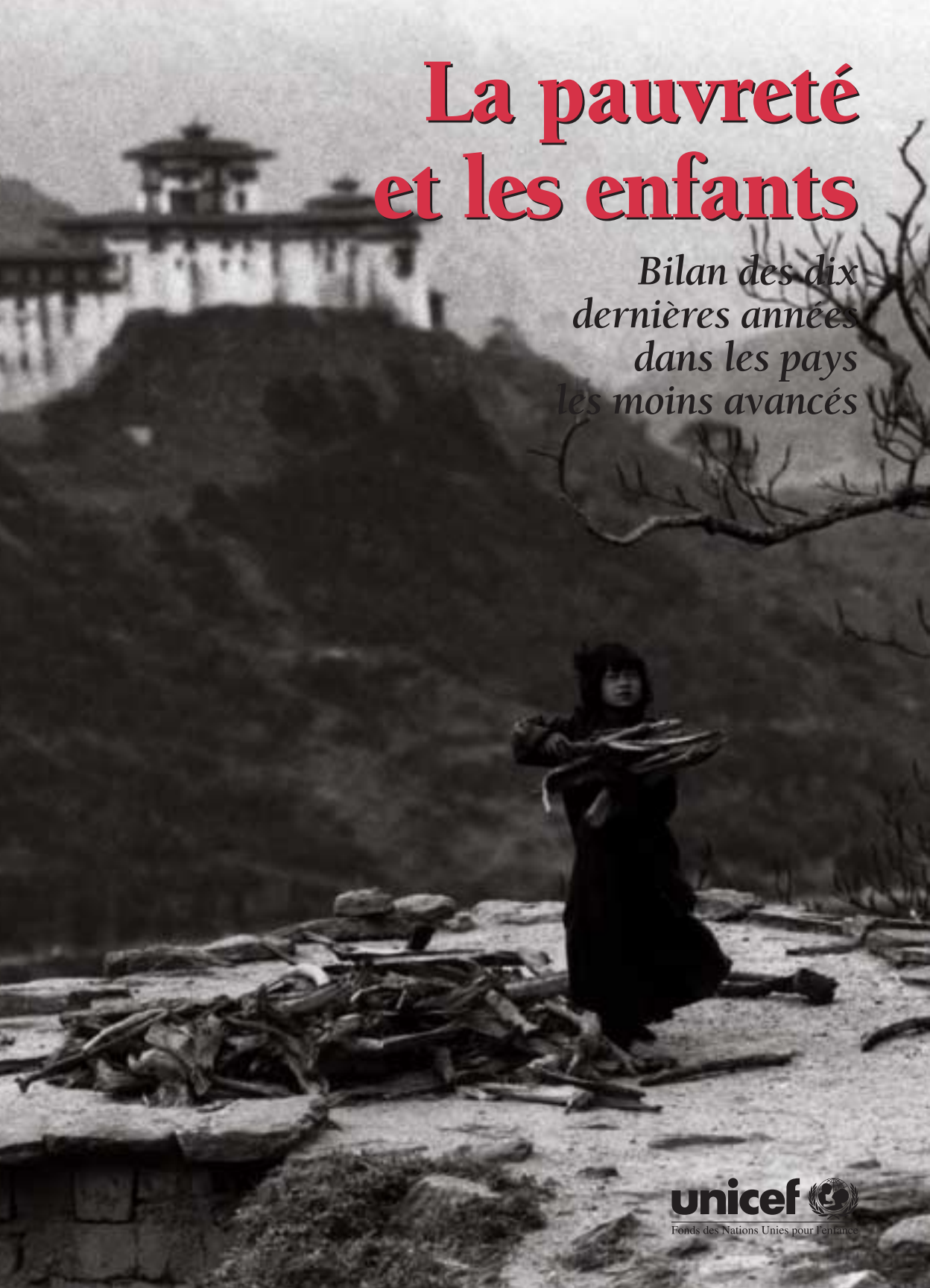


# La pauvreté et les enfants

*Bilan des dix  
dernières années  
dans les pays  
les moins avancés*



*En couverture : une fille ramasse des branches tombées sur le toit d'une maison au Bhoutan. Beaucoup de filles sont interdites d'école à cause de la discrimination culturelle, exacerbée encore par la pauvreté.*

*Photo de couverture :*

*UNICEF/96-0534/Charton*

---

# Table des matières

<b>LES PAYS LES MOINS AVANCÉS (PMA) : DÉFINITION</b> . . . . .	ii
<b>LES ENFANTS : INSTRUMENT DE MESURE DE LA PAUVRETÉ</b> . . . . .	1
<b>LA LUTTE POUR LA SURVIE</b> . . . . .	3
Tendances économiques . . . . .	5
Aide extérieure . . . . .	6
Des disparités de plus en plus importantes . . . . .	7
VIH/SIDA . . . . .	8
Conflits . . . . .	10
<b>LES SERVICES DE BASE, INDISPENSABLES À LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ</b> . . . . .	12
Atteindre les pauvres . . . . .	12
Education . . . . .	13
Santé et nutrition . . . . .	16
Eau et assainissement . . . . .	17
<b>PROTÉGER LES ENFANTS LES PLUS VULNÉRABLES</b> . . . . .	19
Le travail des enfants . . . . .	19
Filles . . . . .	20
<b>ALLÈGEMENT DE LA DETTE</b> . . . . .	22
L'initiative en faveur des pays pauvres très endettés . . . . .	23
<b>RÉSUMÉ</b> . . . . .	25
<b>ENCADRÉS</b>	
Encadré 1 Investissements dans les services de base au Bangladesh . . . . .	5
Encadré 2 L'éducation des filles . . . . .	13
Encadré 3 Taux d'inscription à l'école en hausse au Cambodge . . . . .	15
Encadré 4 L'Ouganda bénéficie de l'allègement de la dette extérieure . . . . .	24
<b>FIGURES</b>	
Figure 1 Réduction de la mortalité des moins de cinq ans . . . . .	3
Figure 2 Déclin de l'APD en termes réels entre 1991/92 et 1995/96 . . . . .	7
Figure 3 Qui bénéficie des dépenses publiques en matière d'éducation? . . . . .	12
Figure 4 Répercussions du SIDA sur le TMM5 – Projections pour 2010 . . . . .	16
Figure 5 Où va l'argent ? Au service de la dette ou aux services sociaux de base ? . . . . .	24
<b>TABLES</b>	
Table 1 Principaux indicateurs de la situation des enfants . . . . .	4
Table 2 Taux de croissance du PNB dans les pays les moins avancés . . . . .	6
<b>RÉFÉRENCES</b> . . . . .	26

## ***Les pays les moins avancés (PMA) : définition***

L'ONU définit la catégorie des pays les moins avancés selon trois critères :

- Revenus – à l'heure actuelle, un produit intérieur brut (PIB) annuel de moins de 900 dollars par habitant.
- Qualité de vie – notamment l'espérance de vie à la naissance, l'apport en calories par habitant, les taux d'inscription dans l'enseignement primaire et secondaire et l'alphabétisation des adultes.
- Diversification économique – la part du secteur manufacturier dans le PIB, le pourcentage de la population active employée dans l'industrie, la consommation annuelle d'énergie commerciale par habitant et la concentration des exportations de marchandises, déterminés par la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED).

En février 2001, l'Assemblée générale des Nations Unies a ajouté le Sénégal à la liste des PMA. C'était trop tard pour ce pays puisse être pris en compte dans le présent rapport. On trouvera ci-après la liste des 48 PMA étudiés dans ce rapport, regroupés selon les catégories établies par la CNUCED :

### ***30 PMA africains et Haïti:***

Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Djibouti, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Zambie et Haïti

### ***7 PMA asiatiques et le Yémen:***

Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Myanmar, Népal, République démocratique populaire lao et Yémen

### ***9 PMA insulaires :***

Cap-Vert, Comores, Îles Salomon, Kiribati, Maldives, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Tuvalu et Vanuatu

## Les enfants : instrument de mesure de la pauvreté

Pour les pays les moins avancés (PMA), le bilan des années 90 est mitigé. De manière générale, les PMA n'ont enregistré que des progrès limités même si certaines expériences positives ont été menées en matière de développement social et d'intégration économique. La troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés qui se tiendra en mai 2001 à Bruxelles offre l'occasion de dresser le bilan de ces expériences et de convenir de stratégies qui permettront d'intensifier la lutte contre la pauvreté en l'axant sur la réalisation des droits de l'enfant.

Il faut accroître les investissements en faveur des enfants, dans un contexte de réformes administratives et juridiques visant à financer des initiatives favorables aux enfants et permettre à la population de participer davantage aux activités sociales et économiques et d'accéder plus facilement aux moyens de production et au micro-crédit.

Il convient d'accorder une importance particulière à l'éducation des filles. Il a été prouvé de façon irréfutable que lorsque les filles instruites atteignent l'âge adulte, elles réduisent la pauvreté pour elles-mêmes ainsi que pour leurs enfants par les décisions qu'elles prennent. En donnant aux filles un bon départ dans la vie, on contribue à la croissance économique à long terme et à la réduction de la pauvreté. Si l'aide aux enfants représente la porte qui permet d'échapper à la pauvreté, l'éducation des filles est la clé de cette porte.

Le lourd fardeau de la dette extérieure a pour beaucoup contribué à freiner les progrès des PMA en matière de réalisation des droits de l'enfant. Sur les 41 pays pauvres très endettés (PPTÉ), 30 entrent dans la catégorie des PMA. Ces pays consacrent souvent aux services sociaux de base des sommes nettement inférieures à celles qu'elles affectent au service de la dette extérieure. Lors du Sommet du millénaire, l'Assemblée générale des



*Vaccination d'un enfant à Sanaa (Yémen). Les progrès accomplis dans les domaines de la thérapie de réhydratation orale, de la vaccination et de l'allaitement maternel ont été battus en brèche par les niveaux élevés de malnutrition des enfants et de mortalité maternelle et par la hausse de la mortalité infantile provoquée par le SIDA et ses complications.*

Nations Unies a énoncé une série d'objectifs à atteindre d'ici à 2015 en matière de développement international. La plupart des PMA n'arriveront probablement pas à atteindre ces objectifs s'ils ne bénéficient pas d'aides supplémentaires au développement, et notamment d'allégements de la dette des PPTE et de financements accordés à des conditions avantageuses.

