



unicef
pour chaque enfant

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2023

Pour chaque enfant, des vaccins

Publié par l'UNICEF depuis 1980, le rapport *La Situation des enfants dans le monde* vise à approfondir les connaissances et à accroître la sensibilisation au sujet des grands enjeux qui touchent les enfants, et plaide en faveur de solutions qui amélioreront leur vie.

Publié par :

UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective

Via degli Alfani, 58

50121 Florence, Italie

Tél. : (+39) 055 20 330

Adresse électronique : florence@unicef.org

Pour toutes les données ultérieures à la mise sous presse, veuillez consulter le site : data.unicef.org.

Pour télécharger le rapport complet, veuillez consulter l'adresse suivante :

<https://www.unicef.org/fr/rapports/situation-enfants-dans-le-monde-2023>

Citation suggérée : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La Situation des enfants dans le monde 2023 : Pour chaque enfant, des vaccins*, UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective, Florence, avril 2023.

ISBN : 978-92-806-5443-1

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

Avril 2023

Photo de couverture : Au Yémen, Hind Ali Nasser, 7 ans, tient un morceau de coton contre son bras après avoir été vaccinée dans le cadre d'une campagne de proximité.

© UNICEF/UN0679338/Hayyan

LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE 2023

Pour chaque enfant, des vaccins

Remerciements

Équipe chargée de l'élaboration du rapport

Brian Keeley, *Rédacteur en chef* ; Juliano Diniz de Oliveira, *Spécialiste de la recherche et des politiques* ; Tara Dooley, *Rédactrice* ; Moira Herbst, *Rédactrice chargée des projets spéciaux* ; Rouslan Karimov, *Spécialiste des données* ; Sahiba Turgesen, *Rédactrice/Coordinatrice adjointe* ; Kathleen Edison, *Spécialiste de la conception graphique* ; Dennis Gayanelo, *Administrateur de programme adjoint* ; John McIlwaine, *Rédacteur et éditeur photo* ; et Amanda Marlin, *Cheffe, Unité éditoriale et gestion des publications phares*, UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective.

Équipe chargée du rapport technique

Ephrem T. Lemango, *Directeur adjoint, vaccination* ; Viorica Berdaga, *Cheffe adjointe, vaccination* ; Deepa Risal Pokharel, *Responsable d'équipe – Demande, vaccination* ; Ulla Griffiths, *Responsable d'équipe – Financement, vaccination* ; Niklas Danielsson, *Conseiller principal, vaccination* ; et Jennifer Requejo, *Conseillère principale, statistiques et suivi*.

Groupe consultatif externe

Aluísio Barros, Filimona Bisrat, Tim Crocker-Buque, Thomas B. Cueni, Tom Davis, Gaurav Garg, Githinji Gitahi, Anuradha Gupta, Randa Sami Hamadeh, Firas J. Hashim, Richard Hatchett, Sarah Hawks, Heidi Larson, Orin Levine, Violane Mitchell, Christopher Morgan, Christopher Murray, Kate O'Brien, Anna Ong-Lim, Walter Orenstein, Henry B. Perry, Pavani Ram, Helen Rees, Roberta Ruggetti, Faisal Shuaib, Robert Steinglass, Mesfin Tessema, Naveen Thacker, Angus Thomson, Oyewale Tomori, Cesar Victora et Fredrick N. Were.

Groupe consultatif interne

Lily Caprani, Liz Case, Lauren Francis, Christopher Gregory, Peter Hawkins, Benjamin Hickler, S. M. Moazzem Hossain, Alison Jenkins, Andrew Owain Jones, Sowmya Kadandale, Aboubacar Kampo, Priyanka Khanna, Ralph Midy, Pdraic Murphy, Daniel Ngemera, Luwei Pearson et Ahmadu Yakubu.

Révision et production

Samantha Wauchope, *Responsable en chef de la production, Communication mondiale et plaidoyer* ; Ahmed Al Izzi Alnaqshbandi, *Éditeur pour l'arabe* ; Maud Combier-Perben, *Éditrice pour le français* ; Elena Munoz-Vico, *Éditrice pour l'espagnol* ; Yasmine Hage et Baishalee Nayak, *Vérification des faits* ; et Guy Manners (Green Ink), *Correcteur*.

Médias, communication et plaidoyer

Imad Aoun, Kurtis Cooper, Tess Ingram et Laura Kerr.

Conception graphique

Blossom

Photographie et reportage

VII Photo Agency

Tableaux statistiques

Tableaux statistiques préparés par l'équipe chargée des données et de l'analytique au sein de la **Division des données, de l'analytique, de la planification et du suivi** : Vidhya Ganesh, *Directrice* ; Claudia Cappa, *Conseillère principale pour les statistiques et le suivi* ; Karen Avanesyan, Jan Beise, Jorge Bica, Savvy Brar, Antonio Canaviri, Samuel Chakwera, Joel Conkle, Ayca Donmez, Joao Pedro Wagner De Azevedo, Chika Hayashi, Lucia Hug, Robert Johnston, Munkhbadar Jugder, Yoshito Kawakatsu, Julia Krasevec, Yang Liu, Chibwe Lwamba, Vrinda Mehra, Suguru Mizunoya, Colleen Murray, Nicole Petrowski, Tyler A. Porth, David Sharrow, Tom Slaymaker, Liliana Carvajal Velez, Dee Wang et Danzhen You.

Le rapport *La Situation des enfants dans le monde est produit par UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective*.

Bo Viktor Nylund, *Directeur*.

Documents de recherche et d'information

Ce rapport se fonde sur des notes d'information préparées par :

Tim Crocker-Buque et Sandra Mounier-Jack ; Ève Dubé, Pippa McDermid et Robert Böhm ; Holly Seale ; Alyssa Sharkey ; Sarah Tougher ; et Maliha Ahmad.

Cesar Victora et Aluísio Barros, en collaboration avec Bianca O. Cata-Preta, Andrea Wendt, Luisa Arroyave et Thiago M. Santos, de l'International Center for Equity in Health de l'Université fédérale de Pelotas, au Brésil, ont réalisé une étude spéciale sur les inégalités infranationales en ce qui concerne la prévalence des enfants zéro dose.

Le programme PATH a réalisé une enquête sur les innovations en matière de vaccination avec la contribution de Deborah Atherly, Emily Carnahan, Allison Clifford, Yvette Collymore, Steven Diesburg, Collrane Frivold, Heidi Good, Miren Iturriza-Gomara, Monica Graham, Courtney Jarrahan, Laura Kallen, Manjari Lal, Pat Lennon, Joe Little, Kelsey Mertes, Mercy Mvundura, Lauren Newhouse, Eileen Quinn, Maya Rivera, Joanie Robertson, Laurie Werner et Jessica White.

Les recommandations politiques figurant dans ce rapport s'appuient sur des discussions tenues lors de l'événement *For every child, vaccines: UNICEF convening event on immunization* (Pour chaque enfant, des vaccins : Rencontres de l'UNICEF autour de la vaccination), animé par Matter Solutions et organisé par Gunilla Olsson, alors Directrice d'UNICEF Innocenti, à Florence, en Italie, du 9 au 10 juin 2022.

Ce rapport est le fruit de la collaboration de nombreuses personnes et institutions. L'équipe chargée de l'élaboration du rapport remercie toutes celles et tous ceux qui ont généreusement contribué à cette publication en y consacrant leur temps, leur expertise et leur énergie, notamment :

Bureaux de pays et comités nationaux de l'UNICEF

Cambodge : Foroogh Foyouzat, *Représentante, retraitée* ; Jaime Gill, Rathmony Hong, Hedy Ip, Raveesha Mugali et Rudina Vojvoda ; **Équateur** : Luz Ángela Melo, *Représentante* ; Juan Enrique Quiñonez, *Représentant adjoint* ; Andrea Apolo, Cristina Arboleda, Magdalena Chávez et Katherine Silva ; **Haïti** : Carine Exantus, Therloune Guerrier, Herold Joseph, Lydie Maoungou Minguiel, Rachel Opota et Ndiaga Seck ; **Inde** : Luigi d'Aquino, Zafrin Chowdhury, Madhulika Jonathan, Purvi Malhotra et Sonia Sarkar ; **Indonésie** : Allison Brown-Knight, Brian Clark, Sugiarto Hiu, Jimmy Kruglinski, Abdul Khalil Noorzad, Jana Kartika Sari, Ardila Syakriah et Ria Nurrachman (IndoXplore) ; **Iraq** : David Hipgrave, Miguel Mateos Muñoz, Alaa Rahi, Anmar Rfaat et Falah Wadi ; **Kirghizistan** : Christine Jaulmes, *Représentante* ; Asylgul Akimjanova, Mavliuda Dzharparova, Tomiris Orozoeva et Galina Solodunova ; **Nicaragua** : Antero Almeida de Pina, *Représentant adjoint* ; Eduardo Gallardo, *Représentant adjoint* ; María Delia Espinoza, Bomar Méndez, Ana Gretchen Robleto et FACTSTORY ; **Nigéria** : Folashade Adebayo, Ijeoma Agbo, Blessing Ejiogor, Geoffrey Njoku et Bolanle Orefeje ; **Ouzbékistan** : Umidjon Khudaykulov et Yuriya Pak ; **Pakistan** : Sheeba Afghani, Shoukat Ali, Mehdi Bokhari, Mariam Iqbal, Tarana Jahanuddin, Hayat Khan, Mahim Maher et Arifa S. Sharmin ; **Somalie** : Mohamed Jama Fahiyeh, Abdirizak Abdullahi Haga, Mohamed Hiirad, Lisa Hill, Yodit Hiruy, Abdinasir Adan Ibrahim, Monsen Owusu-Aboagye et Yakub Yahye Khalif ; **Yémen** : Shawki Alabasi, Paul Conner et Malak Shaher.

Bureaux régionaux de l'UNICEF

Asie de l'Est et Pacifique : Khin Devi Aung ; **Europe et Asie centrale** : Svetlana Stefanet ; **Afrique de l'Est et australe** : Antoinette Eleonore Ba et Paul Ngwakum ; **Amérique latine et Caraïbes** : Maaïke Arts et Leysin De Leon ; **Moyen-Orient et Afrique du Nord** : Saba Al Abbadi ; **Asie du Sud** : Gunter Boussey et Lalita Gurung ; **Afrique de l'Ouest et centrale** : Rokhaya Diop et Ulrike Gilbert.

Division de la communication mondiale et du plaidoyer

Naysan Sabha, *Directeur* ; Germain Ake, Hemawathy Balasundaram, Marissa Buckanoff, Merva Faddoul, Nicole Foster, Selma Hamouda, Jacob Hunt, William Jones, Debbie Toskovic Kavanagh, Mary Lynn Lalonde, Maria Lauret, Nicholas Ledner, Pragya Mathema, Mahak Morsawala, Harriet Riley et Alona Volinsky.

Division de la collecte de fonds et des partenariats dans le secteur privé

Carla Haddad Mardini, *Directrice* ; Christine Murugami.

Groupe des programmes

Sanjay Wijesekera, *Directeur* ; Steven Lauwerier, *Directeur – Santé (ai)* ; Natalia Winder-Rossi, *Directrice – Politiques sociales* ; Surangani Abeysekera, Jennifer Asman, Sanjay Bhardwaj, Genevieve Boutin, Myungsoo Choo, Stanislaus Joseph D'Souza, Vivian Lopez, Shahira Malm, Nikhil Mandalia, Phoebe Meyer, Miraj Pradhan, Shalini Rosario, Lauren Rumble, Nateetong Tandideeravit, Sarah Tougher et Sarah Wilbanks.

Division des partenariats publics

June Kunugi, *Directrice* ; Valentina Buj, Megan Gilgan et Barbara Renamy.

Division de l'approvisionnement

Etleva Kadilli, *Directrice* ; Jean-Pierre Amorij, Anthony Bellon, Michaela Briedova, Hans Christiansen, Kristoffer Gandrup-Marino, Soren Munk Hansen, Ian Lewis, Antonia Naydenov, Ann Ottosen et Lilia Velinova-de Boever.

UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective

Claire Akehurst, David Anthony, Patricia Arquer Caballero, Evan Easton Calabria, Arno Johnstone, Josiah Kaplan, Laura Meucci, Daniele Regoli et Ramya Subrahmanian.

Remerciements particuliers :

Cinzia Iusco Bruschi, Laurence Chandy, Paloma Escudero et Robin Nandy.

Au sein de Gavi, l'Alliance du Vaccin : Anamaria Bejar, Olly Cann, Amanda Fazzone Tschopp et Hamzah Zekrya.

Au sein du Gouvernement indien : Talo Herang.

Au sein de l'État de Lagos et du Conseil de soins de santé primaires de l'État de Lagos : Akin Emmanuel et Ibrahim Akinwumi Mustafa.

Au sein du Ministère de la santé d'Ouzbékistan : Shoir Khalilova, Nasiba Tairova, Dilrom Tursunova et Bakhodir Yusupaliev.

Au sein du Vaccine Confidence Project : Alex De Figueiredo, Rachel Eagan, Heidi Larson et Martin Wiegand.

Au sein de l'Organisation mondiale de la Santé : Raymond Hutubessy et So Yoon Sim.

Table des matières

Avant-propos.....	i
Messages clés	iii
Introduction : Un enfant sur cinq	1
Étude de cas : Somalie	12
Chapitre 1. Les retards de vaccination engendrés par la pandémie de COVID-19	15
Les retards de vaccination occasionnés par la pandémie	16
Augmentation des risques de rougeole	19
Recul de la couverture vaccinale contre le PVH	19
Comprendre les effets de la pandémie	20
Étude de cas : Indonésie	22
Rattraper le retard	24
Programmes de rattrapage et relance de la vaccination.....	24
Les enseignements tirés de la pandémie.....	25
La vaccination de routine, une autre urgence	25
Une riposte coordonnée et accélérée	26
L'intégration de la vaccination de routine dans la riposte aux crises sanitaires	27
Défis à plus long terme	27
Étude de cas : Cambodge	28
Chapitre 2. L'importance d'atteindre les enfants zéro dose.....	31
Enfants laissés de côté : Les facteurs socioéconomiques de la vaccination.....	32
Pauvreté	32
Situation géographique.....	33
Marginalisation	35
Crises	37
Étude de cas : Nigéria.....	38
Disponibilité, accessibilité et coût	40
Solutions.....	41
Pourquoi c'est important.....	42
Survivre et s'épanouir.....	42
Les avantages de la vaccination	42
Produire des argumentaires en faveur de l'investissement	43
Étude de cas : Nicaragua.....	44
Chapitre 3. Vaccination et soins de santé primaires.....	47
Structures et défis	48
La faiblesse des systèmes de soins de santé primaires	48
Le personnel de santé.....	49
Étude de cas : Yémen	50
Solutions	53
Renforcer les soins de santé primaires	53
Intégrer les services de vaccination aux soins de santé primaires.....	53
Mobiliser les communautés	55
Étude de cas : Pakistan	56

Soutenir les agents de santé.....	58
Prochaines étapes	59
Étude de cas : Inde	60
Chapitre 4. Comment instaurer un climat de confiance	
à l'égard des vaccins ?.....	63
Une confiance ébranlée	65
Les effets de la COVID-19	69
Vaccination : Les facteurs incitatifs et dissuasifs	69
Les conséquences	71
Étude de cas : Kirghizistan.....	72
Renforcer la confiance à l'égard des vaccins.....	74
Mobilisation, dialogue et adhésion communautaires	74
Données et écoute sociales	76
Campagnes d'éducation et de communication publique en faveur de la vaccination	77
Adopter des approches tenant compte des questions de genre	78
Étude de cas : Équateur	80
Chapitre 5. Des financements et des innovations pour l'avenir.....	83
Financement : La situation actuelle.....	84
Instabilité économique	84
Budgets publics.....	85
Financer l'avenir de la vaccination.....	86
Financement.....	87
Partenariats	87
Défis	87
Solutions.....	88
Engagement.....	89
Étude de cas : Ouzbékistan.....	90
Nouveaux vaccins et produits.....	92
Développements récents en matière de vaccins	92
Nouveaux produits vaccinaux.....	94
Innovations en matière de logistique et de chaîne d'approvisionnement.....	95
Outils numériques	95
Renforcement des capacités de production locales.....	97
Étude de cas : Haïti.....	98
Chapitre 6. Pour chaque enfant, des vaccins : Une question d'équité.....	101
Introduction	102
Pour chaque enfant, des vaccins : Une question d'équité	103
1. Vacciner chaque enfant, partout.....	103
2. Renforcer la demande et la confiance à l'égard des vaccins.....	104
3. Accroître et mieux cibler les dépenses en faveur de la vaccination et de la santé.....	105
4. Bâtir des systèmes résilients et à l'épreuve des chocs.....	106
Notes et références bibliographiques.....	108
Tableaux statistiques	115



Catherine Russell

Directrice générale de l'UNICEF

Avant-propos

Si l'histoire de l'humanité a toujours été marquée par les maladies et les épidémies, l'invention des vaccins a radicalement transformé notre survie et notre développement.

Il y a près de 80 ans, l'Europe luttait pour se relever d'une guerre effroyable.

Des millions de personnes vivaient alors entassées dans des immeubles en ruines et des abris enterrés, des conditions propices aux flambées de maladies infectieuses. La tuberculose, extrêmement contagieuse et virulente, faisait des ravages sur tout le continent, en particulier parmi les enfants. Des milliers d'entre eux souffraient de fortes fièvres, d'une perte de poids et de douleurs thoraciques, y laissant parfois même la vie.

D'autres maladies telles que la variole, la rougeole et la poliomyélite décimaient encore fréquemment de larges pans de la population, emportant un nombre incalculable d'enfants.

Mais l'époque était au progrès. Des équipes médicales, armées de vaccins contre la tuberculose (BCG), furent déployées aux quatre coins de l'Europe pour sauver des vies, si bien qu'en 1950, quelque 11,4 millions d'enfants étaient vaccinés contre la maladie grâce à cette campagne soutenue par l'UNICEF. Cette période a marqué le début d'une nouvelle ère, durant laquelle des millions d'enfants allaient être protégés contre les maladies à prévention vaccinale.

Trente ans plus tard, en 1980, d'après la toute première édition du rapport *La Situation des enfants dans le monde*, seul un enfant sur dix dans les pays les plus pauvres était examiné par un agent de santé qualifié ou vacciné pendant sa première année de vie contre la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la tuberculose, la coqueluche ou la poliomyélite, six des maladies à prévention vaccinale les plus fréquentes chez les enfants. Si ce constat était extrêmement préoccupant, les progrès

en matière de vaccination permettaient néanmoins d'espérer un avenir meilleur pour ces enfants. Or, la même année, le monde réussissait enfin à éradiquer la variole, démontrant le pouvoir exceptionnel des vaccins pour sauver des vies.

Ce succès fut à l'origine de la création d'un programme mondial visant à protéger davantage d'enfants contre d'autres maladies mortelles, telles que la rougeole, la diphtérie et la pneumonie. Ainsi, à la fin des années 1980, près de sept enfants sur dix à travers le monde bénéficiaient de la protection des vaccins, un chiffre qui n'a cessé de croître, bien que plus lentement, au cours des décennies suivantes. L'UNICEF a toujours joué un rôle actif dans la réalisation de ces avancées et aujourd'hui, les vaccins achetés par l'organisation permettent de vacciner 45 % des enfants de moins de 5 ans dans le monde.

Quand, en 2020, le virus de la COVID-19 s'est propagé sur l'ensemble des continents, provoquant des décès, bouleversant nos vies, fermant des écoles et mettant à rude épreuve les systèmes de santé, le monde est parvenu là encore, dans un laps de temps extrêmement court, à mettre au point un vaccin et à lancer des campagnes de vaccination de masse. De nouveau, l'UNICEF fut présent, et, avec nos partenaires, Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI), nous avons participé à la plus grande opération d'approvisionnement de vaccins de l'Histoire, qui a permis de fournir près de deux milliards de doses à 146 pays et territoires. Nous avons également soutenu le développement d'une technologie permettant de garder les vaccins au frais tandis qu'ils sont transportés jusqu'aux régions les plus reculées du monde et avons travaillé sans relâche pour accroître la confiance à l'égard de l'innocuité et de l'efficacité de ces vaccins.

Si, depuis près de 80 ans, l'UNICEF œuvre avec des partenaires internationaux, des gouvernements nationaux et de nombreux autres acteurs afin de protéger les enfants contre les maladies à prévention vaccinale, la pandémie de COVID-19, dont le monde se relève lentement, nous a montré que les stratégies d'hier ne sont plus nécessairement adaptées au contexte actuel et à venir.

Force est de constater que, malgré des décennies de progrès en faveur de la vaccination infantile, nos efforts collectifs ne suffisent plus. En d'autres termes, nous n'arrivons pas à vacciner chaque enfant. Si de nouveaux vaccins renforcent notre protection contre les maladies, aucun ne parvient à atteindre une couverture supérieure à neuf enfants sur dix. Certains en sont même très loin – seule une fille sur huit est vaccinée contre le papillomavirus humain (PVH) responsable du cancer du col de l'utérus.

La pandémie n'a fait qu'assombrir ce paysage. Les trois dernières années ont érodé plus d'une décennie de progrès accomplis de haute lutte en faveur de la vaccination de routine des enfants. D'intenses efforts devront être déployés pour rattraper ce retard. L'ombre de la crise sanitaire pèsera sur les économies pendant plusieurs années, nous contraignant à prendre des décisions difficiles en matière de dépenses et d'investissements. Autre ombre au tableau : la confiance à l'égard des vaccins semble faiblir dans de nombreux pays. Bien que ce facteur soit loin d'être le principal déterminant de la demande de vaccins dans la plupart des communautés, cette hausse manifeste de la réticence à la vaccination ne peut être ignorée.

Si nous voulons atteindre notre objectif visant à vacciner chaque enfant, les gouvernements devront prendre de véritables engagements.

Certains de ces engagements consisteront à mettre en œuvre des mesures d'ordre technique, telles qu'améliorer l'utilisation des données, parfaire la communication et la sensibilisation, et renforcer les chaînes du froid.

D'autres requerront d'avoir des conversations difficiles sur le financement et les compromis à consentir. Les gouvernements, les donateurs et autres acteurs du secteur devront notamment s'interroger sur la manière la plus judicieuse de financer les services de soins de santé primaires et de vaccination et d'accroître leur résilience aux chocs à venir.

D'autres encore forceront les sociétés et les communautés à examiner leurs valeurs fondamentales. Les enfants des communautés marginalisées font partie de ceux les moins susceptibles d'être vaccinés. Leur statut vaccinal est souvent déterminé par des inégalités ancrées – entre les riches et les pauvres, entre les hommes et les femmes, entre les communautés qui se trouvent au centre du pouvoir et celles qui sont en marge.

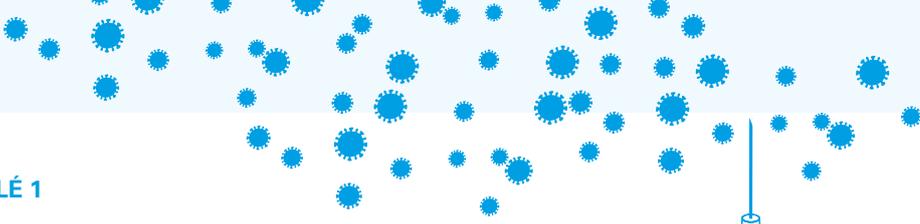
Prendre les mesures nécessaires pour vacciner chaque enfant ne sera pas chose aisée. Cependant, le chemin parcouru au cours des 80 dernières années doit nous donner de l'espoir. Le monde n'a cessé d'accomplir des progrès remarquables en faveur de la vaccination, souvent dans les situations les plus difficiles et les plus éprouvantes.

Ces progrès ont transformé nos vies. Ils ont permis à des millions d'enfants de survivre et de vivre sans pâtir des effets persistants de la maladie. Ils ont soulagé des familles du fardeau émotionnel et financier qui s'abattait sur elles quand elles devaient s'occuper d'enfants malades. Enfin, ils ont multiplié le capital humain, le talent et l'énergie de nos sociétés.

Les années à venir sont encore plus prometteuses. De nouveaux vaccins nous aident déjà dans notre combat contre le paludisme. Et d'autres vaccins devraient prochainement voir le jour pour nous aider à lutter contre des maladies chroniques telles que le cancer et la maladie d'Alzheimer.

Nous avons déjà parcouru un long chemin, mais tout laisse à penser que l'aventure ne fait que commencer.

MESSAGE CLÉ 1

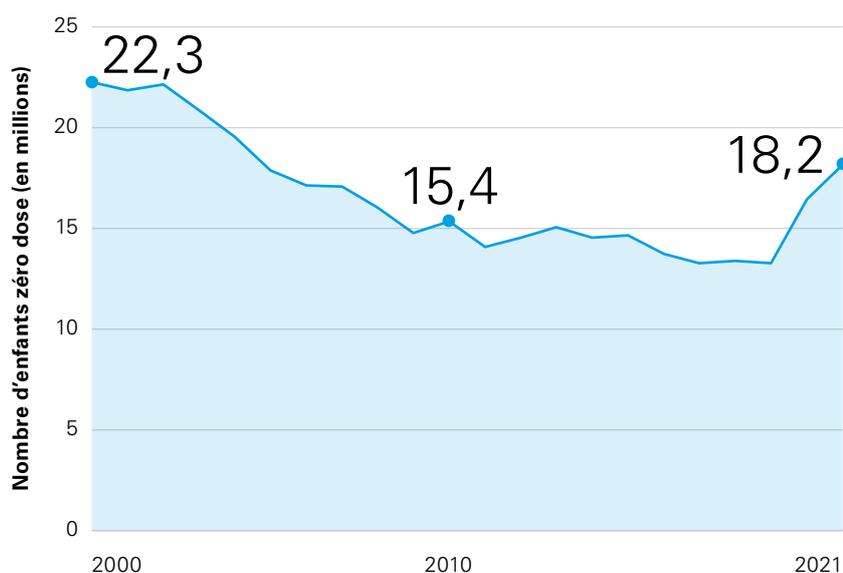


Les vaccins sauvent des vies

Les vaccins sauvent des vies. Pourtant, beaucoup trop d'enfants dans le monde n'en bénéficient pas, et la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'accroître leur nombre. Les enfants non vaccinés vivent dans les communautés les plus pauvres, les plus reculées et les plus marginalisées. Pour les atteindre, il est crucial d'investir en priorité dans les soins de santé primaires et en faveur des agents de santé (majoritairement des femmes) qui assurent ces services. De plus, il s'avère essentiel de renforcer la confiance à l'égard des vaccins, de tirer pleinement parti des nouvelles idées et des innovations technologiques susceptibles de maximiser leur effet salvateur et de faire en sorte que *chaque* enfant en bénéficie.

Au cours de la dernière décennie, le nombre d'enfants « zéro dose » n'a enregistré qu'un faible recul malgré la multiplication des initiatives visant à élargir la vaccination. Ainsi, il reste difficile d'atteindre chaque enfant.

Figure 1. Nombre d'enfants zéro dose dans le monde, 2000-2021



Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022.



1 enfant sur 5

est « **zéro dose** » (non vacciné) ou **insuffisamment vacciné** et reste donc vulnérable face à diverses maladies à prévention vaccinale.



Environ

1 enfant sur 5

ne bénéficie d'aucune protection contre la rougeole, une maladie infantile mortelle.



Environ

7 filles sur 8

parmi celles qui pourraient en bénéficier ne sont pas vaccinées contre le papillomavirus humain (PVH), à l'origine de cas de cancer du col de l'utérus.

MESSAGE CLÉ 2

En ne vaccinant pas les enfants, nous mettons en danger leur vie et leur santé, mais aussi la croissance et le développement de nos sociétés



Les vaccins sauvent

4,4 millions de vies

chaque année, et ce chiffre pourrait atteindre

5,8 millions

d'ici à 2030 si les objectifs du *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* se concrétisent.



Avant la mise au point d'un vaccin en 1963, on estime que 2,6 millions de personnes dans le monde – principalement des enfants – décédaient chaque année des suites de la rougeole. En 2021, on ne dénombrait plus que 128 000 victimes annuelles. Un bilan encore trop élevé, mais qui dénote toutefois une amélioration remarquable.

Les vaccins aident les enfants à s'épanouir, soutiennent les familles et les personnes ayant la charge d'enfants et améliorent la santé de la collectivité



La vaccination protège les enfants contre la maladie, et évite ainsi qu'ils ne manquent des jours d'école, ce qui contribue à améliorer leurs **résultats d'apprentissage**.



Lorsque les enfants sont vaccinés, les parents et les personnes en ayant la charge (principalement les mères) doivent **moins souvent s'absenter du travail** pour rester à leur chevet.

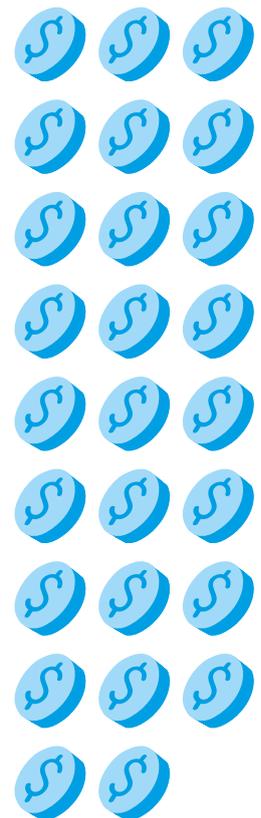


Les familles sont également moins sujettes au risque de souffrance émotionnelle et n'ont pas à assumer les **coûts parfois exorbitants** des soins à prodiguer lorsqu'un enfant est malade.



La vaccination des enfants favorise la santé de tous en promouvant l'**immunité collective** et en contribuant à limiter la résistance généralisée aux agents antimicrobiens.

Les vaccins offrent un retour sur investissement incomparable



26 dollars des États-Unis

Chaque dollar alloué à la vaccination engendre un retour sur investissement de 26 dollars É.-U.

MESSAGE CLÉ 3



La pandémie de COVID-19 a fait reculer la vaccination infantile partout dans le monde

L'UNICEF estime que

67 millions d'enfants

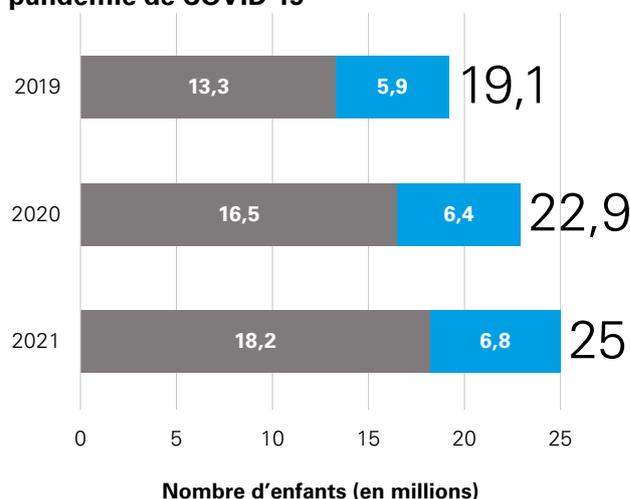
n'ont pas reçu tous leurs vaccins de routine entre 2019 et 2021. Parmi eux,

48 millions

n'en ont reçu aucun.

Les perturbations engendrées par la pandémie ont interrompu la vaccination infantile presque partout dans le monde, marquant un retour à des taux jamais enregistrés **depuis 2008**.

Figure 2. Le nombre* d'enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés a augmenté durant la pandémie de COVID-19



Statut vaccinal ■ Enfants zéro dose ■ Enfants insuffisamment vaccinés

Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022.

*Les chiffres ont été arrondis.

Pourquoi la pandémie a-t-elle causé un recul de la vaccination infantile ?



Bien souvent, les **systèmes de santé** ne disposaient pas des ressources suffisantes pour faire face à l'ampleur gigantesque des nouvelles exigences imposées par la pandémie.



La COVID-19 a par ailleurs exacerbé les **pénuries** existantes de personnel soignant.



Elle a mis à **rude épreuve** les agents de santé de première ligne, majoritairement des femmes, qui endossaient en parallèle des responsabilités familiales supplémentaires.



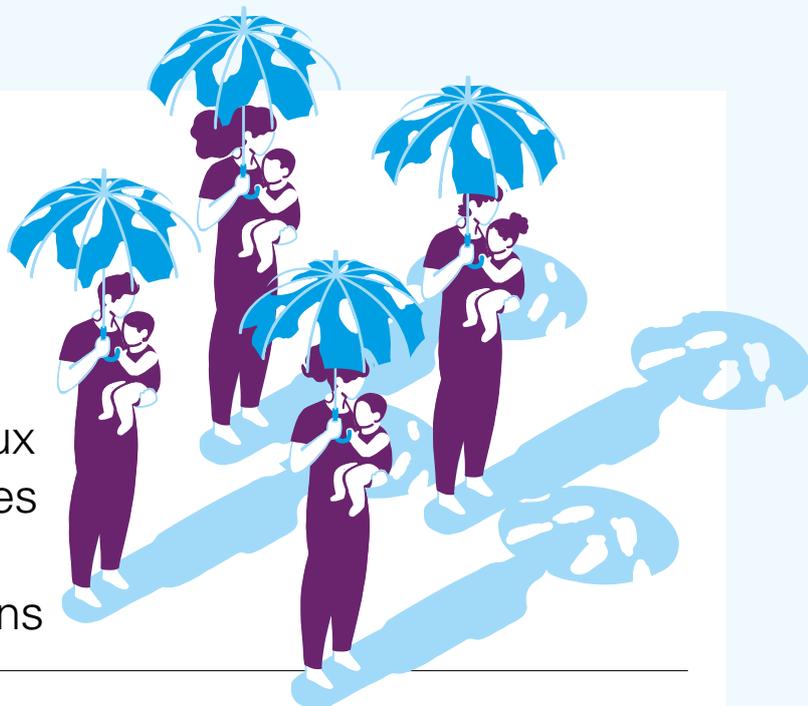
Les recommandations de **confinement à domicile** et la crainte de contracter le virus dans les établissements de santé ont conduit les familles à repousser la vaccination de leurs enfants.

Quelles sont les solutions pour y remédier ?

Campagnes de rattrapage et relance de la vaccination : Les enfants nés juste avant ou pendant la pandémie auront bientôt dépassé l'âge auquel les vaccins sont habituellement administrés. Il est désormais urgent de rattraper les retards accumulés pendant la pandémie et de soutenir la relance des services de vaccination.

MESSAGE CLÉ 4

Toutefois, avant même la pandémie, un bien trop grand nombre d'enfants, appartenant pour la plupart aux communautés les plus pauvres et les plus marginalisées, n'avaient pas accès aux vaccins



L'absence de vaccination de ces enfants est le fruit de plusieurs facteurs : les inégalités, la pauvreté, le manque de services dans certaines communautés et la non-autonomisation des femmes

Pauvreté



Au sein des ménages les plus pauvres, un peu plus de 1 enfant sur 5 n'a reçu aucun vaccin, contre à peine 1 sur 20 au sein des ménages les plus riches.

Dans certaines régions, l'écart est encore plus important : en Afrique de l'Ouest et centrale, près de 1 enfant sur 2 appartenant aux ménages les plus pauvres n'a reçu aucun vaccin, contre environ 1 sur 16 parmi ceux appartenant aux ménages les plus riches.

Non-autonomisation des femmes

Les enfants dont la mère a un niveau d'instruction faible, voire inexistant, sont beaucoup moins susceptibles d'être vaccinés.

Niveau d'instruction de la mère	Proportion d'enfants zéro dose
Absence d'éducation	23,5 %
Éducation primaire	13,1 %
Éducation secondaire ou supérieure	6,9 %

Source : Victora, Cesar et Aluísio Barros, « Within-Country Inequalities in Zero-Dose Prevalence: Background paper for *The State of the World's Children 2023* », International Center for Equity in Health, Université fédérale de Pelotas, Brésil, décembre 2022.

Manque de services dans certaines communautés



Bon nombre d'enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés vivent dans des contextes difficiles : zones rurales et reculées, installations urbaines de fortune, régions en proie à un conflit ou en situation de crise, etc.



Ces problématiques sont d'autant plus présentes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où environ 1 enfant sur 10 en milieu urbain n'a reçu aucun vaccin. En milieu rural, cette proportion s'établit à un peu moins de 1 enfant sur 6. Dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, en revanche, l'écart est pratiquement nul entre ces deux milieux.



En 2018, 2 enfants non vaccinés sur 5 dans le monde vivaient dans des environnements fragiles ou touchés par un conflit.

Ces communautés font face à des problèmes de disponibilité, d'accessibilité et de coût



Disponibilité

Les centres de santé reçoivent-ils des vaccins ou une distribution a-t-elle lieu dans le cadre de campagnes de vaccination ? Y a-t-il des agents de santé pour les administrer ?



Accessibilité

Les vaccins et les services sont-ils accessibles à un moment propice et dans un lieu où les enfants et les familles peuvent se rendre ?

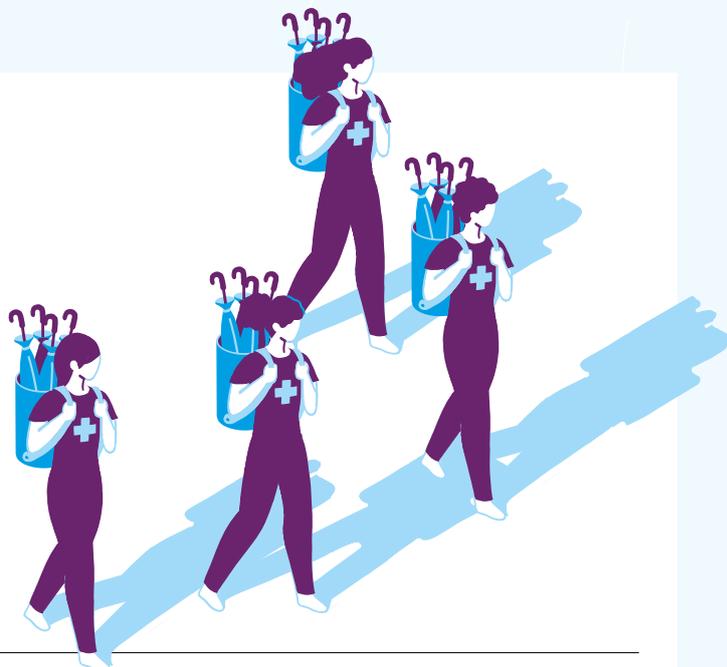


Coût

Les familles ont-elles les moyens de financer ce service de santé, de payer le trajet en bus ou de s'absenter du travail pendant une journée pour se rendre au centre de santé ?

MESSAGE CLÉ 5

Pour vacciner chaque enfant, il est capital de renforcer les soins de santé primaires et de fournir au personnel de première ligne, majoritairement féminin, les ressources et le soutien dont il a besoin



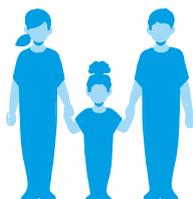
- Un grand nombre d'enfants ne sont pas vaccinés parce qu'ils vivent dans des endroits où les services de santé primaires (lesquels incluent la promotion de la santé, ainsi que la prévention et le traitement des maladies) sont inexistantes ou limités.
- Si les campagnes de vaccination sont, et demeurent, un vecteur important pour atteindre bon nombre des enfants concernés, elles ont par définition une durée limitée et présentent notamment l'inconvénient de ne pas nécessairement offrir de services continus et prévisibles.
- L'intégration de la vaccination infantile au sein d'un système de soins de santé primaires renforcé est essentielle pour parvenir de manière pérenne à vacciner chaque enfant.



Soutenir les agents de santé

Les femmes, dans leur rôle de soignantes et d'agentes de santé communautaires, sont les premières actrices de la vaccination. Or, elles se heurtent à des obstacles tels que le faible niveau de salaire, l'emploi informel et le manque de perspectives d'avancement, quand leur sécurité n'est pas directement menacée. En outre, elles sont bien trop peu représentées aux postes de direction. Pour résoudre ce problème, il convient notamment de :

- Leur offrir des emplois à temps plein, un salaire avantageux et régulier et des conditions de travail décentes ;
- Leur fournir des occasions de développement professionnel et de formation, y compris dans la gestion intégrée des maladies infantiles ;
- Reconnaître et régulariser leur rôle en tant qu'agentes de santé communautaires.



Intégrer les services

Les services de vaccination peuvent mettre à profit leur rôle de proximité avec les familles pour assurer la prestation de services de santé essentiels supplémentaires auprès de ces dernières. De la même façon, des systèmes de soins de santé primaires robustes peuvent contribuer aux efforts de vaccination, en fournissant une plateforme pour atteindre les personnes laissées de côté.



Mobiliser les communautés

La conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions axées sur la vaccination par les membres de la communauté desservie sont un moyen d'en accroître l'équité et l'efficacité.



Accorder la priorité au financement de la vaccination

Même en période de restrictions budgétaires, les retours sur investissement élevés offerts par la vaccination soulignent l'intérêt d'accorder à cette dernière la priorité en matière de financement.

MESSAGE CLÉ 6

Les parents et les communautés doivent être convaincus de la valeur des vaccins. Or, on observe les signes préoccupants d'une baisse de confiance dans certains pays



Dans l'optique de renforcer la confiance accordée aux vaccins, nous devons intensifier nos efforts pour :



Mobiliser les communautés et promouvoir le dialogue

La mobilisation peut porter un coup d'arrêt aux rumeurs et aux fausses informations qui circulent et faire naître un élan de soutien général en faveur de la vaccination. Le dialogue contribue à instaurer un climat de confiance et permet aux gens de partager leur ressenti et leurs inquiétudes sur la question.



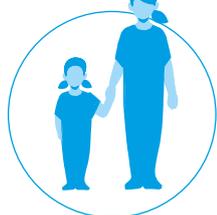
Soutenir les prestataires de santé dans leurs efforts de promotion de la vaccination

Les prestataires de santé sont des interlocuteurs de choix pour les communautés lorsqu'il s'agit d'échanger au sujet des vaccins. Il s'avère donc essentiel de les encourager en ce sens et de doter les vaccinoteurs (ainsi que les agents de santé communautaires qui leur prêtent main-forte) des ressources nécessaires pour entretenir des conversations fructueuses à propos de la vaccination.



Nous appuyer sur l'écoute sociale

L'écoute sociale est un outil primordial. Cette démarche, qui consiste à investir pour comprendre les attitudes à l'égard des vaccins en temps réel, peut aller de l'organisation régulière de sondages au suivi des débats et échanges sur les médias sociaux.



Autonomiser les femmes et les filles

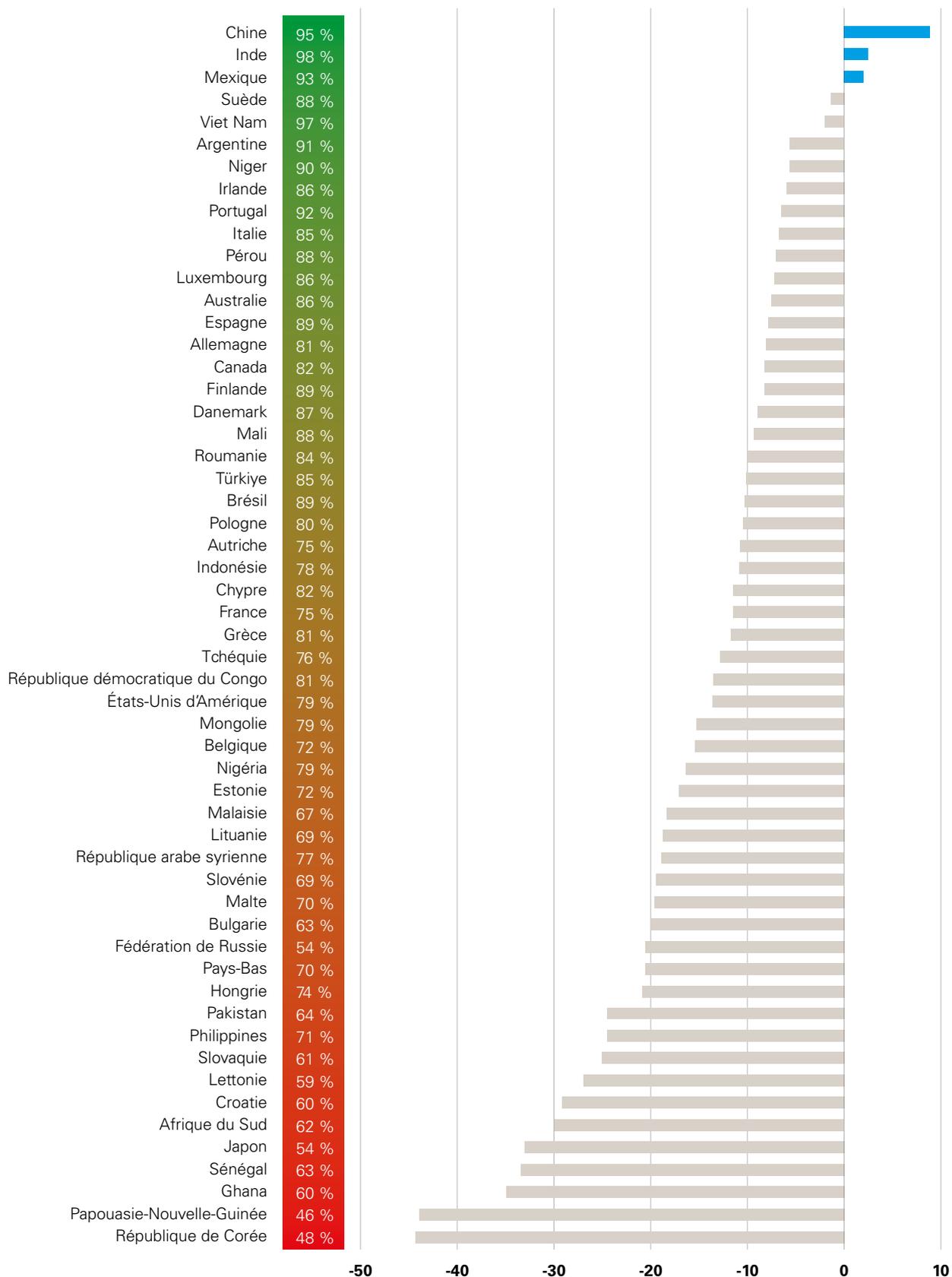
Il peut s'avérer utile de comprendre l'incidence du genre sur l'acceptation des vaccins pour améliorer l'efficacité des programmes et des campagnes d'éducation et d'information sur la vaccination.

Confiance à l'égard des vaccins : Tendances actuelles

- Les données recueillies avant et pendant la pandémie de COVID-19 indiquent un **déclin de l'importance perçue** de la vaccination infantile dans bon nombre (mais pas la totalité) des pays étudiés (voir figure 3).
- Les niveaux de confiance ont baissé davantage parmi les tranches d'âge **plus jeunes**.
- S'il est bien connu que la confiance à l'égard des vaccins est **volatile** et que toute tendance s'inscrit dans un contexte temporel et géographique particulier, il n'en reste pas moins indispensable de prendre au sérieux tout signe d'une perte de confiance généralisée.



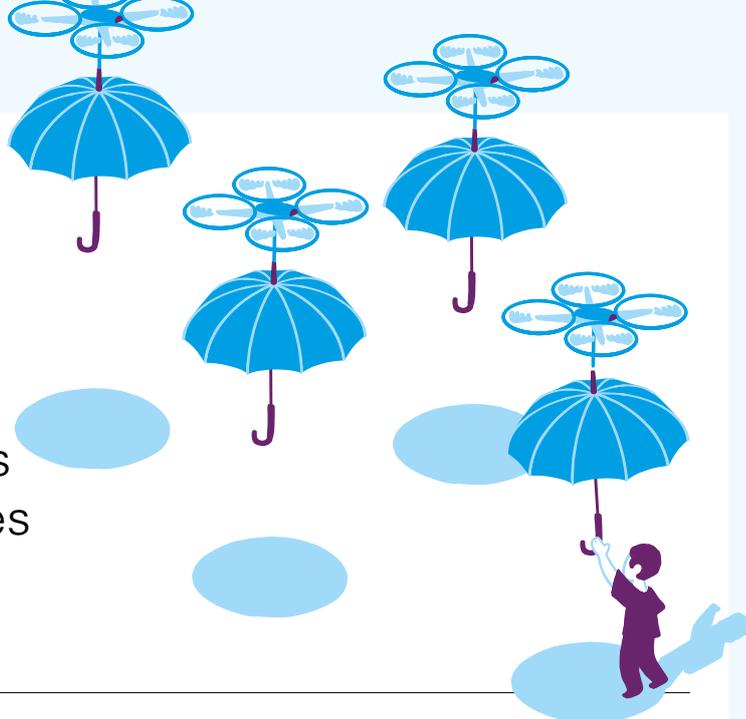
Figure 3. L'importance perçue de la vaccination infantile a décliné après le début de la pandémie
 Pourcentage de la population estimant à l'heure actuelle que la vaccination infantile est importante et évolution, en points de pourcentage, avant et après le début de la pandémie.



Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les données issues de : The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2022.

MESSAGE CLÉ 7

Vacciner chaque enfant nécessite d'investir dans de nouvelles approches visant à renforcer les financements et à tirer pleinement parti des innovations scientifiques et technologiques



Il est essentiel de surmonter les contraintes budgétaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour éliminer d'importants obstacles entravant les services de vaccination

- Si, de manière générale, les gouvernements sont les principaux bailleurs de fonds en matière de vaccination, les donateurs constituent une autre source essentielle de financements.
- Le montant alloué par les gouvernements ne correspond pas toujours aux dépenses réellement engagées, notamment du fait de versements de fonds moins élevés qu'attendus, de réaffectations budgétaires pour répondre à d'autres besoins, de retards d'approvisionnement, ou de problèmes de coordination.
- Par ailleurs, il s'avère indispensable de renforcer davantage les systèmes de santé et de financements afin de veiller à une gestion plus efficace des fonds affectés.



La pandémie de COVID-19 a fait évoluer les processus de recherche et développement relatifs aux vaccins

- La rapidité avec laquelle les vaccins ont été mis au point et produits durant la pandémie permet de tirer d'importants enseignements en vue d'accélérer les processus de recherche et développement et d'autorisation de mise sur le marché.
- Plusieurs nouveaux vaccins visant à protéger les enfants contre le paludisme – une maladie qui tue près d'un demi-million d'enfants chaque année – sont en cours d'élaboration. L'un d'entre eux a d'ores et déjà été approuvé.
- Les innovations liées à la production d'un nouveau vaccin antipneumococcique conjugué (VPC), qui contribue à prémunir les enfants contre la pneumonie, devraient permettre de réduire les coûts de vaccination et d'améliorer les stocks.



Les innovations tout au long de la chaîne d'approvisionnement contribueront à améliorer l'accès aux vaccins dans les régions reculées

- La présence de petits indicateurs thermosensibles sur les flacons permet aux agents de santé de surveiller l'exposition des vaccins à la chaleur.
- Dans certains pays d'Afrique, la livraison des produits de santé est effectuée par drone, une méthode qui s'est révélée efficace.



Les technologies numériques contribuent à optimiser la qualité et le degré d'actualité des données

- Les registres électroniques de vaccination permettent de s'assurer que chaque enfant reçoit le bon vaccin au moment opportun.
- Les systèmes de cartographie exploitant les « métadonnées » issues du téléphone des vaccinateurs peuvent servir à identifier les communautés dans le besoin.
- L'envoi de SMS de rappel aux parents est un moyen de favoriser la hausse des taux de vaccination.



Au Nigéria, Victoria Aina a commencé à s'inquiéter pour la santé de Toluwalase, sa petite-fille, quand cette dernière n'a plus voulu manger ses plats préférés. C'est en croisant Toluwalase dans la rue qu'une personne du voisinage a reconnu les signes de la rougeole. Après avoir reçu le traitement requis, la fillette a pu se remettre de la maladie.
© UNICEF/U.S. CDC/
UN0671473 /Nelson APOCHI Owoicho

INTRODUCTION

Un enfant sur cinq

État de Lagos. Dans un bidonville, une petite fille dort sur un matelas posé à même le sol. Son front et ses bras sont couverts de cicatrices récentes. Quelques mois plus tôt, elle est tombée malade et a développé une forte fièvre et une éruption cutanée. Son état préoccupe alors beaucoup sa grand-mère, Victoria Aina, qui s'occupe d'elle.

Encadré 1

Comprendre le concept « zéro dose »

Les termes « **enfant zéro dose** » et « **enfant insuffisamment vacciné** » sont des concepts clés utilisés pour décrire la couverture vaccinale, aligner les initiatives mondiales visant à améliorer cette dernière et suivre les progrès accomplis. Quelle est leur signification ?

Les enfants **zéro dose** n'ont reçu aucun vaccin. Ces derniers vivent pour la plupart au sein de communautés victimes de nombreuses privations (voir chapitre 2).

Les enfants **insuffisamment vaccinés** ont reçu plusieurs vaccins, mais n'ont pas achevé les cycles de vaccination recommandés.

Pour calculer le nombre d'enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés, un indicateur de substitution est utilisé. Les enfants qui n'ont pas reçu la première dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC1) entrent dans la catégorie « zéro dose ». Les enfants qui ont reçu la première dose (DTC1) mais pas la troisième (DTC3) sont dits « insuffisamment vaccinés ».

Habituellement, ces vaccins sont administrés durant l'année qui suit la naissance. Aussi, de manière générale, les données en pourcentage portant sur les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés correspondent à une proportion de nourrissons survivants (au lieu de se rapporter à l'ensemble de la population infantile).

« J'ai commencé à m'inquiéter quand elle n'a plus voulu manger ses plats préférés », raconte-t-elle. « Toluwalase adore le pain et les boissons en tout genre. J'ai craint le pire en voyant qu'elle n'y touchait pas. »

C'est en croisant Toluwalase dans la rue qu'une personne du voisinage reconnaît les signes de la rougeole. Après avoir reçu le traitement requis, la petite fille est maintenant guérie.

Toluwalase a eu de la chance contrairement à beaucoup d'autres enfants, car la rougeole est une maladie mortelle. Souvent considérée comme une maladie infantile comme les autres, à savoir une éruption cutanée doublée de fièvre qui se résout au bout de quelques jours, la rougeole fait pourtant environ 351 victimes chaque jour, principalement des enfants¹. Hautement contagieuse, elle s'accompagne d'un risque de pneumonie et peut laisser des séquelles à plus long terme chez les enfants telles que des lésions cérébrales, une surdité ou encore une cécité².

Depuis la mise au point d'un vaccin en 1963, il est possible de prévenir les infections et les décès dus au virus de la rougeole.

Ce vaccin a changé la donne pour les enfants. Avant qu'il ne soit introduit, la rougeole occasionnait près de 2,6 millions de décès par an et constituait la principale cause de cécité durant l'enfance dans les pays à revenu faible³. Au cours des vingt dernières années, on estime que la vaccination contre la rougeole a sauvé plus de 31 millions de vies⁴.

Néanmoins, un bien trop grand nombre d'enfants ne bénéficient toujours pas de la protection dont ils ont besoin contre ce virus et d'autres maladies graves.

La grand-mère de cette petite fille en a tiré une leçon très simple : « Les enfants doivent être vaccinés. »

Des enfants laissés de côté

Toluwalase n'est pas la seule concernée.

Dans les villages isolés en milieu rural, les bidonvilles, les zones fragiles ou touchées par un conflit, et bien d'autres endroits du monde, beaucoup trop d'enfants ne reçoivent pas les vaccins indispensables pour se prémunir contre certaines maladies graves. Selon les estimations, en 2021, un peu plus de 25 millions d'enfants n'étaient pas du tout vaccinés (**zéro dose**) ou insuffisamment vaccinés (voir encadré 1)⁵. Comme Toluwalase, nombre d'entre eux sont issus de familles et de communautés parmi les plus pauvres. Souvent victimes de multiples privations, ils bénéficient d'un accès limité aux services essentiels tels que l'approvisionnement en eau potable, l'éducation et les soins de santé primaires – lesquels revêtent pourtant une importance cruciale (voir chapitre 2).

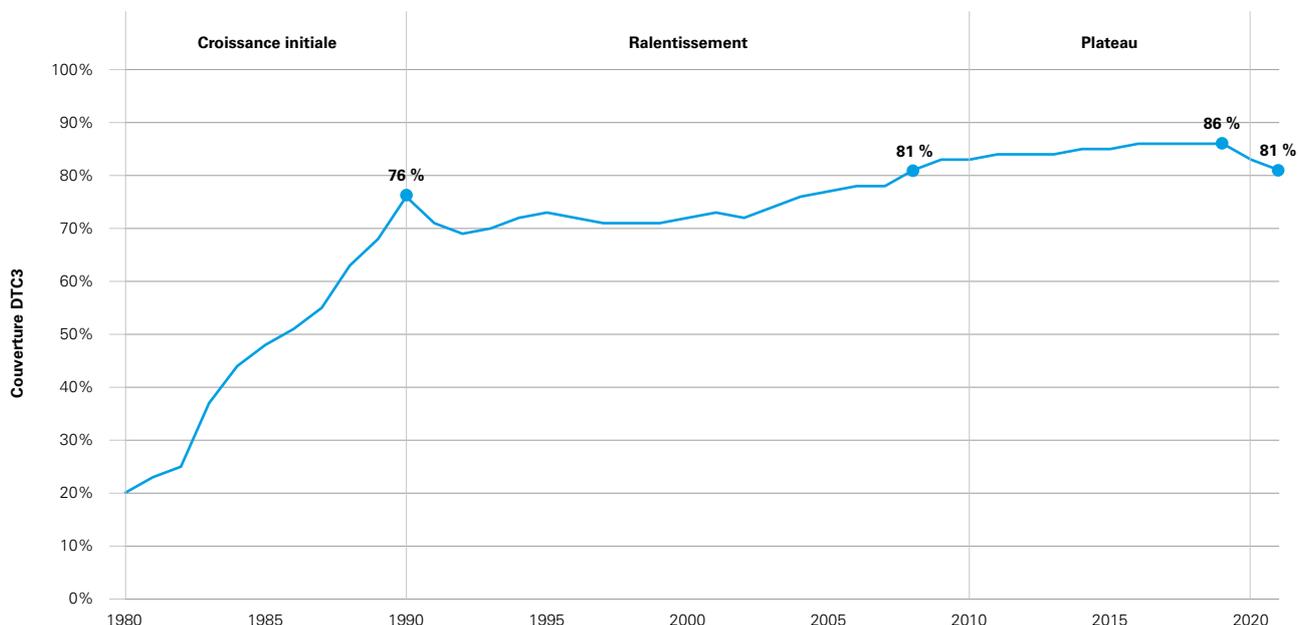
La pandémie de COVID-19 a bouleversé de nombreux aspects de la vie, et la vaccination infantile n'a pas échappé à ces perturbations. Entre 2019 et 2021, l'UNICEF estime que **67 millions d'enfants** n'ont pas reçu tous leurs vaccins de routine ; parmi eux, 48 millions n'en ont reçu aucun⁶.

Sur cette période, la proportion d'enfants vaccinés a diminué de 5 points de pourcentage pour s'établir à 81 %. En d'autres termes, **environ 1 enfant sur 5 dans le monde n'est pas entièrement protégé contre les maladies à prévention vaccinale**⁷. Fait inquiétant, le recul observé durant la pandémie est intervenu à la fin d'une décennie marquée, dans l'ensemble, par une stagnation des taux de vaccination infantile (voir figure 1).

Nous devons faire mieux pour tous les enfants du monde, et en particulier pour ceux qui partagent le sort de Toluwalase.

Figure 1. Le recul de la couverture vaccinale observé durant la pandémie est intervenu à la fin d'une décennie marquée par une faible progression

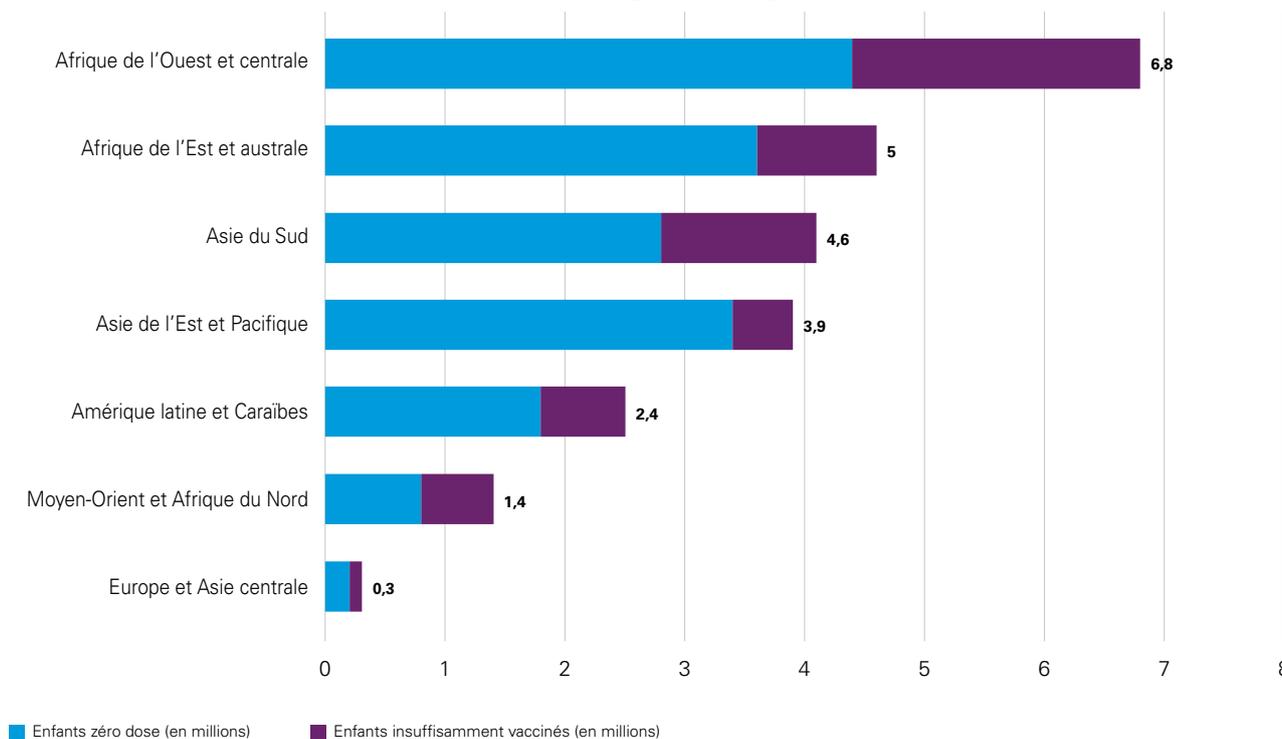
Pourcentage d'enfants insuffisamment vaccinés, 1980-2021



Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022.

Figure 2. Les enfants vivant dans certaines régions d'Afrique et d'Asie du Sud courent davantage le risque de ne pas être vaccinés

Enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés par région de programme de l'UNICEF, 2021



Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022.

Dans divers pays du monde, les gouvernements, les donateurs et les partenaires travaillent aux côtés des communautés pour trouver des solutions permettant d'atteindre les enfants les plus marginalisés et de leur fournir des vaccins, ainsi que des services de santé primaires essentiels.



1 NICARAGUA

Reynilda Cramer, membre d'une équipe d'infirmières de proximité issues de la communauté des Mosquitos, effectue des visites directement au domicile des enfants.

« Les enfants reçoivent des vaccins de routine selon leur calendrier de vaccination, leur taille et leur poids. De plus, on mesure la taille, on vermifuge et on donne des vitamines si besoin. Si d'autres membres de la famille ont des soucis de santé, on les ausculte également. »



3 HAÏTI

Mona Yvrose Jean Claude, infirmière au dispensaire Sacré-Cœur depuis plus de 10 ans.

« Pour améliorer la vaccination dans notre dispensaire, il serait utile de renouveler l'effectif de nos agents de santé communautaires polyvalents, d'avoir la possibilité de créer des lieux de rassemblement et de mettre en place des cliniques mobiles. »



2 ÉQUATEUR

Maria Catucuago, membre d'un groupe de volontaires autochtones, veille sur la santé et le bien-être des enfants de moins de 5 ans.

« Aider les autres est une véritable passion chez moi. Depuis de nombreuses années, je participe à des activités communautaires qui contribuent au bien-être et à la santé des familles. »



4 YÉMEN

Ghada Ali Obaid, sage-femme et vaccinatrice, a constaté la souffrance inutile que peut entraîner une absence de vaccination chez les enfants.

« L'essence de notre travail est de sauver des vies et d'alléger les souffrances des femmes et des enfants. C'est là que je situe le baromètre de ma réussite professionnelle et personnelle. »



5 OUBÉKISTAN

Umida Djuraeva, infirmière chargée d'administrer le vaccin anti-PVH à la polyclinique centrale pluridisciplinaire de Kibray.

« Désormais, les gens viennent de leur propre chef. Ils se sont rendu compte que le vaccin est sûr et bien toléré. »



6 KIRGHIZISTAN

Mirlan Dezhyusubekov, imam œuvrant au sein du Comité sanitaire du village de Kaiyrma.

« D'un point de vue religieux, on ne peut pas juger la décision d'un parent de faire vacciner ou non ses enfants, mais j'explique aux familles que mes enfants et moi sommes vaccinés, et que tout le monde va bien. »



7 CAMBODGE

Pyun Kunthea, agente de santé du Gouvernement, vaccine les enfants d'une communauté isolée.

« Il y a seulement 20 ans, les maladies évitables étaient encore fréquentes. Quand j'étais petite, un camarade a perdu la vue à la suite de complications liées à la rougeole. La situation s'était améliorée, mais des villages comme celui-ci, qui se trouvent loin des centres de santé, restaient difficiles à atteindre. La confiance à l'égard des vaccins ne s'était pas non plus installée, car les gens ne pouvaient pas toujours se renseigner dans leur propre langue. C'est différent aujourd'hui. »



9 INDE

Dematso Khamblai, agent de santé du système de vaccination alternatif, se rend à pied dans les régions isolées pour administrer les vaccins.

« Pendant la saison des moussons, c'est dangereux, car les chemins sont glissants. Les glissements de terrain sont également fréquents à cette période, et le trajet est difficile. »



10 SOMALIE

Maimuna Hussein, infirmière et responsable du centre de santé de Jilab, au sein du camp de déplacés de Jawle.

« [Les soins prénatals] sont extrêmement importants. Lors de ce premier contact qui permet aux mères de bénéficier de consultations en privé, nous devons absolument accorder du temps aux patientes. »



8 INDONÉSIE

Irwan Hakim, infirmier d'un dispensaire communautaire, mène des actions de proximité en faveur de la vaccination de routine dans une communauté insulaire isolée.

« Ici, ce sont les pères qui prennent les décisions au sein du ménage, y compris en ce qui concerne la vaccination des enfants. Heureusement, je suis originaire d'une île voisine et je parle le dialecte local, ce qui me permet de communiquer plus facilement avec eux. »

La plupart du temps, ces actions sont menées par des agents de santé, un rôle essentiellement assumé par des femmes.

Encadré 2

Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* (Vaccination 2030) établit une vision et une stratégie mondiales en faveur des vaccins afin de ne laisser personne de côté au cours de la prochaine décennie. La communauté internationale s'est ainsi donné pour objectif ambitieux de diviser par deux le nombre d'enfants n'ayant pas accès aux vaccins essentiels et d'atteindre une couverture de 90 % pour les vaccins les plus vitaux. Si ce programme est mené à bien, les estimations prévoient qu'il permettra de sauver au total 50 millions de vies durant cette décennie¹⁶.

La stratégie vise également à accroître de manière substantielle l'introduction de nouveaux vaccins à l'échelle des pays. Entre 2010 et 2017, quelque 116 pays à revenu faible et intermédiaire ont introduit au moins un nouveau vaccin¹⁷. Il est toutefois préoccupant de constater qu'aucun des vaccins récemment introduits n'a atteint une couverture mondiale supérieure à 90 %, à l'instar de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux et du vaccin contre le rotavirus (qui peut occasionner diarrhées et vomissements chez l'enfant et avoir une issue fatale)¹⁸. La pandémie n'a fait que compromettre davantage les progrès accomplis, avec un ralentissement marqué des introductions de vaccin (hors COVID-19) en 2020, suivi seulement d'un léger rebond en 2021¹⁹. Le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* établit une cible de 500 introductions de vaccins nouveaux ou sous-utilisés²⁰.

Le renforcement du rôle joué par les systèmes de santé dans la vaccination constitue un pilier essentiel de Vaccination 2030. Cette stratégie mondiale souligne également l'importance cruciale de la vaccination dans la prestation de services de santé primaires centrés sur l'humain, et souligne la place centrale que doivent occuper les gouvernements dans le cadre des efforts visant à garantir la vaccination des populations²¹.

Nous pouvons faire mieux

Les vaccins sont l'une des inventions les plus remarquables de l'humanité. Ils ont déjà sauvé d'innombrables vies et permettront encore d'éviter de nombreux décès si nous parvenons à concrétiser les objectifs ambitieux – mais néanmoins réalisables – du *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030*. Cette stratégie mondiale visant à améliorer la couverture vaccinale nourrit la vision d'un monde « où chaque individu, où qu'il se trouve et quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être » (voir encadré 2)⁸.

En participant à la protection de l'humanité contre certains des pires fléaux qui soient, la vaccination permet aux enfants du monde entier de vivre à l'abri de nombreuses formes de handicap. Ainsi, c'est à la vaccination que l'on doit l'éradication de la variole, une maladie qui laissait des séquelles caractéristiques au visage, voire s'avérait souvent fatale. Au cours du seul XX^e siècle, on estime qu'elle a coûté la vie à 300 millions de personnes⁹. Par ailleurs, même si la route est longue, de remarquables progrès ont été accomplis en vue d'éradiquer la poliomyélite : aujourd'hui, la plupart d'entre nous vivent dans des pays exempts de la menace de cette maladie qui a privé tant de personnes de l'usage de leurs jambes¹⁰.

Le pouvoir de la vaccination ne s'est pas non plus démenti lors de la pandémie de COVID-19. D'après les chiffres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cette maladie a causé (directement et indirectement) 14,9 millions de décès en 2020 et 2021, et occasionné des perturbations dans la vie de nombreuses autres personnes à travers le monde, en particulier pour les enfants¹¹. C'est essentiellement la mise au point de vaccins contre la COVID-19, souvent à l'aide de technologies novatrices (voir chapitre 5), qui a permis à la majeure partie de la population mondiale de retrouver une vie normale. S'il a fallu beaucoup trop de temps pour que les habitants des pays les plus pauvres puissent en bénéficier, ces vaccins n'en ont pas moins eu un impact planétaire incroyable : au moins les deux tiers de la population mondiale sont d'ores et déjà vaccinés contre la COVID-19¹² et on estime que leur administration a permis d'éviter quelque 20 millions de décès à l'échelle du globe¹³.

Les résultats de la vaccination de masse et le développement des vaccins contre la COVID-19 sont d'autant plus remarquables si l'on en juge par la rapidité d'exécution de ces initiatives. Après l'identification du virus de la COVID-19 en décembre 2019, une seule année s'est écoulée jusqu'à la mise sur le marché du premier vaccin¹⁴ et un an plus tard, plus de la moitié de la population mondiale avait reçu au moins une dose de vaccin¹⁵.

Ces exemples démontrent que la demande publique, les innovations scientifiques et, peut-être plus encore, la volonté politique, peuvent induire des changements rapides.

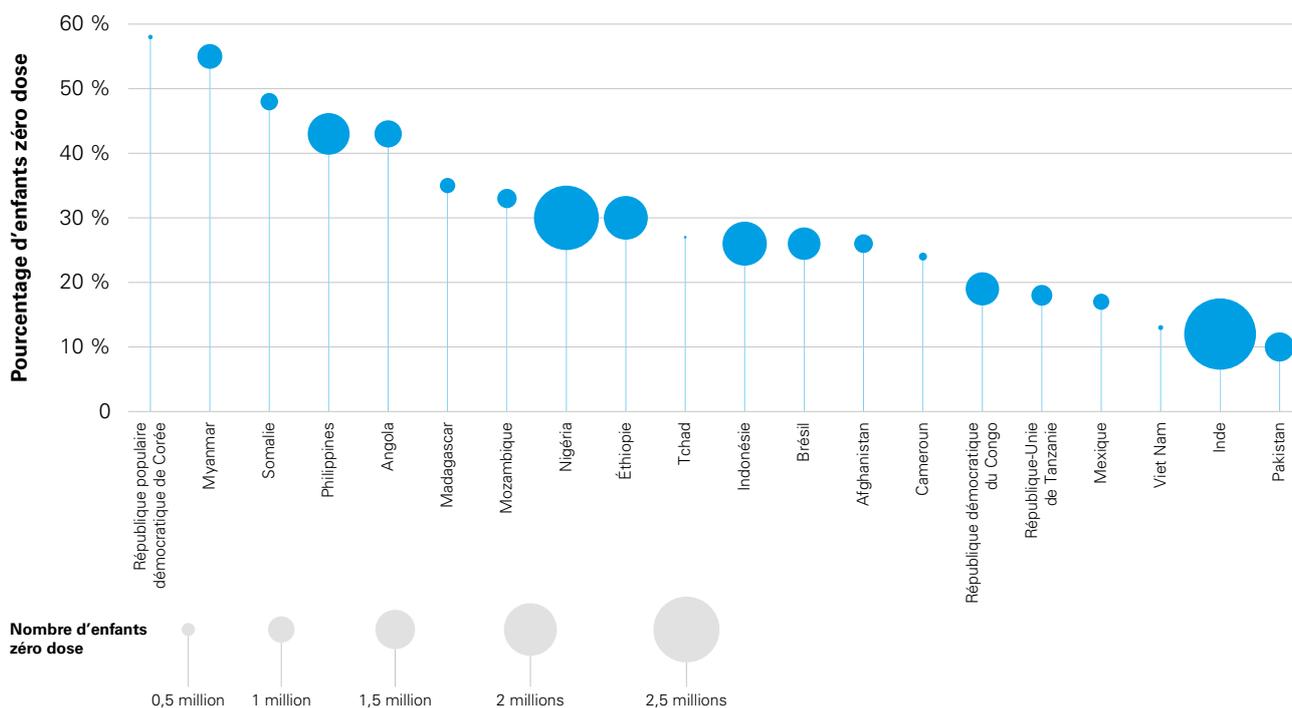
Nous devons faire davantage et intensifier nos efforts dès maintenant

De tels changements sont nécessaires, et ce, dès maintenant.

Le recul de la vaccination observé durant la pandémie doit résonner comme un signal d'alarme. Alors que les 67 millions d'enfants qui n'ont pas reçu l'intégralité de leurs vaccins ces trois dernières années auront bientôt dépassé l'âge habituel d'administration des vaccins de routine, il faudra mener des efforts ciblés pour s'assurer qu'ils rattrapent ce retard (voir chapitre 1).

Figure 3. Les 20 pays comptant le plus grand nombre d'enfants zéro dose

Nombre d'enfants zéro dose et pourcentage par rapport à la population infantile du pays, 2021



Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022.

Préoccupant en soi, ce recul inquiète également pour ce qu'il représente.

En effet, cette situation met en relief la principale raison sous-tendant l'absence totale ou partielle de vaccination chez certains enfants : les inégalités. En Angola, au Nigéria et en Papouasie-Nouvelle Guinée, un enfant issu de la classe sociale la plus aisée a cinq fois plus de chances d'être vacciné qu'un enfant issu de la classe sociale la plus pauvre (voir chapitre 2). Souvent, les enfants non vaccinés sont également nés de mères qui n'ont pas pu aller à l'école et qui ont peu d'influence sur les décisions familiales et les dépenses de leur foyer.

Par ailleurs, la pandémie a mis au jour – et exacerbé – les faiblesses persistantes des systèmes de santé et des soins de santé primaires, qui sont essentiels pour veiller à la vaccination des enfants. La réaffectation de ressources clés à la riposte contre la pandémie a elle aussi contribué, parmi de nombreux autres facteurs (voir chapitre 1), au recul de la vaccination de routine. Toutefois, avant même cette pandémie, un bien trop grand nombre de systèmes de soins de santé primaires souffraient déjà d'une pénurie de personnel soignant qualifié, d'un accès limité aux fournitures et équipements de base, d'une faible capacité de collecte et d'exploitation des données ainsi que de moyens insuffisants pour assurer la surveillance des maladies, et affichaient localement des ruptures de stock des médicaments et vaccins essentiels. Ces systèmes étaient également confrontés à des obstacles entravant l'utilisation efficace des ressources disponibles.

La pandémie a aussi mis en lumière les difficultés auxquelles se heurtent les femmes travaillant dans le milieu de soins et au sein des programmes de vaccination. Bien qu'elles constituent la majeure partie des effectifs de santé, celles-ci sont

sous-représentées aux postes de direction, se voient refuser des occasions de formation et d'avancement, et sont exposées au risque de violence (notamment liée au genre) dans l'exercice de leurs fonctions. Une situation qui ne date pas d'hier, et que la pandémie n'a fait qu'exacerber. Qui plus est, de nombreuses soignantes ont dû concilier une charge de travail accrue avec des responsabilités familiales supplémentaires, induites notamment par la fermeture des établissements scolaires.

Pour améliorer la résilience des soins de santé primaires, il est indispensable de mieux tenir compte des besoins des agentes de santé et de reconnaître leur potentiel. Il convient de leur proposer davantage d'occasions d'emploi à temps plein (plutôt que des postes ad hoc de courte durée), de formation et de développement professionnel. Elles doivent également être davantage représentées aux postes de direction dans les systèmes de santé, de sorte que les décisions prises en haut lieu reflètent mieux la réalité vécue par ce pan majoritaire des effectifs de santé sur le terrain.

Enfin, la pandémie a remis la réticence à la vaccination sous le feu des projecteurs. Enjeu aux multiples facettes, la réticence à la vaccination (c'est-à-dire l'hésitation ou l'incertitude au sujet des vaccins) ne constitue qu'un des nombreux obstacles qui empêchent les familles de faire vacciner leurs enfants²². Toutefois, cela reste une problématique à laquelle il convient d'accorder davantage d'attention, comme le montrent de nouvelles données présentées dans ce rapport. En effet, d'après le Vaccine Confidence Project, l'importance perçue de la vaccination infantile a diminué après l'avènement de la pandémie dans la majorité des pays disposant de données sur la question (*voir chapitre 4*). Ce déclin était généralement plus marqué parmi les tranches d'âge jeunes qu'au sein des générations plus âgées. Avant même la pandémie, la réticence à la vaccination était considérée comme l'une des dix plus grandes menaces pesant sur la santé mondiale²³. Sous l'effet de divers facteurs, tels que l'accès plus généralisé aux fausses informations sur les médias sociaux, la perte de confiance dans les pouvoirs publics constatée dans certaines régions du monde et la polarisation politique²⁴, il est probable que cette menace continue à s'accroître.

Quelles seraient les conséquences d'un échec ?

L'absence de protection contre les maladies a de graves conséquences pour les enfants. Certains en meurent et de nombreux autres en subissent les séquelles à vie. Malheureusement, le monde continue d'être le théâtre de trop nombreuses flambées de maladies à prévention vaccinale. En 2022, par exemple, le nombre total d'épidémies de rougeole a doublé par rapport à l'année précédente (*voir chapitre 1*)²⁵. Toujours en 2022, la découverte du poliovirus en Israël, au Royaume-Uni et aux États-Unis nous a rappelé qu'en dépit des progrès remarquables accomplis dans la lutte contre une maladie telle que la polio, rien n'est acquis si nous ne parvenons pas à vacciner chaque enfant.

En d'autres termes, **aucun d'entre nous n'est en sécurité tant que nous ne le sommes pas tous**²⁶.

Les conséquences d'une absence de vaccination chez les enfants sont par ailleurs susceptibles de s'aggraver dans les années à venir. En effet, les changements climatiques risquent d'exposer de nouvelles communautés à diverses pathologies infectieuses, telles que le paludisme, la dengue et le choléra, et de modifier la saisonnalité des maladies. Le risque croissant de survenue de crises climatiques simultanées (épisodes de sécheresse, vagues de chaleur, inondations, etc.) accentuera encore les contraintes d'accès aux services essentiels pour les enfants, tels que l'approvisionnement en eau potable et les soins de santé primaires²⁷. Enfin, l'essor des infections pharmacorésistantes constitue également un sujet de préoccupation à long terme (*voir chapitre 2*)²⁸.

La non-vaccination des enfants compromet leur droit de « jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation », comme l'énonce la Convention relative aux droits de l'enfant²⁹.

Cette situation repousse aussi davantage la perspective d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD), car la vaccination n'est pas seulement indispensable à la concrétisation de l'ODD 3 visant à « permettre à tous de vivre en bonne santé et [à] promouvoir le bien-être de tous à tout âge » : elle est également corrélée à 13 autres ODD. Ainsi, elle favorise par exemple le développement cognitif et la réussite scolaire des enfants, deux facteurs de progrès en faveur de l'ODD 4 – assurer l'accès à une éducation de qualité³⁰. Par conséquent, la vaccination occupe une place centrale dans le cadre de notre engagement collectif à garantir un avenir meilleur et un monde plus durable pour tous.

L'heure est à la volonté politique

Beaucoup d'efforts doivent être entrepris pour parvenir à protéger *chaque* enfant contre les maladies à prévention vaccinale. Les besoins, complexes, voire d'une ampleur intimidante, sont encore plus vastes si l'on tient compte du fait que les vaccins doivent atteindre les enfants vivant dans des endroits souvent délaissés : le village isolé situé à plusieurs kilomètres de la moindre route, le bidonville où les nouveaux arrivants s'installent et vivent dans l'anonymat, la zone de conflit où les familles ne savent pas où elles dormiront le lendemain.

Parmi les efforts à déployer, un plus que tout autre est nécessaire : la volonté politique. En effet, nous ne pourrions changer la donne qu'en suscitant une véritable volonté politique aux niveaux mondial, national et local.

Une telle volonté doit prendre ancrage dans l'optimisme. L'émergence de la vaccination de masse dans les années 1980 et la mise au point des vaccins contre la COVID-19 prouvent qu'il est possible d'accomplir des progrès en un temps record. Chose encourageante, et en dépit du recul de la vaccination infantile qui s'est ensuivi, la pandémie a peut-être contribué à poser les jalons propices à une avancée plus rapide dans certains pays. Ainsi, les investissements réalisés dans la chaîne du froid aux fins de distribuer les vaccins contre la COVID-19, les innovations touchant les méthodes de développement et de livraison des vaccins, ou encore l'emploi de techniques avancées de collecte de données pour assurer le suivi des doses et des vaccinations, sont autant de facteurs susceptibles de favoriser la vaccination infantile dans les années à venir.

La volonté politique doit également s'appuyer sur le fait que la vaccination des enfants revêt un intérêt économique. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, l'administration de la série de vaccins standard pour un coût moyen par enfant d'environ 58 dollars É.-U. contribue non seulement à protéger très largement contre la maladie et le handicap permanent³¹, mais aide également les familles à préserver leurs moyens de subsistance. En effet, pour les plus pauvres, le coût d'un arrêt de travail pour s'occuper d'un enfant malade ou des soins à lui prodiguer peut s'avérer catastrophique. À plus long terme, la protection des enfants contre la maladie permet de réduire considérablement les dépenses de santé et de favoriser le développement du capital humain et de la productivité³². Malgré les restrictions budgétaires en vigueur dans certains pays, la vaccination doit rester une priorité, car il s'agit d'une stratégie éprouvée de réduction des coûts de santé futurs et de soutien à la croissance économique³³. S'il est essentiel d'investir dans la vaccination de manière continue et durable et d'intégrer ces investissements dans les budgets alloués à la santé, les gouvernements et les donateurs doivent également œuvrer ensemble pour améliorer l'efficacité de la planification, de la budgétisation et de la prestation des services³⁴.

L'heure est venue de faire preuve de détermination.

L'heure est venue d'affirmer notre volonté politique.

L'heure est venue de protéger la santé de *chaque* enfant.

Malgré les restrictions budgétaires en vigueur dans certains pays, la vaccination doit rester une priorité, car il s'agit d'une stratégie éprouvée de réduction des coûts de santé futurs et de soutien à la croissance économique.

À propos de ce rapport

La Situation des enfants dans le monde 2023 se penche sur les mesures à prendre pour faire en sorte que chaque enfant, où qu'il vive, soit protégé contre les maladies à prévention vaccinale. Au lendemain de la pandémie de COVID-19, qui a fait reculer les progrès en matière de vaccination infantile à l'échelle du globe, le présent rapport analyse les effets que la pauvreté, la marginalisation et le genre peuvent avoir sur la vaccination ou l'absence de vaccination des enfants. Il s'appuie sur les enseignements tirés pendant la pandémie et sur les décennies d'expertise et d'expérience acquises par l'UNICEF en matière de vaccination infantile pour déterminer comment renforcer les soins de santé primaires dans l'optique de mieux soutenir les services de vaccination. Enfin, il se concentre sur le manque de confiance à l'égard des vaccins et s'intéresse à diverses innovations concernant leur mise en point, leur livraison et leur financement.

Le **chapitre 1** analyse les effets de la pandémie de COVID-19 sur la vaccination infantile et les raisons du recul observé. Il se penche ensuite sur les mesures à prendre pour rattraper le retard pris et passe en revue certains enseignements tirés de cette pandémie pour améliorer la résilience des programmes de vaccination systématique.

Le **chapitre 2** détermine qui sont les enfants non vaccinés – et explique pourquoi cette question est importante. Il présente par ailleurs de nouvelles données et analyses permettant de mieux comprendre comment divers facteurs sociaux, culturels, économiques et liés au genre contribuent à déterminer le statut vaccinal des enfants.

Le **chapitre 3** s'intéresse aux liens cruciaux entre la vaccination et les soins de santé primaires. Le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* est notamment axé sur la nécessité de garantir la durabilité et la résilience des services de vaccination en les intégrant dans des systèmes de soins de santé primaires solides et dotés de ressources adéquates, qui s'adaptent en priorité aux besoins des populations.



Lindalva de Freitas, agente de santé communautaire en Amazonie, au Brésil, prend congé d'une famille à laquelle elle a rendu visite pour faire le point sur la santé et le statut vaccinal des enfants.

© UNICEF/U.S. CDC/
UN0822150/Erico Hiller

Le **chapitre 4** aborde le rôle que joue la confiance à l'égard des vaccins dans la décision des familles de faire vacciner leurs enfants. Il étudie également diverses approches susceptibles de contrer les signes préoccupants de la baisse de confiance observée, telles que la mobilisation des communautés, l'écoute sociale et l'autonomisation des femmes et des filles.

Le **chapitre 5** étudie des méthodes novatrices de développement et de livraison des vaccins, et explore de nouvelles pistes prometteuses pour améliorer le financement des services de vaccination.

Enfin, le **chapitre 6** propose un plan d'action pour favoriser un accès équitable à la vaccination et adresse aux parties prenantes mondiales, nationales et locales quatre recommandations majeures pour faire en sorte que chaque enfant bénéficie des vaccins essentiels à sa survie.

- 1. Vacciner chaque enfant, partout**, en veillant d'abord à rattraper les retards de vaccination infantile accumulés pendant la pandémie et à favoriser le retour à la normale des services perturbés. À plus long terme, il sera nécessaire d'intensifier encore davantage nos efforts pour éliminer les goulets d'étranglement – au sein des systèmes de santé et dans d'autres secteurs – qui continuent d'empêcher les enfants issus de communautés marginalisées et insuffisamment desservies de se faire vacciner.
- 2. Renforcer la demande et la confiance à l'égard des vaccins** en échangeant avec les communautés, afin de s'assurer que les programmes répondent à leurs besoins et s'adaptent à l'évolution de ces derniers, et en menant des interventions spécialement axées sur le rôle des femmes. Il convient d'aider les agents de santé, en particulier les femmes qui dispensent des soins de santé primaires en première ligne, à renforcer encore davantage leur rôle dans le cadre des activités de plaidoyer menées en faveur de la vaccination et de la confiance à l'égard des vaccins, tandis que la consolidation des mécanismes de responsabilisation au sein des systèmes de santé doit permettre de garantir une meilleure réponse aux besoins de la collectivité. Autant d'efforts qui, mis bout à bout, amélioreront la confiance accordée aux systèmes de santé.
- 3. Accroître et mieux cibler les dépenses en faveur de la vaccination et de la santé.** En période de restrictions budgétaires, les retours sur investissement élevés offerts par la vaccination témoignent de la nécessité, pour les gouvernements, de continuer à accorder à cette dernière la priorité en matière de financement. Toutefois, les investissements en faveur de la vaccination doivent s'accompagner d'une meilleure efficacité en matière de planification, de budgétisation et de prestation des services. S'il est également important d'instaurer des mécanismes novateurs en matière de financement, les donateurs doivent, quant à eux, accroître et mieux aligner leur soutien sur le contexte des pays concernés et axer leurs efforts sur le renforcement des soins de santé primaires.
- 4. Bâtir des systèmes résilients et à l'épreuve des chocs** en étoffant les effectifs, et plus particulièrement ceux des agents de santé communautaires, ainsi qu'en assurant la formation de ces derniers, en les soutenant et en leur offrant des rentrées d'argent prévisibles. Il convient de s'attacher spécialement à soutenir, à motiver et à retenir les nombreuses femmes qui exercent au sein des systèmes de santé, et de définir des parcours clairs de développement professionnel. Enfin, pour atteindre chaque enfant, nous devons également tirer parti des technologies novatrices touchant la mise au point ou la livraison des vaccins, les chaînes d'approvisionnement, la collecte de données et la surveillance des maladies, autant d'innovations qui contribueront à jeter les bases nécessaires pour relever les défis posés par les flambées épidémiques et les futures pandémies.

SOMALIE

Rougeole : Quand les liens personnels établis entre personnel médical et communautés permettent d'œuvrer en faveur de la vaccination

Lorsqu'ils sont à court d'arguments, Maryam Mohamud et l'équipe du centre de santé de Gargaar se tournent vers celles qui ne connaissent que trop bien l'importance de la vaccination : les mères pour lesquelles la rougeole est synonyme de tragédie.

« Nous menons des campagnes de sensibilisation au cours desquelles nous expliquons aux mères l'enjeu de la vaccination contre la rougeole », explique Maryam.



En Somalie, Nasro Dire a perdu deux de ses enfants en 2022 des suites de la rougeole. Elle est bien décidée à faire en sorte que son fils Marwan Abdi, âgé de 1 mois, reçoive tous ses vaccins.

© UNICEF/UN0758481/Ekpu VII Photo

Puis, une mère dont l'enfant est décédé de la rougeole vient témoigner de l'importance de ce geste.

« C'est alors que les barrières cèdent », poursuit-elle.

Il s'agit d'une leçon difficile, apprise au prix d'une perte tragique. En Somalie, à cause de la sécheresse et de l'insécurité alimentaire, les enfants sont davantage exposés aux maladies comme la rougeole. Entre janvier et octobre 2022, le pays a enregistré plus de 15 000 cas suspects – dont 79 % concernaient des enfants de moins de 5 ans.

Nasro Dire fait partie des mères qui connaissent particulièrement bien le danger de cette maladie.

Cette jeune femme de 23 ans vit dans le camp de déplacés de Jawle, un dédale de cahutes de tôle en périphérie nord de Garowe, dans le centre de la Somalie. Début 2022, deux de ses enfants – Aanas, 2 ans, et Masude, 1 an – sont tombés malades. Ils ont d'abord eu de la fièvre, puis une éruption cutanée. Bien que Nasro les ait emmenés au centre médical de Jawle, près du camp où elle vit, Aanas et Masude sont décédés à un mois d'intervalle.

« En tant que mère, je me suis sentie anéantie », confie-t-elle. « Mais je continue de penser que c'est le Seigneur qui les a rappelés à Lui. »

Sur les conseils de Luul Agani, sage-femme et vaccinatrice bénévole au camp de Jawle, Nasro s'est empressée de faire vacciner ses autres enfants (3, 4 et 6 ans), et elle fera de même pour son petit dernier, Marwan, âgé de 1 mois. Nasro aide aussi Luul à convaincre d'autres mères de suivre son exemple.

« Ce que j'ai vécu avec la mort de mes enfants m'a donné envie d'aider les autres pour leur éviter un tel drame », raconte-t-elle.

Généralement, la plupart des parents du camp veulent faire vacciner leurs enfants, constate Mohud Hassan, responsable du centre médical de Jawle. Mais parvenir à le faire est une autre histoire. En effet, il s'agit d'aller à la rencontre de certaines des populations les plus défavorisées du monde : des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, des communautés d'accueil et des familles vivant dans des abris de

fortune poussiéreuse en bord de route aux abords de Garowe. L'UNICEF apporte son soutien en Somalie via la fourniture de vaccins, le renforcement de la chaîne du froid et l'organisation de campagnes de mobilisation sociale en faveur de la vaccination de routine et d'activités de vaccination supplémentaires.

Comme de nombreux centres de santé au service des communautés marginalisées de la région de Garowe, le centre médical de Jawle mobilise des agents pour qu'ils envoient des SMS, passent des appels téléphoniques ou se déplacent afin de s'assurer que les enfants ont bien accès à la vaccination. Au centre de Jilab, par exemple, les agents de santé ont bloqué des créneaux fixes trois fois par semaine pour aller à la rencontre des mères et des enfants qui ne fréquentent pas l'établissement de santé.

« Il est très important pour les enfants et les mères qui ne peuvent pas venir au centre que l'on aille jusqu'à eux », explique Kawther Abdikadir, 24 ans, agente de santé clinique et travailleuse sociale au centre de Jilab. « Mais c'est tout aussi important pour les agents de santé. Il faut qu'on aille sur place pour se rendre compte de ce qui se passe réellement. »

Ce genre d'action fait également partie des services fournis par Maryam Mohamud et son équipe du centre de santé de Gargaar. De même, la création de liens personnels avec les familles, qui constitue un élément clé du programme d'accouchement du centre, joue un rôle crucial dans l'établissement d'une relation durable avec les nouveau-nés et leurs mères. Maryam et ses collègues veillent ainsi à récupérer les coordonnées des mères dont les enfants sont nés au centre, et de celles qui viennent consulter. La plupart d'entre elles possèdent un téléphone portable, explique l'agente de santé. Et si ce n'est pas le cas, on prend le numéro d'une voisine ou d'un commerçant de proximité.

Cette opération a porté ses fruits pour de nombreuses mères, qui se sont dernièrement rendues au centre de Gargaar pour des vaccins. Amina Said, mère de quatre enfants, a marché pendant une heure pour faire vacciner Kafio, après avoir répondu à un appel du centre.

« C'est ce qui me pousse à toujours faire vacciner mes enfants », explique-t-elle. « Je ne sais ni lire ni écrire, mais je peux répondre à leurs appels. » ■



Au Viet Nam, Dong Duc Huy, 12 ans, se dirige vers la salle de surveillance après avoir reçu le vaccin contre la COVID-19.
© UNICEF/UN0625901/Hoang

Les retards de vaccination engendrés par la pandémie de COVID-19

La santé des enfants dans le monde est gravement menacée : la couverture vaccinale a enregistré une très forte baisse pendant la pandémie de COVID-19, privant des millions d'enfants supplémentaires de protection contre certaines des maladies infantiles les plus graves. Il est par conséquent urgent de mener des campagnes de rattrapage et de relancer la vaccination pour inverser le recul observé. Point encourageant néanmoins, la pandémie nous a également permis de tirer des enseignements utiles pour améliorer nos efforts en matière de vaccination.

La pandémie de COVID-19 a eu des effets catastrophiques sur la vaccination des enfants. Le monde n'avait jamais enregistré de taux de vaccination aussi faibles depuis 2008. En l'espace de deux ans seulement, plus d'une décennie de progrès a été anéantie.

La pandémie de COVID-19 a eu des effets catastrophiques sur la vaccination des enfants. Le monde n'avait jamais enregistré de taux de vaccination aussi faibles depuis 2008. En l'espace de deux ans seulement, plus d'une décennie de progrès a été anéantie. Si ce recul a mis en évidence des défis spécifiquement liés à la pandémie, en particulier les effets des confinements et de l'interruption des services, il a également fait ressortir une série de problèmes à plus long terme, notamment la faiblesse d'un nombre bien trop élevé de systèmes de soins de santé primaires, qui sapent depuis longtemps les efforts entrepris pour vacciner chaque enfant.

La vaccination des enfants qui, durant la pandémie, n'ont pas reçu une partie ou l'intégralité des vaccins de routine constituera un défi de taille, que nous ne pourrons pas relever si nous n'investissons pas massivement dans la conception et la mise en œuvre d'interventions de rattrapage adaptées. Dans un contexte économique très difficile, il sera tout aussi important de soutenir les services de santé et de vaccination si nous voulons éviter que ce recul se pérennise.

Heureusement, la pandémie nous a également fourni des enseignements importants sur la vaccination, notamment en mettant en lumière le rôle de premier plan joué par les agents de santé dans la résilience des systèmes de soins de santé primaires. Elle nous a aussi permis de créer de nouvelles approches de mise au point, de production et de distribution des vaccins, qui nous aideront à agir beaucoup plus rapidement lors des prochaines situations d'urgence sanitaire.

Les retards de vaccination occasionnés par la pandémie

Les chiffres sont édifiants. Entre 2019 et 2021, le nombre d'enfants zéro dose a augmenté de plus de 33 % dans le monde, passant de 13 millions à 18 millions. Le nombre d'enfants insuffisamment vaccinés a également augmenté fortement, passant de 6 millions à 25 millions. Les hausses les plus importantes du nombre d'enfants non vaccinés ont notamment été observées en Inde, en Indonésie, au Myanmar et aux Philippines.

Pour ce qui est de la couverture, le pourcentage d'enfants présentant un schéma vaccinal complet contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, qui constitue un indicateur clé de la couverture vaccinale, est passé de 86 % à 81 %. Une baisse similaire a été constatée au niveau de la couverture vaccinale contre la rougeole.

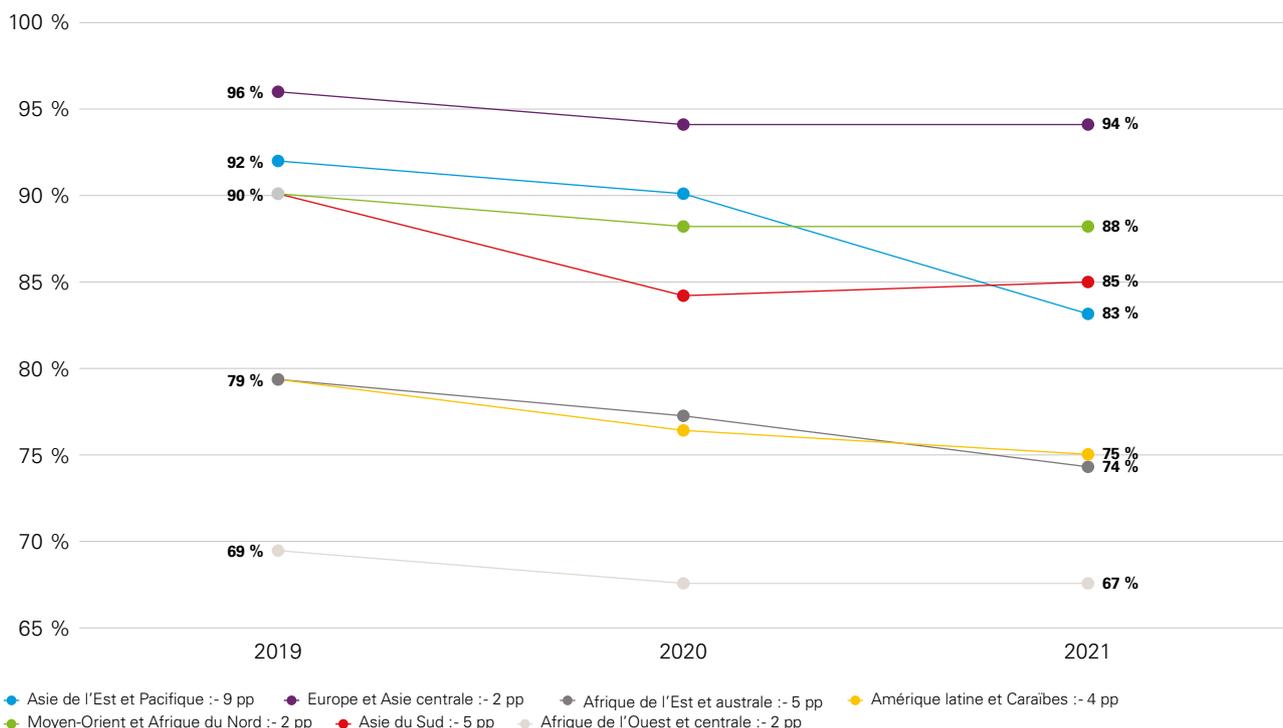
Rom Tola, infirmier dans la province de Battambang, au Cambodge, transporte une glacière contenant des vaccins contre la COVID-19 livrés dans le cadre d'initiatives de partage des doses par le biais du Mécanisme COVAX.

© UNICEF/UN0587970/But



Figure 1.1. La région Asie de l'Est et Pacifique a enregistré la baisse la plus spectaculaire de la couverture vaccinale

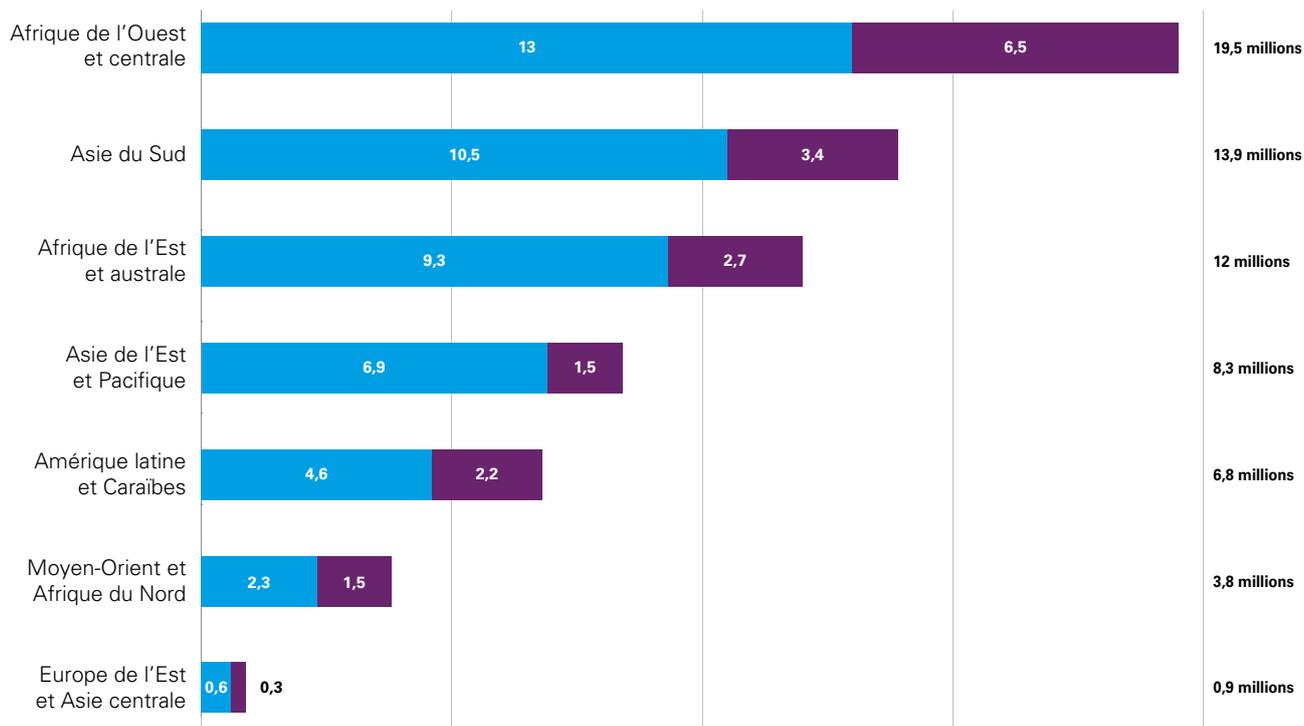
Couverture vaccinale du DTC3 par région de programme de l'UNICEF, 2019-2021



Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022.

Figure 1.2. On observe d'importantes différences régionales pour les 67 millions d'enfants ayant manqué des vaccinations

Nombre d'enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés (en millions) par région de programme de l'UNICEF, 2019-2021

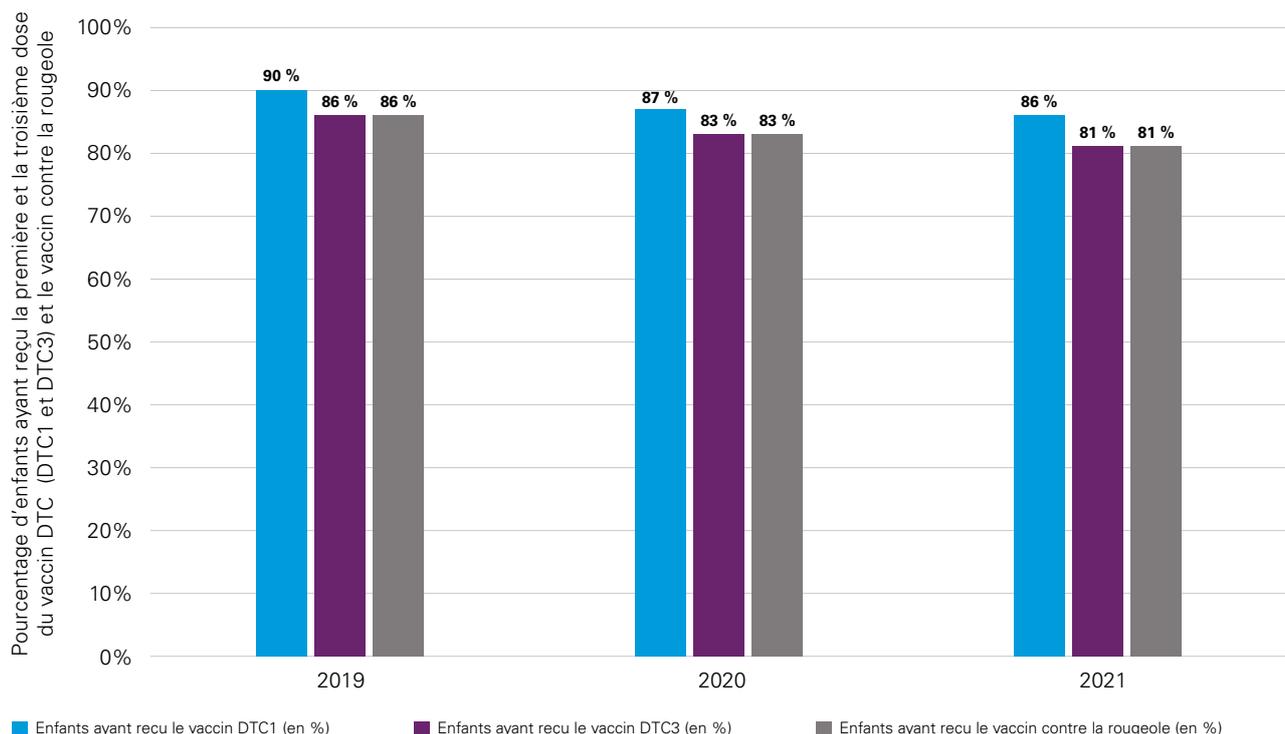


Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022.

Remarque : Les chiffres ayant été arrondis, il est possible que leur somme ne corresponde pas au total de 67 millions.

Figure 1.3. La pandémie de COVID-19 a engendré un recul de la couverture vaccinale

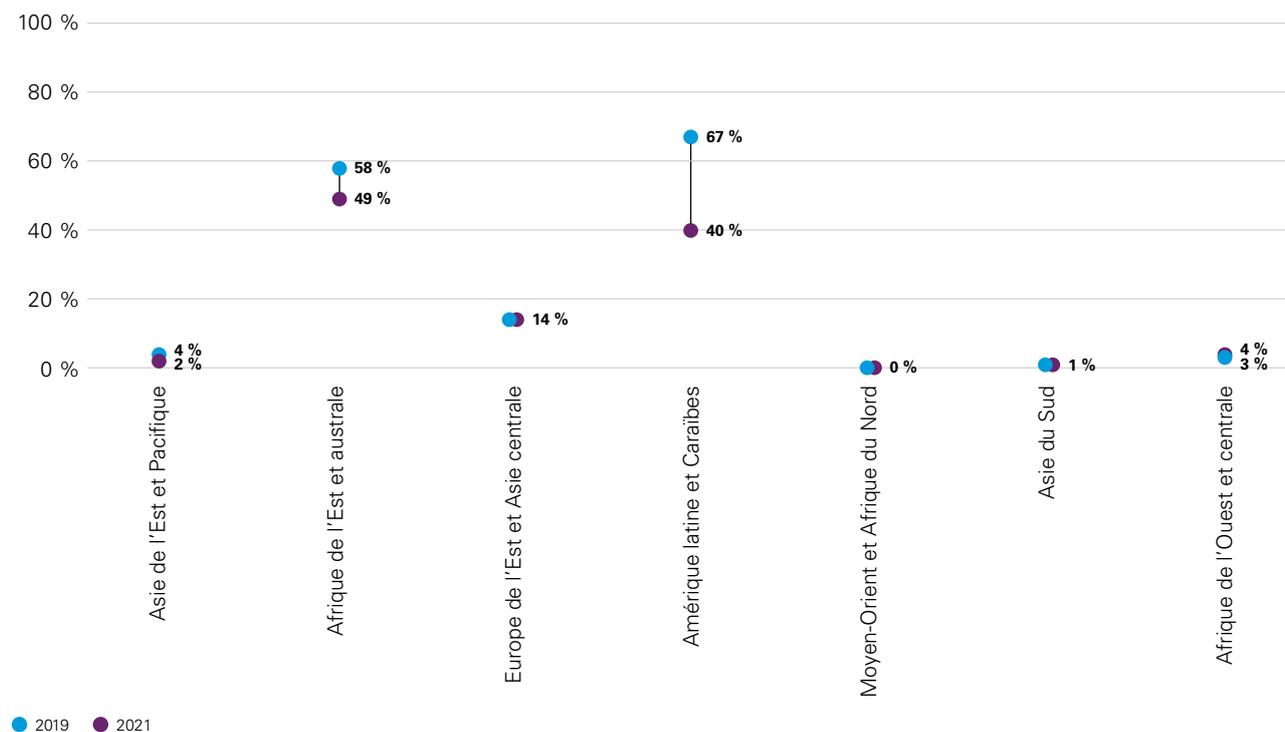
Pourcentage d'enfants dans le monde ayant reçu la première et la troisième dose du vaccin DTC (DTC1 et DTC3) et le vaccin contre la rougeole



Source : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022.

Figure 1.4. La pandémie a fait chuter des taux déjà faibles de couverture vaccinale contre le PVH

Pourcentage de filles ayant reçu la première dose de vaccin contre le PVH (PVH1) par région de programme de l'UNICEF, 2019-2021



Source : Estimations de l'Organisation mondiale de la Santé de la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (PVH), 2010-2021, 15 juillet 2022.

Augmentation des risques de rougeole

Les chiffres concernant les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés se fondent sur le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche – DTC (*voir introduction*). Cependant, la vaccination contre d'autres maladies a également chuté durant la pandémie.

Les deux années de recul enregistrées ont provoqué une baisse de cinq points de pourcentage du nombre d'enfants ayant reçu la première dose du vaccin contre la rougeole. Or, au vu de la forte contagiosité de cette maladie, près de 95 % de la communauté doit être vaccinée pour atteindre l'immunité collective (*voir ci-dessous*)¹. Par conséquent, toute baisse de la couverture est préoccupante et génère d'importants risques de flambée de la maladie.

Le nombre de cas de rougeole a doublé entre 2021 et 2022² et l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont prévenu que les conditions étaient réunies pour une flambée épidémique de rougeole³. D'aucuns s'inquiètent également des risques d'épidémies d'autres maladies à prévention vaccinale⁴.

La détérioration de la situation ne reflète pas seulement l'interruption des services de vaccination liée à la pandémie, mais aussi les perturbations découlant de conflits, de situations de fragilité et d'événements météorologiques extrêmes dans des pays tels que l'Afghanistan, l'Éthiopie, le Myanmar, la Somalie et l'Ukraine. Ces facteurs ont poussé de nombreuses familles à partir de chez elles, limitant l'accès des enfants à l'eau salubre et à l'assainissement et les exposant à des conditions de promiscuité, ce qui augmente les risques d'épidémie de maladie à prévention vaccinale.

La nutrition constitue également un facteur de préoccupation. Mal alimentés, les enfants sont plus vulnérables aux infections. Depuis 2016, l'émaciation, une pathologie mortelle caractérisée par le fait qu'un enfant soit trop maigre pour sa taille, a augmenté d'au moins 40 % dans certains pays⁵. Près de 150 millions de personnes supplémentaires dans le monde souffrent de la faim depuis le début de la pandémie et davantage de personnes sont également exposées à l'insécurité alimentaire⁶.

