant la plus grande en Asie du Sud et la plus faible en Amérique latine. L'âge du mariage est pour les femmes le plus bas en Asie du Sud et le plus élevé en Amérique latine. Les différences entre le nombre souhaité de filles et de garçons par région sont, de la même manière, les plus grandes en Asie du Sud et les plus faibles en Amérique latine. En ce qui concerne les soins de santé préventive, les garçons reçoivent aussi la plus nette préférence en Asie du Sud, ce qui donne à penser que la préférence pour les garçons est sans doute plus marquée dans les pays où les femmes ont un statut inférieur.

LES DROITS DE L'HOMME Les données provenant de plusieurs études sur les droits politiques, ethniques et sexes spécifiques portant sur plus de 100 pays, menées en 1985 et 1990,⁸ permettent d'établir des indices de respect des droits de l'homme, la note allant

II AFFRANCHIR LES FEMMES PAUVRES EN IRAN Le programme d'assistance de l'UNFPA en Iran est centré sur cinq des régions les plus démunies, difficiles à atteindre et écartées, et qui ont les indicateurs les plus faibles pour la santé et l'éducation : provinces de Sistan et Baluchistan, Bushehr, Golestan et Kordestan; et Islamshahr dans les faubourgs de Téhéran.

Le Fonds coopère avec le Centre pour la participation des femmes afin d'introduire un programme pilote de production de revenu à l'intention des femmes pauvres dans un certain nombre de villages. Grâce à un mécanisme de fonds autore-nouvelable, les femmes chefs de famille ont reçu des prêts pour l'élevage du bétail, le tissage de tapis, la couture et la pêche.

Une autre initiative, projet conjoint avec le Mouvement pour l'alphabétisation, combine l'alphabétisation et l'acquisition de savoir-faire avec une éducation à la santé en matière de reproduction. Après avoir suivi la formation jusqu'à son terme, les femmes reçoivent un capital d'amorçage pour commencer les activités auxquelles elles ont été formées.

de 1 (tendance persistante à la violation des droits) à 4 (respect absolu des droits et libertés). Sur les 40 indices collectés, plusieurs ont trait à l'égalité entre les sexes en matière de droits – égalité politique et juridique, égalité sociale et économique, égalité dans le mariage et les procès de divorce.

Ces indices montrent qu'une tendance à l'égalité des droits entre les sexes s'est manifestée dans la plupart des régions depuis 1985, mais que les femmes continuent à être défavorisées par rapport aux hommes sur le plan des droits fondamentaux et du statut associé à l'exercice de ces droits. Pour les droits politiques et juridiques, toutes les régions en développement reçoivent une note de 2 (violations fréquentes) ou 3 (manquements occasionnels).

De manière générale, l'inégalité entre les sexes est plus marquée sur le terrain des droits sociaux et économiques que sur celui des droits juridiques et politiques, particulièrement en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. L'Europe de l'Est et l'Asie centrale, ainsi que l'Asie de l'Est et le Pacifique, font exception à cet égard.

Enfin, les inégalités entre les sexes varient le plus selon les régions en ce qui concerne les droits dans le mariage et le divorce. En Europe de l'Est et en Asie centrale, les femmes se rapprochent le plus d'une égalité relative, tandis qu'elles en sont le plus éloignées en Asie du Sud, en Afrique subsaharienne, dans le Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Ces mesures montrent le lien entre l'inégalité entre les sexes et, d'autre part, la santé des femmes en matière de reproduction aussi bien que la santé et la nutrition de leurs enfants. En Égypte, les notes attribuées concernant la prise de décisions et la liberté de mouvement augmentent parallèlement à une probabilité accrue de recours à la contraception,⁹ et l'affranchissement des femmes contribue à la survie des nourrissons et à leur complète immunisation.

L'inégalité économique

TRAVAIL RÉMUNÉRÉ ET NON RÉMUNÉRÉ En de nombreux pays en développement, les femmes sont responsables de la production agricole et accomplissent un travail rémunéré aussi bien qu'un travail non rémunéré. Le travail non rémunéré va des soins aux enfants, aux personnes âgées et aux malades jusqu'à l'agriculture de subsistance et aux besognes domestiques, qui dans les pays en développement peuvent comprendre des kilomètres de marche pour chercher le combustible et l'eau.¹⁰

De récentes enquêtes sur le mode d'utilisation du temps montrent qu'au moins la moitié du temps de travail total des femmes est consacrée au travail non rémunéré. Les données en provenance de neuf pays en développement ont montré des différences encore plus grandes, les femmes consacrant en moyenne 34 % de leur temps à un travail rémunéré et 66 % à un travail non rémunéré, contre 76 % et 24 %, respectivement, pour les hommes.¹¹

Dans les zones rurales du Népal, les hommes consacrent huit heures par jour au travail rémunéré et deux heures seulement à la production destinée à leur famille, tandis que les femmes consacrent 7,4 heures au travail rémunéré et 5 heures à la production destinée à leur famille. En outre, les femmes mènent plusieurs occupations de front, par exemple prenant soin des enfants tout en travaillant au foyer ou dans les champs.¹²

La recherche conduite dans 31 pays, tant industrialisés qu'en développement, sur le temps que femmes et hommes consacrent aux activités rémunérées et non rémunérées¹³ montre ce qui suit :

- Dans presque tous les pays, les femmes travaillent plus longtemps que les hommes. Elles assument 53 % du volume total de travail dans les pays en développement et 51 % dans les pays industrialisés.
- Dans les pays industrialisés, les deux tiers environ du temps total de travail des hommes sont consacrés à des activités prises en compte dans la mesure du PIB, et un tiers à des activités non rémunérées; pour les femmes, la proportion est inversée. Dans les pays en développement, plus des trois quarts du travail des hommes sont inclus dans la comptabilité nationale.
- Les femmes à faible revenu ont des journées de travail plus longues que les femmes à revenu plus élevé, au détriment de leur santé et de leur état nutritionnel.¹⁴

Quand le temps consacré à la production destinée à la famille est compris dans les calculs, la contribution des femmes au revenu des ménages varie entre 40 % et 60 %.

La production des femmes non rémunérées constitue un élément capital s'agissant de déterminer la qualité de vie et influe directement sur la santé, le développement et le bien-être général des enfants et des autres membres du ménage. Pourtant, la voix et l'expérience vécue des femmes – que ce soit comme travailleuses (rémunérées et non rémunérées), citoyennes ou consommatrices – sont encore généralement absentes des débats sur la finance et le développement.¹⁵

LES EFFETS DE L'INVISIBILITÉ Les différentes caractéristiques du travail des hommes et des femmes, et l'« invisibilité » du travail non rémunéré qui n'est pas compris dans la comptabilité nationale ont pour résultat que les femmes peuvent prétendre à moins d'avantages que les hommes. Cette inégalité perpétue à son tour l'écart entre les sexes sur le plan des capacités.

Par exemple, quand les filles atteignent l'adolescence, on attend généralement d'elles qu'elles passent plus de temps à des activités domestiques, tandis que les garçons passent plus de temps

sur l'exploitation agricole ou à un travail rémunéré. Quand filles et garçons atteignent l'âge adulte, elles ont généralement des journées de travail plus longues qu'eux, une moindre expérience du marché du travail et elles gagnent un revenu moindre.¹⁶

Cet état de choses comporte des implications pour les investissements dans la génération suivante. Si les parents croient que leurs filles ont moins de chance de prendre un emploi rémunéré et de gagner un salaire, ils seront peut-être moins inclinés à investir dans leur éducation, qui est le moyen le plus rapide pour les femmes d'échapper à la pauvreté.¹⁷

LE DOUBLE FARDEAU Davantage de femmes ont aujourd'hui un emploi rémunéré dans l'industrie et les services. Dans la plupart des pays en développement, un nombre croissant de femmes sont des employeurs ou des travailleurs indépendants, le plus souvent dans l'agriculture et dans le secteur non structuré des petites et microentreprises.¹⁸ Mais le fait d'accéder au marché du travail peut laisser les femmes à court de temps et d'argent. Elles ont une double journée de travail, la seconde au foyer. Elles gagnent souvent moins que les hommes pour le même travail et elles ont moins d'occasions d'améliorer leurs compétences.

En outre, le travail non rémunéré des femmes et le besoin de biens et services qui ne se trouvent pas sur le marché augmentent avec les chocs économiques tels que ceux liés à une restructuration économique ou à la pandémie du VIH/sida, quand les gouvernements réduisent les services sociaux ou que leurs coûts non subventionnés deviennent inabornables. Durant ces périodes de crise, les femmes pauvres font davantage de travail non rémunéré, travaillent de plus longues heures et acceptent des conditions de travail dégradantes, dans le seul but d'assurer la survie de leurs familles.¹⁹

L'ACCÈS AUX RESSOURCES Les femmes ont aujourd'hui plus d'occasions d'investir dans le « capital humain » et d'en tirer parti, par exemple sur les plans de l'éducation et de la santé, mais le progrès a été plus lent ces dernières décennies s'agissant de leur garantir l'accès à l'argent et à la terre. Cet état de choses a un coût élevé au niveau tant de l'individu que du ménage.

LE RAPPORT DE FORCE DANS LE MÉNAGE De nombreuses décisions relatives à la répartition des ressources entre hommes et femmes sont prises au sein des familles. Ce n'est pas un processus simple; il suppose une négociation et l'intervention de rapports de force, qui sont à leur tour façonnés dans une grande mesure par le contexte social.

Le contrôle des ressources est déterminé en partie par ce que chacun apporte au foyer – biens matériels, salaires ou autres types de revenu, transferts de fonds ou prestations sociales qui peuvent influencer sur sa capacité de négociation. La menace de se retirer du foyer renforce la position du négociateur, à condition que cette menace soit crédible. Ce sont les hommes qui en font usage le plus fréquemment, face à leurs épouses, à leurs filles et aux autres femmes de la famille.

Certaines influences extérieures, comme les droits juridiques et le soutien de la communauté, peuvent rendre plus fréquente une prise de décisions commune. Les femmes peuvent aussi mobiliser leur réseau pour renforcer leur position de négociatrice. L'appartenance à des organisations, l'accès à des réseaux familiaux ou sociaux et d'autres formes de « capital social » peuvent ajouter à la position de la négociatrice dans le ménage.

De nombreux facteurs dépendent de l'individu, tels que la connaissance de ses droits personnels et une confiance en soi suffisante pour en faire usage. L'éducation confère un grand avantage, de même que la force physique.

Les récentes enquêtes sur les ménages de l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) montrent que l'apport personnel de chacun des époux a un impact sur sa position de négociateur face au conjoint. Dans cinq pays en développement étudiés – Afrique du Sud, Bangladesh, Éthiopie, Ghana et Philippines –, les hommes apportent en mariage plus de terres et d'avoirs que leur épouse. Dans la plupart de ces pays, les hommes ont aussi une scolarité plus longue.

Les avoirs de la femme peuvent néanmoins lui assurer une certaine indépendance et une marge d'influence sur la prise de décisions dans le ménage, notamment en ce qui concerne l'alimen-

I2 DES REVENUS ET UNE MEILLEURE SANTÉ POUR LES FEMMES LAOTIENNES

Grâce à l'assistance de l'UNFPA, la contribution économique des femmes apparaît maintenant aussi importante dans un village laotien que leur rôle de mère et d'épouse. D'autre part, les villageois ont désormais accès à l'information et aux services de santé en matière de reproduction, grâce aux efforts du Fonds et de ses partenaires nationaux, l'Union des femmes laotiennes et le Ministère de la santé.

Ban Bo Piet est un village composé de 54 ménages dans l'une des zones montagneuses les plus inaccessibles de la République démocratique populaire lao. Il a été fondé en 1993 par un groupe auparavant nomade qui pratique l'agriculture de subsistance sur coupe et brûlis. La pauvreté et la malnutrition étaient endémiques. L'agriculture s'oriente lentement vers la

production commerciale, avec la culture du riz et l'élevage des porcs.

L'UNFPA a aidé à lancer un fonds d'amorçage pour que les femmes de la communauté puissent commencer à cultiver la cardamome, culture de rapport respectueuse de l'environnement. Le village compte deux volontaires de la santé en matière de reproduction, qui fournissent une information et des services, dont les conseils en matière de planification familiale. L'une d'entre elles vient d'assister à un cours sur l'égalité des sexes et sur la santé en matière de reproduction organisé par l'Union des femmes laotiennes avec le soutien de l'UNFPA.

« Avant que je devienne volontaire, personne dans mon village ne savait rien de la planification familiale, des problèmes d'égalité des sexes ou de la participation masculine », déclare-t-elle. « Nous avons

l'habitude de nous marier très jeunes, nous faisons tout le travail à la maison et nous n'avons pas de temps de reste pour nous-mêmes ni pour aider dans les champs, surtout si nous avons beaucoup d'enfants. Maintenant, nous sommes informées de la manière de prévenir le VIH/sida, des méthodes de planification familiale et de l'emplacement des services de santé. Nous avons aussi encouragé nos maris à nous aider au foyer. »

« Nous appuyons tous le programme de santé en matière de reproduction parce qu'il nous aide à échapper au cycle de pauvreté », déclare le chef du village. « Nous comprenons fort bien que l'amélioration de l'état de santé des femmes est lié à des familles moins nombreuses et à une meilleure nutrition pour nos enfants. »

tation, l'éducation, la santé et l'habillement des enfants. Même là où les maris contrôlent la plus grande partie des ressources, comme au Bangladesh, les avoirs de la femme ont un effet positif sur les dépenses consacrées à l'habillement et à l'éducation des enfants, et réduisent d'autre part le taux de morbidité des filles.

RÉDUIRE L'INÉGALITÉ ENTRE LES SEXES Les programmes qui réduisent l'inégalité entre les sexes peuvent améliorer sensiblement le bien-être des individus et des ménages, en même temps qu'accélérer la croissance économique du pays.

Si l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et l'Asie occidentale avaient eu en 1960 le même ratio filles/garçons pour les années de scolarité que l'Asie de l'Est, et s'ils avaient refermé l'écart au rythme suivi par l'Asie de l'Est de 1960 à 1992, le revenu par habitant aurait pu y augmenter de 0,5 à 0,9 point de pourcentage de plus par an, ce qui représenterait une augmentation substantielle par rapport aux taux réels de croissance, qui sont de 0,7 % par an pour l'Afrique subsaharienne, 1,7 % pour l'Asie du Sud et 2,2 % pour l'Asie occidentale.²⁰

La recherche de l'IFPRI montre que si les inégalités sont réduites au sein du ménage en égalisant le capital humain, la terre et les intrants utilisés par les femmes peuvent accroître le rendement des récoltes de 20 à 25 %.²¹ Au Kenya, en donnant aux agricultrices la même éducation et les mêmes ressources qu'aux agriculteurs, on a augmenté les rendements de 22 %.²²

DES INITIATIVES DANS LE SECTEUR DE L'ÉDUCATION

L'attribution de bourses aux filles et des programmes d'incitation visant à accroître l'inscription des filles dans les établissements scolaires, comme il a été fait au Bangladesh et au Mexique, déterminent les parents à envoyer leurs filles à l'école.

Les programmes ont eu un puissant effet sur le revenu, l'éducation, la nutrition, la santé et le sentiment chez les femmes d'accéder à l'autonomie. Le taux de scolarisation des garçons (surtout au-delà de l'enseignement primaire) a augmenté parce qu'ils travaillent moins au domicile ou ailleurs. Le taux de scolarisation secondaire féminin a augmenté de 14 % au moins.

En améliorant l'éducation des femmes, on réduit aussi la malnutrition des enfants. Une récente étude montre que l'amélioration du niveau d'éducation des femmes a contribué plus que tout autre facteur à réduire le taux de malnutrition des enfants, à concurrence de 43 % de la réduction totale. La disponibilité accrue des vivres a été ici le deuxième facteur, mais loin derrière (26 %).²³

En supprimant l'écart entre les sexes dans l'éducation, on aide aussi les femmes à réduire leur fécondité et à améliorer les chances de survie des enfants.²⁴ Une étude a établi qu'une année supplémentaire de scolarisation des filles réduisait la fécondité totale de 0,23 naissance,²⁵ et une autre que cette réduction était de 0,32 naissance.²⁶

Dans les pays où les filles ont deux fois moins de chance que les garçons de fréquenter l'école, on compte en moyenne 21,1 décès de nourrisson de plus pour 1 000 naissances vivantes que dans les pays où les enfants des deux sexes ont une chance égale, compte tenu des autres facteurs.²⁷

LE CRÉDIT ET L'AFFRANCHISSEMENT Le succès des programmes de crédit destinés à des groupes, comme celui de la Banque Grameen, a été attribué en partie à un mécanisme de prêts et d'appui à travers lequel le groupe confère à chaque femme une liberté d'action. Les ONG efficaces ont élaboré des objectifs d'affranchissement explicite qui vont au-delà de l'affranchissement économique et comprennent la prise de conscience des droits juridiques, la participation politique et le recours à la contraception.

I3 UNE TENDANCE À FAVORISER LES GARÇONS SUR LE PLAN ALIMENTAIRE?

Y-a-t-il une inégalité entre les sexes dans l'alimentation des enfants? Les données ne vont pas toutes dans le même sens. Les filles sont défavorisées sur ce plan dans l'Asie du Sud (et aussi dans certaines parties de la Chine), mais moins qu'auparavant. Les Enquêtes démographiques et sanitaires menées dans 40 pays en développement ne montrent pas que les garçons soient sensiblement mieux nourris, sauf au Bangladesh et au Népal.

I4 PROMOUVOIR LA SANTÉ, LA NUTRITION, L'ÉDUCATION ET LE RESPECT DE SOI

PROGRESA (*Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación*) a instruit les Mexicaines des problèmes de santé et de nutrition, leur a fourni de nouveaux espaces où communiquer avec d'autres femmes, a dispensé une éducation aux filles afin d'améliorer leur position dans l'avenir et rehaussé leur confiance en soi et leur respect de soi. Le programme a commencé en 1997 au niveau national afin de combattre l'extrême pauvreté dans les zones rurales du Mexique.

Avec un budget de 500 millions de dollars, PROGRESA offre une aide monétaire, des suppléments nutritionnels, des bourses d'enseignement et un ensemble de mesures sanitaires de base aux familles pauvres pendant trois années consécutives au moins. L'une des innovations est de remettre l'argent directement aux femmes, plaçant un complément de ressources sous leur contrôle et élargissant leur liberté d'action.

LA GOUVERNANCE En améliorant l'égalité entre les sexes, on garantit aussi que les femmes sont pleinement représentées à tous les niveaux de prise de décisions. Les femmes doivent être en mesure à la fois de participer directement à la définition des politiques fiscale, sanitaire, foncière et budgétaire, et de tenir les décideurs pour responsables de l'impact de ces politiques.

L'amélioration de l'égalité entre les sexes peut améliorer la gouvernance. D'après certains rapports, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de corrompre et de se laisser corrompre.²⁸ Les données en provenance de 98 pays, à revenu élevé ou faible, montrent que la corruption, mesurée au moyen d'un « indice d'escroquerie », est moins répandue quand les femmes occupent une importante fraction des sièges parlementaires et de hautes positions au sein du personnel gouvernemental, et qu'elles forment une plus importante fraction de la main-d'oeuvre.

Le progrès le plus spectaculaire dans la représentation des femmes s'est produit en Afrique du Sud, où la première élection après la fin de l'apartheid a vu la proportion des sièges qu'elles occupent au Parlement national passer de 1 % à 30 %. Les pressions exercées par la suite en faveur d'innovations sensibles aux sexospécificités, comme la création d'un budget soucieux de l'égalité des sexes – qui analyserait les impacts des différents revenus et dépenses du gouvernement sur les femmes et les hommes – attestent les effets de la participation des femmes.

Un certain nombre d'ONG du Bangladesh canalisent le crédit vers les femmes. La Banque Grameen et le Comité bangladais de progrès rural (BRAC) ont amélioré la mobilité des femmes, leur sécurité économique, leur contrôle sur le revenu et les avoirs, leur prise de conscience politique et juridique, et leur participation aux manifestations publiques et aux campagnes politiques.

Les programmes accroissent la demande de contraception et aident les femmes à surmonter les obstacles à l'utilisation de contraceptifs. Tant la Banque Grameen que le BRAC ont des programmes de prise de conscience de la planification familiale; avoir une famille peu nombreuse est l'une des 16 décisions que la Banque Grameen

invite toute femme à se fixer en mémoire.

Ni la Banque ni le BRAC n'ont offert de services de planification familiale (bien que le second ait récemment commencé à fournir des contraceptifs à certains de ses membres), mais cela semble moins important que l'effet de l'affranchissement économique sur les femmes : là où les services peuvent être obtenus auprès d'autres prestataires, l'affranchissement est lié à l'utilisation des contraceptifs.

Les femmes sentent que le crédit leur confère une liberté d'action, en dépit du supplément de travail qu'il entraîne : elles ont le sentiment de s'accomplir plus complètement et d'être mieux appréciées par les autres membres de la famille et par la communauté. L'effet qui en résulte sur le plan de la fécondité paraît s'ajouter à l'im-

pact des programmes de planification familiale et des autres interventions d'ordre sanitaire.

Les programmes de microcrédit ont un impact plus puissant si ce sont des femmes qui empruntent. L'emprunt féminin a un effet sensible sur sept de huit indicateurs : la scolarisation des garçons et des filles; les effectifs de la main-d'oeuvre féminine et masculine; le montant total des dépenses du ménage; l'utilisation de contraceptifs; la fécondité; et la valeur des avoirs de la femme autres que la terre. Par contre, l'emprunt masculin n'a d'effet sensible que pour trois indicateurs sur huit. La consommation du ménage augmente de 18 takas pour chaque tranche de 100 prêtée à une femme et de 11 takas pour chaque tranche identique prêtée à un homme.

Le VIH, la pauvreté et l'inégalité entre les sexes

Il y a 20 ans, au début de l'épidémie du VIH/sida, les femmes étaient rarement infectées. En 1997, au niveau mondial, les femmes représentaient 41 % de tous les adultes séropositifs. À la fin de 2001, elles en représentaient près de 50 % dans le monde entier et, dans l'Afrique subsaharienne, 58 %.²⁹

Les responsables reconnaissent aujourd'hui que les femmes sont infectées parce qu'elles sont des femmes. Le Premier Ministre du Mozambique, le Dr. Pascoal Mocumbi, a communiqué en 2001 que le taux global d'infection chez les filles et les jeunes femmes de son pays était le double de celui des garçons et des jeunes hommes : « Ce n'est pas parce que les filles ont de nombreux partenaires sexuels, mais parce que près de trois sur cinq sont mariées à l'âge de 18 ans, dont 40 % à des hommes bien plus âgés et ayant déjà une longue expérience sexuelle, qui risquent d'exposer leurs épouses au VIH/sida. L'abstinence n'est pas un choix possible pour ces très jeunes mariées. Celles qui tentent de négocier l'utilisation de préservatifs s'exposent fréquemment à être maltraitées ou rejetées. »

Le Dr. Mocumbi estime qu'aucune action efficace contre la pandémie n'est possible à moins que les dirigeants de l'Afrique subsaharienne ne reconnaissent que le sida se répand avant tout à travers des rapports hétérosexuels non protégés. Ce n'est pas seulement un problème de santé, a-t-il précisé, car contrairement aux maladies mortelles contagieuses que nous avons rencontrées le plus souvent dans le passé, le VIH/sida se transmet à travers le type de relations le plus intime et privé, ainsi que par les violences sexuelles et les rapports sexuels tarifés; les cas se multiplient à cause de la pauvreté des femmes et de l'inégalité entre les sexes.³⁰

LES FACTEURS SOCIAUX ET LES FACTEURS DE RISQUE

L'inégalité entre les sexes interdit aux femmes de refuser des pratiques dangereuses, conduit à des rapports sexuels imposés et à la violence sexuelle, les maintient dans l'ignorance des moyens de prévention, les condamne à recevoir après tous les autres des soins et un traitement capables de sauver leur vie et leur impose une charge écrasante avec les soins aux malades et aux mourants.

« Les femmes sont véritablement les plus vulnérables dans cette pandémie... Tant que l'égalité entre les sexes n'aura pas considérablement progressé, les femmes représenteront toujours la majorité des nouveaux cas d'infection. » C'est ce qu'a déclaré à un reporter, à la fin de 2001, Stephen Lewis, Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, pour le VIH/sida en Afrique.³¹

Les rôles sexospécifiques définis par la société déterminent la différence entre femmes et hommes dans l'accès aux ressources productives et dans la prise de décisions. La situation varie selon les sociétés, mais quelle que soit la superstructure, selon Lewis, les fondements de l'édifice social incorporent toujours un rapport de forces inégal, en faveur des hommes, dans les relations entre les sexes. Ainsi, ajoute-t-il, la réalité dans le monde entier est encore aujourd'hui que des millions de femmes sont soumises à une tyrannie sexuelle et contraintes d'avoir des rapports non protégés, sans préservatifs, « sans la capacité de dire non, sans le droit de négocier les rapports sexuels. »

La biologie travaille aussi contre les femmes : leur physiologie les rend plus vulnérables au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles. Les infections de l'appareil génital, qui prédisposent à l'infection par le VIH, sont plus facilement transmises aux femmes et moins aisées à diagnostiquer. Les égratignures et coupures du vagin subies durant des rapports sexuels violents ou imposés aggravent les risques.

LES FEMMES SONT PRÉSUMÉES TOUT IGNORER DES PROBLÈMES SEXUELS Dans de nombreuses sociétés, la culture locale impose aux femmes « gentilles » de ne rien savoir des problèmes sexuels et de rester passives dans toute situation comportant un aspect sexuel. Cela rend difficile aux femmes de s'informer des moyens de réduire les risques et plus difficile encore, même si elles sont informées, de négocier des rapports sexuels sans danger ou l'utilisation de préservatifs.³² Une étude menée en Zambie a révélé que 11 % seulement des femmes interviewées croyaient qu'une femme mariée pouvait demander à son mari d'utiliser un préservatif, même si elle savait qu'il avait visité des prostituées et risquait d'être infecté.

Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables et sous-informées. Dans 17 pays africains, les enquêtes ont indiqué que plus de la moitié des filles ne connaissaient aucun moyen de se protéger du VIH.³³ Pourtant, il y a de nombreux indices que les adolescentes sont sexuellement actives avant le mariage, comme le révèle le grand nombre des abandons scolaires liés à une grossesse. Le syndrome du « papa gâteau », bien qu'il y ait plus de rumeurs à leur sujet que de preuves de leur grand nombre, représente un autre danger pour les jeunes femmes. Les taux d'infection par le VIH des jeunes Africaines âgées de 15 à 19 ans seraient dans certaines zones urbaines de cinq à six fois plus élevés que ceux des jeunes hommes.³⁴

Les normes exigeantes de virginité et de fidélité appliquées aux femmes (mais non aux hommes), aussi bien que la « honte » qui empêche de discuter à découvert des problèmes sexuels, rendent très difficile aux femmes de chercher protection, traitement, voire information sur les maladies sexuellement transmissibles, et notamment le VIH/sida.

L'OPPROBRE La famille du mari et la communauté peuvent blâmer la veuve de son décès et refuser le soutien normalement accordé à elle-même et à ses enfants. La loi autorise peut-être la femme à hériter de la terre et des biens de son mari, mais les règles locales et coutumières l'emportent souvent dans la pratique. L'opprobre, conjugué avec la peur, a même provoqué des scènes de lynchage quand on découvre que les femmes sont atteintes de la maladie ou que, comme dans le cas de la jeune militante sud-africaine Gugu Dhlamini, elles avouent courageusement leur condition de séropositive.³⁵ Le résultat a été tragique pour de nombreuses femmes innocentes et leurs enfants.

LA DÉPENDANCE ÉCONOMIQUE La dépendance économique des femmes aggrave leur vulnérabilité au VIH. Bien que les femmes soient les principales productrices de vivres à travers une grande partie de l'Afrique, il est très possible qu'elles n'aient aucun droit sur la terre qu'elles cultivent ni sur les produits de leur travail. Les règles de succession peuvent dépendre de la pratique locale et les mettre en fait à la merci de la famille du mari.

Cette pauvreté, cette situation de dépendance économique, rendent impossible à de nombreuses femmes de négocier les termes de leur relation avec le mari ou de se dérober si cette relation les met en danger. Elles peuvent les obliger à endurer des violences familiales quotidiennes, qui aggravent le risque de contracter le VIH/sida et, en même temps, les détournent de rechercher un examen de dépistage et un traitement. Comme peu de possibilités leur sont laissées de gagner des moyens de subsistance indépendamment des hommes, de nombreuses femmes sont contraintes d'obtenir des ressources en accordant des faveurs sexuelles, ce qui aggrave les risques pour elles-mêmes et leurs clients.

UNE MESURE POUR L'HOMME, UNE AUTRE POUR LA FEMME

Le déséquilibre du rapport de force limite la liberté des femmes d'autres manières encore. Une étude menée en 1999 en Tanzanie a montré que, si les hommes recherchaient des services de dépistage et d'accompagnement psychologique sans consulter leur épouse, les femmes animées de la même intention s'estimaient contraintes de consulter leur mari.³⁶ Les enquêtes initiales, menées en Afrique, révèlent qu'au moment où les thérapies antirétrovirales deviennent disponibles, les centres de santé donnent la préférence aux hommes.

On attend des femmes qu'elles soient vertueuses et fidèles, prennent soin de leurs partenaires et enfants malades, soutiennent leurs familles et réconfortent les mourants. Pourtant, on leur refuse à elles-mêmes le soutien, l'information ou le traitement qui

pourrait sauver leur vie : et, quand leur partenaire meurt, elles sont tenues pour responsables.

La tragédie des femmes frappe aussi les générations suivantes. Les mères découvrent souvent qu'elles sont séropositives seulement en se rendant dans un dispensaire de soins prénatals. Le risque de transmission mère-enfant est élevé, mais les femmes sont bien peu aidées à réduire les risques – qu'il s'agisse de thérapie antirétrovirale, de conseils sur les dangers de l'allaitement naturel ou, au contraire, des substituts du lait maternel, ou de soins à délivrer de manière suivie.

Quand le traitement est offert, c'est le plus souvent pour une courte période, afin d'empêcher que le nourrisson ne soit infecté, mais en laissant la mère affronter la perspective de son propre décès et s'inquiéter du sort de ses enfants orphelins. Les jeunes enfants dont la mère meurt pour une raison quelconque courent eux-mêmes un risque de décès beaucoup plus grand; c'est le cas en particulier si la mère est morte du sida, en raison de la honte qui s'y attache et de la possibilité qu'eux-mêmes soient infectés.

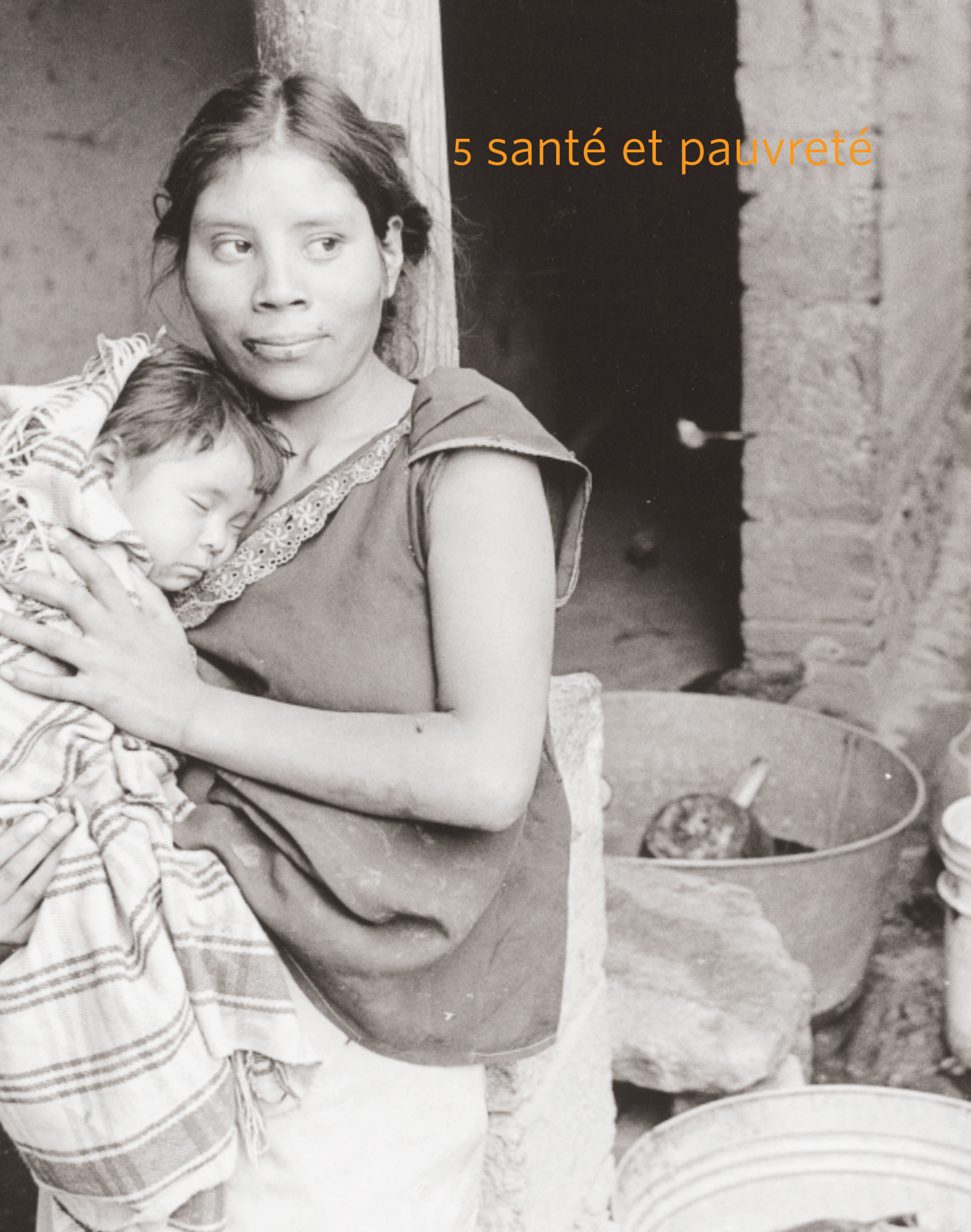
Les situations de conflit où le viol sert d'arme de guerre répanent la pandémie, car le virus est communiqué à travers les violences sexuelles. Aujourd'hui, au Rwanda, de nombreuses femmes qui furent violées durant le génocide meurent du sida et pour elles le génocide continue.

IL FAUT PRENDRE DES MESURES, AFFRANCHIR LES FEMMES

Pour faire face à la pandémie, prévenir la poursuite de sa diffusion et réduire l'incidence de nouvelles infections, il est capital d'affranchir les femmes. De manière plus urgente que jamais, il faut protéger et améliorer la santé des femmes, y compris la santé en matière de reproduction, et leur fournir l'information et les services à cette fin; amoindrir l'écart entre les sexes dans le domaine éducatif et rendre l'éducation universelle; améliorer l'accès des femmes aux ressources économiques, accroître leur participation politique, les protéger de la violence et les mettre en mesure de concrétiser leurs droits à la santé en matière de reproduction et de sexualité et à l'autodétermination. Un partenariat réel et égal avec les hommes figure au nombre des objectifs. Ceux-ci sont ambitieux mais réalistes, et plus que jamais nécessaires.

La communauté mondiale a mis au point un ensemble de formules pour faire face à l'inégalité. Les recommandations sont énoncées dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Programme d'action de la CIPD et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, et dans les examens de leur mise en oeuvre après cinq ans. Beaucoup de ces recommandations figurent également dans les MDG. Les pays vont-ils accélérer la mise en oeuvre de ces recommandations, et la communauté internationale leur fournira-t-elle des ressources supplémentaires pour ce faire?

5 santé et pauvreté



« Le plus grand ennemi de la santé dans le monde en développement est la pauvreté. »

Kofi Annan, Secrétaire général de l'ONU, dans une allocution à l'Assemblée mondiale de la santé, 2001

Les pauvres sont plus souvent malades que les plus aisés. Leur niveau général de santé et de bien-être est plus bas. Ils sont plus exposés aux maladies contagieuses¹ et ils sont moins résistants. Ils risquent davantage de vivre et de mourir dans des environnements dangereux. Ils ont moins d'aliments et un moindre accès à l'eau salubre.² Leur logement leur offre une moindre protection contre les variations climatiques et il est plus souvent surpeuplé.

Ils ont un moindre accès aux soins de santé, et les services qu'ils reçoivent sont de qualité médiocre et ne répondent pas à leurs besoins. Les médecins et les infirmières leur accordent moins de respect et de temps. Ils ont une moindre chance de se remettre complètement d'une maladie et ils meurent plus tôt. En outre, ils courent le risque de tomber encore plus avant dans la pauvreté parce que la mauvaise santé les a contraints d'arrêter leur travail et que les soins de santé sont trop chers pour eux.

Dans une enquête portant sur 41 pays, les pauvres ont placé la maladie au premier rang des causes de la misère et des raisons expliquant une chute dans la pauvreté.³ Ils vivent constamment dans la crainte de perdre des journées de travail et le revenu qu'ils en attendent. Beaucoup de ceux qui sont au bord de la pauvreté pourraient y tomber à la suite d'une maladie grave, et les pauvres ne sont pas plus éloignés de devenir totalement démunis. Les pauvres voient dans la mauvaise santé, la maladie et la pauvreté des maux indissolublement liés.⁴

Les individus pauvres et peu instruits sont plus exposés à avoir des emplois exigeant un grand effort physique; pourtant, leur condition physique est moins bonne⁵, et la malnutrition sape leurs forces.

La santé en matière de reproduction est une composante essentielle de l'état de santé général.⁶ Chez les femmes d'âge procréateur, la maladie est liée pour plus d'un cinquième à l'activité sexuelle et à la reproduction. Dans l'Afrique subsaharienne, la proportion atteint 40 %.⁷

16

LA PAUVRETÉ TUE Au niveau mondial, la relation est très marquée entre pauvreté et mauvaise santé : dans les pays les moins avancés, l'espérance de vie n'est que de 49 ans et un enfant sur dix n'achève pas sa première année de vie. Dans les pays à revenu élevé, par contre, la durée moyenne de la vie est de 77 ans, et le taux de mortalité infantile est de six pour 1 000 naissances vivantes.

Le sida est une maladie de la pauvreté et a jeté bien des familles dans la pauvreté. Dans les années 90, le sida a réduit de 0,8 % environ la croissance annuelle par habitant en Afrique. Les modèles statistiques font apparaître un avenir sombre. Dans les pays les plus touchés, le volume de l'activité économique pourrait être de 20 à 40 % plus réduit d'ici une vingtaine d'années par rapport à ce qu'il eût été sans le sida.⁸

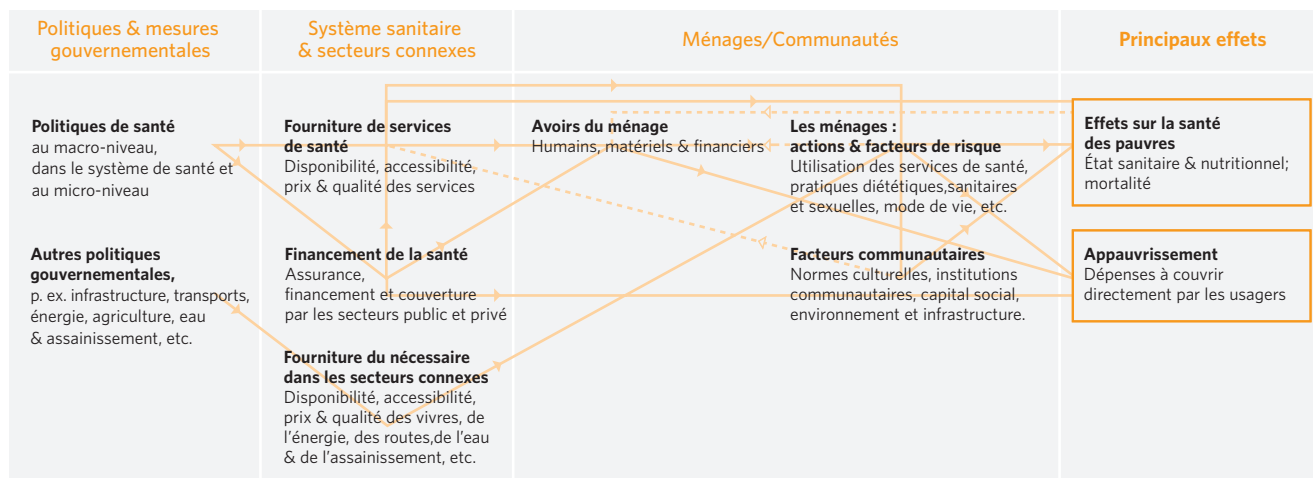
AU-DELÀ DU REVENU : SANTÉ ET BIEN-ÊTRE Le lien entre santé et pauvreté est fondamental. « Les pauvres définissent la pauvreté de la manière classique – absence de revenu –, mais aussi par les mots suivants : instabilité, inquiétude, honte, maladie, humiliation et impuissance. »⁹

Les pauvres reconnaissent les multiples dimensions de la santé : « La bonne santé leur apparaît comme une composante essentielle d'une bonne qualité de vie. Dans leur description du bien-être, trois différentes composantes sont identifiées : le bien-être matériel, souvent défini par l'expression « avoir suffisamment »; le bien-être physique, qui consiste à être fort, bien portant et de bonne apparence; et le bien-être social, qui consiste à avoir des enfants et à en prendre soin, à s'estimer soi-même, à se sentir en sécurité et avoir confiance dans l'avenir, à jouir de la liberté de choix et d'action, et à être en mesure d'aider autrui. »¹⁰

La naissance d'enfants peu après le mariage est un élément du bien-être social, et les pauvres des pays en développement l'attendent presque à l'unanimité (dans plus de 90 % de ces ménages, le premier

Diagramme 3. Causes déterminantes des effets dans le secteur sanitaire

Les conditions biologiques, culturelles, écologiques, sociales et institutionnelles influent sur les risques sanitaires et le degré de susceptibilité aux maladies parmi les différents groupes de population. La description des différences entre effets sur la santé parmi les sous-groupes riches et pauvres aide à déterminer où il est nécessaire de déployer des efforts particuliers.



Source : Banque mondiale

enfant vient au monde moins d'un an après le mariage). C'est seulement à un moment ultérieur de la vie, et pas encore dans toutes les sociétés, que l'espace des naissances et la limitation du nombre d'enfants sont reconnus et souhaités comme un aspect du bien-être social.

Il faudra quelque temps avant que cet état de choses ne se modifie. Les jeunes gens pauvres, mariés ou non, ont moins accès à la planification familiale que leurs aînés ou que les jeunes gens plus aisés. Le report de l'âge du mariage et de la première naissance est le fruit d'une meilleure éducation et de l'acceptation par la société de l'idée qu'il existe d'autres choix pour les jeunes femmes.

Les pauvres choisissent souvent leurs partenaires de bonne heure. Les jeunes femmes pauvres sont plus exposées que les jeunes femmes plus aisées à se laisser séduire ou contraindre à leur première expérience sexuelle. Elles-mêmes (de même que leurs familles et communautés) voient plus souvent dans les enfants une source de considération sociale. Pour les pauvres, dont les besoins sont immédiats, les obstacles à l'éducation peuvent faire apparaître comme bien éloignés les avantages qui en découleraient peut-être dans l'avenir.