Pour les PMA, il est particulièrement important d'investir en faveur des enfants, car en 2000, 49 % de leur population avait moins de 18 ans, et le taux de croissance démographique y est près de deux fois supérieur à la moyenne mondiale. Les PMA abritent le dixième de la population mondiale mais représentent environ un cinquième du nombre total de naissances dans le monde, soit, d'après les estimations, 24 millions d'enfants chaque année, qui naissent pour la plupart dans des familles défavorisées. Pour réduire la pauvreté, il est donc essentiel de commencer par réduire celle des enfants.

En outre, c'est pendant la petite enfance que l'on peut influencer de façon décisive le développement intellectuel, physique et affectif des êtres humains. Si on laisse passer ce moment unique, les préjudices subis sont souvent irréversibles. Par exemple, la nutrition in utero et pendant la première enfance est étroitement liée au développement du cerveau. L'alimentation que reçoivent les enfants pendant les premiers mois et les premières années de la vie détermine en grande partie leurs capacités cognitives et leurs résultats scolaires futurs. De même, les maladies contractées pendant les premières années risquent d'empêcher les enfants de réaliser pleinement leur potentiel intellectuel et physique.

Le troisième argument qui justifie les investissements en faveur des enfants est le suivant : les adultes qui ont grandi dans la pauvreté élèveront habituellement à leur tour leurs enfants dans la pauvreté. Lorsque les enfants cumulent dès le départ tous les handicaps – problèmes de santé, nutrition inadéquate et éducation limitée – ils ont moins de possibilités de sortir de la pauvreté. Lorsque, à l'âge adulte, ils fondent des familles, leur pauvreté se transmet à la prochaine génération. Par exemple, les femmes souffrant de malnutrition ont tendance à accoucher d'enfants ayant un poids insuffisant et les parents analphabètes ne peuvent pas aider leurs enfants à faire leurs devoirs de l'école.

Quatrièmement, si l'on doit commencer par réduire la pauvreté auprès des enfants, c'est aussi parce qu'ils sont sans défense. La façon dont un pays traite ses habitants les plus vulnérables est un bon indicateur du stade de développement atteint. Les jeunes enfants dépendent des décisions que les adultes prennent en leur nom et ont rarement la possibilité de s'y opposer. Ce sont eux qui souffrent le plus de la pauvreté et y sont le plus exposés. Les pouvoirs publics ont donc l'obligation morale d'améliorer la situation des enfants.

Enfin et surtout, investir en faveur des enfants relève d'une nécessité absolue. Ratifiée par 191 pays, la Convention relative aux droits de l'enfant oblige les gouvernements qui l'ont signée à veiller à ce que les droits des enfants qui y sont énoncés soient intégralement respectés. Il s'agit notamment du droit à la santé, à la nutrition, à l'éducation et à un niveau de vie décent.

Faire en sorte que tous les enfants jouissent de tous leurs droits : cet objectif peut sembler difficile à atteindre, mais la communauté internationale a les moyens d'y parvenir – grâce à la prospérité sans précédent de la fin du XXe siècle. Les beaux discours politiques doivent donc se traduire par une véritable mobilisation de ressources et une action réelle en faveur de tous les enfants.

## La lutte pour la survie

Le bilan de l'évolution des PMA pendant les années 90 est mitigé : certains pays ont réalisé des progrès en matière de développement humain, tandis que d'autres ont stagné. Dans l'ensemble des PMA, le pourcentage de personnes vivant dans la pauvreté était plus élevé à la fin de l'année 2000 qu'en 1990. D'après la CNUCED, 44 % des habitants des PMA ont des revenus de moins d'un dollar par jour. Beaucoup d'autres ne sont guère mieux lotis. Au total, 75 % de la population survit avec moins de 2 dollars par jour.

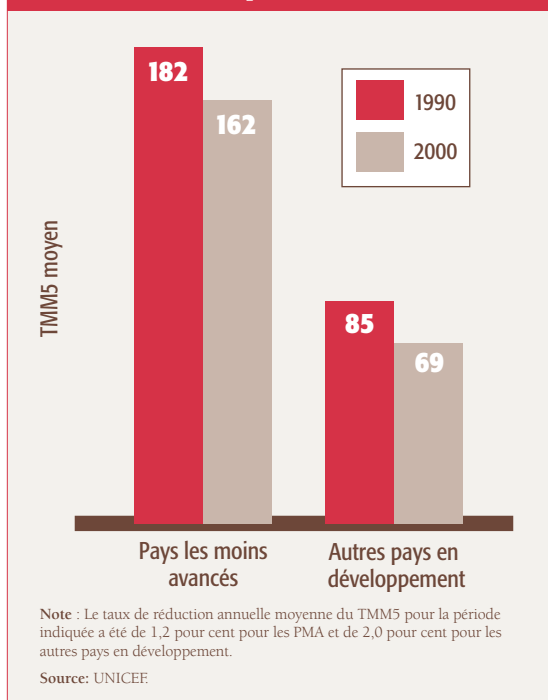
Ces dix dernières années, les taux de mortalité infantile des PMA se sont encore accrus par rapport à ceux des autres pays en développement : l'écart s'est creusé de 2,1 à 2,3. En 1990, un nourrisson né dans un PMA avait au moins deux fois plus de risques de mourir qu'un enfant né dans un pays en développement n'entrant pas dans la catégorie des PMA.

Les PMA ont des taux de mortalité infantile des moins de cinq ans (TMM5) nettement plus élevés que les autres pays. C'est également dans les PMA que la réduction de ces taux a été la plus faible pendant les années 90. A l'heure actuelle, dans les PMA, un

enfant sur six meurt avant son cinquième anniversaire, comme le montre la *Figure 1*. Le TMM5, qui indique la probabilité de décès entre la naissance et le jour du cinquième anniversaire pour 1 000 naissances vivantes, dépend en partie du niveau d'instruction et d'alphabétisation et des revenus des parents, ainsi que de leur accès à des services sociaux de base. C'est l'un des meilleurs indicateurs du développement global d'un pays.

Les risques plus élevés qu'encourent les enfants dans les PMA sont liés à un taux de vaccination plus faible (58 % contre 76 % pour le triple vaccin DCT) ; à un usage moins fréquent des thérapies de réhydratation orale (50 % contre 65 %) ; à un pourcentage nettement plus bas d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (28 % contre 57 %) ; à un risque beaucoup plus élevé de malnutrition (40 % contre 27 %) ; et à une proportion plus faible de ménages consommant du sel iodé (51 % contre

**Figure 1 : Réduction de la mortalité des moins de cinq ans**



75 %). Voir Figure 1. L'accès à de l'eau potable et salubre est également beaucoup plus restreint dans les PMA (61 % contre 81 %), les ménages ruraux étant beaucoup plus désavantagés à cet égard que les ménages urbains (54 % contre 80 %). En ce qui concerne l'accès à l'eau, l'écart entre milieux ruraux et milieux urbains est beaucoup plus marqué dans les PMA que dans les autres pays en développement (26 contre 19 points de pourcentage). Ce n'est que lorsqu'on considère le taux d'apport complémentaire de vitamine A que la situation des PMA est meilleure que celle des autres pays (70 % contre 36 %). Voir Figure 1.

Le taux moyen de croissance démographique est de 2,5 % par an dans les PMA – soit presque deux fois plus que le taux des autres pays en développement, qui est de 1,6 %. Le nombre de naissances a augmenté de 15 % dans les PMA entre 1990 et 2000, tandis qu'il a diminué d'environ 5 % dans les autres pays en développement. En 1990, 18 % de toutes les naissances des pays en développement avaient lieu dans les PMA ; en 2000, cette proportion était passée à 21 %. Elle devrait atteindre 24 % en 2010.

Les PMA figurent parmi les pays qui ont les taux les plus bas d'alphabétisation et d'inscription dans l'enseignement primaire. Les enfants des PMA ont nettement moins accès à l'éducation que ceux des autres pays en développement (le taux net de scolarisation est de 58 contre 85). Un peu plus de la moitié – 54 % – des filles des PMA

**Table 1 : Principaux indicateurs pour les PMA et autres pays en développement**

Indicateur	Année (s)	PMA	Autres pays en dev.
Vaccination DCT (% des enfants d'un an)	1997–2000	58	76
Usage de la thérapie de réhydratation orale (%)	1995–2000	50	65
Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	1995–2000	28	57
Insuffisance pondérale modérée et grave (% des enfants de moins de cinq ans)	1995–2000	40	27
Taux d'apport complémentaire de vitamine A (% des enfants de moins de cinq ans)	1998–2000	70	36
Pourcentage de ménages consommant du sel iodé	1995–2000	51	75
Accès à de meilleurs points d'eau potable (% , 1999)	Milieu rural	54	73
	Milieu urbain	80	92
	Total	61	81
Taux annuel de croissance démographique (%)	1990–99	2,5	1,6
Nombre annuel de naissances (en milliers)	1990	20896	97288
	2000	24022	92247
Taux net d'inscription dans le primaire (1995-99)	Filles	54	81
	Garçons	63	88
	Total	58	85
Elèves de 1ère année arrivant en 5e année du primaire (%)	1995–1999	61	75
Analphabétisme des femmes (%)	1995–1999	56	31
PNB par habitant (en dollars des États-Unis)*	1990	220	995
	1999	261	1344

\*Note : le taux de croissance moyenne annuelle pour les PMA a été de 2,2 pour cent et de 3,4 pour cent pour les autres pays en développement.

Sources : Division de la population de l'ONU, UNESCO, UNICEF, OMS et Banque mondiale.



sont inscrites dans l'enseignement primaire, contre 81 % dans les autres pays en développement.

Le taux d'inscription s'améliore dans les pays en développement et les PMA, mais dans ces derniers, les inégalités entre filles et garçons sont plus marquées. Le pourcentage des filles en âge d'aller à l'école qui suivent les cinq premières années d'enseignement n'est que de 61 % dans les PMA, contre 75 % dans les autres pays en développement. Les enfants des PMA sont également plus nombreux à avoir une mère analphabète que les enfants des autres pays en développement (56 % contre 31 %).

Cependant, on note certaines exceptions : la volonté politique et les partenariats internationaux ont parfois permis de réaliser des progrès. Au Bangladesh, par exemple, tous les indicateurs sociaux importants se sont améliorés, et l'accès à l'enseignement primaire s'est considérablement accru au Malawi et en Ouganda (voir encadré 1).

Dans un certain nombre de PMA, la lenteur des progrès en matière de développement s'explique par l'insuffisance des investissements réalisés en faveur des enfants, l'épidémie du VIH/SIDA, l'instabilité et les conflits. Il convient de définir des stratégies à la fois ambitieuses et réalistes qui permettent de résoudre ces problèmes, de parvenir à la croissance économique et de réduire la pauvreté.