Recul de la couverture vaccinale contre le PVH

La pandémie a eu des répercussions particulièrement graves sur les efforts visant à vacciner les enfants contre le papillomavirus humain (PVH). Durant la crise sanitaire, la couverture vaccinale mondiale contre le PVH a reculé de plus de 25 %. Cette baisse importante est due en partie à la fermeture des établissements scolaires, de nombreux enfants se faisant vacciner à l'école⁷. Le vaccin contre le PVH contribue à protéger les enfants contre plusieurs cancers, notamment le cancer du col de l'utérus, qui constitue le quatrième cancer le plus mortel pour les femmes selon les estimations⁸. Près de trois cancers du col de l'utérus sur cinq se déclarent dans des pays qui n'ont pas encore introduit la vaccination contre le PVH⁹. Actuellement, seules près de 12 % des filles éligibles sont pleinement vaccinées¹⁰.

Comprendre les effets de la pandémie

Pourquoi la pandémie a-t-elle fait reculer la vaccination ? Plusieurs facteurs ont provoqué ce recul, notamment les pressions exercées sur des systèmes saturés et des agents de santé surchargés, en particulier sur le personnel de santé féminin exposé à une charge de travail extrêmement lourde, et la diffusion aux parents de communications portant à confusion.

Des systèmes de santé saturés

Le facteur le plus important de ce recul a peut-être été l'incidence de la pandémie sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé. De précédentes crises ont montré que les pays dont les systèmes de santé étaient déjà fragiles étaient particulièrement vulnérables aux effets des conflits, des flambées épidémiques et des catastrophes naturelles¹¹. La crise sanitaire provoquée par la COVID-19 a confirmé ce constat.



En Mauritanie, une jeune fille reçoit l'une des premières doses du vaccin contre le papillomavirus humain (PVH). À l'échelle du globe, environ 7 filles sur 8 parmi celles qui pourraient en bénéficier ne sont pas vaccinées contre ce virus.

© UNICEF/UN0434343/Pouget

La pandémie a contraint de nombreux systèmes de santé à drainer les ressources déjà maigres destinées aux soins de routine, notamment à la vaccination¹². Ainsi, à la fin de l'année 2021, près de la moitié des 72 pays visés par une enquête de l'OMS déclaraient que leurs programmes de vaccination systématique étaient perturbés par les efforts déployés pour lutter contre la COVID-19¹³.

En outre, la pandémie a brutalement interrompu les campagnes de vaccination qui, contrairement à la vaccination systématique, ont généralement pour objectif de vacciner un grand nombre de personnes dans un laps de temps relativement court. En mai 2020, par exemple, 57 % des campagnes dans 57 pays ont dû être annulées ou reportées, entraînant la perte de 796 millions de doses de vaccins. Bien que la situation ait commencé à s'améliorer au milieu de l'année 2020, des perturbations ont perduré : à la fin de l'année 2021, le gel des campagnes dans les pays africains a provoqué la perte de 382 millions de doses¹⁴.

La pandémie a aussi lourdement affecté le personnel de santé. Avant la crise sanitaire, de nombreux pays manquaient déjà d'agents de santé qualifiés, en particulier dans les régions défavorisées. En plus d'exacerber ce problème, la COVID-19 a amplifié les difficultés rencontrées par les soignants, en particulier le personnel féminin (*voir chapitre 3*). Beaucoup n'avaient pas accès au matériel essentiel, notamment aux équipements de protection individuelle. Les agents de santé étaient également confrontés au risque d'infection, de discrimination sociale et d'attaques. En plus de devoir gérer une charge de travail bien plus lourde, la plupart devaient prendre soin de leurs amis et de leur famille, notamment de leurs enfants confinés à domicile. Dans un tel contexte, le surmenage est devenu un problème majeur.

La pandémie a par ailleurs miné les capacités des pays à rassembler des informations et des données sur la santé et à surveiller les flambées de maladies. Le Malawi, par exemple, a eu du mal à déterminer comment et depuis combien de temps la poliomyélite était arrivée sur son territoire après la détection alarmante d'un cas de poliovirus sauvage en février 2022¹⁵. Même au milieu de l'année 2022, de nombreux pays n'avaient pas réussi à rétablir les niveaux de surveillance des maladies enregistrés avant la pandémie.

Les chaînes d'approvisionnement des vaccins ont aussi été mises à rude épreuve, du moins pendant un temps, en raison des restrictions mondiales concernant les voyages internationaux et les déplacements nationaux¹⁶. On estime qu'au début de la pandémie, en avril 2020, les ventes de vaccins dans le monde ont chuté de près d'un tiers¹⁷. La situation varie selon les pays, mais, globalement, ces contraintes d'approvisionnement semblent avoir été relativement courtes.

Des familles en proie aux craintes

Un dernier facteur doit être mentionné : les effets de la pandémie sur les capacités et la volonté des familles à faire vacciner leurs enfants. Même lorsque les installations de santé sont restées ouvertes, les restrictions en matière de déplacement et les contraintes budgétaires ont pu pousser des familles à reporter la vaccination de leurs enfants. En raison des recommandations à « rester chez soi », certains parents ont pu croire que les vaccins de routine constituaient des soins non essentiels, ce qui souligne le besoin de communiquer prudemment et de manière nuancée avec les familles durant les grandes épidémies¹⁸. Enfin, les parents ont pu se montrer réticents à se rendre dans les établissements de santé par peur de contracter la COVID-19¹⁹.

INDONÉSIE

Rattraper le retard pris en matière de vaccination des enfants en raison de la pandémie de COVID-19

Le soleil se lève à peine en ce dimanche d'août quand Irwan Hakim, infirmier du dispensaire communautaire, parcourt les rues de Kerayaan, un village isolé de Kalimantan, la partie indonésienne de l'île de Bornéo.

Un mégaphone contre la bouche, Irwan diffuse son message : « Faites vacciner vos enfants aujourd'hui. »



Zulaiha a été formée par sa mère, elle-même formée par la grand-mère de Zulaiha, pour devenir guérisseuse et accoucheuse traditionnelle. Les agents de santé font également appel à elle pour sensibiliser les familles à l'importance de la vaccination.

© UNICEF/UN0692943/Clark

À 8 h 30, 381 enfants âgés de 5 à 12 ans, accompagnés de leurs parents, répondent à son appel et se rassemblent au sein de l'école primaire publique Rusung Raya pour se faire vacciner contre des maladies potentiellement mortelles telles que la rougeole et la rubéole.

« Généralement, il n'y a pas autant de monde », affirme Irwan en jetant un œil à la cour de l'école où les familles sont rassemblées. « Ce matin, c'est exceptionnel. »

Ce succès est principalement dû aux actions menées par Irwan et un réseau d'infirmiers, de sages-femmes et d'accoucheuses traditionnelles qui travaillent en lien étroit avec la communauté afin d'établir une relation de confiance, de lutter contre les idées reçues et d'encourager les parents à faire vacciner leurs enfants.

Irwan et son réseau interviennent dans le cadre du mois national de la vaccination des enfants (BIAN). Avec l'appui de partenaires tels que l'UNICEF, les campagnes du BIAN ont été lancées dans toute l'Indonésie. L'objectif : rattraper le retard pris dans les vaccinations de routine de l'enfant à cause de la pandémie de COVID-19.

La COVID-19 a entraîné des conséquences néfastes considérables sur les services de vaccination de routine pour les enfants dans tout le pays. D'après le Ministère de la santé, le taux de couverture vaccinale complète est passé de 93,7 % en 2019 à 84,5 % en 2021. Cette baisse s'explique en partie par la perturbation des chaînes d'approvisionnement, par des règles limitant les activités de vaccination et par le nombre insuffisant d'agents de santé.

Selon une enquête réalisée en 2020 par le Ministère indonésien de la santé et l'UNICEF, les parents et les personnes qui s'occupent d'enfants étaient réticents à conduire ces derniers dans des établissements de santé par peur de la contamination.

À Kerayaan, village situé dans une région où les agents de santé sont peu nombreux, le virus a touché beaucoup d'entre eux. De plus, les vaccins n'étaient pas acheminés et les lieux où ils étaient administrés se sont retrouvés fermés. La couverture vaccinale est particulièrement faible à Kerayaan, puisqu'en avril 2022, seuls 10 nouveau-nés sur 45 ont été vaccinés. Le village est isolé, ce qui constitue un obstacle majeur.

« De la capitale de la province, il faut environ 13 heures pour atteindre Kerayaan en empruntant des véhicules motorisés, un bac et une barque », précise la D^r Suprapti Tri Astuti, responsable du Bureau de la santé du district, qui supervise les services de vaccination à Kerayaan. « La pandémie a donc aggravé la situation. »

La méfiance fréquente à l'égard des vaccins vient s'ajouter aux difficultés géographiques. Pour remédier à ce problème, le réseau de santé se tourne donc vers des guérisseurs traditionnels tels que Zulaiha.

Zulaiha a été formée par sa mère, elle-même formée par sa grand-mère. Elle s'occupe des femmes qui accouchent et conseille les personnes qui la consultent pour des soins traditionnels, par exemple pour des incantations ou l'application de plantes.

Mais elle connaît également le pouvoir de la vaccination. Dans le cadre de la campagne du BIAN, Zulaiha a poursuivi son travail, se rendant de maison en maison pour encourager les parents et les personnes qui s'occupent d'enfants à conduire ces derniers au centre de santé afin qu'ils soient vaccinés.

« J'effectue des visites à domicile pour inciter les parents à faire vacciner leurs enfants », raconte Zulaiha. « Je donne des explications aux parents, je les encourage à se rendre au posyandu [poste sanitaire]. Je leur dis de ne pas avoir peur. Les effets secondaires comme la fièvre ne sont pas inquiétants. »

Grâce à Irwan, à Zulaiha et à l'ensemble du réseau auquel ils appartiennent, près de 90 % des nouveau-nés de Kerayaan ont été vaccinés pendant le BIAN. L'UNICEF a soutenu les agents de santé en organisant des ateliers ainsi qu'en assurant le suivi et la coordination avec les autorités du village afin que les enfants non vaccinés soient identifiés et que les familles soient encouragées à faire vacciner leurs enfants.

« Il est essentiel de mieux faire comprendre et connaître aux familles l'importance de la vaccination pour les enfants, et des actions régulières doivent être menées à l'échelle de la communauté », affirme Irwan. « Nous ne rêvons que d'une chose : que tous les enfants de l'île de Kerayaan puissent vivre en bonne santé, sans être touchés par la maladie et le handicap, et qu'ils ne meurent pas de maladies évitables par la vaccination. » ■

Rattraper le retard

Au total, de 2019 à 2021, quelque 67 millions d'enfants auraient été privés de l'intégralité ou d'une partie de leurs vaccins de routine selon les estimations de l'UNICEF. La vaccination de ces enfants constituera un défi de taille. Si certains seront vaccinés grâce à des campagnes de rattrapage, la plupart ne recevront pas l'intégralité des vaccins recommandés, et certains resteront non vaccinés. Or, plus ces enfants grandissent et dépassent l'âge auquel les vaccins sont généralement administrés, plus il sera difficile de les atteindre au moyen de campagnes conventionnelles et de programmes de vaccination de routine. Heureusement, de premiers signes encourageants de relance des services de vaccination des enfants ont été observés dans plusieurs pays en 2022.

Programmes de rattrapage et relance de la vaccination

Les campagnes de rattrapage ne suffiront pas. Dans les pays où les services de vaccination reprennent lentement, et où il existe un risque de recul permanent, il est essentiel de veiller à rétablir le plus vite possible les niveaux de services enregistrés avant la pandémie.

Comme l'indique ce rapport, nous ne pourrions pas atteindre les objectifs mondiaux en matière de vaccination sans investir en faveur des soins de santé primaires, du développement et de la distribution des vaccins, et des innovations.

À court terme, il est aussi urgent d'atteindre les enfants qui ont manqué des vaccins à cause de la pandémie – et d'autres facteurs tels que les conflits – en mettant en place des initiatives de rattrapage intensives. Ces initiatives devront recenser et situer les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés ainsi que les communautés qui n'ont pas eu accès à la vaccination. Une telle approche permettra d'élaborer des plans et des stratégies ciblés afin d'atteindre les communautés et les enfants qui en ont le plus besoin. Pour mener à bien ce travail, il est impératif d'échanger avec les communautés afin de recenser les obstacles à la vaccination des enfants et de concevoir des approches qui répondent aux besoins de leur famille.

Cependant, les campagnes de rattrapage ne suffiront pas. Dans les pays où les services de vaccination reprennent lentement, et où il existe un risque de recul permanent, il est essentiel de veiller à rétablir le plus vite possible les niveaux de services enregistrés avant la pandémie. Pour ce faire, il est impératif d'élaborer des stratégies adaptées aux contextes particuliers ayant été identifiés comme zones prioritaires pour atteindre les enfants zéro dose.

Dans les contextes urbains, cela supposera de garantir que les services de vaccination répondent aux besoins des familles et de récupérer les ressources humaines manquantes en raison de leur réaffectation imposée par la riposte à la pandémie. Dans de nombreuses zones urbaines, il sera également nécessaire de lutter contre l'exclusion sociale des populations déplacées et réfugiées. Dans les zones rurales reculées, il conviendra d'axer les efforts sur les activités de sensibilisation des communautés et sur l'amélioration de l'intégration des services. Enfin, dans des contextes fragiles et touchés par des conflits, rétablir le personnel et les infrastructures de santé constituera une priorité absolue, de même que négocier l'accès aux communautés et coupler la vaccination à la fourniture d'une aide humanitaire et d'autres services essentiels.

La réussite de ces initiatives de rattrapage et de relance est déterminante pour inverser durablement le recul enregistré durant la pandémie et pour jeter les bases nécessaires à la réalisation des objectifs à plus long terme établis dans le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030*.

Les enseignements tirés de la pandémie

Malgré ses effets dévastateurs, la pandémie de COVID-19 aura eu le mérite d'introduire des changements dans le paysage vaccinal que la communauté internationale pourra exploiter pour stimuler la vaccination des enfants. La crise sanitaire a montré qu'il était possible, à force de volonté politique et de leadership, de mobiliser des ressources considérables et de mettre rapidement au point de nouveaux vaccins administrés dans le monde entier. C'est ainsi qu'a vu le jour le Mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19, qui visait à fournir à tous un accès équitable aux vaccins et qui a permis l'expédition d'un peu moins de 1,9 milliard de doses de vaccin dans le monde entier²⁰. Le Partenariat pour la distribution de vaccins contre la COVID-19 établi dans le but de coordonner, d'harmoniser et de simplifier l'appui à la distribution des vaccins témoigne également de la volonté politique et de l'agilité institutionnelle nécessaires en temps de crise (*voir encadré 3*). La vaccination de routine des enfants doit susciter la même ferveur. Des millions de vies en dépendent.

La vaccination de routine, une autre urgence

La pandémie a mis en lumière une autre urgence : le besoin pressant d'optimiser la disponibilité de soins de santé ininterrompus et de haute qualité pour les enfants afin de concrétiser l'un de leurs droits humains fondamentaux. Or, la vaccination de routine fait partie intégrante de ces soins vitaux. Pour garantir sa continuité durant les situations d'urgence, il sera nécessaire d'améliorer la gouvernance et de renforcer les financements, tant à l'échelle mondiale pour améliorer la préparation et les ripostes aux pandémies, qu'à l'échelle nationale pour mettre en place des systèmes de santé solides et renforcer les capacités de sorte à répondre aux besoins accrus durant les crises.

D'après la Banque mondiale, les pays à revenu faible doivent, pour financer leurs systèmes de santé de manière adéquate, considérablement augmenter leurs dépenses sanitaires, et ce, à des niveaux jamais atteints par le passé²¹. Faute de quoi, leurs facultés à renforcer et à entretenir leurs capacités de préparation et de riposte aux crises de santé publique s'en trouveront compromises et certains pays pourront être contraints de prendre des décisions à somme nulle en triant les services de santé dans lesquels ils investissent.

Malheureusement, dans un contexte de restrictions budgétaires de plus en plus sévères, de nombreux pays sont forcés d'opérer de tels choix. Si certains pays peuvent accroître la part du budget national consacré à la santé, les ressources intérieures allouées par les gouvernements ne permettent pas toujours d'atteindre des niveaux adéquats de financement²². Or, la pandémie nous a appris que les faiblesses des systèmes de santé nationaux génèrent des souffrances au-delà des frontières. Des efforts collaboratifs visant notamment à accroître l'aide au développement en faveur de la santé et à alléger la dette pour les pays surendettés peuvent stimuler les capacités des pays à vacciner chaque enfant. Ces efforts constituent par conséquent un bien public susceptible d'améliorer les résultats sanitaires à l'échelle mondiale.

Encadré 3

Des partenariats pour lutter contre la COVID-19

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence le besoin urgent que les gouvernements et les partenaires unissent leurs efforts pour accélérer la vaccination afin de protéger les enfants et les familles.

Le Mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 a joué un rôle clé au sein de ces partenariats pour garantir un accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. Le Mécanisme COVAX est dirigé par la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI), Gavi, l'Alliance du Vaccin, et l'Organisation mondiale de la Santé. L'UNICEF exerce quant à lui le rôle de partenaire de distribution.

En 2020, le Mécanisme COVAX a lancé l'axe de travail relatif à la préparation des pays à la vaccination afin de fournir des orientations mondiales et une assistance technique pour l'introduction d'initiatives de vaccination contre la COVID-19. Prenant appui sur ce travail, l'UNICEF, Gavi, l'OMS et d'autres partenaires ont lancé le Partenariat pour la distribution de vaccins contre la COVID-19 en janvier 2022. →

→ Ce partenariat vise à soutenir 92 pays à revenu faible et intermédiaire, et plus particulièrement 34 pays ayant une couverture vaccinale contre la COVID-19 égale ou inférieure à 10 %.

En janvier 2023, la couverture dans ces 34 pays était passée de 3 % à 25 %. Toujours à cette date, le nombre de pays ayant une couverture égale ou inférieure à 10 % est passé de 34 à 7, et 13 pays ont réussi à atteindre une couverture supérieure à 20 %. En outre, six pays ont enregistré une couverture supérieure à 40 %.

Le partenariat a contribué à ces avancées en associant des activités de plaidoyer de haut niveau et des missions techniques dans 27 pays. Il a également facilité le déblocage immédiat de 145 millions de dollars É.-U. pour le financement de la distribution des vaccins, fourni une assistance technique spécialisée et coordonné la coopération entre les partenaires.

Comme l'a clairement montré la pandémie, la solidité des systèmes de santé repose sur leur personnel. L'OMS a publié des orientations sur la gestion des personnels de santé et la politique à leur égard afin de les soutenir et de les protéger et de leur donner les moyens de maintenir les soins de santé essentiels en toutes circonstances²³. La prévention et la lutte contre les infections, une rémunération adaptée et régulière, et le soutien à la santé mentale sont autant de domaines prioritaires en la matière²⁴.

Plusieurs pays ont pris des mesures pour lutter contre le surmenage et d'autres difficultés rencontrées par les agents de santé durant la pandémie. Par exemple, le Pérou a établi des procédures en matière de soins de santé mentale et d'auto-prise en charge pour les prestataires de santé et mis en place des équipes de soutien psychosocial sur les lieux de soins.

Une riposte coordonnée et accélérée

La riposte contre la COVID-19 a accéléré le développement de normes et de pratiques entourant la mise au point et l'autorisation des vaccins. Des avancées telles que l'ARN messenger, une plateforme de vaccins révolutionnaire dotée d'une large capacité d'application et développée de manière marginale depuis des décennies, ont soudainement démontré leur intérêt à l'échelle mondiale. De nombreux gouvernements ont accéléré les processus d'autorisation des vaccins contre la COVID-19, préparant ainsi le terrain pour que les prochains vaccins mis au point contre des maladies infectieuses telles que la grippe et le virus respiratoire syncytial (VRS) puissent être approuvés plus rapidement. Les gouvernements et les organisations non gouvernementales (ONG) ont également pris des mesures visant à éliminer les risques du processus de recherche et de développement des vaccins, et encouragé les entreprises pharmaceutiques à entrer en concurrence. La communauté mondiale doit tirer profit de l'ensemble de ces avancées pour accélérer la découverte de nouveaux vaccins capables de protéger les enfants contre des maladies telles que le paludisme, le VIH et la tuberculose.



Des vaccins contre la COVID-19 fournis par le Mécanisme COVAX dans le but de favoriser un accès équitable à la vaccination contre le coronavirus arrivent à l'aéroport de Kigali.
© UNICEF/UN0579046/
Kanobana

La pandémie a par ailleurs mis en lumière les avantages des technologies numériques. De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire ont considérablement investi dans les systèmes de santé numériques de manière à appuyer la riposte contre la COVID-19 et d'autres activités essentielles, telles que la planification de la communication relative aux diagnostics, aux traitements et aux vaccins, et le suivi de la couverture vaccinale. La crise sanitaire a également stimulé la mise au point d'innovations qui ont permis de renforcer l'utilisation de données de qualité, de développer des technologies de collecte des données à distance et d'améliorer la communication, la collaboration et le partage des données entre les organismes internationaux²⁵.

L'intégration de la vaccination de routine dans la riposte aux crises sanitaires

La pandémie a souligné l'importance d'intégrer la vaccination de routine dans les interventions liées aux crises. Trop souvent, les activités de vaccination supplémentaires ont privé des services de santé primaires déjà sous-financés de personnel, de fonds, de fournitures et de temps, au détriment des campagnes de vaccination de routine et des services primaires. Comme indiqué précédemment, de nombreux pays ont mené des campagnes de vaccination contre la COVID-19 aux dépens de leurs programmes de vaccination systématique. En période de flambée de maladie, d'épidémie ou de pandémie, les gouvernements doivent par conséquent veiller à ce que la vaccination systématique ne soit pas interrompue. L'une des démarches pour y parvenir consiste à administrer les vaccins de routine dans le cadre des services de vaccination et de santé liés à la crise. Les services de vaccination systématique doivent également être prêts à adopter les éventuels nouveaux vaccins qui émergeront en réponse à la crise.

Les stratégies d'intégration ont produit de bons résultats dans le cadre des campagnes menées au Ghana et au Nigéria (*voir encadré 4*). Fort de la réussite de ses Journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, de ses semaines de « promotion de la santé de l'enfant » et de ses ripostes contre les épidémies, le Ghana, durant la pandémie, a mis en place un programme national de vaccination contre la COVID-19 combiné à son programme de vaccination de routine. En novembre 2021, des équipes de vaccination mobiles ont transporté des vaccins contre la fièvre jaune et contre la COVID-19 et les ont administrés aux personnes éligibles. Cet effort, principalement axé sur la communication relative aux risques et la mobilisation de la communauté, a permis de mettre fin à l'épidémie de fièvre jaune.

Défis à plus long terme

Même si nous progressions rapidement pour rattraper le retard pris durant la pandémie, nous ne pourrions pas résoudre en un jour le défi à plus long terme qui consiste à vacciner chaque enfant. Comme le montre le chapitre suivant, les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés vivent dans certains des contextes les plus difficiles au monde. Il est essentiel de les recenser et de comprendre les obstacles qui empêchent ces enfants et leur famille d'accéder à la vaccination si nous voulons que chaque enfant bénéficie d'une protection contre les maladies à prévention vaccinale.

Encadré 4 L'approche familiale adoptée au Nigéria

Durant la pandémie, le Nigéria a lancé une approche centrée sur la famille, qui associe la vaccination contre la COVID-19 et des services de santé dans des domaines tels que la vaccination infantile, la malnutrition, la planification familiale, les soins prénatals et l'accouchement, ainsi que le dépistage des maladies non transmissibles. Grâce à ce modèle intégré, l'État de Lagos a signalé qu'il avait réussi à atténuer une troisième vague de COVID-19 et à prévenir des épidémies de poliomyélite et de choléra, tout en jugulant la propagation des maladies transmissibles et non transmissibles.

La pandémie a souligné l'importance d'intégrer la vaccination de routine dans les interventions liées aux crises.

CAMBODGE

Les progrès réalisés pendant la pandémie de COVID-19 à l'origine d'innovations pour la vaccination des enfants

Juin 2022. Sous une chaleur étouffante, trois générations de femmes issues de la même famille se présentent à l'extérieur d'une petite épicerie rurale où

une équipe de vaccination a installé temporairement un centre pour protéger la population contre les maladies.



Au Cambodge, Satha est assise sur les genoux de sa mère, Pum Sony, au moment de recevoir son vaccin contre la rougeole et la rubéole.

© UNICEF/UN0673061/Raab

À l'ombre d'un arbre, Satha, le bébé, est vaccinée contre la rougeole et la rubéole. Pum Sony, sa mère, et Krak Nhung, sa grand-mère, reçoivent des doses de rappel du vaccin contre la COVID-19.

Selon les femmes de cette famille, le service de vaccination installé devant l'épicerie constitue un signe de progrès pour la province de Monduliri, une région reculée du nord-est du Cambodge, où vit le peuple autochtone bunong.

« Nous avons accès à davantage d'informations sur l'ensemble des vaccins, et ceux-ci sont administrés ici, au sein de notre communauté », explique Pum Sony. « Auparavant, nous devions parcourir 15 kilomètres sur des chemins de terre pour nous faire vacciner dans un centre de santé. »

Les progrès dont ont bénéficié Krak Nhung, Pum Sony et Satha sont le résultat d'investissements réalisés pendant plusieurs décennies par le Gouvernement royal du Cambodge dans le système de santé du pays.

« La vaccination avait déjà connu des améliorations avant la pandémie », explique Pyun Kunthea, l'agente de santé du Gouvernement qui a vacciné la famille. « Il y a seulement 20 ans, les maladies évitables étaient encore fréquentes. [...] La situation s'était améliorée, mais des villages comme celui-ci, qui se trouvent loin des centres de santé, restaient difficiles à atteindre. »

La riposte du Gouvernement à la COVID-19 a conduit à la mise en place d'innovations dans le domaine de la communication, des technologies et du changement social et comportemental, et celles-ci sont désormais appliquées au programme national de vaccination des enfants. Au début de la pandémie, avec l'aide de partenaires tels que l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé, le Gouvernement cambodgien a par exemple lancé une campagne intensive de communication et d'action visant le changement social et comportemental, l'objectif étant de vacciner l'ensemble de la population adulte contre la COVID-19.

Les autorités sanitaires ont adapté des outils issus de campagnes efficaces de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole pour concevoir et mener de rapides évaluations au niveau des communautés. Ces outils adaptés ont permis de recueillir des informations actualisées sur les endroits où la population n'était pas vaccinée et les raisons pour lesquelles elle ne l'était pas. Ainsi, les agents de santé ont pu mettre en place des services de proximité ciblés et des campagnes de communication dans la langue locale au sein

des communautés présentant une faible couverture vaccinale. Ces outils ont été utilisés dans huit provinces où les taux de vaccination étaient faibles.

Le Gouvernement cambodgien a également lancé le premier système numérique d'inscription à la vaccination du pays, *KhmerVacc*. L'application mobile, qui compte 15,8 millions d'utilisateurs, permet aux personnes de s'inscrire pour se faire vacciner et envoie des rappels pour assurer le suivi.

En ce qui concerne les enfants, les taux de couverture pour les vaccinations de routine sont généralement élevés au Cambodge, puisqu'on estime que seulement 6 % des enfants environ n'ont reçu aucune dose. Toutefois, dans les communautés des régions isolées, telles que la province de Monduliri, qui comptent un nombre important de personnes issues des minorités ethniques, beaucoup trop d'enfants sont privés de vaccins.

En 2022, les pouvoirs publics se sont engagés à tirer parti du succès de *KhmerVacc* et ont commencé à intégrer ses fonctionnalités à une nouvelle plateforme plus performante. Les familles pourront ainsi s'inscrire au service et enregistrer leurs vaccins de routine, notamment ceux qui protègent les enfants contre la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose. Ce nouveau carnet de vaccination électronique conçu par le Ministère de la santé, avec l'appui de l'UNICEF, permettra aux autorités sanitaires et aux familles de suivre le statut vaccinal des enfants et d'envoyer des rappels de rendez-vous par SMS aux personnes s'occupant d'eux. Les améliorations apportées à ces systèmes ont également été axées sur la vaccination des enfants n'ayant reçu aucune dose et sur le renforcement des soins de santé primaires. L'an prochain, ces innovations seront déployées avec la mise en place par le Gouvernement de la vaccination contre le papillomavirus humain (PVH), qui protège contre le cancer du col de l'utérus.

Pour Pum Sony, l'amélioration des services de vaccination de routine signifie que sa fille se verra administrer l'ensemble des vaccins, notamment grâce à un enregistrement plus performant, des communications ciblées et des services de proximité intégrés et étendus.

« Auparavant, les enfants issus de familles pauvres ne pouvant pas se permettre de se rendre dans les centres de santé ne bénéficiaient pas de la vaccination », raconte la jeune femme. « Je suis tellement heureuse de savoir que mes enfants n'en seront pas privés et seront correctement protégés. » ■



Dans une implantation sauvage abritant des familles déplacées le long de l'autoroute de Hama, en République arabe syrienne, une mère et son enfant attendent leur tour pour bénéficier d'une campagne nationale de vaccination.

© UNICEF/UN0654274

L'importance d'atteindre les enfants zéro dose

Les méthodes ayant permis de vacciner de nombreux enfants à l'échelle du globe n'ont pas fonctionné au sein des populations les plus vulnérables au monde en raison d'obstacles sociaux et économiques, notamment la pauvreté, la situation géographique, la marginalisation et les crises, qui ont entravé la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable des vaccins. Le coût de cette absence de vaccination se calcule en vies perdues et en problèmes de santé pour les enfants, les familles, les communautés et les économies concernés.

La plupart des enfants laissés de côté sont nés dans des contextes complexes où ils sont confrontés à une multitude de privations.

Ils vivent dans les régions rurales les plus reculées, dans des bidonvilles, dans des installations sauvages en périphérie des villes, dans des zones touchées par des crises ou au sein de communautés de migrants et de réfugiés. Ils se heurtent chaque jour à des obstacles socioéconomiques à la vaccination : pauvreté, marginalisation liée au genre, marginalisation ethnique, migration et crise.

Enfants laissés de côté : Les facteurs socioéconomiques de la vaccination

Une analyse menée dans le cadre du rapport *La Situation des enfants dans le monde 2023* a permis de révéler les chiffres des effets des facteurs socioéconomiques associés à la vaccination sur les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés¹. Ces chiffres mettent en évidence le lien entre les inégalités et les enfants non vaccinés.

Pauvreté

La pauvreté est au cœur d'une interaction complexe de privations qui jouent un rôle déterminant dans le fait qu'un enfant soit vacciné – ou non – contre les maladies à prévention vaccinale.

La pauvreté est au cœur d'une interaction complexe de privations qui jouent un rôle déterminant dans le fait qu'un enfant soit vacciné – ou non – contre les maladies à prévention vaccinale.

Les données de l'analyse susmentionnée ont montré que les enfants des ménages les plus pauvres (dont le revenu se situe dans le 1^{er} décile) étaient moins susceptibles d'être vaccinés que les enfants des ménages les plus riches (appartenant au dernier décile) (voir figure 2.1). Ainsi, 22,6 % des enfants issus des ménages les plus pauvres n'étaient pas vaccinés. À l'inverse, ils n'étaient que 4,9 % dans les ménages les plus riches. Les données ont aussi indiqué que ces écarts étaient plus conséquents dans les pays à revenu faible (voir figure 2.1) que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.

L'Afrique de l'Ouest et centrale enregistrait l'écart le plus important entre les riches et les pauvres : 48,6 % des enfants des ménages les plus pauvres n'étaient pas vaccinés contre 6,3 % des enfants des ménages les plus riches (voir figure 2.2). En revanche, la région Amérique latine et Caraïbes présentait l'écart le plus faible, le pourcentage d'enfants zéro dose s'élevant à 11,3 % dans les ménages les plus pauvres et à 5 % dans les ménages les plus riches.

Contre toute attente, la situation inverse a été observée en Europe de l'Est et en Asie centrale, où les enfants zéro dose représentaient 4,5 % des enfants des ménages les plus pauvres et 8,1 % des enfants des ménages les plus riches.

L'analyse a également fait apparaître de grandes disparités entre les pays : sept des dix pays enregistrant les écarts les plus importants entre les riches et les pauvres en matière de couverture vaccinale se situaient en Afrique subsaharienne.

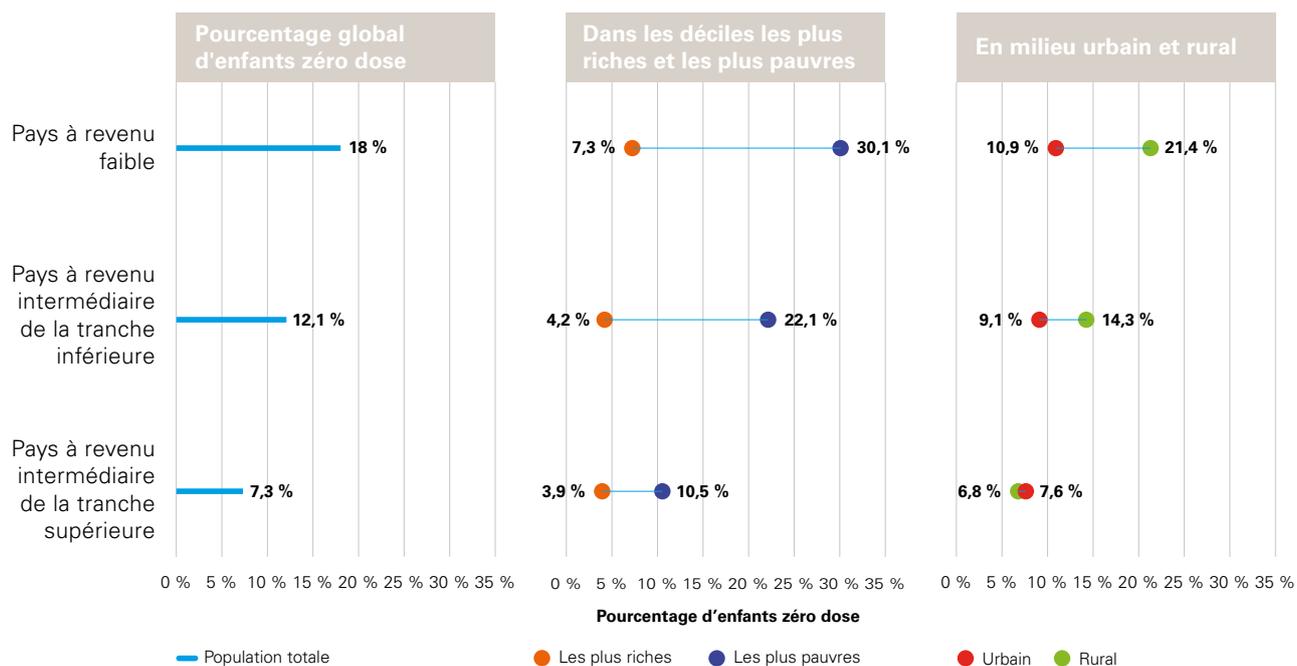
Situation géographique

La situation géographique influe aussi de manière conséquente sur la vaccination des enfants (voir figure 2.2). Dans les 74 pays à revenu faible et intermédiaire visés par l'analyse menée pour le compte de l'UNICEF, 9,4 % des enfants vivant en milieu urbain n'étaient pas vaccinés, contre 15,1 % des enfants vivant en milieu rural.

De nouveau, c'est l'Afrique de l'Ouest et centrale qui enregistrait l'écart le plus important. Dans cette région, la prévalence des enfants zéro dose s'élevait à 16,2 % en milieu urbain et à 34,6 % en milieu rural. De manière générale, les écarts entre les zones rurales et urbaines étaient plus élevés dans les pays à revenu faible et moins marqués dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.

Figure 2.1. Les enfants vivant dans des communautés et des pays pauvres sont victimes d'inégalités majeures

Pourcentage d'enfants zéro dose dans 74 pays à revenu faible et intermédiaire, pourcentage dans les premier et dernier déciles de richesse, pourcentage vivant en milieu urbain ou rural, selon la classification des revenus de la Banque mondiale



Source : Cesar Victora et Aluisio Barros, « Within-country Inequalities in Zero-dose Prevalence: Background paper for *The State of the World's Children 2023* », International Center for Equity in Health, Université fédérale de Pelotas, Brésil, décembre 2022.

Figure 2.2. L'Afrique de l'Ouest et centrale enregistre certaines des inégalités les plus importantes en matière de couverture vaccinale des enfants

Pourcentage d'enfants zéro dose dans 74 pays à revenu faible et intermédiaire, pourcentage dans les premier et dernier déciles de richesse, pourcentage vivant en milieu urbain ou rural, organisés par région de programme de l'UNICEF

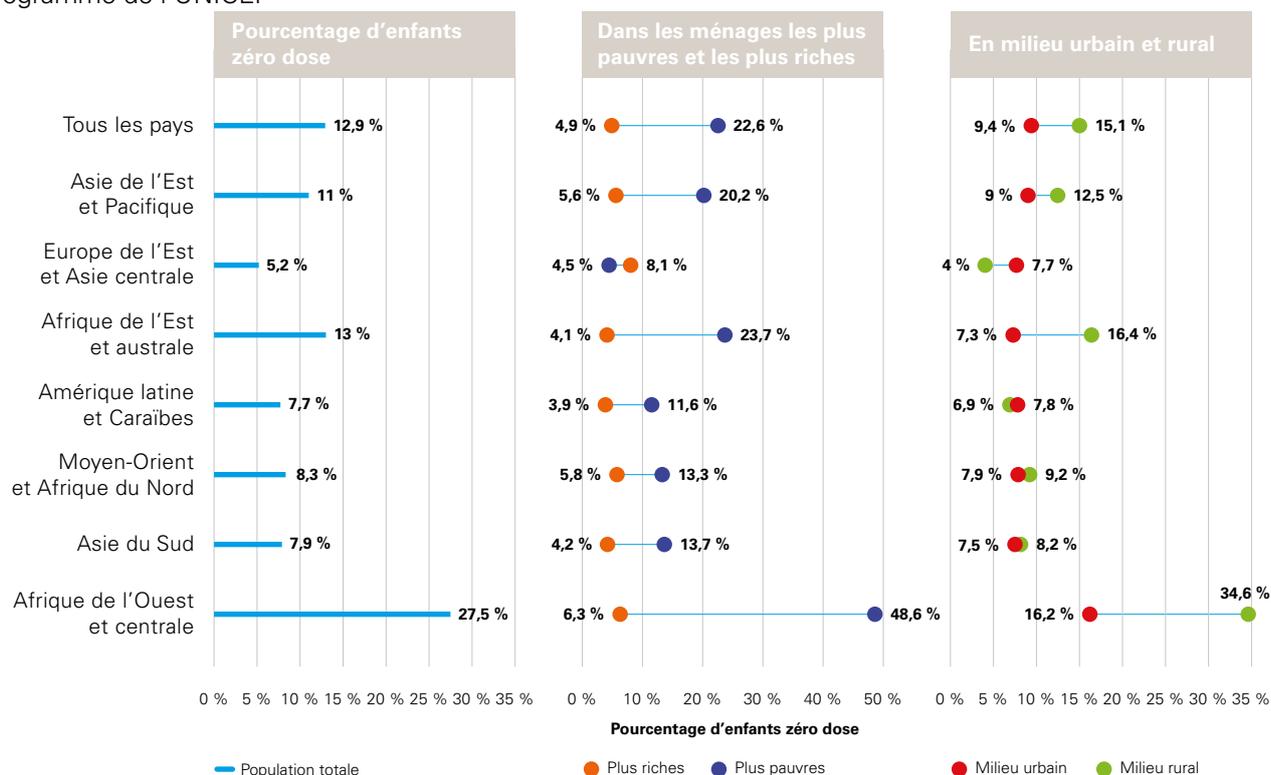


Figure 2.3a. Dans 10 pays, les enfants appartenant aux ménages les plus pauvres sont moins susceptibles d'être vaccinés que les enfants appartenant aux ménages les plus riches

Les dix pays enregistrant l'écart le plus important entre les ménages du décile le plus pauvre et du décile le plus riche concernant le nombre d'enfants zéro dose

Prévalence des enfants zéro dose (%)

Pays	Décile le plus pauvre	Décile le plus riche
Nigéria	65,2	3,8
Angola	54,6	5,5
Papouasie-Nouvelle-Guinée	58,6	10,1
République centrafricaine	62,9	12,7
Guinée	59,9	21,5
Éthiopie	46,9	4,8
République démocratique du Congo	50,7	11,4
République démocratique populaire lao	45,6	13,6
Pakistan	33,4	1,8
Madagascar	38,3	12,5

Figure 2.3b. Certains pays enregistrent de fortes inégalités concernant les enfants vivant en milieu rural et en milieu urbain

Les dix pays enregistrant l'écart le plus important entre les zones urbaines et rurales concernant le nombre d'enfants zéro dose

Prévalence des enfants zéro dose (%)

Pays	Décile le plus pauvre	Décile le plus riche
Angola	50,6	18,5
Nigéria	45	18,8
République centrafricaine	52,5	28,3
Guinée	44,7	21,4
Papouasie-Nouvelle-Guinée	38,7	17,8
Éthiopie	29,7	10
République démocratique du Congo	41,8	22,6
Cameroun	22,5	9,1
Mali	20,6	7,9
Afghanistan	29,9	18

Source : Cesar Victora et Aluísio Barros, « Within-country Inequalities in Zero-dose Prevalence: Background paper for *The State of the World's Children 2023* », International Center for Equity in Health, Université fédérale de Pelotas, Brésil, décembre 2022.

Marginalisation

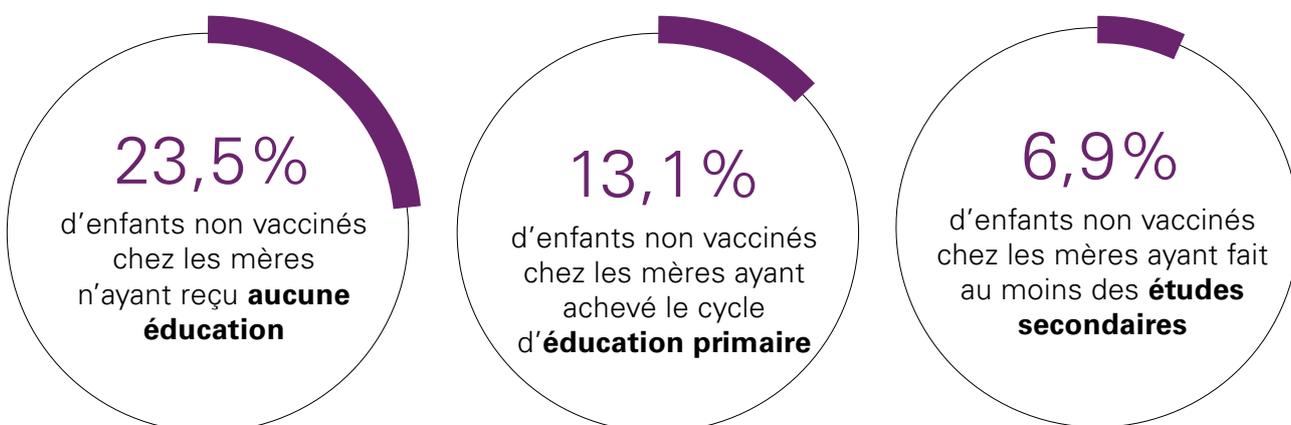
Diverses formes de marginalisation empêchent également les enfants de se faire vacciner. Si les données indiquent que les taux de vaccination des filles et des garçons sont globalement équilibrés, d'autres facteurs d'inégalités entre les genres entravent la vaccination.

Les données analysées aux fins de l'élaboration du présent rapport se sont concentrées sur deux de ces facteurs : l'absence d'éducation des mères et leur manque d'autonomisation. L'analyse s'est également intéressée à la prévalence des enfants zéro dose au sein des communautés ethniques.

Genre

Dans la plupart des communautés, les mères endossent la majeure partie des responsabilités relatives à la santé des enfants². Parallèlement, leur statut et leur autorité en matière de prise de décisions sont parfois limités par les normes sociales et culturelles qui régissent leur ménage et leur communauté, ce qui peut restreindre leur capacité à agir de manière autonome et pour le compte de leurs enfants. Ce sont en effet les femmes qui subissent le plus souvent les contraintes de temps et de distance associées à la vaccination. Ce sont elles qui doivent s'absenter du travail et se déplacer pour faire vacciner les enfants, et ce, en dépit du manque de reconnaissance, de stabilité économique et d'information dont elles souffrent³.

Une tendance générale se dégage des chiffres tirés des données provenant des 74 pays étudiés : la prévalence des enfants zéro dose baisse à mesure que le niveau d'instruction des mères augmente. Les données font ainsi état d'une prévalence de :

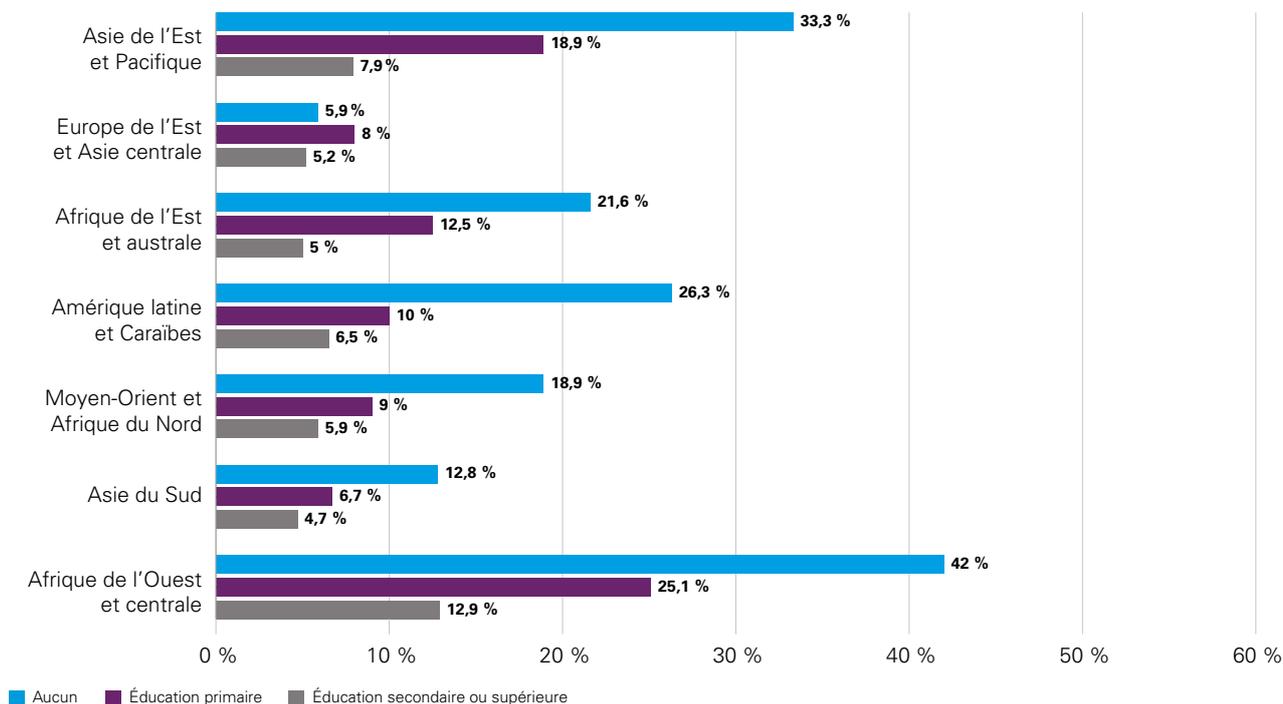


Si l'absence d'éducation peut constituer un frein pour certaines mères, d'autres n'ont tout simplement pas la possibilité de prendre des décisions en matière de santé ou de finances en raison de normes de genre prévalentes. Pour mesurer l'autonomisation des femmes, l'analyse s'est appuyée sur l'indice mondial SWPER (indice d'autonomisation des femmes basé sur des enquêtes), un indicateur d'indépendance sociale fondé sur des enquêtes nationales de santé menées dans des pays à revenu faible et intermédiaire⁴. Sur les 74 pays étudiés, seuls 33 disposaient de données sur l'autonomisation des femmes. Les données du Nigéria montraient que l'écart le plus important en matière de couverture vaccinale était lié au niveau d'autonomisation des mères. Dans ce pays, la prévalence des enfants zéro dose chez les mères ayant un faible niveau d'autonomie s'élevait à 53,2 % contre 10,8 % chez les mères jouissant d'un niveau élevé d'autonomie (voir figure 2.4).

Diverses formes de marginalisation empêchent également les enfants de se faire vacciner.

Figure 2.4. Les enfants dont la mère est peu instruite sont moins susceptibles d'être vaccinés

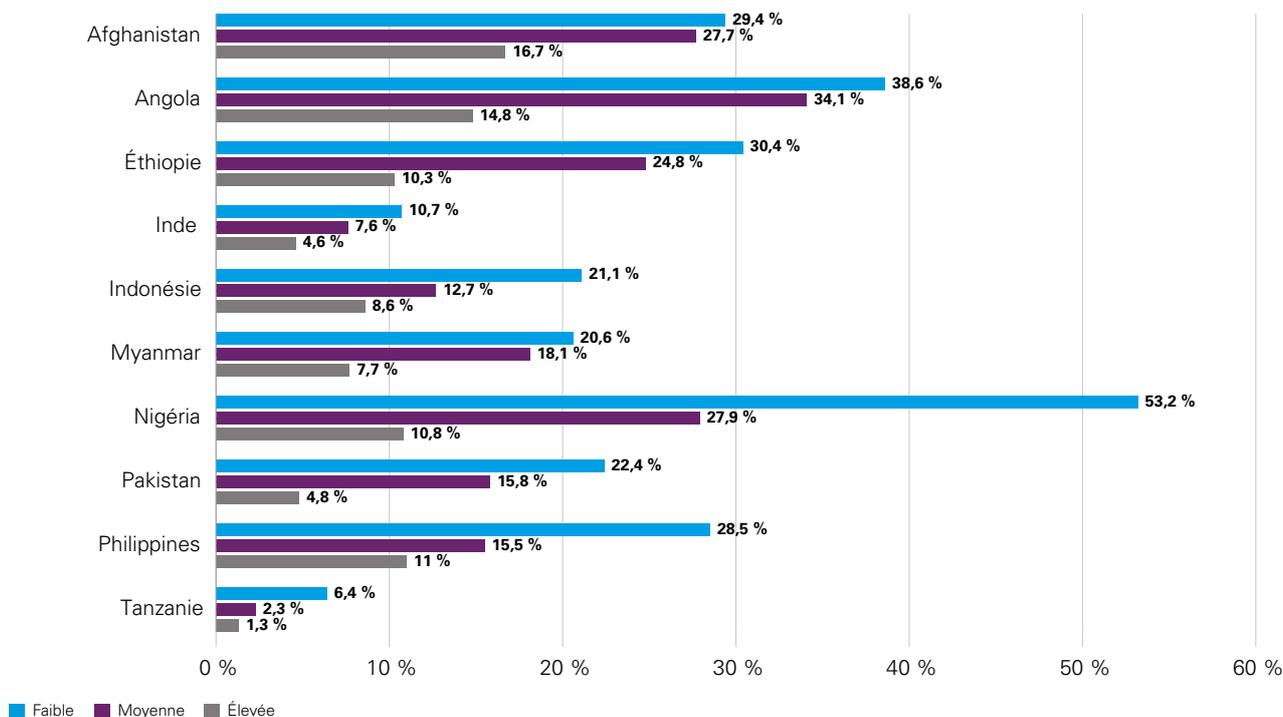
Niveau d'instruction des mères et prévalence des enfants zéro dose dans 74 pays par région de programme de l'UNICEF



Source : Cesar Victora et Aluísio Barros, « Within-country Inequalities in Zero-dose Prevalence: Background paper for *The State of the World's Children 2023* », International Center for Equity in Health, Université fédérale de Pelotas, Brésil, décembre 2022.

Figure 2.5. Les femmes autonomes sont plus enclines à faire vacciner leurs enfants

Autonomisation des femmes et prévalence des enfants zéro dose



Source : Cesar Victora et Aluísio Barros, « Within-country Inequalities in Zero-dose Prevalence: Background paper for *The State of the World's Children 2023* », Centre international pour l'équité en matière de santé, Université fédérale de Pelotas, Brésil, décembre 2022.

Appartenance ethnique

Si les disparités en matière de santé des enfants entre différents groupes ethniques ont fait l'objet d'études dans des pays à revenu élevé, de telles données ne sont toutefois disponibles que depuis peu dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

L'analyse menée dans le cadre de ce rapport a examiné des données sur l'appartenance ethnique et la couverture vaccinale de 53 pays. L'appartenance ethnique a été déterminée grâce aux indicateurs inclus dans les enquêtes de santé tels que l'origine ethnique ou la langue. Cette analyse a mis en évidence la prévalence élevée des enfants zéro dose au sein des communautés ethniques minoritaires dans des pays tels que l'Afghanistan, l'Angola, l'Éthiopie, le Nigéria et les Philippines.

Il en est ressorti que les disparités en matière de vaccination entre les groupes ethniques minoritaires pouvaient permettre d'identifier les communautés comptant un nombre élevé d'enfants zéro dose.

Crises

L'instabilité, la violence et les perturbations, caractéristiques des situations de conflit et de crise, peuvent avoir des effets dévastateurs sur les systèmes de santé et compromettre les chances des enfants de se faire vacciner. En 2018, près de 40 % des enfants non vaccinés dans le monde vivaient dans un contexte fragile ou touché par un conflit⁵.

Les conflits et les crises freinent la vaccination de multiples façons : en provoquant le déplacement des agents de santé, en mettant un terme aux financements, en bloquant les chaînes d'approvisionnement et en endommageant les routes, les réseaux électriques et les systèmes d'alimentation en eau et d'assainissement⁶. En cas de conflit, l'accès aux services de soins devient par ailleurs dangereux en raison des attaques ciblant directement ou indirectement les installations de santé.

Les crises aggravent également les difficultés économiques des familles, des communautés et des nations. Il devient plus cher de se déplacer en raison des pénuries de carburant, de l'interruption des transports publics et des dangers présents sur les routes. Les déplacements provoqués par les crises exacerbent les problèmes financiers des familles. Les interventions de proximité sont également mises à mal par l'inexactitude des données, le danger et la dissolution des services de base. Enfin, les crises peuvent éroder la confiance de la population et provoquer de la méfiance à l'égard des étrangers et des autorités, autant de conditions propices à la diffusion de fausses informations sur la vaccination⁷.

Les crises contribuent ainsi particulièrement à la baisse de la couverture vaccinale⁸.

Déplacements

Les conflits et les crises peuvent également contraindre les enfants et les familles à partir de chez eux⁹. Certains fuient dans des camps pour personnes réfugiées ou déplacées à l'intérieur de leur pays, d'autres s'installent dans des implantations ou des communautés sauvages.

Les déplacements peuvent compliquer le recensement des enfants non vaccinés et l'estimation de leur nombre¹⁰, d'autant que certaines populations déplacées tentent de rester cachées. Les déplacements peuvent aussi entraîner une perte d'appartenance à une communauté et, de fait, couper les familles des personnes et des services dont elles dépendent pour bénéficier d'interventions de santé telles que la vaccination.

L'instabilité, la violence et les perturbations, caractéristiques des situations de conflit et de crise, peuvent avoir des effets dévastateurs sur les systèmes de santé et compromettre les chances des enfants de se faire vacciner.

NIGÉRIA

Atteindre les enfants « zéro dose » dans les bidonvilles urbains : Une première pour Fawaz et Samuel

Normalement, en ce mardi matin, Jemlat aurait dû être occupée à revendre du pain dans les rues bondées de Gengere, un quartier populaire de Lagos situé à l'extrémité du Mile 12 Market.

Mais, pour une fois, à court d'argent pour acheter du stock, la jeune femme et son fils de 4 ans, Fawaz,

rentraient à petits pas chez eux, déçus, quand la chance leur a souri : ils sont tombés sur une équipe d'agents de santé en train d'administrer des vaccins aux enfants pour les protéger de maladies potentiellement mortelles.

Jemlat n'a pas hésité une seconde.



Fawaz Idris, 4 ans, a reçu ses premiers vaccins lorsque sa mère, Jemlat Said, est tombée par hasard sur une équipe mobile de vaccination à Gengere, un quartier urbain situé dans la périphérie de Lagos.

© UNICEF/U.S. CDC/
UN0669695/Nelson Apochi
Owoicho

« Mon fils n'avait jamais été vacciné, mais il faut dire qu'il n'était jamais tombé gravement malade non plus », explique-t-elle. « Il est né dans l'église de ma grand-mère. »

Pour Fawaz, la vaccination a été un léger choc, et il a laissé échapper un cri. Sans attendre, les professionnels de santé l'ont réconforté avec des biscuits. Avec cette première série d'injections, Fawaz est sur la bonne voie pour être protégé contre des maladies potentiellement mortelles comme la rougeole ou la poliomyélite.

« Je veux que mon enfant réussisse », déclare Jemlat. « C'est ma plus grande ambition désormais. »

Gengere a beau se trouver à quelques encablures de l'un des plus grands centres financiers internationaux, les services de vaccination y restent difficilement accessibles pour une population en proie à la pauvreté, ayant un faible niveau d'éducation, et qui n'a que peu de temps libre et des moyens limités pour se rendre dans les centres de santé environnants, aussi proches soient-ils.

Le quartier, qui servait autrefois de lieu d'hébergement temporaire pour les grossistes du marché d'à côté, a pris de l'ampleur jusqu'à devenir cet endroit bruyant et jonché de débris. Les services de base comme l'eau, l'assainissement et l'éducation y sont rares, et le taux de criminalité élevé. Le centre de soins de santé primaires le plus proche se trouve à plus de 5 kilomètres.

Le Nigéria est le deuxième pays au monde comptant le plus grand nombre d'enfants zéro dose (2,2 millions). Dans l'État de Lagos, la zone d'administration locale d'Alimosho répertoriait plus de 35 000 enfants non vaccinés en 2021, un record national. Quant à Kosofe, la zone où vivent Jemlat et son fils, elle en comptait près de 17 000 en 2021, ainsi que 17 162 enfants partiellement vaccinés. Seule une autre zone d'administration locale affichait un chiffre plus élevé au sein de cet État.

Les responsables nigériens de la santé et leurs partenaires œuvrent depuis longtemps auprès des mères pour éliminer les barrières à la vaccination de leurs enfants. Mais comme le rappelle Elizabeth Unoroh, responsable de la vaccination pour l'État de Lagos, ce travail nécessite de déployer de multiples outils. Le programme d'intensification de la vaccination de routine, mené avec le soutien de l'UNICEF et du Gouvernement américain, est l'un d'entre eux. Des interventions de proximité en matière de vaccination intégrée sont réalisées chaque semaine dans l'optique

de réduire le nombre d'enfants non vaccinés au sein de l'État.

Toutefois, à Gengere, où la plupart des gens sont toujours en transit, il faut, pour atteindre les enfants en déplacement, mener des actions de proximité au quotidien, accroître les financements et développer l'accès aux soins de santé primaires dans le quartier même, détaille la vaccinatrice.

Le jour où Fawaz a reçu ses premières doses, l'équipe mobile était déployée, comme chaque jour, pour vacciner les enfants zéro dose contre des maladies évitables comme la rougeole ou la poliomyélite, ainsi que les adultes qui les accompagnaient contre la COVID-19. Elle en profitait également pour distribuer des compléments de vitamine A.

Une autre habitante du quartier, Esther Sunday, faisait partie des premières mères à faire la queue pour profiter de l'occasion.

Esther a donné naissance à son fils Samuel en 2021 dans un hôpital de Lagos, où une dose de vaccin BCG (bacille de Calmette-Guérin) contre la tuberculose lui a été administrée. Mais depuis, le petit garçon n'avait pas reçu d'autre vaccin. Au poste sanitaire de Gengere, Samuel a donc été vacciné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) – recevant ainsi tous les vaccins qui lui manquaient.

Mère célibataire de trois enfants, Esther gagne sa vie en faisant des lessives pour les habitants d'un quartier résidentiel voisin. Elle a commencé à travailler vers l'âge de 10 ans, quand ses parents l'ont envoyée comme apprentie vendeuse sur le marché dans la région rurale où ils vivaient. Comme Samuel, la majeure partie des enfants non vaccinés sont nés dans des familles pauvres et en difficulté. Pour s'en sortir, les adultes multiplient les petits emplois dans des quartiers où les structures de santé sont inexistantes. Pour ces familles, accéder à des services de vaccination de routine signifie se déplacer – un coût de plus qui vient grever leurs maigres ressources.

À Gengere, Esther paie environ 1,50 dollar É.-U. par jour pour son logement et environ 0,50 dollar É.-U. pour l'eau et les toilettes. La présence de l'équipe mobile lui a permis de faire vacciner Samuel sans devoir l'emmener au centre de santé le plus proche, ce qui lui aurait coûté la moitié de son revenu quotidien.

« Si je m'arrêtais de travailler une seule journée, je serais à la rue », confie-t-elle. ■

Disponibilité, accessibilité et coût

Les obstacles à la vaccination induits par la pauvreté, la situation géographique, la marginalisation et les crises peuvent aussi être considérés comme des problèmes de disponibilité, d'accès et de coût.

Les obstacles à la vaccination induits par la pauvreté, la situation géographique, la marginalisation et les crises peuvent aussi être considérés comme des problèmes de disponibilité, d'accès et de coût. La disponibilité des vaccins dépend de leur capacité à être distribués à des centres de santé ou dans le cadre de campagnes de vaccination. L'accessibilité fait référence au fait que les vaccins et les services sont accessibles à un moment propice et dans un lieu où les enfants et les familles peuvent se rendre. Le coût se rapporte au caractère abordable des vaccins et à la possibilité, pour les familles, de financer ce service de santé, de payer le trajet en bus ou de s'absenter du travail pendant une journée pour se rendre au centre de santé.

Ces problématiques de disponibilité, d'accessibilité et de coût diffèrent dans les contextes ruraux, urbains et de crise, ce qui suggère la nécessité de concevoir des interventions sur mesure pour atteindre les enfants concernés.

Zones rurales reculées

Les services de vaccination – et les vaccins – ne sont pas toujours disponibles dans les zones rurales reculées. Ces zones se caractérisent souvent par des regroupements de petite envergure, par une faible densité démographique et par la rareté des services disponibles. En général, les familles doivent parcourir des kilomètres pour se rendre dans les établissements de santé.

Dans ces zones, les limites des chaînes d'approvisionnement, les goulets d'étranglement observés au niveau des financements, la pénurie d'agents de santé et le manque d'électricité, de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement entravent considérablement la disponibilité des vaccins. Ces paramètres constituent également des obstacles durant les campagnes de proximité visant à augmenter la couverture vaccinale.

Par ailleurs, même quand ils sont disponibles, les vaccins ne sont pas toujours abordables ou accessibles. Les aléas des revenus agricoles, les fluctuations des prix des denrées alimentaires, les chocs climatiques et les conditions météorologiques influent sur le temps et l'argent que les parents et les personnes qui ont la charge d'enfants peuvent consacrer à la vaccination.



Dans un champ, la petite Jonaila, 13 mois, est portée par Jamila, sa mère, à la veille de ses premiers vaccins. Ce sont notamment dans les régions rurales que vivent le plus souvent les enfants zéro dose.

© UNICEF/U.S. CDC/
UN0723249/Martin San Diego

Zones urbaines

D'autres problèmes se posent dans les bidonvilles et les installations sauvages. La disponibilité des vaccins peut être entravée par un système de soins de santé primaires fragmenté et sous-équipé incapable de répondre aux besoins d'une population déjà vaste en pleine expansion. Ces besoins sont d'ailleurs rarement appréhendés dans leur globalité en raison de la difficulté à collecter des données au sein des installations urbaines en constante évolution, qui attirent souvent des familles déplacées et des populations migrantes. En outre, la volonté politique de fournir des services est souvent tempérée par le souhait de décourager la croissance des installations sauvages et des bidonvilles.

L'accessibilité financière constitue également un obstacle pour les ménages pauvres vivant en milieu urbain. En effet, les horaires d'ouverture des centres de santé ne sont pas toujours adaptés aux parents et aux personnes ayant des enfants à charge qui cumulent plusieurs emplois et responsabilités. De même, pour ces personnes, l'accès aux services de vaccination et à d'autres services de santé peut représenter un sacrifice financier qui pèsera sur le budget de la famille.

Crises

La disponibilité, l'accès et le coût sont aussi des questions essentielles dans les situations de crise, où les services de vaccination sont généralement fournis dans le cadre d'activités de proximité. Cependant, ce travail de terrain peine à obtenir les résultats escomptés face à des installations de santé endommagées, du personnel médical indisponible, et des fournitures difficiles à trouver. La disponibilité est également mise à mal par l'inexactitude des données administratives induite par les déplacements de populations. En outre, les problèmes de sécurité limitent la capacité des agents de santé à mener des activités de proximité et à accéder aux enfants sans se mettre en danger.

Enfin, le caractère abordable des vaccins pâtit souvent des retombées économiques de la crise. En effet, les pénuries de carburant, les problèmes de transport et la dégradation des routes et des services peuvent rendre la vaccination inabordable pour les pouvoirs publics et la population.

Solutions

Il est essentiel de supprimer les obstacles en matière de disponibilité, d'accessibilité et de coût si nous voulons atteindre les enfants dont la santé est affectée par une multitude de facteurs sociaux et économiques.

Autrement dit, pour atteindre les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés, il est impératif que la vaccination soit la plus disponible, pratique et abordable possible. Atteindre cet objectif suppose de mettre en place des interventions qui prennent en compte les obstacles rencontrés, telles que des mesures incitatives visant à répondre aux problèmes des familles démunies¹¹. Dans certains contextes, ces mesures comprennent l'octroi de denrées alimentaires, de biens, de certificats de reconnaissance ou encore un soutien monétaire.

Le fait de combiner des mesures incitatives à l'envoi de rappels s'est également révélé efficace. Une étude randomisée menée au Kenya, par exemple, a montré que les taux de vaccination augmentaient de manière marginale après l'envoi de brefs SMS de rappel. En revanche, le nombre d'enfants pleinement vaccinés augmentait considérablement quand les parents recevaient un SMS et une petite incitation financière¹².

Les incitations et les rappels peuvent aussi être particulièrement efficaces lorsqu'ils sont menés en lien avec les registres de vaccination. Au Pakistan, par exemple, les rappels ont bien fonctionné pour la troisième dose du vaccin DTC qui protège les enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche¹³.

Pour atteindre les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés, il est impératif que la vaccination soit la plus disponible, pratique et abordable possible. Atteindre cet objectif suppose de mettre en place des interventions qui prennent en compte les obstacles rencontrés.

Pourquoi c'est important

La vaccination a joué un rôle de premier plan dans la révolution pour la survie de l'enfant qui a marqué les XX^e et XXI^e siècles, permettant à un nombre incalculable d'enfants de ne pas connaître la maladie et la mort.

Il est essentiel de surmonter les obstacles liés à la disponibilité, à l'accessibilité et au coût pour éliminer les inégalités en matière de vaccination et atteindre les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés. À terme, d'innombrables décès seront évités.

La vaccination sauve près de 4,4 millions de vies chaque année, et ce chiffre pourrait atteindre 5,8 millions si le monde parvient à concrétiser d'ici à 2030 les objectifs mondiaux en matière de vaccination visant les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés¹⁴.

Cependant, la vaccination fait plus que sauver des vies : elle améliore la santé et la prospérité tant à l'échelle des individus que des communautés. Elle aide les enfants à survivre et à s'épanouir.

Survivre et s'épanouir

La vaccination est considérée comme l'un des plus grands progrès de l'humanité en matière de santé publique¹⁵.

La vaccination a joué un rôle de premier plan dans la révolution pour la survie de l'enfant qui a marqué les XX^e et XXI^e siècles, permettant à un nombre incalculable d'enfants de ne pas connaître la maladie et la mort. Les vaccins constituent la première ligne de défense contre la rougeole¹⁶ et offrent une protection contre la pneumonie et la diarrhée, qui tuent respectivement plus de 700 000 enfants¹⁷ et 484 000¹⁸ enfants chaque année. Ils peuvent aussi prévenir la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la tuberculose, l'hépatite, la grippe, la poliomyélite, la fièvre jaune, la dengue et le cancer du col de l'utérus.

Et ce n'est pas tout : de nouveaux vaccins prometteurs ont le potentiel de protéger les enfants contre un nombre encore plus important de maladies. Couplé à d'autres mesures préventives, un nouveau vaccin baptisé RTS,S¹⁹, par exemple, pourrait éradiquer le paludisme, une maladie à transmission vectorielle qui a coûté la vie à plus de 416 000 enfants de moins de 5 ans en 2019²⁰. De nouveaux vaccins contre la dengue et le virus Ebola, ainsi qu'un vaccin de nouvelle génération contre la poliomyélite sont également en cours d'utilisation. Des scientifiques sont par ailleurs en train de mettre au point des vaccins contre la tuberculose et l'ensemble des souches de la grippe²¹.

Les avantages de la vaccination

La vaccination a le pouvoir de stimuler les finances familiales, l'égalité des genres, l'éducation et la santé des communautés²² tout en offrant un bon rapport coût-efficacité.

Pauvreté

En plus d'induire un stress émotionnel, le fait de s'occuper d'un enfant malade peut drainer l'épargne des ménages et contraindre les parents et les personnes qui ont la charge d'enfants à prendre des jours de congé non rémunérés²³. Ces interruptions sont synonymes d'appauvrissement pour certaines familles, qui font généralement déjà partie des plus démunies²⁴. Une étude menée au Nigéria, par exemple, a montré qu'un tiers des familles – et plus de la moitié des familles les plus pauvres – devaient déboursier des sommes catastrophiques lorsqu'un enfant souffrait de pneumonie ou d'une maladie associée²⁵.

Égalité des genres

Comme nous l'a rappelé la pandémie de COVID-19, les femmes assument la majeure partie des responsabilités relatives aux enfants²⁶, effectuant jusqu'à trois quarts des tâches non rémunérées au sein du foyer²⁷. En prévenant les maladies infantiles, la vaccination joue un rôle important en permettant aux parents et aux personnes qui ont la charge d'enfants de réduire le temps passé à s'occuper des enfants malades²⁸. Les responsabilités inhérentes à la santé des enfants étant endossées en majorité par les mères, ces avantages sont plus conséquents pour les femmes.

Éducation

La vaccination évite également les absences prolongées pour des maladies à prévention vaccinale durant la scolarité des enfants. Des données probantes émanant de plusieurs pays montrent que la vaccination peut prévenir les absences à l'école et contribuer à l'obtention de bons résultats scolaires. En Inde, une étude a indiqué qu'un schéma vaccinal complet était associé à une amélioration de 6 % à 12 % des compétences fondamentales en lecture, en écriture et en mathématiques chez les enfants âgés de 8 à 11 ans²⁹. Des études menées en Éthiopie, en Inde et au Viet Nam ont également montré que le fait de vacciner les enfants contre la rougeole dès leur plus jeune âge était associé à une amélioration des résultats d'apprentissage³⁰.

Santé

La vaccination d'un enfant profite à l'ensemble de la communauté. En effet, grâce à l'immunité collective, les nouveau-nés et les populations vulnérables qui ne peuvent pas se faire vacciner sont protégés par la vaccination de leurs amis et de leurs voisins³¹.

En outre, la vaccination contre les maladies infantiles peut limiter la propagation de la résistance antimicrobienne en réduisant la surconsommation d'antibiotiques, enrayant ainsi la croissance des superbactéries à l'origine de maladies résistantes aux antibiotiques³². Ces superbactéries sont directement responsables de 1,27 million de décès chaque année. Parmi ces décès, un sur cinq concerne un enfant de moins de 5 ans. La plupart d'entre eux surviennent dans des pays à revenu faible et intermédiaire³³.

Rendement de l'investissement

Les vaccins sont depuis longtemps considérés comme l'une des interventions les plus rentables pour améliorer la santé, la productivité et l'économie des sociétés³⁴.

Selon une approche du « coût de la maladie », chaque dollar É.-U. investi dans la vaccination rapporte 26 dollars É.-U.³⁵. (Ce chiffre provient d'un calcul portant sur dix maladies dans 24 pays à revenu faible et intermédiaire entre 2011 et 2020³⁶.) Selon une approche plus vaste centrée sur la « valeur statistique de la vie humaine », qui reflète des avantages économiques plus larges, ce rendement serait encore plus élevé : près de 52 dollars É.-U. pour chaque dollar É.-U. dépensé en faveur de la vaccination³⁷.

Produire des argumentaires en faveur de l'investissement

Dans un monde où les gouvernements sont confrontés à des décisions difficiles en matière de dépenses et à un éventail de demandes concurrentielles, la vaccination est une méthode rentable pour protéger les enfants, leur santé ainsi que la santé de leurs familles et de leurs communautés³⁸. Cependant, il sera impossible de vacciner chaque enfant sans financement et sans volonté politique à l'échelle mondiale, nationale et locale. Il est tout aussi essentiel que les pays élaborent des argumentaires en faveur de l'investissement, aussi difficiles à calculer soient-ils. Le renforcement des capacités nationales nécessaires à l'articulation de ces argumentaires d'investissement propres à chaque pays contribuerait par conséquent à affirmer cette volonté politique et à montrer aux gouvernements, aux communautés et aux familles les avantages incommensurables de la vaccination³⁹.

Dans un monde où les gouvernements sont confrontés à des décisions difficiles en matière de dépenses et à un éventail de demandes concurrentielles, la vaccination est une méthode rentable pour protéger les enfants, leur santé ainsi que la santé de leurs familles et de leurs communautés.

NICARAGUA

Atteindre les enfants autochtones à domicile grâce à un réseau de santé de proximité

Un matin d'octobre, trois infirmières de proximité en uniforme blanc déambulent entre les *tambo*, les maisons traditionnelles en bois de la communauté

autochtone des Mosquitos, à Sisin, petite commune du Nicaragua située à 50 km du littoral.



Florencia Mena et Rihana, 3 ans, attendent chez elles la visite d'infirmières de proximité envoyées par le Ministère de la santé nicaraguayen. Ces agentes de santé sont originaires de la communauté des Mosquitos et parlent la langue locale.
© UNICEF/UN0719298/Rivas
AFP-Services/Factstory

La première transporte un thermos *high tech* contenant des vaccins, la deuxième une balance, et la troisième un sac rempli de vitamines et de médicaments.

Depuis les escaliers menant à la maison de Florencia Mena, les trois femmes saluent l'occupante des lieux et sa fille de 3 ans, Rihana, dans la langue mosquito. Depuis la naissance de sa fille, Florencia reçoit régulièrement la visite de ces infirmières envoyées par le Ministère de la santé nicaraguayen.

« Le docteur et les infirmières viennent me voir tous les mois pour vérifier si ma fille grandit bien », explique-t-elle.

L'un des objectifs de leur mission consiste à s'assurer que Rihana est bien à jour dans ses vaccins.

Dans ce village pauvre et isolé de la région autonome de la côte nord des Caraïbes, où les maisons sur pilotis protègent les habitants d'un climat souvent hostile, les infirmières à domicile sont un lien vital entre la population autochtone et la vaccination.

« Les enfants reçoivent des vaccins de routine selon leur calendrier de vaccination, leur taille et leur poids », explique Reynilda Cramer, l'une des infirmières qui viennent régulièrement rendre visite à Florencia et Rihana. « On mesure la taille, on vermifuge et on donne des vitamines si besoin. Si d'autres membres de la famille ont des soucis de santé, on les ausculte également. »

Reynilda et ses collègues font partie du Réseau de santé de proximité, un programme national soutenu par l'UNICEF en collaboration avec le Ministère de la santé nicaraguayen. Les infirmières à domicile sont des bénévoles élues lors de réunions communautaires, puis formées par le Ministère à la fourniture de soins de santé élémentaires, dont la vaccination. Membres actives de leur communauté, ces infirmières font le lien essentiel entre les services de soins de santé primaires au niveau national et des populations traditionnellement difficiles à atteindre. Elles jouent ainsi un rôle important

dans la coordination des activités de soins de santé primaires et dans la mobilisation. Elles sont le premier maillon d'une chaîne visant à fournir des services jusque dans les provinces les plus reculées du Nicaragua.

Le succès de ce réseau de santé de proximité se mesure à l'aune des taux de vaccination dans la région autonome de la côte nord, dont fait partie Sisin : en 2020, ils se sont maintenus à 98 % malgré la pandémie de COVID-19 et deux terribles ouragans, Eta et Iota.

Un succès renforcé par l'incorporation par le Réseau de santé de proximité du Modèle de soins de santé interculturels, un programme à destination des communautés autochtones qui associe les chefs spirituels aux efforts de soins de santé primaires.

« Cette proximité du système de santé avec la communauté est l'une des raisons qui expliquent les excellents taux de vaccination du Nicaragua », analyse la docteure Jazmina Umaña, coordinatrice nationale du programme élargi de vaccination du Ministère de la santé nicaraguayen.

Le secret ? S'appuyer sur du personnel infirmier mosquito, comme Reynilda, qui peut suivre de près la santé des enfants de ces populations vulnérables.

« Tout le monde joue un rôle essentiel dans la promotion des vaccins et autres services de santé, car les infirmières de proximité sont des figures de confiance aux yeux de la population », explique-t-elle.

Pour Florencia Mena, une chose est sûre : le Réseau de santé de proximité l'a convaincue que la vaccination était importante pour Rihana.

« Elle a reçu son premier vaccin à la naissance, et bien qu'à l'époque, j'ai eu peur que cela lui fasse mal et qu'elle ait de la fièvre, aujourd'hui, je la vois en bonne santé et pleine de vie », témoigne-t-elle. « Je me félicite d'avoir écouté les recommandations de ma famille et du personnel de santé. » ■



Kadijatu a fait partie des centaines d'agents de santé mobilisés pour faire du porte-à-porte dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) en Gambie. Elle et ses collègues ont œuvré avec dévouement pour déployer le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2).

© UNICEF/UN0624124/
Lerneryd

Vaccination et soins de santé primaires

Pour mettre fin au recul sans précédent de la vaccination et atteindre les enfants historiquement laissés de côté, il est indispensable d'examiner les structures servant d'épine dorsale à la vaccination et de renforcer les services de santé primaires dispensés dans les établissements ainsi que dans le cadre de campagnes de vaccination et de crises humanitaires. Une démarche qui nécessite de renforcer également les effectifs de santé et d'encourager la mobilisation des communautés.

Un établissement de santé. Une campagne de vaccination. Une situation de crise humanitaire.

Ce sont généralement dans ces trois contextes, qui peuvent toutefois quelque peu différer d'un endroit à l'autre, que la plupart des enfants se font vacciner. Or, des millions d'enfants ne fréquentent jamais les centres de santé, ne bénéficient d'aucune action de proximité et n'accèdent pas non plus à la vaccination dans le cadre des interventions mises en place en cas de crise humanitaire. Il s'agit des enfants laissés de côté.

Structures et défis

Encadré 5

Gavi, l'Alliance du Vaccin

À l'échelle du globe, une multitude de donateurs et de partenaires participent à l'élaboration de politiques, aux activités de gouvernance et de surveillance, ainsi qu'aux efforts de financement et d'approvisionnement nécessaires pour vacciner les enfants. Parmi eux figurent l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF et diverses organisations non gouvernementales. Créée en 2000, Gavi, l'Alliance du Vaccin a contribué à vacciner plus de 981 millions d'enfants et participé ainsi aux actions qui ont permis de diviser par deux la mortalité infantile dans 73 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. En tant que partenariat public-privé, Gavi a mobilisé plus de 40 milliards de dollars É.-U. dans le but de soutenir la vaccination de routine, de renforcer les systèmes de santé, d'organiser des campagnes de prévention, de constituer des stocks pour les situations d'urgence, d'appuyer les campagnes de riposte en cas de flambées épidémiques et de participer à la riposte à la pandémie de COVID-19, notamment par le biais du Mécanisme COVAX. Parmi ses membres fondateurs, Gavi compte l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, la Fondation Bill & Melinda Gates, des gouvernements, des acteurs de l'industrie du vaccin, des organismes spécialisés, des organisations de la société civile ainsi que d'autres partenaires du secteur privé.

Comme nous l'avons évoqué tout au long de ce rapport, non seulement des millions d'enfants sont historiquement laissés de côté, mais durant le pic de la pandémie de COVID-19, des millions d'autres n'ont également pas reçu de vaccins.

Pourtant, la vaccination joue, de bien des façons, un rôle remarquable en faveur de la santé, et ce, depuis des décennies. Grâce à divers partenariats mondiaux bien coordonnés entre gouvernements, collectivités et donateurs, plusieurs millions d'enfants vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont pu bénéficier de vaccins vitaux.

Dans la majorité des pays, les pouvoirs publics sont responsables de la prestation des services (ressources humaines, transport des fournitures, interaction avec les enfants et les familles) et des investissements dans les infrastructures de santé. Toutefois, dans les pays à revenu faible en particulier, les donateurs, les organisations internationales et d'autres partenaires fournissent un appui important en matière de financement et de coordination. À l'échelle mondiale, les donateurs et les partenaires formulent également des orientations normatives, établissent des cadres directeurs et mettent en place des mécanismes de financement coordonnés.

La faiblesse des systèmes de soins de santé primaires

Si les structures et les processus varient d'un pays à l'autre, la vaccination infantile s'inscrit le plus souvent dans le cadre des services de santé maternelle et infantile de routine. Elle est assurée par des professionnels de santé qualifiés, au sein d'établissements dispensant des soins de santé primaires.

Toutefois, dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, ainsi que, bien souvent, dans les quartiers pauvres insuffisamment desservis au sein des pays à revenu élevé, le nombre d'établissements de soins de santé primaires fiables, stables et financés de manière adéquate est limité et, lorsqu'ils existent, ils disposent la plupart du temps de ressources restreintes.

En règle générale, les enfants zéro dose ne sont pas vaccinés parce qu'ils vivent dans des régions où l'offre de soins de santé primaires est insuffisante. Là où ces services existent bel et bien, l'incapacité à atteindre les enfants zéro dose témoigne d'un manque d'efficacité induit par une faible dotation en ressources. Les enfants insuffisamment vaccinés, quant à eux, ont eu accès au moins une fois au système de santé, mais les prestataires qui les ont pris en charge ont perdu leur trace et n'ont donc plus l'occasion d'assurer leur suivi vaccinal.

Campagnes de vaccination

Dans les collectivités privées d'infrastructures de base de soins de santé primaires, les investissements publics sont complétés par les financements des donateurs, souvent réalisés au titre d'interventions de lutte contre une maladie donnée qui ciblent certaines communautés en particulier. Cette approche s'est traditionnellement appuyée sur l'organisation de campagnes visant à atteindre les enfants vivant dans des régions rurales et reculées, des quartiers défavorisés en milieu urbain et dans des contextes de crise.

Ces campagnes sont également un moyen d'enrayer les flambées de maladies à prévention vaccinale : nombre d'entre elles ont permis de vacciner des enfants zéro dose et d'atteindre des taux de couverture vaccinale plus élevés qu'avec les services de routine.

Dans les régions où les systèmes des soins de santé primaires sont limités, les actions de proximité jouent un rôle essentiel pour atteindre les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés. En outre, beaucoup de centres de santé mènent régulièrement des campagnes de vaccination afin d'atteindre les enfants et les familles qui ne peuvent pas se déplacer.

Ce type d'initiative présente toutefois l'inconvénient d'avoir, par nature, une durée limitée.

Le personnel de santé

La prestation des programmes de vaccination fait intervenir un vaste éventail de professionnels de santé : médecins, personnel infirmier, administrateurs, agents de santé communautaires, analystes de données, etc. Si la hausse des effectifs de santé constitue un objectif majeur de développement mondial, les efforts nécessaires pour y parvenir incombent en grande partie aux gouvernements nationaux et locaux, lesquels sont responsables de la formation et du maintien en poste du personnel soignant, et de la prise de mesures incitatives à cet égard². Or, bon nombre de gouvernements peinent à conserver le personnel requis pour prodiguer des soins de santé aux enfants et aux familles et assurer la vaccination. Par ailleurs, les pénuries de main-d'œuvre observées à l'échelle du globe³ nuisent grandement à l'accès, à la disponibilité et au coût des services de santé et de vaccination.

Sous bien des angles, le manque d'effectif entravant la vaccination relève également d'une problématique liée au genre. En effet, les femmes assument la majeure partie des interventions de vaccination sur le terrain⁴. Or, dans la plupart des régions du monde, elles se heurtent à des obstacles tels que le faible niveau de salaire, l'emploi informel et le manque de perspectives d'avancement, quand leur sécurité n'est pas directement menacée⁵. Les femmes représentent 63,8 % de la population active du secteur de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et 75,3 % dans les pays à revenu élevé⁶. Toutefois, elles sont rémunérées en moyenne 20 % de moins que les hommes.

Ces vastes inégalités salariales s'expliquent en partie par le fait que les femmes sont plus susceptibles d'exercer dans les catégories professionnelles inférieures du secteur, tandis que les hommes sont surreprésentés aux postes plus rémunérateurs⁷. En outre, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes tend à augmenter aux échelons supérieurs, c'est-à-dire que les femmes occupant des postes de haute direction ont beaucoup plus de chances d'être nettement moins bien rémunérées que leurs homologues masculins⁸.

Encadré 6

Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) est un exemple de structure mondiale bénéficiant de l'appui de partenaires nationaux et locaux¹.

Fondée en 1988, l'IMEP fonctionne selon un modèle de partenariat public-privé placé sous la houlette de gouvernements nationaux et de six partenaires mondiaux : l'OMS, Rotary International, les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC), l'UNICEF, la Fondation Bill & Melinda Gates et Gavi, l'Alliance du Vaccin.

Si l'incidence de la polio a diminué de plus de 99,9 % depuis la création de l'IMEP, cette maladie n'est pas encore éradiquée. Aussi, cette initiative veille à tirer parti de toutes les occasions offertes pour atteindre chaque enfant ; elle s'efforce de renforcer la volonté politique des gouvernements, les partenariats avec les communautés ainsi que le système de surveillance de la maladie, d'adopter une approche tenant compte des questions de genre dans ses programmes et, lorsque cela est possible, d'intégrer ses actions aux services de vaccination et de santé essentiels dans les régions prioritaires dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite.

YÉMEN

Quand une sage-femme et vaccinatrice a pour motivation de soulager les souffrances

Pour Ghada Ali Obaid, vacciner des enfants est bien plus qu'un métier, c'est une vocation.

Pour elle, une journée typique consiste à arpenter les couloirs du centre médical de Dar Sa'ad, au Yémen, où

elle dispense des conseils aux mères sur les bienfaits de la vaccination et l'importance de faire vacciner leurs enfants.

Mais des journées typiques, il n'y en a pas tant que ça.



Lorsqu'elle n'arpente pas les couloirs du centre médical de Dar Sa'ad, au Yémen, Ghada Ali Obaid, 53 ans, va à la rencontre des enfants dans le cadre d'actions de proximité. C'est dans ce contexte qu'elle a vacciné Aswar Saddiq Othman, 9 ans.

© UNICEF/UN0679318/Hayyan

En tant que responsable de la vaccination au centre de santé du district de Dar Sa'ad, à Aden, Ghada arpente aussi les rues pour aller à la rencontre d'enfants qui risqueraient autrement de ne pas être vaccinés contre des maladies évitables. En juin, par exemple, elle a participé à une mission de vaccination dans le cadre d'une épidémie de rougeole. Cette campagne contre la rougeole et la rubéole a permis d'atteindre plus de 1,2 million d'enfants âgés de 6 à 10 ans.

« L'essence de notre travail est de sauver des vies et d'alléger les souffrances des femmes et des enfants », explique Ghada. « C'est là que je situe le baromètre de ma réussite professionnelle et personnelle. »

Au Yémen, Ghada fait partie d'une catégorie de femmes dont le travail et la vie consistent à œuvrer en tant que première ligne de défense contre les maladies évitables par la vaccination. En effet, les femmes sont la colonne vertébrale du système de santé yéménite, un pays qui compte plus de 4 500 établissements de soins.

Selon Saadia Farrukh, responsable de santé à l'UNICEF au Yémen, tous les agents de santé et sages-femmes de proximité sont des femmes, car il est culturellement et socialement établi que ce sont elles qui effectuent les bilans prénatals et les soins obstétricaux. Dans les zones rurales dépourvues d'accès au système de santé national, celles-ci jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des mères et des nouveau-nés.

« Les agentes de santé de proximité sont davantage acceptées dans les villages, on leur ouvre plus facilement la porte du foyer pour les laisser dispenser des services vitaux de soins de santé primaires aux enfants et à leurs mères, ainsi qu'à d'autres personnes de la communauté », observe Saadia.

Sage-femme de profession, Ghada a constaté la souffrance inutile que peut entraîner une absence de vaccination chez les enfants.

« L'un des pires moments de ma vie, c'est lorsque j'ai rencontré une petite fille encore bébé, devenue aveugle après avoir contracté la rougeole, se souvient-elle. Le fait qu'il s'agisse d'une maladie évitable, et que cette situation soit en partie le fait de la détérioration du système de santé au Yémen, sont autant de raisons qui m'ont poussée à devenir vaccinatrice. »

Au centre médical de Dar Sa'ad, quelque 35 enfants sont vaccinés chaque jour, bien que ce nombre puisse grimper jusqu'à une centaine, fait savoir la Dr Jamilah Saeed, qui supervise les opérations de vaccination au sein du district. Ses collègues fournissent également des services de santé procréative et des conseils de nutrition et de santé infantile.

Si les réussites du centre sont nombreuses, « la plus grande est, de loin, sa capacité à administrer des vaccins gratuitement de manière régulière, grâce à l'UNICEF », se félicite la docteure.

Pour Ghada, la vaccination gratuite ne s'arrête pas à une simple piqûre.

« Ces 11 dernières années, une large part de mon rôle a été d'aider mes compatriotes à comprendre qu'il était possible d'éradiquer de nombreuses maladies et épidémies, et de faire baisser les taux de mortalité et de morbidité », explique-t-elle.

Ce travail n'est pas sans défis. Le centre de santé manque de personnel médical, notamment de sages femmes, un problème que Ghada attribue au manque d'attractivité, de primes et de promotions. Lorsque des membres expérimentés du corps médical s'en vont, ils sont souvent remplacés par des bénévoles qui ont besoin d'être formés. Quand elle fait du porte-à-porte, Ghada doit composer avec la chaleur, les sources d'électricité capricieuses et la distance.

Elle peine aussi à trouver un équilibre avec sa vie privée. En effet, elle travaille au centre de santé de 8 h à 14 h, et lorsqu'elle est en campagne de vaccination, elle doit se rendre dans des endroits reculés l'après-midi.

Cet équilibre, c'est son mari Ehab Faisal qui le rend possible.

Ehab prend des heures sur son métier de chauffeur de taxi pour la conduire jusqu'au lieu de la campagne de vaccination, aussi isolé soit-il. Et lui et son fils de 5 ans ont appris à se débrouiller seuls lorsque Ghada travaille tard. Mais, surtout, il la soutient dans son désir d'aider les enfants et leurs familles.

« Le métier de Ghada est plus une vocation qu'une profession, confie-t-il. Je l'encourage au quotidien, car je la sais passionnée par ce qu'elle fait, et je l'admire énormément. » ■

Une sous-représentation aux postes de direction

Si, depuis le début des années 2000, la proportion de femmes dans les catégories professionnelles supérieures a légèrement augmenté, la main-d'œuvre féminine reste surreprésentée, à l'échelle mondiale, aux postes moins rémunérateurs et moins qualifiés – un constat révélateur d'une ségrégation entre les genres en défaveur des femmes⁹. À titre d'exemple, les femmes sont plus susceptibles d'exercer des professions techniques en lien avec la santé (infirmières, sages-femmes, techniciennes de laboratoire, etc.). Les hommes, en revanche, sont plus susceptibles d'occuper des postes classés parmi les « professions libérales » (infirmiers spécialisés, médecins, administrateurs, directeurs, etc.)¹⁰.

D'après un rapport publié en 2019 par l'OMS, 69 % des organisations du secteur de la santé mondiale comptaient des équipes de direction principalement masculines, contre seulement 25 % qui respectaient la parité, alors même que 70 % de la population active du secteur est constituée de femmes¹¹. Ainsi ce rapport a déclaré que la santé mondiale était assurée par les femmes, mais dirigée par les hommes¹².

Cette sous-représentation des femmes aux postes de direction est le reflet d'importantes inégalités en termes d'avancement professionnel. Toutefois, il pourrait être intéressant de vérifier s'il existe une corrélation entre le rôle de leadership des femmes et les résultats en matière de santé ou de vaccination, comme cela a été constaté dans le secteur de l'éducation. En effet, certaines études ont par exemple mis au jour une association positive entre la présence d'une femme à la tête d'une école et les résultats d'apprentissage, laissant entendre que les femmes adoptent des pratiques et des comportements qui contribuent à la réussite des élèves¹³.

Dans de nombreuses régions du monde, les agentes de santé communautaires sont les mieux placées pour atteindre les autres femmes et les enfants – une population hors de portée des hommes en raison des normes de genre et des règles sociales et culturelles en vigueur.

Les agentes de santé communautaires

Les inégalités salariales dans le secteur de la santé s'expliquent en partie par le fait qu'un grand nombre de femmes – environ 6 millions, d'après Women in Global Health¹⁴ – occupent un travail non rémunéré ou sous-payé, typiquement celui d'agentes de santé communautaires. En règle générale, ces dernières sont chargées de recueillir des données auprès des ménages, d'échanger avec les familles et les communautés et de vacciner les enfants¹⁵.

Les services de vaccination, en particulier, reposent sur ces agentes de santé communautaires¹⁶. Dans de nombreuses régions du monde, elles sont en effet les mieux placées pour atteindre les autres femmes et les enfants – une population hors de portée des hommes en raison des normes de genre et des règles sociales et culturelles en vigueur¹⁷. Elles travaillent souvent dans des endroits reculés et insuffisamment desservis, où elles jouent auprès des familles et des communautés le rôle d'intermédiaire avec les systèmes de santé.

Toutefois, du fait des inégalités entre les genres, les agentes de santé communautaires occupent généralement des postes de niveau inférieur, pâtissent d'un manque de reconnaissance professionnelle, bénéficient de conditions de travail médiocres et sont exposées à diverses menaces telles que la violence liée au genre, les violences verbales et la discrimination¹⁸. En outre, elles sont le plus souvent mal rémunérées et doivent concilier travail et responsabilités familiales et domestiques¹⁹.

Solutions

Il est essentiel de mobiliser davantage de fonds pour atteindre les enfants qui ont manqué une partie ou l'intégralité de leurs vaccinations, et de mettre en place des solutions spécialement adaptées à la complexité des contextes de vie de ces enfants, c'est-à-dire des solutions centrées sur l'humain, et élaborées et acceptées par les communautés. Cette démarche devra s'appuyer sur des systèmes de soins de santé primaires et des données solides permettant aux agents de santé de rester en contact avec les familles, en particulier lorsque ces dernières mènent une vie itinérante et traversent des épreuves difficiles.

Enfin, il est indispensable que les gouvernements, les donateurs, les partenaires et les communautés coordonnent leurs efforts pour veiller à ce que tous les enfants aient accès à la vaccination. Dans cette optique, il s'avèrera nécessaire de renforcer les systèmes de santé primaires centrés sur la famille afin que les enfants bénéficient en continu d'un meilleur accès aux soins, mais aussi de mener davantage d'actions de proximité ciblant les populations zéro dose et insuffisamment vaccinées.

Renforcer les soins de santé primaires

Au cours des 45 dernières années, voire plus, les efforts visant à promouvoir la santé mondiale ont mis l'accent sur l'importance des soins de santé primaires²⁰. À la suite de l'adoption des objectifs de développement durable, l'accès universel aux services de santé est devenu une priorité du programme mondial de développement en vigueur et les soins de santé primaires ont été reconnus comme un élément clé à cette fin²¹. En vertu de la Déclaration d'Astana, en 2018, les responsables gouvernementaux et les ministres de la santé se sont engagés à fournir des soins de santé primaires de qualité, disponibles et abordables pour tous, ainsi qu'à se doter des capacités nécessaires à leur évaluation²².

Les soins de santé primaires visent à satisfaire les besoins de la population tout au long de la vie grâce à la prestation de services intégrés de prévention, de promotion de la santé, de traitement, de rééducation et de soins palliatifs²³. Leur rôle consiste également à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé tels que la pauvreté, les situations de crise, ainsi que l'éducation et l'autonomisation des mères. Enfin, ces services favorisent la mobilisation des individus, des familles et des communautés afin que ces derniers puissent plaider en faveur de politiques efficaces de promotion et de protection de la santé.

Pour renforcer les soins de santé primaires, il est essentiel de déployer des efforts dans les domaines suivants : la prestation des services, l'accès aux produits de santé, aux vaccins et aux technologies médicales, et les systèmes d'information sanitaire. En outre, il est impératif de veiller à ce que les financements soient étayés par un engagement politique fort et s'accompagnent d'un renforcement des ressources humaines, en particulier celles allouées aux services de proximité. Pour porter leurs fruits, ces initiatives devront également faire davantage appel à la participation des communautés pour la conception et la prestation des soins de santé primaires.

Intégrer les services de vaccination aux soins de santé primaires

Il existe un lien crucial entre les soins de santé primaires et la vaccination. La plupart du temps, les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés sont en effet victimes de nombreuses autres privations en matière de santé²⁴. Ainsi, les enfants zéro dose sont

Il existe un lien crucial entre les soins de santé primaires et la vaccination.

La synthèse
des travaux
scientifiques
réalisée par
l'UNICEF n'a
pas mis au jour
de supériorité
en termes de
résultats parmi les
différents modèles
d'intégration, car le
contexte s'avère un
facteur de réussite
déterminant.

souvent nés de mères qui n'ont pas ou peu bénéficié de consultations prénatales et qui n'ont pas accouché dans un établissement de santé. Ces mères sont également moins susceptibles de demander un avis médical lorsque leur enfant est malade et disposent plus rarement d'installations pour le lavage des mains. À titre d'exemple, les mères n'ayant pas fait vacciner leurs enfants étaient 46 % moins susceptibles d'avoir bénéficié de quatre consultations prénatales ou plus, 43 % moins susceptibles d'avoir accouché dans un établissement de santé, et 36 % moins susceptibles de disposer d'installations pour le lavage des mains. À l'inverse, les enfants ayant reçu tous leurs vaccins avaient plus de chances d'être nés de mères ayant bénéficié d'autres interventions importantes²⁵.

La vaccination peut jouer un rôle déterminant dans les soins de santé primaires. En effet, le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* souligne l'importance d'intégrer les services nationaux de vaccination dans les soins de santé primaires tant pour atteindre une couverture vaccinale élevée qu'une couverture sanitaire universelle²⁶.

Les services de vaccination peuvent mettre à profit leur rôle de proximité auprès des enfants, des familles et des communautés pour offrir d'autres services de santé essentiels à ces derniers et ainsi contribuer à un meilleur accès aux soins²⁷. La réciproque est vraie, elle aussi : les systèmes de soins de santé primaires peuvent atteindre les personnes laissées de côté et participer de fait aux efforts de lutte contre le recul de la couverture vaccinale.

L'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires et d'autres services fait partie des sept priorités stratégiques définies dans le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030*²⁸. Cette démarche est un moyen rentable d'atteindre les enfants et les mères qui n'ont pas reçu de vaccins ni bénéficié d'autres services essentiels²⁹. En outre, une telle intégration s'avère primordiale dans les communautés en proie à la malnutrition.

À la lumière d'une synthèse des données probantes sur l'intégration des services, l'UNICEF a distingué deux façons principales de procéder : il est ainsi possible d'intégrer les services de santé primaires dans les initiatives de vaccination ou d'intégrer la vaccination dans d'autres services de santé primaires. La plupart du temps, cette intégration s'effectue au sein d'un établissement de santé ou dans le cadre de campagnes de vaccination et de services de proximité.

En règle générale, l'intégration dans les établissements de services de planification familiale au sein de services de vaccination très performants permet d'accroître la prise en charge en matière de planification familiale sans porter atteinte à la couverture vaccinale. Au Soudan du Sud, une initiative visant à intégrer la vaccination au sein d'un service de nutrition s'est accompagnée d'une meilleure observance du parcours vaccinal complet.

Les services mobiles de proximité offrent également un moyen efficace d'intégration des services. À titre d'exemple, la vaccination combinée à la prestation de services de santé maternelle, néonatale et infantile a permis d'améliorer la couverture vaccinale dans divers contextes, notamment dans le nord du Nigéria et dans certaines régions d'Afghanistan.

Dans les situations de crise humanitaire, l'intégration des services de vaccination aux initiatives de santé maternelle, néonatale et infantile s'avère également bénéfique pour les mères et les enfants. Les recherches montrent que ces initiatives sont d'autant plus efficaces si elles s'inscrivent dans la durée, c'est-à-dire si elles sont répétées dans un même lieu pendant un ou deux jours, tous les deux mois. En Afghanistan, par exemple, une équipe de santé mobile est parvenue à accroître la proportion de femmes bénéficiant de consultations prénatales à hauteur de 84 % contre 61 % dans les régions où la prestation de services intégrés n'était pas proposée³⁰.

Enfin, la synthèse des travaux scientifiques réalisée par l'UNICEF n'a pas mis au jour de supériorité en termes de résultats parmi les différents modèles d'intégration, car le contexte s'avère un facteur de réussite déterminant.

Optimiser les campagnes de vaccination

Comme l'ont indiqué les recherches sur l'intégration des services, les cliniques mobiles et les campagnes de vaccination ciblées peuvent constituer, à elles seules, des outils efficaces pour atteindre les enfants, et plus particulièrement pour vacciner les enfants zéro dose. Dans de nombreux cas, ces approches ont permis d'améliorer la couverture vaccinale. Au Kenya et en Ouganda, par exemple, les campagnes de porte-à-porte réalisées par des agents de santé communautaires se sont accompagnées d'une hausse de la couverture vaccinale et d'une baisse du nombre d'enfants n'ayant pas reçu les doses de rappel des vaccins contre la rougeole et contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Toutefois, les initiatives d'intégration ont un coût non négligeable – du moins, dans un premier temps. Il s'agit d'un élément que les donateurs internationaux et les partenaires nationaux et locaux doivent prendre en compte, tout en ayant conscience qu'il sera nécessaire de réitérer ces efforts à long terme pour parvenir à réduire le nombre d'enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés dans le monde.

Mobiliser les communautés

Outre l'accent placé sur l'intégration des services de vaccination dans les systèmes de soins de santé primaires, le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* insiste à juste titre sur l'importance de la mobilisation des communautés³¹.



Agente de santé bénévole, Mahainue Marma (à droite) fournit des services de vaccination de routine dans la région rurale reculée de Thanchi, au Bangladesh. La mise à disposition de vaccins au sein même des communautés constitue un moyen d'atteindre les enfants zéro dose.
© UNICEF/U.S. CDC/
UN0723022/Fabeha Monir

PAKISTAN

Une confiance qui se gagne : La fourniture de services intégrés fait changer les mentalités sur le vaccin contre la polio

Il fut un temps où Halima aurait lâché le chien sur quiconque se serait présenté à sa porte avec des vaccins contre la poliomyélite (polio) pour ses petits-enfants.

Mais Saima Gul n'est pas n'importe qui.



Peu à peu, une agente de santé a gagné la confiance d'Halima et l'a convaincue de l'importance de la vaccination contre la poliomyélite, à tel point que la grand-mère a accepté que ses petites-filles, Iman, 4 ans, et Ayd, 18 mois, se fassent vacciner.

© UNICEF/UN0756301/Bukhari

Pendant deux ans, Saima s'est rendue au domicile d'Halima à Gujro, dans la périphérie de Karachi. Elle lui a fourni gratuitement médicaments et moustiquaires. Elle s'est adressée à elle en pachto, la langue parlée par de nombreuses familles du quartier.

Lors d'une visite, Saima s'est rendu compte qu'Halima avait une allergie cutanée, et elle a emmené la grand-mère âgée de 50 ans au centre de santé voisin de Jannat Gul. Là-bas, Halima a été soignée pour son allergie, mais aussi pour ses problèmes de genoux. Les soins qu'elle a reçus l'ont convaincue de faire confiance à Saima et au centre – à tel point qu'elle les a autorisés à vacciner ses petites-filles Iman, 4 ans, et Ayd, 18 mois, contre la polio.

« Seul le fer peut faire plier le fer », explique Halima. « Ici, on ne laisse pas entrer les étrangers... Saima est *pathan* (comprendre, pachtoune). C'est donc une *Pathan* qui remet une autre *Pathan* dans le droit chemin. »

En tant qu'agente de première ligne contre la polio pour le compte de l'administration locale – l'Union Council –, Samia fait partie d'un programme de fourniture de services intégrés (FSI) qui couple la vaccination contre la polio avec de nombreux autres services : santé, nutrition, approvisionnement en eau, assainissement et hygiène, et enregistrement des naissances.

Ce programme constitue une réponse aux réclamations des parents et des personnes en charge d'enfants issues des communautés pauvres, dont les demandes d'amélioration des services d'eau, d'assainissement ou de soins de santé élémentaires étaient trop souvent ignorées. Il émane également du constat que la poliomyélite a une prévalence plus élevée dans les franges de la population les plus défavorisées.

Au Pakistan, le programme d'éradication de la polio fournit des services intégrés aux 43 Union Councils les plus exposés à la maladie. Quartier d'environ 650 000 habitants de la ville de Karachi, dans la province du Sind, Gujro a été choisi en raison de sa résistance historique, pour des raisons politiques, religieuses et culturelles, à la vaccination contre la polio – une maladie qui autrefois terrifiait les populations du monde entier, et qui a pratiquement disparu aujourd'hui.

À Gujro, le programme FSI a contribué à une baisse significative du nombre de personnes refusant de faire vacciner leurs enfants contre la polio : on ne comptait plus que 1 209 refus en 2022, contre 4 254 en 2019 (soit un déclin de 72 %). Ainsi, Gujro et la région de Karachi sont restés exempts de poliomyélite lorsque celle-ci a refait surface au Pakistan au bout de 15 mois (d'avril à décembre 2022, il y a eu 20 cas déclarés dans le pays).

La fourniture de services intégrés au Centre de santé pour la mère et l'enfant (MCHC) de Jannat Gul a commencé en 2019 avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, du Rotary International, de l'UNICEF et de l'Organisation mondiale de la Santé. Le MCHC propose désormais des services pédiatriques, de nutrition, de planning familial, de bilan prénatal, d'accouchement, de technique de la mère kangourou pour les bébés nés avec une insuffisance pondérale, d'enregistrement des naissances et de vaccination essentielle. Il comprend en outre six dispensaires et des usines de filtration d'eau, et fournit des services de santé hors site dans le cadre des campagnes de lutte contre la polio.

« Quand nous avons commencé, le [service ambulatoire] accueillait 25 patients par jour », se souvient la pédiatre Quratulain Janjua, participante du programme FSI. « Aujourd'hui, c'est plutôt 500 à 600. Nous avons organisé des réunions de sensibilisation et, au fur et à mesure, les patients ont commencé à affluer. »

Gulmina, une mère originaire d'Afghanistan installée dans la région, raconte qu'elle avait d'abord refusé de faire vacciner son aîné contre la polio. Mais un agent de santé l'a convaincue de se rendre au centre, où elle a donné naissance à son quatrième enfant. Depuis, elle y amène tous ses enfants pour des bilans, et les a tous fait vacciner contre la polio et les autres maladies évitables par la vaccination. Elle a également parlé du centre MCHC de Jannat Gul à des membres de sa famille.

« Je suis satisfaite des soins que j'y reçois », dit-elle. « Ma belle-sœur et d'autres femmes de notre famille ont également accouché au centre. » ■

Selon des données probantes significatives, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions axées sur la vaccination par les membres de la communauté desservie sont un moyen d'en accroître l'équité et l'efficacité.

En effet, selon des données probantes significatives, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions axées sur la vaccination par les membres de la communauté desservie sont un moyen d'en accroître l'équité et l'efficacité³². Par ailleurs, la participation des dirigeants communautaires et des responsables religieux permet d'obtenir des renseignements de l'intérieur sur les obstacles à la vaccination propres à la région concernée et de s'assurer que les services sont adaptés sur le plan culturel³³. Enfin, cette mobilisation peut également contribuer à endiguer les rumeurs et les fausses informations qui circulent et faire naître un élan de soutien général en faveur de la vaccination.

Les agents de santé communautaires et d'autres bénévoles locaux, qui font le lien entre les services de vaccination et les enfants et les familles³⁴, jouent eux aussi un rôle crucial qui peut être renforcé. Par exemple, l'intervention systématique des agents de santé communautaires pourrait servir à localiser les enfants difficiles à atteindre³⁵, tandis que le recours aux technologies à bas coût comme les téléphones mobiles pourrait favoriser la communication avec les enfants, les familles et les autres agents de santé.

Soutenir les agents de santé

Aux quatre coins du monde, ce sont les agents de santé qui détiennent la clé de la réussite des programmes de vaccination. En effet, leur rôle est primordial pour garantir la santé des enfants et des communautés. Il s'avère donc fondamental de les soutenir dans le cadre de tout effort visant à améliorer la couverture vaccinale et à renforcer les soins de santé primaires.

Si la stratégie de l'OMS sur les personnels de santé à l'horizon 2030 est notamment axée sur la hausse des effectifs du secteur dans les pays à revenu faible et intermédiaire³⁶, renforcer les rangs ne suffit pas : la formation revêt également une grande importance. D'après les données probantes, la formation en matière de gestion intégrée des maladies infantiles améliore les compétences du personnel soignant dans les domaines de la vaccination, de la nutrition et d'autres interventions essentielles à la santé et au bien-être des enfants³⁷.

Par ailleurs, il est impératif de garantir aux agents de santé un salaire avantageux et régulier, des conditions de travail décentes et des perspectives d'avancement. Il est également établi qu'une supervision claire et bienveillante et la mise en place de mécanismes de responsabilité pour le personnel de direction constituent des stratégies essentielles pour renforcer le personnel de santé dans les régions insuffisamment desservies des pays à revenu faible et intermédiaire³⁸.

Mettre fin aux inégalités entre femmes et hommes parmi les effectifs de santé nécessite de modifier les structures de rémunération de façon à éviter les contrats de courte durée, ainsi que les financements ponctuels et intermittents, et de fournir davantage d'occasions d'emplois reconnus, à temps plein³⁹. En outre, la mise en place de parcours d'éducation établis est indispensable pour que les agentes de santé, communautaires notamment, bénéficient de possibilités de développement professionnel et de formation. L'élimination des inégalités entre les genres dans le secteur de la santé passe aussi par l'autonomisation des femmes dans leur travail et leur carrière⁴⁰, c'est pourquoi il sera nécessaire de mener des analyses approfondies sur la question et d'investir pour que les femmes aient la possibilité de se former et ainsi d'accéder aux catégories professionnelles supérieures dans le domaine des soins de santé. Enfin, une plus grande transparence sera de mise en ce qui concerne la rémunération des femmes et des hommes⁴¹.

Mettre fin aux inégalités entre femmes et hommes parmi les effectifs de santé nécessite de modifier les structures de rémunération de façon à éviter les contrats de courte durée, ainsi que les financements ponctuels et intermittents, et de fournir davantage d'occasions d'emplois reconnus, à temps plein.

Dans le cadre de ces efforts, il conviendra de prêter une attention particulière au rôle des agents de santé communautaires. En effet, bien que leurs actions soient reconnues indispensables, ces derniers disposent rarement des ressources nécessaires pour exploiter pleinement leur potentiel. Trop souvent non rémunérés ou sous-payés, ils travaillent sans la formation et les protections qui accompagnent la reconnaissance officielle du statut de professionnel de santé⁴².

Pour mieux s'appuyer sur les agents de santé communautaires, il est nécessaire de recueillir davantage d'informations sur leur nombre, leur contribution aux services de vaccination et le salaire qu'ils perçoivent (ou non) en contrepartie de leur travail⁴³. Les investissements dans des programmes de santé communautaires offrent un rendement multiplié par dix en termes d'amélioration de la santé, de décès évités et de hausse de la productivité⁴⁴. Il est par conséquent essentiel que le rôle des agents de santé communautaires soit reconnu et régularisé au sein des systèmes assurant la prestation de services de vaccination et de soins de santé primaires. Leur travail doit être rémunéré en adéquation avec la formation suivie, les fonctions exercées et la complexité des tâches qui leur sont confiées.

Prochaines étapes

Ces dernières décennies, les structures de vaccination infantile en place ont pu compter sur un engagement fort des gouvernements nationaux et locaux, d'une part, et des partenaires internationaux, d'autre part. L'unification des objectifs en matière de vaccination s'est également avérée bénéfique, et a ainsi permis de protéger plusieurs millions d'enfants contre la maladie et de prévenir de nombreux décès. Néanmoins, beaucoup trop d'enfants n'ont toujours pas accès aux vaccins et d'importants retards de vaccination se sont par ailleurs accumulés durant la pandémie de COVID-19.

Pour rattraper ce retard et accélérer les progrès vers les objectifs mondiaux en matière de vaccination, il conviendra d'agir sur plusieurs plans en adaptant spécialement les solutions aux besoins des familles et des communautés et, par-dessus tout, d'intégrer en profondeur les mesures déployées en faveur de la vaccination dans les services de soins de santé primaires ou vice versa.

Pour porter ses fruits, cette démarche devra non seulement être éclairée par les connaissances et expertises locales, mais aussi et surtout s'appuyer sur du personnel de santé – y compris des agents de santé communautaires – rémunéré, qualifié et outillé pour atteindre les enfants vivant dans les communautés difficiles d'accès.

