UNFPA état de la population mondiale 2017

DES MONDES À PART

Santé et droits en matière de reproduction à une époque marquée par les inégalités

ÉTAT DE LA POPULATION MONDIALE 2017

Ce rapport a été élaboré sous l'égide de la Division des communications et partenariats stratégiques de l'UNFPA.

RÉDACTEUR EN CHEF
Arthur Erken, Directeur, Division des communications et partenariats stratégiques de l'UNFPA

CONSEILLÈRE PRINCIPALE À LA RECHERCHE
Raquel Fernández

AUTEURS ET CHERCHEURS PRINCIPAUX DE CE CHAPITRE
Mercedes Mateo Diaz
Robert Engelman
Jeni Klugman
Gretchen Luchsinger
Elyse Shaw

CONSEILLER TECHNIQUE UNFPA
Howard Friedman

ÉQUIPE DE RÉDACTION
Rédacteur en chef : Richard Kollodge
Rédactrice associée et responsable de l'édition numérique : Katheline Ruiz
Développeur : Hanno Ranck
Conception et production de la version imprimée interactive : Prographics, Inc.

© UNFPA 2017

REMERCIEMENTS
Aluisio Barros, Janaina Costa, Inacio Silva et Cesar Victora du International Center for Equity in Health de l'Université fédérale de Pelotas, au Brésil, ont analysé et reporté des données montrant des corrélations entre les inégalités de richesses et les inégalités en matière de santé maternelle, néonatale et reproductive. David Alejandro Huertas Erazo et Zoe Colgin ont apporté une aide à la recherche. Melanie Kruvelis, boursière du programme Mariam K. Chamberlain de l'Institute for Women's Policy Research, a contribué à la recherche et à la rédaction. A.K. Shiva Kumar a également contribué à l'élaboration du rapport.

Rachel Snow, Chef du Service de la population et du développement de l'UNFPA, et ses collègues ont fortement contribué au contenu, commenté de nombreuses ébauches et orienté les recherches. Le Service a également consolidé les données régionales liées aux indicateurs.

Celles-ci proviennent de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et de l'Organisation mondiale de la Santé.

CARTES ET DÉSIGNATIONS
Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'UNFPA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières.

Crédit photo première de couverture : © Andrew McConnell/IRC/Panos Pictures
Crédit photo quatrième de couverture : © Igor Alecsander/www.igoralecsander.com

UNFPA

Réaliser un monde où
chaque grossesse est désirée
chaque accouchement est
sans danger et le potentiel de
chaque jeune est accompli

DES MONDES À PART

Santé et droits en matière de reproduction à une époque marquée par les inégalités

UNFPA état de la population mondiale 2017

ÉTAT DE LA POPULATION MONDIALE 2017

AVANT-PROPOS

page 4

SYNTHÈSE

Plaidoyer pour un monde plus juste

page 8

1

Inégalités en matière de santé et de droits

page 16

2

Corrélation entre les inégalités liées à la santé et aux droits des femmes et les disparités économiques

page 34

« Les inégalités forment un tout, dont les disparités économiques ne sont qu'une facette. »

— Dr. Babatunde Osotimehin

© Gianluca Colla

3

Le coût de l'inégalité

page 60

4

Atteindre d'abord les personnes les plus exclues pour faire progresser l'égalité

page 74

5

Une société inclusive à portée de main : actions à mettre en œuvre pour un monde plus juste

page 92

GRAPHIQUES ET INDICATEURS

page 104

© Frank Heuer/laif/Redux

Ainsi, tandis que la fortune de quelques privilégiés se compte en milliards...

...des centaines de millions de familles parviennent à peine à joindre les deux bouts avec moins de 1,25 dollar par jour.

© Mark Tuschman

AVANT-PROPOS

Les écarts de richesse se sont creusés de façon disproportionnée. Des milliards de personnes restent bloquées en bas de l'échelle, privées de leurs droits fondamentaux et sans espoir d'une vie meilleure, tandis qu'en haut, les ressources et les privilèges croissent à un rythme effréné. Le monde s'éloigne ainsi un peu plus chaque jour de la vision d'égalité exprimée dans la Déclaration universelle des droits de l'homme.

À l'heure actuelle, selon Wealth-X, la richesse cumulée des 2 473 milliardaires du monde s'élève à plus de 7,7 billions de dollars, ce qui équivaut, aussi incroyable que cela puisse paraître, au produit intérieur brut cumulé de 80 % des pays du monde en 2015. Ainsi, tandis que la fortune de quelques privilégiés se compte en milliards, des centaines de millions de familles parviennent à peine à joindre les deux bouts avec moins de 1,25 dollar par jour.

C'est une voie que nous poursuivons à nos risques et périls. Non seulement l'immense écart constaté entre les plus riches et les plus pauvres est injuste, mais il représente également un danger pour les économies, les communautés et les pays. En 2015, les États du monde entier, prenant conscience de ce risque, ont reconnu que la voie à suivre vers le développement durable au cours des 15 prochaines années devait reposer sur l'égalité, l'inclusion et l'exercice universel des droits.

On réduit souvent les inégalités aux différences de revenus ou de richesses — à la ligne séparant les riches des pauvres. Pourtant, dans les faits, les inégalités forment un tout, dont les disparités économiques ne sont qu'une facette. Beaucoup d'autres facteurs sociaux, ethniques, politiques et institutionnels entrent en ligne de compte et se renforcent mutuellement, annihilant ensemble tout espoir d'amélioration pour les personnes laissées en marge.

Les inégalités entre les sexes ainsi que celles liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs sont deux facteurs majeurs ; le deuxième, en particulier, est encore trop négligé. Ni l'un ni l'autre n'expliquent l'ensemble des inégalités observées à l'échelle mondiale aujourd'hui, mais tous deux sont des aspects essentiels qui doivent faire l'objet d'une attention beaucoup plus soutenue. Dans le cas contraire, de nombreuses femmes et filles resteront enfermées dans un cercle vicieux, condamnées à la pauvreté, privées

© Mark Tuschman

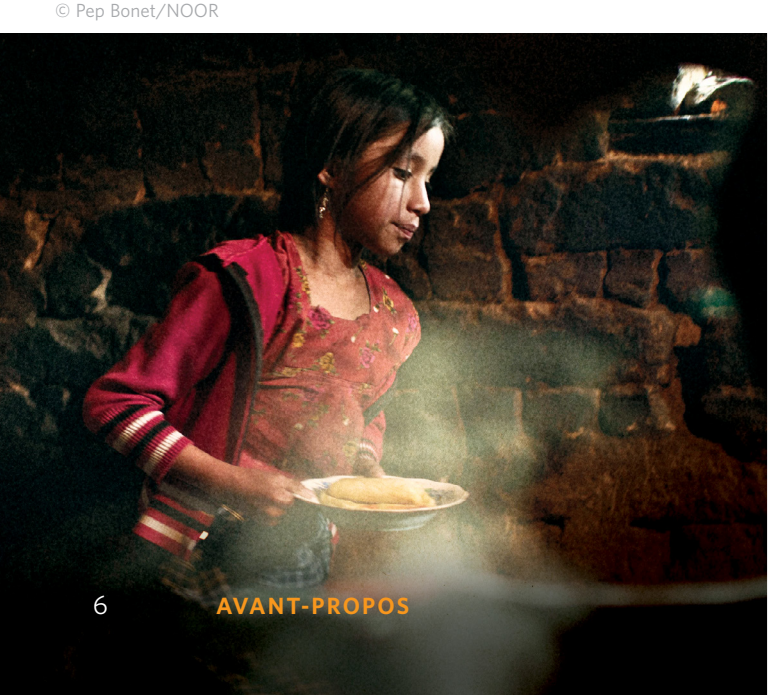
© UNFPA/Nicolas Axelrod

de leurs droits fondamentaux, et incapables de développer leurs capacités et de s'épanouir, en particulier dans les pays en développement où les écarts sont les plus importants.

Par exemple, dans ces pays, les femmes vivant dans les 20 % des ménages les plus pauvres sont généralement celles dont les besoins en planification familiale sont les moins satisfaits. Sans accès à la contraception, les femmes démunies, surtout celles qui sont les moins instruites et qui vivent en milieu rural, sont plus susceptibles de subir une grossesse non planifiée, ce qui peut présenter des risques pour leur santé et avoir des répercussions économiques tout au long de leur vie. L'incapacité de décider de tomber enceinte ou non, et quand et à quelle fréquence peut limiter l'accès à l'éducation, retarder l'entrée dans la vie active et diminuer les revenus.

Favoriser l'accès aux informations et aux services ainsi que leur disponibilité améliorera certes la santé reproductive des femmes, mais ce n'est qu'une partie de la solution. Si nous ne nous attaquons pas aux inégalités structurelles et multidimensionnelles qui frappent nos sociétés, jamais nous ne concrétiserons le droit de tous d'accéder à la meilleure santé sexuelle et

© Pep Bonet/NOOR



© UNFPA/Nicolas Axelrod

© Fernando Moleres/Panos Pictures

© Tommy Trenchard/Panos Pictures

reproductive possible — un droit reconnu par les 179 pays qui ont adopté le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, source d'inspiration de toutes les activités du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). La CIPD a affirmé que l'élimination des disparités entre les sexes, notamment sur le plan des revenus, de l'éducation et de l'emploi, dépendra en grande partie de la capacité des femmes et des filles à exercer pleinement leurs droits reproductifs. Si nous parvenons à atteindre les objectifs de la CIPD, ainsi que ceux du nouveau Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'humanité sera en bonne voie vers un monde plus égalitaire, composé d'économies plus dynamiques et plus inclusives. Mais surtout, nous favoriserons ainsi le respect de la dignité humaine de chaque femme et de chaque fille, partout dans le monde.

Feu Dr. Babatunde Osotimehin (1949–2017)
Secrétaire général adjoint de l'Organisation des Nations Unies et Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour la population

© Trygve Bolstad/Panos Pictures

© Kadir Van Lohuizen/NOOR

Elle est née dans une famille défavorisée, dans une communauté rurale d'un pays pauvre.

Contrairement à son frère ou à d'autres membres de sa famille plus aisés vivant en ville, elle est destinée à rester en marge d'un monde qui avance sans elle.

Peut-être ira-t-elle à l'école, mais probablement moins longtemps que les garçons de son âge. Sa scolarité risque de se terminer prématurément parce qu'elle se mariera tôt ou devra s'occuper de ses frères et sœurs plus jeunes. Arrivée à l'adolescence, il se peut qu'elle sache s'occuper d'un foyer et cultiver un champ, mais elle aura peu d'autres connaissances susceptibles de l'aider un jour à entrer sur le marché du travail.