### **Encadré 1 : Investissements dans les services de base au Bangladesh**

**L**es investissements effectués dans les services sociaux de base ont des effets directs sur les enfants et les mères. En 1990, par exemple, le Bangladesh allouait aux services sociaux 22,6 % de son budget national. En 1999, ce pourcentage était passé à 25,7 %. Le taux d'inscription à l'école primaire et l'alphabétisation des adultes ont progressé en conséquence. Entre 1995 et 1999, le taux net d'inscription dans le primaire était de 83 % pour les filles contre 80 % pour les garçons. Le taux d'alphabétisation des femmes était de 48 % en 2000, contre 17 % en 1980. Le taux de mortalité infantile des moins de cinq ans est passé de 144 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 89 en 1999. Peu de PMA ont réalisé de tels progrès dans les années 90.

## **Tendances économiques**

Tout comme pour les indicateurs sociaux, l'écart de revenus moyens entre les PMA et les autres pays en développement s'est creusé pendant les années 90, passant de 4,5 à 1 en 1990 à 5,2 à 1 en 1999. Néanmoins, les années 90 n'ont pas été aussi mauvaises, à cet égard, que les années 80, que l'on considère souvent comme la « décennie perdue » du développement.

Les résultats économiques des PMA varient beaucoup selon les régions. Le Bangladesh, qui abrite le cinquième de la population des PMA et génère le quart du PIB de l'ensemble des PMA, influence considérablement les statistiques de l'ensemble des PMA. Si l'on exclut le Bangladesh, le taux de croissance annuelle moyenne du revenu par habitant des PMA n'a été que de 0,4 % dans les années 90, contre 3,6 % en moyenne dans les autres pays en développement. Comme il est indiqué à la Table 2, malgré les répercussions de la crise financière asiatique, les PMA asiatiques ont connu une croissance supérieure à celle des PMA africains et insulaires. Les taux de croissance par habitant des PMA insulaires

ont diminué pendant les années 90. Pour les PMA africains, les années 90 ont été une décennie de croissance négative : sur les 22 PMA dont l'économie a soit stagné soit décliné, 19 se trouvaient en Afrique. Les PMA africains figurent encore parmi les pays les plus pauvres de la planète.

**Table 2 : Taux de croissance du PNB dans les pays les moins avancés**

	Croissance du PNB par habitant	
	1980-1990	1990-1998
L'ensemble des PMA (48 pays)	-0,1	2,2
PMA sans le Bangladesh (47 pays)	-0,9	0,4
PMA africains (30 pays) et Haïti	-1,1	-0,4
PMA asiatiques (7 pays) et Yémen	1,7	2,9
PMA insulaires (9 pays)	2,2	0,9

Source: CNUCED, The Least Developed Countries 2000.

Les moyennes régionales cachent de grandes disparités entre pays. Par exemple, entre 1990 et 1998, la Guinée équatoriale a enregistré un taux de croissance annuelle moyenne de 14,3 % – le taux le plus élevé de tous les PMA. Sur les 14 PMA qui ont obtenu des taux de croissance par habitant de plus de 2 % par an pendant cette même période, sept se trouvaient en Afrique et sept en Asie. Cependant, dans bon nombre de ces pays, la croissance économique était très instable et variait considérablement d'une année à l'autre.

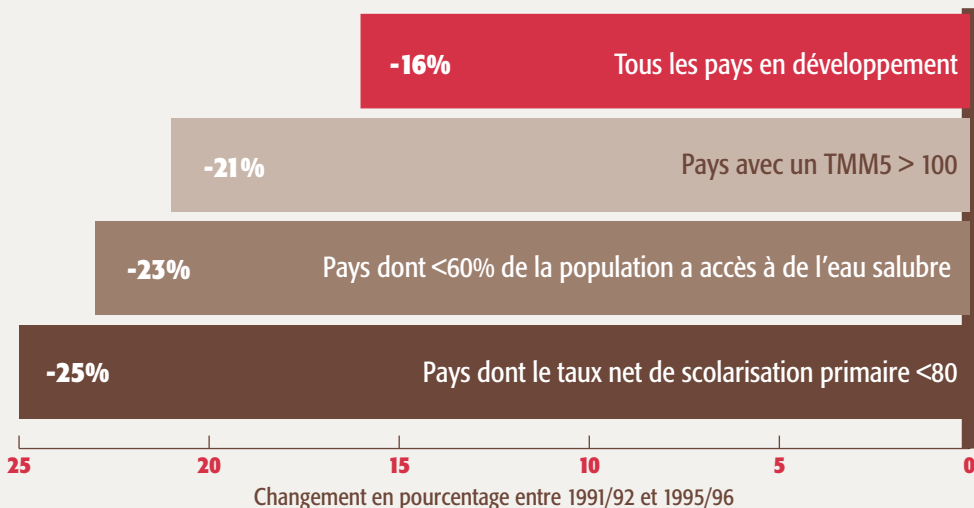
## Aide extérieure

Lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990, les gouvernements et les donateurs se sont engagés à veiller à ce que « les programmes visant à atteindre les objectifs de survie, de protection et de développement des enfants fassent figure de priorité lors de l'allocation des ressources ». La même année, à la Deuxième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés, les donateurs ont résolu d'augmenter l'aide publique au développement (APD) octroyée aux PMA. Cinq ans plus tard, lors du Sommet mondial pour le développement social, les pays présents se sont de nouveau engagés à redoubler d'efforts en vue de réduire la pauvreté.

Malgré ces engagements, l'APD accordée aux PMA a diminué, passant de 11,3 milliards de dollars en 1988/89, soit 0,08 % du PNB combiné des pays donateurs, à 10,7 milliards de dollars en 1999, soit 0,05 %. L'objectif fixé par l'ONU correspond à une APD égale à 0,15 % du PNB combiné des pays donateurs. Pour les PMA, ce recul s'est traduit par une baisse de 45 % de l'aide extérieure nette exprimée en valeur réelle et par habitant. Il est intéressant de noter que ce sont surtout les pays les plus riches qui n'ont pas atteint l'objectif fixé, ce qui témoigne d'un manque de volonté plus que d'un manque de ressources.

En outre, pendant la première moitié des années 90, l'APD bilatérale nette a proportionnellement diminué davantage pour les pays dans lesquels le taux net d'inscription dans l'enseignement primaire était inférieur à 80, le TMM5 supérieur à 100 pour 1 000 naissances vivantes et l'accès à de l'eau potable et salubre inférieur à 60 % (voir Figure 2). Les PMA ont donc reçu pendant les années 90 une part plus restreinte de l'APD, qui était elle-même réduite.

**Figure 2 : Déclin de l'APD en termes réels entre 1991/92 et 1995/96**



Source: OCDE/CAD, 1998.

Les ressources extérieures des PMA proviennent en grande partie de l'aide qui leur est accordée (égale en moyenne à 8 % du PNB, soit six à huit fois plus que les investissements étrangers directs effectués dans ces pays). Même légère, une diminution de l'APD peut donc avoir de lourdes conséquences, notamment en matière de développement social. Etant donné les fluctuations imprévisibles des flux d'aide et des termes de l'échange, les petits pays à faibles revenus peuvent difficilement parvenir à la stabilité macro-économique.

Les PMA pâtissent également d'une allocation nationale des ressources inefficace. Les budgets de la défense et du service de la dette restent élevés, alors que les PMA sont les pays qui peuvent le moins se permettre de diminuer les ressources au développement : 14 % environ des budgets nationaux sont consacrés à la défense et de 20 à 30 % au service de la dette. En revanche, la santé et l'éducation ne reçoivent, respectivement, que 5 et 13 % du budget.

### ***Des disparités de plus en plus importantes***

Les inégalités de revenus entre pays se sont creusées entre 1990 et 1999. Les deux tiers des PMA ont soit pris du retard par rapport aux autres pays en développement soit vu leurs revenus moyens diminuer en termes absolus. Cela n'a fait qu'accroître le retard économique des PMA, dont le PNB moyen par habitant est actuellement cinq fois inférieur à celui de l'ensemble des pays en développement.

De même, pendant les années 90, le TMM5 a dans l'ensemble diminué plus lentement dans les PMA que dans les autres pays en développement. En ce qui concerne les autres indicateurs, notamment les taux d'inscription dans l'enseignement primaire et secondaire

et les taux de vaccination, les inégalités restent importantes entre les PMA et les autres pays, sauf dans quelques secteurs. Par exemple, le Bangladesh, la Guinée équatoriale, le Malawi, Samoa, Tuvalu, l'Ouganda et la Zambie ont actuellement un taux net d'inscription dans l'enseignement primaire de plus de 80 % pour les filles. Dans l'ensemble des pays en développement, la moyenne est de 81 %.

La plupart des experts s'accordent à reconnaître que l'inégalité des revenus ne fait qu'accentuer la pauvreté. Dans des pays très inégalitaires, une croissance économique rapide, même si elle s'accompagne d'une hausse des dépenses sociales, risque de ne pas suffire à lutter contre la pauvreté. Pour réduire de moitié la pauvreté d'ici à 2015, la croissance devrait être deux fois plus rapide dans les pays très inégalitaires que dans les pays où les inégalités sont minimales. Si l'on souhaite que les PMA atteignent leurs objectifs en matière de réduction de la pauvreté, il est donc important de promouvoir une croissance équitable.

## **VIH/SIDA**

Dans 11 PMA, l'espérance de vie moyenne a reculé pendant les années 90, à cause du VIH/SIDA, en grande partie, mais aussi de violents conflits. Les PMA africains ont été le plus durement touchés. Au Malawi, par exemple, l'espérance de vie moyenne est passée



*Un garçon dont les parents sont morts du SIDA est assis à côté de sa grand-mère dans un village proche de Dar es Salaam (Tanzanie). La crise du VIH/SIDA pose des problèmes insurmontables aux PMA, dont les ressources étaient déjà très limitées.*

UNICEF/96-1510/Photozi

de 48 ans en 1990 à 40 ans aujourd'hui. Au Malawi, en Ouganda, en Tanzanie et en Zambie, le SIDA est maintenant la première cause de décès des hommes et des femmes de 15 à 49 ans. Certains pays perdront une part importante de leur population adulte – les jeunes et les personnes d'âge intermédiaire, qui sont le plus productifs sur le plan économique et laissent souvent derrière eux des enfants livrés à eux-mêmes.

