

Les enfants handicapés



© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Mai 2013

La reproduction de toute partie de cette publication est sujette à autorisation. Celle-ci est gratuite pour les organisations éducatives ou à but non lucratif. Les autres devront s'acquitter d'une somme modique. Veuillez contacter :
Division de la communication, UNICEF
Permissions H6F
3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, États-Unis
Tél. : +1 (212) 326-7434
E-mail : nyhqdoc.permit@unicef.org

Ce rapport et des informations complémentaires sont disponibles à l'adresse : www.unicef.org/french/sowc2013. Les essais des sections Point de vue et Gros plan n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions du Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

Pour tout rectificatif ultérieur à la mise sous presse, consulter notre site Internet à l'adresse <www.unicef.org/french/sowc2013>
Pour toutes données ultérieures à la mise sous presse, consulter le site : <www.childinfo.org>.
ISBN : 978-92-806-4657-3
Publication des Nations Unies, numéro de vente : F.13.XX.1

Photo de couverture :

Des écoliers se dirigent en file indienne vers leur salle de classe. Photographie prise en République arabe syrienne en 2007. © UNICEF/HQ2007-0745/Noorani

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2013

REMERCIEMENTS

Ce rapport étant le fruit de la collaboration de nombreuses personnes et institutions, il est impossible de les citer toutes. L'équipe de rédaction et de recherche remercie tous ceux qui ont généreusement contribué à cette publication en lui consacrant leur temps, leur expérience et leurs efforts, et notamment :

Vesna Bosnjak (Service social international); Shuaib Chalklen (Rapporteur spécial de l'ONU pour les personnes handicapées); Maureen Durkin (Université du Wisconsin); Nora Groce et Maria Kett (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London); Nawaf Kabbara (Organisation arabe des personnes handicapées); Lisa Jordan (Bernard van Leer Foundation); Connie Laurin-Bowie (International Disability Alliance); Barbara LeRoy (Université de Wayne State); Charlotte McClain-Nhlapo (United States Agency for International Development); Helen Meekosha (Women with Disabilities Australia); Peter Mittler (Université de Manchester); Roseweter Mudarikwa (Secrétariat de la Décennie africaine des personnes handicapées); David Mugawe (African Child Policy Forum); Ghulam Nabi Nizamani (Pakistan Disabled Peoples' Organization); Victor Santiago Pineda (Victor Pineda Foundation); Tom Shakespeare (Organisation mondiale de la Santé); Aleksandra Posarac (Banque mondiale); Shantha Rau Barriga (Human Rights Watch); Eric Rosenthal (Disability Rights International); Albina Shankar (Mobility India); et Armando Vásquez (Organisation panaméricaine de la Santé) pour avoir siégé au Conseil consultatif externe.

Judith Klein (Open Society Foundations); Gerison Lansdown (indépendante); Malcolm MacLachlan et Hasheem Mannan (Trinity College Dublin); Susie Miles (indépendante); Daniel Mont (Leonard Cheshire Disability); et Diane Richler (International Disability Alliance) pour la rédaction de documents de référence.

Sruthi Atmakur (City University of New York); Parul Bakshi et Jean-François Trani (Université de Washington à Saint Louis); Nazmul Bari et Amzad Hossain (Centre for Disability in Development); Simone Bloem et Mihaylo Milovanovitch (Organisation de coopération et de développement économiques); Johan Borg (Université de Lund); Megan Burke, Stephane De Greef et Loren Persi Vicentic (Observatoire des mines et des armes à sous-munitions); James Conroy (Center for Outcome Analysis); Audrey Cooper, Charles Reilly et Amy Wilson (Université Gallaudet); Alexandre Cote (International Disability Alliance); Marcella Deluca, Sunanda Mavillapalli, Alex Mhando, Kristy Mitchell, Hannah Nicolls et Diana Shaw (Leonard Cheshire Disability/Young Voices); Avinash De Souza (Fondation de Souza); Catherine Dixon (Handicap International); Fred Doulton (Secrétariat de la Convention relative aux droits des personnes handicapées); Natasha Graham (Partenariat mondial pour l'éducation); Jean Johnson (Université d'Hawaii); Chapal Khasnabis et Alana Officer (Organisation mondiale de la Santé); Darko Krznaric (Queen's University); Gwynnyth Llewellyn (Université de Sydney); Mitch Loeb (Centers for Disease Control and Prevention/National Center for Health Statistics); Rosemary McKay (Agence australienne pour le développement international); Amanda McRae (Human Rights Watch); Sophie Mitra (Université Fordham); David Morissey, Sherzodbek Sharipov et Andrea Shettle (United States International Council on Disabilities); Zeldia Mycroft (The Chaeli Campaign); Emma Pearce (Women's Refugee Commission); Natalia Raileanu (Keystone Human Services); Richard Rieser (World of Inclusion); Marguerite Schneider (Université Stellenbosch); Morsheda Akter Shilpi (Organization for the Poor Community Advancement); Silje Vold (Plan Norway) pour la rédaction de documents de référence ou pour leurs conseils et les informations fournies.

Tracy Achieng; Grace Okumu Akimi; Sophia Rose Akoth; Abeida Onica Anderson; Washinton Okok Anyumba; Beatrice Atieno; Ssentongo Deo; Ivory Duncan; Argie Ergina; Mary Charles Felix; Michael Salah Hosea; Amna Hissein Idris; Tiffany Joseph; Hannah Wanja Maina; Saitoti Augustin Maina; Dianne Mallari; Modesta Mbijima; Shida Mganga; Nicole Mballah Mulavu; Joseph Kadiko Mutunkei; Ann Napaashu Nemagai; Rachael Nyaboke Nyabuti; Alice Akoth Nyamuok; Sarah Omanwa; Benson Okoth Otieno; Nakafu Phiona; Shalima Ramadhani; Rosemarie Ramitt; Nambobi Sadat; Veronicah Shangutit Sampeke; Ladu Michel Seme; Josephine Kiden Simon; Muhammad Tarmizi bin Fauzi; Elizabeth Mamunyak Tikami; Shemona Trinidad; ainsi que les 20 autres jeunes qui ont participé de manière anonyme aux enquêtes et aux groupes de discussion organisés spécialement pour ce rapport par les animateurs du réseau Leonard Cheshire Disability Young Voices.

Nous tenons à remercier Bora Shin et Matthew Manos (veryniceDesign) pour l'infographie sur la conception universelle disponible à l'adresse suivante : <www.unicef.org/sowc2013>.

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

Yoka Brandt, Directrice générale adjointe; Geeta Rao Gupta, Directrice générale adjointe; le Directeur, Gordon Alexander, le personnel et les collègues du Bureau de la recherche; le Directeur, Nicholas Alipui, et les collègues de la Division des programmes; le Directeur, Ted Chaiban, et les collègues du Bureau des opérations d'urgence; le Directeur, Colin Kirk, et les collègues du Bureau de l'évaluation; le Directeur, Jeffrey O'Malley, et les collègues de la Division des politiques et des pratiques; et le Directeur adjoint, Edward Carwardine, et les collègues de la Division de la communication. Cette édition a également bénéficié de la collaboration de Rosangela Berman-Bieler, Chef de l'Unité Handicap de la Division des programmes de l'UNICEF et de ses collègues.

Nous remercions tout particulièrement David Anthony, Chef du plaidoyer stratégique; Claudia Cappa, Spécialiste des statistiques et du suivi; Khaled Mansour, Directeur de la communication jusqu'à janvier 2013; et Julia Szczuka, Rédactrice adjointe de ce rapport jusqu'à septembre 2012, pour leur générosité intellectuelle et d'esprit.

ÉQUIPE CHARGÉE DE L'ÉLABORATION DU RAPPORT

RÉDACTION ET RECHERCHE

Abid Aslam, Rédacteur en chef
Christine Mills, Chef de projet
Nikola Balvin, Sue Le-Ba, Tician Maloney, Chargées de la recherche
Anna Grojec, Rédactrice en chef de Points de vue
Marc Chalamet, Version française
Carlos Perellon, Version espagnole
Hirut Gebre-Egziabher (Responsable des recherches), Lisa Kenney,
Ami Pradhan, Assistantes de recherche
Charlotte Maitre (Responsable de la révision), Carol Holmes, Pamela Knight,
Natalie Leston, Kristin Moehlmann, Réviseuses
Anne Santiago, Nogel S. Viyar, Judith Yemane, Appui rédactionnel

PUBLICATION ET DIFFUSION

Catherine Langevin-Falcon, Chef, Section des publications; Jaclyn Tierney, Responsable de la production; Germain Ake; Christine Kenyi; Maryan Lobo; Jorge Peralta-Rodriguez; Elias Salem

TABLEAUX STATISTIQUES

Tessa Wardlaw, Directrice associée, Section des statistiques et du suivi, Division des politiques et des pratiques; David Brown; Claudia Cappa; Liliana Carvajal; Archana Dwivedi; Anne Genereux; Elizabeth Horn-Phathanothai; Priscilla Idele; Claes Johansson; Rouslan Karimov; Rolf Luyendijk; Colleen Murray; Jin Rou New; Holly Newby; Khin Wityee Oo; Nicole Petrowski; Tyler Porth; Chiho Suzuki; Andrew Thompson; Danzhen Yu

Maquette : Prographics, Inc.
Impression : Hatteras Press, Inc.



AVANT-PROPOS

Existe-t-il un seul enfant qui n'aspire pas à être pris en compte et à voir ses dons et ses talents reconnus ? Non. Tous les enfants ont des espoirs et des rêves – y compris les enfants handicapés. Et tous méritent d'avoir les mêmes chances de réaliser leurs rêves.

Cette édition de *La Situation des enfants dans le monde* comprend des témoignages de jeunes gens et de parents qui prouvent que, lorsqu'on leur en donne les moyens, les enfants handicapés sont plus que capables de surmonter les obstacles à leur inclusion, d'occuper, sur un pied d'égalité, la place qui leur revient dans la société et d'enrichir la vie de leur communauté.

Mais trop d'enfants handicapés n'ont tout simplement aucune possibilité de participer. Trop souvent, ils sont les derniers à accéder aux ressources et aux services, en particulier lorsque ceux-ci sont rares. Trop souvent, ils n'inspirent que de la pitié ou, pire encore, sont victimes de discrimination et de mauvais traitements.

Les privations dont souffrent les enfants et les adolescents handicapés constituent des violations de leurs droits et du principe d'équité, qui repose sur la dignité et les droits de *tous* les enfants, y compris les membres les plus vulnérables et marginalisés de la société.

Comme l'atteste ce rapport, l'inclusion des enfants handicapés dans la société est possible, mais elle requiert en premier lieu un changement de perception et la reconnaissance que ces enfants ont les mêmes droits que les autres, qu'ils peuvent être des acteurs du changement et de l'autodétermination et ne sont pas seulement des bénéficiaires de la charité publique et que leur voix doit être entendue et prise en compte dans l'élaboration des politiques et des programmes.

Le manque de données nécessaires pour éclairer nos décisions contribue à l'exclusion de ces enfants. En ne les prenant pas en compte, nous les empêchons de prendre la place qui leur est due au sein de la société.

Si on constate fort heureusement des progrès, ils n'en demeurent pas moins inégaux. Ce rapport n'analyse pas seulement les problèmes qu'il faut surmonter pour que les enfants handicapés aient accès aux services auxquels ils ont droit. Il présente également des initiatives encourageantes dans des domaines tels que la santé, la nutrition, l'éducation et la programmation d'urgence, ainsi que la collecte de données et les analyses nécessaires pour améliorer les politiques et les interventions dans tous ces domaines. Plusieurs chapitres présentent les principes et les approches pouvant être adaptées pour faire progresser l'inclusion de ces enfants.

Quelque part dans le monde, un petit garçon s'entend dire qu'il n'a pas le droit de jouer parce qu'il ne peut pas marcher et une petite fille qu'elle ne peut pas apprendre parce qu'elle ne peut pas voir. Ce garçon mérite de pouvoir jouer. Et nous y gagnons tous lorsque cette fillette et tous les enfants peuvent lire, apprendre et participer à la société.

La voie à suivre sera semée d'embûches. Mais les enfants n'acceptent pas les restrictions inutiles. Nous non plus.

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

Anthony Lake
Directeur général de l'UNICEF

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
----------------------------	----

AVANT-PROPOS

Anthony Lake, Directeur général de l'UNICEF	iii
---------------------------------------------------	-----

CHAPITRE 1

INTRODUCTION	1
De l'exclusion à l'inclusion	1
À propos des chiffres	3
Cadre d'action.....	3

CHAPITRE 2

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'INCLUSION	11
Changer les comportements.....	12
Une question de capacités	13
Soutenir les enfants et leur famille	13
Réadaptation à base communautaire	17
Technologie fonctionnelle	18
Conception universelle	18

CHAPITRE 3

UN FONDEMENT SOLIDE	23
Santé inclusive	23
Vaccination	23
Nutrition	24
Eau, assainissement et hygiène.....	25
Santé sexuelle et procréative et VIH/SIDA	26
Dépistage et intervention précoces	26
Éducation inclusive	27
Une action précoce.....	29
Collaborer avec les enseignants	32
Mobiliser les parents, les communautés et les enfants.....	33
Lignes de responsabilité	36

CHAPITRE 4

LES AXES FONDAMENTAUX DE LA PROTECTION	41
Mauvais traitements et violence	41
Établissements spécialisés et soins inadaptés	42
Justice inclusive	43

CHAPITRE 5

L'INTERVENTION HUMANITAIRE	49
-----------------------------------------	----

CHAPITRE 6

ÉVALUER LE HANDICAP DE L'ENFANT	63
Des définitions en mutation.....	63
Replacer le handicap dans son contexte	64
La collecte de données	65
Conception des questionnaires	66
Objet et conséquences	67
Perspectives d'avenir	68

CHAPITRE 7

UN PROGRAMME D'ACTION	75
La ratification et l'application des conventions	75
La lutte contre la discrimination	75
Éliminer les obstacles à l'inclusion.....	75
Mettre fin au placement des enfants handicapés dans des établissements spécialisés.....	77
Le soutien aux familles.....	80
Dépasser les normes minimales.....	81
Coordonner les services de soutien à l'enfant.....	81
Impliquer les enfants handicapés dans le processus de prise de décision	84
Une promesse mondiale et un test local.....	85

GROS PLAN

La violence à l'encontre des enfants handicapés	44
Risques, résilience et action humanitaire inclusive.....	52
Restes explosifs de guerre	54
Enseignements	69
De la détection à l'évaluation	70

POINT DE VUE

De pionnière à porte-drapeau de l'inclusion Nancy Maguire	4
Vivre avec l'albinisme, la discrimination et la superstition Michael Hosea	6
Je veux avoir de bons souvenirs Nicolae Poraico.....	8
Pour les jeunes sourds, la langue est fondamentale Krishneer Sen	20
Mon fils Hanif Mohammad Absar	30
Une nouvelle normalité Claire Halford	34
Aménager, adapter et autonomiser Yahia J. Elziq	38
Ségrégation et mauvais traitements dans les établissements spécialisés Eric Rosenthal and Laurie Ahern	46
Un pas après l'autre Chaeli Mycroft.....	60
Enfants autochtones handicapés : de l'invisibilité à l'intégration Olga Montufar Contreras.....	72
Ouvrir les portes de l'éducation et de l'emploi Ivory Duncan.....	78
De meilleures lois et technologies pour mettre fin à la « pénurie d'ouvrages » Kartik Sawhney.....	82
Les enfants handicapés et les droits de l'homme universels Lenín Voltaire Moreno Garcés.....	86

D'autres articles Point de vue et Gros plan sont disponibles à l'adresse <www.unicef.org/french/sowc2013/index.php>.

CHIFFRES

Taux estimé d'achèvement du primaire.....	12
Réadaptation à base communautaire	16
Produits de technologie fonctionnelle	19
Les enfants handicapés et l'enseignement secondaire.....	42
Les derniers à bénéficier de la réforme.....	43
Enfants victimes dans les pays les plus touchés par les mines et les restes explosifs de guerre, 2011.....	56
Enfants victimes dans les pays les plus touchés (1999–2011).....	57
Enfants victimes en fonction du type d'explosif.....	59
Quatre études de cas : pourcentage de la population présentant une forme de handicap	64
Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif : signatures et ratifications	76

RÉFÉRENCES

.....	88
-------	----

TABLEAUX STATISTIQUES

Vue d'ensemble	94
Classement selon le taux de mortalité des moins de 5 ans	99
Tableau 1 : Indicateurs de base.....	100
Tableau 2 : Nutrition	104
Tableau 3 : Santé.....	108
Tableau 4 : VIH/SIDA.....	112
Tableau 5 : Éducation.....	116
Tableau 6 : Indicateurs démographiques.....	120
Tableau 7 : Indicateurs économiques.....	124
Tableau 8 : Femmes	128
Tableau 9 : Protection de l'enfant.....	132
Tableau 10 : Le taux du progrès	136
Tableau 11 : Adolescents	140
Tableau 12 : Disparités – milieu rural/urbain.....	144
Tableau 13 : Disparités par niveau de richesse des ménages.....	148
Tableau 14 : Développement de la petite enfance.....	152

REMARQUES SUR LES TERMES

Conventions, protocoles facultatifs, signatures et ratifications.....	154
-----------------------------------------------------------------------	-----



Victor, 13 ans, atteint de paralysie cérébrale, joue dans l'eau au Brésil. © Andre Castro/2012.

INTRODUCTION

Les rapports comme celui-ci commencent généralement par des statistiques soulignant un problème. Les filles et les garçons auxquels est consacrée cette édition de *La Situation des enfants dans le monde* ne constituent pas un problème.

Ils sont plutôt cette sœur, ce frère ou cet ami qui a un plat, une chanson ou un jeu préféré; cette fille ou ce fils qui nourrit des rêves et veut les réaliser; cet enfant handicapé qui a les mêmes droits que tout autre enfant.

S'ils reçoivent les mêmes possibilités d'épanouissement, les enfants handicapés peuvent mener une vie enrichissante et contribuer à la vitalité sociale, culturelle et économique de leur communauté, comme l'attestent les témoignages personnels de ce rapport.

Il peut toutefois s'avérer particulièrement difficile pour ces enfants de survivre et de se réaliser. Ils sont plus exposés au risque de pauvreté que leurs pairs non handicapés. Lorsqu'ils sont confrontés aux mêmes problèmes que d'autres enfants, par exemple, la pauvreté ou l'appartenance à un groupe minoritaire, ils ont à surmonter plus d'obstacles du fait de leurs incapacités et des nombreuses contraintes imposées par la société. Ainsi, les enfants vivant dans la pauvreté comptent parmi ceux qui ont le moins de chances de profiter des avantages de l'éducation et des soins de santé; ajoutez à cela le handicap et ces enfants voient se réduire d'autant plus leurs chances d'avoir accès à l'école ou à la clinique de la communauté.

Dans de nombreux pays, les seules réponses à la situation des enfants handicapés sont souvent le placement dans des établissements spécialisés, l'abandon ou la négligence. Elles constituent le

véritable problème et sont basées sur des a priori paternalistes ou négatifs entretenus par l'ignorance, concernant l'incapacité, la dépendance et la différence. Si cet état de fait ne change pas, ces enfants continueront d'être privés de leurs droits, de souffrir de discrimination, de violence et de mauvais traitements, de disposer de possibilités réduites et d'être exclus de la société.

Il est donc nécessaire de s'engager en faveur des droits et de l'avenir de ces enfants en privilégiant les plus défavorisés, dans un souci d'équité et dans l'intérêt de tous.

De l'exclusion à l'inclusion

Les enfants handicapés se heurtent à différentes formes d'exclusion et en souffrent à des degrés divers en fonction du type de handicap, de l'endroit où ils vivent et de leur culture ou classe sociale.

L'appartenance sexuelle est également un facteur majeur : les filles ont moins de chances que les garçons d'être soignées et nourries et sont plus susceptibles d'être exclues des interactions et des activités familiales. Les filles et les femmes handicapées ont ainsi un « double handicap ». Elles subissent non seulement les mêmes préjugés et inégalités que de nombreuses personnes handicapées mais souffrent en outre des rôles traditionnels imposés aux hommes et aux femmes et des obstacles liés à leur sexe¹. Les filles handicapées ont également moins de chances de recevoir une éducation ou

une formation professionnelle ou de trouver un emploi que les garçons handicapés ou les filles sans handicap².

Ces formes et degrés variables d'exclusion ont tous en commun de définir et de juger une personne en fonction de ses manques et non en fonction de ses atouts. Les enfants handicapés sont souvent considérés comme inférieurs, ce qui les rend d'autant plus vulnérables. En effet, la discrimination basée sur le handicap se traduit par l'absence de ressources pour ces enfants, leur exclusion des processus décisionnels, voire par l'infanticide³.

L'exclusion est souvent la conséquence de l'invisibilité. Seuls quelques pays possèdent des informations fiables sur le nombre d'enfants handicapés au sein de leur population, sur la nature de leur handicap ou sur les répercussions de ce handicap sur leur vie. Dans certains pays, les familles élevant des enfants handicapés se heurtent à l'ostracisme. Pour cette raison, même des parents et des proches aimants peuvent rechigner à signaler le handicap de leur enfant, essayant ainsi de ne pas être rejetés ou de surprotéger l'enfant, voire les deux. Si l'enfant naît avec une incapacité, il arrive que la naissance

ne soit pas enregistrée. Ces enfants ainsi exclus sont inconnus des autorités et sont, par conséquent, privés des services éducatifs, sociaux et médicaux auxquels ils ont droit.

Ces privations peuvent avoir des conséquences à long terme, par exemple, en les empêchant d'accéder à un emploi rémunéré ou de participer à la vie publique à l'âge adulte. Pourtant, l'accessibilité et l'utilisation de services et de technologies adaptés peuvent encourager un enfant handicapé à prendre sa place et à s'investir au sein de la communauté.

L'avenir est loin d'être sombre. Il existe des moyens efficaces de bâtir des sociétés inclusives permettant aux enfants avec ou sans handicap de jouir de leurs droits sur un pied d'égalité. Les obstacles physiques, comportementaux et politiques sont en cours de démantèlement, un processus certes inégal et loin d'être achevé.

En s'engageant à respecter la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), les gouvernements des quatre coins du monde se sont engagés à garantir à tous les enfants,



Rahmatuallah, 14 ans, a perdu une jambe lors de l'explosion d'une mine terrestre. Il participe ici à un atelier de formation d'électricien dans un centre pour les enfants victimes de la guerre à Kandahar, en Afghanistan.
© UNICEF/AFGA2007-00420/Noorani

indépendamment de leur capacité ou handicap, la jouissance de leurs droits sans discrimination d'aucune sorte. En date de février 2013, 193 pays ont ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant et 127 pays, ainsi que l'Union européenne, la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Ces conventions témoignent d'un mouvement mondial croissant visant à inclure les enfants handicapés dans la vie communautaire. L'importance accordée à l'inclusion repose sur la reconnaissance que tous les enfants sont des membres à part entière de la société et que chaque enfant est un individu unique qui a le droit d'être respecté et consulté, a des compétences et des aspirations devant être développées, des besoins devant être pris en compte, et dont les contributions doivent être appréciées et encouragées. L'inclusion exige de la société qu'elle assure l'accessibilité universelle des infrastructures physiques, des informations et des moyens de communication pour qu'ils soient utilisables par tous, qu'elle élimine la discrimination afin que personne n'en soit plus victime, et qu'elle fournisse des services, un soutien et une protection de sorte que chaque enfant handicapé puisse jouir de ses droits, comme le reste de la population.

L'inclusion va au-delà de « l'intégration », qui consiste à faire accéder les enfants handicapés à un cadre déjà existant de normes et principes dominants. Dans le domaine de l'éducation, par exemple, le simple fait d'admettre ces enfants dans des écoles « classiques » peut constituer en soi une méthode d'intégration. L'inclusion va cependant plus loin et exige que la conception et la gestion des écoles visent à assurer à tous les enfants un apprentissage de qualité et des activités récréatives partagées. Les enfants handicapés bénéficient des aménagements nécessaires, comme l'accès au braille, à la langue des signes et à un programme scolaire adapté qui leur donne les mêmes chances d'apprendre et d'interagir.

L'inclusion bénéficie à tous et à toutes. Pour continuer avec l'exemple de l'éducation, l'installation de rampes et de portes larges peut améliorer l'accès et la sécurité de tous les enfants, des enseignants, des parents et des visiteurs de l'établissement et non pas uniquement des personnes en fauteuil roulant.

À propos des chiffres

D'après une estimation fréquemment utilisée, environ 93 millions d'enfants – ou 1 enfant âgé de 14 ans ou moins sur 20 – vivent avec un type de handicap modéré ou grave.

Ces estimations mondiales sont essentiellement spéculatives. Elles sont anciennes (celle citée ci-dessus date de 2004) et sont le résultat de données à la qualité trop variable et de méthodes trop incohérentes pour être fiables. Afin de fournir un contexte et d'illustrer les questions traitées, ce rapport présente les conclusions d'enquêtes nationales et d'études indépendantes. Il est toutefois recommandé de les interpréter avec prudence et de ne pas les comparer. En effet, la définition du handicap varie d'un endroit à l'autre et d'une année à l'autre, tout comme la conception des études, la méthodologie et l'analyse utilisées. Le chapitre 6 de ce rapport traite de ces questions et présente des initiatives prometteuses visant à améliorer la qualité et la disponibilité des données.

Un programme d'enseignement inclusif, centré sur les enfants et comprenant des représentations de personnes handicapées afin de refléter et de s'adresser à un échantillon vraiment représentatif de la société, peut élargir l'horizon non seulement des enfants dont le handicap limiterait autrement les ambitions ou les perspectives, mais également de ceux sans handicap qui apprennent à apprécier la diversité, ainsi que les compétences et la préparation nécessaires pour bâtir une société inclusive pour tous. Lorsque son niveau d'études lui permet de trouver un emploi ou d'autres moyens de subsistance, un enfant handicapé peut progresser et occuper sa place en tant que membre à part entière et de plein droit du monde adulte, producteur et consommateur de richesses.

Cadre d'action

Les enfants handicapés ne doivent pas être traités ni considérés uniquement comme des bénéficiaires de la charité. Ils ont les mêmes droits que les autres, y compris le droit à la vie et à des soins de santé, une nutrition et une éducation de qualité, le droit d'exprimer leurs opinions et de participer au processus décisionnel et le droit à une protection égale au regard de la loi. Ils se situent au cœur même

(suite page 9)

De pionnière à porte-drapeau de l'inclusion

Par Nancy Maguire



Nancy Maguire (Royaume-Uni) milite pour la cause des personnes handicapées. Assistante sociale diplômée, elle a décidé, après avoir voyagé à l'étranger, de défendre les droits des personnes handicapées, en particulier des jeunes femmes. Elle a collaboré avec des organisations de personnes handicapées en Asie et en Afrique du Sud et étudie pour une maîtrise en politiques du développement.

Je suis née à Londres en 1986. Je souffre d'une ostéogénèse imparfaite, couramment appelée « maladie des os de verre ». Les enfants frappés par cette maladie grandissent souvent protégés, certains diraient surprotégés, afin d'éviter toute possibilité de se blesser. Mes parents veillaient à ma sécurité, mais ils voulaient aussi que je puisse jouer, me faire des amis et avoir l'enfance la plus normale possible.

Dans les années 1980, l'éducation inclusive était encore un

concept relativement nouveau. On a conseillé à mes parents, comme à pratiquement tous les parents d'enfants handicapés, de m'envoyer dans une école spécialisée. Ma mère est enseignante et, après avoir visité l'établissement recommandé, elle était convaincue que j'y recevrais une éducation médiocre. Mes parents ont toujours pris ma sœur aînée Katy, qui n'est pas handicapée, comme point de repère pour déterminer ce qui me convenait : s'ils pensaient que quelque chose n'était pas assez bien pour Katy, il en allait de même pour moi.

J'ai été la première élève handicapée de mon école primaire et à de nombreux égards, je me suis sentie comme un cobaye de l'inclusion. Par exemple, le corps enseignant avait beau être favorable à mon inclusion dans tous les aspects de la vie scolaire, il manquait cependant d'expérience pour adapter l'éducation physique de manière à m'y faire participer efficacement.

Comme la plupart des enfances, la mienne n'a pas toujours été facile. J'ai beaucoup séjourné à l'hôpital et en dépit de l'approche « inclusive » de l'enseignement classique, je me sentais parfois exclue. Je n'ai ainsi pas pu assister à la fête de Noël de l'école maternelle parce que les enseignants craignaient que je ne me blesse.

Autre exemple, à la cantine du lycée, une table était réservée aux enfants handicapés. Les enseignants ne comprenaient pas pourquoi je m'obstinais à ne pas m'y asseoir. Cependant, malgré les revers et les obstacles, j'ai réussi à m'épanouir sur les plans éducatif et social.

On m'a toujours encouragée à essayer de nouvelles activités en dehors de l'école : j'ai fait de la natation, de la danse, du tennis en fauteuil roulant, du théâtre et du chant. J'étais souvent la seule enfant handicapée. Fait intéressant, mon degré de participation et de contribution à ces groupes m'a souvent amenée à les trouver plus inclusifs que l'école. Je me sentais acceptée et on trouvait toujours des moyens créatifs de me faire participer. Néanmoins, de nombreuses choses me semblaient difficiles à faire à cause de ma mobilité réduite. J'enrageais parfois de ne pas réussir à faire les choses aussi bien que les autres enfants. En grandissant, la timidité aidant, j'évitais les situations où mes difficultés étaient évidentes.

Lorsque j'étais adolescente, nombre de mes amies sont passées par plusieurs phases (gothique, insolence), qui consistaient à s'habiller et à agir de manière à attirer l'attention. Tandis qu'elles faisaient de leur mieux pour être différentes et se faire remarquer, je ne souhaitais

Les personnes handicapées deviennent de plus en plus visibles dans de nombreux domaines, comme la politique et les médias. Cette visibilité est impérative pour améliorer la perception qu'ont les enfants de ce qu'ils peuvent réaliser.

qu'une chose : être « normale » et m'intégrer. Du fait de mon handicap, j'ai suscité beaucoup d'attention. Dans la rue, les gens me dévisageaient souvent, faisaient des remarques et demandaient à mes parents quel était mon problème. Certains jours, je réussissais à ignorer ces comportements, mais quels que soient votre résilience et le soutien familial que vous recevez, il est impossible de ne pas en être affecté.

Adolescente, j'avais très peu d'amour-propre et détestais mon corps; mon surpoids important ne faisait qu'aggraver les choses. J'avais du mal à faire de l'exercice et, comme beaucoup de filles de mon âge, je cherchais du réconfort dans la nourriture. J'avais aussi intériorisé la terminologie médicale utilisée pour me décrire, en particulier le mot « difforme » (j'avais une déviation de la colonne vertébrale, corrigée depuis). À l'âge de 14 ans, j'ai souffert de troubles alimentaires, parce que je voulais perdre du poids et parce que mon poids m'apparaissait comme l'élément de mon aspect physique sur lequel je pouvais exercer un contrôle.

En dépit du soutien incroyable que m'ont apporté ma famille et mes amis, je ne considérais jamais mon handicap comme un élément positif. Je pensais que je devais le surmonter, comme une adversité. Je n'ai plus eu qu'une idée en tête : devenir le moins

handicapée possible. J'étais convaincue que si je pouvais marcher, ma vie serait beaucoup plus agréable. Mais l'ironie veut que maintenant que je n'utilise plus de fauteuil roulant, je suis, à bien des égards, plus consciente que jamais de mon handicap. Les gens continuent de faire des remarques parce que je suis petite et formulent des hypothèses sur ma vie et mes capacités; je dois toujours faire mes preuves, notamment au travail. Bien que je ne me définisse pas par mon handicap, il a influencé de manière cruciale la personne que je suis devenue et ce que j'ai accompli. Désormais, je l'accepte, je ne le considère plus comme quelque chose de négatif ou de gênant. À de nombreux égards, il a joué en ma faveur et m'a donné accès à des occasions qu'autrement je n'aurais peut-être jamais eues, comme l'écriture de cet article.

Chaque enfant a son expérience propre. Je suis issue d'une famille de la classe moyenne inférieure. Je suis née au Royaume-Uni, où j'ai eu accès à des soins médicaux gratuits et à un enseignement de qualité. Mais je crois fermement que les questions telles que l'appartenance, l'amour-propre et les aspirations transcendent les distinctions comme le sexe, la classe et la nationalité. Pour avoir une meilleure estime de soi, les enfants handicapés doivent

pouvoir participer et contribuer à tous les aspects de leur vie.

Les personnes handicapées sont de plus en plus visibles dans de nombreux domaines, comme la politique et les médias. Cette visibilité est impérative pour améliorer la perception qu'ont les enfants de ce qu'ils peuvent réaliser. Quand j'étais jeune, mon modèle était Stevie Wonder. Je l'admirais parce qu'en dépit de sa cécité, il était un musicien célèbre et respecté. Cependant, cela m'aurait été utile de voir des personnes handicapées ayant des professions courantes, comme des enseignants, des médecins ou des commerçants. Je pense que cela aurait également facilité la tâche de mes parents. Ma mère disait que lorsque j'étais enfant, elle évitait de penser à mon avenir parce que cela lui faisait peur. Elle croyait en moi mais craignait que mes options ne soient limitées.

Il s'avère que mon handicap ne m'a pas empêchée de faire tout ce qui est important. J'ai un diplôme d'assistante sociale, j'ai passé mon permis de conduire à 16 ans, j'ai quitté le domicile parental à 19 ans et j'ai vécu et travaillé en Asie et en Afrique. À l'avenir, j'espère militer pour la cause des enfants handicapés à l'échelle internationale, car je crois profondément à leurs droits fondamentaux inaliénables et à leur potentiel inexploité.

POINT DE VUE

Vivre avec l'albinisme, la discrimination et la superstition

Par Michael Hosea



Michael Hosea est né en 1995. Il est l'aîné d'une fratrie de six enfants et l'un des trois membres de sa famille proche atteints d'albinisme. Il vit à Dodoma, en République-Unie de Tanzanie, et est sur le point de terminer ses études secondaires. Il milite pour les droits des jeunes handicapés, en particulier ceux atteints d'albinisme, par le biais du réseau Leonard Cheshire Disability Young Voices.

Je suis né à Mwanza, la deuxième ville de la République-Unie de Tanzanie. Je suis l'aîné et vis avec mes frères, sœurs et mes parents à Dodoma, la capitale. Nous sommes une fratrie de six enfants; une de mes sœurs et un de mes frères sont également albinos.

Les difficultés provoquées par ma maladie rendent ma vie très difficile. Le soleil me gêne toujours et je dois me couvrir avec des vêtements épais, à manches longues et porter des lunettes de soleil pour protéger mes yeux.

J'ai également des difficultés à l'école. Parfois, je ne vois pas le tableau et je dois toujours m'asseoir à l'ombre. Les technologies permettant d'améliorer la vision, comme les lunettes, les loupes et le matériel informatique spécialisé, sont insuffisantes dans mon pays. Sans elles, les enfants albinos ont du mal à terminer leurs études et à trouver un emploi. Ma famille est pauvre et peine à rassembler l'argent nécessaire pour couvrir les frais de scolarité.

La manière dont les gens nous traitent rend notre vie encore plus difficile. La discrimination à l'égard des albinos est très répandue et parfois, je souffre de l'absence d'amis. De plus, certaines personnes croient à d'horribles mythes selon lesquels nous ne serions pas humains mais immortels, l'albinisme serait un châtiment des dieux et quiconque nous toucherait serait maudit.

Pire encore, des adeptes de la sorcellerie nous poursuivent, nous tuent et utilisent nos cheveux, des parties de notre corps et nos organes pour préparer des sortilèges et des potions. Depuis des siècles, certaines personnes croient qu'en amenant des parties du corps d'albinos à un sorcier guérisseur, elles deviendront

L'éducation est la clé pour faire cesser les meurtres, les mauvais traitements et la discrimination. Il est important que les gens, y compris les membres de ma famille élargie, comprennent que nous sommes des personnes comme les autres.

riches et prospères. Même s'il est aujourd'hui illégal de tuer des albinos, ces crimes n'ont pas cessé du fait de la cupidité des gens. Mais tout repose sur des mensonges : certaines personnes ont commis ces actes terribles sans que leur vie ne s'améliore.

Il y a quelques mois, grâce à l'intervention d'un ami de mon père, mon frère, ma sœur et moi-même avons échappé à un assassinat motivé par la sorcellerie. Cet ami a prévenu mon père que ses trois enfants albinos risquaient d'être attaqués et l'a prié de quitter Mwanza. Partir n'était pas une solution facile en raison de la situation financière précaire de mes parents, mais nous avons fait nos bagages et sommes partis à 3 heures du matin cette même nuit.

Nous avons parcouru les 500 kilomètres qui nous séparaient de Dodoma. Deux jours après, nous apprenions que des gens étaient entrés par effraction dans notre ancien domicile avec l'intention de nous assassiner.

Quand ils ont compris que nous nous étions enfuis, ils sont allés chez notre voisin le plus proche. Ce représentant local des albinos nous avait beaucoup aidés et avait vivement plaidé pour

nos droits au sein de notre communauté. Ils lui ont coupé les organes génitaux et les bras et l'ont laissé mourir. Nous avons appris son triste sort par un appel téléphonique d'un autre voisin. La nouvelle m'a tellement ému que j'ai beaucoup pleuré, mais que pouvais-je faire ? Telle est notre réalité.

Je ne comprends pas pourquoi on en arrive à de tels actes entre êtres humains. Mais je pense que l'éducation est la clé pour faire cesser les meurtres, les mauvais traitements et la discrimination. Il est important que les gens, y compris les membres de ma famille élargie, comprennent que nous sommes des personnes comme les autres. Nous sommes tous semblables.

Pour oublier les difficultés de la vie, j'aime composer des chansons et chanter. Je viens d'écrire une chanson sur les albinos et notre combat. Mon rêve est d'arriver un jour à enregistrer ma musique dans un studio et à diffuser mon message. Je prie pour que les gens du monde entier comprennent un jour que les albinos ne sont pas différents. Nous sommes tous des êtres humains et méritons d'être traités avec amour et respect.

Remarque :

L'albinisme est une maladie génétique rare commune à tous les groupes ethniques. L'absence de mélanine entraîne une pigmentation faible ou nulle des yeux, du système pileux et de la peau. Les albinos sont sensibles à la lumière vive et courent un risque plus élevé que la moyenne de développer un cancer de la peau dû à l'exposition au soleil. La plupart souffrent également de troubles oculaires. D'après Under the Same Sun, une organisation non gouvernementale canadienne, l'albinisme affecte 1 Tanzanien sur 2 000. Si la maladie ne limite pas en soi l'espérance de vie, en République-Unie de Tanzanie, les albinos vivent en moyenne une trentaine d'années.

Je veux avoir de bons souvenirs

Par Nicolae Poraico



Nicolae Poraico et son frère Grisha ont passé plusieurs années dans un centre pour enfants souffrant de handicaps mentaux en République de Moldova. Nicolae et son frère souffrent respectivement d'incapacité intellectuelle modérée et grave. En 2010, ils sont retournés auprès de leur mère dans le village de Lapusna, grâce à l'intervention de Community for All – Moldova programme, mis en œuvre par la Keystone Human Services International Moldova Association avec le soutien financier de l'Open Society Mental Health Initiative et de la Soros Foundation Moldova.

J'avais 11 ans quand je suis arrivé au centre avec mon frère Grisha. Aujourd'hui, j'en ai 16. Ma mère nous y a envoyés parce que nous n'avions pas assez d'argent pour acheter ou louer une maison et qu'elle devait travailler de nuit. Elle est souvent venue nous voir.

Je ne me rappelle pas du jour de mon arrivée. J'ai oublié beaucoup de choses de mon séjour là-bas et j'espère oublier le reste. Je veux avoir de nouveaux souvenirs, de bons souvenirs.

Pendant les vacances, la nourriture était bonne. Elle l'était aussi les autres jours; nous étions nourris quatre fois par jour. Après les repas, je nettoyais la cuisine.

Les instituteurs nous apprenaient des poèmes, des chansons et des jeux. Je peux réciter un poème sur Gigel et deux sur Maman.

Nous faisons la sieste de 13 à 16 heures. Je ne dormais pas. Je riais, parlais aux autres garçons. Je posais la tête sur l'oreiller, gardais les yeux ouverts et regardais les autres. Dans ma classe, nous étions 16 garçons et nous partagions le même dortoir.

Il y avait un garçon qui s'appelait Victor. Il travaillait à la cuisine. Nous sommes allés ensemble au stade situé non loin de là. Il m'a emmené moi, et personne d'autre. Il avait du pain et du lait caillé et nous avons mangé ensemble.

Quand ma mère est venue nous chercher mon frère et moi, Victor dormait et ne s'est rendu compte de rien. Il m'avait donné une photo de lui pour que je ne l'oublie pas, mais je l'ai laissée là-bas.

Parfois, les employés nous battaient. Je ne sais pas pourquoi. Ils m'ont tellement frappé qu'ils m'ont fait mal au dos. Je n'étais pas le seul. D'autres de mes camarades ont été blessés. Certains garçons avaient des couteaux. Certains frappaient les autres et parfois je me bagarrais avec eux. Que pouvais-je faire d'autre ? Ils auraient pu me tuer. Ils s'en sont pris à Grisha, mais je l'ai défendu.

Je ne voulais pas rester là-bas. Si ma mère nous y avait laissés, l'administration aurait pu nous envoyer dans des familles différentes et ma mère ne nous aurait plus jamais retrouvés. Mais j'aimerais me rendre au centre dans le seul but de voir Victor et de noter son numéro de téléphone.

J'aime être à la maison. Maintenant, je joue avec Colea, Igor et Dima. Ici, personne ne me frappe. Parfois, nous discutons de nos problèmes avec notre mère et lui demandons des conseils. Nous nous entendons très bien et je vais à l'école tous les jours. J'aime les cours d'éducation physique et de roumain. Je me réjouis d'être venu ici. Je suis content d'être à Lapusna.

(suite de la page 8)

des efforts visant à bâtir des sociétés inclusives et équitables, non seulement en tant que bénéficiaires, mais également en tant qu'acteurs du changement. Après tout, qui est mieux placé qu'eux pour comprendre leurs besoins et évaluer les mesures mises en place ?

Dans tout effort pour promouvoir l'inclusion et l'équité, les enfants handicapés doivent pouvoir compter sur le soutien de leur famille, d'organisations de personnes handicapées, d'associations de parents et de groupes communautaires et sur celui d'autres alliés. Les gouvernements ont le pouvoir de les aider en alignant leurs politiques et leurs programmes sur l'esprit et les dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et de la Convention relative aux droits de l'enfant, entre autres instruments internationaux qui abordent ou influencent la situation des enfants handicapés. Les partenaires internationaux peuvent proposer une aide conforme à ces conventions. Les entreprises ou autres entités du secteur privé peuvent contribuer à l'inclusion et attirer les acteurs les plus talentueux, en intégrant la diversité à leur politique de recrutement.

La communauté scientifique s'efforce d'améliorer la collecte et l'analyse des données. Son travail permettra de vaincre l'ignorance et la discrimination, de cibler les ressources et interventions et d'en évaluer les effets, pour assurer une attribution optimale des ressources et des services. Toutefois, les décideurs n'ont pas à attendre de disposer de données de meilleure qualité pour commencer à mettre en place des infrastructures et des services plus inclusifs : certains l'ont déjà montré, l'inclusion concerne et bénéficie à l'ensemble de la communauté, et ses éléments peuvent être appliqués à de nouveaux projets dans tous les domaines. Pour cela, il suffit que les initiatives conservent une certaine souplesse afin qu'elles puissent être adaptées au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles données.

Le prochain chapitre de ce rapport est consacré à l'exclusion et aux facteurs qui contribuent à sa propagation. Il présente en outre quelques principes philosophiques et pratiques fondamentaux. Les chapitres suivants, qui adoptent la même approche (identification des obstacles et solutions prometteuses), décrivent des aspects spécifiques de la vie des enfants handicapés. Le chapitre 3 s'intéresse

aux services éducatifs, nutritionnels et de santé qui permettent de jeter des bases solides sur lesquelles ces enfants peuvent s'appuyer pour vivre une vie pleine et épanouissante. Le chapitre 4 analyse les possibilités et les défis liés à la reconnaissance juridique et à la protection de ces enfants contre l'exploitation et les mauvais traitements. Le chapitre 5 traite de l'inclusion dans le contexte des crises humanitaires.

L'invisibilité des enfants handicapés est à l'origine de bon nombre des privations qu'ils subissent et elle les perpétue. La recherche dans ce domaine est manifestement insuffisante, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'absence de données factuelles qui en résulte entrave l'efficacité du processus d'élaboration des politiques et de la mise à disposition des services en faveur des enfants parmi les plus vulnérables. Le chapitre 6 analyse donc les problèmes auxquels se heurte la recherche et les possibilités qui s'offrent à elle, ainsi que les manières dont la collecte et l'analyse pertinentes des données peuvent contribuer à une visibilité accrue des enfants handicapés. Le chapitre 7, qui clôt cette édition de *La Situation des enfants dans le monde*, décrit les actions nécessaires et envisageables qui permettront aux gouvernements, à leurs partenaires internationaux, à la société civile et au secteur privé de faire progresser l'inclusion des enfants handicapés.



Wenjun, 9 ans, se promène avec sa mère adoptive en Chine. © UNICEF/CHINA/2010/Liu



Des enfants handicapés et non handicapés participent à la fête d'une école au Bangladesh. © UNICEF/BANA2007-00655/Siddique

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'INCLUSION

L'adoption d'une approche ancrée sur le respect des droits, des aspirations et du potentiel de tous les enfants peut contribuer à réduire la vulnérabilité des enfants handicapés à la discrimination, à l'exclusion et aux mauvais traitements.

La Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention relative aux droits des personnes handicapées remettent en question les approches charitables selon lesquelles les enfants handicapés sont des bénéficiaires passifs de soins et de protection. Elles prônent la reconnaissance de chaque enfant comme un membre à part entière de sa famille, sa communauté et sa société. Il faut pour cela mettre l'accent non pas sur des notions traditionnelles de « sauvetage » de l'enfant, mais sur des investissements visant à supprimer les barrières physiques, culturelles, économiques, comportementales, à la communication et à la mobilité qui empêchent la réalisation des droits de l'enfant, y compris le droit à participer activement aux processus décisionnels affectant sa vie quotidienne.

On entend souvent dire que lorsque vous changez, le monde autour de vous change. Sous-estimer les capacités des personnes handicapées constitue un obstacle majeur à leur inclusion. Ce comportement est présent non seulement dans la société dans son ensemble, mais également dans l'esprit des professionnels, des hommes politiques et d'autres décideurs. Il peut également se manifester au sein des familles, chez les personnes handicapées elles-mêmes et chez leurs pairs, notamment en l'absence d'éléments prouvant qu'elles sont appréciées et soutenues dans leur développement. Les comportements négatifs ou fondés sur un manque d'informations, qui sont à l'origine de privations telles que l'absence d'aménagements raisonnables pour les enfants handicapés, continuent de figurer parmi les principaux obstacles à la réalisation de l'égalité des chances.

Du fait des perceptions sociales négatives, les enfants handicapés peuvent souffrir d'isolement ou de harcèlement, avoir moins d'amis, être traités comme des parias par leur propre communauté, sans compter les niveaux accrus de stress que doivent gérer leurs familles. Les premières études sur la perception de ces enfants par leurs pairs révèlent que dès la maternelle, ils peuvent être délaissés en tant qu'amis ou camarades de jeux; la raison étant parfois que les autres enfants pensent qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas jouer ou interagir⁴. D'après une étude menée au Royaume-Uni, 70 pour cent des familles d'enfants handicapés pensaient que la compréhension et l'acceptation du handicap au sein de leur communauté étaient faibles ou insuffisantes et près de la moitié s'était heurtée à des obstacles pour accéder aux services de soutien tels que la garde d'enfants⁵. Dans le cadre d'une autre étude britannique datant de 2007 et ciblant les enfants ayant des besoins éducatifs spéciaux, 55 pour cent d'entre eux ont déclaré ne pas avoir été traités de manière équitable en raison de leur handicap⁶. À Madagascar, une étude a constaté que l'ignorance en matière de handicap était fréquente chez les parents et que pas moins de 48 pour cent des présidents des associations de parents pensaient, à tort, que le handicap est contagieux⁷. Au Viet Nam, une étude réalisée en 2009 dans la ville de Da Nang a montré la persistance des cas de stigmatisation et de discrimination et ce, en dépit des comportements généralement tolérants de la communauté à l'égard des enfants handicapés et de leur famille. Ainsi, certains croient que l'apparition en public d'enfants handicapés pendant

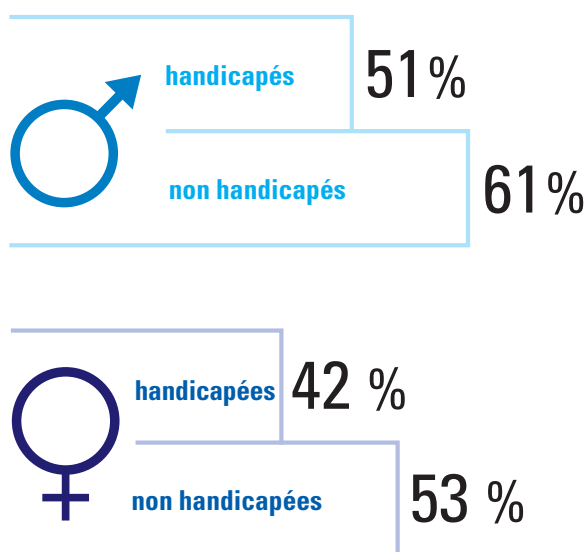
des fêtes telles que le Têt, qui marque le nouvel an lunaire, porte malheur⁸.

C'est donc sans surprise que l'on constate que la faible estime de soi et le sentiment d'isolement sont particulièrement fréquents chez les enfants handicapés. Aucun enfant ne devrait être défini par son handicap. Chaque enfant est unique et a le droit d'être respecté en tant que tel. Lorsque les sociétés adoptent des principes d'inclusion et mettent en pratique leur désir d'équité, les enfants handicapés peuvent avoir les mêmes droits et les mêmes choix que les autres enfants. Il importe au plus haut point pour le bon développement physique et intellectuel de chaque enfant de favoriser sa participation à la communauté et de lui proposer des solutions d'éducation, de culture et de loisirs. Lorsqu'un soutien spécialisé, par exemple, en matière de communication ou de mobilité, est nécessaire pour faciliter l'interaction et pour promouvoir la participation autonome aux activités quotidiennes, l'accès doit être disponible et gratuit pour tous.

Changer les comportements

Tant que les comportements au sein des communautés, des professionnels, des médias et des

Taux estimés d'achèvement du primaire



Source : Organisation mondiale de la Santé, sur la base d'enquêtes dans 51 pays.

gouvernements n'évolueront pas, la vie des enfants handicapés ne changera pas. L'ignorance quant à la nature et aux causes des incapacités, l'invisibilité des enfants, la profonde sous-estimation de leur potentiel et de leurs capacités et d'autres obstacles à l'égalité des chances et à l'égalité de traitement sont autant d'éléments qui continuent de bâillonner et de marginaliser les enfants handicapés. De grandes campagnes publiques de sensibilisation présentées, entre autres, par des enfants, parrainées par des gouvernements et soutenues par les parties prenantes de la société civile, peuvent éclairer, remettre en question et dénoncer ces obstacles à la réalisation des droits. En outre, les organisations de parents et de personnes handicapées peuvent jouer, et jouent souvent, un rôle fondamental dans les efforts visant l'acceptation et l'inclusion.

Or, intégrer le handicap aux discours politiques et sociaux permet de sensibiliser les décideurs et les prestataires de services et montre à la société dans son ensemble que le handicap « fait partie de la condition humaine⁹ ». On ne soulignera jamais assez l'importance de la participation des enfants handicapés. En effet, l'interaction permet de réduire les préjugés, comme l'ont démontré les activités qui rassemblent des enfants handicapés et non handicapés et favorisent des comportements plus positifs¹⁰. L'intégration sociale bénéficie à tous : si les sociétés cherchent à réduire les inégalités, elles devraient commencer par les enfants, qui peuvent être les plus à même de créer une société inclusive pour les générations futures. Par exemple, les enfants qui ont bénéficié d'une éducation inclusive seront les mieux placés pour réduire les inégalités au sein de la société.

Les médias inclusifs ont également un rôle important à jouer. Lorsque les livres pour enfants mettent en scène des enfants et des adultes handicapés, ils transmettent des messages positifs montrant que ces personnes font partie d'une famille et d'une communauté locale. Il est important pour les membres de tous les groupes, et en particulier ceux qui peuvent être en butte à la discrimination pour des raisons de race, de genre, de groupe ethnique ou de handicap, de figurer dans les livres d'histoires pour enfants et les manuels scolaires, même en tant que personnages secondaires, l'objectif étant simplement d'insister sur leur présence et leur participation. Les idées véhiculées par les livres, les films et les médias

contribuent de manière significative à l'enseignement des normes sociales aux enfants. À l'instar des notions implicites de hiérarchie entre les sexes et d'attentes traditionnelles liées au sexe véhiculées par les personnages féminins dans les principaux médias pour enfants, l'absence fréquente, les représentations incorrectes ou les stéréotypes sur les personnes handicapées créent et renforcent les préjugés sociaux et conduisent à sous-estimer le rôle et la place de ces personnes dans la société.

De même, la participation aux activités sociales aide à promouvoir une vision positive du handicap. Le sport, en particulier, a permis de surmonter de nombreux préjugés sociétaux. L'activité physique peut être un vecteur puissant de promotion du respect; il est motivant de voir un enfant surmonter les obstacles physiques et psychologiques à la participation, y compris l'absence d'encouragement et de soutien ou le manque d'équipement adapté. Une étude révèle ainsi que les enfants handicapés physiquement actifs sont considérés comme plus compétents que leurs camarades non handicapés¹¹. Nous devons cependant prendre garde à ne pas créer un environnement artificiel où les enfants handicapés réalisant des prouesses physiques sont encensés et où les autres sont amenés à se sentir inférieurs.

Le sport a également été un élément utile des campagnes de lutte contre la stigmatisation. Les athlètes handicapés figurent souvent parmi les représentants les plus reconnus des personnes handicapées. Ils sont nombreux à utiliser les Jeux paralympiques et les Jeux olympiques spéciaux pour faire campagne et pour s'ériger en modèles des enfants ayant des incapacités physiques ou intellectuelles. En outre, des expériences menées en Bosnie-Herzégovine, en Malaisie, dans la Fédération de Russie et en République démocratique populaire lao ont montré que l'accès au sport et aux loisirs ne se traduit pas seulement par un avantage direct pour les enfants handicapés, mais qu'il contribue également à améliorer leur statut au sein de la communauté, qui voit d'un bon œil le fait qu'ils participent aux côtés d'autres enfants à des activités valorisées par la société¹².

Encourager les enfants handicapés à participer aux activités sportives et récréatives en compagnie de tous leurs camarades ne relève pas seulement du changement de comportements. Il s'agit d'un droit

Une question de capacités

Au Monténégro, suite au lancement, en septembre 2010, de la campagne « Une question de capacités », les connaissances, les pratiques et les comportements publics à l'égard des enfants handicapés se sont améliorés. La campagne a rassemblé une vaste coalition de 100 organisations nationales et internationales, allant du Gouvernement monténégrin à l'Union européenne, au Conseil de l'Europe, à l'Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe, aux organismes des Nations Unies, aux ambassades, aux associations de parents d'enfants handicapés, à la presse écrite et aux médias électroniques, au secteur privé, aux fonctionnaires locaux et aux enfants handicapés et non handicapés. Une des initiatives de la campagne a consisté à couvrir le pays d'affiches montrant des enfants handicapés en tant que membres actifs de la société : athlètes, amis, musiciens, danseurs, étudiants, filles, fils, frères et sœurs.

En novembre 2011, une enquête mesurant les retombées de cette campagne a révélé une augmentation de 18 pour cent du nombre des personnes considérant les enfants handicapés comme des membres à part entière de la société. Elle indique en outre une amélioration du comportement à l'égard de ces enfants et de la communication entre ceux-ci et les personnes non handicapées.

et d'une disposition spécifique de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui exhorte les États parties à « faire en sorte que les enfants handicapés puissent participer, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, aux activités ludiques, récréatives, de loisir et sportives, y compris dans le système scolaire ».

Soutenir les enfants et leur famille

La Convention relative aux droits des personnes handicapées souligne le rôle de la famille en tant qu'unité naturelle de la société et le rôle de l'État pour soutenir les familles. Elle stipule que « les personnes handicapées et les membres de leur famille devraient recevoir la protection et l'aide nécessaires pour que les familles puissent contribuer à la pleine et égale jouissance de leurs droits par les personnes handicapées¹³ ».

Le processus visant à assurer la réalisation des droits d'un enfant handicapé, c'est-à-dire à l'inclure



Le regard de Marmane, 8 ans, dans un centre de réadaptation géré par l'organisation non gouvernementale internationale Médecins sans Frontières à Port-au-Prince, Haïti. © UNICEF/HQ2005-1970/LeMoyne

dans la vie de la communauté, débute donc par la création d'un environnement familial propice à une intervention précoce. Il requiert la stimulation et l'interaction avec les parents et les personnes s'occupant des enfants dès les premiers jours et les premières semaines suivant la naissance et tout au long des différentes phases du développement éducatif et récréatif des enfants. Même si l'inclusion est importante à tout âge, plus les enfants sont amenés à interagir rapidement avec leurs pairs et la société dans son ensemble, plus les avantages pour tous les enfants s'avéreront importants.

En vertu de la Convention relative aux personnes handicapées, les enfants handicapés et leur famille ont droit à un niveau de vie suffisant, qui inclut une alimentation, des vêtements et un logement appropriés. Ces enfants, ainsi que les personnes qui s'occupent d'eux, ont également droit à des services de soutien gratuits ou subventionnés, comme la garderie, la prise en charge de répit et l'accès à des groupes d'entraide.

La protection sociale pour les enfants handicapés et leur famille revêt une importance particulière en raison de frais de subsistance plus élevés et de la diminution des possibilités qu'ont leurs familles d'obtenir un revenu.

D'après les estimations, les coûts supplémentaires liés au handicap supportés par les familles varient de 11 à 69 pour cent des revenus au Royaume-Uni à 29 à 37 pour cent en Australie, 20 à 37 pour cent en Irlande, 9 pour cent au Viet Nam et 14 pour cent en Bosnie-Herzégovine¹⁴. Parmi ces coûts, citons les dépenses directes (par exemple, les traitements médicaux, les déplacements, la réadaptation ou l'aide aux soins) et les coûts d'opportunité, puisque les parents et autres membres de la famille doivent généralement quitter leur emploi ou réduire leur temps de travail pour s'occuper d'un ou plusieurs enfants handicapés¹⁵.

L'Organisation internationale du Travail estime que dans 10 pays à revenu faible et intermédiaire, le coût économique associé au handicap s'élève à 3-5 pour cent du produit intérieur brut¹⁶. Une étude menée sur 14 pays en développement a révélé que les personnes handicapées sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les personnes non handicapées¹⁷. Elles sont en outre généralement moins bien loties en termes d'éducation, d'emploi, de conditions de vie, de consommation et de santé. Au Malawi et en Ouganda, les ménages dont au moins un des membres présente un handicap sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que des ménages similaires n'incluant pas de personne handicapée¹⁸.

De façon générale, les ménages dont un ou plusieurs membres sont handicapés ont des revenus inférieurs aux autres ménages et courent un plus grand risque de vivre en dessous du seuil de pauvreté¹⁹. Dans les pays en développement, ils font également face à des frais de santé sensiblement plus élevés²⁰. Cela signifie que même un ménage qui se situe techniquement au-dessus du seuil de pauvreté, mais comprend une ou plusieurs personnes handicapées, peut en fait avoir un niveau de vie équivalent à celui d'un ménage pauvre n'incluant pas de personne handicapée.

Les données factuelles prouvent clairement que le fait de subir un handicap dès la naissance limite les chances d'une personne dans la vie. Les enfants

handicapés sont plus pauvres, ont un accès réduit à l'éducation et aux soins de santé et sont plus mal lotis à de nombreux égards (par exemple, ils sont plus susceptibles d'être confrontés à l'éclatement de la famille et aux mauvais traitements).

Les États peuvent s'attaquer au risque accru de pauvreté des enfants grâce à des initiatives de protection sociale, telles que les programmes de transfert en espèces, qui sont relativement faciles à gérer et sont assez souples pour s'adapter aux besoins spécifiques des parents et des enfants. Ils respectent également les droits décisionnels de ces deux groupes.

Les programmes de transfert en espèces s'avèrent avantageux pour les enfants²¹, bien qu'il soit difficile d'évaluer leur degré d'utilisation et leur utilité pour les enfants handicapés et les personnes qui s'occupent d'eux²². Un nombre croissant de pays à revenu faible et intermédiaire, encouragés par les résultats prometteurs de ces démarches plus générales, ont lancé des initiatives de protection sociale ciblées, parmi lesquelles les transferts en espèces destinés spécifiquement aux enfants handicapés. L'Afrique du Sud, le Bangladesh, le Brésil, le Chili, l'Inde, le Lesotho, le Mozambique, la Namibie, le Népal, la Turquie et le Viet Nam comptent parmi ces pays. Le type d'allocation et les critères d'attribution varient considérablement. Parfois, ils dépendent de

la gravité de l'incapacité dont souffre l'enfant. Le suivi et l'évaluation systématiques de l'incidence des transferts sur la santé, le niveau d'éducation et de loisirs des enfants handicapés seront essentiels pour s'assurer que ces programmes atteignent leurs objectifs.

Les gouvernements peuvent également avoir recours à une budgétisation propre au handicap. Par exemple, si l'un d'entre eux s'est engagé à garantir à tous les enfants une éducation gratuite et de qualité, il établira d'emblée des objectifs spécifiques pour les enfants handicapés et prendra soin d'allouer une part suffisante des ressources disponibles, entre autres, à la formation des enseignants, à l'accessibilité des infrastructures et des programmes d'enseignement, ainsi qu'à la mise à disposition et à l'adaptation d'appareils fonctionnels.

Il convient de proposer gratuitement un accès effectif à des services tels que l'éducation, les soins de santé, l'adaptation (formation et traitement permettant de réaliser les activités de la vie quotidienne), la réadaptation (produits et services contribuant à restaurer des fonctions suite à l'apparition d'une incapacité) et les loisirs de telle sorte qu'il favorise le plus largement possible l'intégration sociale et le développement de l'enfant, y compris son épanouissement culturel et spirituel. De telles mesures



Un jeune garçon albinos lit en braille à l'école, dans la ville de Moshi, en République-Unie de Tanzanie.
© UNICEF/HQ2008-1786/Pirozzi

peuvent favoriser l'inclusion au sein de la société, conformément à l'article 23 de la Convention relative aux droits de l'enfant, qui stipule que les enfants handicapés « doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité²³ ».

Les États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées se sont engagés à prendre des mesures pour éliminer la discrimination à l'égard des enfants handicapés et s'attacher en priorité à leur inclusion au sein de la société. De vastes stratégies nationales avec des résultats mesurables seront particulièrement à même d'assurer la réalisation des droits de tous les enfants. À l'échelle internationale, la coopération, l'échange d'informations et l'assistance technique, y compris l'amélioration de l'enseignement ou des approches communautaires de l'intervention précoce, contribueront à la réalisation de ces objectifs. Les programmes d'aide au développement centrés sur les enfants peuvent s'avérer utiles en tenant compte des besoins des enfants handicapés et de

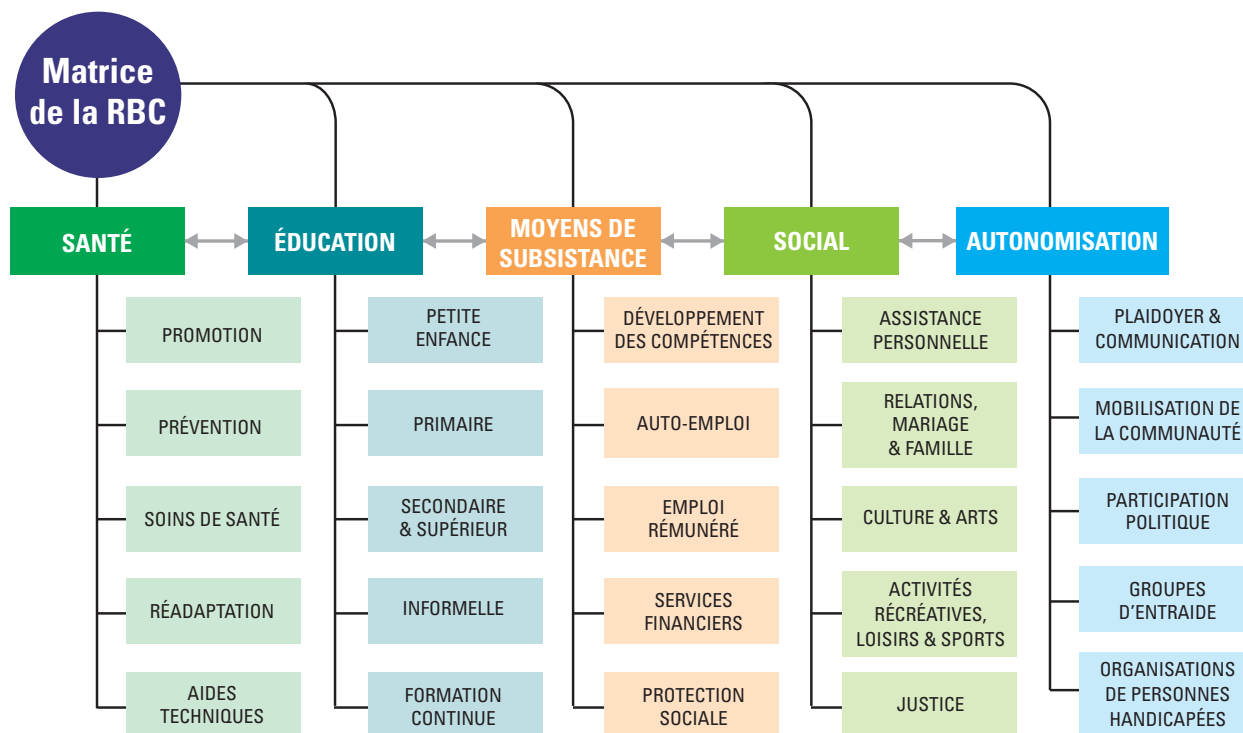
leur famille, en particulier dans les milieux à faible revenu, où les systèmes de protection et de promotion des droits de ces enfants peuvent laisser à désirer.

Un éventail d'institutions gouvernementales et non gouvernementales sont chargées de fournir des services aux enfants handicapés. Une coordination multisectorielle appropriée, comprenant les membres des familles, permet de veiller à ce que les services soient fournis à tous; elle doit en outre s'adapter à l'évolution des capacités et des besoins de l'enfant tout au long de sa croissance et de sa vie.

Réadaptation à base communautaire

Les programmes de réadaptation à base communautaire (RBC) sont conçus et gérés par les communautés locales, le but étant d'assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès à un ensemble de possibilités et de services de réadaptation, de santé, d'éducation et de moyens de subsistance. Lancée à la fin des années 1970 et au début des années 1980

Réadaptation à base communautaire



Source : Organisation mondiale de la Santé.



Une école maternelle inclusive à Nizhny Novgorod, Fédération de Russie. © UNICEF/RUSS/2011/Kochineva

par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la réadaptation à base communautaire est aujourd'hui mise en œuvre dans plus de 90 pays. Loin de confier exclusivement les soins à des établissements spécialisés et à des spécialistes, elle amène les communautés à participer, à collaborer et à s'approprier les activités visant à couvrir les besoins particuliers des personnes handicapées, le tout de manière autonome et décisive²⁴.

La RBC peut s'avérer efficace pour lutter contre de multiples privations. Les enfants handicapés vivant dans des communautés rurales et autochtones font face à de nombreux désavantages : leur handicap, l'appartenance à un groupe marginalisé et l'éloignement. Ils ont peu ou pas du tout accès aux services qui pourraient leur assurer développement, protection et participation à la vie de la communauté²⁵. Une initiative de sensibilisation mise en œuvre par le Centre de recherche et d'études supérieures en anthropologie sociale (CIESAS) d'Oaxaca, au Mexique, constitue un exemple de RBC destinée aux enfants handicapés autochtones, à leur famille et à leur communauté. En collaboration avec l'UNICEF et avec le financement de l'organisme d'aide sociale DIF-Oaxaca, le CIESAS a mis la RBC au service de l'inclusion des enfants handicapés dans quatre

communautés rurales isolées²⁶ abritant une forte population autochtone et affichant un faible indice de développement humain. Après une formation initiale, les équipes, composées d'un médecin, d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute, d'un éducateur et de deux militants communautaires parlant les langues autochtones locales, se sont rendues auprès des communautés et ont organisé des ateliers sur la discrimination, l'inclusion et les droits des enfants. Elles sont à l'origine de la création de réseaux locaux de soutien parmi les familles d'enfants handicapés et ont, le cas échéant, orienté des patients pour qu'ils reçoivent les traitements médicaux ou les thérapies appropriés. En l'espace de trois ans, de 2007 à 2010, cette initiative a contribué à une acceptation croissante des enfants autochtones handicapés par leur propre famille et leur communauté. Parmi les améliorations enregistrées, citons l'augmentation des services sociaux disponibles, l'accessibilité accrue des espaces publics grâce à la prise en charge par la communauté de la construction de rampes pour les utilisateurs de fauteuils roulants, l'accord des hôpitaux d'État et fédéraux de fournir des services gratuits aux enfants handicapés orientés dans le cadre du projet, et l'inscription de 32 enfants handicapés dans des écoles ordinaires²⁷.

Technologie fonctionnelle

En fonction de son type de handicap, un enfant peut avoir besoin d'un certain nombre d'appareils fonctionnels et de services d'aide (cf. page suivante). Cependant, d'après l'Organisation mondiale de la Santé, dans de nombreux pays à faible revenu, seules 5 à 15 pour cent des personnes ayant besoin de technologies fonctionnelles sont en mesure de les obtenir²⁸ en raison des coûts, qui peuvent être particulièrement réhabilitatoires dans le cas des enfants, qui doivent changer ou faire ajuster leurs appareils au fur et à mesure de leur croissance²⁹. Les enfants ont souvent moins de chances que les adultes d'avoir accès aux technologies fonctionnelles³⁰. Un article publié dans la section Point de vue sur le site Internet de l'UNICEF traite de la fourniture et de l'utilisation de ce type de technologie : <www.unicef.org/sowc2013>.

Conception universelle

Les approches inclusives reposent sur la notion d'accessibilité et visent à l'utilisation universelle des structures ordinaires plutôt qu'à la création

de systèmes parallèles. Un environnement accessible est essentiel pour que les enfants handicapés puissent exercer leur droit à participer à la communauté. Par exemple, leur éducation dépend du fait qu'ils puissent accéder à toutes les écoles. Lorsqu'ils étudient avec des enfants non handicapés, ils ont de bien meilleures chances de devenir des membres productifs de leur société et d'être intégrés dans la vie de leur communauté³¹.

L'accessibilité peut concerner la conception d'un environnement, d'un produit ou d'une structure. On entend par conception universelle la conception de produits et d'environnements utilisables par tous dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale. L'approche favorise une conception qui convient à toutes les personnes, quels que soient leur âge, leur capacité et leur situation.

Les principes de la conception universelle ont été développés par des architectes, des concepteurs de produits, des ingénieurs et des chercheurs en conception environnementale. Ils puisent dans plusieurs disciplines liées à la conception et



Liban, 8 ans, se déplace avec des béquilles depuis que l'explosion d'une bombe lui a arraché une jambe, Mogadiscio, Somalie. © UNICEF/HQ2011-2423/Grarup

Produits de technologie fonctionnelle

Catégorie	Exemples de produits
Mobilité	<ul style="list-style-type: none">• Canne, béquille, déambulateur, fauteuil roulant manuel et électrique, tricycle• Jambe ou main artificielle, attelle-étrier, attelle, attelle pour pied bot• Siège en coin, siège spécial, corset• Couverts et ustensiles de cuisine adaptés, bâton d'habillage, siège de douche, siège de toilettes, cadre de toilettes, bras robotisé d'alimentation
Vue	<ul style="list-style-type: none">• Lunettes, loupe, logiciel de grossissement de caractères pour ordinateur• Canne blanche, dispositif de navigation par GPS• Systèmes de braille pour lire et écrire, lecteur d'écran pour ordinateur, lecteur de livre audio, enregistreur et lecteur audio• Échiquier en braille, balles sonores
Ouïe	<ul style="list-style-type: none">• Écouteur, prothèse auditive• Téléphone amplifié, boucle audio
Communication	<ul style="list-style-type: none">• Carte de communication avec des textes, tableau de communication avec des lettres, des symboles ou des images• Dispositif électronique de communication avec des messages enregistrés ou synthétisés
Cognition	<ul style="list-style-type: none">• Listes de tâches, emploi du temps et calendrier avec des images, instructions à base d'images• Minuteur, dispositif de rappel automatique ou manuel, smartphone avec liste des tâches, emploi du temps, calendrier et enregistreur audio adaptés• Jeux et jouets adaptés

Source : Johan Borg; Organisation internationale de normalisation (2008), <http://www.iso.org/iso/fr/home/store/catalogue_tc/catalogue_tc_browse.htm?commid=53782>.

peuvent servir à guider le processus de conception ou à évaluer les créations existantes. Il existe sept principes : utilisation égalitaire; flexibilité d'utilisation; utilisation simple et intuitive; information perceptible; tolérance pour l'erreur; effort physique minimal; et dimensions et espace libre pour l'approche et l'utilisation.

Dans la pratique, la conception universelle peut se présenter sous forme d'abaissés ou de rampes de trottoir aménagés, de livres audio, de fermetures Velcro, d'armoires pourvues d'étagères coulissantes, de portes automatiques et de bus à plancher bas.

Assurer l'accessibilité des nouveaux bâtiments et des nouvelles infrastructures peut représenter un coût infime, ne dépassant pas un pour cent des frais de développement³². En revanche, l'adaptation des bâtiments déjà construits peut se révéler bien plus onéreuse, en particulier pour les plus petits bâtiments, et représenter jusqu'à 20 pour cent du coût initial³³. Il est par conséquent judicieux de considérer l'accessibilité des projets dès les premières phases du processus de conception. En outre, l'accessibilité doit être prise en compte dans le financement des projets de développement.

Pour les jeunes sourds, la langue est fondamentale

Krishneer Sen



Krishneer Sen, jeune militant sourd de Suva, Fidji, et bénéficiaire de la bourse World Deaf Leadership scholarship, étudie les technologies de l'information à l'université Gallaudet, aux États-Unis, après avoir été stagiaire à l'UNICEF Fidji en 2012.

L'accès aux informations et aux moyens de communication est essentiel à l'exercice des droits de tout citoyen. Faute de moyens d'acquérir des connaissances, d'exprimer ses opinions et ses revendications, il est impossible de recevoir une éducation, de trouver un emploi ou de participer à la vie publique.