INDE

Vers le sommet : Des agents de santé parcourent des chemins difficiles pour administrer les vaccins

Dans les montagnes de l'est de l'Inde, où le soleil se lève, la journée de vaccination de Dematso Khamblai commence bien avant l'aube.

À 3 h 30, Dematso quitte son domicile de Yatong et se

dirige vers le centre de santé local. Là-bas, il fait le plein de vaccins qu'il glisse dans un sac isotherme gris. À 4 h 30, il prend la route et conduit sa moto le plus loin possible sur les routes cabossées du district d'Anjav dans l'État de l'Arunachal Pradesh.



C'est à pied que Dematso Khamblai franchit montagnes et rivières pour approvisionner en vaccins une région rurale reculée de l'Inde. Avec son équipe du système de vaccination alternatif, il a contribué à la réussite des programmes de vaccination.

© UNICEF/UN0732860/
Bannerjee VII Photo

Lorsque la route s'arrête, il entame son périple à pied à travers les coteaux, les vallées et les ponts suspendus instables. Sa mission : vacciner la population de villages nichés dans les montagnes de cette région du nord-est de l'Inde.

« Les montagnes sont escarpées et il faut faire très attention quand on marche », explique Dematso.
« Pendant la saison des moussons, c'est dangereux, car les chemins sont glissants. Les glissements de terrain sont également fréquents à cette période, et le trajet est difficile. »

Le nord-est de l'Inde, connu pour la beauté de ses paysages et ses terrains escarpés, met à rude épreuve les agents de santé qui s'efforcent de garantir que tous les enfants reçoivent les vaccins nécessaires. L'altitude de ses montagnes, la profondeur de ses gorges et la densité de ses forêts, combinées à des conditions météorologiques imprévisibles, pavent de dangers le trajet pour atteindre les communautés vulnérables.

Les vaccinateurs qui entreprennent ce périple doivent faire preuve d'habileté, de courage et de patience pour transporter les vaccins et les maintenir à la bonne température le long de ces sentiers tortueux et périlleux.

Dematso est membre du système de vaccination alternatif de la région, composé d'un groupe d'agents de santé qui acheminent les vaccins dans les régions rurales les plus isolées du monde. La plupart des villages dont la vaccination est effectuée par l'équipe de Dematso sont inaccessibles par la route, ce qui signifie que les agents de santé doivent souvent traverser des rivières tumultueuses sur des ponts suspendus en bois.

« Auparavant, il n'existait pas d'établissement de santé ici », raconte Kheti Meyor, un *Gaon Burha* (ancien) de Kaho. « Mais à présent, Dematso Khamblai et les membres de son équipe nous rendent visite régulièrement pour vacciner les enfants. »

Sushma Meyor, une habitante de Kaho, explique que l'équipe veille à ce que son fils de 8 mois soit vacciné.

« Ils viennent et nous expliquent tout », précise-t-elle.
« Ils nous donnent également la date du prochain vaccin. Nous n'avons à nous inquiéter de rien. L'équipe arrive au moment prévu et vaccine les enfants. »

Pour vacciner les enfants du district d'Anjaw, l'absence de route et les longues distances à parcourir ne sont pas les seules difficultés à surmonter.

Les villages étant situés loin de tout, peu d'enfants naissent dans des établissements de santé, et peu de familles enregistrent la naissance de leurs enfants, explique le D^r S. Nayil, responsable de santé du district, spécialisé dans la santé procréative et dans la santé de l'enfant. En outre, en raison d'une mauvaise connexion à Internet, il est difficile de tenir les dossiers à jour. L'inaccessibilité et la méconnaissance des vaccins compliquent également la microplanification.

Ainsi, l'équipe du système de vaccination alternatif et les agents de santé doivent également enregistrer les naissances dans les villages où ils se rendent. Grâce aux informations recueillies, les autorités sanitaires du district peuvent garder une trace des antécédents vaccinaux des enfants et planifier la vaccination à l'échelle des villages. L'équipe de Dematso informe désormais directement les parents et les personnes qui s'occupent des enfants des vaccins dont il est possible de bénéficier par la suite. Résultat : une couverture vaccinale universelle pour les enfants du district, affirme le D^r Nayil.

Au plus fort de la pandémie de COVID-19, les équipes du système de vaccination alternatif étaient soumises à un stress extrême. Au lieu de passer sept à huit jours par mois sur les chemins de montagne de cette région reculée, ses membres se rendaient dans les villages à pied au moins 20 jours par mois.

Pour ne rien simplifier, les populations sont dispersées dans les montagnes.

« Pour atteindre certains villages du district d'Anjaw, il faut marcher sept à huit heures », poursuit le D^r Nayil.
« Les équipes sont vraiment motivées, et c'est grâce à cette motivation que nous avons atteint nos objectifs jusqu'ici. »

Malgré les nombreuses heures de marche et les dangers liés à la mousson et aux glissements de terrain, Dematso affirme avoir trouvé un sens à son travail.

« Auparavant, j'avais le sentiment que mon travail était une série d'instructions à suivre, affirme-t-il. Désormais, j'estime que je porte une responsabilité. »

Alors que le soleil se couche sur les montagnes, ces agents de santé rentrent chez eux, épuisés mais heureux de savoir qu'ils ont aidé leur communauté. Leur travail est aussi difficile qu'épanouissant et gratifiant.

Grâce à leurs efforts, davantage d'enfants dans le nord-est de l'Inde ont reçu les vaccins dont ils ont besoin pour rester en bonne santé et s'épanouir. ■



En Pologne, Mykyta, 6 ans, montre le bras dans lequel on lui a injecté des vaccins pour le protéger contre diverses maladies. Originaires d'Ukraine, Mykyta et sa famille ont été contraints de fuir la région de Kyiv en proie au conflit.

© UNICEF/U.S. CDC/
UN0715423 /Kasia Strek

Comment instaurer un climat de confiance à l'égard des vaccins ?

La décision de faire vacciner un enfant dépend, en partie, du niveau de confiance qu'accordent ses parents ou la personne s'occupant de lui au gouvernement, au système et au personnel de santé, aux fabricants et aux vaccins eux-mêmes. Fait inquiétant, on observe les signes d'une baisse de confiance à l'égard des vaccins dans de nombreux pays. Pour contrer cette tendance, il est nécessaire d'intensifier les efforts destinés à rassurer les parents et les personnes ayant la charge d'enfants, en s'appuyant notamment sur la mobilisation et l'adhésion des communautés, l'écoute sociale, l'éducation à la vaccination, ainsi que sur l'autonomisation des femmes et des filles.

Divers facteurs contribuent à déterminer si un enfant est vacciné ou non, notamment le caractère abordable, la disponibilité et l'accessibilité des services, en particulier pour les communautés les plus marginalisées (voir chapitre 2). Toutefois, même si les parents et les personnes s'occupant d'enfants ont la possibilité de faire vacciner leurs enfants, encore faut-il qu'ils en témoignent la volonté. La motivation s'avère donc essentielle. Or, en dépit des preuves solides attestant des bienfaits de la vaccination, la crainte, l'ambivalence ou l'opposition catégorique à l'égard des vaccins peut s'installer chez les familles et les communautés.

Les données recueillies avant et après le début de la pandémie de COVID-19 suggèrent que la perception de l'importance de faire vacciner les enfants a diminué dans de nombreux pays – un signe qui s'avère d'autant plus préoccupant qu'un manque de confiance à l'égard des vaccins pourrait compliquer davantage la concrétisation des objectifs mondiaux en matière de vaccination infantile.

La confiance accordée aux vaccins peut fluctuer sous l'effet de divers facteurs tels que les rumeurs, les fausses informations et les publications sur les médias sociaux, ainsi qu'au regard de problématiques plus vastes comme l'expérience, la confiance dans le gouvernement et la polarisation politique¹. Par conséquent, il est indispensable de nouer des relations étroites avec les communautés de sorte à comprendre les informations qui leur parviennent et les inquiétudes qu'elles nourrissent à propos des vaccins, et d'échanger avec elles pour instaurer le climat de confiance dont les parents et les personnes ayant la charge d'enfants ont besoin pour franchir le pas.



Dans le cadre d'une campagne de recherche active à des fins de vaccination, des agents ont été envoyés dans chaque quartier de Campina Grande, au Brésil, afin d'identifier les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés âgés de moins de 5 ans, de les orienter vers des services de vaccination et de surveiller les taux de couverture vaccinale.
© UNICEF/UN0760834/
Coutinho

Une confiance ébranlée

Outre l'accessibilité, la disponibilité et le caractère abordable de la vaccination, la confiance est un facteur déterminant dans la décision de faire ou non vacciner les enfants. Les personnes qui s'occupent de ces derniers, notamment les parents, doivent comprendre les bienfaits de la vaccination pour pouvoir considérer cette dernière comme un élément essentiel des soins à prodiguer à leurs enfants. Les études montrent qu'un degré élevé de confiance est fortement corrélé à l'acceptation des vaccins². À l'inverse, l'ambivalence ou la réticence à l'égard de la vaccination peut empêcher les enfants de recevoir des vaccins vitaux.

Les vaccins ont toujours suscité une certaine méfiance³, et ce, pour des raisons multiples et changeantes. De plus, il est bien connu que la confiance à l'égard des vaccins est volatile⁴ et que toute tendance s'inscrit dans un contexte temporel et géographique particulier.

Néanmoins, on observe les signes préoccupants d'une baisse de confiance à l'égard des vaccins dans certains pays (voir figure 4.1). D'après les données transmises aux fins du présent rapport par le Vaccine Confidence Project (London School of Hygiene & Tropical Medicine), la confiance quant à l'importance de faire vacciner les enfants a diminué dans l'ensemble des 55 pays étudiés, sauf trois⁵. Au contraire, la perception de l'importance de la vaccination infantile a progressé dans certains pays très peuplés, notamment en Chine et en Inde.

D'autres indicateurs de confiance évalués par le Vaccine Confidence Project, à savoir la perception de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins (voir encadré 7), accusent également une baisse, même si leur recul n'est pas aussi net qu'en ce qui concerne l'importance de la vaccination infantile.

En Afrique, tous les pays à l'étude ont affiché une baisse au regard des trois indicateurs évalués. En Amérique du Sud, le tableau est plus mitigé, car certains pays n'ont pas enregistré de baisse significative quant à l'importance de la vaccination infantile et à l'innocuité des vaccins. Si la perception de l'importance de la vaccination infantile a reculé en Europe, les résultats sont en revanche plus nuancés au sujet de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins, avec une amélioration ou une absence d'évolution de ces indicateurs dans certains pays.

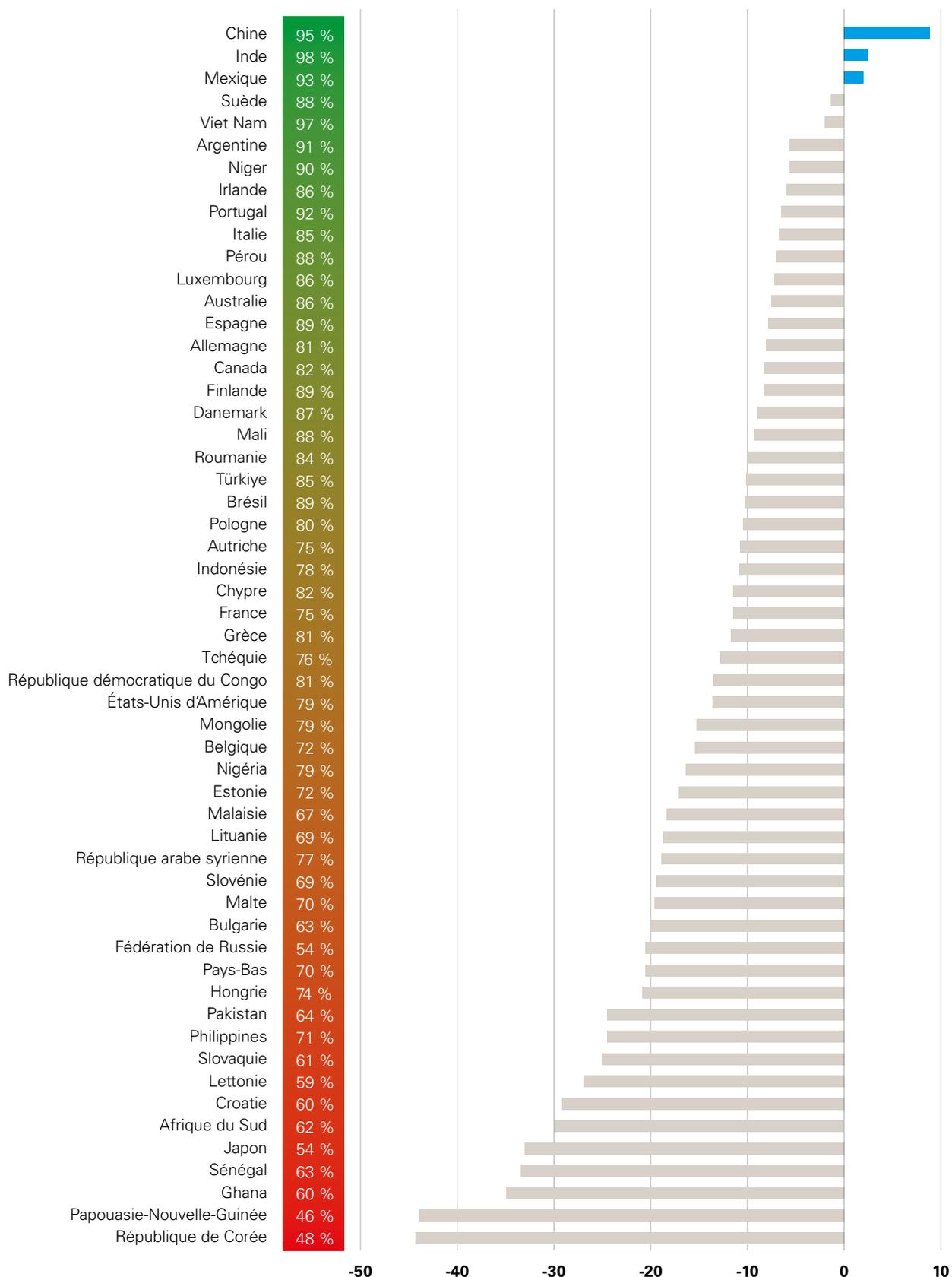
Par ailleurs, des différences liées au genre et à l'âge ont été mises au jour concernant la perception de l'importance de la vaccination infantile (voir figures 4.2 et 4.3). À titre d'exemple, une baisse plus marquée a été observée dans le groupe d'âge des moins de 35 ans et parmi les femmes. Bien qu'il existe des écarts en fonction des pays, ces données soulignent la nécessité d'axer les initiatives en faveur de la vaccination sur le comportement humain pour parvenir à atteindre chaque enfant.

De manière plus générale, davantage de travaux de recherche et de données sont nécessaires pour mieux suivre l'évolution de la confiance à l'égard des vaccins, y compris en temps réel, de façon à adapter les interventions en tenant compte de la nature volatile de la confiance et du contexte géographique des tendances en la matière.

Outre l'accessibilité, la disponibilité et le caractère abordable de la vaccination, la confiance est un facteur déterminant dans la décision de faire ou non vacciner les enfants.

Figure 4.1. L'importance perçue de la vaccination infantile a décliné après le début de la pandémie

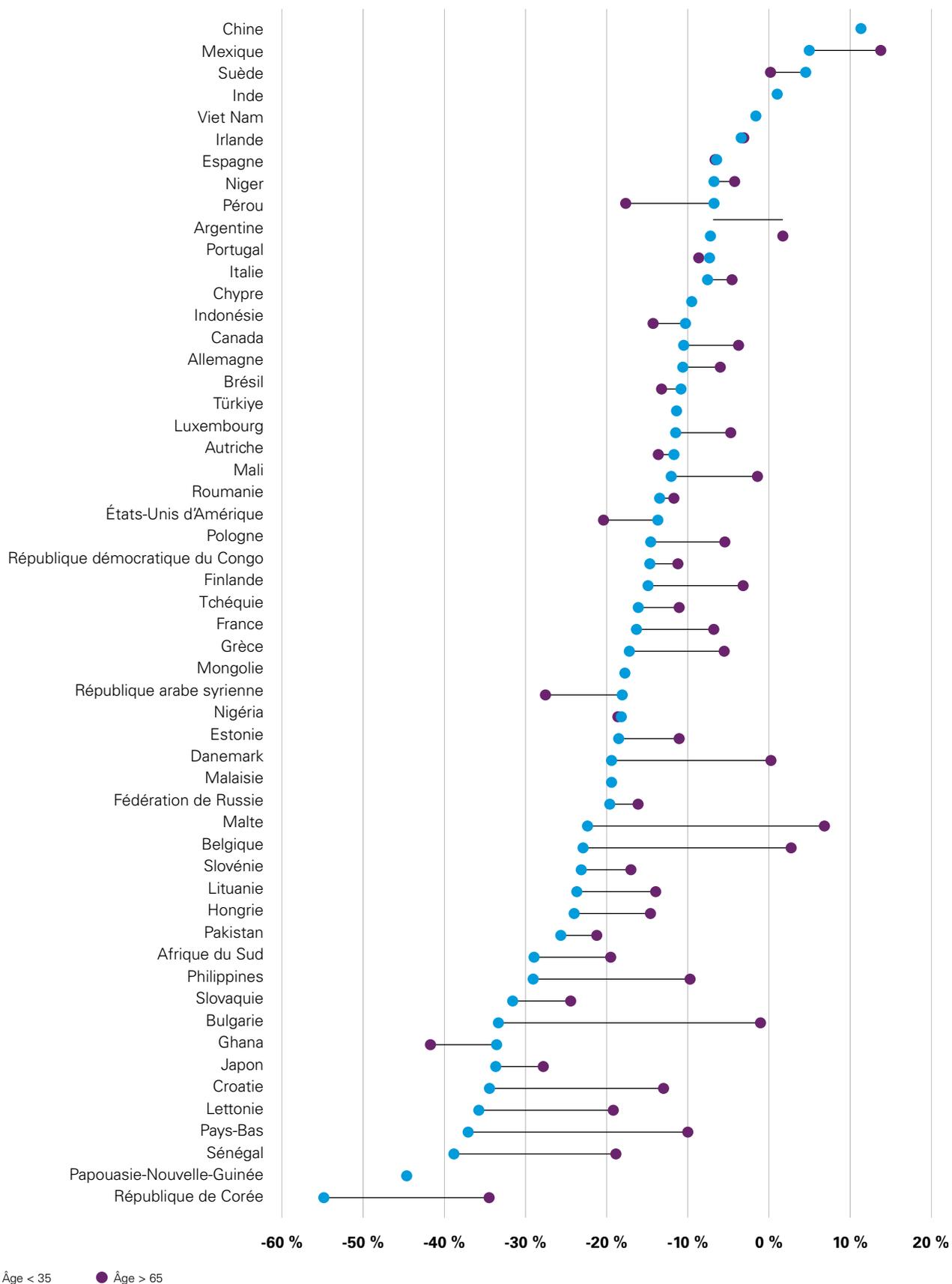
Pourcentage de la population estimant à l'heure actuelle que la vaccination infantile est importante et évolution, en points de pourcentage, avant et après le début de la pandémie



Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les données issues de : The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2022.

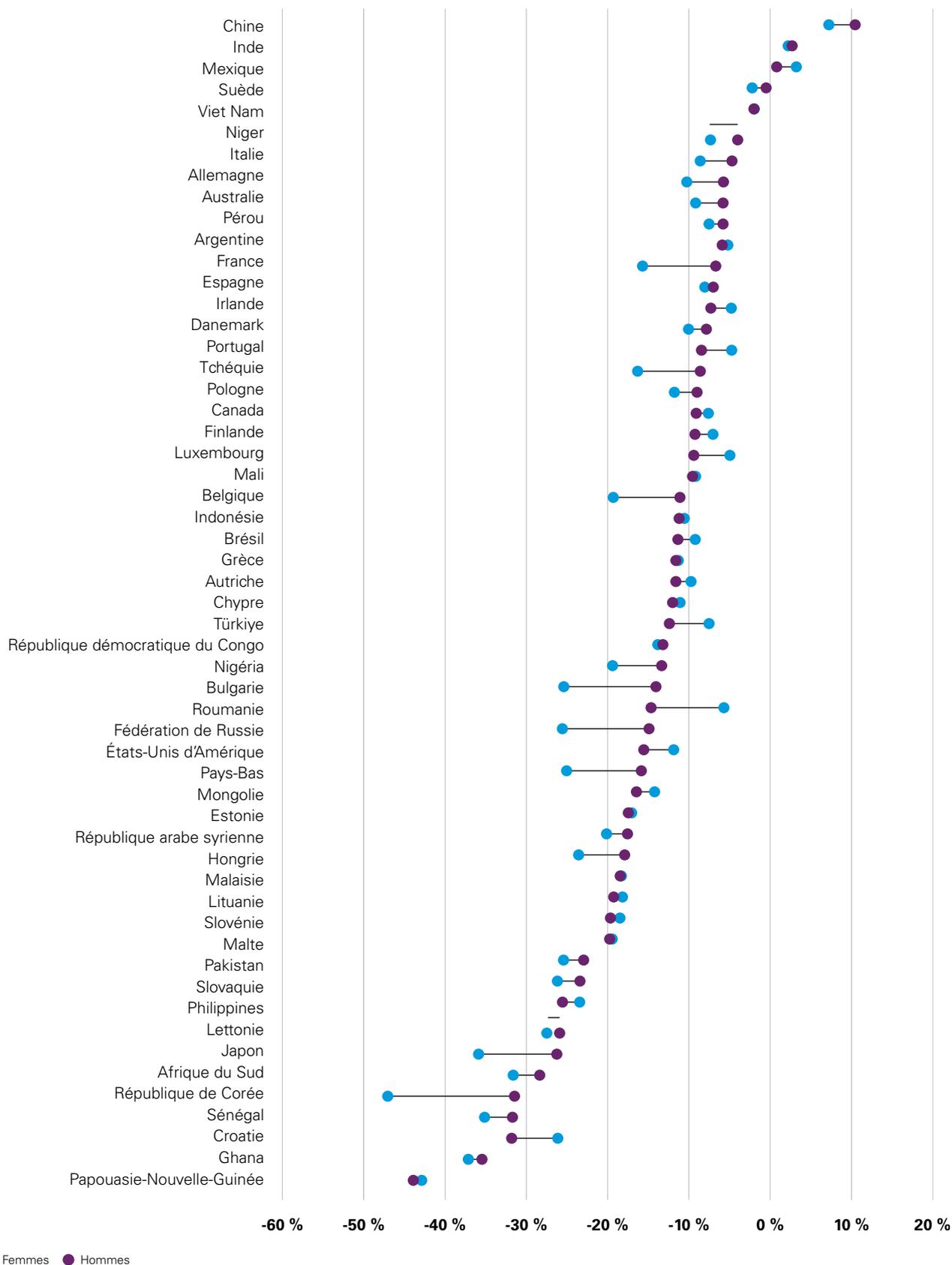
Figure 4.2. Les personnes âgées de moins de 35 ans étaient plus susceptibles d'être moins convaincues de l'importance de faire vacciner les enfants après le début de la pandémie, comparativement aux personnes âgées de plus de 65 ans

Évolution en points de pourcentage des personnes interrogées ayant déclaré qu'il est important de faire vacciner les enfants, par groupe d'âge



Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les données issues de : The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2022.

Figure 4.3. Dans la plupart des pays, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être moins convaincues de l'importance de faire vacciner les enfants après le début de la pandémie
 Évolution en points de pourcentage des personnes interrogées ayant déclaré qu'il est important de faire vacciner les enfants, par genre



Source : Analyse de l'UNICEF fondée sur les données issues de : The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2022.

Les effets de la COVID-19

Pourquoi la confiance s'est-elle érodée ? Si la réticence à la vaccination fait partie des préoccupations recensées de longue date par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁶, la pandémie de COVID-19 a donné au problème une nouvelle dimension d'envergure mondiale.

L'incertitude relative à l'évolution de cette pandémie et à la riposte mondiale, ainsi que l'introduction rapide de nouveaux vaccins, ont probablement joué un rôle dans la baisse de confiance observée⁷. Le questionnement autour des vaccins a incité beaucoup de personnes à se renseigner sur Internet, où l'on trouve pêle-mêle des données ayant un véritable fondement scientifique et toutes sortes de fausses informations ou d'articles de désinformation⁸. La polarisation politique croissante dans de nombreuses sociétés et la perte de confiance à l'égard des experts constituent par ailleurs d'autres facteurs potentiels à long terme⁹.

Même si les pires effets de la pandémie ont commencé à s'estomper dans la majeure partie du monde, les facteurs sapant la confiance à l'égard des vaccins ont toutes les chances de perdurer encore longtemps. C'est pourquoi les conclusions du Vaccine Confidence Project insistent sur la nécessité de prendre ces problèmes à bras-le-corps de toute urgence.

Vaccination : Les facteurs incitatifs et dissuasifs

Pour rétablir la confiance, il est indispensable de comprendre ce qui incite ou dissuade les parents et les personnes s'occupant d'enfants d'inscrire la vaccination au rang de leurs priorités. Si la facilité d'accès, le caractère abordable et le faible coût d'opportunité entrent en ligne de compte, un ensemble complexe d'autres éléments pèse dans la décision de consacrer ou non le temps et les ressources nécessaires pour faire vacciner ses enfants.

Confiance : La conviction personnelle de l'importance, de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins et le fait de se fier aux systèmes qui les mettent au point, les distribuent, les achètent et les administrent jouent un rôle essentiel dans la décision de faire vacciner ses enfants.

Sensibilisation et accès à l'information : Les fausses informations et les théories du complot nuisent de plus en plus à l'opinion publique à l'égard des vaccins. Les parents et les personnes s'occupant d'enfants qui obtiennent des réponses factuelles à leurs questions et à leurs préoccupations, données probantes à l'appui, ont plus de chances d'avoir confiance dans les vaccins.

Passivité : La passivité désigne la tendance à occulter ou à repousser la vaccination lorsque le risque perçu de maladie ou de décès est faible, en faisant passer d'autres responsabilités ou priorités au premier plan. Des études indiquent que la passivité à l'égard de la vaccination diminue dès lors que le risque de maladie ou de décès est reconnu.

Rapport bénéfices/risques : Les parents ou les personnes s'occupant d'enfants doivent déterminer si les avantages du vaccin sont supérieurs aux coûts (déplacement compris) ou aux risques liés à la vaccination de l'enfant.

Encadré 7

Analyser la confiance à l'égard des vaccins

Depuis plus de dix ans, le Vaccine Confidence Project (VCP) de la London School of Hygiene & Tropical Medicine suit l'évolution de la confiance à l'égard des vaccins à partir d'enquêtes nationales représentatives. Les questionnaires sont recueillis en collaboration avec ORB International, ainsi qu'avec les Centres africains de prévention et de contrôle des maladies, la Commission européenne, l'OMS, le Philippine Survey and Research Center, l'UNICEF et Wellcome Global Monitor.

Les données présentées dans ce rapport sont issues d'une étude rétrospective menée à grande échelle sur l'évolution de la confiance à l'égard des vaccins entre 2015 et novembre 2019, et depuis 2021. Les perceptions individuelles concernant l'importance, l'innocuité et l'efficacité des vaccins ont été évaluées sur l'échelle de Likert (réponses allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Seules les données détaillées relatives à l'importance de la vaccination sont décrites dans le présent rapport. L'évolution de la confiance à l'échelle nationale a été évaluée pour les populations échantillonnées et au sein de sous-groupes démographiques à l'aide de tests statistiques (Wilcoxon-Mann-Whitney, avec ajustement des valeurs p par la méthode de Bonferroni).

Les données figurant dans ce rapport font partie d'un ensemble de données plus vaste rassemblées par le VCP. Pour garantir une analyse robuste des variations dans le temps, seules les données « de même nature » ont été utilisées, les autres étant exclues (en particulier dans les cas où les réponses sur l'échelle de Likert n'étaient pas directement comparables).

Contrairement à certaines autres études s'appuyant sur les données du VCP, aucune modélisation n'a été appliquée ici. →

→ Les données n'ont pas non plus été pondérées. (Dans la figure 4.1, par exemple, la pondération produit des résultats comportant une différence moyenne de 0,4 point de pourcentage ; dans le cas de quatre pays, cette différence s'élève à entre 2 et 4,7 points de pourcentage.) Ces facteurs peuvent expliquer pourquoi les résultats détaillés dans le présent rapport varient quelque peu en comparaison d'autres analyses fondées sur les données du VCP.

Les données et conclusions présentées ici ont été communiquées par le VCP et figureront prochainement dans le document *Global Declines in Vaccine Confidence from 2015 to 2022: A large-scale retrospective analysis* (à paraître).

Commodité : La facilité d'accès aux services de vaccination peut également influencer sur la vaccination ou l'absence de vaccination d'un enfant. D'après une étude menée en 2021 au Nigéria, le fait d'habiter à plus de 30 minutes d'un centre de vaccination diminuait les chances qu'un enfant reçoive tous ses vaccins¹⁰.

Responsabilité collective : La responsabilité collective désigne la vision commune, l'esprit collectiviste et le sens de l'empathie dont fait preuve une personne qui souhaite avoir recours aux vaccins pour favoriser l'immunité collective et protéger autrui. L'absence d'une telle motivation se traduit par une moins bonne acceptation des vaccins.

Contraintes : Certaines croyances culturelles ou religieuses peuvent faire obstacle à la confiance et à la décision de faire vacciner les enfants, au même titre que la langue ou une compréhension insuffisante du fonctionnement des systèmes de soins de santé.

Conformité : Parfois, ce sont les politiques de vaccination, telles que le fait de rendre les vaccins obligatoires pour fréquenter les écoles et les garderies ou pour exercer certains métiers, qui influencent la décision des parents et des personnes s'occupant d'enfants.



Kowther Abdikadir, 24 ans, est agente de santé clinique en Somalie. Elle est en train de vacciner Muniish Cadan Ismail, en confiance sur les genoux de sa mère, Zeynab Mohamed Farah. Les actions de proximité sont particulièrement importantes pour atteindre les mères qui ne peuvent pas se rendre dans un centre de santé.

© UNICEF/UN0758717/Ekpu VII Photo

Les conséquences

Si les raisons expliquant la non-vaccination des enfants peuvent s'avérer complexes, une telle décision a pour conséquence directe d'accroître le risque de maladie et de décès¹¹.

L'un des cas les plus notoires d'effondrement de la confiance à l'égard des vaccins a été observé en 1998, à la suite de la parution d'un article établissant un lien entre l'autisme et le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (vaccin ROR)¹². Si cet article a été réfuté, puis retiré, l'effet amplificateur des médias sociaux a fait perdurer les fausses informations qu'il véhiculait. Au Royaume-Uni, où l'article a été publié initialement, les taux de vaccination atteignaient 92 % en 1998, tandis qu'ils ne s'élevaient plus qu'à 79 % en Angleterre en 2003¹³.

Une erreur mortelle aux Samoa a eu pour autre conséquence délétère d'amenuiser la confiance à l'égard du vaccin contre la rougeole après qu'une flambée épidémique de la maladie au cours de la période 2019-2020 a fait 83 victimes, principalement parmi les jeunes enfants¹⁴. Cette dernière s'est déclarée à la suite du décès de deux enfants qui avaient reçu par mégarde un vaccin ROR mélangé avec le mauvais diluant. S'est alors produit un effondrement catastrophique des taux de vaccination infantile contre la rougeole, qui ont régressé à 31 %.

Aux Philippines, la crainte de certains risques inhérents à un nouveau vaccin contre la dengue a engendré une chute abrupte de la confiance quant à l'importance des vaccins, laquelle est passée de 93 % en 2015 à 32 % en 2018¹⁵. Résultat, les parents et les personnes s'occupant d'enfants n'ont fait vacciner leurs enfants contre aucune maladie. En 2019, une envolée des cas de rougeole a été observée dans différentes régions du pays¹⁶.

Les médias sociaux peuvent également être un puissant vecteur de désinformation, comme l'a démontré la circulation d'une fausse vidéo au Pakistan, en 2019¹⁷. Ce montage vidéo montrant des images mises en scène d'enfants immobiles, allongés sur des lits d'hôpital, et mettant en cause le vaccin contre la polio a déclenché 24 000 interactions en 24 heures sur Twitter, d'après une étude de First Draft¹⁸. À Peshawar, dans la semaine qui a suivi la diffusion de cette vidéo sur les médias sociaux, environ 45 000 enfants ont été amenés à l'hôpital par leurs parents inquiets. La même semaine, un centre de santé de la ville a été incendié par la foule, entraînant la mort de deux policiers et d'un agent de santé. Cinq jours après la mise en circulation de ces fausses informations, les autorités ont suspendu leur campagne de lutte contre la polio¹⁹.

À l'ère de l'instantanéité de l'information – et de la désinformation, la confiance à l'égard des vaccins s'acquiert difficilement et se perd facilement. S'il est certain que la vaccination doit être disponible, accessible et abordable pour que les parents et les personnes ayant la charge d'enfants l'inscrivent au rang de leurs priorités, une étude récente montre que cet élément typiquement propre à chaque individu qu'est la confiance (à l'égard des vaccins et des structures d'approvisionnement, de livraison et de fourniture de ces derniers) pourrait peser de plus en plus dans la décision de faire vacciner les enfants.

Si les raisons expliquant la non-vaccination des enfants peuvent s'avérer complexes, une telle décision a pour conséquence directe d'accroître le risque de maladie et de décès.

KIRGHIZISTAN

Influence sociale : Quand les responsables religieux, les bénévoles et les agents de santé renforcent la confiance accordée aux vaccins dans les zones rurales

Bien que sa fille, Aila, ait été vaccinée peu après sa naissance, Meerim Omurkanova a hésité lorsqu'il a fallu lui injecter des doses de rappel.

« J'avais lu sur Internet que ces vaccins pouvaient entraîner une paralysie cérébrale et causer l'autisme », explique Meerim. « C'est pour cela que je ne voulais pas qu'elle soit vaccinée, au début. »



Mirlan Dezhyusubekov, imam au sein du village de Kaiyrma, au Kirghizistan, échange avec des parents au sujet de l'importance des vaccins. S'il n'émet aucun jugement d'un point de vue religieux, il explique aux familles que ses enfants et lui sont vaccinés.

© UNICEF/UN0758726/
Babajanyan VII Photo

Les fausses informations circulant sur Internet – et totalement démenties – ont fini par passer au second plan grâce à l’influence d’une source bien plus respectée : Mirlan Dezhyzubekov, l’imam de la mosquée du village de Kaiyrma, où vivent Meerim et sa famille.

« D’un point de vue religieux, on ne peut pas juger la décision d’un parent de faire vacciner ou non ses enfants », précise l’imam. « Mais j’explique aux familles que mes enfants et moi sommes vaccinés, et que tout le monde va bien. »

La méconnaissance des vaccins et la méfiance envers ceux-ci sont sources d’inquiétude au Kirghizistan, où un nombre croissant de refus de vaccination sont signalés au Centre républicain d’immunoprophylaxie du pays depuis 2016. En 2021, plus de 10 000 refus ont été enregistrés.

En 2020, la part de nourrissons ayant reçu une troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) s’élevait à 87 %, alors qu’il était de 95 % en 2019 et de 94 % en 2018.

Pour lutter contre ces refus, en 2019, le Centre républicain de promotion et de communication de masse pour la santé a lancé, à l’échelle nationale, une action visant à renforcer la confiance accordée aux vaccins et à augmenter la couverture vaccinale, avec l’aide de l’UNICEF et de Gavi, l’Alliance du Vaccin. L’initiative s’efforçait d’équiper des Comités sanitaires de village bénévoles, afin qu’ils coordonnent leur action avec les parents, les personnes ayant la charge d’enfants, les professionnels de santé et les responsables religieux.

« Lorsque nous avons commencé à communiquer [auprès des parents hésitants] sur le fait que les vaccins protègent contre 12 types d’infections et renforcent l’immunité de l’enfant, le protégeant tels de petits soldats, les adultes ont commencé à comprendre ce qu’était l’immunité », raconte Kulyash Beyshenbaeva, spécialiste au sein du Comité de promotion de la santé du district de Jayyl, dans le nord du Kirghizistan, qui coordonne 31 Comités sanitaires de village, notamment celui de Kaiyrma.

Ces actions de communication ont contribué à faire évoluer les mentalités de la population dans l’ensemble

du pays. Dans le district de Jayyl, sur les 486 familles qui avaient refusé la vaccination en 2022, 164 ont changé d’avis avant la fin de l’année.

De plus, la campagne de mobilisation sociale menée par l’UNICEF dans quatre des sept provinces du Kirghizistan a permis de faire changer d’avis des milliers de parents et de personnes ayant la charge d’enfants. Pendant cette campagne, plus de 2 000 enfants ont été vaccinés et inscrits sur les registres médicaux et nationaux.

Grâce à ces actions, le pays dispose d’un modèle dynamique de collaboration au niveau local entre parents, personnes ayant la charge d’enfants, personnel médical, bénévoles et responsables religieux, qui peuvent renforcer et entretenir la confiance accordée à la vaccination.

À Kaiyrma, la communication sur la vaccination est souvent initiée par Rysbuby Uturova, infirmière et unique agente de santé de ce village, qui compte environ 90 familles. M^{me} Uturova est formée à la communication interpersonnelle, qui suppose des compétences en mobilisation sociale. De fait, près d’un tiers du personnel médical travaillant dans les services de vaccination bénéficie d’une formation de ce type.

Le dispensaire de Rysbuby se trouve près de la mosquée où M. Dezhyzubekov officie en tant qu’imam. Cette proximité symbolise leur collaboration.

« [Rysbuby] et moi sommes voisins, et elle me fait parfois part de certains problèmes, me suggère de participer à leur résolution et de mener des actions d’information », explique l’imam.

Outre l’infirmière et l’imam, le Comité sanitaire du village joue également un rôle essentiel pour renforcer la confiance accordée aux vaccins. C’est ainsi que Susar Abdraeva, bénévole au sein du Comité, a entamé le dialogue avec Meerim Omurkanova au sujet de la vaccination d’Aila.

« Nous l’avons informée de l’utilité des vaccins et nous lui avons expliqué qu’ils permettaient d’éviter certaines maladies », raconte Susar.

Ces consultations ont influencé la décision prise par Meerim. Elle a fait vacciner sa fille et s’est consciencieusement rendue aux rendez-vous de suivi. ■

Renforcer la confiance à l'égard des vaccins

Le moyen le plus efficace de promouvoir la confiance à l'égard des vaccins consiste à déployer une approche complète s'articulant autour de plusieurs stratégies.

Le moyen le plus efficace de promouvoir la confiance à l'égard des vaccins consiste à déployer une approche complète s'articulant autour de plusieurs stratégies²⁰. La volonté politique et l'engagement national en faveur de la vaccination sont une condition *sine qua non* pour faire accepter les vaccins²¹. Par la suite, il s'avère primordial d'appréhender les tenants et les aboutissants de la confiance à l'égard des vaccins au sein de chaque communauté, de sorte à concevoir des interventions efficaces²². Les responsables des programmes de vaccination nationaux ou locaux doivent en effet comprendre les facteurs ou l'ensemble de facteurs qui peuvent faire obstacle : préoccupations quant à l'innocuité des vaccins, remise en question de leur efficacité ou questionnement à propos du rapport bénéfices/risques, entre autres exemples. Pour ce faire, la participation des représentants communautaires, des responsables des programmes, de spécialistes du comportement et d'autres parties prenantes est indispensable, tout comme la collecte, l'analyse et l'exploitation de données comportementales et sociales. Par ailleurs, il est important que les autorités sanitaires assument la responsabilité des résultats des programmes de vaccination, dont l'efficacité sera mesurée en comparant les taux réels de couverture vaccinale aux cibles prévues.

Mobilisation, dialogue et adhésion communautaires

L'un des principes clés du *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* est de veiller à ce que les initiatives de vaccination soient centrées sur l'humain. D'après un grand nombre de données probantes, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions axées sur la vaccination par les membres de la communauté desservie sont un moyen d'en accroître l'équité et l'efficacité²³. Par ailleurs, la participation des dirigeants communautaires et des responsables religieux permet d'obtenir des renseignements de l'intérieur sur les obstacles à la vaccination propres à la région concernée et de garantir que les services sont adaptés sur le plan culturel²⁴. Enfin, cette mobilisation peut également porter un coup d'arrêt aux rumeurs et aux fausses informations qui circulent et faire naître un élan de soutien général en faveur de la vaccination.

La collaboration avec les communautés locales peut en effet revêtir un grand intérêt pour orienter, concevoir et mettre en œuvre des interventions de vaccination efficaces, comme l'a démontré une étude menée dans la zone de Remo Nord, au Nigéria. Ce projet de recherche participative a fait appel à la collectivité (membres de la communauté, agents de santé de première ligne, fonctionnaires locaux) pour mettre au point des campagnes de vaccination²⁵ et mener les étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation en concertation avec les parties prenantes²⁶. Cette approche a donné des résultats spectaculaires, avec une hausse de 30 points de pourcentage de la proportion d'enfants de plus de 9 mois présentant un schéma vaccinal complet²⁷.

La confiance accordée aux vaccins, aux prestataires de santé et aux institutions, notamment aux autorités sanitaires et aux pouvoirs publics, est un fondement essentiel de la vaccination.

Selon certaines recherches, la formation informelle des responsables traditionnels et religieux peut également donner à ces derniers les moyens de promouvoir la vaccination. Dans le cadre d'une étude menée dans l'État de Cross River, au Nigéria, les responsables traditionnels et religieux ont d'abord suivi une formation en matière de leadership, de communication efficace, de vaccination et de mobilisation communautaire²⁸, avant de sensibiliser eux-mêmes la population sur le sujet de la vaccination lors de réunions publiques, en s'appuyant sur une synthèse de données réalisée par des agents de santé qualifiés. Cette action a fait progresser la proportion d'enfants ayant reçu au moins un vaccin et de ceux ayant reçu toutes leurs doses de vaccin pentavalent²⁹.

La confiance accordée aux vaccins, aux prestataires de santé et aux institutions, notamment aux autorités sanitaires et aux pouvoirs publics, est un fondement essentiel

de la vaccination³⁰. Le dialogue contribue à instaurer un climat de confiance et permet aux gens de partager leur ressenti et leurs inquiétudes sur la question. Il jette les bases nécessaires pour appréhender, individuellement et collectivement, l'importance vitale des vaccins. Dans les cas où le manque d'information ou de sensibilisation au sujet des vaccins s'est avéré une entrave majeure à l'acceptation de ces derniers, il a été prouvé que l'instauration d'un dialogue avec la population, par l'intermédiaire d'une personne de confiance, concernant les risques et les bénéfices de la vaccination est une solution efficace³¹. Les prestataires de santé sont les interlocuteurs qui inspirent systématiquement le plus confiance à l'égard des vaccins, et leurs recommandations constituent un puissant moteur d'acceptation³². C'est pourquoi il est particulièrement important de les encourager en ce sens et de doter les vaccinateurs (ainsi que les agents de santé communautaires qui leur prêtent main-forte) des ressources nécessaires pour entretenir des conversations fructueuses à propos de la vaccination.

Les interventions articulées autour de stratégies de mobilisation communautaire ont permis de surmonter les obstacles à la vaccination dans divers pays à revenu faible et intermédiaire, et s'avèrent une solution rentable. D'après l'examen de 61 études portant sur les stratégies de mobilisation communautaire, ces initiatives ont permis, conjointement, d'améliorer de 14 points de pourcentage le taux d'enfants ayant reçu tous leurs vaccins³³, et ce, à moindre coût : pour chaque point de pourcentage supplémentaire en termes de couverture vaccinale absolue des populations à l'étude, le coût unitaire des doses de vaccin par enfant s'élevait à 3,68 dollars É.-U.³⁴.

Les agents de santé de première ligne jouent un rôle crucial dans la mobilisation communautaire en faveur de la vaccination, d'après l'analyse d'interventions menées en Éthiopie, au Myanmar, au Nigéria et au Pakistan³⁵. Ces dernières sont en effet parvenues à remporter l'adhésion en ciblant les membres de la communauté, en particulier les dirigeants, en les associant aux activités de surveillance et en inscrivant la vaccination à l'ordre du jour des actions de proximité³⁶.



Agent de mobilisation communautaire en Sierra Leone, Jeremiah Conteh parle le limba, ce qui lui permet d'encourager la vaccination au sein de la communauté où il travaille et où l'on recense un grand nombre d'enfants zéro dose.
© UNICEF/UN0766673/Duff

Les interventions menées dans ces quatre pays ont fait appel à plusieurs approches complémentaires de mobilisation communautaire dans le but de résoudre les problèmes de livraison des vaccins et d'éliminer les obstacles comportementaux, sociaux et logistiques auxquels se heurtent les personnes ayant la charge d'enfants. Elles incluaient presque systématiquement un volet de sensibilisation et de formation des agents de santé, et confiaient aux dirigeants communautaires un rôle clé en matière d'information de la population et de surveillance des systèmes de santé dans l'optique d'améliorer la couverture vaccinale. La plupart d'entre elles ont également mis à profit des institutions communautaires existantes ou instauré leurs propres plateformes afin d'offrir des occasions d'échange entre les prestataires de services et la communauté. De tels environnements ont favorisé l'adhésion et l'action collectives.

Une autre étude, menée dans l'État d'Uttar Pradesh, en Inde, a mis en évidence les effets bénéfiques de la mobilisation communautaire. Ce projet consistait à profiter des réunions de village pour fournir des renseignements sur les droits aux services de santé et d'éducation, et sur les exigences mises en place par la gouvernance du village. À la conclusion de l'étude, un an plus tard, les taux de vaccination des nourrissons étaient en hausse de 25 % comparativement au groupe témoin – les résultats étant similaires au sein des ménages issus des castes inférieures et intermédiaires à supérieures³⁷.

Il peut s'avérer utile d'approfondir les aptitudes à la communication des prestataires de santé pour renforcer la confiance et la relation avec le patient. Se former permet en outre aux agents de santé d'acquérir les connaissances et les méthodes nécessaires pour gagner en assurance lors des discussions sur la vaccination avec les patients. Le programme de formation en ligne proposé à l'échelle mondiale par l'International Pediatric Association prodigue des conseils propices à la tenue de ces échanges³⁸.

Données et écoute sociales

L'écoute sociale, qui consiste à investir pour comprendre les attitudes à l'égard des vaccins en temps réel, est un outil indispensable à la réussite de tout programme de vaccination. Grâce à une surveillance de routine de l'acceptation des vaccins par le biais d'enquêtes régulières incluant des questions sur les attitudes, les intentions et les comportements, les responsables des programmes et les spécialistes de la communication peuvent détecter les signes d'une hésitation croissante face à la vaccination, adapter leurs stratégies afin de renforcer la confiance et mesurer l'impact des interventions menées. À cette fin, il existe désormais des outils reconnus permettant de mesurer l'acceptation des vaccins infantiles³⁹.

L'UNICEF a publié un guide détaillé expliquant la marche à suivre pour créer ou renforcer un programme national d'écoute sociale au sujet des vaccins⁴⁰. Ce document facilite l'élaboration de plans d'action nationaux stratégiques et bien coordonnés afin de contrer rapidement la désinformation au sujet des vaccins et d'encourager la demande de vaccination éclairée par l'écoute sociale.

Par ailleurs, le tableau de bord « Vaccination Demand Observatory » (VDO) conçu par l'UNICEF, The Public Good Projects et le Yale Institute for Global Health assure une veille des fausses informations en circulation, donne aux utilisateurs les clés pour riposter de manière efficace et procède à la vérification des faits⁴¹. Il indique également le niveau de risque inhérent aux fausses informations émergentes, et précise à quel stade il est recommandé de les réfuter activement⁴². Ce site Web met à disposition des ressources de formation sur les moyens de riposte à adopter, et tout pays qui rejoint le VDO bénéficie d'un accès à son propre tableau de bord national⁴³.

Campagnes d'éducation et de communication publique en faveur de la vaccination

L'efficacité des actions à visée pédagogique est prouvée dans des contextes où l'acceptation est compromise par le manque d'information, les rumeurs, les préoccupations parentales concernant l'innocuité des vaccins et le manque de sensibilisation.⁴⁴ Lorsqu'elles s'appuient sur l'analyse des attitudes d'une communauté à l'égard des vaccins, les interventions pédagogiques articulées autour de vidéos, d'affiches et de conférences contribuent effectivement à améliorer l'acceptation des vaccins.⁴⁵ D'après des données probantes, les campagnes de communication publique au sujet de la vaccination portent leurs fruits si elles sont adaptées au contexte et à la culture, et éclairées par l'analyse des comportements et points de vue locaux⁴⁶.

Toute stratégie de communication publique doit veiller avant tout à fournir des renseignements fiables, catégoriques et pertinents pour combler les lacunes⁴⁷. À titre d'exemple, une étude menée par l'intermédiaire de campagnes de marketing social dans les régions rurales de l'État de Caroline du Nord, aux États-Unis, a permis de sensibiliser les parents et de réduire les obstacles entravant l'accès au vaccin contre le papillomavirus humain (PVH)⁴⁸. En effet, les taux de vaccination contre le PVH ont augmenté parmi les filles âgées de 9 à 13 ans au cours des six mois qui ont suivi le lancement de la campagne⁴⁹. Dans le nord du Nigéria, l'acceptation du vaccin contre la polio a enregistré une hausse relative d'environ 310 % grâce à la diffusion d'une vidéo contenant des messages de sensibilisation sur le sujet dans le cadre d'une intervention pédagogique⁵⁰.

Toute stratégie de communication publique doit veiller avant tout à fournir des renseignements fiables, catégoriques et pertinents pour combler les lacunes.



En Bolivie, Sonia, 2 ans, observe attentivement les gestes de Mercedes Parada, l'agente de santé qui est en train de vacciner Ciro, son petit frère âgé de 7 mois, bien installé dans les bras de leur mère, Nicole Flores.
© UNICEF/U.S. CDC/
UN0773619/Radoslaw Czajkowski

Adopter des approches tenant compte des questions de genre

Il peut s'avérer très utile de comprendre l'incidence du genre sur l'acceptation des vaccins pour améliorer l'efficacité des programmes. Les femmes, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et dans les situations d'urgence, ont généralement moins accès aux ressources susceptibles d'influer sur les résultats en matière de vaccination (à savoir le temps, l'argent, les informations ou encore les moyens de transport) et elles n'en ont guère le contrôle. C'est en particulier le cas des mères célibataires et des femmes vivant dans des foyers à faible revenu en milieu rural⁵¹. Dans le cadre d'une étude menée au Nigéria, le manque de ressources financières permettant de couvrir les frais de transport ou de prestation des services s'est classé en tête des obstacles entravant l'accès à la vaccination⁵².

Les recherches indiquent en outre que les actions de proximité ciblant les femmes permettent d'améliorer les taux de vaccination. À titre d'exemple, dans l'État du Bihar, en Inde, l'éducation en matière de santé est inscrite au programme des réunions d'un groupe de soutien entre femmes, et prend pour support des histoires, des chansons et des puzzles pour aborder divers sujets, tels que la vaccination de routine⁵³. À l'issue de ces séances, les participantes étaient 9 % plus susceptibles de faire vacciner leurs enfants selon le schéma adapté à leur âge⁵⁴. Une autre étude menée dans le nord-ouest de l'Éthiopie a mis sur pied des équipes de promotion de la santé dirigées par des femmes, chargées de se rendre de foyer en foyer pour informer, rappeler le calendrier des rendez-vous et encourager la vaccination⁵⁵. Ce projet s'est traduit par une hausse de la couverture vaccinale contre la rougeole et du nombre d'enfants ayant reçu les trois doses du vaccin pentavalent. En outre, 84 % des enfants ayant manqué des vaccins durant l'étude ont été recensés et le retard a été rattrapé⁵⁶. Toujours d'après les recherches menées sur le sujet, les femmes menant des actions de sensibilisation et d'éducation (appelées « agentes de mobilisation sociale ») ont contribué à améliorer l'acceptation du vaccin contre la polio en Inde et au Pakistan⁵⁷.

La capacité de décision et d'action des femmes influe grandement sur le statut vaccinal des enfants. En effet, les recherches indiquent que si l'autonomisation des femmes est susceptible d'améliorer la couverture vaccinale – les restrictions qui leur sont imposées peuvent en revanche nuire à cette dernière.

Ce type d'approches peut aussi porter ses fruits auprès des filles d'âge scolaire en ce qui concerne la vaccination contre le PVH. En effet, il s'avère urgent de trouver un moyen pérenne de faire bénéficier les enfants en âge d'aller à l'école d'un éventail plus large de soins préventifs d'une manière qui soit acceptable pour eux et pour leurs parents. À titre d'exemple, des communications auprès du duo mère/fille intégrant la question du dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que des discussions sur l'importance du vaccin contre le PVH incitent à franchir le cap de la vaccination⁵⁸. Une étude menée au Malawi a démontré que la lecture d'un magazine s'adressant aux filles et diffusant des messages au sujet du vaccin anti-PVH était corrélée à une meilleure acceptation dudit vaccin⁵⁹. Par ailleurs, la mobilisation des filles d'âge scolaire et de leurs familles peut optimiser la conception des programmes et favoriser leur acceptation⁶⁰.

Autonomisation des femmes et des filles

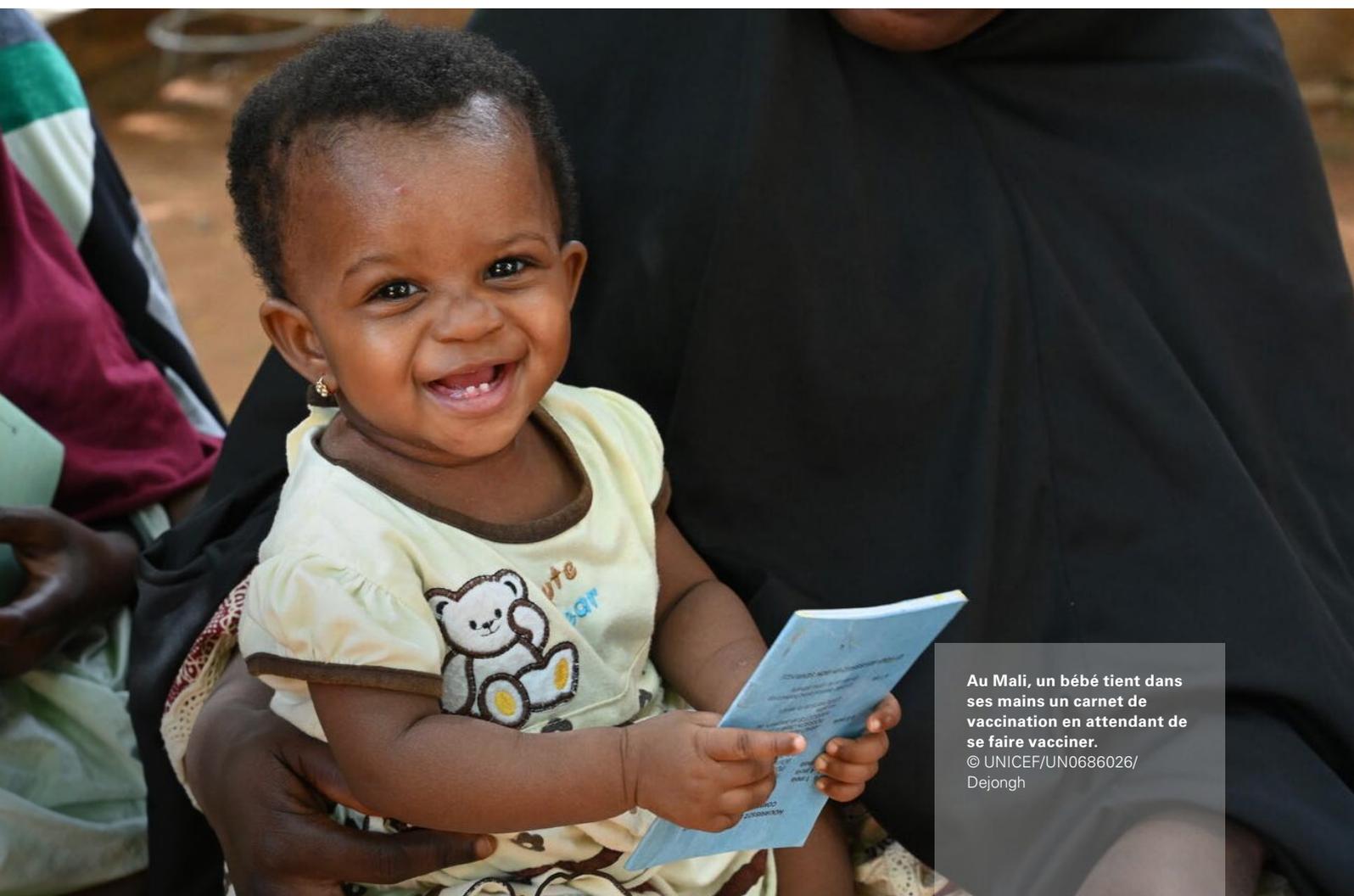
La capacité de décision et d'action des femmes influe grandement sur le statut vaccinal des enfants⁶¹. En effet, les recherches indiquent que si l'autonomisation des femmes est susceptible d'améliorer la couverture vaccinale – les restrictions qui leur sont imposées peuvent en revanche nuire à cette dernière⁶². Par voie de conséquence, une plus grande égalité entre les genres permet aux femmes d'accéder aux services vitaux, et notamment à la vaccination infantile⁶³.

À titre d'exemple, une étude menée au Nigéria a démontré que plus l'autonomie et la capacité de décision des femmes étaient grandes, plus il y avait de chances qu'elles fassent vacciner leurs enfants⁶⁴. Diverses études menées en Asie du Sud ont également indiqué que la prise de décision autonome des femmes s'accompagne d'une utilisation accrue des services de santé maternelle et infantile, et de résultats positifs en matière de santé⁶⁵.

En Éthiopie, une autre étude a révélé que les femmes étant en mesure de prendre des décisions concernant les dépenses de leur foyer étaient plus susceptibles d'avoir des enfants partiellement ou entièrement vaccinés, comparativement aux femmes n'étant pas associées aux questions financières⁶⁶. Par ailleurs, il est ressorti que les femmes prenant des décisions budgétaires conjointement avec leur époux étaient encore davantage susceptibles d'avoir fait vacciner leurs enfants, comparativement aux femmes gérant seules les dépenses⁶⁷. Cette conclusion souligne l'importance de mobiliser les couples pour améliorer les résultats en matière de vaccination⁶⁸.

Les normes religieuses ou culturelles influent également sur la capacité des femmes à se déplacer pour obtenir des services de vaccination. Selon la tradition des Haoussa au Nigéria, par exemple, seuls les hommes avec un lien de parenté peuvent s'adresser directement aux femmes sans autorisation de leur époux⁶⁹. Dans le cadre des initiatives menées pour l'éradication de la polio, l'intervention d'agentes de santé de première ligne a permis d'accroître l'efficacité d'administration des vaccins, les femmes étant les seules personnes autorisées, dans de nombreux milieux, à entrer chez les familles pour vacciner les enfants⁷⁰. En comparaison, une étude menée dans trois États du Nigéria a mis au jour l'inefficacité des initiatives faisant exclusivement appel à des hommes, l'intervention de telles équipes constituant un obstacle aux efforts visant à éradiquer la polio⁷¹. Un examen de la vaccination contre la polio en Afghanistan portant sur une période de 16 ans a également suggéré que les refus exprimés par les mères étaient corrélés à la présence d'équipes de vaccination 100 % masculines⁷².

Les différentes positions que les femmes tendent à occuper au sein des sociétés et des familles ayant une incidence sur la vaccination des enfants, il est important de comprendre leurs besoins et de concevoir des programmes adaptés. Qu'il s'agisse d'accroître le soutien logistique, de sensibiliser davantage les hommes au sujet des vaccins ou de promouvoir l'égalité entre les genres, l'adoption d'une approche tenant compte des questions de genre peut améliorer les taux de vaccination systématique.



Au Mali, un bébé tient dans ses mains un carnet de vaccination en attendant de se faire vacciner.
© UNICEF/UN0686026/
Dejongh

ÉQUATEUR

La puissance de la communauté : Des bénévoles veillent à la vaccination des enfants

Après s'être occupée de son exploitation laitière toute la matinée, María Ortencia Catucuago passe à tout autre chose : elle enfile un gilet, attrape un sac à dos et entame sa tournée quotidienne des habitations voisines en tant qu'agente de santé bénévole.

« Aider les autres est une véritable passion chez moi », explique-t-elle. « Depuis de nombreuses années, je participe à des activités communautaires qui contribuent au bien-être et à la santé des familles. »

A woman, María Ortencia Catucuago, is shown in a rural landscape. She is wearing a green hat, a pink shawl with fringes, a maroon jacket, and a blue skirt. She is holding a silver metal bucket. The background features rolling green hills and mountains under a clear sky.

Quand elle ne s'occupe pas de son exploitation laitière, María Ortencia Catucuago œuvre en tant qu'agente de santé bénévole pour promouvoir le bien-être des familles de sa communauté, en Équateur. Elle veillera notamment à ce qu'Aysel Yanex, 2 ans, reçoive ses doses de rappel du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC).

© UNICEF/UN0692735/Arcos

María vit à Turucucho, un village niché dans les contreforts de la région montagneuse du nord-est de l'Équateur. Elle appartient à un groupe de volontaires autochtones qui veillent sur la santé et le bien-être des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes.

Depuis peu, elle se rend au domicile de Fernanda Valdivieso et sa fille de 2 ans, Aysel Yanez. Aysel est née prématurée et souffre de malnutrition chronique. La petite fille n'avait pas reçu sa dose de rappel du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et avait manqué son rendez-vous de suivi pour le poids et la taille.

« L'une de mes missions consiste à signaler ce genre de situation à mes collègues du centre de santé afin qu'ils puissent intervenir rapidement », explique l'agente de santé. « Je les ai appelés, ils sont venus et ont administré le vaccin à l'enfant. »

Pour Fernanda Valdivieso, la visite de María a fait office de rappel salutaire.

« La prochaine fois, je n'oublierai pas sa visite de suivi », affirme la mère.

Le travail bénévole de M^{me} Catucuago s'inscrit dans le cadre d'une stratégie de surveillance sanitaire communautaire mise en place au sein de 137 communautés autochtones des provinces d'Imbabura et de Pichincha ainsi que dans le bidonville de Monte Sinai, à Guayaquil, la plus grande ville du pays. Coordonnée par le Ministère de la santé publique et l'UNICEF, cette stratégie a été mise en œuvre pour donner aux communautés les moyens de prévenir activement la propagation de la COVID-19. Au vu de son efficacité pendant la pandémie, la stratégie a été élargie pour encourager la vaccination de routine et assurer le suivi de la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans.

La stratégie de surveillance sanitaire communautaire vise notamment à lutter contre la malnutrition chronique, qui touche quatre enfants autochtones de moins de 2 ans sur dix. Les vaccins antipneumococciques et antirotavirus sont pour cela

essentiels. Pourtant, en 2020 et 2021, la pénurie de vaccins et la faible fréquentation des centres de santé ont entraîné une baisse de la couverture vaccinale. En 2021, le taux d'enfants équatoriens présentant un schéma vaccinal complet s'élevait à 60,5 % pour le rotavirus et à 62,2 % pour le vaccin antipneumococcique. La pénurie de vaccins étant désormais terminée, l'objectif du Ministère de la santé est de parvenir à une couverture vaccinale supérieure à 95 %.

Cette stratégie de surveillance permet à la communauté d'alerter les autorités de santé publique lorsque les services rencontrent des difficultés, explique Pacha Cabascango, coordonnateur technique du programme de surveillance épidémiologique communautaire au sein de la Société équatorienne pour la santé publique.

Les bénévoles comme María Catucuago travaillent auprès de 25 familles en moyenne. Depuis le début du programme en 2020, le groupe, composé d'environ 500 agents, a permis de suivre quelque 8 200 enfants de moins de 5 ans. Il s'agit de l'un des modèles d'action de proximité les plus efficaces du pays, affirme M. Cabascango.

« Nous avons observé que, grâce au travail de ces bénévoles, les familles, notamment les nouvelles générations, sont moins réticentes à la vaccination et ont conscience de son importance pour la santé et le développement des enfants », poursuit-il.

María Catucuago a été invitée à devenir agente de santé bénévole lors d'une réunion organisée au sein de la communauté en 2020.

Après une longue journée remplie de visites, d'appels et de conversations avec ses voisins, María regagne sa ferme. Aider Aysel à bénéficier de sa visite de suivi et à recevoir son vaccin DTC lui donne le sentiment d'être vraiment utile.

« Je souhaite que tous les enfants de ma communauté grandissent en bonne santé, soient heureux et bénéficient des mêmes chances », conclut l'agente de santé. ■



Hafis Wahab montre son petit doigt marqué à l'encre violette après avoir été vacciné contre la polio à l'école islamique Darul Zikri dans le cadre d'une campagne de vaccination menée en Indonésie.
© UNICEF/U.S. CDC/
UN0760341/Ulit Ifansasti

Des financements et des innovations pour l'avenir

Nous ne pourrions pas vacciner chaque enfant sans investir dans de nouvelles approches qui nous permettront de garantir des financements pérennes et équitables ainsi que dans le développement de vaccins révolutionnaires et de technologies de pointe.

Le plus souvent, le terme « innovation » fait référence à la technologie. En réalité, sa définition englobe non seulement les nouveaux dispositifs ou produits, mais aussi les nouvelles idées et les nouveaux procédés.

Pour vacciner chaque enfant, nous devons innover sur tous les fronts – en particulier dans les domaines du financement, de la recherche, du développement de produits et de la distribution. Le fait de garantir des financements pérennes et équitables et la mise au point continue de vaccins appuiera nos efforts visant à atteindre chaque enfant – aujourd’hui et dans les années à venir.

Financement : La situation actuelle

Les disparités entre les allocations budgétaires et les dépenses soulignent le besoin de renforcer les systèmes de santé et de financements afin d'accroître les dépenses en faveur de la vaccination. Accorder la priorité à de tels investissements est tout particulièrement important en période de crise économique et de contraintes budgétaires.

Le succès de la vaccination repose sur des investissements conséquents. De 2000 à 2017, 112,4 milliards de dollars É.-U. ont été alloués à la vaccination dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹. En 2017, près de 40 dollars É.-U. ont été dépensés par nourrisson survivant dans les pays à revenu faible, et 42 dollars É.-U. dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Globalement, les plus grands bailleurs de fonds sont les gouvernements, tandis que les donateurs fournissent d'autres financements essentiels. La composition des fonds dépend du niveau de revenu de chaque pays, entre autres facteurs². En 2017, par exemple, dans les pays à revenu faible, la part la plus importante des fonds alloués à la vaccination est provenue de l'aide au développement³. Or, compte tenu des lourdes contraintes budgétaires qui continuent de peser sur un grand nombre de ces pays, l'aide des donateurs en faveur de la vaccination restera essentielle.

Depuis sa création, Gavi, l'Alliance du Vaccin, contribue largement au financement de la vaccination dans les pays à revenu faible et intermédiaire. De 2000 à 2017, Gavi a fourni près de 13,3 milliards de dollars É.-U. des quelque 31,7 milliards qui ont été perçus par ces pays dans le cadre de l'aide au développement⁴. Les 18,3 milliards de dollars É.U. restants ont été fournis par d'autres organismes de développement.

Instabilité économique

Les disparités entre les allocations budgétaires et les dépenses soulignent le besoin de renforcer les systèmes de santé et de financements afin d'accroître les dépenses en faveur de la vaccination. Accorder la priorité à de tels investissements est tout particulièrement important en période de crise économique et de contraintes budgétaires. À l'ombre de la pandémie de COVID-19, de l'instabilité et des conflits dans le monde, et d'une potentielle récession à l'échelle du globe, la sécurité économique est tout sauf assurée⁵. D'après les estimations de la Banque mondiale, 41 pays n'arriveront à rétablir les niveaux de dépenses publiques enregistrés avant la COVID-19 qu'en 2027. Cette « décennie perdue » en matière d'investissements publics aura nécessairement des répercussions sur la santé des populations⁶.

Malheureusement, ces pressions financières à l'échelle mondiale surviennent précisément au moment où il est crucial de rattraper le retard accumulé en matière de vaccination infantile. Les vaccinations manquées durant la pandémie jettent une lumière crue sur la nécessité d'accorder la priorité aux vaccins vitaux. Il est impératif d'atteindre les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés, non seulement pour leur santé, mais aussi pour celle du monde entier.

Budgets publics

Si, depuis des décennies, le monde a fait des progrès colossaux en matière de vaccination infantile, il reste encore une marge considérable pour améliorer l'efficacité et l'efficacité des procédures de planification, de budgétisation et de dépenses dans ce domaine⁷. Or, les efforts déployés par les gouvernements et les donateurs pour accorder la priorité à la vaccination malgré la crise financière ne pourront pas aboutir si aucune mesure n'est mise en œuvre pour combler ces lacunes.

Les gouvernements, en particulier ceux des pays à revenu faible et intermédiaire, se heurtent en effet à une multitude de défis liés aux financements, aux allocations budgétaires et aux dépenses en matière de vaccination. Parmi ces obstacles, citons les suivants :

1. Les fonds alloués à la vaccination sont insuffisants dans de nombreux pays. Certains pays ne sont même pas dotés de poste budgétaire pour les vaccins.
2. Le montant alloué par les gouvernements à la santé ne correspond pas toujours aux dépenses réellement engagées⁸.
3. Les budgets alloués ne sont pas entièrement dépensés en raison de problèmes dans les domaines des achats et de la coordination.
4. Il arrive que les fonds dépensés fassent l'objet de pertes, soient utilisés de manière inefficace ou à mauvais escient.

Une étude portant sur des budgets nationaux a montré que 22 pays à revenu faible et intermédiaire n'utilisaient pas 30 % de ces budgets en moyenne⁹. Ce chiffre atteignait même 76 % dans l'un des pays visés par l'étude. Or, une sous-utilisation des enveloppes budgétaires contribue à générer un manque d'efficacité et des goulets d'étranglement lors de l'achat de biens essentiels à la vaccination. Par exemple, parmi les pays étudiés, 20 avaient enregistré des pénuries de vaccins et 12, des taux de couverture vaccinale inférieurs à la moyenne mondiale¹⁰.

Dans l'ensemble, on estime que les pays peuvent gaspiller 20 % à 40 % de leurs ressources en matière de santé¹¹. Une gestion saine des finances publiques facilitant la transparence budgétaire peut atténuer ce problème. À ce titre, il convient d'avoir recours à des pratiques efficaces en matière d'exécution du budget, telles que l'examen minutieux des systèmes de contrôle centraux et de ceux relevant de l'administration locale, l'évaluation des dépenses de capital et la mise en place de procédures normalisées pour le recrutement du personnel, par exemple¹². À l'échelle des programmes, il est également possible d'améliorer la rentabilité grâce à des achats plus efficaces, en innovant dans le domaine de la prestation de services et en tirant parti des innovations en matière de technologie vaccinale et d'équipements de la chaîne du froid¹³.

L'adoption de mesures visant à améliorer l'efficacité comporte de nombreux avantages. Cependant, de telles mesures permettent uniquement d'optimiser les dépenses et ne remplacent en aucun cas l'engagement des gouvernements à investir en faveur de la vaccination et des soins de santé primaires¹⁴.

Si, depuis des décennies, le monde a fait des progrès colossaux en matière de vaccination infantile, il reste encore une marge considérable pour améliorer l'efficacité et l'efficacité des procédures de planification, de budgétisation et de dépenses dans ce domaine.

L'argent à lui seul ne nous permettra pas d'atteindre nos objectifs en matière de vaccination. Pour cela, nous devons recourir à un ensemble savamment pesé de financements, de partenariats et de volonté politique. En d'autres termes, nous avons autant besoin d'investissements que d'engagements.

Financer l'avenir de la vaccination

Les interventions ciblant les enfants les plus difficiles à atteindre, à savoir les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés, requerront des investissements conséquents, à défaut de quoi il sera impossible d'atteindre ces enfants et d'enrayer en même temps la baisse de la couverture vaccinale induite par la pandémie.

Une partie de ces investissements devra bien entendu être d'ordre financier. Toutefois, l'argent à lui seul ne nous permettra pas d'atteindre nos objectifs en matière de vaccination. Pour cela, nous devons recourir à un ensemble savamment pesé de financements, de partenariats et de volonté politique. En d'autres termes, nous avons autant besoin d'investissements que d'engagements. Les gouvernements, les donateurs et les partenaires devront donc accorder la priorité aux investissements en faveur de la vaccination et unir leurs efforts de sorte à accroître l'efficacité et l'efficacé avec lesquelles ils planifient, budgétisent et fournissent les services. Les donateurs devront également harmoniser le soutien qu'ils apportent aux pays, tout en concentrant leurs efforts sur le renforcement des soins de santé primaires.



Halimatou Diallo, agente de santé dans une clinique mobile, charge dans le coffre d'une voiture les fournitures nécessaires pour mener des actions de proximité auprès d'enfants déplacés au Mali. Cette clinique leur fournit, ainsi qu'à leurs mères, des services de vaccination, de santé, de nutrition et d'enregistrement des naissances.

© UNICEF/UN0701240/N'Daou

Financement

Comme indiqué dans le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* – et tout au long du rapport *La Situation des enfants dans le monde 2023* – l'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires contribue à l'amélioration de la couverture vaccinale et à l'objectif visant à atteindre une couverture sanitaire universelle¹⁵. Malheureusement, les soins de santé primaires souffrent d'un sous-financement notoire, en particulier dans les pays à revenu faible. En moyenne, ces pays dépensent 26 dollars É.-U. par personne en faveur des soins de santé primaires, contre 61 dollars É.-U. pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 193 dollars É.-U. pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et 1 333 dollars É.-U. pour les pays à revenu élevé¹⁶.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, près de la moitié des fonds reçus par les soins de santé primaires proviennent de sources privées, notamment des services payants, des assurances maladie privées et d'autres sources de financement privées nationales¹⁷. Dans les pays à revenu faible, seuls 18 % des fonds proviennent du gouvernement tandis que dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, cette part s'établit à 35 %¹⁸.

Partenariats

Si les investissements nationaux en faveur de la vaccination et des soins de santé primaires sont fondamentaux pour la pérennité des systèmes, les contributions des donateurs restent essentielles à la réussite des efforts de vaccination, en particulier dans les pays les plus démunis¹⁹. Au vu des prévisions économiques bien sombres, il semble irréaliste de miser sur un accroissement des dépenses publiques en faveur de la vaccination et des soins de santé²⁰. Dans son rapport intitulé *From Double Shock to Double Recovery – Implications and options for health financing in the time of COVID-19* mis à jour en 2022, la Banque mondiale indique que « [d]es efforts collaboratifs immédiats, notamment une augmentation de l'aide au développement et l'allègement de la dette des pays surendettés, peuvent permettre aux nations de panser leurs plaies récentes, de refermer leurs vieilles cicatrices, et de créer ensemble les conditions pour un avenir plus sain, plus sûr et plus prospère »²¹.

Défis

Les donateurs comme les gouvernements font face à plusieurs problématiques à l'heure d'accroître les dépenses en faveur de la vaccination et des soins de santé primaires²², concernant notamment²³ :

- ✓ La disponibilité des revenus fiscaux ;
- ✓ La fiabilité des cotisations d'assurance maladie dans les pays tributaires de la main-d'œuvre informelle ;
- ✓ La fragmentation et la baisse des financements des donateurs ;
- ✓ La réduction des allocations budgétaires à la santé ;
- ✓ La difficulté de mutualiser les ressources, à savoir collecter des ressources à partir d'une multitude de sources afin de financer les services, lesquelles contribuent à réduire les risques individuels et à accroître l'équité.

Solutions

Nous ne pourrions pas relever ces défis en l'absence d'investissements efficaces et efficaces. Si la croissance constitue l'une des plus grandes sources d'augmentation des dépenses, celle-ci est difficile à atteindre en période d'incertitude économique²⁴. Il existe toutefois d'autres stratégies pour accroître les revenus et les utiliser plus efficacement :

Augmentation des recettes publiques

- ✓ Alléger la dette visant à permettre aux pays en proie à des difficultés de consacrer davantage de fonds à la santé et à la vaccination²⁵.
- ✓ Taxer les produits nocifs pour la santé, tels que le tabac, l'alcool et les boissons sucrées²⁶.
- ✓ Mobiliser des fonds via les régimes d'assurance maladie, l'instauration de frais modérateurs et les dons, entre autres exemples²⁷.

Renforcement de l'efficacité et de l'efficience des dépenses

- ✓ S'appuyer sur une gestion financière solide assortie de processus transparents permettant d'associer les allocations budgétaires dédiées à des pratiques de planification, d'approvisionnement et de prévision appropriées²⁸.
- ✓ Réaliser des économies de coûts en améliorant l'efficacité et l'efficience de la planification, des achats et des services²⁹.
- ✓ Avoir recours à une approche mobilisant le gouvernement dans son ensemble, y compris les ministères de la santé et des finances, la société civile et les communautés locales³⁰.
- ✓ Réaliser des achats groupés afin de réduire les coûts, à l'instar de ceux de la Division de l'approvisionnement de l'UNICEF et du Fonds autorenouvelable de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)³¹.
- ✓ Recourir à des mécanismes de garantie de marché, tels que celui mis en place pour assurer l'accès aux vaccins antipneumococciques, afin de contribuer à orienter les marchés et à faire baisser les prix.

Optimisation des financements des donateurs

- ✓ Adapter les stratégies en fonction de chaque pays et des besoins locaux et aligner les financements des donateurs sur les plans et les objectifs propres au contexte.
- ✓ Les donateurs doivent prendre en compte les besoins des gouvernements et des communautés et acheminer les financements par le biais des structures gouvernementales³².
- ✓ Les donateurs doivent faire preuve de souplesse tandis que les pays s'efforcent d'atteindre une plus grande autonomie³³.

Engagement

Le financement de la vaccination dans le cadre des soins de santé primaires est, pour l'essentiel, une affaire d'engagement. Il s'agit d'une question résolument politique. Dans un monde où l'argent fait l'objet de nombreuses demandes concurrentielles, les investissements en faveur de la vaccination et des soins de santé primaires doivent être reconnus comme un bien public au regard des bienfaits des vaccins pour les enfants, les familles, les communautés et les nations.

Alors que le monde lutte pour se relever de la COVID-19, vacciner chaque enfant requerra des investissements historiques. Cependant, quand il s'agit de la vaccination, l'histoire est jalonnée de succès : elle a montré qu'à force d'engagement mondial, national et local, il était possible de vacciner chaque enfant.

Le financement de la vaccination dans le cadre des soins de santé primaires est, pour l'essentiel, une affaire d'engagement. Il s'agit d'une question résolument politique.



Miram Kegne, agente de santé de proximité, prépare un vaccin dans le cadre d'une campagne combinée de vaccination et de nutrition mise en œuvre dans un camp de déplacés en Éthiopie.

© UNICEF/UN0640012/Ayene

OUZBÉKISTAN

Piqûre de prévention : Place au vaccin anti-PVH

Shakhrizoda Alanazarova a beau n'avoir que 14 ans, les bienfaits de la vaccination ne font déjà pour elle aucun doute.

Il y a 5 ans, sa famille et elle ont traversé une épreuve difficile lorsqu'une de leurs proches s'est vu diagnostiquer un cancer du sein et du col de l'utérus. Malgré les traitements, elle est décédée à l'âge de 43 ans.



Shakhrizoda Alanazarova, 14 ans, a choisi de se protéger contre le cancer du col de l'utérus, une maladie « à l'issue fatale ». Pour se faire vacciner, elle s'est rendue auprès d'Umida Djuraeva, infirmière dans le village de Kibray, en Ouzbékistan.

© UNICEF/UN0687614/
Babajanyan VII Photo

Ainsi, lorsque leur centre de soins leur a proposé un nouveau vaccin contre le virus responsable du cancer du col de l'utérus, Shakhrizoda et sa famille n'ont pas hésité une seconde.

« Le cancer est une maladie terrible, à l'issue fatale », affirme Shakhrizoda. « Je veux rester en bonne santé. Et je ne veux pas que mes parents s'inquiètent. »

Comme ce drame le leur a appris, le cancer du col de l'utérus est une énorme source d'inquiétude pour les personnes... mais pas seulement : pour le gouvernement ouzbek aussi.

Chaque année, plus de 1 600 nouveaux cas sont diagnostiqués dans le pays et environ 850 femmes meurent de cette maladie. Face à cette situation, le gouvernement ouzbek a ajouté le vaccin contre le papillomavirus humain (vaccin anti-PVH) à son calendrier national de vaccination en 2015 et a commencé son déploiement en 2019, atteignant un taux de couverture de 98,6 % des jeunes filles éligibles. Mais comme la vaccination anti-PVH nécessite deux injections, la deuxième phase est tombée en pleine pandémie, pendant les confinements – ce qui a constitué un défi pour le déploiement de ce nouveau vaccin, se remémore Dilorom Tursunova, responsable du service de vaccination et du programme élargi de vaccination (PEV) à la Direction de la santé publique et du bien-être épidémiologique et sanitaire du Ministère de la santé.

Malgré les préoccupations, le pays a persévéré, et lorsque les deuxièmes doses ont été administrées en juin 2020, le taux de couverture a atteint 97,8 %.

Sur le plan technique et financier ainsi qu'en matière de suivi-évaluation, le déploiement du vaccin anti PVH en Ouzbékistan a été soutenu par Gavi, l'Alliance du Vaccin, par l'UNICEF et par l'Organisation mondiale de la Santé.

En outre, ces organismes ont contribué aux efforts de communication et de formation à destination des enseignants et du personnel de santé dans les écoles.

L'une des plus grandes difficultés consistait à inspirer confiance dans le vaccin, explique Dilorom Tursunova. Certaines rumeurs établissaient un lien entre le vaccin anti-PVH et l'infertilité. Pour les contrer, le Ministère et ses partenaires ont lancé une campagne multimédia ciblant spécifiquement les parents et les chefs religieux, et portant les témoignages de personnalités influentes.

« Nous avons fini par convaincre notre population », se félicite-t-elle.

En Ouzbékistan, seules les filles âgées de 9 à 14 ans sont éligibles au vaccin anti-PVH. Comme Shakhrizoda, de nombreuses jeunes filles et leurs familles ont reçu des invitations de leur école ou de leur centre de santé local.

« Désormais, les gens viennent de leur propre chef », raconte Umida Djuraeva, l'infirmière qui a vacciné Shakhrizoda à la polyclinique centrale pluridisciplinaire de Kibray, dans la région de Tachkent. « Ils se sont rendu compte que le vaccin est sûr et bien toléré. »

La mère de Shakhrizoda, Sabokhat, était quant à elle convaincue que le vaccin était une bonne chose pour sa fille.

« Mieux vaut prévenir que guérir », dit-elle.

Shakhrizoda a donc reçu sa première dose, et reviendra dans 6 mois pour compléter son schéma vaccinal.

« Je crains les piqûres et j'appréhendais la douleur », raconte-t-elle. « Mais je n'ai pas eu mal. Tout s'est bien passé, et maintenant, je me sens bien. » ■

Nouveaux vaccins et produits

Malgré les stagnations enregistrées durant les premières phases de la pandémie, des progrès considérables ont été accomplis au cours des dernières années concernant les vaccins contre certaines des maladies infectieuses les plus meurtrières - la pneumonie, le rotavirus, le paludisme, le virus respiratoire syncytial (VRS) et la poliomyélite.

Au-delà des financements, l'innovation en faveur des vaccins et des produits associés est essentielle pour garantir que chaque enfant reçoive les vaccins essentiels à sa survie. Comme indiqué dans le chapitre 1, la pandémie a considérablement modifié le paysage vaccinal : elle a contribué à accroître les investissements de l'industrie pharmaceutique et des gouvernements en faveur de la recherche et du développement, à accélérer la mise au point de nouvelles plateformes de vaccins telles que l'ARN messager, et à raccourcir les délais relatifs aux processus de développement et de réglementation. Une évolution qui offre aujourd'hui des occasions de faire progresser les innovations liées aux vaccins vitaux.

Malgré les stagnations enregistrées durant les premières phases de la pandémie, des progrès considérables ont été accomplis au cours des dernières années concernant les vaccins contre certaines des maladies infectieuses les plus meurtrières – la pneumonie, le rotavirus, le paludisme, le virus respiratoire syncytial (VRS) et la poliomyélite. Des vaccins offrant une bonne protection contre la grippe, de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques oraux, et des vaccins pouvant combattre la résistance antimicrobienne sont également en cours de développement. Des vaccins agissant par voie muqueuse administrés sous la forme de gouttes, de vaporisateurs ou de comprimés peuvent renforcer l'immunogénicité, faciliter la vaccination des enfants, et améliorer la facilité d'utilisation dans des contextes où les ressources sont insuffisantes.

Le recours à des plateformes de vaccins non traditionnelles, telles que les vaccins à acide nucléique (qui incluent les vaccins ARN messager), et à des approches s'appuyant sur la science des matériaux (pour produire des nanoparticules lipidiques, par exemple) est de plus en plus répandu et peut offrir des moyens de développer des vaccins là où les approches traditionnelles ont échoué. La rapidité avec laquelle les vaccins contre la COVID-19 ont été mis au point et produits durant la pandémie a également ouvert la voie à l'accélération des processus de recherche et développement et d'autorisation de mise sur le marché³⁴. La communauté mondiale doit se prévaloir des enseignements tirés de la pandémie pour stimuler la recherche et le développement, l'autorisation, la fabrication et la distribution de vaccins contre les maladies infectieuses à l'origine de décès chez les enfants.

Développements récents en matière de vaccins

L'accès aux vaccins antipneumococciques conjugués (VPC) – qui protègent les enfants contre le pneumocoque, la principale bactérie responsable d'une pneumonie mortelle chez les enfants – et leur utilisation sont entravés par des prix élevés et des contraintes d'approvisionnement, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire qui s'autofinancent³⁵. Aujourd'hui, la pneumonie continue de faire plus de morts que toutes les autres maladies infectieuses, ôtant la vie à plus de 700 000 enfants de moins de 5 ans chaque année³⁶. En 2019, l'arrivée sur le marché d'un nouveau vaccin antipneumococcique conjugué plus abordable a constitué un important pas en avant pour réduire les obstacles en matière de coût et d'approvisionnement – et atteindre les 55 millions d'enfants qui n'ont pas pu bénéficier du PVC.

Plusieurs nouveaux vaccins sont par ailleurs en cours de mise au point pour lutter contre le paludisme, une maladie responsable du décès d'un demi-million d'enfants chaque année³⁷. En 2021, l'administration du Mosquirix (RTS,S/AS01), le tout premier vaccin antipaludique au monde, a été recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les enfants vulnérables en Afrique centrale et australe et dans d'autres régions présentant des taux modérés à élevés de transmission du paludisme³⁸. Aussi, Gavi a lancé un programme de vaccination contre le paludisme afin de faciliter le déploiement à plus grande échelle du vaccin dans les pays soutenus par l'Alliance, et l'OMS a préqualifié le vaccin en 2022. Malheureusement, les capacités actuelles de production du Mosquirix sont limitées, ce qui restreint fortement le nombre d'enfants

pouvant bénéficier de la protection du vaccin. Un deuxième candidat-vaccin, R21, fait l'objet d'essais cliniques avancés³⁹.

De même, le développement des vaccins contre le rotavirus, responsable du décès de près de 200 000 enfants chaque année⁴⁰, a considérablement progressé depuis 2018. Pendant plus d'une décennie, seuls deux vaccins antirotavirus oraux vivants étaient disponibles. Quatre vaccins antirotavirus moins onéreux ont depuis été préqualifiés par l'OMS et sont disponibles avec le soutien de Gavi.

Les vaccins antirotavirus de nouvelle génération, en cours de développement clinique avancé, se montrent encore plus prometteurs. Ils pourraient être plus abordables et offrir aux enfants une meilleure protection que les vaccins antirotavirus oraux vivants actuels. Une autre approche consiste à administrer les vaccins antirotavirus oraux vivants aux nouveau-nés afin de leur fournir une protection précoce, d'améliorer la couverture vaccinale et potentiellement d'accroître l'efficacité de la vaccination dans les régions présentant les taux les plus élevés de rotavirus. Un candidat-vaccin est en cours de mise au point.

S'il n'existe actuellement aucune protection contre le virus respiratoire syncytial (VRS), un virus particulièrement mortel pour les nourrissons de moins de 6 mois, plusieurs vaccins sont en cours de développement. Chaque année, le VRS est responsable de 3,2 millions d'hospitalisations et de 120 000 décès chez les enfants de moins de 5 ans. La plupart des décès enregistrés ont lieu dans les pays à revenu faible et intermédiaire⁴¹. Nombre de ces candidats-vaccins sont administrés durant la grossesse et protègent les nourrissons durant les premiers mois de leur vie, période au cours de laquelle ils sont les plus vulnérables.⁴²

Un vaccin de nouvelle génération contre la poliomyélite, baptisé nOPV2, a également vu le jour en 2021. Ce vaccin présente moins de risques de provoquer de nouveaux cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) et contribue ainsi à mettre fin aux épidémies⁴³. Ses résultats sont prometteurs pour lutter contre le cVDPV2 et en octobre 2022, 500 millions de doses avaient été administrées dans 23 pays⁴⁴.



Au Guatemala, ces panneaux solaires permettront d'alimenter un réfrigérateur et de préserver la chaîne du froid, essentielle pour pouvoir vacciner les enfants.
© UNICEF/UN0618673/Billy/AFP-Services

Nouveaux produits vaccinaux

Les innovations en matière de produits et de formules vaccinales sont indispensables pour optimiser les effets des vaccins. Elles ont le pouvoir de simplifier la logistique, de faciliter l'administration des vaccins, d'améliorer la sécurité, d'accroître la confiance à l'égard de la vaccination et de favoriser l'accès dans les régions difficiles à atteindre.

Les innovations en matière de produits et de formules vaccinales sont indispensables pour optimiser les effets des vaccins. Elles ont le pouvoir de simplifier la logistique, de faciliter l'administration des vaccins, d'améliorer la sécurité, d'accroître la confiance à l'égard de la vaccination et de favoriser l'accès dans les régions difficiles à atteindre. Pour accélérer le développement d'innovations de produits vaccinaux capables de mieux répondre aux besoins des pays à revenu faible et intermédiaire, une stratégie de priorisation des innovations en matière de vaccination a été mise en place en 2017⁴⁵. Fruit d'un partenariat entre Gavi, l'OMS, la Fondation Bill & Melinda Gates, l'UNICEF et le programme PATH, cette stratégie, baptisée Vaccine Innovation Prioritisation Strategy (VIPS), recense les innovations les plus prometteuses afin d'accorder la priorité à leur développement. Les domaines sélectionnés portent sur les technologies sans aiguille, l'utilisation systématique des codes-barres et les vaccins résistants à la chaleur.

- ✓ Les patchs à microréseaux sans aiguille, également dénommés patchs à microaiguilles, délivrent des microprojections de vaccin sous forme sèche dans la peau. Ces patchs peuvent conduire à une meilleure acceptation de la vaccination par les patients et les personnes qui s'occupent d'enfants, car ils facilitent l'administration des vaccins et peuvent contribuer à éviter les erreurs de reconstitution et les blessures par piqûre d'aiguille⁴⁶. Par ailleurs, les vaccins étant utilisés sous forme sèche, ils sont moins susceptibles d'être endommagés ou de perdre de l'efficacité au contact de la chaleur ou du froid. Les patchs les plus avancés – utilisés pour les vaccins contre la grippe saisonnière, l'hépatite B et la rougeole-rubéole – sont en cours de développement clinique.
- ✓ Les codes-barres présents sur l'emballage des vaccins – qui contiennent des informations telles que le numéro de produit, le numéro de série, les données du fournisseur, le numéro de lot et la date d'expiration – peuvent être scannés pour afficher instantanément ces renseignements. Disponibles sous une multitude de formes dont des codes QR, ces codes-barres renforcent l'efficacité de la gestion de l'inventaire et de la chaîne d'approvisionnement des vaccins. Ils améliorent à la fois la traçabilité et l'authentification (à savoir le dépistage des produits de contrefaçon). Les codes-barres conformes aux normes Global Standards 1 (GS1, une norme internationale reconnue dans plus de 100 pays) sont recommandés par l'OMS et exigés par Gavi et l'UNICEF depuis 2021. Cependant, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les emballages primaires, tels que les flacons, ne contiennent généralement pas de codes-barres. Or, leur ajout pourrait améliorer la traçabilité des effets secondaires. Par ailleurs, intégrés aux dossiers de vaccination électroniques, les codes-barres pourraient également accroître la précision des données et constituer un gain de temps pour les agents de santé.
- ✓ Les vaccins résistants à la chaleur ou qualifiés pour la chaîne à température contrôlée (CTC) résistent suffisamment à la chaleur pour être protégés contre une perte d'efficacité ou une dégradation induite par une exposition à des températures élevées. L'utilisation de vaccins résistants à la chaleur / qualifiés pour la chaîne à température contrôlée peut renforcer l'efficacité, faciliter l'accès aux vaccins dans les communautés difficiles à atteindre et alléger les contraintes de la chaîne du froid. Plusieurs vaccins, notamment ceux contre la méningite A, le papillomavirus humain (PVH), le choléra et la pneumonie sont qualifiés pour la CTC. L'administration à la naissance d'une dose de ce type de vaccin contre l'hépatite B est également en cours d'exploration.

Innovations en matière de logistique et de chaîne d'approvisionnement

Les innovations en matière de chaîne d'approvisionnement des vaccins mises au point au cours des cinq dernières années arrivent sur le marché et permettront d'améliorer l'efficacité des efforts vaccinaux et l'accès aux régions pauvres et reculées. C'est le cas, notamment, des pastilles de contrôle du vaccin (PCV). Ces petits indicateurs thermosensibles présents sur les flacons permettent aux agents de santé de surveiller l'exposition des vaccins à la chaleur. Des modèles plus récents, dénommés PCV-IS (pastilles de contrôle du vaccin-indicateurs de seuil), signalent l'exposition à des températures dépassant un seuil particulier.

Il convient également de mentionner plusieurs innovations en lien avec la logistique. Tout d'abord, une nouvelle gamme de récipients pour le transport des vaccins capables de prévenir le gel accidentel et une perte d'efficacité a été mise au point. Par ailleurs, dans plusieurs pays d'Afrique, la livraison des produits de santé est désormais effectuée par drone, une méthode qui s'est révélée efficace. Cette livraison par les airs permet d'accéder à des régions difficiles à atteindre. Enfin, des systèmes de réfrigération alimentés par un dispositif solaire à connexion directe ont considérablement amélioré la distribution des vaccins. Les dispositifs solaires à connexion directe peuvent conserver les vaccins à la bonne température sans nécessité de recourir à des batteries ou au réseau électrique national⁴⁷. Depuis 2017, l'UNICEF et ses partenaires ont livré plus de 140 000 réfrigérateurs à 113 pays. Parmi ces réfrigérateurs, 46 % étaient alimentés par un dispositif solaire à connexion directe.

Outils numériques

L'introduction de la technologie numérique dans le secteur de la santé au cours de la dernière décennie visait à améliorer la qualité et le degré d'actualité des données. Les outils numériques ont tout d'abord été introduits dans les programmes de vaccination sous la forme de systèmes tels que les dossiers de vaccination électroniques, qui peuvent remplacer les registres imprimés. Ces dossiers électroniques sont des systèmes d'information confidentiels sur la population qui consignent des données sur les doses de vaccin administrées. Ils peuvent garantir que la bonne personne reçoit le bon vaccin au bon moment en permettant l'identification des patients, la consignation de l'historique vaccinal et le suivi des patients qui ont manqué un vaccin.

De plus en plus de pays adoptent les dossiers de vaccination électroniques afin d'améliorer la qualité des données et l'efficacité de leurs programmes. En Amérique latine, ces dossiers ont été adoptés pour la première fois au Mexique en 1987 et sont utilisés depuis plus de trois décennies. Depuis le début des années 2010, leur popularité n'a cessé de croître en Afrique et en Asie à tel point qu'ils sont actuellement utilisés dans 50 pays à revenu faible et intermédiaire sur ces deux continents. En République-Unie de Tanzanie et en Zambie, ils ont permis d'améliorer considérablement l'exactitude des données, l'identification des régions présentant une faible couverture vaccinale et le recensement des enfants ayant manqué des vaccins. En Gambie, ils permettent de produire des données de qualité, à jour et cohérentes⁴⁸. Les dossiers de vaccination électroniques présentent également l'avantage d'être efficaces et rentables : ils constituent un gain de temps pour la consignation et la gestion de la vaccination et éliminent les coûts d'impression⁴⁹.

Les outils numériques ont tout d'abord été introduits dans les programmes de vaccination sous la forme de systèmes tels que les dossiers de vaccination électroniques, qui peuvent remplacer les registres imprimés.

Les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et statistiques de l'état civil et d'identification nationale sont également des outils numériques importants. Ces systèmes indiquent les événements majeurs de la vie des personnes, tels que la naissance, le décès et la cause du décès, et contribuent au recensement des services de soutien nécessaires.

Les mégadonnées dérivées des dossiers de vaccination électroniques peuvent aussi s'avérer particulièrement utiles pour suivre les activités de vaccination en temps réel et garantir le recensement des communautés dans le besoin, comme le démontre une étude menée au Pakistan⁵⁰. Le recours par les vaccinateurs à un dispositif numérique leur permettant de suivre leur travail sur un système de téléphonie mobile Android a en effet contribué à augmenter de manière substantielle le nombre moyen de doses de vaccin contre la rougeole et de troisièmes doses du vaccin pentavalent administrées chaque jour dans les régions à haut risque⁵¹. Les outils cartographiques des systèmes d'information géographique (SIG), qui permettent de produire des cartes afin d'analyser et de présenter les informations, sont désormais également utilisés pour localiser les enfants à vacciner. Ces outils facilitent à la fois la vaccination de routine⁵² et la lutte contre la poliomyélite⁵³. Dans une étude menée dans le nord du Nigéria, la planification assistée par un système d'information géographique s'est révélée plus rentable que les méthodes traditionnelles⁵⁴. D'après une autre étude menée dans le même pays, les systèmes d'information géographique permettaient de cibler plus précisément les populations à vacciner contre la rougeole et d'améliorer la couverture vaccinale⁵⁵.

Les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et statistiques de l'état civil et d'identification nationale sont également des outils numériques importants. Ces systèmes indiquent les événements majeurs de la vie des personnes, tels que la naissance, le décès et la cause du décès, et contribuent au recensement des services de soutien nécessaires. Associés aux dossiers de vaccination électroniques, ils contribuent à assurer un suivi des vaccins administrés à l'ensemble des enfants et facilitent l'allocation des ressources vaccinales. D'autres systèmes numériques, notamment les systèmes d'information électroniques de gestion logistique, peuvent réduire les pénuries de vaccins, améliorer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et accroître la disponibilité des vaccins.

D'autres plateformes numériques se sont également révélées efficaces. L'Indonésie, par exemple, a utilisé la plateforme RapidPro pour suivre en ligne les progrès de la campagne vaccinale nationale contre la rougeole et la rubéole. Cette technologie a permis aux vaccinateurs d'envoyer des SMS pour signaler le nombre d'enfants vaccinés chaque jour. Leurs informations étaient automatiquement chargées sur une base de données avant d'être affichées sur un tableau de bord en ligne⁵⁶. Plus la plateforme était utilisée, plus les niveaux de couverture étaient élevés, et les objectifs de vaccination atteints rapidement. Les effets étaient encore plus marqués dans les districts manifestant une réticence accrue à la vaccination. En Inde, la plateforme de santé numérique TeCHO+ (Technology Enabled Community Health Operations) et le réseau électronique de renseignement sur les vaccins (eVIN) ont augmenté la couverture vaccinale tout en renforçant la gestion des dossiers et l'efficacité de la saisie des données⁵⁷.

Il a aussi été démontré que les initiatives faisant appel aux téléphones portables (connues sous le nom de « santé mobile »), qui incluent l'envoi de rappels par SMS, améliorent la couverture vaccinale et les délais dans un éventail de contextes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Une analyse de six études menées dans certains de ces pays a ainsi révélé que les femmes enceintes étaient 63 % plus susceptibles de se faire vacciner contre le tétanos lorsqu'elles recevaient des messages sur leur téléphone portable⁵⁸. Des dispositifs numériques ont également été utilisés pour améliorer la chaîne d'approvisionnement des vaccins en Inde⁵⁹, au Kenya⁶⁰ et en Zambie⁶¹. En Inde, le réseau eVIN contrôlant la température du matériel de la chaîne du froid a été associé à l'amélioration de la couverture vaccinale et à une disponibilité accrue des doses de vaccins⁶².

Renforcement des capacités de production locales

Les pays à revenu élevé ont rapidement mis au point, acheté et distribué des vaccins contre la COVID-19 dès les débuts de la pandémie, tandis que les pays à revenu faible et intermédiaire n'ont pas eu d'autre choix que d'attendre. Ces inégalités ont accéléré la création d'un mouvement visant à accroître les capacités des pays à revenu faible et intermédiaire à mener leurs propres recherches sur les vaccins et à les produire. Moins de 1 % des vaccins utilisés sur le continent africain sont produits localement, par exemple, ce qui souligne l'extrême vulnérabilité de la région et sa dépendance excessive à l'égard des approvisionnements en provenance de l'étranger. L'Union africaine s'est fixé pour objectif de développer, de produire et de fournir plus de 60 % des doses de vaccins requises sur le continent d'ici à 2040. Pour atteindre cet objectif, elle a fait appel au soutien de Gavi et d'autres partenaires internationaux, l'enjeu étant de parvenir à une diversification régionale bien gérée de la fabrication, laquelle favorisera un accès équitable aux vaccins durant les pandémies, tout en garantissant le caractère abordable de la vaccination de routine et en élargissant l'accès à celle-ci⁶³.

La pandémie a donné naissance à d'autres initiatives de la sorte, telles que le Réseau des fabricants de vaccins des pays en développement, établi en 2000, qui vise à aider les pays à revenu faible et intermédiaire à acquérir une meilleure autonomie en matière de production. Cette alliance internationale de fabricants coordonne ses efforts afin de fournir de manière durable des vaccins à un prix abordable aux pays en développement tout en encourageant la recherche et le développement au sein des pays bénéficiaires. De plus, des usines de production de vaccins ARNm devraient voir le jour en Afrique, en Asie et en Amérique latine afin de lutter contre la COVID-19 et d'autres maladies⁶⁴.



Dans la chambre froide du bâtiment servant au Programme élargi de vaccination de l'État de Kassala, au Soudan, Bakhari Jafar place des blocs réfrigérants dans une glacière destinée à transporter des vaccins.
© UNICEF/UN0795963/
Mojtba Moawia Mahmoud

HAÏTI

L'énergie solaire pour préserver les vaccins et protéger les enfants

Chaque fois que Jamesly, 6 mois, doit se faire vacciner, sa mère, Rosemirlande, parcourt les six kilomètres qui séparent son village du dispensaire Sacré-Cœur.

Lors d'une visite, la commerçante âgée de 27 ans patiente dans la salle d'attente en compagnie d'une

vingtaine de mères et de personnes tenant elles aussi les enfants dont elles s'occupent sur leurs genoux. Toutes attendent impatiemment les vaccins essentiels qui protégeront leurs enfants contre la diphtérie, la diarrhée, la tuberculose et la pneumonie.



Depuis son village, Rosemirlande doit parcourir six kilomètres avec son fils Jamesly pour se rendre au dispensaire Sacré-Cœur. La distance n'est pas un frein car, selon elle, « si une mère aime son enfant, elle doit le faire vacciner ».

© UNICEF/UN0677700/

Pour Rosemirlande, les efforts fournis et l'attente en valent la peine.

« Si une mère aime son enfant, elle doit le faire vacciner », affirme-t-elle.

Le souhait de la jeune femme de faire vacciner son bébé peut ainsi se concrétiser, en partie, grâce à une installation fonctionnant à l'énergie solaire, qui permet au dispensaire Sacré-Cœur, dans le département du Sud, de pallier les coupures d'électricité fréquentes.

Ces dernières années, l'UNICEF et le Ministère de la santé publique et de la population d'Haïti ont investi dans l'énergie solaire au profit des centres de santé. Dans ce pays tropical, la réfrigération est essentielle à la conservation des produits de santé périssables, en particulier des vaccins.

« Auparavant, nous utilisions des bouteilles de propane, mais les pénuries menaçaient sans cesse la chaîne du froid et la qualité des vaccins », raconte Mona Yvrose Jean Claude, infirmière au dispensaire Sacré-Cœur depuis plus de 10 ans. « À présent, on compte moins de cas de rougeole, de poliomyélite, de grippe ou de diarrhée. »

« L'énergie solaire est une bénédiction », ajoute-t-elle.

En Haïti, 96 % des établissements de santé sont alimentés à l'énergie solaire. Le pays compte plus de 960 réfrigérateurs solaires et deux chambres froides, de grands entrepôts destinés aux vaccins. Le département du Sud dispose de plus de 150 réfrigérateurs solaires.

Malgré la diminution de la couverture vaccinale due à la COVID-19, le département du Sud a atteint un taux de couverture de 88 % chez les enfants pour le vaccin pentavalent trois doses.

« Le problème d'alimentation électrique est résolu grâce aux panneaux solaires pour les réfrigérateurs », explique Pierre Jean Gardy, technicien de la chaîne du froid au Centre d'approvisionnement du département du Sud. « Les établissements de santé sont désormais bien équipés en permanence pour recevoir les vaccins destinés aux enfants. »

Toutefois, des difficultés persistent.

Rosemirlande a pu se rendre au centre de santé à pied, mais pour certaines familles, la distance est trop importante. Lorsque c'est possible, Mona et ses collègues mettent en place des cliniques mobiles. Dans certaines communautés, ils ont rencontré des adolescents qui n'avaient jamais été vaccinés.

« Certaines personnes n'ont jamais eu la possibilité de se rendre dans un dispensaire. Il est donc de notre devoir de faire venir ces services à eux », précise Mona.

Le dispensaire Sacré-Cœur propose de nombreux services, notamment un excellent centre de prise en charge du VIH. Les améliorations apportées au centre de soins prénatals ont entraîné une augmentation du nombre de visites pour vacciner les enfants.

« Nous administrons le vaccin BCG [contre la tuberculose] à peu d'enfants », raconte Mona. « Mais grâce aux efforts réalisés dans notre centre de soins prénatals, nous avons enregistré une augmentation du nombre de visites pour la vaccination. »

La pandémie de COVID-19 a entraîné une baisse de la fréquentation, en particulier des femmes enceintes. Des agents de santé communautaires polyvalents ont alors été formés et envoyés dans les communautés.

Toutefois, le maintien de ces activités de proximité pose des défis financiers, notamment pour des effectifs vieillissants. La poursuite de ces actions avec des agents de santé communautaires plus polyvalents et la création de lieux de rassemblement permettraient à Mona et à ses collègues de continuer leurs efforts et d'atteindre davantage d'enfants, affirme l'infirmière.

Le jour où Rosemirlande a fait vacciner Jamesly, le personnel infirmier donnait également des conseils aux adultes sur l'importance de l'alimentation et de l'hygiène dans la prévention des infections.

« Ce n'est pas le salaire qui me motive, mais plutôt le ressenti des patients », explique Mona. « [...] Tous les matins, je sais que je vais aider quelqu'un qui souffre physiquement ou psychologiquement. C'est ce qui me pousse à me lever chaque jour et à venir travailler. » ■



En Équateur, Aysel Yanez, 2 ans, montre son carnet de santé qui permet de suivre les courbes de poids et de taille de la fillette, ainsi que son parcours vaccinal.
© UNICEF/UN0692712/Arcos

Pour chaque enfant, des vaccins : Une question d'équité

La vaccination sauve des vies. Elle joue un rôle fondamental pour protéger la santé et le bien-être des enfants et appuyer la réalisation de nos objectifs communs en matière de développement. L'élargissement de la couverture vaccinale est une question de vie ou de mort. Ce chapitre propose un cadre d'action assorti de mesures prioritaires à l'intention des parties prenantes du monde entier en vue de fournir à chaque enfant des vaccins vitaux.

Introduction

Malgré les progrès indéniables accomplis depuis des décennies, des difficultés majeures continuent d'entraver la vaccination. Dans bien trop de régions du monde, la couverture vaccinale a stagné, voire diminué. Environ 1 enfant sur 5 n'a toujours pas accès aux vaccins vitaux, une situation qui touche en particulier ceux issus des classes sociales marginalisées et des ménages les plus pauvres, et qui n'a cessé de se détériorer durant la pandémie de COVID-19. L'échec des systèmes de santé à vacciner chaque enfant reflète le manque d'investissement dont souffrent les soins de santé primaires à l'échelle nationale, l'insuffisance des ressources humaines affectées à la santé, ainsi que des lacunes en matière de leadership à différents niveaux et dans différents domaines de responsabilités de l'administration.

Ce recul doit résonner comme un signal d'alarme : la vaccination de routine doit absolument figurer au rang des priorités dans les années à venir. Nous devons agir en concertation pour rattraper les retards de vaccination infantile accumulés pendant la pandémie et reconstruire les systèmes de santé tout en veillant à en combler les principales lacunes, sans quoi les enfants et adolescents d'aujourd'hui – soit les adultes de demain – en subiront les effets dévastateurs, et les chances d'atteindre les objectifs de développement durable s'amenuiseront davantage.



Un enfant vacciné pose pour être pris en photo dans un centre de santé, en Inde.
© UNICEF/UN0622108/Soni

Pour chaque enfant, des vaccins : Une question d'équité

Depuis plusieurs années, diverses parties prenantes, notamment les institutions chargées de la gouvernance au niveau mondial, les organismes de développement et les universitaires, plaident en faveur d'une accélération des mesures déployées dans le but de renforcer les services de vaccination.

Aussi, s'inspirant des stratégies mondiales présentées dans le *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030* et de la Stratégie Gavi 5.0 destinée à promouvoir l'équité et à accroître durablement la couverture vaccinale, ce rapport présente un plan d'action visant à accorder la priorité à la vaccination infantile – une série de recommandations concrètes et applicables en vue de vacciner chaque enfant et de veiller à ce que les systèmes de vaccination et de soins de santé primaires soient prêts à relever les défis de demain.

La mise en œuvre d'un tel plan d'action requerra des gouvernements et des autres parties prenantes majeures du secteur de la vaccination qu'ils fassent preuve d'une volonté politique affirmée. La pandémie de COVID-19 a illustré le rôle crucial d'une action collective et concertée pour garantir un accès universel aux vaccins. Nous le constatons encore et toujours : « l'existence des vaccins ne suffit pas, c'est la vaccination qui sauve des vies ». Or, pour que la vaccination ait lieu, une véritable volonté politique en la matière doit être insufflée dans l'ensemble des pays.

1. Vacciner chaque enfant, partout

Au nom de l'équité, les vaccins doivent atteindre chaque enfant, quels que soient son lieu de naissance, son identité et l'endroit où il vit¹. Cela suppose d'atteindre les enfants qui n'ont pas été vaccinés durant la pandémie et qui auront bientôt dépassé l'âge auquel les vaccins sont habituellement administrés. Cela suppose également d'atteindre les enfants vivant dans des villages reculés en milieu rural, des établissements urbains informels et des zones de conflit – à savoir les trois contextes qui se heurtent à des obstacles particuliers en matière de vaccination –, sans oublier les enfants zéro dose vivant dans des lieux où ces obstacles ne sont pas aussi manifestes, des lieux souvent situés à moins d'une heure du centre de santé le plus proche².

Mesures prioritaires à mettre en œuvre

✓ **Rattraper les retards de vaccination infantile accumulés pendant la pandémie.**

La riposte à la pandémie de COVID-19 a suscité un véritable élan en faveur de la vaccination. Cet élan peut désormais nous servir à cibler les besoins des enfants qui n'ont pas été vaccinés durant la crise sanitaire. Des interventions sur mesure, soutenues financièrement et via d'autres appuis par les principaux donateurs et partenaires internationaux, doivent être déployées dans les pays les plus touchés.

✓ **Identifier les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés et mettre fin aux principales inégalités.** Il convient d'avoir recours à des données de qualité et adaptées afin de recenser les enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés et d'orienter et de guider les mesures prises à leur égard, et d'investir dans de nouvelles technologies et approches afin de produire des données plus récentes et plus précises. Il est également nécessaire de mettre au point un système de dossiers de santé individuels pour chaque enfant afin de suivre les résultats, notamment le statut vaccinal de la communauté, et de surveiller les progrès et les besoins grâce à des tableaux de bord accessibles au public. Enfin, une telle mesure suppose de concevoir des services de vaccination tenant compte des principales inégalités socioéconomiques et des obstacles à la vaccination.