Tandis que son frère peut espérer trouver un emploi décent en ville, il est probable qu'elle reste à la maison et devienne mère avant même d'avoir atteint l'âge de vingt ans. S'il est déjà périlleux d'accoucher aussi jeune, ces risques seront aggravés par l'absence de services de santé maternelle de qualité dans sa communauté rurale.

Plus tard dans sa vie, elle transmettra certainement au moins quelques-unes des disparités dont elle souffre à ses enfants, notamment à ses filles.

Emprisonnée dans un enchevêtrement d'inégalités, il est possible qu'elle parvienne, à un moment donné, à entrevoir un autre monde, plus riche mais hors d'atteinte. Elle se demandera peut-être alors pourquoi elle est si démunie, sans véritable espoir de voir sa situation s'améliorer.

SYNTHÈSE

Plaidoyer pour un monde plus juste

© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

Le non-respect des droits entrave l'égalité des chances

À l'heure actuelle, aucun pays ne peut se prévaloir d'être entièrement inclusif et de garantir à chacun une protection et des perspectives égales, ainsi que le plein exercice de ses droits fondamentaux — pas même les pays considérés comme les plus riches et les plus développés.

Parmi les droits de l'homme reconnus par la communauté internationale comme essentiels au bien-être des individus figure le droit à la santé sexuelle et reproductive. Ce droit a été établi par 179 pays dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994. Le Programme d'action affirme que le respect de la dignité et des droits individuels — y compris l'égalité des droits des femmes et des filles et l'accès universel aux soins de santé et aux droits sexuels et reproductifs — est nécessaire à la réalisation du développement durable.

Toutefois, une grande partie de ces engagements ne sont toujours pas tenus. Certains des manquements les plus graves concernent les femmes et les filles qui souffrent déjà d'autres formes d'exclusion, et particulièrement de la pauvreté. Dans nombre de pays en développement, les femmes démunies se trouvant dans les 20 % inférieurs (quintile) de l'échelle de revenu, notamment celles qui vivent en milieu rural, ont bien moins de chances d'accéder à des contraceptifs et à des soins lors de la grossesse et de l'accouchement que les femmes plus aisées vivant en ville.

En ce qui concerne les adolescentes, qui sont encore plus vulnérables du fait de leur jeune âge, le nombre de

Dans 34 pays,
LES ÉCARTS DE REVENUS SE SONT CREUSÉS
entre 2008 et 2013.

© Pep Bonet/NOOR

© Mark Tuschman

68 pays affichaient des
DISPARITÉS ENTRE LES SEXES PLUS FORTES
en 2016 qu'en 2015.

naissances est près de trois fois plus élevé chez celles vivant dans les 20 % de ménages les plus pauvres dans les pays en développement que chez celles des 20 % de ménages les plus riches. En outre, le nombre de naissances chez les adolescentes vivant en milieu rural est deux fois plus élevé que chez celles vivant en ville.

Les multiples facettes de l'inégalité

Bien souvent, on associe principalement l'inégalité à une mauvaise répartition des richesses ou des revenus. En réalité, il s'agit d'un phénomène plus complexe, renforcé par diverses formes de disparités : entre les sexes, entre les races et les ethnies, entre ruraux et citadins. L'inégalité présente de multiples facettes, chacune étant un symptôme — et la cause — d'une autre source d'inégalité.

Les différentes inégalités ont tendance à se nourrir les unes des autres, emprisonnant les individus dans un cercle vicieux de dénuement et de perte de potentiel humain. Même si certaines personnes ont la possibilité et la capacité de mettre fin à cette spirale descendante, beaucoup d'autres ne disposent ni de l'une ni de l'autre.

Ces dernières années, les disparités économiques entre les pays ont commencé à se résorber. En revanche, dans nombre d'entre eux, la situation s'est empirée. Dans au moins 34 pays, les écarts se sont creusés entre 2008 et 2013, les revenus des 60 % d'habitants les plus riches augmentant plus vite que ceux des 40 % les plus pauvres. Bien souvent, les personnes laissées pour compte souffrent également d'un manque d'accès à des services de qualité,

notamment de santé, essentiels à l'exercice des droits de l'homme et au bien-être.

Les disparités entre les sexes sont une autre facette de l'inégalité qui s'aggrave dans certaines régions du monde. Ces disparités, qui ont des répercussions dans tous les domaines de la vie, sont en grande partie liées aux inégalités économiques, mais d'autres facteurs entrent en jeu, notamment l'inégalité d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive.

Créé par le Forum économique mondial, l'indice mondial de l'écart entre les genres examine les différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'accès aux ressources et les possibilités qui s'offrent à chacun, par exemple en matière de revenus, de participation au marché du travail, d'éducation, de santé et d'autonomisation politique. Sur les 142 pays couverts par l'indice en 2016, 68 affichaient des disparités entre les sexes plus fortes que l'année précédente.

Rapport entre l'inégalité et la santé et les droits sexuels et reproductifs

Lorsqu'elle naît de sources multiples qui se renforcent mutuellement, l'exclusion peut avoir de lourdes conséquences. Les inégalités liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, qui sont souvent négligées, ont des effets à la fois sur le plan individuel et national. Elles s'entrecroisent avec d'autres

© Michelle Siu/Redux

formes de disparités ; ainsi, une femme pauvre non instruite qui vit en milieu rural et ne peut décider librement de tomber enceinte aura peu de chances de recevoir une éducation ou d'entrer sur le marché du travail. Par conséquent, elle ne pourra certainement pas sortir de la pauvreté et de l'exclusion.

Quand des millions d'autres femmes connaissent les mêmes difficultés, le coût est encore plus élevé pour l'ensemble de la société et de l'économie. Les chances de concrétiser les droits de l'homme et de mettre en place une société stable et juste, ainsi qu'une économie inclusive et durable, s'amenuisent.

Pourtant, il est possible d'emprunter une autre voie et de s'attaquer aux multiples inégalités, y compris celles liées à la santé sexuelle et reproductive. Les bénéfices obtenus seraient considérables, à la fois sur le plan de la santé, du développement du capital humain et de l'élimination de la pauvreté.

En outre, les pays pauvres comptant des populations de jeunes importantes ou émergentes, qui parviennent à combler les écarts en matière de santé sexuelle et reproductive et qui favorisent l'égalité des sexes, peuvent récolter les fruits d'un dividende démographique, phénomène qui se produit en partie lorsque la proportion de la population active en bonne santé est supérieure à celle des personnes à charge.

© Johan Ordonez/AFP/Getty Images

© Jacob Silberberg/Panos Pictures

S'engager en faveur du changement

Le droit international a instauré un vaste éventail de droits politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris des droits fondamentaux ciblant des groupes particulièrement vulnérables à l'exclusion, comme les femmes et les enfants. Depuis l'adoption du Programme d'action de 1994, de nombreuses personnes se sont mobilisées pour améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive à travers le monde, et les écarts se sont comblés entre les pays. L'accès à ces services s'améliore dans la plupart d'entre eux, tant en milieu rural qu'urbain, et sur toute l'échelle des revenus.

Malgré tout, les inégalités ne se résorbent pas assez vite ; par exemple, les progrès vers la réalisation des objectifs très ambitieux du Programme de développement durable à l'horizon 2030 récemment adopté sont encore trop lents. Ce Programme, adopté par 193 pays, est un modèle commun énonçant les progrès à accomplir d'ici à 2030. Il considère la pauvreté comme le plus grand défi mondial de notre époque et appelle à libérer le monde de cette « tyrannie » en ne laissant personne de côté.

Le Programme n'a de cesse de répéter que toutes les économies et sociétés doivent être inclusives. Les différentes mesures en faveur de l'égalité se répartissent entre ses 17 objectifs de développement durable : une cible concerne la mise en place d'une couverture sanitaire universelle ; le cinquième objectif aspire à l'égalité des sexes ; le dixième objectif se concentre sur la réduction des inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. Ces 17 objectifs sont interdépendants ; l'amélioration globale escomptée dépend des progrès accomplis vers la réalisation de chacun d'entre eux.

Rompre la spirale descendante

Mettre un terme à la spirale descendante des inégalités nécessite de se projeter vers une société inclusive de prospérité partagée, reposant sur les principes des droits de l'homme et soutenue par des ressources nouvelles et mieux ciblées.

Les mesures prises sur plusieurs fronts à la fois doivent s'attaquer à toutes les formes d'inégalités — à la fois sociales et économiques, ainsi qu'à leurs conséquences et causes profondes —, puisqu'elles peuvent toutes empêcher les individus et les sociétés de se libérer.

Dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, certains pays ont montré la voie à suivre, par exemple en intégrant les services de santé sexuelle et reproductive à des objectifs globaux visant à parvenir à l'accès universel aux soins de santé. Non seulement les investissements en faveur de la santé reproductive garantissent à chacun — et non uniquement aux riches — de pouvoir exercer ses droits reproductifs, mais ils peuvent également bénéficier à la société tout entière. Par exemple, en République de Corée, les investissements réalisés dans le domaine de la santé, y compris en faveur des services de santé reproductive, mais aussi dans le domaine de l'éducation, ont contribué à un « miracle » économique élargissant les perspectives de chacun.

Fondées sur des normes sociales, des services, des lois et des politiques publiques favorables, les sociétés inclusives représentent un choix conscient et possible. Il est grand temps pour tous les pays et pour la communauté internationale de faire ce choix et de pleinement l'assumer. Nous gagnerons tous à garantir le respect universel de la dignité humaine et des droits de l'homme, sans exception et sans que personne ne soit laissé pour compte.

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

@ Paolo Patruno

CHAPITRE 1

Inégalités en matière de santé et de droits

Disposer des connaissances, de la capacité et des moyens nécessaires pour décider librement de tomber enceinte, et quand et à quelle fréquence, est un droit fondamental universel, reconnu par 179 pays lors de la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994.

Un droit universel est un droit qui s'applique à chaque individu, partout dans le monde, indépendamment du revenu, de l'origine ethnique, du lieu de résidence ou de toute autre caractéristique. Pourtant, aujourd'hui, dans les pays en développement, l'exercice de ce droit est loin d'être universel, et des centaines de millions de femmes peinent encore à accéder aux informations, aux services et aux produits permettant d'éviter une grossesse ou d'accoucher en toute sécurité.

La capacité d'une femme à exercer ses droits reproductifs dépend en partie de l'endroit où elle vit (milieu rural ou urbain) et de son niveau d'éducation et de richesse.

Une femme instruite, vivant en ville dans un ménage aisé, par exemple, aura probablement accès à un éventail complet de contraceptifs modernes. Elle sera en mesure de décider librement d'avoir des enfants, et quand et à quelle fréquence. Si elle choisit de tomber enceinte, elle pourra accoucher en toute sécurité dans un hôpital ou une clinique avec l'aide d'un professionnel de santé.