Dans mon pays, Fidji, le manque d'accès aux informations et aux moyens de communication est l'obstacle principal auquel se heurtent les enfants sourds. Les technologies de l'information et de la communication (TIC), que j'étudie à l'université, aident les personnes sourdes aux quatre coins du monde et sont source de possibilités tout simplement inenvisageables il y a une génération. Lorsqu'elles sont disponibles, ces technologies offrent aux personnes sourdes la possibilité de communiquer et d'être en contact avec leurs amis, atténuent leur isolement et ouvrent la voie à leur participation à la vie politique, économique, sociale et culturelle. Les personnes sourdes qui n'y ont pas accès, parce qu'elles vivent dans des zones rurales, sont pauvres ou sont privées d'éducation, sont en proie à des sentiments de frustration et d'exclusion.

Mes compatriotes fidjiens sourds et moi-même avons un accès limité aux médias, aux services

d'urgence, voire à de simples conversations téléphoniques. En l'absence d'aides techniques comme les téléphones avec affichage de textes, nous dépendons de personnes sans handicap auditif qui font office d'interprètes ou avons recours aux messages textes. Cette situation ne changera pas tant que les politiques en matière de TIC et de médias visant les personnes handicapées ne deviendront pas l'une des priorités du gouvernement.

Les personnes malentendantes peuvent réussir et contribuer à la société tout comme les autres. Le développement de leurs capacités commence par l'éducation et la langue. Les enfants malentendants grandissant dans un monde pour personnes entendant, une éducation de qualité est indissociable du bilinguisme. À Fidji, les enfants malentendants devraient apprendre la langue des signes fidjienne, ainsi que les langues qu'apprennent les autres enfants (anglais, fidjien et hindi) et ce, dès leur plus tendre enfance. L'éducation bilingue aide les enfants malentendants à développer leurs capacités et à communiquer à l'aide des langues parlées par les personnes entendant : s'ils maîtrisent la langue des signes, ils apprendront plus facilement d'autres langues, comme l'anglais. Je pense que le bilinguisme donnera aux enfants

Nous devons rendre les médias plus accessibles aux enfants malentendants en sous-titrant et en interprétant en langue des signes les émissions télévisées et en créant des programmes pour enfants interprétés en langue des signes.

malentendants un meilleur accès à l'éducation dont ils ont besoin pour devenir des citoyens égaux aux autres.

Quand j'étais enfant, je regardais des dessins animés à la télévision fidjienne sans sous-titres ni interprètes en langue des signes. Ma famille ne maîtrisait pas la langue des signes. Plus tard, j'ai compris que mes difficultés à m'exprimer en anglais étaient dues au fait qu'à la maison, on ne m'avait pas appris exclusivement cette langue. Les parents peuvent jouer un rôle crucial pour aider leurs enfants malentendants à communiquer et à accéder aux informations; à l'instar des autres personnes qui interagissent avec ces enfants, ils doivent prendre l'initiative de recourir à la langue des signes pour communiquer au quotidien, à la maison et à l'école. Nous devons rendre les médias plus accessibles aux enfants malentendants en sous-titrant et en interprétant en langue des signes les émissions télévisées et en créant des programmes pour enfants interprétés en langue des signes. Il faut mettre en place un environnement libre d'obstacles à la communication. J'aimerais que la langue des signes fidjienne accompagne un éventail de programmes, allant des journaux télévisés aux dessins animés. Outre la télévision, les réseaux sociaux peuvent constituer un précieux outil pour

diffuser l'actualité fidjienne et internationale, et garantir l'accès de toutes les personnes, y compris celles qui présentent un handicap, aux informations sur la situation politique afin qu'elles puissent voter en connaissance de cause pendant les élections.

En mettant les TIC à la disposition des enfants malentendants, on peut contribuer à leur développement social et émotionnel, à leur apprentissage dans des écoles ordinaires et à leur préparation en vue d'un emploi futur. Il a suffi d'un cours d'informatique de base dans une école spécialisée pour faire basculer ma vie : c'est en effet sur Internet que j'ai appris l'existence de l'université Gallaudet, où j'étudie désormais.

Outre l'amélioration de l'éducation, les TIC aident les jeunes, sourds ou pas, à connaître leurs droits et à s'unir pour demander leur réalisation. En facilitant le militantisme, ces technologies peuvent permettre d'élever le statut des personnes handicapées au sein de la société au sens large et les aider à participer activement.

Mon rêve est de voir les personnes malentendantes communiquer librement avec des personnes entendant à l'aide de supports techniques. Quand j'aurai mon diplôme, mon projet est de mettre en place des technologies de communication

à Fidji afin de faciliter la communication entre les personnes entendant et malentendant à l'aide d'interprètes en langue des signes et d'appels vidéos. En collaboration avec l'association des personnes malentendantes de Fidji, dont je suis membre depuis longtemps, je plaiderai pour nos droits fondamentaux, nos possibilités et notre égalité.

Si nous voulons que le gouvernement accorde la priorité aux besoins des personnes malentendantes, nous devons plaider pour notre cause. Pour faciliter le militantisme de nos camarades sourds, nous devons apprendre aux enfants malentendants à utiliser la langue des signes et la ou les langues parlées par leur communauté, tout en nous efforçant d'élargir l'accès aux technologies qui peuvent les aider à trouver des informations et à communiquer avec les autres, qu'ils soient malentendants ou pas.



Une enseignante ayant une incapacité auditive donne un cours à des élèves malentendants à Gulu, Ouganda.
© UNICEF/UGDA2012-00108/Sibiloni

UN FONDEMENT SOLIDE

Une bonne santé, une nutrition satisfaisante et une formation solide : tels sont les fondements essentiels de la vie souhaités par les enfants et leurs parents et auxquels tous les enfants ont droit.

Santé inclusive

En vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, tous les enfants ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Il s'ensuit que les enfants handicapés ont le même droit que les autres de bénéficier de tout l'éventail des soins, allant de la vaccination dès la petite enfance à une nutrition et une prise en charge adéquates du handicap et des blessures survenant dans l'enfance, à la confidentialité des informations et des services en matière de santé sexuelle et procréative pendant l'adolescence et jusqu'au début de l'âge adulte. Les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène jouent un rôle tout aussi crucial.

Une approche inclusive de la santé a pour objectif de garantir que les enfants handicapés jouissent réellement de ces droits au même titre que les autres enfants. Il s'agit là d'une question de justice sociale et de respect de la dignité inhérente à chaque être humain, ainsi qu'un investissement dans l'avenir. Tout comme les autres enfants, les enfants handicapés sont les adultes de demain. Ils ont besoin d'être en bonne santé par principe, parce qu'une bonne santé est essentielle à une enfance heureuse et qu'elle enrichit leurs perspectives en tant que futurs producteurs de richesses et futurs parents.

Vaccination

La vaccination est un élément essentiel des efforts mondiaux de lutte contre la morbidité et la mortalité infantiles. Elle figure parmi les interventions de

santé publique les plus efficaces et rentables et peut sensiblement réduire la charge de morbidité et de mortalité, en particulier des enfants de moins de 5 ans. C'est la raison pour laquelle la vaccination est une pierre angulaire des initiatives de santé nationales et internationales. Jamais autant d'enfants n'en ont bénéficié. Cela a permis par exemple de faire chuter l'incidence de la polio, qui peut entraîner la paralysie permanente des muscles, de plus de 350 000 cas en 1988 à 221 cas en 2012³⁴.

Il reste cependant un long chemin à parcourir. Ainsi, en 2008, plus d'un million d'enfants de moins de cinq ans ont succombé aux infections à pneumocoque, aux diarrhées à rotavirus et à l'hémophilie de type B alors que la vaccination peut empêcher un grand nombre de ces décès³⁵.

L'inclusion des enfants handicapés dans les programmes de vaccination est non seulement éthique, mais également impérative pour la santé publique et l'équité : les objectifs de couverture universelle ne peuvent être atteints que si les programmes de vaccination ciblent également les enfants handicapés³⁶.

Si la vaccination est un moyen important de prévention des maladies entraînant un handicap, il est tout aussi important de vacciner les enfants handicapés. Malheureusement, de nombreux enfants handicapés continuent de ne pas tirer profit de l'augmentation de la couverture vaccinale bien qu'ils soient exposés, au même titre que les autres enfants, au risque de contracter des maladies infantiles. Non vaccinés ou partiellement vaccinés, ils sont susceptibles de

souffrir de retards de développement, de contracter des infections secondaires qui peuvent être évitées, voire, plus grave encore, de décéder d'une cause évitable³⁷.

Inclure des enfants handicapés dans les campagnes de sensibilisation à la vaccination permet de promouvoir la vaccination de ces enfants. Ainsi, les affiches des campagnes de vaccination et les supports promotionnels présentant des enfants handicapés et d'autres non handicapés peuvent contribuer à sensibiliser les esprits. Les efforts déployés pour faire comprendre au grand public l'importance que revêt la vaccination de chaque enfant doivent également cibler les parents par l'intermédiaire des campagnes de santé publique, des organisations de personnes handicapées et de la société civile, des établissements scolaires et des médias.

Nutrition

Dans le monde, on estime à environ 870 millions le nombre de personnes souffrant de malnutrition. Parmi elles, quelque 165 millions d'enfants de moins de cinq ans auraient un retard de croissance ou souffriraient de malnutrition chronique et plus

de 100 millions présenteraient une insuffisance pondérale. Une nourriture insuffisante ou un régime alimentaire déséquilibré, pauvre en vitamines et en minéraux (comme l'iode, la vitamine A, le fer et le zinc) peut exposer les nourrissons et les enfants à des pathologies spécifiques ou à des infections pouvant entraîner un handicap physique, sensoriel ou intellectuel³⁸.

On estime par exemple que, chaque année, entre 250 000 et 500 000 enfants risquent la cécité en raison d'une carence en vitamine A, un syndrome que l'on peut aisément éviter en distribuant des suppléments oraux qui ne coûtent que quelques centimes par enfant³⁹. Pour un montant aussi dérisoire, cinq centimes par personne par an, l'iodation du sel demeure la manière la plus économique de fournir de l'iode et de prévenir les troubles cognitifs chez les enfants vivant dans les zones déficitaires en iode⁴⁰. Ces mesures peu coûteuses aident non seulement les enfants handicapés, mais également les mères qui élèvent leurs enfants, en bas âge ou plus âgés, dans des circonstances difficiles.

Le retard de croissance du jeune enfant, défini par une taille insuffisante par rapport à l'âge, est le résultat d'une mauvaise nutrition et de la diarrhée.



Une jeune fille fait ses devoirs au Bangladesh. © Broja Gopal Saha/Centre for Disability in Development

Une étude couvrant de nombreux pays révèle que chaque épisode de diarrhée au cours des deux premières années de vie contribue au retard de croissance⁴¹, qui affecte environ 28 pour cent d'enfants de moins de cinq ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire⁴². Les conséquences du retard de croissance, telles que les mauvaises performances cognitives et scolaires, apparaissent lorsque les enfants sont très jeunes, mais ont des conséquences tout au long de la vie. Notons cependant que les initiatives communautaires visant à améliorer les pratiques de santé élémentaire se sont révélées efficaces pour réduire le retard de croissance chez les jeunes enfants⁴³.

La malnutrition des mères peut favoriser certaines maladies infantiles qu'il est pourtant possible de prévenir. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, environ 42 pour cent des femmes enceintes souffrent d'anémie et plus d'une sur deux présente une carence en fer⁴⁴. L'anémie affecte également plus de la moitié des enfants d'âge préscolaire dans les pays en développement. Il s'agit de l'une des premières causes de handicap dans le monde, et par conséquent, d'un grave problème mondial de santé publique⁴⁵. La malnutrition des mères allaitantes peut en outre contribuer à l'aggravation de la santé des nourrissons⁴⁶, augmentant le risque de maladies pouvant entraîner un handicap. Les mères en bonne santé peuvent aider à réduire l'incidence de certains handicaps et sont mieux préparées pour répondre aux besoins de leurs enfants.

Si la malnutrition peut être une cause de handicap, elle peut également en être la conséquence. En effet, les enfants handicapés courent un risque plus élevé de malnutrition. Par exemple, un nourrisson ayant une fente palatine peut avoir des difficultés à téter ou à absorber efficacement la nourriture. Les enfants atteints d'une infirmité motrice cérébrale peuvent avoir du mal à mâcher ou à avaler⁴⁷. Certaines maladies, comme la mucoviscidose, peuvent empêcher l'absorption de nutriments. Certains nourrissons et enfants handicapés ont besoin de régimes alimentaires spécifiques ou d'un apport calorique important pour conserver un poids de santé⁴⁸. Pourtant, ils sont parfois tenus à l'écart des initiatives communautaires de dépistage et d'alimentation. Ces enfants handicapés ne sont pas scolarisés et n'ont pas accès aux programmes d'alimentation à l'école.

La nutrition des enfants peut pâtir de l'association de facteurs physiques et comportementaux. Ainsi, certaines sociétés n'encouragent pas les mères à allaiter un enfant ayant un handicap. La stigmatisation et la discrimination peuvent également contribuer à ce qu'un enfant handicapé soit privé de nourriture, moins nourri ou reçoive des aliments moins nutritifs que ses frères et sœurs non handicapés⁴⁹. Les enfants présentant certains types de handicap physique ou intellectuel peuvent en outre avoir du mal à se nourrir seuls, manger plus lentement ou avoir besoin d'aide pour s'alimenter. Dans certains cas, il est probable que les symptômes interprétés comme étant dus à une mauvaise santé ou aux effets d'une maladie soient en réalité dus à un problème d'alimentation⁵⁰.

Eau, assainissement et hygiène

Même si l'on manque de documentation à ce sujet, il est largement reconnu que dans les pays en développement, les personnes handicapées se heurtent à des difficultés spécifiques pour accéder à de l'eau potable et aux installations sanitaires de base. Les enfants ayant des incapacités physiques ne sont pas toujours capables de s'approvisionner en eau ou de la porter sur de longues distances; parfois, les murs des puits et les robinets sont trop hauts. Les difficultés à manipuler le matériel ou les portes des toilettes, l'absence d'endroits où poser le récipient pendant qu'il se remplit d'eau ou l'absence de dispositifs auxquels s'accrocher pour garder son équilibre et éviter de tomber dans un puits, un étang ou des toilettes constituent d'autres difficultés. La longueur et la surface glissante des chemins, ainsi qu'un éclairage insuffisant peuvent également entraver l'utilisation des latrines par les enfants handicapés.

Les obstacles auxquels se heurtent les personnes handicapées vont au-delà des aspects physiques et de conception. Les barrières sociales varient d'une culture à l'autre. Les enfants handicapés sont fréquemment confrontés à la stigmatisation et à la discrimination lorsqu'ils utilisent des infrastructures domestiques et publiques, en raison des craintes injustifiées de voir ces enfants les contaminer. Lorsque les enfants ou les adolescents handicapés, notamment les filles, sont obligés d'utiliser d'autres installations que le reste de la famille ou à des moments différents, ils courent un risque plus

élevé d'avoir un accident ou d'être agressés physiquement, voire violés. Dans ces environnements, les obstacles à l'accès à l'eau ou à l'assainissement auxquels se heurtent les enfants handicapés peuvent varier en fonction du contexte culturel ou géographique, ainsi que du type de handicap. Un enfant ayant une incapacité physique peut avoir le plus grand mal à utiliser une pompe à eau ou des latrines extérieures; un enfant sourd ou ayant un handicap intellectuel peut ne pas avoir de problèmes physiques mais être vulnérable aux moqueries ou aux mauvais traitements et cesser d'accéder à ces installations.

Il est possible que certains enfants handicapés ne soient pas scolarisés par manque de toilettes adaptées. Ils déclarent qu'ils essaient de moins manger et boire afin de réduire le nombre de fois où ils doivent se rendre aux toilettes, en particulier s'ils doivent pour cela demander de l'aide à quelqu'un malgré les risques que cela représente pour leur état nutritionnel. Le fait qu'à certains endroits, les nouvelles installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) continuent d'être conçues et



Beatriz, une fillette de 10 ans atteinte de paralysie cérébrale, fait des bulles de savon au Brésil. © Andre Castro/2012.

construites sans tenir compte des enfants handicapés constitue un autre sujet de préoccupation. Des interventions à faible coût et peu techniques destinées aux personnes handicapées sont de plus en plus souvent disponibles, par exemple les latrines surélevées et les pompes à eau faciles à utiliser. Ces données n'ont cependant pas encore été largement diffusées parmi les professionnels des programmes WASH, ni intégrées dans les politiques et les pratiques en la matière⁵¹.

Santé sexuelle et procréative et VIH/SIDA

Les enfants et les jeunes atteints d'un handicap physique, sensoriel, intellectuel ou psychosocial sont presque entièrement ignorés par les programmes de santé sexuelle et procréative et de lutte contre le VIH/SIDA. On estime souvent, à tort, qu'ils sont sexuellement inactifs, qu'ils ne consomment pas d'alcool ni de drogues et qu'ils sont moins exposés aux mauvais traitements, à la violence ou au viol que leurs pairs non handicapés et, par conséquent, qu'ils ne sont pas menacés par le risque d'infection au VIH⁵². Il en résulte qu'ils courent un risque accru de devenir séropositifs.

Les personnes handicapées séropositives, quel que soit leur âge, sont moins susceptibles de bénéficier d'une prise en charge adaptée que les personnes sans handicap. Les centres de conseil, de dépistage et de traitement prennent rarement en compte leurs besoins et le personnel de santé n'est généralement pas formé pour s'occuper d'enfants et d'adolescents handicapés⁵³.

De nombreux jeunes handicapés n'ont même pas accès aux informations élémentaires sur le développement et la transformation de leur corps. Une éducation structurée en matière de santé sexuelle et procréative et de relations sexuelles est rarement incluse dans les programmes scolaires et lorsqu'elle l'est, les enfants handicapés n'y ont pas toujours accès. Dans de nombreux cas, on leur a enseigné à se taire et à obéir et ils ne sont pas habitués à fixer des limites dans leurs contacts physiques avec les autres⁵⁴. Il en résulte un risque accru de mauvais traitements, comme l'illustre une étude réalisée en Afrique du Sud, qui révèle que les jeunes sourds présentent un risque plus élevé de développer une infection au VIH⁵⁵.

Dépistage et intervention précoces

Au cours des trois premières années de leur vie, les enfants se développent rapidement, d'où l'importance d'un dépistage et d'une intervention précoces. La surveillance du développement est une manière efficace de détecter un handicap chez les enfants⁵⁶. Elle peut avoir lieu dans les centres de soins de santé primaire, par exemple, à l'occasion des vaccinations, ou dans les centres de santé communautaires lors du suivi de la croissance. L'objectif est d'identifier les enfants à risque, de les aiguiller vers d'autres professionnels qui réaliseront une évaluation plus approfondie ou, le cas échéant, une intervention et de fournir aux familles des informations cruciales sur le handicap. Le dépistage comprend des examens de la vue et de l'ouïe, l'évaluation des progrès atteints par rapport à une série de jalons du développement, comme s'asseoir, se lever, ramper, marcher, parler ou manier des objets.

Dans les pays à revenu élevé, les systèmes de soins de santé permettent généralement d'identifier et gérer de manière précoce les problèmes de développement de l'enfant. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, on constate une disponibilité accrue des mesures permettant d'améliorer le développement des jeunes enfants, comme le traitement de la carence en fer, la formation du personnel soignant et la mise en place de la réadaptation à base communautaire⁵⁷.

Des études récentes réalisées dans des pays à revenu faible et élevé révèlent que jusqu'à 70 pour cent des enfants et des adultes à qui l'on vient de diagnostiquer une épilepsie peuvent être soignés efficacement (c'est-à-dire que les attaques sont totalement contrôlées) grâce à des médicaments antiépileptiques. Après deux à cinq ans d'un traitement concluant, environ 70 pour cent des enfants et 60 pour cent des adultes peuvent renoncer aux médicaments sans danger de rechute. Pourtant, dans les pays à revenu faible, à peu près trois quarts des personnes épileptiques sont privées du traitement dont elles ont besoin⁵⁸. Les traitements existent, mais leur diffusion fait souvent défaut.

Loin d'être des domaines de la médecine isolés des autres, le dépistage et le traitement des incapacités

font partie intégrante de la santé publique. Néanmoins, les responsables politiques et les chercheurs définissent généralement ces mesures comme empiétant sur les ressources pouvant être destinées à promouvoir la santé des personnes non handicapées⁵⁹. Cette attitude ne fait que perpétuer la discrimination et les inégalités.

Les enfants handicapés qui surmontent la discrimination et les autres obstacles les empêchant d'accéder aux soins de santé, constatent parfois la mauvaise qualité des services. Les enfants devraient être invités à donner leur opinion afin que les installations et les services soient améliorés pour répondre à leurs besoins. En outre, le personnel de santé et les autres professionnels s'occupant des enfants gagneraient à être formés aux multiples aspects du développement et des handicaps de l'enfant et à fournir des services intégrés, dans la mesure du possible avec la participation de la famille élargie. La coopération internationale peut jouer un rôle important dans les démarches d'amélioration de la qualité des services accessibles aux enfants présentant, ou étant susceptibles de présenter, un handicap, et pour faire évoluer l'approche concurrentielle d'attribution des ressources citée dans le paragraphe précédent.

Éducation inclusive

L'éducation est la voie d'accès à une participation pleine et entière à la société. Elle revêt une importance particulière dans le cas des enfants handicapés, qui souffrent souvent d'exclusion. Plusieurs des avantages de la scolarisation s'intensifient avec le temps (par exemple, permettre de garantir des moyens de subsistance à l'âge adulte), mais d'autres s'imposent presque immédiatement. La présence de ces enfants à l'école contribue de manière importante à corriger des idées fausses entravant l'inclusion et permet à leurs parents et aux personnes qui s'occupent d'eux de se consacrer à d'autres activités, parmi lesquelles gagner leur vie et se reposer. En principe, tous les enfants ont le même droit à l'éducation. Dans la pratique, les enfants handicapés en sont privés de manière disproportionnée, ce qui compromet leur capacité à jouir pleinement de leurs droits de citoyens et à jouer un rôle valorisant au sein de la société, principalement par le biais d'un emploi rémunéré.

Les données issues d'enquêtes menées auprès de ménages dans 13 pays à revenu faible et intermédiaire montrent que les enfants handicapés âgés de 6 à 17 ans sont beaucoup moins susceptibles d'être scolarisés que leurs camarades non handicapés⁶⁰. Au Malawi, une étude révèle qu'un enfant handicapé a deux fois moins de chances d'être scolarisé qu'un enfant non handicapé. De même, d'après une autre étude réalisée en République-Unie de Tanzanie en 2008, le nombre d'enfants handicapés scolarisés dans le primaire accédant à l'enseignement supérieur était deux fois moins important que celui des enfants non handicapés⁶¹.

Tant que les enfants handicapés seront privés d'un accès égal aux établissements scolaires locaux, les gouvernements ne seront pas en mesure de réaliser le deuxième Objectif du Millénaire pour le développement (OMD 2), à savoir l'éducation primaire universelle, et les États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ne pourront assumer leurs responsabilités au titre de l'article 24⁶². Dans un récent rapport de suivi sur l'état de la Convention relative aux droits de l'enfant, le Secrétaire général des Nations Unies reconnaît que « les enfants handicapés continuent de se heurter à de graves problèmes dans la réalisation de leur droit à l'éducation » et qu'ils constituent « l'un des groupes les plus marginalisés et exclus en matière d'éducation⁶³ ».

Bien que la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention relative aux droits des personnes handicapées plaident vigoureusement la cause de l'éducation inclusive, elles peuvent être parfois utilisées à mauvais escient pour justifier l'existence prolongée d'une filière éducative distincte. Ainsi, on peut invoquer que les enfants dans les pensionnats spécialisés exercent leur droit à être « inclus » dans le système éducatif, bien que cela constitue une violation de leur droit à vivre avec leur famille et à faire partie de leur propre communauté.

L'éducation inclusive consiste à offrir à tous les élèves les mêmes possibilités d'apprentissage au sein du système scolaire ordinaire. Idéalement, les enfants handicapés et non handicapés assistent aux mêmes cours appropriés pour leur âge à l'école locale et bénéficient d'un soutien individuel adapté en fonction des besoins. Des aménagements physiques sont réalisés – par exemple, les rampes remplacent les escaliers et les portes gagnent en largeur pour faciliter les déplacements des utilisateurs de fauteuils roulants – et un nouveau programme d'enseignement centré sur les enfants est mis en place, qui met en scène tout l'éventail des personnes présentes dans la société (pas seulement celles qui ont un handicap) et qui reflète les besoins de tous les enfants. Dans une école inclusive, les élèves, en petit nombre dans chaque classe, collaborent



Des élèves étudient les mathématiques en braille à l'Ouest du Bengale, en Inde. © UNICEF/INDIA2009-00026/Khemka

et se soutiennent les uns les autres au lieu de se faire concurrence; les enfants handicapés ne sont tenus à l'écart ni dans les salles de classe, ni pendant le déjeuner ni dans la cour de récréation.

Des études réalisées dans plusieurs pays font état du lien direct entre la pauvreté et le handicap⁶⁴, lequel est également lié au sexe, à la santé et à l'emploi. Les enfants handicapés sont souvent happés dans un engrenage de pauvreté et d'exclusion : par exemple, les filles s'occupent de leurs frères et sœurs au lieu d'aller à l'école ou l'ensemble de la famille souffre de la stigmatisation, et devient réticente à déclarer le handicap d'un enfant ou à se montrer en public en sa compagnie⁶⁵. L'éducation de ceux qui sont exclus ou marginalisés contribue cependant à la réduction de la pauvreté⁶⁶.

Les approches inclusives de l'éducation ont reçu de nombreux soutiens à l'échelle mondiale, y compris lors de la Conférence mondiale sur les besoins éducatifs spéciaux de 1994⁶⁷ et, depuis 2002, par l'intermédiaire de l'initiative mondiale Éducation pour tous, pour ce qui est du droit à l'éducation des personnes handicapées⁶⁸. Ces approches ne sont en aucun cas un luxe accessible uniquement aux personnes privilégiées ou vivant dans les pays à revenu élevé. On trouve des exemples d'éducation inclusive dans toutes les régions du monde. Afin d'optimiser l'inclusion potentielle des personnes exclues, toutes ces initiatives doivent appliquer les principes de la conception universelle aux systèmes et aux environnements pédagogiques, comme l'illustre l'infographie publiée à l'adresse suivante : <www.unicef.org/french/socw2013>.

Une action précoce

Les premières étapes vers l'inclusion commencent à la maison au cours des premières années de vie. Si les enfants handicapés sont privés de l'amour, de la stimulation sensorielle, des soins de santé et de l'inclusion sociale auxquels ils ont droit, ils risquent de ne pas atteindre certains jalons importants de leur développement et leur potentiel peut être injustement limité, ce qui entraîne des conséquences sociales et économiques qui les affectent, ainsi que leur famille et leur communauté.

L'enfant dont le handicap ou le retard de développement est décelé de manière précoce aura plus de



Au Togo, grâce à l'intervention d'une organisation locale de personnes handicapées et de partenaires internationaux, Ashiraff peut exercer son droit à l'éducation et joue avec ses amis à l'école. © UNICEF/Togo/2012/Brisno

chances d'atteindre sa pleine capacité. L'éducation de la petite enfance, qu'elle soit publique, privée ou communautaire, doit être conçue pour répondre aux besoins individuels des enfants. Cette étape de la vie est importante car environ 80 pour cent de la capacité cérébrale se développe avant l'âge de trois ans et parce qu'avant l'école primaire, il est possible d'adapter l'éducation en matière de développement aux besoins des enfants. Des études ont révélé que les enfants les plus défavorisés sont susceptibles d'en tirer le plus grand bénéfice⁶⁹.

L'éducation de la petite enfance ne se limite pas aux écoles maternelles et aux garderies; en effet, l'environnement familial joue un rôle fondamental pour stimuler et faciliter le développement de l'enfant. Des études réalisées au Bangladesh⁷⁰, en Chine⁷¹, en Inde⁷² et en Afrique du Sud⁷³ ont montré qu'une meilleure interaction entre la mère et l'enfant et l'augmentation des activités favorisant le développement contribuent à l'épanouissement cognitif des jeunes enfants dans toute une série d'environnements, allant du domicile au centre de santé⁷⁴.

Les préjugés anciens et les faibles attentes que suscitent les enfants handicapés ne doivent pas entraver le développement de la petite enfance. Il est évident que les enfants handicapés bénéficiant du soutien de leur famille et de la communauté dès les

(suite page 32)

Mon fils Hanif

Par Mohammad Absar



Mohammad Absar vit dans le village de Maddhyam Sonapahar, dans la province de Mirershorai, au Bangladesh. Il a trois fils et trois filles et subvient aux besoins de sa famille grâce à son petit commerce de thé.

Mon fils Hanif a 9 ans et est en deuxième année d'école primaire. Lorsqu'il avait 4 ans, il s'est blessé en jouant. Il s'est plaint d'une douleur à la jambe, qui a enflé et est devenue rouge. Nous l'avons emmené à l'hôpital de Chittagong. Les médecins ont essayé de sauver sa jambe, mais elle était gravement infectée et ils ont fini par décider de l'amputer.

Suite à l'amputation de sa jambe, les autres enfants tourmentaient Hanif : ils le traitaient de « boiteux » ou de « gars sans jambe » et le jetaient par terre quand il essayait de jouer avec eux. Ils se moquaient également de son

frère, qui souffre de maladie mentale. Cette situation ne cessait de m'attrister et exaspérait ma femme. Elle se querellait avec quiconque critiquait ses enfants. Quant à Hanif, il ne voulait plus sortir. Il était malheureux.

La situation a commencé à s'améliorer quand une organisation non gouvernementale (Organization for the Poor Community Advancement, OPCA) a commencé à organiser des réunions dans notre région pour sensibiliser au handicap et favoriser une approche positive des personnes ayant des besoins spécifiques.

Un agent de réadaptation de l'OPCA est venu chez nous en compagnie d'un instituteur de l'école primaire. Ils nous ont encouragés à scolariser Hanif. L'école primaire se trouvant à 500 mètres de chez nous, je portais mon fils tous les matins. J'ai ouvert un petit magasin près de l'école afin de pouvoir le ramener à la maison en fin de journée. Au début, Hanif a rencontré beaucoup de problèmes à l'école. Ses camarades, comme les enfants de notre quartier, se moquaient de lui et l'insultaient.

Un jour, un agent de réadaptation nous a dit que notre fils pouvait obtenir une jambe artificielle auprès du Centre for Disability in Development (CDD), une organisation non gouvernementale

basée à Dhaka. Nous nous sommes déplacés jusqu'à la capitale, où Hanif a reçu une prothèse et a suivi une formation de plusieurs jours. On lui a également donné des béquilles. Son moignon est assez petit et il a un peu de mal à monter les escaliers. Mais, à part ça, il peut désormais pratiquement tout faire tout seul.

Les premiers jours, les gens le regardaient dans la rue, surpris de le voir marcher à nouveau. Moi-même, je n'avais jamais envisagé cette possibilité. Certains voisins sont venus chez nous simplement pour voir la prothèse.

Depuis qu'Hanif marche à nouveau et participe à toutes sortes d'activités, les enfants ont cessé de l'insulter et de le jeter par terre. Je n'ai plus besoin de le porter jusqu'à l'école; il s'y rend seul et ses camarades l'accompagnent volontiers. Le plus important, c'est qu'il est plus heureux et confiant. Sa jambe artificielle lui permet d'être indépendant et il ne se sent plus inférieur aux autres enfants. Il obtient de meilleurs résultats scolaires et peut faire du sport avec les autres enfants, jouer au cricket et au football.

Un agent de réadaptation s'est rendu à plusieurs reprises dans l'école d'Hanif pour y animer des réunions de sensibilisation

Hanif est l'exemple vivant qu'avec un soutien et des encouragements adéquats, les personnes handicapées peuvent jouer le rôle qui leur revient au sein de la société.

au handicap et à l'importance de l'éducation inclusive. L'environnement d'Hanif est plus adapté à son handicap qu'il ne l'a jamais été. L'école tente de s'adapter à ses besoins. Par exemple, étant donné qu'il a du mal à monter les escaliers, le proviseur a accepté de situer au rez-de-chaussée un cours qui à l'origine était prévu au premier étage.

À l'école, Hanif aime dessiner. Pendant la récréation et en dehors de l'école, il adore jouer. Plus tard, il veut enseigner, comme ses idoles, M. Arup et M. Shapan, ses instituteurs. Ils ont beaucoup d'estime pour lui et font tout leur possible pour l'aider. Notre famille étant très pauvre, sa jambe artificielle et tous les frais annexes ont été pris en charge par le CDD par le biais du projet Promoting Rights for Persons with Disabilities (Promouvoir les droits des personnes handicapées), financé par la Fondation Manusher Jonno. Lorsqu'Hanif a des problèmes avec sa prothèse, des agents de réadaptation nous rendent visite et s'en occupent. Ils ont adapté sa jambe artificielle à sa croissance.

Le Département des services sociaux de notre district verse en outre à Hanif une allocation d'invalidité de 300 taka mensuels. Je l'accompagne à l'agence bancaire locale où il perçoit

son allocation. Il aura besoin d'un soutien supplémentaire pour pouvoir continuer ses études sans interruption.

Je souhaite par-dessus tout que mon fils ait une bonne formation. L'éducation lui donnera les moyens de mener une vie digne de ce nom. Je pense que l'idéal pour Hanif serait d'avoir un emploi de bureau pour qu'il évite de se déplacer ou de se tenir debout trop longtemps. Peut-être travaillera-t-il pour une organisation comme le CDD, où l'environnement est totalement adapté aux personnes handicapées. J'y ai vu des employés ayant différents types de handicap. Un

tel environnement aiderait mon fils à travailler en donnant le meilleur de lui-même et constituerait un poste sûr et respectable. Il peut devenir une source d'inspiration pour d'autres personnes. Hanif est l'exemple vivant qu'avec un soutien et des encouragements adéquats, les personnes handicapées peuvent jouer le rôle qui leur revient au sein de la société.



Hanif participe à un cours. © Centre for Disability in Development

premiers jours de leur vie sont mieux placés pour profiter pleinement de leur scolarité et être préparés à affronter l'âge adulte.

Collaborer avec les enseignants

Les enseignants étant un, voire le, principal élément de l'environnement d'apprentissage des enfants, il importe donc qu'ils maîtrisent la notion d'éducation inclusive et qu'ils s'engagent fermement à enseigner à tous les enfants.

Cependant, dans les établissements ordinaires, les enseignants manquent trop souvent d'une préparation et d'un soutien adéquats pour enseigner aux enfants handicapés. Dans de nombreux pays, cette lacune est à l'origine de la réticence des enseignants à soutenir l'inclusion de ces enfants dans leurs classes⁷⁵. Ainsi, une étude réalisée en Israël auprès de futurs enseignants d'éducation spécialisée révèle l'existence de préjugés à l'égard des personnes handicapées et, pour certains, de discriminations entre différents types de handicap⁷⁶. Par ailleurs, les ressources destinées aux enfants handicapés sont généralement distribuées aux écoles spécialisées et non aux établissements du système éducatif ordinaire inclusif. Cette situation est non seulement inappropriée, mais peut en outre se révéler coûteuse : en Bulgarie, le budget alloué à chaque enfant scolarisé dans un établissement spécialisé peut s'avérer trois fois plus important que celui destiné à un enfant dans une école ordinaire⁷⁷.

Une évaluation de la situation des enfants présentant un handicap intellectuel dans 22 pays européens conclut que le manque de formation des enseignants amenés à travailler avec des enfants handicapés est préoccupant. La plupart du temps, ces enfants sont pris en charge par le personnel de service et non par des enseignants qualifiés. La formation des enseignants contribue de manière efficace à leur engagement en faveur de l'inclusion. D'après une étude datant de 2003, les directeurs d'établissement scolaire ayant suivi le plus de cours sur le handicap sont plus sensibles à l'inclusion. L'évolution des comportements bénéficie aux élèves : une approche positive de l'inclusion se traduit par des placements moins restrictifs pour certains élèves handicapés⁷⁸. En 2001, une autre étude révélait qu'un cours sur l'inclusion dispensé aux

futurs enseignants pouvait changer leur comportement et les amener à être favorables à l'inclusion des enfants présentant des handicaps modérés dans les salles de classe⁷⁹.

Les enseignants ayant peu d'expérience professionnelle semblent être les plus réceptifs à l'inclusion. D'après une analyse documentaire systématique récente, réalisée dans des pays aussi divers que la Chine, Chypre, l'État de Palestine, les Émirats arabes unis, l'Inde, l'Iran, la République de Corée et le Zimbabwe, plus l'expérience de l'enseignement général des enseignants est étendue, moins leur approche de l'éducation inclusive est positive; ceux qui ont été formés à l'éducation inclusive y sont plus favorables que ceux qui n'y ont pas été formés. Enfin, ce sont ceux qui ont appliqué l'inclusion dans le cadre de leur travail qui affichent l'attitude la plus positive⁸⁰.

Pourtant, les formations préalables à l'emploi préparent rarement les enseignants à mettre en œuvre l'inclusion dans les salles de classe. Lorsque de telles formations existent, elles sont de qualité variable. De nombreux instruments existent, mais ils ne sont pas toujours adaptés à la spécificité de certains contextes et, par conséquent, certains de leurs concepts peuvent manquer de pertinence. L'apprentissage en groupe constitue un exemple. Les enseignants ont réagi de manière négative à des photographies montrant des enfants handicapés et non handicapés assis en groupes, car cette situation ne correspond pas au type d'interaction entre les élèves auquel ils sont habitués⁸¹.

L'absence de diversité du corps enseignant constitue un autre problème. Les enseignants handicapés sont assez rares et, dans certains environnements, les adultes handicapés se heurtent à d'immenses difficultés pour devenir enseignants. Par exemple, au Cambodge, la loi stipule que ces professionnels ne doivent « pas présenter de handicap⁸² ».

Les partenariats avec la société civile fournissent des exemples intéressants de méthodes visant à encourager la formation et la diversité des enseignants. Au Bangladesh, le Centre for Disability in Development (CDD), une organisation non gouvernementale nationale, confie à des formateurs spécialisés l'animation de formations à l'enseignement inclusif pendant l'année scolaire : chaque formation

dure dix jours et s'adresse à 20 personnes, à savoir un enseignant par établissement⁸³. Certains formateurs du CDD ayant un handicap visuel ou autre, ils fournissent un excellent exemple aux enseignants et aux élèves, qu'ils soient handicapés ou pas. Au Mozambique, une ONG nationale, Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo, (Aide au développement peuple à peuple) collabore étroitement avec l'organisation nationale des personnes handicapées, connue sous le nom d'ADEMO, pour former les futurs enseignants à travailler avec des enfants handicapés et contribue à la formation des futurs enseignants handicapés⁸⁴.

Les enseignants ayant tendance à travailler de manière isolée, ils manquent souvent de soutien pendant les cours et sont tenus de couvrir un programme d'enseignement strict, imposé par les autorités éducatives. L'éducation inclusive nécessite une approche souple de l'organisation scolaire, de l'élaboration des programmes d'enseignement et de l'évaluation des élèves. Une telle souplesse permet le développement d'une pédagogie plus inclusive, qui cesse d'être centrée sur l'enseignant pour se concentrer sur l'enfant afin de couvrir différents styles d'apprentissage.

Les enseignants doivent pouvoir solliciter l'aide spécialisée de collègues ayant plus de compétences et d'expérience en matière de travail avec des enfants handicapés, en particulier ceux qui ont des incapacités sensorielles ou intellectuelles. Par exemple, des spécialistes peuvent recommander l'utilisation du braille ou un enseignement basé sur ordinateur⁸⁵. S'ils sont peu nombreux, ils peuvent se déplacer d'un établissement à l'autre en fonction des besoins. Dans certaines régions à faible revenu, comme l'Afrique subsaharienne, ces spécialistes itinérants peuvent également être rares⁸⁶. Cette carence peut être comblée par un soutien approprié des prestataires de soutien financier et d'assistance technique aussi bien à l'échelle internationale qu'à l'échelle locale.

Mobiliser les parents, les communautés et les enfants

Les programmes d'éducation inclusive qui reposent uniquement sur la pratique dans les salles de classe n'exploitent pas la capacité potentielle des parents à contribuer à cette éducation et ne protègent pas les

enfants handicapés des violations de droits telles que le confinement dans des salles séparées. Les parents peuvent jouer de nombreux rôles, en aidant à l'accessibilité des transports, en participant à la sensibilisation, en s'engageant au sein d'organisations de la société civile et en assurant la liaison, d'une part, avec le secteur de la santé afin que les enfants aient accès à un matériel et un soutien appropriés et, d'autre part, avec les secteurs sociaux pour accéder aux allocations et aux dispositifs de crédit et réduire la pauvreté. Dans de nombreux pays, les écoles disposent de comités communautaires qui mettent en œuvre un large éventail d'activités visant à soutenir l'inclusion. Ainsi, au Viet Nam, les comités directeurs communautaires ont participé aux activités de plaidoyer, à la formation locale, à la fourniture d'appareils fonctionnels, à l'apport d'un soutien financier et à l'amélioration de l'accessibilité des environnements⁸⁷. Il est important que les parents et les membres de la communauté prennent conscience qu'ils ont un rôle à jouer et que leurs contributions sont utiles.

L'importance de la participation et de l'action des enfants a beau être bien établie, ces deux aspects

(suite page 36)



Des garçons jouent au football au Centre Nimba à Conakry, en Guinée, qui assure la formation de personnes présentant un handicap physique. © UNICEF/HQ2010-1196/Asselin

Une nouvelle normalité

Par Claire Halford



Claire Halford vit à Melbourne, en Australie, avec son conjoint et leurs deux enfants. Elle a travaillé dans le domaine de la mode et des arts visuels avant de s'occuper à plein temps de son fils Owen.

Pendant la grossesse, tout le monde espère que l'enfant sera en bonne santé. Lorsqu'on leur demande « Vous attendez une fille ou un garçon ? », les futurs parents répondent « Oh, ça nous est égal tant que le bébé est en bonne santé ».

Je me rappelle lorsque j'ai franchi l'étape clé des trois premiers mois de la grossesse de mon fils aîné, Owen : j'ai dit à la sage-femme que j'avais arrêté de fumer et de boire, que j'avais une bonne alimentation, que je faisais un peu d'exercice et que j'étais heureuse de porter un enfant en moi. « C'est parfait ! », m'a-t-elle répondu d'un ton rassurant. « Après tout, qu'est-ce qui peut mal tourner ? Vous êtes en bonne santé et vivez dans un pays où les soins médicaux professionnels sont parmi les meilleurs au monde. » J'étais loin de

me douter qu'environ six mois plus tard, je saurais exactement ce qui pouvait mal tourner.

La naissance de mon fils à terme a été profondément traumatisante. Lorsqu'il a fini par faire son entrée dans ce monde, il ne pouvait pas respirer. Son cerveau était privé d'oxygène. Il a été réanimé et ventilé. Il a passé les deux semaines suivantes entre l'unité des soins intensifs et celle des soins spéciaux. Dès le premier jour, il a eu une crise d'épilepsie. Jusqu'à ses deux ans, cette maladie a envahi nos journées, ne nous laissant aucun répit.

Quand mon fils a eu cinq mois, les médecins ont diagnostiqué une paralysie cérébrale. Ce terme général décrit une lésion du cerveau pouvant survenir in utero, pendant la naissance ou la petite enfance. En Australie, elle est la cause la plus fréquente de handicap physique chez les enfants; elle est présente dans tous les pays. Ce handicap affecte principalement les mouvements et la tonicité musculaire. Owen est atteint de paralysie cérébrale sévère : il ne peut pas s'asseoir, rouler sur lui-même, marcher ni parler.

Suite à ce diagnostic, nous avons reçu beaucoup de courriers des médecins, pratiquement un par semaine. Les premiers nous assénaient des vérités brutales à coups de jargon médical, avec des termes qui à l'époque nous étaient totalement inconnus, comme « tétraplégie cérébrale spastique »,

ou « incapacité visuelle corticale ». Toutes nos recherches sur Internet aboutissaient à un « pronostic défavorable ».

Les premiers temps, le seul rayon de soleil dans ce triste tableau venait d'Owen : sa personnalité merveilleuse, son rire contagieux, son intérêt pour le monde qui l'entourait et sa beauté naissante.

La première année a été très éprouvante. La colère, ou plutôt la rage, la déception, le désespoir, la solitude et l'incrédulité nous guettaient à chaque instant. Comme l'avait suggéré la sage-femme, cela n'aurait pas dû m'arriver, ni à lui ni à nous, il s'agissait d'une erreur ! Nos amis et notre famille n'avaient ni les mots, ni le comportement adéquats, et j'ai donc cherché à entrer en contact avec d'autres personnes confrontées à une situation semblable par l'intermédiaire de groupes d'entraide dans ma région ou sur Internet.

À l'époque où la maladie d'Owen a été diagnostiquée, on m'a appelée d'une université où j'avais déjà travaillé, pour enseigner le dessin et le design à mi-temps. Ce poste aurait pu me permettre de quitter le secteur commercial et d'avoir une activité intéressante dans laquelle j'aurais pu m'immerger. Pourtant, je l'ai refusé. J'avais un nouvel emploi : désormais, je m'occupais de mon fils à plein temps.

Il s'est avéré qu'Owen avait des convulsions réfractaires contre lesquelles le traitement antiépileptique ne pouvait rien. Quand il a eu deux ans, nous lui avons donc fait suivre un régime médical contre l'épilepsie. Le régime cétoène, très strict, est riche en matières grasses et pauvre en hydrates de carbone. Bizarrement, contre toute attente, le destin a voulu qu'il soit efficace. Mon pauvre fils malade est passé de jusqu'à 200 crises par jour à pratiquement aucune en trois mois, une situation qui se poursuit encore aujourd'hui.

Entre-temps, mon conjoint et moi avons eu un autre fils, un petit bonhomme en pleine forme, que nous aimons aussi tendrement que son frère. Owen nous fait voir la vie d'une autre façon. Nous nous définissons désormais en fonction de notre vie familiale. Les liens qui nous unissent nous rendent plus forts. Notre mode de vie nous semble normal et nous allons de l'avant. Plusieurs fois par semaine, nous traversons la ville pour des séances de kinésithérapie sans y réfléchir à deux fois et déplaçons chaque jour du matériel lourd, comme un verticalisateur ou un siège de bain, d'une pièce à l'autre. Nous connaissons les hôpitaux pour enfants sur le bout des doigts et sommes en contact avec de nombreux spécialistes de la médecine pédiatrique.

Je me considère comme « l'assistante personnelle » de mon fils car je dois gérer une paperasserie incessante, des demandes de financement, des rendez-vous médicaux, des séances thérapeutiques, des bilans et des prises de sang. J'assure pratiquement tous ses soins personnels, comme le

nourrir et le laver. Mon conjoint aide, mais il fait de longues journées de travail pour nous maintenir tous financièrement à flot afin que je puisse m'occuper d'Owen. Généralement, nos week-ends sont bien remplis par des activités en famille, comme aller au marché, au restaurant ou voir un spectacle pour enfants. Owen mène une vie plutôt agréable et dynamique pour un enfant de 5 ans. Et pourtant, quels que soient nos efforts, un chemin long et difficile l'attend.

Nous espérons l'inscrire dans une école primaire ordinaire avec le soutien du Cerebral Palsy Education Centre, un programme d'intervention précoce. Depuis qu'il le fréquente, Owen a beaucoup amélioré sa communication et ses mouvements. Il participe également aux activités de la Riding for the Disabled Association, que nous aimons beaucoup tous les deux. Depuis qu'il est né, nous avons consacré beaucoup d'argent et de temps à des thérapies et à des services, certains meilleurs que d'autres. Nous apprenons sur le tas, et peu à peu les décisions pratiques l'emportent sur les décisions émotionnelles. Mais la situation n'est pas facile.

Les combats les plus éprouvants concernent la manière dont les gens perçoivent Owen. Je veux qu'il soit traité et qu'on lui parle comme aux autres enfants, mais je veux aussi qu'il reçoive une attention spéciale et que les gens soient plus patients avec lui. Je veux que ma famille et mes amis l'aident et lui parlent plus. Souvent, ils s'inquiètent de savoir comment je vais ou s'intéressent à un autre aspect qui est beaucoup moins

important que les problèmes réels d'Owen. La situation n'est pas facile pour eux non plus. Je me dis parfois que le cas d'Owen est si complexe qu'il devrait faire l'objet d'une notice d'utilisation.

J'ai souvent craint de perdre dans un puits de douleur et d'épuisement les caractéristiques qui me définissaient avant de m'occuper de mon fils – le travail, la créativité et la vie sociale. Mais le plus souvent, j'ai l'impression que ma vie avant Owen était superficielle. Devenir l'aide-soignante de mon propre fils est une expérience très intense et joyeuse. Nous fêtons chaque petite réussite avec ferveur et ma conception du succès a éclaté en morceaux pour se reconstruire autour de quelque chose de merveilleusement simple : voir Owen assis sans aide pendant cinq secondes ou, alors qu'il regarde les Jeux paralympiques à la télévision, entendre dans la même phrase les mots « paralysie cérébrale » et « champion ». Depuis que je m'occupe de mon fils, je me suis épanouie en tant que personne et, surtout, je suis davantage capable de manifester de l'empathie.

J'ai appris que quelles que soient les choses qu'un enfant ne peut pas faire, il ou elle aura de toute manière son identité et son caractère, qui laisseront leur empreinte particulière sur ce monde. Si nous voulons vivre dans une société éclairée, notre mission est de croire et d'encourager. Ce n'est qu'ainsi que les enfants qui subissent de telles restrictions pourront s'épanouir. Et nous comprendrons alors tous que les choses qui « tournent mal » sont parfois simplement différentes, et parfois extraordinaires.

sont pris en porte-à-faux au sein des structures et du système éducatif existants. Cela est vrai pour l'ensemble des enfants, qu'ils présentent ou pas un handicap. À de rares exceptions, ils ne prennent pas part aux décisions concernant leur éducation et leur vie. Il peut s'avérer particulièrement difficile de faire participer les enfants handicapés à ce type de décision, ne fût-ce qu'en raison de modes de pensée et de comportements profondément enracinés selon lesquels ils sont des victimes passives. En 2011, dans son rapport sur l'état de la Convention relative aux droits des enfants, le Secrétaire général constatait que « les enfants handicapés continuent toutefois d'avoir des difficultés à exprimer librement leur opinion. Les initiatives, notamment concernant les conseils scolaires et les parlements d'enfants, les processus consultatifs visant à recueillir les opinions des enfants, de même que les procédures judiciaires, ne prennent généralement pas en compte les enfants handicapés, et ne reconnaissent pas leur capacité de participation⁸⁸ ».

Dans le monde entier, la ressource la plus sous-exploitée par les écoles et les communautés est celle que représentent les enfants eux-mêmes. Au Royaume-Uni, le Child-to-Child Trust œuvre depuis de nombreuses années à promouvoir la participation des enfants à l'éducation à la santé et, dans certains pays, cette approche s'est révélée efficace dans le cadre d'initiatives favorisant l'éducation inclusive et de programmes communautaires de réadaptation⁸⁹. Dans les recherches participatives, par exemple, les enfants soulignent fréquemment l'importance que revêtent un environnement propre et des toilettes hygiéniques et, pour les enfants handicapés, le respect de l'intimité et l'accessibilité sont primordiaux⁹⁰. Il va de soi que les enfants handicapés peuvent et doivent guider et évaluer les efforts déployés pour faire progresser l'accessibilité et l'inclusion. Après tout, personne n'est mieux placé pour comprendre les ressorts et les conséquences de l'exclusion.

Lignes de responsabilité

Comme dans d'autres domaines, il serait utile, pour réaliser les aspirations en matière d'éducation inclusive, que les gouvernements et leurs partenaires établissent clairement les tâches, les responsabilités et les modalités des actions à entreprendre. Faute de quoi, la promesse de l'inclusion risque de ne pas

dépasser le stade de la déclaration d'intention. Une étude sur les pays participant à ce qui s'appelait auparavant l'Initiative pour l'accélération de l'éducation pour tous (FTI), qui est aujourd'hui devenue le Partenariat mondial pour l'éducation, indique que « certains pays qui ont reçu l'approbation de l'initiative, en particulier ceux qui ont adopté l'approche de l'éducation primaire universelle, disposent désormais de plans pour le secteur de l'éducation nationale qui tiennent compte de l'inclusion des enfants handicapés. [...] Cependant, dans d'autres pays, les politiques et les services fournis aux enfants handicapés demeurent superficiels ou n'ont pas été mis en œuvre⁹¹ ». Le rapport fait en outre remarquer que dans cinq pays approuvés par l'initiative FTI, les enfants handicapés ne font l'objet d'aucune mention.

Le manque de clarté et la fragmentation des mandats posent parfois un problème : au Bangladesh, il est difficile de savoir avec précision quels sont les ministères responsables des enfants handicapés en âge scolaire. Le Ministère de l'éducation et le Ministère de l'enseignement primaire et de l'enseignement collectif sont chargés de la mise en œuvre de l'initiative Éducation pour tous; quant à l'éducation des enfants handicapés, sous la tutelle du Ministère de la protection sociale, elle est perçue comme relevant de la charité et non des droits de l'homme⁹². Depuis 2002, les enfants handicapés et ceux ayant des besoins éducatifs spéciaux sont inclus dans l'enseignement primaire par le biais du programme de développement de l'enseignement primaire mis en place par le Ministère de l'éducation⁹³. Toutefois, assurer des services éducatifs intégrés aux enfants ayant des incapacités visuelles et la gestion d'écoles primaires pour les enfants présentant des incapacités auditives, visuelles ou intellectuelles relève toujours des compétences du Ministère de la protection sociale⁹⁴.

Les Ministères de l'éducation doivent être encouragés à prendre en charge tous les enfants en âge d'être scolarisés. La coordination avec les partenaires et les parties prenantes peut soutenir de manière significative ce processus. Au Bangladesh, le Forum national des organisations travaillant avec les handicapés, qui défend la mise en réseau du gouvernement et des ONG, a joué un rôle déterminant dans l'amélioration de l'inclusion éducative et la redéfinition des portefeuilles ministériels, de

la protection sociale à l'éducation. En conséquence, la Campagne pour l'éducation populaire, qui est un réseau national, s'est engagée à garantir à tous les enfants handicapés un accès à une éducation élémentaire de qualité et le Comité pour l'avancement rural du Bangladesh, une organisation non gouvernementale engagée en faveur de l'Éducation pour tous et de la réduction de la pauvreté, accueille désormais des élèves handicapés dans ses établissements scolaires.

L'exclusion prive les enfants handicapés des avantages à long terme de l'éducation : un meilleur emploi, la sécurité sur le plan social et économique, ainsi que la possibilité de participer pleinement à la société. À l'inverse, l'investissement dans l'éducation des enfants handicapés peut contribuer à leur efficacité future en tant que membres de la population active. De fait, chaque année supplémentaire de scolarisation peut se traduire par une augmentation allant jusqu'à 10 pour cent par an du revenu potentiel d'une personne⁹⁵. L'éducation inclusive peut également réduire la dépendance présente et future, soulageant certaines activités de prise en charge des autres membres du ménage qui peuvent reprendre leurs activités productives, ou tout simplement se reposer⁹⁶.

La maîtrise des connaissances de base en lecture et en écriture est en outre un facteur d'amélioration de la santé : un enfant dont la mère sait lire a deux fois plus de chances de survivre après l'âge de cinq ans⁹⁷. On a constaté dans les taudis urbains au Kenya⁹⁸, les camps de Roms en Serbie⁹⁹ et au Cambodge¹⁰⁰, un lien direct entre le faible niveau d'éducation des mères et un retard de croissance accru des enfants. Au Bangladesh, le niveau d'instruction plus élevé des parents se traduit par une



Lecture en braille dans une école ougandaise.
© UNICEF/UGDA2012-00112/Sibiloni

réduction de jusqu'à 5,4 pour cent du risque de retard de croissance des enfants (4,6 pour cent dans le cas de la mère et entre 2,9 et 5,4 pour cent dans le cas du père) et en Indonésie, de 5 pour cent (entre 4,4 et 5 pour cent pour la mère et 3 pour cent pour le père)¹⁰¹.

L'éducation est à la fois un instrument utile et un droit, dont l'objectif est, conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant, de promouvoir « l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités¹⁰² ».

Aménager, adapter et autonomiser

Par Yahia J. Elziq



Yahia J. Elziq est conseiller technique pour Handicap International à Ramallah, État de Palestine.

Saja avait 7 ans lorsque je l'ai rencontrée.

À l'époque, je travaillais comme ergothérapeute dans l'un des trois centres nationaux de réadaptation de Cisjordanie. Bien que ce centre ne soit pas adapté pour répondre aux besoins et aux demandes d'un enfant atteint de paralysie cérébrale comme Saja, nous avons pu réaliser des séances de thérapie afin de prévenir toute aggravation de son état. Les deux principaux obstacles qui l'empêchent toujours d'accéder à des services de réadaptation adéquats sont l'absence d'un mécanisme d'aiguillage et de coordination entre les services cisjordanais et les restrictions à la liberté de mouvement imposées à la population palestinienne sous occupation. Le centre de réadaptation spécialisé qui lui convient est situé à Jérusalem-Est, mais la famille de Saja n'a pas reçu l'autorisation de s'y rendre.

En outre, comme ailleurs, les enfants handicapés cisjordanais se heurtent à un manque général de connaissances et de compétences en matière de handicap dans les secteurs privés et publics. Ils doivent également supporter le fait que beaucoup

de Jordaniens ont de la pitié pour les handicapés, et ne les considèrent pas comme des individus à part entière ayant les mêmes droits que les autres, qui peuvent contribuer, et contribuent, à la société.

Compte tenu du contexte, Saja a eu de la chance. Suite à une évaluation approfondie, notre équipe a conçu un plan pour soutenir et améliorer sa participation à la communauté. La priorité pour elle et sa famille était de l'inscrire dans une école ordinaire. Mais, pour cela, il fallait réaliser plusieurs aménagements de l'environnement, parmi lesquels l'accessibilité physique de l'établissement scolaire et l'utilisation d'un fauteuil roulant approprié. Une collaboration totale entre sa famille, l'école et la communauté était indispensable. Les activités intégrées dont Saja avait besoin nécessitaient la participation de nombreuses parties prenantes, à commencer par ses parents, qui avaient tendance à destiner les ressources disponibles à son frère (atteint de la même maladie), ce qui la privait de la possibilité de développer tout son potentiel.

Résoudre tous ces problèmes était d'autant plus difficile en

Saja m'a fait découvrir ma propre capacité à m'adapter en tant que professionnel et les résultats positifs que nous autres, thérapeutes, pouvons susciter lorsque nous encourageons l'autonomisation des patients.

raison de l'absence d'une politique nationale adéquate. Par exemple, il n'existe aucun programme éducatif inclusif pour les enfants handicapés, et les politiques visant l'inclusion des personnes handicapées ne sont pas une priorité pour les décideurs. C'est pourquoi le destin des enfants handicapés est largement tributaire de la volonté des membres de la communauté à leur reconnaître les mêmes droits qu'aux autres. Une fois que ces droits sont reconnus, il est possible de résoudre de nombreux problèmes, ce qui passe souvent, tout simplement, par la mobilisation des ressources communautaires existantes.

Heureusement pour Saja, les négociations avec le chef d'établissement ont abouti et sa classe est passée du deuxième étage au rez-de-chaussée. Les enseignants ont accepté de l'accueillir dans leurs classes. En mettant à contribution nos propres réseaux professionnels et personnels, nous avons pu lui trouver un fauteuil roulant adapté et, grâce à quelques médecins et à un centre de santé locaux, sa famille a pu lui faire suivre un traitement gratuit visant à améliorer sa vue. Des travailleurs sociaux ont sensibilisé les membres de sa famille à sa situation particulière et un

psychologue l'a aidée à surmonter les discriminations qu'elle a subies.

En l'espace d'à peine deux ans, l'état de Saja s'est considérablement amélioré; certains de ses problèmes de santé ont été résorbés, sa mobilité s'est améliorée et son estime de soi et son assurance se sont affirmées, ainsi que ses interactions sociales, ses connaissances et ses compétences pratiques. En tant qu'être humain, les progrès de Saja me réjouissaient. En tant que spécialiste de la réadaptation, l'expérience me semblait très gratifiante.

Saja m'a fait découvrir ma propre capacité à m'adapter en tant que professionnel et les résultats positifs que nous autres, thérapeutes, pouvons susciter lorsque nous encourageons l'autonomisation des patients. Surtout, elle m'a aidé à comprendre la valeur et l'importance d'approcher chaque enfant individuellement et également d'envisager globalement l'action auprès des personnes handicapées et de leur communauté. C'est la seule manière de garantir que tous les enfants handicapés aient les mêmes possibilités que les autres de participer à la vie de la communauté.

Je souhaite partager cette prise de conscience avec les décideurs afin qu'ils adoptent une approche plus globale de leur action, en faveur de l'autonomisation. Des politiques efficaces, conçues avec la mobilisation des enfants handicapés et des organisations de personnes handicapées et correctement mises en œuvre, contribueront à garantir que lorsque la prochaine Saja s'adressera à nous, sa famille et elle-même sauront quels sont ses droits et les accomplissements auxquels elle peut prétendre, qui rejoignent ceux de toutes les autres filles de son âge au sein de sa communauté. Tel est le message lancé par la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Convention relative aux droits des enfants et que nous nous proposons de promouvoir chaque jour.



Un enseignant spécialiste de l'éducation inclusive s'occupe de Sok Chea, 5 ans, sourd et muet, dans une école maternelle au Cambodge.
© UNICEF/Cambodia/2011/Mufel

LES AXES FONDAMENTAUX DE LA PROTECTION

Les enfants handicapés comptent parmi les membres les plus vulnérables de la société. Ils peuvent être les premiers bénéficiaires des mesures visant à les prendre en compte, à les protéger contre les mauvais traitements et à garantir leur accès à la justice.

Bénéficier d'une protection peut s'avérer particulièrement difficile pour les enfants handicapés. Dans les sociétés où ils sont confrontés à la stigmatisation et où leurs proches sont exposés à l'exclusion sociale ou économique, ils sont nombreux à ne même pas pouvoir obtenir une pièce d'identité. Leur naissance n'est pas toujours enregistrée et ce, pour diverses raisons : on ne s'attend pas à ce qu'ils survivent¹⁰³, leurs parents ne veulent pas reconnaître leur existence ou ils sont considérés comme une ponction potentielle sur les ressources publiques. Ce sont là des violations flagrantes de leurs droits fondamentaux et un obstacle majeur à leur participation à la société, qui peuvent sceller leur invisibilité et accroître leur vulnérabilité à de multiples formes d'exploitation découlant de leur absence d'identité officielle.

Les États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées se sont clairement engagés à assurer une protection juridique efficace des enfants handicapés. Ils ont également adopté le principe de « l'aménagement raisonnable » selon lequel les mesures d'adaptation nécessaires et appropriées sont mises en place afin que les enfants handicapés puissent jouir de leurs droits sur la base de l'égalité avec les autres. Pour garantir l'efficacité des lois et des démarches en faveur de l'évolution des normes sociales discriminatoires, il est en outre nécessaire de veiller à ce que les lois soient appliquées, que les enfants handicapés soient informés de leur droit à être protégés contre la discrimination et qu'ils sachent comment l'exercer. Il serait inapproprié d'établir des systèmes séparés pour

ces enfants. À l'instar des autres aspects de la vie et de la société traités dans ce rapport, l'objectif est d'atteindre l'équité par le biais de l'inclusion.

Mauvais traitements et violence

La discrimination et l'exclusion dont sont victimes les enfants handicapés accentuent de manière disproportionnée leur vulnérabilité à la violence, à la négligence et aux mauvais traitements. Des études réalisées aux États-Unis révèlent que les enfants handicapés en âge préscolaire ou plus jeunes sont plus susceptibles de souffrir de mauvais traitements que ceux qui ne sont pas handicapés¹⁰⁴. Une enquête nationale sur la population adulte sourde en Norvège a constaté que les filles et les garçons malentendants courent un risque respectivement deux fois et trois fois plus élevé d'être victimes d'abus sexuels que leurs pairs non handicapés¹⁰⁵. Il a également été démontré que les enfants exposés à la stigmatisation et à l'ostracisme sont plus susceptibles de subir des violences physiques.

Certains types de violence concernent spécifiquement les enfants handicapés. Ainsi, ils peuvent être victimes de violences exercées sous couvert de traitements visant à modifier leur comportement, parmi lesquels les électrochocs et la pharmacothérapie¹⁰⁶. Les filles handicapées en particulier sont victimes de mauvais traitements et dans de nombreux pays sont soumises de force à la stérilisation et à l'avortement¹⁰⁷. La volonté d'éviter la menstruation ou des grossesses non désirées est invoquée pour justifier de tels actes; parfois l'excuse repose

sur la fausse notion de la « protection de l'enfant » compte tenu de la vulnérabilité disproportionnée des filles handicapées aux violences sexuelles et au viol¹⁰⁸. Début 2013, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré des directives visant à lutter contre la violation des droits fondamentaux que constitue la stérilisation forcée.

Établissements spécialisés et soins inadaptés

Dans de nombreux pays, les enfants handicapés continuent d'être placés dans des établissements spécialisés. Il est rare que ces établissements assurent la prise en charge individuelle dont les enfants ont besoin pour développer pleinement leurs capacités. La qualité des soins éducatifs, médicaux et de réadaptation y est souvent insuffisante en raison de l'absence de normes spécifiques concernant les soins aux enfants handicapés; lorsqu'elles existent, elles ne sont pas appliquées et ne font l'objet d'aucun suivi.

En vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant, tous les enfants, qu'ils présentent ou non un handicap, ont droit à être élevés par leurs parents (article 7) et à ne pas être séparés d'eux à moins que les autorités compétentes ne le décrètent dans

l'intérêt supérieur de l'enfant (article 9). La Convention relative aux droits des personnes handicapées ajoute que lorsque la famille immédiate n'est pas en mesure de s'occuper d'un enfant handicapé, les États parties doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la prise en charge de l'enfant par la famille élargie ou la communauté (article 23).

Dans de nombreux pays, les familles d'accueil constituent une autre forme de prise en charge très répandue. Elles peuvent se montrer réticentes à s'occuper d'enfants handicapés en raison de ce qu'elles perçoivent comme un fardeau supplémentaire en matière de soins et d'exigences psychologiques et physiques. Les organisations chargées des placements peuvent encourager les familles à accueillir des enfants handicapés et leur dispenser une formation et un soutien appropriés.

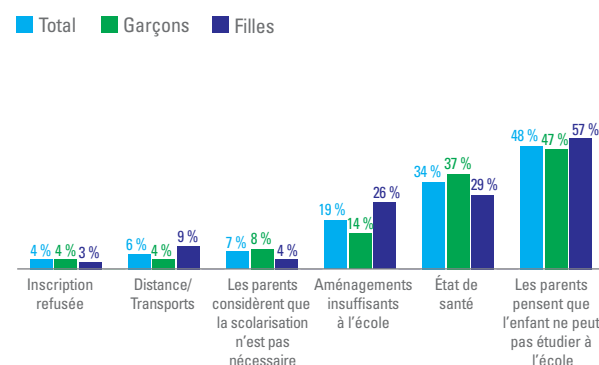
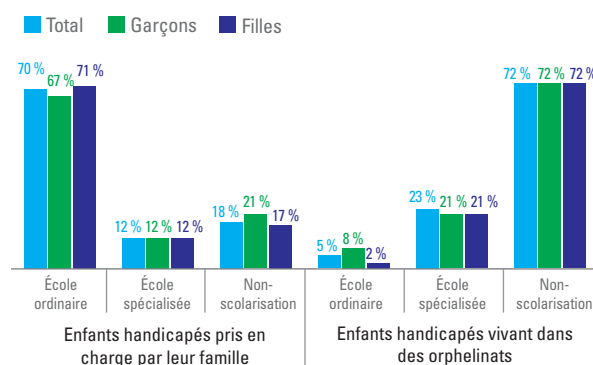
Dans les pays où les autorités ont pris conscience des dangers inhérents aux soins en établissements et ont adopté des mesures pour ramener les enfants auprès de leur famille ou au sein de leur communauté, les enfants handicapés ont été parmi les derniers à quitter les établissements spécialisés et à bénéficier de soins de remplacement. Dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale et dans la Communauté d'États indépendants, les soins

Les enfants handicapés et l'enseignement secondaire

► Arménie, 2011

Les enfants handicapés vivant avec leur famille font généralement leurs études secondaires dans des établissements ordinaires. Ceux qui vivent dans des orphelinats n'accèdent souvent pas au secondaire.

La principale raison pour laquelle les enfants handicapés pris en charge par leur famille ne sont pas scolarisés est que leurs parents pensent qu'ils ne peuvent pas étudier à l'école.



Source : Ministère du travail et des affaires sociales de la République d'Arménie et UNICEF, *It's About Inclusion: Access to education, health and social protection services for children with disabilities in Armenia*. UNICEF/Yerevan, 2012, disponible à l'adresse : <http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_Disability_Report_ENG_small.pdf>.

Taille des échantillons : échantillon total, 5 707 enfants; 5 322 enfants handicapés pris en charge par leur famille; 385 enfants placés dans des orphelinats. Tranche d'âges : de 0 à 18 ans pour l'échantillon total et de 6 à 18 ans pour les questions relatives à l'enseignement secondaire.

institutionnalisés font l'objet d'une réforme et les enfants sont transférés d'établissements de grande taille vers des foyers pour petits groupes ou des structures familiales. Ainsi, en 2001, la Serbie a entrepris une réforme complète. Le placement en milieu ouvert a été privilégié et le système des familles d'accueil, qui existe depuis longtemps dans le pays, a été encouragé. Une nouvelle loi sur la famille a été adoptée et un fonds a été créé pour soutenir le développement de services sociaux communautaires. Des progrès ont été constatés, mais un examen plus approfondi a révélé que les enfants non handicapés avaient quitté les établissements spécialisés à un rythme sensiblement plus rapide que les enfants handicapés qui, dans environ 70 pour cent des cas, avaient été directement transférés des maternités aux établissements spécialisés. Ce constat a, d'une part, permis de démontrer qu'il importe de garantir que les réformes soient conçues et mises en œuvre de sorte qu'aucun enfant ne soit exclu du progrès et, d'autre part, entraîné un engagement renouvelé vis-à-vis du placement en milieu ouvert¹⁰⁹.

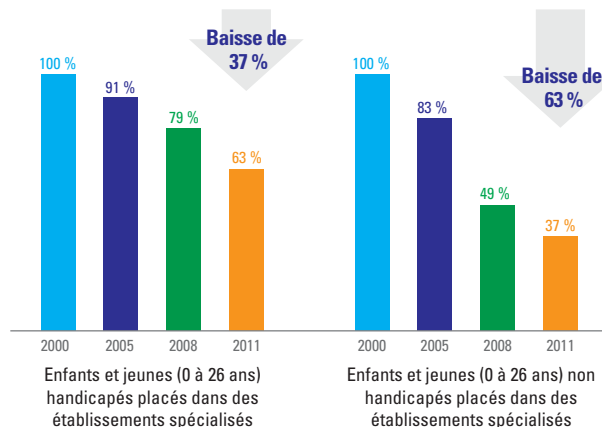
Justice inclusive

La responsabilité qui incombe à un État de protéger les droits de tous les enfants relevant de son ressort s'étend également aux enfants handicapés qui se trouvent confrontés à la loi, en tant que victimes, témoins, suspects ou condamnés. Parmi les mesures pouvant être adoptées à cette fin, citons l'utilisation de langues appropriées, qu'elles soient parlées ou signées, pour réaliser les entretiens avec les enfants handicapés, et la formation des membres des forces de l'ordre, des travailleurs sociaux, des avocats, des juges et d'autres professionnels au travail avec des enfants handicapés. À cet égard, la formation systématique et continue de tous les professionnels participant à l'administration de la justice et l'adoption de règlements et de protocoles renforçant le traitement sur un pied d'égalité des enfants handicapés revêtent une importance cruciale.

Il importe également de développer des solutions de remplacement aux procédures judiciaires officielles, en tenant compte de l'éventail des capacités individuelles des enfants handicapés. Les procédures judiciaires formelles ne doivent être utilisées qu'en dernier ressort, dans l'intérêt de l'ordre public, et il convient d'expliquer le processus et les droits de l'enfant.

Les derniers à bénéficier de la réforme

Dans le cadre des réformes sociales entreprises en Serbie, les enfants handicapés ont quitté les établissements spécialisés de soins à un rythme plus lent que les autres enfants.



Source : Institut républicain de la protection sociale, Serbie.

Taille des échantillons : enfants et jeunes (0 à 26 ans) handicapés : 2 020 en 2000 et 1 280 en 2011. Enfants et jeunes (0 à 26 ans) non handicapés : 1 534 en 2000 et 574 en 2011.

Les enfants handicapés ne doivent pas être placés dans les établissements de détention pour mineurs ni avant ni après un procès. Toute sentence décrétant une privation de liberté doit prévoir une prise en charge appropriée destinée à résoudre les problèmes qui ont amené l'enfant à commettre un délit. Ce traitement doit être appliqué dans un contexte adéquat par un personnel convenablement formé, dans le respect plein et entier des droits de l'homme et des garanties légales¹¹⁰.



Un enfant apprend l'alphabet néerlandais dans une école pour enfants ayant des difficultés d'apprentissage à Curaçao, Pays-Bas. © UNICEF/HQ2011-1955/LeMoyné

GROS PLAN

La violence à l'encontre des enfants handicapés

Lisa Jones, Mark A. Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates
Centre for Public Health, Liverpool
John Moores University

Christopher Mikton, Alana Officer, Tom Shakespeare
Département Prévention de la violence et du traumatisme et handicap, Organisation mondiale de la Santé

Les enfants handicapés sont trois à quatre fois plus susceptibles d'être victimes de violence.

Les enfants et les adultes handicapés se heurtent souvent à un large éventail d'obstacles physiques, sociaux et environnementaux à leur pleine participation à la société, parmi lesquels un accès limité aux soins de santé, à l'éducation et à d'autres services publics. On estime également qu'ils sont sensiblement plus vulnérables à la violence que leurs pairs non handicapés. Pour mettre en œuvre des programmes efficaces visant à empêcher les enfants handicapés de devenir victimes de violence et à améliorer leur santé et leur qualité de vie, il faut commencer par comprendre l'étendue des violences exercées à leur encontre. À cette fin, des équipes de recherches de la Liverpool John Moores University et de l'Organisation mondiale de la Santé ont, pour la première fois, systématiquement évalué, en réalisant une méta-analyse, les études existantes sur la violence à l'encontre des enfants handicapés (âgés de 18 ans et moins).

Dix-sept études, toutes concernant des pays à revenu élevé, remplissaient les critères d'inclusion dans cette évaluation. D'après les données disponibles, la prévalence de la violence à l'égard des enfants handicapés

allait de 26,7 pour cent pour les violences multiples à 20,4 pour cent pour la violence physique et 13,7 pour cent pour la violence sexuelle. L'estimation des risques révèle que les enfants handicapés sont sensiblement plus susceptibles d'être victimes de violences que leurs pairs non handicapés : 3,7 fois plus pour les violences multiples, 3,6 fois plus pour la violence physique et 2,9 fois plus pour la violence sexuelle. Si le type de handicap semble affecter la prévalence et le risque de violences, les données factuelles à cet égard n'étaient pas concluantes. Par exemple, les enfants présentant un handicap mental ou intellectuel étaient 4,6 fois plus exposés à la violence sexuelle que leurs pairs non handicapés.