Les membres des communautés où la planification familiale n'est pas pleinement acceptée voient dans les naissances et le nombre d'enfants des données immuables, dans le cadre desquelles faire les autres choix. C'est seulement quand on reconnaît la possibilité de contrôler le nombre d'enfants et l'espace de leur naissance que l'on commence à voir dans les familles nombreuses une menace au bien-être et à présenter un grand nombre d'enfants comme une cause de pauvreté.

Santé en matière de reproduction et pauvreté

Les problèmes de santé en matière de reproduction sont radicalement différents de presque tous les autres problèmes de santé. Les rapports sexuels et la procréation sont au centre de la vie, source de joie, d'affection et d'intimité spirituelle. Obéissant à ce sentiment, les femmes, en particulier, s'exposent aux risques que comportent les rapports sexuels et la procréation.

DES DROITS REFUSÉS L'inquiétude liée à leur santé en matière de reproduction est aussi, surtout pour les femmes, un autre aspect des insécurités qui caractérisent leur expérience de la pauvreté. En l'absence de planification familiale – à laquelle les femmes pauvres ont un accès moindre que les femmes plus aisées –, le risque de grossesse non désirée peut faire de tout rapport sexuel une source d'inquiétude;¹¹ l'éventualité d'une infection sexuellement transmissible, en particulier du VIH, ajoute à l'insécurité. La grossesse peut être une période de danger et d'inquiétude; l'accouchement peut être une cause de maladies, de lésions débilantes ou de décès.

La baisse de la fécondité, notamment le moindre nombre d'enfants non désirés, a pour effet d'améliorer l'état de santé des mères et des enfants. Les enfants non désirés sont plus exposés à des infections respiratoires et diarrhéiques que les enfants désirés. Que les enfants soient désirés ou non, chaque nouveau frère ou soeur réduit de 2 à 8 % la chance qu'un enfant reçoive le traitement nécessaire en cas de maladie. Partout où le niveau d'immunisation est faible, les enfants désirés sont vaccinés entre une et demie et deux fois plus souvent que les enfants non désirés.¹²

LES CONTRAINTES SOCIALES Dans de nombreuses cultures, on n'aborde que difficilement les problèmes sexuels et le thème de la procréation. En de telles conditions, exercer des choix – par exemple, planifier l'utilisation de contraceptifs – peut apparaître

comme une source de honte et d'humiliation. Parler de la violence d'origine sexiste, en particulier des sévices sexuels, est particulièrement difficile pour les femmes pauvres.¹³

Il y a une autre différence cruciale concernant la santé en matière de reproduction. Seules les femmes portent des enfants.

17

17 AU BANGLADESH, SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION POUR LES PAUVRES DES ZONES URBAINES

La population urbaine du Bangladesh augmente de 6 % par an, soit trois fois plus vite que la population du pays entier. La croissance démographique est la plus rapide dans les quartiers de taudis, où s'entassent environ 225 000 personnes par kilomètre carré. La moitié des habitants de ces taudis sont pauvres; 30 % peuvent être classés comme des pauvres qui n'ont pratiquement aucune chance d'échapper à leur condition.

L'urbanisation rapide a engendré des conditions écologiques et sanitaires dégradantes. La diarrhée est presque deux fois plus répandue dans les taudis surpeuplés de Dhaka et de Chittagong que dans les zones rurales. La prévalence de la malnutrition, de la tuberculose, des maladies évitables par vaccin et des infections sexuellement transmissibles y est aussi plus élevée; les taux d'immunisation y sont plus bas.

Les femmes des quartiers de taudis n'ont qu'un accès limité à l'information et aux soins de santé en matière de reproduction, parce que les centres de santé ne sont pas situés en des points d'accès facile pour elles. Voici les résultats de cet état de choses :

- 93 % des adolescentes mariées ont déjà des enfants;
- 22 % des filles mettent au jour avant d'atteindre 15 ans;
- 63 % des femmes n'ont jamais utilisé une méthode moderne de planification familiale;
- 40 % deviennent enceintes malgré leur volonté parce qu'elles ne savent pas où trouver des services.

Dans le cadre du Projet de soins de santé primaires en milieu urbain, appuyé par l'UNFPA, la Banque asiatique de développement et l'Agence norvégienne de coopération pour le développement, 14 ONG expérimentées renforcent les services de santé en matière de reproduction et en forment le personnel et les administrateurs.

Neuf centres de maternité gérés par la municipalité, à Dhaka, et 16 dispensaires gérés par des ONG ont été reclassés et sont devenus des centres complets de santé en matière de reproduction. Ils prennent en charge les patientes qui leur sont envoyées de 190 centres de soins de santé primaires et fourniront en fin de compte des soins prénatals et postnatals et les services normaux d'accouchement; des soins obstétricaux d'urgence; des moyens de contraception cliniques et non cliniques; et le traitement des infections de l'appareil génital et des infections sexuellement transmissibles.

Jusqu'à présent, environ 200 médecins, paramédicaux, conseillers et techniciens de laboratoire ont été formés à prêter des soins et délivrer des conseils. Aujourd'hui, 10 centres pratiquent des césariennes.

Dans les communautés urbaines, le projet fournit des informations sur la maternité sans danger, l'allaitement naturel, la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida.

Elles sont exposées à des risques que les hommes ne peuvent apprécier pleinement. Les femmes sont aussi plus exposées à des risques partagés tels que les maladies sexuellement transmissibles, tant pour des raisons biologiques que parce qu'elles sont socialement défavorisées.

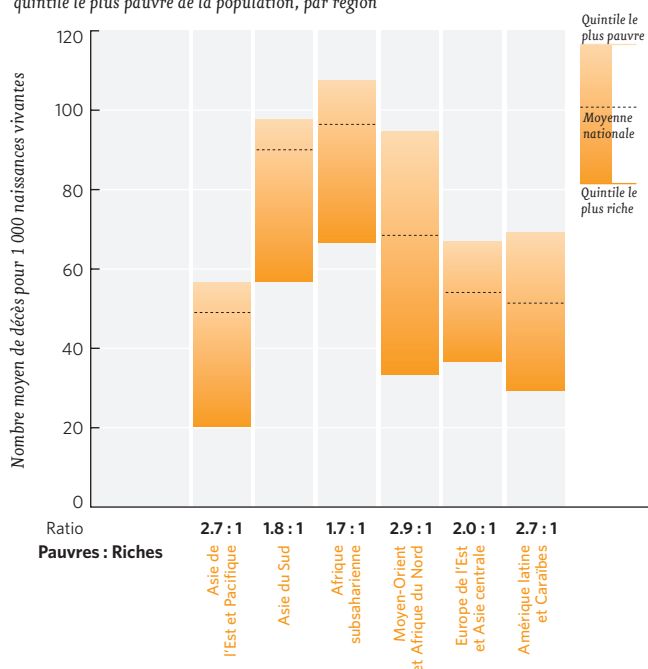
Les contraintes sociales retentissent sur les soins de santé en matière de reproduction dispensés aux femmes. Les hommes font plus souvent usage des services de santé structurés, en partie parce qu'ils ont le contrôle de l'argent nécessaire pour en acquitter le prix. Les femmes recourent plus volontiers aux services de la médecine traditionnelle ou d'autres sources possibles, parce qu'ils sont moins chers, plus rapprochés et plus familiers.¹⁴ Il est possible qu'une femme ne souhaite pas se déplacer seule ou qu'elle ne soit pas autorisée à visiter les services de santé sans l'autorisation de son mari ou d'un autre homme de la famille ou de la communauté.

L'expérience qu'ont les femmes des soins de santé retentit aussi sur la manière dont elles les utilisent : un traitement attentif ne leur est pas garanti au dispensaire ou à l'hôpital. Les agents sanitaires tendent à mépriser les femmes pauvres. Les femmes analphabètes, en particulier, peuvent se sentir incapables de décrire leur condition ou de comprendre les conseils qui leur sont délivrés.

Les besoins des pauvres, et en particulier des femmes pauvres, sur le plan de la santé en matière de reproduction ne retiennent pas l'attention des décideurs, ni même des femmes elles-mêmes. Les pauvres donnent priorité à leurs besoins immédiats et urgents, qui sont nombreux. La grossesse et l'accouchement sont tenus pour des événements incontournables – de même que les risques qui y sont liés, même s'ils procèdent de causes faciles à éviter.

Diagramme 4. Mortalité infantile : les différences

Nombre moyen de décès pour 1 000 naissances vivantes, du quintile le plus riche au quintile le plus pauvre de la population, par région



Mesure des différences dans l'état de santé entre riches et pauvres

Les écarts sanitaires entre riches et pauvres sont généralement plus marqués dans les pays pauvres que dans les pays riches, mais il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi. Les pays qui conçoivent leur système de santé de façon à promouvoir l'égalité sont en mesure d'amoin-drir l'écart, quel que soit le revenu des patients. Le Viet Nam a réduit les différences entre les plus riches et les plus pauvres à un ratio inférieur à 2/1 selon la plupart des critères sanitaires (y compris ceux qui concernent la santé en matière de reproduction).¹⁵

Cette observation s'applique aux pays riches aussi bien qu'aux pays pauvres. Aux États-Unis, le pays du monde dont les dépenses en soins de santé sont les plus élevées par habitant, les inégalités dans l'accès à ceux-ci sont plus marquées que dans les autres pays industrialisés. Ces disparités ont pour conséquence que le bilan sanitaire d'ensemble y est moins bon. Par exemple, la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants est plus élevée aux États-Unis que dans la plupart des pays de l'Union européenne.

LA MORTALITÉ INFANTILE ET LE NIVEAU DE RICHESSE

Une étude sur la mortalité infantile et les indicateurs de la santé en matière de reproduction menée dans 44 pays en développement¹⁶ fait apparaître des différences fort importantes entre les régions, de même qu'entre les riches et les pauvres à l'intérieur de chaque pays. Les moyennes nationales ne révèlent qu'un aspect de la situation réelle : la survie des enfants et la santé en matière de reproduction sont des problèmes qui relèvent de l'équité à l'intérieur d'un pays autant que du niveau général de richesse ou de pauvreté. La survie et la santé des enfants sont liées au niveau de revenu, entre les pays et à l'intérieur de chaque pays. Dans certaines communautés pauvres des États-Unis, par exemple, les niveaux de mortalité infantile sont voisins de ceux du Panama.¹⁷

Les nourrissons et les enfants pauvres sont plus exposés à mourir que ceux de familles plus aisées. Dans certains pays, par exemple, le taux de mortalité des moins de cinq ans du quintile le plus pauvre de la population est plus de quatre fois supérieur à celui du quintile le plus riche.¹⁸ D'après une comparaison portant sur 44 pays en développement, le taux moyen de mortalité infantile dans les familles les plus pauvres est deux fois plus élevé que dans les familles les plus riches. L'objectif de réduire de moitié la mortalité infantile pourrait être atteint dans plusieurs régions en amenant les moyennes nationales au niveau du quintile le plus riche de la population.

Mais dans certaines régions ce sera plus difficile. Dans l'Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, qui ont le taux de mortalité infantile le plus élevé, l'écart entre les plus riches et les plus pauvres est moins grand et, même parmi le quintile le plus riche, le taux de mortalité infantile est plus élevé que la moyenne dans d'autres régions.

Les risques sanitaires auxquels sont exposés les nourrissons et les enfants sont pires dans les familles pauvres qui ont beaucoup d'enfants. Les familles nombreuses sont plus fréquentes parmi les pauvres, et les enfants de ces familles ont moins de chance de recevoir les soins de santé préventive les plus élémentaires.¹⁹ Si les enfants tombent malades, ils ont moins de chance d'être soignés. Si l'enfant malade est une fille, elle court encore plus de risques.

LA MATERNITÉ SANS DANGER Dans n'importe quel pays, les femmes pauvres sont beaucoup plus exposées que les femmes riches à mourir en mettant au jour. Les taux de mortalité maternelle font

apparaître une plus grande inégalité entre pays riches et pays pauvres que tout autre indicateur de santé publique couramment utilisé, y compris les taux de mortalité infantile. La mortalité maternelle est fonction de l'accès aux ressources et de l'accès aux soins : les femmes qui deviennent enceintes dans les pays en développement affrontent un risque de décès maternel de 80 à 600 fois plus élevé que les femmes des pays développés.²⁰

Le risque que court une femme, tout au long de sa vie, de mourir de causes liées à la maternité (grossesse, accouchement et complications qui y sont liées) est le suivant :

- En Afrique, une fois sur 19;
- En Asie, une fois sur 132;
- En Amérique latine, une fois sur 188;
- Dans les pays développés, seulement une fois sur 2 976.²¹

Le décès d'une mère est plus qu'une tragédie individuelle. Il peut avoir de graves conséquences, non seulement pour sa famille, mais aussi pour la communauté et l'économie. Quand la mère meurt, ses jeunes enfants courent aussi un risque accru de mourir.²²

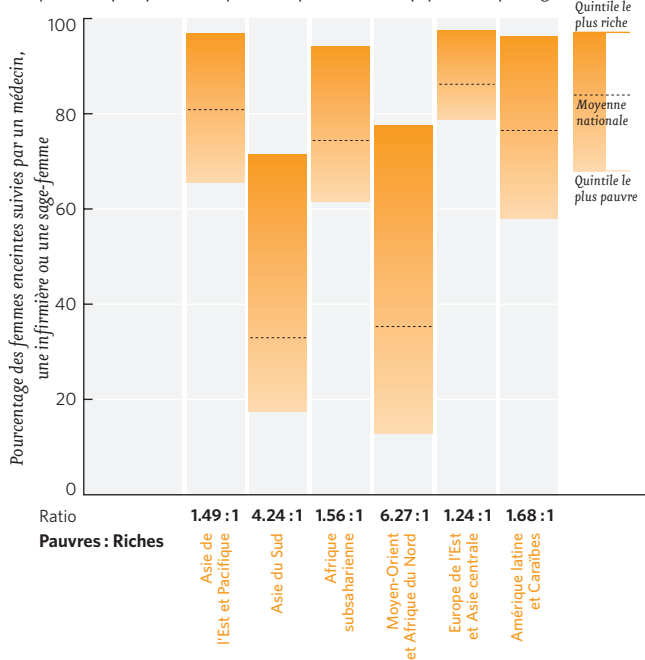
Environ 500 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la maternité, et un nombre plusieurs fois supérieur souffrent de maladies et de lésions consécutives à la grossesse et à l'accouchement.

Les pays en développement groupent 99 % de ces décès.²³ Ces différences dans le taux de mortalité maternelle résultent tant d'un risque plus élevé que du plus grand nombre de naissances dans les pays en développement.

La fécondité non désirée, qui débouche sur la naissance d'enfants non planifiés et non désirés, est plus élevée dans les milieux pauvres et parmi les plus pauvres d'entre les pauvres. On a moins d'information sur la morbidité maternelle,²⁴ mais les différences sont vraisemblablement du même ordre, car les causes – manque d'information, d'accès, de soutien de la famille et de la communauté, de ressources financières, de moyens de transport et de prestataires de soins qualifiés²⁵ – sont en gros les mêmes que celles qui entraînent des naissances non désirées.

Diagramme 5. Soins prénatals : les différences

Pourcentage des femmes enceintes suivies par un médecin, une infirmière ou une sage-femme, du quintile le plus pauvre au quintile le plus riche de la population, par région



Il existe aussi de larges différences à l'intérieur de chaque pays. L'issue de la grossesse dépend de la santé et de l'âge de la mère, de son état nutritionnel, de la manière dont se sont déroulées ses grossesses antérieures et de l'espacement de la naissance des autres enfants, ainsi que des ressources à sa disposition, de son niveau d'éducation et de son accès à l'information et aux services.

Pour protéger la santé de la mère et du bébé, il faut :

- Des soins prénatals de qualité;
- Des accoucheuses qualifiées;
- Un endroit sûr où mettre au jour;
- L'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

La plupart des décès maternels pourraient être évités. Dans la plupart des pays en développement, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont une cause majeure de décès et d'invalidité permanente pour les femmes âgées de 15 à 49 ans. De meilleurs soins lors de l'accouchement et un accès plus général à ceux-ci réduiraient très sensiblement la mortalité maternelle.

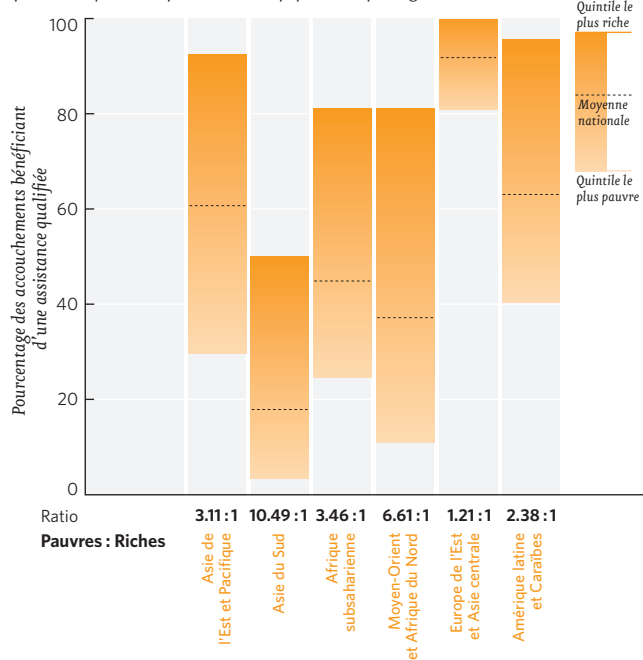
Les femmes pauvres n'ont pas accès aux services les plus coûteux pendant ou après l'accouchement. L'accès aux services de maternité et leur utilisation sont encore généralement plus déterminés par le niveau de richesse que l'utilisation des contraceptifs ou le nombre total d'enfants (voir diagrammes ci-après), peut-être parce que les agents sanitaires qualifiés et les hôpitaux coûtent relativement cher.

DES SOINS PRÉNATALS DE QUALITÉ Plus le revenu d'une femme est faible, moins souvent elle recherche des soins prénatals, mais les restrictions imposées aux femmes réduisent aussi l'accès aux soins. Dans les 44 pays étudiés, plus des trois quarts des femmes enceintes visitent un médecin, une infirmière ou une sage-femme à un moment quelconque de leur grossesse. En Asie du Sud et en Afrique du Nord, où les femmes sont moins libres de se déplacer, la proportion est plus proche d'un tiers.

L'écart entre familles riches et familles pauvres est le plus grand dans les pays où la moyenne nationale est la plus faible. En

Diagramme 6. Assistance qualifiée lors de l'accouchement : les différences

Pourcentage des accouchements bénéficiant d'une assistance qualifiée, du quintile le plus pauvre au quintile le plus riche de la population, par région



Asie du Sud, l'écart entre les groupes les plus riches et les plus pauvres résulte du niveau particulièrement élevé des soins chez les plus riches – même par rapport au quintile suivant. En Afrique du Nord, où l'écart entre riches et pauvres est encore plus grand, les différences entre les groupes classés selon le niveau de richesse sont plus également réparties.

DES ACCOUCHEUSES QUALIFIÉES Les femmes pauvres ont encore moins de chance de bénéficier d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement que de rechercher des soins prénatals. Dans les pays d'Asie et l'Afrique subsaharienne, la chance est deux fois moins grande. En Afrique du Nord, cependant, il est plus fréquent pour une femme de mettre au jour avec une assistance qualifiée que de rechercher des soins durant la grossesse.

Le recours aux soins prénatals et à l'aide d'accoucheuses qualifiées progresse beaucoup plus vite, à mesure que le niveau de richesse augmente, que le recours aux autres soins de santé de base, comme la thérapeutique de réhydratation orale ou le traitement médical pour la diarrhée et pour les infections respiratoires aiguës, ou encore l'immunisation. La présence d'un médecin lors de l'accouchement est l'indicateur qui varie le plus nettement en fonction du revenu.²⁶

UN ENDROIT SÛR OÙ METTRE AU JOUR On note aussi une corrélation très marquée entre le niveau de richesse et le fait, pour une femme, de mettre au jour à son domicile ou dans un centre de santé. Dans les 44 pays étudiés, près de 80 % des femmes du quintile le plus pauvre ont leurs enfants à domicile. Près de 80 % des naissances ont lieu dans un centre de santé pour les femmes du quintile le plus riche, et la majorité des naissances pour les deux quintiles les plus riches. La proportion des naissances à domicile augmente régulièrement à mesure que l'on descend du quintile le plus riche au quintile le plus pauvre.

LA FÉCONDITÉ ET L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS Il y a peu de différence quant à la fécondité entre les groupes de revenu dans les pays où les taux de fécondité sont supérieurs à six enfants

par femme (par exemple, Nigéria, Mali, Madagascar, Malawi, Niger, Zambie, Burkina Faso, Bénin et Ouganda). Les plus riches ont généralement moins d'enfants que les plus pauvres, mais le taux de fécondité total ne tombe jamais à quatre enfants par femme.

Dans les pays d'Amérique latine, où la fécondité va d'environ 3,5 à 5,1 enfants par femme, les différences selon le niveau de richesse sont parmi les plus marquées du monde. Dans six pays, le quintile le plus riche a des taux de fécondité inférieurs au taux de remplacement (moins de 2,1 enfants), tandis que le quintile le plus pauvre a de 2,5 à 3,5 enfants de plus par femme.

Dans les pays à fécondité intermédiaire d'Europe et d'Asie, les familles les plus riches sont au niveau de remplacement ou au-dessous, et les familles les plus pauvres ont plus de deux fois plus d'enfants (4,6 en République kirghize). Dans les pays d'Asie étudiés (où le taux national de fécondité est compris entre 2,3 et 4,9), les groupes de population riches n'ont pas tous atteint de faibles niveaux de fécondité. Dans cinq d'entre eux, les plus riches ont atteint des taux de fécondité égaux ou inférieurs au taux de remplacement, tandis que les plus pauvres se situent au-dessus (entre 3,1 enfants par femme au Viet Nam et 6,5 au Philippines). D'autres pays sont moins avancés dans la transition. Au Népal, seuls les plus riches ont moins de quatre enfants (2,9). Au Pakistan, seuls les plus riches n'ont pas plus de quatre enfants, et dans tous les groupes moins aisés les femmes en ont de 4,9 à 5,1.

LE RECOURS À LA PLANIFICATION FAMILIALE Les différences d'accès, d'acceptation et d'utilisation de la planification familiale sont la principale cause de la différence des taux de fécondité entre riches et pauvres.

Plus le niveau général d'utilisation des contraceptifs par les femmes est élevé, moins la différence entre femmes des groupes les plus riches et les plus pauvres est marquée. Une fois que le recours à la planification familiale est commun à plus de 40 à 45 % de l'ensemble de la population, les différences entre groupes de richesse inégale s'amoindrissent considérablement et la planification familiale devient la norme acceptée.

Diagramme 7. Fécondité : les différences

Nombre de naissances par femme, du quintile le plus riche au quintile le plus pauvre de la population, par région

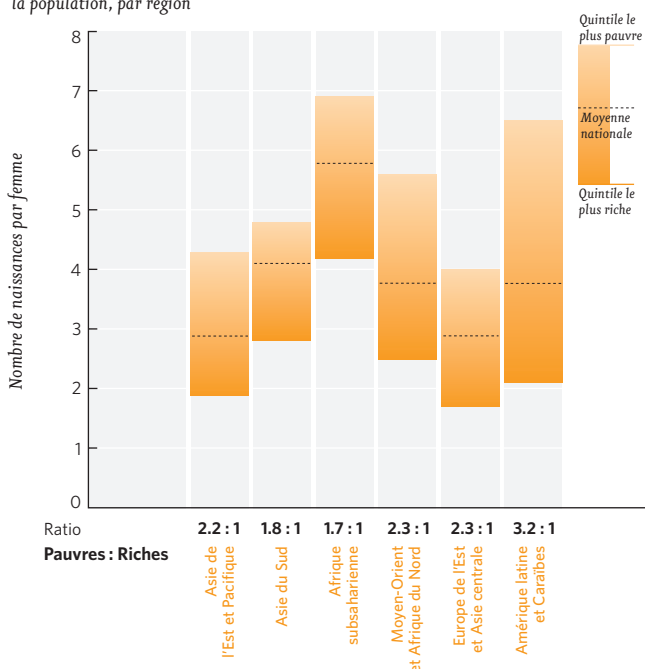
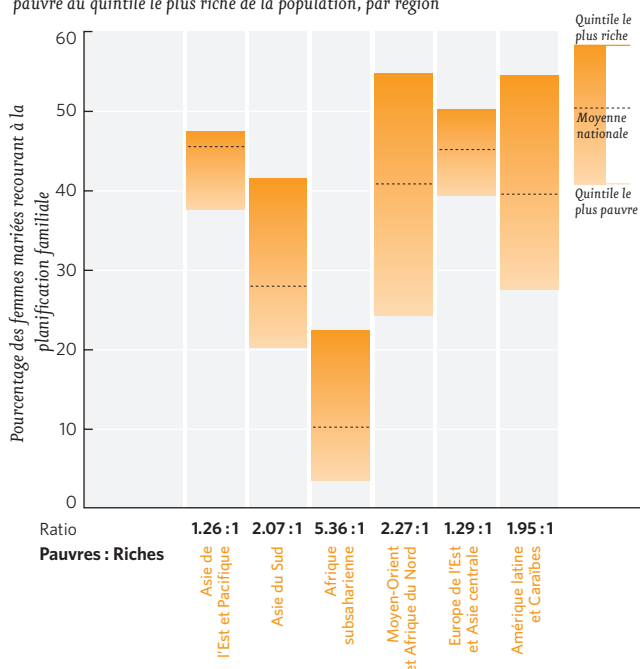


Diagramme 8. Planification familiale : les différences

Pourcentage des femmes mariées recourant à la planification familiale, du quintile le plus pauvre au quintile le plus riche de la population, par région



Dans les pays d'Afrique subsaharienne, où la prévalence des contraceptifs n'est que d'environ 10 %, les plus riches ont recours à la planification familiale plus de cinq fois plus souvent que les plus pauvres.²⁷ Au Pakistan, pays où la prévalence est la plus faible de toute l'Asie du Sud (9 %), la différence entre ces deux groupes est de l'ordre de 1 à 20. Au Népal, où la prévalence est de 26 %, la différence est à peine de l'ordre de 1 à 3. Les différences sont importantes aux Philippines, où le recours aux contraceptifs est peu répandu; mais en Indonésie et au Viet Nam, où la prévalence des contraceptifs est élevée, les différences entre groupes plus ou moins riches sont relativement faibles. Plusieurs pays d'Europe et d'Asie centrale ont atteint un niveau général de prévalence de la planification familiale voisin de 50 %, avec des différences plus faibles entre riches et pauvres.

En Amérique latine, les taux généraux de prévalence des contraceptifs sont élevés. Dans les pays à prévalence relativement faible, les différences internes par niveau de richesse sont plus marquées. Dans les pays où la prévalence est relativement forte, la planification familiale est largement acceptée et d'autres facteurs contribuent à expliquer la relation variable entre niveau de fortune et prévalence des contraceptifs. En Afrique du Nord, les riches recourent à la contraception deux fois plus que les pauvres.

LA PROCRÉATION CHEZ LES ADOLESCENTES Les femmes les plus pauvres commencent à procréer plus tôt. Dans de nombreux pays en développement, les femmes pauvres commencent à porter des enfants entre 15 et 19 ans. Ce fait est à mettre en relation avec la précocité de l'âge du mariage, la moindre capacité de négocier un début plus tardif des rapports sexuels et de la procréation, et un moindre accès à la planification familiale.

Les pays où la fécondité des adolescentes est faible dans l'ensemble ont des différences de fécondité plus marquées entre les jeunes en fonction du niveau de richesse. L'Amérique latine fait exception à cet égard, avec un taux général de fécondité des adolescentes relativement élevé et des différences marquées entre les plus

riches et les plus pauvres. Dans les familles les plus pauvres, les jeunes ont des taux de procréation extrêmement élevés.

En Indonésie, aux Philippines et au Viet Nam, les adolescentes les plus pauvres ont presque sept fois plus de chance d'avoir des enfants que leurs compagnes plus aisées. Aux Philippines, les jeunes femmes pauvres ont presque 11 fois plus de chance d'avoir un enfant. Dans ces trois pays, la baisse de la fécondité des jeunes est sans exception liée à l'élévation du niveau de richesse.

En Égypte, les différences entre les taux de fécondité des adolescentes correspondent régulièrement au niveau de richesse. Au Maroc, la fécondité des adolescentes est beaucoup plus faible dans les familles riches que dans les familles pauvres.

Dans les pays d'Europe et d'Asie centrale, aucun rapport régulier ne se dégage entre richesse et fécondité des adolescentes, ce qui indique une interaction complexe entre accès aux services, variations d'une ethnie à l'autre et différences régionales. Cependant, les sous-groupes les plus riches ont ici encore le taux de fécondité le plus faible chez les adolescentes.

Les pays d'Amérique latine accusent un écart considérable entre le quintile le plus pauvre (avec 105 à 234 naissances pour 1 000 adolescentes) et les trois quintiles du milieu, et un autre écart considérable entre ces groupes intermédiaires et le quintile le plus riche (avec 18 à 58 naissances pour 1 000 adolescentes). C'est seulement à Haïti, pays le plus pauvre de la région, qu'un unique et considérable écart apparaît entre le quintile le plus riche et les quatre quintiles les plus pauvres.

Dans certains des 22 pays étudiés en Afrique subsaharienne, la fécondité des adolescentes diminue à mesure que la richesse augmente.²⁸ Beaucoup d'autres accusent un écart considérable entre le groupe le plus riche et les autres, mais on n'observe pas de différence régulière entre les groupes pauvres, probablement parce que tous ces pays figurent dans la liste des pays les moins avancés, et les plus riches ne sont aisés qu'en comparaison des plus pauvres. En comparaison des autres régions, presque tout le monde y est très pauvre.²⁹

Diagramme 9. Fécondité des adolescentes : les différences

Nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, du quintile le plus riche au quintile le plus pauvre de la population, par région

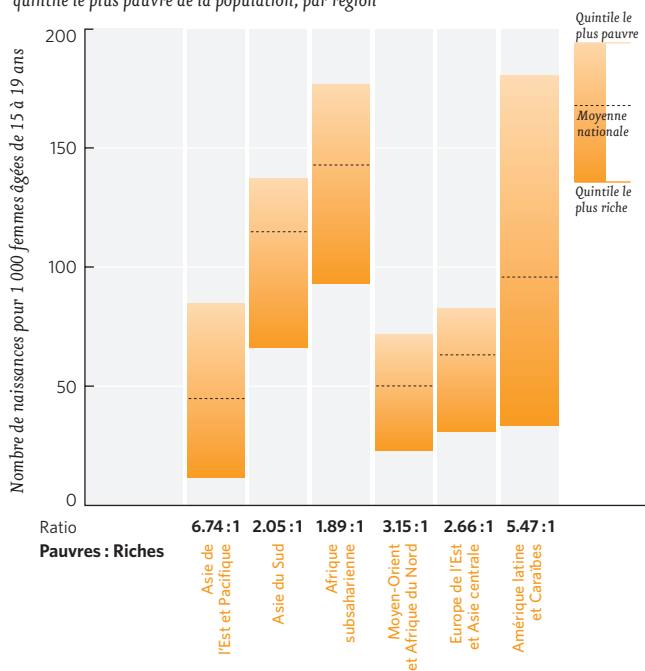
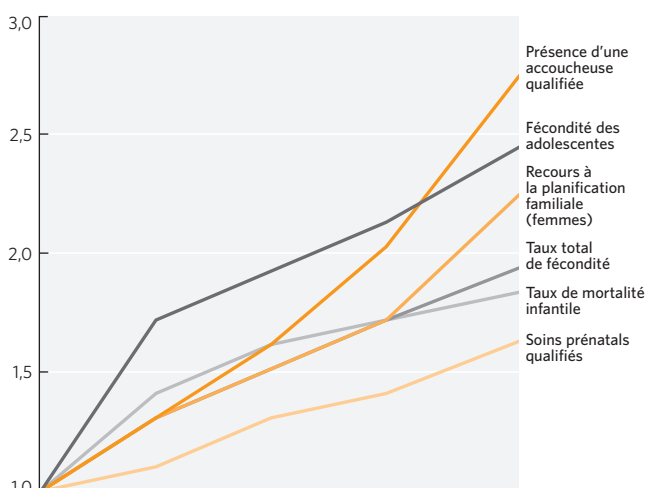


Diagramme 10. Aspects de la santé en matière de reproduction : écarts relatifs entre les cinq quintiles, du plus riche au plus pauvre



APERÇU GÉNÉRAL DES DIFFÉRENCES EN FONCTION DE LA

RICHESSSE Il y a des différences frappantes dans la mortalité infantile entre les familles pauvres et les familles aisées. L'« écart sur le plan de la santé en matière de reproduction » entre riches et pauvres y est souvent au moins aussi marqué. La différence la plus importante entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche concerne l'accouchement assisté (service coûteux), mais la fécondité des adolescentes est l'indicateur qui distingue le plus nettement un groupe de revenu du groupe voisin. L'écart sur le plan des grossesses d'adolescente entre riches et pauvres est plus marqué que l'écart concernant tant la présence d'accoucheuses qualifiées que la mortalité infantile.

Le recours aux services de planification familiale est moins fonction de leur coût que du degré de motivation personnelle et d'engagement des institutions à fournir ces services, de sorte que

les écarts entre riches et pauvres sont moins marqués pour les groupes d'âge moins jeunes. Pour les jeunes, le mariage précoce, la pression sociale et la répugnance à dépenser les fonds publics à la protection de leur santé en matière de reproduction aggravent les risques d'être à la fois jeune et pauvre.

DIFFÉRENCES ENTRE NIVEAUX DE SANTÉ NON BASÉES SUR LA

RICHESSSE Le bien-être et la richesse ne dépendent pas exclusivement du revenu et des comptes bancaires. L'infrastructure matérielle et sociale, les perspectives ouvertes, les ressources, les savoir-faire et l'information sont autant de facteurs qui y ajoutent ou en retirent, sans parler de l'action de complexes processus sociaux d'inclusion et d'exclusion. La situation géographique est essentielle : les zones rurales offrent moins de services, d'informations et de possibilités que les zones urbaines.

Quelques-unes des différences sur le plan de la santé en matière de reproduction sont le résultat de la pauvreté des ruraux, mais les différences sont visibles dans les zones urbaines aussi bien que dans les zones rurales.³⁰ Un moins grand nombre de ruraux atteignent les niveaux de revenu constatés dans les villes, mais les pauvres reçoivent les pires services ici comme là. En Inde, par exemple, les taux de fécondité totale et ceux des adolescentes, l'usage des contraceptifs et les niveaux d'immunisation sont très similaires dans les zones rurales et les zones urbaines, quel que soit le niveau de revenu considéré. Dans les zones rurales, les plus pauvres sont plus défavorisés que leurs homologues des villes : les familles rurales ont un moindre accès aux services d'accouchement sans danger, surtout s'ils impliquent la présence d'un personnel hautement qualifié ou des installations spécialisées. Dans les groupes les plus riches, les différences sont bien moindres entre zones rurales et zones urbaines.³¹

Les zones urbaines grandissent rapidement et la majorité des pauvres du monde y résideront bientôt.³² En théorie, les économies d'échelle et la facilité d'accès pourraient améliorer la couverture des services, mais il y a déjà de grandes inégalités dans l'accès aux services de base à l'intérieur des villes. D'autre part, les petites villes, si elles sont mieux desservies que les zones rurales, sont défavorisées par rapport aux grandes villes.³³

Le désavantage relatif des villes d'importance moyenne quant aux services de santé constitue un problème croissant car une proportion plus importante des citoyens vient y habiter.³⁴ Les autorités municipales et autres autorités locales assument une responsabilité accrue en vertu de la décentralisation de la gestion de la santé publique, qui constitue un aspect de la réforme sanitaire, sans posséder les ressources correspondantes ni le pouvoir de lever les fonds nécessaires. Les gouvernements locaux auront de plus en plus de mal à combler les lacunes dans la prestation des services.

18

RÉFORME DU SECTEUR SANITAIRE AU BRÉSIL Le système sanitaire unifié du Brésil, institué en 1988, comporte un ensemble de soins de base qui englobe la planification familiale, la santé en matière de reproduction, la prévention et le traitement des IST/du VIH.

Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (1994) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995), le système sanitaire unifié a été réformé, avec notamment l'appoint d'un financement additionnel pour les soins de santé et une décentralisation rapide. De ce fait, les soins de santé en matière de reproduction sont de plus en plus intégrés aux services de santé primaires qu'assurent les communes.

BEMFAM, filiale au Brésil de la Fédération internationale pour la planification familiale, souscrit des contrats avec les communes de 14 des 27 États du Brésil pour assister les programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité.

Cependant, les programmes de santé en matière de reproduction pour adolescents n'ont pas connu un sort aussi favorable. Selon une étude récente sur la santé des adolescents en matière de reproduction à São Paulo, les politiques d'ajustement structurel et la réforme du secteur sanitaire ont laissé davantage de jeunes sans assurance, amputé les dépenses publiques de santé, réduit les effectifs du personnel sanitaire et créé des pénuries de fournitures médicales. Tous ces facteurs ont retardé la mise en place de services sanitaires de haute qualité pour adolescents.

19

LE BUT DE LA RÉFORME DU SECTEUR SANITAIRE Selon ONUSIDA, « Prolonger la vie et réduire la morbidité n'est pas le but unique des systèmes de soins de santé et de la réforme des soins de santé. Produire des procédures de soins de santé, des « interventions », n'est pas son unique résultat. La réforme des soins de santé doit viser au-delà d'un bon état de santé. Aussitôt que l'on admet que ce sont les personnes, non les systèmes de soins de santé, qui produisent la santé, on comprend que le soulagement des souffrances, quelle que soit l'issue finale, et l'autonomie, la capacité de chacun de préserver sa santé par ses propres moyens, deviennent des objectifs non moins importants du système de soins de santé. »

Pour plus d'équité dans les soins de santé

L'investissement dans les services de santé de base ne constitue dans les pays en développement qu'une fraction du montant nécessaire. Les pays à faible revenu dépensent seulement 21 dollars par habitant et par an pour tous les types de soins de santé, une plus grande partie allant à des services curatifs coûteux au détriment de la prévention et des soins de base. La Commission OMS/Banque mondiale sur macroéconomie et santé³⁵ a estimé qu'un montant additionnel de 30 milliards de dollars par an serait nécessaire. Les pays les plus pauvres ou bien ont des priorités plus urgentes, comme le service et le remboursement de la dette, la défense ou le développement industriel, ou bien sont totalement dépourvus des moyens de financement voulus.

LA RÉFORME DU SECTEUR SANITAIRE Ces contraintes ont obligé le secteur sanitaire à chercher un mode d'utilisation plus efficace des ressources disponibles; à rendre plus stricte la responsabilité effective des prestataires et des organismes de contrôle; à dégager un revenu complémentaire au moyen de redevances et autres charges, et à trouver les moyens de garantir un flux régulier de ressources. Ces initiatives sont groupées sous le nom de « réforme du secteur sanitaire ».

En dotant le secteur sanitaire d'une solide assise financière, on ne peut qu'améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé et promouvoir l'équité des soins de santé. Dans leur examen, après cinq ans, du Programme d'action de la CIPD, les gouvernements ont reconnu que les pays devaient inclure la santé en matière de reproduction dans la réforme du secteur sanitaire.

« Les gouvernements, en collaboration avec la société civile, y compris les organisations non gouvernementales, les donateurs et le système des Nations Unies, devraient : a) accorder un rang de priorité élevé à la santé en matière de sexualité et de reproduction dans le contexte plus large de la réforme du secteur de la santé, y compris le renforcement des systèmes de santé de base, dont peuvent bénéficier en particulier les pauvres... »³⁶

FAIRE DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION UNE PRIORITÉ Il n'y a aucune garantie que les pays feront de la santé en matière de reproduction une priorité au titre de la réforme, surtout dans les systèmes décentralisés. Cependant, les ensembles de services de santé essentiels comprennent ordinairement certaines composantes de santé en matière de reproduction, notamment la maternité sans danger, la planification familiale, et des mesures contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida.³⁷

Selon l'OMS, la réforme du secteur sanitaire en Colombie, qui recouvre la santé en matière de reproduction, a eu pour effets d'affecter davantage de ressources financières aux soins de santé, de mettre en relief l'importance d'utiliser plus efficacement les ressources, de réduire la dépendance par rapport aux donateurs, de susciter un large soutien à la promotion de la santé et aux soins préventifs, et de faire prêter une attention particulière aux groupes sous-desservis. Toutes ces tendances ont eu un impact positif sur la prestation des services de santé en matière de reproduction dans ce pays.³⁸

Au début des années 90, la Zambie a commencé l'une des réformes les plus ambitieuses du secteur sanitaire en Afrique. Le système de santé réformé et décentralisé comprend un ensemble de services de santé essentiels, avec des composantes de santé en matière de reproduction (santé maternelle et infantile, planification familiale, prévention et traitement des IST et du VIH/sida), des mesures contre le paludisme et la tuberculose, et une attention spéciale à l'eau et à l'assainissement. La santé des adolescents en matière de reproduction, des mesures contre la violence sexiste et la prévention de l'avortement font partie intégrante de l'ensemble.³⁹ Ces réformes n'ont pas été entièrement appliquées, en partie parce que les ressources manquent pour concrétiser l'ensemble de services et assurer la fourniture des médicaments.

Pour protéger les chaînes d'approvisionnement, il faut prendre des précautions spéciales dans le cadre de la réforme du secteur sanitaire. Au Ghana, la réforme sanitaire n'a ni entravé ni facilité la fourniture de contraceptifs, en partie parce que le système logistique des contraceptifs est un élément distinct et que les donateurs fournissent les produits.⁴⁰ Au Kenya, la bonne performance d'un

20

AIDER LES PLUS PAUVRES DU TERRITOIRE PALESTINIEN

La pauvreté est une préoccupation majeure dans le Territoire palestinien occupé, où plus d'un tiers de la main-d'œuvre est sans emploi et où près de la moitié de la population vit avec moins de 2 dollars par jour. Les taux de pauvreté sont les plus élevés dans la population rurale et dans les foyers dirigés par une femme.

La mortalité maternelle, évaluée à 70-80 pour 100 000 naissances vivantes, reflète à la fois l'inégalité entre les sexes et la médiocrité des services de santé. Les mariages précoces (l'âge médian est de 18 ans) contribuent aussi à une croissance démographique rapide, ce qui rend encore plus difficile d'alléger la pauvreté. Les femmes sont très loin d'égaliser les hommes

pour le niveau d'éducation et la participation à la main-d'œuvre.

L'UNFPA travaille à améliorer la qualité de vie du peuple palestinien en améliorant la santé en matière de reproduction, au moyen d'interventions centrées sur les femmes et les jeunes. Dans la Rive occidentale et à Gaza, 39 dispensaires soutenus par l'UNFPA offrent planification familiale, soins gynécologiques et conseils, en des emplacements choisis pour servir ceux qui autrement n'auraient pas accès aux soins..

Trois centres modèles desservent les zones les plus défavorisées, dont deux camps de réfugiés, El-Bureij et Jabalya. Des conseils d'ordre social, psychologique et juridique y sont délivrés parallèlement à la prestation de services de santé en matière de reproduction. Les clients les plus

pauvres sont dispensés de payer les services reçus et en outre aiguillés vers des organismes charitables qui offrent des subventions pour l'achat de vivres et le paiement des services de base.