- ✓ **Recenser les enfants en milieu urbain et atteindre ceux en milieu rural.** En milieu urbain, il est important de veiller à renforcer la mobilisation de la communauté afin d'encourager l'utilisation des services de santé, à améliorer la sécurité des parents et des agents de santé et à offrir des services de vaccination à horaire flexible. En milieu rural, il s'agit de s'attacher à motiver et à retenir les agents de santé à l'aide de compléments de salaire et d'autres incitations, d'envisager le recours à des opérateurs privés afin de faire baisser le coût marginal élevé des services de vaccination, et de mieux intégrer les services de santé dans l'ensemble des secteurs.
- ✓ **Relever les défis posés dans les situations d'urgence et les contextes fragiles.** Pour ce faire, il faut investir en faveur de la préparation afin de garantir que les pays sont équipés pour intervenir, notamment en créant des stocks d'urgence, en développant la résilience et en mobilisant la société civile. Il est également nécessaire de soutenir les enfants et les familles en déplacement, en veillant à ce que les vaccins et les services de santé soient disponibles et accessibles, ainsi que de privilégier et financer les solutions novatrices, telles que le paiement des agents de santé au moyen de services bancaires par téléphonie mobile ou de systèmes numériques et la mise au point de vaccins ayant une durée de vie plus longue.

2. Renforcer la demande et la confiance à l'égard des vaccins

La décision des familles de faire vacciner leurs enfants dépend de nombreux facteurs qui varient considérablement en fonction du contexte local, de la culture et des normes sociétales en vigueur. Il peut être important de prendre en compte les questions entourant l'innocuité et l'efficacité des vaccins ainsi que les perceptions des avantages et des coûts de la vaccination (*voir chapitre 4*). La relation et les expériences des communautés avec les agents de santé et les pouvoirs publics peuvent aussi influencer les attitudes concernant le recours aux services de vaccination et de santé. Il est donc essentiel de comprendre l'ensemble de ces questions en menant des activités d'écoute sociale efficaces afin d'identifier et de concevoir des interventions et des stratégies sur mesure susceptibles de stimuler la demande.

Mesures prioritaires à mettre en œuvre

- ✓ **Échanger avec les communautés.** Il est crucial d'accroître les échanges avec les communautés afin de mieux comprendre leur position à l'égard de la sécurité des vaccins et de l'importance de la vaccination, leurs expériences – tant bonnes que mauvaises – avec les systèmes de santé et les pouvoirs publics, ainsi que le soutien dont elles ont besoin si elles décident de faire vacciner leurs enfants.
- ✓ **Éliminer les obstacles liés au genre.** Nous devons utiliser des approches innovantes pour informer et sensibiliser les personnes qui ont la charge d'enfants, en particulier les mères, tout en veillant à associer et à mobiliser les pères et les hommes. Il s'agira également de personnaliser les services afin de prendre en compte les contraintes de temps des personnes qui s'occupent des enfants.
- ✓ **Doter les agents de santé des ressources nécessaires pour lever les inquiétudes.** Les agents de santé jouissent de niveaux de confiance élevés. Il convient de les aider à devenir de puissants alliés à même de convaincre les parents de faire vacciner leurs enfants, de dissiper les fausses informations circulant au sein de la communauté et d'éclairer la conception d'interventions adaptées aux besoins des familles.
- ✓ **Repenser les mécanismes de responsabilisation au sein des systèmes de santé pour renforcer la confiance.** Les gouvernements doivent envisager la mise en place d'organes de gouvernance bien conçus, tels que des comités de gestion des installations de santé, de manière à équiper les responsables communautaires d'un mécanisme formel pour exprimer leurs inquiétudes et résoudre les problèmes en lien avec les services de vaccination et de soins de santé primaires dont ils dépendent.

3. Accroître et mieux cibler les dépenses en faveur de la vaccination et de la santé

La pandémie de COVID-19 a démontré qu'en dépit d'importants investissements internationaux consentis au cours de la dernière décennie pour favoriser la vaccination et renforcer les capacités, les systèmes de santé restent fragiles dans de nombreux pays. Beaucoup pâtissent d'un manque d'investissement et de visibilité concernant les financements, une problématique qui touche particulièrement les pays fortement tributaires des donateurs externes. Face au risque pour de nombreux pays de perdre une décennie d'investissements publics, il est plus important que jamais de garantir que l'argent est dépensé à bon escient et alloué efficacement. Pour promouvoir l'équité, les gouvernements nationaux et infranationaux doivent accorder la priorité au financement des services de vaccination et de soins de santé primaires. Ils doivent également s'attacher à renforcer le leadership et la responsabilité nécessaires à la supervision des dépenses en vue de leur efficience et de leur efficacité. Les donateurs internationaux, quant à eux, doivent redoubler d'efforts afin d'harmoniser leur soutien et de l'axer sur le renforcement des soins de santé primaires.

Mesures prioritaires à mettre en œuvre

- ✓ **Investir dans les soins de santé primaires à l'échelle nationale.** Les gouvernements doivent accorder la priorité au financement des soins de santé primaires de sorte à mieux répondre aux besoins des populations et à leur garantir un accès équitable, en particulier aux communautés défavorisées.
- ✓ **Mieux aligner le soutien des donateurs.** Les donateurs doivent s'efforcer d'adapter leur soutien aux priorités nationales et aux systèmes nationaux, de manière à renforcer les systèmes au lieu d'axer leurs efforts sur des initiatives visant à lutter contre des maladies particulières. Une meilleure harmonisation dans ce domaine peut en effet contribuer à réduire la fragmentation et à éliminer les recoupements inutiles, notamment les doublons au sein des infrastructures, des services fournis et des plateformes d'information.
- ✓ **Renforcer les capacités en matière de leadership et promouvoir la responsabilité.** Il est essentiel d'améliorer les mécanismes de responsabilité sociale afin de garantir la transparence, la pertinence des allocations budgétaires, la qualité des services et la mobilisation de la communauté. De telles approches doivent s'inscrire dans un élan global visant à optimiser les rendements des investissements actuels en améliorant la planification et la budgétisation, en recensant les contraintes budgétaires, en améliorant les systèmes de gestion des finances publiques et en renforçant la coordination entre les ministères ainsi qu'entre l'administration nationale et les autorités infranationales.
- ✓ **Explorer des pistes novatrices en matière de financement.** Les parties prenantes à tous les niveaux doivent s'appuyer sur les réussites récentes et explorer la capacité des mécanismes de financement novateurs à optimiser les rendements des investissements actuels et à exploiter de nouvelles sources de financement. De telles approches doivent être guidées par une compréhension claire des risques potentiels et du besoin de gouvernance et de supervision.

4. Bâtir des systèmes résilients et à l'épreuve des chocs

Chaque communauté a le droit de bénéficier de soins de santé primaires centrés sur la personne qui intègrent pleinement la vaccination. La vaccination, quant à elle, peut constituer un point de départ pour le renforcement des soins de santé primaires et l'amélioration des services, en particulier dans les contextes difficiles. L'équité doit constituer une priorité dans les soins de santé primaires, qui doivent cibler les plus démunis et être centrés sur la personne plutôt que sur les maladies. Ces soins ne pouvant fonctionner sans personnel de santé ni agents de santé communautaires, il est fondamental de renforcer la présence, les compétences et la motivation du personnel soignant. Des systèmes résilients sont des systèmes capables de faire face aux flambées de maladie, aux épidémies ou aux pandémies, tout en assurant la continuité des services essentiels. Bâtir de tels systèmes implique de fournir des soins de santé primaires de qualité grâce à des agents de santé motivés et qualifiés proches des communautés, de développer des systèmes de données et d'information visant à surveiller les besoins en matière de vaccination et de renforcer la surveillance, en particulier des flambées épidémiques. Il est également crucial de veiller à la fiabilité des approvisionnements de vaccins et de tirer le meilleur parti des innovations susceptibles d'aider les agents de santé à atteindre les enfants vivant dans les régions les plus reculées.

Mesures prioritaires à mettre en œuvre

- ✓ **Accroître l'attention portée aux agents de santé, en particulier aux femmes exerçant ce rôle.** Il convient d'améliorer les salaires et les conditions de travail afin de motiver et de retenir les agents de santé, en particulier les nombreuses femmes travaillant dans le milieu médical. Celles-ci doivent être mieux représentées dans les postes de direction, avoir accès à des possibilités de formation et d'avancement, être protégées contre la discrimination et la violence liée au genre sur le lieu de travail et bénéficier d'aménagements des modalités de travail qui les aident à concilier leurs engagements familiaux et professionnels.
- ✓ **Améliorer la collecte de données et la surveillance des maladies.** Au sein de systèmes d'information plus vastes sur les soins de santé primaires, il est essentiel d'améliorer la collecte de données sur la vaccination et de garantir que ces données sont exploitables. Les pays doivent également, dans le cadre de leur système national de surveillance de la santé publique, mettre en place des systèmes complets de surveillance des maladies à prévention vaccinale soutenus par des réseaux de laboratoires solides et fiables, et renforcer ceux existants.
- ✓ **Sécuriser l'approvisionnement en vaccins et autres fournitures.** Il est nécessaire de garantir un approvisionnement sûr en vaccins de grande qualité et en produits associés. Une meilleure utilisation des processus et stratégies d'achats groupés peut garantir l'obtention de prix abordables et faciliter la constitution de stocks stratégiques. L'augmentation des capacités de fabrication à l'échelle régionale doit également être une piste pleinement explorée et appuyée, cette solution ayant le potentiel d'accélérer et de diversifier l'approvisionnement des vaccins.
- ✓ **Concevoir et promouvoir des innovations utiles et prometteuses.** Cette mesure consiste à investir dans des technologies novatrices, telles que l'énergie solaire pour alimenter la chaîne du froid ou la mise au point de vaccins résistants à la chaleur et de patchs à microréseaux, afin de garantir que les communautés vivant dans les contextes les plus difficiles au monde aient également accès à la vaccination.



Au centre de santé
Catambor, à Luanda, en
Angola, Wilson Abreu
réconforte Kailane, sa
fille de 2 mois, après
l'administration d'un vaccin
visant à la protéger contre
la diphtérie, la coqueluche,
le tétanos, l'hépatite B et
un type de souche grippale.
Pour la petite, c'est un bon
départ dans la vie !
© UNICEF/U.S. CDC/
UN0828193 /Karel Prinsloo

Notes et références bibliographiques

Introduction

- 1 ONU Info, « Nearly 40 Million Children Susceptible to Measles Due to COVID-19 Disruptions », 23 novembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://news.un.org/en/story/2022/11/1131002>> (consulté le 23 février 2023). Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies, « Global Measles and Rubella », 23 novembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.cdc.gov/globalhealth/measles/index.html> (consulté le 23 février 2023).
- 2 Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies, « Complications of Measles », 5 novembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <www.cdc.gov/measles/symptoms/complications.html> (consulté le 27 février 2023). Leal, I., et al. (2015), « An Old "New" Friend: Postmeasles blindness in the 21st century », *BMJ Case Reports*, 2015, art. bcr2015211766. Disponible à l'adresse suivante : <<http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2015-211766>>. Organisation mondiale de la Santé, « Rougeole », 5 décembre 2019. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles> (consulté le 27 février 2023).
- 3 Semba, Richard D., et Martin W. Bloem, « Measles Blindness », *Public Health and the Eye*, vol. 49, n° 2, mars 2004, p. 243-255. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2003.12.005>>. « Rougeole ».
- 4 Dixon, Meredith G., et al., « Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2020 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 70, n° 45, 10 novembre 2021, p. 1563-1569. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7045a1>>.
- 5 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2021 WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC)*, 15 juillet 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/07/progress-challenges_wuenic2021.pdf> (consulté le 26 juillet 2022).
- 6 Ibid.
- 7 Ibid.
- 8 Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 : Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté (IA2030), s.d. Disponible à l'adresse suivante : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-wha_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf?sfvrsn=5389656e_69&download=true> (consulté le 27 février 2023).
- 9 Henderson, Donald A., « The Eradication of Smallpox – An overview of the past, present, and future », *Vaccine*, vol. 29, suppl. 4, 2011, p. D7-D9. Disponible à l'adresse suivante : <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11009546> (consulté le 27 février 2023).
- 10 Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, *Investment Case 2022-2026: Investing in the promise of a polio-free world*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2022, p. v. Disponible à l'adresse suivante : <<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/04/GPEI-Investment-Case-2022-2026-Web-EN.pdf>> (consulté le 27 février 2023).
- 11 Organisation mondiale de la Santé, « Global Excess Deaths Associated with COVID-19, January 2020 – December 2021 », mai 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021> (consulté le 27 février 2023).
- 12 Mattieu, E., et al., « Coronavirus Pandemic (COVID-19) Vaccinations », Our World in Data, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>> (consulté le 26 juillet 2022).
- 13 Watson, Oliver J., et al., « Global Impact of the First Year of COVID-19 Vaccination: A mathematical modelling study », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 22, n° 9, septembre 2022, p. 1293-1302. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6)>.
- 14 Solis-Moreira, Jocelyn, « How Did We Develop a COVID-19 Vaccine So Quickly? », *MedicalNewsToday*, 13 novembre 2021. Disponible à l'adresse suivante : <www.medicalnewstoday.com/articles/how-did-we-develop-a-covid-19-vaccine-so-quickly> (consulté le 27 février 2023).
- 15 Watson, et al., « Global Impact of the First Year of COVID-19 Vaccination ».
- 16 Organisation mondiale de la Santé, *Implementing the Immunization Agenda 2030: A framework for action through coordinated planning, monitoring & evaluation, ownership & accountability, and communications & advocacy*, OMS, Genève, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030> (consulté le 27 février 2023).
- 17 Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Examen et enseignements*, WHO/IVB/19.07, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329097/WHO-IVB-19-07-eng.pdf>> (consulté le 27 février 2023).
- 18 Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, *Immunization Coverage: Are we losing ground?*, OMS et UNICEF, Genève et New York, juillet 2020. Disponible à l'adresse suivante : <<https://data.unicef.org/resources/immunization-coverage-are-we-losing-ground/>> (consulté le 6 juillet 2022).
- 19 Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <<https://unicef.shinyapps.io/wuenic-analytics-2022/>> (consulté le 28 février 2023).
- 20 *Implementing the Immunization Agenda 2030*.
- 21 Lindstrand, Ann, et al., « The World of Immunization: Achievements, challenges, and strategic vision for the next decade », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 224, suppl. 4, 1^{er} octobre 2021, p. S452-S467. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1093/infdis/jiab284>>.
- 22 Larson, Heidi J., Emmanuela Gakidou et Christopher J. L. Murray, « The Vaccine-Hesitant Moment », *New England Journal of Medicine*, vol. 387, n° 1, 2022, p. 58-65. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1056/NEJMr21106441>>.
- 23 Organisation mondiale de la Santé, « Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année », s.d. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (consulté le 27 février 2023).
- 24 Larson, et al., « The Vaccine-Hesitant Moment ».
- 25 Organisation mondiale de la Santé, « Measles and Rubella Global Update January 2023 », OMS, Genève. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data> (consulté le 23 janvier 2023).
- 26 Clarke, Ed, et Beate Kampmann, « No One is Safe Until Everyone is Safe – From polio too », *BMJ*, vol. 377, 2022, art. o1625. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1136/bmj.o1625>>.
- 27 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La crise climatique est une crise des droits de l'enfant : Présentation de l'Indice des risques climatiques pour les enfants*, UNICEF, New York, août 2021. Disponible à l'adresse suivante : <www.unicef.org/reports/climate-crisis-child-rights-crisis> (consulté le 28 février 2023).
- 28 *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030*.
- 29 Nations Unies, *Convention relative aux droits de l'enfant*, Nations Unies, New York, 20 novembre 1989, art. 24. Disponible à l'adresse suivante : <www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.
- 30 *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030*.
- 31 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Costs of Vaccinating a Child*, UNICEF, New York, août 2020.
- 32 Immunization Economics Community of Practice, « Return on Investment », 2019. Disponible à l'adresse suivante : <<https://immunizationeconomics.org/dove-roi>> (consulté le 27 février 2023).
- 33 Kurowski, Christoph, et al., *From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: Old scars, new wounds*, Banque mondiale, Washington, septembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35298/September%202022.pdf>> (consulté le 27 février 2023).
- 34 Kurowski, Christoph, et al., « From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19 », document de réflexion sur la santé, la nutrition et les populations, Banque mondiale, Washington, mars 2021, p. 45-46. Disponible à l'adresse suivante : <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>> (consulté le 6 mars 2023).

Chapitre 1

- 1 MacMillan, Carrie, « Herd Immunity: Will we ever get there? », *Yale Medicine*, 21 mai 2021. Disponible à l'adresse suivante : <www.yalemedicine.org/news/herd-immunity> (consulté le 28 février 2023).
- 2 Organisation mondiale de la Santé, « Immunization Analysis and Insights ». Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data> (consulté le 7 février 2023).
- 3 OMS Afrique, « Les épidémies des maladies évitables par la vaccination sont en hausse en Afrique », 28 avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.afro.who.int/news/vaccine-preventable-disease-outbreaks-rise-africa> (consulté le 3 mai 2022). Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, « L'UNICEF et l'OMS s'inquiètent de constater que les conditions actuelles sont particulièrement favorables à une flambée épidémique de rougeole, une situation qui met en danger les enfants », communiqué de presse, 27 avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.unicef.org/press-releases/unicef-and-who-warn-perfect-storm-conditions-measles-outbreaks-affecting-children> (consulté le 3 mai 2022).

- 4 Jerving, Sara, « Is a Measles Spike a Bellwether for Other Vaccine-Preventable Outbreaks? », DEVEX, Inside Development, Global Health, 5 mai 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.devex.com/news/is-a-measles-spike-a-bellwether-for-other-vaccine-preventable-outbreaks-103147> (consulté le 6 mai 2022).
- 5 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *L'émaciation sévère : Une urgence passée sous silence qui menace la survie des enfants*, UNICEF – SOS Enfants, mai 2022, p. 5. Disponible à l'adresse suivante : <www.unicef.org/media/120346/file/Wasting%20child%20alert.pdf> (consulté le 26 octobre 2022).
- 6 Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture *et al.*, *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2022 : Réorienter les politiques alimentaires et agricoles pour rendre l'alimentation saine plus abordable*, FAO, Rome, 2022, p. 10. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.4060/cc0639en>>.
- 7 Toh, Zheng Quan, *et al.*, « Human Papillomavirus Vaccination After COVID-19 », *JNCI Cancer Spectrum*, vol. 5, n° 2, 2 mars 2021, art. pkab011, p. 5. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1093/jncics/pkab011>>.
- 8 Bray, Freddie, *et al.*, « Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 68, n° 6, 12 septembre 2018, p. 394-424, p. 401. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.3322/caac.21492>>. Erratum dans : *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 70, n° 4, juillet 2020, p. 313.
- 9 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2021 WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC)*, 15 juillet 2022, p. 23. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/07/progress-challenges_wuenic2021.pdf> (consulté le 26 juillet 2022).
- 10 *Ibid.*, p. 21.
- 11 Masresha, Balcha Girma, *et al.*, « The Performance of Routine Immunization in Selected African Countries During the First Six Months of the COVID-19 Pandemic », *Pan African Medical Journal*, vol. 37, suppl. 1, 18 septembre 2020, art. 12. Grundy, John, et Beverley-Ann Biggs, « The Impact of Conflict on Immunization Coverage in 16 Countries », *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 8, n° 4, avril 2019, p. 211-221. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.127>>.
- 12 Nelson, Roxanne, « COVID-19 Disrupts Vaccine Delivery », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 20, n° 5, 17 avril 2020, p. 546. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30304-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30304-2)>. Kurowski, Christoph, *et al.*, « From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19 », document de réflexion sur la santé, la nutrition et la population, Banque mondiale, Washington D.C., mars 2021. Disponible à l'adresse suivante : <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>> (consulté le 6 mars 2023).
- 13 Organisation mondiale de la Santé, *Third Round of the Global Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services During the COVID-19 Pandemic: November–December 2021 Interim report*, OMS, Genève, 7 février 2022, p. 16. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1> (consulté le 23 février 2023).
- 14 Ho Lee *et al.*, « Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic on Vaccine-Preventable Disease Campaigns », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 119, juin 2022, p. 201–209. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.04.005>>.
- 15 Organisation mondiale de la Santé, « Poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) – Malawi », article, 3 mars 2022. Disponible à l'adresse suivante : <[www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/wild-poliovirus-type-1\(WPV1\)-malawi](http://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/wild-poliovirus-type-1(WPV1)-malawi)> (consulté le 11 janvier 2023).
- 16 Zeitouny, Seraphine, *et al.*, « Mapping Global Trends in Vaccine Sales Before and During the First Wave of the COVID-19 Pandemic: A cross-sectional time-series analysis », *BMJ Global Health*, vol. 6, n° 12, 2 décembre 2022, art. e006874, p. 7. Disponible à l'adresse suivante : <<https://gh.bmj.com/content/6/12/e006874#block-system-main>> (consulté le 23 février 2023).
- 17 *Ibid.*, p. 1.
- 18 Dubé, Eve, et Noni E. MacDonald, « How Can a Global Pandemic Affect Vaccine Hesitancy? », *Expert Review of Vaccines*, vol. 19, n° 10, 18 septembre 2020, p. 899–901. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825944>>.
- 19 Ota, Martin O.C., *et al.*, « Impact of COVID-19 Pandemic on Routine Immunization », *Annals of Medicine*, vol. 53, n° 1, 2 décembre 2021, p. 2286–2297. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1080/07853890.2021.2009128>>.
- 20 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « COVID-19 Market Dashboard ». Disponible à l'adresse suivante : <<https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>> (consulté le 20 décembre 2022).
- 21 Kurowski, Christoph, *et al.*, *From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: Old scars, new wounds*, Banque mondiale, Washington D.C., septembre 2022, p. 13. Disponible à l'adresse suivante : <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35298/September%202022.pdf>> (consulté le 27 février 2023).
- 22 *Ibid.*, p. 48.
- 23 Organisation mondiale de la Santé, *Gestion des personnels de santé et politique à leur égard dans le contexte de la riposte à la pandémie de COVID-19 : orientations provisoires*, OMS, Genève, 3 décembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1> (consulté le 23 février 2023).
- 24 *Ibid.*
- 25 Gavi, l'Alliance du Vaccin, « Evaluation Studies », 20 décembre 2021. Disponible à l'adresse suivante : <www.gavi.org/programmes-impact/our-impact/evaluation-studies> (consulté le 23 février 2023).

Chapitre 2

- 1 Cesar Victora et Aluisio Barros de l'International Center for Equity in Health de l'Université fédérale de Pelotas, au Brésil, ont réalisé pour le rapport *La Situation des enfants dans le monde 2023* une analyse portant sur des enquêtes nationales représentatives menées dans 74 pays de 2015 à 2020. Ces enquêtes incluaient des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). L'absence de schéma vaccinal complet pour le vaccin DTC (diphtérie, tétanos et coqueluche), une mesure indirecte des enfants zéro dose, constituait la variable de résultats. Les analyses portaient sur un groupe cible de 161 922 enfants âgés de 12 à 23 mois visant à mesurer la couverture vaccinale. Neuf variables de stratification ont été étudiées : les quintiles et les déciles de richesse (dérivés des indices des biens des ménages), le lieu de résidence en milieu rural ou urbain, la double stratification par richesse et résidence, le sexe des enfants, et l'éducation et l'autonomisation des mères (à l'aide de l'indice d'autonomisation des femmes basé sur des enquêtes – SWPER), le groupe ethnique et la région infranationale. Toutes les analyses ont pris en compte le modèle de l'enquête. Des estimations groupées ont été fournies par région du monde et groupe de pays en utilisant comme pondérations la population d'enfants dans chaque pays.
- 2 Feletto, Marta, *et al.*, « A Gender Lens to Advance Equity in Immunization », Document d'analyse n° 5, Equity Reference Group for Immunization, décembre 2018, p. 4.
- 3 *Ibid.*, p. 4.
- 4 Ewerling, Fernanda, *et al.*, « SWPER Global: A survey-based women's empowerment index expanded from Africa to all low- and middle-income countries », *Journal of Global Health*, vol. 10, n° 2, décembre 2022, art. 020434. Disponible sur Internet : <<https://doi.org/10.7189/jogh.10.020434>>.
- 5 Okwo-Bele, Jean-Marie, *et al.*, « Tackling Inequities in Immunization Outcomes in Conflict Contexts », Document d'analyse n° 6, Equity Reference Group for Immunization, décembre 2018, p. vi.
- 6 *Ibid.*, p. 4.
- 7 *Ibid.*
- 8 *Ibid.*, p. 2.
- 9 *Ibid.*, p. 4.
- 10 *Ibid.*
- 11 Singh *et al.*, « Strategies to Overcome Vaccine Hesitancy: A systematic review », *Systematic Reviews*, vol. 11, art. 78, avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s13643-022-01941-4>>.
- 12 Gibson, Dustin G., *et al.*, « Mobile Phone-delivered Reminders and Incentives to Improve Childhood Immunization Coverage and Timeliness in Kenya (M-SIMU): A cluster randomised controlled trial », *The Lancet Global Health*, vol. 5, n° 4, avril 2017, p. E428-E438. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30072-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30072-4)>.
- 13 Jarrett, Caitlin, *et al.*, « Strategies for Addressing Vaccine Hesitancy – A systematic review », *Vaccine*, vol. 33, n° 34, 2015, p. 4180-4190. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>>.
- 14 Carter, Austin, *et al.*, « Modeling the Impact of Vaccination for the Immunization Agenda 2030: Deaths averted due to vaccination against 14 pathogens in 194 countries from 2021–2030 », *SSRN*, 26 avril 2021. Disponible à l'adresse suivante : <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3830781>>.
- 15 Piot, Peter, *et al.*, « Immunization: Vital progress, unfinished agenda », *Nature*, vol. 575, 6 novembre 2019, p. 119-129. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1038/s41586-019-1656-7>>.
- 16 Nations Unies, « Nearly 40 Million Children Susceptible to Measles Due to COVID-19 Disruptions », UN News, 23 novembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://news.un.org/en/story/2022/11/1131002>> (consulté le 10 décembre 2022).
- 17 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Pneumonia », décembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/>> (consulté le 7 février 2023).
- 18 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Diarrhoea », décembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>> (consulté le 7 février 2023).
- 19 *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 : Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté*, n. d. Disponible à l'adresse suivante : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-wha_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf> (consulté le 27 février 2023).

- Organisation mondiale de la Santé, « L'OMS recommande l'utilisation d'un vaccin antipaludique novateur destiné aux enfants exposés au risque de contracter la maladie », communiqué de presse, 6 octobre 2021. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk> (consulté le 7 février 2023).
- 20 The Lancet, « Malaria Vaccine Approval: A step change for global health », Editorial, *The Lancet*, vol. 398, n° 10309, p. 1381. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02235-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02235-2)>.
- 21 *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, p. 6. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite*, « vDPPV2 Outbreaks and the Type 2 Novel Oral Polio Vaccine (nOPV2) », aide-mémoire, IMEP, Genève, octobre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/10/GPEI-nOPV2-Factsheet-EN-20221011.pdf>> (consulté le 14 février 2023).
- 22 Rodrigues, Charlene M.C., et Stanley A. Plotkin, « Impact of Vaccines; Health, Economic and Social Perspectives », *Frontiers in Microbiology*, vol. 11, n° 1526, juillet 2020, p. 1. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.01526>>.
- 23 Riumallo-Herl, Carlos, et al., « Poverty Reduction and Equity Benefits of Introducing or Scaling up Measles, Rotavirus, and Pneumococcal Vaccines in Low-income and Middle-income Countries: A modelling study », *BMJ Global Health*, vol. 3, n° 2, mars 2018, art. e000613. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000613>>.
- Johansson, Kjell Arne, et al., « Health Gains and Financial Protection from Pneumococcal Vaccination and Pneumonia Treatment in Ethiopia: Results from an extended cost-effectiveness analysis », *PLoS ONE*, vol. 10, n° 12, décembre 2015. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142691>>.
- de Broucker, Gastien, et al., « Cost of Nine Pediatric Infectious Illnesses in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review of cost-of-illness studies », *Pharmacoeconomics*, vol. 38, août 2020, p. 1071-1094. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1007/s40273-020-00940-4>>.
- Chang, Angela, Y., et al., « The Equity Impact Vaccines May Have on Averting Deaths and Medical Impoverishment in Developing Countries », *Health Affairs*, vol. 37, n° 2, février 2018, p. 316-324. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0861>>.
- 24 Riumallo-Herl, et al., « Poverty Reduction and Equity Benefits of Introducing or Scaling up Measles, Rotavirus, and Pneumococcal Vaccines in Low-income and Middle-income Countries ». Johansson, et al., « Health Gains and Financial Protection from Pneumococcal Vaccination and Pneumonia Treatment in Ethiopia ». Chang, Angela, Y., et al., « The Equity Impact Vaccines May Have on Averting Deaths and Medical Impoverishment in Developing Countries ».
- 25 Adamu, Aishatu Lawal, et al., « The Cost of Illness for Childhood Clinical Pneumonia and Invasive Pneumococcal Disease in Nigeria », *BMJ Global Health*, vol. 7, n° 1, janvier 2022, art. e007080. Disponible à l'adresse suivante : <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007080>>.
- 26 Power, Kate, « The COVID-19 Pandemic Has Increased the Care Burden of Women and Families », *Sustainability: Science, Practice and Policy*, vol. 16, n° 1, 21 juin 2020, p. 67-73. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1080/15487733.2020.1776561>>.
- da Silva, Jorge Moreira, « Why You Should Care about Unpaid Care Work », OECD Development Matters, 18 mars 2019, <<https://oecd-development-matters.org/2019/03/18/why-you-should-care-about-unpaid-care-work/>>, accessed 10 December 2022.
- 27 Power, « The COVID-19 Pandemic Has Increased the Care Burden of Women and Families ». da Silva, « Why You Should Care about Unpaid Care Work ».
- 28 Postma, Maarten J., Stuart Carroll et Alexandra Brandão, « The Societal Role of Lifelong Vaccination », *Journal of Market Access & Health Policy*, vol. 3, n° 1, art. 26962, 12 août 2015, p. 1. Disponible sur Internet : <<https://doi.org/10.3402/jmahp.v3.26962>>.
- 29 Arsenault, Catherine, Sam Harper et Arijit Nandi, « Effect of Vaccination on Children's Learning Achievements: Findings from the India Human Development Survey », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 74, n° 10, juin 2020, p. 778-784. Disponible à l'adresse suivante : <<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2019-213483>>.
- 30 Nandi, Arindam, et al., « Anthropometric, Cognitive, and Schooling Benefits of Measles Vaccination: Longitudinal cohort analysis in Ethiopia, India, and Vietnam », *Vaccine*, vol. 37, n° 31, juin 2019, p. 4336-4343. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.025>>.
- 31 Andre, F. E., et al., « Vaccination Greatly Reduces Disease, Disability, Death and Inequity Worldwide », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, n° 2, 27 novembre 2007, p. 140-106. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.2471/blt.07.040089>>.
- Rodrigues et Plotkin, « Impact of Vaccines; Health, Economic and Social Perspectives ».
- 32 Organisation mondiale de la Santé, *Bacterial Vaccines in Clinical and Preclinical Development 2001: An overview and analysis*, OMS, Genève, 2022, p. 1. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/publications/item/9789240052451> (consulté le 14 février 2023).
- 33 Murray, Christopher J. L., et al., « Global Burden of Bacterial Antimicrobial Resistance in 2019: A systematic analysis », *The Lancet*, vol. 399, n° 10325, 12 février 2022, p. 629-655. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)>.
- McDonnell, Anthony, et Katherine Klemperer, « Drug-resistant Infections are One of the World's Biggest Killers, Especially for Children in Poorer Countries. We must act now », Center for Global Development, 20 janvier 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.cgdev.org/blog/drug-resistant-infections-are-one-worlds-biggest-killers-especially-children-poorer-countries#:~:text=Particularly%20striking%20from%20the%20new,AMR%20nearly%20every%20two%20minutes> (consulté le 11 décembre 2022).
- 34 Decade of Vaccine Economics, « Return on Investment », DOVE/ThinkWell. Disponible à l'adresse suivante : <<https://immunizationeconomics.org/dove-roi/>> (consulté le 11 décembre 2022).
- 35 Sim, So Yoon, et al., « Return on Investment from Immunization against 10 Pathogens in 94 Low- and Middle-Income Countries, 2011-30 », *Health Affairs*, vol. 39, n° 8, août 2020, p. 1343-1353. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00103>>.
- 36 Ibid.
- 37 Decade of Vaccine Economics, « Return on Investment ».
- 38 Bärnighausen, Till, et al., « Valuing Vaccination », *PNAS*, vol. 111, n° 34, 18 août 2014, p. 12313-12319. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1073/pnas.1400475111>>.
- 39 Tiré des contributions de participants à l'événement « Pour chaque enfant, des vaccins : Rencontres de l'UNICEF autour de la vaccination », UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective, Florence, 9-10 juin 2022.

Chapitre 3

- 1 Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, « Who We Are », s.d. Disponible à l'adresse suivante : <<https://polioeradication.org/who-we-are/>> (consulté le 7 février 2023).
- 2 Micah, Angela E. et al., « Development Assistance for Human Resources for Health, 1990-2020 », *Human Resources for Health*, vol. 20, art. 51, 10 juin 2022, p. 2. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00744-x>>.
- 3 GDB 2019 Human Resources for Health Collaborators, « Measuring the Availability of Human Resources for Health and Its Relationship to Universal Health Coverage for 204 Countries and Territories from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 », *The Lancet*, vol. 399, n° 10341, juin 2022, p. 2129-2154. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)>.
- 4 Bliss, Katherine E. et Alicia Carbaugh, « Gender Equity to Improve Immunization Services », CSIS Brief, Center for Strategic & International Studies, Washington, septembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.csis.org/analysis/gender-equity-improve-immunization-services> (consulté le 8 mars 2023).
- 5 Ibid.
- 6 Organisation mondiale de la Santé et Organisation internationale du Travail, *Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins : une analyse de la situation dans le monde à l'ère de la COVID-19*, OMS et OIT, Genève, 2022, p. viii. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/publications/item/9789240052895> (consulté le 8 mars 2023).
- 7 Ibid.
- 8 Ibid., p. x.
- 9 Ibid.
- 10 Ibid., p. 36.
- 11 Organisation mondiale de la santé, *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*, Human Resources for Health Observer Series n° 24, OMS, Genève, 14 mars 2019. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/publications/item/978-92-4-151546-7> (consulté le 8 mars 2023).
- 12 Ibid.
- 13 Bergmann, Jessica, Maria Carolina Alban Conto et Mathieu Brossard, *Augmenter la représentation des femmes dans la direction des écoles : Une voie prometteuse pour améliorer l'apprentissage*, Résumé de recherche Innocenti, UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective, Florence, 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.unicef-irc.org/publications/1399-increasing-womens-representation-in-school-leadership-a-promising-path-towards-improving-learning.html> (consulté le 15 février 2023).
- 14 Women in Global Health, « Subvention de la santé mondiale : Le travail non rémunéré des femmes dans les systèmes de santé », note d'orientation, WGH, Washington, juin 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://womentingh.org/ouradvocacy/paywomen/>> (consulté le 15 février 2023).
- 15 Bliss et Carbaugh, « Gender Equity to Improve Immunization Services ».
- 16 Ibid.

Chapitre 4

- 17 Ibid.
« Subvention de la santé mondiale ».
- 18 Bliss et Carbaugh, « Gender Equity to Improve Immunization Services ».
- 19 Ibid.
- 20 Conférence internationale sur les soins de santé primaires, « Déclaration d'Alma-Ata », septembre 1978. Disponible à l'adresse suivante : <<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>> (consulté le 15 février 2023).
- 21 Organisation mondiale de la Santé, « Soins de santé primaires », Principaux repères, 1^{er} avril 2021. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (consulté le 14 décembre 2022).
- 22 Conférence internationale sur les soins de santé primaires, *Déclaration d'Astana*, Astana, 26 octobre 2018. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61> (consulté le 8 mars 2023).
- 23 Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards UHC and the SDGs*, OMS, UNICEF, Genève et New York, 2018, p. xvii ; « Soins de santé primaires ».
- 24 Santos, Thiago M. *et al.*, « Assessing the Overlap between Immunisation and Other Essential Health Interventions in 92 Low- and Middle-income Countries Using Household Surveys: Opportunities for expanding immunization and primary health care », *The Lancet*, vol. 42, art. 101196, décembre 2021. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101196>>.
- 25 Ibid.
- 26 *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 : Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté (IA2030)*, s.d. Disponible à l'adresse suivante : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-wha_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf> (consulté le 27 février 2023).
- 27 Ibid., p. 12.
- 28 Ibid., p. 30.
- 29 Organisation mondiale de la Santé, *Travailler ensemble : un guide de ressources pour l'intégration des services de vaccination tout au long de la vie*, OMS, Genève, 2018, p. 33-39. Disponible à l'adresse suivante : <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276546>> (consulté le 8 mars 2023).
- 30 Edmond, Karen *et al.*, « Mobile Outreach Health Services for Mothers and Children in Conflict-affected and Remote Areas: A population based study », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 105, n° 1, 2020, p. 18 à 25, cité dans Crocker-Buque, Tim *et al.*, « Immunization, Urbanization and Slums: A systematic review of factors and interventions », *BMC Public Health*, vol. 17, art. 556, juin 2017, p. 7. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4473-7>>.
- 31 *Programme pour la vaccination à l'horizon 2030*, p. 22.
- 32 Crocker-Buque, Tim *et al.*, « Immunization, Urbanization and Slums – A systematic review of factors and interventions », *BMC Public Health*, vol. 17, art. 556, juin 2017. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4473-7>>.
- 33 Ibid.
- 34 Organisation mondiale de la Santé, *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*, OMS, Genève, 2018, p. 25, 92 et 93. Disponible à l'adresse suivante : <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275474>> (consulté le 8 mars 2023).
- 35 Ibid., p. 63, 92 et 93.
- 36 Organisation mondiale de la Santé, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, OMS, Genève, 2016. Disponible à l'adresse suivante : <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>> (consulté le 8 mars 2023).
- 37 Nguyen, Duen Thi Kim *et al.*, « Does Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Training Improve the Skills of Health Workers? A systematic review and meta-analysis », *PLoS ONE*, vol. 8, n° 6, 12 juin 2013. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066030>>.
- 38 Equity Reference Group for Immunization, « Brief on Published Evidence on Human Resources for Health Strategies in Underserved Areas of Low- and Middle-income Countries », note de réunion, octobre 2022.
- 39 Bliss et Carbaugh, « Gender Equity to Improve Immunization Services ».
- 40 Ibid.
- 41 *Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins : une analyse de la situation dans le monde à l'ère de la COVID-19*, p. 125.
- 42 Bliss et Carbaugh, « Gender Equity to Improve Immunization Services ».
- 43 Ibid.
- 44 Masis, Lizah *et al.*, « Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 4. Programme financing », *Health Research Policy and Systems*, vol. 19, suppl. 3, 12 octobre 2021, art. 107. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s12961-021-00751-9>>.
- 1 Larson, Heidi J., Emmanuela Gakidou et Christopher J. L. Murray, « The Vaccine-Hesitant Moment », *New England Journal of Medicine*, vol. 387, 2022, p. 58-65. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1056/NEJMra2106441>>.
- 2 de Figueiredo, Alexandre *et al.*, « Mapping Global Trends in Vaccine Confidence and Investigating Barriers to Vaccine Uptake: A large-scale retrospective temporal modelling study », *The Lancet*, vol. 396, n° 10255, 26 septembre 2020, p. 898-908. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31558-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31558-0)> (voir résumé et p. 905).
- 3 Larson, Heidi J. et David A. Broniatowski, « Volatility of Vaccine Confidence », *Science*, vol. 371, n° 6356, 26 mars 2021, p. 1289. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1126/science.abi6488>>.
- 4 Ibid.
- 5 L'équipe de The Vaccine Confidence Project a mené une étude de modélisation rétrospective à grande échelle pour déterminer dans quelle mesure la confiance à l'égard des vaccins a évolué dans 54 pays entre 2015 et novembre 2019 (avant la pandémie), ainsi qu'en 2021 et 2022 (après la pandémie). Les données en question ont été compilées à partir d'enquêtes nationales représentatives auxquelles plus de 100 000 personnes ont participé. L'année 2020 a été exclue de l'étude pour garantir une distinction plus marquée entre les périodes pré-pandémie et post-pandémie. La confiance à l'égard des vaccins a été mesurée sur l'échelle de Likert au moyen de quatre questions portant sur les perceptions individuelles de l'importance, de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins. L'évolution de la confiance à l'échelle nationale a été évaluée pour les populations échantillonnées et au sein de sous-groupes démographiques à l'aide du test de Wilcoxon-Mann-Whitney, avec ajustement des valeurs p par la méthode de Bonferroni pour la prise en compte d'hypothèses multiples.
- 6 Organisation mondiale de la Santé, « Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année », s.d. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> (consulté le 15 février 2023).
- 7 Larson *et al.*, « The Vaccine-Hesitant Moment ».
- 8 Ibid.
- 9 Ibid.
- 10 Eze, Paul *et al.*, « Factors Associated with Incomplete Immunization in Children Aged 12–23 Months at Subnational Level, Nigeria: A cross-sectional study », *BMJ Open*, vol. 11, n° 6, art. e047445, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047445>>.
- 11 Larson, Heidi J., Leesa Lin et Rob Goble, « Vaccines and the Social Amplification of Risk », *Risk Analysis*, vol. 42, 14 mai 2022, p. 1409-1422. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1111/risa.13942>> (voir l'exemple du ROR, p. 1413).
- 12 Ibid.
Elliman, David et Helen Bedford, « MMR: Where are we now? », *Archives of Diseases in Children*, vol. 92, n° 2, p. 1055-1057. Disponible à l'adresse suivante : <<http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.103531>>.
- 13 Ibid., p. 1055. La source d'origine précise qu'il s'agit du taux en Angleterre.
- 14 The Sabin-Aspen Vaccine Science & Policy Group, *Meeting the Challenge of Vaccination Hesitancy*, The Aspen Institute, Sabin Vaccine Institute, Washington, mai 2020, p. 16. Disponible à l'adresse suivante : <www.sabin.org/resources/meeting-the-challenge-of-vaccination-hesitancy/> (consulté le 8 mars 2023).
- 15 Larson, Heidi J., Kenneth Hartigan-Go et Alexandre de Figueiredo, « Vaccine Confidence Plummets in Philippines Following a Dengue Vaccine Scare: Why it matters to pandemic preparedness », *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 15, n° 3, 12 octobre 2018, p. 625-627. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1522468>>.
- 16 Mendoza, Ronald U., Sheena A. Valenzuela et Manuel M. Dayrit, « A Crisis of Confidence: The case of Dengvaxia in the Philippines », document de travail, Ateneo School of Government, Quezón City, janvier 2020, p. 17.
- 17 Fonds des Nations Unies pour l'enfance *et al.*, *Guide pratique pour la gestion des fausses informations sur les vaccins : Directives pour lutter contre une infodémie mondiale et stimuler la demande de vaccination*, UNICEF, New York, décembre 2020, p. 35. Disponible à l'adresse suivante : <<https://vaccinemisinformationguide/>> (consulté le 21 février 2023).
- 18 Sarika Bhattacharjee et Carlotta Dotto, « Vaccine Case Study: Understanding the impact of polio vaccine disinformation in Pakistan », First Draft, 19 février 2020. Disponible à l'adresse suivante : <<https://firstdraftnews.org/long-form-article/first-draft-case-study-understanding-the-impact-of-polio-vaccine-disinformation-in-pakistan/>> (consulté le 7 mars 2023).
- 19 Fonds des Nations Unies pour l'enfance *et al.*, *Guide pratique pour la gestion des fausses informations sur les vaccins*, p. 35.
- 20 Jarrett, Caitlin *et al.*, « Strategies For Addressing Vaccine Hesitancy – A systematic review », *Vaccine*, vol. 33, n° 34, 14 août 2015, p. 4180-4190. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>>.
- 21 Tripathi Stuti *et al.*, « Designing Appropriate, Acceptable and Feasible Community-Engagement Approaches to Improve Routine Immunisation Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A synthesis of 3ie-supported formative evaluations », *PLoS ONE*, vol. 17, n° 10, art. e0275278, 2022, p. 11. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275278>>.
- 22 Jarrett *et al.*, « Strategies For Addressing Vaccine Hesitancy – A systematic review », p. 4185.

- 23 Crocker-Buque, Tim *et al.*, « Immunization, Urbanization and Slums: A systematic review of factors and interventions », *BMC Public Health*, vol. 17, art. 556, juin 2017, p. 12. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4473-7>>.
- 24 *Ibid.*, p. 6.
- 25 Akwataghibe, Ngozi N. *et al.*, « Using Participatory Action Research to Improve Immunization Utilization in Areas with Pockets of Unimmunized Children in Nigeria », *Health Research Policy and Systems*, vol. 19, suppl. 2, art. 88, 11 août 2021. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s12961-021-00719-9>>.
- 26 *Ibid.*, p. 1, 8, 12.
- 27 *Ibid.*, p. 1, 8, 12.
- 28 Oyo-Ita, A. *et al.*, « Effects of Engaging Communities in Decision-Making and Action Through Traditional and Religious Leaders on Vaccination Coverage in Cross River State, Nigeria: A cluster-randomised control trial », *PLoS ONE*, vol. 16, n° 4, 16 avril 2021, art. e0248236. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248236>>.
- 29 *Ibid.*
- 30 Larson, Heidi J. *et al.*, « Measuring Trust in Vaccination: A systematic review », *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 14, n° 7, 10 mai 2018, p. 1599-1609. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1459252>>.
- 31 Singh, Prem *et al.*, « Strategies to Overcome Vaccine Hesitancy: A systematic review », *Systematic Reviews*, vol. 11, art. 78, 26 avril 2022, p. 10. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s13643-022-01941-4>>.
- 32 Tuckerman, Jane, Jessica Kaufman et Margie Danchin, « Effective Approaches to Combat Vaccine Hesitancy », *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 41, n° 5, mai 2022, p. e243-e245. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1097/INF.0000000000003499>>.
- 33 Jain, Monica *et al.*, « Use of Community Engagement Interventions to Improve Child Immunisation in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review and meta-analysis », *Campbell Systematic Reviews*, vol. 18, n° 3, 2022, art. e1253.
- 34 *Ibid.*, p. 13.
- 35 Tripathi *et al.*, « Designing Appropriate, Acceptable and Feasible Community-Engagement Approaches to Improve Routine Immunisation Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A synthesis of 3ie-supported formative evaluations », p. 1.
- 36 *Ibid.*, p. 1.
- 37 Pandey, P *et al.*, « Informing Resource-Poor Populations and the Delivery of Entitled Health and Social Services in Rural India: A cluster randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 298, n° 16, 24 octobre 2007, art. 1872. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1001/jama.298.16.1867>>.
- 38 International Pediatrics Association, « Vaccine Trust Project ». Disponible à l'adresse suivante : <www.ipa-world.org/ipa-vaccine-trust-project.php> (consulté le 8 mars 2023).
- 39 Opel, Douglas J. *et al.*, « The Relationship Between Parent Attitudes About Childhood Vaccines Survey Scores and Future Child Immunization Status: A validation study », *JAMA Pediatrics*, vol. 167, novembre 2013, p. 1065-1071. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2483>>.
- Organisation mondiale de la Santé, *Facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination : outils et conseils pratiques pour parvenir à une adoption vaccinale élevée*, OMS, Genève, 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/361746>>.
- 40 *Guide pratique pour la gestion des fausses informations sur les vaccins*.
- 41 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, The Public Good Projects et Yale Institute for Global Health, « Introducing the VDO Dashboard », Vaccine Demand Observatory. Disponible à l'adresse suivante : <<https://www.thevdo.org/>> (consulté le 21 février 2023).
- 42 *Ibid.*
- 43 *Ibid.*
- 44 Singh *et al.*, « Strategies to Overcome Vaccine Hesitancy: A systematic review ».
- 45 Ahlers-Schmidt, Carolyn R. *et al.*, « Text Messaging Immunization Reminders: Feasibility of implementation with low-income parents », *Preventive Medicine*, vol. 50, n° 5-6, mai-juin 2010, p. 306-307. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.02.008>>.
- Cates, Joan R. *et al.*, « Evaluating a County-Sponsored Social Marketing Campaign to Increase Mothers' Initiation of HPV Vaccine for Their Preteen Daughters in a Primarily Rural Area », *Social Marketing Quarterly*, vol. 17, n° 1, 2011, p. 4-26. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1080/15245004.2010.546943>>.
- Pandey, Deeksha *et al.*, « Awareness and Attitude Towards Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Among Medical Students in a Premier Medical School in India », *PLoS ONE*, vol. 7, n° 7, juillet 2012, art. e40619. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040619>>.
- Nasiru, Sani-Gwarzo *et al.*, « Breaking Community Barriers to Polio Vaccination in Northern Nigeria: The impact of a grass roots mobilization campaign (Majigi) », *Pathogens and Global Health*, vol. 106, n° 3, 2012, p. 166-171. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1179/2047773212Y.0000000018>>.
- 46 Thomson, Angus, Gaëlle Vallée-Tourangeau et L. Suzanne Suggs, « Strategies to Increase Vaccine Acceptance and Uptake: From behavioral insights to context-specific, culturally-appropriate, evidence-based communications and interventions », *Vaccine*, vol. 36, n° 44, 22 octobre 2018, p. 6457-6458. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.08.031>>.
- 47 *Guide pratique pour la gestion des fausses informations sur les vaccins*.
- 48 Cates *et al.*, « Evaluating a County-Sponsored Social Marketing Campaign to Increase Mothers' Initiation of HPV Vaccine for Their Preteen Daughters in a Primarily Rural Area ».
- 49 *Ibid.*, p. 9.
- 50 Nasiru *et al.*, « Breaking Community Barriers to Polio Vaccination in Northern Nigeria: The impact of a grass roots mobilization campaign (Majigi) ».
- 51 Feletto, M. *et al.*, « A Gender Lens to Advance Equity in Immunization », document de réflexion no 5 de l'Equity Reference Group for Immunization, New York, 2018.
- 52 Olorunsaiye, Comfort Z., et Hannah Degge, « Variations in the Uptake of Routine Immunization in Nigeria: Examining determinants of inequitable access », *Global Health Communication*, vol. 2, n° 1, 22 juillet 2016, p. 19-29. Disponible à l'adresse suivante : <<http://dx.doi.org/10.1080/23762004.2016.1206780>>.
- 53 Saggurti, Niranjana *et al.*, « Effect of Health Intervention Integration Within Women's Self-Help Groups on Collectivization and Healthy Practices Around Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health in Rural India », *PLoS ONE*, vol. 13, n° 8, 23 août 2018, art. e0202562. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202562>>.
- 54 *Ibid.*
- 55 Demissie, Shiferaw Dechasa *et al.*, « Community Engagement Strategy for Increased Uptake of Routine Immunization and Select Perinatal Services in North-West Ethiopia: A descriptive analysis », *PLoS ONE*, vol. 15, n° 10, 29 octobre 2020, art. e0237319, p. 1. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237319>>.
- 56 *Ibid.*
- 57 Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, *Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2019. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, *Technical Brief: Gender*, document technique, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2018, p. 12.
- 58 Organisation mondiale de la Santé, *L'importance des questions de genre dans le programme pour la vaccination à l'horizon 2030*, OMS, Genève, 2021, p. 35. Disponible à l'adresse suivante : <www.gavi.org/sites/default/files/2021-12/why-gender-matters-ia2030.pdf> (consulté le 21 février 2023).
- 59 Jones, Amy et Natalie Kawesa-Newell, « Using Branded Behaviour Change Communication to Create Demand for the HPV Vaccine Among Girls in Malawi: An evaluation of Girl Effect's Zathu mini magazine », *Vaccine*, vol. 40, suppl. 1, 31 mars 2022, p. A107-A115. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.07.011>>, p. A110, A112.
- 60 Fisher, Harriet *et al.*, « Young Women's Autonomy and Information Needs in the Schools-Based HPV Vaccination Programme: A qualitative study », *BMC Public Health*, vol. 20, art. 1680, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09815-x>>.
- Feletto *et al.*, « A Gender Lens to Advance Equity in Immunization », p. 6-11, 15.
- 61 *L'importance des questions de genre dans le programme pour la vaccination à l'horizon 2030*, p. 17.
- 62 Goodman, Tracey *et al.*, « Why Does Gender Matter for Immunization? », *Vaccine*, 10 décembre 2022, p. 4. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.071>>.
- L'importance des questions de genre dans le programme pour la vaccination à l'horizon 2030*, p. 18.
- 63 Singh, Kavita, Erica Haney et Comfort Olorunsaiye, « Maternal Autonomy and Attitudes Towards Gender Norms: Associations with Childhood Immunization In Nigeria », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 17, n° 5, juillet 2013, p. 837-841. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.17615/ah06-0141>>, p. 4-5.
- 64 *L'importance des questions de genre dans le programme pour la vaccination à l'horizon 2030*, p. 17.
- Antai, Diddy, « Gender Inequities, Relationship Power, and Childhood Immunization Uptake in Nigeria: A population-based cross-sectional study », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 16, n° 2, février 2012, p. E140-E143. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2011.11.004>>.
- 65 Muralidharan, Arundati *et al.*, *Transforming Gender Norms, Roles, and Moral Dynamics for Better Health: Evidence from a systematic review of gender-integrated health programs in low- and middle-income countries*, Futures Group, Health Policy Project, Washington, septembre 2015, p. 2. Disponible à l'adresse suivante : <www.healthpolicyproject.com/pubs/381-GPMIndiaSummaryReport.pdf> (consulté le 8 mars 2023).
- 66 Ebot, J.O., « "Girl Power!": The relationship between women's autonomy and children's immunization coverage in Ethiopia », *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 33, 2015, art. 18, p. 6. Disponible à l'adresse suivante : <<https://doi.org/10.1186/s41043-015-0028-7>>.
- 67 *Ibid.*

- 68 L'importance des questions de genre dans le programme pour la vaccination à l'horizon 2030, p. 18, 35.
- 69 Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023, p. 12.
- 70 Technical Brief: Gender, p. 12.
- 71 Ibid., p. 12-13.
- 72 Ibid., p. 13.

Chapitre 5

- 1 Ikilezi, Gloria, *et al.*, « Estimating Total Spending by Source of Funding on Routine and Supplementary Immunization Activities in Low-income and Middle-income Countries, 2000-17: A financial modelling study », *The Lancet*, vol. 398, n° 10314, novembre 2021, p. 1875-1893. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01591-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01591-9)>.
- 2 Ibid.
- 3 Ibid.
- 4 Ibid.
- 5 *Immunization Agenda 2030: Sustainable financing for immunization*, septembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <www.immunizationagenda2030.org/images/documents/BLS20116_IA_Global_strategy_document_SP_6_001.pdf> (consulté le 6 mars 2023).
- 6 Kurowski, Christoph, *et al.*, « From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19 », document de réflexion sur la santé, la nutrition et la population, Banque mondiale, Washington D.C., mars 2021. Disponible à l'adresse suivante : <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>> (consulté le 6 mars 2023).
- 7 Ibid.
- 8 Piatti-Fünfkirchen, Moritz, *et al.*, *Budget Execution in Health: Concepts, trends and policy issues*, Banque mondiale, Washington D. C., 2021. Disponible à l'adresse suivante : <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/36583/Budget-Execution-in-Health-Concepts-Trends-and-Policy-Issues.pdf?sequence=5&isAllowed=y>> (consulté le 16 février 2023).
- 9 Cho, Chloe, Jason Lakin et Ulla Griffiths, « Underspent Immunization Budgets: A budget credibility analysis of 22 countries », Budget Brief, International Budget Partnership, Washington D.C., 17 décembre 2019. Disponible à l'adresse suivante : <<https://internationalbudget.org/publications/underspent-immunization-budgets-a-budget-credibility-analysis-of-22-countries/>> (consulté le 16 février 2023).
- 10 Ibid.
- 11 Kurowski, *et al.*, « From Double Shock to Double Recovery ».
- 12 Ibid.
- 13 Saxenian, Helen, *et al.*, « Sustainable Financing for Immunization Agenda 2030 », *Vaccine* [publication en ligne anticipée], 2 décembre 2022. <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.037>>.
- 14 Kurowski, *et al.*, « From Double Shock to Double Recovery ».
- 15 *Immunization Agenda 2030: Sustainable financing for immunization*, p. 1.
- 16 Organisation mondiale de la Santé, *Global Expenditure on Health: Public spending on the rise?*, OMS, Genève, 2021, p. 18. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/publications/item/9789240041219> (consulté le 6 mars 2023).
- 17 Ibid., p. 2.
- 18 Ibid., p. 18.
- 19 Ikilezi, *et al.*, « Estimating Total Spending by Source of Funding on Routine and Supplementary Immunization Activities in Low-income and Middle-income Countries ».
- 20 Kurowski, Christoph, *et al.*, *From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: Old scars, new wounds*, Banque mondiale, Washington D.C., septembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35298/September%202022.pdf>> (consulté le 27 février 2023).
- 21 Ibid.
- 22 Saxenian, *et al.*, « Sustainable Financing for Immunization Agenda 2030 ».
- 23 Hanson, Kara, *et al.*, « The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care: Putting people at the centre », *The Lancet Global Health Commissions*, vol. 10, n° 5, mai 2022. Disponible à l'adresse suivante : <[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)>.
- 24 Ibid.
- 25 Kurowski, *et al.*, « From Double Shock to Double Recovery – Technical update 2 ».
- 26 Hanson, *et al.*, « The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care ».
- 27 Ibid.
- 28 Saxenian, *et al.*, « Sustainable Financing for Immunization Agenda 2030 ».
- 29 *Immunization Agenda 2030: Sustainable financing for immunization*, p. 4.
- 30 Hanson, *et al.*, « The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care ».
- 31 Saxenian, *et al.*, « Sustainable Financing for Immunization Agenda 2030 ».
- 32 Ibid.
- 33 Ibid.
- 34 Saville, Melanie, *et al.*, « Delivering Pandemic Vaccines in 100 days – What will it take? », *The New England Journal of Medicine*, vol. 387, n° 3, 14 juillet 2022, art. e3. <<https://doi.org/10.1056/NEJMp2202669>>.
- 35 Alderson, Mark R., *et al.*, « Development Strategy and Lessons Learned for a 10-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PNEUMOSIL®) », *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 17, n° 8, 24 février 2021, p. 2670-2677. <<https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1874219>>.
- 36 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Pneumonia », décembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/#:~:text=A%20child%20dies%20of%20pneumonia%20every%2039%20seconds&text=Pneumonia%20kills%20more%20children%20than,of%20these%20deaths%20are%20preventable>> (consulté le 7 février 2023).
- 37 Roser, Max, « Malaria: One of the leading causes of child deaths, but progress is possible and you can contribute to it », Our World in Data, 22 mars 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://ourworldindata.org/malaria-introduction>> (consulté le 7 février 2023).
- 38 Organisation mondiale de la Santé, « L'OMS recommande l'utilisation d'un vaccin antipaludique novateur destiné aux enfants exposés au risque de contracter la maladie », communiqué de presse, 6 octobre 2021. Disponible à l'adresse suivante : <www.who.int/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk> (consulté le 7 février 2023).
- 39 Moorthy, Vasee, et Fred Binka, « R21/Matrix-M: A second malaria vaccine? », *The Lancet*, vol. 397, n° 10287, 15 mai 2021, p. 1782-1783. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01065-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01065-5)>.
- 40 Institute for Health Metrics and Evaluation, « Global Burden of Disease Study 2017 Results ». Disponible à l'adresse suivante : <<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>> (consulté le 20 janvier 2023).
- 41 Shi, Ting, *et al.*, « Global, Regional, and National Disease Burden Estimates of Acute Lower Respiratory Infections Due to Respiratory Syncytial Virus in Young Children in 2015: A systematic review and modelling study », *The Lancet*, vol. 390, n° 10098, 6 juillet 2017, p. 946-958. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30938-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30938-8)>.
- 42 PATH, « A Roadmap for Advancing RSV Maternal Immunization ». Disponible à l'adresse suivante : <www.path.org/resources/roadmap-advancing-rsv-maternal-immunization/> (consulté le 7 février 2023).
- 43 Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, « nOPV2 ». Disponible à l'adresse suivante : <<https://polioeradication.org/nopv2/>> (consulté le 7 février 2023).
- 44 Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, « cVDPV2 Outbreaks and the Type 2 Novel Oral Polio Vaccine (nOPV2) », fiche d'information, IMEP, Genève, octobre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/10/GPEI-nOPV2-Factsheet-EN-20221011.pdf>> (consulté le 16 février 2023).
- 45 Gavi, l'Alliance du Vaccin, « The Vaccine Innovation Prioritisation Strategy (VIPS) ». Disponible à l'adresse suivante : <www.gavi.org/our-alliance/market-shaping/vaccine-innovation-prioritisation-strategy> (consulté le 16 février 2023).
- 46 Peyraud, Nicolas, *et al.*, « Potential Use of Microarray Patches for Vaccine Delivery in Low- and Middle- income Countries », *Vaccine*, vol. 37, n° 32, 26 juillet 2019, p. 4427-4434. <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.035>>.
- 47 Division de l'approvisionnement de l'UNICEF, *Cold Chain Support Package: Procurement guidelines – Solar direct drive refrigerators and freezers*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Copenhague, 21 décembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <www.unicef.org/supply/media/6276/file/E003-solar-direct-drive-refrigerators-freezers.pdf> (consulté le 16 février 2023).
- 48 Sowe, Aliey, et Maria Isabella Gariboldi, « An Assessment of the Quality of Vaccination Data Produced Through Smart Paper Technology in The Gambia », *Vaccine*, vol. 38, n° 42, 29 septembre 2020, p. 6618-6126. <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.074>>.
- 49 Bello, Isah Mohammed, *et al.*, « Real-time Monitoring of a Circulating Vaccine-Derived Poliovirus Outbreak Immunization Campaign Using Digital Health Technologies in South Sudan », *Pan African Medical*

Journal, vol. 40, art. 200, 4 décembre 2021. <<https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.200.31525>>.

Mvundura, Mercy, *et al.*, « Assessing the Incremental Costs and Savings of Introducing Electronic Immunization Registries and Stock Management Systems: Evidence from the Better Immunization Data Initiative in Tanzania and Zambia », *Pan African Medical Journal*, vol. 35, n° 1, art. 11, 12 février 2020. <<https://doi.org/10.11604/pamj.supp.2020.35.1.17804>>.

- 50 Chandir, Subhash, *et al.*, « Zindagi Mehfooz (Safe Life) Digital Immunization Registry: Leveraging low-cost technology to improve immunization coverage and timeliness in Pakistan », *Iproceedings*, vol. 4, n° 2, 17 septembre 2018, art. e11770. <<https://doi.org/10.2196/11770>>.
- 51 Ibid.
- 52 Ali, Disha, *et al.*, « A Cost-Effectiveness Analysis of Traditional and Geographic Information System-Supported Microplanning Approaches for Routine Immunization Program Management in Northern Nigeria », *Vaccine*, vol. 38, n° 6, 5 février 2020, p. 1408-1415. <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.12.002>>.
- 53 Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, « Innovative Digital Technologies Bridge Gaps in the Polio Response and Beyond », article, Organisation mondiale de la Santé, Genève, août 2022. Disponible à l'adresse suivante : <<https://polioeradication.org/news-post/innovative-digital-technologies-bridge-gaps-in-the-polio-response-and-beyond/>> (consulté le 16 février 2023).
- 54 Ali, *et al.*, « A Cost-Effectiveness Analysis of Traditional and Geographic Information System-Supported Microplanning Approaches for Routine Immunization Program Management in Northern Nigeria ».
- 55 Oteri, Joseph, *et al.*, « Application of the Geographic Information System (GIS) in Immunisation Service Delivery; Its use in the 2017/2018 measles vaccination campaign in Nigeria », *Vaccine*, vol. 39, suppl. 3, 17 novembre 2021, p. C29-C37. <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.021>>.
- 56 Jusril, Hafizah, *et al.*, « Digital Health for Real-Time Monitoring of a National Immunisation Campaign in Indonesia: A large-scale effectiveness evaluation », *BMJ Open*, vol. 10, n° 12, décembre 2020, art. e038282. <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038282>>.
- 57 Saha, Somen, et Zahiruddin Syed Quazi, « Does Digitally Enabling Frontline Health Workers Improve Coverage and Quality of Maternal and Child Health Services? Findings from a mixed methods evaluation of TECHO+ in Gujarat », *Frontiers in Public Health*, vol. 10, 22 juillet 2022, art. 856561. <<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.856561>>.
- 58 Yadav, Poonam, *et al.*, « The Impact of Mobile Health Interventions on Antenatal and Postnatal Care Utilization in Low- and Middle-Income Countries: A meta-analysis », *Cureus*, vol. 14, n° 1, art. e21256, 14 janvier 2022, p. 4 et 7. <<https://doi.org/10.7759/cureus.21256>>.
- 59 Mahanubhav, Damini S. *et al.*, « Impact of Electronic Vaccine Intelligence Network Application Used in Immunization Sessions in Pune City », *International Journal of Community Medicine and Public Health*, vol. 9, n° 1, 27 décembre 2021, art. 130. <<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20214857>>.
- 60 Lutukai, Mercy, *et al.*, « Using Data to Keep Vaccines Cold in Kenya: Remote temperature monitoring with data review teams for vaccine management », *Global Health: Science and Practice*, vol. 7, n° 4, 23 décembre 2019, p. 585-597. <<https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00157>>.
- 61 Lamanna, Camillo, et Lauren Byrne, « A Pilot Study of a Novel, Incentivised mHealth Technology to Monitor the Vaccine Supply Chain in Rural Zambia », *Pan African Medical Journal*, vol. 33, 2019, art. 50. <<https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.50.16318>>.
- 62 Mahanubhav, *et al.*, « Impact of Electronic Vaccine Intelligence Network Application Used in Immunization Sessions in Pune City ».
- 63 Gavi, l'Alliance du Vaccin, « Avec la publication d'un nouveau plan d'action, Gavi s'engage à soutenir la mise en place et la pérennisation de capacités de production de vaccins en Afrique, conformément à la vision de l'Union africaine à l'horizon 2040 », article, 3 novembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.gavi.org/news/media-room/gavi-sets-course-support-sustainable-vaccine-manufacturing-africa-new-action-plan> (consulté le 16 février 2023).
- 64 Organisation panaméricaine de la Santé, « Latin American Manufacturers Complete First Training in mRNA Technology in Bid to Improve Regional Vaccine Production », article d'actualité, 24 mars 2022. Disponible à l'adresse suivante : <www.paho.org/en/news/24-3-2022-latin-american-manufacturers-complete-first-training-mrna-technology-bid-improve> (consulté le 16 février 2023).
- Anon., « mRNA Made in Africa », News in Brief, *Nature Biotechnology*, vol. 40, art. 284, 16 mars 2022. <<https://doi.org/10.1038/s41587-022-01268-4>>.

Chapitre 6

- 1 Equity Reference Group for Immunization, *ERG: Equity Reference Group for Immunization* [plaidoyer], s.d. Disponible à l'adresse suivante : <https://drive.google.com/file/d/1VpuVX85RWd_vq6FJ4lcmCnPOYJp1AhuM/view> (consulté le 23 février 2023).
- 2 Wigley, Adelle, *et al.*, « Estimates of the Number and Distribution of Zero-Dose and Under-Immunised Children Across Remote-Rural, Urban, and Conflict-Affected Settings in Low and Middle-Income Countries », *PLoS Global Public Health*, vol. 2, n° 10, 26 octobre 2022, art. e0001126, p. 4. <<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001126>>.

Tableaux statistiques

Les tableaux statistiques du présent volume réunissent les statistiques clés les plus récentes concernant la survie, le développement et la protection de l'enfant dans les pays, zones et régions du monde entier. Ils permettent à l'UNICEF de mettre l'accent sur les progrès et résultats accomplis en vue de réaliser les objectifs et accords convenus par la communauté internationale en matière de droits et de développement de l'enfant et de la femme.

Notes générales sur les données

Sources de 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. Les données des indicateurs s'appuient sur des estimations interorganisations et des enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS). Par ailleurs, des données provenant d'autres organismes des Nations Unies ont été utilisées. Vous trouverez plus d'informations sur les sources de données après chaque tableau.

Les indicateurs démographiques et une grande partie des indicateurs liés à la population dans ces tableaux s'appuient sur les dernières estimations et projections en matière de population de la révision 2022 des *Perspectives de la population mondiale* et de la révision 2018 des *Perspectives de l'urbanisation mondiale* (publiées par la Division de la population, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies). Ils ont été ajustés sur la base de la révision 2022 des *Perspectives de la population mondiale*. La qualité des données peut pâtir des catastrophes ou des conflits que certains pays ont récemment connus, notamment dans les cas où les infrastructures élémentaires du pays ont été fragmentées ou lorsque d'importants mouvements de population ont eu lieu.

L'UNICEF aide les pays à réunir et à analyser des données permettant de suivre la situation des enfants et des femmes grâce à son programme mondial d'enquêtes auprès des ménages, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS, acronyme anglais). Depuis 1995, pas moins de 349 enquêtes ont été réalisées dans 118 pays et zones. Les MICS constituent la principale source de données pour mesurer les indicateurs de suivi des objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030 et façonner les politiques publiques et les programmes du monde entier. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse <mics.unicef.org>.

Agrégats régionaux et mondiaux

Sauf mention contraire, les agrégats régionaux et mondiaux pour les indicateurs ont été générés sous la forme de moyennes pondérées en fonction de la population à partir des données de la révision 2022 des *Perspectives de la population mondiale*. Ils correspondent à la catégorie d'âge et au sexe pertinents pour chaque indicateur. Par exemple, le total des naissances vivantes se base sur des moyennes non pondérées en fonction de la population et le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans présentant une anémie maternelle, sur des moyennes pondérées en fonction de la population. Sauf indication contraire, les estimations régionales et mondiales sont uniquement communiquées pour les indicateurs lorsque les données sont disponibles pour au moins 50 % de la population.

Ventilation des données

La COVID-19 a mis en exergue l'importance de disposer de données ventilées pour comprendre les effets sanitaires et socioéconomiques particuliers de la pandémie sur les femmes et les enfants, lesquels ont exacerbé les disparités et les discriminations durables et structurelles. Au-delà de la crise, posséder des données ventilées de grande qualité, comparables et récentes, ainsi que de données ventilées simultanément

selon plus d'une dimension est essentiel pour recenser les groupes prioritaires des différents types d'interventions et accomplir le mandat du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de ne laisser personne de côté.

Différentes sources de données, notamment des enquêtes auprès des ménages, des registres de l'état civil et des fichiers administratifs, sont exploitées afin de compiler et d'analyser les données ventilées. S'il était impossible de présenter l'intégralité de ces données dans les tableaux statistiques ci-après en raison de contraintes liées à l'espace, nous nous sommes toutefois attachés à présenter les données ventilées selon certaines dimensions clés, notamment le sexe, l'âge, le lieu de résidence et le statut économique. Compte tenu de l'engagement fondamental de l'UNICEF en faveur de l'égalité des genres et de l'émancipation des femmes et des filles, la priorité dans ces tableaux statistiques a été accordée à la présentation de données ventilées par sexe, quand elles étaient disponibles, sauf quand aucune différence considérable sur le plan statistique n'a été observée entre les garçons et les filles dans la majorité des pays pour un indicateur donné. Dans ce cas, les données ventilées par sexe sont disponibles en ligne à l'adresse <www.data.unicef.org>. Pour en savoir plus sur la ventilation des indicateurs individuels, veuillez consulter les notes en bas de page figurant sous les tableaux statistiques.

Comparabilité des données

Des efforts ont été déployés afin d'optimiser la comparabilité des statistiques d'un pays à l'autre et d'une période 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*.

Informations complémentaires sur la méthodologie

Les données présentées dans les tableaux statistiques ci-dessous reprennent généralement des informations réunies et mises à jour entre janvier et juillet 2022. Les dates limites spécifiques associées aux indicateurs particuliers figurent dans la section « Sources principales des données » située sous chaque tableau. La date de « dernière mise à jour » indique le moment où les données ont été réunies et mises à jour dans le cadre d'une consultation nationale ou de processus interorganisations spécifiques à certains sujets.

Il est recommandé aux lecteurs intéressés de se rendre sur <data.unicef.org> pour obtenir plus d'informations méthodologiques au sujet des indicateurs et des statistiques.

Les données présentées dans les tableaux sont disponibles sur <<https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children>> et à l'adresse <www.data.unicef.org>. Veuillez consulter ces sites Internet pour obtenir les dernières données ainsi que d'éventuels rectificatifs et mises à jour apportés après la mise sous presse.

Estimations des taux de mortalité infantile

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est le principal indicateur utilisé pour évaluer les progrès en matière de bien-être des enfants. Le tableau ci-dessous présente le taux de mortalité et le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans par région de l'UNICEF.

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

Région de l'UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2021
Afrique subsaharienne	201	190	179	170	151	124	102	87	73
Afrique de l'Est et australe	187	176	163	154	135	106	81	65	53
Afrique de l'Ouest et centrale	217	205	197	187	168	142	121	107	91
Amérique du Nord	15	12	11	9	8	8	7	7	6
Amérique Latine et Caraïbes	85	68	55	43	33	26	23	18	16
Asie de l'Est et Pacifique	73	62	57	49	39	29	22	17	15
Asie du Sud	173	151	130	112	93	77	62	49	37
Europe et Asie centrale	43	37	31	28	21	16	12	10	8
Europe de l'Est et Asie centrale	65	54	47	45	35	25	18	14	11
Europe de l'Ouest	16	13	10	8	6	5	4	4	4
Moyen-Orient et Afrique du Nord	125	87	66	54	43	34	27	25	22
Pays les moins avancés	213	195	176	158	136	109	89	74	63
Monde	118	104	93	87	76	63	51	43	38

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)

Région de l'UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2021
Afrique subsaharienne	3 473	3 734	3 925	4 112	4 032	3 700	3 379	3 136	2 904
Afrique de l'Est et australe	1 679	1 822	1 885	1 923	1 827	1 586	1 336	1 135	1 010
Afrique de l'Ouest et centrale	1 794	1 912	2 040	2 188	2 205	2 114	2 042	2 001	1 894
Amérique du Nord	56	50	49	40	36	35	32	29	25
Amérique Latine et Caraïbes	957	794	650	507	382	288	244	195	155
Asie de l'Est et Pacifique	2 613	2 372	2 379	1 685	1 228	880	695	544	370
Asie du Sud	5 702	5 384	4 875	4 299	3 667	3 011	2 367	1 794	1 287
Europe et Asie centrale	565	486	394	310	218	159	132	108	78
Europe de l'Est et Asie centrale	468	413	337	270	188	134	109	89	61
Europe de l'Ouest	97	73	58	40	30	26	23	20	17
Moyen-Orient et Afrique du Nord	927	725	560	440	340	285	259	265	214
Pays les moins avancés	3 725	3 787	3 703	3 605	3 345	2 898	2 527	2 251	2 079
Monde	14 295	13 545	12 832	11 393	9 903	8 357	7 109	6 070	5 034

Classements régionaux

Les agrégats présentés à la fin de chacun des 18 tableaux statistiques sont calculés en utilisant les données des pays et zones selon le classement ci-dessous.

Afrique subsaharienne

Afrique de l'Est et Afrique australe, Afrique de l'Ouest et centrale.

Afrique de l'Est et australe

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

Afrique de l'Ouest et centrale

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

Amérique du Nord

Canada, États-Unis d'Amérique.

Amérique latine et Caraïbes

Anguilla, 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, Îles Turques-et-Caïques, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, 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).

Asie de l'Est et Pacifique

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

Asie du Sud

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka.

Europe et Asie centrale

Europe de l'Est et Asie centrale ; Europe de l'Ouest.

Europe de l'Est et Asie centrale

Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Macédoine du Nord, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Serbie, Tadjikistan, Türkiye, Turkménistan, Ukraine.

Europe de l'Ouest

Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Saint-Siège, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchèque.

Moyen-Orient et Afrique du Nord

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

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 (UNOHRLS)] Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Yémen, Zambie.

Notes sur certains tableaux

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Le tableau consacré à la démographie contient plusieurs indicateurs reprenant certaines des informations les plus importantes sur chaque population, y compris la population totale et la population répartie par tranche d'âge, ainsi que les taux annuels de croissance démographique. Le nombre annuel de naissances est calculé à partir de la population totale et de la fécondité actuelle. Le taux de fécondité total permet de comparer les niveaux de fécondité à l'échelle internationale. Un taux de fécondité total de 2,1 est appelé « taux de remplacement » et constitue le niveau auquel la population conserve, à long terme, la même taille. L'espérance de vie à la naissance est une mesure de l'état de santé et du développement d'une population. Elle continue d'augmenter dans presque tous les pays. Le taux de dépendance économique est le rapport entre la population qui n'est pas en âge de travailler (c'est-à-dire la population économiquement « dépendante ») et la population en âge de travailler (15 à 64 ans). On peut distinguer le taux de dépendance économique des enfants (part des enfants âgés de moins de 15 ans par rapport à la population en âge de travailler) et le taux de dépendance économique des personnes âgées (part des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population en âge de travailler). La courbe du taux de dépendance économique total prend généralement une forme de U au fil du temps, ce qui reflète l'évolution de la structure des âges du fait de la transition démographique. Cela peut être compris comme la combinaison de tendances opposées concernant le taux de dépendance économique des enfants et le taux de dépendance économique des personnes âgées. Par exemple, une baisse de la fertilité entraîne une baisse de la part d'enfants dans la population et donc une baisse du taux de dépendance économique des enfants. Une augmentation de l'espérance de vie (induite par une baisse de la mortalité) entraîne une augmentation de la part de personnes âgées et donc une augmentation du taux de dépendance économique des personnes âgées.

La part de population urbaine et le taux de croissance annuel de la population urbaine décrivent l'état et la dynamique du processus d'urbanisation. Le taux net de migration indique la différence entre le nombre d'immigrants et le nombre d'émigrants. Un pays/une région où le nombre d'immigrants dépasse le nombre d'émigrants affiche une valeur positive, tandis qu'un pays où l'on compte moins d'immigrants que d'émigrants présente une valeur négative. Tous les indicateurs démographiques s'appuient sur les données de la révision 2022 des *Perspectives de la population mondiale*. Les agrégats régionaux se fondent sur l'ensemble des pays et zones associés à la région donnée, même s'ils ne font pas partie des 202 pays ayant communiqué des données. Ainsi, par exemple, le total de la population mondiale de moins de 18 ans rapporté est supérieur à la somme des valeurs des pays présentés.

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Chaque année, dans son rapport *La Situation des enfants dans le monde*, l'UNICEF présente une série d'estimations concernant la mortalité des enfants. Ces statistiques représentent les meilleures estimations disponibles au moment de la publication du rapport et se fondent sur les travaux du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, qui réunit l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population.

Chaque année, le Groupe met à jour ces estimations, en examinant avec soin toutes les nouvelles données disponibles. Cette révision peut se traduire par la modification des 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. Les indicateurs de la mortalité par pays, fondés sur les estimations les plus récentes du Groupe, figurent dans le tableau 2 ainsi que sur les sites <data.unicef.org/child-mortality/under-five> et <www.childmortality.org>, aux côtés des remarques méthodologiques.

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Le tableau concernant la santé de la mère et du nouveau-né comprend un ensemble d'indicateurs sur la démographie et la couverture des interventions. Les indicateurs démographiques se composent de l'espérance de vie des femmes et d'estimations de la mortalité maternelle, y compris le nombre de décès maternels, le taux de mortalité maternelle et le risque de décès maternel au cours de la vie.

L'indicateur de l'espérance de vie provient de la Division de la population. Les données relatives au taux de mortalité maternelle sont des estimations générées par le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle, qui réunit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population. Les estimations de la mortalité du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle sont régulièrement mises à jour après un examen détaillé des nouvelles données disponibles. Ce processus entraîne souvent des ajustements des estimations précédemment publiées. En conséquence, les estimations publiées dans des numéros consécutifs du rapport *La Situation des enfants dans le monde* ne doivent pas être utilisées pour analyser l'évolution de la mortalité maternelle sur plusieurs années.

La couverture des interventions comprend les indicateurs liés à la planification familiale, aux soins prénatals, aux soins obstétricaux et aux soins postnatals pour la mère et le bébé. Les données pour ces indicateurs sont issues de programmes nationaux d'enquêtes auprès des ménages comme les EDS et les MICS ainsi que d'autres enquêtes sur la santé procréative. Les estimations régionales et mondiales sont obtenues en utilisant la méthode de la moyenne pondérée. Les variables utilisées pour la pondération changent selon les indicateurs et sont appliquées à chaque pays. Elles correspondent à la population cible concernée pour chaque indicateur (le dénominateur) et sont issues de la dernière édition de *Perspectives de la population mondiale*. Le calcul des agrégats régionaux et internationaux s'est uniquement appuyé sur les données les plus récentes de la période 2016-2021 pour chaque pays.

Le sous-indice de couverture des services en matière de santé procréative, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant (une composante de l'indice de couverture des services en vue de la couverture sanitaire universelle) a été ajouté à ce tableau. Il se définit comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur huit indicateurs traçants en lien avec les interventions dans les domaines de la santé procréative, maternelle, du nouveau-

né et de l'enfant. Cet indice correspond à la moyenne pondérée des indicateurs inclus et est rapporté sur une échelle de 0 à 100.

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Le tableau sur la santé de l'enfant comporte un ensemble d'indicateurs qui intègrent des informations sur la portée des interventions efficaces destinées aux enfants âgés de moins de 5 ans et au niveau des ménages. Il s'agit de différents indicateurs relatifs à la vaccination (décrits ci-dessous) et d'indicateurs sur les interventions en matière de prévention et de traitement de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme (les trois principales causes de décès des jeunes enfants). Les principales sources de données sur la prévention et le traitement des maladies infantiles sont des enquêtes menées auprès de ménages représentatifs au niveau national comme les EDS, les MICS et les enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP). Les estimations régionales et mondiales sont obtenues en utilisant la méthode de la moyenne pondérée. Les variables utilisées pour la pondération changent selon les indicateurs et sont appliquées à chaque pays. Elles correspondent à la population cible concernée pour chaque indicateur (le dénominateur) et sont issues de la dernière édition de *Perspectives de la population mondiale*. Le calcul des estimations régionales et mondiales s'est uniquement appuyé sur les données les plus récentes de la période 2016-2021 pour chaque pays. Pour les indicateurs qui intègrent des informations sur les ménages, la population totale a été utilisée.

Vaccination

Le tableau sur la santé de l'enfant présente les estimations de la couverture vaccinale nationale établies par l'OMS et l'UNICEF. Depuis 2000, ces estimations sont mises à jour une fois par an en juillet, au terme d'un processus consultatif dans le cadre duquel les pays soumettent des projets de rapport qui sont ensuite analysés et commentés. À mesure que de nouvelles données empiriques sont intégrées au processus destiné à générer les estimations, les estimations révisées remplacent les précédentes données publiées. Les niveaux de couverture issus des révisions antérieures ne peuvent pas être utilisés aux fins de comparaison. Pour plus de précisions à ce sujet, consultez le site <data.unicef.org/child-health/immunization>. Les moyennes régionales pour les 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 DTC, les vaccins contre la polio, la rougeole, l'hépatite B, le Hib, le vaccin PCV et le vaccin contre les rotavirus, tous les pays sont inclus dans les moyennes régionales, ces vaccins étant recommandés universellement par l'OMS. 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 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Ce tableau contient une série d'indicateurs clés en lien avec la mortalité, la santé et le bien-être des adolescents. Les indicateurs de mortalité incluent le taux de mortalité des adolescents âgés de 10 à 19 ans, le nombre de décès d'adolescents ainsi que le taux annuel de diminution de la mortalité des adolescents pour la période 2000-2020. Les indicateurs de la santé procréative incluent le taux de natalité des adolescentes (pour les groupes d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans), les grossesses précoces (qui font référence aux femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans) et la demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les indicateurs de la

santé maternelle pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans incluent les soins prénatals prodigués lors d'au moins quatre consultations pendant la grossesse et les indicateurs des soins obstétricaux, notamment la présence de personnel soignant qualifié à la naissance, les accouchements en institution et les accouchements par césarienne. Les facteurs de risque présentés pour les maladies non transmissibles (NMT) sont les suivants : consommation d'alcool chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, consommation de tabac chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans et activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés âgés de 11 à 17 ans. Bien que les vaccins contre le papillomavirus humain (PVH) soient également profitables aux garçons, les données présentes dans ce tableau concernent uniquement les filles ayant reçu la dernière dose du vaccin contre le PVH conformément au calendrier national. L'OMS et l'UNICEF produisent deux principaux indicateurs de couverture pour la vaccination contre le PVH. Le premier indicateur est la couverture du programme de vaccination contre le PVH sur le plan de la performance, qui décrit la couverture vaccinale par rapport au calendrier national ainsi que les critères d'admissibilité du programme pour chaque année civile (population cible du programme jusqu'à 14 ans). Le deuxième indicateur décrit la couverture vaccinale contre le PVH à l'âge de 15 ans, soit la proportion de filles vaccinées contre le PVH à tout moment entre l'âge de 9 et 14 ans, et ce, jusqu'à l'année civile en question, et ayant atteint l'âge de 15 ans durant l'année de communication des données. Les données sont toujours rapportées au niveau national et ne présentent pas nécessairement de différences à l'échelle infranationale. Les deux indicateurs sont calculés pour la première dose (PVH1) et le schéma complet recommandé (PVHc), ainsi que par sexe. Pour ce qui est des vaccins actuellement commercialisés, le calendrier dépend de l'âge. Généralement, un schéma à deux doses, espacées d'au moins 6 mois pour les filles de moins de 15 ans au moment de l'administration de la première dose, est recommandé. Cependant, un schéma à trois doses (à 0, 1-2 et 6 mois) est recommandé pour les filles et les femmes âgées de 15 ans ou plus, et pour celles qui sont immunodéprimées ou séropositives au VIH. Pour établir les dénominateurs, la méthodologie utilise par défaut les estimations nationales de la Division de la population. Face aux différentes méthodes employées par les pays pour établir et modifier les critères d'admissibilité dans le temps, un processus de normalisation est utilisé pour traduire ces critères en dénominateurs. Cela implique de traduire l'admissibilité des années scolaires dans les cohortes de la population et de gérer une multitude de critères d'admissibilité des cohortes (changements) au fil du temps. Pour en savoir plus, consulter Laia Bruni *et al.*, *Preventive Medicine*, <doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>.

Deux nouveaux indicateurs ont été ajoutés à ce tableau : le taux de natalité chez les adolescentes âgées de 10 à 14 ans, qui provient de la Division de la population, et le pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes (âgées de 15 à 19 ans) prenant des décisions éclairées en matière de relations sexuelles, de recours à la contraception et de soins de santé procréative, qui provient d'enquêtes auprès des ménages. Ce deuxième indicateur correspond au pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans (mariées ou vivant maritalement) prenant des décisions autonomes dans les trois domaines retenus. Plus précisément, il s'agit des adolescentes et des jeunes femmes qui 1) prennent des décisions concernant leurs soins de santé, que ce soit seules ou conjointement avec leur mari ou leur partenaire ; 2) prennent des décisions concernant l'utilisation ou non de la contraception, que ce soit

seules ou conjointement avec leur mari ou leur partenaire ; 3) peuvent refuser d'avoir des rapports sexuels avec leur mari ou leur partenaire. On considère que les adolescentes et les jeunes femmes qui remplissent ces trois critères prennent des décisions en toute autonomie en ce qui concerne leur santé procréative et qu'elles ont les moyens d'exercer leurs droits en matière de procréation.

TABLEAUX 6 ET 7. VIH/SIDA

En 2022, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a publié de nouvelles estimations mondiales, nationales et régionales sur le VIH et le sida pour 2021, estimations qui tiennent compte des données épidémiologiques les plus récentes. Ces estimations tiennent également compte des données concernant la couverture des traitements antirétroviraux, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson. Elles s'appuient sur les données scientifiques les plus récentes et sur les indications des programmes de l'OMS. Ces indications ont permis d'améliorer les hypothèses concernant la probabilité de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la fécondité en fonction de l'âge et du statut sérologique VIH des femmes et les taux nets de survie des enfants vivant avec le VIH, entre autres. Ainsi, l'ONUSIDA s'est appuyé sur cette 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 à VIH et d'autres évolutions importantes de l'épidémie du VIH.

Les principaux indicateurs relatifs à la lutte contre le VIH chez les enfants sont divisés en deux tableaux : tableau 6. VIH/sida : Épidémiologie et tableau 7. VIH/sida : Couverture des interventions.

Épidémiologie

Le tableau 6 comprend les principaux indicateurs utilisés pour mesurer les évolutions de l'épidémie du VIH. Les données sont ventilées par tranche d'âge de 10 ans (étant donné que l'on considère que les enfants vivant avec le VIH âgés de moins de 10 ans ont été infectés par transmission de la mère à l'enfant). En outre, les enfants âgés de 10 à 19 ans vivant avec le VIH incluent les cas de nouvelles infections par le VIH qui surviennent par transmission sexuelle et consommation de drogue par injection, en fonction du contexte national. En raison d'importantes disparités de genre parmi les adolescents pour les évolutions de l'épidémie du VIH et les interventions programmatiques, les ventilations par sexe sont à présent incluses pour tous les indicateurs épidémiologiques du VIH/sida. Afin de faciliter la comparaison entre les pays et les régions, l'indicateur du nombre de nouvelles infections par le VIH a été remplacé par l'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés. De même, le nombre de décès liés au sida a été remplacé par la mortalité liée au sida pour 100 000 habitants. Ces deux indicateurs présentent une évaluation relative des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida et rendent compte avec plus de précision des effets de la lutte contre le VIH.

Couverture des interventions

Le tableau 7 contient des indicateurs relatifs aux principales interventions de la lutte contre le VIH chez les enfants. Ces indicateurs de couverture ont été révisés par rapport aux éditions précédentes du rapport *La Situation des enfants*

dans le monde pour mieux tenir compte des progrès des programmes et politiques actuels de lutte contre le VIH/sida. Par exemple, l'indicateur relatif au diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons intègre des informations sur le pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant subi un test virologique pour le VIH dans les deux mois suivant leur naissance. Tous les indicateurs de couverture sont calculés à partir des données les plus récentes et les plus fiables provenant d'enquêtes démographiques et de statistiques relatives aux services fournis dans le cadre des programmes.

Chaque indicateur de couverture est compilé à l'échelle régionale ou internationale à l'aide d'une moyenne pondérée en fonction de la population. Les données étant parfois peu nombreuses, les indicateurs tirés d'enquêtes démographiques sont uniquement intégrés si les données de la zone représentent au moins 50 % de la population adolescente.

TABLEAUX 8 ET 9. NUTRITION

Le tableau 8 comprend les estimations de malnutrition à la naissance chez les enfants d'âge préscolaire, de malnutrition chez les enfants en âge d'être scolarisés et les femmes en âge de procréer, ainsi que des indicateurs concernant la couverture des programmes liés à la pesée à la naissance et aux micronutriments essentiels. Le tableau 9 porte sur les pratiques alimentaires pour les nourrissons et les jeunes enfants.

Les estimations concernant l'insuffisance pondérale à la naissance, le retard de croissance et le surpoids chez les enfants d'âge préscolaire, la maigreur et le surpoids chez les enfants en âge d'être scolarisés et l'insuffisance pondérale et l'anémie maternelles proviennent de modèles communiqués par les pays. Elles peuvent donc différer des estimations communiquées à partir d'enquêtes ou de données administratives agrégées. Pour tous les autres indicateurs, lorsque des données brutes étaient disponibles, les estimations au niveau national ont été à nouveau analysées pour correspondre aux définitions et aux méthodes d'analyse standard et peuvent donc différer des valeurs communiquées à partir d'enquêtes.

Insuffisance pondérale à la naissance

Les estimations sont fondées sur des méthodes mises à jour en 2019. Par conséquent, les estimations nationales, régionales et mondiales ne pourront pas forcément être comparées à celles qui ont été publiées dans les éditions antérieures à 2019 du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

Absence de pesée à la naissance

Cet indicateur représente le pourcentage de naissances sans poids de naissance correspondant dans la source de données. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse suivante : <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>>.

Retard de croissance et surpoids

L'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont continué d'harmoniser les ensembles de données nationales portant sur les estimations relatives aux retards de croissance et au surpoids issues des enquêtes auprès des ménages. En 2021, ces ensembles ont été utilisés pour générer des estimations modélisées à l'échelle nationale. L'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont cessé d'utiliser des estimations calculées à partir d'enquêtes pour représenter la prévalence à l'échelle nationale au profit d'estimations modélisées à l'échelle des pays pour le retard de croissance et le surpoids. Cette méthodologie s'appuie sur

l'approche mise à jour décrite dans la publication conjointe de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale, intitulée *Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2021 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates* (Niveaux et tendances de la malnutrition de l'enfant : principales conclusions de l'édition 2021 des estimations conjointes sur la malnutrition de l'enfant). Les notes techniques du document de référence pour les consultations de pays sont disponibles à l'adresse suivante : <<https://data.unicef.org/resources/jme-2021-country-consultations/>>. Les chiffres régionaux et mondiaux relatifs au retard de croissance et au surpoids sont des moyennes pondérées en fonction de la population et issues des estimations modélisées des pays.

Émaciement et émaciation sévère

Des estimations fondées sur les enquêtes auprès des ménages ont été utilisées pour rendre compte de la prévalence de l'émaciation et de l'émaciation sévère à l'échelle nationale. L'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont continué d'harmoniser les ensembles de données nationales portant sur les estimations relatives à l'émaciation et à l'émaciation sévère issues des enquêtes auprès des ménages utilisés pour générer des moyennes régionales et mondiales à l'aide d'un modèle décrit dans M. de Onis et al. « Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition », *International Journal of Epidemiology*, 2004, vol. 33, p. 1260 à 1270. En ce qui concerne le retard de croissance, le surpoids, l'émaciation et l'émaciation sévère, de nouvelles séries d'estimations sont publiées tous les deux ans ; elles remplacent toutes les estimations précédentes et ne doivent pas être comparées.

Supplémentation en vitamine A

Ce rapport ne présente qu'une estimation de la couverture totale de supplémentation en vitamine A, un indicateur qui souligne combien il est important que les enfants reçoivent deux doses élevées annuelles de suppléments en vitamine A à 4 ou 6 mois d'intervalle. Faute de méthode directe de mesure de cet indicateur, la couverture totale est présentée comme l'estimation la plus basse du semestre 1 (janvier-juin) et du semestre 2 (juillet-décembre) d'une année donnée. Les estimations pour chaque semestre sont disponibles à l'adresse <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>>. Les agrégats régionaux et internationaux se composent des 64 pays désignés comme étant prioritaires pour les programmes de niveau national. Par conséquent, les agrégats régionaux sont publiés dans les cas où l'on parvient à une couverture d'au moins 50 % de la population pour les pays prioritaires dans chaque région et que la région en question compte au moins 5 pays prioritaires. En d'autres termes, les estimations pour l'Amérique latine et les Caraïbes ou l'Europe de l'Est et l'Asie centrale ne sont pas présentées, car chacune de ces régions compte seulement deux pays prioritaires.

Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire

Les indicateurs réunis dans cette catégorie montrent l'importance de mettre fin à la malnutrition chez les enfants de tous les âges. Les estimations nationales pour la malnutrition chez les enfants d'âge scolaire s'appuient sur l'analyse de NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), « Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2,416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, 2017, vol. 390, no 10113, p. 2627 à 2642.

Insuffisance pondérale (femmes de plus de 18 ans)

Cet indicateur montre l'importance de lutter contre la malnutrition maternelle si l'on veut mettre fin à la malnutrition chez les

enfants. Les estimations nationales pour l'insuffisance pondérale des femmes s'appuient sur l'analyse de NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), « Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2,416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, 2017, vol. 390, no 10113, 2017, p. 2627 à 2642.

Anémie (femmes âgées de 15 à 49 ans)

Cet indicateur montre également l'importance de lutter contre la malnutrition maternelle si l'on veut mettre fin à la malnutrition chez les enfants. Les estimations nationales pour l'anémie se fondent sur l'édition 2021 de « WHO Global Anaemia Estimates: Prevalence of anaemia in women of reproductive age (%) » (Estimations mondiales de l'anémie de l'OMS : Prévalence de l'anémie chez les femmes non enceintes [%]). Données de l'Observatoire de la santé mondiale. Genève : Organisation mondiale de la Santé (<www.who.int/data/gho>).

Sel iodé

La définition de l'indicateur présenté dans ce rapport a changé en 2016. Auparavant, il portait sur les ménages consommant du sel adéquatement iodé. Depuis 2016, l'indicateur présenté dans ce rapport concerne tout type de sel iodé. Ainsi, les estimations de prévalences nationales, mondiales et régionales ne peuvent pas être comparées aux estimations publiées dans les précédentes éditions du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Un total de dix indicateurs est présenté, y compris les indicateurs suivants, dont la définition a été modifiée ou qui sont nouveaux conformément à la description contenue dans la nouvelle version des orientations sur les indicateurs disponibles à l'adresse <<https://data.unicef.org/resources/indicators-for-assessing-infant-and-young-child-feeding-practices/>>.

- La poursuite de l'allaitement (enfants âgés de 12 à 23 mois) remplace deux indicateurs précédents sur la poursuite de l'allaitement à 1 an (12-15 mois) et 2 ans (20-23 mois).
- La diversité alimentaire minimale (enfants âgés de 6 à 23 mois) est à présent définie comme le pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu des aliments issus d'au moins cinq des huit groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente (l'ancienne version indiquait la consommation d'au moins quatre des sept groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente).
- La définition de l'indicateur « fréquence minimale des repas (enfants âgés de 6 à 23 mois) » a été modifiée pour les enfants non nourris au sein.
- La définition de l'alimentation minimale acceptable (enfants âgés de 6 à 23 mois) a été modifiée pour correspondre aux nouvelles définitions de la diversité alimentaire minimale et de la fréquence minimale des repas.
- L'absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) est un nouvel indicateur.

Ce tableau comporte en outre deux nouveaux indicateurs établis par l'UNICEF pour évaluer la pauvreté alimentaire de l'enfant. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse suivante : <<https://data.unicef.org/resources/child-food-poverty/>>.

TABLEAU 10. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

La petite enfance, la période qui s'étend jusqu'à l'âge de 8 ans, est essentielle pour le développement cognitif, social, émotionnel et physique. Pour son développement optimal, le cerveau a besoin d'un environnement stimulant, de nutriments adaptés et d'interactions sociales avec des personnes qui ont la charge d'enfants. Le tableau consacré au développement de la petite enfance présente des données liées à certains indicateurs spécifiques et des données comparables et représentatives au plan national sur le niveau de développement des enfants, la qualité des soins et la disponibilité du matériel d'apprentissage au domicile, et l'accès à des soins et à des programmes éducatifs du jeune enfant. L'interprétation des informations contenues dans ce tableau est optimale lorsqu'elles sont associées à des données relatives à d'autres domaines essentiels au développement du jeune enfant, comme la nutrition et la protection.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte

Les données de cet indicateur issu des EDS ont été recalculées à l'aide de la méthodologie des MICS pour que l'on puisse les comparer. Par conséquent, les données recalculées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux des EDS.

Matériel d'apprentissage disponible au domicile de l'enfant : jouets

La définition de cet indicateur a été modifiée entre la troisième et la quatrième série des MICS (MICS3 et MICS4). Pour permettre la comparaison avec la MICS4 et les séries ultérieures, les données de la MICS3 ont été recalculées sur la base de la définition de l'indicateur de la MICS4. Par conséquent, les données recalculées présentées ici diffèrent des estimations figurant dans les rapports nationaux de la MICS3.

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Ce tableau contient un ensemble d'indicateurs sur l'éducation des enfants : équité d'accès, achèvement de la scolarité et résultats de l'apprentissage.

Ce tableau fournit en premier lieu des informations sur l'équité d'accès, mesurée par le taux d'enfants non scolarisés (indicateur de suivi 4.1.4 des ODD). Les estimations figurant dans ce tableau proviennent de la base de données de l'Institut de statistique de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Le taux d'enfants non scolarisés, qui représente le segment de la population compris dans la classe d'âge officielle du niveau d'enseignement donné qui ne va pas à l'école, permet d'éclairer l'élaboration de politiques ciblées visant à garantir un accès équitable à l'éducation.

En septembre 2019, l'Institut de statistique a modifié ses méthodes de collecte des données portant sur les enfants non scolarisés dans le cycle primaire. Ainsi, les enfants en âge d'aller à l'école primaire bénéficiant d'un enseignement préscolaire sont désormais considérés comme des enfants scolarisés.

Le taux d'achèvement (indicateur de suivi 4.1.2 des ODD) mesure le pourcentage d'une cohorte d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année de chaque cycle d'éducation qui ont achevé cette année. Les estimations proviennent de la base de données mondiale de l'UNICEF ; elles

ont été calculées à l'aide de MICS, d'EDS et d'autres enquêtes auprès des ménages. En choisissant un groupe d'âge légèrement plus âgé que le groupe d'âge théoriquement prévu à la fin de chaque cycle d'enseignement, l'indicateur fournit des mesures plus solides de la proportion d'enfants et d'adolescents achevant chaque cycle.

Ce tableau contient également un ensemble d'indicateurs visant à suivre l'équité des résultats d'apprentissage, notamment la proportion d'enfants et de jeunes qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en lecture et en mathématiques (indicateur de suivi 4.1.1 des ODD) ainsi que le taux d'alphabétisation des jeunes (indicateur de suivi 4.6.2 des ODD). Les normes d'aptitude minimales correspondent aux connaissances de base dans un domaine (par ex., les mathématiques et la lecture) mesurées à l'aide d'évaluations des apprentissages. Les estimations se fondent sur la base de données de la Division de la statistique de l'ONU, qui constitue une source de données officielles sur les ODD. Le taux d'alphabétisation présenté dans le tableau est issu de la base de données de l'Institut de statistique. Il mesure les compétences de base en lecture et en calcul que la population doit acquérir durant l'enseignement primaire. Il sert à fournir des informations sur la proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans disposant d'aptitudes minimales en lecture et en écriture ainsi qu'à mesurer l'efficacité de l'enseignement primaire dans chaque pays.

Vous trouverez des informations détaillées sur les indicateurs qui figurent dans ce tableau dans le document de l'Institut de statistique de l'UNESCO de juillet 2017 : *Métadonnées relatives aux indicateurs mondiaux et thématiques pour le suivi et l'examen de l'ODD 4 et de l'Éducation 2030*.

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

La protection de l'enfant porte sur la prévention de la violence, de l'exploitation et des abus dont les enfants sont victimes dans tous les contextes ainsi que sur la lutte contre ces phénomènes. La protection de l'enfant subit de nombreuses formes de violation, mais l'absence de données pouvant être comparées limite les possibilités d'informations sur le champ entier. Le tableau relatif à la protection de l'enfant présente donc les données sur quelques problèmes pour lesquels des données comparables et représentatives à l'échelle nationale sont disponibles.

Enregistrement des naissances

La définition de l'enregistrement des naissances a été modifiée entre les deuxième et troisième séries des MICS (MICS2 et MICS3) et la quatrième (MICS4). Pour permettre la comparaison avec les séries ultérieures, les données des séries MICS2 et MICS3 sur l'enregistrement des naissances ont été recalculées sur la base de la définition de l'indicateur des MICS4. Les données recalculées présentées ici peuvent donc différer des estimations figurant dans les rapports nationaux des MICS2 et MICS3.

Travail des enfants

Cet indicateur a été remplacé par celui utilisé dans les rapports sur les ODD sur l'indicateur 8.7.1. Il correspond à la proportion d'enfants s'étant livrés à des activités économiques et/ou à des tâches ménagères à partir de seuils horaires spécifiques en fonction de leur âge (sur la base du domaine de la production générale). Pour le groupe d'âge des 5 à 11 ans, ces

seuils font référence aux enfants qui se livrent à une activité économique pendant au moins une heure par semaine et/ou qui participent à des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures par semaine. Pour le groupe d'âge des 12 à 14 ans, ils incluent les enfants qui se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures par semaine et/ou qui participent à des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures par semaine. Pour le groupe d'âge des 15 à 17 ans, ils incluent les enfants qui se sont livrés à une activité économique pendant au moins 43 heures par semaine. Cependant, aucun seuil horaire n'est établi pour les services ménagers non rémunérés dans le groupe d'âge des 15 à 17 ans. Les estimations nationales réunies et présentées dans la base de données mondiale des ODD et reproduites dans le rapport *La Situation des enfants dans le monde* ont été de nouveau analysées par l'UNICEF et l'Organisation internationale du Travail (OIT) selon les définitions et critères décrits ci-dessus. Cela signifie que les données nationales peuvent différer de celles qui ont été publiées dans les rapports d'enquêtes nationales.

Mariage d'enfants

Ce tableau statistique présente la proportion de personnes mariées ou vivant maritalement avant l'âge de 18 ans. Bien que la pratique soit plus répandue chez les filles, le mariage pendant l'enfance est une violation des droits des deux sexes. C'est pourquoi la prévalence du mariage d'enfants est indiquée pour les garçons et les filles. Les précédentes éditions du rapport *La Situation des enfants dans le monde* contenaient un deuxième indicateur du mariage d'enfants, à savoir le pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans. À compter de cette édition, nous avons décidé de supprimer cet indicateur au profit de données sur d'autres sujets. L'UNICEF continue toutefois de suivre cet indicateur et des données pertinentes sont disponibles à l'adresse <data.unicef.org>.

Mutilations génitales féminines (MGF)

Les données sur la prévalence des MGF chez les jeunes filles âgées de 0 à 14 ans ont été recalculées pour des raisons techniques et peuvent différer de celles présentées dans les rapports nationaux originaux des EDS et des MICS. Depuis l'édition 2019 du rapport *La Situation des enfants dans le monde*, les attitudes par rapport à cette pratique sont exprimées par la part de la population qui est opposée aux MGF (et non pas celle qui les soutient). Les précédentes éditions du rapport présentaient des données sur les hommes et les femmes. À compter de cette édition, nous avons décidé de supprimer ces données afin d'inclure des données sur d'autres sujets. L'UNICEF continue toutefois de suivre cet indicateur et des données pertinentes sont disponibles à l'adresse <data.unicef.org>.

Les estimations régionales sur la prévalence des MGF et les attitudes envers la pratique sont fondées sur les données provenant uniquement des pays où ces pratiques existent et pour lesquels des données représentatives au niveau national sont disponibles. Chaque région renfermant des pays qui ne pratiquent pas les MGF, les données reflètent la situation des personnes vivant dans des pays concernés par cette pratique.

Discipline imposée par la violence

Les estimations figurant dans les publications de l'UNICEF et les rapports de pays issus des MICS antérieurs à 2010 étaient calculées en s'appuyant sur des pondérations au niveau du ménage qui ne prenaient pas en compte les enfants sélectionnés

à l'étape finale pour l'administration du module sur la discipline imposée aux enfants des MICS. Un enfant du groupe d'âge de référence est choisi au hasard à des fins d'administration du module sur la discipline imposée aux enfants. En janvier 2010, il a été établi que les estimations étaient plus précises quand on se fondait sur une pondération au niveau du ménage prenant en compte cette sélection. Les données de la MICS 3 ont été recalculées selon cette méthode. Par ailleurs, le groupe d'âge de référence pour cet indicateur a été révisé à compter de la MICS5 pour inclure les enfants âgés de 1 à 14 ans. C'est pourquoi les estimations des MICS3 et MICS4 ne sont pas directement comparables étant donné qu'elles portent sur les enfants âgés de 2 à 14 ans.

Enfants placés en institution et enfants placés en détention

Les chiffres de ces indicateurs se fondent sur des données sous-jacentes tributaires de la solidité des systèmes nationaux de données et du degré de coordination entre les instances et les institutions chargées de collecter ces données. De manière générale, il existe plusieurs limites concernant la disponibilité, la cohérence et la couverture des données nationales sous-jacentes basées sur les registres administratifs. Par conséquent, les données relatives à ces indicateurs doivent davantage être interprétées comme des indications, certes approximatives, de la capacité de chaque système national de données à générer et à communiquer un décompte de ces populations d'enfants. Ainsi, la présence de chiffres plus élevés ne veut pas nécessairement dire que la population d'enfants concernés est plus importante, mais peut simplement indiquer que le pays dispose d'un système plus complet d'identification et de suivi de ces enfants et d'une capacité supérieure pour collecter systématiquement ces données. D'importants écarts peuvent être observés en ce qui concerne le nombre d'enfants et la capacité des systèmes de registre et de signalement des pays d'une même région. Ces écarts doivent être pris en considération lors de l'interprétation des estimations régionales.

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Ce tableau fournit des informations sur la couverture de la protection sociale et l'amplitude des inégalités de revenus, deux éléments qui affectent les conditions de vie des enfants. Les indicateurs de protection sociale sont les suivants : mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces, pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale et répartition des prestations de protection sociale (ménages appartenant au 1^{er} quintile, au 5^e quintile et aux 40 % les plus pauvres). Alors que les deux premiers indicateurs illustrent la couverture de la protection sociale, le troisième reflète l'incidence et la distribution selon les quintiles. Le tableau offre une vue d'ensemble de la protection sociale à laquelle les ménages, et notamment les enfants, ont accès dans chaque pays.

Les indicateurs d'inégalité sont les suivants : part du revenu des ménages (1^{er} quintile, 5^e quintile, 40 % les plus pauvres), coefficient de Gini, indice de Palma, coefficient du revenu de la vaste majorité et PIB par habitant. Le premier indicateur montre la part du revenu national gagné par chaque quintile dans un pays. Il illustre la structure de la distribution des revenus par pays, tandis que le coefficient de Gini exprime l'étendue des inégalités et l'écart par rapport à une distribution parfaitement égale des revenus. À l'inverse, l'indice de Palma porte sur la différence de revenus entre les 10 % d'habitants

les plus riches et les 40 % les plus pauvres d'une population. Cet indicateur est plus sensible aux extrémités de la distribution et aux inégalités extrêmes. L'évolution des inégalités de revenus étant principalement entraînée par les variations de revenus des 10 % les plus riches et des 40 % les plus pauvres, l'indice de Palma fournit des informations sur les modifications de la distribution des inégalités de revenus. Enfin, le coefficient du revenu de la vaste majorité consiste à ne prendre en compte que le revenu des premiers 80 % de la population (la vaste majorité) d'un pays donné. Le PIB par habitant complète ces indicateurs, car il mesure le niveau de vie moyen de chaque pays.

Les données sur les indicateurs de protection sociale et d'équité ne sont pas recueillies chaque année et sont issues des *Indicateurs du développement dans le monde et de l'Atlas de la protection sociale : Indicateurs de résilience et d'équité* (ASPIRE) de la Banque mondiale ainsi que du *Rapport mondial sur la protection sociale* de l'OIT.

TABLEAU 14. EAH

Ce tableau contient un ensemble d'indicateurs liés à l'accès à des services de base pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) dans les ménages, les écoles et les établissements de santé. Les estimations relatives à l'EAH figurant dans le présent rapport proviennent du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP). Des informations complètes sur les définitions des indicateurs du JMP, ainsi que sur les sources de données et les méthodes utilisées pour produire des estimations nationales, régionales et mondiales sont disponibles à l'adresse <www.washdata.org>. De nouvelles estimations concernant chaque contexte sont publiées tous les deux ans. Elles remplacent toutes les estimations précédentes et ne doivent pas être comparées.

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Le tableau relatif aux adolescents présente une sélection d'indicateurs sur le bien-être des adolescents dans différents aspects de leur vie : protection, enseignement et apprentissage et transition vers la vie active. Si le thème du bien-être adolescent est vaste et qu'il ne saurait être présenté de façon exhaustive à l'aide de quelques indicateurs, les données du tableau 15 servent d'illustration et complètent les indicateurs pertinents sur les adolescents qui sont présents dans d'autres tableaux statistiques de la présente publication. Les indicateurs relatifs à la santé des adolescents sont désormais présentés dans le tableau 5.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation, et taux de chômage

Les données sur la capacité des adolescents à entrer efficacement dans la vie active, c'est-à-dire le nombre de jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation et le taux de chômage des adolescents âgés de 15 à 19 ans, sont fournies par l'Organisation internationale du Travail (OIT). Les métadonnées et des remarques supplémentaires sur l'interprétation de ces indicateurs sont disponibles dans la section « Metadata » du site <ilo.org/lostata>.

Ces données doivent être interprétées avec prudence. En effet, les normes de mesure des statistiques liées au travail sont en

cours de révision, ce qui affecte la comparabilité des ensembles de données actuels et des ensembles de données figurant dans les versions précédentes. Les données présentées dans cette publication sont tirées de la série de données basées sur la 13^e Conférence internationale des statisticiens du travail. Pour en savoir plus, veuillez consulter la note technique sur ce sujet préparée par l'OIT, qui entretient ces ensembles de données : *Quick guide to understanding the impact of the new statistical standards on ILOSTAT databases* (Guide rapide pour comprendre l'impact des nouvelles normes statistiques sur les bases de données d'ILOSTAT).

TABLEAU 16. ENFANTS HANDICAPÉS

Ce tableau contient une sélection d'indicateurs du bien-être de l'enfant dans plusieurs domaines : protection de l'enfant, développement de la petite enfance, éducation, nutrition, protection sociale et équité, et EAH. Chaque indicateur comporte des données sur les enfants handicapés et les enfants non handicapés. Si le thème du bien-être est vaste et qu'il ne saurait être présenté de façon exhaustive à l'aide de quelques indicateurs, les données du tableau 16 permettent d'illustrer les éventuelles disparités entre ces deux groupes de population. Certaines de ces données doivent par ailleurs être interprétées avec prudence en raison de réserves concernant les outils utilisés, comme expliqué ci-dessous.