Si les PMA africains ont actuellement le taux de prévalence du SIDA le plus élevé du monde, l'épidémie se propage rapidement dans les pays des Caraïbes et d'Asie. En Haïti, par exemple, plus de 5 % des adultes sont séropositifs. Au Cambodge et au Myanmar, plus de 1 % des 15 à 49 ans sont porteurs du virus. Si aucune mesure n'est prise pour enrayer la propagation de la maladie, ces pourcentages pourraient augmenter de façon spectaculaire dans les années à venir, comme cela a été le cas en Afrique subsaharienne dans les années 80 et 90.

Les statistiques laissent entrevoir un avenir particulièrement sinistre. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) estime que, dans les pays où la proportion d'adultes séropositifs est supérieure ou égale à 15 %, au moins 35 % des garçons actuellement âgés de 15 ans mourront du SIDA. Le SIDA menace non seulement de tuer de nombreux enfants, mais il laisse également dans son sillage des millions d'orphelins – 13,2 millions à ce jour, à l'échelle mondiale. A la fin de l'année 1999, on estimait à 75 000 le nombre d'enfants haïtiens dont la mère était morte du SIDA et à 1,2 million le nombre d'orphelins zambiens de moins de 15 ans. D'après une étude effectuée en Ouganda, les orphelins dont les parents sont morts du SIDA souffrent de malnutrition grave.

A mesure que le nombre d'orphelins augmente, les systèmes traditionnels d'entraide familiale et communautaire perdent de leur efficacité. Les orphelins du SIDA, qui sont déjà vulnérables après

avoir perdu leurs parents, sont de plus en plus livrés à eux-mêmes face à la discrimination, à cause de la stigmatisation sociale qui entoure encore la maladie dans de nombreux pays. Nombre de ces enfants sont contraints d'abandonner leurs études et de travailler pour survivre. De ce fait, on observe une augmentation du travail des enfants dans les pays où le taux de prévalence du VIH/SIDA est élevé.

Les économies nationales sont également touchées. Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'impact économique de l'épidémie du VIH/SIDA, il y a de plus en plus de raisons de penser que l'épidémie ralentira considérablement la croissance des revenus par habitant des PMA.

A cause du VIH/SIDA et des maladies qui y sont associées, telles que la tuberculose et la pneumonie, les centres de santé fonctionnent au dessus de leurs capacités d'accueil. Les services de santé ordinaires, comme les vaccinations, en ont pâti. La polio est récemment réapparue en Haïti, alors que l'éradication de cette maladie avait été officiellement proclamée dans les Amériques cinq ans plus tôt.

Les établissements scolaires sont également touchés car le SIDA tue des enseignants. En République centrafricaine, par exemple, le nombre d'enseignants morts en 1998 est à

---

*En Zambie, 1 300  
enseignants sont morts de  
maladies liées au SIDA  
dans les 10 premiers mois  
de 1998, soit deux fois  
plus que l'année  
précédente.*

---

peu près égal au nombre de départs en retraite. En Zambie, on estime à 650 000 le nombre d'enfants de moins de 15 ans dont les parents sont morts du SIDA. Dans plusieurs PMA où le taux de prévalence du SIDA a augmenté dans les années 90, les objectifs de l'éducation de base pour tous d'ici à 2015 risquent de ne pas être atteints.

Quelles seront à l'avenir les répercussions de ces problèmes ? Les pays pauvres n'arriveront pas à répondre aux besoins en matière de santé et d'éducation de leur population. Les établissements scolaires perdront davantage d'enseignants ; les centres de santé auront moins d'infirmières et de médecins. Le développement stagnera et une génération d'enfants grandira livrée à elle-même et sans véritable instruction. La pauvreté s'accroîtra à mesure que la croissance économique ralentira et que les revenus des ménages diminueront. Les pays verront leurs recettes se réduire et l'épargne diminuera à mesure que la population essaiera de faire face à la hausse des coûts de santé. Les économies perdront une part importante de leur population active et devront s'accommoder de ressources humaines plus restreintes.

Mais des mesures ciblées prises sans tarder permettraient d'éviter un tel avenir. Ces dix dernières années, l'Ouganda a mis en œuvre un programme efficace de prévention du VIH/SIDA et d'information, et le taux de prévalence est passé de 14 % à 8 %. Le nombre de nouveaux cas de séropositivité a été réduit de 75 %. Dans d'autres pays en développement, tout porte à croire que, parmi les personnes ayant au moins reçu une instruction primaire, le taux d'infection a commencé à diminuer ces dernières années, même si, pour l'ensemble de la population, le taux d'infection a continué à augmenter dans bon nombre de ces pays. A l'instar de l'Ouganda, la Zambie a commencé une campagne de prévention générale faisant appel aux organisations non gouvernementales (ONG), aux pouvoirs publics et aux chefs religieux. Au cours des six dernières années, à Lusaka, le nombre de jeunes femmes enceintes séropositives a été réduit de près de moitié.

---

*En 1999, le PNB par habitant se montait à 261 dollars dans les PMA et à 1 344 dans les autres pays en développement.*

---

Les PMA et la communauté internationale doivent de toute urgence lutter contre les nombreuses répercussions de l'épidémie de VIH/SIDA, notamment en proposant à bon marché des tests de dépistage et des traitements précoces et en reconnaissant que la prévention est la meilleure stratégie. La campagne d'information de l'Ouganda, qui a choisi comme slogan « abstinence, fidélité et préservatifs », est à cet égard un très bon exemple.

## **Conflits**

Dans plusieurs PMA, les progrès réalisés ont été anéantis par des conflits, qui ont détruit l'infrastructure, et notamment les routes, les ponts et les bâtiments, ainsi que les récoltes, les systèmes d'approvisionnement en eau et l'environnement naturel. Des millions de personnes ont été déplacées, ce qui a eu pour effet de perturber la vie sociale et économique. Mais, surtout, les conflits violents ont des effets dévastateurs auprès de la population, et notamment des enfants.

Entre 1990 et 1998, 20 des 48 PMA ont été en proie à de violents conflits. Les 10 pays du monde qui ont les taux de mortalité infantile les plus élevés entrent tous dans la catégorie des PMA et 7 d'entre eux sont ravagés par des conflits armés. Sur les 40 pays qui comptent le plus de personnes déplacées à la suite de conflits, 16 sont des PMA.

---

*A tout moment,  
il y a dans le monde  
environ 300 000  
enfants soldats.*

---

Ces dix dernières années, 2 millions d'enfants ont été tués dans des conflits violents de par le monde et plus de 6 millions ont été sérieusement blessés ou handicapés à vie. Environ 90 % de toutes les victimes de conflits sont des civils. A l'échelle mondiale, 20 millions de personnes ont été déplacées pendant les années 90. On estime à 1,7 million le nombre de civils qui sont morts lors des conflits qui se sont produits dans l'est de la République démocratique du Congo, entre 1998 et 2000. Un tiers de ces victimes étaient des enfants de moins de cinq ans.

Les enfants subissent également d'autres conséquences des conflits. A tout moment, il y a dans le monde environ 300 000 enfants soldats. Dans au moins six des PMA en proie à des conflits, des enfants sont recrutés de force comme soldats ou sont contraints de se prostituer.

Le coût économique très élevé des conflits s'accompagne d'un coût social tout aussi important, qui subsiste pendant des dizaines d'années, car une génération entière d'enfants pâtit durablement de problèmes de santé, du manque d'éducation et du traumatisme causé par la destruction de familles et de communautés.

Certains pays devront s'accommoder d'enfants que la violence laisse désormais complètement indifférents. Le problème se pose tout particulièrement dans les régions où il existe des enfants soldats – c'est-à-dire des enfants qui ont l'habitude de remédier par la violence au moindre problème.

Les progrès économiques rapides qui suivent parfois les conflits ne s'accompagnent pas nécessairement d'une amélioration du contexte social. Au Mozambique, par exemple, dès la fin de la guerre civile, le PNB par habitant a enregistré une croissance annuelle de 7 % entre 1993 et 1999. Mais, le redressement social du pays s'avère beaucoup plus lent et difficile. En Ouganda, la malnutrition infantile aurait augmenté pendant les années 90, malgré la croissance économique soutenue qui a succédé à la guerre civile au milieu des années 80. Il semble donc que les bénéfices de la croissance ne soient pas toujours répartis équitablement.

Etant donné le nombre croissant de conflits violents, les secours d'urgence ont été l'une des catégories d'APD qui ont augmenté le plus rapidement pendant les années 90. Entre 1993 et 1998, 40 PMA en moyenne ont bénéficié chaque année de secours d'urgence, pour des catastrophes naturelles ou d'origine humaine. Ce nombre est beaucoup plus élevé qu'entre 1983 et 1992, période pendant laquelle 32 PMA en moyenne recevaient chaque année des secours d'urgence. Malheureusement, ces fonds ont dans certains cas été accordés en remplacement, et non en supplément, de l'aide extérieure.



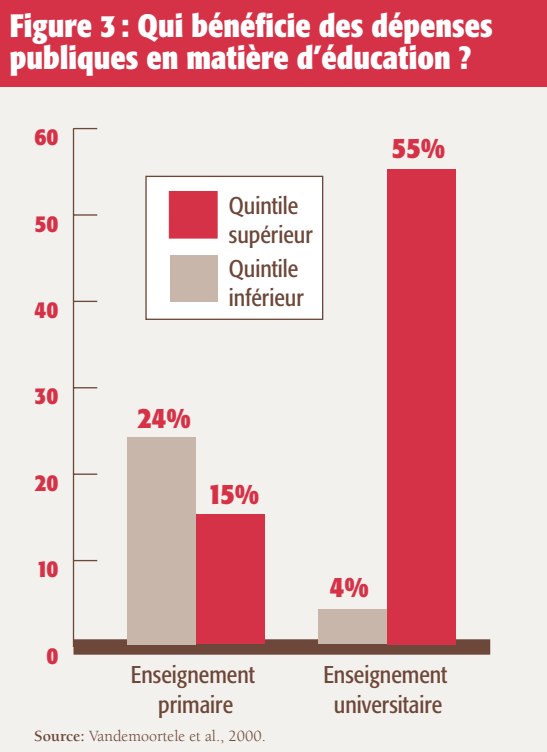
## Les services de base, indispensables à la réduction de la pauvreté

Si l'on veut défendre véritablement les droits des enfants et mettre fin à la transmission de la pauvreté de génération en génération, les engagements pris doivent impérativement être assortis de ressources financières, de réformes politiques et de programmes opérationnels. Bien sûr, l'action des pouvoirs publics ne pourra à elle seule éliminer la pauvreté des enfants. Mais c'est en garantissant l'accès universel à des services sociaux de base de qualité que les gouvernements peuvent commencer à donner à tous les enfants le meilleur départ possible dans la vie. Paradoxalement, bien que les premiers moments et les premiers mois de la vie d'un enfant soient les plus importants pour son développement, la plupart des gouvernements ne commencent à investir en faveur des enfants que lorsqu'ils sont plus âgés, c'est-à-dire lorsqu'il est souvent déjà trop tard. Le moment est venu de changer d'approche.