Avec des parlementaires palestiniens et des représentants des ministères, le Fonds travaille aussi à faire mieux comprendre les liens entre population et développement et à adopter des politiques qui répondent plus efficacement aux préoccupations de développement. Il a joué un rôle de catalyseur dans la création d'un comité composé de représentants de ministères et de groupes de la société civile, dont la mission recouvre la planification intersectorielle et l'exécution coordonnée de programmes à l'appui des pauvres.

système logistique analogue des contraceptifs a donné au Ministère de la santé certaines idées pour réformer le système logistique des médicaments essentiels.⁴¹

LES PARTENARIATS Les partenariats entre secteur public et secteur privé peuvent améliorer l'accès aux services. Au milieu des années 80, la Bolivie a créé une organisation distincte, PROSALUD, dans le cadre de la réforme du secteur sanitaire. Conçu pour améliorer un accès équitable à des services de base de meilleure qualité et rentables, y compris dans le domaine de la santé en matière de reproduction, PROSALUD est plus efficace que le Ministère de la santé et s'est acquis une position de pointe en matière de prestation des soins de santé.⁴²

En Bolivie et dans les autres pays d'Amérique latine, les ONG sont des avocats résolus de la santé en matière de reproduction et du droit des clients à des services de qualité dans le cadre de la réforme du secteur sanitaire. « La participation des clients et leur accès à l'autonomie, sous forme d'apports des consommateurs à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services de santé, aident à les rendre mieux informés des services qu'ils reçoivent, en même temps que plus exigeants. »⁴³

Le VIH/sida a un profond impact sur la réforme du secteur sanitaire et la mobilisation de la société civile, surtout en Afrique où les gouvernements sont souvent lents à réagir. L'expérience faite dans la province de Phayao, en Thaïlande, qui a le taux le plus élevé de cas de sida officiellement signalés dans le pays, a montré qu'une réaction efficace au sida exige plus qu'un ensemble de soins de santé. Elle impose une réorganisation du système sanitaire afin de fournir des soins, une catalyse de l'action communautaire afin de promouvoir un changement de comportements, et l'intégration des préoccupations d'ordre sanitaire aux intérêts majeurs de tous les secteurs de la société.⁴⁴

DÉPENSES, ACCÈS ET QUALITÉ Les dépenses de santé engagées par les gouvernements favorisent généralement les riches, avant tout parce qu'une part disproportionnée du budget va aux soins curatifs et aux hôpitaux, que les riches utilisent davantage, plutôt qu'aux services utilisés par les pauvres, comme ceux qu'offrent les dispensaires.⁴⁵ Une comparaison entre les dépenses de santé du secteur public consacrées aux différents quintiles de revenu dans 12 pays de différentes régions⁴⁶ illustre cette inégalité. Dans la majorité de ces pays, les 40 % les plus riches reçoivent une part plus importante des dépenses totales que les 40 % les plus pauvres. Dans quatre pays seulement, tous situés en Amérique du Sud, les 40 % les plus pauvres et les 40 % les plus riches reçoivent une part comparable des ressources affectées à la santé par le secteur public.

Dans six pays d'Afrique, « le quintile le plus riche de la population tire des programmes de soins de santé primaires du secteur public des avantages supérieurs d'environ 50 % à ceux qu'en tire le quintile le plus pauvre. »⁴⁷ Une étude menée en Inde a montré que le quintile le plus riche de la population bénéficie d'environ 32 % des services de santé du secteur public, contre environ 10 % pour le quintile le plus pauvre.⁴⁸ Dans ce pays, les inégalités entre pauvres et riches sont sensiblement plus marquées dans les États les plus pauvres et les zones rurales que dans les zones urbaines. Elles sont moins marquées dans les services de consultation externe et de soins de santé primaires que dans les services hospitaliers, mais la majorité des dépenses publiques vont aux soins hospitaliers. Font exception à cet égard les vaccinations, qui sont en général plus également réparties entre les divers groupes socioéconomiques.

L'inégalité apparaît moindre dans certains pays. Au Viet Nam, par exemple, les plus pauvres reçoivent presque leur part proportionnelle des dépenses de santé en matière de reproduction. Quand les plus riches s'approprient plus que la part proportionnelle à leur nombre, c'est parce qu'ils se rendent dans les hôpitaux ou des dispensaires de haute qualité pour des services tels que la contraception, que les pauvres obtiennent dans des centres plus modestes.

De moindres écarts dans la répartition des services entre riches et pauvres ne signifient pas que l'accès à l'information et aux services soit équitable. Les pauvres sont encore exposés à des risques plus sérieux, et plus fréquemment, que les riches. Si l'on mesure les dépenses de santé en fonction des besoins plutôt que de la taille des groupes de population, les pauvres sont très loin d'obtenir leur juste part.

LA MESURE DE LA QUALITÉ DES SYSTÈMES DE SANTÉ On définit souvent l'équité dans le secteur sanitaire par l'égalité d'accès aux services de santé en fonction du besoin, chacun rétribuant les services en fonction de sa capacité de paiement. C'est là, ou cela devrait être, l'un des buts de la réforme du secteur sanitaire. Néanmoins, il y a peu de données pratiques qui montrent comment réaliser l'équité tout en rendant les soins de santé publics et privés plus efficaces, rentables et viables à long terme.⁴⁹ Un moyen de promouvoir l'équité est de faire une place privilégiée aux services que les pauvres peuvent utiliser, notamment la planification familiale, la maternité sans risque et d'autres aspects de la santé en matière de reproduction. Il faut prendre soin de préserver ces services lors de la décentralisation.

De manière paradoxale, les pauvres n'utilisent souvent pas les services de santé publique, même quand ils sont disponibles.⁵⁰ Une raison en est que les pauvres, comme tous les autres groupes socioéconomiques, sont soucieux de qualité quand ils font des choix en matière de soins de santé; or les pauvres reçoivent ordinairement les soins de la plus basse qualité – ils sont durement traités par un personnel peu motivé, mal payé, qui exige un paiement pour ses soins et a souvent peu à offrir. Les agents sanitaires sont souvent eux-mêmes victimes de systèmes de santé au fonctionnement médiocre, qui ne fournissent pas les médicaments, l'équipement et le soutien nécessaires pour que le personnel puisse faire son travail.⁵¹ C'est pourquoi, en de nombreux pays, les pauvres préfèrent payer des prestataires du secteur privé ou des ONG pour des soins qu'ils estiment de meilleure qualité.⁵²

Le *Rapport sur la santé dans le monde*, 2000, a conclu que la santé et le bien-être dépendent de la plus ou moins bonne performance des systèmes de santé. Pratiquement tous les systèmes de santé pourraient mieux utiliser les ressources : leur mauvais emploi entraîne un grand nombre de décès et d'invalidités permanentes qui pouvaient être prévenus, des souffrances inutiles, des injustices, l'inégalité et le refus aux individus de leur droit fondamental à la santé.⁵³ Parmi les propositions visant à renforcer la prestation des services de santé, il faut citer notamment la suggestion que les gouvernements devraient changer de rôle : ne plus seulement fournir des services, mais aussi les financer, verser des subventions et laisser les pauvres choisir parmi les prestataires du secteur privé et des ONG.

Les mécanismes de financement⁵⁴ déterminent dans une large mesure où les soins de santé sont disponibles et qui a accès aux services, ce qui a un effet non seulement sur l'équité et la qualité,⁵⁵ mais aussi sur la mesure dans laquelle les patients peuvent éviter les frais ruineux qu'entraîne une maladie.

LES REDEVANCES DES USAGERS La plupart des gouvernements reconnaissent qu'ils ne peuvent fournir des services gratuits à tous leurs nationaux avec le seul produit de leurs recettes et des impôts. Cependant, rares sont ceux qui dans les pays en développement ont accès à une assurance sociale ou privée, et les redevances à verser en échange de services deviennent actuellement plus courantes.

Les redevances ont été introduites dans les services de santé publique pour alléger la pression financière et aider à couvrir les coûts d'une amélioration de leur qualité,⁵⁶ mais leur effet sur les pauvres donne lieu à des jugements contradictoires. Certaines études montrent qu'une légère augmentation des redevances n'a pas d'effet négatif, surtout si la qualité des soins s'améliore,⁵⁷ mais il y a de nombreuses preuves qu'elle a empêché les femmes et enfants pauvres de recevoir les soins de santé nécessaires.⁵⁸ Éliminer les redevances peut aussi être une source de problèmes : dans un district sanitaire d'Afrique du Sud, une telle mesure entrée en application pour tous les soins primaires, en 1997, a eu pour effet de faire venir plus de patients pour des services curatifs, mais avec pour autres résultats la congestion des dispensaires et une réduction de la durée des consultations, de sorte que des mères ont peut-être été découragées d'amener leurs enfants pour les soins postnatals, le suivi de la croissance et les vaccinations.⁵⁹

La plupart des pays où sont perçues des redevances ont aussi des régimes d'exemption pour les pauvres, mais les exemptions ont été difficiles à mettre en oeuvre et imposer. En Ouganda, par exemple, les directives prévoient un taux d'exemption d'environ 30 % pour les pauvres. Mais ceux qui sont incapables de payer ont plus de chance d'être refoulés que de se voir accorder l'exemption; de nombreux patients pauvres jugent absolument inutile d'essayer même de recevoir des soins de santé dans de telles conditions.⁶⁰ D'après les nouvelles reçues du Lesotho, du Ghana et du Bangladesh, il semble que ceux qui ont besoin d'une exemption ne l'obtiennent pas.⁶¹

AUTRES APPROCHES Les régimes à financement communautaire semblent prometteurs, mais la plupart des communautés ont besoin de l'appui gouvernemental pour les mettre en place, comme dans le cas du système de Dana Sehat (Indonésie),⁶² qui couvrait en 1994 13 % des villages indonésiens. L'Inde et la Chine ont aussi utilisé des régimes à financement communautaire pour les soins de santé.

Le financement social ou l'assurance sociale peuvent élargir l'accès aux soins de santé en matière de reproduction. Dans l'État de Kebbi, au Nigéria, la Société d'Afrique de l'Ouest pour la prévention de la mortalité maternelle a créé un fonds destiné à l'achat de combustible pour le transport d'urgence vers les centres obstétricaux.⁶³ En Indonésie, un régime d'assurance communautaire, qui a donné de bons résultats, permet à un plus grand nombre de femmes d'atteindre les centres délivrant des soins obstétricaux d'urgence.⁶⁴

Le régime d'organisation des soins (*managed care*), introduit en Amérique latine dans le cadre de la réforme sanitaire, a aggravé les inégalités. Les organismes spécialisés dans ce domaine ont choisi de s'occuper des jeunes et des personnes en assez bonne santé qui déposent peu de réclamations, laissant les autorités locales sous-financées couvrir les patients plus âgés, plus malades et donc plus coûteux.⁶⁵

Les services doivent trouver un équilibre entre la nécessité de dégager des revenus et les besoins de leurs propres usagers, surtout des pauvres. Les plus pauvres d'entre les pauvres – c'est-à-dire 1,2 milliard environ de personnes qui vivent avec moins d'un dollar par jour – ne peuvent payer de redevance, si faible soit-elle, sous

quelque forme que ce soit, pour les soins de santé. Les redevances officielles et officieuses imposées dans le monde entier pour renflouer des budgets de santé ployant sous le fardeau reviennent dans la pratique à interdire aux millions des plus pauvres l'accès aux soins de santé primaires et en matière de reproduction.

SANTÉ ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE Un meilleur état de santé, y compris la santé en matière de reproduction, et un meilleur niveau d'éducation contribuent à la croissance économique.⁶⁶ Les améliorations de l'état de santé et la réduction de la mortalité profitent notamment aux plus pauvres, parce que ce sont eux qui courent le plus de risques.⁶⁷ Un meilleur niveau d'éducation aide les femmes, en particulier, à protéger leur santé et celle de leurs enfants et élargit leurs choix économiques. La hausse des revenus a pour effet d'améliorer le cadre de vie, de réduire la malnutrition et de rendre moins immédiate la menace liée aux frais qu'entraîne la mauvaise santé.

À mesure que les revenus s'élèvent, la santé s'améliore en moyenne, mais en même temps les inégalités se creusent dans l'état de santé, peut-être parce que les plus aisés sont les premiers à tirer profit des nouvelles technologies médicales qui accompagnent la croissance économique. Le résultat est que les pays où le revenu par habitant est le plus élevé accusent des inégalités plus marquées dans la santé des enfants que les pays pauvres où de larges écarts existent entre les plus riches et les plus pauvres.⁶⁸

6 le VIH/sida et la pauvreté



Le VIH/sida est de toutes les maladies liées à l'activité sexuelle et à la procréation la plus mortelle et celle qui se répand le plus rapidement. Il menace plus sérieusement les perspectives de développement des pays pauvres que toute autre maladie. Son impact est le plus rude parmi les pauvres, qui n'ont aucun avoir de réserve et reçoivent de la société un moindre soutien que tout autre groupe.

Vingt ans après la première preuve clinique du sida, il est devenu la maladie la plus dévastatrice que l'humanité ait jamais affrontée, frappant en moyenne 14 000 hommes, femmes et enfants chaque jour; il est la principale cause de décès en Afrique subsaharienne et occupe le quatrième rang parmi les fléaux les plus meurtriers au niveau mondial.

La maladie se répand par les produits dérivés du sang infecté et par l'abus des drogues, mais avant tout par contacts sexuels, surtout entre hommes et femmes. Les femmes sont plus vulnérables à l'infection pour des raisons physiologiques et sociales et les travailleuses de l'industrie du sexe courent un beaucoup plus grand risque d'être infectées que le reste de la population. Mais le comportement sexuel des hommes est en grande partie responsable de la diffusion de la maladie.

Plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH, et le sida en a déjà tué plus de 20 millions, selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et selon l'OMS.¹ Rien qu'en Afrique subsaharienne, on a compté en 2001 3,5 millions nouveaux séropositifs.

Environ 40 millions de personnes sont infectées par le virus, dont plus de 28 millions en Afrique et près de 95 % dans les pays en développement. C'est actuellement en Europe de l'Est et en Asie centrale, où les consommateurs de drogues par injection représentent la majorité des nouveaux séropositifs, que la maladie se répand le plus vite.² L'Inde a peut-être plus de 4 millions de séropositifs. L'étendue de sa prévalence en Chine est inconnue, mais l'évaluation officielle d'un million de séropositifs pourrait être très inférieure à la réalité. Certaines évaluations portent leur chiffre à non moins de 6 millions, et peut-être à 10 millions d'ici la fin de la décennie.³

Le VIH peut être aussi transmis *in utero* par des mères infectées à leurs enfants. Environ un tiers des mères infectées transmettent la maladie à leurs enfants de cette manière.

ONUSIDA et l'OMS évaluent actuellement à plus de 4 millions le nombre d'enfants de moins de 15 ans séropositifs. Plus de 90 % sont nés de mères séropositives et ont été infectés avant ou durant l'accouchement ou par l'allaitement naturel.

Ces infections ont entraîné une augmentation sans précédent de la mortalité infantile, parce que l'infection par le VIH débouche rapidement sur le sida chez les enfants et beaucoup d'entre eux sont morts. Sur les 580 000 enfants de moins de 15 ans morts du sida en 2001, 500 000 – près de neuf sur dix – étaient africains.⁴

La moitié des nouveaux cas d'infection frappent des jeunes âgés de 15 à 24 ans, dont beaucoup ne disposent pas d'information ni de services de prévention et ignorent encore tout de l'épidémie et des moyens de s'en protéger. D'après des études sur les jeunes de 15 à 19 ans sexuellement actifs menées dans sept pays africains, au moins 40 % d'entre eux ne se croyaient pas exposés à un risque. Dans l'un de ces pays, la proportion atteignait 87 %. Dans 22 pays sur lesquels a porté une récente enquête de l'UNICEF, au moins 30 % des jeunes n'avaient jamais entendu parler du sida; dans 17 de ces pays, plus de la moitié des adolescents ne pouvaient citer une seule méthode de protection contre le VIH. Dans toutes les enquêtes, les jeunes femmes sont moins bien informées que les jeunes hommes, bien qu'elles soient plus vulnérables à l'infection.⁵

Dans les pays en développement, le VIH/sida détruit aussi bien les existences que les moyens d'existence, balayant des décennies de progrès. Même dans les pays industrialisés, la majorité des infections frappent les pauvres. Aucun pays développé ne connaît une épidémie du sida qui approche même de loin celle des pays pauvres.⁶

« Les changements économiques et sociaux ... ont créé un environnement qui expose des dizaines de millions de personnes au risque d'être infectées par le VIH. »⁷ Les initiatives qui se limitent à « chercher à changer le comportement ne suffisent pas à enrayer l'épidémie. Les facteurs déterminants de l'épidémie se situent bien au-delà de la volonté individuelle. » Nous n'arrêterons pas la pandémie en la traitant seulement comme une maladie. Le VIH/sida accompagne la pauvreté, est répandu par la pauvreté et à son tour engendre la pauvreté.

La relation entre pauvreté et transmission du VIH n'est pas simple. Si elle l'était, l'Afrique du Sud n'aurait sans doute pas la plus vaste épidémie de l'Afrique, car à en juger par les normes du continent l'Afrique du Sud est riche. Le Botswana est aussi relativement riche, et pourtant a les niveaux les plus élevés d'infection du monde entier. Si la majorité des personnes atteintes du VIH/sida sont pauvres, ce ne sont pas les seules à être infectées, loin de là.

Tout ce qui accompagne la pauvreté a pour effet d'encourager l'infection : sous-alimentation; manque d'eau salubre, d'assainissement et d'hygiène; niveau généralement faible de l'état de santé, systèmes immunitaires fragiles, forte incidence d'autres infections, dont les infections génitales et l'exposition à des maladies comme la tuberculose et le paludisme; insuffisance des services de santé publique; analphabétisme et ignorance; pressions encourageant un comportement à risque élevé, depuis la migration de la main-d'œuvre à l'abus de l'alcool et aux violences sexuelles; réaction inadéquate des dirigeants au VIH/sida ou aux problèmes des pauvres; et enfin manque de confiance ou d'espoir dans l'avenir.⁸

Les individus, les ménages et les communautés atteints par le VIH/sida découvrent que la perte de salaires, la perte de récoltes et l'absence de traitement les affaiblissent, les appauvrissent encore davantage et condamnent à la pauvreté les éléments vulnérables. Le cycle va s'accéléralant.

L'inégalité accentue l'impact de la pauvreté, et l'effet conjugué de la pauvreté et de l'inégalité pourrait bien être ce qui donne toute sa violence à l'épidémie. Un camionneur sud-africain n'est pas bien payé en comparaison des cadres supérieurs qui dirigent la société à laquelle il appartient, mais il est riche en comparaison des habitants des zones rurales que traverse son véhicule. Pour la femme qu'il rencontre à un arrêt de camions, tout homme en possession de 50 rands (10 dollars) est riche; comme elle a un besoin désespéré d'argent pour nourrir sa famille, il peut acheter un rapport sexuel non protégé, bien qu'elle en sache les risques.

Les impacts dévastateurs

En 2010, environ 40 millions d'enfants auront été rendus orphelins par la pandémie dans le monde entier. La disparition de jeunes adultes qui occupaient un emploi et l'augmentation du nombre de veuves, de veufs et d'orphelins auront pour effet d'accroître le nombre de personnes à charge et d'aggraver la pauvreté. Le sida est dès maintenant devenu la principale cause de décès des adultes en Afrique et les prévisions donnent à penser que l'accroissement de la mortalité, la baisse de la natalité et la réduction de la fécondité vont ralentir, voire inverser la croissance démographique. L'espérance de vie est en train de tomber; elle est déjà tombée de 10 à 15 ans dans

certain pays. L'Afrique subsaharienne aura 71 millions d'habitants de moins en 2010 qu'elle n'en aurait eu sans le sida. Il en résulte que l'économie, les structures sociales et la stabilité politique de sociétés entières sont menacées.⁹

L'ÉPUISEMENT DES SERVICES DE SANTÉ Dans la plus grande partie de l'Afrique, le paludisme, la tuberculose et, de plus en plus, le VIH/sida ont surchargé le système de santé dans les années 90, en même temps que les programmes d'ajustement structurel contraignaient les gouvernements à amputer des budgets sanitaires déjà maigres et à transférer de l'État aux individus une grande partie du coût des soins. Le résultat a été de priver de nombreux Africains de tous soins de santé.¹⁰

En même temps, on a enregistré une surprenante hausse de l'incidence du VIH/sida parmi les agents sanitaires; par exemple, le Malawi et la Zambie signalent que les taux de morbidité et de mortalité des agents sanitaires se sont multipliés par cinq ou six. Il ne reste ainsi qu'un personnel décimé, qui lutte pour surmonter la tension, le surmenage et la peur afin de faire face à l'explosion de la crise. Les coûts inhérents aux nouvelles procédures de sécurité, à la perte de temps et de main-d'œuvre, ont rendu les soins de santé plus rares et plus coûteux, les plaçant ainsi hors de portée de beaucoup des sujets infectés et laissant des membres de la famille non formés à ce rôle – souvent des personnes âgées – prendre soin des patients à domicile.

Les différences en matière de services de santé et en matière d'accès à un traitement du VIH/sida abordable déterminent les taux de survie et créent un écart considérable entre pays et communautés selon qu'ils sont riches ou pauvres. Alors que la lutte pour réduire le prix des médicaments et élargir la couverture du traitement se poursuit, les services de santé publique détermineront la capacité plus ou moins grande des ménages et des communautés de faire face à l'épidémie. L'incapacité à fournir des services de santé, quelle que soit la difficulté de couvrir les coûts à court terme, sera le signal d'une catastrophe pour le développement et pour les efforts visant à éliminer la pauvreté.¹¹

L'EFFONDREMENT DES SYSTÈMES ÉDUCATIFS L'éducation aide les individus à se protéger contre l'infection par le VIH. En Zambie, par exemple, les données du contrôle effectué à Lusaka montrent que le taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans est tombé de 27 % en 1993 à 15 % en 1998 et que le recul était plus marqué parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. En l'absence d'un vaccin médical contre l'infection par le VIH, l'éducation peut offrir un « vaccin social ». ¹²

Le sida prive les enfants d'une éducation. Le VIH/sida tue les enseignants et les administrateurs d'établissement, et par là enlève à l'éducation beaucoup de sa qualité, augmente les coûts et affaiblit la demande. Les enfants qui deviennent orphelins de leurs deux parents du fait de l'épidémie ont beaucoup moins de chance de poursuivre leur scolarité.¹³ Les filles sont bien plus exposées que les garçons à rester au domicile pour prendre soin de membres de la famille malades ou pour se charger des travaux ménagers, afin que les femmes puissent faire fonction d'infirmière. Parfois, les enfants deviennent les seuls soutiens de famille si les adultes d'âge à travailler sont malades et si les autres membres de la famille sont trop âgés ou trop jeunes pour travailler.

En République centrafricaine, 85 % des enseignants morts entre 1996 et 1998 étaient séropositifs et ils ont disparu en moyenne 10 ans avant l'âge de leur retraite.¹⁴ Au Kenya, le nombre d'enseignants

décédés est passé de 450 en 1995 à 1 400 en 1999. La Côte d'Ivoire et le Malawi perdent au moins un enseignant par jour.

D'après un récent forum tenu au Cameroun, 10 % des enseignants et 20 % des étudiants pourraient devenir séropositifs dans les cinq prochaines années.¹⁵ Le forum a demandé une remise en cause de l'ignorance, du secret, du refus d'avouer la vérité et de la crainte de l'opprobre et de la discrimination qui sont encore la règle dans les écoles et universités. Les participants ont demandé qu'une éducation au VIH/sida soit dispensée dans les écoles, malgré les tabous et les obstacles culturels.

D'autres propositions récentes ont porté sur l'attribution de subventions publiques aux écoles, ou directement aux ménages des zones pauvres ou durement touchées, afin de réduire les coûts de l'éducation et d'éviter les abandons scolaires. Si les écoles peuvent rester ouvertes et continuer de fonctionner, avec un refus total de tolérer les sévices sexuels, elles pourraient devenir des centres où coordonner le renforcement de la réaction communautaire au sida et où une équipe dirigeante ouverte à la participation se dégagerait au sein de la communauté.

LES IMPACTS ÉCONOMIQUES Le VIH/sida ralentit déjà la croissance et l'activité économiques dans les pays les plus durement touchés. Dans les années 90, le sida aurait réduit de 0,8 % la croissance annuelle par habitant en Afrique. Les modèles donnent à penser que dans les pays les plus gravement touchés la croissance par habitant sera amputée d'un à deux points de pourcentage dans les prochaines années. Cela signifie qu'au bout de 20 ans de nombreuses économies seront de 20 à 40 % moins fortes qu'elles ne l'auraient été sans le sida.¹⁶ En même temps, le VIH/sida exige du secteur public un complément de ressources pour organiser les efforts de prévention, dispenser un traitement, maintenir les autres services de santé et prendre soin des orphelins et autres personnes à charge.

Les malades travaillent moins efficacement et sont souvent absents. Leur décès, sans parler de la tragédie humaine, a pour effet de créer une perturbation sur leur lieu de travail, de réduire la productivité, d'annuler l'investissement fait dans la formation et d'obliger à former ceux qui les remplaceront. Les entreprises ne peuvent planifier pour un avenir incertain. Comme la maladie et les décès consécutifs au sida suivent la courbe d'infection par le VIH avec un retard de plusieurs années, on peut partir de la prévalence du VIH pour prévoir le nombre de malades, de morts et d'orphelins dans l'avenir. Les données sont loin d'être parfaites, mais l'épidémie a désormais une assez longue histoire pour que ses coûts élevés soient visibles.¹⁷ En avril 2002, l'une des principales sociétés d'extraction sud-africaines, GoldFields, a évalué à 10 dollars par once le coût supplémentaire de production de l'or imputable à l'épidémie du VIH/sida.

De nombreuses entreprises ont essayé de déplacer le fardeau en réduisant les prestations, en n'accordant à leur main-d'œuvre que des contrats de durée limitée et en cherchant à rejeter sur l'État les charges inhérentes aux soins et au recyclage. Mais cette stratégie est en dernière analyse condamnée à l'échec, parce que le gouvernement doit imposer le secteur privé pour couvrir ses coûts.

En outre, il est clair que les gouvernements se trouvent placés devant le même type de problèmes exactement. Le personnel des services publics tombe malade et meurt. Il y a moins d'enseignants dans les écoles, d'agents de police sur la voie publique, d'infirmières dans les dispensaires et d'agents de la voirie à faire le ramassage des ordures. Sans personnel expérimenté, un gouvernement cessera à tous les niveaux d'assumer ses fonctions, ce qui menace non seu-

lement le développement économique, mais l'infrastructure (par exemple, routes et aéroports), des mécanismes tels que le maintien de l'ordre public et la fiscalité, et en fin de compte la cohésion même de la société.

Dans les zones rurales, le dommage est non moins sérieux : au Zimbabwe, des exploitations familiales voient la production de maïs, d'arachide et de coton baisser de 40 à 60 % après le décès d'un sidéen.¹⁸ Il ne s'agit pas seulement de la perte de revenu : les fruits et légumes nutritifs sont remplacés par des racines amylacées qui exigent moins de main-d'oeuvre; le bétail et la volaille sont parfois vendus pour acquitter le prix de médicaments, ce qui prive d'aliments nutritifs tels que le lait, la viande ou les oeufs. Ces changements sont à l'origine d'une insécurité alimentaire chronique et d'une grave carence en protéines, qui compromettent encore davantage le système immunitaire et ouvrent la voie à l'infection.

Les mesures prioritaires à prendre

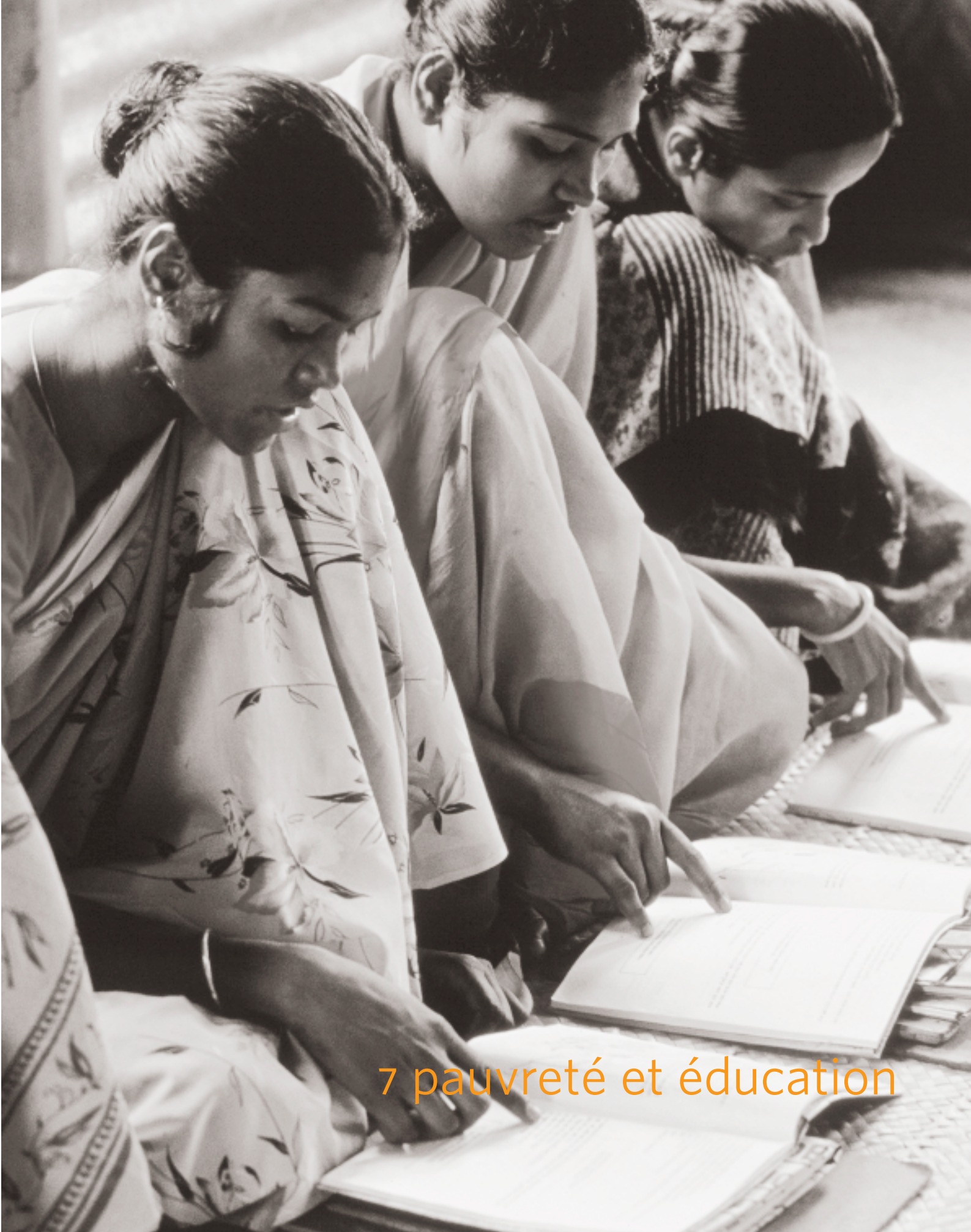
Les pauvres n'ont qu'un accès limité aux services de prévention, tels que les préservatifs, ou à toute forme de traitement. Parmi les personnes exposées au VIH, environ une sur cinq seulement a accès à l'information et aux services.¹⁹ Moins de 5 % des personnes qui en ont besoin obtiennent des médicaments antirétroviraux.²⁰ La prise de mesures contre l'épidémie a été entravée par la lenteur avec laquelle les dirigeants, à tous les niveaux, reconnaissent la nature de la crise en son plein développement. La culture universelle de silence qui entoure le comportement sexuel a fait détourner les yeux et fermé les bouches.

En juin 2001, une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida a centré l'attention du monde entier sur la crise. Le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, a tiré parti d'un Sommet africain sur le VIH/sida et les autres maladies infectieuses pour lancer un appel à l'action et proposer la création d'un Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ce fonds vise à accroître l'appui à la lutte contre le sida et aux programmes connexes contre le paludisme et la tuberculose dans les pays en développement; cet appui passerait de moins de 2 milliards de dollars par an à un montant compris entre 7 et 10 milliards de dollars.

Le Fonds mondial a annoncé en avril 2002 son premier cycle de subventions pour le traitement et la prévention, attribuant un total de 378 millions de dollars en l'espace de deux ans à 40 programmes répartis entre 31 pays. Cet important progrès met d'autre part en lumière l'échec permanent de la communauté internationale à satisfaire aux besoins du monde en développement. Les contributions versées pendant la première année sont restées cruellement en deçà de l'objectif.

Les stratégies efficaces visant à faire reculer l'épidémie combinent le traitement, l'éducation et la prévention. De telles stratégies doivent aller au-delà de la distribution de médicaments et des soins de santé et atteindre le coeur même des communautés. Elles appellent à une consultation étroite avec ceux que l'on cherche à aider.²¹ Des dirigeants solides et déterminés, qui montrent la voie par l'exemple aussi bien que par l'exhortation, sont absolument nécessaires.

Les exemples d'initiatives locales menées avec imagination et courage pour amoindrir l'effet de la pandémie en Ouganda, au Sénégal et en Thaïlande sont de bonnes nouvelles en provenance de tous les horizons du monde. Des dirigeants solides peuvent soutenir et renforcer une action communautaire de ce type.



7 pauvreté et éducation

Bien que l'accès général à l'éducation de base ait sensiblement progressé au cours de la décennie écoulée en de nombreux pays en développement, les pauvres ont encore une moindre chance d'être scolarisés, même brièvement, une moindre chance de fréquenter l'école en ce moment même, et une plus grande chance de redoubler une classe que les enfants de familles plus riches.

Pour les pauvres, le profil de l'éducation varie sensiblement selon les régions. En Asie du Sud, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, une importante minorité des enfants de familles pauvres ne sont jamais scolarisés. En Amérique latine, par contre, à peu près tous les enfants vont jusqu'au terme de la première année d'études, mais les taux d'abandon scolaire sont ensuite élevés. Par exemple, 92 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans appartenant à des familles pauvres du Brésil achèvent la première année d'études, mais la moitié seulement vont jusqu'à la cinquième. Dans d'autres régions en développement, le profil se caractérise par des proportions plus élevées de scolarisation, puis d'abandon scolaire.¹

Différences dans la scolarisation et le niveau d'études en fonction de la richesse

Il existe des différences en fonction de la richesse dans la scolarisation et le niveau d'études dans presque tous les pays en développement, mais les écarts varient considérablement selon les pays. Dans presque tous les pays, les enfants de 6 à 14 ans issus du quintile le plus riche ont sensiblement plus de chances d'être scolarisés que les enfants issus des deux quintiles les plus pauvres.

Les différences entre riches et pauvres sont particulièrement marquées (plus de 45 points de pourcentage) dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest – Bénin, Burkina Faso, Mali et Sénégal – ainsi qu'au Maroc et au Pakistan. Par contre, on n'observe que de légères différences au Kenya, au Malawi, au Kazakhstan et en Ouzbékistan.

Le parcours scolaire fait apparaître aussi des écarts entre riches et pauvres qui varient selon les pays. Par exemple, en Inde, l'écart (dans ce cas, concernant le nombre moyen d'années de scolarité dans le groupe 15-19 ans) entre le quintile le plus riche et les deux quintiles les plus pauvres est de 10 ans, tandis qu'en Tanzanie il n'est que de deux ans.²

En de nombreux pays, la plupart des enfants issus des familles les plus pauvres ne sont pas scolarisés. Une récente étude menée sur 35 pays d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Asie du Sud a montré que dans 10 pays, la moitié au moins des jeunes âgés de 15 à 19 ans issus de familles pauvres n'ont jamais achevé la première année d'études.³

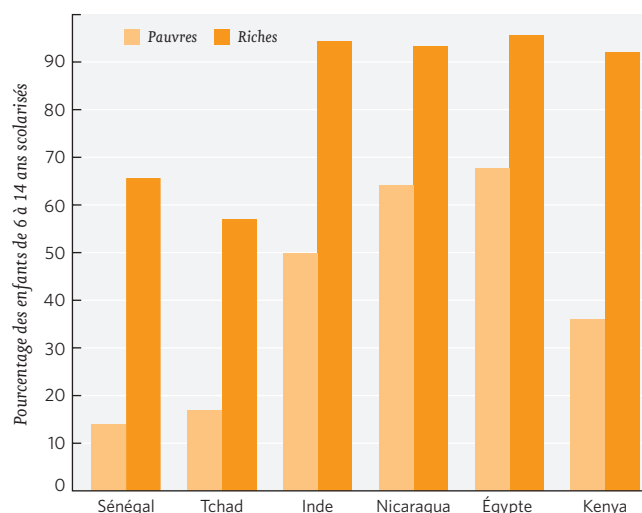
La communauté internationale s'accorde depuis longtemps à reconnaître que l'éducation primaire devrait être universelle vers le début du XXI^e siècle. Les écarts constatés dans la scolarisation et le niveau d'études en fonction de la richesse impliquent que les pauvres sont bien plus éloignés d'atteindre cet objectif.

De nombreux pays pourraient y parvenir en améliorant la scolarisation des enfants pauvres. Par exemple, en Colombie, au Pérou et aux Philippines, les enfants pauvres représentent plus de 70 % des non scolarisés au niveau primaire.⁴ Dans quelques pays en développement seulement, les enfants de familles riches ne suivent pas encore tous l'enseignement primaire (voir Diagramme 11).

LES RAISONS DE L'ÉCART Pourquoi les taux de scolarisation et le niveau éducatif sont-ils plus bas parmi les pauvres? Aussi bien l'offre que la demande y contribuent. D'abord, il est plus difficile aux enfants pauvres d'atteindre l'école. Les écoles sont souvent

Diagramme 11 : Inégalité dans la scolarisation en fonction de la richesse

Pourcentage des enfants de 6 à 14 ans issus du quintile le plus pauvre et du quintile le plus riche qui sont scolarisés, dans quelques pays



concentrées dans les villes et les zones où résident les familles riches. Par exemple, en Guinée, la durée moyenne de trajet jusqu'à l'école primaire la plus proche est de 47 minutes dans les zones rurales, mais de 19 minutes seulement dans les zones urbaines.⁵

Mais l'existence ou l'absence d'écoles n'est pas le problème majeur dans la plupart des pays.⁶ Les dépenses d'éducation ont augmenté en bien des endroits durant les dernières décennies, mais l'augmentation des dépenses peut renforcer les inégalités de richesse au lieu de les réduire à moins qu'une attention particulière ne soit portée aux besoins des pauvres.

Les données en provenance d'un large éventail de pays en développement donnent à penser qu'un pourcentage plus important du budget national de l'éducation va aux mesures prises en faveur des riches.⁷ En Amérique latine, les inégalités du niveau d'études ont été attribuées à l'inefficacité de l'école publique, dont les pauvres sont tributaires, et à la part relativement faible du budget consacrée à l'enseignement primaire et secondaire, dont les pauvres tirent généralement le plus de profit.⁸ Même quand l'État consacre suffisamment de ressources à améliorer l'accès des pauvres à l'éducation et la qualité de celle-ci, il arrive que la capacité administrative nécessaire pour fournir les services fasse défaut.

Les guerres, les conflits civils, l'effondrement économique et les épidémies, entre autres formes de crise, perturbent les services et font baisser la fréquentation scolaire. Dans l'ex-Yougoslavie et en Asie centrale, les taux de scolarisation dans l'enseignement élémentaire ont été beaucoup plus faibles à la fin qu'au début des années 90. Ces problèmes ont généralement des conséquences beaucoup plus lourdes pour les pauvres que pour les autres segments de la population.⁹

La qualité de l'école – ce qui recouvre les programmes, les manuels, les méthodes d'enseignement, la formation des enseignants, les ratios élèves/enseignant et la participation des parents – aide à déterminer le bilan éducatif, à savoir le nombre d'années d'études, le niveau d'instruction et les notes d'examen.¹⁰ Par exemple, une recherche menée récemment en Afrique du Sud montre que le ratio élèves/enseignant a un effet sensible sur le nombre d'années de fréquentation scolaire.¹¹ En Égypte, les taux

21 **VIVRES CONTRE ÉDUCATION** Au Bangladesh, le programme *Vivres contre éducation* est une initiative gouvernementale destinée à remédier à l'insécurité alimentaire des ménages et au faible niveau éducatif des femmes dans les familles les plus pauvres. Lancé en 1993, le programme atteint environ 5 000 écoles primaires dans l'ensemble du pays. Il fournit une ration alimentaire (blé) qui remplace la contribution de l'enfant aux moyens d'existence de sa famille et le rend libre de fréquenter l'école.

La fréquentation scolaire a augmenté pour les enfants des deux sexes, mais d'environ 10 à 15 % de plus pour les filles. Sans parler de l'effet de l'éducation sur leur accès à l'autonomie, il y a certains indices que le progrès de la scolarisation a retardé l'âge du mariage, ce qui a d'importantes implications pour les perspectives offertes aux femmes.

d'abandon scolaire sont liés à divers aspects de la qualité des établissements et du cadre d'apprentissage. Garçons et filles réagissent à des aspects différents de l'environnement scolaire.¹²

Dans certains pays, la baisse de la fécondité réduit la pression exercée sur l'école publique, ce qui offre une occasion d'en améliorer la qualité sans nécessairement augmenter les dépenses.

LA DEMANDE ET LES BÉNÉFICES ATTENDUS La demande d'éducation dépend des bénéfices que la famille croit pouvoir en attendre, notamment du revenu que des enfants instruits peuvent espérer (mais aussi une meilleure santé et une moindre fécondité).¹³ D'après une étude, quand les possibilités correspondantes s'offrent à une main-d'œuvre instruite, ses gains peuvent augmenter en moyenne de 10 % par année de scolarité supplémentaire.¹⁴

Dans certains pays, le bénéfice attendu de l'éducation est plus modeste pour diverses raisons, ce qui réduit la demande d'éducation chez les pauvres. En Amérique latine, les facteurs sont notamment le coût de l'éducation, la qualité médiocre de l'enseignement public et la discrimination contre certains groupes ethniques ou linguistiques et contre les femmes sur le marché du travail.¹⁵

Par contre, les bénéfices de l'éducation en Asie de l'Est et dans certains pays de l'Asie du Sud sont restés importants en raison des investissements dans le capital d'équipement, des améliorations de la technologie, de politiques commerciales favorables à l'exportation ou positives d'une manière quelconque, aussi bien que du prix traditionnellement attaché à l'éducation dans les familles.¹⁶

Les programmes qui réduisent le coût de l'éducation pour les pauvres peuvent faire monter la demande. Par exemple, au Mexique, le programme PROGRESA, qui fournit des subventions aux familles pauvres à condition que leurs enfants assistent régulièrement à l'école, a réduit le nombre des abandons scolaires et amélioré le taux de passage à la classe supérieure.¹⁷

L'écart entre les sexes

Tandis que l'« écart entre les sexes » dans l'éducation s'est amoindri au cours de la dernière décennie, leur position relativement défavorisée empêche toujours les filles de suivre l'enseignement secondaire dans la plus grande partie de l'Asie du Sud, de l'Afrique subsaharienne et de plusieurs autres régions en développement. Environ 31 % des femmes n'avaient reçu aucune éducation structurée en 2000, contre 18 % des hommes.¹⁸ La situation varie considérable-

ment de pays à pays, avec les écarts les plus larges en Afrique du Nord et les moins larges en Asie du Sud, en Amérique latine et en Asie centrale.