Cette évaluation a démontré que la violence est un problème majeur pour les enfants handicapés. Il a également mis en lumière l'absence d'études de qualité sur ce sujet dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où la proportion de personnes handicapées et les taux de violence sont généralement plus importants et où les services d'appui aux personnes handicapées sont moins répandus. Il est urgent de combler cette lacune en matière de recherche.

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer

Les enfants handicapés sont beaucoup plus vulnérables à la violence que les enfants non handicapés.

pourquoi les enfants handicapés sont beaucoup plus vulnérables à la violence que les autres enfants. La prise en charge d'un enfant handicapé peut représenter un fardeau supplémentaire pour les parents ou les ménages et accroître le risque de mauvais traitements. Un grand nombre d'enfants handicapés continuent d'être placés en institution, ce qui constitue un facteur de risque majeur de violences sexuelles et physiques. Les enfants dont le handicap affecte la capacité de communication peuvent être particulièrement exposés aux mauvais traitements puisque les obstacles à la communication peuvent entraver leur capacité à révéler les violences subies.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées vise à protéger les droits des individus handicapés et à garantir leur pleine participation, sur un pied d'égalité, à la société. Dans le cas des enfants handicapés, il s'agit, entre autres, de garantir une évolution sûre et stable pendant l'enfance et jusqu'à l'âge adulte. Pour tous les individus, avec ou sans handicap, avoir une enfance saine et protégée est une condition essentielle pour mener une vie d'adulte saine et épanouie. On sait que les expériences négatives, comme la violence, subies au cours de l'enfance sont corrélées à un large éventail de problèmes sociaux et de santé à

un stade plus avancé de la vie. Compte tenu des obstacles plus nombreux auxquels se heurtent les enfants handicapés, qui, outre leurs incapacités, doivent surmonter les barrières sociétales qui les exposent à subir plus de difficultés à l'avenir, il est particulièrement important qu'ils aient une enfance saine et protégée.

Les enfants qui sont séparés de leur famille ont besoin de plus de soins et de protection; à cet égard, les cultures, les structures et les régimes institutionnels qui exacerbent le risque de violences et de mauvais traitements doivent être combattus de toute urgence. Qu'ils soient placés en institution, qu'ils vivent avec leur famille ou qu'ils soient pris en charge par d'autres personnes, tous les enfants handicapés doivent être considérés comme un groupe à haut risque, au sein duquel il est crucial de déceler d'éventuels actes de violence. Les visites à domicile et les programmes d'éducation parentale, qui ont prouvé leur efficacité pour prévenir la violence et atténuer ses conséquences sur les enfants handicapés, peuvent s'avérer utiles. L'évaluation de l'efficacité de ce type de mesures doit constituer une priorité.

Ségrégation et mauvais traitements dans les établissements spécialisés

Eric Rosenthal et Laurie Ahern



Eric Rosenthal, JD, est le fondateur et directeur exécutif de Disability Rights International (DRI). Laurie Ahern en est la présidente. DRI a enquêté sur les orphelinats et d'autres établissements spécialisés dans 26 pays et a attiré l'attention de la communauté internationale sur les droits fondamentaux des personnes handicapées.

Dans le monde entier, des millions d'enfants handicapés sont séparés de leur famille et placés dans des orphelinats, pensionnats, centres psychiatriques et établissements médico-sociaux. Ceux qui survivent à leur placement en institution ont pour toute perspective d'être en marge de la société et de passer le reste de leurs jours dans des centres pour adultes. D'après la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la ségrégation des enfants en raison de leur handicap constitue une violation de leurs droits. L'article 19 de la Convention exhorte les gouvernements à instaurer les lois, les politiques sociales et les services de soutien

communautaires nécessaires pour prévenir leur isolement ou leur mise au ban de la communauté.

Depuis 20 ans, Disability Rights International (DRI) documente les conditions de vie des enfants handicapés dans les établissements spécialisés de 26 pays situés aux quatre coins du monde. Fait surprenant, les conclusions de nos enquêtes vont toujours dans le même sens. Nous nous sommes entretenus avec des mères et des pères au cœur brisé qui aimeraient garder leurs enfants chez eux mais qui, faute d'un soutien adéquat de leur gouvernement, ne peuvent délaissé leur travail pour s'occuper d'eux. Les médecins conseillent souvent aux parents de placer leur enfant dans un orphelinat avant de trop s'attacher à lui.

Élever des enfants dans des environnements collectifs comporte des risques inhérents. Même dans les bons établissements, la vie et la santé des enfants sont moins protégées qu'en famille. Les enfants qui grandissent dans des institutions risquent de souffrir de troubles du développement qui peuvent s'accompagner de graves troubles psychologiques.

Même dans les établissements spécialisés où la nourriture est adéquate, nous rencontrons souvent des enfants émaciés parce qu'ils ont cessé de s'alimenter et présentent ce que l'on appelle un « retard staturo-pondéral ». Les

nourrissons et les enfants handicapés peuvent souffrir de la faim ou manquer d'éléments nutritifs parce que les employés ne prennent pas, ou ne peuvent pas prendre, plus de temps pour les nourrir. Il arrive qu'une bouteille soit posée sur la poitrine d'un enfant alité, en théorie pour qu'il boive selon ses besoins, alors que dans la pratique, il peut être incapable de la prendre seul.

De nombreux enfants sont livrés à eux-mêmes. En 2007, un enquêteur de DRI a fait le constat terrifiant qu'un enfant qui semblait âgé de 7 ou 8 ans avait, d'après l'infirmière, 21 ans et n'avait jamais quitté son lit depuis 11 ans.

L'absence de mouvements aggrave les handicaps physiques et peut entraîner des complications médicales. Dans certains cas, les bras et les jambes s'atrophient et doivent être amputés.

Privés d'attention et de soutien affectifs, de nombreux enfants adoptent des comportements autodestructeurs, se balancent d'avant en arrière, se tapent la tête contre les murs, se mordent ou s'enfoncent les doigts dans les yeux. La plupart des établissements spécialisés ne disposent pas d'un personnel formé pour aider ces enfants. Les enfants sont parfois attachés à leur lit à longueur de journée ou confinés dans des cages, soit pour prévenir des comportements autodestructeurs, soit pour soulager des employés

Il est beaucoup plus difficile de protéger les enfants et de leur offrir la possibilité de vivre au sein de la société une fois que leurs liens familiaux ont été brisés.

submergés de demandes. D'après le Comité de l'ONU contre la torture et le Rapporteur spécial de l'ONU sur la question de la torture, l'utilisation prolongée de moyens de contention peut constituer un acte de torture.

Pour un enfant placé en institution, tomber malade peut être une condamnation à mort. Dans plusieurs pays, des membres du personnel de certains établissements spécialisés ont déclaré que les enfants handicapés malades sont régulièrement privés de traitements. Certains sont même allés jusqu'à affirmer, à tort, que les enfants ayant des troubles du développement sont insensibles à la douleur. C'est pourquoi, dans certains cas, les soins médicaux sont réalisés sans anesthésie. On nous a signalé le cas d'un enfant dont les dents ont été arrachées avec des pinces ou encore d'enfants traités par électrochocs sans anesthésie, ni myorelaxant.

Au nom d'une théorie priviliégiant la « thérapie par aversion », censée mettre fin aux comportements considérés inappropriés en imposant une douleur, des enfants ont reçu des électrochocs, été attachés pendant de longues périodes ou isolés. Aux États-Unis, un enseignant a signalé le cas d'une fillette, aveugle, sourde et muette, qui a reçu des électrochocs pour faire cesser ses grognements. Il s'est avéré qu'elle avait une dent cassée.

Sans supervision ni protection de leurs droits fondamentaux, les enfants ont, de fait, disparu au sein des établissements spécialisés. Les programmes de suivi et d'application des droits de l'homme en matière de protection contre la violence, conformément à l'article 16 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, n'existent pas dans la plupart des établissements spécialisés que nous avons visités. Parfois, ils ne consignent même pas le nom ni le nombre des enfants qu'ils accueillent.

D'ordinaire, les statistiques officielles ne sont pas fiables et passent sous silence le recours aux systèmes basés sur la ségrégation des services. Les chiffres ne concernent souvent que les orphelinats et ne tiennent pas compte des enfants placés dans les pensionnats, les centres de santé ou psychiatriques, les centres de détention pénale ou les refuges pour les sans-abris. Il est courant que les établissements spécialisés privés ou religieux, qui peuvent être plus grands que les orphelinats publics, ne soient pas pris en compte.

La façade de certains orphelinats et établissements spécialisés affiche fièrement les logos de gouvernements, de sociétés donatrices, d'églises ou d'associations caritatives privées. Même lorsque le soutien financier de donateurs internationaux ou l'assistance technique d'organisations

spécialisées ne représente qu'une petite partie du budget d'une institution, cette contribution peut être utilisée comme un semblant de « label ». DRI a constaté que certains orphelinats où les enfants se morfondent dans l'attente de soins médicaux et sont attachés à leur lit ont pourtant reçu des soutiens bilatéraux et multilatéraux, provenant de sources officielles ou de donations volontaires des employés eux-mêmes, pour financer des équipements comme des terrains de jeux. Nous ne doutons pas des bonnes intentions de ces donateurs, mais leur soutien va à l'encontre de l'objectif de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'autres instruments.

Aucun enfant ne doit être séparé de sa famille du fait de son handicap. DRI exhorte tous les gouvernements et les donateurs internationaux à s'engager afin de prévenir tout nouveau placement dans un orphelinat. Il est beaucoup plus difficile de protéger les enfants et de leur offrir la possibilité de vivre au sein de la société une fois que leurs liens familiaux ont été brisés. Le placement des enfants dans des établissements spécialisés constitue une violation de leurs droits fondamentaux. Nous pouvons y mettre fin, à l'échelle mondiale, par le biais d'un moratoire sur les nouveaux placements en institution.



Fadi, 12 ans, passe devant les décombres de maisons détruites par des frappes aériennes à Rafah, État de Palestine, où les violences incessantes ont des répercussions psychologiques importantes sur la population, en particulier sur les enfants.

© UNICEF/HQ2012-1583/EI Baba

L'INTERVENTION HUMANITAIRE

Les situations de crises humanitaires provoquées par les guerres ou les catastrophes naturelles présentent des risques particuliers pour les enfants handicapés. Une intervention humanitaire inclusive est indispensable de toute urgence...et elle est réalisable.

Les conflits armés et la guerre touchent directement et indirectement les enfants. Leurs conséquences directes prennent la forme de blessures physiques résultant d'attaques, de tirs d'artillerie ou d'explosions de mines, ou même de troubles psychologiques dus à ces blessures ou à des événements traumatisants. Quant aux conséquences indirectes, elles se traduisent par l'interruption des services de santé et l'absence de prise en charge de nombreux patients, et par une insécurité alimentaire qui entraîne une malnutrition¹¹¹. En outre, les enfants peuvent aussi être séparés de leur famille, de leur maison et de leur école, parfois pendant des années.

La nature même du conflit armé, une des principales causes de handicap chez les enfants, est en pleine évolution. Les combats prennent de plus en plus la forme de guerres civiles répétées et d'épisodes de violence qui se caractérisent par l'usage de la force et des armes sans discernement. Dans le même temps, les catastrophes naturelles devraient toucher de plus en plus d'enfants et d'adultes dans les années à venir, et notamment dans les régions à risque telles que les zones côtières de faible altitude. Ce risque est accentué par l'augmentation de la fréquence et de la gravité des catastrophes naturelles liées au changement climatique¹¹².

Les enfants handicapés se heurtent à des difficultés particulières dans les situations d'urgence. En effet, pendant une crise, ils peuvent se trouver dans l'incapacité de fuir en raison de l'inaccessibilité des itinéraires d'évacuation. Par exemple, un enfant en fauteuil roulant qui est dans l'incapacité de fuir en

cas de tsunami ou de tirs d'artillerie, risque d'être abandonné par sa famille. Certains enfants dépendent d'aides techniques ou de proches qui s'occupent d'eux. Si ces derniers disparaissent, ces enfants peuvent être particulièrement exposés à la violence physique, sexuelle, morale ou verbale. Les enfants handicapés peuvent également être dissimulés par leur famille en raison des croyances communautaires. Par exemple, un enfant atteint d'une incapacité mentale peut être maintenu à l'intérieur de la maison en raison de la stigmatisation liée à sa maladie.

En outre, les enfants handicapés peuvent être exclus ou dans l'incapacité d'accéder aux services d'aide traditionnels ou de bénéficier de dispositifs d'aide tels que les services de santé ou de distribution de denrées alimentaires en raison des obstacles concrets posés par l'inaccessibilité des locaux ou par l'hostilité du personnel. De plus, ils sont parfois négligés lors de la mise en place de services ciblés. Par exemple, les survivants d'une explosion de mines peuvent être dans l'incapacité de se rendre dans les services de réadaptation physique en raison de la distance, du coût élevé des moyens de transport ou des critères imposés pour accéder à une prise en charge. Par ailleurs, les enfants handicapés sont parfois négligés par les indicateurs d'alerte précoce, qui ne tiennent généralement pas compte des besoins de communication ou de mobilité des personnes handicapées.

Une action humanitaire inclusive en matière de handicap doit reposer sur :

- Une approche fondée sur les droits, inspirée de la Convention relative aux droits de l'enfant et de

la Convention relative aux droits des personnes handicapées. En appelant spécifiquement les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection et la sécurité des personnes handicapées dans les situations de conflit, d'urgence et de catastrophe, l'article 11 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées souligne l'importance de la question.

- Une approche inclusive qui reconnaît qu'outre les besoins qui leur sont propres, les enfants handicapés ont les mêmes besoins que les autres enfants et que le handicap n'est qu'un aspect de leur situation. Les enfants handicapés sont avant tout des enfants. Cette approche inclusive s'attaque également aux obstacles sociaux, comportementaux, informationnels et physiques qui empêchent les enfants de participer et de prendre des décisions dans le cadre des programmes traditionnels.
- La garantie de l'accessibilité et de la conception universelle de l'infrastructure et de l'information. Cela implique de faire en sorte que

l'environnement physique, les infrastructures, les centres de santé, les centres d'hébergement, les écoles et l'organisation de divers services tels que les services de santé et les systèmes de communication et d'information soient accessibles aux enfants handicapés.

- La promotion d'un mode de vie autonome afin que les enfants handicapés puissent vivre de manière aussi indépendante que possible et prendre pleinement part à tous les aspects de la vie.
- L'intégration de l'âge, du sexe et de la conscience de la diversité ainsi que la prise en compte de la double, voire triple, discrimination à laquelle sont confrontées les femmes et les filles handicapées.

Une intervention humanitaire inclusive en matière de handicap doit veiller à ce que les enfants et les adultes handicapés et leur famille survivent et vivent dans la dignité, puisqu'il en va du bien de la population entière. Cette approche implique la mise en place de programmes holistiques et inclusifs, plutôt que de projets isolés et de politiques visant spécifiquement les personnes handicapées. Les



Vijay, 12 ans, a survécu à l'explosion d'une mine et forme aujourd'hui ses camarades aux risques posés par les mines au Sri Lanka. © UNICEF/Sri Lanka/2012/Tuladar



Restes explosifs de guerre exposés dans une école d'Ajdabia, en Libye. Les élèves ont ramassé ces objets aux quatre coins de la ville. © UNICEF/HQ2011-1435/Diffidenti

domaines d'intervention clés d'une action humanitaire inclusive en matière de handicap sont notamment les suivants :

- l'amélioration des données et des évaluations afin d'obtenir un ensemble de données factuelles sur les besoins spécifiques et les priorités des enfants handicapés;
- rendre les services humanitaires classiques accessibles aux enfants handicapés et faire participer ces derniers à la programmation et à la conception de ces services;
- la mise en place de services spécialisés destinés aux enfants handicapés et la garantie que les processus de guérison et de réintégration favorisent le bien-être, le respect de soi et la dignité;
- la mise en place de mesures pour prévenir les blessures et la violence et promouvoir l'accessibilité;
- des partenariats avec les acteurs communautaires, régionaux et nationaux, y compris des organisations de personnes handicapées, afin de lutter contre les comportements et préjugés discriminatoires et promouvoir l'égalité;

- la promotion de la participation des enfants handicapés en les consultant et en permettant à leur voix d'être entendue.

Les parties à un conflit sont tenues de protéger les enfants des conséquences de la violence armée et de leur fournir un accès aux soins physiques et psychosociaux afin de contribuer à leur guérison et à leur réintégration. Le Comité des droits de l'enfant a recommandé aux États parties à la Convention relative aux droits de l'enfant d'ajouter une mention spécifique concernant les enfants handicapés dans le cadre de leur engagement plus général à ne pas recruter des enfants au sein des forces armées¹¹³. Les gouvernements doivent également prendre en charge le rétablissement et la réintégration sociale des enfants devenus handicapés suite à un conflit armé. Cette question est détaillée dans l'article suivant (Gros plan).

Risques, résilience et action humanitaire inclusive

Par Maria Kett

Directrice adjointe, Département d'épidémiologie et de santé publique, Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London

L'article 11 de la Convention sur les droits des personnes handicapées oblige les États parties à « assurer la protection et la sûreté des personnes handicapées dans les situations de risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles ».

En cas d'urgence, que ce soit en cas de conflit armé, de catastrophe naturelle ou de catastrophe causée par l'homme, les enfants font partie des personnes les plus vulnérables et les plus touchées par la pénurie de nourriture, de centres d'hébergement, de soins de santé, d'éducation et de services de soutien psychosocial. Cette vulnérabilité peut être plus prononcée dans le cas des enfants handicapés, car même si les fournitures essentielles et les services de secours sont disponibles, ils peuvent ne pas être inclusifs ou accessibles.

Il est très difficile de connaître le nombre exact d'enfants handicapés vivant dans les zones touchées par des situations d'urgence car bien souvent, leur nombre exact n'était pas connu avant la situation d'urgence. Parfois, les parents et les communautés dissimulent ces enfants

en raison de la stigmatisation. L'exclusion qui en résulte est particulièrement alarmante, car même les systèmes d'information les plus rudimentaires peuvent se dégrader dans les crises lorsque les centres d'enregistrement et d'information deviennent inaccessibles.

Dans le même temps, de plus en plus d'enfants risquent d'être atteints de blessures handicapantes dans les situations d'urgence, lors de tremblements de terre en cas d'inondations ou de glissements de terrain. Les conflits exposent davantage les enfants au risque de devenir handicapés. En raison de leur petite taille et du fait qu'ils n'ont franchi que les étapes initiales de leur développement, les enfants risquent plus des blessures graves que les adultes et doivent bénéficier de façon permanente de soins de kinésithérapie, de prothèses et d'un soutien psychologique.

Les difficultés auxquelles sont confrontés les enfants handicapés et leur famille sont rarement reconnues lors de l'évaluation des répercussions des situations de crise : nouveaux obstacles dans leur environnement, tels que des rampes cassées, des appareils fonctionnels abîmés ou perdus et la disparition de certains prestataires de services tels que les interprètes en langue des signes ou les infirmières à domicile ou certains dispositifs d'aide (allocations de sécurité sociale ou dispositifs de protection sociale).

L'enfant handicapé est exposé à d'autres risques. Si l'un des membres de sa famille meurt, il se peut qu'il n'y ait plus personne en mesure de prendre soin de lui ou de communiquer avec lui s'il est atteint d'une incapacité sensorielle. Lorsque les familles sont forcées de fuir, et notamment de parcourir de longues distances à pied, elles risquent d'abandonner les enfants incapables de marcher, également par crainte de se voir refuser le droit d'asile dans un autre pays en raison du handicap de l'enfant. En effet, plusieurs pays pratiquent ce genre de discrimination. Certains établissements et écoles peuvent avoir fermé leurs portes ou avoir été désertés par le personnel, laissant ainsi les enfants seuls.

Les enfants handicapés, en particulier ceux souffrant de troubles de l'apprentissage, risquent d'être directement impliqués dans les conflits. Considérés comme moins importants ou moins susceptibles de résister que les enfants en bonne santé, ils peuvent être contraints de devenir combattants, cuisiniers ou porteurs. En théorie, les programmes de désarmement, de démobilisation et de réintégration s'adressent à tous les enfants ex-combattants. Toutefois, rares sont les ressources et les programmes qui concernent spécifiquement les enfants handicapés. Ces derniers restent par conséquent marginalisés et exclus, et parfois obligés de mendier comme ce fut le cas au Libéria et en Sierra Leone.

Le risque de violence, et notamment sexuelle, augmente lorsque les structures de protection familiale et sociale disparaissent, comme c'est le cas dans les situations de conflit et de catastrophe. Les filles handicapées sont particulièrement exposées à la violence dans de telles situations, mais les garçons handicapés le sont également et ont même moins de chances d'être pris en charge dans la période qui suit le conflit.

Pendant leur rétablissement, les enfants handicapés sont confrontés à des problèmes qui leur sont propres. Comme tous les enfants touchés par les crises, ils doivent bénéficier d'un éventail de services. Les besoins spécifiques aux personnes handicapées sont extrêmement importants, mais ils ne constituent qu'un aspect du problème. Par exemple, au cours des opérations de reconstruction qui ont suivi le tsunami de 2004 dans l'océan Indien, une fillette handicapée a reçu cinq fauteuils roulants, mais nul ne s'est soucié de savoir si elle avait besoin de vêtements ou de nourriture.

Résilience et inclusion

Les enfants ont prouvé à maintes reprises leur résilience. Il convient d'encourager leur participation et leur inclusion et adapter les mesures prises en fonction de la situation. Par exemple, les garçons, les filles, les enfants plus jeunes et les adolescents doivent faire l'objet de mesures distinctes et les crises n'ont pas les mêmes répercussions en zone urbaine ou rurale.

Pour commencer, les enfants handicapés doivent bénéficier du droit

à participer à la planification et à la mise en place des stratégies de réduction des risques de catastrophe et de consolidation de la paix ainsi qu'au relèvement.

L'ignorance et les idées fausses selon lesquelles les enfants handicapés sont incapables de contribuer au changement les ont souvent empêchés de prendre part à ce processus. Mais cela commence à changer. Au Bangladesh par exemple, l'organisation Plan International est parvenue à lutter contre ce type d'idées fausses par la mise en place de partenariats avec des organisations de handicapés et une action directe auprès des communautés afin d'entamer une démarche de réduction des risques de catastrophe axée sur les enfants.

De même, la prise en charge des enfants handicapés occupe une place de plus en plus importante dans les interventions en cas de catastrophes. Au Pakistan, les organisations Handicap International (HI) et Save the Children ont créé des espaces inclusifs et adaptés aux enfants et élaboré des recommandations sur tous les aspects de l'inclusion des personnes handicapées, en particulier dans les projets relatifs à la protection. En Haïti, Handicap International et l'association humanitaire Christian Blind Mission ont fait pression sur le Gouvernement afin de renforcer l'inclusion des handicapés dans les programmes de distribution de denrées alimentaires et dans d'autres démarches. L'ONU profite souvent des situations d'urgence pour « reconstruire en mieux » : cette approche peut ouvrir des

perspectives aux enfants handicapés puisqu'elle offre à tous l'occasion de travailler ensemble.

Le handicap est de plus en plus intégré dans les politiques générales, par exemple dans le cadre des directives établies par la Charte humanitaire et les normes minimales de l'intervention humanitaire du Projet Sphère, élaborées par un groupe d'organisations internationales dans le but d'améliorer la qualité et la responsabilisation en matière d'intervention humanitaire. Il existe de plus en plus de recommandations sur la prise en charge des handicapés, et en particulier des enfants, dans les situations d'urgence. Ces progrès doivent être consolidés et étendus à des secteurs tels que la nutrition et la protection de l'enfant.

En outre, il est indispensable d'adopter une approche homogène de la collecte de données. La collaboration avec des organisations de handicapés doit être intensifiée et, le cas échéant, la capacité de ces organisations à résoudre les problèmes spécifiques aux enfants doit être renforcée. L'inclusion des enfants handicapés dans l'intervention humanitaire doit également faire l'objet d'un audit afin de suivre et d'améliorer les résultats.

Il est essentiel de disposer de normes claires et de listes de vérifications en matière d'inclusion pouvant s'appliquer à l'ensemble des situations d'urgence. Pour pouvoir être mises en pratique, elles devront toutefois s'accompagner de ressources.

Restes explosifs de guerre

Comité de rédaction sur l'aide aux victimes de l'Observatoire des mines et des armes à sous-munition

L'Observatoire des mines et des armes à sous-munitions effectue des recherches pour le compte de la Campagne internationale pour interdire les mines (ICBL) et de la Coalition contre les armes à sous-munitions (CMC). Il est, de facto, l'outil de surveillance pour la Convention sur l'interdiction des mines antipersonnel et la Convention sur les armes à sous-munitions.

Les restes explosifs de guerre et les mines antipersonnel ont des répercussions dévastatrices sur les enfants et contribuent de façon considérable à leur handicap. Toutefois, depuis la signature de la Convention sur l'interdiction des mines antipersonnel en 1997, de vastes terrains ont été déminés et sont redevenus productifs.

La Convention de 1997, le Protocole II modifié de 1996, le Protocole V de 2003 relatif à la Convention sur les armes inhumaines de 1980 et la Convention de 2008 sur les armes à sous-munitions ont eu des retombées positives en matière de protection des personnes vivant dans les régions où l'on trouve des restes explosifs de guerre et des mines. La démarche mondiale d'interdiction des mines et des armes à sous-munitions montre l'importance et la nécessité d'une forte volonté politique de la part des principales parties prenantes

pour promouvoir une évolution à l'échelle mondiale.

On considère que les programmes de lutte antimines, dont l'objectif est de réduire les conséquences des mines et des restes explosifs de guerre, reposent sur cinq domaines d'action : le déminage, la sensibilisation aux risques posés par les restes explosifs de guerre et les mines, l'aide aux victimes, la destruction des stocks et le plaidoyer. Malgré les avancées majeures réalisées dans la plupart de ces domaines, comme le prouve la baisse significative du nombre de victimes des restes explosifs de guerre et de mines, l'aide aux victimes reste le principal point faible de ces programmes. Cela est particulièrement vrai dans le cas des enfants touchés par les restes explosifs de guerre ou par les mines.

Contrairement aux quatre autres domaines d'action du programme antimines, l'aide aux victimes nécessite une intervention transversale comprenant des interventions médicales et paramédicales destinées à permettre la réadaptation physique, ainsi que des actions sociales et économiques favorisant la réintégration et l'obtention de moyens de subsistance pour les victimes.

À ce jour, la plupart des actions d'assistance et de financement réalisées dans le cadre de la

lutte antimines ont été consacrées aux activités de déminage. En 2010, 85 pour cent des fonds mondiaux pour la lutte antimines ont été affectés au déminage, contre 9 pour cent à l'aide aux victimes. Alors que les Normes internationales de la lutte antimines (actuellement en vigueur et applicables à toutes les opérations de lutte antimines menées par les Nations Unies) sont appliquées dans les domaines d'action que sont le déminage, la sensibilisation aux risques posés par les restes explosifs de guerre et les mines et la destruction des stocks, elles n'interviennent pas dans le domaine de l'aide aux victimes. En outre, le droit à une réadaptation physique adaptée à l'âge et au sexe de la victime et à la réintégration socioéconomique pour les survivants des accidents de mines et de restes explosifs de guerre est inscrit dans le droit international des droits de l'homme et dans le droit humanitaire international. Néanmoins, peu de programmes d'aide aux survivants ont intégré les besoins spécifiques des enfants, qu'ils soient des survivants directs ou des victimes indirectes des accidents de mines.

Répercussions sur les enfants

On note une forte baisse du nombre de personnes tuées ou blessées par l'explosion de mines. Entre 2001 et 2010, le

Depuis le début de la surveillance en 1999, il y a eu chaque année au moins 1 000 enfants tués. Certains cas ne sont pas signalés et le nombre réel de victimes est, par conséquent, bien plus élevé.

nombre de victimes d'explosions de mines et de restes explosifs de guerre répertoriées par l'Observatoire des mines et des armes à sous-munitions, l'instrument de surveillance des Conventions sur l'interdiction des mines antipersonnel et sur les armes à sous-munitions, est passé de 7 987 à 4 191. Le graphique figurant sur la page suivante montre une diminution significative du nombre total de tués et de blessés civils par l'explosion de mines et de restes explosifs de guerre entre 2005 et 2010.

Néanmoins, le pourcentage total des enfants parmi les victimes a augmenté. Chaque année, depuis 2005, les enfants représentent entre 20 et 30 pour cent du nombre total de victimes d'explosions de mines, de restes d'armes à sous-munitions ou d'explosifs de guerre. Depuis le début de la surveillance en 1999, il y a eu chaque année au moins 1 000 enfants tués. En 2010, le nombre d'enfants victimes d'explosions de mines et de restes explosifs de guerre a dépassé les 1 200. Ils représentaient 55 pour cent du nombre total de civils tués, ce qui fait d'eux la catégorie de civils la plus mortellement touchée par les mines et les restes explosifs de guerre. Étant donné que, dans plusieurs pays, de nombreuses victimes ne sont pas répertoriées, le nombre total de victimes parmi les enfants

augmente considérablement chaque année. Certains pays, qui figurent parmi les plus touchés par les mines, enregistrent un pourcentage d'enfants victimes des mines encore plus élevé : en 2011, les enfants représentaient 61 pour cent de l'ensemble des victimes en Afghanistan. La même année, ils constituaient 58 pour cent des victimes civiles dans la République démocratique populaire lao, 50 pour cent en Iraq et 48 pour cent au Soudan.

Si les enfants représentent désormais la plus grande catégorie de victimes des accidents de mines, des restes d'armes à sous-munitions et d'explosifs de guerre, depuis 2008, les garçons

constituent la catégorie la plus touchée, soit environ 50 pour cent de l'ensemble des victimes civiles. En 2006, la première année où l'Observatoire des mines a entamé la ventilation des données relatives aux victimes par âge et par sexe, les garçons représentaient 83 pour cent des enfants victimes, formant ainsi la plus importante catégorie de victimes civiles dans 17 pays. En 2008, ils représentaient 73 pour cent des enfants victimes et constituaient la catégorie de victimes la plus touchée dans 10 pays. Dans de nombreux pays minés, les garçons sont davantage susceptibles d'être blessés par des mines ou par des restes explosifs de guerre, étant plus



Monica et Luis, tous deux âgés de 14 ans sur cette photographie prise en 2004 en Colombie, assis au bord d'une piscine. Monica a perdu un pied lorsque l'un de ses jeunes cousins a apporté une grenade à la maison. Son cousin est mort dans l'explosion de cette grenade. © UNICEF/HQ2004-0793/DeCesare

impliqués dans les activités extérieures telles que la surveillance du bétail et la collecte du bois, de nourriture ou de morceaux de ferraille. D'une manière générale, poussés par la curiosité, les enfants sont plus susceptibles que les adultes de manipuler volontairement, et de manière inconsciente, des engins explosifs. Parfois, ils les confondent même avec des jouets. Plus que les filles, les garçons sont susceptibles de toucher les engins explosifs qu'ils trouvent. Ces facteurs, associés à une propension à prendre des risques, rendent d'autant plus nécessaire une sensibilisation réfléchie des enfants aux risques posés par les explosifs.

L'aide aux enfants survivants

Qu'ils soient tués ou blessés suite à un accident lié aux restes explosifs de guerre ou indirectement touchés suite à la mort ou à l'accident d'un membre de leur famille ou de leur communauté, les enfants ne ressentent pas ces événements de la même manière que les adultes. Les

enfants survivants blessés ont des besoins spécifiques qui doivent être pris en compte à la fois en termes d'opérations de secours, de réadaptation physique et de réintégration socioéconomique. Plus petits que les adultes, les enfants risquent davantage de mourir ou d'être gravement blessés suite à une explosion, souffrir de brûlures graves et de blessures dues à des éclats d'obus, avoir les membres endommagés ou souffrir de blessures pouvant provoquer la cécité ou la surdité. En raison de leur petite taille, leurs organes vitaux sont plus proches de la détonation et leur seuil de tolérance en cas de perte de sang importante est inférieur à celui d'un adulte. L'explosion d'une mine antipersonnel au contact d'un enfant provoquera inévitablement des blessures aux pieds et aux jambes ainsi que des infections secondaires pouvant aboutir à une amputation, provoquant ainsi un handicap chronique et nécessitant une aide à la réadaptation sur le long terme.

Plus d'un tiers des survivants doit subir une amputation, et

alors qu'on manque de données précises sur le pourcentage d'enfants blessés nécessitant une amputation, on peut s'attendre, étant donné leur petite taille, à ce que leur nombre soit plus élevé que celui des adultes. Lorsque les enfants survivent à leurs blessures, leur réadaptation physique est plus complexe que celle des adultes. Les enfants dont les blessures aboutissent à une amputation ont besoin d'une réadaptation plus complexe et la croissance de leurs os étant plus rapide que celle de leurs tissus mous, plusieurs amputations peuvent se révéler nécessaires. Leurs blessures peuvent également nécessiter la pose de prothèses tout au long de leur croissance. Rares sont les pays touchés par les mines et les restes explosifs de guerre qui disposent des capacités nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des enfants survivants, complexes sur le plan médical et de la réadaptation physique.

Outre le traumatisme physique, survivre à une explosion de mine ou de restes explosifs de guerre peut avoir des conséquences psychologiques dévastatrices sur le développement de l'enfant. Ces conséquences peuvent se traduire par un sentiment de culpabilité, une perte d'estime de soi, des phobies et des peurs, des troubles du sommeil, une incapacité à parler et des traumatismes qui, faute de traitement, peuvent provoquer des troubles mentaux chroniques. Il est difficile de réunir des informations exactes sur les repercussions psychologiques de la guerre sur les enfants, qui ne se

Enfants victimes dans les pays les plus touchés par les mines et les restes explosifs de guerre, 2011*

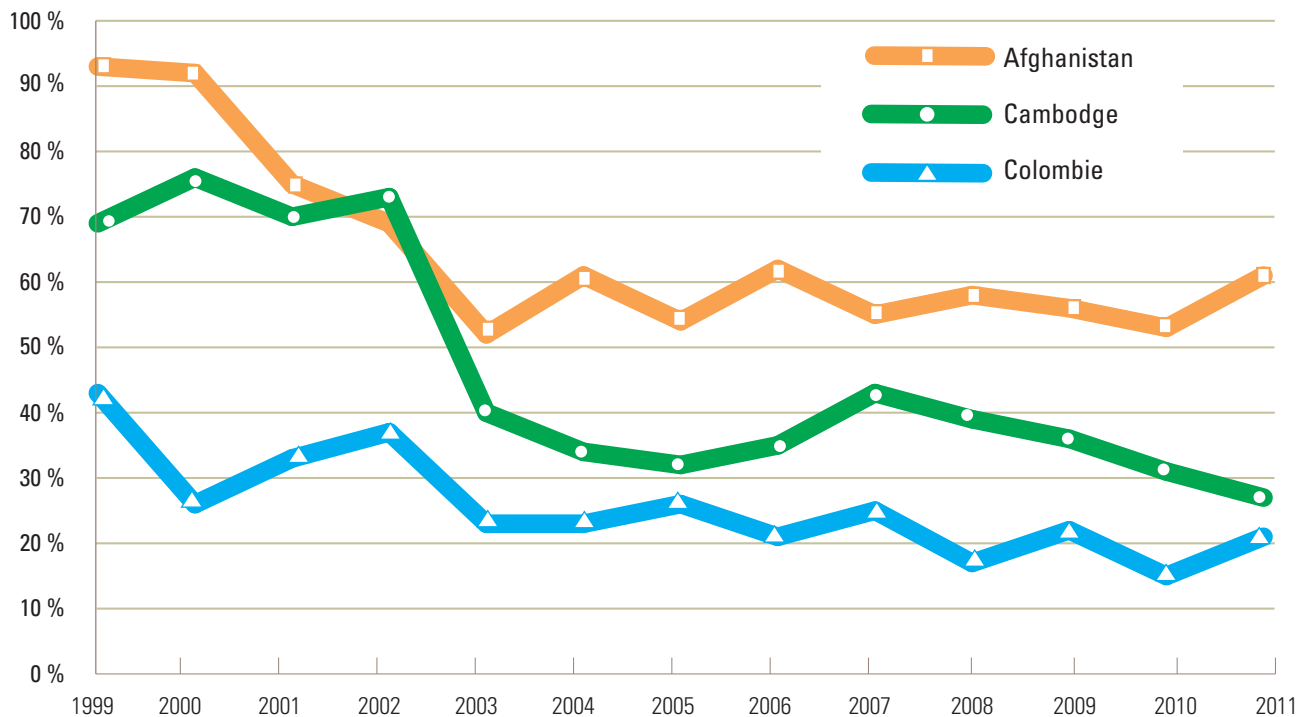
Pays	Nombre total de victimes civiles	Nombre d'enfants victimes	Pourcentage d'enfants victimes
Afghanistan	609	373	61 %
République démocratique du Congo	22	15	68 %
Iraq	100	50	50 %
République démocratique populaire lao	97	56	58 %
Soudan	62	30	48 %

* Ne comprend que les victimes dont le statut civil/militaire et l'âge sont connus.

Source : Observatoire des mines et des armes à sous-munitions.

Enfants victimes dans les pays les plus touchés*

Pourcentage d'enfants parmi les victimes civiles (1999–2011)



* Les trois États parties à la Convention sur l'interdiction des mines antipersonnel affichant le taux annuel de victimes le plus élevé.

Source : Observatoire des mines et des armes à sous-munitions.

limitent pas aux enfants atteints de lésions physiques.

Les besoins relatifs à la réintégration sociale et économique des enfants survivants sont parfois considérablement différents de ceux des adultes.

La prise en charge des répercussions psychosociales mentionnées ci-dessus repose essentiellement sur un soutien psychosocial adapté à l'âge de la victime et sur l'accès à l'éducation. En effet, dans de nombreux pays, les enfants survivants sont contraints d'interrompre leur éducation scolaire en raison du temps nécessaire à leur guérison et de la charge financière que représente la réadaptation pour

leur famille. Il est indispensable que les enfants devenus handicapés suite à l'explosion d'une mine ou de restes explosifs de guerre puissent accéder gratuitement à l'éducation à la fois pour rétablir une certaine normalité dans leur vie, et leur permettre ainsi de se remettre des troubles psychologiques provoqués par leur blessure, et pour les réintégrer aux autres enfants afin qu'ils puissent activement prendre part à la vie sociale.

Toutefois, les enfants devenus handicapés suite à l'explosion d'une mine ou de restes explosifs de guerre se voient refuser ce droit plus que les autres enfants. En effet, certains d'entre eux ne sont plus en mesure de

marcher pour se rendre à l'école et rares sont les moyens de transport mis à leur disposition. Même lorsqu'ils parviennent à se rendre à l'école, les salles de classe peuvent leur être inaccessibles et les professeurs ne sont pas obligatoirement formés à répondre aux besoins des enfants handicapés.

Il est indispensable que les enfants et les adolescents devenus handicapés suite à l'explosion d'une mine ou de restes explosifs de guerre puissent exercer une activité génératrice de revenus et bénéficier de moyens de subsistance. Malheureusement, les possibilités qui leur sont offertes prennent rarement, voire pas du tout, en compte l'âge des

victimes. Même lorsque c'est le cas, par exemple dans le cadre d'un projet mis en œuvre entre 2008 et 2010 au Cambodge, les difficultés de mise en œuvre d'interventions adaptées à l'âge des enfants et des adolescents étaient telles qu'elles ont abouti à l'exclusion des jeunes de moins de 18 ans des interventions d'aide à la subsistance destinées aux victimes.

Ce sont les moyens de subsistance et le renforcement économique en général qui souffrent le plus de cette incapacité à répondre aux besoins des enfants et adolescents et à réduire les risques auxquels ils sont exposés. En 2011, une évaluation portant sur 43 études menées sur les effets des programmes de renforcement économique dans les contextes de crise dans les pays à faible revenu a montré que certains efforts ont, paradoxalement, augmenté les risques pour les enfants d'être retirés de l'école et contraints de travailler et, pour les filles, d'être victimes de violences. Les programmes étudiés incluaient notamment des initiatives telles que le microcrédit, la formation professionnelle et les interventions dans le secteur agricole. Cette évaluation a appelé les acteurs du renforcement économique à « intégrer la protection et le bien-être des enfants dans l'évaluation, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de renforcement économique ». En outre, les possibilités offertes aux enfants et aux adolescents en matière de moyens de subsistance et d'activités génératrices de revenus doivent tenir compte

à la fois de leur âge et de leur sexe, ainsi que du contexte culturel dans lequel ils vivent. Les enfants handicapés font partie des personnes les plus exposées à la privation, à la violence, aux mauvais traitements et à l'exploitation et il est donc urgent de s'assurer que les programmes d'aide aux victimes intègrent les besoins spécifiques des enfants survivants.

En même temps, les enfants indirectement victimes d'explosions de mines et de restes explosifs de guerre suite au décès ou la blessure de personnes qui s'occupent d'eux ou de membres de leur famille, et notamment du chef de famille, ont eux aussi des besoins spécifiques, différents de ceux des adultes. À l'instar des enfants survivants, ils sont eux aussi particulièrement exposés à la privation d'éducation, à la séparation d'avec leur famille, au travail forcé et à d'autres formes d'exploitation et de négligence.

Malgré les besoins spécifiques des enfants en termes d'aide aux victimes, peu de programmes d'aide aux victimes tiennent compte de considérations liées à l'âge et au sexe. Alors que des recherches ont été menées sur l'aide aux victimes de façon générale et que des lignes directrices ont été élaborées sur ce que ces programmes doivent inclure, jusqu'à présent, ces travaux n'ont que très peu, voire pas du tout, porté sur les enfants et les adolescents. Et alors que les États parties à la Convention sur l'interdiction des mines antipersonnel, aux Protocoles II et V de la Convention sur certaines armes classiques et

à la Convention sur les armes à sous-munitions sont tenus de rendre régulièrement des comptes sur les avancées réalisées dans la mise en œuvre de ces instruments internationaux à l'échelle nationale, ils ne donnent aucune information sur les efforts déployés pour répondre aux besoins spécifiques des survivants en fonction de leur âge. Il n'est donc pas surprenant de constater qu'en 2009, une étude réalisée par Handicap International auprès de plus de 1 600 survivants dans 25 pays touchés révèle que près des deux tiers des répondants déclarent que les services destinés aux enfants n'ont « jamais » ou « presque jamais » été adaptés pour répondre à leurs besoins spécifiques ou s'assurer qu'ils étaient adaptés à leur âge.

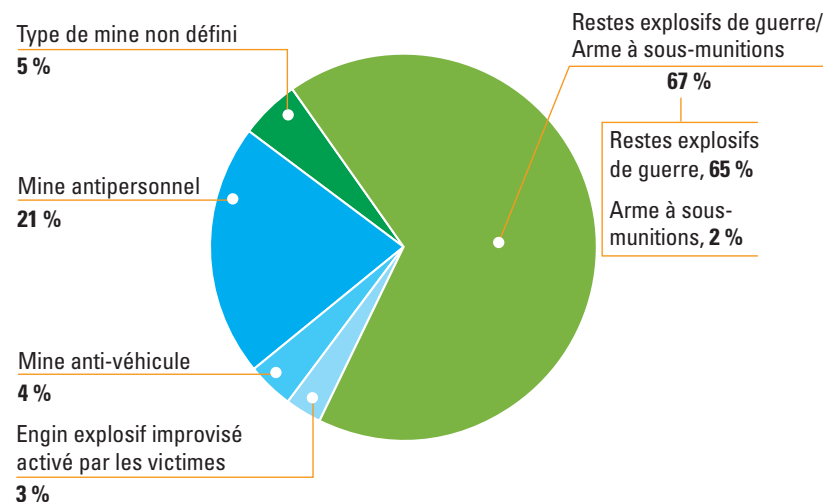
Qu'ils soient directement ou indirectement touchés, les enfants victimes ont des besoins spécifiques et supplémentaires qui couvrent tous les aspects de l'assistance. Toutefois, on dispose de peu d'informations sur les efforts déployés pour répondre à ces besoins. La plupart des enfants impliqués dans des accidents de mines ou de restes explosifs de guerre sont blessés. Pourtant, les dispositifs de collecte de données ne répertorient pas leurs besoins.

Dans la mesure où les enfants représentent une part de plus en plus importante du nombre total des victimes civiles d'explosions de mines et de restes explosifs de guerre, il est essentiel de mettre en œuvre des recommandations stratégiques programmatiques spécifiques en matière d'aide aux victimes permettant

de répondre aux besoins des enfants survivants, qui sont notamment les suivantes :

- Soutenir et promouvoir la mise en place de systèmes de surveillance des blessures à l'échelle nationale, capables de fournir des informations systématiques et permanentes sur l'ampleur et la nature des blessures provoquées par les restes explosifs de guerre et les mines (et d'autres types de blessures le cas échéant), et notamment des données ventilées par âge et par sexe pour les enfants victimes.
- Intégrer une composante relative à l'aide aux victimes dans les Normes internationales de la lutte contre les mines, notamment par la rédaction de notes techniques et de recommandations de bonnes pratiques, tout en mettant l'accent sur les directives et la prise en compte de l'aide aux victimes et aux enfants survivants en particulier.
- Créer et promouvoir la mise en place de bases de données sur l'aide aux victimes, capables de fournir des informations systématiques afin de suivre, de manière appropriée et sur le long terme, la réadaptation et les besoins psychosociaux et socioéconomiques de chaque enfant et adulte survivant.
- Sensibiliser, par le biais de forums nationaux et internationaux, les gouvernements, les acteurs de la lutte antimines, les donateurs et les autres parties prenantes concernées à l'importance d'accorder la priorité à l'aide aux victimes (y compris pour les enfants survivants et les enfants de

Enfants victimes en fonction du type d'explosif*



*Ne sont pas inclus les engins explosifs inconnus.

Source : Observatoire des mines et des armes à sous-munitions.

- personnes tuées par des engins explosifs qu'elles ont elles-mêmes activés) et d'en faire la clé de voûte de la lutte antimines et des lois internationales en la matière.
- Faire prendre conscience aux gouvernements, aux acteurs et aux prestataires de services du secteur humanitaire et du développement de la nécessité de proposer aux enfants survivants et aux victimes des restes explosifs de guerre et des mines des services de réadaptation physique, de soutien psychosocial, de protection, d'éducation et d'aide à la subsistance adaptés à l'âge et au sexe.
- Former des professionnels de santé (personnel d'intervention d'urgence, chirurgiens, prothésistes orthopédiques) afin qu'ils tiennent particulièrement compte des besoins spécifiques des enfants survivants.
- Former les professionnels de l'éducation (directeurs d'établissements scolaires, enseignants et éducateurs) afin qu'ils puissent dispenser une éducation accessible et adaptée aux enfants survivants et aux victimes.
- Rédiger des lois, des plans et des politiques à l'échelle nationale pour répondre aux besoins des survivants et victimes de restes explosifs de guerre et de mines et des personnes handicapées en général, afin de leur permettre de s'intégrer et répondre aux besoins spécifiques des enfants survivants et des victimes en fonction de leur âge et de leur sexe.
- Intégrer une composante forte d'aide aux victimes dans le projet de Stratégie interinstitutions antimines des Nations Unies, et notamment les aspects propres à l'aide aux enfants survivants.

Un pas après l'autre

Par Chaeli Mycroft



Chaeli Mycroft, récompensée par le Prix international de la Paix pour les enfants en 2011, milite pour que l'on reconnaisse les capacités des handicapés. Elle est aussi une infatigable danseuse en fauteuil roulant. Elle se prépare à entamer des études de sciences politiques et de philosophie à l'université du Cap, en Afrique du Sud.

Certains perçoivent le handicap comme un fardeau, d'autres comme un don. Mon handicap m'a offert des possibilités uniques et m'a fait vivre des expériences que je n'aurais jamais vécues sans lui. Je suis heureuse et reconnaissante, car mon handicap m'a forgée et m'a permis d'être la personne que je suis aujourd'hui.

Je ne prétends pas qu'être handicapé est chose facile. C'est une situation très complexe qui touche presque tous les aspects de la vie. Cependant, j'espère, tout au long de ma vie, encourager d'autres jeunes à percevoir leur handicap comme une possibilité de s'intéresser d'abord à leurs capacités et non à leurs limites.

Ma famille m'a toujours encouragée à voir mes capacités et ne m'a jamais considérée ni même traitée avec pitié. Je leur en serai éternellement reconnaissante, car cette attitude m'a poussée à me considérer comme l'égal d'une personne valide. J'ai été élevée en étant consciente que ma contribution était aussi importante que celle des autres et que je devrais me battre pour mes droits. Mes amis me considèrent comme leur égal et ont accepté l'idée que mon handicap m'empêche parfois de faire les choses comme eux et qu'il leur faut simplement être plus créatifs pour m'inclure dans toutes leurs activités, comme le cricket, auquel nous jouions lorsque nous étions jeunes. C'est moi qui tenais le score.

L'incroyable soutien que j'ai reçu m'a permis de travailler avec des enfants handicapés en Afrique du Sud. Pour cette action, j'ai remporté le Prix international de la Paix pour les enfants en 2011, un événement qui a bouleversé ma vie. La fondation Kidsright, qui décerne ce prix chaque année, m'a permis de transmettre mon message au monde et de rencontrer des personnes que je n'aurais jamais pu rencontrer sans elle. Elle a également pris en charge mes frais de scolarité et me permet ainsi d'aller à l'université l'année prochaine et de bénéficier de tous les aménagements nécessaires.

Si les personnes handicapées ne croient pas en elles ou si les autres ne croient pas en elles, je croirai en elles et j'espère que mon attitude positive se transmettra et deviendra contagieuse.

On met trop rarement en valeur les capacités dont font preuve les enfants handicapés, qui sont parfois dissimulés et isolés du monde en raison de la peur ou de l'ignorance. Nous devons nous rendre compte que les personnes handicapées jouent un rôle crucial dans notre société. Elles font souvent preuve d'un raisonnement atypique, par la force des choses. Nous devons faire de notre handicap un outil et non un obstacle et apprendre aux autres à être attentionnés et empathiques. Notre monde a désespérément besoin d'empathie.

Je pense que deux problèmes principaux se posent à l'échelle internationale : l'accessibilité et les comportements. Ces deux problèmes sont liés et ne peuvent être résolus séparément. Si nous parvenons à faire évoluer les comportements à l'égard du handicap dans le monde et à transformer la pitié, la honte et le sentiment d'infériorité en richesse, acceptation et égalité, nous constaterons des progrès considérables. Les comportements positifs favorisent une plus grande accessibilité, puisque l'inaccessibilité signifie que les besoins des personnes handicapées sont moins importants que ceux des personnes valides, une attitude qui a des conséquences négatives sur tous.

L'amélioration des comportements pourrait également résoudre d'autres problèmes importants, comme le déroulement de notre éducation. J'ai été placée dans toutes sortes d'établissements éducatifs. J'ai fréquenté une école pour personnes handicapées, des établissements publics traditionnels (école primaire et lycée), et un lycée privé traditionnel. Sans être experte, j'ai acquis beaucoup d'expérience. Cela n'a été ni simple ni facile. La plupart du temps, c'était un véritable combat et parfois, j'étais profondément malheureuse. J'ai fait de mon mieux pour être intégrée et pour faciliter les choses aux personnes handicapées après moi. À présent, je termine mon éducation dans un établissement où je suis totalement acceptée et intégrée. Lorsque j'y pense, je ne ressens que du soulagement : je n'ai plus à me battre si dur pour être heureuse. Désormais, je peux me battre encore plus pour les autres personnes handicapées et pour leur droit à être heureuses.

On peut penser que je suis toujours très positive; ce n'est pas le cas. J'ai traversé des périodes difficiles, et j'en traverserai encore. Ce qui me permet de positiver, c'est le fait que je suis entourée de personnes qui croient en mes capacités, qui sont convaincues de ma

contribution à la société et qui viennent contrebalancer la négativité qui règne parfois dans ma vie. Je les aime pour ça.

Mon grand objectif est de voir le handicap complètement accepté et adopté par la communauté internationale. Ce projet peut certes sembler colossal et il a de nombreuses dimensions, mais je pense que c'est tout à fait possible.

Pour commencer, il faut avoir la foi. J'ai foi en mes capacités et je crois de tout mon cœur que je peux changer les choses et la vie des autres. Si les personnes handicapées ne croient pas en elles, ou si les autres ne croient pas en elles, je croirai en elles et j'espère que mon attitude positive se transmettra et deviendra contagieuse. Cela peut sembler dérisoire pour certains mais ça fait partie du changement.

Un pas après l'autre.



Un agent de santé examine un garçon dans les locaux de l'ONG Atfaluna Society for Deaf Children spécialisée dans la prise en charge des enfants malentendants, État de Palestine. L'organisation propose une éducation et une formation professionnelle, des soins médicaux gratuits, des services psychosociaux et une aide à la recherche d'emploi. © UNICEF/HQ2008-0159/Davey

ÉVALUER LE HANDICAP DE L'ENFANT

Une société ne peut être juste que si tous les enfants sont inclus, et les enfants handicapés ne peuvent être inclus sans une collecte et une analyse minutieuses des données qui les rendent visibles.

Évaluer le handicap d'un enfant pose une série de problèmes spécifiques. Étant donné que les enfants se développent et apprennent à accomplir des tâches simples à des vitesses différentes, il est difficile d'évaluer leurs fonctions motrices et cérébrales. De même, faire la distinction entre un handicap significatif et les variations « normales » dans le développement de l'enfant s'avère délicat¹¹⁴. La nature variable du handicap et de sa gravité ainsi que la nécessité d'appliquer des définitions et des mesures propres à l'âge compliquent d'autant plus la collecte des données. De plus, la mauvaise qualité des informations relatives au handicap de l'enfant est généralement due à une compréhension limitée de la définition du handicap chez l'enfant. Parfois, elle est due à la stigmatisation ou à l'insuffisance des investissements réalisés pour améliorer l'évaluation. Le manque de données factuelles qui en résulte freine la mise en place de mesures adaptées et de services vitaux. En revanche, comme ce chapitre le démontre, des démarches d'amélioration de la collecte d'informations sont en bonne voie et le fait même de collecter des informations suscite un changement positif.

Des définitions en évolution

Alors que l'on consent généralement à dire que les définitions du handicap devraient inclure à la fois des facteurs médicaux et sociaux, son évaluation reste en grande partie médicale et se focalise notamment sur les incapacités physiques et mentales.

Les estimations concernant la prévalence d'un handicap dépendent de la définition du handicap sur laquelle on s'appuie. Les définitions strictement médicales sont davantage susceptibles d'entraîner une sous-estimation de la prévalence du handicap que les définitions plus larges, qui prennent en compte les obstacles sociaux au fonctionnement et à la participation de la personne¹¹⁵.

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH) est un cadre mis en place par l'Organisation mondiale de la Santé et qui permet de prendre en compte la santé et le handicap dans un contexte plus large, qui tient compte des obstacles sociaux¹¹⁶. Cette classification s'intéresse à deux principaux aspects du handicap : d'une part, les fonctions organiques et les structures anatomiques et d'autre part, les activités et la participation de la personne. Le handicap, tel qu'il est défini dans cette classification, constitue une partie normale de l'existence humaine. La définition attribuée par cette classification normalise le handicap et redirige ainsi l'attention de la cause à l'effet et reconnaît que toute personne peut être atteinte d'un certain degré de handicap. La définition établie par cette classification reconnaît également que le fonctionnement et le handicap existent dans un contexte donné, et qu'il est donc primordial non seulement d'évaluer l'état physique de la personne, mais aussi les facteurs environnementaux et sociaux.

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé pour les enfants et les jeunes (CIF-EA), une autre classification qui s'inspire de la précédente, s'efforce d'intégrer la dimension sociale en identifiant non seulement l'incapacité mais également ses conséquences sur le fonctionnement de l'enfant et sur sa participation dans son environnement. Elle couvre quatre domaines principaux : structures anatomiques (p. ex. organes, membres), fonctions organiques (p. ex. l'écoute, la mémoire), limitations d'activités (p. ex. marcher, s'habiller), restrictions de participation (p. ex. jouer avec d'autres enfants, effectuer des tâches simples)¹¹⁷.

Replacer le handicap dans son contexte

Les données sur le handicap doivent être interprétées en fonction du contexte. Les estimations concernant la prévalence sont fonction à la fois de l'incidence et de la survie et ces résultats doivent être interprétés avec prudence, en particulier dans les pays où le taux de mortalité infantile est élevé¹¹⁸. Une faible prévalence du handicap peut être due à de faibles taux de survie chez

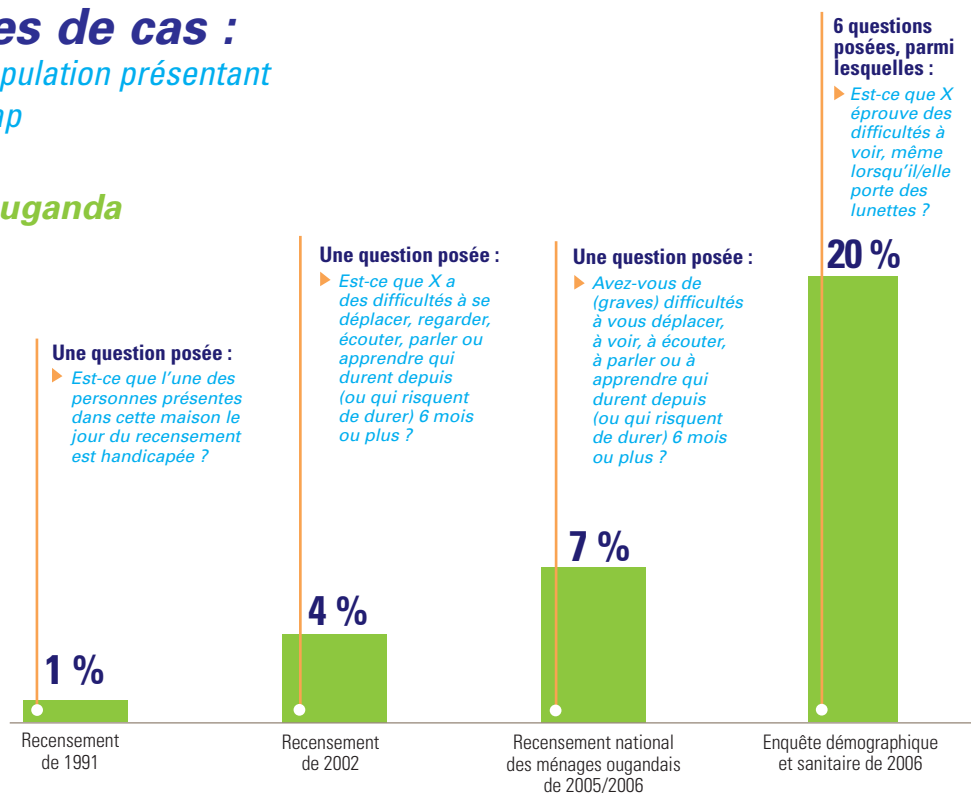
les jeunes enfants handicapés ou refléter l'impossibilité de comptabiliser les enfants placés dans des établissements spécialisés, cachés par leur famille ou qui habitent et travaillent dans la rue.

La culture occupe également une place importante. La notion de « normalité » varie d'un contexte à l'autre et influe sur les résultats des évaluations. Le passage de certaines étapes importantes dans le développement de l'enfant varie d'un enfant à l'autre, mais aussi d'une culture à l'autre. En effet, il est possible que les enfants soient encouragés à essayer de nouvelles activités à différents stades de leur développement. Par exemple, une étude a montré que dans les villes indiennes, 50 pour cent des enfants étaient capables « de se servir d'un verre » à 35 mois alors qu'en Thaïlande, les enfants atteignent ce jalon à l'âge de 10 mois¹¹⁹. Il est donc important d'évaluer l'enfant en fonction de valeurs de référence adaptées à la culture, aux circonstances et aux conceptions locales.

C'est pourquoi les outils d'évaluation créés dans les pays à revenu élevé, tels que le *Wechsler Intelligence Scale for Children* et le *Griffith's*

Quatre études de cas : Pourcentage de la population présentant une forme de handicap

► Ouganda



Source : UNICEF, tirées des enquêtes et des recensements susmentionnés.

*Mental Development Scale*¹²⁰, ne peuvent pas être utilisés de la même manière dans d'autres pays ou communautés, puisque leur capacité à détecter et à évaluer avec précision le handicap dans des contextes socioculturels différents n'a pas encore été testée. Les cadres de référence peuvent varier et les outils d'évaluation ne sont peut-être pas en mesure de capter les coutumes locales, les perceptions culturelles et les langues et expressions. Par exemple, les questionnaires destinés à évaluer le développement de l'enfant grâce à la pratique d'activités simples telles que la préparation du petit déjeuner ou le fait de jouer à un jeu de société sont adaptés dans certains endroits, mais pas dans ceux où les enfants ne pratiquent pas ce genre d'activités au quotidien¹²¹.

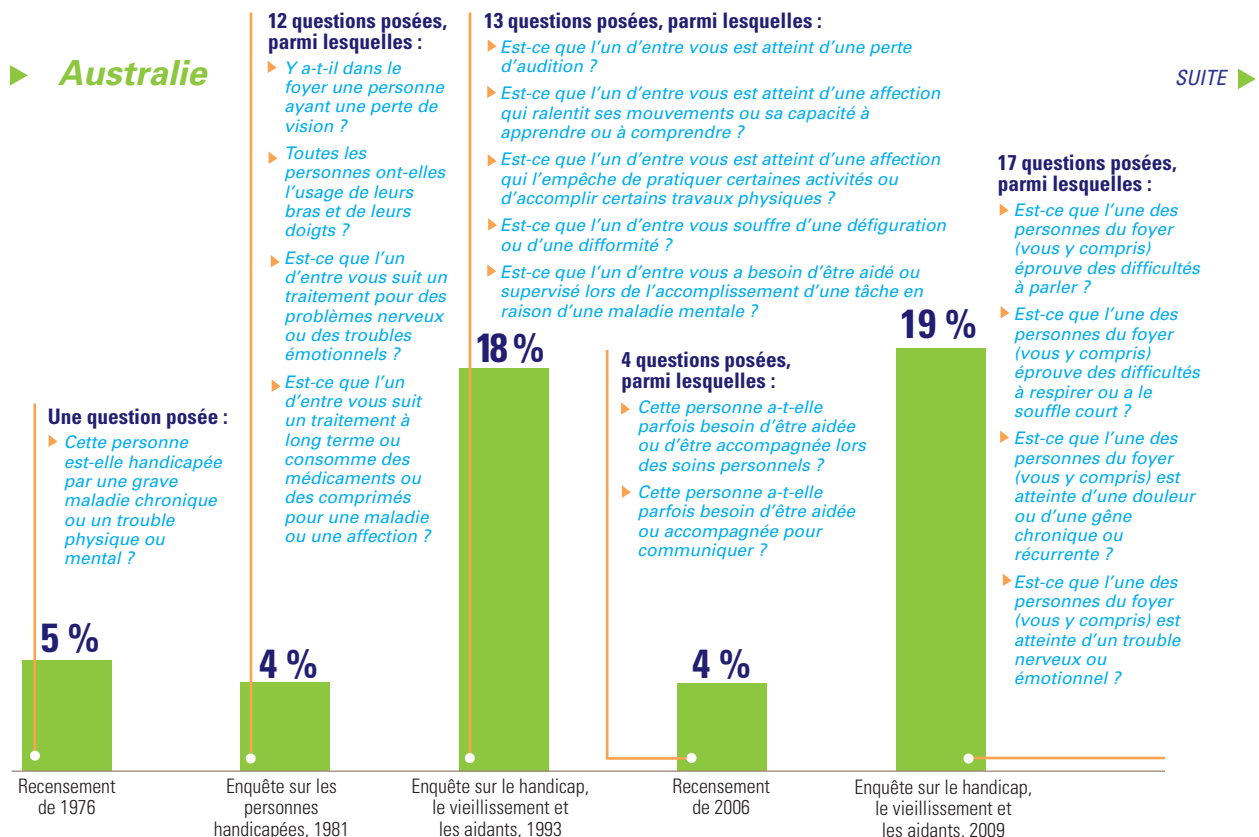
La collecte de données

Les objectifs précis d'une collecte de données peuvent influencer sur la définition de ce que l'on considère comme étant un « handicap », ainsi que sur les questions posées et les résultats d'une enquête. L'évaluation du type de handicap et de sa prévalence est souvent liée à des initiatives politiques particulières telles que les dispositifs

de protection sociale. Les résultats peuvent servir à déterminer si les personnes ont le droit de bénéficier de ce dispositif ou pour prévoir et calculer l'aide à accorder. Par exemple, les critères retenus pour définir l'éligibilité d'une personne à une indemnisation pour invalidité sont susceptibles d'être plus contraignants que ceux d'une étude destinée à identifier l'ensemble des personnes souffrant d'une limitation fonctionnelle. Les résultats peuvent donc considérablement varier¹²².

De nombreux enfants sont identifiés comme handicapés lorsqu'ils sont en contact avec le personnel éducatif ou des systèmes de santé. Cependant, dans les pays ou les communautés à faible revenu, le personnel des établissements éducatifs ou de santé n'est pas toujours capable d'identifier ou de signaler la présence d'enfants handicapés. Le manque d'informations qui en résulte concernant les enfants handicapés dans les pays à faible revenu a contribué à alimenter cette idée fautive selon laquelle il est inutile que le handicap soit une priorité mondiale¹²³.

En l'absence de scolarisation ou de dispositifs officiels de prise en charge des enfants



handicapés, d'autres méthodes de collecte d'informations, telles que les recensements, les enquêtes générales, les enquêtes ciblant les ménages et les entretiens avec des intervenants clés, ont été utilisées pour évaluer la prévalence du handicap.

Les outils généraux de collecte de données sont susceptibles d'aboutir à une sous-estimation du nombre d'enfants handicapés¹²⁴. En effet, ils s'appuient souvent sur une question générale ou de filtrage en demandant si un membre du ménage est « handicapé » ou en posant la même question à tous les membres de la famille, quel que soit leur âge. Les enfants risquent tout particulièrement d'être négligés par les enquêtes qui ne posent pas de questions précises les concernant¹²⁵.

Les enquêtes ciblant les ménages et qui abordent en particulier la question du handicap chez l'enfant ou incluent des mesures spécifiques d'évaluation du handicap chez les enfants ont abouti à des résultats plus précis que les recensements comprenant une ou plusieurs questions d'ordre général sur le handicap¹²⁶. Ces enquêtes révèlent généralement des taux de prévalence du

handicap plus élevés, car elles incluent davantage de questions ciblées.

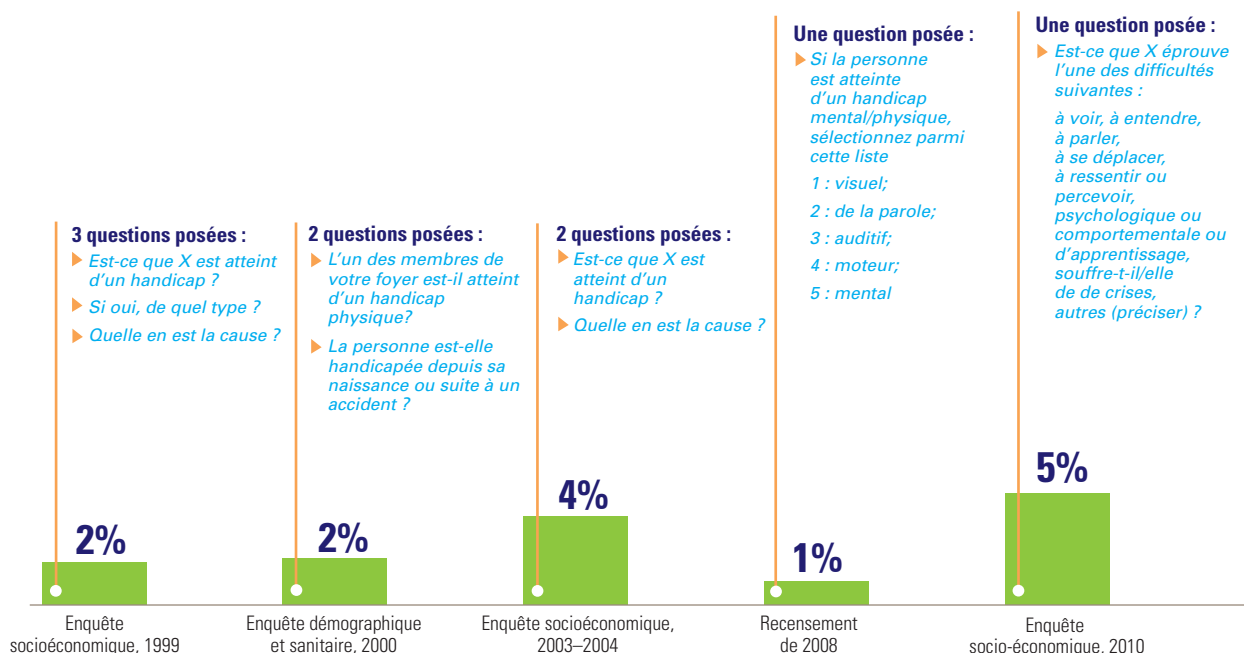
Conception des questionnaires

Même lorsqu'elles sont bien conçues, les enquêtes sur le handicap peuvent aboutir à des résultats faussés si une seule série de questions est réservée aux enfants, quel que soit leur âge. Le choix des questions doit être adapté à l'âge de l'enfant interrogé afin de refléter les stades de développement ainsi que les capacités évolutives de l'enfant¹²⁷. Certains domaines tels que les soins personnels (par exemple, le fait de se laver ou de s'habiller), ne sont pas adaptés aux plus jeunes. Étant donné la complexité du processus de développement qui a lieu au cours des deux premières années de la vie d'un enfant, il peut être difficile de distinguer le handicap et des variations résultant d'un développement normal sans l'aide d'outils ou d'une évaluation spécialisés¹²⁸.

Les questions conçues pour évaluer le handicap chez les adultes ne s'appliquent pas toujours aux enfants. Pourtant, de nombreuses études posent les mêmes questions à ces deux groupes. Parmi

QUATRE ÉTUDES DE CAS (Suite)

► Cambodge



les questions qui ne concernent pas vraiment les enfants, on trouve celles qui portent sur les chutes ou les pertes de mémoire, ou encore sur des tâches que les enfants ne peuvent pas encore réaliser seuls à leur âge. Les questions relatives au handicap chez les personnes âgées sont non seulement inadaptées aux enfants, mais peuvent également faire naître un biais dans l'esprit de la personne interrogée sur ce que constitue un handicap et ainsi influencer la nature et la qualité de sa réponse¹²⁹. Pour évaluer précisément le handicap chez l'enfant, il faut veiller à utiliser des questionnaires spécialement conçus à cet effet.

De nombreux outils de collecte de données, dont les enquêtes et les recensements auprès des ménages, s'appuient uniquement sur les réponses des parents, car les enquêteurs s'attendent à ce que les personnes concernées signalent et évaluent le handicap des enfants placés sous leur responsabilité. Même si les parents et les autres personnes responsables des enfants handicapés sont souvent bien placés pour identifier les difficultés que rencontrent ces derniers dans l'accomplissement de certaines tâches précises, leurs réponses seules ne suffisent pas à diagnostiquer le handicap ou à

établir sa prévalence. Une évaluation précise du handicap chez l'enfant nécessite une compréhension approfondie des comportements propres à chaque âge. Les personnes interrogées dans le cadre de ces enquêtes peuvent ne pas connaître les critères utilisés pour évaluer les enfants à chacun des stades du développement et ne pas être en mesure de repérer les signes caractéristiques de certains types de handicap. Certaines affections passagères, telles que l'infection de l'oreille, peuvent fortement compliquer la réalisation de certaines tâches et donc être signalées comme une forme de handicap. À l'inverse, les parents peuvent ne pas déceler certains signes, ou hésiter à les signaler, par non-acceptation du handicap ou à cause de la stigmatisation du handicap dans leur culture. Le choix de la terminologie dans les questionnaires peut renforcer ou au contraire corriger ce phénomène social discriminatoire qui fausse les résultats.

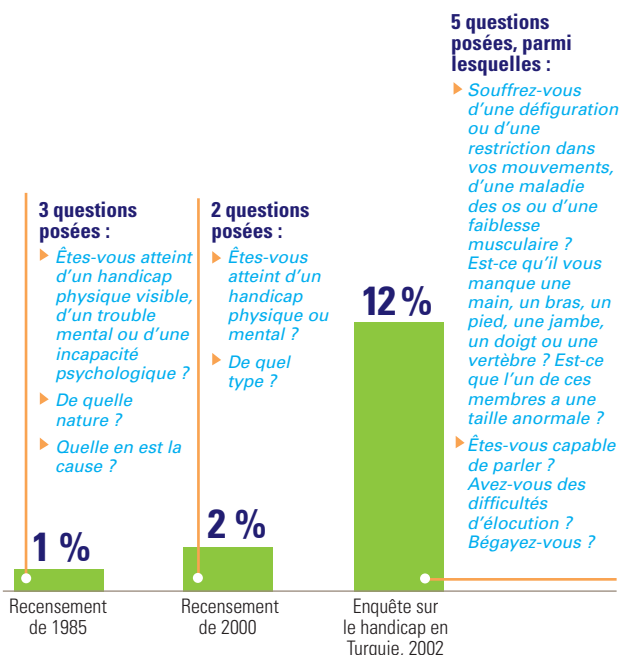
Objet et conséquences

Les démarches d'évaluation du handicap de l'enfant représentent l'occasion d'associer l'évaluation à des stratégies d'intervention. L'évaluation est souvent l'occasion pour un enfant d'être identifié et orienté pour la première fois ou de bénéficier d'une prise en charge immédiate. Malheureusement, les capacités et les ressources disponibles pour les évaluations de suivi et le soutien aux enfants handicapés sont généralement faibles¹³⁰. Il faut défendre le rôle essentiel que peuvent avoir les interventions précoces et encourager la possibilité d'associer le dépistage et l'évaluation à des interventions simples, en particulier dans les pays à faible et moyen revenu.

Lorsqu'elles sont combinées à des indicateurs socioéconomiques pertinents, les données qui répertorient le type et la gravité du handicap d'un enfant, ainsi que les obstacles à son fonctionnement et à sa participation au sein de sa communauté, permettent d'éclairer les décisions d'attribution des ressources, d'éliminer les obstacles, de concevoir et de fournir des services et d'évaluer ces interventions de manière significative.

Par exemple, les informations peuvent être utilisées pour déterminer si le revenu, le sexe ou

► Turquie



le statut de minorité a une influence sur l'accès à l'éducation, à la vaccination ou aux suppléments nutritionnels des enfants handicapés. Un contrôle régulier permet d'évaluer si les initiatives mises en place pour les enfants atteignent leurs objectifs.