Retard de croissance et surpoids

Il est difficile de collecter des données sur le développement des enfants handicapés. Durant les enquêtes, les mesures anthropométriques sont généralement réalisées par des agents formés et dans des conditions homogènes, ce qui implique l'utilisation d'échelles numériques normalisées et de tableaux de mesure. Les enfants handicapés et les enfants non handicapés ne grandissent pas toujours de la même manière. Par conséquent, il est parfois impossible de mesurer correctement la santé et le développement des enfants handicapés en utilisant les outils habituellement employés dans les enquêtes auprès des ménages. Par ailleurs, le fait de mesurer et de peser des enfants présentant certains types d'incapacités peut générer de plus grandes erreurs de mesure. Enfin, il convient de remarquer que les normes de croissance de l'enfant de l'OMS concernent les enfants qui ne présentent pas d'incapacités physiques. Ainsi, même lorsque des données sur le poids et la taille peuvent être collectées, il est possible que les indicateurs habituels de la nutrition (utilisés pour mesurer le retard de croissance et le surpoids) soient inadaptés pour évaluer la croissance des enfants présentant certaines incapacités, ce qui rend les conclusions plus difficiles à interpréter.

Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance et enfants n'ayant jamais été scolarisés

Il convient de prendre en compte que les données comportent des limites qui ne permettent pas de fournir un aperçu complet de l'ensemble des facteurs affectant l'expérience d'apprentissage des enfants. Les indicateurs utilisés ici mesurent la présence des enfants dans le système scolaire, mais ne font pas état des difficultés rencontrées par les enfants handicapés pour recevoir une éducation.

Les données sont également limitées parce qu'elles ne font pas la distinction entre les enfants scolarisés dans le système général et les enfants scolarisés dans des établissements spécialisés.

Or, cette distinction est très importante, car de nombreux pays ont adopté des systèmes scolaires très ségrégatifs pour les enfants handicapés. Par exemple, les écoles spécialisées et les établissements relevant du système scolaire ordinaire peuvent avoir des objectifs très différents en matière de progrès, ce qui modifie considérablement les réponses relatives à l'atteinte de ces objectifs. Si cette distinction était prise en compte, les inégalités signalées entre les enfants handicapés et les enfants non handicapés seraient encore plus importantes.

Compétences relatives à l'apprentissage fondamental

Les données sur les compétences fondamentales en matière de lecture et de calcul concernent uniquement les enfants capables de réaliser trois tâches de lecture et quatre tâches de calcul. Les enfants incapables de réaliser ces tâches incluent les enfants qui ont commencé les tâches d'évaluation, mais qui n'ont pas été capables de les finir, les enfants qui ont refusé de se soumettre à l'évaluation (ou dont la mère a refusé qu'ils soient soumis à l'évaluation) et les enfants qui n'ont pas pu participer à l'évaluation en raison d'une maladie ou d'une incapacité. L'inaccessibilité peut donc être un obstacle à la participation pour certains enfants (par exemple, lorsque la technologie d'assistance ou les aménagements raisonnables dont a besoin un enfant n'ont pas pu lui être fournis). Il convient donc de prendre en compte le fait que les enfants rencontrant certaines difficultés sont moins susceptibles d'avoir participé à une telle évaluation lors de l'interprétation des résultats montrant des différences entre les compétences relatives à l'apprentissage fondamental des enfants handicapés et des enfants non handicapés.

Installations sanitaires de base sur place

L'indicateur fournit des informations sur le pourcentage d'enfants âgés de 2 à 17 ans vivant dans un foyer disposant au sein de son logement ou sur son terrain d'installations sanitaires améliorées non partagées avec d'autres foyers. Les définitions utilisées pour les niveaux d'installations et les types d'installations sont établies par le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP).

Pour évaluer et mesurer les services d'assainissement, il est important de prendre en considération non seulement le type d'installations disponible dans les foyers, mais aussi la facilité d'accès à ces installations et/ou le fait qu'elles soient partagées avec d'autres foyers. La distinction entre la disponibilité et l'accès revêt une importance particulière pour les enfants handicapés qui sont souvent confrontés à des obstacles uniques et disproportionnés pour accéder aux services, même lorsque ces derniers sont disponibles. Cependant, la principale mesure évaluée concernant les indicateurs portant sur les services est le type d'installation utilisée ainsi que si cette installation se trouve au sein du foyer, est partagée avec d'autres foyers ou se trouve à distance du foyer. Les données permettent donc de savoir si les enfants handicapés vivent dans un foyer équipé d'installations d'EAH, mais pas d'évaluer si ces installations sont utilisables et pleinement accessibles pour ces enfants. D'autres travaux doivent être menés afin de développer une norme internationale permettant de mesurer l'accessibilité des installations d'EAH pour les enfants handicapés.

De plus, les données ne fournissent pas d'informations sur les autres lieux recevant des enfants handicapés (tels que les écoles, les institutions, les établissements de soins et d'autres établissements publics).

Prestations sociales

Si la protection sociale englobe un éventail d'interventions qui dépassent le champ des prestations sociales, nous manquons de données comparables à l'échelle internationale sur beaucoup, si ce n'est la plupart, des interventions non pécuniaires. Par ailleurs, la majorité des pays n'indiquent pas si ces prestations sociales sont liées au handicap ou fournies au ménage sur la base d'autres critères.

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Ce tableau a été ajouté en 2019 en raison des effets bénéfiques de l'émancipation économique des femmes sur le bien-être des enfants. Il souligne également l'importance intrinsèque de l'émancipation économique des femmes, telle qu'elle est exprimée dans l'objectif de développement durable 5 : parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Indice Institutions sociales et égalité homme-femme

Les lois, les attitudes et les pratiques discriminatoires ont des effets sur la vie des femmes et des filles. Elles limitent leur capacité à accumuler du capital humain, social et productif, à agir et à exprimer leur opinion dans les décisions qui affectent leur bien-être. L'indice ISE, un indicateur composite de la discrimination liée au genre dans les institutions sociales produit par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), s'appuie sur des données qualitatives et quantitatives sur les institutions sociales discriminatoires dans quatre domaines : la discrimination dans la sphère familiale, l'intégrité physique restreinte, l'accès restreint aux ressources productives et financières, et les libertés civiles restreintes.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques

L'égalité des genres et la non-discrimination fondée sur le genre sont des principes de base des cadres politiques et juridiques internationaux, y compris de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing. Le retrait de lois discriminatoires et la mise en place de cadres juridiques qui permettent à l'égalité des genres de progresser dans l'emploi sont des prérequis pour favoriser le travail rémunéré et décent des femmes, ce qui permettra leur émancipation économique. Le terme « cadres juridiques » est défini de façon large pour intégrer les lois, les mécanismes et les politiques/plans destinés à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres. Les données tirées de cet indicateur 5.1.1 des ODD proviennent d'une évaluation des cadres juridiques des pays, réalisée par les bureaux de statistiques nationaux, les mécanismes nationaux pour les femmes et des professionnels/chercheurs du secteur juridique dont les travaux portent sur l'égalité des genres.

Prestations de congé de maternité/paternité

Les prestations de congé parental sont fondamentales pour favoriser la santé et le bien-être des enfants ainsi que l'émancipation économique des femmes, y compris la survie et le développement sain des nourrissons et l'augmentation de la participation à la population active et des revenus des femmes. La Convention no 183 de l'OIT prévoit un droit à 14 semaines de congé de maternité rémunéré pour les femmes à qui elle

s'applique. Bien qu'aucune norme précise de l'OIT n'existe pour le congé de paternité, celui-ci permet aux pères qui travaillent d'être plus impliqués dans les soins à leurs enfants et dans le partage des responsabilités du ménage. Il est toutefois important de noter que, même dans les pays où le congé parental est inscrit dans la loi, tous les travailleurs n'y ont pas accès, notamment les employés à temps partiel ou des personnes travaillant dans l'économie informelle.

Achèvement de la scolarité

Si l'éducation primaire fournit aux enfants un socle pour l'apprentissage tout au long de la vie, l'éducation secondaire les dote des connaissances et des compétences nécessaires pour devenir des adultes économiquement émancipés. Comparées aux filles qui ont uniquement reçu une éducation primaire, les filles qui ont suivi une éducation secondaire sont moins exposées aux risques de mariage d'enfants et de grossesse adolescente. En outre, alors que les femmes ayant bénéficié d'un enseignement primaire gagnent à peine plus que les femmes n'ayant reçu aucune éducation, celles qui ont atteint le secondaire gagnent deux fois plus, en moyenne, que celles qui n'ont pas été à l'école [voir Wodon *et al.*, « *Missed Opportunities: The high cost of not educating girls* » (Occasions ratées : L'absence d'éducation des filles a un coût élevé), *The Cost of Not Educating Girls Notes Series* (Série de notes sur le coût de l'absence d'éducation des filles), Banque mondiale, Washington D. C., 2018).

Taux d'activité et taux de chômage

L'égalité d'accès au marché du travail est essentielle à l'émancipation économique des femmes. Le taux d'activité est le nombre de personnes qui composent la population active exprimé en pourcentage de la population en âge de travailler (généralement les personnes âgées de 15 ans et plus) au cours de la même période de référence. Le taux de chômage est le pourcentage de personnes (généralement âgées de 15 ans et plus) au sein de la population active qui sont sans emploi. Ce taux reflète l'incapacité d'une économie à créer des emplois pour ceux qui souhaitent travailler, mais n'y parviennent pas en dépit de leur disponibilité et de leur recherche active. Les informations sur le taux de chômage par sexe soulignent la plus grande difficulté que rencontrent souvent les femmes lorsqu'elles arrivent sur le marché du travail et qui peut être directement ou indirectement liée aux normes de genre d'un pays.

Possession d'un téléphone portable

Le fait de détenir un téléphone mobile donne accès à l'information, à des services financiers, à des offres d'emploi et aux réseaux sociaux. Cela constitue ainsi un atout important pour favoriser l'émancipation économique des femmes, telle que l'envisage l'ODD 5. L'indicateur 5.b.1 des ODD considère qu'une personne possède un téléphone mobile cellulaire lorsqu'elle dispose d'un téléphone cellulaire doté d'au moins une carte SIM active pour son utilisation personnelle. Les téléphones cellulaires fournis par des employeurs et qui peuvent être utilisés pour des motifs personnels (pour réaliser des appels personnels, accéder à Internet, etc.) sont inclus. Les personnes qui détiennent uniquement une ou plusieurs cartes SIM actives, mais pas de téléphone mobile, sont exclues. Les personnes qui disposent d'un téléphone mobile pour leur utilisation personnelle, qui n'est pas enregistré à leur nom, sont également incluses. Une carte SIM active est une carte SIM qui a été utilisée au cours des trois mois précédents.

Inclusion financière

L'évaluation de l'accès des femmes aux services financiers, comme l'épargne, l'assurance, les moyens de paiement, le crédit et les transferts de fonds, est essentielle pour comprendre leur émancipation économique. L'accès à des services financiers peut également augmenter le pouvoir de négociation des femmes au sein du ménage, ce qui peut avoir des effets bénéfiques sur le bien-être des enfants. Conformément aux mesures de l'indicateur 8.10.2 des ODD, les personnes possédant un compte dans une institution financière sont les personnes interrogées qui ont indiqué disposer d'un compte dans une banque. Elles incluent aussi les personnes interrogées qui ont indiqué disposer d'un compte dans un autre type d'institution financière, comme une coopérative de crédit, une institution de microfinance, une coopérative ou les services postaux (le cas échéant), ou d'une carte de paiement à leur nom. Ce chiffre inclut également les personnes interrogées qui ont indiqué avoir reçu des salaires, des versements gouvernementaux ou des paiements pour des produits agricoles sur un compte hébergé par une institution financière au cours des 12 mois précédents. Par ailleurs, il inclut les personnes interrogées qui ont indiqué avoir payé des factures de services aux collectivités ou des frais de scolarité à partir d'un compte hébergé par une institution financière au cours des 12 mois précédents ; ou avoir reçu des salaires ou des versements gouvernementaux sur une carte au cours des 12 mois précédents. Les chiffres concernant les utilisateurs de services bancaires par téléphonie mobile incluent les personnes interrogées qui ont indiqué avoir utilisé les services du programme « Money for the Unbanked » (MMU, argent mobile pour les personnes qui n'ont pas accès aux services bancaires) de la GSM Association (GSMA) au cours des 12 mois précédents pour payer des factures ou pour envoyer ou recevoir de l'argent. En outre, ils intègrent les personnes interrogées qui ont indiqué avoir reçu des salaires, des versements gouvernementaux ou des paiements pour des produits agricoles sur un téléphone mobile au cours des 12 mois précédents.

Budget-temps

Ce nouvel indicateur, qui porte sur le pourcentage de temps consacré aux tâches domestiques et de soins non rémunérées, lequel influe sur le taux d'activité et le bien-être général, a été ajouté à ce tableau afin de souligner les écarts entre les femmes et les hommes. Les données présentées pour cet indicateur sont exprimées comme un pourcentage de temps sur la journée. Ce pourcentage divisant le nombre moyen d'heures consacrées chaque jour à des tâches domestiques et de soins non rémunérées par 24 heures pour la population pertinente totale. Si l'on peut différencier les tâches destinées à un usage personnel permettant de produire des biens de celles permettant de produire des services, l'indicateur prend uniquement en considération la production de services pour un usage personnel soit, en d'autres termes, les activités liées aux services domestiques et de soins non rémunérées auxquelles se livrent les foyers pour leur usage personnel. Il peut s'agir de la préparation des repas, de la vaisselle, du ménage, du rangement du logement, de la lessive, des courses, des soins apportés aux enfants et des soins prodigués aux personnes malades, âgées ou handicapées faisant partie du foyer ou de la famille, entre autres. Il convient de faire preuve de prudence lors de la comparaison des résultats nationaux, la comparabilité internationale des statistiques en matière de budget-temps étant limitée par plusieurs considérations méthodologiques, notamment l'âge cible des populations prises en compte.

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Ce tableau a été ajouté en 2021 en raison de l'incidence des migrations et des déplacements sur le bien-être des enfants et de l'attention récemment portée à ces sujets. Cette attention a atteint son paroxysme avec le Pacte mondial sur les migrations et le Pacte mondial sur les réfugiés, tous deux adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018.

Les données sur les migrations internationales s'appuient sur les estimations de l'International Migrant Stock (population de migrants internationaux) publié par la Division de la population. Ces données indiquent le nombre de personnes résidant en dehors de leur pays de naissance (pour certains pays, la citoyenneté a été utilisée au lieu du pays de naissance, en fonction de la disponibilité des données) au milieu de l'année de référence. Les réfugiés et les demandeurs d'asile sont inclus dans cette population. Le nombre d'enfants de moins de 18 ans est estimé à partir des groupes d'âge définis par tranche de cinq ans du nombre de migrants publié par la Division de la population. Pour en savoir plus sur la définition et les méthodes employées pour estimer le nombre de migrants, veuillez consulter la publication de la Division de la population, intitulée *International Migrant Stock 2020* (population de migrants internationaux 2020).

Les données sur les réfugiés (qui comprennent à la fois les réfugiés et les personnes vivant dans des conditions de réfugiés) et les demandeurs d'asile s'appuient sur la Base de données statistiques sur les populations de réfugiés du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (HCR ; pour en savoir plus, veuillez consulter l'adresse <www.unhcr.org/refugee-statistics/>). Le terme « réfugié » est défini dans la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et son Protocole de 1967. Ces chiffres correspondent aux effectifs de population recensés à la fin de l'année de référence. Les données concernant les enfants réfugiés sont estimées conjointement avec le HCR et tiennent

compte de lacunes dans la couverture d'âge dans de nombreux pays. Il existe parfois un niveau d'incertitude élevé concernant l'estimation ponctuelle ayant servi à produire les valeurs de certains pays. Dans ce cas, les valeurs nationales ne sont pas présentées, mais sont incluses dans les agrégats régionaux liés à l'âge.

Les données sur les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays s'appuient sur la Base de données mondiale sur les déplacements internes alimentée par l'Observatoire des situations de déplacement interne (IDMC). Elles portent sur le nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays à la fin de l'année de référence et sur le nombre de nouveaux déplacements internes durant l'année de référence (voir <<https://www.internal-displacement.org/database/>>). Le nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays est tiré des données de population recensant le nombre de personnes vivant un déplacement interne. Le nombre de nouveaux déplacements fait référence au nombre agrégé d'événements de déplacements indépendants durant l'année et peut inclure des déplacements successifs subis par les mêmes personnes (au cours d'événements distincts). C'est pourquoi le nombre de « nouveaux » déplacements ne peut pas être égal au nombre de personnes déplacées. Faute de données ventilées par âge, le nombre d'enfants déplacés à l'intérieur de leur pays et de nouveaux déplacements d'enfants est estimé à l'aide de la structure d'âge de la population nationale. Cette estimation suppose donc implicitement que les déplacements internes surviennent de manière aléatoire en termes d'âge et de sexe. Toutefois, les études de cas ont montré une surreprésentation des femmes et des enfants dans les populations déplacées. Par conséquent, il est probable que les données présentées sur les déplacements internes en lien avec des enfants soient sous-estimées. Compte tenu de quoi, les données ventilées par âge sur les déplacements internes sont arrondies au deuxième chiffre le plus proche. Les chiffres non arrondis sont utilisés pour calculer les agrégats régionaux.



Au centre de santé du camp de réfugiés du Darfour, dans l'est du Tchad, Latifa reçoit ses vaccins de routine, assise sur les genoux de sa mère, Hawa Ahmad.
© UNICEF/UN0594557/Dejongh

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans et mortalité des enfants de moins de 5 ans par pays en 2021

Tableau ordonné selon le nombre de décès non arrondi chez les enfants de moins de 5 ans en 2021. Les limites inférieure et supérieure se réfèrent aux limites inférieure et supérieure des intervalles de confiance à 90 %.

CHARGE DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LA PLUS ÉLEVÉE

Pays et zones	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers) en 2021	Taux de mortalité de enfants de moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances vivantes) en 2021		
		Médiane	Limite inférieure	Limite supérieure
Nigéria	852	111	82	152
Inde	709	31	28	34
Pakistan	399	63	51	79
République démocratique du Congo	308	79	47	132
Éthiopie	178	47	36	60
Niger	124	115	93	144
République-Unie de Tanzanie	106	47	32	70
Indonésie	100	22	17	28
Angola	90	69	29	137
Chine	88	7	6	8
Mali	85	97	78	121
Soudan	83	55	37	81
Bangladesh	82	27	25	30
Somalie	80	112	51	248
Mozambique	79	70	45	110
Afghanistan	78	56	41	74
Tchad	76	107	75	151
Ouganda	69	42	29	60
Côte d'Ivoire	68	75	56	100
Cameroun	65	70	54	89
Burkina Faso	63	83	56	122
Philippines	63	26	18	36
Yémen	62	62	28	132
Madagascar	58	66	56	80
Kenya	54	37	30	46
Égypte	47	19	12	29
Guinée	45	99	80	123
Brésil	40	14	12	17
Ghana	39	44	33	59
Afrique du Sud	39	33	30	36
Bénin	39	84	68	103
Myanmar	39	42	27	63
Zambie	38	58	41	80
Soudan du Sud	31	99	35	229
Viet Nam	30	21	18	23
Iraq	29	25	18	33
Sierra Leone	27	105	85	128
Malawi	27	42	26	66
Mexique	26	13	11	16
Zimbabwe	24	50	34	72
États-Unis	23	6	6	7
Burundi	23	53	32	85
République centrafricaine	22	100	79	126
Algérie	22	22	20	25
Sénégal	21	39	29	51
Togo	17	63	47	83
Népal	16	27	21	36
Iran (République islamique d')	16	13	7	22
Haiti	16	59	41	85
Rwanda	16	39	24	66
Libéria	12	76	56	104
Maroc	12	18	12	25
Ouzbékistan	11	14	13	16
Türkiye	11	9	8	11
Venezuela (République bolivarienne du)	11	24	18	33
Papouasie-Nouvelle-Guinée	11	43	29	63

Pays et zones	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers) en 2021	Taux de mortalité de enfants de moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances vivantes) en 2021		
		Médiane	Limite inférieure	Limite supérieure
Colombie	9	13	8	20
République arabe syrienne	9	22	12	31
Guatemala	9	23	16	32
Pérou	8	14	11	18
Tadjikistan	8	31	18	54
Cambodge	8	25	12	51
Congo	8	43	24	77
Fédération de Russie	7	5	5	5
République démocratique populaire lao	7	43	29	61
République dominicaine	7	33	24	44
Bolivie (État plurinational de)	6	25	17	35
Mauritanie	6	40	31	53
Turkménistan	6	41	27	63
Thaïlande	5	8	7	11
République populaire démocratique de Corée	5	15	12	20
Guinée-Bissau	5	74	43	122
Argentine	4	7	7	7
Arabie saoudite	4	7	5	9
Lesotho	4	73	51	108
Kazakhstan	4	10	10	11
Gambie	4	48	37	62
Érythrée	4	38	21	69
Malaisie	4	8	7	8
Guinée équatoriale	4	77	42	137
Équateur	4	12	11	14
Honduras	4	17	13	22
Jordanie	4	15	10	21
Tunisie	3	16	14	19
France	3	4	4	5
Royaume-Uni	3	4	4	4
Ukraine	3	8	8	9
Kirghizistan	3	17	17	18
Allemagne	3	4	3	4
Namibie	3	39	21	76
Gabon	3	40	24	67
Paraguay	3	18	9	38
Azerbaïdjan	2	19	11	32
État de Palestine	2	15	11	21
Botswana	2	35	10	116
Sri Lanka	2	7	5	9
Japon	2	2	2	2
Canada	2	5	5	5
Nicaragua	2	13	11	15
Timor-Leste	2	51	33	76
Pologne	2	4	4	5
Eswatini	2	53	32	86
Chili	1	7	5	8
Djibouti	1	54	30	96
Libye	1	11	6	19
Roumanie	1	6	6	7
El Salvador	1	12	7	21
Comores	1	50	37	67
Australie	1	4	4	4
Espagne	1	3	3	3
Italie	1	3	2	3

CHARGE DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LA MOINS ÉLEVÉE

Pays et zones	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers) en 2021	Taux de mortalité de enfants de moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances vivantes) en 2021		
		Médiane	Limite inférieure	Limite supérieure
Mongolie	1	15	14	16
Panama	1	14	7	28
Oman	1	10	9	11
République de Corée	1	3	3	3
Liban	1	8	7	10
Pays-Bas	1	4	4	4
Émirats arabes unis	1	6	5	7
Israël	1	3	3	4
République de Moldova	1	14	10	20
Cuba	1	5	4	6
Fidji	1	28	25	31
Costa Rica	0	8	7	8
Belgique	0	4	4	5
Géorgie	0	9	8	11
Guyana	0	28	16	48
Koweït	0	9	8	10
Jamaïque	0	12	6	24
Îles Salomon	0	19	12	30
Bulgarie	0	6	6	7
Serbie	0	5	5	6
Arménie	0	11	8	13
Hongrie	0	4	4	5
Suisse	0	4	4	4
Slovaquie	0	6	5	6
Autriche	0	4	3	4
Grèce	0	4	3	4
Nouvelle-Zélande	0	5	4	5
Trinité-et-Tobago	0	16	7	42
Tchéquie	0	3	3	3
Albanie	0	9	9	10
Suède	0	2	2	3
Bhoutan	0	27	16	44
Portugal	0	3	3	3
Bélarus	0	3	2	3
Maurice	0	17	14	20
Danemark	0	4	3	4
Vanuatu	0	23	13	42
Uruguay	0	6	5	6
Suriname	0	17	11	28
Irlande	0	3	3	4
Kiribati	0	48	26	90
Croatie	0	5	4	5
Bosnie-Herzégovine	0	6	4	7
Qatar	0	5	5	6

Pays et zones	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers) en 2021	Taux de mortalité de enfants de moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances vivantes) en 2021		
		Médiane	Limite inférieure	Limite supérieure
Cabo Verde	0	14	10	18
Bahreïn	0	7	6	8
Norvège	0	2	2	2
Macédoine du Nord	0	5	4	7
Finlande	0	2	2	2
Samoa	0	17	12	24
Sao Tomé-et-Principe	0	15	9	27
Lituanie	0	3	3	4
Singapour	0	2	2	3
Belize	0	11	9	14
Brunei Darussalam	0	11	10	14
Lettonie	0	4	3	4
Bahamas	0	13	11	15
Micronésie (États fédérés de)	0	25	11	54
Sainte-Lucie	0	25	21	29
Maldives	0	6	5	7
Slovénie	0	2	2	3
Barbade	0	12	8	18
Chypre	0	3	2	4
Dominique	0	36	31	42
Grenade	0	16	13	20
Estonie	0	2	2	2
Malte	0	6	5	7
Tonga	0	11	6	19
Îles Marshall	0	30	18	51
Seychelles	0	14	11	18
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0	14	10	19
Luxembourg	0	3	2	4
Monténégro	0	2	2	3
Islande	0	3	2	3
Nauru	0	28	14	53
Saint-Kitts-et-Nevis	0	15	10	22
Antigua-et-Barbuda	0	6	4	10
Tuvalu	0	21	12	37
Palaos	0	16	8	34
Andorre	0	3	1	10
Îles Cook	0	7	4	13
Îles Turques-et-Caïques	0	4	3	8
Îles Vierges britanniques	0	10	5	23
Anguilla	0	4	2	9
Monaco	0	3	2	5
Niue	0	24	10	57
Montserrat	0	5	2	14
Saint-Marin	0	2	1	4

Chypre : Certains indicateurs du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile sont calculés à l'aide du nombre d'habitants et du nombre de naissances vivantes figurant dans les *Perspectives de la population mondiale, révision de 2022*. Les chiffres relatifs à Chypre font référence à l'ensemble du pays. Cependant, les données sous-jacentes envoyées par l'Unité de surveillance de la santé du Ministère chypriote de la santé couvrent uniquement la zone contrôlée par le Gouvernement. Cependant, selon Eurostat, le pays comptait 904 705 habitants au 1er janvier 2022 (<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00001>).

Kosovo : Toutes les références au Kosovo dans les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile s'entendent au sens de la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies (1999).

Mozambique : Les estimations d'ONUSIDA pour le Mozambique n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

Nicaragua : Les estimations du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile ne correspondent pas aux statistiques officielles du Nicaragua. Les estimations nationales officielles les plus récentes du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans mises à la disposition du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile proviennent du système d'enregistrement des faits d'État civil pour l'année 2020 indiquant un taux de 12,6 décès pour 1 000 naissances vivantes. À la demande du Gouvernement du Nicaragua et conformément aux objectifs du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, le Groupe continuera d'évaluer toutes les sources de données pertinentes pour l'estimation de la mortalité de l'enfant dans le pays.

Ouzbékistan : Les estimations nationales officielles les plus récentes concernant le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en Ouzbékistan proviennent du système d'enregistrement des faits d'État civil pour l'année 2021 indiquant un taux de 12,3 décès pour 1 000 naissances vivantes pour les deux sexes.

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (en milliers) 2021			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (en milliers)	Taux global de fertilité (naissances vivantes par femme)	Espérance de vie à la naissance (en années)			Taux de dépendance économique (%) 2021			Taux de population urbaine (%) 2021	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2021
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2021	Total	Enfants	Personnes âgées		2000-2020	2020-2030 ^A	
Afghanistan	40 099	20 298	6 491	3,3	2,3	1 441	4,6	37	55	62	85	80	4	26	4,1	3,5	-4,6
Afrique du Sud	59 392	19 961	5 813	1,1	0,9	1 177	2,4	56	58	62	53	44	9	68	1,9	1,5	0,2
Albanie	2 855	574	141	-0,5	-0,2	29	1,4	65	75	76	48	24	24	63	1,4	0,8	-3,7
Algérie	44 178	15 526	4 871	1,6	1,2	951	2,9	43	70	76	58	49	10	74	2,6	1,8	-0,4
Allemagne	83 409	13 836	3 971	0,1	-0,1	763	1,5	71	78	81	56	22	35	78	0,3	0,1	3,8
Andorre	79	13	3	0,8	0,4	1	1,1	74	81	80	38	18	20	88	0,5	0,4	17,6
Angola	34 504	17 833	5 983	3,4	2,7	1 339	5,3	40	46	62	91	87	5	67	4,8	3,4	0,8
Anguilla	16	3	1	1,6	0,3	0	1,3	65	76	77	39	24	14	100	1,6	0,3	7,1
Antigua-et-Barbuda	93	21	5	1	0,5	1	1,6	70	75	78	41	27	14	24	-0,3	0,6	0
Arabie saoudite	35 950	11 026	3 187	2,4	1,1	629	2,4	53	72	77	40	37	4	85	2,7	1,3	-4,3
Argentine	45 277	12 669	3 333	0,9	0,5	629	1,9	66	74	75	54	36	18	92	1,1	0,6	0,1
Arménie	2 791	669	183	-0,6	-0,2	34	1,6	64	71	72	50	31	19	63	-0,7	0,2	-4,6
Australie	25 921	5 667	1 537	1,4	0,9	298	1,6	71	80	85	54	28	25	86	1,5	1	4,6
Autriche	8 922	1 542	431	0,5	0,1	85	1,5	70	78	82	51	22	29	59	0,4	0,6	2,3
Azerbaïdjan	10 313	2 896	705	1,1	0,4	127	1,7	59	65	69	44	34	10	57	1,5	1	0,1
Bahamas	408	100	23	1,1	0,5	5	1,4	66	72	72	39	27	12	83	1,1	0,7	1,2
Bahreïn	1 463	348	98	3,5	0,6	18	1,8	64	75	79	31	27	5	90	3,5	0,7	-6,2
Bangladesh	169 356	54 801	14 663	1,2	0,9	3 020	2	43	66	72	48	39	9	39	3,5	2,5	-1
Barbade	281	59	15	0,3	0,1	3	1,6	68	74	78	49	26	23	31	-0,1	0,5	-0,1
Bélarus	9 578	1 901	474	-0,3	-0,4	89	1,5	71	69	72	51	25	25	80	0,3	0	1,4
Belgique	11 611	2 329	599	0,6	0,2	116	1,6	71	78	82	57	26	30	98	0,6	0,3	4,5
Belize	400	136	37	2,4	1,2	7	2	63	69	70	50	42	7	46	2,4	1,7	1,4
Bénin	12 997	6 376	2 137	2,8	2,4	476	5	42	57	60	84	78	6	49	3,9	3,4	0,1
Bhoutan	777	220	51	1,3	0,6	10	1,4	40	62	72	41	32	9	43	3,7	1,8	0,4
Bolivie (État plurinational de)	12 079	4 470	1 272	1,6	1,2	264	2,6	47	62	64	56	49	8	70	2,2	1,7	-0,4
Bosnie-Herzégovine	3 271	588	154	-1,1	-0,6	28	1,3	67	74	75	49	22	27	49	-0,4	0,2	-7,9
Botswana	2 588	1 000	297	1,8	1,4	61	2,8	55	51	61	57	52	6	72	3,2	2,1	0,7
Brésil	214 326	53 465	14 241	0,9	0,4	2 761	1,6	57	70	73	43	29	14	87	1,2	0,7	0,1
Brunei Darussalam	445	119	32	1,3	0,6	6	1,8	64	74	75	39	31	8	79	1,8	1	-0,4
Bulgarie	6 886	1 156	306	-0,7	-0,9	58	1,6	71	72	72	57	22	35	76	-0,3	-0,6	-1,3
Burkina Faso	22 101	11 244	3 568	2,8	2,2	786	4,8	39	51	59	87	83	5	31	5,4	4	-0,6
Burundi	12 551	6 655	2 054	3,1	2,3	438	5,1	43	48	62	95	90	5	14	5,6	4,6	-1,1
Cabo Verde	588	188	50	1,1	0,8	10	1,9	54	69	74	47	39	8	67	2,2	1,4	-2,2
Cambodge	16 589	5 756	1 613	1,4	0,9	321	2,3	39	59	70	53	45	8	25	2,7	2,5	-1,5
Cameroun	27 199	13 339	4 346	2,7	2,3	951	4,5	48	53	60	82	77	5	58	3,8	3,1	-0,4
Canada	38 155	7 215	1 901	1	0,7	374	1,5	73	79	83	52	24	28	82	1,1	0,9	5,1
Chili	19 493	4 313	1 151	1,1	0,3	229	1,5	62	77	79	45	27	18	88	1,2	0,4	5,9
Chine	1 425 893	300 092	74 790	0,6	-0,1	10 882	1,2	57	72	78	45	26	19	63	3,1	1,2	-0,1
Chypre	1 244	236	67	1,3	0,5	13	1,3	69	77	81	44	23	21	67	1,1	0,7	1,6
Colombie	51 517	13 536	3 670	1,2	0,6	730	1,7	62	71	73	44	31	13	82	1,7	0,9	4,1
Comores	822	363	114	1,9	1,6	24	4	45	59	63	74	67	7	30	2,2	2,5	-2,2
Congo	5 836	2 786	847	2,9	2	179	4,2	54	54	64	79	74	5	68	3,5	2,6	-0,8
Costa Rica	5 154	1 278	329	1,2	0,5	61	1,5	65	78	77	45	30	15	81	2,7	1,1	0,4
Côte d'Ivoire	27 478	13 379	4 202	2,2	2,2	933	4,4	44	51	59	79	75	4	52	3,1	3,1	-0,8
Croatie	4 060	691	180	-0,5	-0,6	35	1,5	69	75	78	57	22	34	58	-0,1	0	-2,6
Cuba	11 256	2 142	553	0,1	-0,2	100	1,4	68	76	74	46	23	23	77	0,2	-0,1	-0,6
Danemark	5 854	1 152	310	0,4	0,4	63	1,7	73	77	81	57	25	32	88	0,6	0,6	3,9
Djibouti	1 106	409	116	1,8	1,2	25	2,8	48	57	62	54	48	7	78	1,9	1,4	0,7
Dominique	72	18	5	0,2	0,4	1	1,6	65	73	73	41	28	13	71	0,7	0,8	0,8
Égypte	109 262	41 988	12 368	1,9	1,4	2 465	2,9	50	68	70	61	53	8	43	1,9	1,8	-0,3
El Salvador	6 314	1 967	508	0,3	0,4	101	1,8	51	70	71	51	39	12	74	1,3	1,1	-4,3
Émirats arabes unis	9 365	1 599	482	5	0,7	97	1,5	60	74	79	20	18	2	87	5,4	0,9	-0,3
Équateur	17 798	5 584	1 492	1,6	0,9	299	2	57	73	74	51	39	12	64	1,9	1,3	2
Érythrée	3 620	1 712	486	1,9	1,7	104	3,9	41	56	67	78	71	7	42	4	3	-4,1
Espagne	47 487	8 198	1 897	0,7	-0,1	358	1,3	72	79	83	52	21	30	81	1	0,2	5,8
Estonie	1 329	260	71	-0,2	-0,3	14	1,7	70	71	77	58	26	32	69	-0,2	0	2,3
Eswatini	1 192	493	140	0,6	0,9	29	2,8	51	47	57	64	57	7	24	0,9	1,8	-4,1
État de Palestine	5 133	2 339	712	2,2	2	145	3,5	55	70	73	74	68	6	77	2,5	2,4	-2,4
États-Unis	336 998	74 735	19 164	0,8	0,4	3 723	1,7	71	77	77	54	28	26	83	1	0,7	1,7
Éthiopie	120 283	56 315	17 798	2,7	2,2	3 896	4,2	43	51	65	76	70	6	22	4,5	4,1	0
Fédération de Russie	145 103	30 178	7 890	0	-0,3	1 397	1,5	68	65	69	50	27	23	75	0,1	0	2,2
Fidji	925	316	90	0,5	0,6	18	2,5	62	66	67	53	44	9	58	1,3	1,3	-6,5
Finlande	5 536	1 036	244	0,3	0,1	47	1,4	70	78	82	62	25	37	86	0,5	0,2	2,7

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (en milliers) 2021			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (en milliers)	Taux global de fertilité (naissances vivantes par femme)	Espérance de vie à la naissance (en années)			Taux de dépendance économique (%) 2021			Taux de population urbaine (%) 2021	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2021
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2021	Total	Enfants	Personnes âgées		2000-2020	2020-2030 ^A	
France	64 531	13 568	3 408	0,5	0,1	677	1,8	72	79	82	63	28	35	81	0,8	0,4	0,3
Gabon	2 341	985	307	2,8	1,7	64	3,5	53	61	66	68	61	7	90	3,4	2	0,6
Gambie	2 640	1 331	412	2,8	2,2	88	4,7	40	57	62	85	80	5	63	4,1	3	-0,7
Géorgie	3 758	920	261	-0,6	-0,3	50	2,1	64	70	72	55	33	23	60	0	0,4	-0,7
Ghana	32 833	14 291	4 306	2,3	1,7	905	3,6	48	58	64	69	63	6	58	3,6	2,6	-0,3
Grèce	10 445	1 794	433	-0,2	-0,4	79	1,4	73	78	80	58	22	35	80	0,2	-0,1	-1,4
Grenade	125	35	10	0,7	0,5	2	2	66	73	75	51	36	15	37	0,8	1	-0,7
Guatemala	17 608	6 930	1 927	1,9	1,3	372	2,4	49	67	69	61	53	8	52	2,5	2,1	-1,7
Guinée	13 532	6 562	2 097	2,2	2,1	466	4,4	39	52	59	82	76	6	37	3	3,1	-0,3
Guinée équatoriale	1 634	722	230	4	2	50	4,3	30	53	61	72	67	5	74	5,9	2,5	4
Guinée-Bissau	2 061	975	295	2,3	1,9	64	4	38	50	60	77	72	5	45	3,3	2,7	-0,7
Guyana	805	275	79	0,2	0,6	16	2,4	60	64	66	54	44	9	27	-0,1	1,1	-5,4
Haïti	11 448	4 397	1 277	1,4	1,1	269	2,8	47	58	63	58	51	7	58	3,7	2,2	-2,9
Honduras	10 278	3 784	1 056	2	1,3	217	2,4	54	69	70	53	47	6	59	3,2	2,2	-0,6
Hongrie	9 710	1 707	468	-0,2	-0,1	92	1,6	69	72	75	54	22	31	72	0,3	0,3	2
Îles Cook	17	5	1	0,3	0,1	0	2,2	64	70	75	54	36	17	76	1	0,4	-9,4
Îles Marshall	42	16	4	-1,1	0,3	1	2,7	59	63	65	60	53	7	78	-0,5	0,6	-44,2
Îles Salomon	708	323	101	2,3	1,9	21	4	56	67	70	75	69	6	25	4,4	3,5	-1,1
Îles Turques-et-Caïques	45	9	3	4,1	0,8	1	1,7	56	74	75	37	23	14	94	4,6	1	15,2
Îles Vierges britanniques	31	6	1	2	0,6	0	1	67	74	74	33	20	13	49	2,8	1,4	4,1
Inde	1 407 564	438 164	115 307	1,3	0,7	23 114	2	48	63	67	48	38	10	35	2,4	2	-0,2
Indonésie	273 753	83 188	22 414	1,1	0,7	4 496	2,2	53	66	68	48	38	10	57	2,6	1,6	-0,1
Iran (République islamique d')	87 923	24 425	6 896	1,4	0,6	1 204	1,7	50	70	74	45	35	11	76	2,2	1,1	0,3
Iraq	43 534	19 352	5 691	2,6	2	1 192	3,5	60	67	70	71	65	6	71	2,8	2,3	-1,4
Irlande	4 987	1 189	305	1,3	0,6	59	1,8	71	77	82	53	31	23	64	1,6	1	3,1
Islande	370	83	22	1,3	0,6	5	1,7	74	80	83	50	28	22	94	1,3	0,6	1,7
Israël	8 900	2 930	890	1,7	1,3	174	3	71	79	82	67	47	20	93	1,8	1,4	1,9
Italie	59 240	9 203	2 161	0,2	-0,3	410	1,3	72	80	83	57	20	37	71	0,5	0,1	0,5
Jamaïque	2 828	712	169	0,4	-0,1	33	1,4	67	71	71	38	28	10	57	0,8	0,6	-2
Japon	124 613	17 962	4 286	-0,1	-0,5	819	1,3	72	81	85	71	20	51	92	0,7	-0,4	0,7
Jordanie	11 148	4 289	1 195	3,7	0,8	245	2,8	60	72	74	57	51	6	92	4,4	1	1,3
Kazakhstan	19 196	6 498	2 009	1	1	413	3,1	61	64	69	60	47	13	58	1,2	1,3	-1
Kenya	53 006	24 050	6 913	2,5	1,8	1 468	3,3	54	54	61	70	65	5	28	4,1	3,4	-1
Kirghizistan	6 528	2 574	805	1,3	1,3	158	3	58	65	70	64	56	7	37	1,5	2,3	-2,5
Kiribati	129	53	17	1,7	1,5	4	3,3	55	64	67	66	60	6	56	2,9	2,5	-2,3
Koweït	4 250	1 043	259	3,9	0,4	44	2,1	67	77	79	34	28	6	100	3,9	0,4	-8,6
Lesotho	2 281	916	275	0,6	0,9	60	3	51	48	53	62	55	7	29	2,5	2,4	-0,7
Lettonie	1 874	348	93	-1,1	-1	17	1,6	70	70	74	59	25	34	68	-1,1	-0,8	-3,6
Liban	5 593	1 847	445	1,3	-1,7	84	2,1	67	74	75	59	44	15	89	1,4	-1,5	-20,4
Libéria	5 193	2 492	745	2,7	1,9	163	4,1	41	51	61	80	74	6	53	3,5	2,8	-2,3
Libye	6 735	2 332	614	1,2	1	120	2,5	55	71	72	51	44	7	81	1,5	1,3	-0,1
Liechtenstein	39	7	2	0,8	0,5	0	1,5	65	77	83	50	22	28	14	0,5	1,2	5,9
Lituanie	2 787	499	140	-1,2	-0,9	27	1,6	71	72	74	56	24	32	68	-1,1	-0,5	-4,2
Luxembourg	639	122	33	1,8	0,9	7	1,4	70	78	83	44	23	21	92	2,2	1,1	10,9
Macédoine du Nord	2 103	408	105	0,2	-0,2	20	1,4	64	73	74	45	23	21	59	0,2	0,5	-0,2
Madagascar	28 916	13 292	4 151	2,6	2,1	895	3,9	48	58	64	75	69	6	39	4,3	3,6	0
Malaisie	33 574	9 311	2 572	1,8	0,9	511	1,8	63	73	75	43	33	10	78	2,8	1,4	1,4
Malawi	19 890	10 052	3 034	2,6	2,3	654	3,9	37	45	63	85	80	5	18	3,4	3,9	-0,1
Maldives	521	132	38	2,9	0	7	1,7	45	71	80	36	29	6	41	4,7	0,9	2,3
Mali	21 905	11 904	4 004	3	2,7	913	6	33	51	59	99	94	5	45	5,1	4,1	-1
Malte	527	82	24	1,2	0,5	5	1,2	69	78	84	47	19	28	95	1,3	0,5	20
Maroc	37 077	11 779	3 285	1,2	0,8	651	2,3	49	67	74	52	41	11	64	2	1,5	-1,2
Maurice	1 299	272	66	0,3	0,1	13	1,4	61	72	74	41	23	17	41	0,1	0,3	-0,4
Mauritanie	4 615	2 252	695	2,4	2,4	153	4,4	51	61	64	83	77	6	56	4,2	3,5	-0,3
Mexique	126 705	38 144	9 893	1,2	0,6	1 882	1,8	61	74	70	49	37	12	81	1,6	0,9	-0,4
Micronésie (États fédérés de)	113	42	11	0	0,8	2	2,7	61	70	71	58	48	9	23	0,1	1,6	-5,6
Monaco	37	6	2	0,6	-0,3	0	2,1	73	82	86	95	25	70	100	0,6	-0,3	5,6
Mongolie	3 348	1 220	380	1,4	1,1	72	2,8	53	63	71	58	51	7	69	2,3	1,4	0
Monténégro	628	136	37	0	-0,1	7	1,7	69	74	76	53	28	25	68	0,6	0,3	-0,2
Montserrat	4	1	0	-0,6	-0,4	0	1,6	64	75	76	44	19	25	9	6,4	0,3	-9
Mozambique	32 077	16 168	5 260	2,7	2,5	1 174	4,6	42	49	59	86	81	5	38	3,8	3,8	-0,3
Myanmar	53 798	16 125	4 491	0,8	0,6	920	2,2	51	60	66	46	36	10	31	1,4	1,6	-0,7
Namibie	2 530	1 060	333	1,5	1,4	69	3,3	54	52	59	67	61	7	53	3,8	2,8	-1,7
Nauru	13	6	2	0,8	0,7	0	3,5	60	59	64	70	66	4	100	0,8	0,7	-5,3

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (en milliers) 2021			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (en milliers)	Taux global de fertilité (naissances vivantes par femme)	Espérance de vie à la naissance (en années)			Taux de dépendance économique (%) 2021			Taux de population urbaine (%) 2021	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2021
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2021	Total	Enfants	Personnes âgées		2000-2020	2020-2030 ^A	
Népal	30 035	10 742	2 952	0,8	1,1	610	2	43	63	68	55	46	9	21	2,9	3	9,9
Nicaragua	6 851	2 451	698	1,3	1,2	141	2,3	55	67	74	54	46	8	59	1,6	1,7	-1,5
Niger	25 253	14 056	4 972	3,5	3,4	1 144	6,8	36	49	62	105	100	5	17	3,6	4,4	-0,2
Nigéria	213 401	106 611	34 831	2,5	2,1	7 923	5,2	40	47	53	86	81	6	53	4,4	3,3	-0,4
Niue	2	1	0	-0,3	0	0	2,4	64	67	71	70	45	25	47	1,3	1,2	-2
Norvège	5 403	1 108	280	0,9	0,6	54	1,5	74	79	83	54	26	28	83	1,3	0,9	2
Nouvelle-Zélande	5 130	1 159	310	1,3	0,7	64	1,8	71	79	82	53	29	24	87	1,3	0,9	7,5
Oman	4 520	1 369	443	3,2	1	83	2,6	48	73	73	42	38	4	87	4	1,6	-4,6
Ouganda	45 854	24 092	7 690	2,9	2,5	1 687	4,6	50	48	63	88	85	3	26	5,4	4,5	0,9
Ouzbékistan	34 081	11 809	3 847	1,4	1,2	803	2,9	61	66	71	54	46	8	50	1,8	1,5	-1,2
Pakistan	231 402	100 538	29 604	1,8	1,7	6 375	3,5	55	62	66	70	63	7	37	2,4	2,5	-2
Palaos	18	5	1	-0,4	0	0	2,4	56	66	66	44	30	14	81	0,2	0,4	0,2
Panama	4 351	1 366	385	1,7	1,1	77	2,3	65	74	76	54	41	13	69	2,2	1,6	1,3
Papouasie-Nouvelle-Guinée	9 949	4 057	1 207	2,7	1,6	254	3,2	52	62	65	60	55	5	13	2,8	2,8	1,1
Paraguay	6 704	2 305	682	1,2	1	138	2,5	63	70	70	54	45	10	62	1,8	1,5	-1,2
Pays-Bas	17 502	3 309	866	0,4	0,3	180	1,6	74	78	82	55	24	31	93	1,3	0,5	3,3
Pérou	33 715	10 639	2 917	1,1	0,9	594	2,2	47	70	72	53	40	13	79	1,4	1,1	2
Philippines	113 880	41 441	11 923	1,7	1,3	2 485	2,7	62	69	69	56	48	8	48	1,9	2	-0,7
Pologne	38 308	6 982	1 908	0	0,1	363	1,5	70	74	76	52	23	29	60	-0,1	0,3	-0,1
Portugal	10 290	1 690	433	0	-0,2	80	1,4	67	77	81	56	21	35	67	0,9	0,5	2,7
Qatar	2 688	475	145	6,9	0,3	27	1,8	67	75	79	21	19	2	99	7,1	0,3	-11,4
République arabe syrienne	21 324	8 679	1 892	1,2	3,3	427	2,7	61	71	72	60	53	7	56	1,5	4,3	10
République centrafricaine	5 457	3 045	985	1,7	2,6	235	6	45	45	54	103	98	5	43	2,2	3,7	-15,6
République de Corée	51 830	7 517	1 651	0,5	-0,1	289	0,9	62	76	84	40	17	23	81	0,6	0	0,8
République de Moldova	3 062	709	202	-1,5	0,3	38	1,8	64	66	69	50	30	20	43	-1,7	0,8	-4,7
République démocratique du Congo	95 894	50 791	17 698	3,1	2,9	4 035	6,2	43	52	59	98	92	6	46	4,3	4	-0,7
République démocratique populaire lao	7 425	2 739	790	1,4	1,2	163	2,5	44	58	68	55	48	7	37	3,8	2,7	-1,4
République dominicaine	11 118	3 626	1 015	1,2	0,8	205	2,3	56	69	73	53	42	11	83	2,6	1,3	-1,3
République populaire démocratique de Corée	25 972	5 940	1 700	0,5	0,2	344	1,8	61	61	73	43	27	16	63	0,7	0,7	-0,1
République-Unie de Tanzanie	63 588	32 079	10 537	2,8	2,6	2 303	4,7	46	52	66	88	82	6	36	4,9	4,3	-0,1
Roumanie	19 329	3 722	1 029	-0,6	-0,2	195	1,7	68	71	74	54	25	29	54	-0,5	0,2	-0,7
Royaume-Uni	67 281	14 169	3 652	0,6	0,3	677	1,6	72	78	81	58	28	30	84	0,9	0,5	3
Rwanda	13 462	6 162	1 889	2,3	2	404	3,8	47	47	66	73	67	5	18	3	3,1	-0,5
Sainte-Lucie	180	40	10	0,6	0,2	2	1,4	64	71	71	38	25	13	19	-1,3	0,9	0
Saint-Kitts-et-Nevis	48	11	3	0,2	0,1	1	1,5	61	70	72	42	28	14	31	-0,1	0,6	-1,9
Saint-Marin	34	5	1	1,1	-0,1	0	1,1	74	80	81	50	20	30	98	1,3	-0,1	1,2
Saint-Siège	1	-	-	-1,1	0,7	0	1	71	79	82	-	-	-	-	-	-	0
Saint-Vincent-et-les Grenadines	104	27	7	-0,4	0	1	1,8	69	71	70	49	33	16	53	0,4	0,7	-3,6
Samoa	219	96	29	0,7	1,3	6	3,9	60	71	73	75	66	9	18	-0,2	1	-4
Sao Tomé-et-Principe	223	105	30	2	1,7	6	3,8	57	62	68	78	71	7	75	3,6	2,4	-3,5
Sénégal	16 877	8 168	2 571	2,5	2,3	550	4,4	41	57	67	82	76	6	49	3,4	3,2	-0,6
Serbie	7 297	1 253	345	-0,4	-0,7	68	1,5	66	71	74	54	22	32	57	0	-0,2	0
Seychelles	106	29	9	1,3	0,5	2	2,3	58	70	71	45	34	11	58	1,9	1,1	1,4
Sierra Leone	8 421	3 880	1 188	2,8	1,9	264	4	39	45	60	74	69	5	43	3,7	2,8	-0,2
Singapour	5 941	860	246	1,8	0,5	42	1	69	79	83	35	16	19	100	1,8	0,5	3,3
Slovaquie	5 448	1 026	289	0,1	0,2	54	1,6	70	73	75	49	24	26	54	-0,1	0,5	0,3
Slovénie	2 119	380	101	0,3	-0,1	19	1,6	68	76	81	55	24	32	55	0,7	0,5	2,2
Somalie	17 066	9 212	3 200	3	2,7	744	6,3	46	51	55	99	94	5	47	4,6	3,8	-1
Soudan	45 657	21 570	7 084	2,5	2,3	1 534	4,5	46	58	65	80	74	6	36	2,9	3,3	-0,3
Soudan du Sud	10 748	5 621	1 486	2,6	1,5	313	4,5	26	46	55	91	85	5	21	3,6	3,2	-3
Sri Lanka	21 773	6 120	1 562	0,7	0,2	306	2	65	70	76	52	35	17	19	0,8	1,3	-4,2
Suède	10 467	2 215	595	0,7	0,5	113	1,7	75	80	83	61	28	32	88	1	0,8	7,7
Suisse	8 691	1 560	436	0,9	0,5	87	1,5	73	80	84	52	23	29	74	0,9	0,7	2,8
Suriname	613	195	54	1,1	0,8	11	2,3	60	66	70	51	40	11	66	1,1	1	-0,8
Tadjikistan	9 750	4 093	1 269	2	1,6	261	3,2	57	63	72	66	60	6	28	2,2	2,7	-0,4
Tchad	17 180	9 343	3 218	3,3	2,7	745	6,3	41	47	53	99	95	4	24	3,7	4	0,5
Tchéquie	10 511	1 983	551	0,1	0	104	1,7	69	75	78	57	25	32	74	0,1	0,2	0,3
Thaïlande	71 601	13 764	3 379	0,6	0,1	644	1,3	58	72	79	43	23	21	52	2,9	1,2	0
Timor-Leste	1 321	562	157	1,9	1,3	33	3,1	37	59	68	68	59	9	32	3,1	2,3	-1,5
Togo	8 645	4 035	1 270	2,5	2	275	4,3	46	55	62	77	71	5	43	3,7	3,2	-0,1
Tokélaou	2	1	0	0,4	1	0	2,7	62	72	75	60	47	13	0	-	-	0

TABLEAU 1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Pays et zones	Population (en milliers) 2021			Taux annuel de croissance démographique (%)		Nombre annuel de naissances (en milliers)	Taux global de fertilité (naissances vivantes par femme)	Espérance de vie à la naissance (en années)			Taux de dépendance économique (%) 2021			Taux de population urbaine (%) 2021	Taux annuel de croissance de la population urbaine (%)		Taux net de migration (pour 1 000 habitants) 2021
	Total	Moins de 18 ans	Moins de 5 ans	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2021	Total	Enfants	Personnes âgées		2000-2020	2020-2030 ^A	
	Tonga	106	44	12	0,1	0,7	2	3,2	63	69	71	69	59	10	23	0,1	1
Trinité-et-Tobago	1 526	353	92	0,6	0,2	18	1,6	65	69	73	44	28	16	53	0,4	0,4	1,7
Tunisie	12 263	3 574	1 035	1	0,7	197	2,1	54	74	74	51	38	13	70	1,4	1,1	-0,7
Türkiye	84 775	23 673	6 610	1,3	0,5	1 245	1,9	57	72	76	47	34	12	77	2,1	1	-0,8
Turkménistan	6 342	2 282	688	1,5	1,1	137	2,7	58	65	69	57	49	8	53	2,1	2	-0,7
Tuvalu	11	4	1	0,7	0,7	0	3,2	55	63	65	61	51	10	65	2,2	1,5	-1,3
Ukraine	43 531	7 898	1 798	-0,5	-1,2	336	1,3	69	68	72	48	23	26	70	-0,3	-1	0
Uruguay	3 426	811	195	0,2	0	36	1,5	69	75	75	54	30	24	96	0,4	0,1	-0,4
Vanuatu	319	145	45	2,3	2,1	9	3,7	55	69	70	76	70	7	26	3,1	2,7	-0,6
Venezuela (République bolivarienne du)	28 200	9 560	2 396	0,7	1,1	452	2,2	64	72	71	58	44	13	88	0,8	1,1	-18,5
Viet Nam	97 468	26 183	7 368	1	0,6	1 463	1,9	56	72	74	46	33	13	38	3	2,1	0
Yémen	32 982	15 348	4 714	2,6	1,9	1 009	3,8	41	63	64	74	69	5	39	4,4	3,4	-3,1
Zambie	19 473	9 768	3 073	3,1	2,4	672	4,3	51	45	61	82	79	3	45	4,3	3,5	0,5
Zimbabwe	15 994	7 622	2 300	1,3	1,8	489	3,5	57	45	59	79	73	6	32	1,1	2,4	-1,6

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	1 182 308	575 568	185 103	2,6	2,2	40 950	4,6	44	51	60	82	77	6	42	3,9	3,4	-0,4
Afrique de l'Est et australe	608 005	286 706	90 099	2,5	2,1	19 573	4,1	47	51	63	78	72	6	36	3,6	3,3	-0,2
Afrique de l'Ouest et centrale	574 303	288 861	95 003	2,7	2,3	21 377	5,2	41	50	57	87	82	5	48	4,1	3,4	-0,6
Amérique du Nord	375 153	81 950	21 066	0,8	0,5	4 097	1,6	71	77	78	54	28	26	83	1	0,7	2
Amérique latine et Caraïbes	651 297	185 463	49 512	1,1	0,6	9 662	1,9	58	71	72	48	35	13	81	1,4	0,9	-0,4
Asie de l'Est et Pacifique	2 351 075	544 718	141 163	0,7	0,2	24 171	1,5	57	72	76	47	28	18	61	2,5	1,1	0
Asie du Sud	1 901 529	631 014	170 669	1,4	0,9	34 882	2,2	48	63	67	51	42	10	35	2,5	2,2	-0,5
Europe et Asie centrale	921 948	196 265	52 835	0,3	0,1	10 098	1,7	68	72	76	54	28	26	73	0,6	0,4	1,4
Europe de l'Est et Asie centrale	425 237	104 630	29 039	0,3	0,1	5 528	1,9	64	67	71	51	32	19	67	0,6	0,4	0,2
Europe de l'Ouest	496 711	91 635	23 795	0,3	0	4 570	1,5	71	78	81	56	24	32	77	0,6	0,3	2,4
Moyen-Orient et Afrique du Nord	484 290	170 267	49 223	1,9	1,3	9 763	2,7	51	69	73	55	47	8	66	2,5	1,6	-0,8
Pays les moins avancés	1 099 569	500 147	157 433	2,3	2,0	34 449	4,0	43	55	64	74	68	6	35	3,9	3,4	-0,5
Monde	7 909 295	2 392 419	671 477	1,2	0,8	133 975	2,3	56	66	71	54	39	15	57	2,0	1,4	0,0

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

Les données ventilées par sexe sont disponibles dans la révision 2022 des *Perspectives de la population mondiale*, Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2022).

NOTES

- Données non disponibles.

Les valeurs régionales et mondiales se fondent sur un nombre supérieur de pays et de zones que ceux figurant sur cette liste. Par conséquent, la somme des valeurs nationales ne coïncide pas avec les valeurs régionales correspondantes ou la valeur mondiale.

^A Projections de la fécondité établies sur la base de la variante moyenne.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Ensemble des données démographiques – Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2022), Révision 2022 des *Perspectives de la population mondiale*.

Données sur la population urbaine – Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, Division de la population, *Perspectives de l'urbanisation mondiale*, révision de 2018. Ajustées sur la base de la révision de 2022 des *Perspectives de la population mondiale*.

Dernière mise à jour – Décembre 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population (en milliers) – Population totale

Taux annuel de croissance démographique – Taux moyen de croissance exponentielle de la population sur un an. Ce taux est calculé selon la formule $\ln(P_t/P_0)/T$, P_0 étant la population au début de la période de temps, P_t étant la population à la fin de la période de temps, et T étant la durée de la période. Il est exprimé en pourcentage.

Nombre annuel de naissances – Nombre annuel de naissances pour l'année de référence. Les données sont présentées en milliers.

Taux global de fécondité – Nombre moyen de naissances vivantes qu'aurait connu à la fin de leurs années de procréation une cohorte hypothétique de femmes qui seraient soumises, tout au long de leur vie, au taux de fécondité d'une période donnée et qui vivraient jusqu'à la fin de leurs années de procréation. Il s'exprime en naissances vivantes par femme.

Taux de dépendance économique – Le taux total de dépendance économique correspond à la somme du nombre d'habitants âgés de 0 à 14 ans et d'habitants âgés d'au moins 65 ans rapportée au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le

taux de dépendance économique des enfants correspond au nombre d'habitants âgés de 0 à 14 ans rapporté au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux de dépendance économique des personnes âgées correspond au nombre d'habitants âgés d'au moins 65 ans rapporté au nombre d'habitants âgés de 15 à 64 ans. Tous les taux correspondent au nombre de personnes dépendantes pour 100 personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans).

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 de population urbaine – Population urbaine exprimée en pourcentage de la population totale.

Taux annuel de croissance de la population urbaine – Taux moyen de croissance exponentielle de la population urbaine sur une période donnée, exprimé en pourcentage.

Taux net de migration – Nombre d'immigrants moins le nombre d'émigrants sur une période donnée, divisé par les années-personnes vécues par la population du pays d'accueil sur la période donnée. Il est exprimé en nombre net de migrants pour 1 000 habitants.

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans		Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 2021		Taux de mortalité infantile		Taux de mortalité néonatale			Taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans		Taux de mortalité		Taux annuel de diminution du taux de mortalité	Décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès néonataux	Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans	Mortinaissances
	1990	2000	2021	2000-2021		Garçons	Filles	1990	2021	1990	2000	2021	1990	2021	2000-2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021
Afghanistan	178	129	56	4	59	52	121	43	74	61	34	19	4	35	26	1,5	77 811	49 061	63	4 396	37 980	
Afrique du Sud	62	71	33	3,7	35	30	48	26	22	17	11	7	6	21	16	1,2	38 868	12 979	33	6 240	19 337	
Albanie	41	27	9	5	10	9	35	8	13	12	7	6	2	7	4	2,3	279	209	75	59	128	
Algérie	52	42	22	3	24	21	44	19	24	22	16	9	3	20	10	3,5	21 567	14 888	69	2 475	9 429	
Allemagne	9	5	4	1,9	4	3	7	3	3	3	2	2	1	3	3	0,3	2 723	1 673	61	569	2 115	
Andorre	13	8	3	4,8	3	2	9	3	7	4	1	3	1	4	2	2,3	2	1	50	0	1	
Angola	224	205	69	5,2	75	63	132	47	54	50	27	55	16	28	19	1,8	89 896	35 644	40	15 451	26 351	
Anguilla	17	10	4	4,1	4	4	14	4	9	5	2	3	1	-	-	-	1	0	0	0	-	
Antigua-et-Barbuda	14	16	6	4,4	7	6	11	5	8	10	3	3	2	9	5	2,6	7	4	57	2	6	
Arabie saoudite	44	22	7	5,7	7	7	35	6	22	12	3	8	2	9	4	3,3	4 350	2 060	47	1 018	2 680	
Argentine	29	20	7	5	8	6	25	6	15	11	5	3	1	8	4	2,8	4 410	3 232	73	1 064	2 719	
Arménie	49	31	11	5	12	10	42	10	23	16	6	3	2	20	11	3	372	190	51	74	369	
Australie	9	6	4	2,4	4	3	8	3	5	4	2	2	1	4	2	2,1	1 111	706	64	239	714	
Autriche	10	6	4	1,9	4	3	8	3	5	3	2	2	1	3	2	0,7	308	198	64	64	207	
Azerbaïdjan	95	75	19	6,6	20	17	76	17	31	34	10	6	3	19	9	3,7	2 435	1 210	50	553	1 117	
Bahamas	23	16	13	1	14	12	20	11	14	8	7	4	2	12	11	0,4	61	33	54	13	53	
Bahreïn	23	12	7	2,8	7	7	20	6	15	5	3	4	2	8	6	1,7	128	52	41	36	102	
Bangladesh	146	86	27	5,5	29	25	101	23	66	44	16	24	5	41	21	3,3	82 081	48 319	59	13 637	63 199	
Barbade	18	15	12	1,1	13	11	16	11	12	9	8	3	2	8	8	0,5	36	24	67	5	23	
Bélarus	15	13	3	7,4	3	2	12	2	10	5	1	4	1	5	2	4,1	251	78	31	122	195	
Belgique	10	6	4	1,7	5	4	8	3	5	3	2	2	1	3	3	0,7	476	283	59	102	342	
Belize	38	24	11	3,6	12	10	31	10	19	12	7	5	3	10	7	1,9	80	53	66	21	50	
Bénin	173	137	84	2,3	89	77	104	55	45	39	29	42	19	28	20	1,6	38 680	13 907	36	6 514	9 713	
Bhoutan	127	77	27	5,1	29	24	89	22	42	32	15	17	7	17	9	3	263	144	55	95	88	
Bolivie (État plurinational de)	121	76	25	5,3	27	22	84	20	41	29	13	12	4	16	9	2,7	6 484	3 477	54	988	2 333	
Bosnie-Herzégovine	18	10	6	2,7	6	5	16	5	11	7	4	3	1	4	3	2	159	113	71	40	74	
Botswana	45	74	35	3,6	38	31	34	28	18	8	18	19	7	11	15	-1,5	2 131	1 098	52	383	912	
Brésil	63	35	14	4,2	16	13	53	13	26	19	8	4	2	10	7	1,8	40 107	23 391	58	6 566	19 411	
Brunei Darussalam	13	10	11	-0,5	12	10	10	10	6	5	6	4	2	5	5	0,2	72	38	53	13	30	
Bulgarie	18	17	6	4,8	7	6	15	5	8	8	3	4	2	8	5	1,6	377	175	46	106	317	
Burkina Faso	199	179	83	3,7	87	78	99	52	46	41	25	38	17	29	20	1,7	63 466	19 832	31	10 688	16 351	
Burundi	170	155	53	5,1	57	48	103	38	39	37	20	59	19	29	18	2,2	22 715	8 943	39	7 263	8 130	
Cabo Verde	60	38	14	4,9	15	12	47	12	20	19	8	6	2	15	9	2,2	136	84	62	20	92	
Cambodge	116	106	25	6,9	28	22	85	21	40	35	13	32	4	25	11	3,7	8 013	4 119	51	1 431	3 705	
Cameroun	136	144	70	3,5	75	64	85	47	40	35	26	32	21	24	19	1,1	64 977	24 360	37	15 529	18 288	
Canada	8	6	5	1	5	5	7	4	4	4	3	2	1	3	3	0,7	1 873	1 274	68	368	1 041	
Chili	19	11	7	2,4	7	6	16	6	9	6	4	3	1	4	3	2,2	1 492	981	66	308	609	
Chine	54	37	7	7,9	7	7	43	5	30	21	3	7	2	15	5	5,3	88 271	34 850	39	31 781	53 551	
Chypre	11	7	3	4,1	3	3	10	2	6	4	2	2	1	4	3	2,5	36	21	58	15	33	
Colombie	36	25	13	3,2	14	11	29	11	18	14	7	5	2	9	7	1,2	9 382	5 106	54	1 748	5 255	
Comores	126	96	50	3,2	52	47	89	39	50	40	26	16	5	30	24	0,9	1 192	622	52	109	600	
Congo	91	114	43	4,6	47	39	60	32	27	30	18	31	7	21	16	1,4	7 604	3 297	43	1 050	2 868	
Costa Rica	17	13	8	2,6	8	7	14	6	9	8	5	3	2	5	4	0,8	479	328	68	121	260	
Côte d'Ivoire	153	143	75	3,1	83	67	104	56	49	46	32	28	24	30	22	1,4	68 056	30 095	44	17 524	21 042	
Croatie	13	8	5	2,8	5	4	11	4	8	6	3	3	1	5	3	2,5	165	97	59	50	105	
Cuba	14	9	5	2,7	5	4	11	4	7	4	2	4	2	11	7	2,2	526	239	45	222	703	
Danemark	9	6	4	2,2	4	3	7	3	4	3	2	2	1	3	2	2,4	222	156	70	41	121	
Djibouti	118	101	54	2,9	59	49	92	46	49	44	30	26	12	36	27	1,4	1 316	725	55	279	674	
Dominique	16	17	36	-3,6	39	33	13	32	10	13	28	4	3	11	15	-1,5	34	27	79	3	15	
Égypte	86	47	19	4,3	20	18	63	16	33	22	10	11	4	17	9	3	46 892	24 704	53	9 740	22 876	
El Salvador	60	33	12	4,7	14	11	46	11	23	15	6	6	4	20	9	3,9	1 268	618	49	422	906	
Émirats arabes unis	17	11	6	2,7	7	6	14	5	8	6	3	4	2	8	5	2,8	618	337	55	148	454	
Équateur	54	30	12	4,1	14	11	42	11	22	14	7	7	2	16	9	2,7	3 722	1 989	53	755	2 670	
Érythrée	153	85	38	3,8	43	33	94	29	35	27	17	41	7	21	16	1,4	3 892	1 799	46	674	1 704	
Espagne	9	5	3	2,7	3	3	7	3	5	3	2	1	3	2	2	2	1 089	637	58	322	776	
Estonie	18	11	2	8,1	2	2	14	2	10	5	1	5	1	5	2	4,1	28	12	43	15	26	
Eswatini	68	112	53	3,6	57	48	52	41	23	29	23	11	11	16	14	0,6	1 526	670	44	314	416	
État de Palestine	45	30	15	3,4	16	13	36	13	23	17	9	5	3	14	9	1,8	2 147	1 350	63	449	1 377	
États-Unis	11	8	6	1,4	7	6	9	5	6	5	3	2	1	3	3	0,9	23 162	12 169	53	5 703	10 196	
Éthiopie	201	140	47	5,2	52	41	120	34	59	48	26	74	7	33	21	2,2	177 737	101 951	57	21 616	81 798	
Fédération de Russie	22	19	5	6,4	6	5	17	4	11	9	2	5	2	7	3	3,4	7 347	2 857	39	3 103	4 616	
Fidji	29	23	28	-1	30	25	24	23	13	10	14	12	5	10	9	0,6	501	247	49	88	165	

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 2021		Taux de mortalité infantile		Taux de mortalité néonatale			Taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans		Taux de mortalité		Taux annuel de diminution du taux de mortalité	Décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès néonataux	Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans	Mortinaissances
	1990	2000	2021	2000-2021	Garçons	Filles	1990	2021	1990	2000	2021	1990	2021	2000	2021	2000-2021	2021	2021	2021	2021	2021
Finlande	7	4	2	3,2	2	2	6	2	4	2	1	2	1	3	2	1,5	102	60	59	44	91
France	9	5	4	1	5	4	7	3	4	3	3	2	1	5	3	2,3	2 985	1 713	57	564	2 083
Gabon	92	84	40	3,6	44	36	60	29	31	28	19	18	12	18	14	1,1	2 512	1 203	48	629	908
Gambie	167	114	48	4,1	53	43	81	34	50	40	25	33	10	27	21	1,3	4 138	2 221	54	730	1 887
Géorgie	48	37	9	6,5	11	8	41	8	25	23	5	4	2	16	6	4,9	474	272	57	96	288
Ghana	128	100	44	3,9	48	39	80	33	42	36	23	25	10	28	21	1,3	39 423	20 641	52	8 049	19 787
Grèce	10	6	4	2,6	4	3	9	3	6	4	2	2	1	5	3	1,8	299	178	60	78	245
Grenade	22	15	16	-0,2	17	15	18	14	12	8	10	5	4	9	9	-0,2	32	20	63	8	18
Guatemala	80	52	23	3,9	25	21	60	20	28	21	11	13	3	20	13	1,9	8 704	4 021	46	1 311	5 030
Guinée	233	166	99	2,5	106	91	138	64	62	46	31	43	18	30	23	1,2	44 995	14 486	32	6 529	11 089
Guinée équatoriale	179	156	77	3,4	83	70	121	57	50	46	28	35	15	19	15	1,1	3 768	1 416	38	634	758
Guinée-Bissau	223	174	74	4,1	80	68	132	50	64	55	34	45	13	46	31	1,8	4 693	2 197	47	722	2 064
Guyana	61	47	28	2,5	31	24	47	23	31	27	17	5	5	19	13	1,7	450	276	61	71	217
Haïti	145	104	59	2,7	64	53	100	45	39	30	24	28	12	21	18	0,8	15 748	6 540	42	2 904	4 859
Honduras	58	37	17	3,9	18	15	45	14	22	18	10	9	5	14	8	2,7	3 570	2 059	58	1 012	1 797
Hongrie	17	10	4	4,4	4	4	15	3	11	6	2	3	1	4	4	0,8	369	191	52	88	330
Îles Cook	24	18	7	4,4	7	7	20	6	13	10	4	5	2	10	5	3,4	2	1	50	0	1
Îles Marshall	47	42	30	1,7	33	26	38	25	18	19	14	9	6	14	11	0,9	26	11	42	6	9
Îles Salomon	38	31	19	2,3	20	17	31	16	15	13	8	7	4	12	9	1,4	393	160	41	73	196
Îles Turques-et-Caïques	14	9	4	3,1	5	4	11	4	8	5	2	3	1	-	-	-	2	1	50	0	-
Îles Vierges britanniques	19	16	10	1,9	11	9	17	10	10	8	5	3	2	-	-	-	2	1	50	1	-
Inde	127	92	31	5,2	30	31	89	25	57	45	19	21	4	30	12	4,2	709 366	441 801	62	100 307	286 482
Indonésie	84	52	22	4,1	24	20	62	19	31	23	11	13	5	15	9	2,5	100 012	50 931	51	22 469	41 163
Iran (République islamique d')	57	36	13	5	13	12	45	11	25	19	8	14	3	12	7	2,6	15 806	9 719	61	4 456	8 746
Iraq	54	44	25	2,8	27	22	42	21	26	24	14	11	5	17	12	1,9	28 890	16 772	58	5 673	14 091
Irlande	9	7	3	3,9	3	3	8	3	5	4	2	2	1	5	3	3,2	187	121	65	41	148
Islande	6	4	3	2	3	2	5	2	3	2	1	2	1	3	2	2	12	6	50	3	8
Israël	12	7	3	3,4	4	3	10	3	6	4	2	2	1	4	3	2,1	589	302	51	126	480
Italie	10	6	3	3,6	3	2	8	2	6	3	1	2	1	3	2	1,1	1 081	604	56	333	915
Jamaïque	28	21	12	2,5	14	11	23	11	18	17	10	4	3	18	14	1,2	414	342	83	103	483
Japon	6	5	2	3,2	2	2	5	2	3	2	1	2	1	3	2	2,3	1 930	667	35	758	1 292
Jordanie	36	27	15	2,9	16	13	30	13	20	16	9	5	2	12	9	1,5	3 545	2 087	59	580	2 221
Kazakhstan	52	43	10	6,8	12	9	44	9	23	24	5	6	3	11	8	1,5	4 295	2 081	48	938	3 384
Kenya	102	99	37	4,7	40	34	65	28	27	27	18	16	9	20	19	0,3	54 038	27 040	50	12 259	27 720
Kirghizistan	65	50	17	5	19	15	54	16	24	20	12	6	3	11	6	2,5	2 774	1 881	68	390	1 018
Kiribati	92	68	48	1,6	52	44	67	38	35	28	21	15	9	18	14	1,1	168	73	43	28	50
Koweït	18	13	9	1,8	10	8	15	7	10	7	5	5	2	7	5	1	434	217	50	114	242
Lesotho	84	107	73	1,8	79	66	68	57	39	36	35	16	8	37	27	1,5	4 312	2 100	49	423	1 632
Lettonie	17	14	4	6,4	4	3	13	3	8	7	2	5	1	6	3	2,7	65	35	54	19	58
Liban	32	20	8	4,2	9	8	27	7	20	12	5	6	2	11	6	2,9	724	404	56	216	505
Libéria	264	189	76	4,3	82	70	176	57	60	48	30	32	17	30	23	1,3	12 187	4 866	40	2 377	3 806
Libye	42	28	11	4,6	12	10	36	9	21	15	6	8	3	12	7	2,5	1 306	692	53	357	827
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	15	11	3	5,6	4	3	12	3	8	5	2	4	1	5	3	3	91	51	56	37	69
Luxembourg	9	5	3	2,4	3	2	7	2	4	2	2	2	0	4	4	-0,1	18	11	61	2	24
Macédoine du Nord	37	16	5	5,2	6	5	33	5	17	9	3	3	2	11	4	5	108	69	64	35	77
Madagascar	156	105	66	2,2	71	61	95	45	39	31	24	36	21	20	18	0,5	57 839	21 571	37	15 623	16 743
Malaisie	17	10	8	1,4	8	7	14	6	8	5	4	5	2	5	5	-0,3	3 866	2 153	56	908	2 590
Malawi	245	174	42	6,8	46	37	142	31	51	39	19	38	12	22	16	1,5	26 800	12 608	47	6 771	10 668
Maldives	86	39	6	9	6	5	63	5	39	22	4	9	1	15	5	5,4	44	30	68	11	36
Mali	231	188	97	3,1	102	92	120	62	67	51	33	40	21	32	23	1,5	85 222	30 484	36	13 891	21 858
Malte	11	8	6	1,3	6	5	10	5	8	5	4	1	1	4	3	1,3	27	18	67	4	14
Maroc	81	52	18	5,1	20	16	64	15	37	28	11	9	2	21	13	2,1	11 788	7 239	61	1 626	8 722
Maurice	23	19	17	0,6	18	15	20	15	15	12	11	3	2	13	10	0,9	223	142	64	26	140
Mauritanie	117	99	40	4,2	45	36	71	32	45	39	23	20	8	25	17	1,9	6 070	3 463	57	1 014	2 604
Mexique	45	28	13	3,6	14	12	36	11	22	14	8	5	2	10	7	1,8	25 592	15 274	60	5 372	12 531
Micronésie (États fédérés de)	49	38	25	2,1	28	22	39	21	24	20	13	9	5	14	11	1,2	58	31	53	12	27
Monaco	8	5	3	2,7	3	3	4	1	4	3	2	2	1	3	2	2,8	1	0	0	0	1
Mongolie	107	64	15	7	16	13	77	13	30	23	8	11	3	12	4	4,8	1 074	541	50	222	316
Monténégro	16	14	2	8,7	2	2	15	2	11	8	1	2	1	5	3	2	16	7	44	7	24
Montserrat	17	11	5	3,5	5	5	15	5	9	6	3	3	1	-	-	-	0	0	0	0	-
Mozambique	246	171	70	4,3	74	65	163	51	62	47	28	61	13	25	17	1,8	79 353	32 279	41	11 828	20 723

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 2021		Taux de mortalité infantile		Taux de mortalité néonatale			Taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans		Taux de mortalité		Taux annuel de diminution du taux de mortalité	Décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès néonataux	Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans	Mortinaissances
	1990	2000	2021	2000-2021	Garçons	Filles	1990	2021	1990	2000	2021	1990	2021	2000	2021	2000-2021	2021	2021	2021	2021	2021
Myanmar	115	89	42	3,6	46	38	82	34	48	37	22	29	4	20	15	1,6	38 581	19 939	52	3 763	13 579
Namibie	73	77	39	3,2	43	35	49	29	28	24	19	14	13	18	17	0,2	2 703	1 352	50	756	1 222
Nauru	67	43	28	2,1	30	25	51	23	32	26	18	12	6	14	12	0,9	10	6	60	2	4
Népal	139	79	27	5,1	29	25	96	23	58	39	16	26	5	30	16	3,1	16 392	9 853	60	2 775	9 739
Nicaragua	67	39	13	5,1	15	12	51	11	23	17	7	7	3	15	10	2,1	1 868	1 036	55	447	1 396
Niger	332	229	115	3,3	119	111	134	60	55	44	34	64	33	26	21	0,9	124 291	38 501	31	25 100	25 078
Nigéria	209	182	111	2,4	117	104	124	71	50	46	35	38	20	29	22	1,2	852 298	276 463	32	116 311	182 307
Niue	25	32	24	1,4	27	22	21	20	13	17	13	5	5	13	10	1,2	1	0	0	0	0
Norvège	9	5	2	3,8	2	2	7	2	4	3	1	2	1	4	2	2,7	117	69	59	41	113
Nouvelle-Zélande	11	7	5	2,1	5	4	9	4	4	4	3	2	1	4	3	1,6	297	162	55	67	167
Oman	39	16	10	2,3	11	9	32	9	17	7	5	8	2	8	6	1,4	870	380	44	180	474
Ouganda	183	146	42	5,9	47	37	107	31	40	33	19	29	13	23	15	2	69 025	32 037	46	17 089	25 855
Ouzbékistan	70	61	14	6,9	16	12	58	13	30	28	8	7	3	12	6	3,4	11 404	6 172	54	2 043	4 740
Pakistan	140	108	63	2,5	68	59	107	53	64	57	39	14	8	38	31	1	399 429	251 307	63	42 924	203 374
Palaos	35	28	16	2,7	18	14	30	15	19	15	9	7	4	10	7	1,6	4	2	50	0	2
Panama	31	26	14	3	15	12	26	12	18	15	8	5	3	12	8	2,1	1 067	596	56	232	582
Papouasie-Nouvelle-Guinée	85	71	43	2,4	46	39	62	34	32	30	21	14	8	18	15	0,9	10 765	5 382	50	1 839	3 811
Paraguay	46	34	18	3	20	16	36	16	22	18	10	7	3	17	10	2,4	2 512	1 335	53	332	1 400
Pays-Bas	8	6	4	2	4	4	7	4	5	4	3	2	1	5	2	4	713	482	68	133	402
Pérou	80	38	14	4,7	15	13	57	11	28	16	7	10	2	14	7	3,5	8 333	4 235	51	1 475	3 962
Philippines	57	38	26	1,8	28	23	40	20	19	17	12	8	5	14	10	1,5	63 392	30 500	48	10 575	25 531
Pologne	17	9	4	3,6	5	4	15	4	11	6	3	3	1	4	3	2,4	1 614	1 005	62	376	941
Portugal	15	7	3	4	3	3	12	3	7	3	2	4	1	4	2	2,8	255	137	54	78	180
Qatar	21	12	5	4,1	6	5	18	5	11	7	3	4	1	7	3	4,1	152	88	58	37	73
République arabe syrienne	37	23	22	0,2	24	20	30	18	17	12	11	10	5	12	11	0,4	9 057	4 621	51	2 432	4 615
République centrafricaine	177	166	100	2,4	107	93	115	75	51	43	32	30	23	31	26	0,8	22 387	7 483	33	3 924	6 337
République de Corée	16	8	3	4,6	3	3	13	2	7	3	1	4	1	3	2	2,8	860	400	47	341	505
République de Moldova	33	31	14	3,8	16	13	28	12	19	21	11	5	2	12	7	2,6	552	402	73	98	268
République démocratique du Congo	186	160	79	3,4	85	72	120	62	42	39	26	37	20	32	28	0,6	307 593	106 733	35	54 698	114 852
République démocratique populaire lao	154	107	43	4,4	47	38	106	34	47	38	21	42	7	23	16	1,7	6 939	3 434	49	1 031	2 666
République dominicaine	60	40	33	0,9	36	30	46	27	24	23	23	7	3	15	13	0,8	6 799	4 705	69	641	2 640
République populaire démocratique de Corée	43	60	15	6,5	17	14	33	10	22	27	8	8	3	15	8	2,9	5 297	2 835	54	1 122	2 878
République-Unie de Tanzanie	167	130	47	4,8	51	43	100	34	40	34	20	27	13	26	18	1,7	105 694	46 050	44	22 341	42 873
Roumanie	31	21	6	5,7	7	6	24	5	16	10	3	5	2	6	3	2,7	1 281	632	49	341	665
Royaume-Uni	9	7	4	2,1	5	4	8	4	4	4	3	2	1	4	3	2,4	2 864	1 893	66	585	1 836
Rwanda	150	185	39	7,4	43	36	92	30	41	44	18	62	15	28	17	2,5	15 638	7 070	45	5 184	6 876
Sainte-Lucie	22	18	25	-1,4	27	22	18	22	12	12	13	5	3	14	11	0,9	52	27	52	7	23
Saint-Kitts-et-Nevis	30	24	15	2,3	16	13	25	12	19	17	10	5	3	11	8	1,7	9	6	67	2	5
Saint-Marin	14	6	2	5,6	2	2	12	2	7	3	1	3	1	3	2	2,8	0	0	0	0	0
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	24	22	14	2,3	15	12	20	13	13	13	8	4	5	10	12	-0,7	19	11	58	7	16
Samoa	30	21	17	1,1	18	15	25	14	13	9	7	5	2	9	8	1	99	39	39	13	46
Sao Tomé-et-Principe	109	82	15	8	17	14	69	12	26	22	8	22	3	16	9	2,8	97	48	49	19	56
Sénégal	139	130	39	5,8	42	35	71	29	40	38	21	34	8	26	19	1,4	20 831	11 590	56	3 608	10 713
Serbie	28	13	5	4	6	5	24	5	17	8	4	3	1	5	5	0,4	374	240	64	80	327
Seychelles	16	14	14	0	15	13	14	12	11	9	9	4	2	9	9	-0,3	23	14	61	4	15
Sierra Leone	261	226	105	3,7	111	98	155	78	52	48	31	42	25	33	23	1,7	27 155	8 166	30	5 444	6 254
Singapour	8	4	2	2,9	2	2	6	2	4	2	1	2	1	3	2	2,2	87	32	37	29	79
Slovaquie	15	10	6	2,6	6	5	13	5	9	5	3	3	1	4	3	1,2	312	152	49	69	168
Slovénie	10	5	2	4,4	2	2	9	2	6	3	1	2	1	4	3	1,6	42	24	57	15	49
Somalie	180	173	112	2,1	117	105	109	71	45	45	36	39	25	33	28	0,7	79 723	26 719	34	12 490	21 450
Soudan	132	104	55	3,1	60	50	82	39	43	37	27	26	8	28	22	1,1	82 570	40 883	50	9 027	34 499
Soudan du Sud	251	182	99	2,9	104	94	149	64	64	56	40	54	22	31	26	0,9	31 312	12 408	40	7 502	8 312
Sri Lanka	23	17	7	4,3	7	6	19	6	14	10	4	6	2	11	6	2,7	2 088	1 179	56	527	1 849
Suède	7	4	2	2,4	3	2	6	2	4	2	1	1	1	4	2	2	279	153	55	85	278
Suisse	8	6	4	1,8	4	4	7	3	4	3	3	2	1	3	2	0,6	332	235	71	60	211
Suriname	45	31	17	2,9	19	15	39	15	21	17	11	5	4	14	11	1,2	190	119	63	42	123
Tadjikistan	103	84	31	4,7	35	27	81	28	31	28	14	8	2	14	9	2	8 189	3 540	43	469	2 403
Tchad	212	184	107	2,6	114	100	112	66	52	44	32	49	23	32	25	1,2	76 471	24 070	31	11 491	19 317
Tchéquie	12	5	3	3,3	3	2	10	2	7	3	1	2	1	3	3	0,2	293	150	51	97	285
Thaïlande	37	22	8	4,6	9	7	30	7	21	12	5	6	4	10	5	2,7	5 429	3 035	56	3 357	3 531

TABLEAU 2. MORTALITÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans			Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 2021		Taux de mortalité infantile		Taux de mortalité néonatale			Taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 14 ans		Taux de mortalité		Taux annuel de diminution du taux de mortalité	Décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès néonataux	Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans	Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans	Mortinaissances
	1990	2000	2021	2000-2021	Garçons	Filles	1990	2021	1990	2000	2021	1990	2021	2000	2021	2000-2021	2021	2021	2021	2021	2021
Timor-Leste	176	111	51	3,8	55	46	132	43	57	39	22	26	9	22	14	2	1 653	733	44	290	481
Togo	148	120	63	3,1	68	57	91	43	44	37	24	33	12	27	21	1,3	16 919	6 618	39	2 600	5 872
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	22	17	11	2	12	10	19	10	10	7	5	3	2	8	6	1,3	27	12	44	5	16
Trinité-et-Tobago	30	28	16	2,6	18	15	27	15	20	18	10	4	2	12	9	1,5	294	184	63	44	157
Tunisie	55	30	16	2,9	18	15	43	14	28	18	12	7	3	15	11	1,7	3 281	2 278	69	636	2 097
Türkiye	74	38	9	6,9	10	8	56	8	32	19	5	9	2	11	4	4,7	11 390	5 883	52	2 341	5 280
Turkménistan	79	70	41	2,5	47	35	65	36	27	30	23	7	4	11	9	0,8	5 728	3 217	56	473	1 309
Tuvalu	53	42	21	3,3	23	19	41	18	28	24	10	10	5	15	9	2,4	6	3	50	1	2
Ukraine	19	18	8	3,8	9	7	16	7	12	11	5	4	2	7	5	1,7	2 834	1 622	57	802	1 669
Uruguay	23	17	6	5,1	6	5	20	5	12	8	4	3	1	7	5	2	211	143	68	70	173
Vanuatu	36	29	23	1	25	21	30	20	17	12	10	7	5	12	11	0,5	216	93	43	40	101
Venezuela (République bolivarienne du)	30	22	24	-0,6	26	22	25	21	13	11	15	4	4	10	11	-0,5	11 322	6 779	60	2 006	4 882
Viet Nam	52	30	21	1,8	24	17	37	16	24	15	11	10	3	11	8	1,6	30 455	15 404	51	3 982	11 822
Yémen	126	95	62	2	66	58	89	47	44	37	28	18	7	24	23	0,1	61 914	28 554	46	5 902	24 195
Zambie	182	156	58	4,7	62	53	108	40	37	35	25	27	10	22	14	2,1	37 822	16 492	44	5 558	9 703
Zimbabwe	80	96	50	3,2	54	45	51	36	23	28	25	13	11	23	19	0,8	23 960	12 211	51	4 684	9 711

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	179	151	73	3,5	78	67	107	50	45	40	27	37	15	28	21	1,3	2 904 277	1 107 631	38	492 989	881 965
Afrique de l'Est et australe	163	135	53	4,5	57	48	100	38	43	38	23	37	12	26	19	1,5	1 010 308	455 407	45	183 894	378 064
Afrique de l'Ouest et centrale	197	168	91	2,9	97	85	114	61	48	43	31	37	19	29	23	1,1	1 893 969	652 224	34	309 095	503 901
Amérique du Nord	11	8	6	1,4	7	6	9	5	6	5	3	2	1	3	3	0,9	25 035	13 443	54	6 071	11 237
Amérique latine et Caraïbes	55	33	16	3,5	17	14	44	14	23	16	9	6	3	11	8	1,8	155 279	87 212	56	28 325	75 307
Asie de l'Est et Pacifique	57	39	15	4,7	16	13	44	12	28	20	7	9	3	14	7	3,3	369 615	176 539	48	84 485	169 030
Asie du Sud	130	93	37	4,4	38	36	92	31	59	46	23	20	5	32	17	3	1 287 474	801 694	62	164 672	602 747
Europe et Asie centrale	31	21	8	4,9	8	7	25	7	14	10	4	4	1	7	4	2,6	77 934	41 355	53	16 158	40 443
Europe de l'Est et Asie centrale	47	35	11	5,7	12	10	37	9	20	17	6	6	2	10	5	3,1	60 992	31 086	51	12 277	28 373
Europe de l'Ouest	10	6	4	2,5	4	3	9	3	6	3	2	2	1	4	3	1,8	16 942	10 269	61	3 880	12 070
Moyen-Orient et Afrique du Nord	66	43	22	3,3	24	20	50	18	28	21	12	11	4	16	11	2	214 058	116 744	55	36 201	104 206
Pays les moins avancés	176	136	61	3,8	66	56	109	44	52	42	25	37	13	30	21	1,7	2 051 993	865 498	42	344 903	737 181
Monde	93	76	38	3,3	40	36	65	28	37	31	18	14	6	21	14	2,0	5 033 672	2 344 618	47	828 902	1 884 935

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : 2023.

DÉFINITION DES INDICATEURS

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

Taux annuel de diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans – Diminution annuelle en pourcentage du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) défini de la manière suivante : $TAD=100 \cdot (\ln(TMM5t2/TMM5t1)/(t1-t2))$, où $t1=2000$ et $t2=2021$.

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 vie, exprimée pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité (enfants âgés de 5 à 14 ans) – Probabilité de décéder entre 5 et 14 ans, exprimée pour 1 000 enfants âgés de 5 ans.

Décès d'enfants de moins de 5 ans – Nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Décès néonataux – Nombre de décès survenant au cours des 28 premiers jours de vie.

Décès néonataux exprimés en pourcentage des décès d'enfants de moins de 5 ans – Pourcentage de décès d'enfants de moins de 5 ans survenant au cours des 28 premiers jours de vie.

Décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans – Nombre de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans.

Taux de mortalité – Nombre de bébés nés sans signe de vie à 28 semaines de grossesse ou plus pour 1 000 naissances totales.

Taux annuel de diminution du taux de mortalité – Pourcentage de diminution annuelle du taux de mortalité (TMN) défini de la manière suivante : $TAD=100 \cdot (\ln(TMNt2/TMNt1)/(t1-t2))$, où $t1=2000$ et $t2=2021$.

Mortinaissances – Nombre de mortinaissances.

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Espérance de vie des femmes à la naissance (en années) 2021	Couverture sanitaire universelle 2019	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^R	Soins prénatals (%) 2016-2021 ^R		Soins à l'accouchement (%) 2016-2021 ^R			Examen de santé postnatal (%) 2016-2021 ^R		Mortalité maternelle 2020 ^C		
		Sous-indice de couverture des services en matière de santé procréative, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant		Au moins une consultation	Au moins quatre consultations	Personnel soignant qualifié à la naissance	Accouchements en institution	Césarienne	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle	Risque de décès maternel au cours de la vie (1 sur X)
Afghanistan	65	37	42	65	28	62	63	7	19	37	8 700	620	32
Afrique du Sud	65	67	80	94	76	97	96	26	86	84	1 500	127	300
Albanie	79	62	6	88	78	100	99	31	86	88	2	8	8 700
Algérie	78	75	77 x	95	70	99	99	25	92	88	760	78	410
Allemagne	83	86	-	100 x	99 x	96	99 x	29 x	-	-	34	4	13 000
Andorre	84	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Angola	64	39	30	82	61	50	46	4	21	23	2 900	222	79
Anguilla	80	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	81	72	-	100 x	100 x	99	-	-	-	-	0	21	2 700
Arabie saoudite	79	73	-	97 x	-	99	-	-	-	-	110	16	2 500
Argentine	79	73	-	95	90	99	100	47	98	97	290	45	1 100
Arménie	77	69	40	100	96	100	99	18	98	97	10	27	2 100
Australie	86	87	-	98 x	92 x	99	99 x	31 x	-	-	9	3	19 000
Autriche	84	82	-	-	-	98	99 x	24 x	-	-	4	5	14 000
Azerbaïdjan	73	65	22 x	92 x	96 x	100	96 x	26 x	-	83 x	54	41	1 400
Bahamas	75	70	-	98 x	85 x	99	-	-	-	-	4	77	940
Bahreïn	80	71	-	100 x	100 x	100	98 x	-	-	-	3	16	3 000
Bangladesh	74	51	77	75	37	59	53	36	67	65	3 700	123	390
Barbade	79	74	70 x	93 x	88 x	98	100 x	21 x	98 x	97 x	1	39	1 900
Bélarus	78	74	73 x	100	100	100	100	31	100	99	1	1	65 000
Belgique	84	85	-	-	-	-	-	18 x	-	-	5	5	12 000
Belize	74	67	65	97	93	95	96	34	96	96	9	130	380
Bénin	61	38	28	83	52	78	84	5	64	66	2 500	523	36
Bhoutan	74	62	85 x	98 x	85 x	96	94	12 x	30 x	41 x	6	60	970
Bolivie (État plurinational de)	67	67	50	96	86	81	80	33	-	56	420	161	230
Bosnie-Herzégovine	78	65	22 x	87 x	84 x	100	100 x	14 x	-	-	2	6	13 000
Botswana	64	54	-	94 x	73 x	100	100 x	-	-	-	120	186	180
Brésil	76	75	89 x	97 x	93	99	99	56	-	-	2 000	72	800
Brunei Darussalam	77	77	-	99 x	93 x	100	100 x	-	-	-	3	44	1 300
Bulgarie	76	70	-	-	-	100 x	100	47	-	-	4	7	10 000
Burkina Faso	61	43	53	93 x	47 x	80 x	82 x	4 x	33 x	74 x	2 000	264	77
Burundi	64	44	40	99	49	85	84	4 x	49	51	2 200	494	38
Cabo Verde	79	69	73 x	99	86	97	97	11 x	-	87	4	42	1 100
Cambodge	72	61	57 x	95 x	76 x	89 x	83 x	6 x	79 x	90 x	710	218	170
Cameroun	62	44	45	87	65	69	67	4	60	59	4 100	438	46
Canada	85	89	-	100 x	99 x	98	98 x	26 x	-	-	41	11	6 500
Chili	81	80	-	-	-	100	100 x	50 x	-	-	34	15	3 800
Chine	81	82	97 x	100	93	100	100	41 x	-	-	2 800	23	3 100
Chypre	83	79	-	99 x	-	99	97 x	-	-	-	9	68	1 000
Colombie	76	78	87	97	90	99	97	43	-	-	550	75	780
Comores	66	44	29 x	92 x	49 x	82 x	76 x	10 x	14 x	49 x	52	217	110
Congo	65	40	43 x	94 x	79 x	91 x	92 x	5 x	86 x	80 x	500	282	82
Costa Rica	80	78	81	98	94	99	98	28	97	92	14	22	2 600
Côte d'Ivoire	60	45	44	93	51	74	70	3	83	80	4 400	480	46
Croatie	81	73	-	-	98	100	-	24	-	-	2	5	15 000
Cuba	76	80	87	99	79	100	100	31	100	100	42	39	1 800
Danemark	83	85	-	-	-	95	-	21 x	-	-	3	5	12 000
Djibouti	65	48	-	88 x	23 x	87 x	87 x	11 x	-	-	56	234	160
Dominique	76	-	-	100 x	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	73	70	80 x	90 x	83 x	92 x	87 x	52 x	14 x	82 x	420	17	1 900
El Salvador	75	76	80 x	96 x	90 x	100	98 x	32 x	97 x	94 x	44	43	1 100
Émirats arabes unis	81	78	-	100 x	-	99	100 x	-	-	-	9	9	6 100
Équateur	78	80	79 x	84 x	58 x	97	93 x	46 x	-	-	200	66	740
Érythrée	69	50	21 x	89 x	57 x	34 x	34 x	3 x	-	5 x	330	322	77
Espagne	86	86	-	-	-	100	-	26 x	-	-	12	3	28 000
Estonie	81	78	-	-	97 x	100	99	-	-	-	1	5	11 000
Eswatini	61	58	83 x	99 x	76 x	88 x	88 x	12 x	90 x	88 x	69	240	130
État de Palestine	76	-	61	99	95	100	99	26	92	89	30	20	1 200
États-Unis	80	83	78	-	97 x	99	-	31 x	-	-	770	21	2 700
Éthiopie	68	38	64	74	43	50	48	2	35	34	10 000	267	86
Fédération de Russie	75	75	72 x	-	-	100	99 x	13 x	-	-	200	14	5 300
Fidji	69	61	-	98	89	100	100	20	98	94	7	38	960
Finlande	85	83	-	100 x	-	100	100 x	16 x	-	-	4	8	8 600

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Espérance de vie des femmes à la naissance (en années) 2021	Couverture sanitaire universelle 2019	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^R	Soins prénatals (%) 2016-2021 ^R		Soins à l'accouchement (%) 2016-2021 ^R			Examen de santé postnatal (%) 2016-2021 ^R		Mortalité maternelle 2020 ^C		
		Sous-indice de couverture des services en matière de santé procréative, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant		Au moins une consultation	Au moins quatre consultations	Personnel soignant qualifié à la naissance	Accouchements en institution	Césarienne	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle	Risque de décès maternel au cours de la vie (1 sur X)
France	86	84	96 x	100 x	99 x	98	98 x	21 x	-	-	54	8	7 300
Gabon	69	49	44 x	95 x	78 x	89 x	90 x	10 x	25 x	60 x	140	227	120
Gambie	64	48	40	98	79	84	84	4	83	88	400	458	47
Géorgie	77	65	51	98 x	85	100	99	41	-	-	14	28	1 700
Ghana	66	45	40	97	85	79	78	13	91	85	2 400	263	100
Grèce	83	78	-	-	-	100	-	-	-	-	6	8	9 400
Grenade	78	70	-	100 x	-	100	-	-	-	-	0	21	2 300
Guatemala	73	57	66 x	91 x	86 x	70	65 x	26 x	8 x	78 x	360	96	380
Guinée	60	37	38	81	35	55	53	3	43	49	2 600	553	37
Guinée équatoriale	63	43	21 x	91 x	67 x	68 x	67 x	7 x	-	-	110	212	100
Guinée-Bissau	62	37	60	97	81	54	50	3	57	53	460	725	32
Guyana	69	74	52 x	91 x	87 x	95	93 x	17 x	95 x	93 x	18	112	330
Haïti	66	47	45	91	67	42	39	5	38	31	950	350	94
Honduras	73	63	76 x	96	88	94	92	25	94	92	160	72	510
Hongrie	78	73	-	-	-	100	-	31 x	-	-	14	15	4 800
Îles Cook	79	-	-	100 x	-	100 x	100 x	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	67	-	81 x	81 x	77 x	92	85 x	9 x	-	-	-	-	-
Îles Salomon	72	50	38 x	89 x	69 x	86 x	85 x	6 x	16 x	69 x	26	122	200
Îles Turques-et-Caïques	78	-	-	97	93	100	97	55	99	95	-	-	-
Îles Vierges britanniques	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	69	61	73	85	59	89	89	22	82	61	24 000	103	470
Indonésie	70	59	77	98	77	95	79	17	76	87	7 800	173	280
Iran (République islamique d')	77	77	69 x	97 x	94 x	99 x	95 x	55 x	-	-	270	22	2 600
Iraq	72	55	54	88	68	96	87	33	78	83	900	76	350
Irlande	84	83	-	100 x	-	100	100 x	25 x	-	-	3	5	12 000
Islande	84	87	-	-	-	97	-	17 x	-	-	0	3	18 000
Israël	84	84	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	11 000
Italie	85	83	-	99 x	68 x	100	100 x	40 x	-	-	19	5	21 000
Jamaïque	73	70	83 x	98 x	86 x	100	99	21 x	-	-	33	99	730
Japon	88	85	-	-	-	100	100 x	-	-	-	36	4	22 000
Jordanie	77	60	57	98	92	100	98	26	86	83	100	41	780
Kazakhstan	73	76	73	99 x	95 x	100	99 x	15 x	99 x	98 x	57	13	2 400
Kenya	64	56	74	93	59	70	61 x	9 x	36 x	53 x	7 700	530	52
Kirghizistan	74	70	65	100	94	100	100	8	98	96	81	50	580
Kiribati	69	51	53	89	67	92	86	9	91	86	3	76	390
Koweït	82	70	-	100 x	-	100	99 x	-	-	-	4	7	8 000
Lesotho	56	48	83	91	77	87	89	10 x	82	84	330	566	55
Lettonie	78	72	-	92 x	-	100	98 x	-	-	-	3	18	3 900
Liban	77	72	-	96 x	-	98 x	100 x	-	-	-	18	21	2 300
Libéria	62	42	41	98	87	84	80	5	76	80	1 100	652	35
Libye	74	60	24 x	93 x	-	100 x	100 x	-	-	-	88	72	580
Liechtenstein	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	79	70	-	100 x	-	100	-	-	-	-	2	9	6 700
Luxembourg	85	86	-	-	97 x	100 x	100 x	29 x	-	-	0	6	11 000
Macédoine du Nord	76	68	30	97	96	100	99	38	99	94	1	3	24 000
Madagascar	67	35	66	85	51	46	39	2	78	72	3 500	392	59
Malaisie	77	76	-	97 x	97	100	99 x	21	-	-	110	21	2 300
Malawi	67	48	74	97	51	96	97	8	88	84	2 500	381	60
Maldives	81	69	29	99	82	100	95	40	82	80	4	57	840
Mali	60	42	41	80	43	67	67	3	54	56	3 900	440	37
Malte	86	81	-	100 x	-	100	100 x	31	-	-	0	3	25 000
Maroc	76	73	72	89	54	87	86	21	-	-	470	71	580
Maurice	77	65	41 x	-	-	100	98 x	-	-	-	11	84	860
Mauritanie	66	40	30 x	87 x	63 x	69 x	69 x	5 x	58 x	57 x	700	464	45
Mexique	75	74	80 x	99 x	94 x	97	97 x	41 x	95 x	95 x	1 200	59	820
Micronésie (États fédérés de)	75	48	-	80 x	-	100 x	87 x	11 x	-	-	1	74	490
Monaco	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	76	63	64	99	89	99	98	26	98	94	29	39	820
Monténégro	80	67	33	97	94	99	99	24	96	86	0	6	9 300
Montserrat	77	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	62	47	56 x	94	51	73 x	55 x	4 x	28 x	-	1 500	127	160
Myanmar	69	61	75	81	59	60	37	17	36	71	1 700	179	270
Namibie	63	62	80 x	97 x	63 x	88 x	87 x	14 x	20 x	69 x	150	215	130

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Espérance de vie des femmes à la naissance (en années) 2021	Couverture sanitaire universelle 2019	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^R	Soins prénatals (%) 2016-2021 ^R		Soins à l'accouchement (%) 2016-2021 ^R			Examen de santé postnatal (%) 2016-2021 ^R		Mortalité maternelle 2020 ^C		
		Sous-indice de couverture des services en matière de santé procréative, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant		Au moins une consultation	Au moins quatre consultations	Personnel soignant qualifié à la naissance	Accouchements en institution	Césarienne	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle	Risque de décès maternel au cours de la vie (1 sur X)
Nauru	67	-	43 x	95 x	40 x	97 x	99 x	8 x	-	-	-	-	-
Népal	70	53	62	89	78	77	78	15	69	68	1 100	174	240
Nicaragua	77	70	90 x	95 x	88 x	94	71 x	30 x	-	110	78	470	
Niger	63	37	46	84	37	44	44	1 x	13 x	34	4 900	441	31
Nigéria	53	44	36	67	57	43	39	3	38	42	82 000	1 047	19
Niue	73	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	85	86	-	-	-	99	99 x	16 x	-	-	1	2	43 000
Nouvelle-Zélande	84	86	-	-	-	96	97 x	23 x	-	-	4	7	8 200
Oman	75	69	40 x	99 x	74	100	99 x	19 x	98 x	95 x	15	17	1 900
Ouganda	65	50	55	95	57	74	73	6	56	54	4 700	284	66
Ouzbékistan	73	71	-	99 x	-	100	100	17	-	-	250	30	1 100
Pakistan	69	45	49	91	52	68	70	23	64	69	9 800	154	170
Palaos	71	-	-	90 x	81 x	97	100 x	-	-	-	-	-	-
Panama	80	77	65 x	99 x	88 x	95	96 x	32 x	93 x	92 x	38	50	840
Papouasie-Nouvelle-Guinée	68	33	49	76	49	56	55	3	45	46	490	192	150
Paraguay	73	61	79	99	86	98	93	46	96	94	99	71	510
Pays-Bas	83	86	-	-	-	-	-	14 x	-	-	7	4	13 000
Pérou	75	78	67	98	96	96	95	36	96 x	97	410	69	600
Philippines	72	55	56	94	87	84	78	13	86	86	1 900	78	410
Pologne	80	74	-	-	-	100	100 x	21 x	-	-	7	2	37 000
Portugal	84	84	-	100 x	-	99	99 x	31 x	-	-	10	12	6 100
Qatar	81	74	69 x	91 x	85 x	100	99 x	20 x	-	-	2	8	6 300
République arabe syrienne	75	56	53 x	88 x	64 x	96 x	78 x	26 x	-	-	120	30	1 200
République centrafricaine	56	32	28	52	41	40	58	2	59	57	1 900	835	19
République de Corée	87	87	-	-	97 x	100 x	100 x	32 x	-	-	24	8	18 000
République de Moldova	74	67	64	99 x	95 x	100	99 x	16 x	-	-	5	12	4 700
République démocratique du Congo	62	39	33	82	43	85	82	5	57	50	22 000	547	29
République démocratique populaire lao	70	50	72	78	62	64	65	6	47	47	220	132	280
République dominicaine	76	66	82 x	98	93	99	98	63	94	90	220	107	390
République populaire démocratique de Corée	76	68	90	100	94	100	92	13	99	98	370	107	550
République-Unie de Tanzanie	68	46	55	98	62	64	63	6	43	34	5 400	238	83
Roumanie	78	71	47 x	72	76 x	93	95 x	34 x	-	-	20	10	5 700
Royaume-Uni	83	88	87 x	-	-	-	-	26 x	-	-	67	10	5 800
Rwanda	68	54	63 x	98	47	94	93	13 x	19 x	70	1 000	259	95
Sainte-Lucie	75	72	72 x	97 x	90 x	100	100 x	19 x	100 x	90 x	1	73	790
Saint-Kitts-et-Nevis	75	-	-	100 x	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	72	73	-	100 x	100 x	99	-	-	-	-	1	62	940
Samoa	76	53	39 x	94	70	89	89	8	85	83	4	59	380
Sao Tomé-et-Principe	70	60	58	98	84 x	97	95	10	92	84	9	146	170
Sénégal	69	49	53	98	56	75	80	7	81	80	1 400	261	80
Serbie	77	71	38	99	97	100	100	32	-	-	7	10	7 100
Seychelles	76	70	-	-	-	100	-	-	-	-	0	3	15 000
Sierra Leone	61	39	53	98	79	87	83	4	83	86	1 200	443	52
Singapour	85	86	-	-	-	100	100	-	-	-	3	7	13 000
Slovaquie	78	77	-	97 x	-	98	-	24 x	-	-	3	5	15 000
Slovénie	84	80	-	100 x	-	100 x	100 x	-	-	-	1	5	16 000
Somalie	57	27	-	26 x	6 x	9 x	9 x	-	-	-	4 500	621	25
Soudan	68	44	30 x	79 x	51 x	78 x	28 x	9 x	28 x	27 x	4 100	270	78
Soudan du Sud	57	32	4 x	62 x	17 x	19 x	12 x	1 x	-	-	3 800	1 223	20
Sri Lanka	80	67	74	99	93 x	100	100	32 x	-	99	89	29	1 700
Suède	85	87	87	100 x	-	-	-	-	-	-	5	5	13 000
Suisse	86	87	-	-	-	-	-	30 x	-	-	6	7	7 800
Suriname	74	67	58	85	68	98	93	16	94	91	11	96	430
Tadjikistan	74	66	52	92	64	95	88	5	90	92	44	17	1 600
Tchad	54	28	18	55 x	31 x	39	27	1	27	26	7 800	1 063	15
Tchéquie	81	78	86 x	-	-	100	100 x	20 x	-	-	4	3	17 000
Thaïlande	83	83	88	99	90	99	99	35	-	-	190	29	2 500
Timor-Leste	70	53	46	84	77	57	49	4	31	35	67	204	140
Togo	62	44	40	78	55	69	80	9	80	81	1 100	399	59
Tokélaou	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 3. SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

Pays et zones	Espérance de vie des femmes à la naissance (en années) 2021	Couverture sanitaire universelle 2019	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^a	Soins prénatals (%) 2016-2021 ^a		Soins à l'accouchement (%) 2016-2021 ^a			Examen de santé postnatal (%) 2016-2021 ^a		Mortalité maternelle 2020 ^c		
		Sous-indice de couverture des services en matière de santé procréative, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant		Au moins une consultation	Au moins quatre consultations	Personnel soignant qualifié à la naissance	Accouchements en institution	Césarienne	Pour les nouveau-nés	Pour les mères	Nombre de décès maternels	Taux de mortalité maternelle	Risque de décès maternel au cours de la vie (1 sur X)
Tonga	74	56	50	98	89	98	98	14	98	95	3	126	230
Trinité-et-Tobago	76	73	58 x	95 x	100 x	100	98 x	22 x	96 x	92 x	5	27	2 200
Tunisie	77	70	63	95	84	100	100	43	97	89	74	37	1 300
Türkiye	79	79	60	96	90	97	99	52	68	79	220	17	2 800
Turkménistan	73	73	80	100	98	100	100	8	100	100	7	5	6 300
Tuvalu	69	-	41 x	94	60	100	99	20	97	89	-	-	-
Ukraine	77	73	68 x	99 x	87 x	100 x	99 x	12 x	99 x	96 x	56	17	5 800
Uruguay	79	79	-	97 x	77 x	100	100 x	30 x	-	-	7	19	3 900
Vanuatu	73	52	51 x	76 x	52 x	89 x	89 x	12 x	-	-	8	94	260
Venezuela (République bolivarienne du)	75	70	-	98 x	84 x	99	99 x	52 x	-	-	1 200	259	160
Viet Nam	78	70	70 x	97	88	96	96	34	89	88	1 800	124	390
Yémen	67	44	41 x	60 x	25 x	45 x	30 x	5 x	11 x	20 x	1 900	183	130
Zambie	64	55	66	97	64	80	84	5	72	70	890	135	160
Zimbabwe	62	55	85 x	93	72	86	86	9	91	82	1 700	357	71

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	62	36	53	83	54	62	60	5	52	50	206 000	536	41
Afrique de l'Est et australe	65	47	63	89	56	66	64	6	52	50	59 000	324	71
Afrique de l'Ouest et centrale	58	42	38	78	53	60	58	4	52	51	147 000	724	27
Amérique du Nord	81	84	83	-	-	99	-	-	-	-	810	20	2 900
Amérique latine et Caraïbes	76	74	83	96	90 j	95	94	47	-	84 j	8 400	88	570
Asie de l'Est et Pacifique	80	77	88	97	87	95	89	-	-	-	18 000	74	840
Asie du Sud	69	58	73	85	55	81	81	22	74	62	47 000	138	320
Europe et Asie centrale	80	73	74	-	-	98	-	-	-	-	1 300	13	4 500
Europe de l'Est et Asie centrale	76	74	67	-	-	99	98	32	-	-	1 000	19	2 900
Europe de l'Ouest	84	84	82	-	-	98	-	-	-	-	290	6	11 000
Moyen-Orient et Afrique du Nord	75	69	70	-	-	-	-	-	-	-	5 200	56	660
Pays les moins avancés	66	45	59	84	49	66	62	9	51	50	-	-	-
Monde	74	67	78	88	65	82	78	18	67	62	287 000	223	210

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

ⁱ À l'exclusion du Brésil et du Mexique.