À l'inverse, une femme pauvre et peu instruite vivant en milieu rural disposera sans doute d'un choix limité de moyens lui permettant d'éviter de tomber enceinte, de rester en bonne santé tout au long de la grossesse ou d'accoucher avec l'aide d'un personnel

© Francesco Zizola/NOOR

de santé qualifié. En outre, lorsqu'elle voudra exercer ses droits reproductifs, il se peut qu'elle se heurte à des obstacles sociaux et institutionnels qu'une citadine riche et éduquée ne rencontrera peut-être jamais ou surmontera facilement.

Les inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive sont liées aux inégalités économiques. Actuellement, dans la plupart des pays en développement, les 20 % de ménages les plus pauvres sont généralement ceux qui ont le moins accès aux soins essentiels de santé sexuelle et reproductive, et les 20 % de ménages les plus riches ceux qui disposent du meilleur accès.

Les enquêtes démographiques et de santé menées auprès de femmes et d'hommes dans les pays en développement et dans certains pays développés ont permis de recueillir des données approfondies sur l'accès aux services et les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive. Ces données révèlent des niveaux d'inégalités variables, même si, dans certains cas, l'accès aux services et les résultats se sont améliorés. Ce chapitre examine l'état des inégalités d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, les tendances en la matière et les corrélations avec les inégalités économiques.

Satisfaction de la demande de contraception : des inégalités à deux niveaux

L'une des manières de mesurer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive consiste à évaluer dans quelle mesure une femme qui souhaite utiliser une méthode de contraception moderne peut y accéder. L'accès aux services de planification familiale

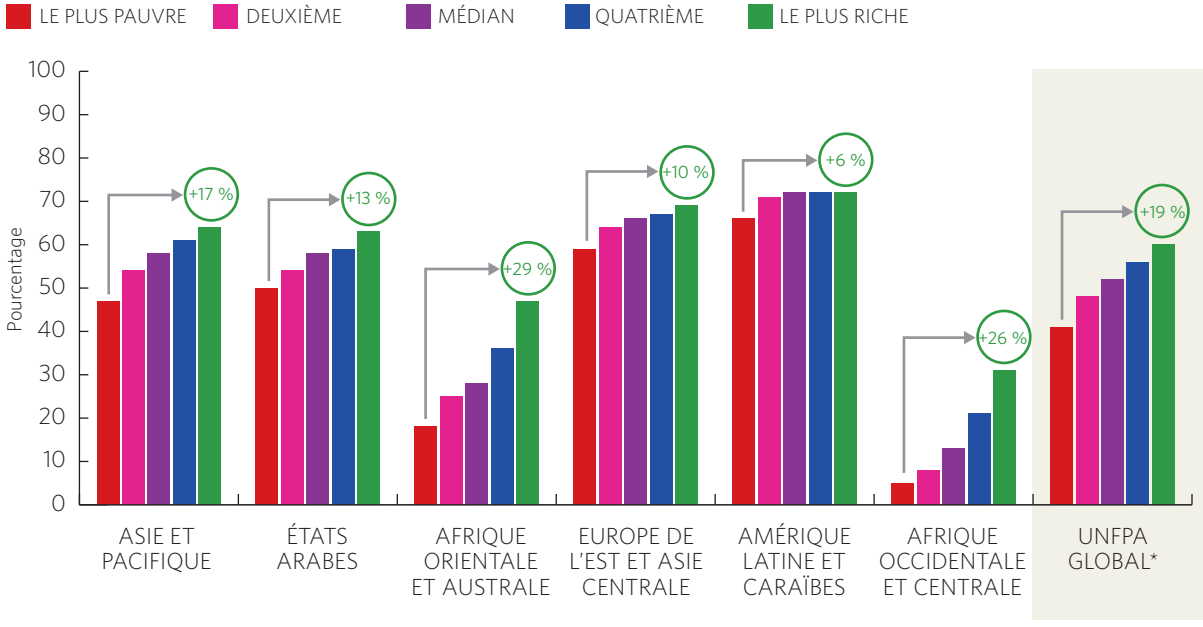
© Abbie Trayler-Smith/H4+/Panos Pictures

est un facteur majeur de la santé reproductive, mais également de l'égalité sociale et économique, puisque les grossesses non planifiées limitent les possibilités des femmes de recevoir une éducation, de participer à la vie civique et d'améliorer leur situation économique.

L'utilisation des méthodes de contraception modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en concubinage varie en fonction du groupe de revenu dans la plupart des pays en développement (figure 1). Les données recueillies dans ces pays suggèrent que, dans la majorité d'entre eux, la prévalence de la contraception est plus faible chez les femmes pauvres, vivant en milieu rural ou moins éduquées que chez les femmes riches, citadines et plus instruites (UNFPA, 2013a). Il existe toutefois des exceptions, où le recours à la planification familiale est globalement plus équilibré. Au Bangladesh, au Bhoutan, au Cambodge et en Thaïlande, par exemple, le taux de prévalence de la contraception est plus élevé dans le quintile de la population le plus pauvre que dans le quintile le plus riche. Dans ces quatre pays et dans plusieurs autres, des efforts concertés ont été menés afin d'étendre la couverture de la planification familiale, lesquels ont rendu les contraceptifs modernes accessibles à presque toute la population ; ils ont également permis d'atteindre des taux de prévalence de la contraception quasiment similaires sur l'ensemble de l'échelle de richesse, dans les ménages les plus pauvres comme dans les plus aisés.

La prévalence de la contraception dépend également du lieu de résidence. Dans l'ensemble des pays en

FIGURE 1 **Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en concubinage, par région et quintile richesse**



*Moyenne pondérée de 155 pays et territoires où l'UNFPA est présent.

Remarque : Graphique réalisé à partir des dernières données disponibles.
Source : UNFPA (2016b)

développement, elle est plus élevée en ville qu'en milieu rural (figure 2) ; les écarts les plus importants sont observés en Afrique subsaharienne.

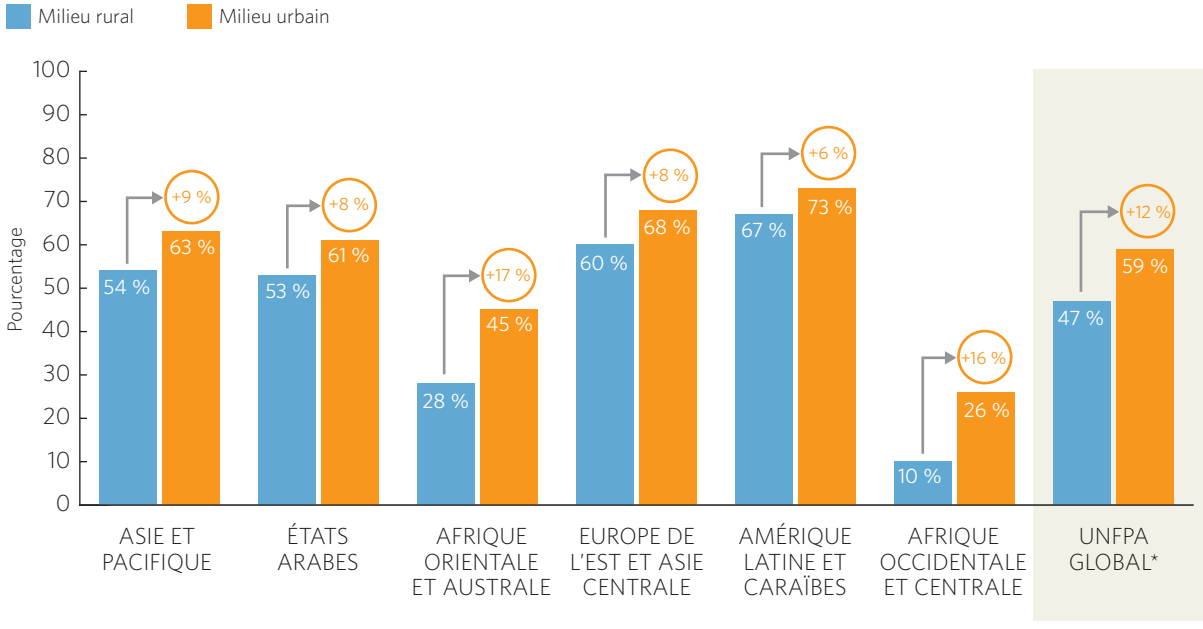
L'analyse des données sur la proportion des besoins de planification familiale satisfaits grâce aux moyens de contraception modernes montre que les femmes mariées ou en concubinage vivant dans les pays les moins avancés ont moins accès aux contraceptifs que celles vivant dans d'autres pays en développement. Cette analyse montre également que le quintile le plus riche de la population d'un pays est en moyenne celui qui dispose du meilleur accès à la contraception, et le quintile le plus pauvre celui dont l'accès est le plus faible — et ce, quel que soit le groupe de revenu auquel le pays appartient (figure 3). En parallèle, les femmes vivant en ville ont plus de facilités à satisfaire leurs besoins en contraceptifs modernes que les femmes vivant en milieu rural.

C'est en Afrique occidentale et centrale, puis en Afrique orientale et australe, que les inégalités fondées sur la richesse sont les plus marquées : dans 13 des 20 pays d'Afrique occidentale et centrale, les femmes du quintile le plus riche ont une probabilité de satisfaire leurs besoins en contraception plus que doublée par rapport aux femmes du quintile le plus pauvre.

À l'inverse, les inégalités fondées sur la richesse sont moins évidentes dans les pays d'Asie et du Pacifique, en Europe de l'Est et en Asie centrale, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes.

De nombreux pays en développement ont amélioré leur capacité à offrir des moyens de contraception modernes aux femmes qui souhaitent éviter ou

FIGURE 2 **Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en concubinage, par lieu de résidence**



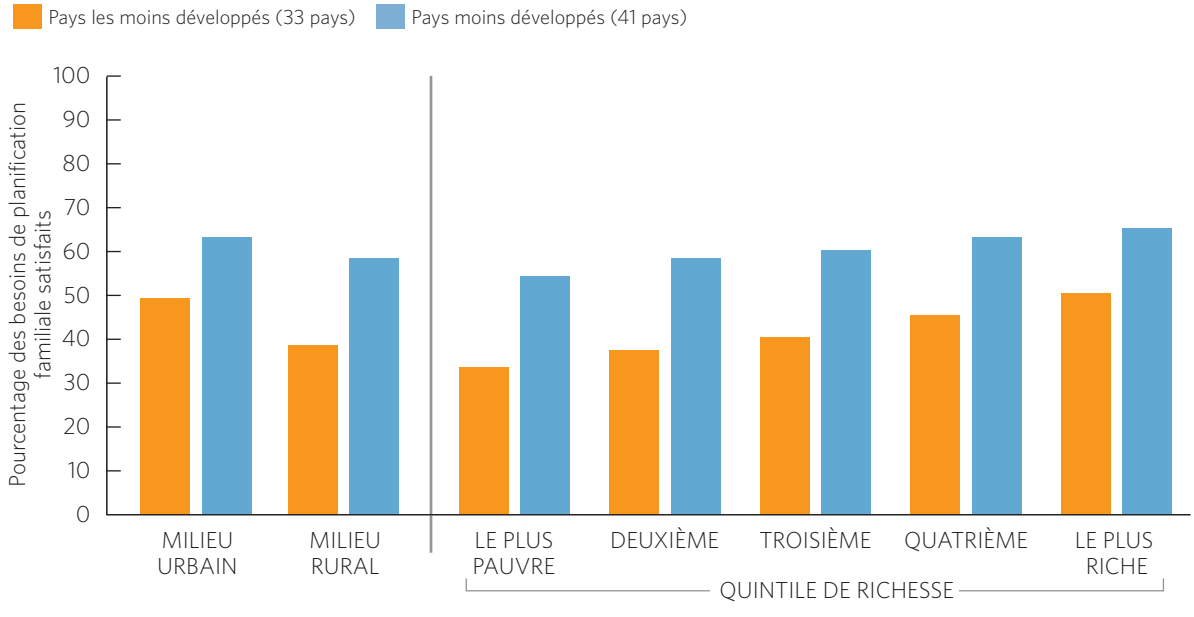
*Moyenne pondérée de 155 pays et territoires où l'UNFPA est présent.