Il existe un besoin réel d'harmoniser l'évaluation du handicap chez l'enfant afin d'aboutir à des estimations fiables, valables et comparables à l'échelle internationale. Cela faciliterait la mise en place, par les gouvernements et leurs partenaires

internationaux, de politiques et de programmes adaptés et permettrait également de répondre ainsi à l'une des exigences de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Toutefois, la fragmentation actuelle de la collecte de données concernant les enfants handicapés ne justifie en rien le report de mesures concrètes en faveur de l'inclusion. Les nouvelles données et analyses permettront d'adapter les programmes actuels et planifiés destinés aux enfants handicapés et à leur famille.

Perspectives d'avenir

L'UNICEF organise actuellement des consultations afin d'améliorer la méthodologie utilisée pour évaluer le handicap chez l'enfant dans le cadre des enquêtes en grappes à indicateurs multiples et d'autres actions de collecte de données. Cette démarche est menée en partenariat avec le Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités, des bureaux nationaux de statistiques, des organismes de collecte de données, des universitaires, des professionnels, des organisations de personnes handicapées et d'autres parties prenantes. Le partenariat est considéré comme essentiel pour mettre en place un dispositif de suivi et de recensement des enfants handicapés fiable et utilisable à l'échelle mondiale.

Le Groupe de Washington a été mis en place en 2001 sous l'égide des Nations Unies afin d'améliorer la qualité et la comparabilité internationale des mesures relatives au handicap. Il a élaboré ou validé des questions portant sur le handicap chez les adultes, utilisées par plusieurs pays dans le cadre d'enquêtes et de recensements. En 2010, ce Groupe s'est lancé dans l'élaboration d'une série de questions destinées à évaluer le fonctionnement et le handicap chez les enfants et les jeunes.

La démarche de l'UNICEF et du Groupe de Washington d'élaboration d'un outil de dépistage qui reflète réellement la conception actuelle du fonctionnement et du handicap des enfants s'appuie sur le cadre conceptuel de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé chez les enfants et les jeunes, mise en place par l'Organisation mondiale de la Santé. L'outil de dépistage en cours de développement porte sur les limitations d'activité des enfants et vise à permettre à n'importe quel pays d'identifier les enfants exposés au risque d'exclusion sociale et d'une participation moindre à la vie familiale ou scolaire. Cette démarche collaborative vise à mettre au point un module d'enquête sur le fonctionnement et le handicap chez l'enfant, qui permettrait de produire des résultats nationaux exploitables à l'échelle internationale et favoriserait l'harmonisation mondiale des données en la matière. L'outil concerne les enfants âgés de 2 à 17 ans et permet d'évaluer la parole et le langage, l'ouïe, la vision, l'apprentissage (la cognition et le développement intellectuel), la mobilité et les capacités motrices, les émotions et le comportement. Il intègre également des aspects liés à la capacité de l'enfant à prendre part à une série d'activités et d'échanges sociaux. Ces aspects seront évalués non pas par des questions fermées, mais grâce à une échelle de notation, qui devrait mieux refléter le degré de handicap.

Une méthodologie globale standardisée est également en cours de développement afin d'évaluer de façon plus approfondie le handicap des enfants. Elle regroupera des protocoles de collecte de données et des outils d'évaluation ainsi qu'un cadre d'analyse des résultats obtenus. Étant donné le probable manque de spécialistes dans certains domaines, une série d'outils est actuellement développée afin de permettre aux enseignants, aux travailleurs communautaires et à d'autres professionnels formés d'appliquer la nouvelle méthodologie. Cela devrait permettre de renforcer les capacités locales à identifier et évaluer les enfants handicapés.

Enseignements

Depuis 1995, l'UNICEF soutient les efforts menés par les pays pour suivre les progrès réalisés dans des dimensions clés du bien-être des enfants et des femmes par l'intermédiaire des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). Ces enquêtes représentatives auprès des ménages nationaux, ont été menées dans plus de 100 pays à revenu faible ou intermédiaire, et certaines d'entre elles ont intégré un module conçu pour détecter le handicap chez un enfant, qui contribue désormais à la conception de meilleurs instruments d'évaluation.

Le handicap a été intégré aux questionnaires des enquêtes en grappes à indicateurs multiples en 2000–2001 (MICS2). Depuis, les données sur le handicap ont été rassemblées par le biais de plus de 50 enquêtes, ce qui fait des MICS la plus grande source de données comparables sur les enfants handicapés dans les pays à revenu faible ou moyen.

Le module sur le handicap qui a été inclus dans les MICS menées entre 2000 et 2010 est le dépistage en dix questions : il a été mis en place dans le cadre de l'*International Pilot Study of Severe Childhood Disability* (Étude pilote sur les enfants gravement handicapés) en 1984. Sa conception illustre

la compréhension du handicap de l'époque.

Le dépistage en dix questions débute par un entretien avec les principales personnes s'occupant des enfants âgés de 2 à 9 ans. Elles fournissent une évaluation du développement physique et mental et du fonctionnement des enfants placés sous leur responsabilité. Cet entretien permet de savoir si l'enfant éprouve des difficultés à écouter, s'il semble comprendre ou non les instructions, s'il a des crises ou des pertes de connaissance, s'il a mis du temps à s'asseoir, à se tenir debout ou à marcher, comparé aux autres. Les réponses sont positives ou négatives sans nuances possibles.

La validité de cette approche a été largement testée, mais les résultats doivent être interprétés avec prudence. Le dépistage en dix questions est un instrument de détection. Un suivi médical et une évaluation du développement de l'enfant sont nécessaires afin de fournir une estimation fiable du nombre d'enfants handicapés dans une population donnée. Les enfants atteints d'un handicap grave seront certainement dépistés positifs, mais une deuxième évaluation permettra de dévoiler que certains enfants initialement dépistés positifs ne sont, en réalité, pas handicapés. Ces

erreurs peuvent être dues à des problèmes de santé temporaires qui peuvent être facilement traités. Bien que le dépistage en dix questions s'accompagne d'une recommandation insistant sur la nécessité d'une évaluation approfondie, peu de pays disposent des moyens financiers ou des capacités nécessaires pour mener à bien une évaluation clinique de deuxième niveau visant à valider les premiers résultats. L'absence d'une méthodologie d'évaluation standardisée constitue un frein supplémentaire.

La mise en place du dépistage en dix questions au cours de la MICS de 2005–2006 a abouti à des résultats très variés dans les différents pays participants. Le pourcentage d'enfants dépistés positifs concernant le handicap allait de 3 pour cent en Ouzbékistan à 48 pour cent en République centrafricaine. Il est difficile de savoir si cette différence de résultat reflète une réelle différence entre les populations interrogées ou s'il faut l'attribuer à d'autres facteurs. Par exemple, le faible taux relevé en Ouzbékistan peut être le reflet du fait qu'un nombre important d'enfants handicapés vivent dans des établissements spécialisés, qui ne sont pas concernés par les enquêtes menées auprès des ménages.

De la détection à l'évaluation

Les experts en évaluation du handicap chez l'enfant s'accordent à dire que les efforts de dépistage, tels que les entretiens menés à l'aide du dépistage en dix questions, doivent être suivis d'évaluations approfondies. Cela permet de valider les résultats obtenus dans le cadre du dépistage et de mieux saisir l'ampleur et la nature du handicap chez l'enfant dans un pays donné. Le Cambodge, le Bhoutan et l'ex-République yougoslave de Macédoine ont tous les trois mené des évaluations de ce genre. Leurs expériences ont permis de dégager d'importants enseignements quant à la mesure du handicap chez l'enfant et l'adaptation de la méthodologie au contexte local. Elles prouvent également que la collecte de données peut aider à améliorer le processus.

Au Cambodge, tous les enfants dépistés positifs par le dépistage en dix questions et 10 pour cent des enfants dépistés négatifs sélectionnés de façon aléatoire ont bénéficié d'évaluations plus approfondies menées par une équipe pluridisciplinaire de professionnels formés composée de médecins, de spécialistes de l'audition et de la vision et de psychologues. Cette équipe a été formée et a

parcouru le pays pour mener des évaluations du handicap chez l'enfant dans des centres de santé locaux et d'autres établissements similaires. La décision de recourir à une équipe de spécialistes mobile a été prise dans le but de garantir la bonne qualité de la détection à travers le pays et afin de réduire les différences de résultat entre la détection et l'évaluation.

Cette même technique d'échantillonnage a été employée au Bhoutan où l'étape de dépistage a permis d'identifier 3 500 enfants potentiellement handicapés, sur un échantillon de 11 370 enfants. Une équipe principale constituée de sept professionnels a été formée pendant deux semaines sur les modalités de l'évaluation. Elle a ensuite été chargée de former à son tour 120 professionnels de la santé et de l'éducation, qui ont été répartis en deux groupes : un premier groupe de 30 responsables choisis parmi des médecins généralistes, des pédiatres, des ophtalmologues, des physiothérapeutes et des éducateurs spécialisés, et un second groupe de 90 enquêteurs et évaluateurs de terrain majoritairement composé

d'enseignants et d'agents de santé.

La méthodologie utilisée en ex-République yougoslave de Macédoine s'est inspirée de celle utilisée au Cambodge et a été adaptée à l'expertise et aux moyens techniques disponibles dans le pays. Deux études ont été menées : l'une à l'échelle nationale et l'autre concernant uniquement la population rom. L'évaluation comprenait une heure de consultation avec un médecin et un psychologue et une évaluation de 10 à 15 minutes effectuée par un ophtalmologue et un spécialiste de l'audition.

Les expériences menées dans ces trois pays prouvent l'importance des partenariats pour mobiliser des ressources limitées et garantir un taux élevé de participation, qui permettent d'aboutir à des résultats probants. Ces partenariats ont regroupé des agences gouvernementales ainsi que leurs partenaires internationaux, des organisations de personnes handicapées et d'autres organisations de la société civile. Par exemple, en ex-République yougoslave de Macédoine, c'est grâce aux partenaires que des évaluations ont pu être menées dans les écoles

Une stratégie d'intervention pour des enfants identifiés comme étant handicapés doit être incluse dans l'évaluation dès les premières étapes de la planification.

maternelles locales pendant les week-ends, ce qui convenait parfaitement aux enfants et aux parents.

Il est également important d'adapter aux capacités locales la composition de l'équipe principale d'évaluation et le type d'outils utilisés. Au moment de l'étude, le Cambodge et le Bhoutan manquaient d'évaluateurs qualifiés. Au Cambodge, cette difficulté a été surmontée par le recrutement d'une équipe d'évaluation mobile, alors que le Bhoutan a opté pour le renforcement de la formation des professionnels de niveau intermédiaire. La présence d'experts n'est pas toujours acquise : par exemple, le Cambodge a dû recruter à l'étranger le principal spécialiste de l'audition.

Les outils d'évaluation, comme les questionnaires et les tests, doivent être validés au niveau local et culturellement adaptés. La langue doit faire l'objet d'une attention particulière. Au Cambodge l'un des obstacles a été la traduction des outils d'évaluation de l'anglais au khmer et la difficulté de trouver des équivalents linguistiques aux concepts d'incapacité et de handicap. Le questionnaire d'évaluation diagnostique

utilisé dans l'étude cambodgienne a été modifié afin d'être adapté pour l'ex-République yougoslave de Macédoine et le test local de Chaturich a été utilisé pour la composante psychologique de l'évaluation.

L'évaluation mène à l'action

L'évaluation entraîne la possibilité d'une intervention immédiate. Au Cambodge, par exemple, certains enfants chez qui une incapacité auditive avait été dépistée souffraient d'une infection de l'oreille ou d'une accumulation de cérumen. Leur audition en était limitée, et avait dans certains cas des répercussions sur leur participation en classe. Une fois identifiées, ces maladies ont été facilement traitées et des infections secondaires plus graves et incapacités à long terme ont pu être évitées.

L'évaluation peut également contribuer à renforcer la sensibilisation et provoquer un changement même lorsque le processus de collecte et d'analyse de données est toujours en cours. Les évaluations menées au Bhoutan ont démontré une plus grande incidence des handicaps cognitifs légers chez les enfants issus de ménages pauvres ou dont les mères

étaient moins éduquées. Le gouvernement a donc décidé de concentrer ses efforts sur les services de développement de la petite enfance et de garde d'enfants dans les zones rurales, là où les revenus et le niveau d'éducation étaient les plus bas. En ex-République yougoslave de Macédoine, les résultats ont révélé des inégalités d'accès à l'éducation, qui ont abouti à l'adoption de plans d'amélioration de la scolarisation des enfants handicapés et de lutte contre la discrimination dont ils sont victimes.

Une stratégie d'intervention pour des enfants identifiés comme étant handicapés doit être incluse dans l'évaluation dès les premières étapes de la planification. Cette stratégie doit comprendre une cartographie des services existants, la mise en place de protocoles d'orientation et la préparation de supports d'information à l'attention des familles sur la manière d'adapter l'environnement des enfants handicapés pour améliorer leur fonctionnement et leur participation à la vie familiale et communautaire.

Enfants autochtones handicapés : de l'invisibilité à l'intégration

Par Olga Montufar Contreras



Olga Montufar Contreras est présidente de la fondation Pas à pas, une organisation multiculturelle qui encourage la normalisation sociale des personnes autochtones handicapées au Mexique. Fille d'une femme sourde, elle a suivi une formation d'ingénieur et a obtenu une Maîtrise en politique sociale et développement.

La population autochtone a longtemps souffert de la pauvreté la plus extrême et de la discrimination et a été exclue de la société et des services sociaux. Au sein de nos communautés, les garçons et les filles handicapés sont les personnes les plus vulnérables et sont les moins bien loties. Leur marginalisation continue bien que trois instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme – la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et la Convention relative aux droits de l'enfant – nous offrent une occasion historique de résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les enfants autochtones handicapés.

J'ai grandi avec un handicap physique dû à la poliomyélite, dans une communauté autochtone et j'ai pu constater qu'au fil des années, la situation n'a pas changé ou presque. Aujourd'hui, comme pendant mon enfance, les enfants handicapés sont victimes d'ostracisme et sont même rejetés par leurs parents et leurs frères et des sœurs, car le handicap est perçu comme un châtement divin et l'enfant handicapé comme un fardeau pour sa communauté. Aujourd'hui comme hier, il est extrêmement

difficile d'accéder aux services nécessaires et d'assumer les frais supplémentaires générés par la présence d'une personne handicapée dans la famille. L'extrême pauvreté, l'isolement géographique et la marginalisation politique sont des facteurs qui entretiennent cette situation et qui sont renforcés par la discrimination et les préjugés. Leurs conséquences peuvent se révéler graves : de nombreuses mères, faibles et incapables de changer les mentalités, s'enferment dans le silence; d'autres commettent des infanticides.

Ma famille fait partie des rares à avoir fait preuve de solidarité envers ses enfants handicapés. Dans notre cas, cela était en partie dû à notre déménagement en ville, où nous avons pu bénéficier d'un logement plus proche des services. Toutefois, dans le désespoir dans lequel vivent la plupart des familles autochtones, les violations des droits de l'homme sont fréquentes et ne suscitent guère de réactions. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de mobiliser la volonté et les ressources nécessaires pour mener une action concrète.

L'un des problèmes les plus urgents est le manque de données sur les communautés autochtones d'une manière générale et sur les enfants

Les données sont parfois difficiles à rassembler : les ménages autochtones sont éparpillés et se trouvent souvent dans des endroits isolés de tout. On manque parfois d'enquêteurs parlant les langues autochtones.

autochtones handicapés en particulier. Les données sont parfois difficiles à rassembler : les ménages autochtones sont éparpillés et se trouvent souvent dans des endroits isolés de tout.

On manque parfois d'enquêteurs parlant les langues autochtones. Dans de nombreux cas, les familles démentent notre existence auprès des enquêteurs. Même lorsque les parents reconnaissent notre existence et souhaitent nous aider, ils ne fournissent souvent pas suffisamment d'informations car ils n'en possèdent pas beaucoup, en raison de l'absence de services de dépistage et de diagnostic. Dans la mesure où l'absence de services de ce type renforce notre invisibilité, cela représente une menace pour notre état physique et mental. En outre, les garçons et les filles handicapés ne sont souvent pas déclarés à leur naissance, ce qui constitue l'un des principaux obstacles à la reconnaissance de notre citoyenneté et de notre droit d'accès aux services publics. Ce constat doit inciter à la mise en place de travaux de recherches sur le handicap dans les communautés autochtones. Leurs résultats pourront servir de point de départ à l'élaboration de politiques et de services publics capables

de répondre aux besoins des enfants handicapés et de garantir le respect de leurs droits.

Le manque d'accès au système d'éducation traditionnel doit également être corrigé. L'inclusion des enfants autochtones handicapés est imposée par la Convention relative aux droits des personnes handicapées mais en réalité, elle est hors de portée pour les enfants handicapés de nos communautés. Les distances qu'ils doivent parcourir tous les jours pour atteindre l'école sont parfois décourageantes. Peu d'écoles possèdent les services et les installations minimums nécessaires pour permettre aux enfants handicapés d'accéder à l'éducation. Une fois encore, les pratiques communautaires traditionnelles freinent l'inclusion scolaire. Les chefs de clan déterminent le rôle des garçons et des filles à leur naissance : quand un enfant est handicapé, il est généralement admis que l'envoyer à l'école est une perte de temps et une charge financière inutile pour la famille. De nombreuses personnes pensent que les enfants handicapés sont semblables à des objets brisés, qui ne sauraient être utiles, même réparés. La situation est encore plus difficile pour les filles, puisqu'il nous est plus difficile que pour les garçons handicapés

d'obtenir l'autorisation d'aller à l'école.

Même lorsque les familles défient la stigmatisation au sein d'une communauté et permettent à leurs enfants d'aller à l'école, les enseignants sont généralement confrontés à deux obstacles : une connaissance insuffisante des langues autochtones et le manque de formation en matière d'éducation inclusive qui complique l'inclusion des enfants handicapés. Par conséquent, nous sommes contraints de dépendre de la bonne volonté de certains enseignants prêts à relever le défi et à intégrer des enfants autochtones handicapés dans leur classe.

Au Mexique comme ailleurs, les autorités, les organismes internationaux et les groupes communautaires s'efforcent de réduire le clivage entre ce qui est idéal et ce qui est actuellement possible. Nous devons poursuivre notre collaboration afin de garantir aux plus jeunes une enfance juste et équitable et de transformer la vie des enfants autochtones handicapés en leur offrant de l'espoir et des possibilités, pour qu'ils puissent eux aussi rêver librement.



Nguyen, atteint d'autisme, participe à une classe adaptée à ses besoins au Da Nang Inclusive Education Resource Centre au Viet Nam. Ce type de centres a été mis en place afin d'aider les enfants à se préparer à être admis dans des écoles traditionnelles.
© UNICEF/Viet Nam/2012/Bisin

PROGRAMME D'ACTION

Les nations du monde ont affirmé à plusieurs reprises leur engagement dans la mise en place de sociétés plus inclusives. Par conséquent, la situation de nombreux enfants handicapés et de leurs familles s'est améliorée.

Les progrès réalisés varient d'un pays à l'autre, voire à l'intérieur d'un même pays, et trop d'enfants handicapés continuent de rencontrer des difficultés pour participer à la vie civique, sociale et culturelle de leur communauté. Cela se vérifie à la fois dans les situations dites « normales » et dans les périodes de crise humanitaire. Les recommandations suivantes s'appliquent de façon tout aussi urgente dans les situations de crise humanitaire, et leur application dans ce cadre est détaillée dans le chapitre 5. Pour tenir la promesse de l'équité grâce à l'inclusion, des mesures doivent être prises dans de nombreux domaines et par de nombreux acteurs identifiés dans ce chapitre et dans l'ensemble du rapport.

La ratification et l'application des conventions

La Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Convention relative aux droits de l'enfant contiennent des directives précises sur la mise en place de sociétés inclusives. Au début de l'année 2013, 127 pays et l'Union européenne avaient ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées et 193 pays avaient ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant, démontrant ainsi leur engagement envers l'ensemble des citoyens. D'autres doivent encore se joindre à ce mouvement mondial.

Mais la ratification seule ne suffit pas : honorer ses engagements de manière concrète nécessite un investissement de la part des autorités nationales

et locales, des employeurs, des organisations de personnes handicapées et des associations de parents. Par ailleurs, les organisations et les donateurs internationaux peuvent aligner leur aide sur ces instruments internationaux. Tenir les promesses de l'application de ces conventions nécessitera non seulement une stricte application, mais un suivi rigoureux et un véritable engagement en matière de responsabilité et d'adaptation.

La lutte contre la discrimination

La discrimination est la source de nombreuses difficultés vécues par les enfants handicapés et leurs familles. Les principes d'égalité des droits et de non-discrimination doivent se refléter dans les lois nationales et les mesures politiques et doivent être complétés par des efforts visant à sensibiliser davantage la population au handicap, à commencer par ceux qui fournissent des services vitaux aux enfants dans des domaines tels que la santé, l'éducation et la protection. Pour cela, les institutions internationales et leurs partenaires gouvernementaux et communautaires peuvent aider à lutter contre les préjugés en améliorant la compréhension qu'ont leurs représentants et leurs fonctionnaires des droits, capacités et difficultés des enfants handicapés. Ainsi, les décideurs politiques et les prestataires de services seront capables de surmonter les préjugés, qu'ils proviennent d'eux-mêmes ou de la société.

Les familles d'enfants handicapés ne peuvent surmonter les difficultés et profiter de la vie comme

les autres que lorsque les communautés acceptent l'idée que le handicap fait partie de la diversité humaine, que les secteurs généraux tels que l'éducation et les loisirs sont accessibles et inclusifs et qu'elles-mêmes ne sont plus contraintes d'assumer seules les frais supplémentaires associés à la prise en charge d'un enfant handicapé. Les organisations de parents peuvent jouer un rôle central, qui devrait être renforcé afin que les enfants handicapés soient valorisés, aimés et soutenus par leur famille et leur communauté.

Les États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les Nations Unies et

leurs institutions se sont engagés à mener des campagnes de sensibilisation pour faire évoluer les comportements à l'égard des personnes handicapées. Ces campagnes mettront notamment en valeur leurs aptitudes et leurs capacités et encourageront la mobilisation communautaire avec les enfants handicapés et par leur biais. Les États parties sont également tenus de fournir aux familles des indications sur la manière d'éviter et de signaler les cas d'exploitation, de violence et de maltraitance.

La discrimination basée sur le handicap est une forme d'oppression. L'établissement d'un droit clair

Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif : signatures et ratifications



* Comprend l'Union européenne

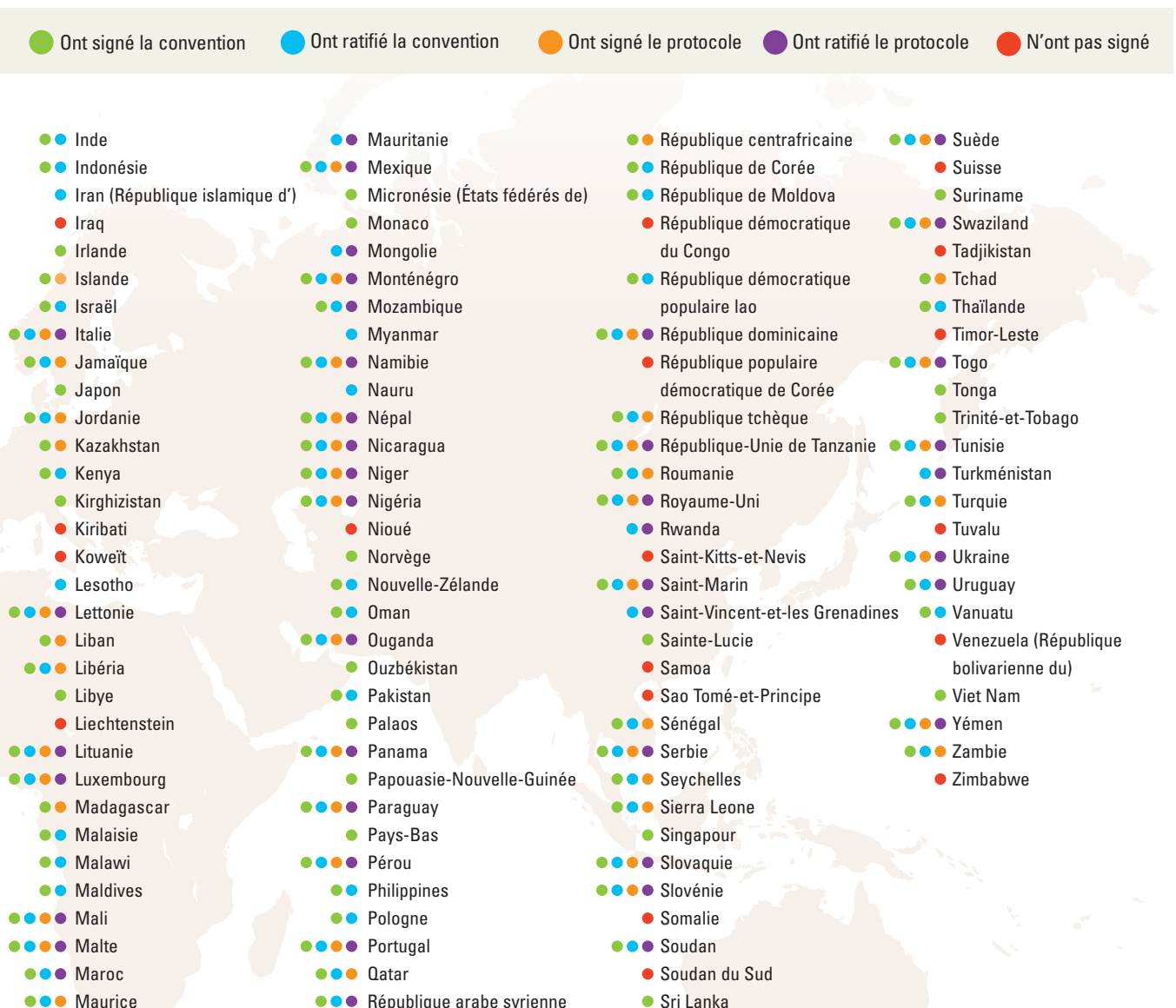
Source : UN Enable; Recueil des traités des Nations Unies. Pour consulter les notes sur les termes, voir page 154.

et légal à la protection contre la discrimination est essentiel pour réduire la vulnérabilité des enfants handicapés. Les lois ont davantage de poids lorsque les enfants handicapés sont informés de leur droit à être protégés contre la discrimination et de la façon d'exercer ce droit. Dans les pays où la discrimination n'est pas interdite par la loi, les organisations des personnes handicapées et de la société civile dans leur ensemble continueront d'avoir un rôle essentiel à jouer dans l'encouragement de l'adoption de telles lois, comme elles le font en matière de mise à disposition des services et de promotion de la transparence et de la responsabilité.

Éliminer les obstacles à l'inclusion

Tous les environnements dans lesquels les enfants évoluent – écoles, établissements de santé, transports publics, etc. – peuvent être construits afin de faciliter l'accès et d'encourager la participation des enfants handicapés aux côtés de leurs camarades. La conception universelle, qui promeut l'accessibilité de tous les produits, bâtiments, programmes et services par tous dans toute la mesure possible, indépendamment des capacités de chacun, doit être appliquée à la construction des infrastructures publiques et privées.

(suite page 80)



Ouvrir les portes de l'éducation et de l'emploi

Par Ivory Duncan



Née en 1991, Ivory Duncan poursuit des études de communication à l'université du Guyana. Elle milite pour les droits des jeunes handicapés dans le cadre du réseau Leonard Cheshire Disability Young Voices et elle est bénévole auprès de la Commission nationale sur le handicap au Guyana.

Comme moi, de nombreux jeunes handicapés luttent pour se construire un avenir qui ne peut pas être considéré comme acquis. Parviendrons-nous à surmonter les obstacles physiques et financiers qui nous séparent de l'enseignement supérieur ? Si nous arrivons à décrocher un diplôme universitaire ou professionnel, quel métier nous attend ? Aurons-nous les mêmes chances que les autres ou serons-nous victimes de discrimination ? Aurons-nous la chance de prouver nos compétences dans le monde concurrentiel du travail ? Si nous n'y parvenons pas, comment pourrions-nous être des citoyens actifs, producteurs et membres de la société au même titre que les personnes valides ?

J'ai perdu ma jambe droite à l'âge de 15 ans, suite à un accident de la route. Mes parents, aux moyens modestes, n'ont cessé de m'aider financièrement pour me permettre de poursuivre des études universitaires, tout en subvenant aux besoins de deux autres enfants handicapés. La vie peut être dure, mais je suis reconnaissante de la chance que j'ai : j'ai une famille aimante et je travaille pour accomplir mon rêve d'être diplômée et de poursuivre une carrière.

Comparé aux personnes valides, réaliser nos rêves nécessite bien plus d'efforts de notre part. Pour me rendre à l'université, je n'ai

d'autre choix que d'emprunter un taxi : je ne peux ni prendre le bateau ni traverser le pont Demerara Harbour en fauteuil roulant. Le prix du taxi est élevé et mes parents peinent à joindre les deux bouts. Rejoindre l'université est aussi un véritable défi physique : il m'est souvent difficile de me rendre dans les salles de classe, car certaines d'entre elles ne sont pas accessibles aux personnes en fauteuil roulant. L'université possède de nombreux escaliers et lorsque j'arrive enfin en classe, fatiguée et frustrée, je peine à me concentrer sur les cours. Je persévère néanmoins dans mes efforts, car je sais qu'il est préférable d'essayer et d'échouer que de ne pas essayer du tout.

Les difficultés commencent bien avant l'enseignement supérieur. Les enfants handicapés peuvent rapidement se renfermer, isolés de la société et incapables d'aller à l'école ou de participer activement à la vie sociale. Il faut favoriser l'inscription des enfants handicapés dans les écoles traditionnelles, dans la mesure du possible, et encourager la création d'écoles spécialisées proposant des formations professionnelles et des services d'aide. Les écoles spécialisées doivent proposer des programmes scolaires complets aux étudiants handicapés, afin de leur permettre de développer leurs capacités intellectuelles et de leur

J'aimerais être certaine qu'une fois diplômée, lors de ma recherche d'emploi, je ne ferai pas l'objet de discriminations en raison de mon handicap, mais que je serai reconnue pour mes capacités, mon expérience et mon potentiel.

donner une chance d'exceller dans leurs études.

De nombreux enfants et jeunes handicapés souhaitent poursuivre des études supérieures : il est donc très important qu'ils soient intégrés dans les écoles et autres établissements de formation et qu'ils bénéficient des mêmes possibilités que les autres étudiants en matière de choix de cursus et d'activités. C'est aux établissements de formation et aux autorités de s'adapter aux besoins des élèves tels que moi et de nous soutenir afin que nous puissions bénéficier d'une éducation qui nous permettra d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, quels qu'ils soient.

L'accueil des enfants et des jeunes handicapés nécessite d'adapter les conditions d'admission et de passage et de veiller à ce que les supports pédagogiques, les examens et les emplois du temps tiennent compte de nos besoins. Les enseignants doivent être convenablement formés et se voir offrir la possibilité d'approfondir leur formation à l'étranger afin d'améliorer la qualité de l'enseignement. Les écoles doivent enseigner le braille et d'autres formes de communications le cas échéant. Des équipements spécifiques sont également nécessaires, car de nombreuses écoles au Guyana n'en disposent pas. Adapter les

établissements de formation au handicap implique également la création d'infrastructures et de services de transport accessibles aux personnes handicapées : rampes pour les personnes en fauteuil roulant, toilettes adaptées et ascenseurs pour les personnes qui ne peuvent pas emprunter les escaliers. Tous les aspects et tous les niveaux d'enseignement, depuis l'école primaire jusqu'à l'université, doivent être rendus accessibles.

Les ministères chargés de l'éducation et des services publics doivent également collaborer afin de soutenir les étudiants handicapés qui souhaiteraient poursuivre des études dans l'enseignement supérieur. Les difficultés financières étant le principal frein à la poursuite des études par les personnes handicapées, ces aides peuvent prendre la forme d'allocations, de prêts et de bourses d'études.

Les autorités doivent également s'assurer que le système éducatif offre les mêmes possibilités d'avenir aux personnes handicapées qu'aux autres étudiants. Mes parents ont fourni beaucoup d'efforts et dépensé plus d'argent qu'ils ne pouvaient se le permettre afin que je puisse finir mes études. À l'heure actuelle, je travaille dur, malgré toutes les difficultés, pour me rendre en classe et apprendre, car je sais exactement ce qu'il

me reste à faire pour obtenir le meilleur. J'aimerais être certaine qu'une fois diplômée, lors de ma recherche d'emploi, je ne ferai pas l'objet de discriminations en raison de mon handicap, mais que je serai reconnue pour mes capacités, mon expérience et mon potentiel. En tant que jeune handicapée ayant travaillé dur pour poursuivre ses études, je mérite autant que d'autres, de pouvoir réaliser mes rêves, de bien gagner ma vie et de participer à la vie sociale.

(suite de la page 77)

Lorsque les enfants interagissent et se comprennent, quelle que soit leur condition physique, tous en tirent profit.

Les principes de conception universelle s'appliquent également au développement de programmes scolaires et de formation professionnelle inclusifs ainsi qu'aux lois, aux politiques et aux services de protection de l'enfance. Les enfants doivent pouvoir accéder à des systèmes destinés à leur inculquer les compétences intellectuelles et fonctionnelles qui leur permettront de parvenir à l'âge adulte et de vivre leur vie d'adulte, et à des systèmes qui les protègent de la négligence, de la maltraitance et de la violence pendant l'enfance et l'adolescence. Si les mesures de protection sont inefficaces, les enfants doivent pouvoir porter plainte et obtenir justice. Les autorités ont un rôle crucial à jouer dans la mise en place et l'application des mesures législatives, administratives et pédagogiques nécessaires pour protéger les enfants handicapés contre toute forme d'exploitation, de violence et de maltraitance dans tous les domaines. Créer des systèmes exclusivement réservés aux enfants handicapés est inapproprié, puisque l'objectif est de mettre en place des mécanismes inclusifs de protection de l'enfant,

hautement qualitatifs, et qui soient adaptés et accessibles à tous les enfants. L'enregistrement des naissances, élément essentiel de la protection, est l'un de ces mécanismes. Sans être une garantie en soi, cet acte est toutefois un élément essentiel dans la protection de l'enfant. Les efforts pour enregistrer les enfants handicapés – et ainsi les rendre visibles – doivent être prioritaires.

Mettre fin au placement des enfants handicapés dans des établissements spécialisés

Trop souvent, la négligence et la maltraitance attendent les enfants et les adolescents handicapés placés dans des établissements spécialisés. Même s'ils fonctionnent et sont gérés correctement, les établissements spécialisés remplacent difficilement une vie familiale où les enfants sont choyés. Des mesures immédiates pour réduire le recours trop fréquent à ces organismes pourraient inclure un moratoire sur les nouvelles admissions dans ces établissements. Ces mesures doivent s'accompagner d'un soutien renforcé et de la promotion d'une prise en charge familiale et de la réadaptation à base communautaire. En outre, des mesures plus



Des enfants atteints d'une incapacité auditive ou visuelle apprennent l'art de la poterie dans un orphelinat dans l'oblast de Moscou, Fédération de Russie. © UNICEF/RUSS/2011/Kochineva

générales doivent être prises afin d'alléger les contraintes qui poussent les familles à placer leurs enfants dans ces établissements, parmi lesquelles la mise en place de services publics, d'écoles et de systèmes de santé accessibles aux enfants handicapés et capables de répondre à leurs besoins et à ceux de leurs familles.

Le soutien aux familles

La Convention relative aux droits de l'enfant stipule que les enfants doivent grandir dans un environnement familial. Les familles des enfants et adolescents handicapés doivent donc bénéficier du soutien qui leur permettra d'offrir à ces enfants un environnement optimal et la meilleure qualité de vie possible. Le soutien aux familles et aux personnes qui s'occupent d'enfants handicapés – sous la forme d'une garderie subventionnée ou d'allocations compensant l'augmentation des coûts et la baisse de revenus liées à la prise en charge d'un enfant handicapé – peut se révéler crucial en allégeant les contraintes qui incitent les parents à envoyer leurs enfants handicapés dans des établissements spécialisés. Il peut également améliorer les perspectives offertes aux enfants qui reviennent vivre dans leur communauté après un séjour dans un établissement spécialisé.

Dans une famille, le handicap est souvent associé à des surcoûts financiers et à une diminution des possibilités de gagner de l'argent, et peut par conséquent augmenter le risque de devenir ou de rester pauvre. Les enfants handicapés vivant dans la pauvreté ont souvent des difficultés à accéder à des services comme la réadaptation et à des technologies fonctionnelles. Laisser ces enfants et leurs familles se débrouiller seuls reviendrait à leur brandir la promesse sous le nez, mais hors de leur portée.

Les politiques sociales doivent tenir compte du temps et des frais supplémentaires associés au handicap. Ceux-ci peuvent être compensés par des aides sociales, des subventions pour les transports, le financement d'un auxiliaire de vie ou la prise en charge de répit. Les indemnités en espèces sont plus faciles à gérer et plus facilement adaptables aux besoins spécifiques des enfants handicapés et de leur famille, et respectent également les droits décisionnels des parents et des enfants. S'ils existent déjà, les programmes de

transferts en espèces peuvent être ajustés afin que les familles qui s'occupent d'enfants handicapés ne soient pas exclues ou ne reçoivent pas une aide insuffisante. Ces recommandations sont urgentes en toutes circonstances mais elles le sont d'autant plus dans le contexte actuel de restriction : les budgets alloués à l'aide et à la protection sociale sont en baisse, le chômage reste élevé et les prix des biens et des services ne cessent d'augmenter. De nombreuses familles dans le monde sont de plus en plus exposées à la pauvreté.

Dépasser les normes minimales

Le soutien et les services existants doivent être constamment évalués dans le but d'offrir la meilleure qualité possible, et non de répondre uniquement aux normes minimales. L'attention doit être portée sur le fait de servir les intérêts de l'enfant et sur la transformation des systèmes et des sociétés dans leur totalité. La mobilisation permanente des enfants handicapés et de leurs familles dans l'évaluation des services contribuera à assurer une offre de services adéquats et adaptés, au fur et à mesure de la croissance des enfants et de l'évolution de leurs besoins. On ne soulignera jamais assez l'importance de la participation des enfants handicapés et de leur famille. Les enfants et les jeunes handicapés font partie des sources d'information les plus crédibles pour connaître leurs besoins et savoir si ces besoins sont satisfaits ou non.

Coordonner les services de soutien à l'enfant

Puisque les conséquences du handicap touchent divers secteurs, les services peuvent être coordonnés de manière à prendre en compte l'ensemble des difficultés auxquelles sont confrontés les enfants handicapés et leur famille. Un programme coordonné d'intervention précoce dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection sociale pourrait contribuer à promouvoir l'identification et la prise en charge précoces des enfants handicapés. Les interventions précoces doivent être renforcées dans tous ces secteurs. Des études ont démontré que les interventions précoces permettaient des progrès plus importants en termes de capacité fonctionnelle et que le fait d'éliminer les obstacles tôt dans la vie de l'enfant atténuait l'effet cumulatif des nombreux obstacles auxquels sont confrontés les

(suite page 84)

De meilleures lois et technologies pour mettre fin à la « pénurie d'ouvrages »

Par Kartik Sawhney



Kartik Sawhney, lycéen et lauréat d'un prix national, vit à New Delhi, en Inde. Il milite pour les droits des personnes handicapées. Il est membre du réseau Leonard Cheshire Disability Young Voices.

Les personnes atteintes d'incapacité visuelle souffrent de ce qu'un auteur a nommé la « pénurie d'ouvrages ». Ce phénomène n'est pas nouveau : depuis longtemps, les personnes malvoyantes et incapables de lire les imprimés se battent pour promouvoir l'accessibilité. « L'accessibilité » est un terme général qui regroupe l'accès à l'environnement physique, aux transports, aux technologies de l'information et de la communication, au système éducatif, etc. Selon moi, il est essentiel que les supports accessibles soient immédiatement disponibles, et il s'agit même d'une nécessité urgente dans les pays en développement.

Lorsque j'ai mené une enquête non officielle auprès d'environ 60 étudiants atteints d'incapacité visuelle inscrits dans des écoles traditionnelles en Inde, en cycle primaire et secondaire, j'ai découvert que moins de 20 pour cent d'entre eux avaient eu accès aux ouvrages sous la forme qu'ils préféraient, et moins de 35 pour cent d'entre eux à un ouvrage quelconque. Atteint d'une incapacité visuelle, j'ai moi-même été confronté à plusieurs reprises à des difficultés d'accessibilité qui m'ont empêché de bénéficier des mêmes chances que les autres. Rendre les supports écrits accessibles nécessite des efforts

colossaux. Grâce aux progrès réalisés en matière de reconnaissance optique de caractères – une technologie qui convertit les textes imprimés, manuscrits et dactylographiés en fichiers texte, ce qui permet ensuite à des voix informatisées de les lire à haute voix – la situation s'est améliorée. Toutefois, le contenu spécialisé reste inaccessible. Je passe environ deux heures par jour à saisir les contenus imprimés de mes cours de science et de mathématiques par exemple, car le logiciel de reconnaissance optique de caractères est incapable de lire les schémas ainsi que certains symboles spéciaux avec une précision suffisante. La situation des étudiants dans les zones rurales est encore pire : ils dépendent de la bonne volonté d'autres personnes qui acceptent de leur lire de grandes quantités d'informations. Par exemple, mes amis qui vivent dans un petit village n'ont d'autre choix que de dépendre entièrement de volontaires qui se dévouent chaque semaine.

La plupart du contenu disponible sur Internet ne peut être lu par les logiciels classiques de lecture d'écran, notamment en raison des différentes normes et plateformes utilisées par les auteurs et les concepteurs de sites Internet. Malgré les recommandations du World Wide Web Consortium (W3C) que les sites

Atteint d'une incapacité visuelle, j'ai moi-même été confronté à plusieurs reprises à des difficultés d'accessibilité qui m'ont empêché de bénéficier des mêmes chances que les autres.

Internet sont censées respecter pour permettre à tous de lire leur contenu, l'objectif est loin d'être atteint. Je consulte tous les jours des sites qui ne respectent pas les normes W3C. Cela nécessite donc une plus grande surveillance de la part non seulement des autorités, mais également des organisations de la société civile, universitaires et internationales. Le Gouvernement indien a adopté une série de mesures destinées à faire évoluer positivement les choses dans ce domaine. Il attribue désormais un prix national en faveur de l'autonomisation des personnes handicapées dans la catégorie du « site Internet le plus accessible ». Cette mesure incitative pousse les organisations à rendre leur site accessible. Si cette mesure était appliquée par un nombre suffisant de pays, elle pourrait conduire à une véritable révolution.

Cette question ne concerne pas uniquement les gouvernements : chacun peut apporter une contribution positive. Je me rappelle d'une avancée historique réalisée en 2011 par un groupe de jeunes ayant une incapacité visuelle à Bangalore, en Inde. Alors qu'ils se préparaient aux examens d'entrée de prestigieuses écoles de commerce du pays, ils ont contacté la célèbre maison d'édition Pearson Education et

lui ont demandé de publier leurs ouvrages dans un format qui leur était accessible. L'éditeur a accepté et depuis, la plupart de leurs ouvrages sont accessibles aux personnes ayant une incapacité visuelle. Toutefois, rares sont les éditeurs qui font preuve d'une sensibilité et d'une compréhension aussi importantes. L'ignorance et l'insensibilité sont les deux principaux problèmes. Tant que les comportements envers les personnes atteintes d'une incapacité visuelle n'auront pas radicalement changé, il sera difficile de surmonter les problèmes auxquels sont confrontées les personnes incapables de lire les imprimés.

Il existe toutefois un autre obstacle à l'accessibilité, d'ordre politique et juridique cette fois, et non technique ou comportemental. À l'heure actuelle, seuls 57 pays ont amendé leurs lois relatives au droit d'auteur pour permettre aux personnes atteintes d'une incapacité visuelle d'accéder au contenu des ouvrages. Par conséquent, dans de nombreux pays, fournir des livres électroniques à ces personnes est malheureusement toujours considéré comme une infraction aux lois relatives au droit d'auteur, ce qui empêche les éditeurs locaux d'aider cette catégorie de personnes au sein de leur communauté. Pour un

jeune étudiant, cette situation est extrêmement perturbante : alors que la plupart des pays se sont engagés à soutenir et à coopérer au maximum en faveur du bien-être et de l'autonomisation des personnes handicapées, ce comportement révèle une grande différence entre les lois écrites et leur application concrète. Le besoin le plus urgent est celui de traduire les mots en action. Je propose la mise en place d'un organisme international chargé de surveiller l'application des lois internationales relatives au handicap, dans le respect de la souveraineté nationale.

Les lois relatives au droit d'auteur doivent être modifiées. J'espère que les pays continueront de s'employer à modifier leur cadre législatif et que les Nations Unies prendront des mesures et organiseront un référendum sur la question. Je suis convaincu que grâce à des efforts concertés, le droit inaliénable des personnes handicapées d'accéder aux supports écrits leur sera garanti et ce, où qu'elles soient.

enfants handicapés. Au fur et à mesure de leur croissance, la capacité des enfants handicapés à fonctionner peut être renforcée par la réadaptation. Les améliorations en matière de capacité auront un plus grand impact si les systèmes scolaires sont enclins et capables d'accepter les enfants handicapés dans les établissements et de répondre à leurs besoins scolaires. De plus, acquérir une éducation revêtirait une plus grande importance pour eux s'il existait également des programmes inclusifs de transition de l'école au travail et des efforts comparables sur le plan financier pour promouvoir le recrutement des personnes handicapées.

Impliquer les enfants handicapés dans le processus de prise de décision

Les enfants et adolescents handicapés se situent au cœur même des efforts visant à mettre en place des sociétés inclusives – non seulement en tant que bénéficiaires, mais également en tant qu'acteurs du changement. Les États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ont affirmé le droit des enfants handicapés à exprimer librement leurs opinions sur tous les domaines les concernant. Ce faisant, les autorités ont réaffirmé les principes de la Convention relative aux droits

de l'enfant et se sont donc engagés à consulter les enfants handicapés lors de la conception et de l'application des lois et des mesures politiques les concernant. Cette démarche sert l'intérêt de l'État en question, dans la mesure où les enfants et les jeunes handicapés peuvent enrichir le processus d'élaboration des politiques et les services proposés grâce à leurs expériences quotidiennes et où ils sont les seuls à pouvoir indiquer si leurs besoins sont ou non satisfaits et si leur contribution est utilisée dans l'ensemble des problématiques et interventions : de la santé à la nutrition en passant par la santé sexuelle et procréative, l'éducation et les services de transition vers l'âge adulte.

Le droit d'être entendu s'applique à tous les enfants, quel que soit le type ou le degré de leur handicap. Les enfants atteints d'un handicap grave doivent également être encouragés à faire part de leurs choix et de leurs désirs. Un enfant capable de s'exprimer est un enfant moins exposé à la maltraitance et à l'exploitation. À l'inverse, la maltraitance et l'exploitation sont plus présentes lorsque les enfants n'ont pas les moyens de lutter contre l'oppression qu'ils subissent. La participation est d'autant plus importante pour les groupes marginalisés tels que les enfants placés dans des établissements spécialisés.



Des enfants jouent au netball à l'école primaire d'Ojwina à Lira, en Ouganda. © UNICEF/UGDA2012-00120/Sibilon



Nemanja (à l'extrême gauche), âgé de 6 ans, avec ses camarades de classe à Novi Sad, Serbie. Son école primaire a été la première à inclure les enfants handicapés en vertu d'une loi visant à réduire leur placement dans des établissements spécialisés. © UNICEF/HQ2011-1156/Holt

Le fait de reconnaître que les enfants et les adolescents handicapés sont détenteurs de droits, et pas bénéficiaires de la charité, ne signifie pas éliminer leurs besoins en matière de réadaptation, de soins médicaux, de services d'aide ou d'équipements adaptés. Toutefois, cela signifie que les droits des enfants, leurs perspectives d'avenir et leurs choix doivent être respectés. Par la suite, les décideurs politiques devront communiquer par des moyens facilement utilisables et accessibles par les enfants handicapés, afin que l'opinion de ces derniers soit intégrée à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et des services.

Une promesse mondiale et un test local

Afin de tenir les promesses des Conventions relatives aux droits des personnes handicapées et aux droits de l'enfant, les organismes et donateurs internationaux ainsi que leurs partenaires nationaux et locaux peuvent inclure les enfants handicapés dans les objectifs, les cibles et le suivi de tous leurs programmes de développement. Il est essentiel de disposer de données fiables et objectives afin de contribuer à la planification et à l'attribution

des ressources et pour mieux prendre en compte les enfants handicapés dans les programmes de développement. Les travaux statistiques nécessaires prendront du temps, mais pourraient être encouragés si les donateurs internationaux s'engageaient à promouvoir un programme de recherche mondial et concerté sur le handicap. Dans le même temps, la planification et la programmation devront continuer et il serait inacceptable de refuser ou de reporter des services destinés aux enfants handicapés, dans l'attente de données supplémentaires. Au contraire, des plans, des programmes et des budgets peuvent être conçus afin de permettre les modifications liées à la disponibilité de nouvelles informations.

C'est à l'échelle locale que l'on verra la preuve ultime de tous les efforts mondiaux et nationaux déployés : il s'agira pour cela de vérifier que chaque enfant handicapé jouit de ses droits – y compris l'accès aux services, le soutien et les possibilités – au même titre que tous les autres enfants, même dans les zones les plus reculées et dans les circonstances les plus difficiles.

Les enfants handicapés et les droits de l'homme universels

Par Lenín Voltaire Moreno Garcés



Lenín Voltaire Moreno Garcés, Vice-président de la République d'Équateur depuis 2007 et en poste jusqu'à mai 2013, est la seule personne handicapée à avoir occupé une fonction importante en Amérique du Sud. Les chiffres mentionnés dans cet article sont tirés de documents de programme nationaux.

Il ne peut y avoir d'exercice des droits de l'homme universels tant que tout le monde, y compris les personnes les plus vulnérables, ne jouit pas de ces droits. Mû par cette conviction, le bureau du Vice-président de la République d'Équateur a choisi en priorité d'établir précisément et d'améliorer la situation des personnes handicapées, à commencer par celle des enfants.

À partir de juillet 2009, nous avons mené des enquêtes à travers l'Équateur dans le cadre d'un projet appelé Mission Solidarité Manuela Espejo. En nous rendant chez 1 286 331 ménages dans les 24 provinces et 221 cantons du pays, nous avons pu identifier 293 743 personnes handicapées. Environ 24 pour cent d'entre elles étaient atteintes d'un handicap mental et les 76 pour cent restants étaient atteints d'un handicap physique ou sensoriel. D'après nos estimations, la prévalence des handicaps graves était de plus de 2 pour cent de la population nationale, comme cela a été constaté par un recensement mené en 2010.

Nous avons découvert qu'environ 55 000 enfants, garçons et filles âgés de moins de 18 ans, étaient handicapés, soit environ 19 pour cent de la totalité des personnes handicapées en Équateur. En juin 2012, ces enfants ont reçu 87 629 dons dans le cadre de l'assistance tech-

nique, sous forme de matériels tels que des fauteuils roulants, des déambulateurs, des matelas anti-escarres, des béquilles et des kits d'assistance auditive ou visuelle en fonction des besoins identifiés. Trois nouveaux ateliers de fabrication de prothèses ont ouvert leurs portes et devaient fournir 1 969 appareils de prothèse ou orthopédiques aux enfants du pays en 2012.

Nous avons également découvert que de nombreuses familles vivent dans des circonstances extrêmement difficiles. La prise en charge des enfants atteints de handicaps graves peut se révéler particulièrement coûteuse, forçant ainsi certaines mères à abandonner ces enfants pour gagner de l'argent. Le fonds de subvention Joaquín Gallegos Lara a alors été mis en place et verse l'équivalent de 240 dollars par mois d'aide financière à l'adulte responsable de la prise en charge d'un enfant ou d'un adulte handicapé. Des formations aux premiers secours, à l'hygiène et à la réadaptation sont également proposées. Ainsi, l'Équateur reconnaît, pour la première fois, les efforts que fournissent les familles par amour en prenant soin de personnes handicapées. Depuis juin 2012, les subventions ont bénéficié à 6 585 enfants, dont 43 pour cent de filles.

Outre le soutien, notre approche accorde une grande importance

Nous [au gouvernement] devons comprendre que le handicap n'est pas un problème mais une circonstance... [Nous devons] aider nos plus jeunes citoyens à s'intégrer.

au dépistage et à l'intervention précoces. En 2012, près de 1,1 million d'enfants âgés de moins de 9 ans ont été dépistés afin de détecter une éventuelle incapacité auditive et de promouvoir une intervention précoce. À cette fin, 1 401 unités de diagnostic et de dépistage auditif ont été mises en place par le Ministère de la santé publique : 1 500 professionnels de la santé ont été formés, 30 unités de rééducation orthophonique ont été créées et 1 508 appareils auditifs ont été distribués.

En 2013, 714 000 enfants auront été dépistés par 24 centres spécialisés dans les incapacités visuelles et on estime qu'environ 2 500 enfants bénéficieront d'équipements destinés à améliorer leur vue ou à leur permettre de vivre malgré la cécité.

Nous avons également mis en place un programme national de dépistage des nouveau-nés afin de détecter d'éventuelles maladies congénitales pouvant être traitées. En décembre 2011, cette initiative appelée « *Con pie derecho: La huella del future* », (Partir du bon pied : l'empreinte de l'avenir) avait déjà dépisté 98 034 nouveau-nés et détecté 30 cas d'hypothyroïdie congénitale, de galactosémie, d'hyperplasie congénitale des surrénales ou de phénylcétonurie. Ces 30 enfants ont pu bénéficier de la prise en charge de ces maladies qui, si elles ne sont pas traitées au

cours des premiers mois ou des premières semaines de leur vie, les exposent à un risque accru de présenter de faibles facultés cognitives, des troubles de l'élocution, des tremblements, etc.

Au-delà du soutien biosocial et de l'intervention précoce, nous visons l'inclusion sociale et culturelle des enfants handicapés. Sous la bannière « Un Équateur joyeux et solidaire », 70 000 enfants et jeunes handicapés et valides ont participé à des événements inclusifs qui se sont tenus dans tout le pays. Les jeux sont mis en avant comme moyen de créer un espace d'intégration. Lors de ces événements, les personnes handicapées animent des activités sportives, artistiques ou manuelles, des jeux et des contes.

Environ 7 700 enfants et jeunes marginalisés ou vulnérables progressent en matière de développement personnel, d'estime de soi et d'intégration sociale à travers des activités telles que la danse, la musique, la peinture et la littérature. Parmi eux, on compte 1 100 enfants et jeunes impliqués dans le « Cirque social », une initiative menée en partenariat avec la compagnie canadienne Le Cirque du Soleil.

Ces innovations ont suscité un intérêt chez les pays voisins de l'Équateur, dont certains cherchent à en apprendre davantage sur notre expérience. La

première chose à noter est qu'il n'y a pas de temps à perdre. Aucun enfant ne doit attendre des services et un soutien qui lui reviennent de droit, et cela est particulièrement vrai dans le cas des enfants handicapés, car leur vulnérabilité augmente avec l'âge.

Au gouvernement, nous devons nous atteler aux tâches qui se présentent à nous sans attendre. Nous devons comprendre que le handicap n'est pas un problème, mais une circonstance. Quelle que soit notre place ou notre rôle, c'est à nous d'aider nos plus jeunes citoyens à s'intégrer. Nous ne pouvons rêver d'un pays où règne la justice sociale et qui respecte les règles du vivre ensemble, tant que nous ne n'aurons pas fait en sorte que les personnes handicapées, et notamment les enfants et les adolescents, puissent pleinement exercer leurs droits.

Le handicap n'est pas synonyme d'incapacité, mais constitue une magnifique diversité qui enrichit l'humanité.

Chapitre 1 Introduction

- 1 Organisation mondiale de la Santé, « Guide de réadaptation à base communautaire », OMS, Genève, 2010, <<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/fr/index.html>>, consulté le 31 janvier 2013.
- 2 Groce, Nora Ellen, « Adolescents and Youth with Disabilities: Issues and challenges », *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, vol. 15, n° 2, juillet 2004, p. 13–32.
- 3 Comité des droits de l'enfant, Convention relative aux droits de l'enfant Observation générale n° 9 (2006) : Les droits des enfants handicapés, CRC/C/GC/9, Genève, 27 février 2007, pp. 2, 9; Jones, Lisa, et al., « Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies », *The Lancet*, vol. 380, n° 9845, 8 septembre 2012, p. 899–907; Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, OMS, Genève, 2011, p. 59.

Encadré : Les chiffres

Organisation mondiale de la Santé, *The Global Burden of Disease: 2004 update*, OMS, Genève, 2008; Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Population Prospects: The 2010 revision*, Nations Unies, New York, 2011.

Chapitre 2 Les principes fondamentaux de l'inclusion

- 4 Bruce Marks, Susan, « Reducing Prejudice against Children with Disabilities in Inclusive Settings », *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 44, n° 2, 1997, p. 119–120.
- 5 Contact a Family, « What Makes My Family Stronger: A report into what makes families with disabled children stronger – socially, emotionally and practically », Londres, mai 2009, <<http://89.16.177.37/professionals/research/researchandreports.html>>, consulté le 31 janvier 2013.
- 6 Gouvernement du Royaume-Uni, « The Consolidated 3rd and 4th Periodic Report to UN Committee on the Rights of the Child », Royaume-Uni, juillet 2007, p. 31, <www.ofmdfmi.gov.uk/uk_uncrc-2.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.
- 7 D'Aiglepierre, Rohen, Focus Development Association et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar », février 2012, p. 67, <www.unicef.org/madagascar/EXCLUSION-INCLUSIONweb.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.
- 8 TNS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Research Report on Children with Disabilities and their Families in Da Nang: Knowledge – attitudes – practices », Viet Nam, novembre 2009, p. 14.
- 9 Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 3.
- 10 Maras, Pam, et Rupert Brown, « Effects of Contact on Children's Attitudes Towards Disability: A longitudinal study », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 26, n° 23, décembre 1996, pp. 2113–2134, cité dans Maras, Pam, et Rupert Brown, « Effects of Different Forms of School Contact on Children's Attitudes toward Disabled and Non-Disabled Peers », *British Journal of Educational Psychology*, vol. 70, n° 3, septembre 2000, p. 339.
- 11 Barg, Carolyn J., et al., « Physical Disability, Stigma, and Physical Activity in Children », *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 57, n° 4, décembre 2010, p. 378.

- 12 Groupe de travail international sur le handicap et le sport et Bureau des Nations Unies du Conseiller spécial du Secrétaire général pour le sport au service du développement et de la paix, « Sport in the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities », IDSWG, Université Northeastern, Boston, 2007.
- 13 Convention relative aux droits des personnes handicapées, Préambule.
- 14 Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 43.
- 15 Mont, Daniel M., et Nguyen Viet Cuong, « Disability and Poverty in Vietnam », *World Bank Economic Review*, vol. 25, n° 2, 2011, p. 323–359.
- 16 Buckup, Sebastian, « The Price of Exclusion: The economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work », Document de travail de l'Emploi n° 43 de l'Organisation internationale du Travail, Organisation internationale du Travail, Genève, 2009.
- 17 Mitra, Sophie, Aleksandra Posarac et Brandon Vick, « Disability and Poverty in Developing Countries: A snapshot from the World Health Survey », Document d'analyse sur la protection sociale n° 1109, Banque mondiale, Washington, D.C., avril 2011.
- 18 Groce, Nora, et al., « Disability and Poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice », *Third World Quarterly*, vol. 32, n° 8, 2011, p. 1493–1513.
- 19 Loeb, M. E., et Arne H. Eide (dir.), « Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study », SINTEF Health Research, Oslo, 26 août 2004, <www.safod.com/LCMalawi.pdf>, consulté le 31 janvier 2013; Hoogeveen, Johannes G., « Measuring Welfare for Small but Vulnerable Groups: Poverty and disability in Uganda », *Journal of African Economies*, vol. 14, n° 4, 1 août 2005, p. 603–631.
- 20 Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 10, 39–40.
- 21 Gertler, Paul J., et Lia C. Fernald, « The Medium Term Impact of *Oportunidades* on Child Development in Rural Areas », Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexique, 30 novembre 2004; Behrman, Jere R., et John Hoddinott, « Programme Evaluation with Unobserved Heterogeneity and Selective Implementation: The Mexican PROGRESA impact on child nutrition », *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, vol. 67, n° 4, août 2005, p. 547–569; Hoddinott, John, et Emmanuel Skoufias, « The Impact of PROGRESA on Food Consumption », *Economic Development and Cultural Change*, vol. 53, n° 1, octobre 2004, p. 37–61; Maluccio, John A., et al., « The Impact of an Experimental Nutritional Intervention in Childhood on Education among Guatemalan Adults », Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 207, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, D.C., juin 2006.
- 22 Groce, Nora, et al., « Poverty and Disability: A critical review of the literature in low and middle-income countries », Working Paper Series n° 16, Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London, Londres, septembre 2011.
- 23 Haut Commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme, Convention relative aux droits de l'enfant, article 23.
- 24 Organisation mondiale de la Santé, « Réadaptation à base communautaire », OMS, Genève, <<http://www.who.int/disabilities/cbr/fr/index.html>>, consulté le 31 janvier 2013.
- 25 Allen-Leigh, Betania, et al., *Iniciativa Evaluation: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto « Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca »*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mexique, 2010, cité par le Secrétariat de la Convention relative aux droits de l'enfant, dans « Compilation of best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts », un document de travail rédigé suite à l'adoption de la résolution A/65/186 par l'Assemblée générale, dans le but de faciliter les discussions qui mèneront à la réunion de haut niveau prévue sur les handicaps et le développement lors de la 67^e session de l'Assemblée générale en 2012.
- 26 Municipalités de Santa Maria Guienagati, de San Martín Peras, de Coicoyan de las Flores de San José Tanago.
- 27 Allen-Leigh, Betania, et al., *Iniciativa Evaluation: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto « Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca »*, 2010.
- 28 Organisation mondiale de la Santé, « Assistive Devices/Technologies: What WHO is doing », OMS, Genève, <www.who.int/disabilities/technology/activities/en/#>, consulté le 31 janvier 2013.
- 29 Borg, Johan, Anna Lindström et Stig Larsson, « Assistive Technology in Developing Countries: National and international responsibilities to implement the Convention on the Rights of Persons with Disabilities », *The Lancet*, vol. 374, n° 9704, 28 novembre 2009, p. 1863–1865.
- 30 François, Isabelle, et al., « Causes of Locomotor Disability and Need for Orthopaedic Devices in a Heavily Mined Taliban-Controlled Province of Afghanistan: Issues and challenges for public health managers », *Tropical Medicine & International Health*, vol. 3, n° 5, mai 1998, p. 391–396; Matsen, S. L., « A Closer Look at Amputees in Vietnam: A field survey of Vietnamese using prostheses », *Prosthetics and Orthotics International*, vol. 23, n° 2, août 1999, p. 93–101; May-Teerink, Teresa Lynn, « A Survey of Rehabilitative Services and People Coping with Physical Disabilities in Uganda, East Africa », p. 311–316; Bigelow, Jeffrey, et al., « A Picture of Amputees and the Prosthetic Situation in Haiti », *Disability & Rehabilitation*, vol. 26, n° 4, 2004, p. 246–252; Lindsay, Sally, et Irina Tsybina, « Predictors of Unmet Needs for Communication and Mobility Assistive Devices among Youth with a Disability: The role of socio-cultural factors », *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, vol. 6, n° 1, janvier 2011, p. 10–21.
- 31 Steinfeld, Edward, « Education for All: The cost of accessibility », Education Notes, Banque mondiale, Washington, D.C., août 2005, <http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Education-Notes/EdNotes_CostOfAccess_2.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.
- 32 D'après les évaluations menées par le Ministère des travaux publics en Afrique du Sud, Accessible Design Case Studies, 2004, dans Metts, Robert, « Disability and Development », document d'information pour la réunion sur le programme de recherche sur le handicap et le développement, 16 novembre 2004, Banque mondiale, Washington, D.C., p. 15–45.
- 33 South African Disability Institute, Special Housing for Disabled People, données fournies par Philip Thompson, Africa Chair, International Commission on Technology and Accessibility, cité par Metts, Robert, dans « Disability and Development », p. 17; Metts, Robert, « Disability and Development », p. 15–45.

Encadré : Une question de capacités

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Monténégro, « "It's about Ability" Campaign Honoured for the Best Humanitarian Action in Montenegro », UNICEF Monténégro, Podgorica, Monténégro, 15 février 2011, <www.unicef.org/montenegro/media_16505.html>, consulté le 31 janvier 2013.

Perovic, Jelena, « Survey: It's about ability campaign results in positive change for children with disability in Montenegro », UNICEF Montenegro, Podgorica, Monténégro, 14 décembre 2011, <www.unicef.org/montenegro/15868_18773.html>, consulté le 31 janvier 2013.

Chapitre 3 Un fondement solide

34 Organisation mondiale de la Santé, « Aide-mémoire : Poliomyélite », OMS, Genève, 2011; Polio News, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, janvier 2013.

35 Organisation mondiale de la Santé, « Données mondiales sur la vaccination », OMS, Genève, octobre 2012.

36 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, « Disability and the Millennium Development Goals: A review of the MDG process and strategies for inclusion of disability issues in Millennium Development Goal efforts », Nations Unies, New York, décembre 2011.

37 Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 58–60.

38 Gakidou, Emmanuela, et al. « Improving Child Survival through Environmental and Nutritional Interventions: The importance of targeting interventions toward the poor », *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, n° 16, octobre 2007, p. 1876–1887.

39 Organisation mondiale de la Santé, *Nutrition for Health and Development: A global agenda for combating malnutrition – Progress report*, OMS, Genève, 2000, p. 14–15.

40 Organisation mondiale de la Santé, « Micronutrient deficiencies: Iodine deficiency disorders », OMS, Genève, 2012, <www.who.int/nutrition/topics/idd/en>, consulté le 31 janvier 2013

41 Checkley William, et al., « Multi-Country Analysis of the Effects of Diarrhoea on Childhood Stunting », *International Journal of Epidemiology*, vol. 37, n° 4, août 2008, p. 816–830.

42 Walker, Susan P., et al., « Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development », *The Lancet*, vol. 378, n° 9799, 8 octobre 2011, p. 1325–1338.

43 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), « Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère » UNICEF, New York, novembre 2009, p. 6.

44 Walker, Susan P., et al., « Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development », p. 1325–1338.

45 Organisation mondiale de la Santé, « Medical Devices: Anaemia prevention and control », OMS, Genève, 2012, <www.who.int/medical_devices/initiatives/anaemia_control/en/>, consulté le 31 janvier 2013.

46 Scholl, Theresa O., « Maternal Iron Status: Relation to fetal growth, length of gestation, and iron endowment of the neonate », *Nutrition Reviews*, vol. 69, n° 11, novembre 2011, S23–S29; Vaughan, Owen R., et al., « Environmental Regulation of Placental Phenotype: Implications for fetal growth », *Reproduction, Fertility and Development*, vol. 24, n° 1, 6 décembre 2011, p. 80–96.

47 Adams, Melanie S., et al., « Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy: Low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh », *Child: Care, Health and Development*, vol. 38, n° 6, novembre 2012, p. 878–888.

48 National Institutes for Health (NIH), MedlinePlus, « Cystic Fibrosis – Nutritional Considerations », <www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002437.htm>, consulté le 31 janvier 2013; O'Brien, S., et al., « Intestinal Bile Acid Malabsorption in Cystic Fibrosis », *Gut*, vol. 34, n° 8, août 1993, p. 1137–1141.

49 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Violence against Disabled Children: UN Secretary-General's report on violence against children – Summary report », UNICEF, New York, 28 juillet 2005, p. 6–7; Banque mondiale, mai 2004, « Disability in Bangladesh: A situation analysis » Danish Bilharziasis Laboratory pour la Banque mondiale, République populaire du Bangladesh <<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/South%20Asia/DisabilityinBangladesh.pdf>>, p. 15, consulté le 31 janvier 2013.

50 Organisation mondiale de la Santé, *Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries – A review*, OMS, Genève, 2012; Thommessen, M., et al., « Feeding Problems, Height and Weight in Different Groups of Disabled Children », *Acta Paediatrica*, vol. 80, n° 5, mai 1991, p. 527–533; Sullivan, Peter B. (dir.), *Feeding and Nutrition in Children with Neurodevelopmental Disability*, Mac Keith Press, Londres, 2009, p. 61; Adams, Melanie S., et al., « Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy », p. 878–888.

51 Groce, N., et al., « Water and Sanitation Issues for Persons with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries: A literature review and discussion of implications for global health and international development », *Journal of Water and Health*, vol. 9, n° 4, 2011, p. 617–627.

52 Human Rights Watch, « Fact Sheet: HIV and disability », Human Rights Watch, New York, juin 2011. Consulter Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 77 sur les idées fausses sur l'activité sexuelle, p. 59 pour l'usage de drogue/d'alcool et p. 147 sur le risque de mauvais traitements.

53 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Towards an AIDS-Free Generation: Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities », UNICEF, juillet 2012.

54 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population, *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA guidance note*, OMS, 2009, p. 5–9, 12, <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en>>, consulté le 31 janvier 2013; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Sexuality Education in Asia and the Pacific: Review of policies and strategies to implement and scale up*, UNESCO Bangkok, Bangkok, 2012, p. 2, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>>, consulté le 31 janvier 2013.

55 Willemsse, Karin, Ruth Morgan et John Meletse, « Deaf, Gay, HIV Positive, and Proud: Narrating an alternative identity in post-Apartheid South Africa », *Canadian Journal of African Studies*, vol. 43, n° 1, avril 2009, p. 83–104.

56 Sices, Laura, « Developmental Screening in Primary Care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement », The Commonwealth Fund, New York, décembre 2007, p. v et 6; Johnson-Staub, Christine, « Charting Progress for Babies in Child Care Project: Promote access to early, regular, and comprehensive screening », CLASP, Washington, D.C., février 2012, p. 1.

57 Ertem, Ilgi O., et al., « A Guide for Monitoring Child Development in Low- and Middle-Income Countries », *Pediatrics*, vol. 121, n° 3, mars 2008, p. e581–e589; Organisation mondiale de la Santé, *Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, Early Identification, Assessment and Intervention in low- and middle income countries*, OMS 2012 p.1

58 Organisation mondiale de la Santé, « Épilepsie : Aide-mémoire N° 999 », OMS, Genève, octobre 2012, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/fr/index.html>>, consulté le 31 janvier 2013.

59 Metts, Robert, « Disability and Development », p. 15–45.

60 Filmer, Deon, « Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys », *World Bank Economic Review*, vol. 22, n° 1, 2008, p. 141–163, cité dans Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011.

61 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2010 : Atteindre les marginalisés*, UNESCO et Oxford University Press, Paris et Oxford, Royaume-Uni, 2010, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001875/187513F.pdf>>, consulté le 31 janvier 2013; Loeb, M. E., et Arne H. Eide (dir.), « Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study », SINTEF Health Research, Oslo, 26 août 2004, <www.safod.com/LCMalawi.pdf>, 31 janvier 2013; Gouvernement de la République-Unie de Tanzanie, « 2008 Tanzania Disability Survey », Bureau national des statistiques de la République-Unie de Tanzanie, Dar es-Salaam, République-Unie de Tanzanie, 2009, p. 19, <nbs.go.tz/tnada/index.php/ddbrowser/5/download/24>, 31 janvier 2013.

62 Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 206.

63 Nations Unies, rapport du Secrétaire général sur le statut de la Convention relative aux droits de l'enfant, A/66/230, Nations Unies, New York, 3 août 2011, p. 8.

64 Pour l'évaluation, consulter : Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* 2011, pp. 39–40; Filmer, Deon, « Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys », p. 141–163; Sundrum, Ratna, et al., « Cerebral Palsy and Socioeconomic Status: A retrospective cohort study », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 90, n° 1, janvier 2005, p. 15–18; Newacheck, Paul W., et al., « Disparities in the Prevalence of Disability between Black and White Children », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 157, n° 3, mars 2003, p. 244–248.

65 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest n° 13, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, octobre 2007, p. 15, encadré 5.1, <www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.

66 van der Berg, Servaas, *Poverty and Education*, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Paris, 2008.