^a Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

^a Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

^c Les estimations de mortalité maternelle proviennent des estimations 2023 du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle. Périodiquement, ce Groupe interorganisations des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population) 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 ».

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Espérance de vie – Division de la population, Organisation des Nations Unies, *Perspectives de la population mondiale 2022*. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Sous-indice de couverture des services sur la santé procréative, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant – OMS, basé sur des EDS, des MICS et d'autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : février 2022.

Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes – Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), basé sur des EDS, des MICS, des enquêtes sur la santé procréative, d'autres enquêtes nationales et les systèmes d'information sanitaire nationaux. Dernière mise à jour : août 2022.

Soins prénatals (au moins une consultation) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Soins prénatals (au moins quatre consultations) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Personnel soignant qualifié à la naissance – base de données commune UNICEF/OMS SAB, fondée sur des EDS, des MICS et d'autres enquêtes nationales sur les ménages ainsi que sur des données administratives nationales. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Accouchements en institution – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Césarienne – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Examen de santé postnatal pour les nouveau-nés et les mères – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Nombre de décès maternels – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population). Dernière mise à jour : février 2023.

Taux de mortalité maternelle – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population). Dernière mise à jour : février 2023.

Risque de décès maternel sur la vie entière – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale et Division de la population). Dernière mise à jour : février 2023.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Espérance de vie à la naissance – Nombre d'années que vivrait une fille nouveau-née si elle était exposée aux risques de mortalité qui prévalent dans son sous-groupe de population au moment de sa naissance.

Sous-indice de couverture des services en vue de la couverture sanitaire universelle portant sur la santé procréative, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant – Couverture moyenne des services essentiels basée sur huit indicateurs traçants en lien avec les interventions dans les domaines de la santé procréative, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant. L'indice correspond à la moyenne pondérée des indicateurs inclus et est rapporté sur une échelle de 0 à 100.

Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes – Pourcentage de filles et de femmes (âgées de 15 à 49 ans) dont le besoin de planification familiale a été satisfait par des méthodes modernes.

Soins prénatals (au moins une consultation) – 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 (généralement un médecin, un infirmier ou une sage-femme).

Soins prénatals (au moins quatre consultations) – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 19 ans et de 15 à 49 ans) qui ont été examinées au moins quatre fois au cours de leur grossesse par un agent de santé.

Personnel soignant qualifié à la naissance – Pourcentage d'accouchements de femmes (âgées de 15 à 19 ans et de 15 à 49 ans) supervisés par un agent de santé qualifié (généralement un médecin, un infirmier ou une 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. Remarque : On prévoit des taux de césarienne compris entre 10 % et 15 % avec des niveaux adéquats de soins obstétricaux d'urgence.

Examen de santé postnatal pour les nouveau-nés – Pourcentage des dernières naissances vivantes au cours des deux dernières années ayant bénéficié d'un examen de santé dans les deux jours suivant l'accouchement. Remarque : Pour les MICS, l'examen de santé désigne un examen médical en institution ou à domicile suivant l'accouchement ou une visite postnatale.

Examen de santé postnatal pour les femmes – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) ayant bénéficié d'un examen de santé dans les deux jours suivant leur plus récent accouchement d'un enfant vivant au cours des deux dernières années. Remarque : Pour les MICS, l'examen de santé désigne un examen médical en institution ou à domicile suivant l'accouchement ou une visite postnatale.

Nombre de décès maternels – Nombre de décès de femmes dus à des causes liées à la grossesse (estimations modélisées).

Taux de mortalité maternelle – Nombre de décès de femmes dus à des causes liées à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période (estimations modélisées).

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 cumulées pendant toutes les années où une femme est en âge de procréer (estimations modélisées).

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions																				
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2021 ^J											2016-2021 ^A									
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^F	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^S	Pneumonie	Diarrhée	Paludisme							
Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)												Traitement par sels de réhydratation orale (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)						
Afghanistan	84	74	66	71	63	44	66	66	59	65	65	68	40	62	5	x	26	x			
Afrique du Sud	86	91	86	86	87	82	86	86	85	87	88	66	51	68	-	-	-	-			
Albanie	99	98	98	98	87	92	98	98	98	89	96	82	35	60	-	-	-	-			
Algérie	99	96	91	91	80	77	91	91	-	91	98	47	27	-	-	-	-				
Allemagne	-	98	91	91	97	93	87	90	68	82	-	-	-	-	-	-	-	-			
Andorre	-	99	99	98	99	97	98	98	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-			
Angola	56	57	45	43	36	32	41	41	36	34	68	49	43	51	22	-	31				
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Antigua-et-Barbuda	-	93	92	92	85	76	92	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Arabie saoudite	94	97	97	97	98	97	97	97	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-			
Argentine	81	82	76	74	81	79	76	76	74	74	-	94	15	71	-	-	-	-			
Arménie	98	96	93	93	94	94	93	93	92	93	-	92	37	71	-	-	-	-			
Australie	-	98	95	95	93	94	95	95	95	96	-	-	-	-	-	-	-	-			
Autriche	-	95	85	85	95	88	85	85	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Azerbaïdjan	95	92	89	93	93	90	89	89	-	90	-	33	x	8	x	1	x	-			
Bahamas	-	79	75	75	82	82	75	75	75	82	100	-	-	-	-	-	-	-			
Bahreïn	-	99	98	99	99	99	98	98	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-			
Bangladesh	99	99	98	98	97	93	98	98	-	99	98	46	72	56	-	-	-	-			
Barbade	-	83	82	84	77	70	82	82	-	83	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bélarus	98	98	98	97	98	98	98	98	-	-	-	93	53	84	-	-	-	-			
Belgique	-	98	98	98	96	85	97	97	86	94	-	-	-	-	-	-	-	-			
Belize	84	83	83	83	79	77	83	83	-	-	93	67	55	71	-	-	-	-			
Bénin	88	84	76	75	68	-	76	76	76	73	81	29	22	53	70	-	85				
Bhoutan	99	99	98	98	97	91	98	98	-	95	90	74	x	61	x	-	-	-			
Bolivie (État plurinational de)	78	75	70	70	75	56	70	70	71	70	89	81	40	-	-	-	-	-			
Bosnie-Herzégovine	95	89	73	73	68	76	80	62	-	-	-	87	x	36	x	-	-	-			
Botswana	98	98	95	96	97	70	95	95	85	90	91	14	x	43	x	75	x	31	x	53	x
Brésil	63	74	68	68	73	46	68	68	69	69	96	50	x	-	-	-	-	-	-		
Brunei Darussalam	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	97	-	-	-	-	-	-	-	-		
Bulgarie	97	92	89	89	89	86	89	89	45	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Burkina Faso	98	95	91	91	88	71	91	91	91	66	95	56	x	40	x	74	-	54	-	75	
Burundi	95	96	94	94	90	85	94	94	94	94	87	59	36	70	40	-	-	-	-	46	
Cabo Verde	98	93	93	94	95	86	94	94	-	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cambodge	95	94	92	93	84	71	92	92	-	90	93	69	x	35	x	61	x	4	x	5	x
Cameroun	77	76	69	70	62	35	69	69	65	67	83	30	18	61	60	-	-	-	-	73	
Canada	-	94	92	92	90	83	84	92	84	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chili	98	99	95	95	92	58	98	95	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chine	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chypre	-	98	96	96	86	88	94	92	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombie	87	90	86	86	86	86	86	86	86	84	97	64	x	54	x	54	x	-	-	3	x
Comores	96	95	85	89	82	19	85	85	-	-	83	38	x	38	x	45	x	41	x	59	x
Congo	81	81	77	75	68	31	77	77	23	75	87	28	x	27	x	51	x	61	x	66	x
Costa Rica	88	99	99	99	89	69	94	99	91	92	-	80	-	56	74	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	93	85	76	73	68	1	76	76	58	57	86	44	17	45	60	-	-	-	-	76	-
Croatie	97	98	92	92	89	90	90	92	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	99	99	99	98	99	99	99	99	-	-	-	90	35	85	-	-	-	-	-	-	-
Danemark	-	98	97	97	95	94	-	97	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	61	70	59	59	50	48	59	59	66	59	98	94	x	94	x	-	-	20	x	32	x
Dominique	89	96	92	92	92	88	92	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	97	97	96	96	96	96	96	96	-	-	88	68	x	28	x	68	x	-	-	-	-
El Salvador	78	72	79	79	86	71	79	80	78	94	92	80	x	70	x	-	-	-	-	-	-
Émirats arabes unis	99	96	96	96	99	96	95	96	91	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	75	78	72	62	65	58	68	68	60	62	90	-	46	x	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	97	97	95	95	93	85	95	95	96	95	99	45	x	43	x	-	-	20	x	71	x
Espagne	-	96	92	92	95	91	92	91	58	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	90	91	90	89	89	84	84	89	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	97	86	77	61	80	69	77	77	85	63	90	60	x	84	x	63	x	2	x	10	x
État de Palestine	99	99	95	95	98	99	95	95	87	95	-	77	35	-	-	-	-	-	-	-	-
États-Unis	-	97	93	92	91	95	91	90	75	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	68	70	65	68	54	46	65	65	65	61	90	30	30	35	45	x	64	x	-	-	-
Fédération de Russie	95	97	97	97	97	96	97	-	-	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	99	99	99	99	96	94	99	99	99	99	96	-	54	68	-	-	-	-	-	-	-
Finlande	-	98	89	89	93	93	-	89	80	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	-	99	96	96	92	86	91	95	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions																				
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2021 ^d											2016-2021 ^e									
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^f	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^g	Pneumonie		Diarrhée		Paludisme					
												Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	x	Traitement par sels de réhydratation orale (%)	x	Consultations pour des enfants fébriles (%)	x	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	x	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	x
Gabon	86	76	75	69	64	-	75	-	-	83	68	x	26	x	67	x	39	x	36	x	
Gambie	81	82	82	89	79	67	82	82	79	78	95	70	44	64	64	44	77	-	-		
Géorgie	96	97	85	85	90	81	85	85	76	82	-	74	x	42	67	-	-	-	-		
Ghana	99	99	98	98	94	83	98	98	96	98	90	56	48	69	54	74	-	-	-		
Grèce	-	99	99	99	97	83	96	99	20	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Grenade	-	79	72	72	83	79	72	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Guatemala	84	89	79	67	81	72	79	79	64	72	91	52	x	49	x	50	x	-	-		
Guinée	72	62	47	48	47	-	47	47	-	-	83	69	55	61	38	63	-	-	-		
Guinée équatoriale	85	77	53	55	53	17	53	53	-	-	60	54	x	40	x	62	x	23	x	38	x
Guinée-Bissau	34	81	67	23	63	-	67	67	72	67	80	48	30	52	94	97	-	-	-	-	
Guyana	89	98	91	80	94	83	91	91	93	99	99	84	x	43	x	71	x	7	x	5	x
Haïti	73	75	51	51	65	41	51	51	48	51	80	37	39	40	18	31	-	-	-	-	
Honduras	82	82	77	77	81	75	77	77	80	77	99	70	53	61	-	-	-	-	-	-	
Hongrie	99	99	99	99	99	-	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Cook	99	99	98	98	99	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Îles Marshall	83	97	86	85	85	58	89	72	53	61	-	-	38	x	63	x	-	-	-	-	
Îles Salomon	83	95	87	84	67	40	87	87	75	86	90	79	x	37	x	62	x	70	x	86	x
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	84	88	85	85	89	82	85	85	83	25	90	56	61	80	4	8	-	-	-	-	
Indonésie	81	74	67	68	72	50	67	67	-	1	83	75	36	90	3	x	3	x	-	-	
Iran (République islamique d')	99	98	98	98	99	98	98	98	-	-	97	76	x	61	x	-	-	-	-	-	-
Iraq	94	89	78	78	75	84	78	78	41	0	73	44	25	75	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	0	98	94	94	90	-	93	93	91	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-	97	92	92	92	10	-	92	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	99	98	98	99	93	96	98	80	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	94	94	94	92	86	94	94	63	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	97	93	90	90	88	85	89	89	-	-	91	82	x	64	x	-	-	-	-	-	-
Japon	95	98	96	96	98	95	92	95	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	76	78	77	76	76	90	77	77	75	-	92	61	44	68	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	94	98	95	95	97	96	95	95	-	93	-	81	x	62	x	-	-	-	-	-	-
Kenya	97	99	91	91	89	57	91	91	91	92	85	66	x	54	x	64	42	49	-	-	-
Kirghizistan	97	89	89	90	93	97	89	88	90	90	-	60	x	36	48	-	-	-	-	-	-
Kiribati	96	99	92	91	80	58	94	95	80	99	93	87	61	27	x	69	86	-	-	-	-
Koweït	99	99	94	94	94	94	94	94	75	96	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	96	92	87	87	90	82	87	87	74	87	85	58	40	61	x	-	-	-	-	-	-
Lettonie	96	96	94	94	97	85	94	93	84	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liban	-	88	67	64	67	59	67	67	-	70	-	74	x	44	x	-	-	-	-	-	-
Libéria	81	81	66	64	58	35	66	66	68	65	90	78	54	81	44	55	-	-	-	-	-
Libye	74	74	73	73	73	72	73	73	73	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	93	93	90	90	88	88	90	48	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	99	99	99	99	90	96	99	89	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	93	89	81	81	70	80	79	81	65	53	-	93	x	62	x	-	-	-	-	-	-
Madagascar	52	65	55	52	39	24	55	55	48	54	75	40	19	48	62	78	-	-	-	-	-
Malaisie	99	98	95	95	96	84	94	94	-	-	95	92	45	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	89	95	93	89	90	74	93	93	92	93	90	71	51	64	68	74	-	-	-	-	-
Maldives	99	97	96	97	99	96	96	96	-	-	99	74	x	75	86	-	-	-	-	-	-
Mali	83	82	77	72	70	33	77	77	70	77	87	35	21	53	79	85	-	-	-	-	-
Malte	-	99	99	99	90	93	99	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	99	99	99	99	99	99	99	99	98	98	90	70	22	x	-	-	-	-	-	-	-
Maurice	95	93	92	93	77	64	92	92	86	94	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	79	75	68	66	63	-	68	68	53	65	83	34	x	25	x	35	x	32	x	49	x
Mexique	99	83	78	78	99	97	80	78	77	83	98	73	x	61	x	-	-	-	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	59	95	72	72	64	38	79	56	42	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	99	99	99	88	80	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	99	97	95	97	95	94	95	95	-	95	-	76	58	-	-	-	-	-	-	-	-
Monténégro	76	94	83	83	18	79	51	83	-	-	-	89	x	16	x	74	x	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	79	67	61	67	84	70	61	61	73	70	84	57	x	46	x	69	73	82	-	-	-
Myanmar	48	45	37	43	44	42	37	37	33	40	88	58	62	65	19	27	-	-	-	-	-
Namibie	99	97	93	92	90	63	93	93	90	78	90	68	x	72	x	63	x	6	x	24	x
Nauru	99	99	98	98	98	97	98	98	60	59	-	69	x	23	x	51	x	-	-	-	-
Népal	95	92	91	91	90	87	91	91	76	84	91	82	60	73	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions																	
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2021 ^J											2016-2021 ^A						
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^F	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^E	Pneumonie		Diarrhée		Paludisme		
												Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)		Traitement par sels de réhydratation orale (%)		Consultations pour des enfants fébriles (%)		Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
												x	x		x		x	
Nicaragua	86	88	87	88	83	83	87	87	87	92	67	x	95	x	-	-	-	-
Niger	95	94	82	82	80	66	82	82	85	82	59	x	41	x	75	x	96	x
Nigéria	75	70	56	53	59	36	56	56	-	52	65	40	40	73	52	61	61	
Niue	88	99	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	
Norvège	-	98	97	97	97	95	96	97	96	96	-	-	-	-	-	-	-	
Nouvelle-Zélande	-	93	90	90	91	82	90	90	90	95	-	-	-	-	-	-	-	
Oman	99	99	99	99	99	99	99	99	-	99	99	56	x	59	x	-	-	
Ouganda	83	97	91	91	90	-	91	91	87	91	83	71	47	87	60	83	83	
Ouzbékistan	99	99	98	99	99	99	98	98	80	98	-	68	x	28	x	-	-	
Pakistan	93	90	83	83	81	79	83	83	87	83	86	71	37	81	0	4	4	
Palaos	-	99	95	95	93	84	96	89	82	77	-	-	-	-	-	-	-	
Panama	99	93	74	74	80	97	74	74	86	74	-	82	x	52	x	-	-	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	42	39	31	32	38	20	31	31	-	32	67	63	30	50	52	69	69	
Paraguay	79	79	70	66	68	67	70	70	68	62	96	89	28	86	-	-	-	
Pays-Bas	-	98	95	95	93	90	93	94	-	93	-	-	-	-	-	-	-	
Pérou	87	90	82	79	78	60	82	82	82	75	95	50	22	46	-	-	-	
Philippines	47	57	57	56	57	55	57	57	-	51	91	66	45	55	-	-	-	
Pologne	91	99	90	91	80	95	90	90	-	62	-	-	-	-	-	-	-	
Portugal	-	99	99	99	98	95	99	99	-	98	-	-	-	-	-	-	-	
Qatar	99	99	98	98	99	99	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	
République arabe syrienne	76	65	48	52	59	53	48	48	-	90	77	x	50	x	-	-	-	
République centrafricaine	61	54	42	46	41	-	42	42	-	40	65	35	23	32	51	61	61	
République de Corée	98	98	98	98	98	96	98	98	-	98	-	-	-	-	-	-	-	
République de Moldova	98	87	87	88	83	92	87	87	60	78	-	79	x	42	x	-	-	
République démocratique du Congo	67	81	65	65	55	-	65	65	52	63	80	34	24	46	51	63	63	
République démocratique populaire lao	80	85	75	74	73	50	75	75	-	74	93	40	56	58	50	61	61	
République dominicaine	99	99	84	83	88	60	83	83	80	71	99	85	53	79	-	-	-	
République populaire démocratique de Corée	95	42	41	0	42	41	41	41	-	-	98	86	74	-	-	-	-	
République-Unie de Tanzanie	75	82	81	70	76	62	81	81	77	80	90	55	45	75	55	78	78	
Roumanie	97	95	86	86	86	75	86	86	-	85	-	-	-	-	-	-	-	
Royaume-Uni	-	97	93	93	91	87	93	93	91	91	-	-	-	-	-	-	-	
Rwanda	89	90	88	88	87	85	88	88	89	88	97	54	x	34	62	56	66	
Sainte-Lucie	81	89	80	75	77	66	80	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Kitts-et-Nevis	96	97	96	96	96	94	96	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Marin	-	91	90	90	89	81	90	90	-	82	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	99	99	97	99	99	99	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	92	96	85	80	62	50	85	85	30	3	-	72	59	63	-	-	-	
Sao Tomé-et-Principe	93	97	97	93	77	69	97	97	78	97	99	82	42	62	63	78	78	
Sénégal	87	87	85	78	87	75	86	86	84	86	96	48	26	63	46	75	75	
Serbie	98	97	92	92	78	84	87	92	-	87	-	90	x	36	x	-	-	
Seychelles	99	99	94	94	94	86	94	94	98	95	100	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leone	74	94	92	90	87	67	92	92	75	90	93	76	85	75	59	68	68	
Singapour	98	98	96	96	95	84	96	96	-	82	-	-	-	-	-	-	-	
Slovaquie	-	97	97	97	95	96	97	97	-	97	-	-	-	-	-	-	-	
Slovénie	-	92	86	86	95	91	86	86	-	58	-	-	-	-	-	-	-	
Somalie	37	52	42	47	46	4	42	42	-	-	60	13	x	13	x	11	x	
Soudan	80	94	84	85	81	63	84	84	84	85	81	48	x	20	x	30	x	
Soudan du Sud	52	51	49	50	49	-	49	49	-	-	65	48	x	39	x	42	63	
Sri Lanka	99	96	96	96	97	97	96	96	-	-	99	52	54	92	4	6	6	
Suède	24	98	98	98	97	91	98	98	84	97	-	-	-	-	-	-	-	
Suisse	-	97	96	96	95	94	73	95	-	88	-	-	-	-	-	-	-	
Suriname	-	81	72	72	58	43	72	72	-	-	95	89	46	52	43	x		
Tadjikistan	98	97	97	97	97	96	97	97	97	-	-	69	62	44	1	x		
Tchad	67	73	58	58	55	-	58	58	-	-	75	18	17	32	54	66	66	
Tchéquie	-	98	94	94	97	90	94	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Thaïlande	99	99	97	97	96	87	97	76	71	-	99	80	73	76	-	-	-	
Timor-Leste	88	87	86	86	79	78	86	86	80	-	85	70	70	58	55	64	64	
Togo	98	88	83	81	70	50	83	83	80	83	85	39	14	54	61	71	71	
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tonga	99	99	99	99	99	99	99	99	-	67	-	-	-	82	-	-	-	
Trinité-et-Tobago	-	95	94	94	93	88	94	94	-	95	-	74	x	45	x	-	-	
Tunisie	85	99	97	97	95	98	95	97	-	96	97	98	40	74	-	-	-	

TABLEAU 4. SANTÉ DE L'ENFANT

Pays et zones	Couverture des interventions															
	Vaccination contre les maladies à prévention vaccinale (%) 2021 ^d											2016-2021 ^a				
												Pneumonie		Diarrhée	Paludisme	
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^e	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protection à la naissance contre le tétanos ^g	Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires (%)	Traitement par sels de réhydratation orale (%)	Consultations pour des enfants fiévreux (%)	Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)
Turkiye	95	95	95	95	96	93	96	95	-	96	97	45	x	-	-	-
Turkménistan	98	99	97	97	97	98	97	97	97	97	-	51	x	47	59	-
Tuvalu	99	99	94	87	93	84	94	94	59	-	-	-	-	46	76	-
Ukraine	86	91	78	78	88	86	77	87	-	-	-	92	x	59	x	-
Uruguay	99	95	89	89	96	84	89	89	-	94	-	91	x	-	-	-
Vanuatu	76	71	62	62	50	-	62	62	9	2	78	72	x	48	x	57
Venezuela (République bolivarienne du)	68	73	56	50	68	37	56	56	0	0	67	72	x	38	x	-
Viet Nam	88	87	83	81	89	85	83	83	-	-	96	73	-	58	-	9
Yémen	70	82	72	66	71	52	72	72	73	72	73	34	x	25	x	33
Zambie	92	94	91	87	90	81	91	91	87	89	83	75	-	67	77	52
Zimbabwe	88	93	86	86	85	74	86	86	88	86	87	48	-	33	50	x

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	77	79	71	69	68	40	71	71	54	65	80	45	-	36	61	53	66
Afrique de l'Est et australe	76	81	75	74	71	51	74	74	71	71	84	51	-	40	60	51	66
Afrique de l'Ouest et centrale	78	78	67	65	64	31	67	67	38	60	76	40	-	33	61	54	67
Amérique du Nord	-	97	93	92	91	94	90	90	76	82	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	81	82	75	73	81	68	75	75	67	70	94	73	j	31	j	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	86	86	83	83	85	82	83	38	5	15	88	h	-	-	-	-	-
Asie du Sud	87	89	85	85	87	81	85	85	75	44	89	59	-	57	77	4	7
Europe et Asie centrale	92	97	94	94	94	91	91	80	33	82	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	95	96	94	94	95	94	94	70	24	80	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	68	97	94	94	93	89	87	93	45	84	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	92	93	88	88	88	87	88	88	32	38	87	-	-	-	-	-	-
Pays les moins avancés	77	81	73	73	69	45	73	73	57	68	84	48	-	41	57	52	65
Monde	84	86	81	80	81	71	80	71	49	51	86	h	56	46	70	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Les données ventilées par sexe pour des indicateurs particuliers de la santé de l'enfant sont disponibles à l'adresse <https://data.unicef.org/topic/child-health/>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

^a À l'exclusion du Brésil et du Mexique.

^b À l'exclusion de la Chine.

^c Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

^d Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

^e En général, il est recommandé d'administrer la deuxième dose de vaccin contre la rougeole (MCV2) au cours de la deuxième année de vie. Toutefois, dans de nombreux pays, cette dose est programmée plus tard. Les estimations des *Perspectives de la population mondiale* (Révision de 2019) en ce qui concerne les populations cibles dans leur deuxième année de vie ont été utilisées dans le calcul des agrégats régionaux et mondiaux.

^f L'OMS et l'UNICEF appliquent un processus complexe qui utilise des données administratives, des enquêtes (de routine et supplémentaires), des enquêtes sérologiques et des informations sur d'autres vaccins pour calculer le pourcentage de naissances que l'on peut considérer comme protégées contre le tétanos parce que les femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique.

^g Pour le calcul de la couverture régionale et mondiale, la couverture des pays n'ayant pas inclus le vaccin dans leur calendrier national ou n'ayant pas transmis de données sur la couverture est considérée comme nulle, à l'exception du BCG qui n'est recommandé que dans les pays ou environnements caractérisés par une forte incidence de la tuberculose ou une charge de morbidité liée à la lèpre élevée. Les estimations des *Perspectives de la population mondiale* (Révision de 2022) en ce qui concerne les populations cibles ont été utilisées dans le calcul des agrégats régionaux et mondiaux.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Vaccination – Estimations réalisées par l'OMS et l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale, révision de 2022. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Traitement de la diarrhée par des sels de réhydratation orale (SRO) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Consultations pour des enfants fiévreux – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide – EDS, MICS, enquêtes sur les indicateurs du paludisme et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

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 la 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.

MCV1 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la première dose de vaccin contre la rougeole.

MCV2 – Pourcentage d'enfants à qui on a administré la deuxième dose de vaccin contre la rougeole conformément au calendrier national.

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 le *Haemophilus influenzae* de type b.

Rota – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré la dernière dose du vaccin contre le rotavirus, conformément aux recommandations.

PCV3 – Pourcentage de nourrissons survivants à qui on a administré trois doses de vaccin conjugué contre le pneumocoque.

Protection à la naissance – Pourcentage de nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos par l'anatoxine tétanique.

Consultations pour des enfants présentant des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie (toux, respiration rapide ou difficile due à un problème dans la poitrine) dans les deux semaines précédant l'enquête et pour lesquels on a demandé un conseil ou un traitement auprès d'un centre de santé ou d'un soignant.

Traitement de la diarrhée par des sels de réhydratation orale – 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).

Consultations pour des enfants fiévreux – Pourcentage d'enfants fiévreux âgés de moins de 5 ans pour lesquels il a été demandé des conseils ou un traitement auprès d'un centre de santé ou d'un soignant. Sont exclus les fournisseurs de médicaments, les magasins et les guérisseurs traditionnels. Dans certains pays, en particulier ceux où le paludisme n'est pas endémique, les pharmacies ont également été exclues du calcul.

Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide – 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 d'insecticide – Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2021		Décès d'adolescents 2021		Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents 2000-2021		Taux de natalité chez les adolescentes 2016-2021 ^R			Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2016-2021 ^R		Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^R		Décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation de la contraception et de soins de santé procréative (%) 2016-2021 ^R		Soins prénatals (%) (au moins 4 consultations) 2016-2021 ^R		Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2016-2021 ^R		Filles vaccinées contre le PVH (%) 2021	Facteurs de risque (%)						
	Âgés de 10 à 19 ans		Âgés de 10 à 19 ans		Âgés de 10 à 19 ans		Âgées de 10 à 14 ans		Âgées de 15 à 19 ans		Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans		Âgés de 15 à 19 ans		Âgés de 15 à 19 ans		Âgés de 15 à 19 ans		Âgés de 15 à 19 ans		Consom-mation d'alcool 2016		Consommation de tabac 2015-2020 ^R		Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016		
	Total	Total	Total	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afghanistan	14	13 833	-0,4	0	x	62	20	x	21	-	19	58	-	1	0	10	x	6	x	88	88						
Afrique du Sud	10	10 356	1,2	1	44	15	x	-	46	77	97	34	27	11	-	-	-	-	-	-	-						
Albanie	3	91	3,3	0	14	3	6	47	72	100	-	51	24	-	-	-	-	-	-	68	81						
Algérie	4	2 651	2,6	0	12	1	57	-	69	97	-	2	1	17	x	3	x	76	91								
Allemagne	1	1 141	3,2	0	7	-	-	-	-	-	-	47	82	58	-	-	-	-	-	80	88						
Andorre	2	1	3,4	0	3	-	-	-	-	-	-	83	77	51	-	-	-	-	-	-	-						
Angola	18	14 283	3,7	11	x	163	x	38	15	29	56	50	-	46	21	-	-	-	-	-	-						
Anguilla	3	0	2,2	3	x	40	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Antigua-et-Barbuda	3	4	2,6	0	30	-	-	-	-	-	-	2	48	22	8	7	74	85									
Arabie saoudite	5	2 786	2,5	0	x	8	x	-	-	-	-	-	3	2	21	x	9	x	-	-							
Argentine	3	2 421	2,2	1	41	14	76	-	85	97	53	68	40	19	21	80	90										
Arménie	3	103	-0,2	0	19	1	7	x	56	93	100	8	24	9	-	-	-	-	73	83							
Australie	2	622	2,3	0	9	-	-	-	-	-	-	66	81	57	-	-	-	-	-	87	91						
Autriche	2	147	3,3	0	5	-	-	-	-	-	-	80	56	-	-	-	-	-	-	71	85						
Azerbaïdjan	5	798	0,1	0	42	4	x	13	x	-	40	x	99	x	-	18	7	-	-	-	-						
Bahamas	4	29	2	0	x	29	x	-	-	-	-	41	18	16	x	8	x	81	88								
Bahreïn	3	45	2,2	0	13	-	-	-	-	-	-	5	2	27	10	75	87										
Bangladesh	5	14 869	3,2	1	74	24	71	47	35	62	-	2	1	13	x	2	x	63	69								
Barbade	3	12	1,8	1	x	50	x	7	x	56	x	-	28	50	24	17	x	11	x	77	87						
Bélarus	2	209	4,7	0	12	3	x	66	x	-	99	100	-	66	49	10	-	-	-	-	-						
Belgique	1	184	4	0	5	-	-	-	-	-	-	70	79	53	-	-	-	-	-	79	88						
Belize	5	43	2	1	55	17	47	-	92	97	4	38	16	17	x	8	x	76	84								
Bénin	18	5 110	0,7	2	108	19	13	12	47	78	-	22	8	7	2	71	81										
Bhoutan	10	137	1,5	0	8	15	x	52	x	-	66	x	40	x	88	24	9	31	14	83	85						
Bolivie (État plurinational de)	6	1 508	3	3	x	71	x	20	x	34	x	-	81	90	36	43	19	14	8	82	89						
Bosnie-Herzégovine	2	78	1,1	0	10	-	-	-	-	-	100	x	-	47	22	23	17	-	-	-	-						
Botswana	7	374	3	0	53	-	-	-	-	-	-	22	28	11	27	x	21	x	86	89							
Brésil	6	19 031	0,9	3	49	-	-	-	89	-	67	37	16	7	7	78	89										
Brunei Darussalam	2	13	4	-	10	-	-	-	-	-	89	30	19	14	4	81	94										
Bulgarie	3	209	1,6	2	39	5	x	-	-	-	3	68	40	-	-	-	-	-	67	80							
Burkina Faso	13	6 611	2,8	3	124	28	x	42	-	52	x	83	x	-	35	13	-	-	-	-	-						
Burundi	16	4 980	5,1	1	x	58	x	13	55	34	52	91	-	28	11	21	x	17	x	-	-						
Cabo Verde	3	30	3,8	1	57	22	x	68	x	-	-	87	x	-	30	12	-	-	-	-	-						
Cambodge	5	1 533	4,7	0	x	30	x	7	x	46	x	-	71	x	91	x	-	28	11	3	2	90	93				
Cameroun	20	12 254	0,8	3	122	28	24	19	58	67	5	38	15	14	x	6	x	-	-	-	-						
Canada	2	930	1,7	0	7	-	-	-	-	-	-	87	65	37	-	-	-	-	-	70	82						
Chili	3	725	1,1	1	23	-	-	-	-	-	-	57	68	40	-	-	-	-	-	84	91						
Chine	2	36 785	3,8	-	6	-	-	-	-	-	-	53	28	-	-	-	-	-	-	80	89						
Chypre	2	21	4,4	0	7	-	-	-	-	-	-	69	41	-	-	-	-	-	-	-	-						
Colombie	5	4 304	3,2	2	53	20	72	-	86	99	11	35	15	21	20	81	87										
Comores	5	90	3,8	2	x	38	17	x	20	x	-	3	1	16	8	-	-	-	-	-	-						
Congo	8	1 023	4,6	3	x	111	x	26	x	28	x	-	50	24	28	x	20	x	-	-							
Costa Rica	3	249	1,3	1	33	13	78	-	92	98	59	33	14	10	x	8	x	76	88								
Côte d'Ivoire	20	13 547	0,5	5	x	119	25	18	-	47	76	41	36	14	-	-	-	-	-	-	-						
Croatie	3	102	1,4	0	9	-	-	-	-	-	-	61	33	-	-	-	-	-	-	70	84						
Cuba	3	374	1,8	1	51	10	76	-	76	100	-	44	20	13	10	-	-	-	-	-	-						
Danemark	1	87	3,7	0	2	-	-	-	-	-	80	77	51	-	-	-	-	-	-	82	87						
Djibouti	15	349	2,1	0	x	21	x	-	-	-	19	x	83	x	-	16	6	18	x	11	x	81	89				
Dominique	3	4	1,9	1	x	47	x	-	-	-	-	68	43	19	30	x	20	x	82	86							
Égypte	6	11 468	0,9	1	x	47	7	x	64	x	-	2	1	18	x	8	x	82	93								
El Salvador	7	779	1,4	2	52	18	x	70	x	-	90	x	99	x	24	27	11	15	11	83	90						

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2021	Décès d'adolescents 2021	Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents 2000-2021		Taux de natalité chez les adolescentes 2016-2021 ^R		Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2016-2021 ^R		Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^R	Décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation de la contraception et de soins de santé procréative (%) 2016-2021 ^R	Soins prénatals (%) (au moins 4 consultations) 2016-2021 ^R	Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2016-2021 ^R	Filles vaccinées contre le PVH (%) 2021	Facteurs de risque (%)											
	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgées de 10 à 14 ans	Âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans		Femmes	Consom-mation d'alcool 2016		Consommation de tabac 2015-2020 ^R		Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016						
															Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes					
Émirats arabes unis	3	200	1,5	0	4	-	-	-	-	-	-	-	-	11	4	18	8	78	87						
Équateur	4	1 392	2,9	2	58	-	81	-	-	-	-	3	44	20	15	11	83	90							
Érythrée	12	1 040	2,9	1	76	x	19	x	6	x	-	40	x	30	x	-	17	6	8	x	5	x	-	-	
Espagne	1	560	4,8	0	6	-	-	-	-	-	-	77	70	42	-	-	70	84							
Estonie	2	30	4,5	0	9	-	-	-	-	-	-	57	75	49	-	-	81	88							
Eswatini	11	280	1	1	x	87	x	17	x	34	x	-	68	x	89	x	-	25	10	16	x	9	x	-	-
État de Palestine	5	579	1	0	43	6	37	-	96	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
États-Unis	4	16 379	0,8	0	17	-	82	-	-	-	-	48	73	46	-	-	64	80							
Éthiopie	11	29 171	5,6	1	74	21	75	36	36	55	75	20	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fédération de Russie	4	5 942	4,2	0	16	-	-	-	-	-	-	45	34	-	-	-	81	88							
Fidji	7	113	1,7	0	23	4	-	44	-	-	-	14	5	12	7	81	86								
Finlande	2	134	1,7	0	4	-	-	-	-	-	-	75	48	-	-	69	82								
France	1	1 081	3,7	0	8	-	-	-	-	-	-	37	78	52	-	-	82	92							
Gabon	13	617	1,8	7	x	91	x	28	x	24	x	-	66	38	9	x	9	x	-	-	-	-	-	-	
Gambie	12	777	2,9	1	65	14	13	13	76	86	30	23	9	18	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Géorgie	4	177	-0,2	0	27	6	27	66	-	100	x	12	33	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	11	8 053	1,8	1	78	18	29	-	78	75	-	22	8	9	8	87	88								
Grèce	1	157	3,8	0	9	-	-	-	-	-	-	67	39	-	-	80	89								
Grenade	4	8	0,7	1	x	36	x	-	-	-	-	47	22	13	7	82	87								
Guatemala	8	3 048	1	2	63	20	x	50	x	-	85	x	70	x	15	24	9	20	14	84	89				
Guinée	19	5 808	2	4	120	39	33	16	36	59	-	18	7	31	x	20	x	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée équatoriale	17	552	2,3	-	176	x	42	x	20	x	-	73	46	25	x	17	x	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	16	769	2,2	2	84	27	24	-	81	62	-	25	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	8	122	-0,2	0	x	74	x	16	x	17	x	-	86	x	94	x	2	37	15	19	10	82	86		
Haïti	11	2 689	2,5	1	x	55	x	14	31	47	55	37	32	13	20	x	19	x	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	7	1 500	1,1	3	97	22	x	74	-	85	94	53	26	10	10	6	80	88							
Hongrie	2	178	2,6	0	21	-	-	-	-	-	-	82	68	40	16	15	73	86							
Îles Cook	6	1	2,5	0	42	-	-	-	-	-	-	49	23	30	14	78	88								
Îles Marshall	8	7	1	0	x	85	x	21	x	40	x	-	-	94	x	27	-	-	37	21	-	-	-	-	-
Îles Salomon	6	92	1,4	-	78	x	15	x	13	x	-	11	4	30	x	24	x	82	85						
Îles Turques-et-Caïques	3	1	1,7	0	21	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	4	2	1,1	-	14	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	6	149 611	4,2	0	x	12	8	27	-	59	90	-	35	14	-	-	72	76							
Indonésie	7	29 806	1,7	0	36	7	82	-	65	87	5	19	7	-	-	85	87								
Iran (République islamique d')	6	7 300	1	1	28	5	x	-	-	-	-	3	1	13	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	7	6 234	1,1	2	70	14	44	-	76	97	-	2	1	20	11	80	90								
Irlande	1	78	5,3	0	6	-	-	-	-	-	-	71	83	60	-	-	64	81							
Islande	2	8	3,1	0	4	-	-	-	-	-	-	90	73	45	-	-	75	85							
Israël	2	217	2,9	0	8	-	-	-	-	-	-	55	55	27	-	-	80	90							
Italie	1	661	4,3	0	4	-	-	-	-	-	-	65	36	-	-	86	91								
Jamaïque	5	220	1,3	0	52	15	x	-	-	85	x	97	x	2	32	13	16	15	-	-	-	-	-	-	-
Japon	1	1 661	1,9	0	3	-	-	-	-	-	-	59	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	4	910	1,5	0	27	5	31	43	93	100	-	2	1	34	x	14	x	81	88						
Kazakhstan	4	1 240	3	0	25	2	x	64	x	-	98	x	99	x	-	37	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	10	12 823	2,3	1	81	23	x	75	-	58	65	x	44	20	7	13	x	7	x	85	89				
Kirghizistan	5	554	0,9	0	34	3	29	-	82	100	-	22	8	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kiribati	11	27	1	2	51	8	30	-	66	96	-	10	3	53	43	79	86								
Koweït	3	148	1,9	0	6	-	-	-	-	-	-	0	0	24	10	79	90								
Lesotho	14	636	1,9	0	91	14	x	60	-	71	90	-	15	5	26	x	22	x	-	-	-	-	-	-	-
Lettonie	3	49	4	0	11	-	-	-	-	-	-	42	78	52	25	76	84								
Liban	3	349	2,5	0	x	12	-	-	-	-	-	5	2	35	28	76	88								

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2021	Décès d'adolescents 2021	Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents 2000-2021		Taux de natalité chez les adolescentes 2016-2021 ^R		Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2016-2021 ^R	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^R	Décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation de la contraception et de soins de santé procréative (%) 2016-2021 ^R	Soins prénatals (%) (au moins 4 consultations) 2016-2021 ^R	Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2016-2021 ^R	Filles vaccinées contre le PVH (%) 2021	Facteurs de risque (%)					
	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgées de 10 à 14 ans	Âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Consom-mation d'alcool 2016		Consommation de tabac 2015-2020 ^R		Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016			
	Total	Total	Total	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Libéria	20	2 508	1,1	4	128	34	16	45	86	84	30	27	10	9	11	-	-	
Libye	4	548	1,8	0 x	11 x	-	-	-	-	-	-	0	0	11 x	5 x	78	89	
Liechtenstein	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituanie	3	72	3,5	0	10	-	-	-	-	-	66	82	59	-	-	76	85	
Luxembourg	1	9	2,5	0	4	-	-	-	-	-	-	93	80	-	-	73	85	
Macédoine du Nord	2	54	2,1	0	16	4	-	-	-	100 x	21	53	26	-	-	74	84	
Madagascar	18	12 027	0,9	7	151	36	68	65	45	42	-	18	6	17	7	-	-	
Malaisie	3	1 684	2,9	0	9	-	-	-	94	98	14	26	10	32	10	81	91	
Malawi	12	5 970	4,2	3 x	102	29	69	36	50	97	12	21	8	17 x	11 x	-	-	
Maldives	3	19	2,2	0	6	1	10	45	87	99	41	6	2	16 x	7 x	78	86	
Mali	18	9 639	1,5	7	164	37	31	3	42	71	-	19	7	23 x	9 x	-	-	
Malte	2	6	2,6	0	12	-	-	-	-	-	99	64	36	-	-	77	86	
Maroc	3	1 866	3,2	0	23	8 x	75	-	45	92	-	2	1	7	4	85	90	
Maurice	4	74	0,4	1	24	-	-	-	-	-	55	28	11	23	14	76	88	
Mauritanie	10	1 094	0,9	8 x	84 x	22 x	20	20	56 x	67 x	-	1	0	20	19	83	91	
Mexique	6	12 749	-0,3	1	71	21 x	63	-	94 x	99 x	1	40	17	22 x	18 x	79	88	
Micronésie (États fédérés de)	7	17	1,3	1 x	44 x	-	-	-	-	-	32	13	4	34	25	-	-	
Monaco	2	0	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolie	5	254	2,2	0	27	4	53	-	90	100	-	29	12	21	7	74	83	
Monténégro	2	16	2,2	0	10	3	-	-	-	-	-	54	27	-	-	-	-	
Montserrat	3	0	2,4	0	81 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	15	11 103	3,4	6	180	40 x	34 x	-	55 x	75 x	-	18	7	5	6	83	91	
Myanmar	6	5 232	5,2	0	21	5	73	53	47	61	-	24	9	26	4	84	90	
Namibie	13	688	1,2	4 x	64	15 x	47 x	-	58 x	88 x	-	27	10	14 x	9 x	86	88	
Nauru	8	2	1,3	0 x	94 x	22 x	-	-	-	91 x	-	19	7	26 x	27 x	84	90	
Népal	6	3 964	2,7	0	63	14	30	24	80	81	-	25	9	10	5	82	85	
Nicaragua	6	740	2,3	5 x	103	28 x	87 x	-	84 x	88 x	-	29	11	16	12	-	-	
Niger	22	13 663	1,9	4	154	48 x	22	-	35	43	-	17	6	12 x	6 x	-	-	
Nigéria	15	73 790	2,1	2	106	28	15	9	47	31	-	52	22	-	-	-	-	
Niue	7	0	0,8	-	20 x	-	-	-	-	-	76	30	12	23	19	86	88	
Norvège	2	105	3,2	0	2	-	-	-	-	-	93	81	57	-	-	79	89	
Nouvelle-Zélande	3	165	2,7	0	13	-	-	-	-	-	48	76	51	-	-	85	93	
Oman	4	215	1,4	0	8	2 x	17 x	-	-	99 x	-	5	2	9	4	78	90	
Ouganda	18	20 789	1,5	1	128	28	46	44	59	80	44	34	14	12	9	84	87	
Ouzbékistan	5	2 808	1,3	0	19	2 x	-	26 x	-	99 x	87	17	6	14 x	14 x	-	-	
Pakistan	9	45 440	1,2	0	54	7	23	11	44	76	-	1	0	13 x	7 x	85	89	
Palaos	9	2	0,5	0	34	-	-	-	-	-	21	-	-	48	37	76	82	
Panama	5	380	0,7	3	68	-	72 x	-	84 x	99 x	-	45	21	8	7	-	-	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10	2 079	1,5	1	68	14 x	33	37	54	61	-	11	4	40	28	-	-	
Paraguay	6	737	1,6	1	72 x	-	83	-	92	97	17	33	13	9	7	79	88	
Pays-Bas	1	273	2,9	0	3	-	-	-	-	-	66	74	47	-	-	77	84	
Pérou	3	2 033	3,8	1	50	11	63	-	93	94	53	51	25	8	6	83	87	
Philippines	6	13 297	0,5	1	36	11	47	74	80	86	0	30	12	22	10	93	94	
Pologne	2	905	2	0	9	-	-	-	-	-	-	69	41	-	-	74	84	
Portugal	2	166	4,8	0	8	-	-	-	-	-	76	72	44	-	-	78	91	
Qatar	2	45	3,5	0	7	-	-	-	-	-	-	32	13	16	9	86	91	
République arabe syrienne	6	3 242	0,2	-	54 x	9 x	31 x	-	-	97 x	-	2	0	32 x	17 x	84	91	
République centrafricaine	22	3 284	1,3	8	184	43	14	-	45	43	-	35	14	-	-	-	-	
République de Corée	2	718	3,8	0	1	-	-	-	-	-	64	36	-	-	-	91	97	
République de Moldova	4	149	1,2	0	18	4 x	52 x	-	96 x	100 x	35	67	39	-	-	73	78	
République démocratique du Congo	26	56 702	0,4	3	109	25	19	-	46	87	-	34	14	-	-	-	-	

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2021		Décès d'adolescents 2021		Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents 2000-2021		Taux de natalité chez les adolescentes 2016-2021 ^R			Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2016-2021 ^R		Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^R		Décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation de la contraception et de soins de santé procréative (%) 2016-2021 ^R		Soins prénatals (%) (au moins 4 consultations) 2016-2021 ^R		Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2016-2021 ^R		Filles vaccinées contre le PVH (%) 2021		Facteurs de risque (%)								
	Âgés de 10 à 19 ans		Âgés de 10 à 19 ans		Âgés de 10 à 19 ans		Âgées de 10 à 14 ans		Âgées de 15 à 19 ans		Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans		Âgés de 15 à 19 ans		Âgés de 15 à 19 ans		Âgés de 15 à 19 ans		Âgés de 15 à 19 ans		Filles vaccinées contre le PVH (%) 2021		Consom-mation d'alcool 2016		Consommation de tabac 2015-2020 ^R				Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016	
	Total	Total	Total	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
République démocratique populaire lao	9	1 289	4,6	3	83	18	60	-	52	56	42	37	16	16	6	78	91													
République dominicaine	6	1 101	2,6	1	51	20	71	-	90	98	8	40	18	8	6	-	-													
République populaire démocratique de Corée	5	1 817	3,9	0	x	1	-	-	-	-	-	38	17	-	-	-	-													
République-Unie de Tanzanie	11	16 773	2,5	2	139	22	35	-	48	68	57	34	14	7	2	78	86													
Roumanie	3	612	3,3	1	37	-	-	-	-	-	-	69	41	-	-	73	87													
Royaume-Uni	2	1 236	2,7	0	11	-	-	-	-	-	59	75	49	-	-	75	85													
Rwanda	10	3 289	6,9	0	32	6	x	87	53	44	98	73	32	13	13	x	10	x	-	-										
Sainte-Lucie	5	13	0,2	1	x	25	-	53	x	-	-	62	48	23	12	8	83	86												
Saint-Kitts-et-Nevis	7	5	0,3	1	x	46	x	-	-	-	84	54	27	10	x	8	x	78	86											
Saint-Marin	1	0	4	0	x	1	x	-	-	-	23	-	-	7	7	-	-													
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-													
Saint-Vincent-et-les Grenadines	9	14	-2,7	1	47	-	-	-	-	-	-	44	20	10	9	83	89													
Samoa	5	20	1,8	0	55	7	8	-	70	94	-	13	5	23	8	87	87													
Sao Tomé-et-Principe	8	39	3	0	86	22	54	-	81	x	98	-	30	12	31	x	23	x	-	-										
Sénégal	10	3 792	3,7	1	71	16	25	2	50	77	21	18	7	15	x	6	x	85	92											
Serbie	2	168	2,6	0	12	3	21	x	-	95	x	98	x	-	61	33	-	-	-	-										
Seychelles	6	8	-0,1	1	68	-	-	-	-	-	39	52	26	27	16	79	87													
Sierra Leone	26	5 072	1	4	102	31	34	22	82	90	-	27	11	15	10	-	-													
Singapour	1	63	3,1	0	2	-	-	-	-	-	-	71	43	-	-	70	83													
Slovaquie	2	128	1,7	0	27	-	-	-	-	-	-	70	42	-	-	66	78													
Slovénie	2	30	4,1	0	4	-	-	-	-	-	50	73	46	-	-	75	86													
Somalie	26	10 376	1,5	87	x	123	x	-	4	x	31	x	-	1	0	-	-	-	-											
Soudan	13	12 616	2,4	2	x	87	x	22	x	19	x	-	49	x	77	x	-	2	1	15	x	7	x	90	91					
Soudan du Sud	24	6 688	2,1	6	x	158	x	28	x	4	x	-	21	x	25	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Sri Lanka	2	858	5,6	0	x	21	x	3	58	-	99	46	26	10	13	3	82	89												
Suède	2	188	1,8	0	3	-	-	-	-	-	83	75	48	-	-	82	87													
Suisse	2	129	2,8	0	2	-	-	-	-	-	71	83	60	-	-	83	89													
Suriname	7	76	-0,2	2	56	-	28	-	66	99	2	39	17	17	7	78	85													
Tadjikistan	3	530	3,7	0	46	1	18	6	67	96	-	17	6	3	3	-	-													
Tchad	25	10 289	1,3	4	139	44	11	-	34	x	42	-	19	7	21	x	14	x	-	-										
Tchéquie	2	182	3	0	10	-	-	-	-	-	-	77	51	-	-	73	82													
Thaïlande	8	6 849	0,7	0	32	9	80	-	81	98	-	38	16	22	8	70	85													
Timor-Leste	19	604	-0,9	0	x	42	x	7	22	38	74	58	-	19	7	42	21	86	93											
Togo	12	2 318	2,4	2	79	17	25	-	47	64	-	22	8	11	x	4	x	-	-											
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-													
Tonga	4	9	2	0	24	x	3	-	90	100	-	12	4	28	8	87	85													
Trinité-et-Tobago	6	123	-0,1	1	x	32	x	6	x	61	x	8	58	30	17	11	79	86												
Tunisie	5	820	0,6	0	6	1	-	-	-	-	-	4	1	19	5	75	88													
Türkiye	3	3 499	4,7	0	15	5	40	-	83	x	99	-	6	2	23	12	77	86												
Turkménistan	6	657	1,5	0	22	1	11	10	96	100	99	26	10	0	0	-	-													
Tuvalu	7	1	2	0	44	5	-	-	-	100	x	27	12	4	30	14	85	89												
Ukraine	3	1 490	2,9	0	15	4	x	59	x	-	87	x	99	x	-	53	37	-	-	71	83									
Uruguay	4	207	0,8	1	33	-	-	-	44	x	100	x	17	71	43	10	14	75	89											
Vanuatu	7	45	0,6	-	81	x	13	x	-	-	93	x	-	11	4	20	15	86	89											
Venezuela (République bolivarienne du)	13	7 150	-2,1	3	84	24	x	-	-	-	-	35	14	16	12	85	93													
Viet Nam	4	6 184	1,8	0	x	29	8	60	x	-	55	x	87	x	-	33	13	-	-	82	91									
Yémen	11	8 001	0,1	1	x	67	x	17	x	23	x	-	1	0	24	x	10	x	83	90										
Zambie	12	5 620	3,1	3	135	31	63	37	59	84	33	24	9	25	x	26	x	89	89											
Zimbabwe	16	5 996	0,4	1	108	24	77	x	48	x	71	15	5	22	x	16	x	85	89											

TABLEAU 5. SANTÉ DES ADOLESCENTS

Pays et zones	Taux de mortalité des adolescents 2021	Décès d'adolescents 2021	Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents 2000-2021	Taux de natalité chez les adolescentes 2016-2021 ^R		Nais-sances à l'âge de 18 ans (%) 2016-2021 ^R	Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (%) 2016-2021 ^R	Décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation de la contraception et de soins de santé procréative (%) 2016-2021 ^R	Soins prénatals (%) (au moins 4 consultations) 2016-2021 ^R	Personnel soignant qualifié à la naissance (%) 2016-2021 ^R	Filles vaccinées contre le PVH (%) 2021	Facteurs de risque (%)					
	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgés de 10 à 19 ans	Âgées de 10 à 14 ans	Âgées de 15 à 19 ans	Femmes âgées de 20 à 24 ans ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans	Âgés de 15 à 19 ans		Consom-mation d'alcool 2016	Consommation de tabac 2015-2020 ^R		Activité physique insuffisante chez les adolescents scolarisés (âgés de 11 à 17 ans) 2016		
													Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Données consolidées	Total	Total	Total	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afrique subsaharienne	16	423 740	2,2	5	100	27	41	26	50	61	-	29	12	-	-	-	-
Afrique de l'Est et australe	14	186 399	3,0	-	94	26	53	41	52	69	-	23	9	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	18	237 341	1,4	-	107	27	24	10	48	55	-	37	15	-	-	-	-
Amérique du Nord	4	17 309	0,9	0	15	-	83	-	-	-	-	72	45	-	-	-	65 81
Amérique latine et Caraïbes	6	63 793	1,0	2	53	15 ^j	71	-	86	92	^j	41	18	12	11	80	88
Asie de l'Est et Pacifique	4	110 991	2,5	0	20	-	69	-	69	83	-	44	22	-	-	-	82 89
Asie du Sud	6	228 731	3,5	1	29	10	43	25	47	77	-	27	11	-	-	-	74 79
Europe et Asie centrale	3	27 539	3,6	0	14	-	63	-	-	-	-	53	34	-	-	-	76 86
Europe de l'Est et Asie centrale	4	19 592	3,4	-	19	-	56	-	-	-	-	31	19	-	-	-	74 84
Europe de l'Ouest	2	7 946	3,4	-	8	-	79	-	-	-	-	75	49	-	-	-	76 86
Moyen-Orient et Afrique du Nord	6	47 624	1,1	1	35	-	53	-	-	-	-	3	1	-	-	-	80 90
Pays les moins avancés	14	335 546	-	-	94	24	51	38	45	66	-	19	7	-	-	-	-
Monde	7	919 729	1,8	2	43	14	52	-	54	70	-	36	17	-	-	-	78 86

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

ⁱ À l'exclusion du Brésil et du Mexique.

^k À l'exclusion de l'Inde.

^R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

^{*} Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux de mortalité des adolescents – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : janvier 2023.

Décès d'adolescents – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : janvier 2023.

Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents – Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Division de la population et Groupe de la Banque mondiale). Dernière mise à jour : janvier 2023.

Taux de natalité chez les adolescentes – Base de données mondiale des indicateurs de suivi des objectifs de développement durable, 2022. Dernière mise à jour : août 2022.

Naisances avant l'âge de 18 ans – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes (adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans) – Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2022). World Contraceptive Use 2022 (Utilisation de la contraception dans le monde). New York, Organisation des Nations Unies, basé sur des EDS, des MICS, des enquêtes sur la santé procréative, d'autres enquêtes

nationales et les systèmes d'information sanitaire nationaux. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Décisions éclairées – EDS, MICS et d'autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Soins prénatals (au moins quatre consultations) (adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans) – EDS, MICS et d'autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Personnel soignant qualifié à la naissance (adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : septembre 2022.

Filles vaccinées contre le PVH – Estimations de l'OMS/UNICEF relatives à la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain (PVH), révision de 2022. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Consommation d'alcool – Estimations de l'OMS basées sur des enquêtes internationales (Enquêtes sur la santé dans le monde, STEPS, GENACIS et ECAS) et d'autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : janvier 2022.

Consommation de tabac – Observatoire mondial de la santé de l'OMS, basé sur des enquêtes dans les écoles et d'autres enquêtes et recensements nationaux. Dernière mise à jour : janvier 2022.

Activité physique insuffisante – Principales sources de données provenant de l'enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS), de l'enquête sur les comportements des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) et d'autres enquêtes nationales. Source des données : Rapport de l'OMS sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. Dernière mise à jour : janvier 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de mortalité des adolescents – Probabilité de décéder entre l'âge de 10 et 19 ans, exprimée pour 1 000 enfants de 10 ans.

Décès d'adolescents – Nombre de décès d'enfants âgés de 10 à 19 ans.

Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents – Taux annuel de diminution du taux de mortalité des adolescents (TMA) défini de la manière suivante : $TAD=100 \times \ln(TMA2/TMA1)/(t1-t2)$, où $t1=2000$ et $t2=2021$.

Taux de natalité chez les adolescentes – Nombre de naisances pour 1 000 adolescentes et jeunes femmes âgées de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans.

Naisances 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 se réfère aux femmes ayant eu un enfant dans une période de temps récente, généralement deux ans pour les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et cinq ans pour les enquêtes démographiques et de santé (EDS).

Demande de planification familiale satisfaite au moyen de méthodes modernes – Pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes (âgées de 15 à 19 ans) dont le besoin de planification familiale a été satisfait à l'aide de méthodes modernes.

Décisions éclairées – Pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes (âgées de 15 à 19 ans) prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions en matière de relations sexuelles, d'utilisation de la contraception et de soins de santé procréative.

Soins prénatals (au moins quatre consultations) – Pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes (âgées de 15 à 19 ans) qui ont été examinées au moins quatre fois au cours de leur grossesse par un agent de santé.

Personnel soignant qualifié à la naissance – Pourcentage d'accouchements de d'adolescentes et de jeunes femmes (âgées de 15 à 19 ans) supervisés par un agent de santé qualifié (généralement un médecin, un infirmier ou une sage-femme).

Filles vaccinées contre le PVH (%) – Pourcentage de filles ayant reçu la dernière dose du vaccin contre le papillomavirus humain (PVH) conformément au calendrier national.

Consommation d'alcool – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui avaient consommé au moins une boisson alcoolique au cours des 12 derniers mois.

Consommation de tabac – Pourcentage d'adolescents âgés de 13 à 15 ans qui avaient fumé des cigarettes ou utilisé des produits du tabac avec ou sans fumée au cours du mois écoulé.

Activité physique insuffisante – Pourcentage d'adolescents scolarisés âgés de 11 à 17 ans qui ne respectent pas les recommandations de l'OMS de pratiquer au moins une heure d'activité physique modérée à intense chaque jour pour être en bonne santé.

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants				Nombre d'enfants vivant avec le VIH			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 9 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Afghanistan	0,02	0,02	0,02	0,02	0,41	0,08	0,08	0,08	<500	<500	<200	<200
Afrique du Sud	1,85	7,19	12,66	1,95	16,82	26,98	30,77	23,23	130 000	320 000	200 000	120 000
Albanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algérie	0,06	0,01	<0,01	0,01	0,99	0,01	0,03	0,03	1 200	<500	<200	<200
Allemagne	<0,01	0,04	0,02	0,06	0,03	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<500	<100	<500
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	0,64	0,59	1,03	0,15	23,15	10,7	10,56	10,86	25 000	23 000	14 000	9 100
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	0,02	0,21	0,17	0,25	0,19	0,2	0,18	0,23	-	-	-	-
Arménie	0,03	0,06	0,09	0,05	0,31	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	0,02	0,01	0,02	0,01	0,41	0,21	0,15	0,13	<200	<200	<100	<100
Bahamas	0,55	0,24	0,24	0,23	10,2	1,97	4,04	3,86	<100	<100	<100	<100
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,06	<0,01	<0,01	<0,01	<500	<200	<200	<100
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	0,12	0,06	0,08	0,05	2,91	<0,01	<0,01	<0,01	<500	<200	<100	<100
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	0,27	0,4	0,51	0,3	5,81	1,27	<0,01	<0,01	<100	<200	<100	<100
Bénin	0,22	0,14	0,25	0,04	7,69	5,72	5,44	5,92	3 900	5 300	2 800	2 400
Bhoutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	0,06	0,04	0,05	0,03	1,29	0,56	0,62	0,51	<500	590	<500	<500
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	0,9	3,37	5,78	1,03	21,93	33,07	33,78	32,37	3 000	10 000	5 700	4 400
Brésil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	0,13	0,11	0,17	0,05	3,73	4,2	4,04	4,35	3 400	7 000	3 700	3 300
Burundi	0,42	0,09	0,15	0,02	9,48	6,03	5,66	6,32	4 500	7 500	3 900	3 600
Cabo Verde	0,13	0,07	0,11	0,04	1,82	0,92	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Cambodge	0,05	0,18	0,12	0,23	0,87	0,77	0,72	0,82	780	3 900	1 900	2 100
Cameroun	1,04	0,64	1,13	0,16	30,79	14,45	14,15	14,75	20 000	31 000	18 000	13 000
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	0,05	0,27	0,06	0,46	-	-	-	-	<200	1 100	<500	890
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	0,08	0,21	0,05	0,36	1,87	0,56	0,51	0,61	1 600	4 100	1 200	2 900
Comores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2,93	3,11	5,84	0,45	76,46	18,86	21,25	16,5	9 100	9 400	6 800	2 600
Costa Rica	0,05	0,22	0,1	0,34	1,15	0,42	0,29	0,55	<100	<500	<100	<500
Côte d'Ivoire	0,19	0,16	0,3	0,02	5,68	9,49	8,7	10,25	9 300	23 000	12 000	11 000
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	0,03	0,49	0,2	0,77	0,54	0,39	0,16	0,46	<100	940	<500	730
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	0,17	0,08	0,11	0,06	5,48	4,23	4,28	4,19	<200	<500	<200	<100
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	-	-	-	-	0,45	0,05	0,06	0,04	930	710	<500	<500
El Salvador	0,09	0,05	0,07	0,03	2,25	0,42	0,51	0,33	<500	<500	<500	<200
Émirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	0,08	0,08	0,09	0,07	1,99	0,29	0,26	0,25	790	930	<500	<500
Érythrée	0,06	0,05	0,08	0,02	1,14	1,07	1,1	1,26	<500	620	<500	<500
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	2,11	7,83	15,15	0,85	35,84	50,47	58,98	42,01	3 600	11 000	6 500	4 000
État de Palestine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
États-Unis	<0,01	0,05	0,02	0,09	0,14	0,04	0,03	0,05	1 000	5 400	2 000	3 400
Éthiopie	0,21	0,12	0,22	0,02	4,57	3,65	3,58	3,71	23 000	45 000	24 000	21 000
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fidji	0,12	0,06	0,1	0,02	1,45	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	<0,01	0,05	0,06	0,05	0,07	0,01	0,02	<0,01	<500	680	<500	<500
Gabon	1,13	0,99	1,86	0,14	34,42	17,06	17,64	16,49	1 600	2 200	1 300	880

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants				Nombre d'enfants vivant avec le VIH			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 9 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Gambie	0,42	0,22	0,39	0,04	11,72	5,24	5,26	5,55	910	950	520	<500
Géorgie	0,02	0,03	0,02	0,04	0,37	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Ghana	0,71	0,58	1,06	0,09	22,09	10,77	10,68	10,82	18 000	23 000	14 000	9 000
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée	0,58	0,89	1,46	0,32	16,26	8,29	8,33	8,19	7 600	10 000	6 300	3 800
Guinée équatoriale	3,67	2,84	4,46	1,28	89,97	20,61	20,19	21,01	2 800	2 100	1 300	790
Guinée-Bissau	2,03	0,75	1,15	0,35	47,23	20,83	20,45	21,64	2 500	2 500	1 400	1 100
Guyana	0,53	0,2	0,3	0,1	13,3	3,03	2,48	2,38	<500	<500	<200	<200
Haïti	0,46	0,47	0,81	0,14	6,93	2,09	2,12	2,06	3 700	6 100	3 700	2 400
Honduras	0,08	0,01	0,01	0,02	2,41	1,21	1,34	1,19	<500	1 100	530	550
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonésie	0,14	0,15	0,12	0,17	3,34	0,51	0,5	0,53	15 000	13 000	5 800	7 700
Iran (République islamique d')	0,02	0,01	0,01	0,01	0,49	0,26	0,25	0,26	900	1 000	520	520
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	0,19	0,96	0,99	0,93	5,75	1,13	0,93	1,33	<500	1 100	530	530
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	0,02	0,03	0,03	0,03	0,33	0,03	0,07	0,06	<500	<500	<500	<500
Kenya	0,74	1,01	1,78	0,24	16,3	13,33	12,84	13,85	48 000	100 000	56 000	44 000
Kirghizistan	0,03	0,04	0,05	0,03	0,8	0,17	0,17	0,17	<500	<500	<500	<500
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	3,57	4,69	8,24	1,25	91,46	48,64	48,73	48,56	5 000	13 000	7 600	5 600
Lettonie	0,09	0,09	0,12	0,07	1,63	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Liban	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	-	-	-	-	8,49	7,24	6,85	7,61	1 500	2 800	1 600	1 200
Libye	0,06	0,05	0,04	0,07	1,18	0,26	0,18	0,33	<500	<200	<100	<200
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	0,25	0,13	0,22	0,05	5,48	0,44	0,5	0,37	3 200	1 200	900	<500
Malaisie	<0,01	0,07	0,03	0,1	0,04	0,04	0,04	0,04	<200	650	<500	<500
Malawi	1,03	1,14	2,05	0,17	18,99	21,62	21,97	21,2	30 000	68 000	38 000	30 000
Maldives	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	0,33	0,08	0,12	0,04	9,04	3,91	3,58	4,23	6 400	6 000	3 100	2 900
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	0,03	<0,01	0,01	<0,01	0,45	0,06	0,07	0,06	690	540	<500	<500
Maurice	0,09	0,31	0,44	0,21	-	-	-	-	<100	<200	<100	<100
Mauritanie	0,18	0,04	0,05	0,02	3,92	1,63	1,54	1,72	530	<500	<500	<200
Mexique	0,05	0,2	0,11	0,3	1,04	0,19	0,15	0,23	2 400	8 400	2 700	5 800
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monténégro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	0,35	0,43	0,46	0,39	4,58	0,97	1,16	0,79	6 600	12 000	6 300	5 300
Namibie	1,33	4,3	7,64	1	26,72	29,36	31,73	26,97	3 400	12 000	7 000	4 700
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	0,18	0,03	0,03	0,03	660	1 100	540	540
Nicaragua	0,04	0,22	0,15	0,28	0,61	0,32	0,32	0,31	<200	520	<500	<500
Niger	0,08	0,01	0,02	<0,01	1,95	1,1	1	1,19	1 900	2 100	1 100	1 100

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants				Nombre d'enfants vivant avec le VIH			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 9 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Nigéria	0,71	0,32	0,58	0,06	17,94	6,45	6,64	6,28	130 000	120 000	71 000	50 000
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	0,03	0,08	0,06	0,1	0,51	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Ouganda	0,82	1,64	3,02	0,29	19,92	13,99	14	13,98	49 000	98 000	59 000	40 000
Ouzbékistan	0,06	0,05	0,05	0,05	1,91	0,55	0,52	0,53	3 700	4 500	2 300	2 200
Pakistan	-	-	-	-	0,66	0,06	0,05	0,06	4 100	3 000	1 300	1 700
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,55	0,31	0,49	0,15	9,32	1,13	1,17	1,2	2 500	2 500	1 400	1 100
Paraguay	0,11	0,2	0,15	0,24	2,42	0,37	0,46	0,29	<500	590	<500	<500
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	0,07	0,04	0,05	0,03	1,04	0,25	0,22	0,23	1 100	1 000	540	<500
Philippines	0,02	0,33	0,07	0,58	0,25	0,16	0,05	0,25	690	8 000	860	7 100
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	0,68	1,09	1,48	0,71	20,08	17,22	16,22	18,36	3 500	7 500	4 100	3 400
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Moldova	0,12	0,16	0,17	0,16	2,86	<0,01	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
République démocratique du Congo	0,32	0,13	0,19	0,06	8,05	4,52	4,36	4,68	42 000	43 000	23 000	21 000
République démocratique populaire lao	0,04	0,11	0,11	0,11	1,17	0,27	0,28	0,27	<500	<500	<500	<500
République dominicaine	0,17	0,11	0,14	0,08	4,76	1,5	1,53	1,57	1 300	1 600	820	740
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	0,96	1	1,6	0,41	23,52	11,99	12,4	11,58	61 000	96 000	54 000	42 000
Roumanie	0,02	0,01	0,01	<0,01	0,27	<0,01	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	0,42	0,3	0,54	0,05	7,19	6,71	6,43	7	5 300	14 000	7 400	6 400
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	0,14	0,03	0,04	0,01	3,77	2,44	2,26	2,62	2 400	3 300	1 700	1 600
Serbie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1,43	0,75	1,2	0,31	38,72	15,21	14,39	16,02	7 600	8 000	4 600	3 400
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	0,87	0,74	0,72	0,76	500	700	<500	<500
Soudan	0,08	0,04	0,05	0,03	1,96	0,59	0,59	0,58	2 400	2 100	1 100	950
Soudan du Sud	1,37	0,99	1,53	0,47	32,15	10,61	10,76	10,47	11 000	10 000	6 000	4 200
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suède	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	0,28	0,21	0,32	0,11	3,96	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<200	<100	<100
Tadjikistan	0,06	0,04	0,06	0,02	1,21	0,05	0,1	0,1	640	<500	<500	<200
Tchad	0,32	0,27	0,44	0,11	10,07	5,7	5,58	5,81	6 200	9 000	5 000	3 900
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	0,01	0,21	0,14	0,29	0,84	0,98	0,96	1	640	6 100	2 700	3 400
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	0,83	0,32	0,58	0,07	20,2	10,66	10,08	11,34	5 300	8 300	4 500	3 800
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	0,02	0,01	0,02	<0,01	0,54	0,06	0,12	0,11	<200	<100	<100	<100
Türkiye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkménistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 6. VIH/SIDA : ÉPIDÉMIOLOGIE

Pays et zones	Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés				Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants				Nombre d'enfants vivant avec le VIH			
	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans	Enfants de 0 à 9 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Filles de 10 à 19 ans	Garçons de 10 à 19 ans
Ukraine	0,06	0,05	0,06	0,04	0,89	0,24	0,22	0,25	1 300	2 700	1 400	1 400
Uruguay	0,16	0,09	0,13	0,05	1,53	0,22	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République bolivarienne du)	-	-	-	-	5,21	1,58	1,67	1,46	2 700	4 800	2 000	2 800
Viet Nam	0,05	0,03	0,03	0,02	0,6	0,04	0,05	0,03	3 000	3 700	1 800	1 900
Yémen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	1,25	2,94	5,09	0,84	28,31	26,96	28,73	25,21	40 000	72 000	44 000	28 000
Zimbabwe	1,92	1,77	3,12	0,43	41,3	38,13	37,53	38,79	36 000	77 000	42 000	35 000

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	0,73	0,94	1,62	0,27	16,98	9,92	10,14	9,71	880 000	1 470 000	860 000	610 000
Afrique de l'Est et australe	0,93	1,60	2,74	0,47	19,69	13,34	13,81	12,86	600 000	1 140 000	670 000	470 000
Afrique de l'Ouest et centrale	0,54	0,32	0,55	0,08	14,55	6,72	6,66	6,77	280 000	330 000	190 000	140 000
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	0,10	0,18	0,12	0,23	1,98	0,59	0,58	0,59	27 000	55 000	24 000	31 000
Asie de l'Est et Pacifique	0,05	0,09	0,07	0,11	0,90	0,19	0,19	0,18	36 000	59 000	26 000	34 000
Asie du Sud	0,04	0,05	0,04	0,05	0,62	0,14	0,13	0,15	44 000	91 000	42 000	49 000
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,02	0,02	0,02	0,02	0,44	0,09	0,09	0,08	4 800	4 100	2 100	2 000
Pays les moins avancés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monde	0,23	0,26	0,39	0,13	4,93	2,30	2,39	2,21	1 020 000	1 710 000	970 000	740 000

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

En raison de l'arrondissement des estimations, l'addition des données ventilées pourrait ne pas correspondre au montant total.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés – Estimations 2022 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants – Estimations 2022 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Nombre d'enfants vivant avec le VIH – Estimations 2022 de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés – Nombre estimatif de nouvelles infections par le VIH pour 1 000 habitants non infectés exposés à un risque d'infection au VIH.

Taux de mortalité liée au sida pour 100 000 habitants – Nombre estimatif de décès liés au sida pour 100 000 habitants.

Nombre d'enfants vivant avec le VIH – Nombre estimatif d'enfants vivant avec le VIH.

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%)	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%)	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%)		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2020 ^R		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2020 ^R		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2020 ^R		
			Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Afghanistan	16	6	12	10	4	1	-	-	-	-	
Afrique du Sud	>95	94	48	54	-	-	-	-	-	-	
Albanie	-	-	-	-	20	35	-	-	-	-	
Algérie	16	14	82	87	-	8	-	-	-	1	
Allemagne	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	76	3	19	19	-	-	-	-	-	-	
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	55	x 40	x 100	x 54	x	-	
Arabie saoudite	-	-	-	38	-	-	-	-	-	-	
Argentine	-	-	-	-	-	36	-	-	-	-	
Arménie	81	86	>95	31	9	15	-	-	-	-	
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Autriche	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-	
Azerbaïdjan	59	54	54	39	2	x 3	x	-	-	-	
Bahamas	68	68	40	48	-	-	-	-	-	-	
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	36	16	48	50	-	11	-	-	-	-	
Barbade	-	-	-	-	-	66	-	-	-	10	
Bélarus	40	41	53	67	53	51	-	-	15	15	
Belgique	-	-	-	48	-	-	-	-	-	-	
Belize	80	38	41	57	44	40	69	-	7	13	
Bénin	>95	46	37	57	14	14	43	38	6	7	
Bhoutan	-	-	-	-	-	22	x	-	-	3	x
Bolivie (État plurinational de)	88	-	46	38	24	x 20	x	-	-	-	
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	45	41	42	-	-	0	0	
Botswana	>95	83	69	75	-	-	-	-	-	-	
Brésil	-	-	-	49	-	-	-	-	-	-	
Brunei Darussalam	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-	
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	>95	23	41	64	31	x 29	x	-	-	-	
Burundi	50	45	36	69	50	46	-	-	-	-	
Cabo Verde	>95	>95	>95	85	-	-	-	-	-	-	
Cambodge	80	14	56	75	42	33	-	-	-	-	
Cameroun	67	48	35	50	33	37	-	-	-	-	
Canada	-	-	-	61	-	-	-	-	-	-	
Chili	-	70	43	28	-	-	-	-	-	-	
Chine	-	-	-	59	-	-	-	-	-	-	
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombie	46	35	28	37	26	28	-	-	-	-	
Comores	-	-	-	-	21	18	-	-	-	-	
Congo	21	<1	12	13	42	26	55	49	4	7	
Costa Rica	78	36	22	29	-	23	-	49	-	3	
Côte d'Ivoire	>95	61	54	58	32	24	73	30	8	16	
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cuba	87	87	25	20	46	47	80	75	15	25	
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Djibouti	44	5	33	25	-	-	-	-	-	-	
Dominique	-	-	-	-	39	x 49	x 74	x 86	x	-	
Égypte	18	11	18	21	5	3	-	-	-	-	
El Salvador	59	47	25	58	25	25	-	31	-	8	
Émirats arabes unis	-	-	-	57	-	-	-	-	-	-	
Équateur	66	58	60	52	-	-	-	-	-	-	
Érythrée	81	46	56	64	32	x 22	x	-	-	-	
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Estonie	-	-	-	71	-	-	-	-	-	-	
Eswatini	>95	45	>95	88	44	45	92	x	33	48	
État de Palestine	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	
États-Unis	-	-	92	62	-	-	-	-	-	-	
Éthiopie	78	38	36	68	38	24	-	-	-	-	
Fédération de Russie	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-	
Fidji	59	70	72	47	-	-	-	-	-	-	
Finlande	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-	

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%)	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%)	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%)		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2020 ^R		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2020 ^R		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2020 ^R	
			Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
France	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-
Gabon	71	12	23	32	35	29	-	-	-	-
Gambie	89	15	41	40	15	19	41	0	2	4
Géorgie	>95	91	60	73	-	-	-	-	-	2 x
Ghana	87	25	43	45	17	14	50	35	1	7
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	67 x	59 x	80 x	92 x	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée	82	36	22	26	22	17	-	18	-	5
Guinée équatoriale	43	5	39	21	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	39	16	25	24	25	11	53	29	1	4
Guyana	69	94	19	58	33	48	83	-	10	16
Haiti	87	55	63	69	34	36	-	-	-	-
Honduras	41	55	36	53	35	29	-	-	-	-
Hongrie	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	64	-	95	-	26 x	18 x	30	35	-	-
Indonésie	15	5	25	18	4	12	-	-	-	-
Iran (République islamique d')	36	25	33	30	-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-	7	-	5	-	-	-	1
Irlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	66	22	33	39	34	39	75	56	20	35
Japon	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Jordanie	-	-	-	15	8	2	-	-	-	-
Kazakhstan	94	>95	68	74	30 x	20	94 x	-	14 x	11
Kenya	91	65	59	68	58	49	-	-	-	-
Kirghizistan	80	74	50	71	-	17	-	-	-	11
Kiribati	-	-	-	-	19	31	26	-	4	1
Koweït	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-
Lesotho	86	63	65	73	26	28	-	-	44	54
Lettonie	78	75	93	56	-	-	-	-	-	-
Liban	-	-	-	-	22	26	-	-	-	-
Libéria	>95	20	32	38	-	-	-	-	-	-
Libye	64	49	30	34	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-
Madagascar	15	<1	7	6	26	20	2	7	1	2
Malaisie	>95	>95	>95	53	-	-	-	-	-	-
Malawi	93	79	74	84	43	39	49	38	17	47
Maldives	-	-	-	-	21	27	-	-	-	-
Mali	49	24	42	39	14	13	47	26	2	5
Malte	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-
Maroc	44	33	91	86	-	-	-	-	-	-
Maurice	>95	58	82	24	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	6	8	21	28	7 x	5 x	-	-	1	2
Mexique	-	-	49	27	-	28	-	36	-	7
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	-	-	-	-	17	18	78	-	5	7
Monténégro	-	-	-	-	35	42	64	-	0	0
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	48	28	27 x	-	-	-	-
Myanmar	18	47	68	56	14	13	-	-	-	-
Namibie	>95	>95	82	80	61	56	-	-	14	28

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%)	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%)	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%)		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2020 ^R		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2020 ^R		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2020 ^R		
			Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Népal	83	6	95	89	23	26	-	-	1	2	
Nicaragua	73	64	40	30	20	11	-	-	-	-	
Niger	40	21	53	54	-	-	-	-	-	-	
Nigéria	34	15	31	60	29	38	62	43	7	8	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oman	61	44	57	41	-	-	-	-	-	-	
Ouganda	>95	75	68	66	40	41	-	-	19	34	
Ouzbékistan	51	43	31	74	-	-	-	-	-	-	
Pakistan	23	4	53	14	0	1	-	-	-	-	
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Panama	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	58	51	21	21	-	-	-	-	
Paraguay	54	47	-	42	-	25	-	61	-	9	
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pérou	-	47	-	48	-	21	x	-	-	-	
Philippines	15	7	19	16	15	x	16	-	-	-	
Pologne	-	-	-	62	-	-	-	-	-	-	
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Qatar	-	-	-	-	23	10	-	-	-	-	
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
République centrafricaine	94	25	65	41	16	12	50	32	2	12	
République de Corée	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	
République de Moldova	>95	>95	77	56	26	35	-	-	6	10	
République démocratique du Congo	61	12	38	46	23	18	35	26	5	6	
République démocratique populaire lao	>95	65	57	48	25	23	57	27	1	1	
République dominicaine	72	16	31	35	39	27	-	49	-	16	
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
République-Unie de Tanzanie	80	48	60	76	32	33	-	-	11	24	
Roumanie	84	77	>95	88	-	-	-	-	-	-	
Royaume-Uni	-	-	-	61	-	-	-	-	-	-	
Rwanda	87	80	59	78	55	54	-	-	-	-	
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	58	-	-	-	12	
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	55	x	54	x	54	x	
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sao Tomé-et-Principe	-	-	-	-	28	32	76	63	10	18	
Sénégal	68	35	37	59	26	20	-	-	-	-	
Serbie	-	-	-	-	43	x	53	x	63	x	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leone	78	3	13	32	22	27	9	12	3	7	
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Slovénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Somalie	42	20	15	21	-	-	-	-	-	-	
Soudan	4	-	26	29	10	x	8	-	-	1	
Soudan du Sud	44	15	15	16	-	-	8	x	6	x	
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suède	-	-	-	78	-	-	-	-	-	-	
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suriname	79	42	44	71	-	40	x	-	-	11	x
Tadjikistan	77	68	89	85	9	x	4	-	-	-	-
Tchad	89	17	35	55	26	17	40	39	7	7	
Tchéquie	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	
Thaïlande	>95	92	75	59	46	49	-	-	1	3	
Timor-Leste	-	-	-	-	13	6	-	-	-	-	
Togo	68	26	49	56	32	25	34	49	7	15	
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

TABLEAU 7. VIH/SIDA : COUVERTURE DES INTERVENTIONS

Pays et zones	Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME (%)	Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons (%)	Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (%)		Connaissance d'ensemble du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans (%) 2012-2020 ^R		Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples (%) 2012-2020 ^R		Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats (%) 2012-2020 ^R	
			Enfants de 0 à 14 ans	Adolescents de 10 à 19 ans	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tonga	-	-	-	-	8	4	0	-	1	1
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	55	x	-	-	10
Tunisie	41	33	33	39	12	13	-	-	-	-
Türkiye	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-
Turkménistan	-	-	-	<0 01	-	19	-	-	-	5
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	>95	61	>95	86	37	43	90	-	10	7
Uruguay	-	75	>95	66	-	36	-	67	-	7
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République bolivarienne du)	22	14	28	30	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	75	28	82	88	-	51	-	-	-	4
Yémen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	>95	32	67	72	39	41	-	-	15	29
Zimbabwe	88	>95	73	83	41	41	62	-	26	39

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	83	62	50	60	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Est et australe	89	71	56	63	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	60	25	35	51	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	68	46	42	42	-	-	-	-	-	-
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	41	38	53	45	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	59	-	92	64	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	28	15	49	42	-	-	-	-	-	-
Pays les moins avancés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monde	81	62	52	59	-	-	-	-	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

^R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

^x Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME – Estimations 2022 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons – Estimations 2022 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral – Estimations 2022 du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2022.

Connaissances d'ensemble sur le VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans – Enquêtes de population représentatives au niveau national, dont des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2021. Dernière mise à jour : juin 2022.

Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples – Enquêtes de population représentatives au niveau national, dont des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2021. Dernière mise à jour : juin 2022.

Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats – Enquêtes de population représentatives au niveau national, dont des MICS, des EDS, des enquêtes sur les indicateurs du sida et d'autres enquêtes auprès des ménages portant sur la période 2012-2021. Dernière mise à jour : juin 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des traitements antirétroviraux pour la PTME – Pourcentage du nombre estimatif de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral effectif (hors névirapine à dose unique) pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons – Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant subi un test virologique pour le VIH dans les deux mois suivant leur naissance.

Enfants vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral – Pourcentage d'enfants vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral.

Connaissances d'ensemble sur le VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans capables d'identifier correctement les deux façons de prévenir la transmission sexuelle du VIH, qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive au VIH et qui réfutent les deux idées fausses les plus répandues sur la transmission du VIH.

Utilisation de préservatifs chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant des partenaires multiples – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 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.

Adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant obtenu les résultats – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont obtenu les résultats du test le plus récent.

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Poids à la naissance		Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans)				Supplémentation en vitamine A, couverture totale ^a (6 à 59 mois) (%) 2021 ^{m, a}	Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Malnutrition chez les femmes		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2015-2021 ^b
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015 ^m	Absence de pesée à la naissance (%) 2015-2021 ^{m, b}	Retard de croissance (%) (2020)	Émaciation (%) (2015-2022) ^{c, b}		Surpoids (%) (2020)		Maigreux (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%) (2016)	Anémie chez les 15-49 ans (%) (2019)	
			Modérée et sévère ^{d, m}	Sévère	Modérée et sévère ^e	Modérée et sévère ^{d, m}						
Afghanistan	- z	86	35	2	5 k	4	58 f	17	9	16	43	57
Afrique du Sud	14	12	23	2 w	3 w	13	42 f	5	25	3	31	91
Albanie	5	3	10	1	2	15	-	1	25	2	25	65
Algérie	7	10	9	1	3	13	-	6	31	4	33	89
Allemagne	7	<1	2	<1 w	<1 kw	4	-	1	26	2	12	-
Andorre	7	-	- z	-	-	- z	-	1	36	2	12	-
Angola	15	46	38	1	5	3	- f, aa	8	11	11	45	82
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	9	-	- z	-	-	- z	-	3	27	4	17	-
Arabie saoudite	- z	-	4	5 x	12 x	8	-	8	36	2	28	70 xy
Argentine	7	6	8	<1	2	13	-	1	37	1	12	-
Arménie	9	1	9	2	4	11	-	2	19	4	17	99
Australie	7	1	2	<1 wx	<1 lwx	19	-	1	34	2	9	-
Autriche	7	<1	- z	-	-	- z	-	2	26	3	13	-
Azerbaïdjan	7	1 x	16	1 x	3 x	9	-	3	19	3	35	93 x
Bahamas	13	-	- z	-	-	- z	-	3	36	3	15	-
Bahreïn	12	-	5 e	-	-	6 e	-	6	35	4	35	-
Bangladesh	28	49	30	2	10	2	96 f	18	9	23	37	76
Barbade	- z	-	7	2 x	7 x	11	-	4	28	3	17	37 x
Bélarus	5	6	4	1 x	2 x	7	-	2	23	2	21	-
Belgique	7	1	2	<1 wx	<1 lwx	5	-	1	24	2	14	-
Belize	9	2	13	1	2	8	-	3	29	3	21	85
Bénin	17	40	31	1	5 k	2	80 f	7	11	9	55	85
Bhoutan	12	28 x	22	2 x	6 x	5	-	16	10	11	39	98 xy
Bolivie (État plurinational de)	7	8	13	1	2	9	- f	1	28	2	24	86
Bosnie-Herzégovine	3	2 x	9	2 x	2 x	13	-	2	21	3	24	-
Botswana	16	54 x	23	3 x	7 x	11	64 f	6	18	7	33	83 x
Bésil	8	2	6	<1 x	2 x	7	-	3	28	4	16	98 x
Brunei Darussalam	11	-	13	<1 x	3 x	9	-	6	27	6	17	-
Bulgarie	10	-	6	3 wx	6 wx	6	-	2	29	2	24	92 xy
Burkina Faso	13	36 x	26	1 m	10 m	3	99 f	8	8	13	53	89
Burundi	15	20	58	1 k	6 k	3	81 f	7	10	11	39	89
Cabo Verde	- z	-	10 e	-	-	- z	-	7	12	7	24	92 bx
Cambodge	12	9 x	30	2	10	2	61 f	11	11	14	47	68 x
Cameroun	12	36	27	2	4	10	85 f	6	13	6	41	91
Canada	6	3	- z	-	-	12	-	1	32	2	10	-
Chili	6	6	2	-	<1 x	10	-	1	35	1	9	-
Chine	5	<1 x	5	1 x	2 m	8	-	3	29 k	6	16	97 y
Chypre	- z	-	- z	-	-	- z	-	1	33	2	14	-
Colombie	10	18	11	<1	2	6	-	2	24	3	21	-
Comores	24	32 x	23	4 x	11 x	10	- f	7	12	9	34	82 x
Congo	12	10	18	3 x	8 x	5	- f	7	11	11	49	91 x
Costa Rica	7	2	9	<1	2	8	-	2	32	2	14	-
Côte d'Ivoire	15	27	18	1	6	3	85 f	6	13	8	51	80
Croatie	5	<1	- z	-	-	- z	-	1	28	2	21	-
Cuba	5	2	7	1	2	10	-	3	30	5	19	90
Danemark	5	<1	- z	-	-	- z	-	1	25	3	12	-
Djibouti	- z	15 x	34	3 w	10 w	7	- f	6	17	7	32	4 x
Dominique	- z	-	- z	-	-	- z	-	3	33	3	21	-
Égypte	- z	39 x	22	5 x	9 x	18	-	3	37	1	28	93 xy
El Salvador	10	7 x	11	<1 x	2 x	7	-	2	30	2	11	-

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Poids à la naissance		Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans)				Supplémentation en vitamine A, couverture totale ^e (6 à 59 mois) (%) 2021 ^{m, &}	Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Malnutrition chez les femmes		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2015-2021 ^h
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015 ^m	Absence de pesée à la naissance (%) 2015-2021 ^{m, R}	Retard de croissance (%) (2020)	Émaciation (%) (2015-2022) ^{c, h}		Surpoids (%) (2020)		Maigreur (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%) (2016)	Anémie chez les 15-49 ans (%) (2019)	
				Modérée et sévère ^{g, m}	Sévère							
Émirats arabes unis	13	-	- z	-	-	- z	-	5	36	2	24	-
Équateur	11	-	23	1 k	4	10	-	1	28	1	17	-
Érythrée	- z	65 x	49	4 x	15 x	2	78 f	8	11	17	37	86 x
Espagne	8	-	- z	-	-	- z	-	1	34	2	13	-
Estonie	4	6	1	<1 x	2 x	6	-	2	21	2	22	-
Eswatini	10	9 x	23	<1 x	2 x	10	33 f	4	17 l	5	31	90 x
État de Palestine	8	1	8	1	1	9	-	-	-	-	-	96
États-Unis	8	2	3	<1	<1	9	-	1	42	2	12	-
Éthiopie	- z	87	35	1	7 k	3	73 f	10	9	15	24	86
Fédération de Russie	6	-	- z	-	-	- z	-	2	21	2	21	-
Fidji	- z	1	7	1	5	5	-	4	34	2	32	-
Finlande	4	<1	- z	-	-	- z	-	1	27	2	11	-
France	7	<1 x	- z	-	-	- z	-	1	30	3	11	-
Gabon	14	9 x	14	1 x	3 x	7	<1 f	6	16	7	52	89 x
Gambie	17	29	16	1	5	2	27 f	7	12	10	50	67
Géorgie	6	<1 x	6	<1 l	1	8	-	3	20	4	28	98 xy
Ghana	14	36	14	1	7	3	35 f	6	11	7	35	69
Grèce	9	-	2	<1 lwx	1 wx	14	-	1	37	1	15	-
Grenade	- z	-	- z	-	-	- z	-	4	26	4	19	-
Guatemala	11	6	43	<1	1 k	5	-	1	29	2	7	88 x
Guinée	- z	52	29	4	9	6	96 f	7	10	10	48	53
Guinée équatoriale	- z	30 x	20	2 x	3 x	9	8 f	8	11	10	45	57 x
Guinée-Bissau	21	49	28	2	8	3	<1 f	7	11	9	48	33
Guyana	16	12 x	9	2 x	6 x	7	-	5	25	5	32	43 x
Haiti	- z	68	20	1	4	4	20 f	4	28	5	48	8
Honduras	11	12	20	<1	2	6	-	2	27	3	18	88
Hongrie	9	<1	- z	-	-	- z	-	2	28	3	20	-
Îles Cook	3	-	- z	-	-	- z	-	<1	63	<1	27	-
Îles Marshall	- z	14	32	1	4	4	-	<1	59	1	31	-
Îles Salomon	- z	14	29	4	8	4	-	1	23	2	38	88
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	<1 k	1 k	-	-	-	-	-	-	70
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	- z	9	31	8 k	19 k	2	- f, aa	27	7	24	53	94
Indonésie	10	6	32	4 k	10	11	-	10	15	13	31	92 bx
Iran (République islamique d')	- z	-	6	1	4	9 e	-	9	26	4	24	94 bx
Iraq	- z	29	12	1	3	9	-	5	32	2	29	68
Irlande	6	2	- z	-	-	- z	-	<1	31	1	12	-
Islande	4	1	- z	-	-	- z	-	1	28	2	10	-
Israël	8	-	- z	-	-	- z	-	1	35	2	13	-
Italie	7	2	- z	-	-	- z	-	1	37	2	14	-
Jamaïque	15	4 x	8	1	3	7	-	2	30	3	20	-
Japon	9	<1	5	<1 x	2 x	2	-	2	14	10	19	-
Jordanie	14	3	7	<1 l	1	7	-	4	31	1	38	88 bx
Kazakhstan	5	1	7	1	3	9	-	2	20	4	29	94
Kenya	11	35	19	2 w	7 w	4	86 f	8	11	10	29	95 x
Kirghizistan	6	1	11	1	2	6	-	3	16	4	36	99
Kiribati	- z	25	15	1	4	2	- f	<1	55	1	33	77
Koweït	10	-	6	1 x	3 m	7	-	4	42	1	24	-
Lesotho	15	8	32	1	2	7	- f	5	15 l	5	28	85 x
Lettonie	5	<1	- z	-	-	- z	-	2	22	2	22	-
Liban	9	-	10	<1	1	20	-	5	33	3	28	95 x
Libéria	- z	71	28	1	3	5	- f	7	10	8	43	87

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Poids à la naissance		Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans)				Supplémentation en vitamine A, couverture totale ^e (6 à 59 mois) (%) 2021 ^{m, &}	Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Malnutrition chez les femmes		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2015-2021 ^h
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015 ^m	Absence de pesée à la naissance (%) 2015-2021 ^{m, R}	Retard de croissance (%) (2020)	Émaciation (%) (2015-2022) ^{c, R}		Surpoids (%) (2020)		Maigreur (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%) (2016)	Anémie chez les 15-49 ans (%) (2019)	
				Modérée et sévère ^{g, m}	Sévère							
Libye	- z	-	44	5 x	10 x	25	-	6	33	2	30	70 bx
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	5	15	- z	-	-	- z	-	3	21	2	20	-
Luxembourg	7	2	- z	-	-	- z	-	1	26	2	10	-
Macédoine du Nord	9	<1	4	1	3	10	-	2	26	3	19	-
Madagascar	17	63 x	40	1 k	7	1	24 f	7	11	15	38	68 x
Malaisie	11	-	21	4 k	10	6	-	7	26	7	32	28 xy
Malawi	14	6	37	<1 kw	2 kw	5	77 f	6	11	9	31	80
Maldives	12	2	14	2	9	5	-	14	17	9	52	97 x
Mali	- z	65	26	2 k	9 k	2	85 f	8	11	10	59	76 y
Malte	6	2	- z	-	-	- z	-	1	37	1	14	-
Maroc	17	3	13	1	3	11	-	6	27	3	30	43 x
Maurice	17	-	9 e	-	-	8 e	-	7	15	7	24	-
Mauritanie	- z	84	24	2	10 k	3	- f	8	13	8	43	25 y
Mexique	8	2	12	<1	2	6	-	2	35	2	15	-
Micronésie (États fédérés de)	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	51	1	25	-
Monaco	5	-	- z	-	-	- z	-	-	-	-	12	-
Mongolie	5	1	7	<1	1	10	-	2	18	3	15	75
Monténégro	5	2	8	1	2	10	-	2	25	2	17	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	14	49 x	38	1	4	6	83 f	4	13	10	48	42 x
Myanmar	12	55	25	1 w	7 w	2	- f, aa	13	12	14	42	85 y
Namibie	16	15 x	18	3 kx	7 kx	5	59 f	8	15	9	25	74 x
Nauru	- z	4 x	15	<1 x	1 x	4	-	<1	65	<1	30	-
Népal	22	22	30	3	12 k	2	90 f	16	8	17	36	94
Nicaragua	11	30 x	14	1 x	2 x	7	-	2	29	2	16	-
Niger	- z	64	47	2	11	2	93 f	10	8	13	50	59 x
Nigéria	- z	77	35	1 k	6 k	3	57 f	10	8	10	55	93
Niue	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	59	1	27	-
Norvège	4	<1	- z	-	-	- z	-	1	27	2	12	-
Nouvelle-Zélande	6	8	- z	-	-	- z	-	<1	40	2	10	-
Oman	11	-	12	3	9	5	-	7	32	5	29	88 x
Ouganda	- z	34	28	1	4	4	38 f	6	10 l	10	33	91
Ouzbékistan	5	4	10	<1	2	5	-	3	17	4	25	82 x
Pakistan	- z	89	37	2	7	3	92 f	19	10	15	41	80
Palaos	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	64	1	29	-
Panama	10	9 x	15	<1	1	11	-	2	29	3	21	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	- z	51	48	6 x	14 x	9	- f	1	32	3	34	60 x
Paraguay	8	2	5	<1	1	12	-	2	28	2	23	92
Pays-Bas	6	5	2	<1 x	1 x	5	-	1	25	2	13	-
Pérou	9	3	11	<1	<1	8	-	1	27	2	21	91
Philippines	20	17	29	1	6 m	4	- f	10	13	14	12	57 y
Pologne	6	5	2	<1 lx	1 x	7	-	2	26	3	- z	-
Portugal	9	<1	3	<1 w	1 w	9	-	1	32	2	13	-
Qatar	7	-	5 e	-	-	14 e	-	5	39	2	28	99 xy
République arabe syrienne	- z	52 x	30	5 x	12 x	18	-	6	28	3	33	72 y
République centrafricaine	15	37	40	1	5	3	- f	8	11	12	47	76
République de Corée	6	8	2	<1	<1	9	-	1	27 k	6	14	-
République de Moldova	5	1 x	5	<1 x	2 x	4	-	3	18	3	26	58 x
République démocratique du Congo	11	27	41	2	6	4	56 f	9	10	13	42	85
République démocratique populaire lao	17	33	30	3	9	3	- f	9	14	11	40	94
République dominicaine	11	4	6	1	2	8	-	3	33	3	26	32 x

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Poids à la naissance		Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans)				Supplémentation en vitamine A, couverture totale ^e (6 à 59 mois) (%) 2021 ^{m, &}	Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Malnutrition chez les femmes		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2015-2021 ^h	
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015 ^m	Absence de pesée à la naissance (%) 2015-2021 ^{m, R}	Retard de croissance (%) (2020)	Émaciation (%) (2015-2022) ^{c, h}		Surpoids (%) (2020)		Maigreux (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%) (2016)	Anémie chez les 15-49 ans (%) (2019)		
				Modérée et sévère ^{g, m}	Sévère	Modérée et sévère ^l							Modérée et sévère ^{g, m}
République populaire démocratique de Corée	- z	<1	18	1	3	2	<1 f	5	23	8	34	38	
République-Unie de Tanzanie	10	37	32	1 lw	2 w	5	96 f	7	12	10	39	76	
Roumanie	8	-	10	1 x	3 x	7	-	3	25	2	23	-	
Royaume-Uni	7	2	- z	-	-	- z	-	1	31	2	11	-	
Rwanda	8	6	33	<1	1	5	- f, aa	6	11 l	8	17	90	
Sainte-Lucie	- z	1 x	3	1 x	4 x	7	-	4	23	4	14	75 x	
Saint-Kitts-et-Nevis	- z	-	- z	-	-	- z	-	4	28	3	15	-	
Saint-Marin	3	-	- z	-	-	- z	-	-	-	-	13	-	
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	- z	-	- z	-	-	- z	-	3	29	4	17	-	
Samoa	- z	54	7	1	3	7	-	<1	53	1	27	96	
Sao Tomé-et-Principe	7	3	12	1	4 k	4	- f	5	13	8	44	89	
Sénégal	18	36	17	1	8 k	2	57 f	9	10	11	53	65	
Serbie	5	<1	5	1	3	11	-	2	27	3	23	-	
Seychelles	12	-	7	1 x	4 x	10	-	6	23	5	25	-	
Sierra Leone	14	35	27	2	6	5	66 f	7	11	10	48	82	
Singapour	10	-	3	<1 x	4 x	5	-	2	22	8	13	-	
Slovaquie	8	<1	- z	-	-	- z	-	1	23	3	24	-	
Slovénie	6	3	- z	-	-	- z	-	1	27	3	22	-	
Somalie	- z	92	27	4 x	14 x	3	- f	7	13	9	43	7 x	
Soudan	- z	90	34	4 x	16 x	3	<1 f	-	-	-	37	34 x	
Soudan du Sud	- z	-	31	10 kx	23 kx	6	90 f	-	-	-	36	60 x	
Sri Lanka	16	4	16	3	15	1	-	15	13	13	35	92	
Suède	2	<1	- z	-	-	- z	-	1	24	2	14	-	
Suisse	6	1	- z	-	-	- z	-	<1	22	4	11	-	
Suriname	15	16	8	1	6	4	-	4	31	3	21	-	
Tadjikistan	6	9	15	2	6	3	95 f	4	15	5	35	91	
Tchad	- z	88 x	35	2	10 k	3	<1 f	8	9	13	45	65	
Tchéquie	8	<1	3	1 x	5 kx	7	-	2	28	2	21	-	
Thaïlande	11	2	12	3	8	9	-	8	22	8	24	84	
Timor-Leste	- z	47	49	1	8 k	3	- f	11	13	18	30	83	
Togo	16	30	24	1	6	2	96 f	6	10	9	46	81	
Tokélaou	-	-	- z	-	-	- z	-	-	-	-	-	-	
Tonga	- z	17	3	<1 k	1	13	-	<1	58	<1	29	53	
Trinité-et-Tobago	12	10 x	9	2 x	6 x	11	-	6	25	4	18	63 x	
Tunisie	7	2	9	1	2	17	-	7	25	3	32	-	
Türkiye	11	4	- z	1	2	- z	-	5	29	2	- z	85 x	
Turkménistan	5	1	8	1	4	4	<1 f	3	18	4	27	>99	
Tuvalu	- z	1	10	1	3	6	-	<1	58	1	28	85	
Ukraine	6	3 x	16	4 x	8 x	17	-	2	21	2	18	36 x	
Uruguay	8	<1	6	<1	1	10	-	2	33	1	15	-	
Vanuatu	11	10 x	29	1 x	5 x	5	-	2	31	2	29	63 x	
Venezuela (République bolivarienne du)	9	-	11	-	4 mx	7	-	2	34	2	24	-	
Viet Nam	8	3	22	1 m	5 m	6	-	14	10	18	21	61 x	
Yémen	- z	92 x	37	5 x	16 kx	3	6 f	14	20	8	62	49 x	
Zambie	12	20	32	2	4	6	95 f	6	13	9	32	88 x	
Zimbabwe	13	12	23	<1	3	4	16 f	6	15 l	5	29	84	

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	14	52	32	1	6	4	61	7	10	10	41	84
Afrique de l'Est et australe	14	51	32	1	5	5	59	7	11	9	33	85

TABLEAU 8. NUTRITION : NOUVEAU-NÉS, ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE/SCOLAIRE, FEMMES ET MÉNAGES

Pays et zones	Poids à la naissance		Malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire (0 à 4 ans)				Supplément en vitamine A, couverture totale* (6 à 59 mois) (%) 2021 m, &	Malnutrition chez les enfants d'âge scolaire (5 à 19 ans) 2016		Malnutrition chez les femmes		Pourcentage de ménages consommant du sel iodé 2015-2021 ^h	
	Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2015 ^m	Absence de pesée à la naissance (%) 2015-2021 ^{m, R}	Retard de croissance (%) (2020)	Émaciation (%) (2015-2022) ^{c, R}		Surpoids (%) (2020)		Maigreur (%)	Surpoids (%)	Insuffisance pondérale chez les plus de 18 ans (%) (2016)	Anémie chez les 15-49 ans (%) (2019)		
				Modérée et sévère ^{g, m}	Sévère								Modérée et sévère ^h
Afrique de l'Ouest et centrale	14	54	32	2	7	3	63	9	10	10	49	84	
Amérique latine et Caraïbes	9	7	11	<1	1	7	-	2	30	3	17	-	
Amérique du Nord	8	2	3	<1	d	<1	d	1	41	2	12	-	
Asie de l'Est et Pacifique	8	7	v	14	1	4	8	-	6	23	8	19	92
Asie du Sud	27	31	32	5	15	2	71	25	8	23	49	90	
Europe et Asie centrale	7	2	6	-	-	8	-	2	26	2	19	-	
Europe de l'Est et Asie centrale	7	3	8	1	q	2	q	3	23	2	25	-	
Europe de l'Ouest	7	1	3	-	-	7	-	1	30	2	13	-	
Moyen-Orient et Afrique du Nord	11	35	16	3	6	12	-	6	31	3	30	-	
Pays les moins avancés	16	53	34	2	7	3	62	10	10	14	39	84	
Monde	15	29	v	22	2	7	6	64	11	18	9	30	89

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

^a 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 le premier semestre [de janvier à juin] et le deuxième semestre [de juillet à décembre] de 2021). Les données ne sont présentées que pour les pays prioritaires pour la supplémentation en vitamine A. Les agrégats ne sont donc basés que sur ces pays prioritaires et ne représentent qu'eux.

^{aa} Les résultats des pays n'ayant pas autorisé le partage public de leurs estimations ne figurent pas dans les résultats nationaux de ce tableau, mais sont inclus dans les estimations mondiales et régionales.

^b Impossibilité de confirmer si les valeurs indiquées comprennent les ménages avec une alimentation sans sel ou pas.

^c Les moyennes régionales et mondiales pour le retard de croissance (modéré et sévère) et l'émaciation (sévère) sont estimées grâce à des modélisations statistiques des données issues des estimations communes de l'UNICEF, de l'OMS et du Groupe de la Banque mondiale sur la malnutrition de l'enfant publiées en mai 2021 et pourraient par conséquent ne pas tenir compte de l'ensemble des mises à jour des valeurs nationales figurant dans ce tableau. Pour en savoir plus, consulter l'adresse <data.unicef.org/malnutrition>.

^d En ce qui concerne les estimations relatives à l'émaciation et à l'émaciation sévère, la moyenne régionale pour l'Amérique du Nord se base uniquement sur les données des États-Unis.

^e Le point de données le plus récent (par ex., des enquêtes auprès des ménages) utilisé pour produire les estimations modélisées du retard de croissance et du surpoids est antérieur à l'année 2000 ; à interpréter avec prudence.

^f Identifie les pays désignés comme « prioritaires ». Les pays prioritaires pour les programmes nationaux de supplémentation en vitamine A sont identifiés comme étant ceux présentant de forts taux de mortalité chez les moins de 5 ans (plus de 40 pour 1 000 naissances vivantes) et/ou des données probantes de carence en vitamine A au sein de ce groupe d'âge et/ou démontrant avoir déjà bénéficié de programmes de supplémentation en vitamine A.

^g Les données sur la taille et le poids des enfants collectées grâce aux enquêtes auprès des ménages ont été limitées en 2020 en raison des mesures de distanciation physique requises pour prévenir la propagation de la COVID-19. Seules quatre enquêtes nationales incluses dans la base de données ont été réalisées (au moins partiellement) en 2020. Les estimations conjointes sur la malnutrition se basent donc presque entièrement sur les données recueillies avant 2020 et ne prennent pas en compte les effets de la pandémie de COVID-19.

^k Observation de différences significatives sur le plan statistique entre les genres montrant que les garçons sont plus touchés.

^l Observation de différences significatives sur le plan statistique entre les genres montrant que les filles sont plus touchées.

^m Évaluation des genres impossible.

ⁿ Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.

^o Les estimations régionales relatives à l'Europe de l'Est et à l'Asie centrale excluent la Fédération de Russie.

^p Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

^v Les estimations ventilées concernant l'Asie de l'Est et le Pacifique ainsi que le monde incluent des estimations relatives à la Chine datant de 2013 qui se situent donc en dehors de la période 2015-2021.

^w Catégorie d'âge réduite.

^x Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

^y Les données diffèrent de la définition standard ; si elles font partie de la période de référence notée, elles sont prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.

^z Les estimations modélisées au niveau national ne sont pas affichées, mais ont été utilisées pour les agrégats régionaux et mondiaux. Pour en savoir plus, veuillez consulter les bases de données disponibles à l'adresse <https://data.unicef.org/topic/nutrition/child-nutrition/>.

^{aa} Dans la vaste majorité des pays, aucune différence significative sur le plan statistique n'a été observée entre les genres, si bien que les données ventilées par sexe ne sont pas affichées.

^{ab} Les estimations relatives à la couverture de la supplémentation en vitamine A pour l'année 2021 dans certains pays prioritaires n'étaient pas prêtes au moment de la publication de ce rapport et seront disponibles au cours des mois à venir. Pour obtenir les données les plus récentes, veuillez consulter : <data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Insuffisance pondérale à la naissance – Estimations modélisées de l'UNICEF et de l'OMS. Dernière mise à jour : mai 2019.

Absence de pesée à la naissance – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), autres enquêtes nationales auprès des ménages, données obtenues à partir de rapports de routine. Dernière mise à jour : décembre 2022.

Retard de croissance, surpoids (enfants d'âge préscolaire) – estimations modélisées de l'UNICEF et de l'OMS. Dernière mise à jour : mai 2021.

Émaciation et émaciation sévère (enfants d'âge préscolaire) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : Novembre 2022 pour les données nationales et mai 2021 pour les agrégats régionaux et mondiaux.

Supplémentation en vitamine A – UNICEF. Dernière mise à jour : janvier 2023.

Maigreur et surpoids (enfants d'âge scolaire) et insuffisance pondérale (femme de plus de 18 ans) – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, 390(10113), pages 2627 à 2642. Dernière mise à jour : août 2019.

Anémie (femmes de 15 à 49 ans) – Observatoire mondial de la santé, OMS. Dernière mise à jour : avril 2021.

Consommation de sel iodé – EDS, MICS, autres enquêtes nationales auprès des ménages et enquêtes au sein des établissements scolaires. Dernière mise à jour : décembre 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

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

Absence de pesée à la naissance – Pourcentage de naissances pour lesquelles le poids à la naissance ne figure pas dans la source de données. Remarques : i) Les estimations provenant des enquêtes auprès des ménages portent sur les naissances vivantes pour les femmes âgées de 15 à 49 ans durant la période de référence de l'enquête (par exemple, les deux dernières années) pour lesquelles le poids à la naissance n'est indiqué dans aucun document officiel (par exemple, une carte d'assurance maladie) ou n'a pas pu être obtenu auprès de la personne interrogée au moment de l'entretien et peuvent avoir été recalculées de sorte que les poids de naissance inférieurs à 250 g et supérieurs à 5 500 g soient considérés comme non disponibles et ii) les estimations provenant de sources administratives (par exemple, des systèmes de gestion de l'information dans le domaine de la santé) ont été calculées à l'aide des données du numérateur de la source administrative du pays en question. Les données du dénominateur correspondent au nombre de naissances annuelles selon l'édition 2022 du rapport *Perspectives de la population mondiale* de la Division de la population des Nations Unies. Ces estimations incluent les nouveau-nés qui n'ont pas été pesés et les poids non enregistrés dans le système.

Retard de croissance (enfants d'âge préscolaire) – Modéré et sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Émaciation (enfants d'âge préscolaire) – Modérée et sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Émaciation (enfants d'âge préscolaire) – Sévère : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur à trois écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Surpoids (enfants d'âge préscolaire) – Modéré et sévère : Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts-types au-dessus de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS (inclut le surpoids sévère).

Supplémentation en vitamine A, couverture totale – Pourcentage estimatif d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu deux doses de supplément en vitamine A, à 4 ou 6 mois d'intervalle environ, au cours d'une année donnée.

Maigreur (enfants d'âge scolaire) – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans ayant un IMC inférieur à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Surpoids (enfants d'âge scolaire) – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 19 ans ayant un IMC supérieur à un écart-type au-dessus de la médiane des normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Insuffisance pondérale (femmes de plus de 18 ans) – Pourcentage de femmes âgées de plus de 18 ans ayant un IMC inférieur à 18,5 kg/m².

Anémie (femmes âgées de 15 à 49 ans) – Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant une concentration d'hémoglobine inférieure à 120 g/L pour les femmes qui ne sont pas enceintes et pour les femmes allaitantes, et inférieures à 110 g/L pour les femmes enceintes, ajustée en fonction de l'altitude et du tabagisme.

Ménages consommant du sel iodé – Pourcentage de ménages consommant du sel iodé (supérieur à 0 ppm).