### Atteindre les pauvres

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, il est important de veiller à ce que les groupes défavorisés et marginalisés bénéficient également des ressources allouées. Comment est-ce que les pouvoirs publics peuvent faire en sorte que les pauvres aient accès aux services sociaux ? Deux facteurs jouent à cet égard un rôle important.

Premièrement, lorsqu'on investit dans les services de base, comme les soins de santé de base et l'enseignement primaire, le nombre de personnes pauvres qui en bénéficient augmente considérablement. Dès que les investissements s'effectuent dans des services plus spécialisés, comme l'enseignement supérieur, le nombre de personnes pauvres qui en bénéficient diminue nettement. Comme il est indiqué à la Figure 3, des statistiques provenant de plusieurs pays





## Encadré 2 : L'éducation des filles

**U**Dans le cadre de son programme mondial d'éducation des filles, l'UNICEF s'emploie à réduire au sein des systèmes éducatifs les inégalités entre filles et garçons. Au Tchad, le taux net d'inscription des filles dans l'enseignement primaire n'est que de 39 % et l'UNICEF s'efforce de l'améliorer dans huit préfectures. Entre 1996 et 1998, dans les écoles faisant partie du projet, le nombre de femmes enseignantes est passé de 36 à 787, ce qui encourage considérablement les filles à ne pas abandonner leurs études. En 1999, le taux d'inscription moyen des filles en première année du primaire atteignait 60 %, et le taux d'abandon avait été réduit de 28 % à 21 % en l'espace de deux ans.

En Erythrée, l'accent a été mis sur la formation de femmes enseignantes. Douze écoles communautaires pilotes ont été ouvertes en 1999 et ont accueilli près de 3 000 nouveaux élèves, dont 50 % de filles.

Au Mali, la scolarisation des filles a également progressé dans les écoles qui bénéficient de l'aide de l'UNICEF. Des centres de formation pédagogique renforcent les compétences des enseignants et adaptent les programmes scolaires en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement proposé aux filles.

en développement prouvent que les subventions accordées à l'enseignement supérieur profitent 10 fois plus aux riches qu'aux pauvres. Les dépenses effectuées dans le domaine de l'éducation primaire sont en revanche beaucoup plus équitables.

Deuxièmement, les services ne bénéficient aux pauvres que si tout le monde peut y accéder. Des services réservés à une partie de la population aident rarement les pauvres car ce sont les individus plus aisés qui en tirent profit. Les programmes qui sont étroitement ciblés en direction des pauvres atteignent rarement les plus démunis. Même quand ils y parviennent, ces programmes ne sont pas toujours viables, car les personnes qui ne sont pas pauvres s'en désintéressent. A mesure que ces programmes touchent une population de plus en plus diverse, les pauvres commencent à en bénéficier. L'accès universel aux services sociaux de base permet donc, avec quelques autres approches, de donner à la majorité des pauvres les éléments fondamentaux d'un niveau de vie décent. Puisque les enfants forment un groupe très nombreux et beaucoup plus pauvre que la moyenne, les ressources qui leur sont spécifiquement allouées auront de profondes répercussions sur la pauvreté dans l'ensemble de la population.

### **Education**

L'éducation et la pauvreté sont liées. Dans les familles qui s'appauvrissent, les enfants les plus âgés doivent souvent arrêter leurs études pour venir compléter les revenus de la famille et payer les frais de scolarité des plus jeunes enfants. Une étude effectuée au Togo a par exemple révélé que, dans à peu près la moitié des ménages dont le chef de famille perd son emploi, un enfant au moins cessait d'aller à l'école.

L'éducation permet de développer les capacités intellectuelles et les aptitudes relationnelles, et les enfants qui terminent au moins les quatre premières années d'enseignement – minimum indispensable à l'acquisition de connaissances de base en

lecture et en calcul – sont mieux à même de sortir de la pauvreté. On constate en effet une corrélation entre le niveau d'instruction d'une part et les revenus et la capacité à travailler dans le secteur structuré de l'économie d'autre part.

Ceci étant, dans bon nombre de PMA, des disparités marquées subsistent entre filles et garçons dans le domaine de l'éducation, disparités qui sont plus importantes que dans d'autres pays en développement. Le taux d'inscription dans l'enseignement primaire a augmenté plus rapidement pour les garçons que pour les filles dans un certain nombre de PMA, et beaucoup de PMA prennent de plus en plus de retard dans ce domaine par rapport aux autres pays en développement.

---

*Les enfants des mères n'ayant reçu aucun enseignement de type scolaire courent deux fois plus de risques de mourir avant l'âge de cinq ans que ceux dont la mère a reçu une éducation post-primaire.*

---



*Une Zambienne lit à sa fille un passage sur l'importance de l'éducation des filles. Un nombre insuffisant de filles a l'occasion d'aller à l'école dans les PMA, bien que toutes les études confirment que leur éducation est une des meilleures stratégies de lutte contre la pauvreté.*

UNICEF/96-1225/Itzizi

### Encadré 3 : Taux d'inscription à l'école en hausse au Cambodge

Depuis l'été 1993, l'UNICEF aide le Gouvernement cambodgien à établir des groupes scolaires en vue d'améliorer l'accès à l'éducation et la qualité de l'enseignement, grâce au partage des ressources, de l'administration et même des enseignants. De ce fait, le taux d'inscription aux deux premières années du primaire s'est amélioré, pour les filles comme pour les garçons, dans les régions concernées. Pour l'instant, 712 groupes scolaires ont été établis ; 533 d'entre eux ont bénéficié de l'aide du Gouvernement et 159 de l'appui de donateurs étrangers. De 1996 à 2000, l'UNICEF a contribué à mettre en place 49 groupes pilotes dans six provinces cambodgiennes.

Autre innovation importante, le Cambodge compte 18 écoles « flottantes », souvent indépendantes. Celles de la région du lac Tonle Sap sont regroupées.

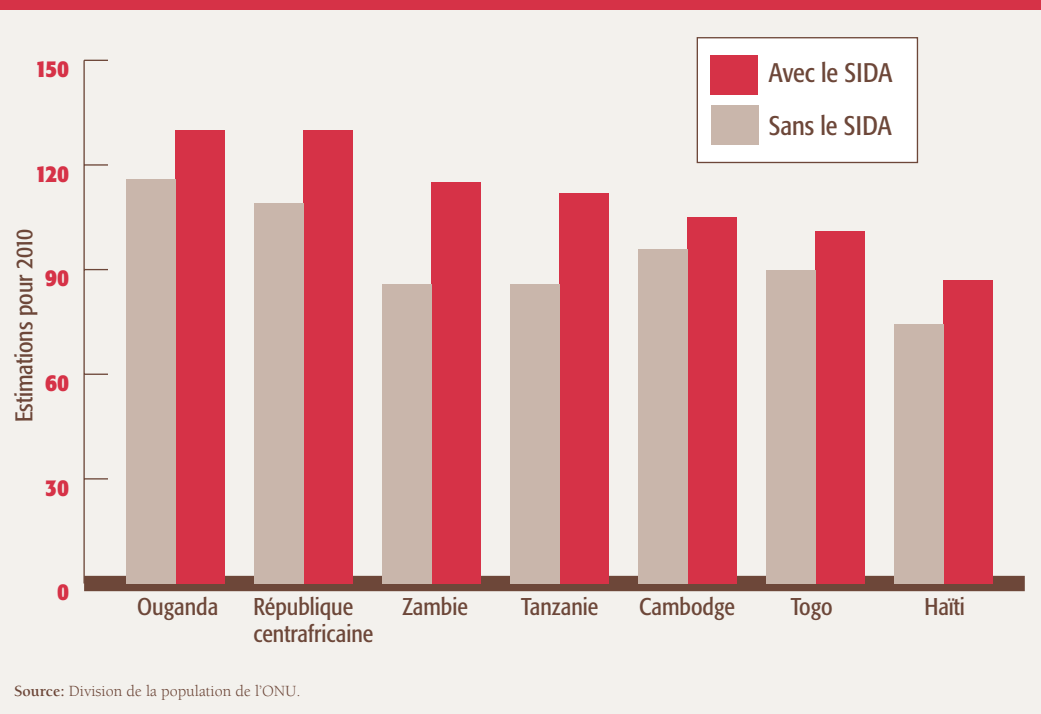
Dès le début de la saison des pluies, les villageois de la région du lac Tonle Sap partent installer leurs « maisons flottantes » dans des régions plus protégées, emmenant avec eux leur groupe de cinq écoles. Il existe maintenant quatre nouvelles écoles flottantes et une école fixe – ce qui constitue une nette amélioration par rapport au passé, où les villageois n'avaient qu'une seule école. Depuis que le système de groupes scolaires a été mis en place, le taux d'inscription est passé de 15 % à 60 %.

D'innombrables études ont montré que l'une des meilleures stratégies de lutte contre la pauvreté consiste à assurer l'éducation des filles. Les filles instruites se sentent davantage capables de prendre elles-mêmes les décisions les concernant. Elles ne se marient pas aussi jeunes et ont plus souvent tendance à espacer leurs grossesses. De ce fait, elles ont en général moins d'enfants et consultent plus souvent les centres de soins médicaux pour elles-mêmes et leurs enfants. Elles sont mieux informées en matière de nutrition et de soins à apporter aux enfants. Les femmes qui sont allées à l'école pendant leur enfance ont beaucoup plus tendance que les autres à inscrire leurs enfants dans le primaire. L'éducation des enfants, et en particulier des filles, contribue donc de façon décisive à interrompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté.

Des études effectuées dans plusieurs pays en développement indiquent que plus la mère est instruite, plus le TMM5 diminue. Dans les PMA en particulier – où les enfants constituent une très grande partie de la population – l'éducation des filles est une composante essentielle de la lutte contre la pauvreté (voir encadré 2).