Les taux de scolarisation montrent que la différence entre les sexes est concentrée dans quelques régions. L'Asie du Sud et certains pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, République centrafricaine et Tchad), ainsi que le Maroc, ont des taux de scolarisation supérieurs de 15 points de pourcentage au moins pour les garçons. Dans plusieurs pays d'Amérique latine et aux Philippines, au contraire, les taux de scolarisation des filles âgées de 6 à 14 ans dépassent ceux des garçons.

L'écart entre les sexes est normalement plus marqué à mesure que le niveau d'enseignement est plus élevé. En Asie du Sud, la scolarité des femmes est deux fois moins longue que celle des hommes, et les taux féminins de scolarisation dans l'enseignement secondaire ne dépassent pas les deux tiers des taux masculins. En Afrique subsaharienne, le nombre des filles de 12-13 ans scolarisées est égal à 80 % de celui des garçons, mais ne dépasse pas 50 % à l'âge de 18-19 ans.¹⁹

Il est capital pour l'avenir d'investir dans l'éducation. Si les taux de scolarisation demeurent constants et que la fécondité et la mortalité baissent conformément aux prévisions, il y aura encore un écart entre les sexes dans le niveau d'études en 2030.²⁰ (Cet écart ne disparaîtrait pas complètement même si les taux de scolarisation s'élevaient dans tous les pays au niveau actuel de l'Amérique du Nord d'ici 2030, en raison du large écart entre les groupes d'âge plus anciens.)²¹

DES FACTEURS CUMULATIFS La distance du domicile à l'école peut jouer un rôle important au moment de décider si les filles seront scolarisées parce que la famille craint qu'elles ne subissent un harcèlement sexuel en chemin. Au Pakistan, où la ségrégation des sexes est stricte à l'école, on a constaté que l'emplacement des écoles influait sur la décision de scolariser les filles, mais non les garçons.²²

Les locaux scolaires et les attitudes à l'égard des filles à l'intérieur de ceux-ci peuvent jouer un rôle important, tant pour les filles que pour leurs parents. Une étude menée au Kenya a établi que les toilettes laissaient à désirer dans de nombreuses écoles. Les filles étaient harcelées et bien plus exposées que les garçons à se voir assigner des tâches domestiques.²³ Si les parents estiment que l'enseignement est de qualité médiocre, ils peuvent décider que les filles seront plus utiles à la maison. Le coût des redevances scolaires, des livres et des uniformes apparaît comme un obstacle plus grand à la scolarisation des filles que des garçons, surtout dans les familles pauvres. Dans l'Afrique subsaharienne, les filles sont parfois vulnérables à la proposition de « papas gâteau » d'acquitter la redevance scolaire en échange de faveurs sexuelles.²⁴

À l'intérieur d'un même pays, les inégalités entre sexes sont souvent plus grandes chez les pauvres,²⁵ et dans certains pays persistent chez les pauvres après avoir disparu dans les groupes plus riches,²⁶ de sorte qu'une fille issue d'une famille pauvre est doublement défavorisée. Les parents pauvres peuvent être peu disposés à éduquer leurs filles parce qu'ils croient qu'une fille ne gagnera jamais autant qu'un garçon. Ils ont un besoin immédiat de leur travail pour aider la famille,²⁷ contribuer aux tâches domestiques ou prendre soin des frères et sœurs plus jeunes.

Les communautés pauvres, où le rôle des femmes est limité, souvent ne croient pas qu'une fille ait besoin de recevoir une éducation structurée pour être épouse et mère. La scolarisation apparaît comme un moyen d'attirer des maris plus instruits et de

situation confortable,²⁸ mais les parents s'attendent à ce que le bénéfice de l'éducation profite à la famille du mari, non à la leur.

La grossesse peut aussi conduire à l'abandon scolaire des filles. Les familles pauvres, si elles ont de nombreux enfants, peuvent retirer les filles de l'école pour qu'elles aident à en prendre soin. Le manque de ressources pour acquitter les redevances scolaires peut contraindre à faire un choix en faveur des garçons. Le règlement des écoles oblige souvent les filles enceintes à interrompre leurs études; d'autres s'en vont pour se marier (bien que beaucoup de filles quittent l'école plus tôt). La contribution de la fécondité à l'abandon des études varie, mais elle peut être importante.²⁹ Un examen de plusieurs études de pays d'Afrique subsaharienne a établi que, pour les filles, l'interruption des études était due dans 8 à 25 % des cas à la grossesse.³⁰

LES OBSTACLES À L'INVESTISSEMENT DANS L'ÉDUCATION DES FILLES

Certains experts croient qu'il est plus sage d'investir dans l'amélioration de l'éducation pour tous les enfants plutôt que d'acheminer en priorité les ressources au profit des filles, ce qui selon eux peut réduire celles disponibles pour les garçons. Selon un autre point de vue, des programmes conçus pour les besoins des filles sont indispensables pour les faire venir dans la salle de classe et y rester; et les investissements qui aplanissent les obstacles pour les filles les aplanissent aussi pour les garçons. D'autres encore adoptent la position que des écoles « centrées sur l'enfant », quel que soit le sexe, donnent de meilleurs résultats.³¹ Chacune de ces perspectives fait l'objet d'une mise en oeuvre et d'une évaluation dans différents pays.

Un autre problème est de savoir s'il faut axer les efforts sur l'éducation des filles ou travailler aussi à réduire le taux d'analphabétisme chez les femmes adultes. Ce sont les femmes qui veillent sur la santé et la scolarité de leurs enfants, de sorte qu'en les éduquant on multiplie la valeur de l'investissement dans l'éducation. Mais certains soutiennent qu'il convient de concentrer des ressources insuffisantes sur les points où elles auront le plus grand effet à long terme.

L'image préconçue des sexes – dans les programmes, les méthodes d'enseignement et le cadre scolaire en général – constitue une grave source de préoccupation. Il est possible que les filles reçoivent moins d'attention des enseignants, soient jugées moins intelligentes et obtiennent de moins bons résultats scolaires. Cela peut tenir au fait que le style d'enseignement fondé sur la compétition et l'affrontement qui domine dans de nombreuses écoles est inconciliable avec les traits de caractère traditionnellement appréciés chez la femme que sont la passivité et l'esprit de collaboration. Le matériel d'enseignement offre ordinairement aux étudiants des rôles modèles forts pour les garçons, mais des rôles modèles faibles, ou peu de rôles modèles, pour les filles. Souvent, les filles ne sont pas encouragées à suivre des cours dans les disciplines techniques et scientifiques qui pourraient élargir leurs possibilités d'emploi, renforçant ainsi la ségrégation par sexe sur le marché du travail.³²

Les bénéfiques pour les pauvres des investissements dans l'éducation

L'IMPACT DE L'ÉDUCATION DES PARENTS SUR L'ÉDUCATION DES ENFANTS

De nombreuses études ont montré qu'il existe un rapport entre l'éducation des parents et le niveau éducatif de leurs enfants, et que l'éducation de la mère exerce habituellement à cet égard plus d'influence que celle du père.³³ La plus grande influence qu'une mère instruite exerce dans les négociations entre époux peut lui permettre d'obtenir davantage de ressources pour ses enfants. Les mères instruites ont une meilleure chance d'exercer un emploi, ce qui leur permet de payer une partie des coûts de scolarité, et elles peuvent être mieux informées des bénéfices de celle-ci. Et les mères instruites, qui ont en moyenne moins d'enfants, peuvent porter plus d'attention à chaque enfant.

Outre le fait qu'elles ont moins d'enfants, les mères instruites ont généralement moins d'enfants non désirés ou dont la naissance se place à un moment inopportun. Ceci a des implications pour la

22 L'ALPHABÉTISATION DES AUTOCHTONES PAUVRES

Soixante-dix pour cent des femmes autochtones des départements de Chuquisaca et Potosí, en Bolivie, sont alphabètes. Les femmes de cette région rurale pauvre connaissent aussi les taux de mortalité maternelle les plus élevés du pays.

Un projet novateur soutenu par l'UNFPA aborde ces deux problèmes en offrant une alphabétisation simultanée dans la langue autochtone, le quechua, et en espagnol, et d'autre part des informations sur la santé en matière de reproduction, l'assurance maladie et la maternité sans danger.

De 1999 à 2002, plus de 100 000 femmes et hommes ont appris à lire et à écrire. Une équipe technique a formé plus de 100 formateurs, qui à leur tour ont formé 3 500 enseignants chargés de l'alphabétisation. Chacun a pris en charge une classe de 25

personnes, trois fois par semaine, pendant huit mois. Ces classes se composaient exclusivement d'hommes ou de femmes, pour garantir que tous pourraient s'exprimer librement.

« J'ai appris comment tenir ma personne et ma maison propres, comment planifier avec mon mari le nombre d'enfants que nous aurions, comment avoir un bon examen de grossesse et aller au centre de santé pour des examens de contrôle, » a dit une participante. « Il est dommage que nous n'ayons pas reçu cet enseignement plus tôt, car nous n'aurions pas eu tant d'enfants. »

Le projet, exécuté sous le patronage du Vice-Ministère de l'éducation parallèle et financé par la Fondation pour les Nations Unies, a reçu une publicité grâce à des manifestations locales, à la radio et à des groupes communautaires. Les activités étaient coordonnées avec les ONG locales.

En 2000, le projet a obtenu le Prix d'alphabétisation Malcolm Adiseshiah délivré par l'UNESCO.

Les participants ont été informés de l'existence de services de santé propres à sauver des vies. Dans l'une des zones desservies par le projet, le nombre d'accouchements bénéficiant d'une assistance qualifiée a de ce fait doublé en l'espace de deux ans.

« Autrefois, nous ne savions rien de tout cela, » a dit Modesta Hinojosa. « Nous nous promenions avec nos ventres arrondis à garder les moutons, faire les semailles avec nos maris, porter les bébés. Il n'y avait pas de centres de santé. Les femmes mouraient et personne ne disait rien. Grâce à Dieu, nous sommes maintenant mieux informées et nous prendrons mieux soin de notre santé. »

scolarité, parce que des parents pauvres doivent souvent choisir entre leurs enfants auxquels recevront une éducation. Le fait d'avoir de nombreux frères et sœurs peut réduire les chances d'un enfant de recevoir une éducation si celle-ci entraîne des dépenses,³⁴ bien qu'en Afrique subsaharienne les réseaux familiaux étendus limitent cet effet négatif en répartissant le coût parmi leurs membres.³⁵ Dans quelques pays, les enfants dont la naissance n'était pas planifiée ont un niveau éducatif sensiblement plus faible que les autres.³⁶

L'IMPACT SUR LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION ET LA SANTÉ INFANTILE

De nombreux indices attestent les avantages de la scolarisation, surtout de la scolarisation des femmes, pour la santé et la nutrition des enfants, leur survie et la baisse de la fécondité. Par exemple, les taux d'immunisation des enfants de mères instruites sont régulièrement plus élevés que ceux des enfants de mères sans instruction, même compte tenu d'autres facteurs connexes.³⁷ Les progrès de l'éducation des femmes ont contribué pour 43 % environ à la réduction de la malnutrition des enfants entre 1970 et 1995, c'est-à-dire plus que tout autre facteur.³⁸ Et l'état nutritionnel des enfants est, à son tour, lié à l'éveil de leur faculté cognitive et à leur scolarisation dès un jeune âge.³⁹

Le cheminement causal entre scolarisation et, d'autre part, santé en matière de reproduction et santé infantile n'a pas été solidement établi, mais il n'y a guère de doute que l'éducation donne courage aux femmes et leur permet de comprendre et d'utiliser l'information, de s'assimiler les normes et de faire des choix qui améliorent leur propre lot et celui de leurs enfants.⁴⁰

Il y a aussi un lien très étroit entre l'éducation et l'amélioration de la santé des femmes en matière de reproduction. De nombreuses études ont montré que les femmes instruites ont une meilleure chance de recevoir des soins prénatals adéquats, d'accoucher en présence d'assistants qualifiés, et d'utiliser des méthodes contraceptives pour éviter toute naissance non désirée ou placée à un moment inopportun. Les femmes instruites tendent aussi à devenir sexuellement actives plus tard, à se marier plus tard, à avoir leur premier enfant plus tard et à avoir moins d'enfants que les femmes sans instruction.⁴¹ Il y a une relation réciproque entre l'éducation et ces étapes du cycle de vie; les filles qui se marient et ont des enfants de bonne heure ne restent généralement pas à l'école, tandis que celles qui poursuivent leur scolarité s'engagent moins souvent aussi tôt dans la voie du mariage et de la vie familiale.

En de nombreux pays, le niveau d'éducation des hommes a généralement moins d'influence que celui des femmes sur la santé en matière de reproduction et la création de nouveaux foyers, mais ses effets sont généralement positifs. Il renforce les effets de l'éducation des femmes plus souvent qu'il ne les remplace.⁴²

LES BÉNÉFICES ÉCONOMIQUES Les investissements dans l'éducation et la santé des pauvres comportent des bénéfices sur les plans de la productivité, du revenu et de la croissance économique. Les programmes de lutte contre la pauvreté interagissent dans différentes sphères. Une meilleure éducation détermine un meilleur état de santé et des revenus plus élevés parmi les travailleurs; l'amélioration de la santé des travailleurs les met en mesure de gagner davantage.

Des indices solides et persistants montrent que dans un pays donné le niveau d'éducation a un effet positif sur la croissance économique. Et l'inégalité de ce niveau entre les individus retarde la croissance, quel que soit le niveau d'éducation moyen dans le pays

considéré.⁴³ Dans de nombreux pays, cette inégalité a aussi pour effet de faire obstacle à l'augmentation du revenu par habitant.⁴⁴ La politique économique influe sur cette relation : les investissements dans l'éducation ont un plus grand impact sur la croissance dans les pays où l'économie offre aux travailleurs de meilleures perspectives de mettre à profit leur éducation et leurs compétences.

Les ménages de faible niveau d'éducation sont très exposés à la mauvaise santé et à l'invalidité permanente, aux oscillations des prix et du crédit, aux catastrophes naturelles et écologiques. L'éducation aide à amortir de tels chocs en permettant d'avoir un emploi mieux assuré, des revenus plus élevés, et un meilleur accès aux avoirs et au crédit. Les personnes instruites sont généralement en meilleure santé que les personnes sans instruction, même si leurs revenus sont de même ordre.⁴⁵

Atteindre les objectifs de la CIPD

L'un des centres d'intérêt de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, était de promouvoir les perspectives d'éducation, surtout pour les femmes, en tant que moyen de promouvoir le développement social et économique. L'achèvement par tous des études primaires a été déclaré un but à atteindre en l'espace de 20 ans, de même que l'élargissement de l'accès des filles et des femmes à l'enseignement secondaire et supérieur.

À la suite de cette conférence, de nombreux gouvernements et ONG ont fait davantage d'efforts pour élargir l'accès des pauvres, surtout des femmes pauvres, à l'éducation. Les programmes ont inclus des subventions pour redevances scolaires, des exemptions ou des bons, la promotion de la participation de la famille et de la communauté, et diverses expériences portant sur une intervention accrue du secteur privé dans l'enseignement. Et l'éducation est de plus en plus liée aux programmes appliqués dans les secteurs sanitaire et économique à mesure que leur relation intrinsèque est mieux reconnue.

Lors de l'examen, après cinq ans, des progrès accomplis depuis la CIPD, de nouveaux buts ont été fixés : accès de tous à l'enseignement primaire d'ici 2015, taux d'inscription dans l'enseignement primaire de 90 % au moins pour garçons et filles d'ici 2010, réduction de moitié des taux d'analphabétisme qui existaient en 1990 chez les femmes et les filles d'ici 2005. Des efforts renouvelés aux niveaux international et national seront nécessaires pour atteindre ces objectifs. Les pauvres devront faire l'objet d'une attention particulière.



8 La population, la pauvreté et les objectifs mondiaux de développement: la voie à suivre

Le cadre

L'AGENDA POUR LE DÉVELOPPEMENT : VAINCRE LA PAUVRETÉ

Le suivi du Sommet du Millénaire, en 2000, a concentré les efforts de la communauté internationale et du système des Nations Unies sur la tâche de mettre fin à la pauvreté. Les objectifs de développement pour le Millénaire comprennent la plupart des objectifs arrêtés en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement et aux conférences ultérieures – à savoir une meilleure santé, l'allongement de l'espérance de vie, la prévention du VIH/sida, l'éducation de base pour tous, et des réductions de la mortalité des mères, des nourrissons et des jeunes enfants.

Le processus de la Déclaration du Millénaire a permis de reconnaître l'importance des objectifs et indicateurs de développement adoptés aux conférences mondiales antérieures et de s'efforcer de mettre en place des stratégies nationales harmonisées d'exécution.

LES OBJECTIFS DE LA CIPD ET LES REPÈRES QUANTITATIFS

La CIPD a approuvé une série d'objectifs interdépendants de population et de développement, dont une croissance économique soutenue dans le contexte du développement durable, ainsi que l'équité et l'égalité entre les sexes. Les pays ont été invités à faire figurer les facteurs population dans toutes les stratégies de développement et à éliminer la violence sexiste et les pratiques traditionnelles nuisibles, y compris l'excision génitale féminine.

Des objectifs quantitatifs ont été adoptés dans trois domaines :

L'ÉDUCATION POUR TOUS Élimination de l'écart entre les sexes dans l'éducation primaire et secondaire d'ici 2005 et accès de tous, filles et garçons, à l'école primaire ou à son équivalent aussi rapidement que possible et dans tous les cas avant 2015;

Le Sommet du Millénaire a accepté ces objectifs et y a ajouté l'élimination des disparités entre les sexes à tous les niveaux d'éducation d'ici 2015.¹

LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ Réduction des taux de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans d'un tiers au moins, de manière à ne pas dépasser 50 et 70 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, en 2000, et à descendre au-dessous de 35 et 45, respectivement, d'ici 2015; réduction de la mortalité maternelle à la moitié des niveaux de 1990 en 2000 et à la moitié des niveaux de 2000 d'ici 2015 (et expressément, dans les pays où les niveaux de mortalité sont le plus élevés, à moins de 60 pour 100 000 naissances vivantes).

Le Sommet du Millénaire a simplifié l'objectif de réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (à un tiers des niveaux de 1990 d'ici 2015) et accepté parallèlement l'objectif d'une réduction des trois quarts de la mortalité maternelle.

LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION Accès universel à une gamme complète de méthodes de planification familiale sans danger et fiables et aux services connexes de santé en matière de reproduction et de sexualité d'ici 2015.

CIPD+5 L'examen de la CIPD après cinq ans, en 1999, a permis de s'accorder sur de nouveaux repères, que de nombreux pays ont adoptés :

- Le taux d'analphabétisme des femmes et filles en 1990 doit être diminué de moitié d'ici 2005. Le taux net de scolarisation primaire pour les enfants des deux sexes doit être de 90 % au moins d'ici 2010;
- D'ici 2005, 60 % des centres de soins de santé primaires et de planification familiale doivent offrir la gamme la plus complète possible de méthodes de planification familiale sans danger et efficaces, les soins obstétricaux essentiels, la prévention et la prise en charge des infections de l'appareil génital, dont les IST, et les méthodes à adjuvants pour prévenir l'infection; 80 % de ces centres doivent offrir de tels services d'ici 2010, et tous d'ici 2015;

23

DÉCLARATIONS DE LA COMMISSION SUR LA MICRO-ÉCONOMIE ET LA SANTÉ

« Des investissements dans la santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale et l'accès aux contraceptifs, doivent de toute nécessité accompagner les investissements faits dans la lutte contre les maladies. La combinaison de la lutte contre les maladies et de la promotion de la santé en matière de reproduction aboutira très vraisemblablement à une baisse de la fécondité, à des investissements accrus dans la santé et l'éducation de chaque enfant, enfin à une réduction de la croissance démographique. »

« Si ces affections (maladies contagieuses) étaient maîtrisées en même temps qu'est élargie la couverture des programmes de planification familiale, les familles pauvres non seulement pourraient jouir de vies plus longues, plus saines et plus productives, mais elles choisiraient aussi d'avoir moins d'enfants, dans la certitude que leurs enfants leur survivront, et elles pourraient donc investir davantage dans l'éducation et la

santé de chaque enfant. Étant donné le fardeau qui résulte en particulier pour les femmes de cet état de choses, le bien-être des femmes en serait particulièrement amélioré. »

« Les données en notre possession font aussi penser que les approches nécessaires pour développer considérablement un système de santé afin de permettre des interventions concernant les maladies contagieuses et la santé en matière de reproduction amélioreront aussi les soins dispensés pour les maladies non contagieuses. »

« L'expérience montre par ailleurs que les services de planification familiale sont les plus efficaces quand ils font partie de programmes détaillés de santé en matière de reproduction, qui comprennent la planification familiale, la grossesse et l'accouchement sans danger, enfin la prévention et le traitement des infections de l'appareil génital et des maladies sexuellement transmissibles. »

« Une croissance démographique rapide a des effets multiples et complexes sur

le développement économique. Au niveau familial, les investissements par enfant dans l'éducation et la santé diminuent quand les ménages ont de nombreux enfants, c'est-à-dire quand les taux de fécondité sont élevés. Au niveau de la société, la croissance rapide de la population rurale, en particulier, impose une énorme tension à l'environnement physique (elle entraîne, par exemple, la déforestation à mesure que les forêts sont coupées pour en tirer du feu de bois et ouvrir de nouvelles terres à la culture) et pousse au maximum la productivité agricole à mesure que diminuent les ratios terres arables/main-d'œuvre. Il est alors probable que des paysans désespérément pauvres iront encombrer les villes, ce qui détermine des taux très élevés d'urbanisation avec de nouvelles conséquences négatives sur le plan de la congestion et de la diminution de l'équipement urbain par résident (par exemple, services de police, eau et assainissement, etc.). »

COOPÉRER DANS LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Le Sommet du Millénaire a marqué le début d'un effort sans précédent des États Membres de l'ONU pour mettre une volonté politique au service des objectifs fondamentaux du développement et d'un renforcement de la coopération

La Conférence internationale sur le financement du développement, tenue en mars 2002, a approuvé des recommandations portant sur la libéralisation des échanges, l'élargissement de la participation du secteur privé et les directives inspirant l'allègement de la dette. L'Union européenne et les États-Unis se sont engagés à inverser la tendance à la baisse de l'aide publique au développement.

Le Secrétaire général fera chaque année rapport à l'Assemblée générale sur les progrès réalisés vers les objectifs de

développement pour le Millénaire. Le rapport de 2002 a porté sur le conflit armé et sur le traitement et la prévention des maladies, dont le VIH/sida et le paludisme. Un Projet mondial du Millénaire portera sur les domaines thématiques clefs, en faisant appel aux compétences dans la communauté des Nations Unies, les universités, les institutions financières et les organismes d'aide au développement, enfin le secteur privé des pays développés et des pays en développement. La Campagne mondiale du Millénaire mobilisera l'appui du public à la lutte contre la pauvreté et à la réalisation des MDG.

Le système des Nations Unies a amélioré la coordination de ses activités aux niveaux international, régional et national. Le Groupe des Nations Unies pour le développement coordonne les politiques des

institutions et organisations du système des Nations Unies. Le Senior Management Group se réunit chaque semaine et examine les questions de politique générale. En mai 2002, par exemple, il a consacré une session aux structures d'âge de la population et aux priorités du développement.

L'UNFPA fait fonction de groupe inter-institutions chargé de formuler des stratégies pour un meilleur suivi des progrès. Le Fonds coordonne les efforts visant à améliorer les données pour un suivi au niveau national. Chaque pays en développement est supposé préparer au moins un rapport national d'ici la fin de 2004. Les équipes de travail techniques du Projet mondial du Millénaire regrouperont les compétences dans les domaines de la population et de la santé en matière de reproduction avec l'appui du Fonds.

- Au moins 40 % de tous les accouchements doivent bénéficier de la présence d'assistants qualifiés partout où le taux de mortalité maternelle est très élevé, et 80 % au niveau mondial, d'ici 2005; ces chiffres devraient passer à 50 et 85 %, respectivement, d'ici 2010; et à 60 et 90 % d'ici 2015;
- Tout écart entre la proportion des individus utilisant des contraceptifs et la proportion de ceux qui expriment le désir d'espacer ou de limiter le nombre de leurs enfants doit être réduit de moitié d'ici 2005, de 75 % d'ici 2010, et être totalement éliminé d'ici 2015. Il ne convient pas de faire usage de cibles ou quotas pour tenter d'atteindre cet objectif.

LE VIH/SIDA Reconnaisant que la situation du VIH/sida est pire que prévu par la CIPD, les participants de l'examen CIPD+5 ont convenu que pour réduire la vulnérabilité à l'infection par le VIH/sida, au moins 90 % des jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans devraient avoir accès d'ici 2005 à des méthodes de prévention – par exemple, les préservatifs féminins et masculins, les services de dépistage et d'accompagnement psychologique, et le suivi – et au moins 95 % d'ici 2010. Les taux d'infection dans le groupe d'âge 15-24 ans doivent être réduits de 25 % dans les pays les plus touchés d'ici 2005, et de 25 % au niveau mondial d'ici 2010.

LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION ET LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT POUR LE MILLÉNAIRE (MDG) De nombreux objectifs de développement pour le Millénaire, dont ceux qui concernent la santé, ne peuvent être réalisés que si la planification familiale et les autres choix relatifs à la santé en matière de reproduction sont accessibles à tous, et la réalisation est en outre subordonnée à d'autres problèmes concernant la population (voir encadré 23).

Dans le domaine de la santé, le rapport du Secrétaire général, 2002, sur les progrès réalisés vers les MDG a été fortement influencé par les travaux de la Commission sur la macroéconomie et la santé, instituée par l'OMS et la Banque mondiale. Cinq différents groupes

de travail ont consacré deux ans à des études et consultations sur les interventions prioritaires concernant les liens avec la santé, et en particulier avec les maladies, leur coût et leur impact économique attendu.

La Commission a reconnu que les problèmes de population et de santé en matière de reproduction commandent la réalisation des objectifs d'ordre sanitaire du Sommet du Millénaire et l'ensemble de l'Agenda pour le développement.

La CIPD a souligné en 1994 la relation mutuelle entre la dynamique de la population, la capacité des individus et des couples de faire des choix en matière de reproduction, une meilleure santé, le développement, et la réduction de la pauvreté. La Commission a partagé ces points de vue, comme le montrent des extraits de son rapport (voir encadré). Les plans d'action nationaux et internationaux visant à atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire devraient aussi les refléter.

Les recommandations pratiques

COOPÉRER POUR PLUS D'EFFICACITÉ Les gouvernements, les communautés, le secteur privé et la communauté internationale doivent coopérer de manière à tirer le meilleur parti de leurs avantages comparatifs et à réduire les doubles emplois, le gaspillage et l'inefficacité. C'est là un appel lancé de toutes parts depuis de longues années, mais la lutte contre l'extrême pauvreté lui a donné un relief nouveau.

LE RÔLE DES GOUVERNEMENTS Au niveau national, l'action menée pour améliorer la santé des pauvres et réduire les inégalités d'ordre sanitaire porte sur les points suivants :

- politiques économiques qui contribuent au recul de la pauvreté;
- information sur la santé et les services de santé;
- contrôle des maladies infectieuses;
- législation de nature à améliorer la santé;
- services de santé subventionnés pour les pauvres.²

Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* demande aux gouvernements de se montrer de meilleurs intendants de la santé publique et des ressources connexes, surtout au bénéfice des pauvres.³

Pour atteindre l'objectif, fixé par consensus à la CIPD, de l'accès universel aux soins de santé en matière de reproduction d'ici 2015, il faut des filets de sécurité – services gratuits, soins subventionnés, régimes d'assurance et échelle mobile des redevances – afin de garantir que les clients pauvres recevront des soins de santé en matière de reproduction. « L'agenda de la CIPD aide à cadrer le problème du financement des soins de santé en fonction des besoins et du degré d'autonomie de la clientèle. La question qu'il faut poser au sujet de toute initiative envisagée est de savoir si elle nuira aux pauvres et si elle aura un effet discriminatoire à l'encontre des femmes. »⁴

25

ÉCOUTER CE QUE LES PAUVRES ONT À DIRE SUR LA SANTÉ

Une étude préparée pour le *Rapport sur le développement dans le monde* a prêté l'oreille aux pauvres dans 23 pays alors qu'ils parlaient de l'effet de la pauvreté sur leurs existences. L'auteur de cette étude, Deepa Narayan, offre cinq suggestions fondées sur celle-ci, *Consultations with the Poor*.

Premièrement, protéger les pauvres contre les retombées financières de la mauvaise santé. Beaucoup trop nombreux sont les pauvres qui doivent choisir entre sauver des membres de la famille malades et nourrir les autres. Et concevoir de meilleurs moyens de les protéger contre les effets désastreux d'une maladie, en s'inspirant de l'expérience d'institutions comme l'Association indienne des travailleuses indépendantes et la Banque Grameen du Bangladesh.

Deuxièmement, mettre en place une infrastructure sanitaire efficace là où vivent les pauvres. L'eau et l'assainissement sont particulièrement importants, surtout en Asie du Sud où les femmes pauvres redoutent profondément de devoir parcourir de longues distances pour chercher de l'eau.

Troisièmement, améliorer le comportement des prestataires de soins de santé dans les centres publics. La dureté avec laquelle certains prestataires traitent leurs clients dans ces centres explique en partie pourquoi les pauvres évitent de recourir aux services qui y sont délivrés.

Quatrièmement, lutter contre la violence familiale et sexiste. Les effets de la violence sur les femmes sont un grave problème de santé publique.

Cinquièmement, reconnaître l'impact psychologique aussi bien que physique du VIH/sida. Parmi les pauvres, surtout en Afrique, le sida est porteur d'opprobre et de honte, non moins que de souffrance.

LES DOCUMENTS NATIONAUX DE STRATÉGIE POUR UNE

RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ La Banque mondiale et le système des Nations Unies, dont l'UNFPA, coordonnent leur aide au développement dans les pays les plus pauvres. Un outil important est le Document national de stratégie pour une réduction de la pauvreté (PRSP), qui énonce les priorités nationales et les plans d'action nationaux à la suite d'analyses à large assise et participatives menées par le gouvernement et les parties intéressées du pays même, à savoir notamment les groupes de la société civile, les parlementaires et le secteur privé.

On reconnaît dans ces plans un moyen important de progrès vers la réalisation des MDG. Régulièrement remaniés, ils serviront de base à l'exécution et au suivi. Les plans peuvent servir de point de départ à l'allègement de la dette, dans le cadre de l'Initiative pour les pays très endettés, au bénéfice des pays désireux d'y avoir droit et pour déterminer les conditions de prêts de faveur à d'autres pays.

De nombreux pays ont déjà établi des documents préliminaires (appelés PRSP provisoires) ou mené à terme leurs plans et entamé le processus continu d'exécution, suivi et révision.

Les analyses du processus aboutissent à la conclusion que beaucoup des plans en cours d'élaboration sont logiquement conçus et pratiques. Cependant, de nouvelles améliorations sont nécessaires pour renforcer la capacité nationale et assurer une participation plus complète d'un large éventail de parties intéressées dans le pays même⁵. L'approche participative du développement, orientée vers l'individu, promulguée à la CIPD et lors d'autres conférences internationales a sensiblement progressé au cours de la dernière décennie, mais des améliorations continues s'imposeront.

L'examen mené par l'UNFPA de 44 PRSP provisoires a montré que des améliorations sont nécessaires pour garantir une intégration plus complète des problèmes de population, de santé en matière de reproduction, d'équité entre les sexes et de droits de l'homme⁶. L'UNFPA donnera une priorité plus haute à un développement coordonné, qui comprend les PRSP, la réforme du secteur sanitaire, les approches sectorielles et les bilans communs de pays du système des Nations Unies, afin de corriger de semblables omissions.

ORIENTER LES PROGRAMMES DE MANIÈRE À ATTEINDRE LES

PAUVRES Si l'on est particulièrement soucieux de l'allègement de la pauvreté, il faut exiger que les bénéficiaires des programmes atteignent directement les pauvres.

Le Programme d'action de la CIPD dresse la liste d'un certain nombre d'exemples de services qui visent directement les pauvres. L'UNFPA a conduit des débats relatifs à la politique interinstitutions sur les services sociaux de base, reconnaissant que le Programme d'action est orienté vers les services sociaux. Les programmes efficaces de population et de santé en matière de reproduction sont centrés sur les besoins individuels en services et information. Les principes de ce centrage des services sont déjà bien établis dans le domaine de la santé en matière de reproduction, mais les services de santé doivent aussi offrir aux pauvres la prévention et le traitement des principales maladies contagieuses.

Pour que les programmes de santé en matière de reproduction destinés aux pauvres soient efficaces, il faut écouter leurs opinions et les faire intervenir dans la conception et l'exécution des programmes. Ceci s'applique particulièrement aux femmes, qui sont les principales bénéficiaires des programmes de population et de santé en matière de reproduction.

Il ne suffit pas d'orienter l'assistance technique et financière vers les pays les plus pauvres : les programmes exécutés dans ces pays doivent diriger les ressources nationales et internationales vers les plus pauvres d'entre les pauvres. Ceux-ci doivent trouver une protection, un appui et pouvoir se faire entendre.

Les principes fondamentaux sont simples :

- cibler les services de manière à atteindre les pauvres;
- réduire les coûts supportés par les pauvres;
- donner aux pauvres une voix dans la conception, l'exécution et le suivi des programmes;
- fournir une aide publique aux biens publics, y compris sous forme de services à vastes effets indirects;
- mettre l'accent sur la prévention : elle coûte moins cher que les soins (souvent sur le court aussi bien que sur le long terme);
- améliorer la qualité des services;
- améliorer les données qui permettent de suivre ce dont les pauvres ont besoin et ce qu'ils reçoivent;
- plaider pour que les programmes atteignent les pauvres et améliorer les données utilisées pour fournir des services et pour mobiliser les ressources et l'appui nécessaires;
- réduire l'inefficacité et l'injustice partout où elle se présentent.

Les analystes discernent quatre moyens d'orienter les ressources du secteur sanitaire au bénéfice des pauvres :⁷

- **S'attaquer au fardeau que représente la maladie** : veiller à ce que les ressources soient appliquées aux affections qui font que ce fardeau frappe en particulier les pauvres;
- **Fournir des services sociaux de base** : donner priorité aux services sociaux de base, aux soins de santé primaires, à la prévention et aux services curatifs de base, et aussi à la promotion sanitaire et aux interventions chirurgicales essentielles;
- **Diriger les ressources vers les zones pauvres** : prêter attention aux zones rurales et aux zones périurbaines pauvres, aux groupes de population écartés et aux quartiers de taudis;
- **Diriger les ressources vers les ménages et les communautés les plus pauvres** : épargner aux plus pauvres des coûts qu'ils ne peuvent acquitter.

L'ACCÈS À LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

L'amélioration de la santé en matière de reproduction est essentielle pour améliorer l'état de santé général des pauvres. Les affections liées à la santé en matière de reproduction représentent la moitié des dix principales causes de morbidité dont souffrent les femmes d'âge procréateur. Ces maladies sont sensiblement plus fréquentes parmi les groupes de population pauvres et à fécondité élevée.

De tous les groupes de revenu, les pauvres sont celui qui a le moins accès à l'information et aux services de santé en matière de reproduction et qui est le plus exposé à divers risques. Les pauvres souhaitent généralement des familles plus nombreuses que les plus aisés et ils ont plus de grossesses non désirées ou non planifiées. Le grand nombre de grossesses non planifiées se traduit par une fécondité effective très supérieure à la fécondité désirée. Cet état de choses rend nécessaires davantage de services de soins prénatals et d'accouchement sans danger, ainsi que de services de planification familiale qui soient de qualité, afin de réduire le nombre de grossesses non désirées et la fréquence du recours à l'avortement.

Améliorer la qualité des services de santé en matière de repro-

duction est le moyen essentiel d'en améliorer l'accessibilité et l'utilité pour les pauvres⁸. Le personnel accable souvent de mauvais procédés les clients pauvres, qui ne disposent pas d'information et n'ont pas suffisamment de confiance en eux-mêmes pour mettre en question leur traitement ou le prix du service. La qualité dépend d'un approvisionnement assuré de médicaments et de produits, non moins que d'une bonne formation et supervision. La compétence technique importe, mais il importe aussi que le personnel respecte la dignité individuelle des usagers, réponde à leurs questions et les considère comme des individus dont les besoins et l'enracinement culturel diffèrent.

LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE Les institutions religieuses et charitables, notamment les lieux de culte, les écoles, les hôpitaux, les réseaux de fourniture de vivres, les hospices, les établissements d'enseignement ou les prestataires de soins d'ordre physique et moral, fournissent souvent la totalité des services existants dans les communautés pauvres, surtout là où les services publics font défaut ou sont inaccessibles.

Les conférences sur la population et sur les femmes de 1994 et 1995 ont demandé une participation communautaire accrue, surtout pour donner aux femmes et aux autres groupes marginalisés – les très pauvres, les adolescents et les sidéens – une voix au sein de la communauté et dans les activités de développement. Les organisations solides de la société civile peuvent faciliter ce processus.

La décentralisation des soins de santé peut favoriser la participation communautaire, mais pour que la décentralisation se fasse au bénéfice des pauvres, ceux-ci doivent eux-mêmes participer à la fixation des priorités. L'intervention directe des parents et des animateurs de communauté est particulièrement importante quand il s'agit d'aborder et de résoudre des problèmes de santé en matière de reproduction chez les jeunes, comme les grossesses d'adolescente et la prévention du VIH/sida.

Les avocats des pauvres s'efforcent de faire en sorte que les besoins de santé en matière de reproduction ne soient pas oubliés dans les systèmes décentralisés⁹. Ils ont demandé l'accès universel des femmes pauvres aux services de maternité sans danger, à savoir notamment les soins obstétricaux d'urgence, par exemple, et demandé aussi que les sidéens soient traités équitablement. Des mouvements communautaires ont surgi pour prêter appui à leurs membres touchés par le VIH/sida, surtout aux orphelins, en dépit de l'opprobre et de la discrimination associés à la maladie. Les systèmes communautaires d'assurance et de soutien peuvent aider les femmes à se protéger des risques et à obtenir accès aux services dont elles ont besoin – par exemple, un transport d'urgence pour les femmes enceintes dont le travail se déroule difficilement. Une société civile active peut créer un environnement propice à l'action communautaire.¹⁰

RÉPONDRE AUX BESOINS SPÉCIAUX Le Programme d'action de la CIPD a demandé de mettre au point de meilleurs programmes de population et de développement, tout en veillant à ce qu'ils prennent en considération les groupes les plus vulnérables et les plus défavorisés de la société, notamment la population rurale et les adolescents¹¹. Il a souligné que les programmes centrés sur la population, parmi d'autres avantages, contribuaient à l'affranchissement des femmes et à l'amélioration de la santé, surtout dans les zones rurales¹². Il a demandé en particulier que l'accent soit mis sur la satisfaction des besoins des groupes de population sous-servis sur le plan de la santé en matière de reproduction, y compris les adolescents, « compte tenu des droits et responsabilités des

parents et des besoins des adolescents et des pauvres dans les zones rurales aussi bien qu'urbaines. »¹³

LES RURAUX ET AUTRES GROUPES DE POPULATION SOUS-DESSERVIS L'expérience montre que la réduction de la pauvreté dépend du succès des programmes de développement rural¹⁴. Les pauvres des zones rurales ont encore un volume plus élevé de besoins non satisfaits concernant les services de planification familiale, avec la fécondité non désirée qui en résulte, que ceux des zones urbaines. Cet état de choses contribue à la pression démographique sur l'environnement local, ce qui détermine une migration vers les villes surpeuplées et leurs environs.¹⁵

L'examen du Programme d'action après cinq ans a encouragé les pays à faire en sorte que l'aide des donateurs de la communauté internationale soit investie de manière à en maximiser les avantages pour les pauvres et autres groupes de population vulnérables.¹⁶

LES MIGRANTS DES ZONES URBAINES Si les villes ont dans l'ensemble de meilleurs services sociaux que les zones rurales, les quartiers de taudis et bidonvilles urbains sont souvent négligés. Il en va de même des villes d'importance moyenne, qui grandissent assez rapidement¹⁷. Elles fournissent les marchés et les services locaux et font le lien entre la campagne et les grandes agglomérations; cependant, elles reçoivent un soutien du pouvoir central relativement réduit et n'ont pas le pouvoir de collecter des fonds sous forme d'impôts et redevances. On se préoccupe davantage actuellement de découvrir où les pauvres sont concentrés, afin d'orienter vers eux services, subventions et autres ressources.

LES RÉFUGIÉS ET LES PERSONNES DÉPLACÉES Les personnes chassées de leurs foyers par des catastrophes naturelles, des bouleversements politiques, des luttes sociales et des conflits comptent parmi les plus pauvres d'entre les pauvres. Elles vivent souvent dans des camps temporaires où les services sociaux sont limités au minimum et où les organismes internationaux d'assistance fournissent l'aide disponible, quel qu'en soit le volume, afin de répondre aux besoins immédiats et de planifier leur réinstallation.

Femmes et enfants représentent les trois quarts des personnes déplacées et des réfugiés. Un quart sont des femmes d'âge procréateur. Parmi celles-ci, une sur cinq en moyenne est enceinte. Il est possible qu'elles aient été violées ou victimes de sévices dans leur domicile ou durant la fuite. La violence sexuelle et l'exploitation ne sont que trop communes dans les camps de réfugiés. Pour ces femmes qui souffrent déjà, l'accouchement est encore plus dange-

reux qu'il ne le serait à leur domicile, à moins que certains services de base ne soient offerts. Elles ont parfois besoin de conseils et d'appui psychologique.

Pour les groupes de population en crise, les services de santé en matière de reproduction sont non moins importants que les vivres, l'abri, l'eau et la sécurité physique. Ils sauvent la vie de femmes. Ils sont essentiels à la santé et à la dignité dans les cas extrêmes.

L'UNFPA prête son appui dans les situations d'urgence en mettant l'accent sur les points suivants :

- maternité sans danger, assurée par les conditions hygiéniques de l'accouchement, la planification familiale et les soins obstétricaux d'urgence;
- information et services de planification familiale;
- prévention et traitement des infections de l'appareil génital et des IST;
- prévention du VIH/sida, y compris l'information sur les précautions à prendre par tous;
- santé des adolescents;
- prévention et traitement de la violence sexuelle et sexuelle.¹⁸

LES ADOLESCENTS Il y a actuellement plus d'un milliard de jeunes âgés de 10 à 19 ans dans les pays en développement, soit le chiffre le plus élevé qui en ait jamais existé. Ce groupe d'âge ne cessera probablement de grandir au moins jusqu'au milieu du siècle, augmentant encore de 174 millions d'ici 2050. Ces jeunes sont les travailleurs productifs et les parents de demain – mais ils ont besoin d'information et de savoir-faire pour protéger leur vie et leur santé et pour accomplir leur potentiel.

Lors des réunions internationales, les jeunes demandent respect, encouragements et aide morale à l'heure où ils vont aborder l'âge adulte. Les jeunes ont fait connaître leurs besoins chaque fois qu'ils en ont eu la chance – à des réunions régionales d'adolescents¹⁹ et à la session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants, tenue en mai 2002 à New York.

