

Les données en provenance d'un large éventail de pays en développement font penser qu'un pourcentage plus élevé des dépenses publiques d'éducation est affecté à des mesures dont les riches tirent avantage. Il suffirait à de nombreux pays d'améliorer la scolarisation des pauvres pour atteindre l'objectif de l'enseignement primaire pour tous.

Si l'"écart entre les sexes" dans l'éducation s'est amoindri au cours de la dernière décennie, leur situation relativement défavorisée prive encore les filles de l'enseignement secondaire dans la plus grande partie de l'Asie du Sud, de l'Afrique subsaharienne et de plusieurs autres régions en développement. En 2000, environ 31 % des femmes n'avaient reçu aucune éducation structurée, contre 18 % des hommes.

Il est capital pour l'avenir d'investir dans l'éducation.

Population, pauvreté et objectifs du développement mondial : la voie à suivre

La réalisation de beaucoup des objectifs de développement pour le Millénaire est en partie fonction de la possibilité pour tous d'avoir accès à la planification familiale et aux autres services de santé en matière de reproduction et de sexualité.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES Les besoins essentiels sont d'orienter l'aide directement vers les pauvres, de réduire leurs coûts et de leur donner une voix dans la définition des politiques et programmes qui les affectent. Les gouvernements, les communautés, le secteur privé et la communauté internationale doivent coopérer plus étroitement. Les donateurs doivent encourager des partenariats entre gouvernements et organisations non gouvernementales (ONG). Il faut prêter une attention particulière à la prise en compte des points de vue des pauvres dans la conception, l'exécution et le suivi des programmes.

Les services de santé en matière de reproduction – planification familiale, prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida, soins durant la grossesse et l'accouchement, et accouchement sans danger – sont les plus efficaces quand ils font partie d'un ensemble intégré. Une réforme effective du secteur de santé dépend de la fiabilité du financement, qui implique l'octroi de davantage de ressources et une meilleure utilisation des fonds disponibles, ainsi que le soutien des organismes centraux pour les services qui ne peuvent être fournis à l'échelon local. Des mesures spécifiques sont nécessaires pour protéger les services préventifs tels que la santé en matière de reproduction. Les pauvres n'ont pas les moyens d'acquitter les redevances d'usagers, qui ont privé des millions de pauvres, surtout les femmes et les enfants, des soins qui leur sont nécessaires.

En 1994, à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), les nations se sont engagées à atteindre d'ici l'année 2015 l'objectif de l'accès universel à la santé en matière de reproduction. Cet objectif reste une priorité pour la communauté internationale. Pour l'atteindre, il faut mettre en place des filets de

sécurité – gratuité des services, soins subventionnés, régimes d'assurance et échelle mobile des redevances – afin de garantir que les clients pauvres reçoivent des soins de santé en matière de reproduction.

L'agenda de la CIPD aide à poser le problème du financement du service de santé sur le plan des besoins du client et de son accession à l'autonomie. La question que soulève toute initiative est la suivante : fera-t-elle du tort aux pauvres et sera-t-elle discriminatoire à l'égard des femmes?

Si l'on entend centrer davantage l'attention sur l'allègement de la pauvreté, il faut que les bénéficiaires des programmes atteignent directement les pauvres. Les groupes sous-desservis sont les pauvres des zones rurales et urbaines, les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées, ainsi que les adolescents.

Des approches intégrées, qui couvrent différents besoins, donnent aux individus le moyen de déterminer la voie par laquelle ils échapperont à la pauvreté. Les régimes de microcrédit sont parmi les plus efficaces et incluent souvent d'autres services, comme l'alphabetisation et la planification familiale.

Les pays ont besoin d'améliorer leurs systèmes de données pour suivre les progrès réalisés vers les objectifs de développement pour le Millénaire, et une aide extérieure est nécessaire aux pauvres. L'UNFPA travaille avec les institutions partenaires du système des Nations Unies, les institutions financières internationales, les donateurs bilatéraux et les fondations afin de renforcer la capacité nationale de suivi.