- 67 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest n° 13, p. 27, encadré 5.1.
- 68 UNICEF, *The Right of Children with Disabilities to Education: A rights-based approach to inclusive education*, 2012, p. 8; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 'The Right to Education for Persons with Disabilities: Towards inclusion – An Education for All flagship', Paris, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001322/132277e.pdf>>, consulté le 31 janvier 2013.
- 69 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, « Inclusion des enfants handicapés : l'impératif de la petite enfance », Note de l'UNESCO sur la Politique de la petite enfance n° 46, UNESCO, Paris, avril-juin 2009, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001831/183156f.pdf>>, consulté le 31 janvier 2013.
- 70 Nahar, Baitun, et al., « Effects of Psychosocial Stimulation on Growth and Development of Severely Malnourished Children in a Nutrition Unit in Bangladesh », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 63, n° 6, juin 2009, p. 725-731.
- 71 Jin, X., et al., « Care for Development" Intervention in Rural China: A prospective follow-up study », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 28, n° 3, 2007, p. 213-218.
- 72 Nair, M. K., et al., « Effect of Child Development Centre Model Early Stimulation among At Risk Babies: A randomized controlled trial », *Indian Pediatrics*, vol. 46, complément, janvier 2009, p. s20-s26.
- 73 Potterton, Joanne, et al., « The Effect of a Basic Home Stimulation Programme on the Development of Young children Infected with HIV », *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 52, n° 6, juin 2010, p. 547-551.
- 74 Walker, Susan P., et al., « Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development », p. 1325-1338.
- 75 Forlin, Chris, et al., « Demographic Differences in Changing Pre-Service Teachers' Attitudes, Sentiments and Concerns about Inclusive Education », *International Journal of Inclusive Education*, vol. 13, n° 2, mars 2009, p. 195-209. L'outil « Attitudes toward Inclusive Education Scale » (ATIES), créé par Felicia Wilczenski en 1992, a influencé les études sur le comportement des enseignants : Wilczenski, Felicia L., « Measuring Attitudes toward Inclusive Education », *Psychology in the Schools*, vol. 29, n° 4, octobre 1992, p. 306-312. Pour une évaluation, consulter Kuyini, Ahmed Bawa, et Ishwar Desai, « Principals' and Teachers' Attitudes and Knowledge of Inclusive Education as Predictors of Effective Teaching Practices in Ghana », *Journal of Research in Special Educational Needs*, vol. 7, n° 2, juin 2007, p. 104-113.
- 76 Tur-Kaspa, Hana, Amatzia Weisel et Tova Most, « A Multidimensional Study of Special Education Students' Attitudes towards People with Disabilities: A focus on deafness », *European Journal of Special Needs Education*, vol. 15, n° 1, mars 2000, p. 13-23.
- 77 Latimier, Camille, et Jan Šiška, « Children's Rights for All: Implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child for children with intellectual disabilities », Inclusion Europe, Bruxelles, octobre 2011, p. 21.
- 78 Praisner, Cindy L., « Attitudes of Elementary School Principals toward the Inclusion of Students with Disabilities », *Exceptional Children*, vol. 69, n° 2, 2003, p. 135-145.
- 79 Shade, Richard A., et Roger Stewart, « General Education and Special Education Preservice Teachers' Attitudes towards Inclusion », *Preventing School Failure*, vol. 46, n° 1, 2001, p. 37-41.
- 80 de Boer, Anke, Sip Jan Pijl et Alexander Minnaert, « Regular Primary Schoolteachers' Attitudes towards Inclusive Education: A review of the literature », *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, n° 3, avril 2011, p. 345-346.
- 81 Miles, Susie, et Ian Kaplan, « Using Images to Promote Reflection: An action research study in Zambia and Tanzania », *Journal of Research in Special Educational Needs*, vol. 5, n° 2, juin 2005, p. 79-80.
- 82 Kalyanpur, Maya, « Paradigm and Paradox: Education for All and the inclusion of children with disabilities in Cambodia », *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, n° 10, décembre 2011, p. 1058.
- 83 Miles, Susie, et al., « Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh », *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, vol. 42, n° 2, 2012, p. 293.
- 84 Schurmann, Erik, « Training Disabled Teachers in Mozambique », *Enabling Education n° 10*, Enabling Education Network, Manchester, Royaume-Uni, 2006, <www.eenet.org.uk/resources/docs/enabling_education10.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.
- 85 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest n° 13, p. 30.
- 86 Lynch, Paul, et al., « Inclusive Educational Practices in Uganda: Evidencing practice of itinerant teachers who work with children with visual impairment in local mainstream schools », *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, n° 10, décembre 2011, p. 1119-1134; Miles, Susie, et Sue Stubbs, « *Inclusive Education and Children with Disabilities* », document de travail de l'UNICEF pour *La situation des enfants dans le monde 2013*, 2012, p. 23.
- 87 Prag, Anat, « Fostering Partnerships for Education Policy and Reform: Vietnam », *Enabling Education n° 8*, Enabling Education Network, Manchester, Royaume-Uni, 2004, <www.eenet.org.uk/resources/docs/eenet_news8.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.
- 88 Rapport du Secrétaire général sur le statut de la Convention relative aux droits de l'enfant, 3 août 2011.
- 89 Stubbs, Sue, « Inclusive Education: Where there are few resources », *The Atlas Alliance*, Oslo, septembre 2008, p. 36, <www.child-to-child.org/about/index.html>, consulté le 31 janvier 2013; Fosere, Mamello, « Mamello's Story », *Enabling Education n° 5*, Enabling Education Network, Manchester, Royaume-Uni, 2001, p. 10, <www.eenet.org.uk/resources/eenet_newsletter/news5/page10.php>.
- 90 Lewis, Ingrid, « Water, Sanitation, Hygiene (WASH) and Inclusive Education », *Enabling Education n° 14*, Enabling Education Network, Manchester, Royaume-Uni, 2010, p. 9-13, <www.eenet.org.uk/resources/docs/Enabling%20Education-issue%2014-2010.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.
- 91 Bines, Hazel, « Education's Missing Millions: Including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans – Main report of study findings », World Vision UK, Milton Keynes, Royaume-Uni, septembre 2007, p. 3.
- 92 Munir, Shirin Z., et Sultana S. Zaman, « Models of Inclusion: Bangladesh experience », ch. 19 dans *Inclusive Education across Cultures: Crossing boundaries, sharing ideas*, dirigé par Mithu Alur et Vianne Timmons, Sage Publications India, New Delhi, 2009, p. 292.
- 93 Ahsan, Mohammad Tariq, et Lindsay Burnip, « Inclusive Education in Bangladesh », *Australasian Journal of Special Education*, vol. 31, n° 1, avril 2007, p. 65.
- 94 Miles, Susie, et al., « Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh », *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, vol. 42, n° 2, 2012, p. 283-302.
- 95 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Building Human Capacities in Least Developed Countries to Promote Poverty Eradication and Sustainable Development*, UNESCO, Paris, 2011, p. 8.
- 96 Lansdown, Gerison, « *Vulnerability of Children with Disabilities* », Document de recherche de l'UNICEF rédigé pour *La Situation des enfants dans le monde 2013*, 2012, p. 8.
- 97 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *L'éducation compte : Vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement*, UNESCO, Paris, 2011, p. 17.
- 98 Abuya, Benta A., James Ciera et Elizabeth Kimani-Murage, « Effect of Mother's Education on Child's Nutritional Status in the Slums of Nairobi », *BMC Pediatrics*, vol. 12, n° 80, juin 2012.
- 99 Janevic, Teresa, et al., « Risk Factors for Childhood Malnutrition in Roma Settlements in Serbia », *BMC Public Health*, vol. 10, août 2010.
- 100 Miller, Jane E., et Yana V. Rodgers, « Mother's Education and Children's Nutritional Status: New evidence from Cambodia », *Asian Development Review*, vol. 26, n° 1, 2009, p. 131-165.
- 101 Semba, Richard D., et al., « Effect of Paternal Formal Education on Risk of Child Stunting in Indonesia and Bangladesh: A cross-sectional study », *The Lancet*, vol. 371, n° 9609, janvier 2008, p. 322-328.
- 102 Convention relative aux droits de l'enfant, article 29.

Chapitre 4 Les axes fondamentaux de la protection

- 103 Cody, Clare, *Count Every Child: The right to birth registration*, Plan Ltd., Woking, Royaume-Uni, 2009.
- 104 Algood, C. L., et al., « Maltreatment of Children with Developmental Disabilities: An ecological systems analysis », *Children and Youth Services Review*, vol. 33, n° 7, juillet 2011, pp. 1142-1148; Stalker, K., et K. McArthur, « Child Abuse, Child Protection and Disabled Children: A review of recent research », *Child Abuse Review*, vol. 21, n° 1, janvier/février 2012, p. 24-40.
- 105 Kvam, Marit Hoem, « Sexual Abuse of Deaf Children: A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway », *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, n° 3, mars 2004, p. 241-251; Lansdown, Gerison, « *Vulnerability of Children with Disabilities* », p. 6.
- 106 Mental Disability Rights International, « Behind Closed Doors: Human rights abuses in the psychiatric facilities, orphanages and rehabilitation centers of Turkey », MDRI, Washington, D.C., 28 septembre 2005, p. 1, 23, 72, <<http://www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/turkey-final-9-26-05.pdf>>, consulté le 31 janvier 2013; Mental Disability Rights International, « Torture Not Treatment: Electric shock and long-term restraint in the United States on children and adults with disabilities at the Judge Rotenberg Center », MDRI, Washington, D.C., 2010, p. 1-2, <www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/USReportandUrgentAppeal.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.

- 107 Human Rights Watch, Open Society Foundations, Women with Disabilities Australia, International Disability Alliance et Stop Torture in Health Care, « Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A briefing paper », novembre 2011, <www.hrw.org/sites/default/files/related_material/2011_global_DR.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.
- 108 Dowse, Leanne, « Moving Forward or Losing Ground?: The sterilisation of women and girls with disabilities in Australia », document préparé pour Women with Disabilities Australia et présenté au sommet international de l'Organisation mondiale des personnes handicapées, Winnipeg, Canada, 8–10 septembre 2004.
- 109 Information obtenue de l'UNICEF en Serbie, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et du Ministère serbe du travail et des politiques sociales, « Transforming Residential Institutions for Children and Developing Sustainable Alternatives », Belgrade, 2011, p. 4–8.
- 110 Convention relative aux droits de l'enfant, commentaire n° 9 (2006), p. 21.

GROS PLAN

La violence à l'encontre des enfants handicapés

Jones, Lisa, et al., « Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities », p. 899–907.

Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 29, 59 et 137.

Pinheiro, Paulo Sérgio, *Rapport mondial sur la violence contre les enfants*, étude du Secrétaire général des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants, Genève, 2006.

Krug, Etienne G., et al. (dir.), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2002.

Hibbard, Roberta A., et al., « Maltreatment of Children with Disabilities », *Pediatrics*, vol. 119, n° 5, 1 mai 2007, p. 1018–1025.

Ammerman, Robert T., et al., « Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and correlates », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 33, n° 4, mai 1994, p. 567–576.

Sullivan, Patricia M., « Violence Exposure among Children with Disabilities », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 12, n° 2, juin 2009, p. 196–216.

Ammerman, Robert T., et Nora J. Baladerian, *Maltreatment of Children with Disabilities*, National Committee to Prevent Child Abuse, Chicago, 1993.

Nations Unies, Convention relative aux droits des personnes handicapées, A/RES/61/106, Nations Unies, New York, 2008.

Gilbert, Ruth, et al., « Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries », *The Lancet*, vol. 373, n° 9657, 3 janvier 2009, p. 68–81.

Felitti, Vincent J., et al., « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences (ACE) study », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n° 4, mai 1998, p. 245–258.

MacMillan, Harriet L., et al., « Interventions to Prevent Child Maltreatment and Associated Impairment », *The Lancet*, vol. 373, n° 9659, 17 janvier 2009, p. 250–266.

Chapitre 5 L'intervention humanitaire

- 111 Von der Assen, Nina, Mathijs Euwema et Huib Cornelie, « Including Disabled Children in Psychological Programmes in Areas Affected by Armed Conflict », *Intervention*, vol. 8, n° 1, mars 2010, p. 29–39.

- 112 Bartlett, Sheridan, « The Implications of Climate Change for Children in Lower-Income Countries », *Children, Youth and Environments*, vol. 18, n° 1, 2008, p. 71–98.

- 113 Convention relative aux droits de l'enfant, commentaire général n° 9 (2006), p. 22.

GROS PLAN

Risques, résilience et action humanitaire inclusive

African Child Policy Forum, « Violence against Children in Africa: A compilation of the main findings of the various research projects conducted by the African Child Policy Forum (ACPF) since 2006 », ACPF, Addis Abeba, mars 2011.

Handicap International, « Mainstreaming Disability into Disaster Risk Reduction: A training manual », Handicap International, Katmandou, janvier 2009, <www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/DisasterRiskReduc.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.

Comité international de la Croix-Rouge, « Déclaration du CICR aux Nations Unies sur la promotion et la protection des droits de l'enfant, 2011 », CICR, Genève, 17 octobre 2011, <<http://www.icrc.org/fre/resources/documents/statement/united-nations-children-statement-2011-10-18.htm>>, consulté le 31 janvier 2013.

IRIN, « 'DRC: Child disability, the forgotten crisis », IRIN, Goma, République démocratique du Congo, 23 octobre 2009, <www.irinnews.org/Report/86710/DRC-Child-disability-the-forgotten-crisis>, consulté le 2 octobre 2012.

Kett, Maria, et Mark van Ommeren, « Disability, Conflict and Emergencies », *The Lancet*, vol. 374, n° 9704, 28 novembre 2009, p. 1801–1803, <[http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)62024-9/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)62024-9/fulltext)>, consulté le 31 janvier 2013.

Kett, Maria, et Jean-François Trani, « Vulnerability and Disability in Darfur », *Forced Migration Review*, vol. 35, juillet 2010, p. 12–14.

Nelson, Brett D., et al., « Impact of Sexual Violence on Children in the Eastern Democratic Republic of Congo », *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 27, n° 4, octobre-décembre 2011, p. 211–225.

Pearn, John H., « The Cost of War: Child injury and death », dans *Contemporary Issues in Childhood Diarrhoea and Malnutrition*, 1^{re} édition, édité par Zulfigar Ahmed Bhutta, Oxford University Press, Karachi, Pakistan, p. 334–343.

Penrose, Angela, et Mie Takaki, « Children's Rights in Emergencies and Disasters », *The Lancet*, vol. 367, n° 9511, 25 février 2006, p. 698–699.

Plan International, « Child-Centred Disaster Risk Reduction: Building resilience through participation – Lessons from Plan International », Plan Royaume-Uni, Londres, 2010.

Handicap International et Save the Children, *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities*, Save the Children Royaume-Uni, Londres, 2011.

Tamashiro, Tami, « Impact of Conflict on Children's Health and Disability », Document de référence préparé pour *Le Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous 2011. La crise cachée : les conflits armés et l'éducation*, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Paris, juin 2010, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001917/191794f.pdf>>, consulté le 31 janvier 2013.

Trani, Jean-François, et al., « Disability, Vulnerability and Citizenship: To what extent is education a protective mechanism for children with disabilities in countries affected by conflict? », *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, n° 10, 2011, p. 1187–1203.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Violence against Disabled Children: UN Secretary-General's Report on Violence against Children – Summary report », UNICEF, New York, 28 juillet 2005, p. 4–5, <www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF_Violence_Against_Disabled_Children_Report_Distributed_Version.pdf>, consulté le 31 janvier 2013.

Assemblée générale des Nations Unies, Rapport de la Représentante spéciale du Secrétaire général pour les enfants et les conflits armés, A/62/228, Nations Unies, New York, 13 août 2007.

Women's Commission for Refugee Women and Children, *Disabilities among Refugees and Conflict-Affected Populations: Resource kit for fieldworkers*, Women's Commission for Refugee Women and Children, New York, juin 2008, <http://womensrefugeecommission.org/resources/cat_view/68-reports/81-disabilities>, consulté le 31 janvier 2013.

Organisation mondiale sur la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap*, 2011, p. 34–37.

GROS PLAN

Restes explosifs de guerre

La Convention sur l'interdiction des mines antipersonnel définit les victimes comme étant les personnes directement touchées, à savoir celles qui ont été tuées par l'explosion d'une mine ou qui y ont survécu, ainsi que les membres de la famille des personnes tuées ou blessées par une telle explosion. En vertu de la Convention sur les armes à sous-munitions, sont également considérés comme victimes les membres de la famille et de la communauté touchés par l'explosion. Dans ce document, le terme « victimes » renvoie également aux survivants, aux membres de la famille et de la communauté d'une personne atteinte ou aux personnes directement tuées ou blessées par des explosions ; alors que le terme « survivants » désigne les personnes touchées par l'explosion de restes explosifs de guerre ou de mines et ayant survécu.

Observatoire des mines et des armes à sous-munitions, *Observatoire des mines*, 2011, Mines Action Canada, octobre 2011, p. 51.

Le terme « mines » comprend les mines antipersonnel actionnées par les victimes, les mines antichar et les engins explosifs improvisés ; au moment de la publication, la vérification la plus récente du nombre total de victimes dans l'ensemble des pays datait de 2010. Consulter le site : <www.the-monitor.org>, consulté le 31 janvier 2013, pour une définition complète des victimes et des engins mentionnés dans ce document et pour des données récentes sur les victimes.

L'Observatoire des mines a identifié plus de 1 500 enfants victimes en 1999 et plus de 1 600 en 2011.

Ces chiffres ne comprennent que les victimes dont le statut civil/militaire et l'âge sont connus.

Le nombre de garçons s'élève à 1 371 sur un total de 2 735 victimes civiles causées par les restes explosifs de guerre entre 2008 et 2010.

Observatoire des mines et des armes à sous-munitions, *Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2011*, Observatoire des mines et des armes à sous-munitions, Genève, p. 2.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010, p. 1–3.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children – March 2010, p. 2, 3.

Ce pourcentage représente celui des victimes civiles dont l'âge est connu. Les enfants représentaient 30 pour cent des victimes, toutes sortes de mines confondues.

Observatoire des mines et des armes à sous-munitions, « The Issues: Landmines », Observatoire des mines et des armes à sous-munitions, Genève, <www.the-monitor.org/index.php/LM/The-Issues/Landmines>, consulté le 31 janvier 2013.

Walsh, Nicolas E., et Wendy S. Walsh, « Rehabilitation of Landmine Victims: The ultimate challenge », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 81, n° 9, 2003, p. 665-670.

International Save the Children Alliance, « Child Landmine Survivors: An inclusive approach to policy and practice », International Save the Children Alliance, Londres, 2000.

Watts, Hugh G., « The Consequences for Children of Explosive Remnants of War: Land mines, unexploded ordnance, improvised explosive devices and cluster bombs », *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*, vol. 2, 2009, p. 217-227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010, p. 1-3.

Watts, Hugh G., « The Consequences for Children of Explosive Remnants of War », p. 217-227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children – June 2009, p. 1-4.

Munoz, Wanda, Ulrike Last et Teng Kimsean, *Good Practices from the Project: Towards sustainable income generating activities for mine victim and other persons with disabilities in Cambodia*, Handicap International Cambodia, Phnom Penh, Cambodge, 2010.

Child Protection in Crisis (CPC) Network, Livelihoods and Economic Strengthening Task Force, *The Impacts of Economic Strengthening Programs on Children: a review of the evidence*, CPC Network, août 2011, p. ii, 1, 18.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010, p. 1-3.

Handicap International, *Voices from the Ground: Landmine and explosive remnants of war survivors speak out on victim assistance*, Handicap International, Bruxelles, septembre 2009, p. 210.

Chapitre 6 Évaluer le handicap de l'enfant

114 Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, UNICEF, New York, 2008, p.9.

115 Mont, Daniel, « Measuring Disability Prevalence », Document d'analyse sur la protection sociale n° 0706, Banque mondiale, Washington, D.C., mars 2007, p. 35; Maulik, Pallab K., et Gary L. Darmstadt, « Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries: Overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology », *Pediatrics*, vol. 120, supplément 1, juillet 2007, p. S21.

116 Organisation mondiale de la Santé, *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF – The international classification of functioning, disability and health*, OMS, Genève, 2002.

117 Msall, Michael E., et Dennis P. Hogan, « Counting Children with Disability in Low-Income Countries: Enhancing prevention, promoting child development, and investing in economic well-being », *Pediatrics*, vol. 120, n° 1, juillet 2007, p. 183.

118 Durkin, Maureen S., « The Epidemiology of Developmental Disabilities in Low-Income Countries », *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, vol. 8, n° 3, 2002, p. 211; Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 8.

119 Lansdown, R. G., et al., « Culturally Appropriate Measures for Monitoring Child Development at Family and Community Level: A WHO collaborative study », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 74, n° 3, 1996, p. 287

120 Voir annexe 2 de Maulik et Darmstadt, 2007.

121 Robertson, Janet, Chris Hatton et Eric Emerson, « The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review », CEDR Research Report, n° 3, Centre for Disability Research, Université de Lancaster, Lancaster, Royaume-Uni, juillet 2009, p. 22; Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 9, 58; Gladstone, M. J., et al., « Can Western Developmental Screening Tools Be Modified for Use in a Rural Malawian Setting? », *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 93, n° 1, janvier 2008, p. 23-29.

122 Mont, Daniel, « Measuring Disability Prevalence », p. 35; Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités, « Understanding and Interpreting Disability as Measured Using the WG Short Set of Questions », 20 avril 2009, p. 2.

123 Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 8.

124 Durkin, Maureen S., « Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries: Rationale and study design », *International Journal of Mental Health*, vol. 20, n° 2, 1991, p. 47-60; Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 8.

125 Durkin, Maureen S., « Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries », p. 47-60.

126 Ibid.; Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 9.

127 Organisation mondiale de la Santé et Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique, *Training Manual on Disability Statistics*, Bangkok, 2008, p.107-108.

128 Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 8-9; Nair, M. K., et al., « Developmental Screening Chart », *Indian Pediatrics*, vol. 28, n° 8, 1991, p. 869-872.

129 Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 9; Durkin, Maureen S., « Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries », p. 47-60.

130 Robertson, Janet, Chris Hatton et Eric Emerson, « The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review », p. 20.

GROS PLAN Enseignements

Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, p. 9; Thorburn Marigold, et al., « Identification of Childhood Disability in Jamaica: The ten question screen », *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 15, n° 2, juin 1992, p. 115-127.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, p. 9.

Durkin, Maureen S., « Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries », p. 47-60; Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 9-10.

Zaman, Sultana S., et al., « Validity of the 'Ten Questions' », for Screening Serious Childhood Disability: Results from urban Bangladesh », *International Journal of Epidemiology*, vol. 19, n° 3, 1990, p. 613.

De précédentes publications de l'UNICEF ont indiqué que le nombre de pays participants s'élevait à 20. Ce chiffre était exact au moment de la publication, mais le chiffre final dans les pays ayant mené le dépistage en dix questions dans le cadre du MICS3 s'élevait à 25.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 23.

GROS PLAN De la détection à l'évaluation

Maulik, Pallab K., et Gary L. Darmstadt, « Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries », juillet 2007, p. S6; Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Université du Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, p. 58.

Tableaux statistiques

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

Aperçu général.....	94
Note générale sur les données.....	94
Estimations relatives à la mortalité de l'enfant.....	94
Révisions des tableaux statistiques	95
Explication des signes.....	98
Classement régional.....	98
Classement selon le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	99

TABLEAUX

1 Indicateurs de base.....	100
2 Nutrition.....	104
3 Santé	108
4 VIH/SIDA	112
5 Éducation	116
6 Indicateurs démographiques	120
7 Indicateurs économiques	124
8 Femmes	128
9 Protection de l'enfant	132
10 Le taux du progrès.....	136
11 Adolescents	140
12 Équité : milieu rural et milieu urbain.....	144
13 Équité : richesse des ménages.....	148
14 Développement de la petite enfance.....	152

APERÇU GÉNÉRAL

Ce guide de référence présente les statistiques les plus récentes sur la survie, le développement et la protection de l'enfant dans l'ensemble des pays, zones et régions du monde. Il comprend pour la première fois un tableau sur le développement de la petite enfance.

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

On s'est efforcé de faire en sorte que les statistiques puissent dans la mesure du possible être comparées d'un pays à l'autre et d'une année à l'autre. Il se peut cependant que des données nationales aient été obtenues selon des méthodes de collecte ou d'estimation différentes ou portent sur des populations différentes. Par ailleurs, les méthodes de calcul de certaines données ou séries chronologiques (dans le cas par exemple des taux de vaccination ou des taux de mortalité maternelle) et les classifications régionales retenues évoluent. Pour certains indicateurs, il n'existe en outre pas de données comparables d'une année à l'autre. Il n'est donc pas conseillé de comparer des données provenant d'éditions consécutives de *La Situation des enfants dans le monde*.

Toutes les statistiques présentées dans ce guide de référence sont disponibles en ligne, à <www.unicef.org/sowc2013> et dans les bases de données mondiales de l'UNICEF à <www.childinfo.org>. Veuillez consulter ces sites Internet pour les dernières versions des tableaux statistiques et pour tout rectificatif ou mise à jour ultérieure à la mise sous presse.

Notes générales sur les données

Les données présentées dans les tableaux statistiques ci-après sont extraites des bases de données mondiales de l'UNICEF, qui s'accompagnent de définitions, de sources et, s'il y a lieu, de notes supplémentaires en bas de page. Le présent rapport s'appuie sur des estimations interorganisations et des enquêtes sur les ménages représentatives au niveau national, telles que les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les Enquêtes démographiques et sanitaires. Par ailleurs, des données provenant d'autres organismes compétents des Nations Unies ont été utilisées. Les données figurant dans les tableaux statistiques de cette année proviennent des informations disponibles au mois d'août 2012. Des informations plus détaillées sur la méthodologie utilisée et les sources des données sont disponibles sur le site <www.childinfo.org>.

Le présent document comprend les estimations et les projections les plus récentes extraites de *Perspectives de la population mondiale : la Révision de 2010* et de *Perspectives de l'urbanisation mondiale : la Révision de 2011* (Département des affaires économiques et sociales, Division de la population – ONU). La qualité des données peut pâtir des catastrophes dont certains pays ont été victimes récemment, notamment dans les cas où l'infrastructure de base du pays a été atteinte ou lorsque d'importants mouvements de population sont intervenus.

Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) : L'UNICEF aide les pays à réunir des données comparables au plan international et statistiquement fiables grâce aux Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS, acronyme anglais).

Depuis 1995, quelque 240 enquêtes ont été réalisées dans une centaine de pays et zones. La quatrième série de MICS, portant sur environ 60 pays, est en cours, la collecte de la plus grande partie des données s'étant achevée en 2011. Les MICS sont une des principales sources de données permettant de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs en faveur des enfants adoptés au niveau international, notamment les OMD. Pour plus d'informations sur ces données, consulter le site <www.childinfo.org>.

Estimations des taux de mortalité de l'enfant

Chaque année, l'UNICEF inclut des estimations des taux de mortalité des enfants dans sa publication, *La Situation des enfants dans le monde*, comme le taux annuel de mortalité infantile, le taux de mortalité des moins de 5 ans et le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, pour au moins deux années de référence. Ces statistiques représentent les meilleures estimations disponibles au moment de la publication du rapport et se fondent sur les travaux du Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile, qui réunit l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et la Division de la population (ONU). Chaque année, le Groupe met à jour ces estimations, en examinant avec soin toutes les nouvelles données disponibles. Cette révision se traduit quelquefois par l'ajustement de données publiées antérieurement. En conséquence, les estimations publiées dans des numéros consécutifs de *La Situation des enfants dans le monde* ne doivent pas être utilisées pour analyser l'évolution de la mortalité sur plusieurs années. Des estimations des taux de mortalité des moins de 5 ans pouvant être comparés pour la période 1970-2010 aux niveaux mondial et régional sont présentées

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

Région UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Afrique subsaharienne	236	212	197	184	178	170	154	133	112	109
Afrique de l'Est et australe	214	191	183	170	162	155	135	112	88	84
Afrique de l'Ouest et centrale	259	237	215	202	197	190	175	155	135	132
Moyen-Orient et Afrique du Nord	190	157	122	90	72	61	52	44	37	36
Asie du Sud	195	175	154	135	119	104	89	75	64	62
Asie de l'Est et Pacifique	120	92	75	62	55	49	39	29	22	20
Amérique latine et Caraïbes	117	100	81	65	53	43	34	26	22	19
ECO/CEI	88	75	68	56	48	45	35	28	22	21
Pays les moins avancés	238	223	206	186	171	156	136	118	102	98
Monde	141	123	111	96	87	82	73	63	53	51

Décès d'enfants de moins de 5 ans en millions

Région UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Afrique subsaharienne	3,1	3,2	3,4	3,5	3,8	4,0	4,0	3,8	3,4	3,4
Afrique de l'Est et australe	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,6	1,5	1,2	1,2
Afrique de l'Ouest et centrale	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1
Moyen-Orient et Afrique du Nord	1,2	1,1	1,0	0,8	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Asie du Sud	5,3	5,1	5,0	4,6	4,3	3,9	3,3	2,7	2,4	2,3
Asie de l'Est et Pacifique	5,2	3,5	2,3	2,4	2,2	1,6	1,3	0,9	0,6	0,6
Amérique latine et Caraïbes	1,2	1,1	0,9	0,8	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2
ECO/CEI	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Pays les moins avancés	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,3	3,0	2,7	2,6
Monde	16,9	14,8	13,1	12,7	12,0	10,8	9,6	8,2	7,1	6,9

à la page 95. Les indicateurs de la mortalité par pays pour la période 1970–2010, fondées sur les estimations les plus récentes du Groupe, figurent au Tableau 10 (pour les années 1970, 1990, 2000 et 2011), ainsi que sur les sites <www.childinfo.org> et <www.childmortality.org>.

Notes par tableau

TABLEAU 1. INDICATEURS DE BASE

Taux de mortalité des moins de 5 ans par sexe : le Groupe interinstitutions pour les estimations en matière de mortalité infantile a pour la première fois calculé des estimations du taux de mortalité des moins de 5 ans par sexe. Les méthodes d'estimation utilisées sont expliquées en détail dans l'annexe du dernier rapport du Groupe, publié sur le site <www.childmortality.org>.

Part du revenu des ménages : le pourcentage du revenu dont disposent les 20 pour cent des ménages les plus riches et les 40 pour cent des ménages les plus pauvres a été transféré du tableau 1 au tableau 7, où il figure désormais aux côtés d'autres indicateurs économiques.

TABLEAU 2. NUTRITION

Insuffisance pondérale, retard de croissance, émaciation et surpoids : l'UNICEF et l'OMS ont lancé un processus d'harmonisation des données anthropométriques utilisées pour le calcul et l'estimation des moyennes régionales et mondiales et l'analyse des tendances. Dans le cadre de ce

processus, les prévalences de l'insuffisance pondérale (modérée et grave), des retards de croissance, de l'émaciation et du surpoids pour les régions en développement et le monde sont dérivées d'un modèle décrit dans M. de Onis et al., 'Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition' (*International Journal of Epidemiology*, vol. 33, 12 novembre 2004, pages 1260 à 1270). En raison de différences entre les sources de données (de nouvelles données empiriques sont par exemple incorporées à mesure de leur publication) et les méthodes d'estimation, ces estimations de prévalence ne sont pas nécessairement comparables aux moyennes publiées dans des numéros antérieurs de *La Situation des enfants dans le monde*.

Supplémentation en vitamine A : ce rapport ne présente que la couverture totale de supplémentation en vitamine A, ce qui rappelle combien il est important que les enfants reçoivent deux doses annuelles de vitamine A à 4 ou 6 mois d'intervalle. Comme il n'existe pas de méthode directe pour mesurer cet indicateur, la couverture totale correspond au taux estimatif le plus faible de couverture des première et deuxième séries de vaccination dans une année donnée.

TABLEAU 3. SANTÉ

Traitement contre la diarrhée : le tableau comprend pour la première fois le traitement contre la diarrhée avec sels de réhydratation orale (SRO). Les sels de réhydratation orale sont un élément capital de la survie de l'enfant et il est donc

impératif d'en surveiller la couverture. Cela remplace l'indicateur des années précédentes, à savoir le traitement par réhydratation orale et alimentation en continu, que l'on peut toujours consulter à <www.childinfo.org>.

Eau et assainissement : les estimations relatives à l'eau potable et à l'assainissement qui figurent dans ce rapport sont le fruit des travaux du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement. Il s'agit des estimations officielles des Nations Unies établies dans le but de mesurer les progrès accomplis vers la réalisation de la cible de l'OMD relatif à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement. Pour plus de précisions sur la méthodologie utilisée par le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement, consulter les sites <www.childinfo.org> et <www.wssinfo.org>. Les estimations consécutives ne peuvent être comparées car le Programme commun de surveillance de l'eau et de l'assainissement les établit en appliquant une régression linéaire aux données provenant de toutes les enquêtes par sondage effectuées auprès des ménages et de recensements et des données supplémentaires sont publiées entre chaque série d'estimations.

Vaccination : le présent rapport présente les estimations réalisées par l'OMS et l'UNICEF de la couverture immunitaire nationale. Il s'agit des estimations officielles des Nations Unies visant à mesurer les progrès de l'indicateur de l'OMD concernant la couverture vaccinale contre la rougeole. Depuis 2000, ces estimations sont mises à jour tous les ans en juillet, au terme d'un processus consultatif dans le cadre duquel les pays soumettent des projets de rapport qui sont ensuite examinés et commentés. À mesure que de nouvelles données empiriques sont incorporées, les données révisées de chaque année remplacent celles de l'année précédente et les taux de couverture des versions précédentes ne sont pas comparables. Pour plus de précisions à ce sujet, consulter le site <www.childinfo.org/immunization_countryreports.html>.

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

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

TABLEAU 4. VIH ET SIDA

En 2012, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a publié de nouvelles estimations mondiales et régionales sur le VIH et le SIDA pour 2010 tenant compte de plusieurs changements importants concernant les lignes directrices de l'OMS relatives au traitement du VIH chez les adultes et les enfants, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'amélioration des hypothèses concernant la probabilité de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les taux nets de survie des enfants infectés. En outre, dans un certain nombre de pays,

on dispose aujourd'hui de données plus fiables provenant d'enquêtes démographiques, de systèmes nationaux élargis de surveillance sentinelle et de statistiques relatives aux services fournis dans le cadre des programmes. Ainsi, l'ONUSIDA s'est-il appuyé sur une méthodologie plus sophistiquée pour produire de nouvelles estimations rétrospectives sur la prévalence du VIH, le nombre de personnes vivant avec le VIH et de personnes ayant besoin de soins, le nombre de décès liés au SIDA, le nombre de nouveaux cas d'infection et le nombre d'enfants dont les parents sont décédés, toutes causes confondues, SIDA y compris, au cours des dernières années. Seules ces nouvelles estimations peuvent permettre d'analyser l'évolution de la situation. Les nouvelles estimations relatives au VIH et au SIDA intégrées à ce tableau seront publiées dans le *Rapport mondial sur le SIDA, 2012*, d'ONUSIDA, qui paraîtra prochainement.

Globalement, les chiffres mondiaux et régionaux publiés dans *La Situation des enfants dans le monde 2013* ne peuvent pas être comparés aux estimations publiées antérieurement. Des informations plus complètes sur les estimations relatives au VIH et au SIDA, la méthodologie employée et les mises à jour sont disponibles sur le site <www.unaids.org>.

TABLEAU 8. FEMMES

Taux de mortalité maternelle (ajusté) : le tableau présente les nouveaux taux « ajustés » de mortalité maternelle pour l'année 2010, produits par le Groupe interorganisations sur l'estimation de la mortalité maternelle, qui comprend des représentants de l'OMS, de l'UNICEF, du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et de la Banque mondiale, ainsi que des experts techniques indépendants. Le Groupe interorganisations s'est appuyé sur une double approche pour extraire les estimations de mortalité maternelle, qui consiste à ajuster les estimations existantes de la mortalité maternelle des systèmes d'état civil afin de corriger les cas de classement erroné et la sous-déclaration, et à élaborer des estimations modèles pour les pays qui ne possèdent pas d'estimations fiables de la mortalité maternelle au niveau national. On ne saurait comparer ces estimations « ajustées » aux précédentes estimations interorganisations. Un rapport complet regroupant toutes les estimations par pays et par région pour les années 1990, 1995, 2000, 2005 et 2010, ainsi que des informations détaillées sur la méthodologie, peut être consulté sur le site <www.childinfo.org/maternal_mortality.html>.

TABLEAU 9. PROTECTION DE L'ENFANT

Discipline imposée par la violence : les estimations utilisées dans les publications de l'UNICEF et les rapports de pays extraits des MICS publiés avant 2010 étaient calculées en s'appuyant sur des pondérations des ménages qui ne prenaient pas en compte la sélection de dernière étape d'enfants soumis au module sur la discipline imposée aux enfants des MICS (le choix au hasard d'un enfant âgé de 2-14 ans à des fins d'administration du module sur la discipline imposée aux enfants). En janvier 2010, il a été décidé que les estimations étaient plus précises quand on se fondait sur une pondération des ménages prenant en compte cette sélection. Les données des MICS 3 ont été recalculées selon cette approche. Toutes les publications de l'UNICEF après 2010, y compris *La Situation des enfants dans le monde 2013*, ont adopté ces estimations révisées.

Travail des enfants : les nouvelles données de la quatrième série de MICS (MICS4, 2009–2012) figurant dans le tableau ont été recalculées selon la définition de l'indicateur utilisée dans les enquêtes de la troisième série, afin de pouvoir effectuer des comparaisons d'un pays à l'autre. Selon cette définition, la collecte d'eau ou de bois est considérée comme une corvée ménagère et non comme une activité économique. Un enfant âgé de 5 à 14 ans devrait consacrer au moins 28 heures par semaine à la collecte d'eau ou de bois pour être considéré comme un enfant qui travaille.

TABLEAU 10. LE TAUX DU PROGRÈS

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) sert de principal indicateur de l'amélioration de la situation des enfants. En 1970, environ 16,9 millions d'enfants de moins de 5 ans mouraient chaque année. En 2011, en comparaison, on estime à 6,9 millions le nombre d'enfants qui sont morts avant d'atteindre leur cinquième anniversaire, ce qui représente une diminution importante et à long terme du nombre de décès d'enfants de cette tranche d'âge à l'échelle mondiale.

L'utilisation du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans comme indicateur de l'amélioration de la situation des enfants présente plusieurs avantages :

- Premièrement, ce taux mesure un résultat final du développement plutôt qu'un « intrant » comme le taux de scolarisation, le nombre de calories disponibles par habitant ou le nombre de médecins par milliers d'habitants, qui sont tous des moyens destinés à atteindre une fin.
- Deuxièmement, on sait que ce taux est le résultat d'un vaste ensemble d'interventions : par exemple, le recours aux antibiotiques pour soigner la pneumonie ou aux moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme; la situation nutritionnelle et les connaissances en matière de santé des mères; le taux de vaccination et d'utilisation du traitement par réhydratation orale; l'offre de services de santé maternelle et infantile, y compris les soins anténatals; les revenus et l'alimentation dont dispose une famille; l'approvisionnement en eau potable et les installations sanitaires de base; et le degré général de sécurité du cadre de vie de l'enfant.
- Troisièmement, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est plus représentatif de la réalité que d'autres moyennes, par exemple, le revenu national brut par habitant, car l'ordre naturel ne donne pas aux enfants des familles riches mille fois plus de chances de survivre qu'aux enfants des familles pauvres, même si les conditions créées par l'homme leur permettent de disposer

d'un revenu mille fois plus élevé. Autrement dit, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans risque beaucoup moins d'être fortement influencé par une minorité riche. Cet indicateur donne donc une image plus fidèle, même si elle est loin d'être parfaite, de la situation sanitaire de la majorité des enfants et d'une société dans son ensemble.

Le rythme de progrès du TMM5 peut être évalué en calculant son taux annuel de réduction (TAR). Contrairement à la comparaison des changements en chiffres absolus, le TAR mesure les changements relatifs qui reflètent les différences comparées à la valeur de départ.

À mesure que l'on atteint les limites inférieures du taux de mortalité des moins de 5 ans, la même réduction en chiffres absolus représente une réduction plus importante en pourcentage. Par exemple, une diminution de 10 points d'un TMM5 passant de 100 en 1990 à 90 en 2011 représente une réduction de 10 %, correspondant à un taux annuel de réduction d'environ 0,5 %, alors qu'une diminution de 10 points d'un TMM5 de 20 à 10 pendant la même période représente une réduction de 50 % ou un taux annuel de réduction de 3,3 %. (Un pourcentage de réduction négatif indique une hausse du TMM5 pendant la période considérée.)

Utilisés en conjonction avec les taux de croissance du produit intérieur brut (PIB), le TMM5 et son taux de réduction permettent donc de rendre compte des progrès accomplis par un pays ou une région, au cours d'une période donnée, en vue de répondre à certains des besoins les plus fondamentaux.

Comme l'indique le tableau 10, il n'existe aucune relation fixe entre le taux annuel de réduction du TMM5 et le taux annuel de croissance du PIB par habitant. Comparer ces deux indicateurs permet de mettre en lumière la relation entre progrès économiques et développement humain.

Enfin, le tableau présente le taux global de fécondité de chaque pays et zone et le taux annuel de réduction correspondant. Il apparaît clairement que bon nombre des pays qui ont considérablement réduit leur TMM5 ont également obtenu une réduction importante du taux de fécondité.

TABLEAUX 12–13. ÉQUITÉ

Traitement contre la diarrhée : les tableaux comprennent pour la première fois le traitement contre la diarrhée avec sels de réhydratation orale. Cela remplace l'indicateur des années précédentes, à savoir le traitement par réhydratation orale et alimentation en continu.

Explication des signes

Les signes suivants s'appliquent à tous les tableaux :

- Données non disponibles.
- x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, sauf pour les données 2005–2006 concernant l'Inde.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Si elles entrent dans la période de référence notée, ces données sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- * Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exclusion de la Chine.

Les sources et les années des points de données spécifiques figurant dans les tableaux statistiques peuvent être consultées à l'adresse <www.childinfo.org>. Les signes s'appliquant à un tableau particulier sont expliqués dans les notes de bas de page.

Classement des pays par régions

Les moyennes présentées à la fin de chacun des 14 tableaux statistiques sont calculées à partir de données fournies par les pays et zones classés comme suit :

Afrique subsaharienne

Afrique de l'Est et australe; Afrique de l'Ouest et centrale; Djibouti; Soudan¹

Afrique de l'Est et australe

Afrique du Sud; Angola; Botswana; Burundi; Comores; Érythrée; Éthiopie; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Maurice; Mozambique; Namibie; Ouganda; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Seychelles; Somalie; Soudan du Sud¹; Swaziland; Zambie; Zimbabwe

Afrique de l'Ouest et centrale

Bénin; Burkina Faso; Cameroun; Cap-Vert; Congo; Côte d'Ivoire; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Libéria; Mali; Mauritanie; Niger; Nigéria; République centrafricaine; République démocratique du Congo; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Sierra Leone; Tchad; Togo

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie; Arabie saoudite; Bahreïn; Djibouti; Émirats arabes unis; Égypte; État de Palestine; Iran (République islamique d'); Iraq; Jordanie; Koweït; Liban; Libye; Maroc; Oman; Qatar; République arabe syrienne; Soudan¹; Tunisie; Yémen

Asie du Sud

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

Asie de l'Est et Pacifique

Brunéi Darussalam; Cambodge; Chine; Fidji; Îles Cook;

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

Amérique latine et Caraïbes

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

ECO/CEI

Albanie; Arménie; Azerbaïdjan; Bélarus; Bosnie-Herzégovine; Bulgarie; Croatie; ex-République yougoslave de Macédoine; Fédération de Russie; Géorgie; Kazakhstan; Kirghizistan; Monténégro; Ouzbékistan; République de Moldova; Roumanie; Serbie; Tadjikistan; Turkménistan; Turquie; Ukraine

Pays/zones les moins avancés

(Selon le classement du Haut-Représentant des Nations Unies pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement) Afghanistan; Angola; Bangladesh; Bénin; Bhoutan; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Comores; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Gambie; Guinée; Guinée équatoriale; Guinée-Bissau; Haïti; Îles Salomon; Kiribati; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Maldives; Mali; Mauritanie; Mozambique; Myanmar; Népal; Niger; Ouganda; République centrafricaine;

Classement selon le taux de mortalité des moins de 5 ans

Les pays sont énumérés par ordre décroissant de leur taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) estimé pour 2011. Ce taux est l'un des indicateurs les plus importants du bien-être des enfants. Dans les tableaux des pages suivantes, les pays sont classés par ordre alphabétique.

Pays et zones	Taux de mortalité des moins de 5 ans (2011)		Pays et zones	Taux de mortalité des moins de 5 ans (2011)		Pays et zones	Taux de mortalité des moins de 5 ans (2011)	
	Valeur	Rang		Valeur	Rang		Valeur	Rang
Sierra Leone	185	1	Iraq	38	67	Koweït	11	133
Somalie	180	2	Guyana	36	68	Maldives	11	133
Mali	176	3	République populaire démocratique de Corée	33	69	Bahreïn	10	135
Tchad	169	4	Maroc	33	69	Costa Rica	10	135
République démocratique du Congo	168	5	Indonésie	32	71	ex-République yougoslave de Macédoine	10	135
République centrafricaine	164	6	Kirghizistan	31	72	Îles Cook	10	135
Guinée-Bissau	161	7	Mongolie	31	72	Ukraine	10	135
Angola	158	8	Algérie	30	74	Uruguay	10	135
Burkina Faso	146	9	Guatemala	30	74	Arabie saoudite	9	141
Burundi	139	10	Suriname	30	74	Chili	9	141
Cameroun	127	11	Tuvalu	30	74	Liban	9	141
Guinée	126	12	Kazakhstan	28	78	Oman	9	141
Niger	125	13	Trinité-et-Tobago	28	78	Antigua-et-Barbuda	8	145
Nigéria	124	14	Botswana	26	80	Bosnie-Herzégovine	8	145
Soudan du Sud ¹	121	15	Îles Marshall	26	80	États-Unis	8	145
Guinée équatoriale	118	16	Nicaragua	26	80	Lettonie	8	145
Côte d'Ivoire	115	17	République dominicaine	25	83	Qatar	8	145
Mauritanie	112	18	Iran (République islamique d')	25	83	Slovaquie	8	145
Togo	110	19	Philippines	25	83	Brunéï Darussalam	7	151
Bénin	106	20	Équateur	23	86	Émirats arabes unis	7	151
Swaziland	104	21	État de Palestine	22	87	Malaisie	7	151
Mozambique	103	22	Paraguay	22	87	Monténégro	7	151
Afghanistan	101	23	Îles Salomon	22	87	Saint-Kitts-et-Nevis	7	151
Gambie	101	23	Viet Nam	22	87	Serbie	7	151
Congo	99	25	Çap-Vert	21	91	Bélarus	6	157
Djibouti	90	26	Égypte	21	91	Canada	6	157
Ouganda	90	26	Géorgie	21	91	Cuba	6	157
Sao Tomé-et-Principe	89	28	Honduras	21	91	Hongrie	6	157
Lesotho	86	29	Jordanie	21	91	Lituanie	6	157
Soudan ¹	86	29	Nioué	21	91	Malte	6	157
Malawi	83	31	Saint-Vincent-et-les Grenadines	21	91	Nouvelle-Zélande	6	157
Zambie	83	31	Barbade	20	98	Pologne	6	157
Comores	79	33	Panama	20	98	Australie	5	165
Ghana	78	34	Palaos	19	100	Croatie	5	165
Libéria	78	34	Samoa	19	100	République de Corée	5	165
Éthiopie	77	36	Arménie	18	102	Royaume-Uni	5	165
Yémen	77	36	Colombie	18	102	Allemagne	4	169
Kenya	73	38	Jamaïque	18	102	Autriche	4	169
Pakistan	72	39	Pérou	18	102	Belgique	4	169
Haïti	70	40	Belize	17	106	Danemark	4	169
Érythrée	68	41	Bahamas	16	107	Espagne	4	169
République-Unie de Tanzanie	68	41	Brésil	16	107	Estonie	4	169
Zimbabwe	67	43	Fidji	16	107	France	4	169
Gabon	66	44	Libye	16	107	Grèce	4	169
Sénégal	65	45	Mexique	16	107	Irlande	4	169
Tadjikistan	63	46	République de Moldova	16	107	Israël	4	169
Madagascar	62	47	Sainte-Lucie	16	107	Italie	4	169
Myanmar	62	47	Tunisie	16	107	Monaco	4	169
Inde	61	49	Chine	15	115	Pays-Bas	4	169
Papouasie-Nouvelle-Guinée	58	50	El Salvador	15	115	République tchèque	4	169
Bhoutan	54	51	Maurice	15	115	Suisse	4	169
Rwanda	54	51	République arabe syrienne	15	115	Andorre	3	184
Timor-Leste	54	51	Tonga	15	115	Chypre	3	184
Turkménistan	53	54	Turquie	15	115	Finlande	3	184
Bolivie (État plurinational de)	51	55	Venezuela (République bolivarienne du)	15	115	Islande	3	184
Ouzbékistan	49	56	Albanie	14	122	Japon	3	184
Népal	48	57	Argentine	14	122	Luxembourg	3	184
Kiribati	47	58	Seychelles	14	122	Norvège	3	184
Afrique du Sud	47	58	Grenade	13	125	Portugal	3	184
Bangladesh	46	60	Roumanie	13	125	Singapour	3	184
Azerbaïdjan	45	61	Vanuatu	13	125	Slovénie	3	184
Cambodge	43	62	Bulgarie	12	128	Suède	3	184
Micronésie (États fédérés de)	42	63	Dominique	12	128	Saint-Marin	2	195
Namibie	42	63	Fédération de Russie	12	128	Saint-Siège	–	–
République démocratique populaire lao	42	63	Sri Lanka	12	128	Liechtenstein	–	–
Nauru	40	66	Thaïlande	12	128			

¹ En raison de la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan, en juillet 2011, et de l'admission subséquente du Soudan du Sud à l'Organisation des Nations Unies le 14 juillet 2011, les données ventilées par pays pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas encore disponibles pour la majorité des indicateurs. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession (voir Mémorandum). Le Soudan du Sud est considéré comme un pays moins avancé aux fins du présent rapport.

TABLEAU 1 : INDICATEURS DE BASE

Pays et zones	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		TMM5 par sexe 2011		Taux de mortalité infantile (moins de 1 an)		Taux de mortalité néonatale 2011	Population totale (milliers) 2011	Nombre annuel de naissances (milliers) 2011	Nombre annuel de décès de moins de 5 ans (milliers) 2011	RNB par habitant (dollars É.-U.) 2011	Espérance de vie à la naissance (années) 2011	Taux total d'alphabétisation des adultes (%) 2007-2011*	Taux net de scolarisation à l'école primaire (%) 2008-2011*
		1990	2011	garçons	filles	1990	2011								
Afghanistan	23	192	101	103	99	129	73	36	32 358	1 408	128	410 x	49	–	–
Afrique du Sud	58	62	47	50	44	48	35	19	50 460	1 052	47	6 960	53	89	90
Albanie	122	41	14	15	14	36	13	7	3 216	41	1	3 980	77	96	80
Algérie	74	66	30	32	28	54	26	17	35 980	712	21	4 470	73	73	97
Allemagne	169	9	4	4	4	7	3	2	82 163	699	3	43 980	80	–	100
Andorre	184	8	3	4	3	7	3	1	86	–	0	41 750 x	–	–	79
Angola	8	243	158	165	150	144	96	43	19 618	803	120	4 060	51	70	86
Antigua-et-Barbuda	145	27	8	9	7	23	6	4	90	–	0	12 060	–	99	88
Arabie saoudite	141	43	9	10	8	34	8	5	28 083	605	6	17 820	74	87	90
Argentine	122	28	14	16	13	24	13	8	40 765	693	10	9 740	76	98	–
Arménie	102	47	18	19	15	40	16	11	3 100	47	1	3 360	74	100	–
Australie	165	9	5	5	4	8	4	3	22 606	307	1	46 200 x	82	–	97
Autriche	169	9	4	5	4	8	4	3	8 413	74	0	48 300	81	–	–
Azerbaïdjan	61	95	45	47	43	75	39	19	9 306	184	8	5 290	71	100	85
Bahamas	107	22	16	17	15	18	14	7	347	5	0	21 970 x	76	–	98
Bahreïn	135	21	10	10	10	18	9	4	1 324	23	0	15 920 x	75	92	–
Bangladesh	60	139	46	48	44	97	37	26	150 494	3 016	134	770	69	57	–
Barbade	98	18	20	22	18	16	18	10	274	3	0	12 660 x	77	–	95
Bélarus	157	17	6	6	5	14	4	3	9 559	107	1	5 830	70	100	92
Belgique	169	10	4	5	4	9	4	2	10 754	123	1	46 160	80	–	99
Belize	106	44	17	19	15	35	15	8	318	8	0	3 690	76	–	97
Bénin	20	177	106	109	103	107	68	31	9 100	356	36	780	56	42	94
Bhoutan	51	138	54	57	50	96	42	25	738	15	1	2 070	67	53 x	90
Bolivie (État plurinational de)	55	120	51	54	48	83	39	22	10 088	264	13	2 040	67	91	–
Bosnie-Herzégovine	145	19	8	9	7	17	7	5	3 752	32	0	4 780	76	98	87
Botswana	80	53	26	28	24	41	20	11	2 031	47	1	7 480	53	84	87
Brésil	107	58	16	17	14	49	14	10	196 655	2 996	44	10 720	73	90	–
Brunéï Darussalam	151	12	7	8	7	9	6	4	406	8	0	31 800 x	78	95	–
Bulgarie	128	22	12	13	11	19	11	7	7 446	75	1	6 550	73	98	100
Burkina Faso	9	208	146	151	142	105	82	34	16 968	730	101	570	55	29	58
Burundi	10	183	139	145	133	110	86	43	8 575	288	39	250	50	67	–
Cambodge	62	117	43	47	37	85	36	19	14 305	317	13	830	63	74	96
Cameroun	11	145	127	135	120	90	79	33	20 030	716	88	1 210	52	71	94
Canada	157	8	6	6	5	7	5	4	34 350	388	2	45 560	81	–	–
Cap-Vert	91	58	21	23	20	45	18	10	501	10	0	3 540	74	84	93
Chili	141	19	9	10	8	16	8	5	17 270	245	2	12 280	79	99	94
Chine	115	49	15	15	14	39	13	9	1 347 565	16 364	249	4 930	73	94	100 z
Chypre	184	11	3	3	3	10	3	1	1 117	13	0	29 450 x	80	98	99
Colombie	102	34	18	20	16	28	15	11	46 927	910	16	6 110	74	93	92
Comores	33	122	79	85	74	86	59	32	754	28	2	770	61	75	–
Congo	25	119	99	103	94	75	64	32	4 140	145	14	2 270	57	–	91
Costa Rica	135	17	10	11	9	15	9	6	4 727	73	1	7 660	79	96	–
Côte d'Ivoire	17	151	115	125	105	104	81	41	20 153	679	75	1 100	55	56	61
Croatie	165	13	5	6	5	11	4	3	4 396	43	0	13 850	77	99	96
Cuba	157	13	6	6	5	11	5	3	11 254	110	1	5 460 x	79	100	100
Danemark	169	9	4	4	3	7	3	2	5 573	64	0	60 390	79	–	96
Djibouti	26	122	90	95	84	94	72	33	906	26	2	1 270 x	58	–	45
Dominique	128	17	12	13	11	14	11	8	68	–	0	7 090	–	–	98
Égypte	91	86	21	22	20	63	18	7	82 537	1 886	40	2 600	73	72	96
El Salvador	115	60	15	17	14	47	13	6	6 227	126	2	3 480	72	84	95
Émirats arabes unis	151	22	7	7	6	19	6	4	7 891	94	1	40 760	77	90 x	–
Équateur	86	52	23	25	21	41	20	10	14 666	298	7	4 140	76	92	98
Érythrée	41	138	68	74	61	86	46	22	5 415	193	13	430	62	68	35
Espagne	169	11	4	5	4	9	4	3	46 455	499	2	30 990	81	98	100
Estonie	169	20	4	4	3	16	3	2	1 341	16	0	15 200	75	100	96
État de Palestine	87	43	22	23	21	36	20	13	4 152	137	3	a	73	95	89
États-Unis	145	11	8	8	7	9	6	4	313 085	4 322	32	48 450	79	–	96
Éthiopie	36	198	77	82	72	118	52	31	84 734	2 613	194	400	59	39	82
ex-République yougoslave de Macédoine	135	38	10	11	9	34	9	6	2 064	22	0	4 730	75	97	98
Fédération de Russie	128	27	12	13	10	23	10	7	142 836	1 689	20	10 400	69	100	96
Fidji	107	30	16	18	15	25	14	8	868	18	0	3 680	69	–	99
Finlande	184	7	3	3	3	6	2	2	5 385	61	0	48 420	80	–	98
France	169	9	4	5	4	7	3	2	63 126	792	3	42 420	82	–	99

Pays et zones	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		TMM5 par sexe 2011		Taux de mortalité infantile (moins de 1 an)		Taux de mortalité néonatale 2011	Population totale (milliers) 2011	Nombre annuel de naissances (milliers) 2011	Nombre annuel de décès de moins de 5 ans (milliers) 2011	RNB par habitant (dollars É.-U.) 2011	Espérance de vie à la naissance (années) 2011	Taux total d'alphabétisation des adultes (%) 2007-2011*	Taux net de scolarisation à l'école primaire (%) 2008-2011*
		1990	2011	garçons	filles	1990	2011								
Gabon	44	94	66	72	59	69	49	25	1 534	42	3	7 980	63	88	–
Gambie	23	165	101	107	94	78	58	34	1 776	67	6	610	58	50	69
Géorgie	91	47	21	23	18	40	18	15	4 329	51	1	2 860	74	100	100
Ghana	34	121	78	83	72	76	52	30	24 966	776	60	1 410	64	67	84
Grèce	169	13	4	5	4	12	4	3	11 390	117	1	25 030	80	97	–
Grenade	125	21	13	13	12	17	10	7	105	2	0	7 220	76	–	97
Guatemala	74	78	30	33	28	56	24	15	14 757	473	14	2 870	71	75	99
Guinée	12	228	126	128	123	135	79	39	10 222	394	48	440	54	41	77
Guinée-Bissau	7	210	161	174	147	125	98	44	1 547	59	9	600	48	54	75
Guinée équatoriale	16	190	118	124	112	118	80	37	720	26	3	14 540	51	94	56
Guyana	68	63	36	40	32	48	29	20	756	13	0	2 900 x	70	–	84
Haiti	40	143	70	74	66	99	53	25	10 124	266	19	700	62	49 x	–
Honduras	91	55	21	23	20	43	18	11	7 755	205	4	1 970	73	85	96
Hongrie	157	19	6	7	6	17	5	4	9 966	100	1	12 730	74	99	98
Îles Cook	135	19	10	11	8	16	8	5	20	–	0	–	–	–	98
Îles Marshall	80	52	26	29	23	41	22	12	55	–	0	3 910	–	–	99
Îles Salomon	87	42	22	21	22	34	18	11	552	17	0	1 110	68	–	–
Inde	49	114	61	59	64	81	47	32	1 241 492	27 098	1 655	1 410	65	63	98
Indonésie	71	82	32	34	29	54	25	15	242 326	4 331	134	2 940	69	93	99
Iran (République islamique d')	83	61	25	25	25	47	21	14	74 799	1 255	33	4 520 x	73	85	–
Iraq	67	46	38	41	35	37	31	20	32 665	1 144	42	2 640	69	78	–
Irlande	169	9	4	4	4	8	3	2	4 526	72	0	38 580	81	–	100
Islande	184	6	3	3	2	5	2	1	324	5	0	35 020	82	–	99
Israël	169	12	4	5	4	10	4	2	7 562	156	1	28 930	82	–	97
Italie	169	10	4	4	3	8	3	2	60 789	557	2	35 330	82	99	99
Jamaïque	102	35	18	21	16	28	16	11	2 751	50	1	4 980	73	87	82
Japon	184	6	3	4	3	5	2	1	126 497	1 073	4	45 180	83	–	100
Jordanie	91	37	21	22	19	31	18	12	6 330	154	3	4 380	73	93	91
Kazakhstan	78	57	28	32	24	48	25	14	16 207	345	11	8 220	67	100	100
Kenya	38	98	73	78	67	64	48	27	41 610	1 560	107	820	57	87	84
Kirghizistan	72	70	31	34	28	58	27	16	5 393	131	4	920	68	99	95
Kiribati	58	88	47	50	45	64	38	19	101	–	0	2 110	–	–	–
Koweït	133	17	11	12	10	14	9	5	2 818	50	1	48 900 x	75	94	98
Lesotho	29	88	86	93	79	71	63	39	2 194	60	5	1 220	48	90	74
Lettonie	145	21	8	9	8	17	7	5	2 243	24	0	12 350	73	100	96
Liban	141	33	9	10	9	27	8	5	4 259	65	1	9 110	73	90	93
Libéria	34	241	78	83	74	161	58	27	4 129	157	12	240	57	61	–
Libye	107	44	16	17	16	33	13	10	6 423	144	2	12 320 x	75	89	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	36	–	–	137 070 x	–	–	99
Lituanie	157	17	6	6	5	14	5	3	3 307	35	0	12 280	72	100	96
Luxembourg	184	8	3	3	3	7	2	2	516	6	0	78 130	80	–	97
Madagascar	47	161	62	65	58	98	43	23	21 315	747	45	430	67	64	–
Malaisie	151	17	7	7	6	15	6	3	28 859	579	4	8 420	74	93	–
Malawi	31	227	83	87	79	134	53	27	15 381	686	52	340	54	75	97
Maldives	133	105	11	12	10	76	9	7	320	5	0	6 530	77	98 x	97
Mali	3	257	176	182	169	132	98	49	15 840	728	121	610	51	31	66
Malte	157	11	6	7	5	10	5	4	418	4	0	18 620 x	80	92 x	94
Maroc	69	81	33	35	30	64	28	19	32 273	620	21	2 970	72	56	94
Maurice	115	24	15	16	14	21	13	9	1 307	16	0	8 240	73	89	93
Mauritanie	18	125	112	120	104	81	76	40	3 542	118	13	1 000	59	58	74
Mexique	107	49	16	17	14	38	13	7	114 793	2 195	34	9 240	77	93	100
Micronésie (États fédérés de)	63	56	42	47	36	44	34	17	112	3	0	2 900	69	–	–
Monaco	169	8	4	4	3	6	3	2	35	–	0	183 150 x	–	–	–
Mongolie	72	107	31	35	26	76	26	12	2 800	65	2	2 320	68	97	99
Monténégro	151	18	7	8	7	16	7	5	632	8	0	7 060	75	98	83
Mozambique	22	226	103	107	99	151	72	34	23 930	889	86	470	50	56	92
Myanmar	47	107	62	69	56	77	48	30	48 337	824	53	d	65	92	–
Namibie	63	73	42	45	38	49	30	18	2 324	60	2	4 700	62	89	86
Nauru	66	40	40	56	24	32	32	22	10	–	0	–	–	–	–
Népal	57	135	48	49	47	94	39	27	30 486	722	34	540	69	60	–
Nicaragua	80	66	26	29	22	50	22	13	5 870	138	4	1 170	74	78 x	94
Niger	13	314	125	127	122	133	66	32	16 069	777	89	360	55	29 x	58
Nigéria	14	214	124	129	119	127	78	39	162 471	6 458	756	1 200	52	61	58

Pays et zones	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		TMM5 par sexe 2011		Taux de mortalité infantile (moins de 1 an)		Taux de mortalité néonatale 2011	Population totale (milliers) 2011	Nombre annuel de naissances (milliers) 2011	Nombre annuel de décès de moins de 5 ans (milliers) 2011	RNB par habitant (dollars É.-U.) 2011	Espérance de vie à la naissance (années) 2011	Taux total d'alphabétisation des adultes (%) 2007-2011*	Taux net de scolarisation à l'école primaire (%) 2008-2011*
		1990	2011	garçons	filles	1990	2011								
Nioué	91	14	21	21	21	12	18	10	1	–	0	–	–	–	–
Norvège	184	8	3	3	3	7	3	2	4 925	61	0	88 890	81	–	99
Nouvelle-Zélande	157	11	6	7	5	9	5	3	4 415	64	0	29 350 x	81	–	99
Oman	141	48	9	9	8	36	7	5	2 846	50	0	19 260 x	73	87	98
Ouganda	26	178	90	97	83	106	58	28	34 509	1 545	131	510	54	73	91
Ouzbékistan	56	75	49	55	42	62	42	15	27 760	589	30	1 510	68	99	92
Pakistan	39	122	72	76	68	95	59	36	176 745	4 764	352	1 120	65	55	74
Palaos	100	32	19	23	14	27	14	9	21	–	0	7 250	–	–	–
Panama	98	33	20	21	18	26	17	9	3 571	70	1	7 910	76	94	99
Papouasie-Nouvelle-Guinée	50	88	58	60	55	64	45	23	7 014	208	12	1 480	63	61	–
Paraguay	87	53	22	25	20	41	19	13	6 568	158	3	2 970	72	94	86
Pays-Bas	169	8	4	4	4	7	3	3	16 665	181	1	49 730	81	–	100
Pérou	102	75	18	20	17	54	14	9	29 400	591	11	5 500	74	90	98
Philippines	83	57	25	29	22	40	20	12	94 852	2 358	57	2 210	69	95	89
Pologne	157	17	6	6	5	15	5	4	38 299	410	2	12 480	76	100	96
Portugal	184	15	3	4	3	11	3	2	10 690	97	0	21 250	79	95	99
Qatar	145	20	8	8	7	17	6	4	1 870	21	0	80 440	78	96	96
République arabe syrienne	115	36	15	16	14	30	13	9	20 766	466	7	2 750 x	76	83	99
République centrafricaine	6	169	164	170	157	112	108	46	4 487	156	25	470	48	56	71
République de Corée	165	8	5	5	4	6	4	2	48 391	479	3	20 870	81	–	99
République de Moldova	107	35	16	17	15	29	14	8	3 545	44	1	1 980	69	99	90
République démocratique du Congo	5	181	168	178	158	117	111	47	67 758	2 912	465	190	48	67	–
République démocratique populaire lao	63	148	42	44	39	102	34	18	6 288	140	6	1 130	67	73 x	97
République dominicaine	83	58	25	27	23	45	21	14	10 056	216	5	5 240	73	90	93
République populaire démocratique de Corée	69	45	33	35	32	23	26	18	24 451	348	12	d	69	100	–
République tchèque	169	14	4	4	4	13	3	2	10 534	116	0	18 520	78	–	–
République-Unie de Tanzanie	41	158	68	70	65	97	45	25	46 218	1 913	122	540	58	73	98
Roumanie	125	37	13	14	11	31	11	8	21 436	221	3	7 910	74	98	88
Royaume-Uni	165	9	5	6	5	8	4	3	62 417	761	4	37 780	80	–	100
Rwanda	51	156	54	57	51	95	38	21	10 943	449	23	570	55	71	99
Saint-Kitts-et-Nevis	151	28	7	8	6	22	6	5	53	–	0	12 480	–	–	86
Saint-Marin	195	12	2	2	2	11	2	1	32	–	0	50 400 x	–	–	92
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	91	27	21	23	19	21	20	13	109	2	0	6 100	72	–	98
Sainte-Lucie	107	23	16	17	14	18	14	9	176	3	0	6 680	75	–	90
Samoa	100	30	19	21	16	25	16	8	184	4	0	3 190	72	99	95
Sao Tomé-et-Principe	28	96	89	92	86	62	58	29	169	5	0	1 360	65	89	99
Sénégal	45	136	65	69	60	69	47	26	12 768	471	30	1 070	59	50	78
Serbie	151	29	7	8	6	25	6	4	9 854	110	1	5 680	75	98	95
Seychelles	122	17	14	15	13	14	12	9	87	–	0	11 130	–	92	–
Sierra Leone	1	267	185	194	176	158	119	49	5 997	227	42	340	48	42	–
Singapour	184	8	3	3	2	6	2	1	5 188	47	0	42 930	81	96	–
Slovaquie	145	18	8	9	7	16	7	4	5 472	58	0	16 070	75	–	–
Slovénie	184	10	3	3	3	9	2	2	2 035	20	0	23 610	79	100	97
Somalie	2	180	180	190	170	108	108	50	9 557	416	71	d	51	–	–
Soudan ^a	29	123	86	91	81	77	57	31	34 318	–	95	–	–	–	–
Soudan du Sud ^b	15	217	121	122	119	129	76	38	10 314	–	43	a	–	–	–
Sri Lanka	128	29	12	13	11	24	11	8	21 045	373	5	2 580	75	91	94
Suède	184	7	3	3	3	6	2	2	9 441	113	0	53 230	81	–	99
Suisse	169	8	4	5	4	7	4	3	7 702	77	0	76 380	82	–	99
Suriname	74	52	30	33	26	44	26	16	529	10	0	7 640 x	71	95	91
Swaziland	21	83	104	113	94	61	69	35	1 203	35	4	3 300	49	87	86
Tadjikistan	46	114	63	70	56	89	53	25	6 977	194	12	870	68	100	98
Tchad	4	208	169	177	160	113	97	42	11 525	511	79	690	50	34	–
Thaïlande	128	35	12	13	11	29	11	8	69 519	824	10	4 420	74	94 x	90
Timor-Leste	51	180	54	57	51	135	46	24	1 154	44	2	2 730 x	62	58	86
Togo	19	147	110	118	102	85	73	36	6 155	195	21	560	57	57	94
Tonga	115	25	15	18	13	21	13	8	105	3	0	3 580	72	99 x	–

Pays et zones	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans		TMM5 par sexe 2011		Taux de mortalité infantile (moins de 1 an)		Taux de mortalité néonatale 2011	Population totale (milliers) 2011	Nombre annuel de naissances (milliers) 2011	Nombre annuel de décès de moins de 5 ans (milliers) 2011	RNB par habitant (dollars É.-U.) 2011	Espérance de vie à la naissance (années) 2011	Taux total d'alphabétisation des adultes (%) 2007-2011*	Taux net de scolarisation à l'école primaire (%) 2008-2011*
		1990	2011	garçons	filles	1990	2011								
Trinité-et-Tobago	78	37	28	31	24	32	25	18	1 346	20	1	15 040	70	99	97
Tunisie	107	51	16	18	15	40	14	10	10 594	179	3	4 070	75	78	99
Turkménistan	54	94	53	57	48	75	45	22	5 105	109	5	4 110	65	100	–
Turquie	115	72	15	16	14	60	12	9	73 640	1 289	20	10 410	74	91	97
Tuvalu	74	58	30	33	27	45	25	14	10	–	0	5 010	–	–	–
Ukraine	135	19	10	11	9	17	9	5	45 190	494	5	3 120	68	100	91
Uruguay	135	23	10	11	9	20	9	5	3 380	49	1	11 860	77	98	99
Vanuatu	125	39	13	14	12	31	11	7	246	7	0	2 870	71	83	–
Venezuela (République bolivarienne du)	115	31	15	17	13	26	13	8	29 437	598	9	11 920	74	96	95
Viet Nam	87	50	22	25	19	36	17	12	88 792	1 458	32	1 260	75	93	98
Yémen	36	126	77	80	73	89	57	32	24 800	940	70	1 070	65	64	78
Zambie	31	193	83	86	80	114	53	27	13 475	622	46	1 160	49	71	93
Zimbabwe	43	79	67	73	61	53	43	30	12 754	377	24	640	51	–	–

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1 447	–	1 300 x	61	–	–
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	---	---------	----	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES*

Afrique subsaharienne	178	109	114	103	107	69	34	876 497	32 584	3 370	1 269	55	63	76
Afrique de l'Est et australe	162	84	89	79	100	55	29	418 709	14 399	1 177	1 621	56	68	86
Afrique de l'Ouest et centrale	197	132	138	126	116	83	39	422 564	16 712	2 096	937	53	57	67
Moyen-Orient et Afrique du Nord	72	36	38	34	54	28	16	415 633	10 017	351	6 234	71	77	90
Asie du Sud	119	62	61	63	85	48	32	1 653 679	37 402	2 309	1 319	66	62	92
Asie de l'Est et Pacifique	55	20	21	19	41	17	11	2 032 532	28 448	590	4 853	73	94	96
Amérique latine et Caraïbes	53	19	21	17	42	16	10	591 212	10 790	203	8 595	74	91	95
ECO/CEI	48	21	23	19	40	18	10	405 743	5 823	125	7 678	70	98	95
Pays les moins avancés	171	98	102	93	107	65	33	851 103	28 334	2 649	695	59	60	80
Monde	87	51	53	50	61	37	22	6 934 761	135 056	6 914	9 513	69	84	91

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

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

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

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

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

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

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

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

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

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

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

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

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

Décès des moins de 5 ans – UNICEF.

RNB par habitant – Banque mondiale.