C'est dans trois secteurs importants que l'augmentation des investissements aura le plus d'impact. Premièrement, il faut supprimer les frais de scolarité, car les familles très pauvres ne peuvent se permettre de s'en acquitter, si minimes soient-ils. Lorsqu'elles doivent en plus acheter des livres et des uniformes, elles sont souvent dans l'impossibilité d'envoyer leurs enfants à l'école. Deuxièmement, il faut construire de nouvelles écoles. Si le nombre d'écoles est insuffisant, les classes sont trop chargées et les enfants doivent parcourir de plus longues distances pour se rendre à l'école. Plus l'école est loin, moins les parents ont tendance à y envoyer leurs enfants. D'après une étude effectuée au Népal, chaque kilomètre supplémentaire séparant l'école du lieu de résidence réduit de 2,5 % la probabilité de scolarisation des enfants. La distance est particulièrement importante pour la scolarisation des filles, car leurs parents craignent qu'elles ne soient agressées sur le

**Figure 4 : Répercussions du SIDA sur le TMM5 – Projections pour 2010**



chemin de l'école. En dernier lieu, des investissements plus importants permettront d'améliorer la qualité de l'enseignement. Ces différentes priorités ne sont pas mutuellement exclusives ; au contraire, il faut privilégier à la fois la qualité de l'enseignement et l'augmentation du taux d'inscription. Dans la plupart des PMA, les enseignants ne sont pas suffisamment payés et enseignent dans des salles de classe surpeuplées et mal équipées. Dans ces conditions, la qualité de l'enseignement est limitée et les enfants ont beaucoup de mal à s'instruire et sont donc nombreux à abandonner leurs études (voir encadré 3).

### **Santé et nutrition**

Ces dix dernières années, des progrès considérables ont été réalisés en matière de santé et de nutrition. L'usage de la thérapie de réhydratation orale a réduit le nombre de décès causés par la déshydratation diarrhéique ; le taux de vaccination a augmenté ; et la promotion de l'allaitement naturel a permis à un plus grand nombre d'enfants de survivre. Les campagnes d'élimination de la polio et des carences en micronutriments (iode et vitamine A) ont été couronnées de succès. Malgré tout, la malnutrition infantile et la mortalité maternelle restent élevées, les décès d'enfants dus à des maladies liées au SIDA se multiplient et leur nombre devrait encore s'accroître à l'avenir dans les pays les plus durement touchés par l'épidémie (voir Figure 4).

À la fin des années 90, les gouvernements des PMA consacraient en moyenne 5 % de leurs budgets nationaux à l'ensemble du secteur de la santé, santé de base comprise, avec cependant des différences entre les pays. La Zambie, par exemple, allouait 13 % de son budget à la santé tandis que d'autres gouvernements des PMA y consacraient beaucoup moins que 5 %. Dans le cadre de l'Initiative 20/20, qui a été recommandée lors du Sommet social de 1995 et vise à financer les services sociaux de base, les gouvernements et les donateurs devaient allouer aux services de base 20 %, respectivement, de leurs dépenses publiques et de l'aide au développement.

Ces sommes allouées aux services sociaux de base doivent être considérablement augmentées si l'on veut réduire la mortalité infantile dans les PMA. Dans ces pays, 164 enfants sur 1 000, en moyenne, meurent avant l'âge de cinq ans, c'est-à-dire un enfant sur six, contre un sur 14 dans les autres pays en développement et 1 sur 167 dans les pays industrialisés. Dans les pays en proie à des conflits, comme l'Angola et la Sierra Leone, un enfant sur trois environ meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Tous les ans, dans les PMA, près de 4 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent, le plus souvent de problèmes qui auraient pu être évités, comme la déshydratation diarrhéique, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et des maladies contre lesquelles il existe des vaccins. La pauvreté contribue pour beaucoup à la malnutrition, qui joue un rôle dans la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans des pays en développement. La malnutrition affaiblit les enfants et réduit leur résistance à la maladie. Dans les PMA, environ 40 % des enfants souffrent d'insuffisance pondérale et 45 % accusent un retard de croissance.

Grâce à l'éducation, à la vaccination et à l'apport de micronutriments, les pays peuvent réduire les taux de mortalité et de morbidité infantile. Les femmes enceintes qui consomment suffisamment d'iode ont beaucoup moins de risques de donner naissance à un enfant atteint d'infirmité mentale. Dès que l'enfant naît, la consommation d'iode permet d'éviter l'apparition de goitres. Au cours des années 90, de grands progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'iodation du sel, principalement dans les PMA.

### **Eau et assainissement**

Au cours des années 90, l'accès à de l'eau potable et salubre et à des installations sanitaires adéquates ne s'est pas suffisamment amélioré. Il s'agit pourtant de deux conditions indispensables à la santé. Il est difficile d'évaluer précisément le degré d'accès, car les définitions de « l'accès adéquat », de « l'eau salubre » et « d'installations



*Une petite Haïtienne boit à un robinet d'eau équipé d'un filtre dans un centre de santé soutenu par l'UNICEF, à Port-au-Prince. Au cours des années 90, l'accès à l'eau propre et à l'assainissement dans les PMA a été très insuffisant.*

UNICEF/04-0741/Toungui

sanitaires adéquates » varient selon les pays et également dans le temps. Mais, quelles que soient les définitions retenues, dans la plupart des PMA, une grande partie de la population est privée d'eau salubre et d'installations sanitaires. A l'heure actuelle, 39 % de la population des PMA en moyenne n'a pas accès à de l'eau salubre, contre 19 % en moyenne dans les autres pays en développement. Les installations sanitaires sont encore plus rares. L'accès aux deux est plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural.

L'accès à de l'eau salubre et à des installations sanitaires adéquates est une composante essentielle de la santé publique. Au Malawi, par exemple, moins de la moitié de la population dispose d'eau potable et salubre. Il n'est donc pas étonnant que la diarrhée soit dans ce pays l'une des principales causes de mortalité infantile. De même, en 1999, à Madagascar, un début d'épidémie de choléra s'est propagé rapidement en raison du manque d'installations sanitaires.

L'usage de l'eau et des installations sanitaires dépend en grande partie de l'éducation. L'apprentissage de principes de base – se laver les mains et éliminer de façon hygiénique les excréments, par exemple – peut contribuer pour beaucoup à l'amélioration de la santé d'une communauté. Il est particulièrement important d'informer les femmes et les filles de ces questions, puisque ce sont elles qui sont traditionnellement chargées de la collecte, de l'utilisation et du stockage de l'eau.

## Protéger les enfants les plus vulnérables

---

Certains groupes d'enfants sont très vulnérables et méritent une attention particulière. Il s'agit notamment, dans les PMA, des enfants qui travaillent et des filles.

### *Le travail des enfants*

Dans les familles frappées par la pauvreté, les corvées ménagères d'habitude effectuées par l'un des parents ou par les deux sont souvent imposées aux enfants les plus âgés, et particulièrement aux filles, qui sont désavantagées par la culture et les coutumes. Bien que quelques petites tâches et corvées ménagères en nombre limité ne nuisent pas aux enfants, les lourdes responsabilités imposées aux enfants de familles pauvres les empêchent souvent partiellement ou totalement d'aller à l'école, les épuisent et nuisent à leur santé. Il est difficile de calculer le nombre d'enfants qui travaillent dans le monde, mais l'on estime que 250 millions d'enfants de moins de 14 ans travaillent, la moitié étant employé à plein temps tandis que l'autre moitié essaie de travailler tout en allant à l'école.

---

*Les domestiques – le groupe le plus important d'enfants qui travaillent, constitué en majorité de filles – ont de très longues journées de travail pour un salaire dérisoire et il arrive souvent qu'ils ne soient pas suffisamment nourris.*

---

Dans les PMA, l'argent gagné par les enfants représente parfois de 20 à 25 % des revenus familiaux et permet aux familles de ne pas s'enfoncer davantage dans la pauvreté. Mais si les droits des enfants ne sont pas pris en compte, ils risquent d'être exploités et privés de leur droit à l'éducation et à la santé, ce qui pèserait lourdement sur l'avenir des pays concernés.

Des millions d'enfants travaillent dans des conditions dangereuses, dans les secteurs de l'extraction minière, de l'industrie, de l'agriculture et de la construction de routes, et sont souvent

victimes d'accidents. Les enfants sont également exploités à des fins sexuelles ; on estime qu'un million d'entre eux sont obligés de se prostituer chaque année.

La majorité d'entre eux ont entre 12 et 17 ans, mais beaucoup sont bien plus jeunes. Les rares informations qui existent à ce sujet indiquent que les domestiques s'exposent à des risques d'exploitation et de violences – physiques et sexuelles. Ils ont de très longues journées de travail pour un salaire dérisoire et il arrive souvent qu'ils ne soient pas suffisamment nourris. Parce que les domestiques sont isolés, ils ont très peu de moyens de s'opposer aux mauvais traitements de leur employeur.

Bien que le travail des enfants soit inacceptable, la plupart des PMA ne peuvent pas se permettre d'y mettre immédiatement fin, car les familles dépendent en partie de l'argent que gagnent les enfants. Si l'on ne propose pas de solutions de remplacement, les tentatives visant à mettre fin au travail des enfants ne font en général qu'aggraver la situation de ces derniers. Au Bangladesh, par exemple, face à des pressions externes, les propriétaires d'usines de confection textile ont dû renvoyer environ 50 000 enfants, des filles pour la plupart. Les filles ainsi « libérées » n'ont pas pour autant pu aller à l'école ou améliorer leur sort ; elles ont au contraire dû accepter des travaux plus dangereux et moins bien rémunérés. Beaucoup d'enfants n'ont pas le choix et doivent travailler. Mais ils pourraient en revanche choisir le type de travail qu'ils font. C'est là que le gouvernement peut intervenir utilement.

Les gouvernements ont la possibilité de protéger davantage les enfants. Il faut promulguer et faire respecter des lois visant à protéger la santé physique et psychologique des enfants. Bien que certains enfants soient dans l'obligation de travailler, il faut limiter leur durée de travail et, ce qui est tout aussi important, n'autoriser que certaines formes de travail.

Les gouvernements doivent également veiller à ce que les enfants qui travaillent reçoivent une instruction de base. Lorsqu'elles sont structurées de façon rigide, les écoles ne répondent pas aux besoins des enfants travailleurs. En revanche, les écoles rurales du Comité du Bangladesh pour le progrès rural constituent un bon exemple d'établissements scolaires adaptés aux besoins éducatifs des enfants qui travaillent. Les cours ont lieu quelques heures par jour, au moment où les enfants sortent de leur travail. Plus que les bases de la lecture et du calcul, les enfants acquièrent des connaissances pratiques qui les aident dans leur vie de tous les jours. La scolarité est gratuite et ces écoles ont remporté un très grand succès.