Depuis 1969, l'UNFPA a été la source multilatérale la plus importante d'assistance aux problèmes de population, fournissant près de 6 milliards de dollars aux programmes de population et de santé en matière de reproduction.

À la CIPD, les pays ont convenu qu'un tiers du montant annuel de 17 milliards de dollars nécessaire en 2000 pour les programmes de population et de santé en matière de reproduction, soit 5,7 milliards de dollars, proviendrait de la communauté internationale; les pays en développement et autres pays ayant besoin d'aide en fourniraient les deux tiers, soit 11,4 milliards de dollars.

En l'an 2000, le montant total des dépenses s'est élevé à 10,9 milliards de dollars, soit 6,1 milliards de dollars de moins que le montant prévu. Les pays donateurs ont contribué 2,6 milliards de dollars, c'est-à-dire moins d'un quart (24 %) des dépenses totales et moins de la moitié (46 %) de leur engagement. Les pays en développement ont contribué 8,3 milliards de dollars, c'est-à-dire 76 % du montant total des dépenses et environ 73 % de leur engagement.

Les objectifs internationaux de réduction de la pauvreté et d'amélioration de la qualité de vie offrent une noble vision. Pour les atteindre et en assurer le maintien durable, il faudra tant axer les efforts sur les objectifs eux-mêmes que faire preuve de sensibilité au contexte. L'accès de tous aux soins de santé en matière de reproduction, l'éducation pour tous et l'affranchissement des femmes sont des objectifs en soi, mais ce sont aussi des conditions nécessaires pour mettre fin à la pauvreté.

Le texte du rapport intégral et du présent résumé, en anglais, français et espagnol, figure au site Web de l'UNFPA, www.unfpa.org, ainsi que les communiqués de presse et les fiches récapitulatives.

état de la population mondiale 2002

population, pauvreté et potentialités

(À ne pas publier avant le 3 décembre 2002)

Afin de réduire la pauvreté dans les pays en développement, il faut agir d'urgence pour combattre la mauvaise santé en matière de reproduction, aider les femmes à éviter des grossesses non désirées, enfin éliminer l'analphabétisme et la discrimination sexuelle, nous avertit le rapport *L'état de la population mondiale 2002*, publié par l'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population.

Le rapport affirme qu'il est essentiel de traiter les questions de population afin d'atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire qui sont de réduire de moitié d'ici à 2015 la pauvreté et la faim dans le monde, de faire baisser la mortalité maternelle et infantile, de freiner le VIH/sida, de progresser vers l'égalité entre les sexes et de promouvoir un développement écologiquement viable.

Mettant en relief un "effet population" sur la croissance économique, le rapport cite de nouvelles données qui montrent que depuis 1970, les pays en développement dont la fécondité a baissé et la croissance démographique s'est ralentie ont vu augmenter la productivité, l'épargne et l'investissement productif. Ils ont enregistré une croissance économique plus rapide.

Les investissements dans la santé et l'éducation, ainsi que l'égalité entre les sexes, ont ici un rôle capital à jouer. Il faut attribuer aux programmes de planification familiale et à l'assistance aux problèmes de population près d'un tiers de la baisse mondiale de la fécondité entre 1972 et 1994. Ces investissements sociaux lancent un assaut direct contre la pauvreté et affranchissent les individus, surtout les femmes. Ils leur permettent de choisir.

S'ils en ont réellement le choix, les pauvres des pays en développement ont moins d'enfants que n'en eurent leurs parents. Ce recul de la fécondité au "micro" niveau se traduit en l'espace d'une génération en croissance économique potentielle au "macro" niveau avec l'apparition d'une nombreuse population active qui entretient des personnes à charge, jeunes et vieilles, en nombre relativement moindre.

Ce "créneau démographique" ne s'ouvre qu'une seule fois et se fermera à mesure que les populations vieillissent et que les personnes à charge âgées deviennent plus nombreuses. Quand d'autres politiques permettent d'en recueillir les fruits, la perspective ainsi ouverte peut déboucher sur un progrès spectaculaire. Plusieurs pays d'Asie de l'Est, aussi bien que le Mexique et le Brésil, en ont tiré parti. Au Brésil, la baisse de la fécondité a eu un effet égal à une croissance économique annuelle de 0,7 % du PIB par habitant.