Remarque : Graphique réalisé à partir des dernières données disponibles.
Source : UNFPA (2016b)

© Mark Tuschman

© Jonathan Torgovnik/Getty Images Reportage

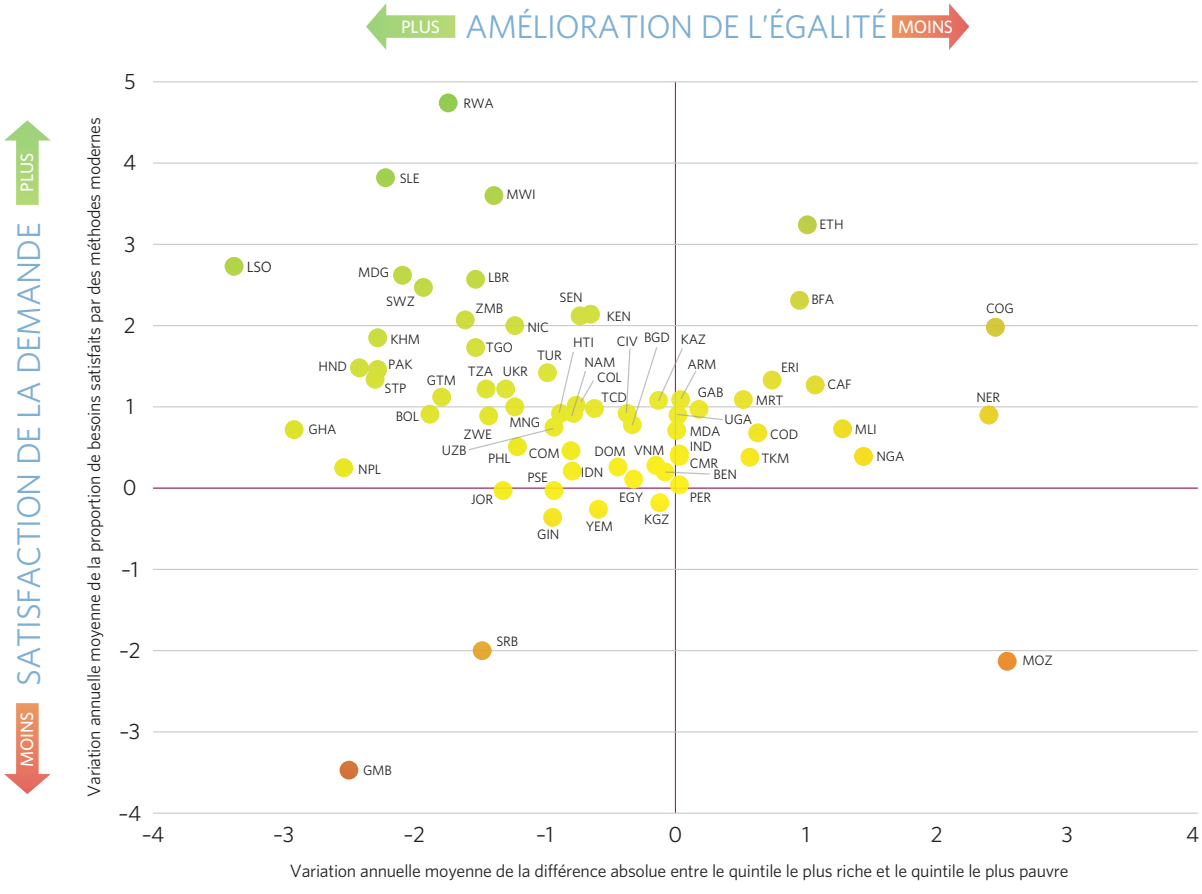
FIGURE 3 **Proportion des besoins de planification familiale satisfaits par des moyens de contraception modernes, par niveau de développement, lieu de résidence et quintile de richesse, dernière année disponible**



retarder une grossesse, et ont réduit les inégalités fondées sur le niveau de richesse concernant la satisfaction de cette demande (figure 4).

Sur la figure 4, ainsi que sur les figures similaires de ce chapitre, chaque point représente un pays. La position de ce pays sur l'axe des x indique la variation annuelle moyenne de l'écart (la différence) entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre d'un pays en ce qui concerne la part des besoins de planification familiale satisfaits par les moyens de contraception modernes (chez les femmes et les adolescentes mariées ou en concubinage). Ainsi, plus un pays se trouve à gauche du graphique, et plus les inégalités absolues ont diminué rapidement. La position du pays sur l'axe des y mesure la variation moyenne de la proportion de femmes dont les besoins de planification familiale sont satisfaits par des contraceptifs modernes. Ainsi, plus un pays se trouve au-dessus de la ligne du zéro, et plus vite la couverture a augmenté au fil du temps ; plus un pays se trouve en dessous de la ligne horizontale, et plus les besoins satisfaits de planification familiale ont diminué. En examinant les quadrants du graphique, on observe que la plupart des pays se trouvent dans le quadrant supérieur gauche, où la satisfaction des besoins a augmenté au fil du temps et où les inégalités

FIGURE 4 **Variation annuelle de la proportion de besoins de planification familiale satisfaits par les moyens de contraception modernes, et variation annuelle de la différence entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre**



Les abréviations se réfèrent aux pays et territoires énumérés à la page 104.

ont diminué. Les pays affichant les meilleurs résultats sont ceux qui se trouvent tout en haut de ce quadrant, comme le Rwanda ou la Sierra Leone. Après le quadrant supérieur gauche, le quadrant supérieur droit est celui qui rassemble le plus de pays, où la satisfaction des besoins s'est améliorée au fil du temps, mais où les inégalités se sont également accrues. En Éthiopie, par exemple, la satisfaction des besoins a certes augmenté, mais l'écart entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre s'est creusé d'un point de pourcentage par an, en moyenne. Les données correspondant à chaque pays se rapportent à des années différentes, mais couvrent généralement la dernière décennie.

Certains pays ont davantage réussi à réduire les inégalités d'accès à la contraception, tandis que d'autres ont surtout amélioré la couverture des services. Certains pays ont progressé sur les deux plans.

Dans la figure 5, chacun des points, semblables aux billes d'un boulier, représente l'un des cinq quintiles de richesse. La position de chaque point sur le graphique dépend de la proportion de besoins satisfaits par les moyens de contraception modernes. Un rapprochement des points traduit une baisse des inégalités au fil du temps. Le déplacement général des points vers la droite du graphique signifie que la couverture des moyens de contraception modernes s'est globalement améliorée.

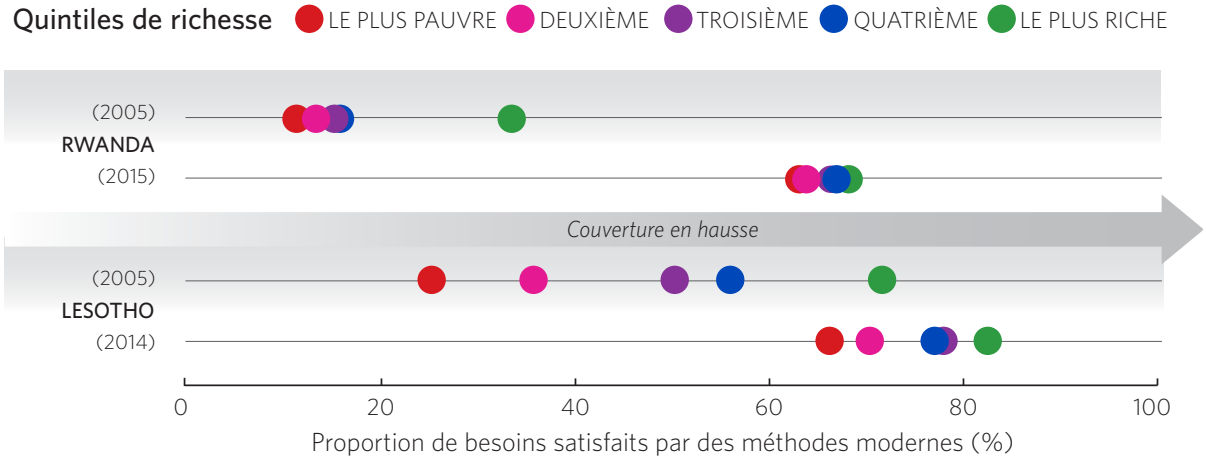
La figure 5 se penche sur les deux pays qui ont accompli le plus de progrès sur une période de dix ans environ : le Lesotho, où les inégalités entre les quintiles dans la satisfaction des besoins en contraceptifs modernes ont le plus diminué ; et le Rwanda, où la couverture des moyens de contraception modernes a le plus augmenté.

Entre 2005 et 2015, la situation au Rwanda s'est grandement améliorée sur les deux plans. En 2005, l'avance relative du quintile le plus riche par rapport aux autres quintiles était particulièrement importante, bien que moins de 40 % des besoins de planification familiale de ce quintile aient été satisfaits par des moyens de contraception modernes. Dix ans plus tard, les écarts entre les cinq quintiles se sont effectivement resserrés, et le pourcentage d'accès avoisinait les 70 %.

Les femmes les plus pauvres ont le moins accès aux soins prénatals

Les soins prénatals aident à garantir le meilleur état de santé de la mère et du fœtus. Ils favorisent également

FIGURE 5 Proportion des besoins de planification familiale satisfaits par les moyens de contraception modernes au Rwanda (2005 et 2015) et au Lesotho (2005 et 2014), par quintile de richesse



la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, permettent le dépistage et le diagnostic des risques, et peuvent contribuer à la prévention ou à la prise en charge des maladies liées à la grossesse.