TABLEAU 9. NUTRITION : ALLAITEMENT ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Pays et zones	Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2015-2021 ^{R, A}																							
	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Pourcentage d'enfants consommant (6 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (%)												
				Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	2 groupes d'aliments ou moins (pauvreté alimentaire sévère)	3 ou 4 groupes d'aliments (pauvreté alimentaire modérée)	au moins 5 groupes d'aliments (diversité alimentaire minimale)															
Afghanistan	63	m	58	m	61	74	80	70	40	38	22	49	15	59										
Afrique du Sud	67		32		83	34	47	25	23	37	40	43	19	37										
Albanie	57		37		89	43	38	37	18	29	52	45	27	26										
Algérie	33		29		88	37	36	43	17	44	39	46	19	26										
Allemagne	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										
Andorre	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–										
Angola	48		37		79	k	67	74	53	30	41	29	31	12	36									
Anguilla	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									
Antigua-et-Barbuda	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									
Arabie saoudite	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									
Argentine	57	m	32	x	97	x	39	x	49	x	33	x	–	–	–									
Arménie	41		44		90		29		32		24		14	49	36	62	x	22	22					
Australie	–		–		–	20	m	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					
Autriche	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					
Azerbaïdjan	20	mx	12	mx	77	x	26	x	24	x	15	x	24	x	41	x	35	x	–	–	38	x		
Bahamas	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Bahreïn	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Bangladesh	47		63		75		90		91		86		20		46		34		65		27		45	
Barbade	40	mx	20	mx	90	mx	41	x	–	px	–	px	–	–	–	–	–	58	x	–	–	–		
Bélarus	24		22		96		17		10		20		1		29		70		93		57		3	
Belgique	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Belize	68	m	33		79		47		59		37		10		32		58		64	x	–	–	30	
Bénin	54		41		56		69		77		52		44		30		26		44		15		54	
Bhoutan	77		53		93		77		91		–	p	47		37		16		63	x	–	–	61	
Bolivie (État plurinational de)	63		56		83		61		74	rx	53	rx	7		23		70		–	–	–	–	16	
Bosnie-Herzégovine	42	mx	18	x	76	mx	12	x	16	x	10	x	–	–	–	–	–	71	x	–	–	–	–	
Botswana	53		30		73		15		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Brésil	62		46		86		44		50		32		–	–	–	–	57	–	–	–	–	–	21	
Brunei Darussalam	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bulgarie	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Burkina Faso	59		58		61		92		93	rx	77	rx	23		42		36		65		27		26	
Burundi	87	m	72	m	83	m	87		92	r	84	r	18		64		18		39		10		9	
Cabo Verde	71	m	42	m	98	m	42	m	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Cambodge	54	m	51	m	82	x	58	x	65	x	39	x	16	x	44	x	51	m	72	x	30	x	35	x
Cameroun	48		39		76		43		65		12		28		53		20		44		10		32	
Canada	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Chili	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Chine	29	mx	34	m	83	mx	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	37	x	63	x	25	x	29	x
Chypre	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Colombie	69		37		90	l	42		49		36		7		24		69		60		42		15	
Comores	34	x	11	x	80	x	65	x	68	x	69	x	31	kx	47	x	22	x	28	x	5	x	52	kx
Congo	25	mx	33	x	84	x	32	x	54	x	20	x	35	lx	52	kx	14	x	29	x	4	x	51	x
Costa Rica	53	m	25		99		46		47		40		3		21		76		76	x	–	–	10	
Côte d'Ivoire	43	m	34	m	65		63		76		36		29		48		28	m	48		14		44	
Croatie	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Cuba	64	m	41		94		25		35		23		9		33		58		76	x	54	x	22	
Danemark	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Djibouti	52	mx	12	mx	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Dominique	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Égypte	27	x	40	x	75	x	50	x	58	x	43	x	26	x	39	x	35	x	56	x	23	x	45	x
El Salvador	42	mx	47	x	90	x	67	x	71	x	57	x	5	x	22	x	73	x	87	x	64	x	16	x
Émirats arabes unis	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Équateur	72		40	mx	63		53		–	–	–	–	23		24		53		48		29		27	
Érythrée	93	mxy	69	mx	44	mx	86	mx	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Espagne	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Estonie	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Eswatini	48	mx	64	x	90	x	28	x	29	x	19	x	11	x	41	x	48	x	81	x	37	x	21	x
État de Palestine	41		39		90		29		29		28		13		42		45		71		31		28	
États-Unis	–		26	m	–	–	12	m	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Éthiopie	72		59		69		81		69		77		46		40		13		55		11		69	
Fédération de Russie	25	mx	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Fidji	63		43		95		46		52		32		8		33		59		69		41		12	
Finlande	–		–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	

TABLEAU 9. NUTRITION : ALLAITEMENT ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Pays et zones	Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2015-2021 ^{R, A}											
	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Pourcentage d'enfants consommant (6 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (%)
				Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	2 groupes d'aliments ou moins (pauvreté alimentaire sévère)	3 ou 4 groupes d'aliments (pauvreté alimentaire modérée)	au moins 5 groupes d'aliments (diversité alimentaire minimale)			
France	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gabon	32 x	5 x	82 x	23 x	34 x	19 x	35 x	47 x	18 x	—	—	52 x
Gambie	35	54	76	74	76	68	33	44	23	51	15	57
Géorgie	33 m	20	90	25	29	20	8	40	53	65	28	9
Ghana	52	43	79	66	79	58	31	43	26	41	13	43
Grèce	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grenade	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	63	53	80	72	85	48	9	31	59	82	52	27
Guinée	43	33	52	78	84	57	54	32	14	22	4	63
Guinée équatoriale	—	7 mx	—	31 mx	47 rx	34 rx	—	—	—	—	—	—
Guinée-Bissau	46 m	59	64	75	80	55	53 k	39 l	8	35	3	69
Guyana	49 mx	21 x	81 x	46 x	64 x	25 x	11 x	36 x	52 x	61 x	36 x	17 x
Haïti	47	40	91	52	59	43	32 k	49	19	39	11	55
Honduras	51	30	92	51	63	37	10	33	57	85 x	55 x	37
Hongrie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Marshall	61	43	64 m	36	25	— p	29	36	34	50	15	46
Îles Salomon	79 m	76 m	—	71 m	—	—	—	—	—	—	—	—
Îles Turques-et-Caïques	49	— mp	— mp	16 m	—	—	21	22	56	68	29	35
Îles Vierges britanniques	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Inde	41	64	49	80 l	87	71	40	36	24	35	11	52
Indonésie	58 m	51	86	67	74	56	12	34	54	71	40	18
Iran (République islamique d')	81 m	47 m	76 mx	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Iraq	32	26	85	35	47	32	14	41	45	74	34	25
Irlande	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islande	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Israël	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaïque	65 mx	24 x	64 x	38 x	39 x	29 x	—	—	—	37 x	—	—
Japon	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordanie	47	18	83 m	34	50	—	19	42	38	58	25	44
Kazakhstan	83 m	38	66 l	41	40	45	11	40	49	73	37	21
Kenya	62 x	61 x	80 x	75 x	79 x	69 x	19 x	45 x	36 x	50 x	22 x	29 x
Kirghizistan	81	46	91	47	53	36	9	31	60	75	43	14
Kiribati	46	64	90	61	70	53	34	56	9	74	8	51
Koweït	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesotho	56	59	91	34	55	14	28	55	17	68	10	35
Lettonie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liban	41 mxy	—	—	14 mx	—	—	—	—	—	—	—	—
Libéria	66	55	45	68	73	52	43	49	9	22	3	56
Libye	29 mx	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituanie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxembourg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Macédoine du Nord	10	28	96 k	30	37	33	11	35	54	80	43	13
Madagascar	60	54	90	79	79	81	24	50	26	65	20	29
Malaisie	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malawi	60	64	88	83	88	67	26	57	17	37	9	26
Maldives	66	63	97	73	79	— p	6	23	71	68	50	15
Mali	60	48	61	73	82 r	73 r	30	44	26	29	8	44
Malte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Maroc	43 m	35 m	84 x	35 x	45 x	19 x	—	—	—	—	—	—
Maurice	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mauritanie	56	41	55	67	74	64	38	42	20	23	8	55
Mexique	39 m	36 m	93 m	48 m	52 r	16 r	9	32	59	57 m	48	18
Micronésie (États fédérés de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Monaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolie	70	58 m	88	64 k	65	51	10	51	45 m	66	28	45
Monténégro	24 m	20	87	25	55	20	8	26	66	76	48	11
Montserrat	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mozambique	69 mx	41 mx	95 mx	75 x	80 x	53 x	29 x	43 x	28 x	41 x	13 x	36 x
Myanmar	67	51 k	75	78	84	66	35	44	21	57	16	56
Namibie	71 x	48 x	80 x	47 x	55 x	27 x	40 x	35 x	25 x	38 x	12 x	52 x

TABLEAU 9. NUTRITION : ALLAITEMENT ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Pays et zones	Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2015-2021 ^{R, A}											
	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Pourcentage d'enfants consommant (6 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (%)
				Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	2 groupes d'aliments ou moins (pauvreté alimentaire sévère)	3 ou 4 groupes d'aliments (pauvreté alimentaire modérée)	au moins 5 groupes d'aliments (diversité alimentaire minimale)			
Nauru	76 mxy	67 mx	—	67 mx	—	—	—	—	—	—	—	—
Népal	42	62	86	91	94	84	17	43	40	69	30	38
Nicaragua	54 mxy	32 mx	89 x	52 x	64 x	28 x	—	—	—	—	—	—
Niger	57	26	88	72	85 rx	71 rx	26	57	17	71	15	43
Nigéria	42	29	74	61	82	32	33	44	23	41	10	53
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Norvège	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nouvelle-Zélande	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oman	82 m	23 m	95 m	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ouganda	72 m	65	89 m	60 m	77 r	53 r	24 m	62 m	14 m	51 m	10 m	54 m
Ouzbékistan	86	49	57	63	63	56	35	42	23	24	6	42
Pakistan	20	48	65	63	75	52	38	47	15	61	13	61
Palaos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panama	55 y	21 x	83	41 x	57 x	18 x	—	—	—	60 x	—	—
Papouasie-Nouvelle-Guinée	55	60	79	79	79	64	26	42	32	44	18	13
Paraguay	50 m	30	87	33	41	43	6	42	52	71	38	16
Pays-Bas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pérou	49	64	94	72	75	67	3	13	84	—	—	6
Philippines	57	55 m	89 x	60	68	49	12 x	34 x	54 x	—	—	22 x
Pologne	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	34 mx	29 x	74 x	47 x	—	—	—	—	—	40 x	—	—
République arabe syrienne	36 m	29 m	75 m	45 x	57 x	42 x	—	—	—	—	—	—
République centrafricaine	49	36	77	73	74 r	52 r	19 x	54 x	27 x	26	9 x	22 x
République de Corée	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
République de Moldova	61 mx	36 x	75 x	27 x	44 x	22 x	6 x	24 x	70 x	46 x	—	10 x
République démocratique du Congo	47	54	82	70	79	50	33	52	15	34	8	28
République démocratique populaire lao	50	44	87 l	43	66	19	21	43	36	69	26	36
République dominicaine	42	16	90	22	30	14	8	26	66	77 x	42 x	19
République populaire démocratique de Corée	43 m	71 m	78 m	—	—	—	—	—	47 m	—	—	—
République-Unie de Tanzanie	54 m	58 m	87 m	72	75	70	19	59	21	39	9	29
Roumanie	58 mx	16 mx	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Royaume-Uni	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rwanda	85	81	81	90	95	81	12	53	34	45	21	16
Sainte-Lucie	50 mx	3 mx	— mpx	29 mx	—	— px	—	—	—	43 x	—	—
Saint-Kitts-et-Nevis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Marin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Siège	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Saint-Vincent-et-les Grenadines	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	53	52	83	50	58	36	23	57	20	46	12	25
Sao Tomé-et-Principe	36	63	80	46	51	39	22	45	32	58 x	22 x	32
Sénégal	32	41	64	72	78	57	37	43	19	37	9	52
Serbie	8	24	96	16	28	18	2	13	86	95	74	2
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leone	88	51	99	54 k	67 r	51 r	46	29	24	32	9	54
Singapour	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Slovaquie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Slovénie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Somalie	60 m	34 m	41 m	45 m	61 rx	23 rx	63	24	13	—	—	65
Soudan	69 mx	55 x	61 x	73 x	72 x	74 x	34 x	42 x	24 x	41 x	14 x	67 x
Soudan du Sud	50 x	45 x	42 x	62 x	67 x	58 x	—	—	—	10 x	—	—
Sri Lanka	90	81	94	90 l	90	81	5	17	78	—	—	11
Suède	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suisse	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	52	9	81	23	27	21	23	48	28	52	16	29
Tadjikistan	62	36	63	57	63	53	34	44	23	36	8	58
Tchad	16	16	71	73	73	64	40	36	23	34	11	48
Tchéquie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Thaïlande	34 m	14	92	19	27	16	6	24	69	86	61	14
Timor-Leste	47	65	73	49	61 r	44 r	30	30	40	56	25	34
Togo	48	64	76	80	90	72	30	51	19	61	13	48

TABLEAU 9. NUTRITION : ALLAITEMENT ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

Pays et zones	Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) 2015-2021 ^{R, A}											
	Mise au sein précoce (%)	Allaitement exclusif au sein (moins de 6 mois) (%)	Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (6 à 8 mois)	Poursuite de l'allaitement (12 à 23 mois) (%)			Pourcentage d'enfants consommant (6 à 23 mois) (%)			Diversité alimentaire minimale (6 à 23 mois) (%)	Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) (%)	Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (%)
				Tous les enfants	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	2 groupes d'aliments ou moins (pauvreté alimentaire sévère)	3 ou 4 groupes d'aliments (pauvreté alimentaire modérée)	au moins 5 groupes d'aliments (diversité alimentaire minimale)			
Tokélaou	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	38	40	91	35	47	16	13	34	53	49	27	10
Trinité-et-Tobago	46 mx	21 x	56 x	34 x	45 x	– px	–	–	–	61 x	–	–
Tunisie	32	14	97	30	39	28	8	28	63	85	54	20
Türkiye	71 m	41 m	85 m	53 m	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkménistan	68	56	91	45	49	38	4	27	69	97	64	12
Tuvalu	39	44	97 m	29	–	–	14	57	29	–	18	44
Ukraine	66 mx	20 x	75 x	31 x	31 x	30 x	–	–	–	55 x	–	–
Uruguay	61	58	92	45	–	–	6	24	70	–	–	6
Vanuatu	85 mxy	73 mx	72 mx	58 mx	69 rx	40 rx	–	–	–	–	–	–
Venezuela (République bolivarienne du)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	23	45	86	44	44	43	9	36	56	77	46	17
Yémen	53 x	10 x	69 x	63 x	73 x	56 x	30 x	49 x	21 x	57 x	15 x	66 x
Zambie	75	70	94	63	74	51	24	53	23	41	12	29
Zimbabwe	59	42	90	50	61	33	25	58	17	68	11	28

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	54	45	76	67	76	52	32	47	21	44	11	44
Afrique de l'Est et australe	65	55	79	68	72	63	31	48	21	47	12	45
Afrique de l'Ouest et centrale	46	38	74	66	79	43	33	46	21	41	11	44
Amérique du Nord	–	26	–	12	–	–	–	–	–	–	–	–
Amérique latine et Caraïbes	55	43	88	48	54	32	10	29	60	59 q	43 q	20
Asie de l'Est et Pacifique	41 v	42	84 v	59 q	66 q	50 q	14 q	35 q	42 v	66 v	30 v	27 v
Asie du Sud	39	61	56	78	85	69	37	39	24	43	13	53
Europe et Asie centrale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Est et Asie centrale	72	42	75	51	51	46	–	–	–	–	–	–
Europe de l'Ouest	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moyen-Orient et Afrique du Nord	47	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pays les moins avancés	57	54	76	75	79	66	32	47	22	48	14	44
Monde	47 v	48	72 v	65	75	56	30	41	31 v	50 v	18 v	41 v

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

– Données non disponibles.

^k Observation de différences significatives sur le plan statistique entre les genres montrant que les garçons sont plus touchés.

^l Observation de différences significatives sur le plan statistique entre les genres montrant que les filles sont plus touchées.

^m Évaluation des genres impossible.

^p Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.

^q Les estimations régionales relatives à l'Asie de l'Est et au Pacifique excluent la Chine, celles relatives à l'Amérique latine et aux Caraïbes excluent le Brésil et celles relatives à l'Europe de l'Est et à l'Asie centrale excluent la Fédération de Russie.

^r Les données ventilées proviennent de sources différentes que les données présentées pour l'ensemble des enfants pour le même indicateur.

^s Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

^t Les estimations ventilées concernant l'Asie de l'Est et le Pacifique ainsi que le monde incluent des estimations relatives à la Chine datant de 2013 qui se situent donc en dehors de la période 2015-2021.

^x Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

^y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un 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.

^z Dans la vaste majorité des pays, aucune différence significative sur le plan statistique n'a été observée entre les genres, si bien que les données ventilées par sexe ne sont pas affichées.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge (0 à 23 mois) – EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : octobre 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Mise au sein précoce – Pourcentage d'enfants nés au cours des 24 premiers mois ayant été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance.

Allaitement exclusif au sein (nourrissons âgés de moins de 6 mois) – Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris exclusivement au lait maternel la veille de l'enquête.

Poursuite de l'allaitement (enfants âgés de 12 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois nourris au lait maternel la veille de l'enquête.

Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (nourrissons âgés de 6 à 8 mois) – Pourcentage de nourrissons âgés de 6 à 8 mois ayant été nourris avec des aliments solides, semi-solides ou mous la veille de l'enquête.

Pauvreté alimentaire sévère (enfants âgés de 6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu la veille de l'enquête des aliments provenant d'aucun, d'un ou de deux des huit groupes d'aliments définis.

Pauvreté alimentaire modérée (enfants âgés de 6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu la veille de l'enquête des aliments provenant de trois ou de quatre des huit groupes d'aliments définis.

Diversité alimentaire minimale (enfants âgés de 6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu la veille de l'enquête des aliments provenant d'au moins cinq des huit groupes d'aliments définis.

Fréquence minimale des repas (enfants âgés de 6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant été nourris la veille de l'enquête avec des aliments solides, semi-solides ou mous (y compris des préparations lactées pour les enfants non nourris au sein) au moins le nombre minimum de fois recommandé.

Alimentation minimale acceptable (6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant reçu une alimentation minimale acceptable la veille de l'enquête.

Absence totale de consommation de légumes ou de fruits (6 à 23 mois) – Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui n'ont consommé aucun légume et aucun fruit la veille de l'enquête.

TABLEAU 10. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Pays et zones	Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance (%) 2013-2021 ^R					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte (%) ^R					Matériel d'apprentissage disponible au domicile de l'enfant (%) 2013-2021 ^R		Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate (%) 2013-2021 ^R					Enfants présentant un développement satisfaisant (%) 2013-2021 ^R				
	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 ^H	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches
											Total	Total										
Afghanistan	1 x	1 x	1 x	0 x	4 x	73 x,y	74 x,y	73 x,y	72 x,y	80 x,y	2 x	53 x	40 x	42 x	39 x	43 x	27 x	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	48 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albanie	73	73	73	62	88	78 y	75 y	80 y	57 y	88 y	32 x	53 x	7	7	6	9	3	-	-	-	-	-
Algérie	14	14	15	6	26	61	60	62	48	77	8	49	13	13	12	13	13	77	74	79	70	85
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	11 y	10 y	11 y	7 y	20 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	64 y	63 y	66 y	59 y	84 y	85 y	83 y	88 y	77 y	94 y	48 y	88 y	6 y	6 y	6 y	7 y	3 y	86 y	85 y	87 y	83 y	88 y
Arménie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	11 x	12 x	11 x	5 x	20 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	19	19	19	15	26	63	63	63	47	79	6	67	11	11	11	17	6	75	71	78	68	84
Barbade	90 x	88 x	91 x	90 x,p	97 x,p	97 x,y	97 x,y	97 x,y	100 x,p,y	100 x,p,y	85 x	76 x	1 x	2 x	1 x	0 x	3 x	97 x	95 x	99 x	100 x,p	100 x,p
Bélarus	91	91	91	80	95	97	96	98	92	99	91	81	2	2	2	3	3	87	84	89	82	87
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	55	52	58	29	72	88 y	89 y	86 y	80 y	94 y	44	68	13	15	11	15	11	83	80	85	76	91
Bénin	19 y	18 y	20 y	5 y	49 y	39 y	39 y	39 y	32 y	56 y	2 y	55 y	29 y	28 y	30 y	36 y	22 y	54 y	52 y	56 y	45 y	65 y
Bhoutan	10 x	10 x	10 x	3 x	27 x	54 x,y	52 x,y	57 x,y	40 x,y	73 x,y	6 x	52 x	14 x	13 x	15 x	17 x	7 x	72 x	68 x	75 x	67 x	80 x
Bolivie (État plurinational de)	21	19	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	13 x	12 x	14 x	2 x	31 x	95 x,y	95 x,y	96 x,y	87 x,y	100 x,y	56 x	56 x	2 x	2 x	2 x	3 x	1 x	96 x	95 x	98 x	95 x	94 x
Botswana	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	93 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	3 y	3 y	3 y	-	-	14 x,y	14 x,y	14 x,y	12 x,y	26 x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	7 y	7 y	7 y	1 y	31 y	58 y	58 y	59 y	56 y	67 y	0 y	35 y	42 y	42 y	42 y	43 y	30 y	40 y	34 y	46 y	33 y	54 y
Cabo Verde	88 y	87 y	88 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	15 y	12 y	17 y	7 y	38 y	45 y	42 y	48 y	33 y	60 y	4 y	34 y	10 y	10 y	10 y	16 y	4 y	73 y	74 y	73 y	67 y	82 y
Cameroun	28	27	29	2	66	44 y	45 y	44 y	50 y	52 y	4	53	34	34	35	52	23	61	59	63	56	73
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	-	-	-	-	-	93 y	93 y	94 y	91 y	96 y	-	98 y	1	1	1	1	0	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	36 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	14 x	13 x	15 x	10 x	28 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	36	36	37	7	77	59 y	59 y	58 y	47 y	77 y	3	51	42	42	41	54	30	61	57	65	46	72
Costa Rica	44	41	47	41	52	76	75	77	66	87	39	82	7	7	7	6	86	82	90	79	94	
Côte d'Ivoire	14	14	15	2	51	29 y	29 y	29 y	18 y	61 y	1	45	20	20	19	20	18	63	61	65	63	72
Croatie	82 y	81 y	82 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	50	47	53	-	-	90	89	91	-	-	42	86	2	2	2	-	-	95	94	95	-	-
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	14 x	12 x	16 x	-	-	37 x,y	38 x,y	35 x,y	-	-	15 x	24 x	8 x	8 x	8 x	-	-	-	-	-	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	47 y	48 y	47 y	34 y	50 y	-	-	-	-	-	-	-	4	4	4	7	2	-	-	-	-	-
El Salvador	25	24	26	19	44	59 y	57 y	62 y	45 y	78 y	18	62	4	4	3	4	4	81	79	83	79	86
Émirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	-	-	-	-	-	78 y	76 y	81 y	-	-	28 y	48 y	5 y	5 y	5 y	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	30	26	33	28	48	39 y	33 y	44 y	25 y	59 y	6	67	17	16	17	18	15	65	64	66	61	77
État de Palestine	34	36	33	26	45	76	75	77	66	87	12	73	14	14	14	17	12	84	82	86	81	90
États-Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 10. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Pays et zones	Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance (%) 2013-2021 ^R					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte (%) ^H 2013-2021 ^R					Matériel d'apprentissage disponible au domicile de l'enfant (%) 2013-2021 ^K		Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate (%) 2013-2021 ^R					Enfants présentant un développement satisfaisant (%) 2013-2021 ^R					
	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 ^H	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	
											Total	Total											
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	-	-	47 x,y	45 x,y	48 x,y	48 x,y	50 x,y	3 x	-	33 x	33 x	32 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	23 y	22 y	25 y	11 y	42 y	52 y	51 y	53 y	41 y	73 y	5 y	72 y	13 y	14 y	13 y	21 y	5 y	-	-	-	-	-	
Namibie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	62	64	60	52	87	73	74	73	61	91	3	66	25	26	24	40	13	65	65	66	53	82	
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	3 x	3 x	2 x	0 x	9 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigéria	36	36	35	8	78	63 y	62 y	63 y	46 y	87 y	6	46	32	32	31	31	30	61	60	62	47	85	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	29	28	31	-	-	81 y	78 y	84 y	-	-	25	75	45	44	45	-	-	68	65	72	-	-	
Ouganda	37 y	34 y	39 y	15 y	66 y	53 y	51 y	55 y	38 y	74 y	2 y	50 y	37 y	37 y	37 y	49 y	21 y	65 y	64 y	66 y	56 y	82 y	
Ouzbékistan	51 y	51 y	51 y	-	-	91 x,y	91 x,y	90 x,y	83 x,y	95 x,y	43 x	67 x	5 x	5 x	5 x	6 x	7 x	-	-	-	-	-	-
Pakistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	37	38	35	28	67	74 y	73 y	74 y	55 y	89 y	26	69	3	3	2	6	1	80	80	81	77	95	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	31	30	32	10	61	64 y	62 y	65 y	40 y	90 y	23	60	3	2	3	4	2	82	80	84	76	91	
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	77 y	76 y	79 y	70 y	90 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	29 x	26 x	33 x	17 x	58 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	41 x	41 x	41 x	-	-	88 x,y	89 x,y	88 x,y	-	-	40 x	55 x	12 x	12 x	11 x	-	-	84 x	83 x	85 x	-	-	
République arabe syrienne	8 x	8 x	7 x	4 x	18 x	70 x,y	70 x,y	69 x,y	52 x,y	84 x,y	30 x	52 x	17 x	17 x	17 x	22 x	15 x	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	6	6	7	2	27	27	28	26	24	39	0	56	49	49	49	50	47	36	34	39	35	46	
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Moldova	71 x	74 x	67 x	50 x	88 x	89 x,y	86 x,y	92 x,y	81 x,y	95 x,y	68 x	68 x	6 x	6 x	6 x	9 x	5 x	84 x	83 x	84 x	75 x	87 x	
République démocratique du Congo	5	6	5	1	20	44	44	44	39	58	1	39	47	47	46	53	29	57	56	57	44	72	
République démocratique populaire lao	32	30	34	13	69	30	29	30	21	49	4	61	12	13	12	17	6	89	88	91	85	94	
République dominicaine	48	46	50	33	63	63	61	65	47	82	9	68	8	8	7	9	5	87	85	89	81	90	
République populaire démocratique de Corée	73	73	73	-	-	95	94	95	-	-	50	59	16	17	16	-	-	88	86	89	-	-	
République-Unie de Tanzanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Roumanie	81 y	80 y	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	34 y	33 y	36 y	24 y	64 y	47 y	46 y	49 y	35 y	62 y	2 y	37 y	28 y	30 y	26 y	35 y	13 y	82 y	80 y	84 y	76 y	91 y	
Sainte-Lucie	85 x	87 x	84 x	-	-	93 x,y	89 x,y	96 x,y	-	-	68 x	59 x	5 x	5 x	5 x	-	-	91 x	91 x	92 x	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	26	23	29	18	36	87	86	88	83	92	9	51	16	18	13	16	16	73	70	77	65	75	
Sao Tomé-et-Principe	35	36	34	19	57	43	42	44	37	68	6	71	21	21	22	29	17	63	59	67	61	75	
Sénégal	21 y	21 y	21 y	6 y	51 y	20 y	18 y	21 y	15 y	33 y	1 y	29 y	39 y	39 y	38 y	30 y	54 y	67 y	66 y	68 y	59 y	71 y	
Serbie	61	58	63	11	80	96	95	97	93	97	78	83	4	3	4	7	2	97	96	99	99	97	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	12	11	12	1	41	19	19	19	13	31	2	41	30	30	30	32	25	51	48	55	43	72	
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	2 x	2 x	2 x	1 x	6 x	79 x,y	80 x,y	79 x,y	76 x,y	85 x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	22	22	23	7	59	-	-	-	-	-	2	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan du Sud	6 x	6 x	6 x	2 x	13 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	60	-	-	52	73	95 y	94 y	96 y	-	-	47	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suède	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	46	43	49	32	67	66	63	70	46	80	26	65	6	6	6	8	3	77	72	83	65	94	
Tadjikistan	6 x	-	-	-	-	74 x,y	73 x,y	74 x,y	56 x,y	86 x,y	17 x	46 x	13 x	13 x	12 x	15 x	11 x	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 10. DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

Pays et zones	Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance (%) 2013-2021 ^R					Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte (%) ^H 2013-2021 ^R					Matériel d'apprentissage disponible au domicile de l'enfant (%) 2013-2021 ^K		Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate (%) 2013-2021 ^R					Enfants présentant un développement satisfaisant (%) 2013-2021 ^R																																
	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 ^H	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches	Total	Garçons	Filles	20 % les plus pauvres	20 % les plus riches																												
											Total	Total																																						
Tchad	1	1	1	0	4	55	54	55	53	56	1	58	64	64	64	63	63	45	43	47	42	48																												
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																												
Thaïlande	86	85	88	85	88	92	90	94	85	98	34	80	5	6	4	5	3	93	91	95	90	96																												
Timor-Leste	14	y	13	y	16	y	9	y	16	y	81	y	83	y	79	y	72	y	89	y	89	y	40	y	29	y	29	y	30	y	33	y	26	y	53	y	51	y	56	y	34	y	74	y						
Togo	20	21	20	10	40	19	18	19	16	26	1	38	29	29	29	38	21	52	50	55	48	61																												
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																													
Tonga	35	30	41	29	37	88	87	88	86	92	24	63	9	10	7	14	6	79	79	79	75	82																												
Trinité-et-Tobago	85	x	85	x	84	x	72	x	93	x	96	x	96	x	95	x	96	x	94	x	100	x	76	x	76	x	2	x	2	x	1	x	3	x	1	x	91	x	89	x	93	x	90	x	93	x				
Tunisie	51	52	49	17	71	73	73	74	44	91	24	62	13	13	12	18	8	82	83	82	75	91																												
Türkiye	-	-	-	-	-	65	66	65	42	88	29	76	6	6	7	9	5	74	70	78	62	85																												
Turkménistan	41	40	42	17	77	90	90	90	88	93	32	75	2	3	2	2	2	95	95	95	90	97																												
Tuvalu	73	75	70	70	p	87	87	88	83	91	p	24	66	17	19	14	31	7	69	70	67	65	p	76	p																									
Ukraine	52	x	54	x	50	x	30	x	68	x	98	x	98	x	97	x	98	x	97	x	98	x	95	x	99	x	91	x	52	x	7	x	6	x	7	x	11	x	5	x	89	x	89	x	89	x	88	x	91	x
Uruguay	85	84	85	-	-	93	y	94	y	91	y	88	y	98	y	59	75	3	3	3	3	4	87	89	84	79	97																							
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																													
Venezuela (République bolivarienne du)	66	x	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																													
Viet Nam	71	74	69	53	86	76	y	76	y	76	y	52	y	96	y	27	46	7	7	6	13	4	89	88	89	81	92																							
Yémen	3	x	3	x	3	x	0	x	8	x	33	x	34	x	32	x	16	x	57	x	10	x	49	x	34	x	36	x	33	x	46	x	22	x	-	-	-	-	-											
Zambie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																													
Zimbabwe	28	28	29	16	53	37	37	37	29	54	3	69	20	21	20	28	12	71	68	74	66	77																												

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	25	24	24	8	54	48	48	48	38	67	3	46	36	36	35	39	29	60	59	62	50	77
Afrique de l'Est et australe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	24	24	24	7	55	49	49	49	39	69	3	45	36	36	36	38	30	59	58	61	48	76
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	27	30	30	19	36	-	-	-	-	-	-	9	9	9	10	8	-	-	-	-	-	-
Pays les moins avancés	18	18	19	10	38	48	47	48	38	63	2	50	32	32	32	37	23	-	-	-	-	-
Monde	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

^Y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un 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.

^P Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.

^X Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

^H Une explication plus détaillée de la méthodologie et des changements apportés pour calculer ces estimations est disponible dans la section intitulée « Note générale sur les données ».

^R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), Enquêtes

en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Matériel d'apprentissage disponible au domicile de l'enfant : livres pour enfants – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Matériel d'apprentissage disponible au domicile de l'enfant : jouets – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Enfants présentant un développement satisfaisant – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois inscrits dans un programme d'éducation de la petite enfance.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs de la part d'un adulte – Pourcentage d'enfants âgés de 24 à

59 mois avec qui un adulte a réalisé au moins quatre activités visant à promouvoir l'apprentissage ou la préparation à la scolarité au cours des trois jours précédant l'enquête. Ces activités consistent à : a) lire des livres à l'enfant, b) raconter des histoires à l'enfant, c) chanter des chansons à l'enfant, d) emmener l'enfant en promenade, e) jouer avec l'enfant, f) désigner des objets, les compter ou les dessiner avec l'enfant.

Matériel d'apprentissage disponible au domicile de l'enfant : livres pour enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois possédant au moins trois livres pour enfants chez eux.

Matériel d'apprentissage disponible au domicile de l'enfant : jouets – Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois possédant au moins deux des jouets suivants : objets usuels ou objets trouvés dehors (bâtons, pierres, animaux, coquillages, feuilles d'arbres, etc.), jouets artisanaux ou jouets achetés dans un magasin.

Enfants ne bénéficiant pas d'une supervision adéquate – 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 moins une fois au cours de la semaine précédant l'enquête.

Enfants présentant un développement satisfaisant – Enfants âgés de 36 à 59 mois présentant un développement satisfaisant dans au moins trois des domaines suivants : lecture et calcul, développement physique, développement socio-émotionnel et apprentissage.

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2013-2022 ^R								Taux d'achèvement 2013-2022 ^R						Résultats d'apprentissage 2013-2022 ^R				Taux d'alphabétisation 2013-2022			
	Un an avant l'âge d'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Garçons	Filles
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	44	69	67	40	49	26	32	14	-	-	-	-	-	-	71	42
Afrique du Sud	29	27	12	10	11	10	21	20	95	98	85	91	45	52	22	16	-	-	-	-	98	99
Albanie	4	2	6	2	5	1	22	15	94	96	98	97	76	80	-	-	-	62	48	58	99	100
Algérie	-	-	-	-	-	-	-	-	93	96	60	78	35	59	-	-	-	-	21	19	98	97
Allemagne	3	3	2	0	5	3	14	15	-	-	-	-	-	-	-	-	95	75	79	79	-	-
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	31	39	-	-	-	-	-	-	63	57	42	32	24	15	-	-	-	-	-	-	-	-
Anguilla	14	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	14	4	2	2	2	3	12	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	49	45	5	5	0	3	3	9	-	-	-	-	-	-	-	-	63	23	48	15	100	99
Argentine	1	0	-	-	1	1	15	7	96	98	74	85	54	66	-	-	-	-	48	31	99	100
Arménie	36	38	11	10	11	9	13	1	99	99	95	99	69	79	-	-	-	64	-	50	100	100
Australie	18	18	1	2	2	2	9	6	-	-	-	-	-	-	94	70	-	68	80	78	-	-
Autriche	2	1	0	0	1	0	11	9	-	-	-	-	-	-	-	-	98	84	76	79	-	-
Azerbaïdjan	16	17	12	9	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	81	72	-	-	100	100
Bahamas	64	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	31	28	2	3	7	0	18	6	-	-	-	-	-	-	-	-	69	54	-	55	-	-
Bangladesh	-	-	-	-	40	25	40	33	76	89	59	71	32	27	-	-	-	-	-	-	93	96
Barbade	13	12	2	3	4	4	8	4	99	99	98	98	91	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	0	4	5	6	1	1	8	5	100	100	99	99	98	98	82	73	-	-	77	71	100	100
Belgique	4	3	1	0	0	0	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	97	80	79	80	-	-
Belize	15	16	1	2	14	16	35	28	95	96	55	66	48	51	-	-	-	-	-	-	-	-
Bénin	15	16	4	10	38	46	59	69	51	44	25	13	12	5	38	62	46	19	-	-	70	52
Bhoutan	58	59	5	2	18	6	33	22	67	71	41	38	25	18	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	7	7	5	5	12	11	22	22	91	93	84	82	66	65	48	38	15	8	-	-	100	100
Bosnie-Herzégovine	70	71	13	13	5	7	20	17	99	100	97	97	92	92	-	-	-	40	46	-	-	-
Botswana	79	78	10	8	11	9	21	18	95	98	92	92	55	66	-	-	-	-	-	-	-	-
Brésil	0	1	1	1	3	1	16	14	95	97	81	89	65	75	-	-	-	-	50	32	99	99
Brunei Darussalam	5	6	2	2	-	-	19	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	52	100	100
Bulgarie	16	17	15	15	14	15	14	18	-	-	-	-	-	-	-	-	95	71	53	56	-	-
Burkina Faso	79	79	24	25	49	44	68	66	32	29	13	6	6	2	34	61	33	25	-	-	64	54
Burundi	52	50	12	8	33	26	65	59	46	54	26	19	4	3	79	99	5	18	-	-	-	-
Cabo Verde	19	18	7	8	12	13	29	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	30	29	11	11	17	12	54	56	68	79	41	39	20	20	-	-	11	19	8	10	-	-
Cameroun	56	57	4	13	33	40	50	58	75	74	52	43	26	21	39	58	30	11	-	-	88	82
Canada	2	2	-	-	0	0	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	96	69	86	84	-	-
Chili	4	5	0	1	3	4	5	5	96	97	94	97	83	88	-	-	-	-	68	33	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	93	93	63	67	82	85	-	-	80	79	100	100
Chypre	0	3	0	1	2	2	6	9	-	-	-	-	-	-	-	-	77	56	63	-	-	
Colombie	1	0	2	1	2	0	18	16	91	95	74	81	69	78	-	-	-	-	50	35	99	99
Comores	71	70	18	18	20	18	52	48	75	77	47	45	24	32	-	-	-	-	-	-	78	78
Congo	71	70	15	16	-	-	-	-	78	82	56	45	28	19	63	86	34	8	-	-	85	79
Costa Rica	2	1	3	3	4	4	9	7	98	99	70	76	56	60	-	-	-	-	58	40	99	100
Côte d'Ivoire	78	72	0	7	40	44	53	63	60	53	36	22	17	15	33	68	22	3	-	-	93	76
Croatie	4	5	-	-	-	-	14	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	78	69	-	-
Cuba	6	3	1	1	13	12	16	12	100	100	93	95	54	63	97	97	100	100	100	100	-	-
Danemark	4	3	1	0	0	1	10	9	-	-	-	-	-	-	97	75	-	-	84	85	-	-
Djibouti	84	87	31	36	40	39	52	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominique	7	0	1	1	3	1	14	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2013-2022 ^R								Taux d'achèvement 2013-2022 ^R						Résultats d'apprentissage 2013-2022 ^R				Taux d'alphabétisation 2013-2022			
	Un an avant l'âge d'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Garçons	Filles
Égypte	63	63	-	-	3	2	23	24	91	92	79	81	43	41	-	-	-	27	-	21	-	-
El Salvador	15	12	7	7	-	-	42	41	84	89	73	74	34	36	-	-	-	-	-	-	98	99
Émirats arabes unis	0	0	-	-	2	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	68	53	57	50	95	98
Équateur	18	15	-	-	5	2	22	20	98	98	89	92	78	79	-	-	-	-	49	29	98	99
Érythrée	73	73	45	50	32	40	45	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	93
Espagne	5	5	3	3	1	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	97	65	84	75	99	100
Estonie	7	7	3	2	2	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	90	-	-
Eswatini	-	-	15	16	3	3	14	18	64	77	47	54	31	33	-	-	-	-	-	-	94	97
État de Palestine	33	30	5	5	5	1	31	16	99	100	78	94	51	74	-	-	-	-	-	-	99	99
États-Unis	10	10	1	1	-	-	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	96	77	81	73	-	-
Éthiopie	55	59	9	17	45	49	73	75	47	48	19	22	11	14	-	-	55	73	29	18	-	-
Fédération de Russie	7	7	1	0	2	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	99	91	78	78	100	100
Fidji	11	15	1	1	-	-	24	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlande	0	2	2	2	1	0	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	98	78	86	85	-	-
France	0	0	0	0	0	1	5	4	-	-	-	-	-	-	-	-	94	57	79	79	-	-
Gabon	-	-	24	23	32	29	44	40	66 x	75 x	32 x	33 x	14 x	14 x	66	89	76	23	-	-	88	91
Gambie	42	37	19	8	22	7	48	37	64	60	50	48	33	28	5	4	-	-	-	-	-	-
Géorgie	-	-	1	0	2	1	6	4	100	100	98	98	79	83	-	-	86	56	36	39	100	100
Ghana	8	6	7	5	9	6	25	25	69	73	45	50	12	9	6	8	-	-	-	-	93	92
Grèce	4	3	1	1	3	4	4	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	64	99	99
Grenade	15	16	4	3	-	-	12	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	18	17	11	10	33	37	62	64	80	76	52	45	27	25	-	-	-	-	30	11	95	94
Guinée	51	55	8	21	46	62	63	78	52	39	33	20	22	13	23	60	22	7	-	-	70	43
Guinée équatoriale	57	55	56	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	29	25	18	16	14	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haïti	-	-	-	-	-	-	-	-	49	58	32	38	17	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	25	23	16	15	41	38	60	55	85	89	50	58	29	37	-	-	-	-	30	15	95	97
Hongrie	6	8	5	6	3	3	13	11	-	-	-	-	-	-	-	-	97	74	75	68	-	-
Îles Cook	14	0	2	2	1	1	34	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	38	41	29	30	30	26	46	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	36	33	9	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	8	0	9	9	9	15	48	41	98	100	98	100	100	96	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	6	0	-	-	-	-	24	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	15	14	6	4	17	13	43	41	92	91	82	79	46	40	47	53	46	44	38	40	93	90
Indonésie	8	0	3	8	19	14	23	22	96	98	86	90	64	63	-	-	-	18	30	28	100	100
Iran (République islamique d')	37	35	-	-	1	3	17	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	78	73	46	47	45	43	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlande	0	0	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	98	84	-	-	88	84	-	-
Islande	8	2	0	1	1	0	17	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	79	-	-
Israël	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	-	69	66	-	-
Italie	8	9	3	4	2	3	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-	98	73	77	62	100	100
Jamaïque	-	-	37	29	-	-	57	33	99 x	100 x	97 x	97 x	80 x	83 x	85	67	-	-	-	-	-	-
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	51	50	20	21	28	28	46	41	96	97	86	88	49	63	-	-	-	-	59	41	99	99
Kazakhstan	22	23	10	9	-	-	-	-	100	100	100	100	95	96	-	-	98	71	36	51	100	100
Kenya	-	-	-	-	-	-	-	-	77	82	61	69	44	38	53	42	44	29	-	-	88	88
Kirghizistan	14	12	-	-	0	1	30	25	99	100	99	99	89	85	39	30	40	40	49	35	100	100
Kiribati	4	0	-	-	-	-	-	-	92	96	69	88	13	20	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2013-2022 ^R								Taux d'achèvement 2013-2022 ^R						Résultats d'apprentissage 2013-2022 ^R				Taux d'alphabétisation 2013-2022			
	Un an avant l'âge d'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Garçons	Filles
Koweït	33	28	4	1	9	4	20	17	-	-	-	-	-	-	-	-	21	-	21	99	100	
Lesotho	58	57	8	6	18	11	38	29	69	92	33	55	27	37	13	1	-	-	-	-	-	
Lettonie	3	1	2	1	2	1	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-	99	85	78	83	100	
Liban	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	32	35	100	100	
Libéria	21	21	22	21	17	26	20	31	36	33	29	23	18	9	-	-	-	-	-	-	-	
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	0	6	3	2	1	7	2	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituanie	4	4	-	-	-	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	97	81	76	74	-	
Luxembourg	0	0	1	1	1	4	21	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	73	-	
Macédoine du Nord	51	51	1	1	-	-	-	-	97	100	93	95	86	79	-	-	-	52	45	39	-	
Madagascar	43	38	-	-	31	29	63	64	52	60	26	27	16	15	13	4	6	6	-	81	79	
Malaisie	10	9	2	1	13	10	42	37	-	-	-	-	-	-	-	-	58	64	54	59	97	
Malawi	-	-	-	-	19	18	62	76	43	52	23	21	15	13	-	-	-	-	-	-	-	
Maldives	8	5	3	1	3	15	55	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mali	53	57	38	44	49	56	71	79	50	41	36	25	23	12	-	-	-	-	-	55	38	
Malte	0	5	-	-	2	1	10	7	-	-	-	-	-	-	-	-	73	69	64	62	99	
Maroc	24	30	2	3	6	9	24	27	-	-	-	-	-	-	-	-	36	18	27	12	98	
Maurice	7	12	-	-	5	2	26	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mauritanie	-	-	25	21	31	25	63	59	68	58	53	40	31	23	-	-	-	-	-	-	-	
Mexique	2	0	-	-	9	6	29	25	98	98	87	90	56	60	-	-	-	-	55	44	99	
Micronésie (États fédérés de)	30	34	17	16	15	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolie	3	5	2	3	8	7	15	9	96	98	87	93	60	73	44	-	-	-	-	99	99	
Monténégro	15	17	3	3	6	6	13	10	95	98	93	97	83	90	-	-	-	43	56	54	99	
Montserrat	19	0	15	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	-	-	1	4	35	41	57	66	44	x	39	x	15	x	11	x	8	x	5	x	-	
Myanmar	88	88	-	-	22	20	47	38	82	84	45	45	14	19	-	-	11	12	-	-	95	
Namibie	33	30	-	-	3	0	22	23	75	86	48	62	33	39	-	-	-	-	-	94	96	
Nauru	8	0	6	3	12	4	52	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Népal	6	15	-	-	7	3	26	13	81	83	71	75	27	28	-	-	-	-	-	94	91	
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Niger	76	76	37	45	61	69	84	89	35	x	24	x	10	x	4	x	4	x	1	x	44	
Nigéria	-	-	-	-	-	-	-	-	71	71	66	59	57	44	17	11	-	-	-	-	82	
Niue	0	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Norvège	4	4	0	0	0	1	8	8	-	-	-	-	-	-	99	82	-	65	81	81	-	
Nouvelle-Zélande	8	9	1	1	0	0	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	90	56	81	78	-	
Oman	13	14	-	-	2	3	8	17	-	-	-	-	-	-	-	-	59	33	-	27	98	
Ouganda	-	-	16	12	49	49	72	78	39	43	27	23	18	15	33	21	52	53	49	42	89	
Ouzbékistan	37	38	0	2	0	2	14	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	
Pakistan	0	12	-	-	-	-	-	-	64	55	55	45	24	23	-	-	-	-	-	-	80	
Palaos	20	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Panama	88	88	10	11	13	12	35	31	95	96	75	81	57	68	-	-	-	-	36	19	99	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	28	29	4	10	24	32	50	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Paraguay	23	23	-	-	-	-	32	28	93	96	81	79	60	67	-	-	-	-	32	8	99	
Pays-Bas	3	2	1	1	3	2	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	99	84	76	84	-	
Pérou	0	1	-	-	3	3	15	21	95	x	95	x	83	x	83	x	78	x	72	x	100	
Philippines	36	33	3	4	12	7	24	17	89	95	75	88	74	83	-	-	10	17	19	-	98	
Pologne	1	2	1	1	2	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	98	73	85	85	-	
Portugal	8	6	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	74	80	77	100	

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2013-2022 ^R								Taux d'achèvement 2013-2022 ^R						Résultats d'apprentissage 2013-2022 ^R				Taux d'alphabétisation 2013-2022			
	Un an avant l'âge d'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Garçons	Filles
Qatar	6	5	3	0	4	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66	40	49	37	-	-	
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	-	-	-	-	43	61	76	86	30	24	15	10	8	5	-	-	-	-	-	-	48	29
République de Corée	11	10	1	1	5	5	7	8	-	-	-	-	-	-	-	95	85	85	-	-	-	-
République de Moldova	0	1	-	-	-	-	13	12	99 x	99 x	95 x	98 x	63 x	71 x	-	-	-	-	57	50	-	-
République démocratique du Congo	-	-	-	-	-	-	-	-	67	66	58	52	36	27	42	77	9	3	-	-	-	-
République démocratique populaire lao	30	29	8	9	30	31	45	49	84	83	54	53	32	31	-	-	2	8	-	-	-	-
République dominicaine	2	1	5	4	10	8	28	25	88	93	70	83	51	71	-	-	-	-	21	9	-	-
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	94	83	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	45	42	18	15	66	64	84	88	75	84	31	27	32	27	56	35	-	-	-	-	-	-
Roumanie	15	16	13	13	11	12	21	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59	53	99	99
Royaume-Uni	0	0	1	1	2	2	4	3	-	-	-	-	-	-	-	97	83	83	81	-	-	
Rwanda	48	47	6	6	6	2	50	49	48	61	25	30	19	16	-	-	-	-	-	-	84	89
Sainte-Lucie	2	0	6	1	9	10	14	19	99 x	99 x	85 x	98 x	70 x	90 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	0	21	-	-	-	-	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	16	0	2	5	9	8	53	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	1	42	-	-	6	0	18	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	65	65	-	-	-	-	21	11	96	99	95	99	48	66	-	-	-	-	-	-	99	99
Sao Tomé-et-Principe	49	46	6	6	12	7	19	16	82	92	60	60	26	31	-	-	-	-	-	-	98	98
Sénégal	85	83	30	19	64	57	81	79	44	50	27	30	11	10	48	79	41	27	9	8	-	-
Serbie	8	7	3	3	3	3	16	13	100	100	100	99	96	92	-	-	-	68	62	60	100	100
Seychelles	4	2	2	14	9	7	20	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100
Sierra Leone	60	57	2	2	49	49	64	67	63	65	47	42	27	18	6	6	-	-	-	-	71	63
Singapour	-	-	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	97	96	89	92	100	100	
Slovaquie	15	15	3	3	4	5	11	11	-	-	-	-	-	-	-	93	71	69	75	-	-	
Slovénie	9	8	1	0	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	96	75	82	84	-	-	
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	60	60	31	35	33	35	53	50	66	64	49	52	33	28	-	-	-	-	-	-	73	73
Soudan du Sud	78	81	58	67	49	63	57	72	31 x	18 x	22 x	10 x	12 x	4 x	-	-	-	-	-	-	48	47
Sri Lanka	-	-	2	3	0	0	18	13	99	99	94	96	32	43	-	-	-	-	-	-	99	99
Suède	0	0	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	98	74	82	81	-	-	
Suisse	0	1	-	-	0	1	17	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	83	-	-
Suriname	10	6	13	10	19	11	42	34	80	90	41	58	18	26	30	12	-	-	-	-	99	98
Tadjikistan	87	88	1	2	-	-	19	27	99	98	95	93	80	63	-	-	-	-	-	-	-	-
Tchad	85	87	17	35	55	70	71	85	30	23	18	9	7	3	34	65	8	2	-	-	-	-
Tchéquie	7	8	1	0	0	0	4	4	-	-	-	-	-	-	-	97	78	79	80	-	-	
Thaïlande	0	0	-	-	-	-	21	21	98	99	81	92	59	72	-	-	-	-	40	47	98	99
Timor-Leste	51	48	7	3	12	9	27	22	77	85	63	70	49	55	-	-	-	-	-	-	82	85
Togo	1	0	2	4	15	28	47	66	83	76	55	39	31	12	25	47	19	16	-	-	92	84
Tokélaou	0	6	-	-	-	-	31	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	0	11	-	-	17	4	49	33	98	99	65	76	45	56	-	-	-	-	-	-	99	100
Trinité-et-Tobago	21	20	-	-	-	-	27	25	-	-	-	-	-	-	-	80	-	58	48	-	-	
Tunisie	-	-	-	-	-	-	-	-	94	97	68	80	40	57	47	-	-	-	28	25	-	-
Türkiye	23	25	5	5	3	4	17	19	99	98	96	92	51	44	-	-	-	70	74	56	100	100
Turkménistan	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	99	99	97	97	71	53	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	10	0	18	16	31	36	68	61	98	100	74	91	45	60	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukraine	-	-	9	7	4	3	7	4	100 x	99 x	100 x	100 x	97 x	97 x	-	-	-	-	74	-	-	-

TABLEAU 11. ÉDUCATION

Pays et zones	Équité d'accès								Achèvement						Apprentissage							
	Taux de déscolarisation 2013-2022 ^a								Taux d'achèvement 2013-2022 ^a						Résultats d'apprentissage 2013-2022 ^a				Taux d'alphabétisation 2013-2022			
	Un an avant l'âge d'entrée en primaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Enseignement primaire		Premier cycle du secondaire		Deuxième cycle du secondaire		Proportion d'enfants en cours élémentaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de primaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Proportion d'enfants en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales		Taux d'alphabétisation des jeunes (15 à 24 ans) (%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Lecture	Mathématiques	Garçons	Filles
Uruguay	9	0	1	0	1	0	13	8	96	98	66	73	48	29	-	-	-	-	58	49	99	99
Vanuatu	4	0	3	4	27	24	58	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	97
Venezuela (République bolivarienne du)	14	14	10	10	15	13	28	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	0	0	-	-	-	-	-	-	96	97	81	87	50	61	-	-	82	92	86	81	99	99
Yémen	96	96	10	21	23	34	46	68	70	55	55	39	37	23	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	-	-	17	13	-	-	-	-	71	73	54	50	33	27	-	-	-	-	5	2	93	92
Zimbabwe	-	-	15	13	-	-	40	45	86	92	45	53	17	14	20	5	-	-	-	-	-	-

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	51	51	18	22	35	38	55	61	61	62	40	37	31	25	-	-	-	-	-	-	79	74
Afrique de l'Est et australe	49	49	16	18	34	37	56	60	61	63	33	33	26	23	-	-	-	-	-	-	80	80
Afrique de l'Ouest et centrale	53	53	21	27	37	39	54	62	62	60	47	40	35	25	-	-	-	-	-	-	78	68
Amérique latine et Caraïbes	5	5	3	2	7	6	23	20	93	95	79	84	59	66	-	-	-	-	-	-	98	99
Amérique du Nord	9	8	1	0	0	0	3	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	17	15	3	4	10	8	23	15	95	96	86	89	62	66	-	-	-	-	-	-	99	99
Asie du Sud	12	13	9	9	18	15	43	42	85	84	76	72	41	36	-	-	-	-	-	-	92	89
Europe et Asie centrale	13	13	2	2	2	2	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100
Europe de l'Est et Asie centrale	20	21	4	4	2	2	13	14	99	99	97	96	66	60	-	-	-	-	-	-	100	100
Europe de l'Ouest	4	4	1	1	2	2	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	51	51	4	6	8	12	28	33	86	84	66	70	42	44	-	-	-	-	-	-	92	88
Pays les moins avancés	48	47	15	19	33	35	54	58	58	58	36	34	24	19	-	-	-	-	-	-	81	77
Monde	25	25	8	10	16	16	34	33	82	82	70	69	46	44	-	-	-	-	-	-	93	91

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

La base de données sur les compétences d'apprentissage fondamentales fondée sur la MICS6 fournit des données ventilées par sexe, lieu de résidence, niveau de richesse et groupe d'âge. Pour en savoir plus, veuillez consulter l'adresse <https://data.unicef.org/resources/dataset/learning-and-skills/>.

NOTES

- Données non disponibles.

^a Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

^x Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Taux de déscolarisation – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Dernière mise à jour : juin 2022.

Taux d'achèvement – Base de données mondiale de l'UNICEF, basé sur des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales sur les ménages. Dernière mise à jour : juin 2022.

Proportion d'enfants et de jeunes a) en cours élémentaire ; b) en fin de primaire ; et c) en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en i) lecture et ii) mathématiques – Base de données de la Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies. Dernière mise à jour : juin 2022.

Taux d'alphabétisation des jeunes – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Dernière mise à jour : juin 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de déscolarisation des enfants ayant un an de moins que l'âge officiel d'entrée en primaire – Nombre d'enfants ayant un an de moins que l'âge d'entrée en primaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement préscolaire ou primaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants ayant un an de moins que l'âge officiel d'entrée en primaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter l'école primaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter l'école primaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement préscolaire, primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter l'école primaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter le premier cycle du secondaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire.

Taux de déscolarisation des enfants en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire – Nombre d'enfants ayant l'âge officiel de fréquenter le deuxième cycle du secondaire qui ne sont pas inscrits dans l'enseignement primaire, secondaire ou supérieur,

exprimé en pourcentage de la population d'enfants officiellement en âge de fréquenter le deuxième cycle du secondaire.

Taux d'achèvement de l'enseignement primaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année de primaire qui ont achevé l'enseignement primaire.

Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année du premier cycle du secondaire qui ont achevé ce cycle d'études.

Taux d'achèvement du deuxième cycle du secondaire – Nombre d'enfants ou de jeunes ayant trois à cinq ans de plus que l'âge prévu en dernière année du deuxième cycle du secondaire qui ont achevé ce cycle d'études.

Proportion d'enfants et de jeunes a) en cours élémentaire ; b) en fin de primaire ; et c) en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en i) lecture et ii) mathématiques – Pourcentage d'enfants et de jeunes en cours élémentaire, en fin de primaire et en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en a) lecture et b) mathématiques. Cet indicateur se rapporte à l'indicateur 4.1.1 de l'ODD 4.

Taux d'alphabétisation des jeunes – Nombre de personnes alphabétisées âgées de 15 à 24 ans, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^H 2013-2021 ^R			Mariages d'enfants (%) ^H 2015-2021 ^R		Enregistrement des naissances (%) ^H 2012-2021 ^R				Mutilations génitales féminines (%) ^H 2012-2020 ^R			Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^H 2015-2021 ^R		Discipline imposée par la violence (%) ^H 2013-2021 ^R			Violences sexuelles durant l'enfance (%) ^H 2013-2020 ^R		Enfants placés en institution ^H 2010-2021 ^R	Enfants placés en détention ^H 2008-2021 ^R																			
				Mariés à 18 ans		Enfants de moins de 1 an	Enfants de moins de 5 ans			Prévalence	Attitudes																													
	Total	Garçons	Filles	Femmes	Hommes	Total	Total	Garçons	Filles	Femmes	Filles	Volonté de mettre fin à cette pratique Fc	Hommes	Femmes	Total	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Total pour 100 000 enfants	Total pour 100 000 enfants																			
Afghanistan	13	14	12	28	7	51	42	43	42	-	-	71	y	78	y	74	x,y	75	x,y	74	x,y	-	1	y	15	40	y													
Afrique du Sud	4	y	4	y	3	y	4	1	-	89	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	y	72	4													
Albanie	3	x,y	4	x,y	3	x,y	12	1	98	98	99	98	-	-	11	5	48	y	49	y	45	y	-	-	95	14														
Algérie	3	3	2	4	-	99	100	100	100	-	-	-	-	25	84	85	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18													
Allemagne	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	429	16													
Andorre	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0													
Angola	19	17	20	30	6	12	25	25	25	-	-	-	-	24	25	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-													
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	140	156													
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	49													
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	99	y	100	y	99	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-												
Argentine	-	-	-	15	y	-	99	y	100	y	100	y	99	y	-	-	-	4	y	59	y	60	y	58	y	-	74	41												
Arménie	4	5	3	5	0	100	99	99	99	-	-	-	-	25	9	69	71	67	-	-	-	-	-	-	128	7														
Australie	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	25	y												
Autriche	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	409	42													
Azerbaïdjan	-	-	-	11	x	0	x	88	x	94	x	93	x	94	x	-	-	-	63	x	24	x	77	x,y	80	x,y	74	x,y	-	0	x	478	12							
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67												
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2												
Bangladesh	7	9	5	51	4	x	40	56	56	56	-	-	-	-	17	89	89	89	-	-	-	-	3	y	26	4														
Barbade	1	x,y	2	x,y	1	x,y	29	x,y	-	94	99	99	99	-	-	-	-	5	x	75	x,y	78	x,y	72	x,y	-	168	y	71											
Bélarus	4	5	3	5	2	-	100	y	100	y	100	y	-	-	0	1	57	59	55	-	-	-	-	-	-	309	25													
Belgique	-	-	-	0	y	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2												
Belize	3	4	3	34	y	22	y	90	96	95	96	-	-	-	8	6	65	67	63	-	-	-	-	-	-	86	y	77	y											
Bénin	25	24	26	31	5	87	86	85	86	9	0	86	17	29	91	91	91	-	-	-	-	-	5	-	-	-	9													
Bhoutan	4	x,y	3	x,y	4	x,y	26	x	-	100	x	100	x	100	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,249	91													
Bolivie (État plurinational de)	14	14	13	20	5	-	92	y	-	100	x	100	x	99	x	-	-	-	34	y	-	-	-	-	-	135	256													
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	3	x	0	x	98	x	100	x	100	x	99	x	-	-	-	5	x	1	x	55	x,y	60	x,y	50	x,y	-	-	-	136	y	43						
Botswana	-	-	-	-	-	-	79	y	88	y	87	y	88	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	214	264												
Brésil	5	5	5	26	x	-	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	61	y												
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	192	11												
Burkina Faso	42	x,y	44	x,y	40	x,y	52	x	4	x	73	x	77	x	77	x	77	x	77	x	76	x	13	x	90	x	40	x	39	x	83	x,y	84	x,y	82	x,y	-	-	33	33
Burundi	31	30	32	19	1	73	84	84	83	-	-	-	-	48	63	90	91	89	0	4	-	-	-	-	-	118	25													
Cabo Verde	-	-	-	8	2	-	91	x	-	-	-	-	-	6	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	204	97													
Cambodge	13	x	12	x	14	x	19	x	4	x	64	73	74	73	-	-	-	26	x,y	46	x,y	-	-	-	-	2	158	110												
Cameroun	39	40	38	30	3	56	62	62	62	1	x	-	84	x	34	28	85	85	85	2	7	-	-	-	-	36	19													
Canada	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	y											
Chili	6	x	7	x	5	x	-	-	-	99	x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	159	183													
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	20													
Chypre	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44												
Colombie	7	7	7	23	7	94	97	97	97	-	-	-	-	5	4	-	-	-	0	2	y	-	-	-	73	112														
Comores	28	x,y	25	x,y	32	x,y	32	x	12	x	87	87	87	87	-	-	-	29	x	43	x	-	-	-	-	3	x	-	-	-	-	-	-	-						
Congo	14	13	15	27	6	x	94	96	96	96	-	-	-	45	56	83	83	82	-	-	-	-	-	-	-	19														
Costa Rica	4	4	3	17	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	3	49	50	49	-	-	-	-	-	-	316	17													
Côte d'Ivoire	22	22	23	27	4	66	72	75	71	37	10	79	29	43	87	88	85	-	-	-	-	-	-	-	-	29	16													
Croatie	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	177	4													
Cuba	-	-	-	29	6	99	100	100	100	-	-	-	-	1	3	42	43	40	-	-	-	-	-	-	-	19	0													
Danemark	-	-	-	1	y	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	556	y	96												
Djibouti	-	-	-	5	x	-	91	x	92	x	93	x	91	x	94	43	51	x	-	-	-	-	-	-	-	72	x,y	73	x,y	71	x,y	-	-	-	-					
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117	0												
Égypte	5	6	4	17	x,y	0	x	98	99	100	99	87	14	y	38	-	46	x,y	93	93	93	-	-	-	-	31	-													
El Salvador	7	6	7	26	x	-	-	91	y	91	y	91	y	-	-	10	x	52	55	50	-	-	-	-	-	28	77	y												
Émirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25													
Équateur	-	-	-	22	-	-	87	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	9													
Érythrée	-	-	-	41	x	2	x	-	-	-	-	-	83	x	33	x	82	x	60	x	51	x	-	-	-	-	23	-												
Espagne	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45												
Estonie	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28												
Éswatini	8	x,y	8	x,y	7	x,y	5	x	1	x	38	54	51	50	-	-	-	29	x	32	x	88	89	88	-	-	343	188												
État de Palestine	7	10	5	13	-	-	97	99	99	99	-	-	-	-	18	90	92	88	4	y	2	y	-	-	163	150														
États-Unis	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77	144													
Éthiopie	45	y	51	y	39	y	40	5	2	3	3	3	65	16	79	33	60	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Fédération de Russie	-	-	-	6	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,41	85												
Fidji	17	20	13	4	2	71	87	87	86	-	-	-	-	19	20	81	82	79	-	-	-	-	-	-	-	44	-													
Finlande	-	-	-	0	y	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41													
France	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20												

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^H 2013-2021 ^R			Mariages d'enfants (%) ^H 2015-2021 ^R		Enregistrement des naissances (%) ^H 2012-2021 ^R				Mutilations génitales féminines (%) ^H 2012-2020 ^R			Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^H 2015-2021 ^R		Discipline imposée par la violence (%) ^H 2013-2021 ^R			Violences sexuelles durant l'enfance (%) ^H 2013-2020 ^R		Enfants placés en institution ^H 2010-2021 ^R	Enfants placés en détention ^H 2008-2021 ^R
	Total	Garçons	Filles	Mariés à 18 ans		Total	Enfants de moins de 5 ans			Prévalence		Attitudes	Hommes	Femmes	Total	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Total pour 100 000 enfants	Total pour 100 000 enfants
				Femmes	Hommes		Total	Garçons	Filles	Femmes Fa	Filles Fb										
Gabon	20 x,y	19 x,y	17 x,y	22 x	5 x	88	90	91	88	-	-	-	47 x	58 x	-	-	-	9 x	50	1,373	
Gambie	17	17	17	23	0	41	59	60	58	73	46	46	50	57	89	90	88	-	5	-	4
Géorgie	2	2	1	14	1	98	99	99	99	-	-	-	5 x	69	71	67	-	-	53 y	31	
Ghana	20	19	22	19	4	57	71	72	69	2	0	94	22	37	94	94	94	-	10 x	27	5
Grèce	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	10
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14 y	283	265
Guatemala	-	-	-	29	10	89 y	96 y	-	-	-	-	-	12	14	-	-	-	1	4	71	251
Guinée	24	24	25	47	2	57	62	62	62	95	39	26	57	65	89	90	89	-	-	18	10
Guinée équatoriale	-	-	-	30 x	4 x	-	54 x	53 x	54 x	-	-	-	56 x	57 x	-	-	-	-	-	-	14
Guinée-Bissau	17	18	16	26	2	36	46	47	45	52	30	76	30	34	76	75	76	-	-	42	0 y
Guyana	11	10	12	30 x,y	9 x,y	68	89	88	89	-	-	-	14 x	10 x	70	74	65	-	-	305	18
Haïti	36 x,y	44 x,y	26 x,y	15	2	57	85	84	85	-	-	-	15	23	83	84	82	-	5	589	20
Honduras	15	18	13	34	10	87	97	97	97	-	-	-	7	7	63	64	61	-	5	178	10 y
Hongrie	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	383	166
Îles Cook	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,592 y
Îles Marshall	-	-	-	26 x	12 x	80	84	85	82	-	-	-	71 x	47 x	-	-	-	-	-	-	-
Îles Salomon	18 y	17 y	19 y	21	4	-	88	87	89	-	-	-	60	78	86 y	86 y	85 y	-	-	-	-
Îles Turques-et-Caïques	6	9	3	23	5 p	97 p	99	99	99	-	-	-	4 p	0	79	81	78	-	1	108	0
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12 y	0
Inde	-	-	-	27	4	79	80	79	80	-	-	-	35	41	-	-	-	-	1	83	29
Indonésie	-	-	-	16	5 x,y	-	77 y	-	-	-	49 y	-	32 y,p	40	-	-	-	-	-	604	14
Iran (République islamique d')	-	-	-	17 x	-	-	99 x,y	99 x,y	99 x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-
Iraq	5	5	4	28	-	98	99	99	99	7	1	94	-	31	81	82	80	-	-	3	26
Irlande	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52	4
Islande	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Israël	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52
Italie	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64
Jamaïque	3	3	2	8 x	-	97	98	-	-	-	-	-	28 x,y	17	85 x,y	87 x,y	82 x,y	-	2 y	159	73
Japon	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	166	128
Jordanie	2	2	1	10	0	97	98	98	98	-	-	-	64 y	63 y	82	83	80	-	-	21	107 y
Kazakhstan	-	-	-	7	0 x	99	100	100	100	-	-	-	14 x	8	53	55	50	-	-	93	12
Kenya	-	-	-	23 x	3 x	68	67	67	66	21	3	93	37 x	45 x	-	-	-	2	4	220	5
Kirghizistan	22	25	19	13	0 x	97	99	100	98	-	-	-	40 x	24	74	76	73	-	-	874	81
Kiribati	17	19	15	18	9	85	92	93	90	-	-	-	63	64	92	92	92	-	6	-	181
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-
Lesotho	14	15	13	16	2	28	45	46	44	-	-	-	27	30	76	77	75	-	-	-	7 y
Lettonie	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50
Liban	-	-	-	6 y	-	98 y	99 y	100 y	98 y	-	-	-	7 y	57 y	60 y	54 y	-	-	-	-	15
Libéria	32	29	34	25	8	64	66	67	65	32	-	64	39	45	85 y	85 y	85 y	-	6	184	2
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Lituanie	-	-	-	0 y	-	100 y	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	753	99
Luxembourg	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Macédoine du Nord	3	4	2	8	-	99	100	100	100	-	-	-	11	73	76	70	-	-	-	26	16
Madagascar	37	38	35	40	12	74	79	79	78	-	-	-	30	41	86	87	85	-	-	-	26
Malaisie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71 y	74 y	67 y	-	-	80	27 y
Malawi	14	14	14	42	7 y	6 y	6 y	5 y	-	-	-	-	19	24	72	73	72	-	4	71	-
Maldives	-	-	-	2	2	96	99	99	99	13	1	66	33 y	35 y	-	-	-	-	0	180	-
Mali	13 y	15 y	12 y	54 y	2 y	87 y	87 y	88 y	86 y	89 y	73 y	18 y	50	74	73	73	-	7 y	7	10	
Malte	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	283	118
Maroc	-	-	-	14	-	-	97 y	97 y	97 y	-	-	-	-	64 x	-	-	-	-	-	965 y	79
Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101
Mauritanie	14	15	13	37	2	45 y	66 y	66 y	66 y	67	51	50	18	26	80	80	80	-	-	8	-
Mexique	6	3	5	21	-	89 y	97 y	97 y	97 y	-	-	-	-	6	53 y	55 y	51 y	-	-	55	16
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	15	16	13	12	2	98	100	100	100	-	-	-	3	8	49	53	45	-	-	93 y	114
Monténégro	8	9	7	6	3	98	99	100	99	-	-	-	14	2	66	66	66	-	-	103 y	32
Montserrat	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Mozambique	-	-	-	53	10	46	55	54	56	-	-	-	21	14	-	-	0	2	65	508	
Myanmar	10	10	10	16	5	78	81	82	81	-	-	-	57	53	77 y	80 y	75 y	-	1	2 y	19 y
Namibie	-	-	-	7 x	1 x	65 y	78 y	-	-	-	-	-	30 x	28 x	-	-	-	-	-	90	7
Nauru	-	-	-	27 x	12 x	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	22	20	23	33	9	59	77	76	78	-	-	-	25	22	82	83	81	-	3	112	14 y

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^H 2013-2021 ^R			Mariages d'enfants (%) ^H 2015-2021 ^R		Enregistrement des naissances (%) ^H 2012-2021 ^R				Mutilations génitales féminines (%) ^H 2012-2020 ^R			Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^H 2015-2021 ^R		Discipline imposée par la violence (%) ^H 2013-2021 ^R			Violences sexuelles durant l'enfance (%) ^H 2013-2020 ^R		Enfants placés en institution ^H 2010-2021 ^R	Enfants placés en détention ^H 2008-2021 ^R	
	Total	Garçons	Filles	Mariés à 18 ans		Total	Enfants de moins de 5 ans			Prévalence		Attitudes		Total	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Total pour 100 000 enfants	Total pour 100 000 enfants		
				Femmes	Hommes		Total	Garçons	Filles	Femmes Fa	Filles Fb	Volonté de mettre fin à cette pratique Fc	Hommes								Femmes	
Nicaragua	-	-	-	35 x	19 x	-	85	-	-	-	-	-	8 x,y	-	-	-	-	-	105	-		
Niger	34 x,y	34 x,y	34 x,y	76 x	6 x	67	64	65	62	2	-	82	41 x	54 x	82 x,y	82 x,y	81 x,y	-	-	17	-	
Nigéria	31	32	31	43	3	35	43	43	42	20	19	67	26	30	85	86	84	-	5	-	-	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Norvège	-	-	-	0 y	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	10	
Oman	-	-	-	4 x	-	100 y	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	10 x	-	-	-	-	-	13	-	
Ouganda	18	17	19	34	6	26	32	32	32	0	1 x	83 x	53	58	85	85	85	1	5	227	21	
Ouzbékistan	-	-	-	7 x	1 x	100 x	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	63 x	-	-	-	-	-	281	-	
Pakistan	11 y	13 y	10 y	18 y	5 y	35 y	42 y	43 y	42 y	-	-	-	58 y,p	51 y	-	-	-	-	1 y	-	3	
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Panama	2	3	1	26 x	-	97	97	97	97	-	-	-	23 y	23 y	45	47	43	-	3	79	86	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	27	4	13	13	13	14	-	-	-	72	69	-	-	-	-	7	-	12	
Paraguay	18	20	13	22	-	57	71	71	71	-	-	-	-	7	52	55	49	-	-	68	28	
Pays-Bas	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	
Pérou	15	14	15	14	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	101	
Philippines	-	-	-	17	3 x	88	92	92	91	-	-	-	-	12	-	-	-	-	2	11	1	
Pologne	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	179	
Portugal	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	145	
Qatar	-	-	-	4 x	1 x	100 y	100 y	100 y	100 y	-	-	-	22 x	5 x	50 x,y	53 x,y	46 x,y	-	-	-	-	
République arabe syrienne	-	-	-	13 x	-	89 x	96 x	96 x	96 x	-	-	-	-	-	89 x,y	90 x,y	88 x,y	-	-	-	-	
République centrafricaine	27	25	29	61	17	41	45	46	44	22	1	69	38	61	90	90	90	-	-	-	20	
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	393	
République de Moldova	-	-	-	12 x	1 x	98	100	99	100	-	-	-	14 x	13 x	76 x,y	77 x,y	74 x,y	-	5 x	118	34	
République démocratique du Congo	15	13	17	29	6	38	40	40	40	-	-	-	52	60	89	90	88	-	13	-	-	
République démocratique populaire lao	28	27	29	33	11	60 y	73 y	73 y	73 y	-	-	-	17	30	69	70	68	-	-	-	-	
République dominicaine	4	5	3	31	8 x	89	92	92	93	-	-	-	14 x	3	63	65	62	-	1	85	59	
République populaire démocratique de Corée	4	5	4	0	0	100 x	100 x	100 x	100 x	-	-	-	4	4	59	63	55	-	-	-	-	
République-Unie de Tanzanie	25	26	24	31	4	23	26	28	25	10	0	95	50	59	-	-	-	-	7	49	-	
Roumanie	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	325	31	
Royaume-Uni	-	-	-	0 y	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 y	7 y	66	17
Rwanda	19 y	17 y	21 y	6	0	77	86	86	85	-	-	-	24	53	-	-	-	-	3	12	47	36
Sainte-Lucie	3 x,y	5 x,y	2 x,y	24 x,y	-	78	92	91	93	-	-	-	15 x	68 x,y	71 x,y	64 x,y	-	-	-	78	65	
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	137	
Saint-Marin	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120	20	
Samoa	14	16	11	7	2	41	67	67	67	-	-	-	22	26	91	92	89	-	5	-	-	
Sao Tomé-et-Principe	11	9	12	28	3	99	99	99	98	-	-	-	10	17	84	84	82	-	3 x	-	-	
Sénégal	23	27	19	31	1	77	79	80	77	25	16	79	40	42	-	-	-	-	0	114	10	
Serbie	10	11	8	6	1 x	100	100	100	100	-	-	-	6 x,y	2	45	46	43	-	-	39	22	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	
Sierra Leone	25	26	25	30	4	93	90	90	91	83	8	34	29	44	87	87	86	0	3	59	10	
Singapour	-	-	-	0 y	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Slovaquie	-	-	-	-	-	100 y	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	
Slovénie	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	
Somalie	-	-	-	45 x	-	3 x	3 x	3 x	3 x	99 y	-	19 y	-	75 x,y	-	-	-	-	-	-	-	
Soudan	18	20	16	34 x	-	62	67	69	66	87	30	53	-	36 x	64	65	63	-	-	3	3	
Soudan du Sud	-	-	-	52 x	-	34 x	35 x	35 x	36 x	-	-	-	-	72 x	-	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	1	1	1	10	-	-	97 x	97 x	97 x	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-	165	132	
Suède	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 y	13 x,y	-	7
Suisse	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Suriname	4	5	4	36 y	20 y	98 y	98 y	98 y	99 y	-	-	-	8	6	87	89	86	-	-	861	83 y	
Tadjikistan	-	-	-	9	-	90	96	96	96	-	-	-	-	44	69	70	68	-	0	200	9	
Tchad	39	39	40	61	8	22	26	26	26	34	7	53	54	74	85	85	86	-	2	-	20	
Tchéquie	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	411	
Thaïlande	-	-	-	20	10	100	100	100	100	-	-	-	8	8	58	61	55	-	-	189	48 y	
Timor-Leste	9	9	10	15	1	38	60	60	61	-	-	-	48	69	-	-	-	-	3	255	-	
Togo	39	38	39	25	3	79	83	84	82	3	0	95	22	25	92	92	91	-	4	120 y	5	
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tonga	26	33	19	10	3	93	98	97	98	-	-	-	22	31	87	89	84	-	0	-	-	
Trinité-et-Tobago	1 x,y	1 x,y	1 x,y	11 x,y	-	85 x	97 x	97 x	97 x	-	-	-	-	8 x	77 x,y	79 x,y	75 x,y	-	25 y	164	12	

TABLEAU 12. PROTECTION DE L'ENFANT

Pays et zones	Travail des enfants (%) ^H 2013-2021 ^R			Mariages d'enfants (%) ^H 2015-2021 ^R		Enregistrement des naissances (%) ^H 2012-2021 ^R				Mutilations génitales féminines (%) ^H 2012-2020 ^R			Justification de la violence conjugale chez les adolescents (%) ^H 2015-2021 ^R		Discipline imposée par la violence (%) ^H 2013-2021 ^R			Violences sexuelles durant l'enfance (%) ^H 2013-2020 ^R		Enfants placés en institution ^H 2010-2021 ^R	Enfants placés en détention ^H 2008-2021 ^R	
				Mariés à 18 ans		Enfants de moins de 1 an		Enfants de moins de 5 ans		Prévalence	Attitudes											
	Total	Garçons	Filles	Femmes	Hommes	Total	Total	Garçons	Filles	Femmes Fa	Filles Fb	Volonté de mettre fin à cette pratique Fc	Hommes	Femmes	Total	Garçons	Filles	Hommes	Femmes	Total pour 100 000 enfants	Total pour 100 000 enfants	
Tunisie	2 x,y	3 x,y	1 x,y	1	0	100	100	100	-	-	-	22	14	88	89	87	-	-	101	53 y		
Türkiye	4	4	4	15	-	-	98 y	98 y	99 y	-	-	-	6	-	-	-	-	-	56 y	21 y		
Turkménistan	0	0	0	6	-	99	100	100	100	-	-	-	46	69	70	67	-	-	241	19		
Tuvalu	4	3	5	2	2	81	87	85	89	-	-	-	51	37	80	81	78	0	-	-		
Ukraine	3 x,y	3 x,y	3 x,y	9 x	4 x	99	100	100	100	-	-	-	2 x	2 x	61 x,y	68 x,y	55 x,y	-	2 x	632	16	
Uruguay	4 x	5 x	3 x	25 x	-	99	100	100	100	-	-	-	3 x	55 y	58 y	51 y	-	-	352	95		
Vanuatu	16 y	15 y	16 y	21 x	5 x	-	43 y	44 y	43 y	-	-	-	63 x	56 x	84 y	83 y	84 y	-	-	-	-	
Venezuela (République bolivarienne du)	-	-	-	-	-	-	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	404	
Viet Nam	7	6	8	11 x	3 x	88	96	96	96	-	-	-	28 x	68	72	65	-	-	-	-	13	
Yémen	-	-	-	32 x	-	27	31	31	30	19	15	75	-	49 x	79 y	81 y	77 y	-	-	-	-	1
Zambie	23 x	23 x	23 x	29	3	13	14	14	14	-	-	-	32	47	-	-	-	3	66	237		
Zimbabwe	28	33	22	34	2	30	49	48	49	-	-	-	49	54	64	65	63	-	2	-	6	

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	26	27	25	35	4	41	47	46	45	35	16	72	34	43	84	84	83	-	5	-	-
Afrique de l'Est et australe	26	28	24	32	5	32	40	37	36	44	-	-	34	44	-	-	-	-	4	104	-
Afrique de l'Ouest et centrale	26	26	26	37	4	48	53	54	52	27	19	67	35	42	86	87	85	-	7	-	-
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77	133
Amérique latine et Caraïbes	7	6	6	21	-	-	95	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	85	75
Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	131	32
Asie du Sud	-	-	-	28	4	67	70	70	70	-	-	-	39	40	-	-	-	-	2	77	24
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	99	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	503	36
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	10	-	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	585	30
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41
Moyen-Orient et Afrique du Nord	-	-	-	-	-	89	92	92	92	-	-	-	-	-	86	87	85	-	-	136	-
Pays les moins avancés	22	23	21	37	6	41	46	46	45	-	-	-	41	46	83	84	83	-	5	68	30
Monde	-	-	-	19	3	72	76	76	75	-	-	-	35	36	-	-	-	-	-	123	36

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

Les données en italique proviennent de sources plus anciennes que les données présentées pour d'autres indicateurs relatifs au même thème au sein de ce tableau. Cela peut être dû à l'absence d'un indicateur dans la dernière source de données disponible ou au fait que les bases de données relatives à chaque indicateur aient été mises à jour à des dates différentes.

^Y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un 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.

^P Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.

^A Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

^E Les estimations de 100 % ont été établies sur la base du fait que les pays concernés disposent d'un système d'enregistrement d'état civil complet et enregistrent tous les faits d'état civil (y compris les naissances). Source : Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de statistique. Dernière mise à jour : janvier 2021.

^H Une explication plus détaillée de la méthodologie et des changements apportés pour calculer ces estimations est disponible dans la section intitulée « Note générale sur les données ».

^R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Travail des enfants – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Mariage d'enfants – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance avait été enregistrée au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants déclarés comme disposant

d'un certificat de naissance, que celui-ci ait été vu ou non par l'enquêteur, et les enfants qui ne disposent pas de certificat de naissance, mais dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que la naissance a été enregistrée.

Mutilations génitales féminines – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Discipline imposée par la violence – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Violences sexuelles durant l'enfance – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Enfants placés en institution – Registres administratifs. Dernière mise à jour : juin 2022.

Enfants placés en détention – Registres administratifs. Dernière mise à jour : juin 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Travail des enfants – Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 17 ans qui avaient un travail au moment de l'enquête. Le travail des enfants correspond aux situations suivantes : a) enfants de 5 à 11 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins une heure et/ou ont effectué des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures, b) enfants de 12 à 14 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 14 heures et/ou ont effectué des services ménagers non rémunérés pendant plus de 21 heures, c) enfants de 15 à 17 ans qui, pendant la semaine de référence, se sont livrés à une activité économique pendant au moins 43 heures.

Mariage d'enfants – Pourcentage de femmes âgées de 20 à 24 ans qui se sont mariées ou vivaient maritalement avant l'âge de 18 ans ; pourcentage d'hommes âgés de 20 à 24 ans qui se sont mariés ou vivaient maritalement avant l'âge de 18 ans.

Enregistrement des naissances – Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance avait été enregistrée au moment de l'enquête. Le numérateur de cet indicateur comprend les enfants déclarés comme disposant

d'un certificat de naissance, que celui-ci ait été vu ou non par l'enquêteur, et les enfants qui ne disposent pas de certificat de naissance, mais dont la mère (ou la personne qui s'occupe d'eux) affirme que la naissance a été enregistrée.

Mutilations génitales féminines – Fa) Femmes : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi une mutilation génitale féminine ; Fb) Filles : pourcentage de filles âgées de 0 à 14 ans qui ont subi une mutilation génitale féminine (d'après les déclarations de leur mère) ; Fc) Volonté de mettre fin à cette pratique : pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont entendu parler des mutilations génitales féminines et qui pensent que cette pratique doit cesser.

Justification de la violence conjugale chez les adolescents – Pourcentage de filles et de garçons 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 leurs enfants ou refuse d'avoir des rapports sexuels.

Discipline imposée par la violence – Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 14 ans à qui l'on a imposé la discipline par la violence (agression psychologique et/ou châtements corporels) au cours du dernier mois.

Violences sexuelles durant l'enfance – Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 18 à 29 ans qui ont subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.

Enfants placés en institution – Nombre d'enfants âgés de 0 à 17 placés en institution pour 100 000 enfants. Le placement en institution est défini dans les Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants (paragraphe 29, c), iv) de la manière suivante : « protection assurée dans un cadre non familial, par exemple dans des refuges pour placement d'urgence, des centres de transit dans les situations d'urgence et tous les autres établissements d'accueil à court ou à long terme, y compris les foyers d'hébergement ». Cela inclut les « orphelinats » et les foyers accueillant de petits groupes.

Enfants placés en détention – Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans en détention pour 100 000 enfants. La définition de la « détention » comprend les enfants détenus en détention préventive, en détention provisoire et en détention après jugement dans n'importe quel type d'installation (notamment en garde à vue).

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2019 ^R	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2019 ^R	Répartition des prestations de protection sociale (%) 2010-2019 ^R			Part du revenu des ménages (%) 2010-2019 ^R			Coefficient de Gini 2010-2019 ^R	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2019 ^R	Indice de revenu de la vaste majorité 2010-2019 ^R	PIB par habitant (dollars É.-U.) 2010-2019 ^R
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres				
Afghanistan	2	0	-	-	-	-	-	-	31	-	-	507
Afrique du Sud	8	77	50	10	25	7	68	2	67	10,1	0,4	6 001
Albanie	-	-	46	14	28	20	41	8	33	1,3	0,8	5 353
Algérie	11	-	-	-	-	23	37	9	28	1	0,8	3 974
Allemagne	100	100	-	-	-	20	40	8	30	1,1	0,8	46 468
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	28	1	-	40 886
Angola	-	-	-	-	-	12	56	4	51	3,5	0,6	2 791
Anguilla	73	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17 113
Arabie saoudite	-	3	-	-	-	-	-	-	42	-	-	23 140
Argentine	32	80	75	6	49	14	48	5	42	2,1	0,7	9 912
Arménie	62	30	58	9	36	22	39	9	34	1,4	0,7	4 623
Australie	100	100	-	-	-	20	42	7	33	1,3	0,7	55 057
Autriche	100	100	-	-	-	21	39	8	28	1	0,8	50 122
Azerbaïdjan	16	17	29	33	17	-	-	-	27	1	1	4 793
Bahamas	47	-	-	-	-	-	-	-	41	2	-	34 864
Bahreïn	-	57	-	-	-	-	-	-	60	-	-	23 504
Bangladesh	21	29	44	18	24	21	41	9	48	2,9	0,7	1 856
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	32	3,1	-	18 148
Bélarus	100	-	50	17	27	24	35	10	25	0,9	0,8	6 698
Belgique	100	100	-	-	-	23	36	9	25	0,9	0,8	46 345
Belize	20	3	-	-	-	-	-	-	53	3,9	0,5	4 815
Bénin	41	12	-	-	-	13	52	3	48	2,9	0,6	1 219
Bhoutan	10	14	-	-	-	18	44	7	37	1,6	0,7	3 316
Bolivie (État plurinational de)	59	66	43	24	25	15	47	5	43	2,2	0,6	3 552
Bosnie-Herzégovine	100	-	37	25	16	20	41	8	33	1,3	0,7	6 109
Botswana	24	4	22	36	7	11	59	4	53	4	1	7 961
Brésil	48	68	59	4	33	11	58	3	54	4	1	8 717
Brunei Darussalam	63	-	-	-	-	-	-	-	56	5	-	31 087
Bulgarie	100	49	-	-	-	17	48	6	41	2	0,7	9 828
Burkina Faso	0	-	3	68	2	20	44	8	35	1,5	0,7	787
Burundi	-	-	-	-	-	18	46	7	39	1,7	0,7	261
Cabo Verde	19	38	-	-	-	15	49	6	46	2,1	0,6	3 604
Cambodge	2	5	-	-	-	-	-	-	31	1,2	0,7	1 643
Cameroun	1	2	1	51	0	13	52	5	47	2,7	0,6	1 507
Canada	100	40	-	-	-	20	41	7	30	1,1	0,7	46 190
Chili	47	69	42	11	19	16	51	6	48	3	0,6	14 896
Chine	69	3	48	16	24	17	45	7	47	1,7	0,7	10 217
Chypre	100	60	-	-	-	21	41	8	31	1,2	0,7	27 858
Colombie	-	36	68	3	39	12	56	4	53	4	1	6 429
Comores	-	-	-	-	-	14	50	5	45	2,5	0,6	1 370
Congo	-	-	-	-	-	12	54	4	49	3,1	0,6	2 280
Costa Rica	23	39	64	3	30	13	54	4	50	3,1	0,6	12 244
Côte d'Ivoire	-	-	4	57	1	16	48	6	61	6	1	2 276
Croatie	100	-	61	12	39	21	38	8	29	1	0,8	14 944
Cuba	43	0	-	-	-	-	-	-	27	0,9	-	8 822
Danemark	100	100	-	-	-	23	38	9	28	1	0,8	60 213
Djibouti	5	4	74	9	54	16	48	5	42	2	0,7	3 415
Dominique	39	-	-	-	-	-	-	-	44	2,5	-	8 111
Égypte	100	-	-	-	-	22	41	9	32	1,2	0,7	3 019
El Salvador	11	9	57	10	28	17	46	6	41	1,9	0,7	4 187
Émirats arabes unis	-	1	-	-	-	23	35	9	33	1,2	-	43 103
Équateur	7	9	60	6	32	14	51	5	46	2,5	0,6	6 184
Érythrée	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	643
Espagne	100	100	-	-	-	18	41	6	33	1	1	29 565
Estonie	100	100	-	-	-	21	38	8	31	1,1	0,7	23 718
Eswatini	14	-	47	13	23	11	60	4	55	4,1	0,5	3 895
État de Palestine	7	12	30	29	15	19	41	7	45	2,5	0,7	3 562
États-Unis	-	-	-	-	-	16	47	5	42	2	0,7	65 298
Éthiopie	-	5	39	27	17	19	43	7	33	2	1	856
Fédération de Russie	63	100	34	22	13	18	45	7	35	1,4	0,7	11 585
Fidji	25	3	35	24	17	19	45	8	37	1,6	0,7	6 176
Finlande	100	100	-	-	-	23	37	9	26	1	1	48 771
France	100	100	-	-	-	21	41	8	29	1	1	40 496

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2019 ^R	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2019 ^R	Répartition des prestations de protection sociale (%) 2010-2019 ^R			Part du revenu des ménages (%) 2010-2019 ^R			Coefficient de Gini 2010-2019 ^R	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2019 ^R	Indice de revenu de la vaste majorité 2010-2019 ^R	PIB par habitant (dollars É.-U.) 2010-2019 ^R
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres				
Gabon	-	-	-	-	-	17	44	6	38	1,6	0,7	7 767
Gambie	-	-	87	8	4	19	44	7	36	2	1	778
Géorgie	26	48	66	8	44	19	43	7	36	2	0,7	4 698
Ghana	42	26	82	4	58	14	49	5	44	2,3	0,6	2 202
Grèce	100	-	-	-	-	20	40	7	31	1,1	0,7	19 581
Grenade	85	-	-	-	-	-	-	-	37	2	-	10 809
Guatemala	18	3	56	10	30	13	54	5	45	2	0,6	4 620
Guinée	-	-	-	-	-	20	42	8	34	1,3	0,7	963
Guinée équatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-	-	8 132
Guinée-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	51	3	1	697
Guyana	30	-	-	-	-	-	-	-	35	2,4	0,6	6 610
Haïti	-	4	-	-	-	16	47	6	61	6,5	0,4	1 272
Honduras	-	19	55	16	28	12	52	4	49	3,1	0,6	2 575
Hongrie	100	100	-	-	-	22	38	8	28	1	0,8	16 730
Îles Cook	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 788
Îles Salomon	24	-	-	-	-	18	45	7	37	1,6	0,7	2 374
Îles Turques-et-Caïques	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31 353
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	42	24	43	17	23	20	44	8	52	3,6	0,7	2 100
Indonésie	28	26	58	6	31	18	46	7	38	1,7	0,7	4 136
Iran (République islamique d')	13	16	-	-	-	16	49	6	41	1,9	0,7	5 550
Iraq	-	-	27	35	12	22	39	9	41	2	0,8	5 955
Irlande	100	100	-	-	-	21	40	8	28	1	0,7	78 779
Islande	100	-	-	-	-	24	36	10	23	0,8	0,8	67 084
Israël	100	-	-	-	-	16	44	5	35	1,4	0,7	43 589
Italie	100	-	-	-	-	18	42	6	33	1,3	0,7	33 226
Jamaïque	7	27	52	2	32	16	48	6	37	2	1	5 582
Japon	-	85	-	-	-	21	41	8	34	1,3	0,8	40 247
Jordanie	5	9	-	-	-	-	-	-	40	1,9	0,7	4 405
Kazakhstan	44	57	39	20	19	23	38	10	27	1	0,8	9 813
Kenya	30	4	38	24	20	17	48	6	41	2	1	1 817
Kirghizistan	24	17	62	7	35	23	40	10	28	1	0,8	1 310
Kiribati	-	1	-	-	-	-	-	-	37	2	1	1 655
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	36	2,4	-	32 000
Lesotho	-	10	48	10	23	14	50	5	45	2	1	1 118
Lettonie	100	100	-	-	-	19	42	7	35	1,4	0,7	17 819
Liban	-	-	-	-	-	21	40	8	32	1	1	7 584
Libéria	-	6	40	16	23	19	43	7	35	1,4	0,7	622
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	7 686
Liechtenstein	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	181 403
Lituanie	100	-	-	-	-	19	43	7	35	1,5	0,7	19 551
Luxembourg	100	100	-	-	-	19	42	7	32	1,2	0,7	114 685
Macédoine du Nord	100	-	-	-	-	19	39	6	31	1,1	0,7	6 022
Madagascar	-	-	-	-	-	16	49	6	43	2,1	0,6	523
Malaisie	47	3	48	12	25	16	47	6	41	2	0,7	11 414
Malawi	-	10	37	17	18	16	52	6	45	2,4	0,6	412
Maldives	26	8	35	23	15	21	40	8	31	1	0,7	10 627
Mali	-	5	-	-	-	-	-	-	33	1,3	0,7	879
Malte	100	-	-	-	-	22	38	9	28	1	0,8	29 737
Maroc	-	-	-	-	-	17	47	7	40	1,8	0,7	3 204
Maurice	-	-	29	27	12	19	45	7	37	1,6	0,7	11 099
Mauritanie	-	-	-	-	-	20	40	8	33	1	1	1 679
Mexique	11	23	51	16	28	15	52	5	46	2,6	0,6	9 946
Micronésie (États fédérés de)	-	7	-	-	-	16	46	6	40	1,8	0,7	3 568
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	185 829
Mongolie	100	85	45	18	24	20	41	8	33	1	1	4 340
Monténégro	100	-	61	11	43	16	44	5	34	1	1	8 910
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	0	0	-	-	-	12	60	4	47	3,8	0,5	504
Myanmar	2	2	50	13	33	22	40	9	31	1,2	0,7	1 408
Namibie	25	23	35	26	18	9	64	3	56	6,2	0,5	4 957
Nauru	-	-	-	-	-	19	43	8	-	1,9	-	9 397
Népal	10	23	-	-	-	-	-	-	33	1	1	1 071

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2019 ^R	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2019 ^R	Répartition des prestations de protection sociale (%) 2010-2019 ^R			Part du revenu des ménages (%) 2010-2019 ^R			Coefficient de Gini 2010-2019 ^R	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2019 ^R	Indice de revenu de la vaste majorité 2010-2019 ^R	PIB par habitant (dollars É.-U.) 2010-2019 ^R
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres				
Nicaragua	18	3	-	-	-	14	52	5	46	2,6	0,6	1 913
Niger	-	4	29	17	13	20	42	8	34	1	1	554
Nigéria	0	12	45	16	21	19	42	7	35	1	1	2 230
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	100	100	-	-	-	23	37	9	25	0,9	0,8	75 420
Nouvelle-Zélande	100	67	-	-	-	-	-	-	34	1,4	-	41 558
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	15 343
Ouganda	5	-	10	79	3	16	50	6	43	2	0,6	794
Ouzbékistan	16	29	49	14	30	19	44	7	40	2	1	1 725
Pakistan	-	5	60	8	33	22	41	9	33	1,4	0,7	1 285
Palaos	-	60	-	-	-	-	-	-	51	4	-	14 902
Panama	19	22	51	12	25	12	54	4	51	3,4	0,6	15 731
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	42	2,1	0,7	2 829
Paraguay	8	19	58	4	28	14	51	5	47	3	1	5 415
Pays-Bas	100	100	-	-	-	23	37	9	28	1	0,8	52 295
Pérou	9	16	81	2	51	15	47	5	43	2	1	6 978
Philippines	12	31	55	13	28	16	49	6	44	2	1	3 485
Pologne	100	100	62	9	38	22	39	8	29	1	1	15 695
Portugal	100	93	-	-	-	20	41	7	32	1,2	0,7	23 214
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	62 088
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	34	1,2	0,7	1 178
République centrafricaine	0	0	-	-	-	-	-	-	56	4,5	0,5	468
République de Corée	-	40	-	-	-	21	39	8	35	1,4	0,8	31 846
République de Moldova	100	-	51	13	30	24	36	10	26	1	1	4 494
République démocratique du Congo	-	1	8	64	3	16	48	6	42	2	1	581
République démocratique populaire lao	13	-	-	-	-	18	46	7	36	1,6	0,7	2 535
République dominicaine	17	62	45	12	21	16	49	6	43	2,2	0,6	8 282
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	0	-	54	9	18	17	48	7	40	1,9	0,7	1 122
Roumanie	100	100	52	15	32	17	41	5	35	1,4	0,8	12 913
Royaume-Uni	100	66	-	-	-	19	42	7	35	1	1	42 329
Rwanda	1	5	31	34	14	16	51	6	44	2,3	0,6	820
Sainte-Lucie	39	-	-	-	-	11	55	3	51	3,5	0,6	11 611
Saint-Kitts-et-Nevis	78	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	19 935
Saint-Marin	100	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	48 995
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	29	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	7 458
Samoa	29	0	-	-	-	18	46	7	39	2	1	4 324
Sao Tomé-et-Principe	2	-	-	-	-	12	61	4	56	4,2	0,8	1 947
Sénégal	3	1	7	69	3	17	47	6	40	2	1	1 447
Serbie	-	-	51	18	35	17	42	5	33	1	1	7 412
Seychelles	-	-	-	-	-	20	39	7	47	3	1	17 448
Sierra Leone	-	1	-	-	-	20	44	8	36	2	1	528
Singapour	89	-	-	-	-	-	-	-	47	1,9	-	65 233
Slovaquie	100	100	-	-	-	24	34	9	23	0,7	0,8	19 266
Slovénie	96	79	-	-	-	25	35	10	24	0,8	0,8	25 941
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	41	1,9	-	127
Soudan	-	-	-	-	-	20	42	8	34	1	1	442
Soudan du Sud	-	18	-	-	-	-	-	-	46	3	1	1 120
Sri Lanka	29	32	59	7	33	18	47	7	45	2,5	0,7	3 853
Suède	100	100	-	-	-	21	38	8	28	1	0,8	51 648
Suisse	100	100	-	-	-	20	41	8	31	1,2	0,7	81 989
Suriname	0	58	-	-	-	-	-	-	38	5,8	0,5	6 360
Tadjikistan	67	14	15	43	8	19	42	7	34	1,4	0,7	871
Tchad	-	-	3	65	1	15	49	5	43	2,2	0,6	710
Tchéquie	100	-	-	-	-	25	36	10	24	0,8	0,8	23 490
Thaïlande	40	21	52	12	26	19	43	8	36	2	1	7 807
Timor-Leste	-	38	42	25	14	23	38	9	29	1	0,8	1 561
Togo	-	49	-	-	-	15	49	5	43	2,2	0,6	679
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	26	3	-	-	-	18	45	7	38	1,6	0,7	4 903
Trinité-et-Tobago	40	15	-	-	-	-	-	-	40	1,9	0,7	17 398

TABLEAU 13. PROTECTION SOCIALE ET ÉQUITÉ

Pays et zones	Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) 2010-2019 ^R	Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale 2010-2019 ^R	Répartition des prestations de protection sociale (%) 2010-2019 ^R			Part du revenu des ménages (%) 2010-2019 ^R			Coefficient de Gini 2010-2019 ^R	Indice de Palma sur l'inégalité de revenu 2010-2019 ^R	Indice de revenu de la vaste majorité 2010-2019 ^R	PIB par habitant (dollars É.-U. courants) 2010-2019 ^R
			40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres	40 % les plus pauvres	20 % les plus riches	20 % les plus pauvres				
Tunisie	25	29	-	-	-	20	41	8	33	1,3	0,7	3 317
Türkiye	-	-	64	6	38	16	48	5	42	2	0,6	9 127
Turkménistan	-	-	-	-	-	-	-	-	27	2	0,7	6 967
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	39	2	1	4 059
Ukraine	100	100	46	16	22	24	37	10	26	0,9	0,8	3 659
Uruguay	100	-	59	13	37	16	46	6	39	1,8	0,7	16 190
Vanuatu	-	13	-	-	-	-	-	-	38	1,6	0,7	3 115
Venezuela (République bolivarienne du)	-	-	-	-	-	-	-	-	38	2	1	16 054
Viet Nam	44	1	83	3	64	19	43	7	42	2	1	2 715
Yémen	-	-	-	-	-	19	45	7	37	1,6	0,7	774
Zambie	4	21	9	59	1	9	61	3	57	5	1	1 305
Zimbabwe	-	7	61	16	49	15	51	6	44	2	1	1 464

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	7	14	34	31	17	16	48	6	42	2,6	0,6	1 604
Afrique de l'Est et australe	9	19	39	28	18	15	51	6	44	3,0	0,6	1 628
Afrique de l'Ouest et centrale	6	10	31	35	15	17	45	6	40	2,0	0,7	1 578
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	16	46	5	40	1,9	0,7	63 369
Amérique latine et Caraïbes	31	45	59	8	33	13	53	4	48	3,1	0,6	8 810
Asie de l'Est et Pacifique	57	14	51	14	27	18	45	7	43	1,7	0,7	11 386
Asie du Sud	38	22	46	16	24	20	44	8	49	3,2	0,7	1 961
Europe et Asie centrale	85	91	47	16	25	20	42	7	32	1,3	0,7	24 694
Europe de l'Est et Asie centrale	66	81	45	17	24	19	43	7	34	1,4	0,7	8 437
Europe de l'Ouest	100	100	-	-	-	20	40	7	30	1,1	0,8	38 421
Moyen-Orient et Afrique du Nord	49	-	-	-	-	20	43	8	36	1,5	0,7	7 756
Pays les moins avancés	9	12	33	33	16	18	46	7	40	2,2	0,7	1 078
Monde	48	27	47	17	25	18	45	7	43	2,2	0,7	11 562

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

^R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Mères avec nouveau-nés bénéficiant de prestations en espèces (%) – Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2020 de l'OIT. Dernière mise à jour : mai 2021.

Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale – Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2020 de l'OIT. Dernière mise à jour : mai 2021.

Répartition des prestations de protection sociale – The Atlas of Social Protection: Indicators of Resilience and Equity (L'Atlas de la protection sociale : Indicateurs de résilience et d'équité). Dernière mise à jour : mai 2021.

Part du revenu des ménages – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : février 2021.

Coefficient de Gini – World Income Inequality Database (Base de données sur les inégalités de revenu dans le monde). Dernière mise à jour : mai 2020.

Indice de Palma sur l'inégalité de revenu – World Income Inequality Database (Base de données sur les inégalités de revenu dans le monde). Dernière mise à jour : mai 2020.

PIB par habitant (dollars É.-U. courants) – Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : février 2021.

Indice de revenu de la vaste majorité – Estimations de l'UNICEF basées sur les Indicateurs du développement dans le monde. Dernière mise à jour : février 2021.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Mères avec nouveau-nés recevant des prestations en espèces – Pourcentage de femmes ayant donné naissance bénéficiant de prestations de maternité : nombre de femmes bénéficiant de prestations de maternité en espèces rapporté au nombre de femmes ayant donné naissance au cours de la même année (estimations reposant sur les taux de fécondité par âge publiés dans le document Perspectives de la population mondiale de l'ONU ou sur le nombre de naissances vivantes ajusté en fonction de la part de naissances de jumeaux ou de triplés).

Pourcentage d'enfants couverts par la protection sociale – Pourcentage d'enfants bénéficiant de prestations de protection sociale : nombre d'enfants/de ménages recevant des prestations à l'enfance/aux familles en espèces rapporté au nombre total d'enfants/de ménages avec des enfants.

Répartition des prestations de protection sociale – Pourcentage de prestations versées au 1er quintile, aux 40 % les plus pauvres et au 5e quintile par rapport à la totalité des prestations versées à la population. La couverture sociale inclut : le fait de fournir une aide sociale au moyen de transferts en espèces à ceux qui en ont besoin, en particulier aux enfants ; les prestations et le soutien fournis aux personnes en âge de travailler en cas de maternité ou de handicap ; et le versement d'une pension aux personnes âgées.

Part du revenu des ménages – Pourcentage du revenu qui revient aux 20 % des ménages ayant le revenu le plus élevé, aux 40 % des

ménages affichant le revenu le plus faible et aux 20 % des ménages affichant le revenu le plus faible.

Coefficient de Gini – L'indice de Gini mesure l'écart entre une répartition parfaitement égale des revenus (ou, dans certains cas, des dépenses de consommation) et leur répartition dans un pays donné entre les personnes ou les ménages. On construit pour cela une courbe de Lorenz qui met en regard les pourcentages cumulés du revenu total et le nombre cumulé de personnes percevant ce revenu, en commençant par les personnes ou les ménages les plus pauvres. L'indice de Gini mesure l'aire comprise entre la courbe de Lorenz et une ligne hypothétique d'égalité parfaite, exprimée en pourcentage de l'aire maximale située au-dessous de la ligne. Le coefficient de Gini est égal à zéro pour une égalité parfaite des revenus et à 100 pour une inégalité parfaite.

Indice de Palma sur l'inégalité de revenu – L'indice de Palma correspond à la part du revenu national brut des 10 % les plus riches divisée par la part des 40 % les plus pauvres.

PIB par habitant (dollars É.-U. courants) – Le PIB par habitant est le produit intérieur brut divisé par le nombre d'habitants au milieu de l'année. Le 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. Son calcul ne tient compte d'aucune déduction pour l'amortissement des biens fabriqués, ni de l'épuisement ou de la dégradation des ressources naturelles. Données en dollars É.-U. courants.

Indice de revenu de la vaste majorité – Le coefficient de revenu de la vaste majorité consiste à ne prendre en compte que les revenus des premiers 80 % de la population (la vaste majorité) d'un pays donné.