Cependant, l'écart entre riches et pauvres continue de s'élargir et les pays les plus pauvres continuent d'être très en retard. Pauvreté, mauvaise santé et fécondité demeurent les plus marquées dans les pays les moins avancés, dont la population a triplé depuis 1955 et semble devoir encore presque tripler au cours des 50 prochaines années.

Un investissement social plus important est nécessaire pour promouvoir une meilleure santé, permettre aux parents de n'avoir que le nombre d'enfants qu'ils désirent, encourager de nouvelles baisses

de la fécondité et rendre possibles une meilleure éducation et de meilleurs choix. Le processus précipitera l'accumulation du "capital humain" nécessaire à un développement accéléré et durable. Les responsables doivent prêter beaucoup plus d'attention à la population et à la santé en matière de reproduction, et la communauté internationale doit renforcer son appui, si l'on veut que les pays réduisent de 50 % la pauvreté d'ici à 2015 et progressent effectivement vers les objectifs de développement pour le Millénaire.

Les multiples dimensions de la pauvreté

Le revenu n'est pas la seule mesure de la pauvreté, et la croissance économique ne mettra pas à elle seule fin à la pauvreté. Pour échapper à la pauvreté, il faut améliorer les capacités individuelles et élargir l'accès aux ressources, aux institutions et à l'appui du monde extérieur.

L'écart d'ensemble entre riches et pauvres, au niveau mondial et à l'intérieur des pays, est allé s'élargissant. La différence par habitant entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre du monde est passée du rapport 30/1 en 1960 au rapport 78/1 en 1994. Elle est légèrement retombée au rapport 74/1 en 1999.

La mauvaise santé, l'analphabétisme, une scolarisation inadéquate, l'exclusion sociale, l'impuissance et la discrimination sexuelle contribuent à la pauvreté. Une mauvaise santé diminue la capacité individuelle, abaisse la productivité et réduit l'épargne. Une forte prévalence de la maladie et de la mauvaise santé dans un pays nuit à la performance économique, alors que l'allongement de l'espérance de vie, indicateur clef de l'état de la santé, stimule la croissance économique. Une analyse portant sur 53 pays entre 1953 et 1990 a établi qu'environ 8 % de la croissance économique totale étaient imputables à la hausse des taux de survie des adultes.

Le progrès a été réalisé plus facilement et plus rapidement dans les pays qui ont fourni des services de santé en matière de reproduction, dont la planification familiale, amélioré la couverture et la qualité de l'éducation, fait progresser l'égalité entre les sexes, instauré le sens des responsabilités au sein des systèmes de gouvernance et la participation sociale.

Pour évaluer la pauvreté et en déduire les implications qu'elle comporte sur le plan politique, il faut combiner judicieusement les informations sur la pauvreté en fonction du revenu, en fonction des indicateurs, et en fonction du degré de participation. Les institutions doivent être incitées à faire usage de cette information aux fins de planification.

Macroéconomie, pauvreté, population et développement

Des données démographiques et économiques à long terme en provenance de 45 pays en développement montrent qu'une fécondité élevée aggrave la pauvreté en ralentissant la croissance économique et en agissant sur la répartition des biens de consommation dans un sens défavorable aux pauvres.

En mettant les femmes en mesure d'avoir moins d'enfants – grâce à la réduction de la mortalité, à un meilleur niveau d'éducation et à l'amélioration de l'accès à la santé en matière de reproduction et à la planification familiale –, on prévient ces deux conséquences. Les effets à l'échelle nationale sur la réduction de la pauvreté apparaissent clairement d'après l'augmentation moyenne du produit intérieur brut (PIB) comme d'après les chiffres de consommation.

En 1980, l'incidence moyenne de la pauvreté était de 18,9 %, c'est-à-dire qu'elle touchait environ une personne sur cinq. Si tous les pays avaient réduit de 5 p. 1000 leur fécondité nette durant les années 80, comme l'ont fait de nombreux pays d'Asie, l'incidence de la pauvreté serait tombée à 12,6 %, et elle n'aurait donc touché qu'une personne sur huit.