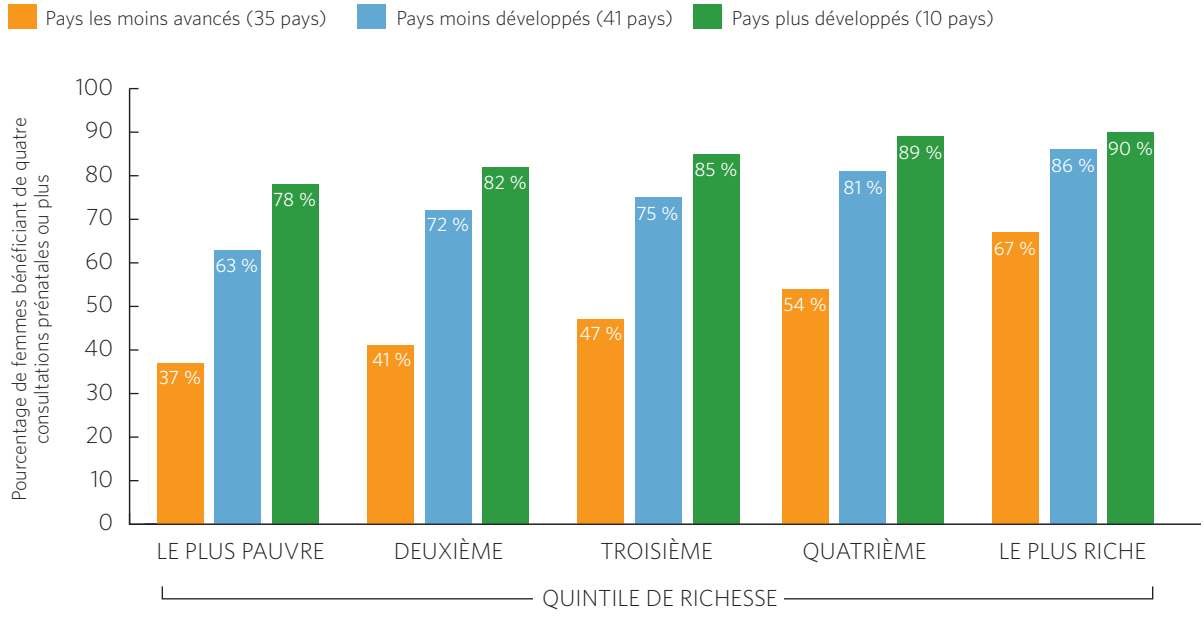
Jusqu'en novembre 2016, quatre consultations prénatales assurées par un prestataire de soins de santé qualifié étaient considérées comme le minimum requis pour garantir une grossesse sûre et en bonne santé. Par rapport aux autres quintiles, les femmes du quintile le plus pauvre sont celles dont le niveau d'accès aux soins prénatals est le plus faible.

Bien que l'accès aux soins prénatals s'améliore partout dans le monde, les femmes vivant dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, font généralement l'objet de moins de quatre consultations prénatales. La situation est encore pire en milieu rural, où les coûts associés aux longues distances à parcourir jusqu'au lieu de consultation peuvent être prohibitifs.

Les inégalités fondées sur la richesse concernant les soins prénatals sont les plus élevées dans les 48 pays les moins avancés; souvent, dans les pays où la couverture globale des soins prénatals est très faible, les inégalités d'accès à ces soins sont aussi les plus grandes (figure 6). Par exemple, en Afghanistan, en Éthiopie et au Yémen, où moins d'un quart des femmes bénéficient de quatre consultations prénatales ou plus, les citadines ont au moins 2,5 fois plus de chances que les femmes vivant en milieu rural d'assister au nombre de consultations minimal recommandé. Les inégalités fondées sur le lieu de résidence sont moins marquées en Amérique latine et aux Caraïbes. Au Guatemala, au Guyana, au Honduras, au Pérou et en République dominicaine, par exemple, la proportion de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales ou plus est similaire en ville et en milieu rural.

À l'échelle mondiale, les femmes appartenant aux deux quintiles les plus riches ont le plus de chances d'assister à quatre consultations prénatales ou plus (figure 6). En Éthiopie, au Pakistan et au Tchad, par exemple, les femmes du quintile le plus riche ont une probabilité de bénéficier d'au moins quatre consultations prénatales plus que quadruplée par rapport aux femmes du quintile le plus pauvre.

FIGURE 6 **Proportion de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales ou plus, par niveau de développement et quintile de richesse, dernière année disponible**



Toutefois, la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles ont amélioré l'accès aux consultations prénatales tout en réduisant les inégalités en la matière fondées sur la richesse. Dans la figure 7, les points situés dans le quadrant supérieur gauche représentent les pays qui ont accompli des progrès sur les deux plans.

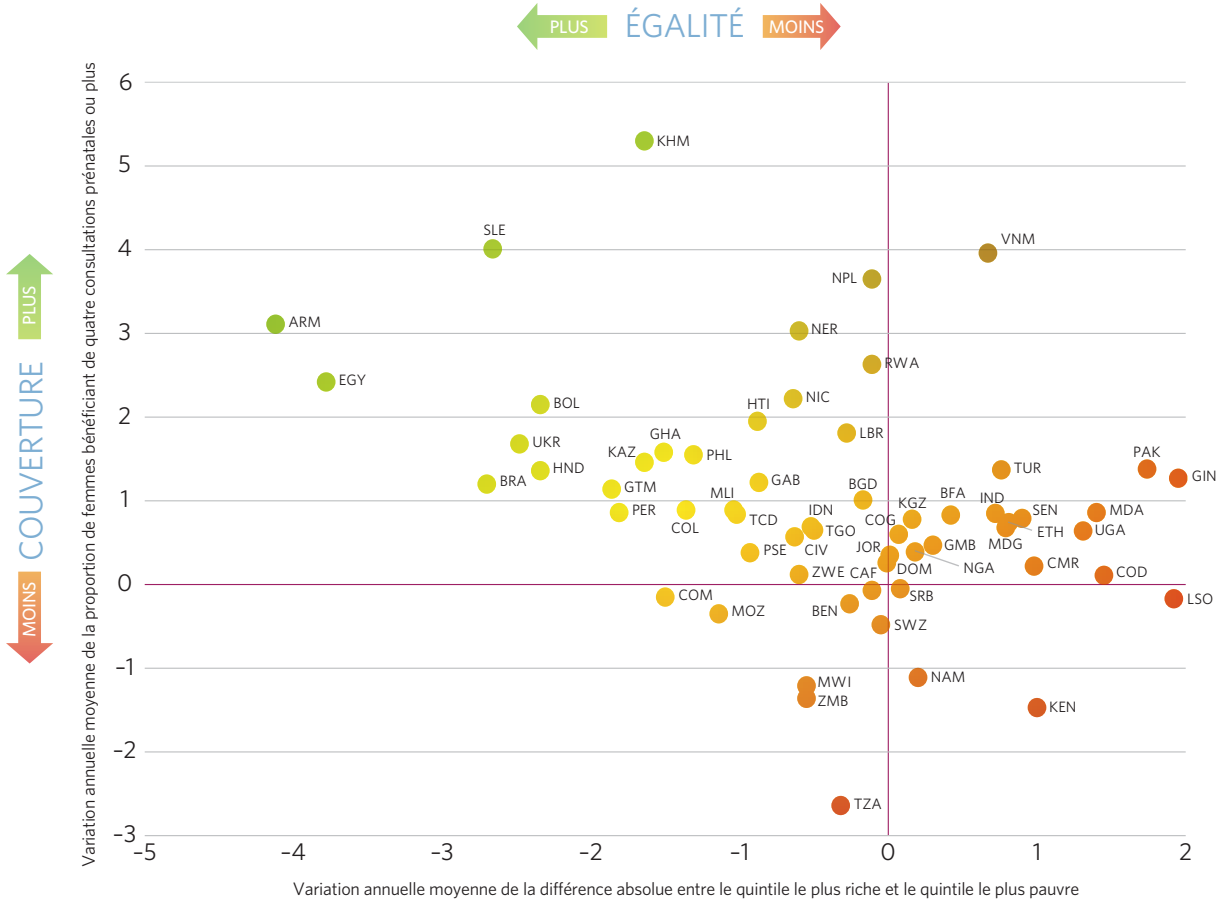
Parmi les pays analysés, le Cambodge est celui qui a réalisé le plus de progrès concernant le nombre de consultations assurées par des prestataires de soins de santé auprès des femmes enceintes, la couverture offerte au quintile le plus pauvre en 2014 étant meilleure que celle dont bénéficiait le quintile le plus riche en 2005 (figure 8). On observe également une baisse des inégalités entre les différents quintiles, bien que celle-ci soit modeste.

De tous les pays examinés, l'Arménie est celui où l'égalité d'accès aux consultations prénatales a le plus progressé. Non seulement tous les quintiles de richesse ont dépassé, en 2010, les niveaux de 2000, mais les femmes des cinq quintiles bénéficiaient pratiquement du même niveau d'accès — près de 100 % — en 2010.

Les femmes les plus pauvres ont le plus de risques d'accoucher seules

Signe d'un accès à des soins de santé reproductive, la présence d'accoucheurs qualifiés comme les sages-femmes est recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé pour toutes les naissances.

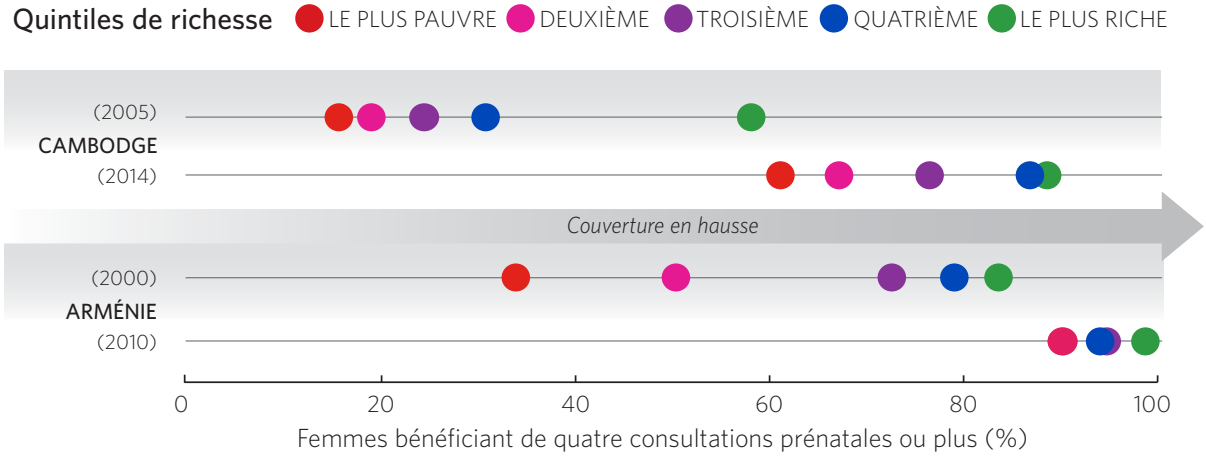
FIGURE 7 Variation annuelle de la proportion de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales ou plus, et variation annuelle de la différence entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre



Les abréviations se réfèrent aux pays et territoires énumérés à la page 104.