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

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

NOTES

- a pays à revenu faible (RNB par habitant inférieur ou égal à 1 025 dollars É.-U.)
- b pays à revenu intermédiaire faible (RNB par habitant compris entre 1 026 et 4 035 dollars É.-U.)
- c pays à revenu intermédiaire élevé (RNB par habitant compris entre 4 036 et 12 475 dollars É.-U.)
- d pays à revenu élevé (RNB par habitant égal ou supérieur à 12 476 dollars É.-U.)
- Données non disponibles
- x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales.
- z Données fournies par le Ministère chinois de l'éducation. L'ISU ne publie pas actuellement de données sur les taux nets de scolarisation de la Chine.
- * Se rapporte à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

TABLEAU 2 : NUTRITION

Pays et zones	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2007-2011*	Initiation précoce de l'allaitement (%)	Allaitement exclusif au sein <6 mois (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous 6-8 mois %	Nourris au sein à l'âge de 2 ans (%)	Insuffisance pondérale (%) ⁰ 2007-2011*		Émaciation (%) ⁰ 2007-2011*	Retard de croissance (%) ⁰ 2007-2011*		Surpoids (%) ⁰ 2007-2011*	Couverture totale par la supplémentation en vitamine A % ^Δ 2011	Consommation de sel iodé (%) 2007-2011*
						modéré et grave	grave		modéré et grave	modéré et grave			
Afghanistan	–	–	–	29 x	54 x	33 x	12 x	59 x	9 x	5 x	100	28 x	
Afrique du Sud	–	61 x	8 x	49 x	31 x	9	–	24	5	–	44	–	
Albanie	7 x	43	39	78	31	5	2	19	9	23	–	76 y	
Algérie	6 x	50 x	7 x	39 x, y	22 x	3 x	1 x	15 x	4 x	13 x	–	61 x	
Allemagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4 x	–	–	
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Angola	12 x	55	11 x	77 x	37 x	16 y	7 y	29 y	8 y	–	55	45	
Antigua-et-Barbuda	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6 x	–	–	
Argentine	7	–	–	–	28	2 x	0 x	8 x	1 x	10 x	–	–	
Arménie	7	36	35	48 y	23	5	1	19	4	17	–	97 x	
Australie	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Autriche	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Azerbaïdjan	10 x	32 x	12 x	83 x	16 x	8 x	2 x	25 x	7 x	14 x	–	54 x	
Bahamas	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bahreïn	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bangladesh	22 x	36 x	64	71	90	36	10	41	16	2	94	84 x	
Barbade	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bélarus	4 x	21 x	9 x	38 x	4 x	1 x	1 x	4 x	2 x	10 x	–	94 y	
Belgique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Belize	14	51 x	10 x	–	27 x	4 x	1 x	22 x	2 x	14 x	–	–	
Bénin	15 x	32	43 x	76 y	92	18 x	5 x	43 x	8 x	11 x	98	86	
Bhoutan	10	59	49	67	66	13	3	34	6	8	–	96 x	
Bolivie (État plurinational de)	6	64	60	83	40	4	1	27	1	9	21	89 y	
Bosnie-Herzégovine	5 x	57 x	18 x	29 x	10 x	1 x	0 x	10 x	4 x	26 x	–	62 x	
Botswana	13	40	20	46 y	6	11	4	31	7	11	75	65	
Brésil	8	43 x	41 y	70 x	25 x	2 x	–	7 x	2 x	7	–	96 x	
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bulgarie	9	–	–	–	–	–	–	–	–	14 x	–	100 x	
Burkina Faso	16 x	20 x	25	61	80	26	7	35	11	–	87	34 x	
Burundi	11 x	–	69	70 y	79	29	8	58	6	3	83	98 x	
Cambodge	11	65	74	82 y	43	28	7	40	11	2	92	83 y	
Cameroun	11 x	20 x	20	63 x, y	24	15	5	33	6	6	–	49 x	
Canada	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Cap-Vert	6 x	73 x	60 x	80 x	13 x	–	–	–	–	–	–	75	
Chili	6	–	–	–	–	–	–	–	–	10	–	–	
Chine	3	41	28	43 y	–	4	–	10	3	7	–	97 y	
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Colombie	6 x	57	43	86	33	3	1	13	1	5	–	–	
Comores	25 x	25 x	21 x	34 x	45 x	–	–	–	–	22 x	–	82 x	
Congo	13 x	39 x	19 x	78 x	21 x	11 x	3 x	30 x	8 x	9 x	–	82 x	
Costa Rica	7	–	15 x	92	40	1	–	6	1	8	–	–	
Côte d'Ivoire	17 x	25 x	4 x	51 x	37 x	16 y	5 y	27 y	5 y	–	100	84 x	
Croatie	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Cuba	5	70 x	49	77	17	–	–	–	–	–	–	88 x	
Danemark	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Djibouti	10 x	67	1 x	35 x	18 x	23 y	5 y	31 y	10 y	10 x	95	0 x	
Dominique	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Égypte	13	56	53	70	35	6	1	29	7	21	–	79	
El Salvador	9	33	31	72 y	54	6 y	1 y	19 y	1 y	6	–	62 x	
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Équateur	8	–	40 x	77 x	23 x	6 x	–	–	–	5 x	–	–	
Érythrée	14 x	78 x	52 x	43 x	62 x	35 x	13 x	44 x	15 x	2 x	46	68 x	
Espagne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Estonie	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
État de Palestine	7 x	–	27 x	–	–	–	–	–	–	–	–	86 x	
États-Unis	8 x	–	–	–	–	1 x	0 x	3 x	0 x	8 x	–	–	
Éthiopie	20 x	52	52	55 x	82	29	9	44	10	2	71	15 y	
ex-République yougoslave de Macédoine	6	21	23	41	13	1	0	5	2	16 x	–	94 x	
Fédération de Russie	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35 x	
Fidji	10 x	57 x	40 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Finlande	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
France	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	

Pays et zones	Insuffisance pondérale à la naissance (%)	Initiation précoce de l'allaitement (%)	Allaitement exclusivement au sein <6 mois (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous 6-8 mois (%)	Nourris au sein à l'âge de 2 ans (%)	Insuffisance pondérale (%) ⁰ 2007-2011*		Émaciation (%) ⁰ 2007-2011*	Retard de croissance (%) ⁰ 2007-2011*	Surpoids (%) ⁰ 2007-2011*	Couverture totale par la supplémentation en vitamine A % ^Δ 2011	Consommation de sel iodé (%) 2007-2011*	
	2007-2011*	2007-2011*					modéré et grave	grave	modéré et grave	modéré et grave	modéré et grave		
Gabon	14x	71x	6x	62x	9x	8x	2x	25x	4x	6x	—	36x	
Gambie	10	52	34	34	31	18	4	24	10	2	93	21	
Géorgie	5	69	55	43y	17	1	1	11	2	20	—	100	
Ghana	13	52	63	76	44	14	3	28	9	6	—	32x	
Grèce	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Grenade	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Guatemala	11	56	50	71y	46	13y	—	48y	1y	5	28	76	
Guinée	12x	40x	48	32y	—	21	7	40	8	—	88	41	
Guinée-Bissau	11	55	38	43	65	18	5	32	6	3	100	12	
Guinée équatoriale	13x	—	24x	—	—	11x	—	35x	3x	8x	—	33x	
Guyana	14	43x	33	81	49	11	2	18	5	6	—	11	
Haïti	25x	44x	41x	90x	35x	18x	6x	29x	10x	4x	36	3x	
Honduras	10x	79x	30x	84x	48x	8x	1x	29x	1x	6x	—	—	
Hongrie	9x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Îles Cook	3x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Îles Marshall	18	73	31	77y	53	—	—	—	—	—	—	—	
Îles Salomon	13	75	74	81y	67	12	2	33	4	3	—	—	
Inde	28x	41x	46x	56x	77x	43x	16x	48x	20x	2x	66	71	
Indonésie	9	29	32	85	50	18	5	36	13	14	76	62y	
Iran (République islamique d')	7x	56x	23x	68x	58x	—	—	—	—	—	—	99x	
Iraq	15x	31x	25x	62x	36x	6x	2x	26x	6x	15x	—	28x	
Irlande	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Islande	4x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Israël	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Italie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Jamaïque	12x	62x	15x	36x	24x	2	—	4	2	—	—	—	
Japon	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Jordanie	13	39	22	84y	11	2	0	8	2	7	—	88x	
Kazakhstan	6x	64x	17x	50x	16x	4x	1x	17x	5x	17x	—	92x	
Kenya	8	58	32	85	54	16	4	35	7	5	—	98	
Kirghizistan	5x	65x	32x	60x	26x	2x	0x	18x	3x	11x	—	76x	
Kiribati	—	—	69	—	82	—	—	—	—	—	—	—	
Koweït	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	
Lesotho	11	53	54	68	35	13	2	39	4	7	—	84	
Lettonie	5x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Liban	12	—	15	35x	15	—	—	—	—	17x	—	71	
Libéria	14	44	34y	51y	41	15y	2y	42y	3y	4	96	—	
Libye	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	—	—	
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Lituanie	4x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Luxembourg	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Madagascar	16	72	51	86	61	36x	—	50	15x	—	91	53	
Malaisie	11	—	—	—	—	13x	—	17x	—	—	—	18	
Malawi	13x	58x	72	86	77	13	3	47	4	9	96	50x	
Maldives	22x	64	48	91	68	17	3	19	11	7	—	44x	
Mali	19x	46x	38x	25x	56x	27x	10x	38x	15x	—	96	79x	
Malte	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Maroc	15x	52x	31x	66x	15x	3	—	15	2	11	—	21x	
Maurice	14x	—	21x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Mauritanie	34	81	46	61y	47y	20y	4y	23y	12y	—	100	23	
Mexique	7	18	19	27	—	3x	—	16x	2x	8x	—	91x	
Micronésie (États fédérés de)	18x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Monaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Mongolie	5	71	59	78	66	5	2	16	2	14x	85	70	
Monténégro	4x	25x	19x	35x	13x	2x	1x	7x	4x	16x	—	71x	
Mozambique	16	63	41	86	52	15	4	43	6	7	100	25	
Myanmar	9	76	24	81y	65	23	6	35	8	3	96	93	
Namibie	16x	71	24x	91x	28x	17	4	29	8	5	—	63x	
Nauru	27	76	67	65y	65	5	1	24	1	3	—	—	
Népal	18	45	70	66	93	29	8	41	11	1	91	80	
Nicaragua	9	54	31	76y	43	6	1	22	1	6	2	97x	
Niger	27x	42	27	65y	—	39y	12y	51y	12y	4x	95	32	
Nigéria	12	38	13	76	32	23	9	41	14	11	73	97x	

Pays et zones	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2007–2011*	Initiation précoce de l'allaitement (%)	Allaitement exclusivement au sein <6 mois (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous 6–8 mois (%)	Nourris au sein à l'âge de 2 ans (%)	Insuffisance pondérale (%) ⁰ 2007–2011*		Émaciation (%) ⁰ 2007–2011*	Retard de croissance (%) ⁰ 2007–2011*	Surpoids (%) ⁰ 2007–2011*	Couverture totale par la supplémentation en vitamine A % ^Δ 2011	Consommation de sel iodé (%) 2007–2011*
						modéré et grave	grave					
						modéré et grave	modéré et grave					
Nioué	0x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	5x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	6x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	12	85x	–	91x	73x	9	1	10	7	2	–	69x
Ouganda	14x	42x	62	75x	46	14	3	33	5	3	60	96x
Ouzbékistan	5x	67x	26x	47x	38x	4x	1x	19x	4x	13x	95	53x
Pakistan	32	29	37	36y	55	32	12	44	15	6	90	69
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	10x	–	–	–	–	4y	–	19y	1y	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	11x	–	56x	76x, y	72x	18x	5x	43x	5x	3x	12	92x
Paraguay	6	47	24	67y	14	3x	–	18x	1x	7x	–	93
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	8	51	71	82	55y	4	1	20	0	–	–	91
Philippines	21	54	34	90	34	22y	–	32y	7y	3	91	45x
Pologne	6x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	8x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	10	46	43	–	25	10	–	28	12	18	–	79x
République centrafricaine	14	43	34	56x, y	32	24	8	41	7	2	0	65
République de Corée	4x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	6x	65x	46x	18x	2x	3x	1x	10x	5x	9x	–	60x
République démocratique du Congo	10	43	37	52	53	24	8	43	9	–	98	59
République démocratique populaire lao	11x	30x	26x	41x	48x	31x	9x	48x	7x	1x	92	84x
République dominicaine	11	65	8	88	12	3	0	10	2	8	–	19x
République populaire démocratique de Corée	6	18	65x	31x	36	19	4	32	5	–	100	25y
République tchèque	7x	–	–	–	–	–	–	–	–	4x	–	–
République-Unie de Tanzanie	8	49	50	92	51	16	4	42	5	6	97	59
Roumanie	8x	–	16x	41x	–	4x	1x	13x	4x	8x	–	74x
Royaume-Uni	8x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	7	71	85	79	84	11	2	44	3	7	76	99
Saint-Kitts-et-Nevis	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100x
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	10	88	51	71y	74	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	8x	45	51	74	20	13	3	29	11	12	44	86
Sénégal	19	23x	39	61x	51	18	5	27	10	3	–	47
Serbie	5	8	14	84	15	2	1	7	4	16	–	32
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	11	45	32	25	48	22	8	44	9	10	99	63
Singapour	8x	–	–	–	–	3x	0x	4x	4x	3x	–	–
Slovaquie	7x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	–	26x	9x	16x	35x	32x	12x	42x	13x	5x	12	1x
Soudan [†]	–	–	41	51	40	32	13	35	16	–	–	10
Soudan du Sud [†]	–	–	45	21	38	28	12	31	23	–	–	54
Sri Lanka	17	80	76	87y	84	21	4	17	15	1	–	92y
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	11x	34x	2x	58x	15x	7x	1x	11x	5x	4x	–	–
Swaziland	9	55	44	66	11	6	1	31	1	11	41	52
Tadjikistan	10x	57y	25x	15x	34x	15	6	39	7	–	99	62
Tchad	20	29	3	46	59	30	13	39	16	3	–	54
Thaïlande	7	50x	15	–	–	7x	1x	16x	5x	8x	–	47x
Timor-Leste	12x	82	52	82	33	45	15	58	19	6	59	60
Togo	11	46	62	44	64	17	4	30	5	2	22	32

Pays et zones	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2007–2011*	Initiation précoce de l'allaitement (%)	Allaitement exclusivement au sein <6 mois (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous 6–8 mois (%)	Nourris au sein à l'âge de 2 ans (%)	Insuffisance pondérale (%) ^θ 2007–2011*		Émaciation (%) ^θ 2007–2011*	Retard de croissance (%) ^θ 2007–2011*	Surpoids (%) ^θ 2007–2011*	Couverture totale par la supplémentation en vitamine A % ^Δ 2011	Consommation de sel iodé (%) 2007–2011*
						modéré et grave	grave					
						2007–2011*						
Tonga	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	19 x	41 x	13 x	83 x	22 x	–	–	–	–	5 x	–	28 x
Tunisie	5 x	87 x	6 x	61 x, y	15 x	3 x	–	9 x	3 x	9 x	–	97 x
Turkménistan	4 x	60 x	11 x	54 x	37 x	8 x	2 x	19 x	7 x	–	–	87 x
Turquie	11	39	42	68 y	22	2	0	12	1	–	–	69
Tuvalu	6	15	35	40 y	51	2	0	10	3	6	–	–
Ukraine	4	41	18	86	6	–	–	–	–	–	–	18 x
Uruguay	9	59	65	35 y	27	5 x	2 x	15 x	2 x	9 x	–	–
Vanuatu	10	72	40	68	32	–	–	–	–	5	–	23
Venezuela (République bolivarienne du)	8	–	–	–	–	4	–	16	5	6	–	–
Viet Nam	5	40	17	50	19	12	2	23	4	–	99 w	45
Yémen	–	30 x	12 x	76 x	–	43 x	19 x	58 x	15 x	5 x	9	30 x
Zambie	11	57	61	94	42	15	3	45	5	8	72	77 x
Zimbabwe	11	69 x	31	86	20	10	2	32	3	6	56	94 y

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^σ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 x	–	–
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES^σ

Afrique subsaharienne	12	48	37	71	50	21	7	40	9	7	78	48
Afrique de l'Est et australe	–	56	52	84	59	18	5	40	7	5	72	50
Afrique de l'Ouest et centrale	12	41	25	65	43	23	8	39	12	9	83	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	–	–	–	–	–	8	–	20	9	12	–	–
Asie du Sud	28	39	47	55	75	33	14	39	16	3	73	71
Asie de l'Est et Pacifique	6	41	28	57	42 **	6	4 **	12	4	5	85 **	87
Amérique latine et Caraïbes	8	–	37	–	–	3	–	12	2	7	–	–
ECO/CEI	7	–	–	–	–	2	–	12	1	16	–	–
Pays les moins avancés	–	52	49	68	64	23	7	38	10	4	82	50
Monde	15	42	39	60	58 **	16	10 **	26	8	7	75 **	76

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

Pour la liste complète des pays et zones figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

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

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

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

Introduction d'aliments solides, semi-liquides ou mous (6–8 mois) –

Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous au cours des 24 heures qui ont précédé l'enquête.

Nourris au sein à l'âge de 2 ans – Pourcentage d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui ont reçu du lait maternel au cours des 24 heures qui ont précédé l'enquête.

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

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

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

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

Couverture totale par la supplémentation en vitamine A – Pourcentage estimatif d'enfants âgés de 6–59 mois qui ont reçu deux doses de supplément en vitamine A.

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

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

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

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

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

Supplémentation en vitamine A – UNICEF.

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

NOTES

– Données non disponibles.

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

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales sauf les données d'Inde 2005–2006. Les estimations concernant les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

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

Δ La couverture totale en ce qui concerne les suppléments de vitamine A est présentée comme le pourcentage le plus faible de deux points de couverture annuels (c'est-à-dire le point le plus faible entre la tournée no.1 (janvier–juin) et la tournée no. 2 (juillet–décembre) de 2011).

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

** À l'exclusion de la Chine

θ Les moyennes régionales pour l'insuffisance pondérale (modérée et grave), l'émaciation (modérée et grave), le retard de croissance (modéré et grave) et le surpoids (y compris l'obésité) sont estimées grâce à des modélisations statistiques des données de la base de données mondiale de l'UNICEF et l'OMS sur la nutrition, révision de 2011 (achevée en juillet 2012). L'indicateur d'insuffisance pondérale grave n'a pas été inclus dans cet exercice ; les moyennes régionales pour cet indicateur sont fondées sur une population moyenne pondérée calculée par l'UNICEF.

Pays et zones	Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%) 2010			Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2010			PEV de routine financé par l'État (%) 2011	Couverture vaccinale (%) 2011								Pneumonie (%) 2007-2012*		Diarrhée (%) 2007-2012*	Paludisme (%) 2007-2012*		
	total	urbain	rural	total	urbain	rural		BCG	DTC1 ^a	DTC3 ^b	Polio3	Rougeole	HepB3	Hib3	Nouveaux protégés contre le tétanos ^c	Consultation médicale en cas de pneumonie présumée (%)	Traitement par antibiotiques en cas de pneumonie présumée (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	Traitement antipaludique chez les enfants fébriles (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Niger	49	100	39	9	34	4	14	61	80	75	44	76	75	75	84	51	-	34	-	64	76
Nigéria	58	74	43	31	35	27	-	64	53	47	73	71	50	-	60	45	23	26	49	29	42
Nioué	100	100	100	100	100	100	5	99	99	98	98	99	98	99	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	100	100	100	100	100	100	100	-	99	94	94	93	-	95	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	100	100	100	-	-	-	100	-	95	95	95	93	95	94	-	-	-	-	-	-	-
Oman	89	93	78	99	100	95	-	99	99	99	99	99	99	99	91	-	-	-	-	-	-
Ouganda	72	95	68	34	34	34	19	86	91	82	82	75	82	82	85	79	47	44	65	43	60
Ouzbékistan	87	98	81	100	100	100	-	99	99	99	99	99	99	99	-	68x	56x	28 x	-	-	-
Pakistan	92	96	89	48	72	34	-	85	88	80	75	80	80	80	75	69	50	41	3	-	0
Palaos	85	83	96	100	100	100	0	-	99	84	98	85	91	85	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	97	-	-	-	-	-	97	95	87	91	97	87	87	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	40	87	33	45	71	41	45	83	83	61	58	60	62	61	61	63x	-	-	-	-	-
Paraguay	86	99	66	71	90	40	-	94	97	90	87	93	90	90	85	-	-	-	-	-	-
Pays-Bas	100	100	100	100	100	100	100	-	99	97	97	96	-	97	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	85	91	65	71	81	37	-	91	94	91	91	96	91	91	85	68	51	32	-	-	-
Philippines	92	93	92	74	79	69	-	84	85	80	80	79	76	14	76	50	42	47	0x	-	-
Pologne	-	100	-	-	96	-	-	93	99	99	96	98	98	99	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	99	99	100	100	100	100	100	96	99	98	97	96	97	97	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	100	100	100	100	100	100	-	97	94	93	93	99	93	93	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	90	93	86	95	96	93	-	90	86	72	75	80	66	72	94	77x	71x	50 x	-	-	-
République centrafricaine	67	92	51	34	43	28	-	74	64	54	47	62	54	54	80	30	31	16	32	36	47
République de Corée	98	100	88	100	100	100	-	99	99	99	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Moldova	96	99	93	85	89	82	-	98	96	93	96	91	96	78	-	60x	-	33 x	-	-	-
République démocratique du Congo	45	79	27	24	24	24	0	67	79	70	78	71	70	70	70	40	42	27	39	38	51
République démocratique populaire lao	67	77	62	63	89	50	6	77	83	78	79	69	78	78	80	32x	52x	46 x	8x	41x	45x
République dominicaine	86	87	84	83	87	75	-	98	91	84	84	79	80	71	90	70	57	41	-	-	-
République populaire démocratique de Corée	98	99	97	80	86	71	-	98	95	94	99	99	94	-	93	80	88	74	-	-	-
République tchèque	100	100	100	98	99	97	-	-	99	99	99	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	53	79	44	10	20	7	23	99	96	90	88	93	90	90	88	71	-	44	59	64	64
Roumanie	-	99	-	-	-	-	100	99	96	89	89	93	96	89	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni	100	100	100	100	100	100	-	-	98	95	95	90	-	95	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	65	76	63	55	52	56	11	99	98	97	93	95	97	97	85	50	-	29	11	70	82
Saint-Kitts-et-Nevis	99	99	99	96	96	96	-	99	99	97	98	99	98	98	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	90	86	86	83	86	85	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	96	-	99	98	95	95	99	96	96	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	96	98	95	65	71	63	-	97	98	97	97	95	97	97	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	96	96	96	98	98	98	100	99	99	91	91	67	91	91	-	-	-	68	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	89	89	88	26	30	19	15	99	98	96	96	91	96	96	-	75	-	49	8	56	61
Sénégal	72	93	56	52	70	39	32	95	94	83	73	82	83	83	88	50	-	22	8	35	63
Serbie	99	99	98	92	96	88	-	99	91	91	91	95	89	91	-	90	82	36	-	-	-
Seychelles	-	100	-	-	98	-	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	55	87	35	13	23	6	2	96	94	84	81	80	84	84	85	74	58	73	62	30	36
Singapour	100	100	-	100	100	-	-	99	98	96	96	95	96	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	100	100	100	100	100	99	100	97	99	99	99	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	99	100	99	100	100	100	-	-	98	96	96	95	-	96	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	29	66	7	23	52	6	0	41	52	41	49	46	-	-	64	13x	32x	13 x	8x	11x	12x
Soudan ^c	-	-	-	-	-	-	2	92	98	93	93	87	93	93	74	56	66	22	65	-	25
Soudan du Sud ^c	-	-	-	-	-	-	0	57	58	46	46	64	-	-	44	48	33	39	36	25	53
Sri Lanka	91	99	90	92	88	93	39	99	99	99	99	99	99	99	95	58	-	50	0	3	5
Suède	100	100	100	100	100	100	-	23	99	98	98	96	-	98	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	100	100	100	100	100	100	0	-	95	95	95	92	-	95	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	92	97	81	83	90	66	-	-	90	86	86	85	86	86	93	74x	37x	44 x	-	3x	-
Swaziland	71	91	65	57	64	55	-	98	98	91	85	98	91	91	86	58	61	57	2	2	10
Tadjikistan	64	92	54	94	95	94	18	97	98	96	97	98	96	96	-	64x	41x	73	2x	1x	2x
Tchad	51	70	44	13	30	6	11	53	45	22	31	28	22	22	60	26	31	13	36	10	42
Thaïlande	96	97	95	96	95	96	100	99	99	99	99	98	98	-	91	84x	65x	57 x	-	-	-
Timor-Leste	69	91	60	47	73	37	100	68	69	67	66	62	67	-	81	71	45	71	6	42	42

Pays et zones	Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%) 2010			Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2010			PEV de routine financé par l'État (%) 2011	Couverture vaccinale (%) 2011								Pneumonie (%) 2007-2012*		Diarrhée (%) 2007-2012*	Paludisme (%) 2007-2012*		
	total	urbain	rural	total	urbain	rural		BCG	DTC1 ^a	DTC3 ^b	Polio3	Rougeole	HepB3	Hib3	Nouveaux protégés contre le tétanos ^c	Consultation médicale en cas de pneumonie présumée (%)	Traitement par antibiotiques en cas de pneumonie présumée (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (%)	Traitement antipaludique chez les enfants fébriles (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Togo	61	89	40	13	26	3	25	90	95	81	81	67	81	81	32	41	11	34	57	57	
Tonga	100	100	100	96	98	96	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	
Trinité-et-Tobago	94	98	93	92	92	92	—	—	96	90	91	92	90	90	74x	34x	—	—	—	—	
Tunisie	—	99	—	—	96	—	—	98	98	98	98	96	98	43	96	59x	—	55 x	—	—	
Turkménistan	—	97	—	98	99	97	—	98	98	97	97	99	97	71	—	83x	50x	40 x	—	—	
Turquie	100	100	99	90	97	75	—	97	98	97	97	97	96	97	90	41x	—	—	—	—	
Tuvalu	98	98	97	85	88	81	—	99	99	96	96	98	96	96	—	—	—	—	—	—	
Ukraine	98	98	98	94	96	89	—	90	73	50	58	67	21	26	—	—	—	—	—	—	
Uruguay	100	100	100	100	100	99	—	99	99	95	95	95	95	95	—	—	—	—	—	—	
Vanuatu	90	98	87	57	64	54	16	81	78	68	67	52	59	—	75	—	—	23	53	56	68
Venezuela (République bolivarienne du)	—	—	—	—	—	—	—	95	90	78	78	86	78	78	50	72x	—	38 x	—	—	—
Viet Nam	95	99	93	76	94	68	30	98	97	95	96	96	95	95	87	73	68	47	1	9	10
Yémen	55	72	47	53	93	34	13	59	89	81	81	71	81	81	66	44x	38x	33 x	—	—	—
Zambie	61	87	46	48	57	43	19	88	87	81	83	83	81	81	68	47	60	34	50	64	
Zimbabwe	80	98	69	40	52	32	—	98	99	99	99	92	93	93	66	48	31	21	2	10	29

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^d	58 †	67 †	52 †	26 †	44 †	14 †	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
--------------------------------------	------	------	------	------	------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES^e

Afrique subsaharienne	61	83	49	30	43	23	27	79	79	71	76	74	70	60	76	49	34	32	38	38	50
Afrique de l'Est et australe	61	87	50	35	54	27	39	85	85	79	79	79	76	76	81	55	30	39	31	41	54
Afrique de l'Ouest et centrale	62	82	47	26	35	20	17	73	71	62	72	69	63	44	72	44	33	27	42	36	49
Moyen-Orient et Afrique du Nord	86	93	76	82	91	70	75	93	96	92	92	90	91	48	85	—	—	—	—	—	—
Asie du Sud	90	96	88	38	60	28	90	87	85	75	73	77	57	23	85	65	24	34	7	—	—
Asie de l'Est et Pacifique	90	97	84	67	77	58	95	95	95	91	92	95	89	10	85**	64**	—	43**	—	6**	—
Amérique latine et Caraïbes	94	98	81	79	84	60	—	95	96	92	92	93	90	90	85	—	—	—	—	—	—
ECO/CEI	96	99	91	85	87	80	—	96	95	92	93	94	89	58	—	—	—	—	—	—	—
Pays les moins avancés	63	82	56	35	48	30	19	82	87	78	79	76	75	74	81	50	43	42	36	41	53
Monde	89	96	81	63	79	47	84	88	89	83	84	84	75	43	82**	60**	31**	35**	19**	—	—

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

[#] Pour la liste complète des pays et zones figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Utilisation de sources d'eau potable – Pourcentage de la population utilisant l'un des systèmes mentionnés ci-après comme source principale d'eau potable : approvisionnement en eau potable par canalisation jusque dans le lieu d'habitation, sur le terrain, dans la cour ou dans la cour des voisins; borne-fontaine ou robinet public; puits tubulaire ou trou de sonde; puits creusé protégé; source protégée; eau de pluie; eau en bouteille plus l'une des sources mentionnées ci-dessus comme source secondaire.

Utilisation d'installations sanitaires améliorées – Pourcentage de la population utilisant l'une des installations sanitaires mentionnées ci-dessus, non partagées avec d'autres ménages : latrine à chasse d'eau connectée au réseau d'égouts, à une fosse septique ou latrine à fosse; latrine améliorée à fosse auto-ventilée; latrine à fosse avec dalle; fosse couverte; toilettes à compost.

PEV de routine financé par le gouvernement – Pourcentage de vaccins du PEV, financés par le gouvernement (prêts compris), administrés systématiquement dans un pays donné afin de protéger les enfants.

PEV – Programme élargi de vaccination : les vaccins inclus dans ce programme visent à protéger contre la tuberculose (TB); la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC); la poliomyélite et la rougeole; et à protéger les nourrissons contre le tétanos néonatal en vaccinant les femmes enceintes. Dans certains pays, d'autres vaccinations, comme l'hépatite B (HepB), l'*Haemophilus influenzae* type B (Hib) ou la fièvre jaune, par exemple, peuvent être intégrées au programme.

BCG – Pourcentage de nourrissons nés vivants à qui on a administré le bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose).

DTC1 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré leur première dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

DTC3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Polio3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre la poliomyélite.

Rougeole (MCV) – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré leur première dose de vaccin contre la rougeole.

HepB3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre l'hépatite B.

Hib3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* type b.

Nouveaux-nés protégés contre le tétanos – Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos.

Consultations médicales lors de cas présumés de pneumonie – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présumés atteints de pneumonie (toux, respiration rapide ou difficulté à respirer due à un problème dans la poitrine) dans les deux semaines précédant l'enquête qui ont été examinés par un soignant qualifié.

Traitement par antibiotiques lors de cas présumés de pneumonie – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présumés atteints de pneumonie (toux, respiration rapide ou difficulté à respirer due à un problème dans la poitrine) au cours des deux semaines précédant l'enquête à qui on a administré des antibiotiques.

Traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation orale (SRO) – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête à qui on a administré des sels de réhydratation orale (sachets de SRO ou SRO déjà préparés en bouteille).

Traitement antipaludique des enfants qui ont de la fièvre – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête et à qui on a administré un médicament antipaludique. NB : Cet indicateur porte sur le traitement antipaludique de tous les enfants qui ont eu de la fièvre, que le paludisme ait été confirmé ou non, et doit donc être interprété prudemment. Pour plus d'informations, se connecter sur : <http://www.childinfo.org/malaria_maltreatment.php>.

Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit qui a précédé l'enquête.

Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée – Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Utilisation de sources d'eau potable et d'installations sanitaires améliorées – UNICEF et Organisation mondiale de la Santé (OMS), Programme commun de surveillance de l'eau et de l'assainissement.

Vaccins du PEV financés par l'État – Selon les déclarations des gouvernements sur le formulaire type commun de l'UNICEF et de l'OMS.

Vaccination – UNICEF et OMS.

Consultations médicales pour les cas présumés de pneumonie – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Traitement de la diarrhée – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Prévention et traitement du paludisme – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs de paludisme et autres enquêtes nationales sur les ménages.

NOTES

- Données non disponibles.
- x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou nationales à l'exception des données 2005-2006 de l'Inde. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.
- β La couverture du DTC1 devrait être au moins égale à celle du DTC3. Les écarts indiquant une couverture du DTC1 inférieure à celle du DTC3 sont dus à des défaillances dans le processus de collecte de données et d'établissement de rapports. L'UNICEF et l'OMS s'efforcent d'éliminer ces différences en collaboration avec les systèmes des pays et des zones.
- λ L'OMS et l'UNICEF se sont servis d'un modèle pour calculer le pourcentage de naissances que l'on peut considérer comme protégées contre le tétanos parce que les femmes enceintes ont reçu deux doses ou plus de vaccin tétanos toxoïde (TT). Le modèle entend améliorer la précision de cet indicateur en incluant d'autres scénarios potentiels dans lesquels les femmes pourraient être protégées (par exemple, des femmes qui ont reçu des doses de TT lors d'activités supplémentaires de vaccination). On trouvera une explication plus complète sur la méthodologie à l'adresse : <www.childinfo.org>.
- † Le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement a clos sa base de données pour ces estimations avant la cession de la République du Soudan du Sud par la République du Soudan. Les données agrégées présentées ici concernent le Soudan d'avant la cession. Les données ventilées pour la République du Soudan et le Soudan du Sud en tant qu'États séparés seront publiées par le Programme commun OMS/UNICEF en février 2013.
- * Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exclusion de la Chine.

TABLEAU 4 : VIH/SIDA

Pays et zones	Prévalence du VIH chez l'adulte (%) 2011	Personnes de tout âge vivant avec le VIH (milliers) 2011			Femmes vivant avec le VIH (milliers) 2011	Enfants vivant avec le VIH (milliers) 2011	Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans)						Orphelins			
							Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2011			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) 2007-2011*		Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples (%) 2007-2011*		Enfants rendus orphelins par le SIDA (milliers) 2011	Enfants orphelins toutes causes confondues (milliers) 2011	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (%) 2007-2011*
							total	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes			
Afghanistan	<0,1	6	3	17	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Afrique du Sud	17,3	5 600	5 300	5 900	2 900	460	8,6	5,3	11,9	–	–	–	–	2 100	3 500	101
Albanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22	36	55	–	–	–	–
Algérie	–	–	13	28	–	–	–	–	–	–	13 x	–	–	–	–	–
Allemagne	0,1	73	66	82	11	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	2,1	230	160	340	120	34	1,1	0,6	1,6	32	25	–	–	140	1 300	85
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	53	46	–	–	–	–	–
Arabie saoudite	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentine	0,4	95	79	120	35	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Arménie	0,2	4	2	7	<1	–	0,1	0,1	0,1	9	16	86	–	–	–	–
Australie	0,2	22	18	27	7	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Autriche	0,4	18	13	24	5	–	0,3	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	0,1	7	5	9	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	5 x	5 x	29 x	–	–	–	–
Bahamas	2,8	7	6	7	3	–	0,4	0,3	0,5	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,1	8	5	16	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	18	8	–	–	–	–	84 x
Barbade	0,9	1	1	2	<0,5	–	0,3	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Bélarus	0,4	20	15	30	6	–	0,3	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Belgique	0,3	20	16	26	6	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Belize	2,3	5	4	5	2	–	1,0	1,0	1,0	–	40 x	–	–	–	–	66 x
Bénin	1,2	64	56	73	33	9	0,6	0,3	0,8	35 x	16 x	44	35	47	380	90
Bhoutan	0,3	1	<1	3	<0,5	–	0,2	0,3	0,2	–	21	–	–	–	–	70
Bolivie (État plurinational de)	0,3	17	9	30	1	–	0,1	0,2	<0,1	28	24	41	–	–	–	–
Bosnie-Herzégovine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	44 x	–	–	–	–	–
Botswana	23,4	300	280	310	160	15	6,6	4,1	9,0	–	–	–	–	100	140	–
Brésil	0,3	490	430	570	200	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Brunéi Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	0,1	4	3	6	1	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	1,1	120	100	150	56	23	0,5	0,3	0,6	36	31	75	65	130	880	101
Burundi	1,3	80	72	93	38	19	0,4	0,3	0,6	47	45	–	–	120	610	82
Cambodge	0,6	64	52	96	31	–	0,1	0,1	0,1	44	44	–	–	–	–	86
Cameroun	4,6	550	510	600	280	60	2,1	1,2	2,9	34 x	32 x	67	47	340	1 300	91 x
Canada	0,3	71	63	89	13	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Cap-Vert	1,0	3	2	5	3	–	0,6	0,1	1,1	–	–	–	–	–	–	–
Chili	0,5	51	34	73	5	–	0,2	0,3	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Chine	<0,1	780	620	940	231	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chypre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombie	0,5	150	90	240	29	–	0,3	0,4	0,1	–	24	–	39	–	–	–
Comores	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Congo	3,3	83	74	92	40	13	1,8	1,2	2,5	22	8	40	26	51	230	–
Costa Rica	0,3	9	7	10	4	–	0,1	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	3,0	360	320	400	170	61	1	0,6	1,4	–	–	57	34	410	1 200	83 x
Croatie	<0,1	1	<1	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,2	14	12	16	3	–	<0,1	0,1	<0,1	–	54	–	66	–	–	–
Danemark	0,2	6	5	7	2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	1,4	9	7	12	5	1	0,2	0,1	0,3	–	18 x	–	–	9	46	–
Dominique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48	56	–	–	–	–	–
Égypte	<0,1	10	6	18	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	18	5	–	–	–	–	–
El Salvador	0,6	24	12	59	10	–	0,3	0,3	0,3	–	27	–	–	–	–	–
Émirats arabes unis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	0,4	35	19	84	8	–	0,2	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Érythrée	0,6	23	13	52	12	4	0,2	0,1	0,3	–	–	–	–	19	280	–
Espagne	0,4	150	130	160	35	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Estonie	1,3	10	8	12	3	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
État de Palestine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
États-Unis	0,6	1 300	1 000	2 000	300	–	0,2	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Éthiopie	1,4	790	720	870	390	180	0,3	0,2	0,4	34	24	47	–	950	4 600	90
ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	27 x	–	36 x p	–	–	–
Fédération de Russie	–	–	730	1 300	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fidji	0,1	<0,5	<0,2	<0,5	<0,2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Finlande	0,1	3	3	4	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–

Pays et zones	Prévalence du VIH chez l'adulte (%) 2011	Personnes de tout âge vivant avec le VIH (milliers) 2011			Femmes vivant avec le VIH (milliers) 2011	Enfants vivant avec le VIH (milliers) 2011	Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans)						Orphelins			
							Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2011			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) 2007-2011*		Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples (%) 2007-2011*		Enfants rendus orphelins par le SIDA (milliers) 2011	Enfants orphelins toutes causes confondues (milliers) 2011	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (%) 2007-2011*
France	0,4	160	130	200	46	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	5,0	46	34	67	24	3	2,1	1,2	3,0	–	–	–	–	21	64	–
Gambie	1,5	14	7	28	8	–	0,8	0,4	1,2	–	33	–	49 p	–	–	103
Géorgie	0,2	5	2	8	1	–	0,2	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	1,5	230	200	260	110	31	0,6	0,4	0,9	34	28	42	–	180	970	76
Grèce	0,2	11	10	13	3	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	60	65	–	–	–	–	–
Guatemala	0,8	65	19	280	26	–	0,4	0,4	0,5	24	22	74	27 p	–	–	–
Guinée	1,4	85	68	100	41	11	0,6	0,4	0,9	–	–	–	–	52	570	–
Guinée-Bissau	2,5	24	20	28	12	3	1,5	0,9	2,0	–	15	–	50	8	110	109
Guinée équatoriale	4,7	20	17	29	10	3	2,8	1,6	4,1	–	–	–	–	6	46	–
Guyana	1,1	6	6	7	3	–	0,3	0,2	0,3	47	54	76	–	–	–	–
Haïti	1,8	120	96	130	61	13	0,8	0,4	1,1	40 x	34 x	51 x	23 x	87	420	86 x
Honduras	–	33	25	45	10	–	–	–	–	–	30 x	–	27 x	–	–	108x
Hongrie	0,1	4	3	5	1	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	39	27	23 p	9 p	–	–	–
Îles Salomon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35	29	39	18	–	–	–
Inde	–	–	–	–	–	–	–	–	–	36 x	20 x	32 x	17 x p	–	–	72 x
Indonésie	0,3	380	240	570	110	–	0,2	0,2	0,2	15 y	10 y	–	–	–	–	–
Iran (République islamique d')	0,2	96	80	120	13	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3 x	–	–	–	–	84x
Irlande	0,3	8	6	10	2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Islande	0,3	<1	<0,5	<1	<0,2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Israël	0,2	9	7	11	3	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Italie	0,4	150	120	200	49	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	1,8	30	24	39	10	–	0,7	0,9	0,6	54	63	77	57	–	–	–
Japon	<0,1	8	6	10	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13 y	–	–	–	–	–
Kazakhstan	0,2	19	17	23	8	–	<0,1	<0,1	0,1	–	22 x	–	–	–	–	–
Kenya	6,2	1 600	1 500	1 700	800	220	2,6	1,6	3,5	55	48	67	37	1 100	2 600	–
Kirghizistan	0,4	12	9	19	4	–	0,3	0,3	0,3	–	20 x	–	–	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	49	44	33	–	–	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23,3	320	300	340	170	41	10,9	6,4	15,4	29	39	60	45	140	200	98
Lettonie	0,7	9	7	13	3	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Liban	0,1	3	2	4	1	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	1,0	25	21	32	12	5	0,2	0,1	0,3	27	21	28	16	33	230	85
Libye	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	0,1	2	1	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	0,3	<1	<1	1	<0,5	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	0,3	34	26	47	10	–	0,1	0,2	0,1	26	23	9	7	–	–	74
Malaisie	0,4	81	72	89	8	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	10,0	910	850	970	430	170	3,5	2,1	4,9	45	42	41	31	610	1 000	97
Maldives	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	35 y	–	–	–	–	–
Mali	1,1	110	83	140	55	–	0,2	0,1	0,3	–	15	–	27 p	–	–	92
Malte	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	0,2	32	21	46	15	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Maurice	1,0	7	5	10	2	–	0,5	0,6	0,4	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	1,1	24	13	41	13	–	0,3	0,2	0,4	14	5	–	–	–	–	66
Mexique	0,2	180	160	200	32	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	<0,1	<1	<1	<1	<0,5	–	<0,1	<0,1	0,1	29	32	69	65 p	–	–	102
Monténégro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	11,3	1 400	1 200	1 600	750	200	5,5	2,8	8,2	34	36	37	33	800	2 000	83
Myanmar	0,6	220	180	260	77	–	0,3	0,2	0,3	–	32	–	–	–	–	–
Namibie	13,4	190	160	230	100	20	4,6	2,7	6,5	62	65	82	74	75	120	100
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10	13	17 p	8 p	–	–	–
Népal	0,3	49	32	100	10	–	0,1	0,1	0,1	34	26	45	–	–	–	–
Nicaragua	0,2	8	3	19	5	–	0,1	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–

Pays et zones	Prévalence du VIH chez l'adulte (%) 2011	Personnes de tout âge vivant avec le VIH (milliers) 2011			Femmes vivant avec le VIH (milliers) 2011	Enfants vivant avec le VIH (milliers) 2011	Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans)						Orphelins			
							Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2011			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) 2007-2011*		Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples (%) 2007-2011*		Enfants rendus orphelins par le SIDA (milliers) 2011	Enfants orphelins toutes causes confondues (milliers) 2011	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (%) 2007-2011*
							total	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes			
Niger	0,8	65	57	70	33	—	0,4	0,2	0,5	16 x	13 x	42 x p	—	—	67 x	
Nigéria	3,7	3 400	3 000	3 800	1 700	440	2,0	1,1	2,9	33	22	56	29	2 200	10 800	117
Nioué	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norvège	0,1	5	4	6	1	—	<0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Nouvelle-Zélande	0,1	3	2	3	<1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Oman	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ouganda	7,2	1 400	1 300	1 500	670	190	3,8	2,4	5,3	39	39	31	24	1 100	2 600	88
Ouzbékistan	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31 x	—	—	—	—	—
Pakistan	0,1	130	76	260	28	—	0,1	0,1	0,1	—	3	—	—	—	—	—
Palaos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panama	0,8	18	12	29	4	—	0,3	0,4	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,7	28	24	33	12	4	0,3	0,2	0,4	—	—	—	—	12	250	—
Paraguay	0,3	13	6	32	4	—	0,2	0,2	0,2	—	—	—	51	—	—	—
Pays-Bas	0,2	25	20	36	8	—	0,1	0,1	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Pérou	0,4	74	38	200	20	—	0,2	0,2	0,1	—	19	—	38 p	—	—	—
Philippines	<0,1	19	16	24	4	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	21	—	—	—	—	—
Pologne	0,1	35	28	46	10	—	0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	0,7	48	37	62	14	—	0,2	0,3	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République arabe syrienne	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7 x	—	—	—	—	—
République centrafricaine	4,6	130	100	130	62	20	1,9	1,2	2,6	26 x	17 x	73 x	59 x	140	350	89 x
République de Corée	<0,1	15	12	19	4	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
République de Moldova	0,5	15	12	17	6	—	0,1	0,1	0,1	39 y	42 y	—	—	—	—	—
République démocratique du Congo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	16	—	—	74
République démocratique populaire lao	0,3	10	8	15	5	—	0,1	0,1	0,2	—	—	—	—	—	—	—
République dominicaine	0,7	44	37	50	24	—	0,2	0,1	0,4	34	41	62	34	—	—	98
République populaire démocratique de Corée	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—
République tchèque	<0,1	2	2	2	<1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
République-Unie de Tanzanie	5,8	1 600	1 500	1 700	760	230	2,9	1,8	4,0	43	48	36	32	1 300	3 000	90
Roumanie	0,1	16	13	20	5	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Royaume-Uni	0,3	94	74	120	29	—	0,1	0,1	0,0	—	—	—	—	—	—	—
Rwanda	2,9	210	180	250	110	27	1,3	0,8	1,7	47	53	58 p	29 p	170	660	91
Saint-Kitts-et-Nevis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	53	—	—	—	—
Saint-Marin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Siège	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Vincent-et-les Grenadines	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sainte-Lucie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sao Tomé-et-Principe	1,0	<1	<1	1	<0,5	—	0,4	0,4	0,3	43	43	59	—	—	—	—
Sénégal	0,7	53	43	65	28	—	0,4	0,3	0,5	31	29	49	—	—	—	97
Serbie	0,1	4	2	5	<1	—	<0,1	<0,1	<0,1	48	54	63	65 p	—	—	—
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leone	1,6	49	39	69	27	4	0,9	0,5	1,3	—	23	—	12	18	310	88
Singapour	0,1	3	3	5	1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Slovaquie	<0,1	<0,5	<0,5	<1	<0,2	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Slovénie	0,1	<1	<0,5	<1	<0,2	—	<0,1	0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Somalie	0,7	35	23	52	15	—	0,3	0,3	0,4	—	4 x	—	—	—	—	78 x
Soudan ^a	0,4	69	56	84	22	—	0,2	0,2	0,2	11	5	—	—	—	—	96
Soudan du Sud ^a	3,1	150	100	200	77	16	1,7	1	2,5	—	10	—	7	75	410	78
Sri Lanka	<0,1	4	3	11	1	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Suède	0,2	9	7	13	3	—	<0,1	<0,1	<0,1	—	—	—	—	—	—	—
Suisse	0,4	20	16	27	6	—	0,2	0,2	0,1	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	1,0	3	2	5	2	—	0,2	0,2	0,2	—	41 x	—	80 x	—	—	—
Swaziland	26,0	190	180	200	100	17	10,8	6,3	15,3	54	58	85	69	75	110	99
Tadjikistan	0,3	11	8	15	4	—	0,1	0,1	0,1	13	14	78	—	—	—	—
Tchad	3,1	210	180	280	100	34	1,5	0,9	2,1	—	10	—	57 p	180	880	117
Thaïlande	1,2	490	450	550	200	—	0,2	0,3	0,2	—	46 x	—	—	—	—	93 x

Pays et zones	Prévalence du VIH chez l'adulte (%) 2011	Personnes de tout âge vivant avec le VIH (milliers) 2011			Femmes vivant avec le VIH (milliers) 2011	Enfants vivant avec le VIH (milliers) 2011	Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans)						Orphelins			
							Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2011			Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) 2007-2011*		Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples (%) 2007-2011*		Enfants rendus orphelins par le SIDA (milliers) 2011	Enfants orphelins toutes causes confondues (milliers) 2011	Taux de fréquentation scolaire des orphelins (%) 2007-2011*
							total	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes			
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	20	12	–	–	–	–	75
Togo	3,4	150	120	190	73	19	1,5	0,9	2,1	42	33	54	39	89	250	86
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	1,5	13	12	15	7	–	0,8	0,6	1,0	–	54 x	–	67 x	–	–	–
Tunisie	<0,1	2	2	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 x	–	–	–	–	–
Turquie	<0,1	6	4	8	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	61	39	–	–	–	–	–
Ukraine	0,8	230	180	310	94	–	0,1	0,1	0,1	43	45	64	63	–	–	–
Uruguay	0,6	12	6	33	4	–	0,3	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–	–	92
Venezuela (République bolivarienne du)	0,5	99	51	230	25	–	0,2	0,4	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	0,5	250	200	330	48	–	0,2	0,3	0,2	–	51	–	–	–	–	–
Yémen	0,2	22	19	25	9	–	0,1	0,1	0,1	–	2 x y	–	–	–	–	–
Zambie	12,5	970	900	1 100	460	170	5,0	3,1	7,0	41	38	43	42 p	680	1 200	92
Zimbabwe	14,9	1 200	1 200	1 300	600	200	5,6	3,6	7,6	47	52	51	39 p	1 000	1 300	95

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^σ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique subsaharienne	4,8	23 500	22 100	24 900	11 800	3 100	2,2	1,3	3,0	36	28	49	30	15 200	53 600	95
Afrique de l'Est et australe	7,0	17 200	16 300	17 800	8 700	2 200	3,1	1,9	4,3	40	36	44	30	10 700	27 200	89
Afrique de l'Ouest et centrale	2,6	6 300	5 700	6 800	3 200	850	1,3	0,7	1,8	33	21	56	30	4 500	26 300	100
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,1	260	220	320	74	32	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	160	6 000	–
Asie du Sud	0,2	2 500	1 600	3 400	890	110	0,1	0,1	0,1	34	17	33	17	600	42 900	72
Asie de l'Est et Pacifique	0,2	2 400	2 100	2 700	720	64	0,1	0,1	0,1	–	23 **	–	–	510	28 700	–
Amérique latine et Caraïbes	0,4	1 600	1 300	1 900	540	58	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	600	9 500	–
ECO/CEI	0,6	1 500	1 100	1 800	410	18	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	170	6 500	–
Pays les moins avancés	1,9	10 300	9 600	10 900	5 000	1 600	0,9	0,6	1,3	30	24	–	–	7 800	43 200	88
Monde	0,8	34 000	31 400	35 900	15 000	3 400	0,4	0,3	0,5	–	21 **	–	–	17 300	151 000	–

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

[#] Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Prévalence du VIH chez les adultes – Pourcentage estimatif d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) qui vivaient avec le VIH en 2011.

Personnes vivant avec le VIH – Nombre estimatif de personnes de tout âge qui vivaient avec le VIH en 2011.

Femmes vivant avec le VIH – Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) qui vivaient avec le VIH en 2011.

Enfants vivant avec le VIH – Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) qui vivaient avec le VIH en 2011.

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

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

Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples – Pourcentage de jeunes (âgés de 15 à 24 ans) ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui affirment avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, quel que soit le partenaire.

Enfants rendus orphelins par le SIDA – Nombre estimatif, pour 2011, d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) dont un parent, ou les deux, sont morts du SIDA.

Enfants orphelins toutes causes confondues – Nombre estimatif, pour 2011, d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) dont un parent, ou les deux, sont morts, toutes causes confondues.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins – Pourcentage d'enfants (âgés de 10 à 14 ans) qui ont perdu leurs deux parents biologiques et qui fréquentent l'école au moment de l'enquête, par rapport aux enfants non orphelins du même âge qui vivent avec au moins un de leurs parents et qui fréquentent l'école.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2012*.

Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2012*.

Nombre estimatif de femmes vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2012*.

Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2012*.

Prévalence du VIH chez les jeunes – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2012*.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS), Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales sur les ménages; Base de données sur les indicateurs d'enquêtes sur le VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples – EIS, EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; et Base de données sur les indicateurs d'enquêtes sur le VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Enfants rendus orphelins par le SIDA – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2012*.

Enfants orphelins, toutes causes confondues – ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie de SIDA dans le monde, 2012*.

Taux de fréquentation scolaire des orphelins – EIS, EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages; et Base de données sur les indicateurs d'enquêtes sur le VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées dans la colonne de tête. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales, sauf les données 2005-2006 d'Inde. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.

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

p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25–49 cas non pondérés).

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

** À l'exclusion de la Chine.

TABLEAU 5 : ÉDUCATION

Pays et zones	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans)(%) 2007-2011*		Nombre pour 100 personnes 2011		Participation au pré-primaire		Participation à l'école primaire								Participation à l'école secondaire			
	hommes	femmes			Taux brut de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux brut de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de fréquentation (%) 2007-2011*		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) 2008-2011* 2007-2011*		Taux net de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de fréquentation (%) 2007-2011*	
			téléphones portables	utilisation d'Internet	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	données admin.	données de l'enquête	garçons	filles	garçons	filles
Afghanistan	–	–	54	5	–	–	114	79	–	–	66 x	40 x	–	90 x	–	–	18 x	6
Afrique du Sud	97	98	127	21	65	65	104	100	90	91	80 x	83 x	–	–	–	–	41 x	48
Albanie	99	99	96	49	56	55	87	87	80	80	90	91	95	100	–	–	84	82
Algérie	94 x	89 x	99	14	79	76	113	107	98	96	97 x	96 x	95	93 x	–	–	57 x	65
Allemagne	–	–	132	83	114	113	103	102	–	–	–	–	96	–	–	–	–	–
Andorre	–	–	75	81	104	99	84	85	78	79	–	–	–	–	74	75	–	–
Angola	80	66	48	15	103	105	137	112	93	78	77	75	32	83 x	12	11	21	17
Antigua-et-Barbuda	–	–	182	82	76	76	106	97	91	84	–	–	–	–	85	85	–	–
Arabie saoudite	99	97	191	48	–	–	106	106	90	89	–	–	–	–	78	83	–	–
Argentine	99	99	135	48	73	75	118	117	–	–	–	–	94	–	78	87	–	–
Arménie	100	100	104	–	29	34	101	104	–	–	99 x	98 x	–	100 x	85	88	93 x	95
Australie	–	–	108	79	79	78	105	105	97	98	–	–	–	–	85	86	–	–
Autriche	–	–	155	80	100	100	100	99	–	–	–	–	97	–	–	–	–	–
Azerbaïdjan	100	100	109	50	26	25	94	93	85	84	74 x	72 x	96	100 x	–	–	83	82
Bahamas	–	–	86	65	–	–	113	115	–	–	–	–	89	–	82	88	–	–
Bahreïn	100	100	128	77	–	–	–	–	–	–	86 x	87 x	–	99 x	–	–	77 x	85
Bangladesh	75	78	56	5	14	13	–	–	–	–	85 y	88 y	66	94 x	45	50	–	–
Barbade	–	–	127	72	108	108	119	122	–	–	–	–	–	–	81	88	–	–
Bélarus	100	100	112	40	100	98	100	100	–	–	93 x	94 x	100	100 x	–	–	95 x	97
Belgique	–	–	117	78	118	118	105	104	99	99	–	–	93	–	–	–	–	–
Belize	–	–	64	–	45	47	127	116	–	–	95 x	95 x	90	98 x	–	–	58 x	60
Bénin	66	45	85	4	18	19	135	117	–	–	65 x	58 x	–	89 x	–	–	34 x	23
Bhoutan	80 x	68 x	66	21	2	2	110	112	88	91	91	93	91	94	50	54	54	56
Bolivie (État plurinational de)	100	99	83	30	45	45	105	104	–	–	97	97	–	96	68	69	78	75
Bosnie-Herzégovine	100	100	85	60	17	17	111	113	86	88	97 x	98 x	99	100 x	–	–	89 x	89
Botsswana	94	97	143	7	19	19	112	108	87	88	86	88	93	–	57	65	36 x	44
Brésil	97	99	123	45	–	–	–	–	–	–	95 x	95 x	–	88 x	–	–	74 x	80
Brunéï Darussalam	100	100	109	56	88	88	107	109	–	–	–	–	96	–	95	99	–	–
Bulgarie	98	98	141	51	80	79	103	102	99	100	–	–	97	–	84	82	–	–
Burkina Faso	47	33	45	3	3	3	79	72	61	56	49 x	44 x	64	89 x	18	14	17 x	15
Burundi	78	78	14	1	9	9	157	155	–	–	73	74	56	82 x	18	15	7	7
Cambodge	88	86	70	3	13	13	130	124	96	95	85 y	85 y	–	92 x	–	–	45 y	44
Cameroun	89	77	52	5	28	29	129	111	–	–	82 x	77 x	66	87 x	–	–	39 x	37
Canada	–	–	75	83	71	71	99	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cap-Vert	97	99	79	32	70	70	114	105	95	92	–	–	–	–	61	71	–	–
Chili	99	99	130	54	55	58	108	103	94	94	–	–	–	–	81	84	–	–
Chine	99	99	73	38	54	54	110	113	100 z	100 z	–	–	99 z	–	–	–	–	–
Chypre	100	100	98	58	81	81	106	105	99	99	–	–	–	–	96	96	–	–
Colombie	98	99	98	40	49	49	116	114	92	91	90	92	85	95	72	77	73	79
Comores	86	85	29	6	22	21	109	100	–	–	31 x	31 x	–	19 x	–	–	10 x	11
Congo	87 x	78 x	94	6	12	13	118	112	92	89	86 x	87 x	–	93 x	–	–	39 x	40
Costa Rica	98	99	92	42	71	72	110	109	–	–	96	96	89	–	–	–	59 x	65
Côte d'Ivoire	72	62	86	2	4	4	96	80	67	56	59 x	51 x	61	90 x	–	–	32 x	22
Croatie	100	100	116	71	62	61	93	93	95	97	–	–	99	–	88	94	–	–
Cuba	100	100	12	23	100	100	104	102	100	100	–	–	95	–	86	85	–	–
Danemark	–	–	126	90	97	96	99	99	95	97	–	–	99	–	88	91	–	–
Djibouti	–	–	21	7	4	4	62	56	47	42	67 x	66 x	64	92 x	28	20	45 x	37
Dominique	–	–	164	51	111	114	113	111	–	–	–	–	88	–	–	–	–	–
Égypte	91	84	101	36	24	23	103	98	–	–	90	87	–	99	71	69	70	70
El Salvador	96	96	126	18	63	65	117	111	95	95	–	–	86	–	57	59	–	–
Émirats arabes unis	94 x	97 x	149	70	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	98	99	105	31	109	115	114	115	–	–	92 y	93 y	–	–	–	–	71 y	73
Érythrée	92	87	4	6	14	13	48	41	37	33	69 x	64 x	69	–	32	25	23 x	21
Espagne	100	100	114	68	126	127	106	105	100	100	–	–	99	–	94	96	–	–
Estonie	100	100	139	77	96	96	100	98	96	96	–	–	98	–	91	93	–	–
État de Palestine	99	99	–	55	40	39	92	90	90	88	91 x	92 x	–	–	81	87	–	–
États-Unis	–	–	106	78	68	70	102	101	95	96	–	–	93	–	89	90	–	–
Éthiopie	63	47	17	1	5	5	106	97	85	80	64	65	47	84 x	–	–	16	16
ex-République yougoslave de Macédoine	99	99	109	57	25	26	89	91	97	99	99	98	–	99	–	–	84	81
Fédération de Russie	100	100	179	49	91	89	99	99	95	96	–	–	96	–	–	–	–	–
Fidji	–	–	84	28	17	19	106	104	99	99	–	–	91	–	–	–	–	–

Pays et zones	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans)(%) 2007-2011*		Nombre pour 100 personnes 2011		Participation au pré-primaire		Participation à l'école primaire								Participation à l'école secondaire			
	hommes	femmes	téléphones portables	utilisation d'Internet	Taux brut de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux brut de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de fréquentation (%) 2007-2011*		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) 2008-2011* 2007-2011*		Taux net de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de fréquentation (%) 2007-2011*	
					garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	données admin.	données de l'enquête	garçons	filles
Finlande	–	–	166	89	68	68	99	99	98	98	–	–	100	–	94	94	–	–
France	–	–	105	80	109	108	111	109	99	99	–	–	–	–	98	99	–	–
Gabon	99	97	117	8	41	43	184	179	–	–	94 x	94 x	–	–	–	–	34 x	36
Gambie	72	62	89	11	30	31	82	84	68	70	40	45	61	93	–	–	34	34
Géorgie	100	100	102	37	52	64	107	111	–	–	95	96	96	98 x	–	–	85 x	88
Ghana	82	80	85	14	68	70	107	107	84	85	72	74	72	81	51	47	40	44
Grèce	99	99	106	53	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	–	–	–	–	95	102	103	103	96	99	–	–	–	–	95	86	–	–
Guatemala	89	85	140	12	70	72	119	114	100	98	–	–	–	–	43	40	23 x	24
Guinée	70	57	44	1	14	14	103	86	83	70	55 x	48 x	66	96 x	36	22	27 x	17
Guinée-Bissau	79	65	26	3	7	7	127	119	77	73	69	65	–	79	–	–	27	20
Guinée équatoriale	98	98	59	–	47	63	88	85	57	56	61 x	60 x	62	–	–	–	23 x	22
Guyana	–	–	69	32	74	78	83	86	82	86	94	96	83	100	78	83	70	79
Haïti	74	70	41	–	–	–	–	–	–	–	48 x	52 x	–	85 x	–	–	18 x	21
Honduras	94	96	104	16	43	44	116	116	95	97	87 x	90 x	–	–	–	–	35 x	43
Hongrie	99	99	117	59	85	84	102	101	98	98	–	–	98	–	91	91	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	166	149	107	110	98	99	–	–	–	–	76	82	–	–
Îles Marshall	–	–	–	–	45	47	102	101	–	–	–	–	83	–	–	–	–	–
Îles Salomon	–	–	50	6	49	50	–	–	–	–	63 y	69 y	–	–	–	–	29 y	30
Inde	88	74	72	10	54	56	116	116	99	98	85 x	81 x	–	95 x	–	–	59 x	49
Indonésie	100	99	98	18	43	44	117	119	–	–	98	98	–	–	68	67	57 y	59
Iran (République islamique d')	99	99	75	21	41	44	114	115	–	–	94 x	91 x	94	–	92	80	–	–
Iraq	85	81	78	5	–	–	–	–	–	–	91 x	80 x	–	93 x	–	–	46 x	34
Irlande	–	–	108	77	99	97	108	108	99	100	–	–	–	–	98	100	–	–
Islande	–	–	106	95	97	97	99	100	99	100	–	–	–	–	87	89	–	–
Israël	–	–	122	70	103	109	103	103	97	97	–	–	99	–	97	100	–	–
Italie	100	100	152	57	100	96	102	101	100	99	–	–	100	–	94	94	–	–
Jamaïque	93	98	108	32	113	113	91	87	83	81	97 x	98 x	95	99 x	80	87	89 x	93
Japon	–	–	103	80	–	–	103	103	–	–	–	–	100	–	99	100	–	–
Jordanie	99	99	118	35	33	31	92	92	91	91	99	99	–	–	83	88	85	89
Kazakhstan	100	100	143	45	48	47	111	111	–	–	99 x	98 x	100	100 x	89	88	95 x	95
Kenya	92	94	65	28	52	52	115	112	84	85	72	75	–	96	52	48	40	42
Kirghizistan	100	100	105	20	19	19	100	99	95	95	91 x	93 x	98	99 x	79	79	88 x	91
Kiribati	–	–	14	10	–	–	111	115	–	–	–	–	–	–	–	–	55 y	63
Koweït	99	99	–	74	81	83	104	107	97	100	–	–	96	–	86	93	–	–
Lesotho	86	98	48	4	–	–	104	102	72	75	87	91	69	84 x	23	37	26	40
Lettonie	100	100	103	72	85	82	101	100	95	97	–	–	95	–	83	84	–	–
Liban	98	99	79	52	82	81	106	103	94	93	98	98	92	93 x	71	79	77	85
Libéria	71	82	49	3	–	–	101	91	–	–	32	28	–	–	–	–	14	14
Libye	100	100	156	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	102	85	102	105	109	102	100	98	–	–	79	–	64	64	–	–
Lituanie	100	100	151	65	75	73	96	95	96	96	–	–	98	–	91	91	–	–
Luxembourg	–	–	148	91	87	86	99	100	96	98	–	–	–	–	84	86	–	–
Madagascar	66	64	38	2	9	9	150	147	–	–	78	80	35	89	23	24	27	28
Malaisie	98	98	127	61	64	69	–	–	–	–	–	–	98	–	65	71	–	–
Malawi	87	87	25	3	–	–	133	138	–	–	76 x	79 x	53	81 x	28	27	19	20
Maldives	99	99	166	34	113	115	111	107	97	97	82	84	–	99	–	–	52	63
Mali	56	34	68	2	3	3	86	75	71	61	62	55	75	96 x	35	24	38	24
Malte	97	99	125	69	119	115	101	101	93	94	–	–	80	–	82	80	–	–
Maroc	87	72	113	51	65	50	115	108	95	93	91 x	88 x	91	–	–	–	39 x	36
Maurice	96	98	99	35	97	96	99	100	92	94	–	–	98	–	–	–	–	–
Mauritanie	71	65	93	5	–	–	99	105	73	76	56	59	71	77	–	–	21	17
Mexique	98	98	82	36	101	102	115	113	99	100	97 x	97 x	94	–	70	73	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	86	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	94	97	105	20	76	79	123	121	100	99	95	97	94	99	–	–	91	95
Monténégro	99	99	–	40	32	30	107	106	–	–	97 x	98 x	–	97 x	–	–	90 x	92
Mozambique	79	65	33	4	–	–	121	109	95	89	82	80	27	60	17	15	21	20
Myanmar	96	96	3	1	10	10	126	126	–	–	90	91	75	93	49	52	52 y	53
Namibie	91	95	105	12	–	–	108	107	84	89	91	93	83	89 x	–	–	47	62
Nauru	–	–	65	–	96	93	90	96	–	–	–	–	–	–	–	–	52 y	69

Pays et zones	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans)(%) 2007-2011*		Nombre pour 100 personnes 2011		Participation au pré-primaire		Participation à l'école primaire								Participation à l'école secondaire			
	hommes	femmes	téléphones portables	utilisation d'Internet	Taux brut de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux brut de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de fréquentation (%) 2007-2011*		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) 2008-2011* 2007-2011*		Taux net de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de fréquentation (%) 2007-2011*	
					garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	données admin.	données de l'enquête	garçons	filles
Népal	88	78	44	9	–	–	–	–	–	–	67 y	70 y	–	95 x	–	–	46 x	38
Nicaragua	85 x	89 x	82	11	55	56	119	116	93	95	71 y	70 y	–	56 x	43	49	35 x	47
Niger	52 x	23 x	27	1	4	4	73	60	64	52	44 x	31 x	69	88 x	13	8	13 x	8
Nigéria	78	66	59	28	14	14	87	79	60	55	65	60	80	98	–	–	45	43
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	117	94	100	98	99	99	99	99	–	–	99	–	94	94	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	109	86	91	95	101	101	99	100	–	–	–	–	94	95	–	–
Oman	98	98	169	68	45	45	107	104	100	97	–	–	–	–	89	90	–	–
Ouganda	90	85	48	13	14	14	120	122	90	92	82 y	80 y	32	72 x	–	–	17 y	17
Ouzbékistan	100	100	92	30	26	26	95	93	93	91	96 x	96 x	98	100 x	93	91	91 x	90
Pakistan	79	61	62	9	–	–	104	85	81	67	70	62	62	–	38	29	35	29
Palaos	–	–	75	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	98	97	204	43	67	67	109	106	99	98	–	–	94	–	66	72	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	65	72	34	2	101	99	63	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	99	99	99	24	35	35	101	98	86	86	87	89	78	–	58	62	81 x	80
Pays-Bas	–	–	–	92	93	93	108	107	–	–	–	–	–	–	87	88	–	–
Pérou	98	97	110	37	79	79	108	108	98	98	96	96	90	95	77	78	81 y	82
Philippines	97	98	92	29	51	52	107	105	88	90	88 x	89 x	76	90 x	56	67	55 x	70
Pologne	100	100	128	65	65	66	98	97	96	96	–	–	98	–	90	92	–	–
Portugal	100	100	115	55	82	82	116	112	99	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	96	98	123	86	57	54	103	103	96	97	–	–	–	–	76	93	–	–
République arabe syrienne	96	94	63	23	10	9	119	116	100	98	87 x	86 x	95	100 x	67	67	63 x	63
République centrafricaine	72	58	25	2	6	6	109	78	81	61	56 x	47 x	46	62 x	18	10	12 x	9
République de Corée	–	–	109	84	118	119	106	105	99	98	–	–	99	–	96	95	–	–
République de Moldova	99	100	105	38	76	75	94	93	90	90	84 x	85 x	95	100 x	78	79	82 x	85
République démocratique du Congo	68	62	23	1	3	3	100	87	–	–	78	72	55	75	–	–	35	28
République démocratique populaire lao	89 x	79 x	87	9	22	22	131	122	98	95	81 x	77 x	–	65 x	42	38	39 x	32
République dominicaine	96	98	87	36	38	38	115	102	96	90	95	96	–	78	58	67	56	68
République populaire démocratique de Corée	100	100	4	–	–	–	–	–	–	–	99	99	–	–	–	–	98	98
République tchèque	–	–	122	73	107	105	106	106	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	78	76	56	12	33	34	101	103	98	98	79	82	81	91 x	–	–	26	24
Roumanie	97	97	109	44	79	79	96	95	88	87	–	–	97	–	82	83	–	–
Royaume-Uni	–	–	131	82	81	82	106	106	100	100	–	–	–	–	95	97	–	–
Rwanda	77	78	41	7	10	11	141	144	–	–	86	89	–	76 x	–	–	15	16
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	92	88	93	94	86	86	–	–	74	–	89	88	–	–
Saint-Marin	–	–	112	50	96	89	89	101	91	93	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	–	–	121	43	79	80	109	101	–	–	–	–	–	–	85	96	–	–
Sainte-Lucie	–	–	123	42	62	59	96	92	90	89	–	–	92	–	85	85	–	–
Samoa	99	100	–	–	35	41	107	109	93	97	88 y	89 y	–	–	73	83	51 y	70
Sao Tomé-et-Principe	95	96	68	20	44	48	131	130	–	–	86	85	68	84	44	52	30	31
Sénégal	74	56	73	18	12	14	84	89	76	80	60	63	60	93 x	–	–	35	32
Serbie	99	99	125	42	53	53	96	96	95	94	98	99	99	99	89	91	88	90
Seychelles	99	99	146	43	106	97	117	117	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	69	50	36	–	7	7	129	120	–	–	73	76	–	93	–	–	40	33
Singapour	100	100	149	75	–	–	–	–	–	–	–	–	99	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	109	74	92	89	102	102	–	–	–	–	98	–	–	–	–	–
Slovénie	100	100	107	72	87	85	98	97	97	97	–	–	100	–	91	92	–	–
Somalie	–	–	7	1	–	–	–	–	–	–	18 x	15 x	–	85 x	–	–	12 x	8
Soudan*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	78	72	–	82	–	–	33	30
Soudan du Sud*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	32	25	–	65	–	–	8	4
Sri Lanka	98	99	87	15	–	–	99	99	94	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Suède	–	–	119	91	95	95	102	101	100	99	–	–	99	–	94	94	–	–
Suisse	–	–	130	85	99	100	103	102	99	99	–	–	–	–	84	82	–	–
Suriname	98	99	179	32	85	86	116	111	91	91	95 x	94 x	90	92 x	46	55	56 x	67
Swaziland	92	95	64	18	22	23	121	111	86	85	96	97	84	93	29	37	42	52
Tadjikistan	100	100	91	13	9	8	104	100	99	96	99 y	96 y	99	100 x	90	80	89 x	74
Tchad	53	41	32	2	2	2	107	78	–	–	56	48	28	94 x	–	–	20	12

Pays et zones	Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans)(%) 2007-2011*		Nombre pour 100 personnes 2011		Participation au pré-primaire		Participation à l'école primaire								Participation à l'école secondaire			
	hommes	femmes	téléphones portables	utilisation d'Internet	Taux brut de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux brut de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de fréquentation (%) 2007-2011*		Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) 2008-2011* 2007-2011*		Taux net de scolarisation (%) 2008-2011*		Taux net de fréquentation (%) 2007-2011*	
					garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	données admin.	données de l'enquête	garçons	filles
Thaïlande	98 x	98 x	113	24	98	101	91	90	90	89	98 x	98 x	—	99 x	68	76	77 x	83
Timor-Leste	80	79	53	1	—	—	119	115	86	86	71	73	67	91	34	39	43	48
Togo	88	75	50	4	9	9	147	132	—	—	91	87	59	90	—	—	51	40
Tonga	99 x	100 x	53	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinité-et-Tobago	100	100	136	55	—	—	107	103	98	97	98 x	98 x	89	98 x	—	—	84 x	90
Tunisie	98	96	117	39	—	—	111	107	—	—	95 x	93 x	95	—	—	—	—	—
Turkménistan	100	100	69	5	—	—	—	—	—	—	99 x	99 x	—	100 x	—	—	84 x	84
Turquie	99	97	89	42	22	21	103	101	98	97	94 y	92 y	92	95 x	77	71	—	—
Tuvalu	—	—	22	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35 y	47
Ukraine	100	100	123	31	99	96	99	100	91	91	70	76	98	100	86	86	85	85
Uruguay	98	99	141	51	89	89	115	111	100	99	—	—	95	—	66	73	—	—
Vanuatu	94	94	—	—	58	59	120	114	—	—	80	82	71	88	46	49	38	36
Venezuela (République bolivarienne du)	98	99	98	40	71	76	104	101	95	95	91 x	93 x	92	82 x	68	76	30 x	43
Viet Nam	97	96	143	35	84	79	109	103	—	—	98	98	—	99	—	—	78	84
Yémen	96	74	47	15	1	1	96	78	86	70	75 x	64 x	—	73 x	49	31	49 x	27
Zambie	82	67	61	12	—	—	115	116	91	94	81	82	53	87	—	—	38	36
Zimbabwe	—	—	72	16	—	—	—	—	—	—	87	89	—	79 x	—	—	48	49

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^α	—	—	56	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
--------------------------------------	---	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES^β

Afrique subsaharienne	76	67	53	13	18	18	103	96	78	74	72	70	60	—	—	—	31	29
Afrique de l'Est et australe	80	72	51	11	21	22	113	108	88	85	75	75	49	—	33	30	23	23
Afrique de l'Ouest et centrale	73	61	54	14	14	14	96	86	69	64	68	64	68	90	—	—	40	36
Moyen-Orient et Afrique du Nord	94	89	94	29	25	23	103	97	92	87	—	—	—	—	68	63	—	—
Asie du Sud	86	73	69	9	48	49	107	105	93	91	83	79	—	95	54	46	55	46
Asie de l'Est et Pacifique	99	99	81	35	56	56	110	112	96	96	96**	97**	95	—	70	74	61**	63**
Amérique latine et Caraïbes	97	97	107	39	70	70	116	112	96	95	—	—	91	—	71	76	—	—
ECO/CEI	99	99	132	42	57	56	100	99	95	95	—	—	96	—	83	82	—	—
Pays les moins avancés	76	68	42	6	13	13	106	100	82	78	76	75	56	—	35	29	27	24
Monde	92	87	85	33	48	48	107	105	92	90	82**	79**	81	—	64	61	49**	45**

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

^β Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux d'alphabétisation des jeunes – Nombre de personnes alphabétisées, âgées de 15 à 24 ans, exprimé en pourcentage de la population totale dans ce groupe d'âge.

Téléphones portables – Nombre d'abonnements actifs à un service de téléphonie mobile, y compris le nombre de cartes SIM prépayées actives au cours des trois mois précédents.

Utilisation d'Internet – Le nombre estimatif d'utilisateurs d'Internet. Cet indicateur englobe les utilisateurs d'Internet quel que soit le moyen utilisé pour se connecter (y compris les téléphones portables) au cours des 12 mois précédents.

Taux brut de scolarisation dans le pré-primaire – Nombre d'enfants inscrits dans l'enseignement pré-primaire indépendamment de leur âge, en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école pré-primaire.

Taux brut de scolarisation à l'école primaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel d'aller à l'école primaire.

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

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

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Pourcentage d'enfants qui entrent en première année d'école primaire et qui atteindront la dernière année du cycle primaire.

Taux net de scolarisation à l'école secondaire – Nombre d'enfants inscrits à l'école secondaire ayant l'âge officiel de fréquenter l'école secondaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires. Le taux net de scolarisation à l'école secondaire n'inclut pas les enfants en âge de fréquenter l'école secondaire qui sont inscrits dans l'enseignement tertiaire en raison des difficultés liées à l'obtention d'informations et à l'enregistrement des âges à ce niveau.

Taux net de fréquentation de l'école secondaire – Nombre d'enfants fréquentant l'enseignement secondaire ou tertiaire ayant l'âge officiel de fréquenter l'école secondaire, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études secondaires. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école secondaire inscrits dans l'enseignement tertiaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de fréquentation de l'école secondaire.

Toutes les données se rapportent à la Classification internationale type de l'éducation (CITE) pour les enseignements primaire et secondaire et peuvent donc ne pas correspondre directement avec le système scolaire d'un pays spécifique.

PRINCIPALES SOURCES DES DONNÉES

Alphabétisation des jeunes – Institut de la statistique de l'UNESCO (ISU).

Utilisation du téléphone et d'Internet – Union internationale des télécommunications, Genève.

Inscription dans les enseignements pré-primaire, primaire et secondaire – ISU. Estimations extraites de données administratives provenant de Systèmes d'information sur la gestion des établissements d'enseignement avec estimations de l'ONU sur la population.

Fréquentation scolaire dans les enseignements primaire et le secondaire – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Données administratives : ISU, données d'enquêtes : EDS et MICS. Moyennes régionales et mondiales calculées par l'UNICEF.

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données se rapportent à des années ou à des périodes autres que celles indiquées en tête de colonne. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales ou mondiales à l'exception des données 2005-2006 de l'Inde. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

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

z Données fournies par le Ministère chinois de l'éducation. Les données de l'ISU ne couvrent pas actuellement les taux nets de scolarisation de la Chine.