Les familles peu nombreuses ont moins de dépenses et davantage d'occasions d'augmenter leur revenu et leurs économies, ce qui débouche sur une consommation plus abondante. Les progrès de la croissance économique liés à la population sont venus pour moitié de ce que certains pays ont tiré profit du "créneau démographique", et pour moitié d'avoir orienté la consommation au profit des pauvres. Les impacts peuvent être considérables. Par exemple, une chute de 4 p. 1000 du taux net de natalité se traduirait au cours de la prochaine décennie par une réduction de 2,4 % des personnes vivant dans une pauvreté absolue.

Pauvreté et sexe

Plus de femmes que d'hommes vivent dans la pauvreté et la disparité s'est accrue au cours de la décennie écoulée, surtout dans les pays en développement. Réduire l'"écart entre les sexes" dans la santé et l'éducation a pour effet de réduire aussi la pauvreté individuelle et d'encourager la croissance économique.

Si la croissance économique et la hausse des revenus réduisent l'inégalité entre les sexes, elles n'éliminent pas tous les obstacles à la participation sociale des femmes et à leur développement. Il faut prendre des mesures spécifiques pour faire en sorte que les institutions sociales et les régimes juridiques garantissent aux femmes l'égalité dans l'exercice des droits légaux et humains fondamentaux. Les femmes ont besoin d'avoir accès à la terre et aux autres ressources – ou d'en contrôler l'utilisation –, à des emplois et salaires équitables, ainsi qu'à la participation sociale et politique.

Les violences sexuelles constituent l'impact le plus évident et le plus brutal d'une hostilité préconçue contre les femmes. Une sur trois en fera l'expérience à un moment quelconque de sa vie.

Le rapport de force, la nutrition, la santé et le mode de répartition du temps personnel peuvent être des indicateurs plus importants que le revenu pour déterminer les différences dans le degré de bien-être des hommes et des femmes. Les enquêtes montrent que les femmes travaillent plus d'heures que les hommes dans presque tous les pays et qu'au moins la moitié du temps de travail total des femmes est passée à des travaux non rétribués. Une grande partie de ce travail n'est pas prise en compte dans les systèmes de comptabi-

lité nationale. Cette invisibilité se traduit en incapacité: ce que les pays ne dénombrent pas, ils ne lui prêtent pas non plus leur appui.

Les programmes qui réduisent l'inégalité entre les sexes peuvent améliorer sensiblement le bien-être des individus et des ménages et accélérer la croissance économique des pays. Si l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et l'Asie de l'Ouest avaient eu le même ratio filles/garçons en années de scolarité que l'Asie de l'Est en 1960, et si ces régions avaient réduit l'écart entre les sexes dans l'éducation au taux que l'Asie de l'Est a atteint entre 1960 et 1992, leur revenu par habitant aurait pu augmenter chaque année, au-delà des chiffres réels, de 0,5 à 0,9 % en Afrique subsaharienne, de 1,7 % en Asie du Sud et de 2,2 % en Asie de l'Ouest.

En améliorant le niveau d'éducation des femmes, on aide à réduire leur fécondité et la malnutrition infantile, ainsi qu'à accroître le taux de survie maternelle et infantile. Une étude a constaté que pour chaque année supplémentaire d'éducation des filles, la fécondité diminuait de 0,23 naissance, et une autre étude, de 0,32 naissance. Dans les pays où les filles ont deux fois moins de chances que les garçons d'être scolarisés, on dénombre en moyenne 21 décès de nourrissons de plus pour 1 000 naissances vivantes que dans les pays où il n'y a pas d'écart de scolarisation entre les sexes.

L'affranchissement des femmes est aussi un moyen essentiel de freiner l'épidémie du sida. Aujourd'hui, les femmes représentent près de la moitié de tous les adultes infectés et 58 % dans l'Afrique subsaharienne, qui est durement touchée. Une étude menée en Zambie a révélé que 11 % seulement des femmes interviewées estimaient qu'une femme mariée pouvait demander à son mari d'utiliser un préservatif, même si elle savait qu'il avait fréquenté des prostituées et risquait donc d'être infecté.