© UNFPA/Nicolas Axelrod

FIGURE 8 Proportion de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales ou plus au Cambodge (2005 et 2014) et en Arménie (2005 et 2010), par quintile de richesse



Dans les pays en développement,

les 20 % de femmes

LES PLUS PAUVRES

sont plus à risque

D'ACCOUCHER SANS AIDE

que les 20 % de femmes les plus riches.

© Noriko Hayashi/Panos Pictures

Le recours aux services d'accoucheurs qualifiés est étroitement lié à la baisse des taux de mortalité maternelle et de la mortalité néonatale (Snow *et al.*, 2015).

Comme pour les autres indicateurs de santé reproductive, c'est dans les pays les moins avancés que la présence de personnel qualifié à la naissance est la plus rare, tandis qu'elle est quasiment systématique dans les pays plus développés (figure 9).

Un rapport de Wang *et al.* (2011) fait état d'une forte corrélation positive entre la richesse des ménages et l'accès à des soins qualifiés lors de l'accouchement. Dans les pays en développement, les femmes du quintile le plus pauvre ont beaucoup plus de risques d'accoucher sans aide que les femmes du quintile le plus riche.

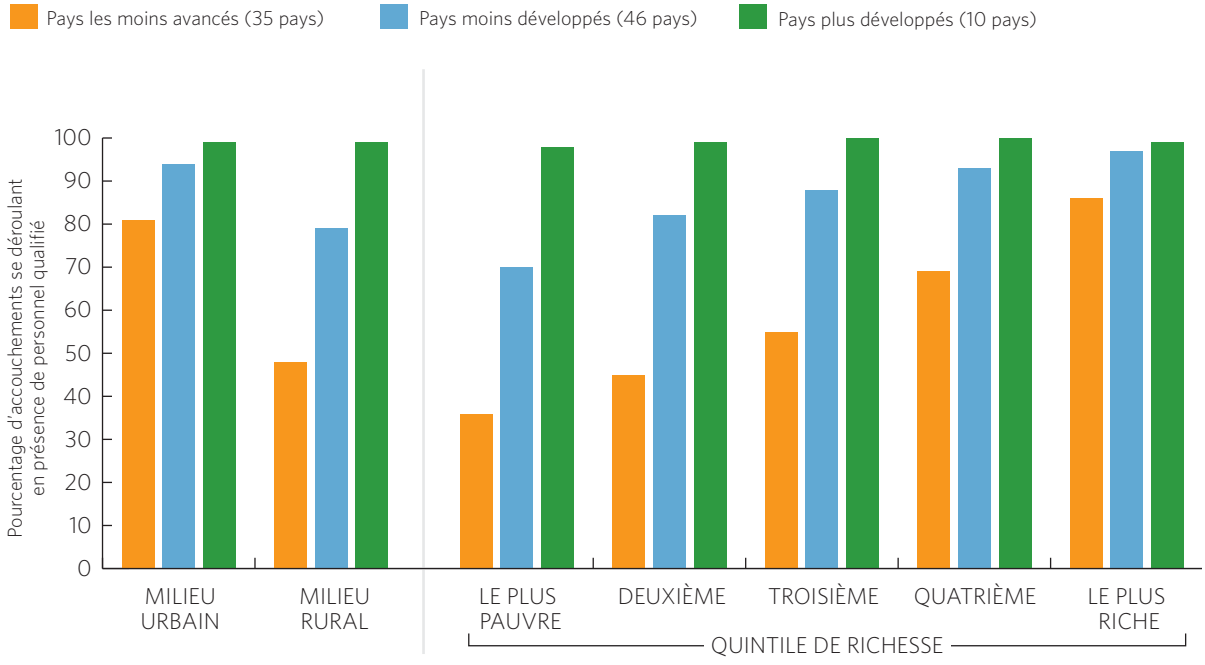
C'est en Afrique occidentale et centrale que les inégalités d'accès à des soins qualifiés à la naissance, fondées sur la richesse, sont les plus importantes, suivie par l'Asie et le Pacifique, puis par l'Afrique orientale et australe. Dans 14 des 20 pays d'Afrique occidentale et centrale, les femmes du quintile le plus riche recourent deux fois plus aux services d'accoucheurs qualifiés que les femmes du quintile le plus pauvre.

En Afghanistan, au Bangladesh, au Cameroun, en Guinée, au Niger et au Nigéria, le recours à des soins qualifiés à la naissance est extrêmement faible chez les femmes les plus pauvres, puisque moins de 20 % des accouchements sont concernés, contre 70 % au moins chez les femmes les plus riches.

En revanche, les inégalités fondées sur la richesse sont minimes dans la plupart des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, dans les États arabes, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Les points du quadrant supérieur gauche de la figure 10 représentent les pays qui ont amélioré à la fois l'égalité d'accès aux services d'accoucheurs qualifiés et la couverture de ces services au cours des dernières années.

FIGURE 9 **Proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié, par catégorie de développement, lieu de résidence et quintile de richesse, dernière année disponible**



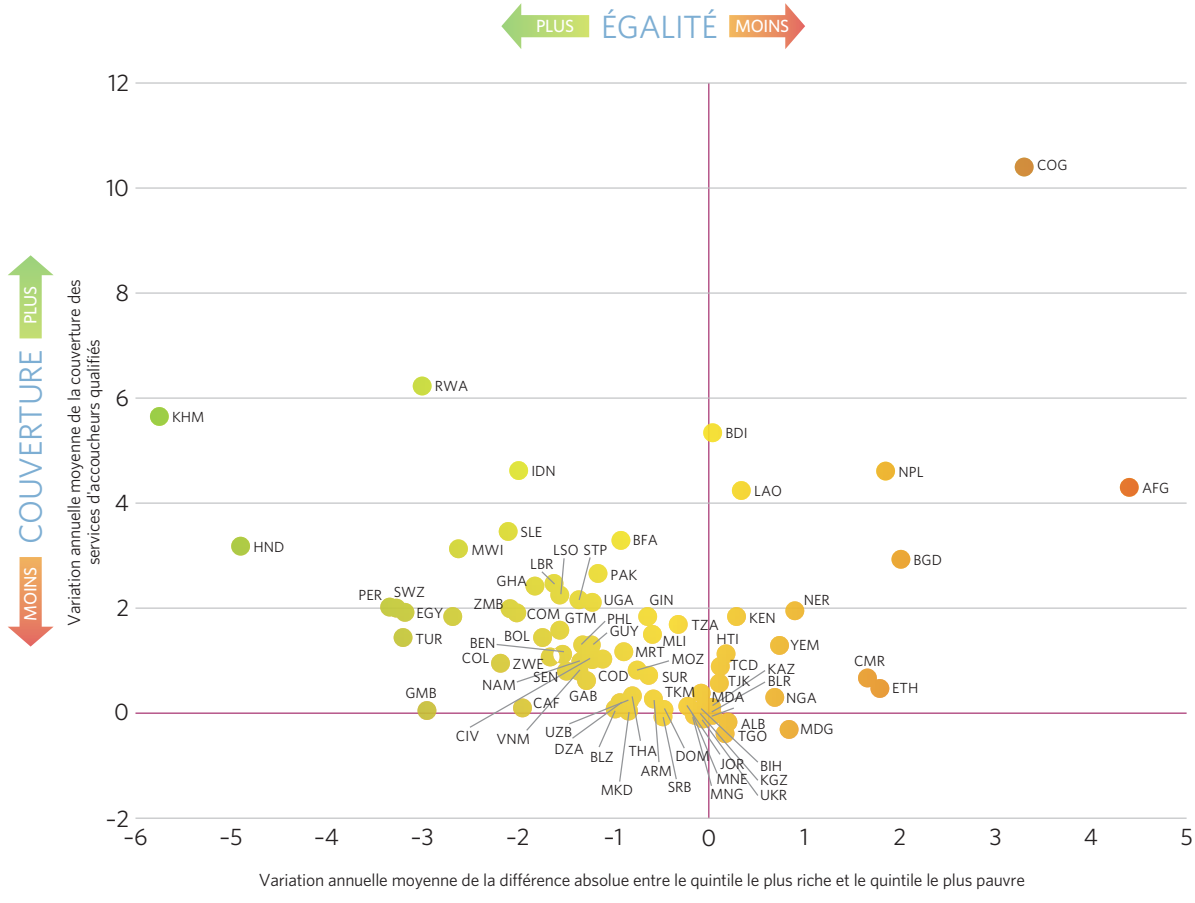
Parmi les pays analysés, la République du Congo est celui où la couverture des services d'accoucheurs qualifiés s'est le plus améliorée, et de loin — bien que les inégalités d'accès à ces services entre les quintiles de richesse aient augmenté entre 2005 et 2011 (figure 11). En 2011, le quintile le plus pauvre recourait davantage aux services d'accoucheurs qualifiés que le quintile le plus riche six ans plus tôt. Toutefois, en 2011, les femmes du quintile le plus pauvre disposaient d'un accès bien plus limité à ces services que celles des quatre autres quintiles, malgré les progrès accomplis depuis 2005.

Au Cambodge, en revanche, si l'amélioration de l'accès aux services d'accoucheurs qualifiés s'est révélée moins spectaculaire entre les deux enquêtes réalisées (2006 et 2014), ce pays est celui où les inégalités d'accès aux services ont le plus diminué (figure 11).