L'accès des jeunes à l'information et aux services concernant la santé en matière de reproduction a été limité – même s'ils sont mariés – et le sujet a toujours été extrêmement délicat. Mais leurs besoins peuvent être satisfaits avec l'intervention appropriée des parents, familles, amis, animateurs culturels, communautés et compagnons d'âge. Outre l'éducation structurée, les jeunes ont

26

MICROCRÉDIT, ASSURANCE SOCIALE ET SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Plusieurs programmes de microfinancement ont dès leur début fait une place à la planification familiale, à la nutrition et à la santé infantile, et aux activités connexes. Au Bangladesh, la Banque Grameen, BRAC et d'autres ONG encouragent leurs membres à débattre de la planification familiale et à l'adopter. *Pro Mujer* en Bolivie et divers programmes dans d'autres pays d'Amérique latine font de même.

Les régimes d'assurance basés sur un groupe cherchent souvent à offrir à leurs participants une protection sociale, telle que l'assurance santé, à l'aide de subven-

tions provenant du profit des prêts. Les groupes décident de quels services ils ont besoin, en fonction des priorités de leurs participants et à des conditions qu'ils puissent négocier.

Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, il existait, en 2001, 360 régimes d'assurance et de crédit qui couvraient 1,25 million de personnes, soit sept fois plus qu'à leur début, en 1988. L'élargissement de la couverture a amélioré leur pouvoir de négociation.

Un groupe d'assurance a recruté sous contrat un service pour enseigner aux mères du groupe comment stimuler la capacité cognitive de leurs enfants. Une

cliente, frappée par l'intensité et la durée des exercices proposés, a conclu : « Si nous devons faire tout ce travail avec nos petits, nous ne pouvons en avoir plus de deux. » Le Groupe a ensuite ajouté des services de planification familiale à l'ensemble de services proposés.

Les chercheurs attribuent le recours accru des membres de ces groupes à la planification familiale moderne au fait qu'ils sont mieux informés et que les femmes s'apportent un soutien mutuel dans leurs choix. L'accroissement du pouvoir de décision des femmes au sein de la famille et l'amélioration de leur condition prennent davantage de temps.

besoin d'une éducation qui reflète la complexité de leur vie, et qui recouvre notamment la formation à une activité rémunératrice, l'acquisition de l'esprit d'entreprise, l'aptitude à négocier, le sens de l'équité entre les sexes, la santé et la nutrition – car ce sont là autant d'aspects de la préparation à la vie adulte.

LE MICROCRÉDIT Une profonde pauvreté déteint sur tous les aspects de la vie. De nombreux besoins s'interpénètrent : la santé est une question de logement, de nutrition, d'eau salubre et d'assainissement, aussi bien que de services de santé. Des approches intégrées mettent les individus en mesure de fixer la route qu'ils suivront pour échapper à la pauvreté.

Les programmes de microcrédit sont au nombre des moyens les plus efficaces d'affranchir les pauvres, et en particulier les femmes pauvres, en vue de leur progrès économique et social. Les montants prêtés sont généralement faibles, le plus souvent inférieurs à 100 dollars. Ces programmes, qui s'adressent à des groupes, encouragent leurs membres à travailler ensemble et à se soutenir mutuellement, et ont acquis la sympathie des donateurs en partie parce que le taux de remboursement est traditionnellement très élevé. Ils comprennent souvent d'autres services, tels que l'alphabétisation et la planification familiale.

Le Sommet du microcrédit (1997) a adopté l'objectif d'offrir du crédit aux travailleurs indépendants et d'autres services professionnels aux 100 millions de familles les plus pauvres, et en particulier aux femmes. On se préoccupe notamment d'atteindre les plus pauvres dans chaque pays. En 2000, le microcrédit a atteint près de 31 millions de clients, plus de 19 millions dans les ménages les plus pauvres et plus de 14 millions de femmes parmi les plus pauvres.²⁰

La Campagne internationale pour le microcrédit a mis au point des « trousseaux d'outils » pour mesurer le degré de pauvreté d'un ménage et identifier les ménages les plus pauvres. Parmi ces outils, il faut citer une Classification participative selon la richesse, qui a recours à des informateurs de la communauté pour identifier les ménages pauvres, et l'Indice des ménages pauvres en liquidités, fondé sur une série commune des caractéristiques des ménages. La formation et la diffusion progressent, particulièrement en Afrique et en Asie.

Le microfinancement a montré aux femmes comment gagner de l'argent, mais la question se pose aussi de savoir qui contrôle les ressources qu'elles apportent au ménage. La participation des

27

LIMITES DE LA MESURE « ANNÉES DE VIE CORRIGÉES DU FACTEUR INVALIDITÉ (AVCI) »

Les systèmes nationaux de santé et les comités sanitaires décentralisés fondent souvent leurs décisions concernant ce qu'il convient d'offrir dans les ensembles de services de base ou essentiels sur des mesures qui ne reflètent pas pleinement l'impact de la santé en matière de reproduction. Par exemple, la mesure « années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) », qui est fréquemment utilisée, évalue l'impact d'une maladie ou d'une affection quelconque d'après la perte de qualité de vie subie par l'individu. Mais divers aspects techniques de cette mesure sous-estiment l'importance de la santé en matière de reproduction :

- L'approche axée sur la maladie ne tient pas compte des états qui retentissent sur la qualité de vie et la santé mais ne sont pas des maladies, par exemple une grossesse non désirée;
- Le décès des mères à la suite d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses est pris en compte par cette mesure, mais non pas les implications pour la santé publique de la prévention d'une grossesse non désirée et d'un avortement grâce à une planification familiale sans danger et efficace;
- Une moindre importance est attribuée à la perte de la santé parmi les personnes âgées de plus de 25 ans que parmi les groupes d'âge plus jeunes, ce qui revient à ne pas tenir suffisamment compte de l'état de santé pendant la plus grande partie de la période procréatrice (15-49 ans);
- Les impacts de la maladie d'une seule personne sur les autres membres de la famille (par exemple, sur les enfants d'une mère malade) ne sont pas inclus;
- Les experts qui ont déterminé la gravité de diverses affections et leur ont attribué des coefficients de pondération provenaient le plus souvent de pays développés – où la morbidité liée à la fonction procréatrice est moins fréquente – et il y avait peu de femmes parmi eux.

28

DÉCLARATION DE L'UNION EUROPÉENNE SUR LA SANTÉ

En mai 2002, à la suite de la session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants, le Conseil pour le développement, de l'Union européenne, a réaffirmé son attachement au consensus international permanent sur les priorités relatives à l'assistance sanitaire, soulignant l'importance de l'accès universel aux services de santé en matière de reproduction et de l'exercice par tous des droits correspondants.

« L'UE confirme à nouveau sa ferme détermination de contribuer à faire en sorte que d'ici 2015 les taux de mortalité des

nourrissons et des enfants de moins de cinq ans soient réduits des deux tiers dans les pays en développement; que le taux de mortalité maternelle soit réduit des trois quarts; que l'accès universel aux soins et services de santé en matière de reproduction soit offert à toutes les personnes d'âge approprié, conformément à l'engagement et au bilan de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et d'autres conférences et sommets de l'ONU; que la diffusion du VIH/sida et l'incidence du paludisme et des autres maladies les plus graves soient arrêtées et commencent à reculer. »

L'Union européenne a indiqué en outre qu'au cours des cinq prochaines années, elle accroîtrait le volume de son assistance au développement en cherchant avant tout à améliorer l'état de santé et qu'elle inviterait les pays bénéficiaires et la communauté internationale à s'associer à elle pour combler le déficit financier, afin d'atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire (MDG). Elle a souligné que dans l'appui aux programmes de santé, il faudrait porter une attention particulière aux maladies contagieuses, à la santé maternelle, enfin à la santé et aux droits en matière de reproduction et de sexualité.

hommes n'est pas garantie, et certains se sentent menacés par la nouvelle aptitude de leurs épouses à s'assurer un revenu.

AMÉLIORER LE SUIVI ET LES SYSTÈMES DE DONNÉES Les pays les plus pauvres ont besoin d'améliorer leurs systèmes de données pour suivre le progrès vers les MDG. L'UNFPA travaille avec des institutions partenaires du système des Nations Unies, les institutions financières internationales, des donateurs bilatéraux et des fondations pour renforcer la capacité nationale de suivi.

L'UNFPA a une longue expérience de l'appui à la collecte des données concernant la population. Après avoir d'abord prêté un large appui à certains pays lors de leur premier recensement, il leur a offert une assistance technique spécialisée. Dans de nombreux pays en développement à faible revenu, l'UNFPA fait fonction de coordonnateur de l'appui du système des Nations Unies dans la région. En 2000, le Cambodge a décerné au représentant de l'UNFPA l'un des plus grands honneurs nationaux pour son aide lors du premier recensement après des décennies d'instabilité politique.

L'UNFPA aide les pays à collecter des informations afin d'élaborer des réponses officielles aux problèmes qui apparaissent, par exemple l'impact de la crise économique de 1998 sur la santé en matière de reproduction en Asie du Sud-Est, et la qualité de vie des personnes âgées en Inde et en Afrique du Sud.

L'UNFPA a aidé à conduire des recensements et des enquêtes dans les camps de réfugiés et autres lieux d'accueil créés à la suite d'un conflit. Il s'est associé au soutien prêté par l'ensemble du système des Nations Unies aux organismes de recensement et d'établissement de statistiques dans de nombreuses situations d'urgence. Il a encouragé la recherche qualitative²¹, par exemple les études sur la santé en matière de reproduction, la violence sexiste et les problèmes connexes parmi les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays – dans ce cas en Angola. L'UNFPA a aidé à attester et faire connaître l'étendue des viols et agressions dont les femmes ont été victimes dans l'ex-Yougoslavie durant les guerres des années 90, afin qu'elles puissent obtenir l'assistance nécessaire. Au Timor oriental, le Fonds facilite la mise en place de la collecte de données et l'élaboration de politiques fondées sur ces données.

Les Enquêtes démographiques et sanitaires financées par l'UNFPA et d'autres donateurs sont importantes pour suivre le taux de mortalité, la fécondité, l'état de santé, la pauvreté et l'accès aux services, et pour montrer où des améliorations sont nécessaires.²² Ces enquêtes ont dégagé des méthodes pratiques d'évaluer la richesse afin de faciliter la recherche sur les politiques concernant la pauvreté.²³

IDENTIFIER LES BESOINS EN DONNÉES À mesure que le personnel affecté aux programmes, les chercheurs, les décideurs, les ONG et d'autres utilisateurs précisent leurs besoins en données, l'UNFPA s'occupera de promouvoir des approches intégrées de l'évaluation. Par exemple, le Fonds peut proposer d'inclure des mesures clefs se rapportant à la démographie et au comportement dans les enquêtes économiques et autres, de rendre plus attentifs aux spécificités des systèmes de collecte de données et les indicateurs, et de combiner différentes mesures dans des bases de données destinées aux décideurs.

Avec la décentralisation, les communes ou districts prennent des décisions relatives aux priorités dans les plans de développement et la prestation des services de santé au niveau local. Ces organes locaux ont besoin d'avoir accès aux données locales et de recevoir une formation concernant leur utilisation afin de prendre des décisions sur les politiques et programmes qui soient fondées

sur les données existantes. L'UNFPA soutient l'accès à l'autonomie des décideurs locaux et leur donne une information exacte et à jour sur laquelle baser leurs décisions relatives aux priorités sur le plan de la santé en matière de reproduction et de l'affranchissement des femmes.

Les décideurs locaux feront usage des données ainsi améliorées concurrentement avec les intrants directement fournis par les populations touchées afin de cibler les interventions, prendre les décisions de financement et formuler des stratégies adaptées aux besoins.

Les données de recensement permettent de dresser des « cartes de la pauvreté » où apparaissent les quartiers pauvres. Cela aide à situer les points de prestation de services et les systèmes d'intervention mobiles pour obtenir la couverture la plus large possible.²⁴

Les pays ont besoin d'améliorer les données non seulement sur les tendances démographiques et la qualité de vie, mais aussi sur les avantages et les coûts des programmes, la provenance des ressources qui les alimenteront et une manière plus efficace d'utiliser ces ressources.

Des ressources pour la population et la santé en matière de reproduction

Depuis 1969, l'UNFPA a été la plus importante source multilatérale d'aide aux problèmes de population, fournissant environ 6 milliards de dollars aux programmes y afférents.

LES OBJECTIFS DE LA CIPD EN MATIÈRE DE RESSOURCES En 1994, à la Conférence internationale sur la population et le développement, les pays se sont engagés à assurer l'accès universel à la santé en matière de reproduction d'ici 2015²⁵. L'examen de la CIPD après cinq ans et les conférences internationales et régionales ultérieures ont réaffirmé cet objectif.²⁶

L'objectif demeure prioritaire pour la communauté internationale. Il figure dans les normes de suivi des institutions bilatérales d'assistance (notamment des organismes de développement des États-Unis et du Royaume-Uni), de la Banque mondiale et des pays en développement qui déploient des efforts à cette fin.

Dans le cadre du consensus de la CIPD, la communauté internationale a accepté les évaluations d'experts sur le coût d'un ensemble de services visant à atteindre l'objectif de l'accès universel à la santé en matière de reproduction. Cet ensemble de services comprenait les éléments ci-après : planification familiale; accouchement sans danger; prévention des maladies sexuellement transmissibles; autres services de santé en matière de reproduction; enfin, collecte et analyse des données de population. Ces évaluations ont été réaffirmées à l'Assemblée générale des Nations Unies tenue cinq ans plus tard, en 1999, pour examiner les progrès de la mise en oeuvre de la CIPD.

Cet engagement visait à assurer que toute grossesse serait une grossesse désirée et tout enfant un enfant désiré, né avec les soins qui garantiraient que la mère aussi bien que le bébé seraient en bonne santé et n'auraient contracté aucune maladie sexuellement transmissible.

Les besoins estimatifs étaient de 17,0 milliards de dollars par an en 2000. Il était prévu que ces besoins passeraient à 18,5 milliards de dollars en 2005, 20,5 milliards de dollars en 2010 et 21,7 milliards de dollars en 2015. Il était demandé à la communauté internationale de verser un tiers de ces montants.

Les services compris dans l'ensemble susmentionné peuvent être fournis par les systèmes de soins de santé primaires. Des ressources complémentaires seront nécessaires pour la mise en place de l'infrastructure sanitaire de base, les soins tertiaires, les soins obstétricaux d'urgence, les interventions spécialisées de prévention du VIH/sida²⁷, enfin le traitement et les soins destinés aux personnes atteintes du VIH/sida.

LES RESSOURCES ADDITIONNELLES NÉCESSAIRES D'autres ressources encore sont nécessaires pour d'autres objectifs de développement liés à la population qui figurent dans le Programme d'action. Ce sont notamment les suivants :

- éducation de base pour tous;
- affranchissement des femmes;
- préoccupations écologiques;
- création d'emplois;
- élimination de la pauvreté.

Un établissement plus détaillé des coûts de la réalisation des objectifs de développement pour le Millénaire précisera certains de ces besoins complémentaires.

Certains besoins concernant la santé en matière de reproduction n'étaient pas prévus en totalité en 1994 et appellent des ressources additionnelles. Au nombre de ces besoins figurent les efforts beaucoup plus vastes et plus urgents qui visent à prévenir l'infection par le VIH/sida; et l'élargissement de l'information, des soins et services à délivrer dans les situations d'urgence.

LES PROGRÈS DANS LA MOBILISATION DES RESSOURCES Les pays donateurs contribuent actuellement moins d'un quart des dépenses ordinaires nécessaires pour atteindre l'objectif de l'accès universel à la santé en matière de reproduction d'ici 2015. Ils s'étaient engagés à couvrir un tiers d'un total bien plus important.

À la CIPD, les pays ont convenu qu'un tiers du montant annuel de 17 milliards de dollars nécessaires en 2000 pour les programmes de population et de santé en matière de reproduction, soit 5,7 milliards de dollars, devrait provenir de la communauté internationale; tandis que deux tiers, soit 11,4 milliards de dollars, proviendraient des pays en développement et des autres pays ayant besoin d'assistance.

En l'an 2000, le montant total des dépenses a été de 10,9 milliards de dollars. L'assistance s'est élevée à un total de 2,6 milliards de dollars. Ce chiffre représente moins d'un quart (24 %) du montant total des dépenses et moins de la moitié (46 %) de l'engagement pris. Les pays en développement ont contribué 8,3 milliards de dollars, c'est-à-dire 76 % du total dépensé et environ 73 % de leurs engagements. Quelques grands pays groupent la majeure partie de ces dépenses. L'Afrique est la région où la plus forte part (70 %) des allocations proviennent de sources internationales.

NÉCESSITÉ D'ÉLARGIR LES DOMAINES D'ACTION Le Sommet du Millénaire a adopté une approche de la santé centrée sur la maladie. Des problèmes tels que les grossesses non désirées et la planification familiale, qui ne sont pas des maladies, n'ont pas figuré en bonne place dans les décisions du Sommet, et par conséquent pas davantage dans les objectifs de développement pour le Millénaire.

La Commission sur la macroéconomie et la santé²⁸ n'a pas établi pleinement le coût de la planification familiale, élément clef de la santé en matière de reproduction, quand elle a évalué les besoins des interventions essentielles en matière de santé. Elle n'a pris en

29

CE QUI EST ESSENTIEL POUR LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

L'UNFPA coordonne actuellement une initiative destinée à garantir un approvisionnement fiable de ce qui est essentiel pour la santé en matière de reproduction. Ce programme vise à fournir des produits de haute qualité aux pays en développement au prix négocié le plus bas possible.

La demande de contraceptifs modernes augmentera de plus de 40 % au cours des 15 prochaines années du fait des besoins non satisfaits, de la demande croissante et de groupes de population d'âge procréateur toujours plus nombreux.

Seulement 53 % des naissances sont assistées par des praticiens qualifiés et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est extrêmement limité, surtout pour les femmes pauvres ou vivant dans les zones rurales. Afin de sauver la vie de femmes, il faut accroître considérablement la quantité des médicaments et de l'équipement essentiels pour un accouchement sans danger.

Selon les évaluations de l'UNFPA, les besoins de contraceptifs pour la planification familiale et la prévention des IST et du VIH/sida exigent que les donateurs versent au total 739 millions de dollars en 2015, soit 405 millions de plus qu'en 2000. Ce n'est là qu'une fraction des besoins globaux des programmes (le coût des produits ne représente qu'un cinquième environ du coût total des services).

compte le coût des produits de planification familiale que pour une année après la naissance d'un enfant, bien que selon les normes de l'OMS la santé des enfants et des mères ait beaucoup à gagner si les naissances sont espacées de 24 à 30 mois.

Des ressources sont donc nécessaires pour garantir une fourniture adéquate de méthodes temporaires de contraception, comme les préservatifs. D'après les évaluations faites pour les régions les moins avancées par la Division de la population (ONU)²⁹, plus de 100 millions de couples – soit plus de 20 % de tous les utilisateurs – recourent à des méthodes temporaires. Les utilisatrices de DIU, qui représentent une autre tranche de 27 %, ont aussi besoin d'être réapprovisionnées, mais à de plus longs intervalles.

L'excellente base de départ fournie par la Commission peut être encore précisée à mesure que le processus de suivi se poursuit, prenant note de ces besoins additionnels et reconnaissant l'importance de l'accès universel à la santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, pour atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire.³⁰

DE NOUVEAUX INVESTISSEMENTS DANS LA PLANIFICATION FAMILIALE

En ce qui concerne la planification familiale, les investissements nécessaires dans les programmes – toujours dans le cadre du renforcement de l'infrastructure sanitaire – sont les suivants :

- produits et systèmes logistiques;
- gestion et contrôle de la qualité;
- conseils et suivi (y compris aménagements dans le choix de la méthode, s'il y a lieu);
- recherche socioculturelle pour éliminer les obstacles à une utilisation efficace ou correcte et pour faciliter l'introduction de nouvelles méthodes ou options de prestation des services;
- introduction aux systèmes de participation aux coûts;

- mise en place de partenariats appropriés entre secteur public et secteur privé;
- recherche sur les activités en cours et mise au point de contraceptifs.

Il faut mener une recherche sur les méthodes efficaces, appréciées des utilisateurs et culturellement acceptables de planification

30

DIALOGUE SUR LES POLITIQUES DE RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ AU NICARAGUA

En 2001, le revenu par habitant du Nicaragua a été de 486 dollars, c'est-à-dire l'avant-dernier des pays d'Amérique latine. Sa dette extérieure est deux fois plus élevée que son PNB annuel. La pauvreté endémique, exacerbée par une rapide croissance démographique, l'inégalité entre les sexes et des disparités très marquées sur le plan du revenu et de l'éducation font obstacle à la consolidation de la démocratie et à un développement économique soutenu.

Les femmes instruites des groupes à revenu élevé ont en moyenne deux enfants; les femmes analphabètes et pauvres en ont généralement six à huit. La fécondité des adolescentes est la plus élevée de la région : près de la moitié des jeunes Nicaraguayennes sont enceintes à 19 ans ou plus tôt. La fécondité est particulièrement élevée parmi les filles pauvres et non scolarisées.

Reconnaissant que la rapidité de la croissance démographique compromet gravement sa capacité d'offrir une éducation de qualité et des services sociaux de base, le Gouvernement a demandé qu'il soit prêté d'urgence attention aux problèmes de population, faisant appel à la société civile et aux donateurs.

La Stratégie renforcée de croissance économique et de réduction de la pauvreté aborde les objectifs de développement pour le Millénaire qui portent sur la réduction de la pauvreté, l'enseignement primaire, l'eau et l'assainissement, l'analphabétisme, la malnutrition, enfin la mortalité maternelle et infantile.

S'inspirant des activités de plaidoyer de l'UNFPA, cette stratégie demande qu'une information et des services de santé en matière de reproduction soient offerts aux adolescents scolarisés et non scolarisés, et appelle l'attention sur la violence contre les femmes. Mais elle ne fait pas mention du VIH/sida.

Le bureau de l'UNFPA au Nicaragua a offert son assistance technique afin de mettre au point des outils qui permettront d'appliquer la stratégie, notamment le programme national de santé en matière de sexualité et de reproduction du Ministère de la santé, 2002, et le plan d'action pour la population.

La stratégie analyse certains liens entre population et développement, mais n'aborde pas encore d'autres problèmes clefs, tels que les courants de migration, la répartition de la population, la croissance rapide des zones urbaines et une utilisation écologiquement viable de l'espace, ni les liens de ces problèmes avec l'environnement et la pauvreté.

Cependant, la nouvelle vision du développement formulée par le Gouvernement envisage de produire de la richesse avec les pauvres et pour les pauvres; ceci implique que les activités de développement durable ne peuvent ignorer les facteurs démographiques.

familiale, en particulier sur celles que la femme elle-même peut contrôler. Pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, il faut faire des investissements additionnels dans des contraceptifs qui soient aussi des microbicides.

Tel devrait être un élément de la réponse à l'appel de la Commission à augmenter sensiblement le financement de la recherche-développement mondiale concernant le lourd tribut que la maladie prélève sur les pauvres³¹. La mise au point de contraceptifs, leur fourniture, la logistique et la gestion y afférentes doivent aussi être incluses dans les évaluations des investissements et des dépenses ordinaires indispensables.

Investir pour la santé, combattre la pauvreté

La fourniture des services de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, offre des avantages évidents et directs pour l'affranchissement des femmes, l'amélioration de la vie et la réduction de la pauvreté :

- De meilleurs soins prénatals et services d'accouchement aident les mères à endurer sans danger la grossesse et les enfants à dépasser les premières et dangereuses années de la vie;
- Une réduction de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles améliore les taux de survie des adultes et épargne des souffrances aux hommes et aux femmes;
- Une réduction du nombre de grossesses non désirées a pour effet d'améliorer la santé des femmes;
- L'espacement des naissances et la diminution du nombre de grossesses améliorent les chances de survie de l'enfant; pour les femmes, cela veut dire qu'elles ont plus de temps à consacrer à chaque enfant et de meilleures perspectives d'emploi, ainsi que d'autres options.

Le fait d'avoir moins de personnes à charge jeunes par comparaison au chiffre de la population active aide les familles à échapper à la pauvreté. Ainsi s'ouvre un créneau démographique, qui offre aux pays la possibilité d'accélérer leur croissance économique.

La poursuite du progrès est fonction de la poursuite de l'investissement, qu'il vienne du pays même ou de l'étranger.³²

Des décennies de recherche économique et sociale montrent que les programmes de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, comptent parmi les programmes de développement sanitaire et social les plus rentables. Dans son *Rapport sur le développement dans le monde, 1993 : Investir dans la santé*,³³ la Banque mondiale a compris la planification familiale et les autres programmes de santé en matière de reproduction dans son ensemble d'interventions sanitaires de priorité absolue.

Il n'y a pas de méthodologies acceptées par tous pour évaluer le ratio coûts/avantages – les uns et les autres sont difficiles à calculer avec certitude –, mais la réalité des avantages ne fait aucun doute. Le présent rapport a montré la dimension et la diversité des gains à attendre. À ne considérer que les avantages dans le secteur sanitaire, ceux que représentent les économies faites en détournant la maladie sont à eux seuls sensiblement plus importants que le coût des services.³⁴

Des méthodologies rigoureuses d'évaluation des effets plus lointains peuvent aussi démontrer les bénéfices considérables à tirer des investissements dans la santé en matière de reproduction. Les bénéfices écologiques qui résultent d'éviter les naissances non dési-

rées – par exemple, grâce à la diminution des ressources consommées et des émissions de gaz à effet de serre – dépassent de loin les coûts.³⁵

UNE COMPARAISON ENTRE LES APPROCHES Entre les différentes interventions dans le domaine de la santé en matière de reproduction, on peut comparer le rapport coût-efficacité de différentes approches s'agissant de résoudre un problème donné.

Pour la prévention du VIH/sida, par exemple, l'axe majeur de l'action de l'UNFPA contre la pandémie est 28 fois préférable, sous le rapport coût-efficacité, à la thérapie antirétrovirale très active (HAART)³⁶. Bien sûr, une approche globale du VIH/sida reconnaît les synergies entre prévention et traitement : par exemple, HAART réduit la charge virale, ce qui rend la transmission à d'autres individus moins probable. Il sera aussi nécessaire d'établir un équilibre entre les activités visant les impacts sanitaires et celles qui portent sur les contextes sociaux et institutionnels porteurs de risque³⁷. Les pays ont besoin de stratégies et d'institutions nationales avec des avantages comparatifs et des points forts stratégiques déterminés.

L'INTERACTION DES BÉNÉFICES ET DES COÛTS La prestation intégrée des services est depuis longtemps reconnue, notamment dans le Programme d'action de la CIPD, comme à la fois très rentable et comme la modalité qui offre la meilleure chance de garantir une approche de la santé centrée sur la clientèle. La Commission sur la macroéconomie et la santé a reconnu ce consensus des spécialistes en promouvant le système de services « proche du client ».³⁸

Les coûts globaux de la violence sexiste et des sévices sexuels sont difficiles à évaluer. Ils recouvrent les coûts directs que comportent, par exemple, le traitement des effets de la violence sur la santé; la mauvaise santé; les jours de travail manqué; l'entretien des organes chargés d'assurer le respect des lois; les abris destinés aux victimes; la dissolution des mariages; les pensions alimentaires; et toutes les autres conséquences qu'implique le fait de s'adapter aux sévices ou d'y échapper. Il faut y ajouter les coûts indirects résultant de ce que les femmes sont de ce fait empêchées de travailler ou d'apporter d'autres contributions à la société, et que des chances de recevoir une éducation sont perdues, notamment quand des parents n'envoient pas leurs filles à l'école pour éviter qu'elles ne se trouvent en contact avec des garçons. Dans les communautés pauvres, les coûts se comptent en grande partie par les possibilités de développement ainsi manquées.

Ailleurs, les coûts directs sont non moins importants et souvent substantiels. Selon les évaluations de la Banque mondiale, les agressions et sévices sexuels enlèvent dans les pays industrialisés près d'une année de bonne santé sur cinq aux femmes âgées de 15 à 44 ans.

Les investissements dans l'éducation comportent des bénéfices substantiels. L'éducation des femmes, outre le fait qu'elle les rend autonomes et élargit leurs choix fondamentaux, est particulièrement rentable parce que les avantages en sont transmis à leurs enfants.³⁹ Mais l'investissement peut être gaspillé si le manque de choix quant au nombre des enfants, au moment et à l'espacement des naissances, et la rigidité des rôles spécifiques limitent la participation sociale et économique des femmes.

La santé en matière de reproduction ajoute une autre dimension à l'amélioration du « capital humain ». La réduction de la mortalité des mères, des nourrissons et des jeunes enfants constitue en elle-même une fin du développement, et elle ajoute ses effets propres

sur divers plans (production économique, fécondité, assistance aux personnes âgées hors des institutions spécialisées, etc.).

L'interaction d'un niveau d'éducation plus élevé, de la réduction de la fécondité, de la participation des femmes à la vie sociale et économique, et d'investissements accrus dans la santé et l'éducation des enfants justifie amplement, dans une approche globale du développement, les investissements faits tant dans l'éducation que dans la santé en matière de reproduction.

Les objectifs, qui sont ceux de la communauté internationale tout entière, de réduire la pauvreté et d'améliorer la qualité de vie offrent une vision ennoblissante. Pour atteindre ces objectifs et en assurer la réalisation durable, il faudra tout à la fois axer les efforts sur les objectifs eux-mêmes et faire preuve de sensibilité au contexte. L'accès universel aux soins de santé en matière de reproduction, l'éducation pour tous et l'affranchissement des femmes sont des objectifs en eux-mêmes, mais ce sont aussi des conditions nécessaires pour mettre fin à la pauvreté.

CHAPITRE PREMIER

- 1 J. D. Wolfensohn, Président de la Banque mondiale. 2 avril 2002. Déclaration devant le Comité monétaire et financier international. Washington, D.C.: Fonds monétaire international.
- 2 Organisation des Nations Unies. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 3 Le consensus de la CIPD a été adopté et renforcé dans les termes, à certains égards, par la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 1995. (Voir : ONU. 1996. *Déclaration et Programme d'action de Beijing : quatrième Conférence mondiale sur les femmes : Beijing, Chine: 4-15 septembre 1995*. New York: Département de l'information, ONU). Il est devenu une partie essentielle des accords internationaux sur les questions sociales.
- 4 R. Eastwood et M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion." Ch. 9 dans : *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, publié sous la direction de N. Birdsall, A. C. Kelley et S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press; et R. Eastwood et M. Lipton. 1999. "The Impact of Changes in Human Fertility on Poverty." *The Journal of Development Studies* 36(1): 1-30.
- 5 Commission sur la macroéconomie et la santé, Organisation mondiale de la santé (OMS). 2001. *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*. Genève, OMS.
- 6 OMS. 1946. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, adoptée par la Conférence internationale de la santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946, et signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États.
- 7 Cette conclusion a aussi été réaffirmée dans tous les processus de suivi des conférences et dans les plans d'action régionaux et nationaux. Elle est régulièrement invoquée dans les études techniques et dans les actions proposées (par exemple, Commission sur la macroéconomie et la santé, OMS 2001). La plupart des documents relatifs au développement international, même ceux qui portent sur le climat et l'environnement (voir, par exemple: Programme des Nations Unies pour l'environnement. 2002. *Global Environment Outlook: 3: Past, Present and Future Perspectives [GEO-3]*. Londres: Earthscan and United Nations Environment Programme), invoquent rituellement - mais n'analysent que rarement - l'importance des tendances démographiques.
- 8 UNFPA. 2000. *L'état de la population mondiale 2000 : Vivre ensemble, dans des mondes séparés : Hommes et femmes à une époque de changements*, p. 25. New York: UNFPA.
- 9 A. Bhuiya, et al. 2000. "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival." Ch. 16 dans : *Challenging Inequities in Health from Ethics to Action*, publié sous la direction de T. Evans, et al. 2000. Londres: Oxford University Press.
- 10 Cette analyse provient de : S. Klasen. 2001. "In Search of the Holy Grail: How to Achieve Pro-Poor Growth?" Projet de document établi sur demande de Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) pour l'équipe de travail "Growth and Equity" du Partenariat stratégique avec l'Afrique (SPA). Munich: Université de Munich.
- 11 OMS et Banque mondiale. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*. Étude « Les voix des pauvres ». Genève: OMS.
- 12 Commission sur la macroéconomie et la santé, OMS 2001.
- 13 C. AbouZahr, et J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill Health: Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78(5): 655-666.
- 14 Dans ces analyses, les populations sont divisées en quintiles (groupes comprenant un cinquième de la population totale) en fonction de leur niveau de richesse relatif. Les points de richesse sont attribués en fonction d'analyses, faites pays par pays, de la propriété de divers biens de consommation durables et des sources ou types d'eau, d'énergie et de matériaux de construction.
- 15 UNFPA. 1999. *L'état de la population mondiale 1999 : 6 milliards : L'heure des choix*, pp. 41-42. New York: UNFPA.
- 16 H. Epstein. 9 mai 2002. "The Hidden Cause of AIDS." *The New York Review of Books*.
- 17 R. Loewenson et A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. Document directif du Programme des Nations Unies pour le développement. New York : Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).
- 18 C. Lloyd, C. E. Kaufman et P. Hewett. 2000. "The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa: Implications for Fertility Change." *Population and Development Review* 26(3): 483-515. New York: The Population Council.
- 19 UNFPA. 1997. *L'état de la population mondiale 1997 : Le droit de choisir : Droits et santé en matière de reproduction*, p. 50. New York: UNFPA.
- 20 J. Knodel, H. Napaporn et S. Werasit. 1990. "Family Size and Education in the Context of Rapid Fertility Decline." *Population and Development Review* 16(1): 31-62. Cité dans : "Population and Poverty: New Views on an Old Controversy," par T. W. Merrick 2002. *International Family Planning Perspectives* 28(1): 41-46.
- 21 M. Montgomery et C. B. Lloyd. 1998. "Excess Fertility, Unintended Births, and Children's Schooling." Ch. 8 dans : *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, publié sous la direction de C. H. Bledsoe, et al. 1998. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 22 Ceci a conduit à faire figurer une année de contraception après un accouchement dans les recommandations, dont le coût est chiffré, de la Commission sur la macroéconomie et la santé. Cependant, les directives et recommandations de l'OMS demandent que l'intervalle entre les naissances soit de 24 à 30 mois pour assurer la santé du nourrisson.

CHAPITRE 2

- 1 R. H. Wade. 2001. "The Rising Inequality of World Income Distribution." *Finance and Development* 38(4).
- 2 Ibid.
- 3 Ibid.
- 4 A. Sen, 1999. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- 5 (Ajusté pour tenir compte de la parité du pouvoir d'achat.) PNUD. 2001. *Rapport mondial sur le développement humain 2001 : Mettre les technologies nouvelles au service du développement humain*. New York: Oxford University Press.
- 6 J. A. Strauss et D. Thomas. 1995. "Human Resources: Empirical Modeling of Household and Family Decisions." Ch. 34 dans : *Handbook of Development Economics*, vol. 3A, publié sous la direction de T. N. Srinivasan et J. Behrman. 1995. Amsterdam: North Holland.
- 7 J. L. Gallup et J. D. Sachs. 2000. "The Economic Burden of Malaria." Document de travail du Center for International Development (CID). No. 52. Cambridge, Massachusetts: Center for International Development, Harvard University.
- 8 D. T. Tamison, L. J. Lau et J. Wang. 1998. "Health's Contribution to Economic Growth, 1965-1990." Pp. 1-80 dans : *Health, Health Policy, and Economic Outcomes*. Health and Development Satellite. Rapport final. Genève : Équipe de transition du Directeur général, OMS.
- 9 PNUD. 2000. *Rapport mondial sur le développement humain 2000 : Droits de l'homme et développement humain*. New York: Oxford University Press.
- 10 Banque mondiale. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. Rapport de recherche sur les politiques, Banque mondiale. New York: Oxford University Press.
- 11 J. Williamson. 2001. "Demographic Change, Economic Growth and Inequality." Ch. 5 dans : *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, publié sous la direction de N. Birdsall, A. C. Kelley et S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
- 12 N. Birdsall. 2001. "New Findings in Economics and Demography: Implications for Policies to Reduce Poverty." Ch. 14 dans : Birdsall, Kelley et Sinding 2001.
- 13 T. Merrick. 2001. "Population and Poverty in Households: A Review of Reviews," Ch. 8 dans : Birdsall, Kelley et Sinding 2001.
- 14 R. Paes de Barros et al. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil." Ch. 11 dans : Birdsall, Kelley et Sinding 2001.
- 15 Ainsi, les pratiques régissant l'attribution du crédit favorisent généralement les candidats à revenu relativement élevé; des institutions telles que les banques, les coopératives de crédit, même les services de vulgarisation agricole, sont souvent situées de telle sorte que leurs clients les plus prospères, qui peuvent s'y rendre autrement qu'à pied, y aient facilement accès.
- 16 M. Ravallion. 1994. *Poverty Comparisons*. Coire, Suisse: Harwood Academic Publishers; J. Foster, J. Greer et E. Thorbecke. 1984. "A Class of Decomposable Poverty Measures." *Econometrica* 52(3): 761-766; C. Moser, M. Gatehouse et H. Garcia. 1996. *Urban Poverty Research Sourcebook: Module I: Sub-City Level Household Survey*. Programme des Nations Unies pour le développement/ Centre des Nations Unies pour les établissements humains (Habitat)/Programme de gestion urbaine de la Banque mondiale, Série de documents de travail. No. 5. Washington, D.C.: Banque mondiale; et P. Streeten. 1994. "Poverty Concept and Measurement." Pp. 15-30 dans : *Poverty Monitoring: An International Concern*, publié sous la direction de R. van der Hoeven et R. Anker. 1994. New York: St. Martin's Press.
- 17 R. Bilsborrow. 1994. "Towards a Rapid Assessment of Poverty." Pp. 150-158 dans : van der Hoeven et Anker 1994.
- 18 J. Hatch et L. Frederick. 1998. "Poverty Assessment by Microfinance Institutions: A Review of Current Practice." Micro-Enterprise Best Practices Project. Bethesda, Maryland: Development Alternatives, Inc.; K. Chung, et al. 1997. "Identifying the Food Insecure: The Application of Mixed-Method Approaches in India." Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires; D. Filmer et L. Pritchett. 1998. *Estimating Wealth Effects Without Income Or Expenditure Data: Or Tears: With an Application to Educational Enrollment in India*. Policy Research Working Paper. No. 1994. Washington, D.C.: Groupe de recherche sur l'économie du développement, Banque mondiale; et D. Filmer et L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): 85-120.
- 19 C. Grootaert. 1983. "The Conceptual Basis of Measures of Household Welfare and Their Implied Survey Data Requirements." *The Review of Income and Wealth*. Série 29(1): 1-21; et C. Grootaert 1988. *Measuring and Analyzing Levels of Living in Developing Countries: An Annotated Questionnaire*. Document de travail, Étude sur la mesure des niveaux de vie. No. 24. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 20 Bilsborrow 1994; J. Boltvinik. 1994. "Poverty Measurement and Alternative Indicators of Development." Pp. 57-83 dans : van der Hoeven et Anker 1994; et Hatch et Frederick 1998.
- 21 Voir aussi: Chung, et al. 1997.
- 22 Ibid.
- 23 Hatch et Frederick 1998.