La communauté mondiale a élaboré une série de plans bien conçue pour remédier à l'inégalité. Les recommandations sont formulées dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994) et dans le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995).

Mauvaise santé et pauvreté

La mauvaise santé est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté. Dans les pays les moins avancés, l'espérance de vie n'est que de 49 ans et un enfant sur 10 n'atteindra pas l'âge d'un an. Dans une enquête portant sur 41 pays, les pauvres ont cité la maladie comme la cause la plus fréquente de leur chute dans la pauvreté.

La mauvaise santé en matière de reproduction est à l'origine d'un cinquième de la morbidité féminine dans les pays en développement, et de deux cinquièmes en Afrique subsaharienne.

Certains des écarts les plus marqués entre riches et pauvres apparaissent dans le domaine de la santé en matière de reproduction. Cela signifie que les femmes pauvres et leurs familles ont moins de possibilités d'échapper à la pauvreté.

Les femmes pauvres affrontent un risque de mourir durant la grossesse et l'accouchement qui peut être jusqu'à 600 fois supérieur à celui des femmes des pays développés. Une femme meurt chaque minute de cette cause générale, c'est-à-dire que plus d'un demi-million de femmes en meurent chaque année. Le risque de mourir de causes liées à la maternité que court une femme durant toute sa vie s'exprime par les ratios de 1/19 en Afrique, 1/132 en Asie, 1/188 en Amérique latine, contre seulement 1/2 976 dans les pays développés.

L'assistance d'accoucheuses qualifiées pourrait réduire ce risque. Pourtant, en Asie du Sud, les pauvres en bénéficient 10 fois moins souvent que les riches; dans le Moyen-Orient et en Afrique du Nord, entre six et sept fois moins souvent.

Les femmes les plus pauvres commencent à avoir des enfants à un plus jeune âge que les autres. Dans de nombreux pays en développement, les femmes se marient et commencent à porter des enfants entre 15 et 19 ans. En Amérique latine et dans les Caraïbes, aussi bien qu'en Asie de l'Est et dans le Pacifique, les jeunes femmes ont des enfants au moins cinq fois plus souvent dans les ménages pauvres que dans les ménages riches. Dans les communautés où la planification familiale n'a pas été pleinement acceptée et où les perspectives sont limitées, chacun voit dans la naissance d'enfants et dans leur grand nombre des données immuables, dans le cadre desquelles faire les autres choix.

Dans les pays en développement, l'investissement dans les services de santé de base ne répond qu'à une fraction des besoins. Les pays à faible revenu ne consacrent que 21 dollars par habitant et par an aux soins de santé, dont une grande partie va aux services curatifs coûteux plutôt qu'à la prévention et aux soins de base. La Commission sur la macroéconomie et la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)/Banque mondiale a évalué à 30 milliards de dollars le montant additionnel qui serait nécessaire chaque année. La santé en matière de reproduction doit être une priorité absolue.

Quel que soit le revenu, les pays peuvent concevoir leurs systèmes de santé de manière à améliorer l'accès des pauvres aux services. Le Viet Nam a réduit les différences entre les plus riches et les plus pauvres à un ratio inférieur à 2/1 pour la plupart des indicateurs de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction.

Une meilleure santé, y compris la santé en matière de reproduction, et une meilleure éducation contribuent à la croissance économique. Une meilleure éducation aide les femmes à protéger leur propre santé et celle de leurs enfants et élargit les choix économiques. La hausse des revenus a pour effet d'améliorer le cadre de vie, de réduire la malnutrition et d'offrir une protection contre les coûts qu'entraîne une mauvaise santé.

Le VIH/sida et la pauvreté

Le VIH/sida menace gravement le développement des pays pauvres et éprouve les pauvres avec le plus de dureté. Frappant 14 000 hommes, femmes et enfants chaque jour, le sida est la cause majeure de décès en Afrique subsaharienne et occupe le quatrième rang parmi les maladies les plus meurtrières dans le monde entier. En 2010, 40 millions d'enfants environ auront été rendus orphelins par la pandémie.