Inégalités en matière de santé maternelle et survie des nouveau-nés

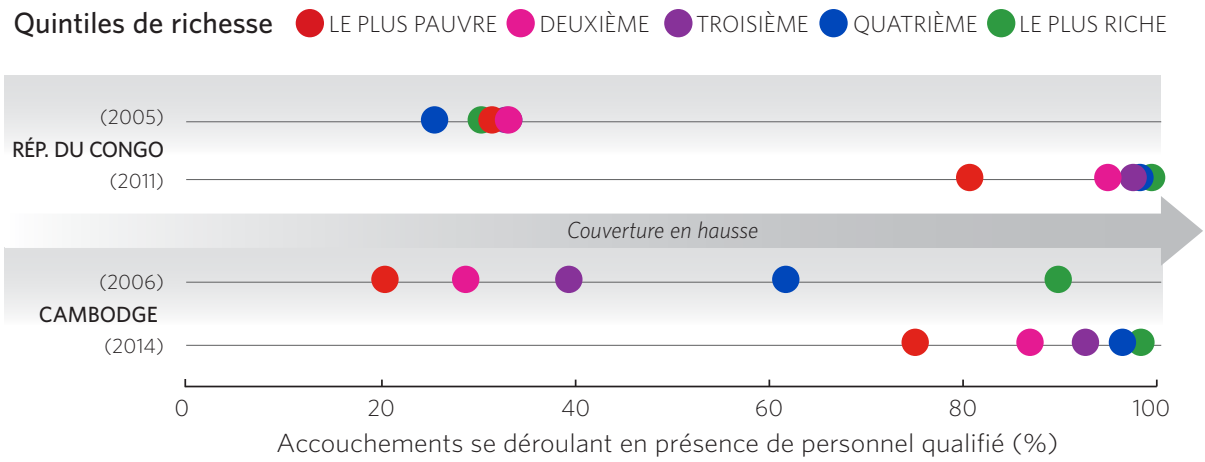
La proportion de nouveau-nés qui survivent à leur premier mois d'existence est l'un des indicateurs les plus importants de l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive et de l'égalité en la matière. Un taux de mortalité néonatale élevé témoigne d'un faible niveau de santé maternelle et du niveau insuffisant des soins obstétricaux prodigués aux mères. Les taux

FIGURE 10 Variation annuelle de la proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié, et variation annuelle de la différence entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre, 2005-2011



Les abréviations se réfèrent aux pays et territoires énumérés à la page 104.

FIGURE 11 Proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié en République du Congo (2005 et 2011) et au Cambodge (2006 et 2014), par quintile de richesse



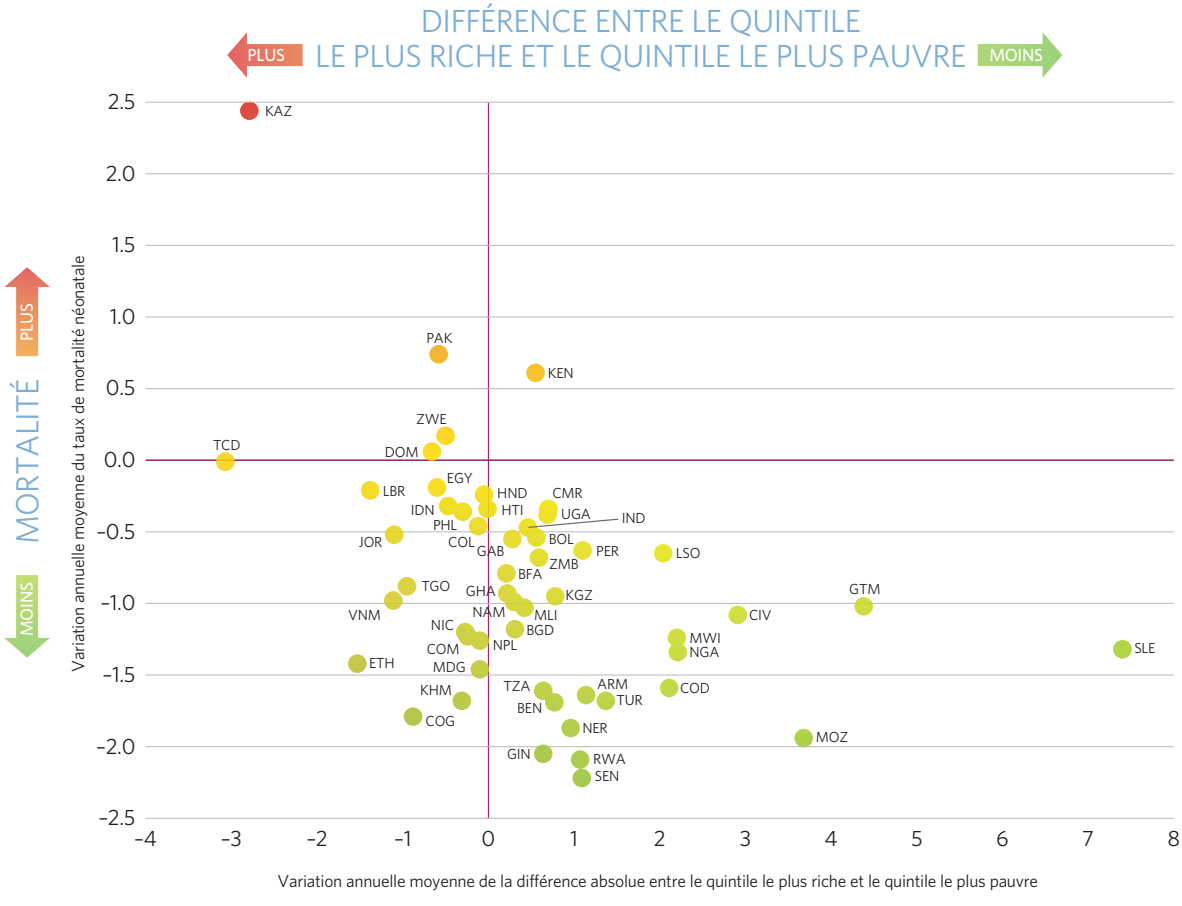
© Lynsey Addario for Time Magazine/UNFPA

de mortalité néonatale varient en fonction du lieu de résidence de la mère et du nouveau-né (milieu urbain ou rural) et du quintile de richesse auquel ils appartiennent (quintile le plus pauvre ou le plus riche).

Dans l'ensemble, la mortalité néonatale décline dans pratiquement tous les pays. Toutefois, les inégalités entre les quintiles de richesse augmentent dans la plupart d'entre eux. Sur la figure 12, les points situés sous la ligne horizontale centrale représentent les pays où, selon les données d'enquêtes récentes, le nombre de nouveau-nés survivant à leur premier mois d'existence a augmenté. En revanche, les pays situés à droite de la ligne verticale centrale ont vu les inégalités en matière de taux de survie des nouveau-nés se creuser — autrement dit, l'écart entre le taux de mortalité néonatale dans le quintile le plus riche et dans le quintile le plus pauvre a augmenté ces dernières années.

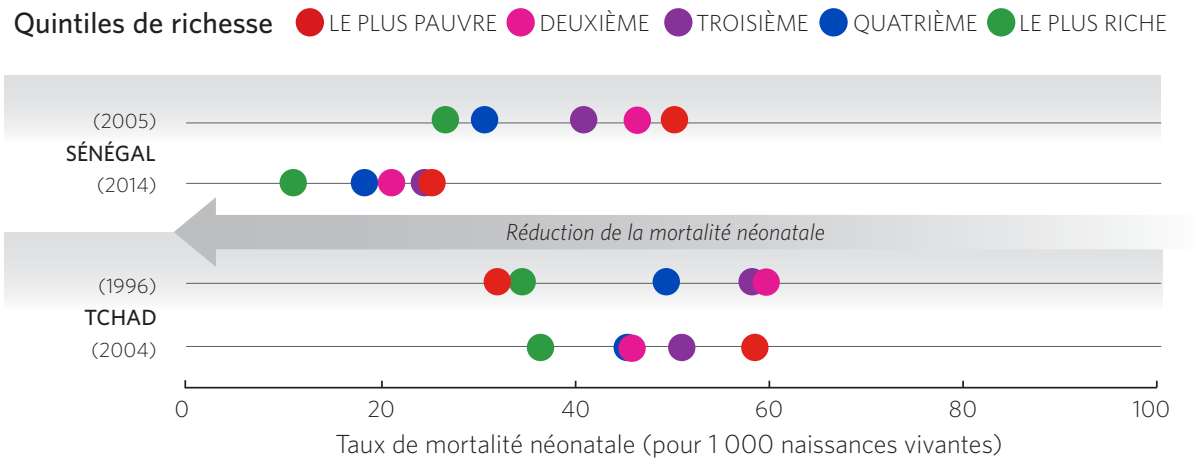
De tous les pays inclus dans ce graphique, le Sénégal est celui où la mortalité néonatale a globalement le plus diminué sur une période récente de dix ans, mais l'écart entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre pour cet indicateur a peu varié au cours de cette période (figure 13). En revanche, au Tchad, le taux de mortalité néonatale n'a pas beaucoup évolué entre 1996 et 2004. Néanmoins, ce fardeau touchait les familles de tous les quintiles de manière un peu plus égale.

FIGURE 12 **Variation annuelle du taux de mortalité néonatale, et variation annuelle de la différence entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre**



Les abréviations se réfèrent aux pays et territoires énumérés à la page 104.

FIGURE 13 Taux de mortalité néonatale au Sénégal (2005 et 2014) et au Tchad (1996 et 2004), par quintile de richesse



Vers une plus grande égalité en matière de santé et droits reproductifs

Dans les pays en développement, les difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et les problèmes de santé sont étroitement liés à la pauvreté.