- 24 M. Zeller, et al. 2001. "An Operational Tool for Evaluating Poverty Outreach of Development Policies and Projects." Division de la consommation alimentaire et de la nutrition. Document de travail (Discussion Paper), No. 111. Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.
- 25 PNUD 2000.
- CHAPITRE 3**
- 1 R. Paes de Barros, et al. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil." Ch. 11 dans : *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, publié sous la direction de N. Birdsall, A. C. Kelley et S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
- 2 Il y a des effets compensatoires. Une population plus nombreuse contribue à accroître les ressources de créativité. La pression exercée sur les ressources naturelles et le rétrécissement des potentialités peut encourager l'innovation, par exemple conduire à la découverte de technologies nouvelles produisant davantage de vivres ou conservant le combustible. Mais, pour exploiter les « ressources humaines », il faut investir. Les éléments de ce débat ont été développés par Julian Simon et d'autres auteurs. Voir en particulier : J. Simon. 1981. *The Ultimate Resource*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- 3 Le résumé qui suit est inévitablement abrégé. On pourra trouver dans un grand nombre de sources des débats plus étendus sur l'élaboration des politiques et le progrès des sciences. Sont d'intérêt particulier : D. E. Bloom, D. Canning, et J. Sevilla. 2002. *Demographic Change and Economic Growth: The Importance of Age Structure*. Santa Monica, Californie: RAND Corporation; J. Seltzer. 2002. *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, Californie: RAND Corporation; R. Cassen. 1994. *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*. New Brunswick, New Jersey, et Oxford: Transaction Publishers; et L. Lasseone. 1996. *Coping with Population Challenges*. Londres : Earthscan Publications.
- 4 National Research Council. 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington D.C.: National Academy Press.
- 5 Les démographes utilisent ces limites d'âge par convention. Dans la société contemporaine, l'âge du premier emploi et celui de la retraite se situent l'un et l'autre plus tard, mais ce changement n'a pas d'effet sur le raisonnement.
- 6 Les chocs financiers externes et l'impuissance des cadres régulateurs ont conduit à la catastrophe économique de 1997-1998. Le redressement rapide intervenu depuis lors, s'il est ralenti par la persistance de problèmes externes, démontre la solidité des changements démographiques et sociaux antérieurs. Ce sont les pauvres qui ont été frappés avec le plus de force par l'effondrement et qui continuent à en supporter les plus durs effets.
- 7 Certains pays ont atteint des taux de fécondité de trois enfants ou moins encore (par exemple, Algérie, Turquie et Liban; l'Iran et le Kazakhstan ont atteint des niveaux de remplacement voisins de 2,1), mais beaucoup de ces taux sont plus élevés (souvent au-dessus de 4, notamment dans les pays suivants : Jamahiriya arabe libyenne, Soudan, Jordanie, Koweït, Syrie et Émirats arabes unis; et plusieurs au-dessus de 5, par ordre croissant : Arabie saoudite, Territoire palestinien occupé, Yémen et Oman).
- 8 Voir, par exemple : A. Pearson. 22 mai 2002. "Let's Talk about the Facts of Life." *London Evening Standard*, qui affirme "Les Anglais sont en voie de disparition" en raison de leur faible fécondité.
- 9 On trouvera un débat sur ce point dans : UNFPA. 1998. *L'état de la population mondiale 1998 : Les nouvelles générations*, ch. 3. New York: UNFPA.
- 10 J. D. Sachs, et D. E. Bloom (éd.). 1997. *Emerging Asia: Changes and Challenges*. Manille : Banque asiatique de développement.
- 11 Les craintes concernant le déclin du marché du logement, pour ne citer qu'un exemple (voir : B. J. Wattenberg., 27 novembre 1997. "The Population Explosion is Over." *The New York Times Magazine*), supposent que seuls les jeunes gens qui achètent pour la première fois un logement peuvent déterminer le volume de la demande. Mais le marché créé par le besoin de remplacer ou de moderniser le parc immobilier plus ancien peut jouer un rôle croissant dans la demande d'ensemble.
- 12 Ces effets sont exposés en détail dans : R. Eastwood et M. Lipton. 1999. "The Impact of Changes in Human Fertility on Poverty." *The Journal of Development Studies* 36(1): 1-30; et R. Eastwood et M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion." Ch. 9 dans: Birdsall, Kelley, et Sinding 2001.
- 13 Paes de Barros, et al. 2001.
- 14 L'objectif de développement pour le Millénaire relatif à la réduction de la pauvreté est exprimé en fonction de l'incidence (nombre des pauvres), non de la profondeur (à quel point les pauvres sont pauvres) de la pauvreté. Les effets de la redistribution du revenu (y compris ceux dus aux effets démographiques qui font baisser les taux salariaux) peuvent avoir un effet très sensible sur l'incidence de la pauvreté, même quand ils n'en modifient pas la profondeur. Si la redistribution du revenu défavorise les groupes à peine au-dessus du seuil de pauvreté et favorise les riches, l'incidence de la pauvreté ne change pas, mais son intensité augmente.
- 15 Voir : Eastwood et Lipton 1999, p. 13.
- 16 Voir citations dans : Eastwood et Lipton 2001.
- 17 On trouvera des descriptions de ces effets et des citations dans : Eastwood et Lipton 2001.
- 18 Cet argument est exposé avec la plus grande clarté dans : T. Merrick. 2001. "Population and Poverty in Households: A Review of Reviews." Ch. 8 dans: Birdsall, Kelley, et Sinding 2001.
- CHAPITRE 4**
- 1 M. Floro. 2001. "Gender Dimensions of the Financing for Development Agenda." Document de travail établi pour le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) en préparation de la Conférence internationale sur le financement du développement, 2002. New York: UNIFEM.
- 2 A. Sen. 1998. "Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure." *Economic Journal* 108(446): 1-25.
- 3 R. Eastwood et M. Lipton. 2001. "Demographic Transition and Poverty: Effects via Economic Growth, Distribution and Conversion," p. 235. Ch. 9 dans: *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, publié sous la direction de N. Birdsall, A. C. Kelley et S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press.
- 4 M. Buvinic et G. R. Gupta. 1997. "Female-Headed Households and Female-Maintained Families: Are They Worth Targeting to Reduce Poverty in Developing Countries?" *Economic Development and Cultural Change* 45(2): 259-280; et A. R. Quisumbing, L. Haddad et C. Peña. 2001. "Are Women Overrepresented Among the Poor? An Analysis of Poverty in Ten Developing Countries." *Journal of Development Economics* 66(1): 225-269.
- 5 Pour une analyse utilisant cette approche, voir : Quisumbing, Haddad et Peña 2001. Voir aussi : S. Razavi. 1999. "Gendered Poverty and Well Being: Introduction." *Development and Change* 30(3): 409-433; et S. Fukuda-Parr. 1999. "What Does Feminization of Poverty Mean? It Isn't Just Lack of Income." *Feminist Economics* 5(2): 99-103.
- 6 Voir : UNIFEM. 2000. Le progrès des femmes à travers le monde 2000: *Rapport biennal d'UNIFEM*. New York: UNIFEM.
- 7 Partir des travaux de : S. Kishor (1999. "Women's Empowerment and Contraceptive Use in Egypt." Communication présentée à la réunion annuelle de la Population Association of America, 24-27 mars 1999, New York; et 2000. "Empowerment of Women in Egypt and Links to the Survival and Health of their Infants." Ch. 6 dans: *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*, publié sous la direction de H. B. Presser et G. Sen. 2000. Oxford: Oxford University Press) et L. C. Smith, et al. (2001. "The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries." Projet de rapport sur des recherches. Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires), qui utilisent les données d'enquêtes démographiques et sanitaires.
- 8 C. Humana. 1986. *World Human Rights Guide*, 2e édition. Londres : Hodder et Stoughton; et C. Humana 1992. *World Human Rights Guide*, 3e édition. New York : Oxford University Press. Le débat sur l'indice Humana est tiré de : Banque mondiale. 2001a. *Engendering Development Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. Rapport de recherche sur les politiques de la Banque mondiale. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 9 S. Kishor. 1996. *Status of Women: Indicators for Twenty Five Countries*. Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS). Comparative Study Series. No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.
- 10 Floro 2001.
- 11 PNUD. 1999. *Rapport mondial sur le développement humain 1999 : La mondialisation à visage humain*, Tableau 27. New York. Oxford University Press.
- 12 M. S. Floro. 1995. "Women's Well-Being, Poverty, and Work Intensity." *Feminist Economics* 1(3): 1-25.
- 13 PNUD. 1995. *Human Development Report 1995: Gender and Development*. New York: Oxford University Press.
- 14 Voir, par exemple : F. T. Juster et F. P. Stafford. 1991. "The Allocation of Time: Empirical Findings, Behavioural Models, and Problems of Measurement." *Journal of Economic Literature* 29(2): 471-522; J. McGuire et B. Popkin. 1990. *Helping Women Improve Nutrition in the Developing World: Beating the Zero Sum Game*. Document technique de la Banque mondiale. No. 114. Washington, D.C.: Banque mondiale; et L. R. Brown et L. Haddad. 1995. "Time Allocation Patterns and Time Burdens: A Gendered Analysis of Seven Countries". Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.
- 15 Women's Environment and Development Organization. 1999. *A Gender Agenda for the World Trade Organization: A WEDO Primer*. Novembre 1999. New York : Women's Environment and Development Organization.
- 16 Banque mondiale. 2001a.
- 17 D'un autre côté, si les jeunes femmes prennent un travail rémunéré pour aider à financer le coût du mariage, les parents peuvent estimer que leur décision aide la famille du mari plus que la leur, ce qui limite encore plus leur motivation. Cet effet peut être compensé par la capacité des filles de prendre soin de leurs parents dans leur vieillesse.
- 18 Floro 2001.
- 19 Ibid.
- 20 S. Klasen 1999. "Does Gender Inequality Reduce Growth and Development? Evidence from Cross-Country Regressions." Document de travail No. 7. Pour la Banque mondiale 2001a. (On peut consulter le document de base à : <http://www.worldbank.org/gender/pr/wp7.pdf>.)
- 21 Basé sur des simulations à partir de données africaines (A. R. Quisumbing 1996. "Male-Female Differences in Agricultural Productivity: Methodological Issues and Empirical Evidence." *World Development* 24[10]: 1579-1595; et H. Alderman, et al. 1995. "Gender Differentials in Farm Productivity: Implications for Household Efficiency and Agricultural Policy." Division de la consommation alimentaire et de la nutrition. Document de travail (Discussion Paper), No. 6. Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.)

- 22 Banque mondiale. 2001b. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: Banque mondiale et Oxford University Press.
- 23 D'après un examen des causes profondes de la sécurité alimentaire face aux données concernant le taux d'insuffisance pondérale des enfants pendant la période 1970-1995 dans 63 pays en développement représentant 88 % de la population du monde en développement (L.C. Smith et L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. Rapport de recherche de l'IFPRI, No. 111. Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.).
- 24 Ce débat est tiré de : Banque mondiale 2001a.
- 25 Klasen 1999. Utilisation de données portant sur 100 pays en 1990.
- 26 Au cours d'une plus longue période. Voir: R. Gatti. 1999. "A Cross-country Analysis of Fertility Determinants." Washington, D.C.: Groupe de recherche sur le développement, Banque mondiale.
- 27 A. Hill et E. M. King. 1995. "Women's Education and Economic Well-being." *Feminist Economics* 1(2): 1-26.
- 28 A. Swamy, et al. 2001. "Gender and Corruption." *Journal of Development Economics* 64(1): 25-55.
- 29 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 2002. *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida : juillet 2002*. Genève: ONUSIDA
- 30 Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au sida, juin 2001; et Pascoal Mocumbi. 2001. "A Time for Frankness on AIDS and Africa." *The New York Times*. Site Web : <http://www.nytimes.com/2001/06//20/opinion20MOCU.html>.
- 31 Plus News. 3 décembre 2001. Afrique : Interview de Stephen Lewis, Envoyé spécial des Nations Unies. Parties 1 et 2. New York: Bureau de coordination des affaires humanitaires, ONU.
- 32 G. R. Gupta 2000. *Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How*. Allocation en séance plénière à la XIIIe Conférence internationale sur le sida, 9-14 juin 2000, Durban, Afrique du Sud. Washington, D.C.: Centre international de recherches sur les femmes.
- 33 D. Thompson 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, Tuberculosis and Malaria*, p. 14. Genève, OMS.
- 34 ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida : juin 2000*, p. 11. Genève : ONUSIDA.
- 35 UNIFEM. *Women are Key to Ending HIV/AIDS*. Problèmes critiques 2001. New York: UNIFEM.
- 36 S. Maman, et al. 1999. "Women's Barriers to HIV Testing and Disclosure: Challenges for Voluntary Counseling and Testing." Communication faite à la XIe Conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, 15-16 septembre 1999, Lusaka, Zambie. Cité dans : Gupta 2000.
- CHAPITRE 5**
- 1 En 1990, les maladies contagieuses causaient 59 % des décès et 64 % des pertes d'AVCI (années de vie corrigées du rapport invalidité) parmi les 20 % de la population mondiale qui vivent dans les pays où le revenu par habitant est le plus bas, contre 34 % des décès et 44 % des pertes d'AVCI pour l'ensemble de la population mondiale. Les maladies contagieuses contribuent donc infiniment plus à l'écart de mortalité et à l'écart des pertes d'AVCI que ne le font les maladies non contagieuses. Voir : D. R. Gwatkin et M. Guillot. 2000. *The Burden of Disease among the Global Poor*. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 2 Banque mondiale. 2001. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: Banque mondiale et Oxford University Press.
- 3 D. Narayan, et al. 1999. "Global Synthesis: Consultations with the Poor." Projet de document établi pour le Global Synthesis Workshop: Consultations with the Poor, Washington, D.C., 22-23 septembre 1999. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 4 OMS et Banque mondiale. 2002. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill Health*. Étude « Les voix des pauvres ». Genève: OMS.
- 5 J. A. Strauss et D. Thomas. 1995. "Human Resources: Empirical Modeling of Household and Family Decisions." Ch. 34 dans: *Handbook of Development Economics*, vol. 3A, publié sous la direction de T. N. Srinivasan et J. Behrman. 1995. Amsterdam: North Holland.
- 6 C. Abouzahr et J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill Health: Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78(5): 655-666.
- 7 Comme le notent Abouzahr et Vaughan (2000), ces évaluations du fardeau lié aux maladies ont été faites en 1993, avant que l'impact du VIH/sida ne soit pleinement reconnu. Pour cette raison et pour des raisons techniques (relatives à la mesure des AVCI: voir la citation et le chapitre final du présent rapport), ce sont là très probablement des évaluations inférieures à la vérité.
- 8 R. Loewenson et A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. Document directif du Programme des Nations Unies pour le développement. New York : PNUD.
- 9 OMS et Banque mondiale 2002.
- 10 Ibid., p. 16.
- 11 Cela s'applique non seulement au contact sexuel de la personne elle-même, mais aussi aux inquiétudes qui résultent du fait que le partenaire a d'autres contacts sexuels.
- 12 E. R. Jensen et D. A. Ahlburg. 1999. "A Multicountry Analysis of the Impact of Unwantedness and Number of Children on Child Health and Preventive Curative Care." Washington, D.C.: POLICY Project, the Futures Group International. Accessible sur le site web : www.tfgi.com.
- 13 "La violence familiale contre les femmes est fréquente dans tous les pays couverts par l'étude et elle est mentionnée dans 90 % des communautés. Comme ce sujet est si souvent tabou, il est remarquable qu'il soit même abordé. Dans certains groupes, en Éthiopie et en République kirghize, il était impossible de mentionner le sujet et, au Bangladesh, on n'en parlait qu'à voix basse." OMS et Banque mondiale 2002, p. 17.
- 14 Ibid., p. 15.
- 15 Jensen et Ahlburg 1999.
- 16 Les différences présentées ici et dans les sections suivantes sont basées sur les rapports parus dans la série *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in [Country]* et préparés par R. Davidson, R. Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Rohini P. Pande et Adam Wagstaff pour Santé, nutrition et pauvreté/Groupe thématique de la pauvreté, Banque mondiale. Quarante-quatre pays ayant fait l'objet d'une enquête démographique et sanitaire ont été analysés. Par région, ces pays sont les suivants : Asie de l'Est et Pacifique : Philippines, Viet Nam et Indonésie; Europe et Asie centrale : Turquie, Kazakhstan, République kirghize et Ouzbékistan; Amérique latine et Caraïbes : Pérou, Bolivie, Brésil, Guatemala, Nicaragua, Haïti, Colombie, Paraguay et République dominicaine; Moyen-Orient et Afrique du Nord : Égypte, Maroc et Turquie; Asie du Sud : Inde, Bangladesh, Népal et Pakistan; et Afrique subsaharienne : Mali, République-Unie de Tanzanie, Cameroun, Ghana, Côte d'Ivoire, Togo, Zambie, Zimbabwe, Malawi, Ouganda, Tchad, Niger, Mozambique, République centrafricaine, Madagascar, Bénin, Kenya, Sénégal, Namibie, Nigéria, Comores et Burkina Faso. Les pays de cet échantillon ont des niveaux de fécondité totale supérieurs au niveau de 3,6 des pays en développement (non compris la Chine), mais inférieurs au niveau de 5,5 des pays les moins avancés. Les enquêtes sont concentrées surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où le principal donateur pour ces enquêtes (l'Agency for International Development des États-Unis) exerce l'essentiel de ses activités. On note une préférence marquée pour les grands pays et pour ceux qui ont besoin de l'assistance des programmes.
- 17 Les chiffres de la mortalité infantile au Panama proviennent de la Division de la population de l'ONU (tabulation spéciale). Pour les données relatives aux États-Unis, voir: A. M. Guest, G. Almgren et J. M. Hussey. 1998. "The Ecology of Race and Socio-economic Distress: Infant and Working-age Mortality in Chicago." *Demography* 35(1): 23-34. Voir aussi : C. McCord et H. P. Freeman. 1990. "Excess Mortality in Harlem." *The New England Journal of Medicine* 322(3): 173-177.
- 18 A. Wagstaff 2000. "Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons Across Nine Developing Countries." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78(1): 19-29.
- 19 Jensen et Ahlburg 1999.
- 20 C. Shen, et al. 1999. "Maternal Mortality, Women's Status, and Economic Dependency in Less-Developed Countries: A Cross-National Analysis." *Social Science and Medicine* 49(2): 197-214.
- 21 K. Hill, C. Abouzahr et T. Wardlaw. 2001. "Estimates of Maternal Mortality for 1995." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 79(3): 182-193.
- 22 M. Strong 1992. "The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh." *Health Transition Review* 2(2): 215-224.
- 23 UNFPA. 2000. *L'état de la population mondiale 2000 : Vivre ensemble, dans des monde séparés : Hommes et femmes à une époque de changements*, p. 11. New York: UNFPA.
- 24 C'est vrai des mesures de la morbidité en général. L'absence de systèmes efficaces d'état civil et la rareté des mesures de la richesse ou du revenu rendent difficile même de comparer les taux de mortalité à l'intérieur d'un même pays. (Pour un débat sur ce point, voir: Wagstaff 2000.)
- 25 La qualité des soins est une importante composante de la plupart des programmes d'assistance aux prestataires de soins de santé en matière de reproduction. Mais l'importance ou l'irrégularité du volume de travail, la maigreur de la rémunération, le renouvellement fréquent du personnel, et le caractère rudimentaire des systèmes de suivi et de supervision rendent constamment très aléatoire de fixer et de maintenir des normes.
- 26 D. Gwatkin et G. Deveshwar-Bahl. 2002. "Socio-Economic Inequalities in Use of Safe Motherhood Services in Developing Countries." Communication faite à Londres le 6 février 2002.
- 27 Voir des analyses de pays africains dans la série: D. R. Gwatkin, et al. 2000. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in [Country]*. Washington, D.C.: Santé, nutrition et pauvreté/Groupe thématique de la pauvreté, Banque mondiale.
- 28 D. R. Gwatkin, et al. 2000.
- 29 En principe, il devrait être possible d'utiliser les indicateurs qui caractérisent les différences de richesse à l'intérieur d'un pays donné en vue de construire un barème applicable à tous les pays. Comme les programmes destinés à répondre aux besoins des groupes de population sous-desservis sont formulés à l'échelon national, une telle activité répondrait aux besoins des universités sans apporter d'aide aux stratégies pratiques.

- 30 Pour les études comparatives sur l'efficacité des systèmes de prestation de services, les analyses doivent corriger les statistiques concernant les proportions zones rurales/ zones urbaines. Toute comparaison de l'accès aux services dans les limites d'un seul pays considère les différences entre sites urbains et sites ruraux.
- 31 D. R. Gwatkin, et al. 2000. *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in India*. Washington, D.C.: Santé, nutrition et pauvreté/Groupe thématique de la pauvreté, Banque mondiale.
- 32 Organisation des Nations Unies. 2002. *World Urbanization Prospects 2001* (ESA/P/WP.173). New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU; et R. L. Naylo et W. P. Falcon, 1996. "Is the Locus of Poverty Changing." *Food Policy* 21(2): 1.
- 33 P. C. Hewett et M. R. Montgomery. 2001. *Poverty and Public Services in Developing Country Cities*. Population Council Policy Research Division. Document de travail, No. 154. New York: The Population Council.
- 34 Organisation des Nations Unies 2002.
- 35 Commission sur la macroéconomie et la santé, Organisation mondiale de la santé (OMS). 2001. *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*. Genève : OMS.
- 36 Organisation des Nations Unies. 1999. *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (A/S-21/5/Add.1)*, paragraphe 52. New York: ONU.
- 37 K. Hardee et J. Smith. 2000. "Increasing Returns on Reproductive Health Services in the Era of Health Sector Reform." POLICY Occasional Paper. No. 5. Washington D.C.: The Futures Group International.
- 38 A. Langer, G. Nigena et J. Catino. 2000. "Health Sector Reform and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the Links." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78(5): 667-676.
- 39 N. Priya 2000. *Health Sector Reforms in Zambia: Implications for Reproductive Health and Rights*. Center for Health and Gender Equity Working Papers. Takoma Park, Maryland: Center for Health and Gender Equity, the Population Council; et S. Bennett 1999. "Health Sector Reforms in Zambia: Putting them in Perspective." Pp. 24-28 dans : *Report of the Meeting on the Implications of Health Sector Reform on Reproductive Health and Rights: December 14-15, 1998: Washington, D.C.*, publié sous la direction de J. Jacobson et J. Bruce. Takoma Park, Maryland: Center for Health and Gender Equity, The Population Council.
- 40 Y. Chandani, et al. 2000. *Ghana: Implications of Health Sector Reform for Family Planning Logistics*. Arlington, Virginia: Family Planning Logistics Management Project, John Snow Inc. pour l'Agency for International Development des États-Unis (USAID).
- 41 J. Bates., et al. 2000. *Implications of Health Sector Reform for Contraceptive Logistics: A Preliminary Assessment for Sub-Saharan Africa*. Arlington, Virginie : Family Planning Logistics Management Project, John Snow Inc. pour l'Agency for International Development des États-Unis.
- 42 W. Newbrander, C. J. Cuellar et B. Timmons. 2000. "The PROSALUD Model for Expanding Access to Health Services." Document inédit. Boston, Massachusetts: Management Sciences for Health.
- 43 Langer, Nigena et Catino 2000.
- 44 ONUSIDA. 2000. *HIV and Health-care Reform in Phayao: From Crisis to Opportunity*, p.9. Étude de cas du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Collection des meilleures pratiques d'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA.
- 45 Banque mondiale 2001.
- 46 D. Filmer et L. Pritchett. 1999. "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?" *Social Science and Medicine* 49(10): 1309-1327. Cité dans : Banque mondiale 2001, p. 81.
- 47 F. Castro-Leal, et al. 2000. "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?" *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78(1): 66-74.
- 48 A. Mahal 2000. "Do the Poor or the Rich Benefit More from Government Health Services: The Case of India." Rapport de Santé/Nutrition/Population et du Séminaire sur la pauvreté, 11 juillet 2000. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 49 C. Leighton. (sans date) "Decision Making for Equity in Health Sector Reform," p. 1. Dans : *PHR Primer*. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform Resource Center, Abt Associates.
- 50 S. Begum. 1997. *Health and Poverty in the Context of Country Development Strategy: A Case Study on Bangladesh*. Série Macroéconomie, santé et développement. No. 26. Genève: OMS. Cité dans : "Bangladesh: An Intervention Study of Factors Underlying Increasing Equity in Child Survival," par A. Bhuiya, et al. 2000. Ch. 16 dans: *Challenging Inequities in Health from Ethics to Action*, publié sous la direction de T. Evans, et al. 2000. Londres : Oxford University Press.
- 51 OMS. 2000. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Genève : OMS.
- 52 D. Filmer, J. Hammer et L. Pritchett. 1998. "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain." Document de travail de la recherche sur les politiques. No. 1874. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 53 C. Murray, Directeur, Global Programme on Evidence for Health Policy, OMS. 2000. Cité dans : UNFPA. 2000. "Who Rates Health Systems?" *Populi*. 27(2): 5-7.
- 54 Au sens large, le financement des soins de santé recouvre la manière dont les fonds sont mobilisés (fonds budgétaires/taxes d'affectation spéciale, contributions des assurances sociales, primes d'assurance privée, financement communautaire et paiement direct par les patients), la manière dont les fonds sont affectés (sur une base géographique, par groupe de population ou par type de soins de santé), et les mécanismes de paiement des soins de santé. Les trois aspects sont importants pour l'équité et la qualité.
- 55 W. C. Hsiao et Y. Liu. 2001. "Health Care Financing: Assessing Its Relationship to Health Equity." Ch. 18 dans: Evans, et al. 2000.
- 56 J. L. Litvak et C. Bodart. 1993. "User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results from a Field Experiment in Cameroon." *Social Science and Medicine* 37(3): 369-383.
- 57 H. Alderman et V. Lavy. 1996. "Household Response to Public Health Services: Cost and Quality Tradeoffs." *World Bank Research Observer* 11: 3-22; J. S. Akin, D. K. Guilkey et E. H. Denton. 1995. "Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation." *Social Science and Medicine* 40(11): 1527-1537; R. Shaw et C. C. Griffin. 1995. *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through Fees and Insurance*. Washington, D.C.: Banque mondiale et D. Hotchkiss, et al. 1998. "Household Expenditures in Nepal: Implications for Health Care Financing Reform." *Health Policy and Planning* 13(4): 371-383.
- 58 B. Sadasivam 1999. *Risks, Rights and Reforms : A 50 Country Survey Assessing Government Actions Five Years after the International Conference on Population and Development*. New York: Women's Environment and Development Organization; J. Kutzin 1995. *Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector*. Current Concerns: Strengthening Health Services Paper. No. 8 (WHO/SHS/CC/94.3). Genève: OMS; et H. Standing 1997. "Gender and Equity in Health Sector Reform Programmes: A Review." *Health Policy and Planning* 12(1): 1-18.
- 59 D. Wilkinson, et al. 2001. "Effect of Removing User Fees on Attendance for Curative and Preventive Primary Care Services in Rural South Africa," pp. 667-668. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 79(7): 665-671.
- 60 B. McPake, et al. 1999. "Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility of Care." *Social Science and Medicine* 49(7): 849-865.
- 61 Hsiao et Liu 2001.
- 62 Ibid.
- 63 D. Shehu, A. T. Ikeh et M. J. Kuna. 1997. "Mobilizing Transport for Obstetric Emergencies in Northwestern Nigeria." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59 (Supplément 2): S173-180.
- 64 J. R. Behrman et J. C. Knowles. 1998. "Population and Reproductive Health: An Economic Framework for Policy Evaluation." *Population and Development Review* 24(4): 697-737.
- 66 Isaacs, Stephen, et G. Solimano. (Sans date). "Health Reform and Civil Society in Latin America." L'Encyclopédie de l'Agora. Site Web : <http://agora.qc.ca>. Consulté le 13 mars 2002.
- 67 Banque mondiale 2001.
- 68 N. Birdsall et A. de la Torre. 2001. *Washington Contentious: Economic Policies for Social Equity in Latin America*. Conclusions de la Commission sur la réforme économique des sociétés d'Amérique latine marquées par l'inégalité (Commission on Economic Reform in Unequal Latin American Societies), Washington, D.C.: Carnegie Endowment for International Peace and the Inter-American Dialogue.
- 69 A. Wagstaff. 2002. "Inequalities in Health in Developing Countries: Swimming Against the Tide?" Document de travail Santé et Population. No. 2795. Washington, D.C.: Banque mondiale.

CHAPITRE 6

1 ONUSIDA. 2002. *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/sida : juillet 2002*. Genève: ONUSIDA.

2 D. Thompson. 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, Tuberculosis and Malaria*, p. 14. Genève: OMS.

3 ONUSIDA 2002.

4 Ibid.

5 Thompson 2002.

6 R. Loewenson et A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*, p. 23. Document directif du Programme des Nations Unies pour le développement. New York: PNUD.

7 B. Rau et J. Collins. 2000. "AIDS in the Context of Development," Introduction et p. 2. Document préparé pour le Programme de politique et de développement social de l'UNRISD. Genève : Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social.

8 H. Epstein. 9 mai 2002. "The Hidden Cause of AIDS." *The New York Review of Books*.

9 Assemblée générale des Nations Unies. 2002. *Évaluation indépendante de l'exécution du Nouvel Agenda des Nations Unies pour le développement de l'Afrique* (A/AC.251/8), p. 128. New York : ONU.

10 Ibid., p. 125.

11 Loewenson et Whiteside 2001, pp. 8, 9 et 14.

12 Ibid., p. 17.

13 R. Hecht, O. Adeyi et I. Semini. 2002. "Making AIDS Part of the Development Agenda." *Finance and Development* 39(1).

14 Banque mondiale. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C.: Banque mondiale.

15 UNESCO, « Forum sur l'éducation pour tous », Yaoundé, Cameroun, 22-25 avril 2002.

- 16 Loewenson et Whiteside 2001, p. 9.
- 17 E. Barks-Ruggles, et al. 2001. *The Economic Impact of HIV/AIDS in Southern Africa*. Brookings Conference Report. No. 9. Washington, D.C.: Brookings Institution.
- 18 Hecht, Adeyi et Semini 2002.
- 19 Global HIV Prevention Working Group. 2002. *Global Mobilization for HIV Prevention: A Blueprint for Action*. Report of the Global HIV Prevention Working Group. Seattle, Washington: Fondation Bill et Melinda Gates.
- 20 Thompson 2002, p. 1.
- 21 Loewenson et Whiteside 2001.
- CHAPITRE 7**
- 1 D. Filmer et L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): 85-120.
- 2 Banque mondiale. 2001a. "Educational Attainment and Enrollment: Educational Attainment and Enrollment Profiles." Site Web : <http://www.worldbank.org/research/projects/edattain/edattain.htm>. Consulté en décembre 2001.
- 3 Filmer et Pritchett 1999.
- 4 Ibid.
- 5 Ministère de l'Enseignement Pré-Universitaire et de l'Éducation Civique, Service Statistiques et Planification (Guinée) et ORC Macro. 2001. *Schooling in Guinea: Findings from the GDHS-II 1999*. Calverton, Maryland: Ministère de l'Enseignement Pré-Universitaire et de l'Éducation Civique, Service Statistiques et Planification (Guinée) et ORC Macro.
- 6 Filmer et Pritchett 1999.
- 7 Banque mondiale. 2001b. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington, D.C.: Banque mondiale et Oxford University Press.
- 8 N. Birdsall. 1999. "Education: The People's Asset." CSED Working Paper. No. 5. Washington, D.C.: Center on Social and Economic Dynamics, the Brookings Institution.
- 9 UNICEF. 2001. *A Decade of Transition: The MONEE Project: CEE/CIS/Baltics*. Florence, Italie : Centre de recherches Innocenti, UNICEF.
- 10 A. Case. 2001. "The Primacy of Education : Research Program in Development Studies." Document de travail. No. 203. Princeton, New Jersey: Princeton University; et C. B. Lloyd. 2001. "Linkages between Demographic and Education Variables." Note d'information. Cambridge, Massachusetts: American Academy UBASE Project. L'ampleur et l'orientation de l'effet des intrants scolaires (y compris les diverses mesures de la qualité) font le sujet d'un volume considérable de recherches et de débats dans les travaux spécialisés.
- 11 K. Anderson. A. Case et D. Lam. 2001. "Causes and Consequences of Schooling Outcomes in South Africa: Evidence from Survey Data." PSC Research Report. No. 01-490. Ann Arbor, Michigan: Population Studies, Institute for Social Research, University of Michigan.
- 12 C. B. Lloyd, et al. 2001. "Determinants of Educational Attainment among Adolescents in Egypt: Does School Quality Make a Difference? Research Division Working Paper. No. 150. New York: The Population Council.
- 13 Case 2001.
- 14 George Psacharopoulos. 1994. "Returns to Investment in Education: A Global Update." *World Development* 22(9): 1325-1343. Cité dans : Case 2001.
- 15 Birdsall 1999.
- 16 M. Montgomery et C. B. Lloyd. 1998. "Excess Fertility, Unintended Births, and Children's Schooling." Ch. 8 dans: *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, publié sous la direction de C. H. Bledsoe, et al. 1998. Washington, D.C.: National Academy Press.
- 17 J. Behrman, P. Sengupta et P. Todd. 2001. "Progressing through PROGRESA: An Impact Assessment of a School Subsidy Experiment." Ronéotypé. Washington, D.C.: University of Pennsylvania et Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.
- 18 W. Lut et A. Goujon. 2001. "The World's Changing Human Capital Stock: Multi-State Population Projections by Educational Attainment." *Population and Development Review* 27(2): 323-340.
- 19 B. S. Mensch, J. Bruce et M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.
- 20 Ces prévisions prennent aussi en compte l'hypothèse que les différences de fécondité par niveau d'éducation diminueront avec le temps, tendance qui a été observée dans les pays où la fécondité baisse.
- 21 Lutz et Goujon 2001.
- 22 Y. Sawada et M. Lokshin. 2001. "Household Schooling Decisions in Rural Pakistan." Document de travail du Groupe de recherche sur le développement. No. 2541. Washington, D.C.: Groupe de recherche sur le développement, Banque mondiale; et Z. A. Sathar et C. B. Lloyd. 1994. "Who Gets Primary Schooling in Pakistan: Inequalities among and within Families." *Pakistan Development Review* 33(2): 103-134.
- 23 B. S. Mensch et C. B. Lloyd. 1998. "Gender Differences in the Schooling Experience of Adolescents in Low-income Countries: The Case of Kenya." *Studies in Family Planning* 29(2): 167-184.
- 24 Population Reference Bureau. 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- 25 Banque mondiale 2001a.
- 26 D. Filmer. 1999. "The Structure of Social Disparities in Education: Gender and Wealth." Policy Research Report on Gender and Development. Document de travail. No. 5. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 27 S. Esim, N. Varia et G. Durón. 1999. *Adolescent Livelihoods: A Selective Review of Issues and Programs*. Document de travail pour « Questions essentielles, outils essentiels ». Atelier sur les moyens d'existence des adolescentes, Le Caire (Égypte), 13-14 octobre 1999. Washington, D.C.: Centre international de recherche sur les femmes.
- 28 Lloyd, et al., 2001
- 29 B. S. Mensch, et al. (2001). "Premarital Sex, Schoolgirl Pregnancy and School Quality in Rural Kenya." *Studies in Family Planning* 32[4]: 285-301 ont constaté que la grossesse n'était que rarement citée en tant que cause directe d'abandon scolaire au Kenya et lui ont attribué non moins de 12 % des cas d'interruption des études. Le manque d'argent pour acquitter les redevances, peut-être rendu plus sensible par le grand nombre d'enfants, et les doutes sur la qualité de l'enseignement sont des causes plus souvent citées. Dans les écoles qui ont la réputation de traiter de manière égale garçons et filles, les filles sont moins nombreuses à devenir sexuellement actives de bonne heure.
- 30 P. Eloundou-Enyegue, et al. 2000. "The Effects of High Fertility on Human Capital Formation Under Structural Adjustment in Africa." Document établi par la RAND Corporation au titre du POLICY Project. Santa Monica, Californie: RAND Corporation. Accessible sur le site web : www.policyproject.com.
- 31 Agency for International Development des États-Unis. 2000. *Proceedings: Symposium on Girls' Education: Evidence, Issues, Action: 17-18 May 2002*. Strategies for Advancing Girls' Education Project. Washington, D.C.: USAID. Site Web : <http://sage.aed.org/>. Consulté en décembre 2001.
- 32 Agency for International Development des États-Unis. 1999. "Girls' Education: Good for Boys, Good for Development." *Gender Matters*. Bulletin d'information. No. 5. Washington, D.C.: Agency for International Development des États-Unis.
- 33 Voir, par exemple : Filmer 1999; C. B. Lloyd et A. K. Blanc. 1996. "Children's Schooling in Sub-Saharan Africa: The Role of Fathers, Mothers, and Others." *Population and Development Review*. 22(2): 265-298; Montgomery et Lloyd 1998; et D. Thomas, R. F. Schoeni et J. Strauss. 1996. "Parental Investments in Schooling: The Roles of Gender and Resources in Urban Brazil." RAND Labor and Population Program. Documents de travail No. 96-02. Santa Monica, Californie: RAND Corporation.
- 34 C. B. Lloyd. 1994. "Investing in the Next Generation: The Implications of High Fertility at the Level of the Family." Dans : *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*, publié sous la direction de Robert Cassen. 1994. New Brunswick, New Jersey, et Oxford: Transaction Publishers.
- 35 Lloyd et Blanc 1996.
- 36 Montgomery et Lloyd 1998.
- 37 Banque mondiale. 2001c. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. Washington, D.C.: Banque mondiale et Oxford University Press.
- 38 L. C. Smith et L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. Rapport de recherche de l'IFPRI. No.111. Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.
- 39 Comité administratif de coordination (CAC) de l'ONU, Sous-Comité de la nutrition. 2000. *Fourth Report on the World Nutrition Situation: Nutrition Throughout the Life Cycle*. Genève : Comité administratif de coordination, , Sous-Comité de la nutrition, en collaboration avec l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires.
- 40 S. J. Jejeebhoy. 1995. *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experiences from Developing Countries*. Oxford: Clarendon Press; et L. Diamond, M. Newby et S. Varle. 1998. "Female Education and Fertility: Examining the Links. Ch. 2 dans: Bledsoe, et al. 1998.
- 41 Organisation des Nations Unies. 2001. *World Population Monitoring 2000: Population, Gender and Development*. Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 42 Organisation des Nations Unies. 1995. *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys* (Numéro de vente : E.95.XIII.23). New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 43 Birdsall 1999.
- 44 R. López, V. Thomas et Y. Wang. 1998. "Addressing the Education Puzzle: The Distribution of Education and Economic Reforms." Document de travail de la Banque mondiale. No. 2031. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 45 L'éducation semble bien retenir sur l'état sanitaire non seulement parce qu'elle est associée à un revenu plus élevé, mais aussi par son effet positif sur la capacité d'acquérir une information et des services d'ordre sanitaire (voir les études menées pour le compte de la Commission sur la macroéconomie et la santé de l'OMS, au site Web : www.cmhealth.org.)
- CHAPITRE 8**
- 1 Organisation des Nations Unies. 1999a. Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale (A/S-21/5/Add.1). New York : ONU; et ONU. 2001. La voie à suivre vers la mise en oeuvre de la Déclaration du Millénaire. Rapport du Secrétaire général à la cinquante-sixième session de l'Assemblée générale (A/56/326). New York : ONU.
- 2 R. G. A. Feachem. 2000. "Poverty and Inequity: A Proper Focus for the New Century." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78(1) : 1-2.

- 3 OMS. 2000. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Genève : OMS.
- 4 N. Priya. 2000. *Health Sector Reforms in Zambia: Implications for Reproductive Health and Rights*, p. 41. Center for Health and Gender Equity. Document de travail. Takoma Park, Maryland: Center for Health and Gender Equity, the Population Council.
- 5 Veronica Walford. 2002. *Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs)*. Londres : Health Systems Resource Centre, Department for International Development, Gouvernement du Royaume-Uni.
- 6 UNFPA. 2002a. "Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): Challenges and Opportunities for UNFPA." Manuscrit inédit. New York : UNFPA.
- 7 Adapté de : A. Wagstaff et A. L. B. Soucat. 2001. "HNP and the Poor: An Integrated Policy Framework for Improving Outcomes for the Poor." Washington, D.C.: Banque mondiale. Disponible sur l'Internet à : [http://poverty.worldbank.org/files/document/8125 session 6.pdf](http://poverty.worldbank.org/files/document/8125%20session%206.pdf).
- 8 La présente section suit dans une large mesure les aperçus fournis par des études de la Banque mondiale et leur module d'apprentissage à distance (Wagstaff and Soucat 2001). Voir aussi des modules plus anciens ([http://poverty.worldbank.org/files/document/8120 session 1.pdf](http://poverty.worldbank.org/files/document/8120%20session%201.pdf) et [document 8125 session 5.pdf](http://poverty.worldbank.org/files/document/8125%20session%205.pdf)) dus à différents auteurs.
- 9 UNFPA. 2000a. *L'UNFPA et la décentralisation du gouvernement : Étude d'expériences de pays*. Rapport d'évaluation. No. 18. New York: Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation, UNFPA.
- 10 R. Loewenson et A. Whiteside. 2001. *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. Document directif du Programme des Nations Unies pour le développement. New York: PNUD.
- 11 Organisation des Nations Unies. 1995. *Population et développement*, vol. 1: *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire : 5-13 septembre 1994*, paragraphe 13.8. New York: Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques, ONU.
- 12 Ibid., paragraphe 13.11.
- 13 Ibid., paragraphe 13.22.
- 14 S. Klasen. 2001. "In Search of the Holy Grail: How to Achieve Pro-Poor Growth?" Projet de document établi sur demande de la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) pour l'Équipe de travail "Croissance et équité" du Partenariat stratégique avec l'Afrique. Munich: Université de Munich.
- 15 P. C. Hewett et M. R. Montgomery. 2001. "Poverty and Public Services in Developing Country Cities." Document de travail de la Division de recherche sur les politiques, Population Council. No. 154. New York: The Population Council.
- 16 Organisation des Nations Unies. 1999b. *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (A/S-21/5/Add.1)*, paragraphe 101. New York: ONU.
- 17 Voir : Organisation des Nations Unies. 2002a. *World Urbanization Prospects 2001 (ESA/P/WP.173)*. New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.
- 18 UNFPA. 2002b. *Santé en matière de reproduction pour les communautés en crise : la réaction de l'UNFPA dans les situations d'urgence*. New York: UNFPA.
- 19 Source: UNFPA. 2002c. "Meeting the Development and Participation Rights of Adolescent Girls: Organisé par l'UNFPA, l'UNICEF et OMS, Dhaka, Bangladesh, 1er-6 février 2002." Projet de rapport sur la réunion. New York: UNFPA.
- 20 K. Druschel, J. Quigly et C. Sanchez. 2001. "State of the Microcredit Summit Campaign Report 2001." Manuscrit inédit.
- 21 On en trouvera quelques exemples remarquables dans : UNFPA. 1997. *Population and Reproductive Health Programmes: Applying Rapid Anthropological Procedures*. New York, UNFPA; UNFPA. 2002d. *The Trajectory of Life as Internally Displaced Persons in Angola*. Luanda, Angola: UNFPA; et UNFPA en collaboration avec le Population and Family Study Center. 2002. *Situation and Voices: The Older Poor and Excluded in South Africa and India*. Stratégies de population et de développement. No. 2. New York : UNFPA.
- 22 Voir, par exemple : I. Diamond, Z. Matthews et R. Stephenson. 2001. *Assessing the Health of the Poor: Towards a Pro-Poor Measurement Strategy*. Londres : Health Systems Resource Centre, Department for International Development (DfID), Gouvernement du Royaume-Uni.
- 23 Elles mesurent la nuptialité; la fécondité; la mortalité des mères, des nourrissons et des jeunes enfants; la connaissance des contraceptifs et la pratique en la matière; la vaccination; la croissance des enfants; enfin l'incidence et le traitement des maladies diarrhéiques et respiratoires. Les Enquêtes démographiques et sanitaires ont aussi élaboré et mis à l'essai des modules spéciaux concernant l'égalité entre les sexes, la participation des hommes aux comportements dictés par le souci de préserver la santé (y compris la santé en matière de reproduction), la violence sexiste, l'excision génitale féminine, l'accès aux centres de services et les coûts des services. Pour des études méthodologiques de ces approches d'une mesure subsidiaire de la richesse dans les enquêtes sanitaires, voir : D. Filmer et L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): 85-120; M. R. Montgomery, et al. 2000. "Measuring Living Standards with Proxy Variables." *Demography* 37(2): 155-147; K. A. Bollen, J. L. Glanville et G. Stecklov. 2001. "Economic Status Proxies in Studies of Fertility in Developing Countries: Does the Measure Matter?" MEASURE Evaluation Document de travail. No. WP-01-38. Chapel Hill, Caroline du Nord : Carolina Population Center. (Disponible à : www.cpc.unc.edu/measure/.)
- 24 G. Demobyne, et al. 2002. "Producing an Improved Geographic Profile: Methodology and Evidence from Three Developing Countries." Document de débat, No. 2002/39. Helsinki, Finlande : Université des Nations Unies. Institut mondial de recherche sur les aspects économiques du développement (UNU/WIDER). Université des Nations Unies.
- 25 À la Conférence internationale sur la population et le développement, CIPD. (Voir : ONU 1995.)
- 26 Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies tenue en 1999, conférences et examen, après cinq ans, de l'application de leurs résultats (quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Sommet mondial sur le développement social, etc.).
- 27 Les évaluations ne prennent pas en considération le coût du contrôle des réserves de sang, ni des examens de dépistage et de l'accompagnement psychologique des groupes de population à risque élevé. Elles ne prennent pas non plus en compte la prévention secondaire, comme les traitements antirétroviraux (par exemple, pour ralentir la transmission mère-enfant ou pour réduire les charges virales dans les groupes de population infectés).
- 28 Commission sur la macroéconomie et la santé, OMS. 2001. *Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Genève : OMS.
- 29 Organisation des Nations Unies. 2002b. *Suivi de la population mondiale 2002 : Droits et santé en matière de reproduction : quelques aspects (ESA/P/WP.171)*. Document soumis à la Commission de la population et du développement, ONU, New York, 1er-5 April 2002.
- 30 Il est difficile de comparer directement les évaluations de la Commission sur la macroéconomie et la santé (CMH) et celles de la CIPD, même pour des services comparables. Les évaluations de la composante « planification familiale » de la CIPD comprenaient des éléments du coût de l'infrastructure sanitaire; la composante « santé en matière de reproduction » intégrait des éléments que la CMH ne détaille pas, mais groupe dans le coût global du renforcement du système de santé; les coûts de la CIPD pour le VIH/sida ne comprenaient pas les éléments « traitements et soins ». Le suivi de la CMH peut comprendre d'importantes données sur la planification familiale et la population et, à partir de l'expérience faite durant la mise en oeuvre, tenter d'évaluer les investissements en matière de renforcement de capacité nécessaires dans les pays dont l'infrastructure est la plus faible.
- 31 Commission sur la macroéconomie et la santé, OMS 2001.
- 32 S. Sinding. 2002. "The Role of International Funding in Future Fertility Declines Among Intermediate Fertility Countries." Communication présentée à la réunion du Groupe d'experts de la Division de la population (ONU) sur l'achèvement de la transition vers une faible fécondité, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU, New York, 11-14 mars 2002.
- 33 Banque mondiale. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 34 Ce travail procède de la recherche initiale de : D. L. Nortman, J. Halvas et A. Rabago. 1986. "A Cost-benefit Analysis of the Mexican Social Security Administration's Family Planning Programme." *Studies in Family Planning* 17(1): 1-6. Voir aussi : Comité national de la population et de la planification familiale (Hanoi, Viet Nam). 1997. *Costs and Benefits of Viet Nam's National Investment in Population and Family Planning from 1979 to 2010*. Rapport final. Hanoi, Viet Nam: Comité national de la population et de la planification familiale; J. L. Fiedler et L. M. Day. 1997. "A Cost Analysis of Family Planning in Bangladesh." *International Journal of Health Planning and Management* 12(4): 251-277; J. Trussell, et al. 1997. "Medical Care Cost Savings from Adolescent Contraceptive Use." *Family Planning Perspectives* 29(6): 248-255, 295; et Khaleda Manzoor. 1994. "Cost-effectiveness of the Family Planning Programme in Pakistan." *Pakistan Development Review* 33(4): 711-226.
- 35 B. C. O'Neill et L. Wexler. 2000. "The Greenhouse Externality to Childbearing: A Sensitivity Analysis." *Climatic Change* 47: 283-324.
- 36 E. Marseille, P. B. Hoffman et J. G. Kahn. 2002. "HIV prevention before HAART in Sub-Saharan Africa." *The Lancet* 359(9320): 1851-1856.
- 37 Ce point a été soutenu avec force par Pier Piot, Debrework Zewdie et Tomris Türmen (2002. "HIV/AIDS Prevention and Treatment." *The Lancet* 360[9326]: 86) dans leur réponse à Marseille, Hoffman et Kahn 2002.
- 38 Commission sur la macroéconomie et la santé, OMS 2001.
- 39 La sélection qui aboutit à faire donner plus d'éducation aux filles de parents instruits, notamment de mères instruites, a soulevé des questions concernant l'ampleur des avantages de l'éducation des filles par rapport à l'éducation des garçons (voir : Jere Behrman. 2001. "Why Micro Matters." Ch. 13 dans : Birdsall, Kelley et Sinding 2001.). Si certaines études surestiment peut-être l'effet statistique, l'effet pratique est en lui-même visiblement important. Éduquer les enfants des deux sexes, tel est l'objectif propre des engagements de la communauté internationale.