TABLEAU 14. EAH

Pays et zones	Ménages 2020									Écoles 2021									Établissements de santé 2021				
	Accès à des services d'approvisionnement en eau potable au moins de base (%)			Accès à des services d'assainissement au moins de base (%)			Accès à des installations d'hygiène de base (%)			Accès à des services d'approvisionnement en eau de base (%)			Accès à des services d'assainissement de base (%)			Accès à des services d'hygiène de base (%)			Accès à des services d'approvisionnement en eau de base (%)	Accès à des services d'assainissement de base (%)	Accès à des services d'hygiène de base (%)	Accès à des services de base de gestion des déchets (%)	
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire					
Afghanistan	75	100	66	50	67	45	38	64	29	66	58	75	38	26	65	8	5	11	-	-	-	-	
Afrique du Sud	94	99	83	78	77	81	44	53	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Albanie	95	96	94	99	99	99	-	-	-	64	56	73	89	79	92	84	69	90	-	-	-	-	
Algérie	94	96	90	86	88	79	85	88	75	90	85	92	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	
Allemagne	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Andorre	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	
Angola	57	72	28	52	65	24	27	34	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	100	100	100	100	100	99	100	-	-	-	-	
Arabie saoudite	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Argentine	-	100	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Arménie	100	100	100	94	100	83	95	97	91	98	99	97	-	-	-	98	98	97	97	41	69	97	
Australie	100	100	100	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Autriche	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaïdjan	96	100	91	-	96	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	48	100	-	
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahreïn	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	88	
Bangladesh	98	97	98	54	53	55	58	66	54	81	80	95	57	48	58	56	85	28	64	31	38	34	
Barbade	99	-	-	98	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Bélarus	97	96	99	98	98	97	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Belgique	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	
Belize	98	99	98	88	94	84	90	92	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bénin	65	73	58	17	27	8	12	17	8	43	43	-	-	-	73	49	51	47	-	-	-	-	
Bhoutan	97	98	97	77	77	76	92	89	93	72	-	-	76	-	-	-	-	-	95	16	73	36	
Bolivie (État plurinational de)	93	99	80	66	75	44	27	29	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bosnie-Herzégovine	96	95	97	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Botswana	92	98	79	80	91	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brésil	99	100	96	90	94	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	-	-	
Brunei Darussalam	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	-	100	100	100	-	-	-	-	
Bulgarie	99	100	97	86	87	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	47	80	33	22	40	13	9	17	5	61	62	46	52	58	56	32	33	16	74	-	-	21	
Burundi	62	91	58	46	41	46	6	19	4	46	45	52	45	35	93	18	18	14	-	48	-	82	
Cabo Verde	89	93	80	79	83	72	-	-	-	-	-	100	93	92	93	86	83	100	-	-	-	-	
Cambodge	71	90	65	69	93	61	74	83	71	76	83	82	32	41	47	68	73	67	-	-	-	-	
Cameroun	66	82	44	45	61	23	36	47	22	37	37	-	39	39	-	-	-	-	-	-	-	-	
Canada	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chili	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chine	94	97	90	92	95	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	-	36	-	
Chypre	100	100	100	99	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombie	97	100	87	94	96	84	68	76	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Comores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Congo	74	87	46	20	27	6	-	-	-	54	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Costa Rica	100	100	100	98	98	97	86	87	83	84	86	76	81	77	94	81	79	89	100	-	-	-	
Côte d'Ivoire	71	85	56	35	48	21	22	31	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-	-	14	
Croatie	-	100	-	97	98	95	-	-	-	95	-	-	95	-	-	99	-	-	-	-	-	-	
Cuba	97	98	94	91	93	86	92	94	86	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Danemark	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Djibouti	76	84	47	67	79	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	91	-	-	-	-	-	
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Égypte	99	100	99	97	100	96	90	93	88	-	-	-	100	100	100	100	100	100	84	68	60	-	
El Salvador	98	100	93	82	87	70	-	-	-	82	80	84	88	87	92	-	-	-	-	-	-	-	
Émirats arabes unis	100	-	-	99	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Équateur	95	100	87	92	93	89	87	92	79	79	82	93	59	59	68	51	50	33	-	-	-	49	
Érythrée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	26	46	5	3	8	-	-	-	-	
Espagne	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Estonie	100	100	-	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100	
Eswatini	71	97	62	64	52	68	24	48	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	
État de Palestine	98	98	99	99	99	98	92	92	92	100	100	100	96	99	99	21	-	-	93	4	87	57	
États-Unis	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
Éthiopie	50	84	40	9	21	5	8	20	5	15	15	22	40	39	61	20	16	29	-	-	-	64	
Fédération de Russie	97	99	92	89	95	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fidji	94	98	89	99	99	99	-	-	-	87	87	90	76	83	80	70	76	45	69	9	42	56	

TABLEAU 14. EAH

Pays et zones	Ménages 2020									Écoles 2021									Établissements de santé 2021			
	Accès à des services d'approvisionnement en eau potable au moins de base (%)			Accès à des services d'assainissement au moins de base (%)			Accès à des installations d'hygiène de base (%)			Accès à des services d'approvisionnement en eau de base (%)			Accès à des services d'assainissement de base (%)			Accès à des services d'hygiène de base (%)			Accès à des services d'approvisionnement en eau de base (%)	Accès à des services d'assainissement de base (%)	Accès à des services d'hygiène de base (%)	Accès à des services de base de gestion des déchets (%)
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire				
Finlande	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-		
France	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-		
Gabon	85	90	45	50	51	40	-	-	-	60	59	57	-	-	-	59	57	69	-	-		
Gambie	81	88	69	47	60	26	18	18	18	-	-	-	63	83	78	-	-	-	-	-		
Géorgie	97	99	94	86	95	72	92	95	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Ghana	86	96	72	24	28	17	42	47	35	78	78	79	59	62	65	54	52	52	67	-	62	51
Grèce	100	100	100	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Guatemala	94	98	90	68	79	56	-	-	-	-	-	-	76	76	-	-	-	-	67	-	-	-
Guinée	64	87	51	30	46	21	20	33	13	-	37	-	52	52	-	-	-	-	-	-	-	45
Guinée équatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	59	71	50	18	35	5	18	23	14	63	-	-	37	-	-	75	-	-	74	17	47	2
Guyana	96	100	94	86	92	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	67	85	43	37	46	25	22	28	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	-	-	6
Honduras	96	100	90	84	86	80	-	-	-	100	76	71	-	-	-	-	-	-	55	4	30	28
Hongrie	100	100	100	98	98	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Îles Cook	100	-	-	99	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	60	-	20
Îles Marshall	89	87	94	84	91	59	85	86	80	63	68	57	78	65	92	69	63	74	-	-	-	-
Îles Salomon	67	91	59	35	78	21	-	-	28	36	43	59	17	10	22	12	3	3	69	5	23	19
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Îles Vierges britanniques	100	-	-	-	-	-	-	-	-	91	94	88	87	94	80	91	100	80	-	-	-	-
Inde	90	94	89	71	79	67	68	82	60	74	67	75	86	86	84	53	53	53	-	-	-	-
Indonésie	92	98	86	86	92	80	94	96	91	73	72	75	47	43	55	66	66	64	-	-	-	74
Iran (République islamique d')	97	99	94	90	93	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	22	93	52
Iraq	98	100	95	100	100	100	97	98	97	60	-	-	57	-	-	66	-	-	67	-	49	21
Irlande	97	97	98	91	90	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islande	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israël	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Italie	100	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Jamaïque	91	95	85	87	83	91	-	-	-	95	93	97	96	94	97	97	97	98	-	-	-	-
Japon	99	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordanie	99	99	97	97	97	95	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	55	41	50	-
Kazakhstan	95	98	92	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	62	87	52	33	36	32	27	33	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	4	45	47
Kirghizistan	92	99	87	98	95	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	-	-	-
Kiribati	78	92	61	46	51	39	56	59	51	76	67	86	66	72	60	-	-	-	65	-	-	17
Koweït	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
Lesotho	72	93	64	50	47	52	6	10	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lettonie	99	99	99	92	96	84	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Liban	93	-	-	99	-	-	-	-	-	59	60	61	93	92	95	36	34	46	61	16	-	64
Libéria	75	86	64	18	29	6	-	-	-	50	44	65	27	24	35	-	-	-	-	-	-	31
Libye	100	-	-	92	-	-	-	-	-	17	-	-	61	-	-	13	-	-	-	-	-	43
Liechtenstein	100	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	98	100	94	94	98	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	99	93
Luxembourg	100	100	99	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macédoine du Nord	98	98	97	98	99	97	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100
Madagascar	53	80	36	12	19	8	27	38	20	37	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaisie	97	99	90	-	100	-	-	-	-	97	95	99	99	99	100	98	97	99	-	-	-	-
Malawi	70	86	67	27	34	25	8	14	7	78	87	82	66	79	53	21	28	-	76	3	27	42
Maldives	100	99	100	99	100	99	96	97	95	100	100	100	96	-	-	-	-	-	55	15	80	30
Mali	83	96	72	45	56	37	17	27	9	70	70	-	30	30	20	63	63	-	-	-	-	57
Malte	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	90	98	77	87	96	71	-	-	-	85	75	94	82	81	96	88	81	96	-	-	-	-
Maurice	100	100	100	-	96	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	93	94	91	-	-	-	-
Mauritanie	72	89	50	50	75	19	-	-	-	51	51	-	31	27	32	-	-	-	-	-	-	44
Mexique	100	100	98	92	94	86	-	-	-	-	-	-	74	74	80	-	-	82	-	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	18	42	35
Monaco	100	100	-	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Mongolie	85	97	61	68	76	51	86	89	81	74	73	73	63	70	63	41	44	66	-	-	-	-
Monténégro	99	99	98	98	100	94	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	85	100	100
Montserrat	98	-	-	89	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Mozambique	63	88	49	37	61	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	43	-	-

TABLEAU 14. EAH

Pays et zones	Ménages 2020									Écoles 2021						Établissements de santé 2021						
	Accès à des services d'approvisionnement en eau potable au moins de base (%)			Accès à des services d'assainissement au moins de base (%)			Accès à des installations d'hygiène de base (%)			Accès à des services d'approvisionnement en eau de base (%)			Accès à des services d'assainissement de base (%)			Accès à des services d'hygiène de base (%)			Accès à des services d'approvisionnement en eau de base (%)	Accès à des services d'assainissement de base (%)	Accès à des services d'hygiène de base (%)	Accès à des services de base de gestion des déchets (%)
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire				
Myanmar	84	95	78	74	79	71	75	83	71	77	74	82	74	72	71	59	54	62	-	-	-	-
Namibie	84	96	71	35	50	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	100	100	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	93	100	83	80	75	86	-	-	-	-
Népal	90	90	90	77	76	77	62	75	59	47	39	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nicaragua	82	97	59	73	81	61	-	-	-	54	-	-	12	-	-	40	-	58	-	-	-	31
Niger	47	86	39	15	52	7	23	39	20	-	-	48	25	26	-	15	15	16	25	0	4	36
Nigéria	78	92	62	43	52	33	33	41	25	35	31	49	38	35	41	19	18	20	52	14	35	35
Niue	97	-	-	96	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Norvège	100	100	100	98	98	98	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	92	95	76	99	99	99	97	-	-	100	-	-	98	-	-	100	100	100	100	95	100	98
Ouganda	56	79	48	20	28	17	23	36	18	73	73	-	75	77	-	32	30	56	52	-	24	47
Ouzbékistan	98	100	96	100	100	100	-	-	-	79	90	89	75	80	71	87	87	87	-	-	-	-
Pakistan	90	93	89	68	82	60	80	90	74	-	63	85	-	34	60	-	-	-	16	55	14	14
Palaos	100	100	100	100	100	99	-	-	-	89	84	95	89	84	95	89	84	95	-	-	-	-
Panama	94	98	86	85	93	65	-	-	-	34	27	41	-	-	-	55	53	56	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	45	86	39	19	49	15	30	62	25	47	46	65	46	46	69	12	11	16	-	-	-	-
Paraguay	100	100	99	93	95	88	80	85	72	72	-	-	-	-	-	-	-	85	26	-	-	6
Pays-Bas	100	100	100	98	98	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Pérou	93	97	81	79	84	60	-	-	55	77	77	75	80	80	85	-	-	-	46	7	-	28
Philippines	94	97	91	82	82	82	82	85	79	45	45	46	74	70	90	61	64	52	-	-	-	-
Pologne	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Portugal	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Qatar	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
République arabe syrienne	94	95	92	90	90	90	83	85	80	49	49	49	49	51	47	21	22	23	68	-	-	-
République centrafricaine	37	50	28	14	25	6	22	34	12	16	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Corée	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
République de Moldova	91	97	85	79	87	73	-	-	-	92	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
République démocratique du Congo	46	75	22	15	20	11	19	27	12	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-	0
République démocratique populaire lao	85	97	78	79	98	69	56	73	46	56	56	-	32	32	-	35	35	-	80	4	16	19
République dominicaine	97	98	90	87	89	77	47	50	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République populaire démocratique de Corée	94	97	89	85	92	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	61	89	45	32	47	23	48	63	40	56	50	70	44	31	66	15	15	18	55	6	42	28
Roumanie	100	100	100	87	97	76	-	-	-	72	64	85	72	64	87	72	64	87	-	-	-	-
Royaume-Uni	100	100	100	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	60	83	56	69	50	73	5	13	3	64	59	77	68	66	73	52	50	49	73	6	65	52
Sainte-Lucie	97	97	97	83	79	84	-	-	-	100	100	100	100	100	100	97	100	94	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-
Saint-Marin	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	99	100	99	99	100	99	-	-	-	-
Samoa	92	92	92	97	95	97	79	-	-	100	100	100	100	99	100	100	100	100	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	78	80	74	48	51	39	55	59	44	-	-	-	76	70	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	85	95	75	57	68	46	22	35	10	-	-	-	16	9	40	22	25	9	82	-	-	25
Serbie	95	95	96	98	100	96	-	-	-	98	-	-	99	-	-	98	-	-	98	6	86	85
Seychelles	-	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	80
Sierra Leone	64	78	53	17	25	10	21	24	19	49	52	66	20	46	25	-	-	25	15	39	64	64
Singapour	100	100	-	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Slovaquie	100	100	100	98	99	96	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Slovénie	100	-	-	98	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Somalie	56	79	37	39	56	25	25	32	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	60	74	53	37	60	24	13	-	-	43	43	-	-	-	-	8	8	-	27	7	17	3
Soudan du Sud	41	70	34	16	42	9	-	-	-	51	51	-	37	37	-	18	18	-	-	-	-	-
Sri Lanka	92	100	91	94	93	94	-	-	-	85	82	87	92	91	93	-	-	-	99	-	-	27
Suède	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Suriname	98	99	97	90	94	82	72	75	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tadjikistan	82	96	77	97	94	98	73	87	68	79	-	-	47	-	-	26	-	-	-	-	-	-
Tchad	46	74	38	12	40	4	25	35	22	37	30	-	-	-	-	20	20	-	-	-	-	75
Tchéquie	100	100	100	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	100	100
Thaïlande	100	100	100	99	99	98	85	87	83	100	100	100	100	100	100	100	100	100	88	81	93	-

TABLEAU 14. EAH

Pays et zones	Ménages 2020									Écoles 2021									Établissements de santé 2021			
	Accès à des services d'approvisionnement en eau potable au moins de base (%)			Accès à des services d'assainissement au moins de base (%)			Accès à des installations d'hygiène de base (%)			Accès à des services d'approvisionnement en eau de base (%)			Accès à des services d'assainissement de base (%)			Accès à des services d'hygiène de base (%)			Accès à des services d'approvisionnement en eau de base (%)	Accès à des services d'assainissement de base (%)	Accès à des services d'hygiène de base (%)	Accès à des services de base de gestion des déchets (%)
	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Milieu urbain	Milieu rural	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire	Total	Enseignement primaire	Enseignement secondaire				
Timor-Leste	85	96	80	57	74	49	28	43	22	70	71	62	-	-	-	60	61	52	-	-	-	9
Togo	69	91	52	19	33	8	17	27	10	38	33	54	79	78	68	18	19	16	-	-	-	-
Tokélaou	100	-	100	97	-	97	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	67
Tonga	99	100	98	93	95	92	70	80	66	99	98	99	98	97	99	91	86	95	92	-	-	63
Trinité-et-Tobago	99	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	98	99	94	97	98	97	84	91	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Türkiye	97	97	96	99	100	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkménistan	100	100	100	99	99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Tuvalu	100	100	100	-	-	-	-	-	-	76	75	76	86	80	92	100	100	100	-	-	-	-
Ukraine	94	91	100	98	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	87	96	-	-	-	-
Uruguay	99	100	95	98	98	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	91	100	88	53	65	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	9	27	13
Venezuela (République bolivarienne du)	94	-	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	97	99	96	89	96	85	86	93	82	96	96	-	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Yémen	61	77	51	54	79	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Zambie	65	87	48	32	41	25	18	29	9	79	78	-	-	-	-	57	55	58	-	-	-	-
Zimbabwe	63	93	48	35	42	32	42	56	36	61	60	63	-	-	-	-	-	-	81	17	58	78

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	64	86	49	33	47	23	28	39	21	45	44	50	44	42	52	25	24	28	51	12	36	37
Afrique de l'Est et australe	62	86	48	33	50	24	30	43	22	47	47	47	51	48	64	23	22	33	56	13	36	47
Afrique de l'Ouest et centrale	68	87	50	32	44	22	27	36	19	44	40	53	39	38	44	27	26	23	47	12	36	30
Amérique du Nord	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	97	99	90	89	93	73	-	-	-	-	-	-	74	75	81	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	94	98	89	91	95	85	-	-	-	76	74	76	69	66	73	70	70	68	90	-	38	-
Asie du Sud	91	94	89	69	77	65	68	81	60	74	67	79	81	72	78	52	54	49	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	98	99	97	97	98	93	-	-	-	95	97	98	94	96	96	94	97	98	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	96	98	94	94	97	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	95	98	89	92	95	84	-	-	83	79	84	90	86	93	95	82	89	91	81	47	71	40
Pays les moins avancés	67	85	57	37	48	31	37	47	31	56	53	67	49	45	59	32	34	31	53	21	32	34
Monde	90	96	82	78	88	66	71	-	60	71	67	76	72	68	75	58	58	60	78	-	51	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Accès à des services de base d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans les ménages – Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP). Dernière mise à jour : juillet 2021.

Accès à des services de base d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène dans les écoles – Programme commun OMS/ UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP). Dernière mise à jour : juin 2022.

Accès à des services de base d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement, d'hygiène et des gestion des déchets dans les établissements de santé – Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (JMP). Dernière mise à jour : août 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population ayant accès à des services d'approvisionnement en eau potable au moins de base – Pourcentage de la population utilisant une source d'eau améliorée, où le temps de collecte est de 30 minutes maximum aller-retour, y compris le

temps d'attente (les sources améliorées comprennent l'eau courante, les puits tubulaires ou trous de sonde, les puits creusés protégés, les sources protégées, l'eau de pluie, l'eau en bouteille ou acheminée).

Population ayant accès à des services d'assainissement au moins de base – Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires améliorées non partagées avec d'autres ménages (les installations améliorées comprennent les latrines à chasse d'eau ou installations reliées au réseau d'égouts, les fosses septiques ou les latrines à fosse, les latrines améliorées à fosse autoventilée, les latrines avec dalle, les latrines à compost).

Population ayant accès à des installations d'hygiène de base – Pourcentage de la population ayant accès à domicile à des installations pour se laver les mains avec de l'eau et du savon.

Proportion d'école ayant accès des services de base d'approvisionnement en eau – Pourcentage d'écoles ayant accès à une source d'eau potable améliorée au moment de l'enquête.

Proportion d'écoles ayant accès à des services de base d'assainissement – Pourcentage d'écoles disposant d'installations sanitaires de base non mixtes et utilisables (disponibles, fonctionnelles et privées) au moment de l'enquête.

Proportion d'écoles ayant accès à des services d'hygiène de base – Pourcentage d'écoles disposant d'installations pour se laver les mains avec de l'eau et du savon.

Proportion d'établissements de santé ayant accès des services de base d'approvisionnement en eau – Pourcentage d'établissements de santé ayant accès sur place à une source d'eau améliorée.

Proportion d'établissements de santé ayant accès des services de base d'assainissement – Pourcentage d'établissements de santé disposant d'installations sanitaires améliorées utilisables, équipées d'au moins un cabinet de toilettes réservé au personnel, d'au moins un cabinet de toilettes pour chaque sexe doté d'un dispositif de gestion de l'hygiène menstruelle pour les femmes et d'au moins un cabinet de toilettes accessible aux personnes à mobilité réduite.

Proportion d'établissements de santé ayant accès des services d'hygiène de base – Pourcentage d'établissements de santé disposant d'installations fonctionnelles pour l'hygiène des mains (approvisionnées en eau et en savon et/ ou en désinfectant pour les mains à base d'alcool) sur place et à moins de cinq mètres des toilettes.

Proportion d'établissements de santé ayant accès des services de base de gestion des déchets – Pourcentage d'établissements de santé triant les déchets de manière sécurisée dans au moins trois poubelles et traitant et éliminant les déchets tranchants et infectieux en toute sécurité.

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2021		Nutrition		Protection			Enseignement et apprentissage				Transition vers la vie active (%) 2013-2021 ^R					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Majeur 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime (%) 2013-2020 ^R	Harcèlement (%) 2011-2018 ^R		Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
						Total	Total	Total	Total	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Afghanistan	9 809	24	17	9	29	42	45	-	-	-	-	51	82	9	9	9	22
Afrique du Sud	10 222	17	4	26	12 y	-	-	-	-	-	-	11	11	23	34	1	2
Albanie	349	12	1	24	-	17	18	56	59	38	58	21	17	34	19	1 x	3 x
Algérie	7 107	16	6	29	-	48	55	18	21	15	28	-	-	32	38	1	1
Allemagne	7 602	9	1	25	-	21	21	79	79	76	84	-	-	8	9	-	-
Andorre	8	11	1	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	7 990	23	8	11	24	-	-	-	-	-	-	18	27	17	15	15	19
Anguilla	2	12	-	-	-	22	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	13	14	3	25	-	24 x	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	5 735	16	8	35	-	-	-	12	11	34	62	-	-	27	44	-	-
Argentine	7 043	16	1	34	-	25	24	35	27	45	51	10 y	12 y	24 y	39 y	0 x	1 x
Arménie	341	12	2	18	0 p	19	15	48	52	-	-	26	11	27	24	0	1
Australie	3 105	12	1	33	-	-	-	78	77	76	85	-	-	18	13	-	-
Autriche	856	10	2	26	-	20	21	79	78	71	82	14 y	8 y	17 y	16 y	-	-
Azerbaïdjan	1 533	15	3	18	12 x	25	26	-	-	-	-	-	-	12 y	17 y	-	-
Bahamas	64	16	3	34	-	25	22	-	-	-	-	-	-	38 x	46 x	-	-
Bahreïn	173	12	6	34	-	36	23	36	43	-	-	-	-	10 x	21 x	-	-
Bangladesh	32 305	19	18	8	28 y	27	17	-	-	-	-	10	30	12	18	0	4
Barbade	36	13	4	26	-	15	11	-	-	-	-	26	23	50	29	0 x	0 x
Bélarus	1 023	11	2	22	-	-	-	71	70	72	82	6	5	32	29	0	0
Belgique	1 331	11	1	23	-	16	18	82	79	75	82	-	-	29	20	-	-
Belize	76	19	4	27	-	30	31	-	-	-	-	20	32	16	29	1	3
Bénin	2 925	23	7	11	14	47	52	-	-	-	-	32	38	-	-	15	26
Bhoutan	137	18	15	9	-	31	29	-	-	-	-	3	2	22	-	2 x	5 x
Bolivie (État plurinational de)	2 404	20	1	27	-	32	28	-	-	-	-	6	10	6	6	-	-
Bosnie-Herzégovine	338	10	2	21	-	-	-	-	-	38	55	10 y	7 y	48 y	53 y	-	-
Botswana	512	20	6	16	-	53 x	52 x	-	-	-	-	28	29	45	56	-	-
Brésil	30 986	14	3	26	-	-	-	34	30	44	56	13	18	34	46	1	1
Brunei Darussalam	67	15	6	25	-	25	22	50	54	42	55	17	14	22	35	-	-
Bulgarie	653	9	2	27	-	35	33	55	56	45	62	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	5 296	24	8	8	5 x	-	-	-	-	-	-	31	44	9	8	9 x	29 x
Burundi	3 072	24	7	10	38	-	-	-	-	-	-	13	11	2	1	21	30
Cabo Verde	107	18	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27 y	47 y	-	-
Cambodge	3 058	18	11	10	7	23	22	11	9	6	9	12	11	3	2	2 x	6 x
Cameroun	6 272	23	6	12	20	-	-	-	-	-	-	9	18	3	5	8	22
Canada	4 128	11	1	31	-	36	40	84	84	82	90	12	10	16	15	-	-
Chili	2 448	13	1	34	-	16	14	32	24	64	73	8	10	21	32	8 x	10 x
Chine	166 138	12	4	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	127	10	1	32	-	-	-	-	-	46	67	9	10	28	34	-	-
Colombie	7 870	15	2	24	-	-	-	40	30	48	52	18	26	20	34	1	2
Comores	174	21	7	12	4 x	-	-	-	-	-	-	18	24	22	-	15 x	28 x
Congo	1 336	23	8	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	9
Costa Rica	741	14	2	30	-	18 x	20 x	45	35	55	61	15	16	52	69	1	0
Côte d'Ivoire	6 553	24	6	12	20 x,y	-	-	-	-	-	-	11	23	4	-	11	22
Croatie	399	10	2	26	-	23	21	70	68	72	85	-	-	36	37	-	-
Cuba	1 244	11	4	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Danemark	679	12	1	24	-	12	15	85	86	79	89	-	-	14	13	-	-
Djibouti	226	20	6	16	-	44 x	36 x	-	-	-	-	17	24	88	85	-	-
Dominique	11	15	3	31	-	29 x	26 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	20 530	19	3	35	17	70	70	20	23	-	-	7	22	10	32	1	5
El Salvador	1 149	18	2	29	7 y	21	24	-	-	-	-	14	27	8	15	5	13
Émirats arabes unis	744	8	5	34	-	33	22	45	48	46	68	-	-	32	30	-	-
Équateur	3 164	18	1	27	-	-	-	34	24	47	52	10	20	5	10	-	-
Érythrée	909	25	8	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espagne	4 998	11	1	32	-	10	9	75	75	80	87	-	-	50	52	-	-
Estonie	143	11	2	19	-	30	30	90	90	86	92	5	3	37	33	-	-
Éswatini	259	22	4	16	-	33	31	-	-	-	-	17	25	37	43	2 x	3 x
État de Palestine	1 147	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	14	42	-	1	2
États-Unis	43 810	13	1	41	-	26 x,y	25 x,y	74	72	77	85	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	28 114	23	10	8	24	-	-	-	-	-	-	9	18	3	6	14	21
Fédération de Russie	15 631	11	2	19	-	31	35	78	78	73	83	-	-	26	32	-	-

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2021		Nutrition		Protection			Enseignement et apprentissage				Transition vers la vie active (%) 2013-2021 ^R					
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Majeur 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime (%) 2013-2020 ^R	Harcèlement (%) 2011-2018 ^R		Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères	
						Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Fidji	167	18	4	33	47 x,y	33	26	-	-	-	-	8	13	16	32	3	2
Finlande	614	11	1	25	-	27	24	83	87	80	93	-	-	22	25	-	-
France	7 911	12	1	29	-	13	16	79	79	75	84	7 y	5 y	21 y	29 y	-	-
Gabon	468	20	6	15	40 x	-	-	-	-	-	-	-	-	27 x	38 x	6 x	7 x
Gambie	639	24	7	11	14	-	-	-	-	-	-	25	22	6	4	3	17
Géorgie	462	12	3	19	-	17	20	38	40	28	44	17	14	31	32	0	0
Ghana	7 079	22	6	10	23 x,y	-	-	-	-	-	-	17	21	3	4	13	19
Grèce	1 100	11	1	35	-	18	21	63	65	61	78	6	5	46	56	-	-
Grenade	18	15	4	25	-	29 x	26 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	3 787	22	1	27	9	26	20	12	10	28	33	10	40	4	4	-	-
Guinée	3 146	23	7	9	-	-	-	-	-	-	-	27	40	-	-	11	18
Guinée équatoriale	331	20	8	10	56 x,p	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	483	23	7	10	-	-	-	-	-	-	-	13	22	2	-	4	9
Guyana	148	18	6	24	-	40 x	37 x	-	-	-	-	40	49	30	47	2	3
Haïti	2 336	20	4	26	28	-	-	-	-	-	-	8 x	17 x	-	-	19 x	13 x
Honduras	2 124	21	2	26	8	13 y	12 y	19	12	28	31	13	37	12	27	4	12
Hongrie	973	10	2	27	-	27	28	69	65	70	79	6	6	29	30	-	-
Îles Cook	3	15	<1	62	6 x,y	29	32	-	-	-	-	7	14	2	5	-	-
Îles Marshall	8	19	<1	58	27 y	-	-	-	-	-	-	31	23	-	-	-	-
Îles Salomon	155	22	1	24	-	64	68	-	-	-	-	5 y	6 y	-	-	6	9
Îles Turques-et-Caïques	5	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2
Îles Vierges britanniques	4	13	-	-	-	18 x	17 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	253 718	18	27	6	18	-	-	-	-	-	-	13	28	26	15	-	-
Indonésie	45 844	17	10	14	-	24	19	26	30	24	36	14	15	16	15	-	-
Iran (République islamique d')	12 194	14	9	25	-	-	-	-	-	-	-	12	24	17	21	-	-
Iraq	9 609	22	5	30	-	32	22	-	-	-	-	17	38	36	52	1	6
Irlande	683	14	<1	29	-	32	32	84	84	85	91	-	-	18	23	-	-
Islande	47	13	1	27	-	12	11	77	82	66	81	-	-	15	12	-	-
Israël	1 458	16	1	34	-	29	18	63	69	60	77	-	-	8	6	-	-
Italie	5 656	10	1	34	-	11	12	64	61	72	81	-	-	48	55	-	-
Jamaïque	441	16	2	28	11 y	26	25	-	-	-	-	26	25	26	35	1	0
Japon	10 966	9	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-	-
Jordanie	2 288	21	4	30	15	47 x	37 x	40	41	46	71	22	21	54	41	0	2
Kazakhstan	3 033	16	2	19	-	15	16	51	51	29	43	-	-	3 y	3 y	-	-
Kenya	12 725	24	8	11	23	57 x	57 x	-	-	-	-	9	13	8	7	-	-
Kirghizistan	1 185	18	3	15	3 x	-	-	-	-	-	-	8	9	10	10	5	11
Kiribati	25	20	<1	54	67 p	42	32	-	-	-	-	43	26	29	-	17	19
Koweït	536	13	4	43	-	36	28	20	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	470	21	6	15	-	-	-	-	-	-	-	22	30	10	35	11	16
Lettonie	190	10	2	20	-	44	49	83	83	71	84	-	-	-	-	-	-
Liban	1 038	19	5	31	-	24	12	36	34	28	36	15	20	28	29	-	-
Libéria	1 250	24	7	10	58	43	51	-	-	-	-	37	36	9	5	18	21
Libye	1 309	19	6	31	-	40 x	31 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	4	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	264	9	3	19	-	51	51	73	76	68	83	-	-	-	-	-	-
Luxembourg	67	11	1	25	-	21	23	74	72	66	76	-	-	37	29	-	-
Macédoine du Nord	240	11	2	25	-	18	18	37	41	34	57	9	8	40	62	1	1
Madagascar	6 583	23	7	10	19	-	-	-	-	-	-	3 x	3 x	3	2	17	26
Malaisie	5 224	16	8	25	-	19 y	14 y	56	60	47	61	-	-	15 y	16 y	-	-
Malawi	5 044	25	6	10	28	43 x	47 x	-	-	-	-	10	16	-	-	5	12
Maldives	67	13	14	16	4	30	30	-	-	-	-	30	26	29	16	-	-
Mali	5 366	24	8	10	21 y	-	-	-	-	-	-	16	36	7	11	2	8
Malte	44	8	1	35	-	29	21	61	63	55	74	17	22	22	17	-	-
Maroc	6 255	17	6	26	-	44	32	14	15	22	32	-	-	17 x	11 x	-	-
Maurice	175	13	7	14	-	29	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	1 105	24	8	13	-	48 x	46 x	-	-	-	-	29	44	18	23	13	23
Mexique	21 813	17	2	34	-	-	-	47	41	52	58	9	19	7	9	2	3
Micronésie (États fédérés de)	24	21	<1	50	35 y	-	-	-	-	-	-	18	23	-	29	-	-
Monaco	3	8	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	534	16	2	17	8 y	36	25	-	-	-	-	11	7	17	-	18	14
Monténégro	78	12	2	24	-	-	-	55	52	48	63	12	10	44	-	0	0

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2021		Nutrition		Protection			Enseignement et apprentissage				Transition vers la vie active (%) 2013-2021 ^R						
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Majeur 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime (%) 2013-2020 ^R	Harcèlement (%) 2011-2018 ^R		Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères		
						Total	Total	Total	Total	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Montserrat	1	13	-	-	-	32	x	25	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	7 583	24	4	12	10	y	45	46	-	-	-	-	-	-	7	5	-	-
Myanmar	9 069	17	13	11	22	-	51	49	-	-	-	-	9	12	6	6	-	-
Namibie	509	20	8	14	52	p	48	45	-	-	-	-	17	20	37	39	-	-
Nauru	3	21	<1	64	-	-	40	38	-	-	-	-	22	y	39	y	33	y
Népal	6 171	21	16	7	17	-	56	45	-	-	-	-	16	-	30	22	24	7
Nicaragua	1 319	19	2	28	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	32	6	11	-
Niger	6 072	24	10	8	-	-	-	-	-	-	-	-	57	y	72	y	19	y
Nigéria	49 904	23	10	8	13	-	-	-	-	-	-	-	24	-	34	27	40	17
Niue	0	16	<1	58	-	-	38	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	645	12	1	27	-	-	16	14	79	83	74	88	-	-	20	19	-	-
Nouvelle-Zélande	654	13	<1	38	-	-	-	-	79	78	77	86	-	-	17	16	-	-
Oman	590	13	7	30	-	-	45	39	20	27	-	-	-	-	50	y	40	y
Ouganda	11 645	25	6	10	31	-	50	x	41	x	49	34	50	49	14	18	5	4
Ouzbékistan	5 611	16	3	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	21	-	-
Pakistan	51 846	22	19	9	17	y	45	x	35	x	-	-	-	-	14	46	10	8
Palaos	2	14	<1	62	8	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	731	17	2	28	-	-	-	-	21	17	33	39	12	12	17	26	0	1
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 094	21	1	31	60	-	-	-	-	-	-	-	26	x	30	x	3	x
Paraguay	1 214	18	2	27	-	-	19	15	11	6	30	34	11	23	13	27	4	9
Pays-Bas	1 974	11	1	24	-	-	12	12	84	85	71	81	-	-	12	13	-	-
Pérou	5 918	18	1	26	18	-	47	x	48	x	-	-	19	23	7	9	3	5
Philippines	22 156	19	10	12	11	-	53	49	-	-	15	23	9	9	5	8	-	-
Pologne	3 882	10	2	24	-	-	23	18	85	86	80	90	-	-	18	23	-	-
Portugal	1 034	10	1	30	-	-	17	19	77	77	76	84	-	-	32	41	-	-
Qatar	205	8	5	37	-	-	49	35	36	37	36	62	-	-	0	y	0	y
République arabe syrienne	5 576	26	6	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	x	27	x
République centrafricaine	1 453	27	8	10	32	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	23
République de Corée	4 658	9	2	25	-	-	-	-	84	86	81	89	-	-	7	8	-	-
République de Moldova	354	12	3	17	15	x	43	44	49	50	49	66	5	4	-	-	-	-
République démocratique du Congo	22 086	23	10	10	36	-	-	-	-	-	-	-	25	30	-	-	7	17
République démocratique populaire lao	1 472	20	9	13	14	y	15	11	-	-	-	-	20	21	4	4	5	11
République dominicaine	1 975	18	3	31	22	-	26	22	10	9	16	26	25	29	12	29	1	2
République populaire démocratique de Corée	3 330	13	5	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	15 031	24	7	11	30	-	25	y	28	y	-	-	8	14	2	3	4	7
Roumanie	2 083	11	3	23	-	-	31	30	54	53	52	67	-	-	43	45	-	-
Royaume-Uni	7 876	12	1	30	-	-	38	37	82	80	79	86	-	-	19	13	-	-
Rwanda	3 120	23	6	11	-	-	-	-	-	-	-	-	25	23	24	23	0	0
Sainte-Lucie	25	14	4	22	-	-	24	29	-	-	-	-	34	y	30	y	65	y
Saint-Kitts-et-Nevis	6	14	4	27	-	-	25	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	3	10	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	15	15	4	28	-	-	31	x	29	x	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	46	21	<1	51	-	-	43	34	-	-	-	-	17	19	12	35	3	2
Sao Tomé-et-Principe	53	24	6	13	28	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	11
Sénégal	3 915	23	10	9	3	-	-	-	8	7	8	9	21	37	-	5	6	23
Serbie	714	10	2	26	-	-	17	19	60	61	55	70	11	10	28	38	1	2
Seychelles	15	14	6	21	-	-	45	50	-	-	-	-	31	23	31	27	-	-
Sierra Leone	1 950	23	7	10	43	-	60	57	-	-	-	-	24	28	-	-	12	20
Singapour	498	8	2	21	-	-	-	-	92	95	86	92	4	2	2	11	-	-
Slovaquie	551	10	1	22	-	-	20	19	75	75	62	75	6	y	5	y	41	y
Slovénie	208	10	1	25	-	-	26	23	83	84	75	89	3	4	17	21	-	-
Somalie	4 051	24	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	34	40	40	37	-	-
Soudan	10 079	22	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	17	x	33	x	29	x
Soudan du Sud	2 858	27	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	3 535	16	15	12	-	-	50	29	-	-	-	-	11	12	29	35	0	0
Suède	1 225	12	2	23	-	-	18	19	81	82	77	86	-	-	42	38	-	-
Suisse	852	10	<1	21	-	-	14	18	84	83	72	82	11	10	9	11	-	-
Suriname	109	18	4	30	-	-	25	25	-	-	-	-	11	11	23	62	1	2
Tadjikistan	1 945	20	4	14	6	-	7	x	7	x	-	-	-	-	12	y	7	y

TABLEAU 15. ADOLESCENTS

Pays et zones	Population adolescente 2021		Nutrition		Protection			Enseignement et apprentissage				Transition vers la vie active (%) 2013-2021 ^a						
	Âgée de 10 à 19 ans (milliers)	Proportion de la population totale (%)	Maigreurs 2016	Surpoids 2016	Violences exercées par un partenaire intime (%) 2013-2020 ^b	Harcèlement (%) 2011-2018 ^b		Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques		Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture		Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation		Chômage		Participation aux tâches ménagères		
						Total	Total	Total	Total	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Tchad	4 101	24	9	8	15	-	-	-	-	-	-	27	44	3	-	20	40	
Tchéquie	1 072	10	2	26	-	17	19	79	80	74	85	4	4	29	21	-	-	
Thaïlande	8 219	11	8	20	-	38	28	43	51	31	49	8	9	5	5	-	-	
Timor-Leste	312	24	11	11	38	39	25	-	-	-	-	11	15	-	13	4	6	
Togo	1 954	23	7	10	13	-	-	-	-	-	-	15	25	11	2	19	31	
Tokélaou	0	21	-	-	-	39	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tonga	23	22	<1	57	-	46	31	-	-	-	-	20	16	1	14	3	0	
Trinité-et-Tobago	200	13	6	23	-	13	18	43	52	48	67	10	11	-	30	0	x	
Tunisie	1 782	15	7	24	-	37	x	24	x	27	24	23	33	19	18	33	26	1
Türkiye	12 767	15	5	28	18	y	39	33	41	43	68	79	13	21	17	22	-	
Turkménistan	1 085	17	3	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	
Tuvalu	2	18	<1	57	-	40	15	-	-	-	-	17	y	29	y	-	0	
Ukraine	4 485	10	2	20	2	x	40	41	-	-	68	81	-	-	29	y	27	
Uruguay	478	14	2	32	-	18	20	51	48	53	63	9	10	39	52	1	x	
Vanuatu	68	21	2	29	-	60	46	-	-	-	-	25	30	14	15	1	0	
Venezuela (République bolivarienne du)	5 420	19	2	33	-	-	-	-	-	-	-	16	25	21	y	24	y	
Viet Nam	14 107	14	14	9	16	x,y	26	26	79	83	81	91	13	13	7	6	3	
Yémen	7 580	23	14	18	-	47	33	-	-	-	-	18	58	25	29	-	-	
Zambie	4 697	24	6	12	27	63	x	67	x	2	3	4	6	19	24	6	8	
Zimbabwe	3 788	24	6	14	31	-	-	-	-	-	-	16	28	7	9	4	10	

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	273 695	23	-	-	22	-	-	-	-	-	-	19	27	13	17	9	15
Afrique de l'Est et australe	139 851	23	-	-	24	-	-	-	-	-	-	12	18	9	10	8	13
Afrique de l'Ouest et centrale	133 844	23	-	-	20	-	-	-	-	-	-	24	34	19	27	9	16
Amérique du Nord	47 938	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8	13	11	-	-
Amérique latine et Caraïbes	105 350	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	21	20	28	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	302 032	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	357 589	19	-	-	19	-	-	-	-	-	-	14	32	22	15	-	-
Europe et Asie centrale	106 929	12	-	-	-	26	26	-	-	-	-	-	-	24	26	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	54 309	13	-	-	-	33	32	-	-	-	-	-	-	22	25	-	-
Europe de l'Ouest	52 619	11	-	-	-	20	20	-	-	-	-	-	-	25	27	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	85 858	18	-	-	-	51	46	-	-	-	-	13	29	23	33	-	-
Pays les moins avancés	245 872	22	-	-	26	-	-	-	-	-	-	19	30	10	11	8	16
Monde	1 283 495	16	-	-	19	-	-	-	-	-	-	13	22	17	17	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

¹ Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un 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.

² Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.

³ Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

⁴ Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population adolescente – Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2019), Perspectives de la population mondiale 2019, édition en ligne.

Maigreurs et surpoids – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), « Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128,9 million children, adolescents, and adults », *The Lancet*, vol. 390, no 10113, p. 2627 à 2642 (2017). Dernière mise à jour : août 2019.

Violences exercées par un partenaire intime – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Harcèlement – Enquête sur les comportements des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) et enquête en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS) et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques et en lecture – Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies. Dernière mise à jour : avril 2019.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : décembre 2022.

Chômage – Organisation internationale du Travail. Dernière mise à jour : décembre 2022.

Participation aux tâches ménagères – EDS, MICS et autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : mars 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Maigreurs – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 19 ans ayant un IMC inférieur à 2 écarts-types en dessous de la médiane selon les normes de référence de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Surpoids – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 19 ans ayant un IMC supérieur à 1 écart-type au-dessus de la médiane selon les normes de référence

de l'OMS en ce qui concerne la croissance des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Violences exercées par un partenaire intime – Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans engagées dans une relation qui ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un ancien partenaire intime ou de leur partenaire intime actuel au cours des 12 derniers mois.

Harcèlement – Pourcentage d'élèves âgés de 13 à 15 ans qui ont signalé avoir été harcelés au moins une journée au cours des 30 derniers jours.

Maîtrise des normes d'aptitudes en mathématiques – Pourcentage d'enfants et de jeunes en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en mathématiques.

Maîtrise des normes d'aptitudes en lecture – Pourcentage d'enfants et de jeunes en fin de premier cycle du secondaire qui maîtrisent au moins les normes d'aptitudes minimales en lecture.

Jeunes déscolarisés et sans emploi ni formation – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans déscolarisés, sans emploi ni formation.

Chômage – Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans sans emploi au sein de la main d'œuvre.

Participation aux tâches ménagères – Pourcentage d'adolescents âgés de 10 à 14 ans qui ont effectué au moins 21 heures de services ménagers non rémunérés durant la semaine de référence.

TABLEAU 16. ENFANTS HANDICAPÉS

Pays et zones	Enfants handicapés (%) 2015-2021 ^R			Nutrition de l'enfant 2015-2021 ^R				Développement de la petite enfance 2015-2021 ^R				Éducation				Protection de l'enfant 2015-2021 ^R		EAH 2015-2021 ^R		Protection sociale et équité 2017-2021 ^R	
				Insuffisance pondérale modérée et sévère (%)		Retard de croissance modéré et sévère (%)		Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs (%)		Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance (%)		Enfants n'ayant jamais été scolarisés (%) 2015-2021 ^R		Compétences relatives à l'apprentissage fondamental (%) 2017-2021 ^R		Châtiments corporels sévères (%)		Installations sanitaires de base sur place (%)		Prestations sociales (%)	
	Enfants âgés de 2 à 17 ans	Enfants âgés de 2 à 4 ans	Enfants âgés de 5 à 17 ans	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés		
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Afrique du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Albanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Algérie	17	3	20	7	2	14	10	46	62	7	15	3	1	-	23	17	86	86	34	26	
Allemagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Arabie saoudite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Argentine	11	4	14	4	3	13	10	85	85	57	65	0	0	-	12	6	95	96	-	-	
Arménie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Australie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Autriche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaïdjan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahreïn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	7	3	8	33	25	42	30	58	63	13	19	8	2	19	25	42	30	56	63	72	70
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélarus	4	2	5	-	-	-	-	96	97	73	91	2	0	60	67	0	0	98	99	76	63
Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bénin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bhoutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brazil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cameroun	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	18	7	21	7	3	10	8	71	76	40	44	0	0	-	5	2	94	96	49	44	
Côte d'Ivoire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	8	2	11	0	3	38	7	87	90	29	50	0	0	-	6	1	83	86	-	-	
Danemark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Émirats arabes unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Équateur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Érythrée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espagne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
État de Palestine	12	2	15	5	2	9	8	57	76	22	35	1	0	26	37	24	21	96	97	37	34
États-Unis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fédération de Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 16. ENFANTS HANDICAPÉS

Pays et zones	Enfants handicapés (%) 2015-2021 ^R			Nutrition de l'enfant 2015-2021 ^R				Développement de la petite enfance 2015-2021 ^R				Éducation				Protection de l'enfance 2015-2021 ^R		EAH 2015-2021 ^R		Protection sociale et équité 2017-2021 ^R					
				Insuffisance pondérale modérée et sévère (%)		Retard de croissance modéré et sévère (%)		Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs (%)		Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance (%)		Enfants n'ayant jamais été scolarisés (%) 2015-2021 ^R		Compétences relatives à l'apprentissage fondamental (%) 2017-2021 ^R		Châtiments corporels sévères (%)		Installations sanitaires de base sur place (%)		Prestations sociales (%)					
	Enfants âgés de 2 à 17 ans	Enfants âgés de 2 à 4 ans	Enfants âgés de 5 à 17 ans	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés				
Fidji	9	6	9	6	5	10	8	98	97	15	p	22	4	0	21	43	17	13	85	86	86	89			
Finlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
France	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Gabon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Gambie	9	5	10	20	14	31	20	8	17	20		25	18	15	4	5	21	16	41	45	-	-			
Géorgie	8	2	10	3	p	2	9	p	7	83	p	78	-	78	4	0	-	13	4	97	98	89			
Ghana	19	11	21	8	12	19	20	27	35	72		71	4	3	5	9	24	16	16	16	-	-			
Grèce	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Grenade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guinée équatoriale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guinée-Bissau	14	5	16	16	17	37	29	47	43	12	15	17	11	1	4	20	21	12	13	-	-				
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Haïti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Honduras	14	6	16	16	7	31	21	34	36	9	14	0	0	-	8	4	80	81	-	-	-				
Hongrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Salomon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Turques-et-Caïques	6	2	7	-	1	-	0	-	87	-	93	0	0	-	57	24	p	5	95	p	95	8	p	8	
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Indonésie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iran (République islamique d')	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iraq	18	3	22	11	3	18	10	35	45	3	2	7	3	-	40	30	90	91	36	29	-	-	-		
Irlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Israël	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaïque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Japon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jordanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kazakhstan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kenya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kirghizistan	7	1	9	6	p	1	16	p	12	81	p	87	-	39	3	0	8	17	12	5	96	98	60	49	
Kiribati	21	13	22	12	5	27	18	77	77	62	73	2	0	15	14	31	24	38	41	84	81	-	-	-	
Koweït	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lesotho	8	8	8	9	10	40	34	28	28	52	45	2	0	6	9	12	7	50	49	-	-	-	-	-	
Lettonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liban	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libéria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Luxembourg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Macédoine du Nord	9	2	11	-	1	-	4	-	88	-	37	1	0	22	35	13	7	88	95	61	53	-	-	-	
Madagascar	13	10	14	32	29	49	46	27	25	13	15	13	11	3	6	16	9	4	4	28	30	-	-	-	
Malaisie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	12	5	14	19	13	43	38	37	35	27	34	2	1	5	7	20	17	42	45	49	50	-	-	-	
Maldives	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maurice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mexique	8	2	11	11	3	13	12	52	y	76	y	53	61	2	1	-	8	5	0	0	-	-	-	-	-
Micronésie (États fédérés de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	5	2	6	4	2	13	11	40	58	55	p	74	6	0	34	36	9	5	59	65	-	-	-	-	
Monténégro	6	1	7	-	0	-	8	-	91	-	53	7	0	-	-	5	5	96	94	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 16. ENFANTS HANDICAPÉS

Pays et zones	Enfants handicapés (%) 2015-2021 ^R			Nutrition de l'enfant 2015-2021 ^R				Développement de la petite enfance 2015-2021 ^R				Éducation				Protection de l'enfance 2015-2021 ^R		EAH 2015-2021 ^R		Protection sociale et équité 2017-2021 ^R			
				Insuffisance pondérale modérée et sévère (%)		Retard de croissance modéré et sévère (%)		Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs (%)		Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance (%)		Enfants n'ayant jamais été scolarisés (%) 2015-2021 ^R		Compétences relatives à l'apprentissage fondamental (%) 2017-2021 ^R		Châtiments corporels sévères (%)		Installations sanitaires de base sur place (%)		Prestations sociales (%)			
	Enfants âgés de 2 à 17 ans	Enfants âgés de 2 à 4 ans	Enfants âgés de 5 à 17 ans	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés				
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Mozambique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Myanmar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Namibie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Népal	11	2	13	56	26	51	35	53	74	34	p	62	5	2	23	29	23	21	72	74	43	37	
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigéria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nouvelle-Zélande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouzbékistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays-Bas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pologne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	27	15	31	30	23	54	47	34	y	40	y	4	7	13	10	0	1	48	35	8	10	40	37
République de Corée	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République de Moldova	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République démocratique du Congo	16	7	20	32	25	57	47	33	45	4	5	7	5	0	1	47	42	14	13	-	-	-	-
République démocratique populaire lao	2	y	2	-	37	24	58	37	24	y	45	y	11	33	-	-	6	5	50	65	6	9	9
République dominicaine	10	5	11	7	2	11	5	53	64	32	49	0	0	-	-	7	4	83	86	-	-	-	-
République populaire démocratique de Corée	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République-Unie de Tanzanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Roumanie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	19	7	23	3	3	13	7	74	88	11	27	0	0	18	22	28	19	96	96	61	62	62	
Sao Tomé-et-Principe	17	5	20	5	5	11	12	34	43	24	35	2	0	16	27	17	14	36	44	9	8	8	
Sénégal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serbie	4	2	5	-	1	-	5	85	p	96	-	61	-	0	-	0	1	99	98	67	54	54	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	20	7	23	13	11	38	30	27	y	28	y	11	12	13	12	-	30	26	16	15	35	27	
Singapour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suède	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	11	5	14	1	7	18	9	53	67	31	p	46	2	1	11	18	13	8	77	84	41	35	

TABLEAU 16. ENFANTS HANDICAPÉS

Pays et zones	Enfants handicapés (%) 2015-2021 ^R			Nutrition de l'enfant 2015-2021 ^R				Développement de la petite enfance 2015-2021 ^R				Éducation				Protection de l'enfance 2015-2021 ^R		EAH 2015-2021 ^R		Protection sociale et équité 2017-2021 ^R	
				Insuffisance pondérale modérée et sévère (%)		Retard de croissance modéré et sévère (%)		Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs (%)		Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance (%)		Enfants n'ayant jamais été scolarisés (%) 2015-2021 ^R		Compétences relatives à l'apprentissage fondamental (%) 2017-2021 ^R		Châtiments corporels sévères (%)		Installations sanitaires de base sur place (%)		Prestations sociales (%)	
	Enfants âgés de 2 à 17 ans	Enfants âgés de 2 à 4 ans	Enfants âgés de 5 à 17 ans	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés	Enfants handicapés	Enfants non handicapés
Tadjikistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tchad	24	10	29	36	29	48	42	55	55	1	1	48	41	4	3	35	31	9	10	2	2
Tchéquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	19	8	21	19	15	28	27	24	y	28	y	14	21	3	3	6	30	21	18	16	-
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	9	7	10	1	1	2	2	86	88	14	p	37	1	0	-	30	23	86	89	49	36
Trinité-et-Tobago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tunisie	20	3	24	1	1	13	8	52	74	31	p	51	2	0	19	26	36	21	95	96	15
Türkiye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkménistan	2	1	3	0	p	2	-	5	74	p	90	-	41	7	p	0	58	p	66	1	1
Tuvalu	12	9	13	-	4	-	6	-	88	-	-	73	0	0	18	p	32	14	5	82	82
Ukraine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République bolivarienne du)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	2	1	2	-	-	-	-	45	p	65	-	81	8	0	61	68	5	2	72	86	41
Yémen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	9	4	10	13	9	30	25	31	38	19	29	1	0	4	3	12	6	33	35	49	44

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Est et australe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asie du Sud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays les moins avancés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

^Y Les données diffèrent de la définition standard ou se rapportent seulement à une partie d'un 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.

^P Fondé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés). Aucune donnée basée sur moins de 25 cas non pondérés ne figure ici.

^R Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Pour l'ensemble des indicateurs figurant dans ce tableau – Enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS). Dernière mise à jour : septembre 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Enfants handicapés – Enfants âgés de 2 à 17 ans présentant une ou plusieurs difficultés dans au moins un domaine fonctionnel.

Insuffisance pondérale modérée et sévère – Pourcentage d'enfants âgés de 24 à 59 mois dont le poids pour l'âge est inférieur à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Retard de croissance modéré et sévère – Pourcentage d'enfants âgés de 24 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure à deux écarts-types en dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

Enfants bénéficiant d'activités d'éveil et de soins attentifs – Pourcentage d'enfants âgés de 24 à 59 mois avec qui un adulte a réalisé au moins quatre activités visant à promouvoir des activités d'éveil et des soins attentifs au cours des trois jours précédant l'enquête. Ces activités consistent à : a) lire des livres à l'enfant, b) raconter des histoires à l'enfant, c) chanter des chansons à l'enfant, d) emmener l'enfant en promenade, e) jouer avec l'enfant, f) désigner des objets, les compter ou les dessiner avec l'enfant.

Fréquentation de programmes d'éducation de la petite enfance – Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois inscrits dans un programme d'éducation de la petite enfance.

Enfants n'ayant jamais été scolarisés – Pourcentage d'enfants âgés de 10 à 17 ans qui n'ont jamais été scolarisés.

Compétences relatives à l'apprentissage fondamental – Pourcentage d'enfants âgés de 7 à 14 ans qui démontrent des compétences de base en calcul et en lecture.

Châtiments corporels sévères – Pourcentage d'enfants âgés de 2 à 14 ans ayant subi des châtiments corporels sévères de la part de personnes qui s'occupent d'eux au cours du mois écoulé.

Installations sanitaires de base sur place – Pourcentage d'enfants âgés de 2 à 17 ans vivant dans un foyer disposant d'installations sanitaires améliorées non partagées avec d'autres foyers et situées dans leur propre logement ou sur leur propre terrain.

Prestations sociales – Pourcentage d'enfants âgés de 2 à 17 ans vivant dans un foyer ayant reçu des prestations ou des avantages sociaux au cours des trois mois ayant précédé l'enquête.

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2018-2020 ^R	Prestations de congé de maternité 2022	Prestations de congé de paternité 2022	Achèvement de la scolarité (%) 2008-2021 ^R		Taux d'activité (%) 2010-2020 ^R						Taux de chômage (%) 2010-2020 ^R						Possession d'un téléphone portable (%) 2014-2020 ^R		Inclusion financière (%) 2014-2020 ^R		Budget-temps (%) 2013-2020 ^R	
					Deuxième cycle du secondaire		Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
					Hommes	Femmes	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Hommes	Femmes	Hommes
Afghanistan	Tres élevé	-	Non	Oui	12	5	75	72	75	24	17	22	10	12	10	8	35	14	-	-	23	7	-	-
Afrique du Sud	Faible	-	Oui	Oui	77	54	49	69	63	37	56	50	31	26	27	33	30	31	77	80	68	70	-	-
Albanie	Faible	-	Oui	Oui	46	44	64	70	68	50	54	53	10	13	12	9	12	11	-	-	-	-	-	-
Algérie	-	-	Oui	Oui	28	23	74	65	68	13	19	17	8	11	10	19	21	20	93	83	56	29	-	-
Allemagne	Très faible	-	Oui	Oui	87	80	68	67	67	57	55	56	2	4	4	2	3	3	-	-	-	-	-	-
Andorre	-	-	-	-	48	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	-	-	Non	Oui	20	12	87	73	79	90	66	76	2	11	7	1	14	7	78	80	36	22	-	-
Anguilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua-et-Barbuda	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	-	-	Non	Oui	64	59	76	79	78	22	22	22	2	3	3	24	23	23	99	97	81	58	-	-
Argentine	-	-	Non	Oui	32	x	36	x	69	75	73	49	53	51	7	10	9	9	12	11	-	-	-	-
Arménie	Faible	80	Oui	Non	90	90	68	63	65	49	39	43	11	23	18	11	27	20	76	77	56	41	-	-
Australie	Très faible	-	Oui	Oui	81	79	68	73	71	58	62	61	4	6	5	4	6	5	-	-	-	-	-	-
Autriche	Très faible	-	Oui	Oui	86	75	67	67	67	56	55	55	2	6	5	2	6	4	-	-	-	-	-	-
Azerbaïdjan	Faible	-	Oui	Non	92	85	66	72	70	60	65	63	3	5	4	4	7	6	88	80	29	28	-	-
Bahamas	-	-	Non	Non	81	82	79	83	82	68	71	70	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-
Bahreïn	-	-	Non	Oui	69	67	84	89	87	44	46	45	0	1	1	4	5	5	100	100	86	75	-	-
Bangladesh	Tres élevé	-	Oui	Non	42	32	81	82	82	39	31	36	3	4	3	6	9	7	-	-	-	-	-	-
Barbade	-	-	Non	Non	23	x	25	x	67	70	69	60	63	62	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-
Bélarus	Faible	50	Oui	Non	96	94	68	74	72	55	60	58	4	7	6	2	4	4	95	97	81	81	-	-
Belgique	Très faible	-	Oui	Oui	72	71	60	59	59	52	49	49	4	6	6	4	5	5	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	Oui	Non	41	46	83	79	81	43	58	50	3	6	4	9	10	10	-	-	-	-	-	-
Bénin	Moyen	-	Oui	Oui	2	x	0	x	76	69	73	72	65	69	1	4	2	1	4	3	-	-	-	-
Bhoutan	-	-	Non	Oui	20	14	73	76	74	64	49	60	1	3	2	2	6	3	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	Faible	-	Non	Oui	81	79	93	75	81	78	58	64	1	5	3	1	5	4	-	-	-	-	-	-
Bosnie-Herzégovine	Faible	-	Oui	Oui	80	59	58	58	58	34	42	37	12	16	14	19	18	19	-	-	-	-	-	-
Botswana	-	-	Non	Non	2	x	1	x	78	75	76	63	67	65	13	15	14	20	21	21	-	-	-	-
Bésil	Faible	80	Oui	Oui	45	50	68	76	74	38	58	55	8	11	10	13	14	14	88	90	73	68	5	12
Brunei Darussalam	-	-	Non	Non	64	62	68	74	73	53	57	56	11	5	6	13	7	8	91	99	-	-	-	-
Bulgarie	Faible	-	Oui	Oui	79	77	56	67	64	40	55	50	8	3	5	8	3	4	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	Moyen	-	Oui	Oui	9	4	77	70	75	60	56	59	4	7	5	3	10	5	-	-	-	-	-	-
Burundi	-	-	Non	Oui	8	4	79	70	78	84	58	81	1	8	2	0	8	1	25	12	7	7	-	-
Cabo Verde	-	70	Non	Oui	20	20	61	71	67	40	60	53	9	14	13	8	13	12	73	71	-	-	-	-
Cambodge	Faible	-	Non	Non	15	5	89	84	88	80	69	77	0	0	0	0	0	0	62	62	22	22	-	-
Cameroun	Tres élevé	50	Oui	Oui	25	11	84	78	81	78	63	71	1	5	3	1	8	4	-	-	39	30	5	16
Canada	Très faible	-	Oui	Oui	84	85	68	71	70	59	62	61	6	6	6	5	5	5	-	-	-	-	-	-
Chili	Moyen	80	Oui	Oui	60	58	75	73	73	43	53	52	5	7	7	7	8	8	87	97	78	71	-	-
Chine	-	-	Oui	Oui	25	19	85	70	76	68	56	61	4	6	5	3	5	4	-	-	-	-	-	-
Chypre	Faible	90	Oui	Oui	76	73	63	71	70	51	60	58	6	6	6	9	8	8	99	98	87	90	-	-
Colombie	Très faible	90	Oui	Oui	52	54	85	79	80	43	59	56	4	9	8	10	13	13	72	74	49	42	3	5
Comores	-	-	Oui	Non	-	-	57	57	57	35	34	34	5	8	6	9	12	10	-	-	-	-	-	-
Congo	-	-	Oui	Non	14	x	4	x	78	67	71	77	61	68	3	14	9	3	17	10	-	-	-	-
Costa Rica	Faible	60	Oui	Non	39	42	79	77	77	43	55	52	8	10	9	16	15	15	86	86	75	61	8	22
Côte d'Ivoire	Élevée	80	Oui	Oui	16	12	68	59	63	45	44	45	1	5	3	1	6	4	71	64	47	36	-	-
Croatie	Très faible	-	Oui	Oui	79	63	58	58	58	41	48	45	6	6	6	8	7	7	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	58	57	63	68	66	39	42	41	1	2	2	1	2	2	-	-	-	-	12	21
Danemark	Très faible	90	Oui	Oui	78	80	64	68	67	55	60	58	4	5	5	4	6	5	82	83	100	100	-	-
Djibouti	-	-	Oui	Oui	-	-	72	65	69	53	48	51	9	13	11	9	14	11	61	52	-	-	-	-
Dominique	-	-	Non	Non	11	x	10	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Égypte	-	-	Non	Non	67	67	73	69	71	18	20	19	6	8	7	18	26	21	99	100	39	27	-	-
El Salvador	Faible	90	Oui	Oui	37	31	79	74	76	35	51	45	3	5	4	4	4	4	81	78	38	24	7	20
Émirats arabes unis	-	60	Non	Oui	72	71	90	95	93	51	53	52	1	2	1	5	7	6	100	100	93	76	-	-
Équateur	Faible	80	Non	Oui	43	44	87	78	81	64	52	55	1	4	3	2	6	5	65	61	60	43	-	-
Érythrée	-	-	Non	Non	-	-	92	74	86	76	62	72	4	13	6	4	13	7	-	-	-	-	-	-
Espagne	Très faible	100	Oui	Oui	53	53	59	64	64	46	53	52	12	13	13	17	16	16	97	97	96	92	-	-
Estonie	Très faible	-	Oui	Oui	85	86	65	74	71	52	60	58	5	4	4	5	5	5	-	-	-	-	-	-
Éswatini	-	-	Non	Non	7	x	13	x	52	71	57	43	64	49	23	15	21	25	22	24	-	-	-	-
État de Palestine	-	40	-	-	45	47	76	69	70	19	18	18	12	23	21	29	44	41	79	70	34	16	3	20
États-Unis	Très faible	-	Non	Oui	91	91	63	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	-	-	-	-	-	-
Éthiopie	Faible	30	Oui	Oui	13	6	89	73	85	77	63	73	1	4	2	2	6	3	-	-	41	29	-	-
Fédération de Russie	Faible	-	Oui	Non	86	84	65	72	70	48	57	55	7	4	5	7	4	4	97	97	75	76	8	18
Fidji	-	-	Oui	Oui	42	47	81	72	77	37	39	38	2	5	4	4	6	5	-	-	-	-	-	-
Finlande	Très faible	100	Oui	Oui	76	78	59	65	63	52	57	56	6	8	7	5	7	6	99	98	100	100	-	-
France	Très faible	90	Oui	Oui	75	70	59	60	60	51	51	51	6	10	9	7	9	8	80	78	97	91	-	-

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2018-2020 ^R	Prestations de congé de maternité 2022	Prestations de congé de paternité 2022	Achèvement de la scolarité (%) 2008-2021 ^R						Taux d'activité (%) 2010-2020 ^R						Taux de chômage (%) 2010-2020 ^R						Possession d'un téléphone portable (%) 2014-2020 ^R		Inclusion financière (%) 2014-2020 ^R		Budget-temps (%) 2013-2020 ^R	
					Deuxième cycle du secondaire		Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes				
					Hommes	Femmes	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Gabon	Élevée	-	Oui	Oui	-	-	59	64	62	41	45	43	12	15	14	27	28	28	-	-	-	-	-	-				
Gambie	-	-	Oui	Oui	2	x	1	x	66	69	68	53	50	51	4	9	7	10	14	12	-	-	-	-	-	-		
Géorgie	Faible	-	Non	Non	93	92	80	67	73	66	48	55	6	19	13	5	16	10	93	90	58	64	-	-	-			
Ghana	Moyen	-	Non	Non	27	15	72	71	72	65	63	64	2	6	4	3	6	4	-	-	-	-	-	-	-			
Grèce	Faible	-	Oui	Oui	68	62	58	61	60	41	46	45	12	15	14	19	22	22	-	-	-	-	-	-	-			
Grenade	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	95	-	-	-	-	-			
Guatemala	Faible	60	Non	Oui	26	22	90	83	86	32	48	41	1	3	2	3	4	3	64	57	46	42	3	19				
Guinée	Tres élevé	50	Oui	Non	12	3	64	51	60	67	54	63	3	11	5	2	7	3	86	69	27	20	-	-	-			
Guinée équatoriale	-	-	Non	Oui	-	-	64	69	67	52	56	55	6	9	8	6	9	8	-	-	-	-	-	-	-			
Guinée-Bissau	-	-	Non	Non	-	-	84	67	79	70	57	66	2	6	3	2	6	3	-	-	-	-	-	-	-			
Guyana	-	-	Non	Non	-	-	69	62	67	40	50	43	12	12	12	17	16	17	-	-	-	-	-	-	-			
Haiti	Moyen	-	Non	Non	1	x	0	x	78	67	73	70	58	64	6	17	11	10	23	17	-	-	35	30	-	-		
Honduras	Faible	-	Non	Non	32	28	92	81	86	43	58	52	2	8	5	5	8	7	-	-	-	-	-	-	-			
Hongrie	Faible	-	Oui	Oui	84	76	67	66	66	48	49	48	5	3	3	4	3	4	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Marshall	-	-	Non	Non	72	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Salomon	-	-	Non	Non	-	-	90	81	86	86	78	82	0	1	1	0	1	1	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Turques-et-Caïques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Îles Vierges britanniques	-	-	-	-	19	x	21	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	77	-	-	-	-	-			
Inde	Moyen	-	Oui	Non	34	19	77	75	76	22	19	21	5	6	5	3	10	5	-	-	-	-	-	-	-			
Indonésie	Élevée	-	Non	Oui	42	35	85	80	82	56	52	54	3	5	4	3	4	3	68	58	46	51	-	-	-			
Iran (République islamique d')	Tres élevé	-	Oui	Oui	48	49	77	71	72	19	17	18	6	11	10	14	20	18	84	59	96	92	-	-	-			
Iraq	Tres élevé	70	Oui	Non	34	24	76	74	74	7	13	12	10	10	10	13	34	31	63	43	26	20	-	-	-			
Irlande	Très faible	90	Oui	Oui	68	73	67	70	69	54	58	56	5	6	5	5	5	5	87	88	95	95	-	-	-			
Islande	-	-	Oui	Oui	74	74	79	79	79	68	71	70	4	4	4	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-			
Israël	-	70	Oui	Non	82	81	70	68	68	64	59	60	3	4	4	3	4	4	95	94	92	94	-	-	-			
Italie	Très faible	-	Oui	Oui	53	52	58	59	59	39	42	41	9	9	9	11	11	11	93	90	96	92	8	20	-			
Jamaïque	Faible	50	Non	Non	-	-	76	71	73	59	61	60	5	7	6	8	11	10	96	97	79	78	-	-	-			
Japon	Faible	70	Oui	Oui	82	79	69	73	72	52	54	54	2	3	3	2	3	2	94	92	98	98	3	15	-			
Jordanie	Tres élevé	-	Non	Oui	51	50	67	61	64	15	14	15	13	18	15	21	27	24	-	-	-	-	-	-	-			
Kazakhstan	Faible	70	Oui	Non	98	97	72	78	76	59	65	63	3	5	4	4	6	5	91	90	57	60	6	19	-			
Kenya	Moyen	90	Non	Oui	26	18	75	79	77	74	68	72	1	4	2	1	6	3	48	47	86	78	-	-	-			
Kirghizistan	Faible	-	Oui	Non	90	87	75	74	75	49	41	44	4	6	6	7	10	9	-	-	-	-	-	-	-			
Kiribati	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Koweït	-	-	Non	Non	27	39	85	89	88	48	50	50	1	1	1	5	7	6	99	100	83	73	-	-	-			
Lesotho	Moyen	-	Non	Non	13	14	79	72	76	63	58	60	18	23	20	26	30	28	80	83	45	46	-	-	-			
Lettonie	Très faible	-	Oui	Oui	89	93	65	70	68	52	58	56	9	6	7	7	5	5	-	-	-	-	-	-	-			
Liban	Tres élevé	-	Non	Non	33	x	33	x	68	75	72	24	23	3	6	5	7	11	10	-	-	-	-	-	-			
Libéria	Élevée	-	Oui	Non	8	x	3	x	89	73	80	83	63	72	1	6	4	1	4	2	-	-	-	-	-			
Libye	-	-	Oui	Non	13	x	10	x	62	67	65	32	35	34	13	16	15	23	25	24	-	-	-	-	-			
Liechtenstein	-	-	-	-	81	x	63	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lituanie	Très faible	100	Oui	Oui	91	89	63	71	68	53	60	57	10	5	7	7	5	6	96	96	85	81	-	-	-			
Luxembourg	-	-	Oui	Oui	70	68	63	67	65	52	57	55	4	7	6	4	6	6	-	-	-	-	-	-	-			
Macédoine du Nord	-	-	Oui	Oui	75	62	70	65	66	46	45	45	14	18	17	18	18	18	-	-	-	-	-	-	-			
Madagascar	Élevée	-	Oui	Non	11	9	91	80	89	87	73	83	1	5	2	1	6	2	-	-	-	-	-	-	-			
Malaisie	-	30	Non	Non	62	63	77	80	77	53	45	51	2	5	3	3	6	4	98	95	88	82	-	-	-			
Malawi	Élevée	-	Non	Non	8	x	2	x	81	76	80	74	62	73	4	7	5	14	7	-	-	-	-	-	-			
Maldives	-	-	Non	Oui	6	x	4	x	83	86	85	41	42	42	5	8	6	4	7	5	-	-	-	-	-			
Mali	Élevée	-	Oui	Oui	8	3	83	76	81	62	48	58	7	6	7	7	13	8	-	-	-	-	-	-	-			
Malte	Faible	-	Oui	Oui	49	47	73	67	67	52	48	48	2	3	3	3	4	4	-	-	-	-	-	-	-			
Maroc	Tres élevé	70	Oui	Oui	-	-	83	62	70	26	19	22	6	10	9	8	13	11	96	95	41	17	-	-	-			
Maurice	-	90	Oui	Oui	48	40	67	73	71	43	46	45	3	5	4	7	11	9	81	78	93	87	-	-	-			
Mauritanie	-	-	Oui	Oui	13	7	63	63	63	26	30	28	6	12	10	8	15	12	-	-	-	-	-	-	-			
Mexique	Faible	80	Non	Oui	39	38	82	77	79	34	49	46	2	4	4	3	4	4	73	70	41	33	11	28	-			
Micronésie (États fédérés de)	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mongolie	Faible	-	Oui	Non	39	50	80	66	71	69	49	55	3	8	6	3	6	5	94	95	91	95	8	19	-			
Monténégro	-	-	Oui	Non	80	65	60	66	64	45	49	48	13	16	15	14	17	16	-	-	-	-	-	-	-			
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mozambique	Faible	70	Non	Oui	12	6	83	72	79	86	63	77	1	7	3	1	11	4	37	26	51	33	-	-	-			
Myanmar	Élevée	-	Oui	Oui	24	22	78	72	76	47	45	46	0	1	0	0	1	1	68	57	26	26	-	-	-			
Namibie	Faible	-	Non	Non	19	x	16	x	54	71	63	49	61	56	16	24	21	13	22	19	-	-	-	-	-			
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Népal	Moyen	-	Oui	Oui	24	10	86	75	84	86	64	82	2	7	3	1	10	3	-	-	-	-	-	-	-			

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2018-2020 ^R	Prestations de congé de maternité 2022	Prestations de congé de paternité 2022	Achèvement de la scolarité (%) 2008-2021 ^R		Taux d'activité (%) 2010-2020 ^R						Taux de chômage (%) 2010-2020 ^R						Possession d'un téléphone portable (%) 2014-2020 ^R		Inclusion financière (%) 2014-2020 ^R		Budget-temps (%) 2013-2020 ^R						
					Deuxième cycle du secondaire		Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes					
					Hommes	Femmes	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Nicaragua	Très faible	-	Non	Oui	-	-	91	80	85	37	58	50	2	8	5	5	5	5	-	-	-	-	-	-					
Niger	-	-	Oui	Oui	5	2	88	71	84	66	40	61	0	2	1	0	2	0	77	55	20	11	-	-					
Nigéria	Élevée	30	Non	Non	51	x	39	x	64	63	47	50	49	6	14	9	5	11	8	49	32	51	27	-	-				
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Norvège	Très faible	100	Oui	Oui	79	79	67	68	68	58	62	61	4	4	4	3	4	3	-	-	99	100	-	-					
Nouvelle-Zélande	Très faible	-	Oui	Non	76	75	79	74	75	68	64	65	3	4	4	4	5	4	-	-	-	-	-	-	-				
Oman	-	-	Non	Non	57	72	78	85	84	25	40	36	0	1	1	6	8	7	98	96	-	-	-	-	-				
Ouganda	Élevée	-	Non	Oui	14	6	73	74	73	68	65	67	1	2	1	1	6	2	-	-	-	-	-	-	-				
Ouzbékistan	-	-	Oui	Non	98	96	74	76	75	48	50	49	4	7	6	4	7	6	78	66	38	36	-	-	-				
Pakistan	Tres élevé	20	Oui	Non	13	10	84	79	82	28	12	22	4	5	4	3	10	4	65	26	35	7	-	-	-				
Palaos	-	-	Non	Non	88	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Panama	-	-	Oui	Oui	52	57	86	78	80	52	56	55	2	5	4	3	7	6	-	-	-	-	-	-	-	-			
Papouasie-Nouvelle-Guinée	-	-	Non	Non	-	-	46	54	48	46	50	46	3	6	3	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-			
Paraguay	Moyen	-	Oui	Oui	43	42	87	84	85	55	62	60	4	6	5	8	9	8	-	-	-	-	-	-	-	-			
Pays-Bas	Très faible	100	Oui	Oui	76	70	69	70	70	59	59	59	2	4	3	3	3	3	86	82	99	100	-	-	-	-			
Pérou	Faible	100	Oui	Oui	63	53	95	83	85	88	66	71	0	4	3	0	4	3	85	79	51	34	-	-	-	-			
Philippines	Tres élevé	100	Oui	Oui	28	33	74	72	73	45	49	47	2	3	2	2	3	3	-	-	30	39	-	-	-	-			
Pologne	Très faible	-	Oui	Oui	90	86	66	66	66	47	50	49	3	3	3	4	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Portugal	Très faible	-	Oui	Oui	42	44	63	65	65	49	56	55	5	6	6	7	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Qatar	-	-	Non	Non	37	60	92	96	95	53	58	57	0	0	0	0	1	0	100	100	-	-	2	8	-	-	-		
République arabe syrienne	-	-	Oui	Non	25	19	78	71	74	15	14	15	4	8	6	17	24	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
République centrafricaine	Élevée	-	Oui	Oui	3	x	0	x	85	68	80	69	55	65	2	8	4	3	9	4	-	-	-	-	-	-	-		
République de Corée	Faible	70	Oui	Oui	83	70	76	72	73	56	53	54	3	4	4	3	4	4	97	95	95	95	4	14	-	-	-		
République de Moldova	Faible	90	Oui	Oui	76	74	40	54	45	34	44	38	6	5	6	4	5	4	-	-	43	45	-	-	-	-	-		
République démocratique du Congo	Moyen	-	-	-	39	17	72	59	66	73	46	61	2	10	5	1	8	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
République démocratique populaire lao	Faible	-	Oui	Oui	-	-	83	75	80	80	70	77	0	1	1	0	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
République dominicaine	Très faible	90	Oui	Oui	46	51	82	79	80	46	56	54	3	5	4	10	10	10	71	70	58	54	4	17	-	-	-		
République populaire démocratique de Corée	-	-	-	-	-	-	94	75	88	78	63	74	1	7	3	1	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
République-Unie de Tanzanie	Élevée	-	Non	Oui	5	2	90	83	87	85	72	80	1	3	2	1	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Roumanie	Très faible	100	-	-	74	65	66	65	65	42	48	46	5	4	4	4	3	3	97	96	62	54	-	-	-	-	-	-	
Royaume-Uni	Très faible	-	Oui	Oui	80	80	65	69	68	55	59	58	3	4	4	2	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rwanda	Faible	-	Non	Oui	12	8	85	78	83	87	71	84	0	4	1	0	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sainte-Lucie	-	-	Non	Non	39	44	72	79	76	65	71	69	12	15	14	15	18	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Kitts-et-Nevis	-	-	Non	Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Marin	-	-	Oui	Non	52	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Siège	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	-	-	Non	Non	-	-	73	80	77	54	59	57	19	21	20	15	18	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	-	-	Non	Oui	70	75	54	61	56	29	41	31	7	10	7	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sao Tomé-et-Principe	-	-	Oui	Non	46	32	78	71	74	43	40	42	7	11	9	18	23	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sénégal	Moyen	-	Oui	Oui	17	5	61	54	57	34	36	35	3	9	6	3	10	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Serbie	Très faible	100	Oui	Oui	79	69	67	61	63	48	48	48	8	11	10	10	12	11	97	92	73	70	9	19	-	-	-	-	
Seychelles	-	-	Oui	Oui	48	x	44	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leone	Élevée	-	Non	Non	18	x	7	x	51	63	58	48	63	58	11	3	5	6	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	
Singapour	Faible	-	Oui	Oui	77	72	76	79	78	60	63	62	2	3	3	2	4	3	89	88	100	96	-	-	-	-	-	-	
Slovaquie	Très faible	100	Oui	Non	91	84	68	68	68	51	53	52	7	5	6	7	5	6	78	74	85	83	-	-	-	-	-	-	
Slovénie	Très faible	90	Oui	Oui	87	79	63	62	63	53	53	53	4	4	4	5	5	5	98	97	98	97	-	-	-	-	-	-	
Somalie	-	-	Oui	Non	-	-	79	63	74	24	19	22	9	23	13	9	24	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Soudan	-	-	Non	Non	5	x	1	x	71	65	68	31	27	29	11	13	11	23	39	29	70	54	20	10	-	-	-	-	
Soudan du Sud	-	-	Non	Oui	16	11	79	63	74	75	61	71	8	20	11	9	24	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	Élevée	-	Non	Non	61	63	74	73	74	34	30	34	3	3	3	7	6	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suède	Très faible	-	Oui	Oui	77	77	66	69	68	59	62	61	6	7	7	6	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suisse	Très faible	-	Oui	Non	90	84	75	73	73	65	62	63	3	4	4	4	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	Oui	Oui	23	26	61	66	64	37	41	39	3	5	4	9	13	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tadjikistan	Moyen	-	Oui	Non	85	76	46	52	50	27	30	29	5	9	8	3	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tchad	Élevée	-	Oui	Oui	9	2	82	66	77	68	55	64	1	4	2	1	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tchéquie	Très faible	90	Oui	Oui	94	87	68	69	69	51	54	53	2	2	2	2	2	2	97	97	84	79	-	-	-	-	-	-	-
Thaïlande	Moyen	60	Non	Non	35	35	76	75	75	58	60	59	1	1	1	1	1	1	83	84	84	80	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	75	66	73	65	51	62	2	8	3	3	17	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	Élevée	-	Oui	Oui	17	3	62	61	61	58	54	56	3	7	5	1	5	3	49	39	53	38	-	-	-	-	-	-	-
Tokélaou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	Non	Non	53	55	58	52	56	39	36	38	3	3	3	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLEAU 17. ÉMANCIPATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES

Pays et zones	Indice Institutions sociales et égalité homme-femme 2019	Cadres juridiques relatifs à l'égalité des genres dans l'emploi 2018-2020 ^a	Prestations de congé de maternité 2022	Prestations de congé de paternité 2022	Achèvement de la scolarité (%) 2008-2021 ^b		Taux d'activité (%) 2010-2020 ^b						Taux de chômage (%) 2010-2020 ^b			Possession d'un téléphone portable (%) 2014-2020 ^b		Inclusion financière (%) 2014-2020 ^b		Budget-temps (%) 2013-2020 ^b						
					Deuxième cycle du secondaire		Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
					Hommes	Femmes	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Milieu rural	Milieu urbain	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Trinité-et-Tobago	Faible	-	Oui	Non	67	68	68	72	71	48	51	50	3	4	4	3	4	4	-	-	-	-	-	-		
Tunisie	Élevée	-	Non	Oui	4	x	1	x	70	69	69	17	29	25	11	13	12	22	22	83	77	46	28	-	-	
Türkiye	Faible	-	Oui	Oui	49	36	68	75	72	33	35	34	10	14	12	14	18	16	-	-	-	-	-	-		
Turkménistan	-	-	-	-	81	x	73	x	68	74	72	42	46	44	3	6	5	1	3	2	-	-	-	-	-	
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Ukraine	Faible	50	Oui	Non	78	x	71	x	61	64	63	45	48	47	10	8	9	8	8	8	89	90	65	61	-	-
Uruguay	Faible	90	Oui	Oui	27	35	77	73	50	56	56	2	8	8	7	12	11	82	84	68	61	8	20	-	-	
Vanuatu	-	-	Non	Non	9	x	5	x	83	71	79	64	54	61	1	4	2	1	3	1	-	-	-	-	-	
Venezuela (République bolivarienne du)	-	-	Oui	Oui	59	65	75	75	75	42	42	42	4	7	7	6	8	8	-	-	-	-	-	-	-	
Viet Nam	Faible	80	Oui	Oui	34	30	86	75	82	78	64	73	2	3	2	2	3	2	78	77	31	30	-	-	-	
Yémen	Tres élevé	-	Non	Non	-	-	70	72	71	5	8	6	12	10	12	24	28	25	-	-	-	-	-	-	-	
Zambie	Moyen	-	Oui	Non	23	x	9	x	82	75	79	74	67	70	12	10	11	12	14	13	44	45	52	40	-	-
Zimbabwe	Moyen	70	Oui	Non	16	9	92	83	89	87	64	78	1	11	5	1	16	6	46	48	59	52	-	-	-	

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	-	-	-	-	27	17	76	68	73	66	55	61	4	11	6	4	13	7	58	49	49	36	-	-
Afrique de l'Est et australe	-	-	-	-	22	14	81	73	78	71	59	67	4	12	7	6	17	9	61	58	51	43	-	-
Afrique de l'Ouest et centrale	-	-	-	-	32	21	71	64	68	58	51	55	4	10	6	3	9	5	55	39	47	27	-	-
Amérique du Nord	-	-	-	-	90	91	64	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	-	-	-	-	-	-
Amérique latine et Caraïbes	-	-	-	-	45	46	80	76	77	45	54	53	4	8	7	7	10	9	81	81	59	52	-	-
Asie de l'Est et Pacifique	-	-	-	-	34	29	83	72	76	64	55	59	3	5	4	3	4	3	80	75	59	61	-	-
Asie du Sud	-	-	-	-	32	20	78	76	77	25	20	24	5	6	5	4	10	5	-	-	-	-	-	-
Europe et Asie centrale	-	-	-	-	76	72	65	67	67	47	52	50	6	7	7	7	7	7	91	90	80	77	-	-
Europe de l'Est et Asie centrale	-	-	-	-	78	73	66	71	69	45	50	48	7	8	7	7	8	8	93	92	66	66	-	-
Europe de l'Ouest	-	-	-	-	75	71	64	65	65	50	53	52	5	7	6	7	7	7	89	88	96	92	-	-
Moyen-Orient et Afrique du Nord	-	-	-	-	49	47	75	72	73	17	21	19	7	9	8	17	22	20	91	81	62	47	-	-
Pays les moins avancés	-	-	-	-	21	13	81	72	78	61	48	57	3	7	4	4	11	6	63	54	32	23	-	-
Monde	-	-	-	-	43	38	78	72	74	47	48	47	4	7	5	4	8	6	80	73	60	54	-	-

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>. Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

^a Les données se rapportent à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données pendant la période indiquée en tête de colonne.

^b Les données portent sur des années ou 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. Les estimations pour les années antérieures à 2000 ne sont pas affichées.

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Indice Institutions sociales et égalité homme-femme – Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Dernière mise à jour : mars 2019.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques – ONU Femmes, Groupe de la Banque mondiale, Centre de développement de l'OCDE. Dernière mise à jour : mai 2021.

Prestations de congé de maternité – Women Business and the Law, Banque mondiale. Dernière mise à jour : février 2022.

Prestations de congé de paternité – Women Business and the Law, Banque mondiale. Dernière mise à jour : février 2022.

Achèvement de la scolarité – Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Dernière mise à jour : septembre 2021.

Taux d'activité – Organisation internationale du Travail (OIT). Dernière mise à jour : juin 2021.

Taux de chômage – Organisation internationale du Travail (OIT). Dernière mise à jour : juin 2021.

Possession d'un téléphone portable – Base de données mondiale des indicateurs de suivi des objectifs de développement durable, 2022. Dernière mise à jour : décembre 2022.

Inclusion financière – Base de données mondiale des indicateurs de suivi des objectifs de développement durable, 2022. Dernière mise à jour : décembre 2022.

Budget-temps – Base de données mondiale des indicateurs de suivi des objectifs de développement durable, 2022. Dernière mise à jour : décembre 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Indice Institutions sociales et égalité homme-femme – Cet indice mesure le niveau de discrimination liée au genre dans les institutions sociales dans quatre domaines : la discrimination dans la sphère familiale, l'intégrité physique restreinte, l'accès restreint aux ressources productives et financières, et les libertés civiles restreintes.

Cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans l'emploi et les avantages économiques – Mesure les efforts déployés par les gouvernements pour mettre en place des cadres juridiques visant à promouvoir, faire appliquer et surveiller l'égalité des genres dans le domaine de l'emploi et des avantages économiques, exprimé en pourcentage de réussite allant de 0 à 100 (100 correspondant aux meilleures pratiques).

Prestations de congé de maternité – Présence ou non d'un congé de maternité rémunéré prévu par la loi d'au moins 14 semaines, conformément aux normes de l'Organisation internationale du Travail.

Prestations de congé de paternité – Présence ou non d'un congé de paternité rémunéré prévu par la loi (de quelque longueur que ce soit).

Achèvement de la scolarité – Pourcentage de la population âgée de plus de 24 ans ayant achevé au moins le deuxième cycle du secondaire (niveau CITE 3).

Taux d'activité – Proportion de la population d'un pays en âge de travailler jouant un rôle actif dans le marché du travail, que ce soit en travaillant ou en recherchant un emploi.

Taux de chômage – Pourcentage de personnes sans emploi au sein de la main d'œuvre.

Possession d'un téléphone portable – Proportion de personnes possédant un téléphone portable.

Inclusion financière – Pourcentage d'adultes (personnes âgées de plus de 15 ans) rapportant avoir un compte (personnel ou joint) dans une banque ou dans un autre type d'institution financière ou avoir utilisé des services bancaires par téléphonie mobile au cours des 12 derniers mois.

Budget-temps – Pourcentage de temps consacré aux tâches domestiques et de soins non rémunérées chez les personnes âgées d'au moins 15 ans.

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Pays et zones	Population de migrants internationaux 2020			Réfugiés par pays d'accueil 2021				Réfugiés par pays d'origine 2021		Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays 2021				Nouveaux déplacements internes 2021			
	Total (en milliers)	Moins de 18 ans (en milliers)	Total exprimé en proportion de la population nationale (%)	Total	Moins de 18 ans	Pour 1 000 habitants	Pour 1 dollar É.-U. RNB par habitant	Total	Moins de 18 ans	Total †	Moins de 18 ans ^{§a}	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%) ^{§b}	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%) ^{§c}	Total †	Moins de 18 ans ^{§a}	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%) ^{§b}	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%) ^{§c}
Afghanistan	144	54	<1	66 949	37 672	2	134	2 712 858	1 240 137	5 703 808	2 800 000	76	24	748 128	360 000	97	3
Afrique du Sud	2 860	275	5	75 512	11 663	1	12	643	-	7 840	2 600	0	100	10 815	3 600	5	95
Albanie	49	24	2	109	44	0	0	19 847	-	0	0	100	251	52	0	100	
Algérie	250	34	<1	97 890	-	2	27	6 003	-	3 454	1 200	0	100	6 645	2 300	0	100
Allemagne	15 762	1 151	19	1 255 694	407 771	15	25	59	-	740	130	0	100	17 340	2 900	0	100
Andorre	46	3	59	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	656	128	2	26 045	14 206	1	15	11 403	-	7 464	3 900	0	100	21 727	11 000	0	100
Anguilla	6	1	38	25	-	2	-	0	-	0	0	-	-	500	0	0	100
Antigua-et-Barbuda	29	2	30	0	-	0	0	105	-	0	0	-	-	1 423	380	0	100
Arabie saoudite	13 455	2 329	39	333	108	0	0	2 167	-	0	0	-	-	606	170	0	100
Argentine	2 282	346	5	168 672	-	4	0	124	-	0	0	100	709	200	0	100	
Arménie	190	13	6	34 728	1 908	12	8	12 255	-	837	200	100	0	37	9	100	0
Australie	7 686	633	30	55 606	-	2	1	16	-	224	51	0	100	48 939	11 000	0	100
Autriche	1 738	139	19	152 514	-	17	3	23	-	0	0	-	-	56	10	0	100
Azerbaïdjan	252	28	2	1 676	534	0	0	39 478	-	654 839	180 000	100	0	0	0	100	0
Bahamas	64	7	16	10	-	0	0	736	-	250	66	0	100	0	0	0	100
Bahreïn	936	59	55	256	65	0	0	416	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2 115	589	1	918 907	481 775	5	351	22 672	-	468 864	150 000	91	9	98 921	31 000	0	100
Barbade	35	3	12	0	-	0	0	265	-	376	76	0	100	376	76	0	100
Bélarus	1 067	46	11	2 729	882	0	0	4 632	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belgique	2 005	197	17	74 063	-	6	1	29	-	1 900	390	0	100	16 077	3 300	0	100
Belize	62	5	16	86	-	0	0	81	-	0	0	-	-	6 273	2 200	0	100
Bénin	394	88	3	1 736	536	0	1	730	-	2 701	1 300	100	0	10 000	4 800	0	100
Bhoutan	54	4	7	-	-	-	-	6 702	1 828	0	0	-	-	120	36	0	100
Bolivie (État plurinational de)	164	62	1	12 921	-	1	0	549	-	313	110	0	100	906	320	0	100
Bosnie-Herzégovine	36	5	1	240	46	0	0	18 190	-	91 734	16 000	100	0	314	54	0	100
Botswana	110	16	5	688	305	0	0	122	-	780	300	0	100	780	300	0	100
Brésil	1 080	244	<1	237 948	-	1	8	1 954	-	46 707	12 000	44	56	470 368	120 000	5	95
Brunei Darussalam	112	8	26	0	-	0	0	0	-	0	0	-	-	94	26	0	100
Bulgarie	184	66	3	22 830	-	3	2	455	-	0	0	-	-	25	4	0	100
Burkina Faso	724	139	3	25 010	14 023	1	29	20 209	9 913	1 579 976	810 000	100	0	682 245	350 000	100	0
Burundi	345	102	3	81 491	43 405	6	340	323 635	166 224	113 408	58 000	17	83	86 979	45 000	0	100
Cabo Verde	16	1	3	0	-	0	0	10	-	0	0	-	-	750	250	0	100
Cambodge	79	7	<1	24	-	0	0	12 072	-	5 769	2 100	0	100	14 639	5 300	0	100
Cameroun	579	207	2	457 269	253 483	17	288	125 475	57 644	936 767	460 000	97	3	133 216	64 000	99	1
Canada	8 049	633	21	130 125	26 417	3	3	60	-	1 940	370	0	100	59 673	11 000	0	100
Chili	1 645	201	9	502 336	-	26	0	987	-	1 389	320	0	100	2 486	570	0	100
Chine	1 040	210	<1	303 436	-	0	26	170 200	-	942 638	200 000	0	100	6 037 150	1 300 000	0	100
Chypre	190	19	16	16 277	-	13	1	5	-	242 540	49 000	100	0	59	12	0	100
Colombie	1 905	692	4	1 843 894	512 638	36	0	115 793	34 097	5 236 494	1 400 000	100	0	165 555	44 000	81	19
Comores	12	2	1	27	8	0	0	1 670	-	19 000	8 600	0	100	19 372	8 800	0	100
Congo	388	88	7	40 765	17 567	7	25	14 253	-	57 173	27 000	100	0	6 653	3 200	0	100
Costa Rica	521	78	10	31 990	-	6	1	235	-	0	0	0	100	290	71	0	100
Côte d'Ivoire	2 565	276	10	4 349	2 083	0	2	39 940	13 242	301 705	150 000	100	0	0	0	89	11
Croatie	528	7	13	1 020	351	0	0	18 085	-	3 000	520	0	100	0	0	0	100
Cuba	3	<1	<1	199	24	0	0	11 534	-	0	0	0	100	193 742	37 000	0	100
Danemark	718	69	12	36 023	-	6	1	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	120	22	12	23 232	8 849	21	7	2 607	-	11	4	0	100	11	4	0	100
Dominique	8	2	12	0	-	0	0	54	-	0	0	-	-	350	0	0	100
Égypte	544	91	<1	280 686	100 931	3	80	27 498	-	1 100	430	0	100	1 100	430	0	100
El Salvador	43	6	<1	98	32	0	0	52 041	-	0	0	0	100	175 804	55 000	100	0
Émirats arabes unis	8 716	1 351	88	1 355	441	0	0	160	-	0	0	0	100	40	7	0	100
Équateur	785	305	4	560 485	167 563	31	10	1 825	-	719	230	0	100	5 651	1 800	0	100
Érythrée	14	3	<1	121	73	0	0	511 911	161 090	10 000	4 800	100	0	0	0	0	100
Espagne	6 842	547	15	122 539	-	3	4	55	-	7 000	1 200	0	100	13 672	2 300	0	100
Estonie	199	8	15	321	-	0	0	271	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	33	7	3	895	325	1	0	165	-	0	0	-	-	105	46	0	100
État de Palestine	273	31	5	-	-	-	-	103 581	-	11 711	5 200	100	0	118 241	52 000	100	0
États-Unis	50 633	3 325	15	339 179	-	1	5	426	-	55 568	12 000	0	100	573 078	130 000	0	100
Éthiopie	1 086	465	<1	821 283	491 771	7	856	149 125	46 504	4 168 513	1 900 000	86	14	5 382 365	2 500 000	96	4
Fédération de Russie	11 637	620	8	10 901	-	0	1	68 547	-	606	130	78	22	5 622	1 200	0	100

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Pays et zones	Population de migrants internationaux 2020			Réfugiés par pays d'accueil 2021				Réfugiés par pays d'origine 2021		Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays 2021				Nouveaux déplacements internes 2021			
	Total (en milliers)	Moins de 18 ans (en milliers)	Total exprimé en proportion de la population nationale (%)	Total	Moins de 18 ans	Pour 1 000 habitants	Pour 1 dollar É.-U. RNB par habitant	Total	Moins de 18 ans	Total †	Moins de 18 ans †	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%) †	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%) †	Total †	Moins de 18 ans †	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%) †	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%) †
Fidji	14	3	2	18	8	0	0	414	-	0	0	100	-	14 341	4 900	0	100
Finlande	386	45	7	24 078	-	4	0	5	-	0	-	-	-	51	10	0	100
France	8 525	695	13	499 914	126 862	8	11	38	-	0	0	100	-	9 075	1 900	0	100
Gabon	417	103	19	272	63	0	0	620	-	2	1	0	100	2	1	0	100
Gambie	216	47	9	4 418	1 805	2	6	11 042	-	0	0	100	-	3 116	1 600	22	78
Géorgie	79	15	2	1 818	478	0	0	9 754	-	333 145	78 000	92	8	85	20	0	100
Ghana	476	95	2	11 894	3 816	0	5	14 251	5 848	3 744	1 600	0	100	12 015	5 200	0	100
Grèce	1 340	98	13	119 650	-	11	6	87	-	1 552	250	0	100	66 518	11 000	0	100
Grenade	7	<1	6	234	-	2	0	52	-	0	0	-	-	26	7	0	100
Guatemala	84	13	<1	1 948	-	0	0	26 927	-	264 846	110 000	92	8	15 711	6 100	1	99
Guinée	121	31	<1	5 741	2 081	0	6	34 403	-	2 562	1 300	0	100	2 562	1 300	0	100
Guinée équatoriale	231	4	16	-	-	-	-	168	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	18	6	<1	1 846	845	1	2	2 039	-	414	200	0	100	414	200	0	100
Guyana	31	4	4	25 840	-	32	0	285	-	0	0	-	-	216	71	0	100
Haïti	19	5	<1	0	-	0	0	29 454	-	236 343	90 000	7	93	240 714	91 000	8	92
Honduras	39	13	<1	144	-	0	0	51 687	17 036	247 120	91 000	100	0	811	290	68	32
Hongrie	585	74	6	5 676	-	1	0	4 653	-	0	0	-	-	14	2	0	100
Îles Cook	5	1	26	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	12	0	0	100
Îles Marshall	3	<1	6	-	-	-	-	7	-	0	0	-	-	200	0	0	100
Îles Salomon	3	<1	<1	0	-	0	0	38	-	1 000	460	100	0	1 005	460	100	0
Îles Turques-et-Caïques	26	2	67	7	-	0	0	14	-	0	0	-	-	60	0	0	100
Îles Vierges britanniques	22	3	73	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	6 000	0	0	100
Inde	4 879	307	<1	212 413	-	0	98	14 230	-	527 873	170 000	96	4	4 916 252	1 500 000	0	100
Indonésie	356	48	<1	9 982	2 501	0	2	13 962	-	228 143	70 000	32	68	775 998	240 000	3	97
Iran (République islamique d')	2 797	1 171	3	798 343	306 591	9	237	142 989	-	13 443	3 900	0	100	40 586	12 000	0	100
Iraq	366	104	<1	280 072	121 476	6	56	343 898	105 193	1 206 530	530 000	98	2	66 325	29 000	86	14
Irlande	871	153	18	9 571	2 211	2	0	5	7	0	0	-	-	25	6	0	100
Islande	65	8	19	1 830	-	5	0	5	-	0	0	-	-	219	50	0	100
Israël	1 954	83	23	1 191	-	0	0	453	-	0	0	0	100	7 045	2 300	45	55
Italie	6 387	415	11	144 862	-	2	4	61	-	7	1	0	100	2 558	400	0	100
Jamaïque	24	7	<1	98	-	0	0	2 419	-	0	0	-	-	16	4	0	100
Japon	2 771	271	2	1 132	-	0	0	39	-	38 882	5 800	0	100	13 593	2 000	0	100
Jordanie	3 458	1 580	34	712 823	343 027	64	159	2 981	-	0	0	-	-	138	53	0	100
Kazakhstan	3 732	361	20	352	108	0	0	3 198	-	72	24	0	100	141	47	0	100
Kenya	1 050	297	2	481 048	263 794	9	239	7 529	-	244 320	110 000	78	22	41 076	18 000	11	89
Kirghizistan	199	11	3	317	109	0	0	3 035	-	0	0	100	0	46 384	17 000	100	0
Kiribati	3	<1	3	-	-	-	-	0	-	0	0	-	-	2 520	1 000	0	100
Koweït	3 110	591	73	720	212	0	0	1 702	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	12	2	<1	296	71	0	0	6	-	0	0	-	-	729	280	0	100
Lettonie	239	10	13	705	-	0	0	122	-	0	0	-	-	24	5	0	100
Liban	1 713	515	25	845 865	459 167	151	245	6 061	-	50	15	100	0	906	260	7	93
Libéria	88	14	2	8 169	3 637	2	13	5 384	1 213	1 208	570	0	100	3 708	1 700	0	100
Libye	827	161	12	3 141	1 139	0	0	19 090	6 561	160 456	53 000	100	0	1 234	400	0	100
Liechtenstein	26	4	68	133	-	3	0	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	145	17	5	1 880	-	1	0	54	-	0	0	-	-	0	0	-	-
Luxembourg	298	27	48	6 011	-	9	0	0	-	0	0	-	-	560	110	0	100
Macédoine du Nord	131	19	6	293	102	0	0	1 842	-	108	21	100	0	80	16	0	100
Madagascar	36	6	<1	165	57	0	0	425	-	2 807	1 300	100	0	6 130	2 800	21	79
Malaisie	3 477	426	11	132 086	37 583	4	12	1 182	-	6 983	1 900	0	100	128 536	36 000	0	100
Malawi	191	42	1	21 529	11 084	1	34	513	-	0	0	0	100	602	300	0	100
Maldives	70	4	13	-	-	-	-	80	-	0	0	-	-	296	67	0	100
Mali	486	87	2	49 975	29 027	2	57	183 392	100 608	350 110	190 000	93	7	255 168	140 000	98	2
Malte	115	8	26	9 335	-	18	0	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maroc	102	20	<1	7 272	2 612	0	2	5 385	-	10	3	0	100	10	3	0	100
Maurice	29	2	2	10	-	0	0	198	-	0	0	0	100	113	24	0	100
Mauritanie	182	73	4	101 942	47 884	22	59	39 279	18 085	1 560	710	0	100	1 560	710	0	100
Mexique	1 198	684	<1	136 627	30 750	1	8	16 403	-	379 269	120 000	100	0	47 555	14 000	61	39
Micronésie (États fédérés de)	3	<1	2	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	6 760	2 700	0	100
Monaco	27	2	68	17	-	0	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	21	4	<1	0	-	0	0	2 508	-	6 331	2 300	0	100	6 331	2 300	0	100
Monténégro	71	4	11	175	60	0	0	623	-	0	0	-	-	6	1	0	100

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Pays et zones	Population de migrants internationaux 2020			Réfugiés par pays d'accueil 2021				Réfugiés par pays d'origine 2021		Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays 2021				Nouveaux déplacements internes 2021			
	Total (en milliers)	Moins de 18 ans (en milliers)	Total exprimé en proportion de la population nationale (%)	Total	Moins de 18 ans	Pour 1 000 habitants	Pour 1 dollar É.-U. RNB par habitant	Total	Moins de 18 ans	Total †	Moins de 18 ans †	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%) †	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%) †	Total †	Moins de 18 ans †	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%) †	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%) †
Montserrat	1	<1	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	339	81	1	4 797	1 914	0	10	90	-	873 358	450 000	84	16	230 569	120 000	81	19
Myanmar	76	13	<1	0	-	0	0	1 177 029	569 486	650 450	200 000	100	0	606 037	180 000	74	26
Namibie	109	12	4	3 733	1 786	1	1	441	-	0	0	-	-	255	110	0	100
Nauru	2	<1	20	953	240	76	0	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	488	34	2	19 574	-	1	16	7 029	-	8 353	2 800	0	100	32 492	11 000	0	100
Nicaragua	42	9	<1	313	-	0	0	11 041	-	9 106	3 200	0	100	231 894	81 000	0	100
Niger	348	102	1	249 945	147 577	10	424	21 901	14 031	264 257	150 000	85	15	227 950	130 000	48	52
Nigéria	1 309	363	<1	77 132	38 711	0	37	383 660	212 544	3 335 438	1 700 000	97	3	399 918	200 000	94	6
Niue	<1	<1	36	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	852	97	16	46 042	-	9	1	5	-	4	1	0	100	783	160	0	100
Nouvelle-Zélande	1 382	157	29	1 794	-	0	0	33	-	50	12	0	100	4 363	1 000	0	100
Oman	2 373	279	46	295	74	0	0	53	-	0	0	-	-	5 210	1 400	0	100
Ouganda	1 720	928	4	1 529 903	888 416	33	1 821	7 886	-	26 003	14 000	7	93	47 968	25 000	3	97
Ouzbékistan	1 162	92	3	13 032	-	0	7	3 014	-	0	0	100	0	70 000	23 000	0	100
Pakistan	3 277	192	1	1 491 070	801 814	6	994	132 817	56 362	173 323	71 000	60	40	69 721	28 000	0	100
Palaos	5	<1	28	-	-	-	-	0	-	0	0	-	-	2 457	0	0	100
Panama	313	75	7	130 542	-	30	0	118	-	0	0	0	100	2 222	690	0	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	31	10	<1	11 839	-	1	4	507	-	40 364	17 000	59	41	16 969	6 900	56	44
Paraguay	170	27	2	6 394	1 222	1	1	125	-	5	2	0	100	5	2	0	100
Pays-Bas	2 358	190	14	99 586	-	6	2	58	-	0	0	-	-	51 343	9 700	0	100
Pérou	1 225	405	4	797 232	161 450	24	1	3 520	-	59 846	17 000	100	0	10 705	3 100	0	100
Philippines	226	61	<1	801	164	0	0	521	-	808 502	280 000	13	87	5 821 136	2 000 000	2	98
Pologne	817	177	2	4 875	-	0	0	887	-	121	22	0	100	121	22	0	100
Portugal	1 002	63	10	2 651	-	0	0	26	-	0	0	-	-	20	3	0	100
Qatar	2 226	324	77	197	53	0	0	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République arabe syrienne	869	151	5	14 308	5 608	1	15	6 848 845	3 058 305	6 661 640	2 400 000	100	0	534 230	190 000	85	15
République centrafricaine	89	21	2	9 305	4 984	2	18	737 658	408 040	728 023	370 000	95	5	519 189	260 000	95	5
République de Corée	1 728	216	3	3 559	-	0	0	117	-	333	50	0	100	2 919	430	0	100
République de Moldova	104	14	3	349	47	0	0	2 190	-	0	0	-	-	0	0	0	100
République démocratique du Congo	953	166	1	524 148	323 851	5	904	908 401	469 755	5 540 000	2 900 000	96	4	3 599 919	1 900 000	75	25
République démocratique populaire lao	49	6	<1	-	-	-	-	6 778	-	3 605	1 300	0	100	5	2	0	100
République dominicaine	604	77	6	116 162	-	10	0	635	-	0	0	0	100	10 388	3 400	0	100
République populaire démocratique de Corée	50	5	<1	-	-	-	-	528	-	0	0	0	100	5 000	1 200	0	100
République-Unie de Tanzanie	426	91	<1	207 101	113 263	3	182	752	-	938	470	0	100	46 707	23 000	0	100
Roumanie	705	302	4	4 200	1 188	0	0	1 417	-	0	0	-	-	412	77	0	100
Royaume-Uni	9 360	920	14	137 078	-	2	3	101	-	0	0	0	100	513	110	0	100
Rwanda	514	161	4	121 896	58 043	9	143	248 219	152 900	699	320	0	100	14 960	6 800	0	100
Sainte-Lucie	8	2	5	0	-	0	0	457	-	8	2	0	100	25	6	0	100
Saint-Kitts-et-Nevis	8	2	15	60	-	1	0	47	-	0	0	-	-	33	0	0	100
Saint-Marin	6	<1	16	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	<1	<1	100	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les Grenadines	5	1	4	5	-	0	0	467	-	1 767	460	0	100	23 032	6 000	0	100
Samoa	4	2	2	0	-	0	0	5	-	0	0	-	-	55	24	0	100
Sao Tomé-et-Principe	2	<1	<1	-	-	-	-	6	-	0	0	-	-	500	240	0	100
Sénégal	275	76	2	14 479	6 620	1	9	15 129	-	8 406	4 100	100	0	1 322	640	0	100
Serbie	823	19	9	25 650	-	4	3	31 737	-	0	0	100	0	34	6	0	100
Seychelles	13	1	13	-	-	-	-	14	-	0	0	-	-	20	6	0	100
Sierra Leone	54	10	<1	345	90	0	1	6 615	-	5 500	2 600	100	0	0	0	32	68
Singapour	2 524	186	43	0	-	0	0	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovaquie	197	31	4	1 046	-	0	0	1 426	-	0	0	-	-	60	11	0	100
Slovénie	278	18	13	839	-	0	0	17	-	0	0	-	-	336	59	0	100
Somalie	59	20	<1	13 804	5 898	1	31	776 678	370 545	2 967 500	1 600 000	100	0	820 189	430 000	67	33
Soudan	1 379	600	3	1 103 918	524 161	24	1 648	825 290	445 056	3 260 522	1 500 000	97	3	541 083	250 000	82	18
Soudan du Sud	882	272	8	333 673	201 037	31	306	2 362 759	1 377 398	1 895 610	910 000	72	28	934 976	440 000	46	54
Sri Lanka	40	13	<1	907	297	0	0	151 107	-	12 375	3 500	100	0	121 119	34 000	0	100
Suède	2 004	234	20	240 853	-	23	4	9	-	0	0	-	-	47	10	0	100
Suisse	2 491	171	29	118 829	36 166	14	1	0	-	13	2	0	100	144	26	0	100
Suriname	48	12	8	29	-	0	0	22	-	0	0	-	-	6 500	2 000	0	100

TABLEAU 18. MIGRATIONS

Pays et zones	Population de migrants internationaux 2020			Réfugiés par pays d'accueil 2021				Réfugiés par pays d'origine 2021		Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays 2021				Nouveaux déplacements internes 2021			
	Total (en milliers)	Moins de 18 ans (en milliers)	Total exprimé en proportion de la population nationale (%)	Total	Moins de 18 ans	Pour 1 000 habitants	Pour 1 dollar É.-U. RNB par habitant	Total	Moins de 18 ans	Total [†]	Moins de 18 ans ^{Ru}	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%) ^{Sd}	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%) ^{Sd}	Total [†]	Moins de 18 ans ^{Ru}	Proportion de déplacements dus aux conflits et à la violence (%) ^{Sd}	Proportion de déplacements dus aux catastrophes (%) ^{Sd}
Tadjikistan	276	17	3	10 724	-	1	9	2 412	-	778	330	0	100	16 167	6 900	93	7
Tchad	547	144	3	555 782	297 287	32	855	11 771	5 485	415 943	220 000	94	6	66 499	35 000	64	36
Tchéquie	541	29	5	1 910	-	0	0	758	-	460	86	0	100	2 780	520	0	100
Thaïlande	3 632	500	5	100 510	36 787	1	14	181	-	44 114	8 900	93	7	9 925	2 000	5	95
Timor-Leste	8	2	<1	0	-	0	0	11	-	107	46	0	100	15 876	6 900	0	100
Togo	280	100	3	10 683	5 113	1	11	7 985	-	2 000	950	100	0	2 000	950	100	0
Tokélaou	1	<1	92	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
Tonga	4	1	4	0	-	0	0	28	-	93	38	0	100	2 678	1 100	0	100
Trinité-et-Tobago	79	19	6	11 974	-	8	0	285	-	6	1	0	100	33	8	0	100
Tunisie	60	11	<1	3 186	1 169	0	1	2 201	-	148	42	0	100	3 204	900	0	100
Türkiye	6 053	1 258	7	3 759 817	1 703 330	44	382	105 021	28 462	1 110 834	320 000	99	1	84 131	24 000	0	100
Turkménistan	195	14	3	16	-	0	0	563	-	4 000	1 400	100	0	0	0	-	-
Tuvalu	<1	<1	2	-	-	-	-	0	-	0	0	-	-	400	0	0	100
Ukraine	4 997	280	11	2 382	-	0	1	27 562	-	854 012	160 000	100	0	2 037	380	2	98
Uruguay	108	29	3	15 872	5 594	5	0	45	-	0	0	-	-	156	38	0	100
Vanuatu	3	<1	1	0	-	0	0	0	-	63 965	28 000	0	100	80 191	36 000	0	100
Venezuela (République bolivarienne du)	1 324	160	5	39 328	23 306	1	3	4 605 611	1 213 905	32 392	10 000	0	100	32 592	10 000	0	100
Viet Nam	77	11	<1	0	-	0	0	317 737	-	1 816	490	0	100	779 699	210 000	0	100
Yémen	387	117	1	89 467	21 212	3	134	37 611	10 548	4 299 575	2 000 000	100	0	461 071	210 000	82	18
Zambie	188	34	1	75 154	35 326	4	72	255	-	222	110	0	100	1 325	670	0	100
Zimbabwe	416	53	3	9 483	4 634	1	7	8 115	-	42 878	21 000	0	100	2 354	1 100	0	100

DONNÉES CONSOLIDÉES

Afrique subsaharienne	23 601	5 919	2	7 091 009	3 881 175	6	4 510	7 824 772	4 073 902	27 159 395	14 000 000	93	7	14 111 808	6 900 000	82	18
Afrique de l'Est et australe	12 843	3 676	2	4 935 804	2 680 091	8	3 049	5 240 451	2 732 532	13 627 090	6 600 000	89	11	8 191 536	3 900 000	83	17
Afrique de l'Ouest et centrale	10 757	2 242	2	2 155 205	1 201 084	4	1 415	2 584 321	1 341 370	13 532 305	7 000 000	97	3	5 920 272	3 100 000	81	19
Amérique du Nord	58 709	3 961	16	469 304	98 358	1	7	486	286	57 508	13 000	0	100	632 751	140 000	0	100
Amérique latine et Caraïbes	14 795	3 603	2	4 675 622	1 236 788	7	33	4 935 937	1 304 311	6 507 581	1 900 000	95	5	1 406 546	390 000	27	73
Asie de l'Est et Pacifique	28 972	2 984	1	622 011	146 348	0	49	1 716 652	654 259	2 779 478	790 000	32	68	14 321 523	4 000 000	4	96
Asie du Sud	11 066	1 197	<1	2 709 820	1 379 845	1	1 292	3 047 495	1 341 978	6 894 596	3 200 000	78	22	5 986 633	2 000 000	12	88
Europe et Asie centrale	99 035	8 847	11	7 028 160	2 649 114	8	267	382 636	85 013	3 319 985	810 000	98	2	337 653	82 000	18	82
Europe de l'Est et Asie centrale	32 472	3 214	8	3 893 358	1 731 344	9	448	373 857	84 278	3 065 648	760 000	99	1	155 790	50 000	39	61
Europe de l'Ouest	66 563	5 633	13	3 134 802	917 770	6	76	8 779	735	254 337	51 000	95	5	181 863	32 000	0	100
Moyen-Orient et Afrique du Nord	44 421	9 004	9	3 137 400	1 382 145	7	440	7 668 182	3 267 776	12 358 117	5 000 000	100	0	1 245 847	500 000	81	19
Pays les moins avancés	16 185	4 899	2	7 022 880	3 827 500	6	6 065	11 241 422	5 610 728	33 592 396	16 000 000	90	10	15 723 667	7 500 000	80	20
Monde	280 598	35 515	4	25 733 326	10 773 773	3	1 778	25 733 326	10 773 773	59 076 660	25 000 000	90	10	38 042 761	14 000 000	38	62

Pour la liste complète des pays et zones dans chaque région, sous-région et catégorie de pays, voir la page sur les classifications régionales ou consulter <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il n'est pas recommandé de comparer les données d'éditions consécutives du rapport *La Situation des enfants dans le monde*.

NOTES

- Données non disponibles.

Les valeurs régionales et mondiales se fondent sur un nombre supérieur de pays et de zones que ceux figurant sur cette liste. Par conséquent, la somme des valeurs nationales ne coïncide pas avec les valeurs régionales correspondantes ou la valeur mondiale.

Les réfugiés dont l'origine est répertoriée comme « autre », « inconnue », « diverse » ou « apatride » ne sont pas inclus dans les agrégats, ce qui rend le chiffre global inférieur au total des réfugiés comptabilisés par pays d'accueil.

^{Sd} La proportion fait référence au nombre total de déplacements.

[†] Les totaux représentent la somme des chiffres non arrondis, respectivement relatifs au conflit, à la violence et aux catastrophes, tels que publiés par l'Observatoire des situations de déplacement interne.

^{Ru} Les estimations relatives aux moins de 18 ans ont été arrondies au deuxième chiffre le plus proche (par exemple, « 1 234 » a été arrondi à « 1 200 »).

SOURCES PRINCIPALES DES DONNÉES

Population de migrants internationaux – Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, Division de la population (2020). International Migrant Stock 2020.

Réfugiés – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Base de données statistiques sur les populations de réfugiés, 2021.

Déplacements internes – Observatoire des situations de déplacement interne (IDMC), Base de données mondiale sur les déplacements internes (GIDD), 2022.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population de migrants internationaux – Nombre de personnes nées dans un autre pays que celui dans lequel elles vivent, y compris les réfugiés.

Réfugiés – Personnes forcées de fuir leur pays natal pour échapper à des persécutions ou à une menace sérieuse pour leur vie, leur intégrité physique ou leur liberté. Les chiffres figurant dans ce tableau font référence aux réfugiés placés sous le mandat du HCR uniquement. Les réfugiés palestiniens supplémentaires inscrits auprès de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) sont présents dans l'État de Palestine, au Liban, en Syrie et en Jordanie, mais ne figurent pas dans ce tableau.

Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays – Personnes forcées ou contraintes de fuir ou de quitter leur domicile ou leur lieu de résidence habituel, mais qui n'ont pas franchi de frontière internationalement reconnue d'un État à un moment donné dans le temps.

Nouveaux déplacements internes – Nombre de mouvements de personnes forcées ou contraintes de fuir ou de quitter leur domicile ou leur lieu de résidence habituel, mais qui n'ont pas franchi de frontière internationalement reconnue d'un État à un moment donné dans le temps.

La santé des enfants dans le monde est gravement menacée : la couverture vaccinale a enregistré une très forte baisse pendant la pandémie de COVID-19, privant des millions d'enfants supplémentaires de protection contre certaines des maladies infantiles les plus graves. Par ailleurs, plusieurs millions d'enfants issus de diverses communautés parmi les plus marginalisées au monde n'ont toujours pas accès aux vaccins vitaux. Il est par conséquent urgent de mener des campagnes de rattrapage et de relancer la vaccination pour inverser le recul observé, et d'intensifier nos efforts pour atteindre les enfants historiquement laissés de côté.

La Situation des enfants dans le monde 2023 se penche sur les mesures à prendre pour faire en sorte que chaque enfant, où qu'il vive, soit protégé contre les maladies à prévention vaccinale.



pour chaque enfant

ISBN : 978-92-806-5443-1

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), avril 2023