## **Filles**

Si les filles sont souvent en situation d'infériorité et sont particulièrement touchées par la pauvreté, c'est en grande partie à cause de trois facteurs interdépendants : les normes culturelles, la discrimination et la violence.

Dans de nombreuses cultures, la naissance d'un fils donne lieu à de grandes réjouissances, tandis que la naissance d'une fille n'inspire guère d'allégresse. Dans plusieurs pays, le nombre de filles s'est considérablement réduit sous l'effet conjugué de l'infanticide de petites filles et des avortements de fœtus de sexe féminin. Les filles sont censées s'acquitter de la plus grande partie des corvées ménagères tout en élevant leurs frères et sœurs plus jeunes. Le travail ménager est très souvent épuisant – quand il faut par exemple porter du bois ou aller chercher de l'eau – et n'est jamais rémunéré. En revanche, les garçons ne sont censés travailler qu'en dehors du foyer familial.

De ce fait, il arrive que des filles n'aillent jamais à l'école. En restant à la maison, elles sont censées se préparer au mariage, qui a souvent lieu à un très jeune âge. On leur apprend à être soumises et obéissantes et elles ne prennent que rarement les décisions les concernant. Par conséquent, les filles et les femmes courent un grand risque d'être exploitées.





*Au Bangladesh, une jeune fille donne à un nourrisson une solution à base de riz pour la réhydratation orale. A droite, un garçon plus âgé boit lui-même la solution. Dans les PMA, 164 enfants de moins de 5 ans sur 1 000 meurent de causes diverses, dont la déshydratation diarrhéique.*

La situation d'infériorité dans laquelle sont maintenues les femmes se traduit par différentes formes de discrimination. Les femmes subissent d'abord une discrimination sur le plan juridique. Dans de nombreuses régions du monde, elles n'ont pas le droit d'acquérir des biens fonciers et, au tribunal, leur parole a moins de valeur que celle d'un homme. Les femmes sont donc souvent plus pauvres que la moyenne parce qu'elles ont moins de biens et disposent de recours juridiques restreints. Lorsque le mari d'une femme meurt, la belle-famille s'approprie souvent les biens du défunt.

C'est, entre autres, à cause de cette situation d'infériorité et du manque de protection juridique que la violence à

l'égard des femmes se maintient à un niveau alarmant. A l'échelle mondiale, une femme sur trois a été battue, forcée d'avoir des relations sexuelles ou maltraitée. Les femmes et les filles sont particulièrement vulnérables pendant les conflits. Dans de nombreux pays, et notamment au Cambodge, au Libéria, au Rwanda, en Sierra Leone, en Somalie et en Ouganda, le viol a été utilisé comme une tactique de guerre par les belligérants. En 1994, plus de 15 000 filles et femmes ont été violées au Rwanda.

Pour vaincre la pauvreté, il est indispensable que les femmes et les filles bénéficient dès leur naissance du même statut que les hommes. Dans la plupart des pays, les femmes et les filles constituent la majorité de la population et ce sont également elles qui ont le plus d'influence sur le développement des enfants. Si la réduction de la pauvreté commence par les enfants, il faut également privilégier leurs mères. Les pratiques qui nuisent aux femmes nuisent aussi à leurs enfants. Par exemple, les femmes qui n'ont pas accès à un suivi ou à des soins médicaux pendant leur grossesse ont beaucoup moins de chances que les autres de donner naissance à des enfants en bonne santé. La condition inférieure des filles et des femmes est un frein majeur à la réduction de la pauvreté.

## Allègement de la dette

L'article 4 de la Convention relative aux droits de l'enfant stipule que « les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les droits reconnus dans la présente Convention » et que « dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale ».

Bien qu'il ait été recommandé lors du Sommet social d'allouer aux services sociaux de base environ 20 % de l'aide publique au développement (APD) et 20 % des budgets nationaux des pays en développement, les progrès réalisés à cet égard ont été lents à venir. Les pays en développement consacrent en moyenne de 12 à 14 % de leurs budgets nationaux aux services sociaux de base, tandis que la part d'APD allouée à ces services atteint à peine 11 %, avec cependant des variations en fonction des donateurs. L'insuffisance des investissements réalisés en faveur des enfants s'explique en grande partie par le poids écrasant de la dette.

En 1998, la dette extérieure des PMA s'élevait à 150,4 milliards de dollars – soit à peu près l'équivalent de leur PNB annuel combiné. Cette dette était inégalement répartie. Elle était à 50 % concentrée sur six pays : l'Angola, le Bangladesh, l'Éthiopie, le Mozambique, la République démocratique du Congo et le Soudan.

Le service de la dette pèse très lourdement sur les pays pauvres. Les Gouvernements du Malawi, de la Tanzanie et de la Zambie y consacrent plus de 30 % de leurs recettes, comme il est indiqué à la Figure 5. Même l'aide extérieure n'est pas épargnée. Au milieu des années 90, d'après les estimations, 40 % de l'aide bilatérale servait à rembourser la dette multilatérale.

A cause du service de la dette, les investissements en faveur des enfants et les activités productrices des pays pauvres sont privés de ressources qui leur seraient pourtant très utiles. Sur les 48 PMA, 30 entrent dans la catégorie des pays pauvres très endettés (PPTE). Inévitablement, le lourd service de la dette réduit le budget des services sociaux de base, ce qui a trois conséquences.

Premièrement, le fait que le gouvernement finance moins de services sociaux de base entraîne des coûts supplémentaires pour les familles. Dans plusieurs PPTE, les familles doivent maintenant payer des frais de scolarité dans le primaire et des soins de santé de base qui étaient auparavant gratuits. Les frais de scolarité dans le primaire existent dans au moins huit PMA d'Afrique : le Burundi, Cap-Vert, Madagascar, le Mali, la République centrafricaine, le Rwanda, la Somalie et la Zambie.

Bon nombre de familles arrivent malgré tout à assumer ces frais, mais les plus pauvres y parviennent rarement. De tels frais obligent donc les familles les plus pauvres à se passer des services sociaux de base. Lorsque ces frais sont supprimés, le nombre de personnes défavorisées qui utilisent ces services augmente. Au Malawi, par exemple, le

taux d'inscription dans le primaire a augmenté de 50 % une fois que les frais de scolarité et les uniformes ont été abolis, en 1994.

Deuxièmement, la réduction du budget des services sociaux de base nuit à la qualité de l'enseignement, car les écoles commencent à manquer de personnel et les enseignants ne sont pas suffisamment payés. Les enfants ne disposent pas des livres ou des crayons dont ils ont besoin et doivent étudier dans des salles de classe surpeuplées et mal équipées. De même, le personnel hospitalier se voit privé de vaccins, de médicaments ou de matériel, et ne peut donc dispenser des soins adéquats.

Troisièmement, le développement humain stagne et recule même dans certains cas. Au Mozambique, par exemple, environ la moitié des recettes publiques a servi en 1997 à financer le service de la dette, qui s'élevait à peu près à 7 dollars par habitant. Le budget de la santé était deux fois moins important – 3 dollars par personne. Cette année-là, 165 000 enfants de moins de cinq ans sont morts. En Tanzanie, les chiffres étaient encore plus alarmants. Le service de la dette était neuf fois supérieur au budget de la santé et quatre fois supérieur à celui de l'enseignement primaire. Un enfant tanzanien sur sept mourrait avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans et 2,4 millions d'enfants n'étaient pas scolarisés. En Zambie, pays dans lequel le service de la dette engloutit le tiers des recettes publiques, les secteurs de la santé et de l'éducation se sont détériorés pendant les années 90. La pauvreté et la mortalité infantile augmentent, et le nombre d'enfants scolarisés diminue. Mais, malgré l'aggravation du contexte social, le service de la dette continue d'être assuré.

Le poids du service de la dette risque également de nuire à la stabilité macroéconomique, qui est indispensable à la croissance économique générale, à la réduction de la pauvreté et au progrès social.

### ***L'initiative en faveur des pays pauvres très endettés***

Face aux inquiétudes croissantes de pays donateurs et aux pressions de plus en plus vives de groupes de la société civile, le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale ont lancé en 1996 l'initiative en faveur des PPTE, qui visait à résoudre le problème de la dette en faisant pour la première fois appel à tous les créanciers. Malgré les espoirs qu'elle a suscités à l'origine, cette initiative a été mise en œuvre très lentement et, en 1999, seuls la Bolivie, Guyana, le Mozambique et l'Ouganda avaient pu obtenir des réductions limitées de leur dette.

Lors d'une réunion des dirigeants du Groupe des sept qui s'est tenue à Cologne (Allemagne) en 1999 – le Sommet de Cologne – l'initiative en faveur des PPTE a été révisée, afin, entre autres, d'accorder plus d'importance à la réduction de la pauvreté. D'ailleurs, il était indiqué dans le communiqué du Sommet que « L'objectif central de cette initiative est de mettre davantage l'accent sur la réduction de la pauvreté, en libérant des ressources qui seront investies dans la santé, l'éducation et le secteur social ». L'initiative PPTE renforcée a été lancée à la fin de l'année 1999.

Tout comme la première initiative, l'initiative PPTE renforcée progresse lentement. Bien que, en décembre 2000, 22 pays eussent été déclarés aptes à bénéficier de l'allègement de la dette, pour l'instant seuls 12 d'entre eux ont obtenu une réduction véritable de la dette. Sur ces 12 pays, 7 étaient des PMA : le Bénin, le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie, le Mozambique, l'Ouganda et la Tanzanie.