CHAPITRE PREMIER

- 1 Les données économiques proviennent de : Banque mondiale. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington D.C.: Centre de données sur le développement de la Banque mondiale.
- 2 Voir l'examen critique d'un vaste ensemble de recherches dans le chapitre d'Amoy Ong Tsui, "Population Policies, Family Planning Programs, and Fertility: The Record." Dans: *Global Fertility Transition*, publié sous la direction de Rodolfo A. Bulatao et John B. Casterline. 2001. New York: The Population Council; John Bongaarts, 1997. "The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions." Pp. 422-444 dans: *The Continuing Transition*, publié sous la direction de G. W. Jones, et al. 1997. Oxford: Clarendon Press; J. C. Caldwell (À paraître). "The Contemporary Population Challenge." Document présenté à la réunion du Groupe d'experts sur l'achèvement de la transition à une basse fécondité, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU, New York, 11-14 mars 2002; G. Angeles, et al. 1998. "The Impact of Family Planning Programs on Fertility Preferences, Contraceptive Method Choice and Fertility: Estimation of Reduced Form Models." Chapel Hill, Caroline du Nord : The EVALUATION Project, Carolina Population Center, University of North Carolina à Chapel Hill; S. Sinding, 2002. "The Role of International Funding in Future Fertility Declines Among Intermediate Fertility Countries." Communication présentée à la réunion du Groupe d'experts sur l'achèvement de la transition à une basse fécondité, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU, New York, 11-14 mars 2002.
- 3 Banque mondiale. 2001. *Engendering Development through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*. Rapport de recherche sur les politiques de la Banque mondiale. Washington, D.C.: Banque mondiale; et J. Behrman, S. Duryea, et M. Szekely. 1999. "Intergenerational Schooling Mobility and Macro Conditions and Aggregate Schooling Policies in Latin America." dans: *New Markets, New Opportunities: Economic and Social Mobility in a Changing World*, publié sous la direction de N. Birdsall et C. Graham. 1999. Washington, D. C.: Brookings Institution et Carnegie Endowment for International Peace.
- 4 Banque mondiale. 2002. *From Many Lands*. Washington D.C.: Projet "Les voix des pauvres", Banque mondiale.

CHAPITRE 2

- 5 L'UNFPA, en collaboration avec Population and Family Study Center. 2002. *Situation and Voices: The Older Poor and Excluded in South Africa and India*. Stratégies de population et de développement. No. 2. New York: UNFPA.

CHAPITRE 3

- 8 On trouvera d'importantes et récentes contributions au débat fondamental dans: National Research Council. 2000. *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*. Panel on Population Projections. Washington D. C.: National Academy Press; R. A. Bulatao

et J. B. Casterline (éd.) 2001. *The Global Fertility Transition*. Supplement to *Population and Development Review* 27; W. Lutz, J. Vaupel, et D. Ahlberg (éd.) 1999. *Frontiers of Population Forecasting*. Monographie spéciale en supplément à *Population and Development Review* 25. On trouvera d'autres évaluations possibles dans : N. Eberstadt, 2001. "The Population Implosion." *Foreign Policy* 123, qui fait l'objet d'un débat dans: C. Barroso, et al. 2001. "Is There A Population Implosion?" *Environmental Change and Security Report*. No. 7, pp. 101-124. Washington D.C.: Woodrow Wilson Center for International Scholars. Les implications de ces décisions ont été examinées à la réunion du Groupe d'experts sur les réactions au vieillissement de la population et au recul démographique, New York, 16-18 octobre 2000; à l'Atelier sur les perspectives de baisse de la fécondité dans les pays à haute fécondité, New York, 9-11 juillet 2001; et à la réunion du Groupe d'experts sur l'achèvement de la transition à une basse fécondité, New York, 11-14 mars 2002 (voir site web: <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>).

CHAPITRE 4

- 13 L. Haddad et al. 1996. "Food Security and Nutrition Implications of Intrahousehold Bias: A Review of Literature." Division de la consommation alimentaire et de la nutrition, Document de débat. No. 19. Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires; et A. Marcoux, 2001. "The 'Feminization of Hunger': What Do the Surveys Tell Us?" Dimensions du développement durable. Document de travail. No. 22. Rome: Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.
- 14 M. Adato, et al., 2000. "The Impact of PROGRESA on Women's Status and Intrahousehold Relations." Rapport final. Division de la consommation alimentaire et de la nutrition. Washington, D.C.: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires; et J. Gomez de Leon, et al. 1997. "The Evaluation of PROGRESA." Communication préparée pour un séminaire sur l'évaluation du nouveau programme de lutte contre la pauvreté au Mexique, Banque interaméricaine de développement, Washington, D.C., 10 décembre 1997.
- 15 S. Hashemi, S. Schuler, et A. Riley, 1996. "Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh." *World Development* 24 (4): 635-653; N. Kabeer, 1998. "Money Can't Buy Me Love: Re-Evaluating Gender, Credit, and Empowerment in Rural Bangladesh." IDS Document de débat, No 363. Brighton, Royaume-Uni: Université du Sussex; S. R. Khandker, et M. A. Latif. 1996. "The Role of Family Planning and Targeted Credit Programs in Demographic Change in Bangladesh." Banque mondiale, Document de débat. No. 337. Washington, D.C.: Banque mondiale; J. Morduch, 1997. "The Microfinance Revolution." Document. Cambridge, Massachusetts: Department of Economics, Harvard University; M. Pitt, et S. Khandker. 1998. "The Impact of Group-Based Credit Programs on Poor Households in Bangladesh: Does the Gender of Participants Matter?"

Journal of Political Economy 106(5): 958-996; M. Rahman, et J. DaVanzo. 1997. "Influence of the Grameen Bank on Contraceptive Use in Bangladesh." Projet de communication présenté au Population Council, New York, 15 décembre 1997; et S. R. Schuler, et S. M. Hashemi. 1994. "Credit Programs, Women's Empowerment, and Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning* 25(2): 65-76.

CHAPITRE 5

- 18 S. Correa, S. Piola, et M. Arilha. 1999. "Brazil Case Study", p. 26. Pp. 25-26 dans *Reproductive Health in Policy and Practice: Case Studies from Brazil, India, Morocco and Uganda*, publié sous la direction de L. Ashford et C. Makinson. 1999. Washington, DC: Population Reference Bureau; Fédération internationale pour la planification familiale, 2001. Profil national du Brésil. www.ippfwhr.org; et M. Gogna, 2000. "Comparative Analysis of Case Studies." Dans: *Reproductive Health Programmes for Adolescents: The Cases of Buenos Aires, Mexico D.F., and São Paulo*, par CEDES, El Colegio de Mexico, et NEPO/UNICAMP. Buenos Aires: CEDES.
- 19 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 2000. *HIV and Healthcare Reform in Phayao: From Crisis to Opportunity*, p. 75-76. Étude de cas du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Collection des meilleures pratiques d'ONUSIDA. Genève: ONUSIDA.

CHAPITRE 7

- 21 R. Ahmed, 2000. "The Food for Education Programme in Bangladesh." Dans: *Out of the Shadow of Famine: Evolving Food Policy in Bangladesh*, publié sous la direction de R. Ahmed, S. Haggblade, et P. Dorosh. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; et M. Arends-Kuenning, et S. Amin. 1998. "The Effects of Schooling Incentive Programs on Household Resource Allocation." Document de travail. No. 133. New York: The Population Council.

CHAPITRE 8

- 23 Toutes les citations sont empruntées à: Commission sur la macroéconomie et la santé, Organisation mondiale de la santé (OMS). 2001. *Macroéconomie et santé: Investir dans la santé pour le développement économique*. Genève: OMS.
- 25 D. Narayan, 2000. "What do the Poor Have to Say about Health, Nutrition and Population?" Rapport du séminaire de la Banque mondiale sur "Pauvreté, santé, nutrition, et population", 1er février 2000. Washington, D.C.: Banque mondiale. Basé sur D. Narayan, et al. 1999. "Global Synthesis: Consultations with the Poor." Projet de document de débat préparé pour l'Atelier de synthèse mondiale: Consultations avec les pauvres, Washington, D.C., 22-23 septembre 1999. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- 26 Communication par: C. Velasco (Pro Mujer, Bolivie), S. Daley-Harris (Directeur, Campagne du Sommet du microcrédit; Fonds de formation à la recherche), et E. Vor der Brugge (Vice-Président, Freedom from Hunger) faite à l'UNFPA, mai 2002; et

- F. Steele, S. Amin, et R. T. Naved. 2001. "Savings/credit Group Formation and Change in Contraception." *Demography* 38(2): 267-282.
- 27 Voir: Banque mondiale. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington D.C.: Banque mondiale; et C. J. L. Murray, et A. D. Lopez (éd.). 1996. *The Global Burden of Disease*. Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. Pour une discussion plus approfondie, voir: C. AbouZahr, et J. P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill-Health: Questions regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 78(5): 655-666.
- 28 Conseil pour le développement, Union européenne. 2002. Résolution sur la santé et la pauvreté du Conseil des Gouvernements des États Membres, 2429e séance du Conseil, Bruxelles, Belgique, 30 mai 2002. Site web: <http://ue.eu.int>.
- 29 N. Dodd, J. Upadhyay, et P. Friel. 2001. "Commodity Security." *IPPF Medical Bulletin* 35(6): 3-4; et UNFPA. 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply: Global Strategy for Reproductive Health Commodity Security*. New York: UNFPA.
- 30 Gouvernement du Nicaragua, juillet 2001. "Strengthened Economic Growth and Poverty Reduction Strategy." Managua: Gouvernement du Nicaragua.

Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la dernière année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Nais-sances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quel-conque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-24 ans) M/F
Total mondial	55	63.9 / 68.1	400					50	61	54	0.82 / 1.39
Régions développées (*)	8	71.9 / 79.3	21					27	69	56	
Régions en développement (+)	59	62.5 / 65.7	440					54	59	54	
Pays les moins avancés (‡)	92	50.6 / 52.2	1,000					127			
AFRIQUE (1)	83	50.5 / 52.1	1,000					108	25	20	
AFRIQUE ORIENTALE	94	44.8 / 46.0	1,300					112	21	16	
Burundi	111	39.8 / 41.4	1,900	56 / 46	45 / 41	8 / 6	42 / 56	60	9	1	4.96 / 11.05
Érythrée	82	51.1 / 53.7	1,100	58 / 48	43 / 28	28 / 19		112	5	4	2.78 / 4.30
Éthiopie	106	42.8 / 43.8	1,800	79 / 48	31 / 18	21 / 13	51 / 66	78	8	6	4.40 / 7.82
Kenya	59	48.7 / 49.9	1,300	92 / 92	58 / 57	32 / 29	10 / 21	90	39	32	6.01 / 15.56
Madagascar	91	52.5 / 54.8	580	94 / 92	26 / 27	16 / 16		136	19	12	0.07 / 0.24
Malawi	130	39.6 / 39.0	580		61 / 40		24 / 51	152	31	26	6.35 / 14.89
Maurice (2)	16	68.4 / 75.8	45	108 / 108		70 / 71	12 / 18	34	75	49	
Mozambique	128	37.3 / 38.6	980	83 / 60	43 / 29	11 / 7	38 / 69	129	6	5	6.13 / 14.67
Ouganda	94	45.3 / 46.8	1,100	162 / 146	74 / 49	20 / 13	21 / 41	211	23	18	1.99 / 4.63
République-Unie de Tanzanie	73	50.1 / 52.0	1,100	65 / 65	58 / 60		15 / 31	92	25	17	3.55 / 8.06
Rwanda	119	40.2 / 41.7	2,300	115 / 114		10 / 9	25 / 37	60	13	4	4.92 / 11.20
Somalie	113	47.4 / 50.5	1,600					213			
Zambie	80	42.6 / 41.7	870	89 / 84		30 / 23	14 / 26	146	25	14	8.07 / 20.98
Zimbabwe	55	43.3 / 42.4	610		116 / 111		6 / 14	105	54	50	12.38 / 33.01
AFRIQUE CENTRALE (3)	87	48.8 / 51.1	1,000					204	10	3	
Angola	118	44.5 / 47.1	1,300	99 / 83		19 / 13		229	8	4	2.23 / 5.74
Cameroun	79	49.3 / 50.6	720	99 / 82		23 / 18	16 / 28	127	19	7	5.44 / 12.67
Gabon	80	51.8 / 54.0	620	155 / 153	79 / 80	59 / 51		161	33	12	
République centrafricaine	93	42.7 / 46.0	1,200	69 / 46			38 / 62	141	15	3	5.83 / 13.54
République dém. du Congo (4)	77	51.0 / 53.3	940	48 / 44		24 / 13	6 / 19	230	8	2	2.93 / 5.91
République du Congo	66	49.6 / 53.7	1,100	59 / 56	45 / 43		11 / 23	146			3.28 / 7.80
Tchad	116	45.1 / 47.5	1,500	85 / 49	26 / 10	17 / 4		195	8	2	2.38 / 4.28
AFRIQUE DU NORD (5)	49	64.8 / 68.0	450						47	42	
Algérie	43	68.7 / 71.8	150	114 / 104	93 / 88	66 / 67	22 / 40	20	64	50	
Égypte	40	66.7 / 69.9	170	104 / 96	104 / 92	84 / 78	32 / 54	34	56	54	
Jamahiriya arabe libyenne	25	69.2 / 73.3	120	154 / 152		73 / 81	8 / 29	35	40	26	
Maroc	42	66.8 / 70.5	390	107 / 87	63 / 47	44 / 35	37 / 62	28	50	42	
Soudan	78	55.6 / 58.4	1,500	60 / 51	38 / 33	30 / 28	29 / 51	57	8	7	1.08 / 3.14
Tunisie	26	69.6 / 72.2	70	123 / 116	93 / 90	72 / 73	17 / 37	17	60	51	
AFRIQUE AUSTRALE	63	45.6 / 47.1	360						52	51	
Afrique du Sud	59	46.5 / 48.3	340	129 / 125	95 / 100	98 / 109	13 / 15	73	56	55	10.66 / 25.64
Botswana	67	36.5 / 35.6	480	106 / 105	96 / 107	73 / 80	24 / 18	63	40	39	16.08 / 37.49
Lesotho	111	40.9 / 39.6	530	97 / 106	55 / 83	26 / 37	26 / 6	67	30	30	17.40 / 38.08
Namibie	65	44.3 / 44.1	370	125 / 127	86 / 94	55 / 64	16 / 17	81	29	26	11.10 / 24.29
AFRIQUE DE L'OUEST (6)	87	50.7 / 51.8	1,100					123	14	8	
Bénin	81	52.5 / 55.7	880	102 / 66	52 / 25	30 / 13	45 / 74	113	16	3	1.18 / 3.72
Burkina Faso	87	47.0 / 49.0	1,400	50 / 34	29 / 20	12 / 7	64 / 84	151	12	5	3.98 / 9.73
Côte d'Ivoire	81	47.7 / 48.1	1,200	89 / 66	50 / 31	30 / 16	43 / 58	121	15	7	2.92 / 8.31
Gambie	115	45.7 / 48.5	1,100	88 / 75	80 / 60	38 / 25	54 / 68	139	10	9	0.53 / 1.35
Ghana	62	56.0 / 58.5	590				18 / 34	78	22	13	1.36 / 2.97
Guinée	114	48.0 / 49.0	1,200	72 / 45	49 / 19	21 / 8		168	6	4	
Guinée-Bissau	121	44.0 / 46.9	910				43 / 74	195	8	4	1.06 / 2.98
Libéria	79	54.6 / 56.7	1,000	95 / 70		30 / 19	28 / 60	230	6	6	
Mali	120	51.1 / 53.0	630	63 / 44	33 / 14	19 / 10	48 / 62	195	8	6	1.37 / 2.08
Mauritanie	97	50.9 / 54.1	870	86 / 81	52 / 39	21 / 15	49 / 69	147	8	5	
Niger	126	45.9 / 46.5	920	38 / 24	25 / 15	9 / 5	75 / 91	233	14	4	
Nigéria	79	52.0 / 52.2	1,100		75 / 59		25 / 41	104	15	9	2.99 / 5.83
Sénégal	57	52.5 / 56.2	1,200	76 / 63	48 / 34	24 / 15	51 / 70	100	13	8	0.19 / 0.54
Sierra Leone	146	39.2 / 41.8	2,100					212	4	4	2.49 / 7.54
Togo	75	51.1 / 53.3	980	141 / 107	86 / 41	47 / 19	26 / 55	93	24	7	2.05 / 5.94
ASIE	53	65.8 / 69.2	280 ⁷						64	59	
ASIE ORIENTALE (8)	34	69.9 / 74.9	55						82	81	
Chine	37	69.1 / 73.5	60	106 / 109	111 / 106	65 / 58	8 / 22	5	84	83	0.16 / 0.09
Hong Kong, Chine (9)	4	77.3 / 82.8						7	86	80	
Japon	3	77.8 / 85.0	12 ¹⁰	102 / 102		101 / 103		4	59	53	0.02 / 0.04
Mongolie	58	61.9 / 65.9	65	92 / 96	77 / 88		1 / 1	53	60	46	

Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la dernière année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quel-conque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-24 ans) M/F
République de Corée	7	71.8 / 79.1	20		95 / 98		1 / 3	3	81	67	0.03 / 0.01
République populaire démocratique de Corée	39	62.5 / 68.0	35					2	62	53	
ASIE DU SUD-EST	41	64.8 / 69.2	300					58	49		
Cambodge	73	53.6 / 58.6	590	128 / 110	68 / 51	29 / 15	20 / 40	97	24	19	0.97 / 2.49
Indonésie	40	65.3 / 69.3	470		90 / 92		7 / 17	53	57	55	0.07 / 0.06
Malaisie	10	70.6 / 75.5	39	99 / 99	89 / 90	93 / 103	8 / 15	18	55	30	0.70 / 0.12
Myanmar	87	53.8 / 58.8	170	115 / 114		36 / 36	11 / 19	29	33	28	
Philippines	29	68.0 / 72.0	240				4 / 4	33	47	28	0.02 / 0.02
République dém. pop. lao	88	53.3 / 55.8	650	120 / 102	70 / 59	39 / 27		91	32	29	0.05 / 0.03
Singapour	5	75.9 / 80.3	9			128 /	3 / 11	7	74	73	0.15 / 0.16
Thaïlande	21	67.9 / 73.8	44	95 / 92		87 / 89	3 / 6	51	72	70	1.11 / 1.66
Viet Nam	34	66.9 / 71.6	95	113 / 107		64 / 58	4 / 8	20	75	56	0.32 / 0.17
ASIE DU SUD	69	62.7 / 64.1	410					48	41		
Afghanistan	161	43.0 / 43.5	820		15 / 0		46 / 75	111	5	4	
Bangladesh	67	60.6 / 60.8	600	125 / 120	68 / 72	45 / 50	47 / 69	125	54	43	0.01 / 0.01
Bhoutan	54	62.0 / 64.5	500	23 / 19		11 / 9		57	19	19	
Inde	65	63.6 / 64.9	440	107 / 93	88 / 63	59 / 39	32 / 59	44	48	43	0.34 / 0.71
Iran (République islamique d')	36	68.8 / 70.8	130		95 / 89		15 / 28	28	73	56	0.05 / 0.01
Népal	71	60.1 / 59.6	830	128 / 100	70 / 42	56 / 38	38 / 74	124	39	35	0.27 / 0.28
Pakistan	87	61.2 / 60.9	200	109 / 62		45 / 29	41 / 70	50	28	20	0.06 / 0.05
Sri Lanka	20	69.9 / 75.9	60	112 / 110	98 / 102	68 / 74	5 / 10	23	66	44	0.03 / 0.04
ASIE OCCIDENTALE	39	68.0 / 72.1	230					47	28		
Arabie saoudite	21	71.1 / 73.7	23	73 / 70	68 / 69	70 / 62	16 / 31	48	32	29	
Émirats arabes unis	11	74.1 / 78.4	30	96 / 92	76 / 86	75 / 80	24 / 19	64	28	24	
Iraq	64	63.5 / 66.5	370	96 / 80	59 / 51	25 / 14	44 / 76	41	14	10	
Israël	6	77.1 / 81.0	8	108 / 107		89 / 88	3 / 7	17	68	52	
Jordanie	23	69.7 / 72.5	41	68 / 69		65 / 67	4 / 15	38	53	38	
Koweït	11	74.9 / 79.0	25	79 / 77	69 / 71	63 / 64	15 / 19	28	50	41	
Liban	17	71.9 / 75.1	130	113 / 108		85 / 94	7 / 18	25	61	37	
Oman	23	70.2 / 73.2	120	77 / 72	76 / 76	68 / 67	18 / 35	89	24	18	
République arabe syrienne	22	70.6 / 73.1	200	109 / 99	95 / 86	44 / 39	11 / 37	38	36	28	
Territoire palestinien occupé	21	70.8 / 74.0						94			
Turquie (11)	39	68.0 / 73.2	55		95 / 89	81 / 57	6 / 22	51	64	38	
Yémen	62	60.7 / 62.9	850	100 / 55		66 / 24	31 / 72	125	21	10	
EUROPE	9	69.6 / 77.9	28					21	67	49	
EUROPE ORIENTALE	15	63.1 / 73.8	50						61	35	
Bulgarie	15	67.1 / 74.8	23	102 / 99	92 / 92	88 / 86	1 / 2	41	42	25	
Hongrie	9	67.8 / 76.1	23	103 / 102		97 / 99	0 / 1	21	77	68	0.10 / 0.02
Pologne	9	69.8 / 78.0	12				0 / 0	16	49	19	0.09 / 0.05
République tchèque	5	72.1 / 78.7	14	104 / 103	110 / 107	81 / 84		17	72	63	0.00 / 0.00
Roumanie	22	66.5 / 73.3	60	104 / 102		80 / 81	1 / 2	37	64	30	
Slovaquie	8	69.8 / 77.6	14	102 / 100	96 / 97	85 / 86		24	74	41	0.00 / 0.00
EUROPE SEPTENTRIONALE (12)	5	74.9 / 80.5	12					20	78	75	
Danemark	5	74.2 / 79.1	15	103 / 103		123 / 130		7	78	72	0.14 / 0.07
Estonie	10	65.8 / 76.4	80	103 / 99	89 / 86	103 / 106		27	70	56	2.49 / 0.62
Finlande	4	74.4 / 81.5	6	99 / 99		116 / 126		7	77	75	0.04 / 0.03
Irlande	6	74.4 / 79.6	9	142 / 141		106 / 113		16			0.06 / 0.05
Lettonie	14	65.7 / 76.2	70	106 / 99		87 / 86	0 / 0	21	48	39	0.94 / 0.24
Lituanie	9	67.6 / 77.7	27	102 / 99	97 / 94	90 / 90	0 / 0	27	47	31	0.16 / 0.05
Norvège	5	76.0 / 81.9	9	102 / 102		119 / 122		10	74	69	0.08 / 0.04
Royaume-Uni	5	75.7 / 80.7	10	101 / 102		145 / 167		24	82	82	0.10 / 0.05
Suède	3	77.6 / 82.6	8	109 / 112		142 / 181		5	78	72	0.07 / 0.05
EUROPE MÉRIDIONALE (13)	7	74.4 / 80.8	12					11	68	48	
Albanie	25	70.9 / 76.7	31		84 / 95			16	58	15	
Bosnie-Herzégovine	14	71.3 / 76.7	15					23	48	16	
Croatie	8	70.3 / 78.1	18	98 / 97	80 / 79	85 / 87	1 / 2	19			0.00 / 0.00
Espagne	5	75.4 / 82.3	8	108 / 107		110 / 117	1 / 3	6	81	67	0.52 / 0.24
Grèce	6	75.9 / 81.2	2	97 / 97		95 / 96	1 / 4	10			0.14 / 0.07
Italie	5	75.5 / 81.9	11	103 / 102		96 / 95	1 / 2	6	60	39	0.29 / 0.26
Macédoine (ex-République yougoslave de)	16	71.4 / 75.8	17	104 / 102	94 / 87	84 / 81		26			0.00 / 0.00
Portugal	6	72.6 / 79.6	12	126 / 121		108 / 117	5 / 9	17	66	33	0.41 / 0.19
Slovénie	6	72.3 / 79.6	17	98 / 97	90 / 94	97 / 100	0 / 0	8	74	59	0.00 / 0.00
Yougoslavie	13	70.9 / 75.6	15	69 / 70		61 / 64		25	58	33	

Suivi des objectifs CIPD - Indicateurs retenus

	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation				Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	% achevant la dernière année du primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	% d'analphabètes (plus de 15 ans) M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quel-conque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (15-24 ans) M/F
EUROPE OCCIDENTALE (14)	5	75.2 / 81.7	14					9	74	71	
Allemagne	5	75.0 / 81.1	12	106 / 105		128 / 66		11	75	72	0.10 / 0.05
Autriche	5	75.4 / 81.5	11	100 / 101		97 / 94		12	51	47	0.23 / 0.12
Belgique	4	75.7 / 81.9	8					8	78	74	0.12 / 0.12
France	5	75.2 / 82.8	20	105 / 104		111 / 111		9	75	69	0.26 / 0.18
Pays-Bas	5	75.6 / 81.0	10	109 / 107		128 / 122		4	79	76	0.20 / 0.09
Suisse	5	75.9 / 82.3	8	102 / 101		98 / 90		5	82	78	0.46 / 0.40
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	32	67.2 / 73.6190						71	69	60	
CARAÏBES (15)	35	65.4 / 70.9	400					68	59	56	
Cuba	7	74.8 / 78.7	24	100 / 99		77 / 82	3 / 3	65	70	67	0.09 / 0.05
Haïti	61	50.2 / 56.5	1,100	150 / 153			46 / 50	64	27	21	4.06 / 4.96
Jamaïque	20	73.7 / 77.8	120	97 / 98	85 / 93	88 / 92	16 / 9	46	66	63	0.82 / 0.86
Porto Rico	10	71.2 / 80.1	30				6 / 6	63	78	68	
République dominicaine	36	64.4 / 70.1	110	136 / 130	78 / 86	61 / 72	16 / 16	93	64	59	2.10 / 2.76
Trinité-et-Tobago	13	72.5 / 77.2	65	102 / 101	79 / 84	77 / 84		34	53	44	2.42 / 3.23
AMÉRIQUE CENTRALE	30	69.1 / 74.7	110					63	55		
Costa Rica	11	75.0 / 79.7	35		91 / 87		4 / 4	81	75	65	0.59 / 0.27
El Salvador	26	67.7 / 73.7	180	113 / 109	77 / 75	50 / 50	18 / 23	87	60	54	0.77 / 0.36
Guatemala	41	63.0 / 68.9	270	108 / 96	63 / 50	36 / 31	23 / 37	111	38	31	0.91 / 0.85
Honduras	33	63.2 / 69.1	220		64 / 71		24 / 24	103	50	41	1.20 / 1.50
Mexique	28	70.4 / 76.4	65	114 / 113	87 / 86	70 / 72	6 / 10	64	67	58	0.37 / 0.10
Nicaragua	36	67.2 / 71.9	250		61 / 70		33 / 33	138	60	57	0.23 / 0.08
Panama	19	72.6 / 77.3	100				7 / 8	75	58	54	1.88 / 1.25
AMÉRIQUE DU SUD (16)	33	66.7 / 73.6	200					70	73	63	
Argentine	20	70.6 / 77.7	85	120 / 120	97 / 98	86 / 93	3 / 3	61			0.86 / 0.34
Bolivie	56	61.9 / 65.3	550		80 / 75		7 / 19	75	53	27	0.11 / 0.06
Brésil	38	64.7 / 72.6	260	156 / 152		76 / 89	14 / 14	71	77	70	0.64 / 0.48
Chili	12	73.0 / 79.0	33	108 / 104	92 / 92	85 / 86	4 / 4	44			0.36 / 0.13
Colombie	26	69.2 / 75.3	120	112 / 112	84 / 87	50 / 56	8 / 8	80	77	64	0.85 / 0.19
Équateur	41	68.3 / 73.5	210	113 / 113	96 / 96	56 / 57	6 / 9	66	66	50	0.31 / 0.15
Paraguay	37	68.6 / 73.1	170	117 / 114	85 / 87	49 / 52	5 / 7	75	57	48	
Pérou	37	67.3 / 72.4	240	127 / 125	90 / 89	83 / 78	5 / 14	53	69	50	0.42 / 0.18
Uruguay	13	71.6 / 78.9	50	113 / 112	95 / 101	76 / 101	2 / 2	70			0.53 / 0.20
Venezuela	19	70.9 / 76.7	43		77 / 79		6 / 7	95	49	38	
AMÉRIQUE DU NORD (17)	7	74.7 / 80.5	11					46	76	71	
Canada	5	76.2 / 81.8	6	97 / 97		106 / 104		19	75	73	0.28 / 0.18
États-Unis d'Amérique	7	74.6 / 80.4	12	101 / 104		112 / 81		49	76	71	0.48 / 0.23
Océanie	24	72.0 / 76.9	260⁷					39	62	58	
AUSTRALIE-NOUVELLE-ZÉLANDE	5	76.2 / 81.8	8¹⁰					76	72	0.02 / 0.01	
Australie (18)	5	76.4 / 82.0	6 ¹⁰					18	76	72	0.12 / 0.02
Mélanésie (19)	52	59.5 / 61.9	310								
Nouvelle-Zélande	6	75.3 / 80.7	15 ¹⁰					31	75	72	0.05 / 0.02
Papouasie-Nouvelle-Guinée	62	56.8 / 58.7	390	91 / 78	64 / 53	26 / 18		84	26	20	0.33 / 0.39
PAYS EN TRANSITION (EX-URSS) (20)											
Arménie	15	70.3 / 76.2	29					32	61	22	0.23 / 0.06
Azerbaïdjan	29	68.7 / 75.5	37	103 / 103	103 / 100	84 / 84		26	55	16	0.06 / 0.02
Bélarus	12	62.8 / 74.4	33	113 / 108	95 / 92	85 / 88	0 / 1	29	50	42	0.59 / 0.20
Fédération de Russie	17	60.0 / 72.5	75	80 / 79	91 / 90	101 / 70	0 / 1	32			1.87 / 0.67
Géorgie	18	69.5 / 77.6	22	95 / 95		79 / 78		33	41	20	0.08 / 0.02
Kazakhstan	42	59.6 / 70.7	80	97 / 97	99 / 101	87 / 87		45	66	53	0.13 / 0.03
Kirghizistan	37	64.8 / 72.3	80	105 / 103		85 / 88		29	60	49	0.00 / 0.00
Ouzbékistan	37	66.8 / 72.5	60					51	67	63	0.00 / 0.00
République de Moldova	20	62.8 / 70.3	65		82 / 81		0 / 1	43	62	43	0.46 / 0.14
Tadjikistan	53	65.2 / 70.8	120				0 / 1	24	34	27	0.00 / 0.00
Turkménistan	49	63.9 / 70.4	65					18	62	53	0.00 / 0.00
Ukraine	15	62.7 / 73.5	45	84 / 83	55 / 55	87 / 100		39	68	38	1.96 / 0.88

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2002)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démogra- phique (2000- 2005)	% de popula- tion urbaine (2001)	Taux de croissance urbaine (2000- 2005)	Popula- tion/ha de terres arables et cultivées en perma- nence	Taux total de fécondité (2000- 2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2000)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers de \$É.-U.)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans M/F	Consom- mation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
Total mondial	6,211.1	9,322.3	1.2	48	2.1		2.68	77				(1,655,138)	79 / 79		
Régions développées (*)	1,196.0	1,181.1	0.2	76	0.4		1.50	99					10 / 9		
Régions en développement (+)	5,015.1	8,141.1	1.5	41	2.8		2.92	58					86 / 86		
Pays les moins avancés (‡)	692.2	1,829.5	2.5	26	4.6		5.24	34					154 / 147		
AFRIQUE (1)	831.9	2,000.4	2.3	38	3.8		4.97	47				431,968 ²¹	143 / 134		
AFRIQUE ORIENTALE	263.0	691.1	2.4	25	4.7		5.83	34					168 / 155		
Burundi	6.7	20.2	3.0	9	6.4	5.1	6.80	25	580		0.6	740	207 / 188		
Éthiopie	4.0	10.0	4.2	19	6.3	5.5	5.28	21	960	11.1	2.9	3,518	149 / 134		46
Érythrée	66.0	186.5	2.4	16	4.6	4.7	6.75	10	660	26.5	1.3	24,731	190 / 175	290	24
Kenya	31.9	55.4	1.9	34	4.6	5.0	4.15	44	1,010	17.2	2.4	35,108	109 / 98	499	49
Madagascar	16.9	47.0	2.8	30	4.9	3.7	5.68	47	820		1.1	9,159	150 / 144		47
Malawi	11.8	31.1	2.2	15	4.6	4.3	6.34	56	600	8.2	2.8	16,516	224 / 223		57
Maurice (2)	1.2	1.4	0.8	42	1.6	1.3	1.90		9,940	9.7	1.8	72	21 / 15		100
Mozambique	19.0	38.8	1.8	33	5.1	4.1	5.86	44	800		2.8	17,790	236 / 212	404	60
Ouganda	24.8	101.5	3.2	15	5.7	2.6	7.10	38	1,210	7.7	1.9	37,394	167 / 151		50
République-Unie de Tanzanie	36.8	82.7	2.3	33	5.3	5.8	5.03	36	520		1.3	30,502	122 / 111	457	54
Rwanda	8.1	18.5	2.1	6	4.2	5.7	5.77	31	930		2.0	8,266	206 / 186		41
Somalie	9.6	40.9	4.2	28	5.8	5.7	7.25	34					193 / 178		
Zambie	10.9	29.3	2.1	40	2.7	1.3	5.66	47	750	4.7	3.6	17,092	143 / 144	626	64
Zimbabwe	13.1	23.5	1.7	36	3.7	2.3	4.50	73	2,550	19.3	3.0	17,659	112 / 104	821	85
AFRIQUE CENTRALE (3)	101.1	340.6	3.0	36	4.4		6.33	55					155 / 139		
Angola	13.9	53.3	3.0	35	4.8	2.6	7.20	23	1,180			5,569	211 / 191	595	38
Cameroun	15.5	32.3	2.1	50	3.6	1.1	4.70	56	1,590		1.0	1,759	138 / 127	419	62
Gabon	1.3	3.2	2.5	82	3.4	0.9	5.40	86	5,360		2.1	683	139 / 125	1,342	70
République centrafricaine	3.8	8.2	1.6	42	2.8	1.3	4.92	44	1,160		2.0	1,429	172 / 141		60
République dém. du Congo (4)	54.3	203.5	3.3	31	4.9	4.0	6.70	70				1,837	136 / 120	293	45
République du Congo	3.2	10.7	3.0	66	4.0	5.5	6.29		570	10.7	2.0	2,217	136 / 108	245	51
Tchad	8.4	27.7	3.1	24	4.7	1.6	6.65	16	870	6.3	2.3	2,984	207 / 190		27
AFRIQUE DU NORD (5)	180.7	303.6	1.8	49	2.7		3.13	70				49,323 ²²	68 / 63		
Algérie	31.4	51.2	1.8	58	2.7	0.9	2.79	92	5,040		2.6	2,644	50 / 44	944	94
Égypte	70.3	113.8	1.7	43	1.8	7.5	2.88	61	3,670		1.8	31,821	49 / 49	709	95
Jamahiriya arabe libyenne	5.5	10.0	2.2	88	2.5	0.2	3.31	94					28 / 28	2,370	72
Maroc	31.0	50.4	1.8	56	2.9	1.2	3.03	40	3,450		1.2	8,121	58 / 46	352	82
Soudan	32.6	63.5	2.3	37	4.7	1.1	4.47	86	1,520	45.6	0.7	4,255	126 / 118	503	75
Tunisie	9.7	14.1	1.1	66	2.1	0.5	2.10	90	6,070		2.2	1,272	32 / 29	811	
AFRIQUE AUSTRALE	50.6	56.9	0.8	55	2.1		3.03	83					115 / 104		
Afrique du Sud	44.2	47.3	0.8	58	2.1	0.4	2.85	84	9,160		3.3	19,449	107 / 95	2,597	86
Botswana	1.6	2.1	0.5	49	1.4	2.0	3.94	99	7,170		2.5	1,075	146 / 137		
Lesotho	2.1	2.5	0.7	29	3.4	2.4	4.45	60	2,590	18.1		381	182 / 180		91
Namibie	1.8	3.7	1.7	31	3.3	1.0	4.87	76	6,410		3.3	2,583	123 / 118	645	77
AFRIQUE DE L'OUEST (6)	236.5	608.1	2.7	40	4.3		5.57	40					148 / 144		
Bénin	6.6	18.1	2.8	43	4.5	1.8	5.68	60	980	11.6	1.6	5,929	141 / 123	323	63
Burkina Faso	12.2	46.3	3.0	17	5.1	3.0	6.80	31	970	22.2	1.5	5,796	151 / 141		
Côte d'Ivoire	16.7	32.2	2.1	44	3.0	1.1	4.64	47	1,500		1.2	4,667	144 / 131	388	77
Gambie	1.4	2.6	2.4	31	4.4	5.0	4.79	51	1,620	13.5	2.3	1,321	205 / 185		62
Ghana	20.2	40.1	2.2	36	3.1	2.0	4.22	44	1,910		1.7	22,323	106 / 93	377	64
Guinée	8.4	20.7	1.5	28	3.1	4.5	5.83	35	1,930		2.3	9,574	188 / 191		48
Guinée-Bissau	1.3	3.3	2.4	32	4.8	2.8	5.99	35	710			157	219 / 196		49
Libéria	3.3	14.4	5.5	46	6.8	5.6	6.80					1,591	118 / 106		
Mali	12.0	41.7	2.9	31	5.1	1.9	7.00	24	780	13.3	2.1	16,851	240 / 232		65
Mauritanie	2.8	8.5	3.0	59	5.1	2.7	6.00	40	1,630	10.1	1.4	862	163 / 150		37
Niger	11.6	51.9	3.6	21	6.0	1.8	8.00	16	740		1.2	4,291	207 / 213		59
Nigéria	120.0	278.8	2.6	45	4.4	1.2	5.42	42	800		0.8	16,693	130 / 130	705	57
Sénégal	9.9	22.7	2.5	48	4.0	3.0	5.11	51	1,480		2.6	15,198	107 / 102	318	78
Sierra Leone	4.8	14.4	4.5	37	6.3	5.0	6.50	42	480		0.9	481	266 / 242		28
Togo	4.8	11.8	2.6	34	4.2	1.2	5.36	51	1,410	8.8	1.3	1,540	132 / 116	313	54
ASIE	3,768.6	5,428.2	1.3	38	2.7		2.54	59				415,124	68 / 73		
ASIE ORIENTALE (8)	1,502.0	1,665.2	0.7	43	2.6		1.76	90					35 / 42		
Chine	1,294.4	1,462.1	0.7	37	3.2	6.3	1.80	89	3,920	6.5	2.1	11,465	38 / 45	868	75
Hong Kong, Chine (9)	7.0	9.6	1.2	100	1.2	5.3	1.17	100	25,590	7.8			5 / 5	2,661	
Japon	127.5	109.2	0.1	79	0.4	1.1	1.33	100	27,080	19.0	5.7	(11,691) ²³	5 / 4	4,070	
Mongolie	2.6	4.1	1.1	57	1.3	0.5	2.32	97	1,760			3,956	88 / 83		60
République de Corée	47.4	51.6	0.7	83	1.3	2.3	1.51	100	17,300	17.4	2.4	0	10 / 9	3,871	92
République pop. dém. de Corée	22.6	28.0	0.7	61	1.2	3.4	2.07					561	52 / 48	2,658	100