Les femmes sont plus vulnérables à l'infection que les hommes et les travailleuses de l'industrie du sexe y sont beaucoup plus exposées que le reste de la population. Mais la diffusion de la maladie est imputable en grande partie au comportement sexuel des hommes.

La moitié des nouvelles infections par le VIH frappe des jeunes âgés de 15 à 24 ans, dont beaucoup ne disposent d'aucune information ni de services de prévention et ne savent encore rien de l'épidémie et des moyens de s'en protéger. Des études menées dans sept pays d'Afrique montrent qu'au moins 40 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans ne croyaient pas courir de risque.

Le système de soins de santé est débordé en Afrique et les agents sanitaires sont eux-mêmes victimes de la maladie, laissant un per-

sonnel décimé affronter l'explosion de la crise. Les systèmes éducatifs s'effondrent également. Un récent forum tenu au Cameroun a donné à croire que 10 % des enseignants et 20 % des étudiants pourraient être infectés par le VIH dans les cinq prochaines années.

Le VIH/sida ralentit déjà la croissance et l'activité économiques dans les pays les plus gravement touchés. Dans les années 90, le sida a réduit de 0,8 % environ par an la croissance par habitant. Les modèles font penser que dans les pays les plus gravement touchés, la croissance par habitant sera amputée dans les années à venir d'un à deux points de pourcentage. Cela signifie qu'au bout de deux décennies, l'économie de nombreux pays sera de 20 à 40 % inférieure à ce qu'elle aurait été sans le sida.

Les pauvres n'ont qu'un accès limité aux services de prévention, aux préservatifs et à toute forme de traitement. Seulement une personne sur cinq environ exposées à l'infection par le VIH a accès à l'information et aux services de prévention. Moins de 5 % de ceux qui en ont besoin obtiennent des médicaments antirétroviraux. La prise de mesures contre l'épidémie a été entravée par la lenteur des dirigeants, à tous les échelons, à reconnaître et admettre le caractère de la crise qui se développait. Le silence qui entoure partout le comportement sexuel a fait détourner les yeux et taire les voix.

Pour faire reculer l'épidémie, des stratégies efficaces supposent que soient conjugués traitement, éducation et prévention. De telles stratégies doivent aller au-delà de la distribution des médicaments et de la prestation de soins de santé, et pénétrer dans les communautés. Des dirigeants solides et résolus sont non moins indispensables au succès.

Pauvreté et éducation

Les investissements dans l'éducation apportent des avantages substantiels. L'éducation des filles et des femmes non seulement affranchit celles qui la reçoivent et élargit leurs choix, mais elle est aussi particulièrement rentable parce que les avantages en sont transmis à leurs enfants. Les femmes instruites savent le prix de l'éducation et envoient leurs enfants à l'école plus facilement que les autres femmes.

Bien que l'accès général à l'éducation de base ait sensiblement augmenté au cours des 10 dernières années dans beaucoup de pays en développement, les pauvres ont encore une moindre chance d'être scolarisés. En de nombreux pays, la plupart des enfants des ménages les plus pauvres ne fréquentent pas du tout l'école. Une récente étude menée sur 35 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, aussi bien que d'Asie du Sud, a montré que dans 10 d'entre eux la moitié au moins des jeunes de 15 à 19 ans issus de familles pauvres n'avaient pas achevé la première année d'études.

Pour les pauvres, le profil de l'éducation diffère sensiblement selon les régions. En Asie du Sud, en Asie de l'Ouest et en Afrique centrale, une importante minorité des enfants pauvres ne sont jamais scolarisés. En Amérique latine, par contre, à peu près tous les enfants achèvent la première année d'études, mais les taux d'abandon scolaire sont ensuite élevés. Au Brésil, par exemple, 92 % des jeunes de 15 à 19 ans issus de familles pauvres achèvent la première année d'études, mais la moitié seulement vont jusqu'à la cinquième année.

Dans presque tous les pays, les enfants âgés de 6 à 14 ans issus du quintile le plus riche ont une chance sensiblement plus grande d'être scolarisés que les enfants issus des deux quintiles les plus pauvres.