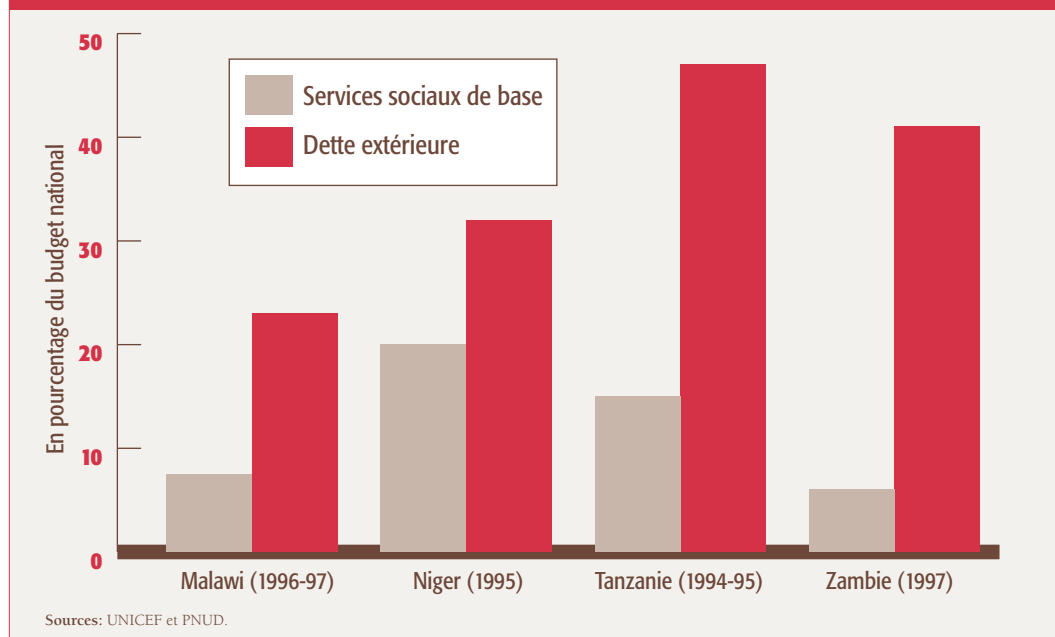
L'allègement de la dette prévu dans le cadre de l'initiative PPTE est également insuffisant. La viabilité de la dette étant évaluée sur la seule base des ratios de la dette par rapport aux exportations, l'Initiative ne tient pas compte du fait que les exportations ne dépendent pas des gouvernements; ces derniers ne bénéficient des

exportations que par le biais des taxes. La plupart des recettes à l'exportation vont au secteur privé, et non au budget national. Comme le montant de la réduction de la dette est fixé en fonction des recettes à l'exportation, la capacité fiscale du gouvernement à assurer le service de la dette n'est pas prise en compte et le coût de substitution du service de la dette en termes de développement social et de réduction de la pauvreté s'en trouve minimisé. Par exemple, les paiements du Mozambique au titre du service de la dette seront réduits de 73 millions de dollars par an. Cette réduction de l'ordre de 50 % semble considérable, mais le financement du service de la dette n'en restera pas moins supérieur au budget total des services de santé et de l'éducation de base.

#### Encadré 4 : L'Ouganda bénéficie de l'allègement de la dette extérieure

**A**vant de bénéficier de l'initiative PPTE, l'Ouganda a établi en 1998 un Fonds d'action contre la pauvreté, afin d'investir dans des secteurs sociaux prioritaires les économies budgétaires provenant de l'allègement de la dette. En décembre 2000, 2 millions d'enfants supplémentaires étaient inscrits à l'école primaire. Cette démarche est importante car elle témoigne de la détermination du Gouvernement à réduire la pauvreté.

**Figure 5 : Où va l'argent ? Au service de la dette ou aux services sociaux de base ?**



Autre problème : dans quels délais les pays obtiendront-ils la réduction de la dette dont ils tant besoin ? Car ils doivent d'abord rédiger un Document de stratégie de réduction de la dette (DSRD), ce qui prend parfois au moins deux ans. Certains DSRD sont principalement axés sur la stabilité macroéconomique, mais, comme les vingt dernières années l'ont prouvé, la stabilité macroéconomique ne suffit pas à réduire la pauvreté. Malgré la priorité accordée à la pauvreté, les performances des pays continuent d'être jugées en fonction de critères macroéconomiques traditionnels et non de la possibilité et de la volonté de lutter contre la pauvreté. Afin d'élargir l'orientation générale des DSRD, divers organismes des Nations Unies, dont l'UNICEF, collaborent avec les gouvernements, la Banque mondiale et le FMI afin de promouvoir la participation des pays concernés et de mettre davantage l'accent sur le développement social.

Enfin, les créanciers tardent à honorer les engagements financiers qu'ils ont pris vis à vis des PPT, malgré les déclarations encourageantes qui ont été faites au Sommet de Cologne. Certains observateurs craignent en outre qu'au lieu d'accorder des sommes supplémentaires à l'allègement de la dette, les créanciers ne financent la réduction de la dette en puisant dans le budget de l'aide extérieure. De fait, six pays créanciers ont déjà alloué à l'allègement de la dette plus 10 % de leur budget de coopération au développement et un pays a procédé à une réallocation similaire de plus de 30 %.

Il est encore trop tôt pour évaluer l'efficacité de l'Initiative PPT renforcée, mais une certitude s'impose : il s'agit plus d'une question de volonté et d'engagement politiques que de ressources financières. La CNUCED estime que 29,5 milliards de dollars permettraient de venir à bout du surendettement des PMA. Bien que cette somme paraisse à première vue considérable, elle représente moins de 0,15 % du PNB annuel combiné des pays industrialisés.

## Résumé

Les enfants vivant dans les PMA sont parmi les plus vulnérables du monde. La plupart des indicateurs confirment que ces enfants sont très désavantagés en matière de développement économique et social.

Cependant, comme le prouvent certains exemples, il est tout à fait possible d'améliorer l'étendue et la qualité des services sociaux destinés aux enfants, en faisant preuve de volonté politique, en agissant avec détermination et avec l'aide de partenaires internationaux. Étant donné les nombreux effets positifs d'une telle action – assurer la croissance économique à long terme des PMA, réaliser les objectifs sociaux de la Déclaration du millénaire et garantir les droits de tous les enfants – il est tout à fait logique, sur le plan économique, d'investir en faveur des enfants.

Par rapport aux flux financiers mondiaux, les sommes qui permettraient d'améliorer la situation des enfants des PMA sont relativement minimes. Et pourtant, les ressources allouées en faveur des enfants restent insuffisantes dans ces pays. Les budgets des PMA ne suffisent pas à réduire la pauvreté, à enrayer l'épidémie de VIH/SIDA et à assurer le service de la dette. Si l'on n'augmente pas très rapidement et dans des proportions très importantes l'aide au développement et le financement de réformes politiques ambitieuses, rares seront les PMA qui atteindront d'ici à 2015 les objectifs de développement international.

## Références

- Cornia, Giovanni Andrea, 'Liberalization, Globalization and Income Distribution', Document de travail No. 157, Université des Nations Unies/WIDER, Helsinki, 1999.
- Douma, Pyt, 'Poverty, Conflict and Development Interventions in Sub-Saharan Africa', exposé présenté à la Global Development Network Conference, Bonn, Allemagne, 6-8 décembre 1999.
- Douma, P., G. Frerks et L. van de Goor, *Major Findings of the Research Project 'Causes of Conflict in the Third World': Executive summary*, Clingendael Institute, La Hayes, 1999. [<http://www.clingendael.nl/cru/pdf/execsyn.pdf>].
- Hamner, Lucia, John Healey et Felix Naschold, 'Will Growth Halve Global Poverty by 2015?', *ODI Poverty Briefing*, No. 8, juillet 2000.
- Harper, Caroline et Rachel Marcus, avec Dereje Wordofa et al. 'Child Poverty in Sub-Saharan Africa', document d'information pour *Africa Poverty Status Report* de 1999, Save the Children Fund, 1999. [<http://www.ids.ac.uk/ids/pvty/ssa.html>].
- Harper, Caroline et Rachel Marcus, 'Mortgaging Africa's Future: The long-term cost of child poverty', *Development*, Vol. 43, No. 1, mars 2000, pp. 65-72.
- Hunter, Susan et John Williamson, résumé exécutif de *Children on the Brink: Strategies to support a generation isolated by HIV/AIDS, Updated estimates and recommendations for intervention*, USAID, 2000.
- Organisation internationale du travail (OIT), 'HIV/AIDS: A threat to decent work, productivity and development', document de synthèse établi à l'occasion de la Réunion spéciale de haut niveau sur le VIH/SIDA et le monde du travail, Genève, 8 juin 2000. [<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/pdf/aidse.pdf>].
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic – juin 2000*, Genève.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la santé, *AIDS Epidemic Update*, décembre 2000, ONUSIDA, Genève.
- Jubilé 2000, *Jubilee Action Briefing Paper*, août 2000. [<http://www.jubileeeaction.co.uk/reports/idp.htm>].
- Klugman, Jeni, *Social and Economic Policies to Prevent Complex Humanitarian Emergencies: Lessons from experience, Policy Brief No. 2*, Université des Nations Unies/WIDER, Helsinki, 1999.
- Machel, Graça, 'The Machel Review 1996-2000: A critical review of progress made and obstacles encountered in increasing protection for war-affected children', exposé présenté à la Conférence internationale sur les enfants touchés par la guerre, Winnipeg, Canada, septembre 2000.
- Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), *Measuring Development Progress: A working set of core indicators*, décembre 1999. [<http://www.oecd.org/dac/indicators/htm/slides.htm>].
- Oxfam Royaume-Uni, 'Violating the Rights of the Child: Debt and poverty in Africa', présenté au Comité des droits de l'enfant de l'ONU aux fins de la mise en œuvre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) et du respect de la Convention, mai 1998. [<http://www.oxfam.org.uk/policy/papers/childhipc.html>].
- Social Watch, *Social Watch 2000*, Instituto del Tercer Mundo, Uruguay, 2000.
- Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED), *The Least Developed Countries 2000*, Publications des Nations Unies, New York, 2000.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Overcoming Human Poverty: UNDP poverty report 2000*, Publications des Nations Unies, New York, 2000.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Poverty Reduction Begins with Children*, New York, 2000.

- Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde, 1999*, Oxford University Press, 1998.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde, 2001*, Oxford University Press, 2000.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Children in Jeopardy: The challenge of freeing poor nations from the shackles of debt*, New York, 1999.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Equality, Development and Peace*, New York, 1999.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *First Call for Children*, New York, 1990.
- Vandemoortele, Jan, Santosh Mehrotra et Enrique Delamonica, 'Starting Out Right: The role of public spending', *Development*, Vol. 43, No. 1, mars 2000, pp. 16-21.
- OMS et ONUSIDA, HIV/AIDS: *Epidemiological fact sheets by country*, 2000.  
[[http://www.who.int/emc-hiv/fact\\_sheets/index.html](http://www.who.int/emc-hiv/fact_sheets/index.html)].

Mai 2001

**Un document de  
l'UNICEF sur l'examen  
des politiques  
Division de  
l'évaluation,  
des politiques et  
de la planification**

UNICEF

Division de la communication

3 United Nations Plaza, H-9F,

New York, NY 10017, USA

Courriel : [pubdoc@unicef.org](mailto:pubdoc@unicef.org)

Site sur Internet : [www.unicef.org](http://www.unicef.org)

Imprimé sur papier recyclé