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2002)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démogra- phique (2000- 2005)	% de popula- tion urbaine (2001)	Taux de croissance urbaine (2000- 2005)	Popula- tion/ha de terres arables et cultivées en perma- nence	Taux total de fécondité (2000- 2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2000)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers de \$É.-U.)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans M/F	Consom- mation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
ASIE DU SUD-EST	537.3	800.3	1.4	38	3.3		2.52	61					60 / 48		
Cambodge	13.8	29.9	2.4	18	5.5	2.4	4.77	34	1,440		0.6	21,362	110 / 98		30
Indonésie	217.5	311.3	1.2	42	3.6	3.0	2.27	56	2,830		0.8	38,285	55 / 43	658	76
Malaisie	23.0	37.8	1.7	58	2.9	0.5	2.90	96	8,330	10.7	1.4	670	15 / 11	1,878	
Myanmar	49.0	68.5	1.2	28	2.9	3.3	2.80			3.5	0.2	1,886	141 / 124	273	68
Philippines	78.6	128.4	1.9	59	3.2	2.9	3.24	56	4,220	9.3	1.6	47,144	40 / 30	549	87
République dém. pop. lao	5.5	11.4	2.3	20	4.6	4.1	4.80	21	1,540	6.5	1.2	2,104	144 / 137		90
Singapour	4.2	4.6	1.7	100	1.7	7.0	1.45	100	24,910		1.1	0	6 / 6	5,742	100
Thaïlande	64.3	82.5	1.1	20	2.1	1.7	2.00	85	6,320	11.9	1.9	11,039	32 / 19	1,169	80
Viet Nam	80.2	123.8	1.3	25	3.1	7.1	2.25	70	2,000	7.3	0.8	17,039	52 / 37	454	56
ASIE DU SUD	1,532.6	2,538.8	1.7	30	2.6		3.25	38					89 / 100		
Afghanistan	23.3	72.3	3.7	22	5.7	1.8	6.80					1,937	278 / 281		13
Bangladesh	143.4	265.4	2.1	26	4.3	9.0	3.56	12	1,590		1.7	89,494	88 / 97	139	97
Bhoutan	2.2	5.6	2.6	7	5.9	11.9	5.10	15			3.2	1,274	82 / 78		62
Inde	1,041.1	1,572.1	1.5	28	2.3	3.2	2.97	42	2,340	8.4	0.8	57,247	79 / 92	482	88
Iran (République islamique d')	72.4	121.4	1.4	65	2.4	1.0	2.76		5,910	8.0	1.7	1,249	40 / 45	1,651	95
Népal	24.2	52.4	2.3	12	5.1	7.1	4.48	12	1,370	9.3	1.3	25,073	91 / 106	358	81
Pakistan	148.7	344.2	2.5	33	3.5	3.2	5.08	20	1,860		0.7	28,144	121 / 135	444	88
Sri Lanka	19.3	23.1	0.9	23	2.4	4.6	2.09	94	3,460		1.7	2,804	30 / 16	406	83
ASIE OCCIDENTALE	196.6	423.9	2.1	65	2.5		3.57	72				28,981	53 / 47		
Arabie saoudite	21.7	59.7	3.1	87	3.6	0.5	5.54	91	11,390		6.4	0	26 / 23	4,204	95
Émirats arabes unis	2.7	3.7	1.7	87	2.2	1.0	2.86	99			0.8	0	16 / 14	9,977	
Iraq	24.2	53.6	2.7	67	2.7	0.4	4.77				3.8	313	79 / 76	1,263	85
Israël	6.3	10.1	2.0	92	2.2	0.4	2.70		19,330	20.3	6.0	22	9 / 9	3,029	
Jordanie	5.2	11.7	2.8	79	3.0	1.4	4.31	97	3,950		3.6	9,856	29 / 27	1,028	96
Koweït	2.0	4.0	2.6	96	2.6	3.0	2.66	98	18,690	23.6	2.9	12	13 / 13	8,984	
Liban	3.6	5.0	1.6	90	1.9	0.4	2.18	88	4,550		2.2	2,278	22 / 17	1,280	100
Oman	2.7	8.8	3.3	77	4.0	11.7	5.46	91		8.9	2.9	10	29 / 25	3,607	39
République arabe syrienne	17.0	36.3	2.5	52	3.3	0.8	3.65	76	3,340		0.9	1,968	28 / 25	1,143	80
Territoire palestinien occupé	3.4	11.8	3.6	67	4.1		5.60					2,354	27 / 21		
Turquie (11)	68.6	98.8	1.3	66	1.9	0.8	2.30	81	7,030	13.3	3.3	6,480	56 / 42	1,093	83
Yémen	19.9	102.4	4.1	25	5.3	5.5	7.60	22	770		2.4	5,690	87 / 83	184	69
EUROPE	725.1	603.3	-0.2	74	0.3		1.34	99					13 / 10		
EUROPE ORIENTALE	301.0	222.7	-0.5	68	-0.5		1.17	99				27,196 ^{22,24}	21 / 16		
Bulgarie	7.8	4.5	-1.0	70	-0.9	0.1	1.10		5,560	29.6	3.9	275	22 / 16	2,218	100
Hongrie	9.9	7.5	-0.5	65	-0.1	0.2	1.20		11,990	17.9	5.2	0	12 / 10	2,512	99
Pologne	38.5	33.4	-0.1	63	0.3	0.5	1.26		9,000	16.7	4.7	205	11 / 10	2,416	
République tchèque	10.3	8.4	-0.1	67	0.0	0.3	1.16		13,780	13.0	6.6	0	7 / 7	3,754	
Roumanie	22.3	18.1	-0.3	55	0.1	0.3	1.32	98	6,360	19.9	3.8	1,952	29 / 25	1,622	58
Slovaquie	5.4	4.7	0.1	58	0.4	0.3	1.28		11,040	21.8	5.7	0	10 / 10	3,335	100
EUROPE SEPTENTRIONALE (12)	95.4	92.8	0.1	84	0.2		1.57	99					7 / 6		
Danemark	5.3	5.1	0.2	85	0.2	0.1	1.65		27,250	24.1	6.9	(54,877)	7 / 6	3,773	100
Estonie	1.4	0.8	-1.1	69	-1.1	0.1	1.20		9,340		5.1	30	14 / 10	3,286	
Finlande	5.2	4.7	0.1	59	0.1	0.1	1.55		24,570	21.9	5.2	(19,957)	5 / 4	6,461	100
Irlande	3.9	5.4	1.0	59	1.4	0.4	2.02		25,520	11.6	5.2	(2,673)	8 / 8	3,726	
Lettonie	2.4	1.7	-0.6	60	-0.6	0.2	1.10	100	7,070		4.0	31	19 / 15	1,586	
Lituanie	3.7	3.0	-0.2	69	0.0	0.2	1.20		6,980		4.5	24	14 / 10	2,138	
Norvège	4.5	4.9	0.4	75	0.7	0.3	1.70		29,630	27.6	7.0	(61,671)	6 / 5	5,965	100
Royaume-Uni	59.7	58.9	0.2	90	0.3	0.2	1.61	99	23,550	17.2	5.8	(95,703)	7 / 6	3,871	100
Suède	8.8	7.8	-0.1	83	-0.1	0.1	1.29		23,970	26.2	6.6	(61,602)	5 / 4	5,769	100
EUROPE MÉRIDIONALE (13)	145.1	116.9	0.0	67	0.4		1.29	100					10 / 9		
Albanie	3.2	3.9	0.6	43	2.1	2.2	2.27	99	3,600	9.5	2.0	3,342	37 / 31	311	
Bosnie-Herzégovine	4.1	3.5	1.1	43	2.2	0.3	1.30	100			8.0	317	17 / 14	518	
Croatie	4.7	4.2	0.0	58	0.8	0.3	1.70		7,960		9.5	0	10 / 8	1,864	
Espagne	39.9	31.3	0.0	78	0.3	0.2	1.13		19,260	16.4	5.4	(9,466)	7 / 6	3,005	
Grèce	10.6	9.0	0.0	60	0.5	0.4	1.24		16,860		4.7		8 / 7	2,552	
Italie	57.4	43.0	-0.1	67	0.1	0.3	1.20		23,470	21.7	5.6	(13,508)	7 / 6	2,932	
Macédoine (ex-République yougoslave de)	2.1	1.9	0.3	59	0.4	0.4	1.48		5,020	19.1	5.3		19 / 18		
Portugal	10.0	9.0	0.1	66	1.9	0.5	1.45	100	16,990	18.7	5.1	(440)	9 / 8	2,365	
Slovénie	2.0	1.5	-0.1	49	-0.1	0.2	1.14		17,310	20.6	6.7	0	8 / 7	3,277	100
Yougoslavie	10.5	9.0	-0.1	52	0.2	0.6	1.55					800	17 / 14	1,258	

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

	Population totale (en millions) (2002)	Population prévue (en millions) (2050)	Taux moyen de croissance démogra- phique (2000- 2005)	% de popula- tion urbaine (2001)	Taux de croissance urbaine (2000- 2005)	Popula- tion/ha de terres arables et cultivées en perma- nence	Taux total de fécondité (2000- 2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant (PPA en \$É.-U.) (2000)	Dépenses par élève du primaire (en % du PIB par habitant)	Dépenses de santé (secteur public) (en % du PIB)	Assistance extérieure en matière de pop. (milliers de \$É.-U.)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans M/F	Consom- mation d'énergie par habitant	Accès à l'eau salubre
EUROPE OCCIDENTALE (14)	183.7	170.9	0.1	83	0.3		1.50	100					6 / 6		
Allemagne	82.0	70.8	0.0	88	0.2	0.2	1.29		24,920		7.9	(119,764) ²⁶	6 / 6	4,108	
Autriche	8.1	6.5	-0.1	67	0.2	0.3	1.24		26,330	21.4	5.9	(1,449)	6 / 5	3,513	100
Belgique	10.3	9.6	0.1	97	0.2	0.2 ²⁵	1.48		27,470	8.5	6.3	(10,443)	6 / 6	5,735	
France	59.7	61.8	0.4	76	0.6	0.1	1.80		24,420	15.8	7.3	(7,977)	6 / 6	4,351	
Pays-Bas	16.0	15.8	0.3	90	0.5	0.6	1.50	100	25,850	14.1	6.0	(115,781)	7 / 6	4,686	100
Suisse	7.2	5.6	-0.1	68		1.1	1.38		30,450	20.1	7.6	(17,796)	7 / 5	3,738	100
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	534.2	805.6	1.4	76	1.9		2.50	81				182,603	45 / 36		
CARAÏBES (15)	38.7	49.8	1.0	63	1.6		2.41	73					60 / 50		
Cuba	11.3	10.8	0.3	76	0.5	0.4	1.55	100		16.3		540	12 / 8	1,117	95
Haïti	8.4	14.0	1.6	36	3.3	5.5	3.98	24	1,470		1.4	20,222	111 / 96	265	46
Jamaïque	2.6	3.8	0.9	57	1.8	2.0	2.37	95	3,440	11.8	3.0	4,209	28 / 21	1,597	71
Porto Rico	4.0	4.8	0.9	76	1.3	1.5	1.90	100				0	14 / 11		
République dominicaine	8.6	12.0	1.5	66	2.4	1.0	2.71	96	5,710	2.8	1.9	8,163	57 / 47	904	79
Trinidad-et-Tobago	1.3	1.4	0.5	75	1.0	0.9	1.53	99	8,220	4.8	2.5	234	17 / 12	6,205	86
AMÉRIQUE CENTRALE	139.8	220.2	1.6	69	2.0		2.76	76					41 / 34		
Costa Rica	4.2	7.2	2.0	60	2.9	1.7	2.67	98	7,980	8.2	5.2	313	15 / 11	818	98
El Salvador	6.5	10.9	1.8	62	3.5	2.6	2.88	51	4,410	7.0	2.6	9,105	38 / 31	651	74
Guatemala	12.0	26.6	2.6	40	3.4	2.9	4.41	41	3,770	6.1	2.1	10,411	58 / 51	548	92
Honduras	6.7	12.8	2.3	54	4.0	1.2	3.72	54	2,400		3.9	8,864	55 / 44	522	90
Mexique	101.8	146.7	1.4	75	1.7	0.9	2.49	86	8,790	6.4	2.6	14,924	37 / 31	1,543	86
Nicaragua	5.3	11.5	2.6	57	3.3	0.4	3.82	65	2,080	12.6	8.5	9,954	50 / 40	539	79
Panama	2.9	4.3	1.4	57	2.0	1.0	2.42	90	5,680		4.9	244	26 / 22	835	87
AMÉRIQUE DU SUD (16)	355.7	535.5	1.4	80	1.9		2.41	85					45 / 35		
Argentine	37.9	54.5	1.2	88	1.4	0.1	2.44	98	12,050	9.0	2.4	1,558	26 / 21	1,727	79
Bolivie	8.7	17.0	2.2	63	3.0	1.6	3.92	59	2,360	10.9	4.1	19,230	80 / 70	562	79
Brésil	174.7	247.2	1.2	82	1.9	0.4	2.15	88	7,300	11.0	2.9	12,595	50 / 38	1,068	87
Chili	15.6	22.2	1.2	86	1.5	1.1	2.35	100	9,100	10.5	2.7	415	15 / 12	1,688	94
Colombie	43.5	70.9	1.6	76	2.3	2.0	2.62	86	6,060		5.2	2,181	35 / 30	676	91
Équateur	13.1	21.2	1.7	63	2.4	1.2	2.76	69	2,910		1.7	7,555	60 / 49	705	71
Paraguay	5.8	12.6	2.5	57	3.6	1.0	3.84	58	4,450	10.9	1.7	4,292	51 / 39	773	79
Pérou	26.5	42.1	1.6	73	2.1	1.8	2.64	56	4,660	4.8	2.4	22,112	61 / 50	519	77
Uruguay	3.4	4.2	0.7	92	0.9	0.3	2.30	99	8,880		1.9	461	18 / 13	976	98
Venezuela	25.1	42.2	1.8	87	2.1	0.7	2.72	95	5,740	2.1	2.6	448	25 / 20	2,253	84
AMÉRIQUE DU NORD (17)	319.9	437.6	0.9	78	1.2		1.90	99					8 / 8		
Canada	31.3	40.4	0.8	79	1.1	0.0	1.58	98	27,170		6.6	(37,212)	7 / 6	7,929	100
États-Unis d'Amérique	288.5	397.1	0.9	77	1.2	0.0	1.93	99	34,100	18.0	5.7	(603,003)	8 / 8	8,159	100
OCÉANIE	31.3	47.2	1.2	74	1.5		2.39	86					32 / 33		
AUSTRALIE-NOUVELLE-ZÉLANDE	23.4	30.9	0.9	90	1.3		1.79	100					7 / 6		
Australie (18)	19.5	26.5	1.0	91	1.4	0.0	1.75	100	24,970	14.0	6.0	(30,530)	7 / 6	5,690	100
Mélanésie (19)	6.8	14.2	2.2	24	3.5		4.14	63					68 / 74		
Nouvelle-Zélande	3.8	4.4	0.7	86	0.9	0.1	1.97	100	18,530	16.6	6.3	(2,316)	8 / 7	4,770	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5.0	11.0	2.2	18	3.7	5.4	4.32	53	2,180		2.5	7,288	81 / 88		42
PAYS EN TRANSITION (EX-URSS) (20)															
Arménie	3.8	3.2	0.1	67	0.2	0.9	1.10	97	2,580		4.0	520	19 / 17	485	
Azerbaïdjan	8.1	8.9	0.6	52	0.6	1.1	1.51	88	2,740	21.6	1.0	941	41 / 38	1,575	
Bélarus	10.1	8.3	-0.4	70	-0.2	0.2	1.20		7,550	45.8	4.6	15	18 / 13	2,381	100
Fédération de Russie	143.8	104.3	-0.6	73	-0.6	0.1	1.14		8,010		4.6	10,025	24 / 18	4,121	99
Géorgie	5.2	3.2	-0.5	57	-0.1	1.0	1.39	96	2,680		0.8	746	25 / 18	512	
Kazakhstan	16.0	15.3	-0.4	56	-0.3	0.1	1.95	99	5,490		2.7	2,809	62 / 42	2,374	91
Kirghizistan	5.0	7.5	1.2	34	1.2	0.9	2.34	98	2,540		2.2	1,402	50 / 42	504	77
Ouzbékistan	25.6	40.5	1.4	37	1.4	1.4	2.29	96	2,360		3.4	2,592	56 / 48	2,024	85
République de Moldova	4.3	3.6	-0.3	41	0.0	0.5	1.40	99	2,230		2.9	422	28 / 22	656	100
Tadjikistan	6.2	9.8	0.7	28	0.7	2.4	2.87	77	1,090		5.2	892	82 / 70	543	
Turkménistan	4.9	8.4	1.9	45	2.3	0.9	3.17	97	3,800		4.1	719	74 / 61	2,677	
Ukraine	48.7	30.0	-0.9	68	-0.8	0.2	1.10	99	3,700	42.4	2.9	3,702	22 / 16	2,973	

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

Indicateurs retenus pour les pays/territoires les moins peuplés	Indicateurs de mortalité			Indicateurs d'éducation		Indicateurs de santé en matière de reproduction			
	Mortalité infantile Chiffre total pour 1 000 naissances vivantes	Espérance de vie M/F	Ratio de mortalité maternelle	Taux brut de scolarisation primaire M/F	Taux brut de scolarisation secondaire M/F	Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans	Prévalence de la contraception Méthode quelconque	Méthodes modernes	Taux de prévalence du VIH (%) (15-24 ans) M/F
Antilles néerlandaises	13	73.3 / 79.2	20	120 / 114	70 / 82	45			
Bahamas	17	65.2 / 73.9	10	95 / 92		61	62	60	2.64 / 3.03
Bahreïn	14	72.1 / 76.3	38	104 / 104	89 / 98	18	62	31	
Barbade	11	74.5 / 79.5	33	88 / 87	102 / 108	43	55	53	
Belize	30	73.0 / 75.9	140	115 / 111	50 / 58	79	47	42	1.10 / 1.99
Brunéi Darussalam	9	74.2 / 78.9	22	109 / 104	100 / 111	30			
Cap-Vert	50	67.0 / 72.8	190	146 / 143		72	53	46	
Chypre	8	76.0 / 80.5		83 / 83	81 / 85	10			
Comores	67	59.4 / 62.2	570	82 / 70	27 / 22	77	21	11	
Djibouti	117	39.4 / 41.6	520	46 / 32	19 / 13	65			
Fidji	17	68.1 / 71.5	20	113 / 111		54	41	35	
Guadeloupe	7	74.8 / 81.7	5			18	44	31	
Guam	10	72.4 / 77.0	12			109			
Guinée équatoriale	99	50.4 / 53.6	1,400	146 / 115		192			1.40 / 2.77
Guyana	52	58.0 / 66.9	150	103 / 101	78 / 79	64	31	28	3.28 / 4.01
Îles Salomon	21	67.9 / 70.7	60			87			
Islande	5	77.1 / 81.8	16	101 / 98	107 / 113	18			
Luxembourg	6	74.6 / 80.9		104 / 105	96 / 99	9			
Maldives	37	68.3 / 67.0	390			53			
Malte	7	75.9 / 81.0		107 / 107	98 / 87	12			
Martinique	7	75.8 / 82.3	4			27	51	38	
Micronésie (27)	19	71.0 / 75.5				78			
Nouvelle-Calédonie	7	72.5 / 77.7	10			31			
Polynésie (28)	17	69.2 / 74.8	33			53			
Polynésie française	9	70.7 / 75.8	20			58			
Qatar	11	69.4 / 72.1	41	98 / 93	68 / 90	36	43	32	
Réunion	8	70.6 / 79.1	39			20	67	62	
Samoa	26	66.9 / 73.5	15	101 / 102	59 / 66	46			
Suriname	26	68.5 / 73.7	230			16			1.22 / 1.52
Swaziland	92	38.1 / 38.1	370	121 / 114	56 / 55	81	20	17	15.23 / 39.49
Timor oriental	121	49.2 / 50.9	850			27			
Vanuatu	29	67.5 / 70.5	32	116 / 111	21 / 25	54			

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques	Population totale (en milliers) 2002	Population prévue (en milliers) 2050	% de population urbaine (2001)	Taux de croissance de la population urbaine (2000-2005)	Pop./ha de terres arables et cultivées en permanence	Taux total de fécondité (2000-2005)	% de naissances avec assistance qualifiée	RNB par habitant PPA en \$É.-U. (2000)	Mortalité des enfants de moins de 5 ans M/F
Antilles néerlandaises	219	259	69.3	1.1	0.1	2.09			17 / 11
Bahamas	312	449	88.9	1.6	1.1	2.31	99	16,400	26 / 20
Bahreïn	663	1,008	92.5	2.0	1.2	2.28	98		22 / 15
Barbade	269	263	50.5	1.4	0.7	1.50	91	15,020	13 / 11
Belize	236	392	48.1	2.2	0.8	2.89	77	5,240	39 / 38
Brunéi Darussalam	341	565	72.8	2.5	0.4	2.53	99		10 / 10
Cap-Vert	446	807	63.5	3.9	2.4	3.24	53	4,760	60 / 53
Chypre	797	910	70.2	1.2	0.5	1.92		20,780	8 / 8
Comores	749	1,900	33.8	4.6	4.3	4.96	62	1,590	96 / 87
Djibouti	652	1,068	84.2	1.3		5.77			210 / 194
Fidji	832	916	50.2	2.5	1.1	2.98	100	4,480	20 / 24
Guadeloupe	435	479	99.6	0.8	0.6	2.02			11 / 8
Guam	162	307	39.5	3.0		3.95	100		13 / 10
Guinée équatoriale	483	1,378	49.3	4.9	1.4	5.89		5,600	167 / 153
Guyana	765	504	36.7	1.4	0.3	2.31	95	3,670	80 / 60
Îles Salomon	479	1,458	20.2	6.0	5.3	5.26	85	1,710	31 / 30
Islande	283	333	92.7	0.8	3.4	1.90		28,710	7 / 5
Luxembourg	448	715	91.9	1.6	0.2 ²⁵	1.76		45,470	7 / 7
Maldives	309	868	28.0	4.6	26.3	5.37		4,240	38 / 56
Malte	393	400	91.2	0.7	0.8	1.77		16,530	9 / 8
Martinique	388	413	95.2	0.8	0.7	1.70			9 / 8
Micronésie (27)	540	1,080	28.6	3.6		4.11	93		24 / 23
Nouvelle-Calédonie	224	397	78.1	3.2		2.47	98	21,820	9 / 10
Polynésie (28)	621	958	40.4	1.9		3.01	99		22 / 20
Polynésie française	241	372	52.6	1.6		2.47	99	23,340	11 / 11
Qatar	584	831	92.9	1.7	0.4	3.34			16 / 11
Réunion	742	1,002	72.1	2.2	0.7	2.14			12 / 10
Samoa	159	223	22.3	1.4		4.24	100	5,050	34 / 29
Suriname	421	418	74.8	1.3	1.2	2.05	85	3,480	35 / 23
Swaziland	948	1,391	26.7	2.2	1.7	4.44	55	4,600	178 / 163
Timor oriental	779	1,410	7.5	4.7	7.7	3.85	71		182 / 174
Vanuatu	207	462	22.1	4.2		4.26	89	2,960	32 / 39

NOTES RELATIVES AUX INDICATEURS

Les appellations utilisées dans la présente publication n'impliquent aucune prise de position de la part du Fonds des Nations Unies pour la population quant au statut juridique des pays, territoires ou régions ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les données concernant les petits pays ou régions, généralement ceux dont la population ne dépassait pas 200 000 habitants en 1990, ne figurent pas comme telles dans le présent tableau. Elles ont été comprises dans les chiffres concernant la population de leur région.

- (*) Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, le Japon, l'Europe et l'Australie-Nouvelle-Zélande.
- (*) Les régions en développement comprennent toutes les régions d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie (sauf le Japon), la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.
- (3) Pays les moins avancés, conformément à la nomenclature type de l'Organisation des Nations Unies.
- (1) Y compris le Territoire britannique de l'océan Indien et les Seychelles.
- (2) Y compris Agalesa, Rodrigues et Saint-Brandon.
- (3) Y compris Sao Tomé-et-Principe.
- (4) Appelé antérieurement le Zaïre.
- (5) Y compris le Sahara occidental.
- (6) Y compris Sainte-Hélène, l'île de l'Ascension et Tristan da Cunha.
- (7) Les moyennes et totaux régionaux laissent de côté le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.
- (8) Y compris Macao.
- (9) Depuis le 1er juillet 1997, Hong Kong fait partie de la Chine, où il constitue une région administrative à régime spécial.
- (10) Ce pays est compris dans l'ensemble des pays développés, mais non dans les évaluations concernant la région géographique.
- (11) La Turquie est incluse dans l'Asie occidentale pour des raisons géographiques. Dans d'autres classifications, elle fait partie de l'Europe.
- (12) Y compris les îles anglo-normandes, les îles Féroé et l'île de Man.
- (13) Y compris l'Andorre, Gibraltar, le Saint-Siège et Saint-Marin.
- (14) Y compris le Liechtenstein et Monaco.
- (15) Y compris Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, les îles Vierges britanniques, les îles Caïmanes, Dominique, Grenade, Montserrat, les Antilles néerlandaises, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, les îles Turques et Caïques et les îles Vierges américaines.

- (16) Y compris les îles Falkland (Malvinas) et la Guyane française.
- (17) Y compris les Bermudes, le Groenland et Saint-Pierre-et-Miquelon.
- (18) Y compris l'île Christmas, les îles Cocos (Keeling) et l'île Norfolk.
- (19) Y compris la Nouvelle-Calédonie et Vanuatu.
- (20) Les États successeurs de l'ex-URSS sont incorporés aux régions existantes. L'Europe orientale englobe le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova et l'Ukraine. L'Asie occidentale englobe l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Géorgie. L'Asie du Sud englobe le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan.
- (21) Total régional, à l'exclusion de la sous-région dont les données figurent séparément ci-après.
- (22) Ces sous-régions composent la région "États arabes et Europe" de l'UNFPA.
- (23) Les évaluations sont fondées sur les rapports des années précédentes. On attend une mise à jour des données.
- (24) Le total de l'Europe orientale comprend quelques États balkaniques d'Europe méridionale et quelques États baltes d'Europe septentrionale.
- (25) Ce chiffre comprend la Belgique et le Luxembourg.
- (26) Des informations plus récentes donnent à penser que ce chiffre était peut-être plus élevé. Il en sera tenu compte dans de futures publications.
- (27) Y compris les États fédérés de Micronésie, Guam, Kiribati, les îles Marshall, Nauru, les îles Mariannes septentrionales, les Palaos et l'île de Wake.
- (28) Y compris les Samoa américaines, les îles Cook, l'île Johnston, Pitcairn, Samoa, les îles Tokélaou, Tonga, les îles Midway, Tuvalu et les îles Wallis-et-Futuna.

Une fois de plus, les tableaux statistiques publiés dans le rapport sur *L'état de la population mondiale* accordent une place spéciale aux indicateurs permettant de mesurer le progrès réalisé vers les objectifs quantitatifs et qualitatifs adoptés à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et les objectifs de développement pour le Millénaire (MDG) concernant la réduction de la mortalité, l'accès à l'éducation, l'accès aux services de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, et la prévalence du VIH/sida parmi les jeunes. Plusieurs changements ont été apportés à d'autres indicateurs, comme on l'a noté ci-après. A mesure que le suivi de la CIPD et des MDG favorisera la mise au point de systèmes améliorés de surveillance, différentes mesures seront insérées, en fonction de leur disponibilité, dans les rapports ultérieurs. Un meilleur suivi des contributions financières des gouvernements, des organisations non gouvernementales et du secteur privé devrait également permettre de mieux rendre compte à l'avenir des dépenses et des ressources liées à la mise en oeuvre du Programme d'action de la CIPD et à la réalisation des MDG. On trouvera ci-après, par catégorie, la source des indicateurs et la raison qui a présidé à leur choix.

Suivi des objectifs de la CIPD

INDICATEURS DE MORTALITÉ

Mortalité infantile, espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance: Source : Division de la population du Secrétariat de l'ONU. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision (Disquettes de données "Demographic Indicators 1950-2050")*. New York: Nations Unies. Ces indicateurs mesurent les niveaux de mortalité, respectivement pendant la première année de vie (qui est la plus délicate sur le plan du développement) et sur toute la durée de la vie.

Ratio de mortalité maternelle: Source : Kenneth Hill, Carla AbouZahr & Tessa Wardlaw, "Estimates of Maternal Mortality for 1995." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 79(3) : 182-193. Genève : Organisation mondiale de la santé. Ce sont des évaluations sur lesquelles s'accordent l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA. Cet indicateur présente le nombre de décès de femmes, pour 100 000 naissances vivantes, qui sont imputables aux suites d'une grossesse ou d'un accouchement et aux complications connexes. Il est difficile d'atteindre à la précision, mais les ordres de grandeur fournissent des indications. En dessous de 50, les évaluations n'ont pas été arrondies; de 50 à 100, elles sont arrondies à la tranche de 5 la plus proche; de 100 à 1 000, elles le sont à la tranche de 10 la plus proche; au-delà de 1 000, elles le sont à la tranche de 100 la plus proche. Pour ce qui est de la mortalité maternelle, une série d'évaluations s'écartent des chiffres officiels fournis par les gouvernements. Les évaluations se fondent sur les chiffres communiqués, chaque fois que possible, avec l'aide de méthodes visant à améliorer la comparabilité des données émanant de sources différentes. Voir la source pour des détails sur l'origine de certaines évaluations nationales. Évaluations et méthodologies sont régulièrement révisées par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, des établissements universitaires et d'autres organismes et elles seront révisées, le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. En raison des changements intervenus dans les méthodes, les évaluations antérieures concernant les niveaux de 1990 peuvent n'être pas strictement comparables avec les présentes évaluations.

INDICATEURS D'ÉDUCATION

Taux bruts de scolarisation primaire des garçons et des filles, taux bruts de scolarisation secondaire des garçons et des filles. Tableaux fournis par l'UNESCO (les données seront publiées dans les séries *Annuaire statistique de l'UNESCO* et *Rapport mondial sur l'éducation*). Montréal : UNESCO, Institut de statistique. Site Web : www.unesco.org. Les taux bruts de scolarisation indiquent le nombre d'étudiants inscrits à un niveau donné du système éducatif pour 100 individus du groupe d'âge correspondant à ce niveau. Ces taux bruts ne sont pas corrigés pour tenir compte des individus qui ont dépassé l'âge correspondant au niveau en raison d'une scolarité tardive ou interrompue ou d'un redoublement de classe.

Analphabetisme chez les hommes et les femmes adultes.

Source : Tableaux fournis par l'UNESCO (données qui seront publiées dans la série *Education for All: Status and Trends*. Montréal : UNESCO. Site Web : www.unesco.org/statistics). Les définitions de l'analphabetisme varient selon les pays; trois définitions largement acceptées sont utilisées. Dans la mesure du possible, les données se réfèrent à la proportion des personnes incapables de lire et d'écrire, en le comprenant, un texte simple et concis concernant la vie quotidienne. L'analphabetisme des adultes (taux d'analphabetisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans) tient compte à la fois des niveaux de scolarisation récents et de la scolarité passée. Les indicateurs d'éducation ci-dessus ont été mis à jour en utilisant les évaluations de la Division de la population (ONU) tirées de *World Population Prospects (The 1998 Revision)*. Les données sont des évaluations et des prévisions pour 2002.

Pourcentage des enfants scolarisés qui terminent la dernière année de l'enseignement primaire. Source : Banque mondiale. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, D.C.: Centre de données sur le développement, Banque mondiale, sur la base des données fournies par l'UNESCO (Montréal : Institut de statistique de l'UNESCO). Les données les plus récentes se rapportent à la période 1992-2000.

INDICATEURS DE SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. Source : Division de la population (ONU). 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. (Disquettes de données : "Demographic Indicators 1950-2050"); et Division de la population (ONU). 2000. *Age Patterns of Fertility: The 2000 Revision*. New York: ONU. Il s'agit d'un indicateur du fardeau de la fécondité qui pèse sur les femmes pendant leur jeunesse. Etant donné qu'il indique le nombre moyen de naissances par femme chaque année, on pourrait le multiplier par cinq pour connaître approximativement le nombre de naissances pour 1 000 jeunes femmes qui n'ont pas encore atteint l'âge de 20 ans. Cette mesure n'indique pas dans sa totalité le nombre réel de grossesses d'adolescentes, car seules les naissances vivantes sont prises en considération. L'indicateur ne tient pas compte de la mortalité, ni des avortements spontanés ou provoqués.

Prévalence de la contraception. Source : Division de la population (ONU). 2002. Base de données sur l'utilisation des contraceptifs (mise à jour en juin 2002). New York: ONU. Ces données, qui sont tirées d'enquêtes par sondage, évaluent la proportion de femmes mariées (y compris les femmes vivant en concubinage) qui utilisent actuellement soit une méthode quelconque de contraception, soit une méthode moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les injectables, les implants hormonaux, les préservatifs masculins et les méthodes mécaniques utilisées par les femmes. Ces chiffres

sont comparables en gros, mais pas complètement, d'un pays à l'autre, en raison des différences concernant l'époque à laquelle les enquêtes ont été menées et le détail des questions qui ont été posées. Contrairement à la pratique des années précédentes, toutes les données nationales et régionales se rapportent à des femmes âgées de 15 à 49 ans. Toutes les données ont été recueillies en 1972 ou après cette date. Les données des enquêtes les plus récentes dont on dispose sont citées; près de 80 % des données se rapportent à la période 1990-2000.

Taux de prévalence du VIH/sida (15-24 ans) M/F. Source: ONUSIDA, 2000. Un tableau d'information sur le VIH/sida est disponible sur le site Web d'ONUSIDA. Ces données proviennent de rapports établis par les systèmes de surveillance et d'évaluations modèles. Les données fournies pour les hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans représentent la moyenne des évaluations haute et basse faites pour chaque pays. L'année de référence est 1999. Les différences entre taux masculins et féminins traduisent la vulnérabilité psychologique et sociale de chaque sexe à la maladie et sont en partie fonction de la différence d'âge entre les partenaires sexuels.

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES, SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES

Population totale en 2002, population prévue en 2050, taux annuel moyen de croissance démographique pour la période 2000-2005 :

Source : Division de la population (ONU). 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. (Disquettes de données : "Demographic Indicators 1950-2050"; et Division de la population (ONU). 2001. *Annual Populations 1950-2050: The 2000 Revision*. New York: ONU). Ces indicateurs présentent les effectifs actuels, les effectifs prévus dans l'avenir et l'accroissement annuel de la population des différents pays dans le temps présent.

Pourcentage de la population urbaine, taux d'accroissement de la population urbaine. Source : Division de la population (ONU). 2002. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision: Data Tables and Highlights (ESA/P/WP.173)*. New York: ONU. Ces indicateurs reflètent la proportion de la population nationale vivant dans les zones urbaines et le taux d'accroissement de cette population prévu pour la période 2000-2005.

Population agricole par hectare de terre arable et cultivée en permanence. Source : Données fournies par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (provenant du Service statistique sur le développement de la FAO), à partir de données concernant la population agricole sur la base de la population totale communiquées par la Division de la population (ONU). 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. New York: ONU. Cet indicateur a trait au chiffre de la population agricole par rapport à la superficie des terres se prêtant à la production agricole. Il tient compte des changements intervenus tant dans la structure des économies nationales (proportion de la main-d'oeuvre travaillant dans l'agriculture) que dans les techniques de mise en valeur des sols. Des valeurs élevées peuvent être liées à un souci prédominant de rendre les terres productives et à la fragmentation des exploitations agricoles. Toutefois, l'indicateur tient compte également des différences en matière de niveau de développement et de politique d'utilisation des sols. Les données se réfèrent à l'année 1999.

Taux total de fécondité (période 2000-2005). Source : Division de la population (ONU). 2000. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. (Disquettes de données : "Demographic Indicators 1950-2050"). New York: ONU. Cette mesure indique le nombre d'enfants qu'une femme aurait pendant qu'elle est en âge d'en avoir, si elle avait le nombre d'enfants correspondant au taux estimé pour les

différents groupes d'âge pendant la période spécifiée. Les pays peuvent atteindre le niveau prévu à des moments différents de cette période.

Naissances avec assistance qualifiée. Source : Organisation mondiale de la santé; informations mises à jour pour les pays/régions les moins avancés, fournies par l'OMS. (Évaluations mondiales pour 2001 établies en février 2002). Les données relatives aux pays développés ne sont pas disponibles. Cet indicateur est fondé sur des rapports nationaux, concernant la proportion de naissances bénéficiant de la présence "d'un personnel sanitaire qualifié ou d'une accoucheuse qualifiée: de médecins (spécialistes ou non-spécialistes) et/ou de personnes ayant une formation de sage-femme qui soient capables de diagnostiquer et gérer des complications obstétricales aussi bien que des accouchements normaux". Les données relatives aux pays développés traduisent le niveau plus élevé de leur performance sous ce rapport. Comme il est admis que les données couvrent l'ensemble du pays considéré, il se peut que les statistiques officielles ne tiennent pas pleinement compte de l'incomplétude des données (et de la couverture) concernant les groupes de population marginalisés, ainsi que de l'impact des retards dans le transport des patientes.

Revenu national brut par habitant. Source : Chiffres pour 2000 communiqués par la Banque mondiale. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, DC: Banque mondiale. (Pour les pays les moins peuplés, ils sont fournis par Ed Bos, Banque mondiale). Cet indicateur, antérieurement dénommé produit national brut (PNB) par habitant, mesure la production totale de biens et de services destinés à la consommation qui sont produits ou fournis par les résidents et les non-résidents, sans égard au fait qu'ils peuvent être affectés au remboursement de créances vis-à-vis de nationaux ou d'étrangers, par rapport à la taille de la population. Il s'agit d'un indicateur de la productivité économique d'un pays. Il se distingue du produit intérieur brut (PIB) en ce qu'il tient compte des revenus provenant de l'étranger et imputables au travail et au capital de résidents, ainsi que des paiements analogues faits à des non-résidents, et en ce qu'il incorpore différents ajustements techniques, dont ceux ayant trait aux variations des taux de change dans le temps. Cette mesure prend aussi en considération la différence du pouvoir d'achat des monnaies en incluant les ajustements de parité du pouvoir d'achat (PPA) du "PNB réel". Certains chiffres relatifs au PPA sont basés sur des modèles de régression; d'autres sont extrapolés à partir des dernières évaluations du Programme de comparaison international; pour les détails, prière de se reporter à la source originelle.

Dépenses du gouvernement central en matière d'éducation et de santé. Source : Banque mondiale. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, D.C.: Banque mondiale. Ces indicateurs reflètent la priorité accordée aux secteurs éducatif et sanitaire par un pays à travers la part des dépenses publiques qui y est affectée. Ils ne tiennent pas compte des différences dans la répartition des allocations de fonds dans un secteur donné, par exemple l'enseignement primaire ou les services de santé primaires, par rapport à d'autres niveaux des secteurs éducatif et sanitaire, différences qui peuvent être extrêmement marquées. Le fait que la répartition des responsabilités administratives et budgétaires entre gouvernement central et pouvoirs locaux, ainsi que le rôle des secteurs public et privé, varient selon les pays rend difficile une comparaison directe. Les évaluations communiquées s'entendent en pourcentage du PIB par habitant pour l'éducation et en pourcentage du PIB pour la santé. On ne saurait trop recommander une grande prudence dans les

comparaisons entre pays, parce que le prix des intrants diffère selon les contextes et les secteurs. Les données se réfèrent aux plus récentes évaluations couvrant la période 1997-1999.

Assistance étrangère en matière de population. Source : UNFPA. 2001. *Flux de ressources financières pour les activités en matière de population en 1999*. New York: UNFPA. Cet indicateur fournit le montant de l'assistance extérieure qui a été affecté en 1999 aux activités de population dans chaque pays. Les fonds d'origine étrangère sont décaissés par le canal d'organismes multilatéraux et bilatéraux d'assistance et d'organisations non gouvernementales. Les pays donateurs sont indiqués, le montant de leur contribution figurant entre parenthèses. Les Rapports fourniront à l'avenir d'autres indicateurs de manière à offrir une meilleure base de comparaison et d'évaluation des flux de ressources, en provenance de différentes sources nationales et internationales, destinés à appuyer les programmes de population et de santé en matière de reproduction. Les totaux régionaux indiqués comprennent les projets de pays et les activités régionales (qui ne figurent pas ailleurs dans le tableau).

Mortalité des enfants de moins de 5 ans. Source : Division de la population (ONU), tabulation spéciale fondée sur ONU. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. New York: ONU. Cet indicateur a trait à l'incidence de la mortalité sur les nourrissons et les enfants en bas âge. Il reflète donc l'impact des maladies et d'autres causes de décès des nourrissons, des enfants en bas âge et des jeunes enfants. Les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants d'un à quatre ans, qui rendent compte des différentes causes et de la fréquence de la mortalité à cet âge, sont des mesures démographiques plus courantes. La mesure est donc plus sensible que la mortalité infantile au tribut prélevé par les maladies de l'enfance, y compris celles qui peuvent être évitées par une meilleure alimentation et des programmes de vaccination. La mortalité des enfants de moins de 5 ans indique le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. Les évaluations portent sur la période 2000-2005.

Consommation d'énergie par habitant. Source : Banque mondiale. 2002. *World Development Indicators 2002*. Washington, DC : Banque mondiale. Cet indicateur reflète la consommation annuelle d'énergie primaire marchande (charbon, lignite, pétrole, gaz naturel et hydroélectricité, électricité nucléaire et électricité géothermique) en kilogrammes d'équivalent-pétrole par habitant. Il indique le niveau de développement industriel, la structure de l'économie et les modes de consommation. Les changements qui surviennent avec le temps peuvent refléter les changements intervenus dans le volume et l'importance relative des différentes activités économiques et les changements qui concernent les modes d'utilisation plus ou moins efficaces de l'énergie (y compris l'augmentation ou la diminution des gaspillages). Les données portent sur l'année 1999.

Accès à l'eau salubre. Source : OMS/UNICEF, 2001. *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report* (disponible sur le site Web de l'UNICEF). Cet indicateur donne le pourcentage de la population ayant accès à une quantité suffisante d'eau salubre située à une distance raisonnable de l'habitation de l'utilisateur. Les mots en italique renvoient aux définitions retenues par chaque pays. Cet indicateur est à mettre en relation avec le degré d'exposition aux risques de santé, notamment ceux qui sont imputables à un assainissement insuffisant. Les données correspondent aux évaluations faites pour l'année 2000.

Équipe de rédaction

L'état de la population mondiale 2002

Directeur de la publication : Alex Marshall

Recherche et rédaction : Stan Bernstein

Secrétaire exécutif : William A. Ryan

Recherche éditoriale : Ann K. Blanc,
Jennifer Davis, Karen Hardee, Barbara Pircher,
and Agnes Quisumbing (coordonnatrice),

ainsi que le personnel de l'Institut international
de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI)

Assistante de rédaction : Phyllis Brachman

Conception

Real Design/NY

Production

Phoenix-Trykkeriet as (Danemark)

Photos

Couverture et Table des matières

© Ferdinando Sciana/Magnum

*Côte d'Ivoire. En de nombreux pays en
développement, les femmes sont
contraintes de marcher pendant des
heures chaque jour pour se procurer
de l'eau et du bois de feu.*

Dos de couverture

© Francesco Zizola/Magnum

*Femmes et enfants se dirigeant vers
un camp pour personnes déplacées
dans leur propre pays, dans la provin-
ce de Takhar (Afghanistan).*

Page de titre

© Johnette Iris Stubbs

*Des fillettes lavent une marmite dans
l'unique eau courante à leur disposi-
tion au petit village de Kallag
(Pakistan). Cette région souffre de la
sécheresse depuis quatre ans.*

Chapitre premier

© Ferdinando Sciana/Magnum

*Le centre d'extraction de Kami
(Bolivie), où les travailleurs ne dépassent
pas en moyenne l'âge de 35 ans.*

Chapitre 2

© Johnette Iris Stubbs

*L'aînée d'une famille afghane de sept
enfants, avec deux de ses frères et
soeurs, dans un camp de réfugiés
situé aux environs immédiats
d'Islamabad (Pakistan).*

Chapitre 3

© Adrian Arbib/Christian Aid/
Still Pictures

*Image de la vie rurale dans le village
de Meskel (Éthiopie)*

Chapitre 4

© Ferdinando Sciana/Magnum

*Une salle de classe à Zabid
(République du Yémen)*

Chapitre 5

© Cindy Reiman/UNFPA

*Une jeune mère et son enfant dans
un petit village non loin de Toluca
(Mexique)*

Chapitre 6

© Abbas/Magnum

*Un dispensaire géré par des religieuses
dans le village de Kati, près de
Bamako (Mali)*

Chapitre 7

© Shehzad Noorani/Still Pictures

*Un centre d'éducation des adultes
pour femmes, au Bangladesh*

Chapitre 8

© Jean Gaumy/Magnum

*Une réfugiée du Myanmar au
Bangladesh*



Fonds des Nations Unies pour la population

220 East 42nd Street, 23rd Fl.

New York, NY 10017

États-Unis d'Amérique

www.unfpa.org