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

** À l'exclusion de la Chine.

Pays et zones	Population (milliers) 2011			Taux annuel de croissance démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Taux global de fécondité 2011	Population urbanisée (%) 2011	Taux annuel moyen de croissance de la population urbaine (%)	
	total	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1990-2011	2011-2030 ^a	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990-2011	2011-2030 ^a
Gambie	1 776	897	292	2,9	2,4	26	13	9	51	47	38	38	53	58	4,8	57	4,8	3,2
Géorgie	4 329	892	258	-1,1	-0,7	9	9	11	19	17	12	67	71	74	1,5	53	-1,3	-0,3
Ghana	24 966	11 174	3 591	2,5	2,0	17	11	8	47	39	31	49	57	64	4,1	52	4,2	3,0
Grèce	11 390	2 001	600	0,5	0,1	8	9	10	17	10	10	72	77	80	1,5	61	0,7	0,6
Grenade	105	35	10	0,4	0,1	9	8	6	28	28	19	64	69	76	2,2	39	1,2	1,0
Guatemala	14 757	7 072	2 192	2,4	2,3	15	9	5	44	39	32	52	62	71	3,9	50	3,3	3,2
Guinée	10 222	5 045	1 691	2,7	2,3	30	21	13	49	46	38	34	44	54	5,2	35	3,8	3,7
Guinée-Bissau	1 547	739	244	2,0	2,0	26	22	16	46	46	38	37	43	48	5,0	44	4,1	3,2
Guinée équatoriale	720	327	111	3,1	2,2	25	20	14	39	47	36	40	47	51	5,1	39	3,7	3,0
Guyana	756	297	60	0,2	0,3	12	10	6	37	25	18	56	61	70	2,2	28	0,0	1,0
Haïti	10 124	4 271	1 245	1,7	1,1	18	13	9	39	37	26	47	55	62	3,3	53	4,7	2,6
Honduras	7 755	3 338	975	2,2	1,7	15	7	5	47	38	26	52	66	73	3,1	52	3,4	2,6
Hongrie	9 966	1 800	493	-0,2	-0,2	11	14	13	15	12	10	69	69	74	1,4	69	0,1	0,4
Îles Cook	20	8	2	0,7	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	1,9	0,8
Îles Marshall	55	20	5	0,7	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	1,2	1,5
Îles Salomon	552	254	81	2,8	2,2	13	11	6	45	40	31	54	57	68	4,2	20	4,7	4,0
Inde	1 241 492	448 336	128 542	1,7	1,1	16	11	8	38	31	22	49	58	65	2,6	31	2,6	2,3
Indonésie	242 326	77 471	21 210	1,3	0,8	15	8	7	40	26	18	52	62	69	2,1	51	3,7	1,9
Iran (République islamique d')	74 799	20 819	6 269	1,5	0,6	16	8	5	42	34	17	51	62	73	1,6	69	2,4	0,9
Iraq	32 665	16 146	5 294	3,0	2,8	12	7	6	45	38	35	58	67	69	4,6	66	2,8	2,9
Irlande	4 526	1 137	370	1,2	0,9	11	9	6	22	14	16	71	75	81	2,1	62	1,6	1,4
Islande	324	81	24	1,1	1,0	7	7	6	21	17	15	74	78	82	2,1	94	1,3	1,1
Israël	7 562	2 417	754	2,5	1,4	7	6	5	26	22	21	72	76	82	2,9	92	2,6	1,4
Italie	60 789	10 308	2 910	0,3	0,0	10	10	10	17	10	9	71	77	82	1,4	68	0,4	0,4
Jamaïque	2 751	956	254	0,7	0,2	8	7	7	36	26	18	68	71	73	2,3	52	1,0	0,6
Japon	126 497	20 375	5 418	0,2	-0,3	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1,4	91	1,0	0,0
Jordanie	6 330	2 747	817	2,9	1,5	11	5	4	51	36	25	61	70	73	3,0	83	3,6	1,7
Kazakhstan	16 207	4 800	1 726	-0,1	0,8	9	9	10	26	23	21	62	67	67	2,5	54	-0,3	1,0
Kenya	41 610	20 317	6 805	2,7	2,4	15	10	10	51	42	37	52	59	57	4,7	24	4,4	4,1
Kirghizistan	5 393	1 957	624	1,0	1,1	11	8	7	31	31	24	60	66	68	2,7	35	0,7	1,8
Kiribati	101	36	10	1,6	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	2,7	2,0
Koweït	2 818	863	282	1,4	1,9	6	3	3	49	21	18	67	72	75	2,3	98	1,4	1,9
Lesotho	2 194	970	276	1,4	0,8	17	10	15	43	36	28	49	59	48	3,1	28	4,6	2,9
Lettonie	2 243	382	117	-0,8	-0,4	11	13	14	14	14	11	70	69	73	1,5	68	-0,9	-0,2
Liban	4 259	1 271	328	1,8	0,5	9	7	7	33	26	15	65	69	73	1,8	87	2,0	0,6
Libéria	4 129	2 057	700	3,2	2,4	23	21	11	49	46	39	41	42	57	5,2	48	2,2	3,2
Libye	6 423	2 293	717	1,9	1,0	16	4	4	49	26	23	52	68	75	2,5	78	2,0	1,3
Liechtenstein	36	7	2	1,1	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	0,3	1,1
Lituanie	3 307	616	173	-0,5	-0,4	9	11	14	17	15	11	71	71	72	1,5	67	-0,6	-0,1
Luxembourg	516	110	29	1,4	1,1	12	10	8	13	13	12	70	75	80	1,7	85	1,7	1,3
Madagascar	21 315	10 570	3 378	3,0	2,7	21	16	6	48	45	35	44	51	67	4,6	33	4,6	4,3
Malaisie	28 859	10 244	2 796	2,2	1,3	7	5	5	33	28	20	64	70	74	2,6	73	4,0	1,9
Malawi	15 381	8 116	2 829	2,4	3,2	24	18	12	52	48	44	41	47	54	6,0	16	3,8	4,7
Maldives	320	104	26	1,8	0,9	21	9	4	50	41	17	44	61	77	1,7	41	4,0	2,6
Mali	15 840	8 525	2 995	2,9	2,8	30	21	14	49	49	46	34	44	51	6,2	35	4,8	4,3
Malte	418	77	20	0,6	0,2	9	8	8	16	16	9	70	75	80	1,3	95	0,8	0,3
Maroc	32 273	10 790	3 048	1,3	0,8	17	8	6	47	30	19	52	64	72	2,2	57	2,0	1,4
Maurice	1 307	344	81	1,0	0,3	7	6	7	29	22	13	63	69	73	1,6	42	0,8	0,8
Mauritanie	3 542	1 635	522	2,7	2,0	18	11	9	47	41	33	47	56	59	4,5	41	2,9	3,0
Mexique	114 793	39 440	10 943	1,5	0,9	10	5	5	43	28	19	61	71	77	2,3	78	1,9	1,2
Micronésie (États fédérés de)	112	48	13	0,7	0,8	9	7	6	41	34	24	62	66	69	3,4	23	0,1	1,6
Monaco	35	7	2	0,7	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,7	0,0
Mongolie	2 800	934	317	1,2	1,2	15	10	6	44	32	23	56	61	68	2,5	69	2,0	2,0
Monténégro	632	145	39	0,2	0,0	3	5	10	10	11	12	69	76	75	1,6	63	1,5	0,4
Mozambique	23 930	12 086	3 877	2,7	2,1	25	21	14	48	43	37	39	43	50	4,8	31	4,6	3,3
Myanmar	48 337	14 832	3 981	1,0	0,6	16	11	8	40	27	17	50	57	65	2,0	33	2,3	2,2
Namibie	2 324	994	288	2,4	1,4	15	9	8	43	38	26	53	61	62	3,2	38	3,9	2,8
Nauru	10	4	1	0,6	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,6	0,4
Népal	30 486	12 883	3 453	2,2	1,4	21	13	6	44	39	24	43	54	69	2,7	17	5,3	3,4
Nicaragua	5 870	2 390	684	1,7	1,1	14	7	5	46	37	23	54	64	74	2,6	58	2,1	1,7
Niger	16 069	8 922	3 196	3,4	3,4	26	24	13	56	56	48	38	41	55	7,0	18	4,2	5,3
Nigéria	162 471	79 931	27 195	2,4	2,4	22	19	14	46	44	40	42	46	52	5,5	50	4,1	3,5
Nioué	1	1	0	-2,3	-1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-1,4	-0,5
Norvège	4 925	1 117	309	0,7	0,7	10	11	8	17	14	12	74	77	81	1,9	79	1,2	0,9

Pays et zones	Population (milliers) 2011			Taux annuel de croissance démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Taux global de fécondité 2011	Population urbanisée (%) 2011	Taux annuel moyen de croissance de la population urbaine (%)	
	total	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1990-2011	2011-2030 ^a	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990-2011	2011-2030 ^a
Nouvelle-Zélande	4 415	1 091	320	1,2	0,9	9	8	7	22	17	15	71	75	81	2,2	86	1,3	1,0
Oman	2 846	910	290	2,0	1,2	16	5	4	49	38	18	51	71	73	2,2	73	2,5	1,6
Ouganda	34 509	19 042	6 638	3,2	2,9	16	17	12	49	50	45	50	47	54	6,1	16	4,8	5,3
Ouzbékistan	27 760	9 849	2 802	1,4	1,0	10	7	7	36	35	21	63	67	68	2,3	36	0,9	1,7
Pakistan	176 745	73 756	22 064	2,2	1,5	15	10	7	43	40	27	53	61	65	3,3	36	3,0	2,6
Palaos	21	7	2	1,5	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	2,4	1,4
Panama	3 571	1 213	345	1,9	1,2	8	5	5	37	26	20	65	72	76	2,5	75	3,5	1,7
Papouasie-Nouvelle-Guinée	7 014	3 168	975	2,5	2,0	17	10	7	44	35	30	46	56	63	3,9	12	1,6	3,6
Paraguay	6 568	2 587	744	2,1	1,5	7	6	5	37	33	24	65	68	72	2,9	62	3,2	2,1
Pays-Bas	16 665	3 526	907	0,5	0,2	8	9	8	17	13	11	74	77	81	1,8	83	1,4	0,5
Pérou	29 400	10 421	2 902	1,4	1,0	14	7	5	42	30	20	53	66	74	2,5	77	2,0	1,3
Philippines	94 852	39 205	11 161	2,1	1,5	9	7	6	39	33	25	61	65	69	3,1	49	2,1	2,3
Pologne	38 299	7 023	2 008	0,0	-0,1	8	10	10	17	15	11	70	71	76	1,4	61	0,0	0,1
Portugal	10 690	1 930	501	0,4	-0,2	11	10	10	21	11	9	67	74	79	1,3	61	1,5	0,5
Qatar	1 870	302	97	6,5	1,2	6	2	2	36	24	12	66	74	78	2,2	99	6,8	1,3
République arabe syrienne	20 766	8 923	2 446	2,5	1,5	11	5	4	47	36	22	60	71	76	2,9	56	3,1	2,2
République centrafricaine	4 487	2 098	658	2,0	1,8	23	17	16	43	41	35	42	49	48	4,5	39	2,3	2,8
République de Corée	48 391	9 842	2 488	0,6	0,2	9	6	6	32	16	10	61	72	81	1,4	83	1,1	0,4
République de Moldova	3 545	740	223	-1,0	-0,6	10	10	13	18	19	12	65	68	69	1,5	48	-0,9	0,6
République démocratique du Congo	67 758	35 852	12 037	3,0	2,4	21	19	16	48	50	43	44	47	48	5,7	34	4,0	3,8
République démocratique populaire lao	6 288	2 581	682	1,9	1,1	18	13	6	42	42	22	46	54	67	2,7	34	5,7	3,3
République dominicaine	10 056	3 672	1 051	1,6	1,0	11	6	6	42	30	21	58	68	73	2,5	70	2,7	1,5
République populaire démocratique de Corée	24 451	6 757	1 706	0,9	0,4	7	5	10	35	21	14	62	71	69	2,0	60	1,1	0,7
République tchèque	10 534	1 836	567	0,1	0,1	12	12	10	16	12	11	70	72	78	1,5	73	0,0	0,2
République-Unie de Tanzanie	46 218	23 690	8 267	2,8	3,0	18	15	10	48	44	41	47	51	58	5,5	27	4,5	4,7
Roumanie	21 436	3 928	1 093	-0,4	-0,3	9	11	12	21	14	10	68	69	74	1,4	53	-0,4	0,0
Royaume-Uni	62 417	13 153	3 858	0,4	0,6	12	11	9	15	14	12	72	76	80	1,9	80	0,5	0,8
Rwanda	10 943	5 352	1 909	2,1	2,5	20	32	12	51	45	41	44	33	55	5,3	19	8,1	4,3
Saint-Kitts-et-Nevis	53	17	5	1,3	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	32	0,9	1,7
Saint-Marin	32	6	2	1,3	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	94	1,5	0,4
Saint-Siège	0	0	0	-2,5	-0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	-2,5	-0,1
Saint-Vincent-et-les Grenadines	109	35	9	0,1	0,1	11	7	7	40	25	17	61	69	72	2,0	49	0,9	0,8
Sainte-Lucie	176	55	15	1,2	0,7	9	6	6	39	28	17	64	71	75	2,0	18	-1,3	-1,4
Samoa	184	81	22	0,6	0,5	10	7	5	39	32	24	55	65	72	3,8	20	0,3	0,3
Sao Tomé-et-Principe	169	79	24	1,8	1,7	13	10	8	41	38	31	55	61	65	3,6	63	3,5	2,5
Sénégal	12 768	6 425	2 125	2,7	2,4	24	13	9	51	44	37	41	53	59	4,7	43	3,1	3,3
Serbie	9 854	2 089	551	0,1	-0,2	9	10	12	18	15	11	68	72	75	1,6	56	0,7	0,4
Seychelles	87	43	14	1,0	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	54	1,4	1,0
Sierra Leone	5 997	2 965	984	2,0	1,9	29	25	15	47	44	38	35	39	48	4,9	39	2,8	2,9
Singapour	5 188	1 104	238	2,6	0,7	5	5	5	23	19	9	68	76	81	1,3	100	2,6	0,7
Slovaquie	5 472	1 024	281	0,2	0,1	9	10	10	18	15	11	70	71	75	1,3	55	0,0	0,3
Slovénie	2 035	344	102	0,3	0,1	10	10	10	17	11	10	69	73	79	1,5	50	0,2	0,4
Somalie	9 557	4 896	1 701	1,8	2,8	24	20	15	51	45	43	40	45	51	6,3	38	2,9	4,1
Soudan ^a	34 318	–	–	2,5	2,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	33	3,2	2,9
Soudan du Sud ^a	10 314	–	–	2,6	2,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	18	4,0	3,9
Sri Lanka	21 045	6 183	1 886	0,9	0,5	9	7	7	31	20	18	63	70	75	2,3	15	0,3	2,0
Suède	9 441	1 916	562	0,5	0,5	10	11	10	14	14	12	74	78	81	1,9	85	0,6	0,7
Suisse	7 702	1 435	382	0,7	0,3	9	9	8	16	12	10	73	78	82	1,5	74	0,7	0,5
Suriname	529	176	47	1,3	0,7	9	7	7	37	23	18	63	67	71	2,3	70	2,0	1,1
Swaziland	1 203	548	158	1,6	1,0	18	10	14	49	43	29	48	59	49	3,3	21	1,2	1,5
Tadjikistan	6 977	3 052	883	1,3	1,3	10	8	6	40	39	28	60	63	68	3,2	27	0,5	2,1
Tchad	11 525	5 992	2 047	3,1	2,5	22	17	16	46	47	44	44	51	50	5,9	22	3,3	3,5
Thaïlande	69 519	17 111	4 270	0,9	0,3	10	5	7	38	19	12	60	73	74	1,6	34	1,6	1,6
Timor-Leste	1 154	616	201	2,1	2,9	23	18	8	42	43	38	40	46	62	6,1	28	3,6	4,1
Togo	6 155	2 831	870	2,5	1,8	20	14	11	49	42	32	45	53	57	4,0	38	3,8	3,0
Tonga	105	46	14	0,4	0,8	7	6	6	36	31	27	65	70	72	3,9	23	0,6	1,5
Trinité-et-Tobago	1 346	334	96	0,5	0,0	7	7	8	27	21	15	65	69	70	1,6	14	2,7	1,7
Tunisie	10 594	3 001	885	1,2	0,7	14	6	6	39	27	17	54	69	75	2,0	66	1,9	1,1
Turkménistan	5 105	1 785	499	1,6	1,0	11	8	8	37	35	21	58	63	65	2,4	49	1,9	1,8

Pays et zones	Population (milliers) 2011			Taux annuel de croissance démographique (%)		Taux brut de mortalité			Taux brut de natalité			Espérance de vie			Taux global de fécondité 2011	Population urbanisée (%) 2011	Taux annuel moyen de croissance de la population urbaine (%)	
	total	moins de 18 ans	moins de 5 ans	1990-2011	2011-2030 ^a	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011	2011	2011	1990-2011	2011-2030 ^a
Turquie	73 640	23 107	6 489	1,5	0,9	16	8	5	39	26	18	50	63	74	2,1	72	2,4	1,6
Tuvalu	10	4	1	0,4	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	51	1,5	1,3
Ukraine	45 190	7 977	2 465	-0,6	-0,6	9	13	16	15	13	11	71	70	68	1,5	69	-0,5	-0,2
Uruguay	3 380	912	245	0,4	0,3	10	10	9	21	18	15	69	73	77	2,1	93	0,6	0,4
Vanuatu	246	109	34	2,5	2,2	14	8	5	42	36	29	52	63	71	3,8	25	3,8	3,4
Venezuela (République bolivarienne du)	29 437	10 215	2 935	1,9	1,2	7	5	5	37	29	20	64	71	74	2,4	94	2,4	1,3
Viet Nam	88 792	25 532	7 202	1,3	0,7	18	8	5	41	30	16	48	66	75	1,8	31	3,4	2,5
Yémen	24 800	12 697	4 179	3,5	2,7	24	12	6	51	52	38	40	56	65	5,1	32	5,5	4,3
Zambie	13 475	7 169	2 509	2,6	3,1	17	17	15	49	44	46	49	47	49	6,3	39	2,5	4,3
Zimbabwe	12 754	5 841	1 706	0,9	1,7	13	9	13	48	37	29	55	61	51	3,2	39	2,3	3,0

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^σ	–	20 660	6 472	–	–	19	14	9	46	41	32	45	53	61	4,3	–	–	–
--------------------------------------	---	--------	-------	---	---	----	----	---	----	----	----	----	----	----	-----	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES^σ

Afrique subsaharienne	876 497	428 333	140 617	2,5	2,3	20	16	12	47	44	37	44	50	55	4,9	37	3,8	3,4
Afrique de l'Est et australe	418 709	196 675	63 188	2,5	2,2	19	15	12	47	43	35	47	51	56	4,5	30	3,6	3,4
Afrique de l'Ouest et centrale	422 564	210 616	70 843	2,6	2,4	22	18	13	47	45	39	42	48	53	5,3	43	3,9	3,5
Moyen-Orient et Afrique du Nord	415 633	157 845	48 169	2,1	1,5	16	8	5	44	34	24	52	63	71	2,8	60	2,7	1,9
Asie du Sud	1 653 679	614 255	176 150	1,8	1,1	17	11	8	40	33	23	49	59	66	2,7	31	2,8	2,4
Asie de l'Est et Pacifique	2 032 532	533 810	141 248	1,0	0,4	10	7	7	36	23	14	61	68	73	1,8	50	3,4	1,8
Amérique latine et Caraïbes	591 212	195 081	52 898	1,4	0,9	10	7	6	36	27	18	60	68	74	2,2	79	2,0	1,1
ECO/CEI	405 743	95 460	28 590	0,2	0,1	10	11	11	20	18	14	66	68	70	1,8	65	0,3	0,6
Pays les moins avancés	851 103	395 405	124 162	2,4	2,1	22	15	10	47	43	33	43	51	59	4,2	29	3,9	3,6
Monde	6 934 761	2 207 145	638 681	1,3	0,9	12	9	8	33	26	19	59	65	69	2,4	52	2,2	1,7

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

Pour la liste complète des pays et zones figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Taux brut de mortalité – Nombre annuel de décès pour 1 000 habitants.
Taux brut de natalité – Nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants.
Espérance de vie – Nombre d'années que vivrait un enfant nouveau-né s'il était exposé aux risques de mortalité qui prévalent dans son groupe de population au moment de sa naissance.
Taux global de fécondité – Nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation en donnant naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.
Population urbanisée – Pourcentage de la population résidant dans les zones urbaines définies selon des critères nationaux établis lors du recensement le plus récent.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population – Division de la population, Organisation des Nations Unies. Taux de croissance calculés par l'UNICEF sur la base de données fournies par la Division de la population.
Taux bruts de mortalité et de natalité – Division de la population, Organisation des Nations Unies.
Espérance de vie – Division de la population, Organisation des Nations Unies.
Taux de fécondité général – Division de la population, Organisation des Nations Unies.

NOTES

– Données non disponibles.
^a Projections de la fécondité établies sur la base de la variante moyenne.

TABLEAU 7 : INDICATEURS ÉCONOMIQUES

Pays et zones	RNB par habitant 2011		Taux de croissance annuelle moyenne du PIB par habitant (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	Population en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar É.-U. (%)	Dépenses publiques en % du PIB (2007-2010*) affectées à :			Apport d'APD en millions de dollars É.-U. 2010	Apport d'APD en % du RNB du pays bénéficiaire 2010	Service de la dette en % des exportations de biens et services 2010	Part du revenu des ménages (%; 2005-2011*)	
	dollars É.-U.	PPA en dollars É.-U.	1970-1990	1990-2011	1990-2011	2006-2011*	santé	éducation	armée				40% les plus pauvres	20% les plus riches
Afghanistan	410 x	910 x, e	—	—	—	—	2	—	2	6 374	—	—	23	37
Afrique du Sud	6 960	10 790	0,1	1,3	8	14	3	5	1	1 032	0	5	7	68
Albanie	3 980	8 900	-0,7 x	5,3	13	1	3	—	2	338	3	9	20	43
Algérie	4 470	8 370 e	1,6	1,5	12	—	5	4	3	199	0	1	—	—
Allemagne	43 980	40 170	2,3	1,3	1	—	8	5	1	—	—	—	22 x	37 x
Andorre	41 750 x	—	-1,4	2,5 x	3 x	—	5	4	—	—	—	—	—	—
Angola	4 060	5 290	—	4,1	205	54 x	—	3	5	239	0	4	8 x	62 x
Antigua-et-Barbuda	12 060	15 670 e	7,8 x	0,6	4	—	4	2	—	19	2	—	—	—
Arabie saoudite	17 820	24 870	-1,4	0,2	5	—	2	6	8	—	—	—	—	—
Argentine	9 740	17 250	-0,8	2,3	8	1	6	6	1	155	0	16	14	49
Arménie	3 360	6 140	—	6,1	47	1	2	4	4	340	4	31	22	40
Australie	46 200 x	36 910 x	1,6	2,2	3	—	6	5	2	—	—	—	—	—
Autriche	48 300	41 970	2,5	1,8	1	—	8	5	1	—	—	—	22 x	38 x
Azerbaïdjan	5 290	9 020	—	5,9	50	0	1	3	3	156	0	1	20	42
Bahamas	21 970 x	29 850 x, e	1,9	0,7	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Bahreïn	15 920 x	21 240 x	-1,0 x	1,3 x	3 x	—	3	3	3	—	—	—	—	—
Bangladesh	770	1 940	0,6	3,6	4	43	1	2	1	1 417	1	3	21	41
Barbade	12 660 x	18 850 x, e	1,7	1,1 x	3 x	—	4	7	—	16	—	—	—	—
Bélarus	5 830	14 560	—	4,7	113	0	4	5	1	137	0	4	23	36
Belgique	46 160	39 300	2,2	1,6	2	—	7	6	1	—	—	—	21 x	41 x
Belize	3 690	6 070 e	2,9	1,8	1	—	4	6	1	25	2	11	—	—
Bénin	780	1 630	0,5	1,3	5	47 x	2	5	1	691	10	—	18 x	46 x
Bhoutan	2 070	5 480	—	5,3	7	10	5	5	—	131	9	—	17	45
Bolivie (État plurinational de)	2 040	4 920	-1,1	1,6	7	16	3	—	2	676	4	8	9	59
Bosnie-Herzégovine	4 780	9 200	—	8,3 x	5 x	0	7	—	1	492	3	16	18	43
Botswana	7 480	14 560	8,1	3,4	9	—	8	8	3	157	1	1	—	—
Brésil	10 720	11 500	2,3	1,6	49	6	4	6	2	664	0	19	10	59
Brunéï Darussalam	31 800 x	49 790 x	-2,2 x	-0,4 x	5 x	—	—	2	3	—	—	—	—	—
Bulgarie	6 550	13 980	3,4 x	3,3	37	0	4	4	2	—	—	14	22	37
Burkina Faso	570	1 310	1,3	2,8	3	45	4	5	1	1 065	12	—	17	47
Burundi	250	610	1,2	-1,4	14	81	5	7	3	632	40	1	21	43
Cambodge	830	2 260	—	6,5 x	4 x	23	2	2	1	737	7	1	19	46
Cameroun	1 210	2 360	3,4	0,8	4	10	2	4	2	538	2	4	17	46
Canada	45 560	39 830	2,0	1,8	2	—	7	5	1	—	—	—	20 x	40 x
Cap-Vert	3 540	4 000	—	5,0	2	21 x	3	6	1	329	21	4	12 x	56 x
Chili	12 280	16 160	1,5	3,4	6	1	4	5	3	198	0	15	12	58
Chine	4 930	8 430	6,6	9,3	5	13	2	—	2	648	0	2	15	48
Chypre	29 450 x	30 910 x	5,9 x	2,0	3	—	2	8	2	—	—	—	—	—
Colombie	6 110	9 640	1,9	1,6	13	8	5	5	4	910	0	19	10	60
Comores	770	1 120	-0,1 x	-0,8	4	46 x	2	8	—	68	13	—	8 x	68 x
Congo	2 270	3 280	3,3	0,4	8	54 x	—	6	1	1 314	15	—	13	53
Costa Rica	7 660	11 950 e	0,7	2,6	12	3	7	6	—	96	0	7	12	56
Côte d'Ivoire	1 100	1 730	-1,7	-0,6	5	24	1	5	2	848	4	—	16	48
Croatie	13 850	19 330	—	2,8	24	0	7	4	2	149	0	—	20	42
Cuba	5 460 x	—	3,9	3,0 x	4 x	—	11	14	3	129	—	—	—	—
Danemark	60 390	42 330	2,0	1,4	2	—	9	9	1	—	—	—	—	—
Djibouti	1 270 x	2 450 x	—	-1,4 x	3 x	19 x	5	8	4	133	—	7	17 x	46 x
Dominique	7 090	12 460 e	5,2 x	2,2	3	—	4	4	—	32	9	7	—	—
Égypte	2 600	6 160	4,3	2,8	7	2	2	4	2	594	0	5	22	40
El Salvador	3 480	6 690 e	-1,9	2,4	4	9	4	4	1	284	1	12	13	53
Émirats arabes unis	40 760	48 220 e	-4,3 x	-1,9	5	—	2	1	6	—	—	—	—	—
Équateur	4 140	8 310	1,3	1,5	5	5	3	—	4	153	0	8	13	54
Érythrée	430	580 e	—	-0,8 x	13 x	—	1	—	—	161	8	—	—	—
Espagne	30 990	31 930	1,9	1,9	4	—	7	5	1	—	—	—	19 x	42 x
Estonie	15 200	21 270	—	5,5 x	6 x	1 x	5	6	2	—	—	—	18 x	43 x
État de Palestine	b	—	—	-2,4 x	4 x	0	—	—	—	2 519	—	—	19	43
États-Unis	48 450	48 890	2,1	1,7	2	—	8	5	5	—	—	—	16 x	46 x
Éthiopie	400	1 110	—	3,3	7	39 x	2	5	1	3 529	12	4	22	39
ex-République yougoslave de Macédoine	4 730	11 490	—	1,2	22	0	5	—	2	178	2	12	15	49
Fédération de Russie	10 400	20 050	—	2,3	52	0	3	4	4	—	—	13	17	47
Fidji	3 680	4 590	0,6	1,3	4	6	3	4	2	76	3	1	16	50
Finlande	48 420	37 990	2,9	2,5	2	—	7	7	2	—	—	—	24 x	37 x
France	42 420	35 860	2,1	1,2	2	—	9	6	3	—	—	—	—	—

Pays et zones	RNB par habitant 2011		Taux de croissance annuelle moyenne du PIB par habitant (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%) 1990-2011	Population en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar É.-U. (%) 2006-2011*	Dépenses publiques en % du PIB (2007-2010*) affectées à :			Apport d'APD en millions de dollars É.-U. 2010	Apport d'APD en % du RNB du pays bénéficiaire 2010	Service de la dette en % des exportations de biens et services 2010	Part du revenu des ménages (% 2005-2011*)	
	dollars É.-U.	PPA en dollars É.-U.	1970-1990	1990-2011			santé	éducation	armée				40% les plus pauvres	20% les plus riches
Gabon	7 980	13 650	0,2	-0,7	6	5 x	1	—	1	104	1	—	16	48
Gambie	610	2 060	0,6	0,9	6	34 x	3	4	—	121	16	5	13 x	53 x
Géorgie	2 860	5 390	3,1	2,7	67	15	3	3	6	626	5	15	16	47
Ghana	1 410	1 820	-2,0	2,5	26	29	3	5	0	1 694	6	3	15	49
Grèce	25 030	26 040	1,3	2,2	5	—	7	—	3	—	—	—	19 x	41 x
Grenade	7 220	10 530 e	4,2 x	2,9	4	—	4	—	—	34	6	12	—	—
Guatemala	2 870	4 800 e	0,2	1,3	7	14	2	3	0	398	1	10	10	60
Guinée	440	1 050	—	2,9	8	43	1	2	—	214	5	5	17	46
Guinée-Bissau	600	1 250	0,0	-1,2	17	49 x	2	—	—	141	16	—	19 x	43 x
Guinée équatoriale	14 540	24 110	—	18,2	11	—	3	—	—	85	1	—	—	—
Guyana	2 900 x	3 460 x, e	-1,3	2,8 x	11 x	—	7	3	—	153	6	2	—	—
Haïti	700	1 190 e	—	-1,0 x	15 x	62 x	1	—	—	3 076	46	6	9 x	63 x
Honduras	1 970	3 840 e	0,8	1,6	13	18	3	—	2	576	4	5	8	60
Hongrie	12 730	20 380	3,0	2,5	11	0	5	5	1	—	—	—	21	40
Îles Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
Îles Marshall	3 910	—	—	0,5	2	—	16	—	—	91	49	—	—	—
Îles Salomon	1 110	2 360 e	—	-0,9	7	—	5	7	—	340	61	6	—	—
Inde	1 410	3 620	2,0	4,9	6	33	1	—	3	2 807	0	5	21	42
Indonésie	2 940	4 530	4,6	2,7	14	18	1	4	1	1 393	0	16	20	43
Iran (République islamique d')	4 520 x	11 400 x	-2,3	2,7 x	22 x	2 x	2	5	2	122	—	—	17	45
Iraq	2 640	3 770	—	-1,9 x	13 x	3	3	—	6	2 192	3	—	21	40
Irlande	38 580	33 310	—	0,6 x	1 x	—	7	6	1	—	—	—	20 x	42 x
Islande	35 020	31 640	3,2	2,1	5	—	7	8	0	—	—	—	—	—
Israël	28 930	27 290	1,9	1,8	5	—	4	6	6	—	—	—	16 x	45 x
Italie	35 330	32 350	2,8	0,8	3	—	7	5	2	—	—	—	18 x	42 x
Jamaïque	4 980	7 770 e	-1,3	0,5	15	0 x	3	6	1	141	1	19	14 x	52 x
Japon	45 180	35 510	3,4	0,7	-1	—	7	3	1	—	—	—	—	—
Jordanie	4 380	5 970	2,5 x	2,6	4	0	6	—	6	955	3	4	19	44
Kazakhstan	8 220	11 310	—	4,1	54	0	3	4	1	222	0	70	22	38
Kenya	820	1 720	1,2	0,4	9	43 x	—	7	2	1 631	5	4	14	53
Kirghizistan	920	2 290	—	0,7	35	6	3	6	4	373	8	14	18	43
Kiribati	2 110	3 480 e	-5,3	1,1	3	—	10	—	—	23	11	—	—	—
Koweït	48 900 x	53 820 x	-6,7 x	1,4 x	6 x	—	3	—	4	—	—	—	—	—
Lesotho	1 220	2 070	2,4	2,3	8	43 x	5	13	2	257	10	2	10 x	56 x
Lettonie	12 350	17 820	3,4	4,4	17	0	4	6	1	—	—	74	18	44
Liban	9 110	14 000	—	2,5	7	—	4	2	4	449	1	14	—	—
Libéria	240	520	-4,0	5,5	30	84	4	3	0	1 423	177	1	18	45
Libye	12 320 x	16 750 x, e	—	—	—	—	2	—	1	9	—	—	—	—
Liechtenstein	137 070 x	—	2,2	3,0 x	1 x	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Lituanie	12 280	19 690	—	3,6	20	0	5	6	2	—	—	32	18	44
Luxembourg	78 130	63 540	2,6	2,7	3	—	5	—	1	—	—	—	21 x	39 x
Madagascar	430	950	-2,3	-0,3	13	81	3	3	1	473	5	—	15	50
Malaisie	8 420	15 190	4,0	3,1	4	0	2	6	2	2	0	5	13	51
Malawi	340	870	0,0	1,3	25	74 x	4	—	1	1 027	21	—	18 x	47 x
Maldives	6 530	8 540	—	5,8 x	5 x	—	5	9	—	111	8	20	17 x	44 x
Mali	610	1 050	0,1	2,1	5	50	3	4	2	1 093	12	—	20	41
Malte	18 620 x	24 170 x	6,0	2,4	3	—	6	6	1	—	—	—	—	—
Maroc	2 970	4 910	1,9	2,5	3	3	2	5	3	994	1	9	17	48
Maurice	8 240	14 760	3,2 x	3,5	6	—	2	3	0	125	1	2	—	—
Mauritanie	1 000	2 410	-1,1	1,3	8	23	2	4	3	373	10	—	16	47
Mexique	9 240	15 120	1,7	1,3	12	1	3	5	1	473	0	8	13	54
Micronésie (États fédérés de)	2 900	3 610 e	—	0,4	2	31 x	13	—	—	125	41	—	7 x	64 x
Monaco	183 150 x	—	1,4	2,1 x	1 x	—	3	1	—	—	—	—	—	—
Mongolie	2 320	4 360	—	3,3	24	—	4	5	1	304	5	4	18	44
Monténégro	7 060	13 720	—	3,4 x	7 x	0	7	—	1	77	2	—	22	39
Mozambique	470	980	-1,0 x	4,3	17	60	4	—	1	1 959	21	3	15	51
Myanmar	a	—	1,6	7,4 x	24 x	—	0	—	—	358	—	8	—	—
Namibie	4 700	6 600	-2,1 x	1,9	9	32 x	4	6	3	259	2	—	8 x	69 x
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	—	—	—	—
Népal	540	1 260	1,1	1,9	7	25	2	5	2	821	5	4	20	41
Nicaragua	1 170	2 840 e	-3,7	1,9	17	12 x	5	—	1	628	10	11	16	47
Niger	360	720	-2,0	-0,2	4	44	3	4	1	749	14	—	20	43

Pays et zones	RNB par habitant 2011		Taux de croissance annuelle moyenne du PIB par habitant (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	Population en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar É.-U. (%)	Dépenses publiques en % du PIB (2007-2010*) affectées à :			Apport d'APD en millions de dollars É.-U. 2010	Apport d'APD en % du RNB du pays bénéficiaire 2010	Service de la dette en % des exportations de biens et services 2010	Part du revenu des ménages (%; 2005-2011*)	
	dollars É.-U.	PPA en dollars É.-U.	1970-1990	1990-2011	1990-2011	2006-2011*	santé	éducation	armée				40% les plus pauvres	20% les plus riches
Nigéria	1 200	2 300	-1,3	2,1	20	68	2	—	1	2 069	1	0	13	54
Nioué	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
Norvège	88 890	58 090	3,2	2,0	4	—	8	7	2	—	—	—	24 x	37 x
Nouvelle-Zélande	29 350 x	29 140 x	1,1 x	1,8 x	2 x	—	8	6	1	—	—	—	—	—
Oman	19 260 x	25 770 x	3,1	2,7	5	—	2	4	10	-40	—	—	—	—
Ouganda	510	1 320	—	3,7	7	38	2	3	2	1 730	10	1	15	51
Ouzbékistan	1 510	3 440 e	—	2,5	78	—	2	—	—	229	1	—	19 x	44 x
Pakistan	1 120	2 880	2,6	1,9	10	21	1	3	3	3 021	2	10	23	40
Palaos	7 250	12 330 e	—	-0,1 x	3 x	—	9	—	—	26	20	—	—	—
Panama	7 910	14 740 e	0,3	3,4	2	7	5	4	—	129	1	5	11	56
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 480	2 590 e	-1,0	0,1	8	—	2	—	0	513	6	13	—	—
Paraguay	2 970	5 310	3,1	0,3	10	7	3	4	1	105	1	4	11	56
Pays-Bas	49 730	43 770	1,6	1,9	2	—	8	6	2	—	—	—	—	—
Pérou	5 500	10 160	-0,6	3,2	10	5	3	3	1	-254	0	15	12	53
Philippines	2 210	4 160	0,5	1,9	7	18	1	3	1	535	0	15	15	50
Pologne	12 480	20 450	—	4,4	10	0	5	6	2	—	—	—	20	42
Portugal	21 250	24 530	2,5	1,5	4	—	8	6	2	—	—	—	—	—
Qatar	80 440	87 030	—	0,8 x	11 x	—	2	2	2	—	—	—	—	—
République arabe syrienne	2 750 x	5 090 x	2,2	1,8 x	7 x	2 x	1	5	4	137	0	3	19 x	44 x
République centrafricaine	470	810	-1,3	-0,5	3	63	2	1	2	264	13	—	10	61
République de Corée	20 870	30 290	6,2	4,1	4	—	4	5	3	—	—	—	—	—
République de Moldova	1 980	3 670	1,8 x	-0,1	38	0	6	10	0	468	7	9	20	41
République démocratique du Congo	190	350	-2,2	-2,6	211	88	—	3	1	3 413	28	—	15	51
République démocratique populaire lao	1 130	2 600	—	4,7	21	34	1	2	0	416	6	13	19	45
République dominicaine	5 240	9 490 e	2,1	3,9	11	2	2	2	1	177	0	7	13	53
République populaire démocratique de Corée	a	—	—	—	—	—	—	—	—	79	—	—	—	—
République tchèque	18 520	24 190	—	2,7	5	—	6	5	1	—	—	—	—	—
République-Unie de Tanzanie	540	1 510	—	2,5	13	68	3	7	1	2 961	13	3	18	45
Roumanie	7 910	15 140	0,9 x	2,8	44	0	4	4	2	—	—	29	21	38
Royaume-Uni	37 780	36 970	2,1	2,4	2	—	8	6	3	—	—	—	—	—
Rwanda	570	1 240	1,2	2,3	9	63	5	4	1	1 034	19	2	13	57
Saint-Kitts-et-Nevis	12 480	14 490 e	6,3 x	1,6	5	—	4	4	—	11	2	17	—	—
Saint-Marin	50 400 x	—	1,7	3,2 x	3 x	—	6	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Siège	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Vincent-et-les Grenadines	6 100	10 560 e	3,3	3,2	4	—	3	5	—	17	3	14	—	—
Sainte-Lucie	6 680	9 080 e	5,3 x	0,7	3	—	5	4	—	41	5	6	—	—
Samoa	3 190	4 430 e	—	2,8	6	—	5	5	—	147	27	3	—	—
Sao Tomé-et-Principe	1 360	2 080	—	—	—	28 x	3	—	—	—	—	5	14 x	56 x
Sénégal	1 070	1 960	-0,5	1,1	4	34 x	3	6	2	931	7	—	17	46
Serbie	5 680	11 640	—	1,4	23 x	0	6	5	2	651	2	24	23	37
Seychelles	11 130	25 320 e	2,9	2,0	6	0	3	—	1	56	7	4	9	70
Sierra Leone	340	850	-0,5	1,1	16	53 x	1	4	2	475	25	2	16 x	49 x
Singapour	42 930	59 790	5,9	3,5	1	—	2	4	5	—	—	—	—	—
Slovaquie	16 070	22 610	—	3,7	6	0	6	5	1	—	—	—	24	36
Slovénie	23 610	27 110	—	3,2	12	0 x	6	6	2	—	—	—	21 x	39 x
Somalie	a	—	-0,8	—	—	—	—	—	—	499	—	—	—	—
Soudan ^r	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soudan du Sud ^r	b	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sri Lanka	2 580	5 560	3,0	4,1	10	7	2	3	4	581	1	9	17	48
Suède	53 230	42 350	1,8	2,2	2	—	8	7	1	—	—	—	23 x	37 x
Suisse	76 380	50 900	1,7 x	0,9	1	—	6	5	1	—	—	—	20 x	41 x
Suriname	7 640 x	7 710 x, e	-2,2 x	1,7 x	46 x	—	4	—	—	104	—	—	—	—
Swaziland	3 300	5 970	3,1	1,8	9	41	4	8	3	92	3	2	11	57
Tadjikistan	870	2 310	—	0,2	73	7	2	5	—	430	8	18	21	39
Tchad	690	1 370	-0,9	3,1	6	62 x	4	3	6	490	7	—	17 x	47 x
Thaïlande	4 420	8 390	4,7	2,8	3	0	3	4	2	-11	0	5	17	47
Timor-Leste	2 730 x	5 210 x, e	—	1,9 x	7 x	37	9	16	5	292	11	—	21	41

Pays et zones	RNB par habitant 2011		Taux de croissance annuelle moyenne du PIB par habitant (%)		Taux annuel moyen d'inflation (%)	Population en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar É.-U. (%)	Dépenses publiques en % du PIB (2007–2010*) affectées à :			Apport d'APD en millions de dollars É.-U. 2010	Apport d'APD en % du RNB du pays bénéficiaire 2010	Service de la dette en % des exportations de biens et services 2010	Part du revenu des ménages (% 2005–2011*)	
	dollars É.-U.	PPA en dollars É.-U.	1970–1990	1990–2011	1990–2011	2006–2011*	santé	éducation	armée				40% les plus pauvres	20% les plus riches
Togo	560	1 030	-0,3	-0,1	4	39	1	3	2	421	15	–	19	42
Tonga	3 580	4 690 e	–	1,5	6	–	5	–	–	70	19	–	–	–
Trinité-et-Tobago	15 040	24 940 e	0,5	4,8	5	–	3	–	–	4	0	–	–	–
Tunisie	4 070	9 090	2,5	3,3	4	1 x	3	6	1	551	1	9	16	48
Turkménistan	4 110	8 350 e	–	5,8	86	–	1	–	–	43	0	–	–	–
Turquie	10 410	16 730	2	2,4	44	0	5	–	3	1 049	0	33	17	45
Tuvalu	5 010	–	–	2,1	3	–	10	–	–	13	35	–	–	–
Ukraine	3 120	7 080	–	0,6	67	0	4	5	3	624	0	39	24	36
Uruguay	11 860	14 740	0,9	2,1	15	0	5	–	2	49	0	12	14	51
Vanuatu	2 870	4 500 e	1,2 x	0,6	3	–	3	5	–	108	15	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	11 920	12 620	-1,7	0,4	32	7	3	4	1	53	0	8	14	49
Viet Nam	1 260	3 260	–	6,0	10	17	3	5	2	2 945	3	2	19	43
Yémen	1 070	2 180	–	1,1	15	18 x	2	5	4	666	–	2	18	45
Zambie	1 160	1 490	-2,3	0,8	28	69	4	1	2	913	6	1	10	59
Zimbabwe	640	–	-0,4	-3,0	1	–	–	2	1	738	11	–	–	–

MÉMORANDUM														
Soudan et Soudan du Sud ^α	1 300 x	2 020 x	0,1	3,4	26	20	2	–	–	2 055	4	4	18	42

DONNÉES CONSOLIDÉES ^β														
Afrique subsaharienne	1 269	2 269	0,0	2,0	29	53	3	5	1	40 604	4	3	15	50
Afrique de l'Est et australe	1 621	2 868	0,3	1,9	34	51	3	5	1	19 572	3	4	16	50
Afrique de l'Ouest et centrale	937	1 721	-0,5	2,0	21	59	–	–	–	18 844	5	1	15	50
Moyen-Orient et														
Afrique du Nord	6 234	9 655	-0,1	0,8	7	–	2	4	5	11 535	1	5	19	43
Asie du Sud	1 319	3 366	2,0	4,5	6	32	–	–	–	15 263	1	5	21	42
Asie de l'Est et Pacifique	4 853	8 185	5,6	7,5	5	14	2 **	4 **	2 **	9 289	0	4	16	47
Amérique latine et Caraïbes	8 595	11 759	1,4	1,7	28	5	4	5	1	9 272	0	13	12	56
ECO/CEI	7 678	14 216	–	2,5	51	0	3	4	3	6 582	0	23	19	43
Pays les moins avancés	695	1 484	-0,1	3,1	45	51	2	4	2	44 538	8	4	19	45
Monde	9 513	11 580	2,4	2,6	8	22	6 **	5 **	3 **	90 358	0	9	17	46

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

Pour la liste complète des pays et zones figurant dans les catégories de régions, sous-régions et pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

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

RNB par habitant (PPA dollars É.-U.) – RNB par habitant converti en dollars internationaux, compte tenu des différences de prix (pouvoir d'achat) entre les pays. Sur la base des données du Programme de comparaison internationale (PCI).

PIB par habitant – Le produit intérieur brut (PIB) est la somme de la valeur brute ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (moins les subventions) non incluses dans l'évaluation des produits. Le PIB par habitant est le produit intérieur brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La croissance est calculée à partir du PIB à prix constants en devise locale.

Population en dessous du seuil international de pauvreté, de 1,25 dollar É.-U. par jour – Pourcentage de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar É.-U. par jour aux prix de 2005, ajusté en fonction de la parité du pouvoir d'achat. Le nouveau seuil de pauvreté tient compte des révisions des taux de change de parité du pouvoir d'achat (PPA) effectuées sur la base des résultats du PCI 2005. Les révisions révèlent que le coût de la vie est plus élevé dans le monde en développement qu'on ne l'avait estimé. Conséquence de ces révisions, les taux de pauvreté d'un pays ne peuvent pas être comparés aux taux de pauvreté des éditions précédentes. Pour plus d'informations sur la définition, la méthodologie et les sources des données présentées ici, consulter le site de la Banque mondiale : <www.banquemondiale.org>.

APD – Aide publique nette au développement.

Service de la dette – Total des paiements d'intérêts et des remboursements du principal afférents aux dettes extérieures publiques et aux emprunts à long terme garantis par l'État.

Part du revenu des ménages – Pourcentage du revenu qui revient aux 20 % des ménages ayant le revenu le plus élevé et aux 40 % des ménages affichant le revenu le plus faible.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

RNB par habitant – Banque mondiale.

PIB par habitant – Banque mondiale.

Taux d'inflation – Banque mondiale.

Population en dessous du seuil de pauvreté fixé à 1,25 dollar des É.-U. par jour – Banque mondiale.

Dépenses affectées à la santé, à l'éducation et à l'armée – Banque mondiale.

APD – Organisation de coopération et de développement économiques.

Service de la dette – Banque mondiale.

Part du revenu des ménages – Banque mondiale.

NOTES

a pays à revenu faible (RNB par habitant égal ou inférieur à 1 025 dollars É.-U.)

b pays à revenu intermédiaire faible (RNB par habitant compris entre 1 026 et 4 035 dollars É.-U.)

c pays à revenu intermédiaire élevé (RNB par habitant compris entre 4 036 et 12 475 dollars É.-U.)

d pays à revenu élevé (RNB par habitant égal ou supérieur à 12 476 dollars É.-U.)

– Données non disponibles.

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

e Estimation fondée sur la régression; les autres chiffres concernant la PPA sont obtenus par extrapolation en se fondant sur les estimations du PCI pour 2005.

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

** À l'exclusion de la Chine.

TABLEAU 8 : FEMMES

Pays et zones	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2011	Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%) 2007-2011*	Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2011*		Taux de survie en dernière année primaire : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2011*	Prévalence des contraceptifs (%) 2007-2012*	Soins prénatals (%) 2007-2012*		Soins à l'accouchement (%) 2007-2012*			Taux de mortalité maternelle*		
			Taux brut primaire	Taux brut secondaire			Au moins une visite	Au moins quatre visites	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	Césarienne	2007-2011*		risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)
												déclaré	ajusté	
Afghanistan	101	—	69	51	—	21	48	15	39	33	4	330	460	32
Afrique du Sud	102	96	96	105	—	60 x	97	87	91 x	89 x	21 x	400 x	300	140
Albanie	108	97	99	98	100	69	97	67	99	97	19	21	27	2 200
Algérie	104	79 x	94	102	104	61 x	89 x	—	95 x	95 x	—	—	97	430
Allemagne	106	—	100	95	101	—	100 x	—	—	—	29	—	7	10 600
Andorre	—	—	101	105	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angola	106	70	81	69	73	6 x	80	—	47	46	—	—	450	39
Antigua-et-Barbuda	—	101	92	101	—	—	100	—	100	—	—	0	—	—
Arabie saoudite	103	90	99	95	—	24	97	—	97	—	—	—	24	1 400
Argentine	110	100	99	112	101	78 x	99 x	89 x	95	99	—	44	77	560
Arménie	109	100	102	102	—	55	99	93	100	99	13	9	30	1 700
Australie	106	—	99	95	—	71 x	98	92	—	99	31	—	7	8 100
Autriche	107	—	99	96	103	—	—	—	—	—	24	—	4	18 200
Azerbaïdjan	109	100	99	98	102	51 x	77 x	45 x	88 x	78 x	5 x	24	43	1 000
Bahamas	109	—	102	105	96	45 x	98	—	99	—	—	0	47	1 100
Bahreïn	102	97	—	—	—	—	100	—	97	—	—	—	20	1 800
Bangladesh	102	85	—	113	114	61	55	26	32	29	17	220	240	170
Barbade	109	—	102	109	—	—	100	—	100	—	—	0 x	51	1 300
Bélarus	118	100	100	—	—	73 x	99 x	—	100	100 x	22	1	4	16 300
Belgique	107	—	100	97	103	75 x	—	—	—	—	18	—	8	7 500
Belize	104	—	91	—	103	34 x	94 x	—	94	89	—	55	53	610
Bénin	107	55	87	—	—	13	86	61 x	84	87	4 x	400 x	350	53
Bhoutan	106	59 x	102	101	105	66	97	77	65	63	12	260 x	180	210
Bolivie (État plurinational de)	107	91	99	99	—	61	86	72	71	68	19	310	190	140
Bosnie-Herzégovine	107	97	102	103	99	36 x	99 x	—	100 x	100 x	—	3	8	11 400
Botswana	96	101	96	106	104	53	94	73	95	99	—	160	160	220
B Brésil	110	100	—	—	—	81 x	98	91	97 x	98	50	75	56	910
Brunéï Darussalam	106	97	101	103	100	—	99	—	100	100	—	—	24	1 900
Bulgarie	110	99	100	95	99	—	—	—	100	93	31	8	11	5 900
Burkina Faso	104	59	91	76	109	16	94	34	66	66	2	340	300	55
Burundi	106	85	99	72	118	22	99	33	60	60	4	500	800	31
Cambodge	105	80	95	90	—	51	89	59	71	54	3	210	250	150
Cameroun	104	80	86	83	98	23	85	—	64	61	2 x	670 x	690	31
Canada	106	—	100	98	—	74 x	100	99	100	99	26	—	12	5 200
Cap-Vert	111	89	92	120	—	61 x	98 x	72 x	78 x	76	11 x	54	79	480
Chili	108	100	95	103	—	58 x	—	—	100	100	—	20	25	2 200
Chine	105	94	103	104	—	85 x	94	—	100	98	27	30	37	1 700
Chypre	106	98	99	100	—	—	99	—	—	100	—	—	10	6 300
Colombie	110	100	98	110	101	79	97	89	99	99	43	63	92	430
Comores	105	87	92	—	—	26 x	75 x	—	62 x	—	—	380 x	280	67
Congo	105	—	95	—	—	45	93	—	94	92	3 x	780 x	560	39
Costa Rica	106	100	99	106	103	82	90	86	99	99	21 y	23	40	1 300
Côte d'Ivoire	104	72	83	—	96	18	91	—	59	57	6 x	540 x	400	53
Croatie	110	99	100	107	101	—	—	—	100	—	19	9	17	4 100
Cuba	105	100	98	99	102	74	100	100	100	100	—	41	73	1 000
Danemark	106	—	100	102	100	—	—	—	—	—	21	—	12	4 500
Djibouti	105	—	90	80	101	23	92 x	—	93 x	87 x	12	550 x	200	140
Dominique	—	—	98	109	105	—	100	—	100	—	—	0	—	—
Égypte	105	79	96	96	—	60	74	66	79	72	28	55	66	490
El Salvador	114	94	95	101	101	73	94	78 y	96	85	25	56	81	490
Émirats arabes unis	103	102 x	—	—	—	—	100	—	100	100	—	0	12	4 000
Équateur	108	97	101	103	—	73 x	84 x	58 x y	98 x	85 x	26 x	61	110	350
Érythrée	108	73	84	76	94	8 x	70 x	41 x	28 x	26 x	3 x	—	240	86
Espagne	108	98	99	102	101	66 x	—	—	—	—	26	—	6	12 000
Estonie	115	100	99	102	100	—	—	—	100 x	—	—	7 x	2	25 100
État de Palestine	105	94	98	108	—	50 x	99 x	—	99 x	97 x	15 x	—	64	330
États-Unis	107	—	99	101	89	79	—	—	—	—	31	13	21	2 400
Éthiopie	106	59	91	82	100	29	43	19	10	10	2	680	350	67
ex-République yougoslave de Macédoine	106	97	101	99	—	40	99	94	98	98	25	4	10	6 300
Fédération de Russie	119	100	100	98	—	80	—	—	100	—	—	17	34	2 000
Fidji	108	—	98	109	95	32	100	—	100	—	—	23	26	1 400
Finlande	108	—	99	105	100	—	100 x	—	—	100	16	—	5	12 200

Pays et zones	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2011	Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%) 2007-2011*	Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2011*		Taux de survie en dernière année : primaire : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2011*	Prévalence des contraceptifs (%) 2007-2012*	Soins prénatals (%) 2007-2012*		Soins à l'accouchement (%) 2007-2012*			Taux de mortalité maternelle ¹		
			Taux brut primaire	Taux brut secondaire			Au moins une visite	Au moins quatre visites	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	Césarienne	2007-2011*		risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur...)
												déclaré	ajusté	
France	108	—	99	101	—	71 x	100 x	—	—	21	—	8	6 200	
Gabon	103	92	97	—	—	33 x	94 x	63 x	86 x	85 x	6 x	520 x	230	130
Gambie	104	67	102	95	94	13	98	72	57	56	3	730 x	360	56
Géorgie	110	100	103	—	105	53	98	90	100	98	24	19	67	960
Ghana	103	84	100	91	91	34	96	87	68	67	11	450	350	68
Grèce	106	98	—	—	—	76 x	—	—	—	—	—	—	3	25 500
Grenade	104	—	100	103	—	54 x	100	—	99	—	—	0	24	1 700
Guatemala	111	87	96	93	—	54	93	—	52	51	16	140	120	190
Guinée	106	58	84	59	76	9 x	88	50	46	39	2	980 x	610	30
Guinée-Bissau	107	60	94	—	—	14	93	70	44	42	—	410 x	790	25
Guinée équatoriale	105	93	97	—	108	10 x	86 x	—	65 x	—	—	—	240	88
Guyana	109	—	104	111	96	43	92	79	92	89	13	86	280	150
Haïti	104	84 x	—	—	—	32 x	85 x	54 x	26 x	25 x	3 x	630 x	350	83
Honduras	107	100	100	123	—	65 x	92 x	81 x	67 x	67 x	13 x	—	100	270
Hongrie	111	100	99	99	100	—	—	—	100	—	31	19	21	3 300
Îles Cook	—	—	102	110	—	29	100	—	100	100	—	0	—	—
Îles Marshall	—	—	99	103	91	45	81	77	99	85	9	140	—	—
Îles Salomon	104	—	—	—	—	35	74	65	86	85	6	150	93	240
Inde	105	68 x	100	92	—	55	74 x	37 x	52	47	9 x	210	200	170
Indonésie	105	94	102	100	—	61	93	82	79	55	15	230	220	210
Iran (République islamique d')	105	90	101	86	100	79 x	98 x	94 x	97 x	96 x	40 x	25 x	21	2 400
Iraq	110	82	—	—	—	50 x	84 x	—	80	65	21 x	84 x	63	310
Irlande	106	—	100	105	—	65 x	100 x	—	100 x	100	25	—	6	8 100
Islande	104	—	100	103	—	—	—	—	—	—	17	—	5	8 900
Israël	106	—	101	102	98	—	—	—	—	—	—	—	7	5 100
Italie	107	99	99	99	100	—	99 x	68 x	—	99 x	40	—	4	20 300
Jamaïque	107	112	95	103	102	72	99	87	98	97	15	95 x	110	370
Japon	109	—	100	100	100	54 x	—	—	—	100 x	—	—	5	13 100
Jordanie	104	93	100	106	—	59	99	94	99	99	19	19	63	470
Kazakhstan	118	100	100	97	100	51 x	100 x	—	100	100 x	—	17	51	770
Kenya	104	93	98	90	—	46	92	47	44	43	6	490	360	55
Kirghizistan	113	99	99	99	99	48 x	97 x	—	99	97 x	—	64	71	480
Kiribati	—	—	104	111	—	22	88	71	80	66	10	0	—	—
Koweït	102	97	103	107	100	—	100	—	100	—	—	—	14	2 900
Lesotho	97	115	98	138	124	47	92	70	62	59	7	1 200	620	53
Lettonie	115	100	99	98	100	—	92 x	—	100 x	—	—	32	34	2 000
Liban	106	92	97	112	103	54	96 x	—	98 x	—	—	—	25	2 100
Libéria	104	88	91	—	—	11	79	66	46	37	4	990	770	24
Libye	107	86	—	—	—	—	93	—	100	—	—	—	58	620
Liechtenstein	—	—	94	103	96	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituanie	117	100	99	98	100	—	100 x	—	100 x	—	—	9	8	9 400
Luxembourg	107	—	101	102	—	—	—	—	100 x	100 x	29	—	20	3 200
Madagascar	105	91	98	94	105	40	86	49	44	35	2	500	240	81
Malaisie	106	95	—	107	100	—	91	—	99	99	—	30	29	1 300
Malawi	100	84	104	91	103	46	95	46	71	73	5	680	460	36
Maldives	103	100 x	96	—	—	35	99	85	95	95	32	140 x	60	870
Mali	104	47	87	70	95	8 x	70 x	35 x	49 x	45 x	2 x	460 x	540	28
Malte	106	103 x	101	89	91	—	100 x	—	—	100	—	—	8	8 900
Maroc	107	64	94	—	100	67	77	—	74	73	16	130	100	400
Maurice	109	95	101	100	99	76 x	—	—	98 x	98 x	—	22 x	60	1 000
Mauritanie	106	79	105	85	99	9	75	16 x	61	48	3 x	690	510	44
Mexique	106	97	99	107	102	73	96	86	95	80	43	52	50	790
Micronésie (États fédérés de)	103	—	—	—	—	55	80	—	100	—	—	0	100	290
Monaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolie	112	101	98	107	102	55	99	—	99	99	21	47	63	600
Monténégro	107	98	98	101	—	39 x	97 x	—	100	100	—	13	8	7 400
Mozambique	104	61	90	82	94	12	92	—	55	58	2 x	500	490	43
Myanmar	105	95	100	106	107	46	83	—	71	36	—	320 x	200	250
Namibie	102	99	99	—	107	55	95	70	81	81	13	450	200	160
Nauru	—	—	106	120	—	36	95	40	97	99	8	300 x	—	—
Népal	103	66	—	—	—	50	58	50	36	35	5	280 x	170	190
Nicaragua	109	100 x	98	110	—	72	90	78	74	74	20	63	95	350

Pays et zones	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2011	Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%) 2007-2011*	Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2011*		Taux de survie en dernière année primaire : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2011*	Prévalence des contraceptifs (%) 2007-2012*	Soins prénatals (%) 2007-2012*		Soins à l'accouchement (%) 2007-2012*			Taux de mortalité maternelle*		
			Taux brut primaire	Taux brut secondaire			Au moins une visite	Au moins quatre visites	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	Césarienne	2007-2011*		risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)
												déclaré	ajusté	
Niger	102	35 x	82	66	94	18	46 x	15 x	18 x	17 x	1 x	650 x	590	23
Nigéria	103	70	91	88	107	15	58	45	39	35	2	550	630	29
Nioué	-	-	-	-	-	23 x	100	-	100	-	-	0 x	-	-
Norvège	106	-	100	98	100	88 x	-	-	-	-	16	-	7	7 900
Nouvelle-Zélande	105	-	100	105	-	-	-	-	-	-	23	-	15	3 300
Oman	107	90	97	99	-	24	99	96	99	99	14	26	32	1 200
Ouganda	103	78	101	85	101	30	93	48	57	57	5	440	310	49
Ouzbékistan	110	100	97	99	101	65 x	99 x	-	100 x	97 x	-	21	28	1 400
Pakistan	103	59	82	76	92	27	61	28	43	41	7	280	260	110
Palaos	-	-	-	-	-	22	90	81	100	100	-	0	-	-
Panama	107	99	97	107	100	52	96	-	89	88	-	60	92	410
Papouasie-Nouvelle-Guinée	107	90	89	-	-	32 x	79 x	55 x	53 x	52 x	-	730 x	230	110
Paraguay	106	98	97	105	106	79	96	91	82	-	33	100	99	310
Pays-Bas	105	-	99	99	-	69	-	-	-	100	14	-	6	10 500
Pérou	107	89	100	98	101	75	95	94	85	85	23	93	67	570
Philippines	110	101	98	108	111	51	91	78	62	44	10	160 x	99	300
Pologne	112	100	99	99	100	-	-	-	100 x	-	21	2	5	14 400
Portugal	108	97	97	104	-	67 x	100 x	-	100 x	-	31	-	8	9 200
Qatar	99	99	100	121	-	-	100	-	100	-	-	-	7	5 400
République arabe syrienne	104	86	98	100	101	54	88	64	96	78	26	65 x	70	460
République centrafricaine	107	62	71	58	90	15	68	38	54	53	5	540 x	890	26
République de Corée	109	-	99	99	100	80	-	-	-	-	32	-	16	4 800
République de Moldova	111	99	100	102	104	68 x	98 x	89 x	100	99	9 x	15	41	1 500
République démocratique du Congo	107	74	87	58	88	17	89	45	80	75	7	550	540	30
République démocratique populaire lao	104	77 x	93	83	-	38 x	35 x	-	20 x	17 x	2	410 x	470	74
République dominicaine	108	100	88	112	-	73	99	95	98	98	42	160	150	240
République populaire démocratique de Corée	110	100	-	-	-	69 x	100	94	100	95	13	77	81	670
République tchèque	108	-	99	101	100	-	-	-	100	-	20	2	5	12 100
République-Unie de Tanzanie	103	85	102	-	113	34	88	43	49	50	5	450	460	38
Roumanie	110	99	99	99	100	70 x	94 x	76 x	99	98 x	19 x	21	27	2 600
Royaume-Uni	105	-	100	102	-	84	-	-	-	-	26	-	12	4 600
Rwanda	105	90	102	102	-	52	98	35	69	69	7	480	340	54
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	100	99	90	54	100	-	100	-	-	0	-	-
Saint-Marin	-	-	113	102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	106	-	93	102	-	48 x	100	-	99	-	-	0 x	48	940
Sainte-Lucie	108	-	96	99	97	-	99	-	100	-	-	0 x	35	1 400
Samoa	109	100	102	114	-	29	93	58	81	81	13	29 x	100	260
Sao Tomé-et-Principe	105	90	100	103	121	38	98	72	82	79	5	160	70	330
Sénégal	104	63	106	88	105	13	93	50	65	73	6	390	370	54
Serbie	106	97	99	102	100	61	99	94	100	100	25	9	12	4 900
Seychelles	-	101	100	109	-	-	-	-	-	-	-	57 x	-	-
Sierra Leone	103	59	93	-	-	11	93	75	63	50	5	860	890	23
Singapour	106	96	-	-	100	-	-	-	-	100 x	-	-	3	25 300
Slovaquie	111	-	99	101	100	-	97 x	-	100	-	24	10	6	12 200
Slovénie	109	100	99	100	100	-	100 x	-	100	-	-	10	12	5 900
Somalie	106	-	-	-	-	15 x	26 x	6 x	33 x	9 x	-	1 000 x	1 000	16
Soudan*	-	-	-	-	-	9	56	47	23	21	7	94 x	-	-
Soudan du Sud*	-	-	-	-	-	4	40	17	19	12	1	2 100 x	-	-
Sri Lanka	109	97	100	-	-	68	99	93	99	98	24	39 x	35	1 200
Suède	105	-	99	99	100	-	100 x	-	-	-	-	-	4	14 100
Suisse	106	-	100	97	-	-	-	-	-	-	30	-	8	9 500
Suriname	110	99	95	123	122	46 x	90 x	-	90 x	88 x	-	180	130	320
Swaziland	98	99	92	100	107	65	97	77	82	80	12	590 x	320	95
Tadjikistan	110	100	96	87	101	37	89	49	88	88	-	45	65	430
Tchad	106	54	73	42	96	5	53	23	23	16	2	1 100 x	1 100	15
Thaïlande	109	96 x	99	108	-	80	99	80	100	99	24	12 x	48	1 400
Timor-Leste	103	83	96	101	111	22	84	55	29	22	2	560	300	55

Pays et zones	Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 2011	Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%) 2007-2011*	Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2011*		Taux de survie en dernière année : primaire : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2011*	Prévalence des contraceptifs (%) 2007-2012*	Soins prénatals (%) 2007-2012*		Soins à l'accouchement (%) 2007-2012*			Taux de mortalité maternelle ¹		
			Taux brut primaire	Taux brut secondaire			Au moins une visite	Au moins quatre visites	Personnel soignant qualifié	Accouchements en institution	Césarienne	2007-2011*		risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur :)
												déclaré	ajusté	
Togo	106	61	90	—	123	15	72	55	59	67	9	—	300	80
Tonga	108	100 x	—	—	—	32	98	—	98	98	—	36	110	230
Trinité-et-Tobago	110	99	97	107	106	43 x	96 x	—	98 x	97 x	—	—	46	1 300
Tunisie	106	82	96	106	102	60 x	96 x	68 x	95 x	89 x	21 x	—	56	860
Turkménistan	114	100	—	—	—	48 x	99 x	83 x	100 x	98 x	3 x	12	67	590
Turquie	106	89	98	91	103	73	92	74	91	90	37	29 x	20	2 200
Tuvalu	—	—	—	—	—	31	97	67	98	93	7	0 x	—	—
Ukraine	118	100	101	98	101	67	99	75	99	99	10	16	32	2 200
Uruguay	110	101	97	—	104	78 x	96	90	100	—	34	34	29	1 600
Vanuatu	106	96	95	102	94	38	84	—	74	80	—	86	110	230
Venezuela (République bolivarienne du)	108	100	97	110	105	—	94 x	—	95 x	95 x	—	63	92	410
Viet Nam	105	96	94	109	—	78	94	60	93	92	20	69	59	870
Yémen	105	58	82	62	—	28 x	47 x	14 x	36 x	24 x	9 x	370 x	200	90
Zambie	102	77	101	—	95	41	94	60	47	48	3	590	440	37
Zimbabwe	97	—	—	—	—	59	90	65	66	65	5	960	570	52

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^σ	106	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	730	31
--------------------------------------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	----

DONNÉES CONSOLIDÉES¹

Afrique subsaharienne	104	76	93	82	101	24	77	46	49	47	4	—	500	39
Afrique de l'Est et australe	104	82	96	89	103	34	81	44	44	43	4	—	410	52
Afrique de l'Ouest et centrale	104	70	89	76	100	17	74	47	55	52	4	—	570	32
Moyen-Orient et Afrique du Nord	105	82	94	92	—	48	77	—	73	62	—	—	170	190
Asie du Sud	104	69	98	91	—	52	70	35	49	44	9	—	220	150
Asie de l'Est et Pacifique	105	94	102	104	—	64**	93	77**	92	84	23	—	82	680
Amérique latine et Caraïbes	109	98	97	108	102	—	96	89	90	89	40	—	81	520
ECO/CEI	113	98	99	97	101	73	—	—	97	—	—	—	32	1 700
Pays les moins avancés	104	76	94	84	102	35	74	38	48	44	6	—	430	52
Monde	106	90	97	97	100**	55**	81	50**	66	61	16	—	210	180

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

[#] La liste complète des pays et zones dans les régions et sous-régions se trouve à la page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

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

Taux d'alphabétisation des adultes – Nombre de personnes de 15 ans et plus capables de lire et écrire en le comprenant un texte court et simple sur la vie de tous les jours, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.

Taux brut de scolarisation à l'école primaire – Nombre total d'enfants scolarisés dans le primaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école primaire.

Taux brut de scolarisation à l'école secondaire – Nombre total d'enfants scolarisés dans le secondaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école secondaire.

Taux de survie en dernière année d'école primaire – Pourcentage d'enfants qui entrent en première année d'école primaire et qui achèvent ce cycle d'étude à un moment donné (données administratives).

Prévalence de la contraception – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui vivent en union et utilisent une méthode de contraception.

Soins prénatals – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont été examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un agent de santé qualifié (médecin, infirmier ou sage-femme) et pourcentage de femmes examinées au moins quatre fois par un soignant.

Personnel soignant qualifié à la naissance – Pourcentage de naissances supervisées par un agent de santé qualifié (médecin, infirmier ou sage-femme).

Accouchements en institution – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont accouché dans un établissement de santé.

Césarienne – Pourcentage de naissances par césarienne. On prévoit des taux de césarienne compris entre 5 % et 15 % avec des niveaux adéquats de soins obstétricaux d'urgence.

Taux de mortalité maternelle – Nombre de décès de femmes de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, pour 100 000 naissances vivantes, pendant la même période. La tête de colonne indiquant « déclaré » donne les chiffres déclarés par les pays; ces chiffres n'ont pas été ajustés compte tenu des erreurs de classement et du fait qu'une partie seulement des décès a été déclarée. Concernant la colonne « ajusté », voir la note ci-dessous (+). La valeur des taux a été arrondie selon le schéma suivant: <100, valeur n'a pas été arrondie; 100-999, arrondie à la dizaine la plus proche; et >1 000, arrondie à la centaine la plus proche.

Risque de décès maternel sur la vie entière – Le risque de décès maternel sur la vie entière englobe à la fois la probabilité de débuter une grossesse et la probabilité de mourir des suites de cette grossesse cumulée pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

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

Alphabétisation des adultes – Institut de statistique, UNESCO (ISU).

Scolarisation, écoles primaires et secondaires – ISU, moyennes régionales et mondiales calculées par l'UNICEF.

Taux de survie en dernière année d'école primaire – ISU

Prévalence des contraceptifs – EDS, Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres sources nationales représentatives; Division de la population, Organisation des Nations Unies.

Soins prénatals – EDS, MICS et autres sources nationales représentatives.

Naissance assistée par du personnel soignant qualifié – EDS, MICS et autres sources nationales représentatives.

Accouchements en institution – EDS, MICS et autres sources nationales représentatives.

Césarienne – EDS, MICS et autres sources nationales représentatives.

Taux de mortalité maternelle (déclaré) – Sources nationales représentatives, notamment enquêtes sur les ménages et état civil.

Taux de mortalité maternelle (ajusté) – Groupe interinstitutions des Nations Unies pour les estimations relatives à la mortalité des enfants (OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale)

Risque de décès maternel sur la vie entière – Groupe interinstitutions des Nations Unies pour les estimations relatives à la mortalité des enfants (OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale).

NOTES

- Données non disponibles.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées dans la colonne de tête. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.
- ** Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- * À l'exclusion de la Chine.
- † Les données relatives au taux de mortalité maternelle figurant dans la colonne intitulée « déclaré » se rapportent aux données déclarées par les autorités nationales. Les données dans la colonne intitulée « ajusté » proviennent des estimations du Groupe interinstitutions des Nations Unies de 2010 sur la mortalité maternelle, qui ont été publiées en mai 2012. Périodiquement, ce Groupe interinstitutions (OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale) produit des séries de données sur la mortalité maternelle qui sont comparables au plan international, qui comprennent des estimations pour les pays ne disposant pas de données et qui tiennent compte de problèmes bien répertoriés, comme le fait qu'une partie des décès maternels ne sont pas déclarés ou qu'ils sont mal classés. Veuillez noter qu'en raison de l'évolution de la méthodologie, ces valeurs ne sont pas comparables aux valeurs précédentes du taux de mortalité maternelle (TMM) « ajusté ». On trouvera des séries sur les TMM comparables pour les années 1990, 1995, 2000, 2005, 2008 et 2010 sur le site <childinfo.org> ."

TABLEAU 9 : PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et zones	Travail des enfants (%) ⁺ 2002-2011*			Mariage d'enfants (%) 2002-2011*		Enregistrement des nais- sances (%) 2005-2011*	Mutilations génitales féminines/excision (%) 2002-2011*			Justification de la violence conjugale (%) 2002-2011*		Discipline imposée par la violence (%) ⁺ 2005-2011*		
	total	garçons	filles	marié à 15 ans	marié à 18 ans		total	prévalence		soutien à cette pratique ^c	hommes	femmes	total	garçons
						femmes ^a		filles ^b						
Afghanistan	10	11	10	15	40	37	-	-	-	-	90	74	75	74
Afrique du Sud	-	-	-	1	6	92 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Albanie	12	14	9	0	10	99	-	-	-	36	30	75	78	71
Algérie	5 y	6 y	4 y	0	2	99	-	-	-	-	68	88	89	87
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	24 x	22 x	25 x	-	-	29 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	7 y	8 y	5 y	-	-	91 x, y	-	-	-	-	-	-	-	-
Arménie	4 y	5 y	3 y	0	7	100	-	-	-	20	9	70	72	67
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	7 y	8 y	5 y	1	12	94	-	-	-	58	49	75	79	71
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	5 x	6 x	3 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	13	18	8	32	66	10	-	-	-	36	36	-	-	-
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	5	6	4	0	7	-	-	-	-	-	-	84	87	80
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	6	7	5	3	26	95	-	-	-	-	9	71	71	70
Bénin	46	47	45	8	34	60	13	2	1	14	47	-	-	-
Bhoutan	3	3	3	6	26	100	-	-	-	-	68	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	26 y	28 y	24 y	3	22	76 y	-	-	-	-	16	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	5	7	4	0	6	100	-	-	-	-	5	38	40	36
Botswana	9 y	11 y	7 y	-	-	72	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	3 y	4 y	2 y	11	36	93 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunéï Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	39	42	36	10	52	77	76	13 y	9	34	44	83	84	82
Burundi	26	26	27	3	20	75	-	-	-	44	73	-	-	-
Cambodge	37 y	-	-	2	18	62	-	-	-	22 y	46 y	-	-	-
Cameroun	31	31	30	11	36	70	1	1	7	-	56	93	93	93
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cap-Vert	3 x, y	4 x, y	3 x, y	3	18	91	-	-	-	16 y	17	-	-	-
Chili	3	3	2	-	-	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	9 y	12 y	6 y	6	23	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	27 x	26 x	28 x	-	-	83 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	25	24	25	7	33	81 y	-	-	-	-	76	-	-	-
Costa Rica	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	35	36	34	8	35	55	36	9	20	-	65	91	91	91
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	9	40	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	8	8	8	2	5	89	93	49	37	-	-	72	73	71
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	7	8	5	2	17	99	91	24 y	54	-	39 y	92 y	-	-
El Salvador	5 y	7 y	3 y	5	25	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Émirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	8	7	8	4	22	90	-	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	-	-	-	20	47	-	89	63	49	-	71	-	-	-
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
État de Palestine	-	-	-	7	19	96 y	-	-	-	-	-	95	-	-
États-Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	27 y	31 y	24 y	16	41	7	74	38	-	45	68	-	-	-
ex-République yougoslave de Macédoine	13	12	13	1	7	100	-	-	-	-	15	69	71	67
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72 y	-	-
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pays et zones	Travail des enfants (%) ⁺ 2002-2011*			Mariage d'enfants (%) 2002-2011*		Enregistrement des nais- sances (%) 2005-2011*	Mutilations génitales féminines/excision (%) 2002-2011*			Justification de la violence conjugale (%) 2002-2011*		Discipline imposée par la violence (%) ⁺ 2005-2011*		
	total	garçons	filles	marié à 15 ans	marié à 18 ans		prévalence		soutien à cette pratique ^c	hommes	femmes	total	garçons	filles
						femmes ^a	filles ^b							
Gabon	–	–	–	11 x	34 x	89 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Gambie	19	21	18	7	36	53	76	42 y	64	–	75	90	90	91
Géorgie	18	20	17	1	14	99	–	–	–	–	7	67	70	63
Ghana	34	34	34	5	21	63	4	0 y	2	26 y	44	94	94	94
Grèce	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	21 y	–	–	7	30	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinée	25	26	24	20	63	43	96	57	69	–	86	–	–	–
Guinée-Bissau	38	40	36	7	22	24	50	39	34	–	40 y	82	82	81
Guinée équatoriale	28 x	28 x	28 x	–	–	32 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	16	17	16	6	23	88	–	–	–	19	16	76	79	74
Haïti	21	22	19	6	30	81	–	–	–	–	29	–	–	–
Honduras	16	16	15	11	39	94	–	–	–	–	16	–	–	–
Hongrie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Marshall	–	–	–	6	26	96	–	–	–	58	56	–	–	–
Îles Salomon	–	–	–	3	22	–	–	–	–	65	69	72 y	–	–
Inde	12	12	12	18	47	41	–	–	–	51	54	–	–	–
Indonésie	7 y	8 y	6 y	4	22	53	–	–	–	16 y	31 y	–	–	–
Iran (République islamique d')	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	11	12	9	3	17	95	–	–	–	–	59	86	87	84
Irlande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israël	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaïque	6	7	5	1	9	98	–	–	–	22 y	3 y	89	90	87
Japon	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordanie	2 y	3 y	0 y	1	10	–	–	–	–	–	90 y	–	–	–
Kazakhstan	2	2	2	0	6	100	–	–	–	17	12	49	54	45
Kenya	26 x	27 x	25 x	6	26	60	27	–	9	44	53	–	–	–
Kirghizistan	4	4	3	1	10	94	–	–	–	–	38	54 y	58 y	49 y
Kiribati	–	–	–	3	20	94	–	–	–	60	76	81 y	–	–
Koweït	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23 x	25 x	21 x	2	19	45	–	–	–	48	37	–	–	–
Lettonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liban	2	3	1	1	6	100	–	–	–	–	10 y	82	82	82
Libéria	21	21	21	11	38	4 y	58	–	–	30	59	94	94	94
Libye	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	28 y	29 y	27 y	14	48	80	–	–	–	30	32	–	–	–
Malaisie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	26	25	26	12	50	–	–	–	–	13	13	–	–	–
Maldives	–	–	–	0	4	93	–	–	–	14 y	31 y	–	–	–
Mali	21	22	21	15	55	81	89	75	73	–	87	–	–	–
Malte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maroc	8	9	8	3	16	85 x, y	–	–	–	–	64	91	92	90
Maurice	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritanie	16	18	15	15	35	56	72	66	53	–	–	–	–	–
Mexique	5	6	5	5	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronésie (États fédérés de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	10	10	11	0	5	99	–	–	–	9 y	10	46	48	43
Monténégro	10	12	8	0	5	98	–	–	–	–	11	63	64	61
Mozambique	22	21	24	21	56	31	–	–	–	–	36	–	–	–
Myanmar	–	–	–	–	–	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibie	–	–	–	2	9	67	–	–	–	41	35	–	–	–
Nauru	–	–	–	2	27	83	–	–	–	–	–	–	–	–
Népal	34 y	30 y	38 y	10	41	42	–	–	–	22	23	–	–	–
Nicaragua	15 x	18 x	11 x	10	41	81 y	–	–	–	–	14	–	–	–
Niger	43	43	43	36	75	32 y	2	1	3	–	70	–	–	–
Nigéria	29	29	29	16	39	30	30 y	30 y	22	30	43	–	–	–

Pays et zones	Travail des enfants (%) ⁺ 2002-2011*			Mariage d'enfants (%) 2002-2011*		Enregistrement des nais- sances (%) 2005-2011*	Mutilations génitales féminines/excision (%) 2002-2011*			Justification de la violence conjugale (%) 2002-2011*		Discipline imposée par la violence (%) ⁺ 2005-2011*		
	total	garçons	filles	marié à 15 ans	marié à 18 ans		prévalence		soutien à cette pratique ^c	hommes	femmes	total	garçons	filles
						femmes ^a	filles ^b							
Nioué	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Norvège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ouganda	25 y	27 y	24 y	10	40	30	1	1 y	9	44	58	–	–	–
Ouzbékistan	–	–	–	0	7	100	–	–	–	59 y	70	–	–	–
Pakistan	–	–	–	7	24	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Palaos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	7 y	10 y	4 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	–	–	–	2	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	15	17	12	–	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays-Bas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pérou	34 y	31 y	36 y	3	19	93	–	–	–	–	–	–	–	–
Philippines	–	–	–	2	14	83 x	–	–	–	–	14	–	–	–
Pologne	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	3 x, y	4 x, y	3 x, y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République arabe syrienne	4	5	3	3	13	95	–	–	–	–	–	89	90	88
République centrafricaine	29	27	30	29	68	61	24	1 y	11	80 y	80	92	92	92
République de Corée	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République de Moldova	16	20	12	1	19	98 x	–	–	–	22 y	21	–	–	–
République démocratique du Congo	15	13	17	9	39	28	–	–	–	–	76	92	92	91
République démocratique populaire lao	11	10	13	–	–	72	–	–	–	–	81	74	75	72
République dominicaine	13	18	8	12	41	79	–	–	–	–	4	67	69	65
République populaire démocratique de Corée	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
République tchèque	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	21 y	23 y	19 y	7	37	16	15	3	6	38	54	–	–	–
Roumanie	1 x	1 x	1 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Royaume-Uni	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	29	27	30	1	8	63	–	–	–	25	56	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et- les Grenadines	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	48	–	–	–	46	61	–	–	–
Sao Tomé-et-Principe	8	8	7	5	34	75	–	–	–	22	20	–	–	–
Sénégal	17 y	18 y	16 y	12	33	75	26	13 y	17	25	60	–	–	–
Serbie	4	5	4	1	5	99	–	–	–	7 y	3	67	70	64
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	26	27	25	18	44	78	88	10 y	72	–	73	82	81	82
Singapour	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovénie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalie	49	45	54	8	45	3	98	46	65	–	76 y	–	–	–
Soudan ^r	–	–	–	7	33	59	88	37 y	42	–	47	–	–	–
Soudan du Sud ^r	–	–	–	9	52	35	–	–	–	–	79	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	2	12	97	–	–	–	–	53 y	–	–	–
Suède	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suisse	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	6	7	5	3	19	97	–	–	–	–	13	86	87	85
Swaziland	7	8	7	1	7	50	–	–	–	23 y	28	89	90	88
Tadjikistan	10	9	11	1	13	88	–	–	–	–	74 y	78	80	75
Tchad	26	25	28	29	68	16	44	18	38	–	62	84	85	84
Thaïlande	8	8	8	3	20	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	4	4	4	3	19	55	–	–	–	81	86	–	–	–
Togo	28	28	29	6	25	78	4	0 y	2	–	43	93	94	93
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	1	1	1	2	8	96	–	–	–	–	8	77	78	77

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^a 2002-2011 ^a			Mariage d'enfants (%) 2002-2011 ^a		Enregistrement des naissances (%) 2005-2011 ^a	Mutilations génitales féminines/excision (%) 2002-2011 ^a			Justification de la violence conjugale (%) 2002-2011 ^a		Discipline imposée par la violence (%) ^a 2005-2011 ^a		
	total	garçons	filles	marié à 15 ans	marié à 18 ans		prévalence		attitudes	hommes	femmes	total	garçons	filles
						femmes ^b	filles ^b	soutien à cette pratique ^c						
Tunisie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	–	–	–	1	7	96	–	–	–	–	38 y	–	–	–
Turquie	3 y	3 y	2 y	3	14	94	–	–	–	–	25	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	0	10	50	–	–	–	73	70	–	–	–
Ukraine	7	8	7	0	10	100	–	–	–	11	4	70	76	65
Uruguay	8 y	8 y	8 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	9	27	26	–	–	–	–	–	78 y	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	8 x	9 x	6 x	–	–	92 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	7	7	7	1	9	95	–	–	–	–	36	74	76	71
Yémen	23	21	24	11	32	22	23 x, y	20 x, y	41 x, y	–	–	95	95	95
Zambie	41 y	42 y	40 y	9	42	14	1	–	–	49	62	–	–	–
Zimbabwe	–	–	–	4	31	49	–	–	–	34	40	–	–	–

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^σ	13 x	14 x	12 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
--------------------------------------	------	------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique subsaharienne	27	28	26	12	37	41	40	24	21	35	55	–	–	–
Afrique de l'Est et australe	27	28	25	9	34	37	42	–	–	40	55	–	–	–
Afrique de l'Ouest et centrale	27	28	27	14	41	42	34	23	22	30	56	–	–	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	9	10	8	3	17	81	–	–	–	–	52	90	–	–
Asie du Sud	12	13	12	18	46	37	–	–	–	49	52	–	–	–
Asie de l'Est et Pacifique	8**	8**	7**	3**	18**	70**	–	–	–	–	30**	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	9	9	7	7	29	93	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CEI	5	6	4	1	10	96	–	–	–	–	27	–	–	–
Pays les moins avancés	23	24	22	16	46	35	–	–	–	36	54	–	–	–
Monde	15**	15**	14**	11**	34**	51**	–	–	–	–	47**	–	–	–

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

[#] La liste complète des pays et zones dans les régions et sous-régions se trouve à la page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Travail des enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 14 ans qui avaient un travail au moment de l'enquête. Un enfant est considéré comme se livrant au travail des enfants dans les cas suivants : enfants de 5 à 11 ans qui, pendant la semaine précédant l'enquête, se sont livrés à une activité économique pendant au moins une heure ou ont effectué des corvées ménagères pendant au moins 28 heures et enfants de 12 à 14 ans qui, pendant la semaine précédant l'enquête, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures ou ont effectué des corvées ménagères pendant au moins 28 heures.

Mariage d'enfants – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 15 ans et pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 18 ans.

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui étaient enregistrés au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur ou ceux dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que la naissance a été enregistrée.

Mutilations génitales féminines/excision – a) **Femmes** : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été mutilées/excisées. b) **Filles** : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont au moins une fille qui a été mutilée/excisée. c) **Soutien à cette pratique** : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui estiment qu'il faut maintenir la coutume des mutilations génitales féminines et de l'excision.

Justification de la violence conjugale – Pourcentage de femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans qui pensent qu'un mari est en droit de frapper ou de battre son épouse dans au moins l'un des cas suivants : si elle brûle le repas, se dispute avec lui, sort sans le lui dire, néglige les enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels.

Discipline imposée par la violence – Pourcentage d'enfants âgés de 2 à 14 ans à qui l'on impose la discipline par la violence (agression psychologique et/ou châtements corporels).

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Travail des enfants – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et autres enquêtes nationales.

Mariage d'enfants – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Enregistrement des naissances – MICS, EDS, autres enquêtes nationales et systèmes d'enregistrement de l'état civil.

Mutilations génitales féminines/excision – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Justification de la violence conjugale – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

Discipline imposée par la violence – MICS, EDS et autres enquêtes nationales.

NOTES

– Données non disponibles.

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

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Pour de plus amples détails sur la méthodologie utilisée et les changements apportés au calcul de ces estimations, veuillez consulter la Note générale sur les données, page 94.

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

** À l'exclusion de la Chine.

TABLEAU 10 | LE TAUX DU PROGRÈS

Pays et zones	Clas- sement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans				Taux annuel moyen de réduction (%) ⁹				Réduction depuis 1990 (%) ⁹	Réduction depuis 2000 (%) ⁹	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de réduction (%)	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
Nouvelle-Zélande	157	21	11	7	6	3,1	4,1	2,1	3,0	47	20	1,1 x	1,8 x	3,1	2,1	2,2	2,0	-0,2
Oman	141	195	48	22	9	7,1	7,8	8,3	8,1	82	60	3,1	2,7	7,3	7,2	2,2	0,1	5,5
Ouganda	26	190	178	141	90	0,3	2,4	4,1	3,3	49	36	-	3,7	7,1	7,1	6,1	0,0	0,8
Ouzbékistan	56	-	75	61	49	-	2,1	2,1	2,1	35	20	-	2,5	6,5	4,2	2,3	2,2	2,8
Pakistan	39	182	122	95	72	2,0	2,5	2,5	2,5	41	24	2,6	1,9	6,6	6,0	3,3	0,5	2,8
Palaos	100	-	32	25	19	-	2,6	2,6	2,6	42	25	-	-0,1 x	-	-	-	-	-
Panama	98	62	33	26	20	3,1	2,6	2,5	2,5	41	24	0,3	3,4	5,3	3,0	2,5	2,8	1,0
Papouasie-Nouvelle- Guinée	50	151	88	72	58	2,7	2,0	2,0	2,0	34	19	-1,0	0,1	6,2	4,8	3,9	1,2	1,0
Paraguay	87	75	53	35	22	1,7	4,0	4,1	4,1	57	37	3,1	0,3	5,7	4,5	2,9	1,2	2,1
Pays-Bas	169	16	8	6	4	3,2	2,9	4,0	3,5	52	35	1,6	1,9	2,4	1,6	1,8	2,2	-0,6
Pérou	102	158	75	39	18	3,7	6,6	7,0	6,8	76	53	-0,6	3,2	6,3	3,8	2,5	2,5	2,1
Philippines	83	88	57	39	25	2,2	3,8	3,9	3,8	55	35	0,5	1,9	6,3	4,3	3,1	1,9	1,6
Pologne	157	36	17	10	6	3,6	5,9	4,6	5,2	66	40	-	4,4	2,2	2,0	1,4	0,4	1,8
Portugal	184	66	15	7	3	7,5	7,1	6,8	6,9	77	53	2,5	1,5	3,0	1,5	1,3	3,3	0,7
Qatar	145	57	20	13	8	5,2	4,7	4,5	4,6	62	39	-	0,8 x	6,9	4,2	2,2	2,5	3,0
République arabe syrienne	115	113	36	23	15	5,7	4,6	3,6	4,1	58	33	2,2	1,8 x	7,6	5,3	2,9	1,8	3
République centrafricaine	6	226	169	172	164	1,5	-0,2	0,5	0,2	3	5	-1,3	-0,5	6,0	5,8	4,5	0,1	1,1
République de Corée	165	49	8	6	5	9,4	2,7	1,6	2,1	36	16	6,2	4,1	4,5	1,6	1,4	5,2	0,8
République de Moldova	107	70	35	24	16	3,5	3,8	3,6	3,7	54	33	1,8 x	-0,1	2,6	2,4	1,5	0,3	2,4
République démocratique du Congo	5	244	181	181	168	1,5	0,0	0,7	0,4	8	8	-2,2	-2,6	6,2	7,1	5,7	-0,7	1,1
République démocratique populaire lao	63	-	148	81	42	-	6,0	6,0	6,0	72	48	-	4,7	6,0	6,2	2,7	-0,1	4,0
République dominicaine	83	122	58	39	25	3,7	4,1	4,0	4,1	58	36	2,1	3,9	6,2	3,5	2,5	2,9	1,5
République populaire démocratique de Corée	69	-	45	58	33	-	-2,5	5,0	1,4	26	42	-	-	4,0	2,4	2,0	2,6	0,9
République tchèque	169	-	14	7	4	-	7,6	4,9	6,2	73	42	-	2,7	2,0	1,8	1,5	0,6	1,0
République-Unie de Tanzanie	41	208	158	126	68	1,4	2,2	5,7	4,0	57	47	-	2,5	6,8	6,2	5,5	0,4	0,6
Roumanie	125	64	37	27	13	2,7	3,3	6,9	5,2	67	53	0,9 x	2,8	2,9	1,9	1,4	2,1	1,5
Royaume-Uni	165	21	9	7	5	4,1	3,3	2,3	2,8	45	23	2,1	2,4	2,3	1,8	1,9	1,2	-0,1
Rwanda	51	223	156	183	54	1,8	-1,6	11,1	5,1	65	70	1,2	2,3	8,1	7,0	5,3	0,7	1,3
Saint-Kitts-et-Nevis	151	71	28	16	7	4,6	5,5	7,2	6,4	74	55	6,3 x	1,6	-	-	-	-	-
Saint-Marin	195	-	12	5	2	-	8,1	9,8	9,0	85	66	1,7	3,2 x	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et- les Grenadines	91	96	27	22	21	6,5	1,9	0,4	1,1	21	5	3,3	3,2	6,0	3,0	2,0	3,6	1,8
Sainte-Lucie	107	63	23	18	16	5,2	2,2	1,4	1,7	31	14	5,3 x	0,7	6,1	3,4	2	2,9	2,6
Samoa	100	-	30	23	19	-	2,6	1,8	2,2	37	18	-	2,8	6,1	4,8	3,8	1,2	1,1
Sao Tomé-et-Principe	28	96	96	93	89	0,0	0,4	0,4	0,4	8	4	-	-	6,5	5,4	3,6	0,9	1,9
Sénégal	45	295	136	130	65	3,9	0,4	6,4	3,5	52	50	-0,5	1,1	7,4	6,6	4,7	0,5	1,6
Serbie	151	-	29	13	7	-	8,1	5,3	6,6	75	44	-	1,4	2,4	2,1	1,6	0,6	1,4
Seychelles	122	66	17	14	14	6,9	1,8	0,0	0,9	17	0	2,9	2,0	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1	342	267	241	185	1,2	1,0	2,4	1,7	31	23	-0,5	1,1	5,9	5,7	4,9	0,1	0,7
Singapour	184	27	8	4	3	6,4	6,5	3,7	5,0	65	33	5,9	3,5	3,2	1,8	1,3	2,9	1,5
Slovaquie	145	-	18	12	8	-	4,2	3,7	3,9	56	34	-	3,7	2,5	2,0	1,3	1,0	2,0
Slovénie	184	-	10	5	3	-	6,6	6,0	6,2	73	48	-	3,2	2,3	1,5	1,5	2,0	0,1
Somalie	2	-	180	180	180	-	0,0	0,0	0,0	0	0	-0,8	-	7,2	6,6	6,3	0,4	0,2
Soudan ^{tr}	29	148	123	104	86	0,9	1,7	1,7	1,7	30	17	-	-	-	-	-	-	-
Soudan du Sud ^{tr}	15	302	217	165	121	1,6	2,8	2,8	2,8	45	27	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	128	76	29	19	12	4,8	4,1	4,1	4,1	58	36	3,0	4,1	4,3	2,5	2,3	2,8	0,4
Suède	184	13	7	4	3	3,4	4,9	3,5	4,2	58	32	1,8	2,2	2,0	2,0	1,9	0,1	0,2
Suisse	169	18	8	6	4	4,1	3,5	2,4	2,9	46	23	1,7 x	0,9	2,1	1,5	1,5	1,6	0,1
Suriname	74	-	52	40	30	-	2,6	2,7	2,7	43	26	-2,2 x	1,7 x	5,7	2,7	2,3	3,6	0,8
Swaziland	21	181	83	114	104	3,9	-3,2	0,9	-1,0	-24	9	3,1	1,8	6,9	5,7	3,3	0,9	2,7
Tadjikistan	46	-	114	95	63	-	1,9	3,7	2,8	45	33	-	0,2	6,9	5,2	3,2	1,4	2,2
Tchad	4	257	208	189	169	1,1	1,0	1,0	1,0	19	10	-0,9	3,1	6,5	6,7	5,9	-0,1	0,6
Thaïlande	128	102	35	19	12	5,3	6,4	3,7	5	65	34	4,7	2,8	5,6	2,1	1,6	4,9	1,4
Timor-Leste	51	-	180	109	54	-	5,0	6,4	5,7	70	51	-	1,9 x	5,9	5,3	6,1	0,5	-0,6
Togo	19	220	147	128	110	2,0	1,4	1,4	1,4	25	14	-0,3	-0,1	7,1	6,3	4,0	0,6	2,2
Tonga	115	43	25	20	15	2,9	2,2	2,2	2,2	37	21	-	1,5	5,9	4,6	3,9	1,2	0,9
Trinité-et-Tobago	78	52	37	32	28	1,7	1,4	1,3	1,4	25	14	0,5	4,8	3,5	2,4	1,6	1,8	1,9
Tunisie	107	181	51	30	16	6,3	5,5	5,5	5,5	68	45	2,5	3,3	6,6	3,6	2,0	3,0	2,9
Turkménistan	54	-	94	71	53	-	2,8	2,8	2,8	44	26	-	5,8	6,3	4,3	2,4	1,9	2,9

Pays et zones	Classement selon le TMM5	Taux de mortalité des moins de 5 ans				Taux annuel moyen de réduction (%) ^θ				Réduction depuis 1990 (%) ^θ	Réduction depuis 2000 (%) ^θ	Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%)		Taux global de fécondité			Taux annuel moyen de réduction (%)	
		1970	1990	2000	2011	1970-1990	1990-2000	2000-2011	1990-2011			1970-1990	1990-2011	1970	1990	2011	1970-1990	1990-2011
Turquie	115	194	72	35	15	5,0	7,1	7,7	7,4	79	57	2,0	2,4	5,5	3,0	2,1	3,0	1,9
Tuvalu	74	—	58	43	30	—	2,9	3,3	3,1	48	30	—	2,1	—	—	—	—	—
Ukraine	135	34	19	19	10	2,8	0,4	5,6	3,1	48	46	—	0,6	2,1	1,9	1,5	0,6	1,2
Uruguay	135	55	23	17	10	4,3	3,0	4,6	3,8	55	40	0,9	2,1	2,9	2,5	2,1	0,7	0,9
Vanuatu	125	102	39	23	13	4,9	5,2	5,0	5,1	66	43	1,2 x	0,6	6,3	4,9	3,8	1,2	1,2
Venezuela (République bolivarienne du)	115	61	31	22	15	3,4	3,3	3,6	3,4	51	33	-1,7	0,4	5,4	3,4	2,4	2,2	1,7
Viet Nam	87	—	50	34	22	—	3,9	4,1	4,0	57	36	—	6,0	7,4	3,6	1,8	3,6	3,3
Yémen	36	293	126	99	77	4,2	2,4	2,4	2,4	39	23	—	1,1	7,5	8,7	5,1	-0,7	2,5
Zambie	31	179	193	154	83	-0,4	2,3	5,6	4,0	57	46	-2,3	0,8	7,4	6,5	6,3	0,7	0,1
Zimbabwe	43	119	79	106	67	2,0	-2,9	4,1	0,8	15	37	-0,4	-3,0	7,4	5,2	3,2	1,8	2,3

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^σ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,1	3,4	6,6	6,0	4,3	0,5	1,5
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DONNÉES CONSOLIDÉES[#]

Afrique subsaharienne	236	178	154	109	1,4	1,5	3,1	2,3	39	29	0,0	2,0	6,7	6,2	4,9	0,3	1,2
Afrique de l'Est et australe	214	162	135	84	1,4	1,8	4,3	3,1	48	38	0,3	1,9	6,8	6,0	4,5	0,6	1,4
Afrique de l'Ouest et centrale	259	197	175	132	1,4	1,2	2,6	1,9	33	24	-0,5	2,0	6,6	6,5	5,3	0,1	1,0
Moyen-Orient et Afrique du Nord	190	72	52	36	4,8	3,4	3,3	3,3	50	30	-0,1	0,8	6,7	5,0	2,8	1,5	2,8
Asie du Sud	195	119	89	62	2,5	2,9	3,3	3,1	48	30	2,0	4,5	5,7	4,2	2,7	1,6	2,1
Asie de l'Est et Pacifique	120	55	39	20	3,9	3,4	5,9	4,7	63	48	5,6	7,5	5,6	2,6	1,8	3,8	1,8
Amérique latine et Caraïbes	117	53	34	19	4,0	4,4	5,2	4,8	64	44	1,4	1,7	5,3	3,2	2,2	2,5	1,8
ECO/CEI	88	48	35	21	3,1	3,2	4,6	3,9	56	40	—	2,5	2,8	2,3	1,8	0,9	1,3
Pays les moins avancés	238	171	136	98	1,7	2,3	3,0	2,7	43	28	-0,1	3,1	6,7	5,9	4,2	0,6	1,7
Monde	141	87	73	51	2,4	1,8	3,2	2,5	41	29	2,4	2,6	4,7	3,2	2,4	1,9	1,3

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

[#] La liste complète des pays et zones dans les régions et sous-régions se trouve à la page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

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

Réduction depuis 1990 – Réduction, en pourcentage, du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) entre 1990 et 2011. La Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire en 2000 avait fixé un objectif de deux tiers (67 %) pour la diminution du TMM5 entre 1990 et 2015. Cet indicateur donne une évaluation des progrès accomplis à ce jour vers la réalisation de cet objectif.

PIB par habitant – Le produit intérieur brut (PIB) est la somme de la valeur ajoutée par tous les producteurs résidents, majorée des taxes (moins les subventions) non incluses dans l'évaluation des produits. Le PIB par habitant est le produit intérieur brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. La croissance est calculée à partir du PIB à prix constants en devise locale.

Taux global de fécondité – Nombre d'enfants que mettrait au monde une femme qui vivrait jusqu'à la fin de ses années de procréation et donnerait naissance, à chaque âge, au nombre d'enfants correspondant au taux de fécondité pour cet âge.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

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

PIB par habitant – Banque mondiale.

Taux global de fécondité – Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

NOTES

– Données non disponibles.

^θ Une valeur négative est synonyme d'augmentation du taux de mortalité des moins de cinq ans.

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

TABLEAU 11 : ADOLESCENTS

Pays et zones	Population âgée de 10–19 ans		Adolescents actuellement mariés/en union 2002–2011*		Naissances à l'âge de 18 ans (%) 2007–2011*	Taux de naissance chez les adolescentes 2006–2010*	Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) 2002–2011*		Utilisation des médias de masse par les adolescents (%) 2002–2011*		Taux brut de scolarisation dans le 1er cycle du secondaire 2008–2011*	Taux brut de scolarisation dans le 2ème cycle du secondaire 2008–2011*	Adolescents qui ont une connaissance d'ensemble du VIH (%) 2007–2011*	
	Total (milliers) 2011	Proportion de la population totale (%) 2011	garçons	filles			garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles
Afghanistan	8 015	25	–	20	26	90	–	84	–	–	62	27	–	–
Afrique du Sud	9 940	20	2	4	15 x	54	–	–	–	–	96	92	–	–
Albanie	551	17	1	8	3	11	37	24	97	99	95	81	21	36
Algérie	6 425	18	–	2	–	4	–	66	–	–	133	50	–	12 x
Allemagne	8 059	10	–	–	–	9	–	–	–	–	101	107	–	–
Andorre	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	88	84	–	–
Angola	4 720	24	–	–	–	165 x	–	–	–	–	39	22	–	–
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	–	–	67 x	–	–	–	–	122	80	55	40
Arabie saoudite	4 926	18	–	–	–	7	–	–	–	–	106	95	–	–
Argentine	6 769	17	–	–	–	68	–	–	–	–	109	68	–	–
Arménie	435	14	1	8	2	28	21	8	94	92	96	85	4	10
Australie	2 917	13	–	–	–	16	–	–	–	–	113	167	–	–
Autriche	929	11	–	–	–	10	–	–	–	–	102	96	–	–
Azerbaïdjan	1 378	15	0	10	4 x	41	63	39	97	95	92	75	2 x	3 x
Bahamas	58	17	–	–	–	41	–	–	–	–	101	90	–	–
Bahreïn	153	11	–	–	–	12	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	31 601	21	–	46	40	133 x	–	41	–	63 y	66	40	–	7
Barbade	38	14	–	–	–	50	–	–	–	–	99	103	–	–
Bélarus	1 025	11	–	4	3 x	21	–	–	–	–	–	–	–	–
Belgique	1 207	11	–	–	–	11	–	–	–	–	114	109	–	–
Belize	73	23	–	15	19 x	90 x	–	11	–	–	–	–	–	39 x
Bénin	2 094	23	2	22	23 x	114 x	12	41	83	64	–	–	31 x	17 x
Bhoutan	148	20	–	15	15	59	–	70	–	–	78	42	–	22
Bolivie (État plurinational de)	2 232	22	4	13	20	89 x	–	17	100	97	94	73	24	22
Bosnie-Herzégovine	434	12	–	7	–	17	–	4	–	–	99	84	–	45 x
Botswana	434	21	–	–	–	51	–	–	–	–	91	68	–	–
Brésil	33 906	17	–	25	–	71	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunéi Darussalam	65	16	–	–	–	18	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgarie	696	9	–	–	–	48	–	–	–	–	83	94	–	–
Burkina Faso	3 978	23	2	32	28	130	40	39	61	55	28	9	31	29
Burundi	1 946	23	1	9	11	65	56	74	83	69	34	13	45	43
Cambodge	3 222	23	2	10	7	48	25 y	42 y	73	76	60	–	41	43
Cameroun	4 481	22	–	22	33 x	127	–	58	77	61	–	–	–	32 x
Canada	4 137	12	–	–	–	14	–	–	–	–	99	102	–	–
Cap-Vert	113	23	2	8	22 x	92 x	24	23	88	88	109	67	–	–
Chili	2 769	16	–	–	–	54	–	–	–	–	100	82	–	–
Chine	195 432	15	–	–	–	6	–	–	–	–	92	71	–	–
Chypre	153	14	–	–	–	4	–	–	–	–	102	96	–	–
Colombie	8 759	19	–	14	20	85	–	–	–	–	105	80	–	21
Comores	161	21	–	–	–	95 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	909	22	2	19	29 x	132 x	–	76	75	63	–	–	18	8
Costa Rica	832	18	3	11	9	67	–	–	–	–	116	75	–	–
Côte d'Ivoire	4 653	23	2	20	29 x	111	–	63	86	75	–	–	–	–
Croatie	490	11	–	–	–	13	–	–	–	–	105	87	–	–
Cuba	1 454	13	–	20	9	51	–	–	–	–	94	85	–	54
Danemark	701	13	–	–	–	6	–	–	–	–	116	119	–	–
Djibouti	202	22	–	4	–	27 x	–	–	–	–	44	25	–	16 x
Dominique	–	–	–	–	–	48	–	–	–	–	108	84	–	–
Égypte	15 964	19	–	13	7	50 x	–	50 y	–	97 y	94	51	16	3
El Salvador	1 440	23	–	21	–	65	–	–	–	–	86	44	–	–
Émirats arabes unis	898	12	–	–	–	34	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	2 843	19	–	16	–	100 x	–	–	–	–	85	65	–	–
Érythrée	1 171	22	–	29	25 x	–	–	70	–	85	44	22	–	–
Espagne	4 299	9	–	–	–	13	–	–	–	–	120	133	–	–
Estonie	133	10	–	–	–	21	–	–	–	–	105	103	–	–
État de Palestine	1 040	25	1	13	–	60	–	–	–	–	88	78	–	–
États-Unis	41 478	13	–	–	–	39	–	–	–	–	103	90	–	–
Éthiopie	20 948	25	2	19	22	79	51	64	42	38	45	16	32	24
ex-République yougoslave de Macédoine	280	14	–	4	2	20	–	14	–	–	90	78	–	23 x
Fédération de Russie	14 023	10	–	–	–	30	–	–	–	–	90	86	–	–
Fidji	159	18	–	–	–	31 x	–	–	–	–	100	69	–	–
Finlande	627	12	–	–	–	8	–	–	–	–	99	115	–	–
France	7 482	12	–	–	–	12	–	–	–	–	110	117	–	–

Pays et zones	Population âgée de 10–19 ans		Adolescents actuellement mariés/en union 2002–2011*		Naissances à l'âge de 18 ans (%) 2007–2011*	Taux de naissance chez les adolescentes 2006–2010*	Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) 2002–2011*		Utilisation des médias de masse par les adolescents (%) 2002–2011*		Taux brut de scolarisation dans le 1er cycle du secondaire 2008–2011*	Taux brut de scolarisation dans le 2ème cycle du secondaire 2008–2011*	Adolescents qui ont une connaissance d'ensemble du VIH (%) 2007–2011*	
	Total (milliers) 2011	Proportion de la population totale (%) 2011	garçons	filles			garçons	filles	garçons	filles			garçons	filles
Gabon	346	23	2 x	18 x	35 x	–	–	–	89 x	83 x	–	–	–	–
Gambie	421	24	–	24	23	104 x	–	74	–	–	63	45	–	33
Géorgie	541	13	–	11	6	44	–	5	–	–	93	81	–	–
Ghana	5 412	22	1	7	16	70	37	53	90	85	83	39	30	28
Grèce	1 087	10	–	–	–	12	–	–	–	–	–	–	–	–
Grenade	20	20	–	–	–	53 x	–	–	–	–	121	89	–	–
Guatemala	3 467	23	–	20	22	92	–	–	–	–	65	48	24	20
Guinée	2 334	23	3	36	44 x	153 x	–	79	66	55	46	26	–	–
Guinée-Bissau	349	23	–	19	31 x	137	–	39 y	–	–	–	–	–	12
Guinée équatoriale	154	21	–	–	–	128 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	181	24	1	16	16	97	25	18	94	94	99	78	45	53
Haïti	2 270	22	2	17	15 x	69 x	–	29	88	83	–	–	34 x	31 x
Honduras	1 777	23	–	20	26 x	108 x	–	18	–	98	75	71	–	28 x
Hongrie	1 072	11	–	–	–	19	–	–	–	–	99	98	–	–
Îles Cook	–	–	–	–	–	47 x	–	–	–	–	97	67	–	–
Îles Marshall	–	–	5	21	21	105	71	47	86	85	110	92	35	27
Îles Salomon	121	22	0	13	15	70 x	73	72	71	54	–	–	26	29
Inde	243 492	20	5	30	22 x	39	57	53	88	72	81	50	35 x	19 x
Indonésie	42 771	18	–	14	10	52 x	–	41 y	–	79 y	92	63	2 y	6
Iran (République islamique d')	12 015	16	–	16	–	31	–	–	–	–	98	87	–	–
Iraq	7 490	23	–	19	–	68	–	57	–	–	–	–	–	3 x
Irlande	567	13	–	–	–	16	–	–	–	–	110	138	–	–
Islande	45	14	–	–	–	15	–	–	–	–	97	115	–	–
Israël	1 206	16	–	–	–	14	–	–	–	–	94	110	–	–
Italie	5 742	9	–	–	–	7	–	–	–	–	107	97	–	–
Jamaïque	562	21	–	5	16	72	28 y	4 y	–	–	91	95	52 y	61 y
Japon	11 799	9	–	–	–	5	–	–	–	–	103	102	–	–
Jordanie	1 418	23	–	7	4	32	–	91 y	–	97 y	94	73	–	12
Kazakhstan	2 402	15	1	5	3 x	31	14	9	99	99	105	80	–	22 x
Kenya	9 322	22	0	12	26	106	54	57	91	81	91	44	52	42
Kirghizistan	1 082	20	–	8	2 x	31	–	28	–	–	94	62	–	19 x
Kiribati	–	–	5	16	9	39 x	65	77	58	57	99	72	46	41
Koweït	394	14	–	–	–	14	–	–	–	–	110	89	–	–
Lesotho	531	24	1	16	13	92	54	48	64	69	58	29	28	35
Lettonie	216	10	–	–	–	15	–	–	–	–	95	96	–	–
Liban	772	18	–	3	–	18 x	–	22 y	–	–	90	73	–	–
Libéria	921	22	3	19	38	177	37	48	73	63	–	–	21	18
Libye	1 117	17	–	–	–	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	103	23	–	–
Lituanie	391	12	–	–	–	17	–	–	–	–	96	105	–	–
Luxembourg	63	12	–	–	–	7	–	–	–	–	110	88	–	–
Madagascar	5 060	24	11	34	36	147	33	35	61	60	42	15	26	23
Malaisie	5 537	19	5	6	–	14	–	–	–	–	91	50	–	–
Malawi	3 673	24	2	23	35	157	21	16	82	65	40	15	45	40
Maldives	66	21	–	5	1	19	–	41 y	–	100	–	–	–	22 y
Mali	3 723	24	–	40	46 x	190 x	–	83	81	79	48	26	–	14
Malte	50	12	–	–	–	20	–	–	–	–	103	97	–	–
Maroc	6 094	19	–	11	8 x	18 x	–	64	–	90	–	–	–	–
Maurice	211	16	–	–	–	31	–	–	–	–	96	85	–	–
Mauritanie	791	22	–	25	19	88 x	–	–	55 x	44 x	26	22	10	4
Mexique	21 658	19	–	15	39	87	–	–	–	–	117	61	–	–
Micronésie (États fédérés de)	27	24	–	–	–	52 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Monaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolie	500	18	1	5	2	20	9	14	–	–	89	90	24	28
Monténégro	83	13	–	2	–	24	–	6	–	–	114	94	–	–
Mozambique	5 577	23	5	43	42 x	193	–	37	95	88	34	11	31	37
Myanmar	8 665	18	–	7	–	17 x	–	–	–	–	62	38	–	31
Namibie	530	23	0	5	17	74 x	44	38	86	88	–	–	59	62
Nauru	–	–	9	18	22	84 x	–	–	89	86	–	–	8	8
Népal	7 043	23	7	29	19	81	27	24	86	76	–	–	33	25
Nicaragua	1 319	22	–	24	28 x	109 x	–	19	–	95 x	80	54	–	–
Niger	3 776	24	3	59	51 x	199 x	–	68	66	48	19	4	14 x	12 x
Nigéria	36 205	22	1	29	28	123	35	40	82	64	47	41	28	20
Nioué	–	–	–	–	–	16	–	–	–	–	–	–	–	–

Pays et zones	Population âgée de 10–19 ans		Adolescents actuellement mariés/en union 2002–2011*		Naissances à l'âge de 18 ans (%) 2007–2011*	Taux de naissance chez les adolescentes 2006–2010*	Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) 2002–2011*		Utilisation des médias de masse par les adolescents (%) 2002–2011*		Taux brut de scolarisation dans le 1er cycle du secondaire 2008–2011*	Taux brut de scolarisation dans le 2ème cycle du secondaire 2008–2011*	Adolescents qui ont une connaissance d'ensemble du VIH (%) 2007–2011*	
	Total (milliers) 2011	Proportion de la population totale (%) 2011	Adolescents actuellement mariés/en union 2002–2011*				garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles
			garçons	filles										
Norvège	646	13	–	–	–	10	–	–	–	–	98	124	–	–
Nouvelle-Zélande	612	14	–	–	–	29	–	–	–	–	104	137	–	–
Oman	462	16	–	–	–	12	–	–	–	–	108	93	–	–
Ouganda	8 326	24	2	20	33	159 x	52	62	88	82	35	13	36	36
Ouzbékistan	5 798	21	–	5	2 x	26	63	63	–	–	96	124	–	27 x
Pakistan	39 894	23	–	16	10	16	–	–	–	–	44	26	–	2
Palaos	–	–	–	–	–	27 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Panama	646	18	–	–	–	88	–	–	–	–	93	54	–	–
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 561	22	3	15	14 x	70 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	1 385	21	–	11	–	63	–	–	–	–	78	56	–	–
Pays-Bas	2 019	12	–	–	–	5	–	–	–	–	127	116	–	–
Pérou	5 769	20	–	11	13	72	–	–	–	91	101	77	–	17
Philippines	20 508	22	–	10	7	53	–	15	–	94	88	76	–	19
Pologne	4 300	11	–	–	–	16	–	–	–	–	97	97	–	–
Portugal	1 100	10	–	–	–	16	–	–	–	–	116	98	–	–
Qatar	151	8	–	–	–	15	–	–	–	–	101	86	–	–
République arabe syrienne	4 786	23	–	10	9 x	75 x	–	–	–	–	92	37	–	6 x
République centrafricaine	1 030	23	11	55	45	133 x	87 y	79	–	–	–	–	26 x	16 x
République de Corée	6 458	13	–	–	–	2	–	–	–	–	100	94	–	–
République de Moldova	459	13	1	10	5 x	26	25	24	99	98	89	86	–	–
République démocratique du Congo	16 323	24	–	25	25	135	–	72	55	43	48	32	–	13
République démocratique populaire lao	1 509	24	–	–	55 x	110 x	–	79	–	–	55	32	–	–
République dominicaine	1 967	20	–	17	25	98 x	–	7	98	98	90	70	33	39
République populaire démocratique de Corée	4 103	17	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	7
République tchèque	1 069	10	–	–	–	11	–	–	–	–	93	88	–	–
République-Unie de Tanzanie	10 475	23	4	18	28	128	39	52	79	70	–	–	41	46
Roumanie	2 252	11	–	–	–	41	–	–	–	–	96	98	–	–
Royaume-Uni	7 442	12	–	–	–	25	–	–	–	–	109	96	–	–
Rwanda	2 356	22	0	3	5	41	35	56	88	73	43	20	44	49
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	–	–	67 x	–	–	–	–	100	93	–	–
Saint-Marin	–	–	–	–	–	1 x	–	–	–	–	99	96	–	–
Saint-Siège	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	21	19	–	–	–	70	–	–	–	–	119	91	–	–
Sainte-Lucie	32	18	–	–	–	49 x	–	–	–	–	98	93	–	–
Samoa	44	24	1	7	5	29	50	58	97	97	105	76	5	2
Sao Tomé-et-Principe	40	24	1	20	25	110	25	23	96	95	71	19	39	39
Sénégal	3 004	24	1	24	22	93	31	61	86	81	–	–	28	26
Serbie	1 207	12	1	5	3	22	6	2	99	100	99	85	43	53
Seychelles	–	–	–	–	–	62	–	–	–	–	131	104	–	–
Sierra Leone	1 366	23	–	23	38	98 x	–	63	66	51	–	–	26	16
Singapour	747	14	–	–	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	635	12	–	–	–	21	–	–	–	–	91	88	–	–
Slovénie	193	9	–	–	–	5	–	–	–	–	96	98	–	–
Somalie	2 140	22	–	25	–	123 x	–	75 y	–	–	–	–	–	3 x
Soudan ^a	–	–	–	24	14	–	–	52	–	–	–	–	–	4
Soudan du Sud ^a	–	–	–	40	28	–	–	72	–	–	–	–	–	8
Sri Lanka	3 165	15	–	9	4	24	–	54 y	–	88 y	–	–	–	–
Suède	1 097	12	–	–	–	6	–	–	–	–	97	101	–	–
Suisse	867	11	–	–	–	4	–	–	–	–	108	86	–	–
Suriname	96	18	–	11	–	66	–	19	–	–	89	56	–	41 x
Swaziland	301	25	0	4	22	111 x	34	42	94	89	67	45	52	56
Tadjikistan	1 670	24	–	6	4 x	27 x	–	85 y	–	–	98	61	9	11
Tchad	2 690	23	–	48	47	193 x	–	59	55	24	29	18	–	10
Thaïlande	10 192	15	–	15	8 x	47	–	–	–	–	91	64	–	46 x
Timor-Leste	301	26	0	8	9	54	72	81	61	62	63	49	15	11
Togo	1 416	23	0	12	17	–	–	41	–	–	–	–	–	33
Tonga	23	22	–	–	–	16	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	189	14	–	6	–	33	–	10	–	–	92	87	–	49 x
Tunisie	1 709	16	–	–	–	6	–	–	–	–	116	73	–	–
Turkménistan	1 013	20	–	5	2 x	21	–	37 y	–	96 x	–	–	–	4 x
Turquie	13 004	18	–	10	8 x	38	–	30	–	–	96	64	–	–

Pays et zones	Population âgée de 10-19 ans		Adolescents actuellement mariés/en union 2002-2011*		Naissances à l'âge de 18 ans (%) 2007-2011*	Taux de naissance chez les adolescentes 2006-2010*	Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) 2002-2011*		Utilisation des médias de masse par les adolescents (%) 2002-2011*		Taux brut de scolarisation dans le 1er cycle du secondaire 2008-2011*	Taux brut de scolarisation dans le 2ème cycle du secondaire 2008-2011*	Adolescents qui ont une connaissance d'ensemble du VIH (%) 2007-2011*	
	Total (milliers) 2011	Proportion de la population totale (%) 2011	garçons	filles			garçons	filles	garçons	filles			garçons	filles
Tuvalu	–	–	2	8	3	28 x	83	69	89	95	–	–	57	31
Ukraine	4 638	10	3	6	3	30	8	3	99	99	104	78	33	39
Uruguay	524	15	–	–	–	60	–	–	–	–	113	68	–	–
Vanuatu	54	22	–	13	–	–	–	–	–	–	65	41	–	14
Venezuela (République bolivarienne du)	5 499	19	–	16 x	–	101	–	–	–	–	90	71	–	–
Viet Nam	15 251	17	–	8	3	35	–	35	97	94	88	65	–	51
Yémen	6 073	25	–	19	–	80 x	–	–	–	–	54	34	–	2 x y
Zambie	3 176	24	1	18	34	151 x	55	61	80	71	–	–	38	36
Zimbabwe	3 196	25	1	23	21	115	48	48	59	53	–	–	42	46

MÉMORANDUM														
Soudan et Soudan du Sud ^o	10 044	23	–	–	–	70	–	–	–	–	–	–	–	–

DONNÉES CONSOLIDÉES [#]														
Afrique subsaharienne	200 971	23	2	23	26	109	42	55	73	62	47	30	34	26
Afrique de l'Est et australe	94 195	22	3	19	26	102	46	55	71	64	49	30	38	35
Afrique de l'Ouest et centrale	96 530	23	1	28	27	121	35	55	75	60	46	31	28	19
Moyen-Orient et														
Afrique du Nord	82 134	20	–	14	–	37	–	57	–	–	89	57	–	–
Asie du Sud	333 425	20	5	29	22	38	56	52	88	71	75	45	34	15
Asie de l'Est et Pacifique	317 250	16	–	11 **	8 **	14	–	34 **	–	85 **	89	68	–	20 **
Amérique latine et Caraïbes	108 552	18	–	18	–	77	–	–	–	–	102	75	–	–
ECO/CEI	53 462	13	–	7	–	31	–	31	–	–	95	80	–	–
Pays les moins avancés	193 984	23	–	27	28	106	–	55	68	61	50	26	–	22
Total mondial	1 199 890	17	–	22 **	20 **	43	–	49 **	–	73 **	82	59	–	19 **

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

[#] Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Adolescents actuellement mariés/en union – Pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans qui sont mariés ou en union. Cet indicateur est un instantané de l'état civil des filles et des garçons de ce groupe d'âge. On notera toutefois que ceux et celles qui ne sont pas mariés au moment de l'enquête risquent de se marier avant d'être sortis de l'adolescence.

Naissances avant l'âge de 18 ans – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont eu un enfant avant l'âge de 18 ans. Cet indicateur normalisé extrait des enquêtes sur la population présente les niveaux de fécondité chez les adolescentes jusqu'à l'âge de 18 ans. Il convient de noter que les données se fondent sur les réponses de femmes âgées de 20 à 24 ans, qui ne risquent plus d'avoir un enfant avant l'âge de 18 ans.

Taux de naissances chez les adolescentes – Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents – Pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans qui pensent qu'un mari est en droit de frapper ou de battre son épouse dans au moins l'un des cas suivants : si elle brûle le repas, se dispute avec lui, sort sans le lui dire, néglige les enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels.

Utilisation des médias – Pourcentage de garçons et de filles âgés de 15 à 19 ans qui utilisent au moins un des types de médias d'information suivants au moins une fois par semaine : journal, revue, télévision ou radio.

Taux brut de scolarisation dans le 1er cycle secondaire – Nombre d'enfants inscrits au premier cycle de l'école secondaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter le 1er cycle de l'école secondaire.

Taux brut de scolarisation dans le 2e cycle secondaire – Nombre d'enfants inscrits au deuxième cycle du secondaire, indépendamment de leur âge, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter le 2e cycle de l'école secondaire.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Pourcentage de jeunes hommes et femmes (âgés de 15 à 19 ans) capables d'identifier correctement les deux principales façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH (avec un préservatif et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) et de réfuter les deux idées fausses les plus répandues sur la transmission du VIH, et qui savent également qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive au VIH.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population d'adolescents – Division de la population des Nations Unies.

Adolescents mariés/en union – Enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS), Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), et autres enquêtes nationales.

Naissances avant l'âge de 18 ans – EDS et MICS.

Taux de naissance chez les adolescentes – Division de la population des Nations Unies.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents – EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

Utilisation des médias – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, EDS, MICS et autres enquêtes nationales.

Taux brut de scolarisation – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU).

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, EDS, MICS, Enquêtes sur la santé reproductive et autres enquêtes nationales sur les ménages; Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTES

- Données non disponibles.
- x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées dans la colonne de tête. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales à l'exception des données 2005-2006 de l'Inde. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- * Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ** À l'exclusion de la Chine.

Pays et zones	Enregistrement des naissances (%) 2005–2011*			Naissances assistées par du personnel soignant qualifié (%) 2007–2012*			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%) 2007–2011*			Traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation orale (SRO) (%) 2007–2012*			Taux net de fréquentation à l'école primaire 2007–2011*			Connaissances d'ensemble sur le VIH/SIDA (% femmes 15–24 ans 2007–2011)*			Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2010		
	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural	urbain	rural	proportion urbain/rural
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	96	1,0
Trinité-et-Tobago	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	92	92	1,0
Tunisie	–	–	–	98 x	89 x	1,1 x	–	–	–	58 x	50 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–	96	–	–
Turkménistan	96	95	1,0	100 x	99 x	1,0 x	7 x	9 x	1,2 x	32 x	45 x	0,7 x	–	–	–	7 x	4 x	2,0 x	99	97	1,0
Turquie	95	92	1,0	96	80	1,2	1	3	2,1	–	–	–	94 y	91 y	1,0 y	–	–	–	97	75	1,3
Tuvalu	60	38	1,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	38	41	0,9	88	81	1,1
Ukraine	100	100	1,0	99	98	1,0	–	–	–	–	–	–	71	76	0,9	48	37	1,3	96	89	1,1
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99	1,0
Vanuatu	39	23	1,7	87	72	1,2	11	11	1,0	–	–	–	85	80	1,1	23	13	1,8	64	54	1,2
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	97	94	1,0	99	91	1,1	6	14	2,3	47	46	1,0	98	98	1,0	58	48	1,2	94	68	1,4
Yémen	38	16	2,3	62 x	26 x	2,3 x	–	–	–	30 x	34 x	0,9 x	83 x	64 x	1,3 x	4 x	1 x	6,7 x	93	34	2,7
Zambie	28	9	3,2	83	31	2,7	13	15	1,2	59	60	1,0	91	77	1,2	42	27	1,6	57	43	1,3
Zimbabwe	65	43	1,5	86	58	1,5	8	10	1,3	26	18	1,4	89	88	1,0	59	47	1,3	52	32	1,6

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud ^σ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	44 †	14 †	3,1 †
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	------	-------

DONNÉES CONSOLIDÉES^σ

Afrique subsaharienne	56	33	1,7	76	40	1,9	15	24	1,6	38	31	1,2	83	67	1,2	34	25	1,4	43	23	1,9
Afrique de l'Est et australe	49	28	1,7	75	36	2,1	12	20	1,7	46	38	1,2	87	72	1,2	48	32	1,5	54	27	2,0
Afrique de l'Ouest et centrale	57	36	1,6	78	46	1,7	16	26	1,7	35	23	1,5	80	61	1,3	29	16	1,8	35	20	1,8
Moyen-Orient et Afrique du Nord	91	72	1,3	84	57	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	70	1,3
Asie du Sud	52	32	1,6	73	40	1,8	31	43	1,4	39	32	1,2	–	–	–	33	14	2,3	60	28	2,1
Asie de l'Est et Pacifique	80 **	65 **	1,2 **	95	88	1,1	5	10	2,0	46 **	41 **	1,1 **	98 **	95 **	1,0 **	24 **	21 **	1,1 **	77	58	1,3
Amérique latine et Caraïbes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	60	1,4
ECO/CEI	97	96	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	80	1,1
Pays les moins avancés	50	31	1,6	76	40	1,9	18	27	1,5	47	41	1,1	86	73	1,2	35	24	1,4	48	30	1,6
Monde	65 **	41 **	1,6 **	84	53	1,6	15	28	1,9	40 **	33 **	1,2 **	–	–	–	–	18 **	–	79	47	1,7

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

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui étaient enregistrés au moment de l'enquête. Cela comprend les enfants dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur ou ceux dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que sa naissance a été enregistrée.

Naissances assistées par du personnel soignant qualifié – Pourcentage de naissances assistées par des agents de santé qualifiés (médecin, personnel infirmier ou sage-femme).

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

Traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation orale (SRO) – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête à qui l'on a administré des sels de réhydratation orale (sachets de sels de réhydratation orale, ou SRO liquides pré-conditionnés).

Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire – Nombre d'enfants fréquentant l'école primaire ou secondaire ayant l'âge officiel de suivre des études primaires, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études primaires. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école primaire inscrits à l'école secondaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire.

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

Utilisation d'installations sanitaires améliorées – Pourcentage de la population utilisant l'un des types d'installations sanitaires non partagées suivants: latrine à chasse d'eau ou installation reliée au réseau d'égouts, fosse septique ou latrine à fosse; latrine améliorée à fosse autoventilée; latrine avec dalle; fosse couvertes, latrine à compost.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Enregistrement des naissances – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales et systèmes d'enregistrement de l'état civil.

Personnel qualifié à la naissance – EDS, MICS et autres sources représentatives au plan national.

Insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans – EDS, MICS, autres enquêtes nationales sur les ménages, Organisation mondiale de la Santé (OMS) et UNICEF.

Traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation orale (ORS) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Fréquentation scolaire dans le primaire – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Connaissances d'ensemble sur le VIH/SIDA – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, EDS, MICS, et autres enquêtes nationales sur les ménages; Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Utilisation d'installations sanitaires améliorées – Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement

Les données en italique proviennent de sources différentes par rapport aux données présentées pour le même indicateur dans d'autres tableaux du présent rapport : Tableau 2 (Nutrition – Prévalence de l'insuffisance pondérale), Tableau 3 (Santé – Traitement de la diarrhée), Tableau 4 (HIV/SIDA – Connaissances d'ensemble sur le VIH) et Tableau 8 (Femmes – Personnel qualifié à la naissance).

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées dans la colonne de tête. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales à l'exception des données 2005-2006 de l'Inde. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

† Le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement a clos ses bases de données pour ces estimations avant la cession de la République du Soudan par la République du Soudan. Les données consolidées présentées concernent le Soudan avant la cession. Les données ventilées pour le Soudan et le Soudan du Sud en tant qu'États séparés seront publiées par le Programme commun en 2013.

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

** À l'exclusion de la Chine.

Pays et zones	Enregistrement des naissances (%) 2005–2011*			Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2007–2012*			Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans (%) 2007–2011*			Traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation orale (SRO) (%) 2007–2012*			Taux nets de fréquentation scolaire dans le primaire 2007–2011*			Connaissances d'ensemble sur le VIH/SIDA (%) femmes 15–24 ans 2007–2011*			Connaissances d'ensemble sur le VIH/SIDA (%) hommes 15–24 ans 2007–2011*		
	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres	20% les plus pauvres	20% les plus riches	proportion plus riches/plus pauvres
Togo	59	97	1,7	28	94	3,4	21	9	2,5	8	19	2,5	80	92	1,2	18	42	2,3	20	55	2,7
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinité-et-Tobago	94	98	1,0	98	100	1,0	–	–	–	–	–	–	95 x	99 x	1,0 x	48 x	62 x	1,3 x	–	–	–
Tunisie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	94	97	1,0	99 x	100 x	1,0 x	8 x	2 x	3,2 x	45 x	30 x	0,7 x	–	–	–	3 x	8 x	2,8 x	–	–	–
Turquie	89	99	1,1	73	100	1,4	4	1	8,4	–	–	–	87 y	95 y	1,1 y	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	39	71	1,8	99	98	1,0	1	0	–	–	–	–	–	–	–	34 y	39	1,2 y	–	67 y	–
Ukraine	100	100	1,0	97	99	1,0	–	–	–	–	–	–	78	75	1,0	33	45	1,4	28	42	1,5
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	13	41	3,1	55	90	1,6	12	10	1,2	–	–	–	74	76	1,0	9	23	2,7	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	87 x	95 x	1,1 x	95 x	92 x	1,0 x	–	–	–	39 x	55 x	1,4 x	86 x	99 x	1,2 x	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	87	98	1,1	72	99	1,4	21	3	6,6	–	–	–	95	99	1,0	38	68	1,8	–	–	–
Yémen	5	50	9,3	17 x	74 x	4,3 x	–	–	–	31 x	37 x	1,2 x	44 x	73 x	1,6 x	0 x	4 x	–	–	–	–
Zambie	5	31	5,8	27	91	3,4	16	11	1,5	61	61	1,0	73	96	1,3	24	48	2,0	24	51	2,1
Zimbabwe	35	75	2,1	48	91	1,9	–	–	–	18	28	1,6	84	91	1,1	31 x	52 x	1,7 x	37 x	51 x	1,4 x

MÉMORANDUM

Soudan et Soudan du Sud*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DONNÉES CONSOLIDÉES*

Afrique subsaharienne	25	60	2,4	27	82	3,0	30	12	2,5	27	42	1,5	53	80	1,5	16	36	2,2	22	45	2,0
Afrique de l'Est et australe	23	50	2,2	28	77	2,7	26	12	2,2	34	44	1,3	62	86	1,4	–	–	–	–	–	–
Afrique de l'Ouest et centrale	26	65	2,5	28	88	3,1	31	11	2,7	21	42	2,0	43	73	1,7	10	30	3,0	17	38	2,2
Moyen-Orient et Afrique du Nord	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asie du Sud	23	63	2,7	22	82	3,7	55	19	2,8	29	46	1,6	–	–	–	4	44	11,7	15	55	3,8
Asie de l'Est et Pacifique	48 **	89 **	1,9 **	54 **	92 **	1,7 **	24 **	10 **	2,5 **	36 **	41 **	1,1 **	–	–	–	14 **	35 **	2,4 **	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ECO/CEI	94	98	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays les moins avancés	25	52	2,1	30	78	2,6	33	15	2,3	40	47	1,2	61	83	1,4	–	–	–	–	–	–
Total mondial	32 **	68 **	2,1 **	31 **	85 **	2,7 **	39 **	14 **	2,7 **	29 **	44 **	1,5 **	–	–	–	–	–	–	–	–	–

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

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui étaient enregistrés au moment de l'enquête. Sont inclus les enfants dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur ou ceux dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que leur naissance a été enregistrée.

Personnel soignant qualifié à la naissance (%) – Pourcentage de naissances assistées par des agents de santé qualifiés (médecin, personnel infirmier ou sage-femme).

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans – Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation orale (SRO) – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête qui ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale (sachets de SRO ou fluide de SRO liquides pré-conditionnés).

Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire – Nombre d'enfants fréquentant l'école primaire ou secondaire ayant l'âge officiel de suivre des études primaires, exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants ayant l'âge officiel de suivre des études primaires. En raison de l'inclusion des enfants en âge de fréquenter l'école primaire inscrits à l'école secondaire, cet indicateur est parfois désigné comme étant le taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire.

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

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Enregistrement des naissances – Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales et systèmes d'enregistrement de l'état civil.

Personnel soignant qualifié à la naissance – EDS, MICS et autres sources représentatives au plan national.

Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans – EDS, MICS, et autres enquêtes nationales sur les ménages, OMS et UNICEF.

Traitement de la diarrhée par les sels de réhydratation orale (SRO) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Fréquentation scolaire dans le primaire – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages.

Connaissances d'ensemble sur le VIH – Enquêtes sur les indicateurs du SIDA, EDS, MICS, et autres enquêtes nationales sur les ménages; Base de données sur les indicateurs du VIH/SIDA, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Les données en italique proviennent de sources différentes par rapport aux données présentées pour le même indicateur dans d'autres tableaux du présent rapport : Tableau 2 (Nutrition – Prévalence de l'insuffisance pondérale), Tableau 3 (Santé – Traitement de la diarrhée), Tableau 4 (VIH/SIDA – Connaissances d'ensemble sur le VIH) et Tableau 8 (Femmes – Personnel qualifié à la naissance).

NOTES

– Données non disponibles.

x Les données portent sur des années ou des périodes autres que celles indiquées dans la colonne de tête. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales à l'exception des données 2005-2006 de l'Inde. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne figurent pas ici.

y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

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

** À l'exclusion de la Chine.

TABLEAU 14 : DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

Pays et zones	Fréquentation de programmes éducatifs de développement du jeune enfant 2005-2011*					Soutien des adultes à l'apprentissage ++ 2005-2011*					Soutien du père à l'apprentissage ++ 2005-2011*	Matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant 2005-2011*						Enfants ne bénéficiant pas de soins adéquats 2005-2011*				
	total	garçons	filles	20% les plus pauvres	20% les plus riches	total	garçons	filles	20% les plus pauvres	20% les plus riches		Livres pour enfants			Jouets ++			total	garçons	filles	20% les plus pauvres	20% les plus riches
												total	20% les plus pauvres	20% les plus riches	total	20% les plus pauvres	20% les plus riches					
Afghanistan	1	1	1	0	4	73	74	73	72	80	62	2	1	5	53	52	57	40	42	39	43	27
Albanie	40	39	42	26	60	86	85	87	68	96	53	32	16	52	53	57	48	13	14	11	9	16
Bangladesh	15	14	15	11	16	61	61	60	42	85	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	86	87	85	-	-	97	97	96	95	98	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	32	30	34	16	59	86	88	83	73	94	50	40	17	73	57	55	58	2	3	2	4	1
Bhoutan	10	10	10	3	27	54	52	57	40	73	51	6	1	24	52	36	60	14	13	15	17	7
Bosnie-Herzégovine	6	5	8	1	15	83	83	83	74	90	74	70	52	88	43	49	43	7	7	6	6	10
Botswana	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	2	3	1	0	9	14	14	14	12	26	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	5	5	5	4	10	34	35	34	32	38	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cameroun	22	22	22	3	56	58	57	59	57	69	39	8	3	22	57	62	46	36	36	36	45	25
Côte d'Ivoire	6	5	6	1	24	50	50	51	55	57	40	5	3	13	39	44	35	59	60	58	62	51
Djibouti	14	12	16	-	-	36	36	35	-	-	23	15	-	-	24	-	-	12	11	13	-	-
ex-République yougoslave de Macédoine	22	25	19	0	59	92	92	91	81	97	71	52	19	83	71	70	79	5	5	5	10	1
Gambie	18	17	19	13	33	48	49	47	50	56	21	1	0	5	42	29	49	21	22	19	25	18
Géorgie	43	44	42	17	70	93	93	93	85	99	61	72	48	91	38	41	41	8	8	8	7	8
Ghana	68	65	72	42	97	40	38	42	23	78	30	6	1	23	41	31	51	21	21	21	27	15
Guinée-Bissau	10	10	10	4	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	49	48	50	33	78	89	88	89	77	99	52	54	28	86	65	67	60	11	13	10	19	6
Iraq	3	2	3	-	-	58	59	57	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	86	84	88	-	-	94	95	93	-	-	41	57	-	-	71	-	-	4	4	3	-	-
Kazakhstan	37	36	38	19	61	92	92	91	84	96	49	48	24	76	45	40	49	4	4	4	5	4
Kirghizistan	19	21	17	7	47	88	90	85	86	99	54	76	76	85	57	59	54	11	12	9	11	6
Liban	62	63	60	-	-	56y	58y	54y	-	-	74y	29	-	-	16y	-	-	9	8	10	-	-
Mali	10	10	10	1	40	29	27	30	28	44	14	0	0	2	40	33	49	33	33	33	33	36
Maroc	39	36	41	6	78	48y	47y	49y	35y	68y	56y	21y	9y	52y	14y	19y	7y	9	9	9	11	6
Mauritanie	5	5	5	2	11	48	48	47	39	64	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	60	58	61	26	83	59	56	62	44	73	41	23	6	48	68	74	62	9	9	8	10	6
Monténégro	29	28	30	6	62	97	96	98	88	100	79	77	50	92	39	49	33	6	8	5	11	3
Mozambique	-	-	-	-	-	47	45	48	48	50	20	3	2	10	-	-	-	33	33	32	-	-
Myanmar	23	23	23	8	46	58y	58y	58y	42y	76y	44y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	30y	29y	31y	14y	61y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigéria	32	32	32	5	70	78	78	78	68	91	38	14	2	35	35	25	42	38	38	37	41	32
Ouzbékistan	20	20	19	5	46	91	91	90	83	95	54	43	32	59	67	74	62	5	5	5	6	7
République arabe syrienne	8	8	7	4	18	70	70	69	52	84	62	30	12	53	52	52	51	17	17	17	22	15
République centrafricaine	5	5	6	2	17	74	74	74	70	78	42	1	0	3	49	41	51	61	60	62	58	60
République démocratique du Congo	5	5	5	2	18	61	61	62	62	76	36	1	0	2	29	21	40	60	60	60	69	39
République démocratique populaire lao	7	8	7	1	44	33	33	34	20	59	24	3	1	11	57	54	40	26	26	25	33	17
République populaire démocratique de Corée	98	98	97	-	-	91	88	93	-	-	75	79	-	-	47	-	-	17	17	16	-	-
Sao Tomé-et-Principe	27	29	26	18	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	22y	23y	21y	7y	43y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serbie	44	41	47	22	75	95	96	95	84	98	78	76	49	86	63	65	60	1	1	1	2	1
Sierra Leone	14	13	15	5	42	54	53	55	45	79	42	2	0	10	35	24	50	32	33	32	29	28
Somalie	2	2	2	1	6	79	80	79	76	85	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	20	20	21	10	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan du Sud	6	6	6	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	39	37	40	17	63	75	75	76	61	92	31	45	20	75	64	67	63	7	6	8	13	1
Swaziland	33	32	34	36	50	50	50	50	35	71	10	4	1	12	69	64	74	15	15	15	20	9
Tadjikistan	10	11	10	1	29	74	73	74	56	86	23	17	4	33	46	43	44	13	13	12	15	11

Pays et zones	Fréquentation de programmes éducatifs de développement du jeune enfant 2005–2011*					Soutien des adultes à l'apprentissage ++ 2005–2011*					Soutien du père à l'apprentissage ++ 2005–2011*	Matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant 2005–2011*						Enfants ne bénéficiant pas de soins adéquats 2005–2011*				
	total	garçons	filles	20% les plus pauvres	20% les plus riches	total	garçons	filles	20% les plus pauvres	20% les plus riches		Livres pour enfants			Jouets ++			total	garçons	filles	20% les plus pauvres	20% les plus riches
												total	20% les plus pauvres	20% les plus riches	total	20% les plus pauvres	20% les plus riches					
Tchad	5	5	4	1	16	70	69	70	64	71	29	1	0	2	43	38	50	56	57	56	58	56
Thaïlande	61	60	61	55	78	89	90	89	86	98	57	43	25	71	55	58	49	13	14	13	18	7
Togo	29	27	31	10	52	62	61	63	55	68	38	2	0	7	31	26	41	41	42	41	45	35
Trinité-et-Tobago	75	74	76	65	87	98	98	98	96	100	63	81	66	93	65	63	72	1	1	1	2	0
Ukraine	63	63	63	30	74	–	–	–	–	–	–	97	93	99	47	36	47	10	11	10	15	4
Viet Nam	72	71	73	59	91	77	74	80	63	94	61	20	3	49	49	41	54	9	10	9	17	4
Yémen	3	3	3	0	8	33	34	32	16	56	37	10	4	31	49	45	49	34	36	33	46	22

DONNÉES CONSOLIDÉES*

Afrique subsaharienne	21	21	21	6	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Afrique de l'Est et australe	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Afrique de l'Ouest et centrale	22	22	23	6	49	63	63	63	57	77	35	8	1	21	36	29	43	43	43	43	47	34
Moyen-Orient et Afrique du Nord	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Asie du Sud	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Asie de l'Est et Pacifique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Amérique latine et Caraïbes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
ECO/CEI	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Pays les moins avancés	11	11	12	6	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Total mondial	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir page 98.

DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Fréquentation de programmes éducatifs de développement du jeune enfant – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois qui fréquentent un programme éducatif de développement du jeune enfant.

Soutien des adultes à l'apprentissage – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 ans qui ont bénéficié du soutien d'un adulte pour quatre au moins des activités suivantes visant à promouvoir l'apprentissage ou la préparation à la scolarité au cours des trois jours précédant l'enquête en : a) lisant des livres à l'enfant, b) racontant des histoires à l'enfant, c) chantant des chansons à l'enfant, d) emmenant l'enfant en promenade, e) jouant avec l'enfant, f) désignant des objets, les comptant ou en les dessinant avec l'enfant.

Soutien du père à l'apprentissage – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois dont le père contribue à au moins l'une des activités suivantes afin de promouvoir l'apprentissage et la préparation à la scolarité au cours des trois jours précédant l'enquête en : a) lisant des livres à l'enfant, b) racontant des histoires à l'enfant, c) chantant des chansons à l'enfant, d) emmenant l'enfant en promenade, e) jouant avec l'enfant, f) désignant des objets, les comptant ou en les dessinant avec l'enfant.

Matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : livres pour enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui possèdent au moins trois livres pour enfants.

Matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : jouets – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui possèdent au moins deux des jouets suivants : objets usuels ou objets trouvés dehors (bâtons, pierres, animaux, coquillages, feuilles d'arbres, etc.), jouets artisanaux ou achetés dans un magasin.

Enfants ne bénéficiant pas de soins adéquats – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois laissés seuls ou sous la surveillance d'un autre enfant de moins de 10 ans pendant plus d'une heure au cours de la semaine qui a précédé l'enquête.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Fréquentation de programmes éducatifs de développement du jeune enfant – Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et autres enquêtes nationales.

Soutien des adultes à l'apprentissage – MICS et autres enquêtes nationales.

Soutien du père à l'apprentissage – MICS et autres enquêtes nationales.

Matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : livres pour enfants – MICS et autres enquêtes nationales.

Matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant : jouets – MICS et autres enquêtes nationales.

Enfants ne bénéficiant pas de soins appropriés – MICS et autres enquêtes nationales.

NOTES

- Données non disponibles.
- y Les données diffèrent de la définition standard ou ne se rapportent qu'à une partie du pays. Si ces données font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
- * Données se rapportant à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.
- ++ Les changements concernant la définition des indicateurs de développement du jeune enfant ont été apportés entre le troisième et quatrième tour des MICS (MICS3 et MICS4). Afin de garantir la comparabilité avec la MICS4, les données de la MICS3 relatives au soutien apporté par les adultes à l'apprentissage, le soutien du père à l'apprentissage et le matériel d'apprentissage au domicile de l'enfant (jouets) ont été recalculées conformément aux définitions des indicateurs de la MICS4. Par conséquent, les données recalculées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux de la MICS3.

Conventions, protocoles facultatifs, signatures et ratifications

Remarques sur les termes employés dans ce rapport

Une **Convention** est un accord officiel entre plusieurs États parties. Le terme « Convention » est employé (plutôt que son synonyme « traité ») pour faire référence à un instrument multilatéral regroupant un grand nombre d'États parties, ouvert à la participation de l'ensemble de la communauté internationale, et négocié sous l'égide d'une organisation internationale.

Un **Protocole facultatif** d'une Convention est un instrument juridique destiné à compléter l'accord d'origine en créant des droits et obligations supplémentaires. Il peut être utilisé dans le but d'aborder de manière approfondie un point cité dans l'accord d'origine, d'aborder un nouveau point relatif à l'un des thèmes de l'accord d'origine ou d'ajouter des procédures concernant l'exécution ou l'application de l'accord. Ce type de protocole est facultatif en ce sens que les États parties à la Convention ne sont pas automatiquement liés par ses dispositions, mais doivent le ratifier indépendamment. Par conséquent, un État peut être partie à une Convention mais pas à ses protocoles facultatifs.

Dans la plupart des cas, un État devient partie à une Convention en suivant deux étapes : la signature et la ratification.

En **signant une Convention**, un État indique son intention de prendre des mesures pour étudier la Convention et sa compatibilité avec le droit national. Une signature ne constitue pas une obligation juridique d'être lié aux dispositions d'une Convention, mais indique que l'État agira de bonne foi et ne prendra aucune mesure qui irait à l'encontre de l'objectif de la Convention.

La ratification est une mesure concrète par laquelle l'État accepte d'être juridiquement contraint par les modalités de la Convention. La procédure varie en fonction de la structure juridique spécifique de chaque pays. Une fois qu'un État a confirmé qu'une Convention était compatible avec le droit national et que des mesures pouvaient être prises pour se soumettre à ses dispositions, l'organe national approprié (le parlement, par exemple) prend officiellement la décision de ratifier cette convention. Une fois que l'instrument de ratification – une lettre officielle, scellée et signée par l'autorité responsable (le président, par exemple) – est déposé auprès du Secrétaire général des Nations Unies, l'État concerné devient partie à cette Convention.

Dans certains cas, l'État **adhèrera** à une Convention ou à un Protocole facultatif. Fondamentalement, **l'adhésion** est similaire à la ratification sans obligation de signature au préalable.

Pour plus d'informations ou pour consulter des définitions plus détaillées de ces termes et des termes associés, consultez la page <http://treaties.un.org/Pages/Overview.aspx?path=overview/definition/page1_fr.xml&clang=_fr>.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées est disponible à l'adresse <treaties.un.org/doc/source/RecentTexts/IV_15_french.pdf>.

Le Protocole facultatif est disponible à l'adresse <treaties.un.org/doc/source/RecentTexts/IV_15a_french.pdf>.



Siège de l'UNICEF
UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, États-Unis

**Bureau régional de l'UNICEF
pour l'Europe**
Palais des Nations
CH-1211 Genève 10, Suisse

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Europe centrale et orientale/la
Communauté d'États indépendants**
Palais des Nations
CH-1211 Genève 10, Suisse

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe**
P.O. Box 44145
Nairobi, Kenya 00100

**Bureau régional de l'UNICEF
pour l'Afrique de l'Ouest et
l'Afrique centrale**
P.O. Box 29720, Yoff
Dakar, Sénégal

**Bureau régional de l'UNICEF pour
les Amériques et les Caraïbes**
P.O. Box 0843-03045
Panama City, Panama

**Bureau régional de l'UNICEF pour
l'Asie orientale et le Pacifique**
P.O. Box 2-154
Bangkok 10200, Thaïlande

**Bureau régional de l'UNICEF pour le
Moyen-Orient et l'Afrique du Nord**
P.O. Box 1551
Amman 11821, Jordanie

**Bureau régional de l'UNICEF
pour l'Asie du Sud**
P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Katmandou, Népal

© **Fonds des Nations Unies pour l'enfance**
3 United Nations Plaza,
New York, NY 10017, États-Unis
E-mail : pubdoc@unicef.org
Site web : www.unicef.org/french



Pour lire ce rapport en ligne,
scannez ce code QR ou
rendez-vous à l'adresse
www.unicef.org/french/sowc2013

25 dollars É.-U.
ISBN : 978-92-806-4657-3
Publication des Nations Unies,
Numéro de vente : F.13.XX.1



© **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)**
Mai 2013