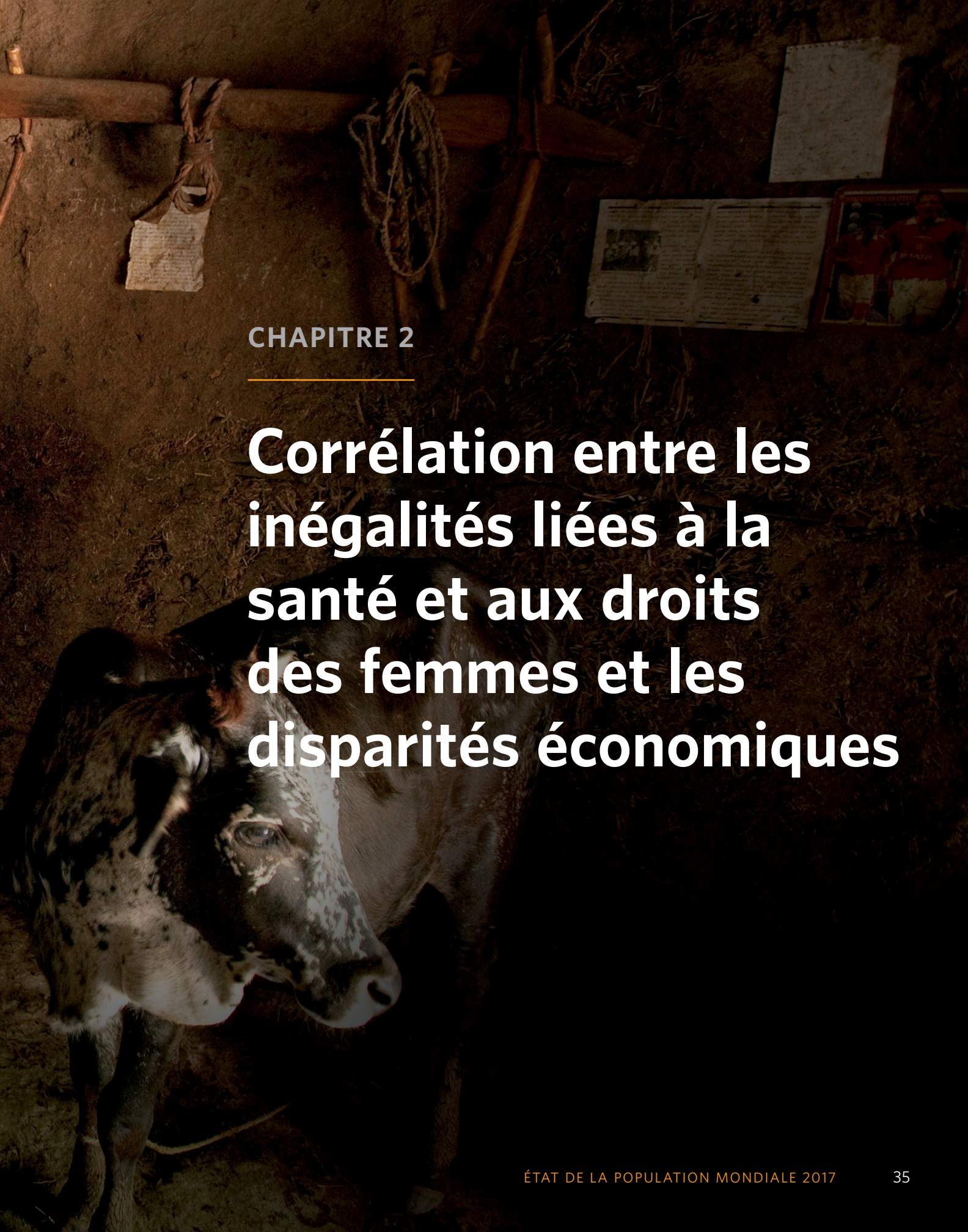
Les femmes du quintile le plus pauvre peuvent ne disposer que d'un accès restreint, voire inexistant, aux soins de santé sexuelle et reproductive, y compris à la contraception. Si c'est le cas, elles s'exposent à des grossesses non planifiées, sont plus susceptibles de tomber malades ou de décéder pendant la grossesse ou l'accouchement, et doivent accoucher seules, sans l'aide d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme. La mauvaise santé sexuelle et reproductive de ces femmes peut les priver de nombreuses opportunités, les empêcher de s'épanouir et les maintenir en bas de l'échelle économique.

Au contraire, les femmes du quintile le plus riche bénéficient généralement d'un meilleur accès aux soins et aux services, ce qui leur permet d'exercer leurs droits reproductifs. Les services offerts à ces femmes peuvent les aider à saisir des opportunités leur permettant de suivre des études supérieures, d'entrer ou de rester sur le marché du travail, d'accroître leurs revenus et de s'épanouir pleinement. Ces opportunités renforcent ou améliorent leur statut économique et social dans leur communauté et leur pays.

Bien que l'accès aux services et le niveau de santé reproductive soient en corrélation avec le degré de richesse d'une femme, et ce, quel que soit le pays, de nombreux autres facteurs sociaux, institutionnels, politiques, géographiques et économiques entrent en jeu. Les inégalités en matière de santé reproductive sont étroitement liées à la qualité et à la couverture des systèmes de santé et aux inégalités entre les sexes, lesquelles peuvent avoir de lourdes conséquences sur la capacité des femmes à contrôler leur propre santé sexuelle et reproductive.

Il est indispensable de surmonter ces obstacles et de remédier aux inégalités entre les sexes sous-jacentes pour diminuer les inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive, mais également pour réduire, éventuellement, les disparités économiques.

© Mark Tuschman



CHAPITRE 2

Corrélation entre les inégalités liées à la santé et aux droits des femmes et les disparités économiques

La capacité d'une femme à exercer ses droits reproductifs peut avoir une influence sur son épanouissement et sur ses possibilités de suivre des études ou de trouver un emploi. Si ses perspectives en matière de santé sexuelle et reproductive sont restreintes, ses choix de vie pourront aussi être limités.

Une femme qui n'a aucun contrôle sur sa fécondité ne parviendra peut-être pas à entrer sur le marché du travail parce qu'elle aura plus d'enfants que prévu, ou il sera peut-être trop difficile pour elle de conserver un emploi en raison du coût prohibitif des services de garde d'enfants. Puis, une fois sur le marché du travail, il se peut qu'elle ne bénéficie d'aucune promotion, son employeur croyant qu'elle devra quitter son emploi à cause d'une grossesse.

Dans la plupart des régions du monde, les inégalités en matière d'emploi et de rémunération reflètent celles liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs — et sont renforcées par ces dernières.

Bien que les relations entre les inégalités liées à la santé et aux droits des femmes et les disparités économiques soient complexes et souvent non linéaires, l'incidence des premières ne fait aucun doute. Les femmes les plus pauvres sont celles dont l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive est le plus limité, qui ont le plus de mal à exercer leurs droits reproductifs, qui sont les plus susceptibles d'être sans emploi ou sous-employées et de percevoir une rémunération inférieure à celle des hommes.

Les inégalités concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs sont étroitement liées aux inégalités entre les sexes. Ensemble, ces multiples facettes de l'inégalité ont de lourdes conséquences

© Chandan Khanna/AFP/Getty Images

sur pratiquement tous les aspects de la vie d'une femme, y compris sa vie professionnelle.

Santé sexuelle et reproductive, emploi et rémunération

À mesure que les taux de fécondité ont diminué partout dans le monde, la part des femmes âgées de 25 à 54 ans dans la population active a augmenté dans presque toutes les régions ces 20 dernières années (Nations Unies, 2014). Lorsque le taux d'activité des femmes est élevé, la fécondité a tendance à être plus faible, en partie parce qu'il est difficile pour les femmes de concilier leurs ambitions éducatives et professionnelles avec une grossesse et la garde des enfants. Dans les pays où la fécondité est élevée, en particulier dans les pays les moins avancés, la participation des femmes au monde du travail en tant que salariées reste faible : 20 % en Asie du Sud et 22 % en Afrique subsaharienne.

Partout dans le monde, la grossesse et l'éducation des enfants peuvent entraîner l'exclusion des femmes de la population active ou la diminution de leurs revenus.

Les difficultés sont encore plus grandes pour les femmes qui n'ont pas les moyens de décider librement de tomber enceinte ou non, ni quand et à quelle fréquence. En général, comme l'explique le chapitre 1, les femmes pauvres, peu instruites et vivant en milieu rural ont un accès plus restreint à la contraception.

Les inégalités entre les sexes, la discrimination sexiste et d'autres facteurs empêchent des millions de femmes d'accéder aux moyens de contraception modernes. Leurs maris ou conjoints peuvent faire pression sur les femmes pour qu'elles tombent enceintes le plus rapidement et le plus souvent possible. Certains prestataires de services

© Lynsey Addario/Getty Images Reportage

se voulant moralisateurs peuvent refuser de fournir une contraception à des femmes ou à des adolescentes qui ne sont pas mariées ou en couple. D'autres peuvent estimer que les décisions en matière de contraception sont l'apanage des hommes.

En outre, le taux de grossesses non planifiées est plus élevé chez les femmes qui n'ont pas accès à la contraception ou au contraceptif de leur choix. On dénombre près de 89 millions de grossesses non planifiées par an dans les pays en développement (Guttmacher Institute, 2017). Par ailleurs, les femmes pauvres sont celles dont les besoins en contraception moderne sont les moins satisfaits. L'enchaînement rapide des grossesses peut empêcher une femme d'entrer ou de rester sur le marché du travail, ou compromettre ses perspectives à long terme d'obtenir un emploi bien rémunéré.

Dans les pays en développement, 12,8 millions d'adolescentes ne bénéficient pas des services de planification familiale dont elles ont besoin (UNFPA, 2016a). Les adolescentes, notamment celles qui ne sont pas mariées ou en couple, ont plus de difficultés que les adultes à obtenir une contraception en raison de lois et politiques restrictives, de problèmes de confidentialité ou de la stigmatisation associée à une sexualité précoce. Dans de nombreux pays en développement, les adolescentes sont souvent mariées de force, généralement à un homme beaucoup plus âgé qu'elles. À cause de cette différence d'âge, il peut être plus difficile pour les jeunes filles de peser sur les décisions liées à l'utilisation de la contraception.

En 2015, on a estimé à 14,5 millions le nombre de naissances chez les adolescentes dans 156 territoires, pays et autres régions en développement (UNFPA, 2016a).

Le fait d'accoucher à 19 ans ou moins peut entraîner des risques accrus de complications et de décès maternels. En outre, devenir mère à l'adolescence peut conduire les filles à abandonner l'école et les empêcher d'acquérir d'importantes connaissances et compétences, ce qui peut par la suite limiter leurs perspectives d'emploi et de rémunération. Lorsque le taux de natalité chez les adolescentes est élevé, les inégalités salariales entre les sexes sont généralement plus marquées (figure 14).

Dans les pays en développement,
12,8 MILLIONS
d'adolescentes ne bénéficient pas des services de PLANIFICATION FAMILIALE dont elles ont besoin.

Participation inégale au monde du travail : un symptôme des inégalités sous-jacentes liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs

Environ 50 % des femmes, contre 76 % des hommes, faisaient partie de la population active mondiale en 2015 (OIT, 2016c).

Par ailleurs, les femmes ont plus de risques d'être au chômage que les hommes. À l'échelle mondiale, 6,2 % des femmes sont sans emploi, contre 5,5 % des hommes. C'est en Afrique du Nord et dans les États arabes que les différences entre les hommes et les femmes en matière de chômage sont les plus grandes (OIT, 2016c). Le chômage touche davantage les jeunes femmes que les jeunes hommes pratiquement partout. En Afrique du Nord et dans les États arabes, le taux de chômage chez les jeunes femmes s'élève à 44 %, soit presque le double du taux de chômage chez les jeunes hommes (OIT, 2016c).

Normes et attitudes nuisant à la participation des femmes au monde du travail

Les inégalités entre les sexes sont omniprésentes dans tous les pays, et des attitudes, normes, politiques et lois néfastes ou discriminatoires empêchent les femmes et les filles de développer leurs capacités, de saisir les opportunités qui s'offrent à elles, d'entrer dans la vie active, de s'épanouir pleinement et d'exercer leurs droits fondamentaux.

Les normes qui favorisent les inégalités entre les sexes non seulement influencent la capacité d'une femme

à entrer dans la vie active, mais peuvent également déterminer le type d'emploi qu'elle peut occuper et son niveau de rémunération, et entraver la progression de sa carrière. Les pays dont les normes privilégient l'emploi des hommes au détriment de celui des femmes affichent de plus fortes disparités entre les sexes dans la population active.

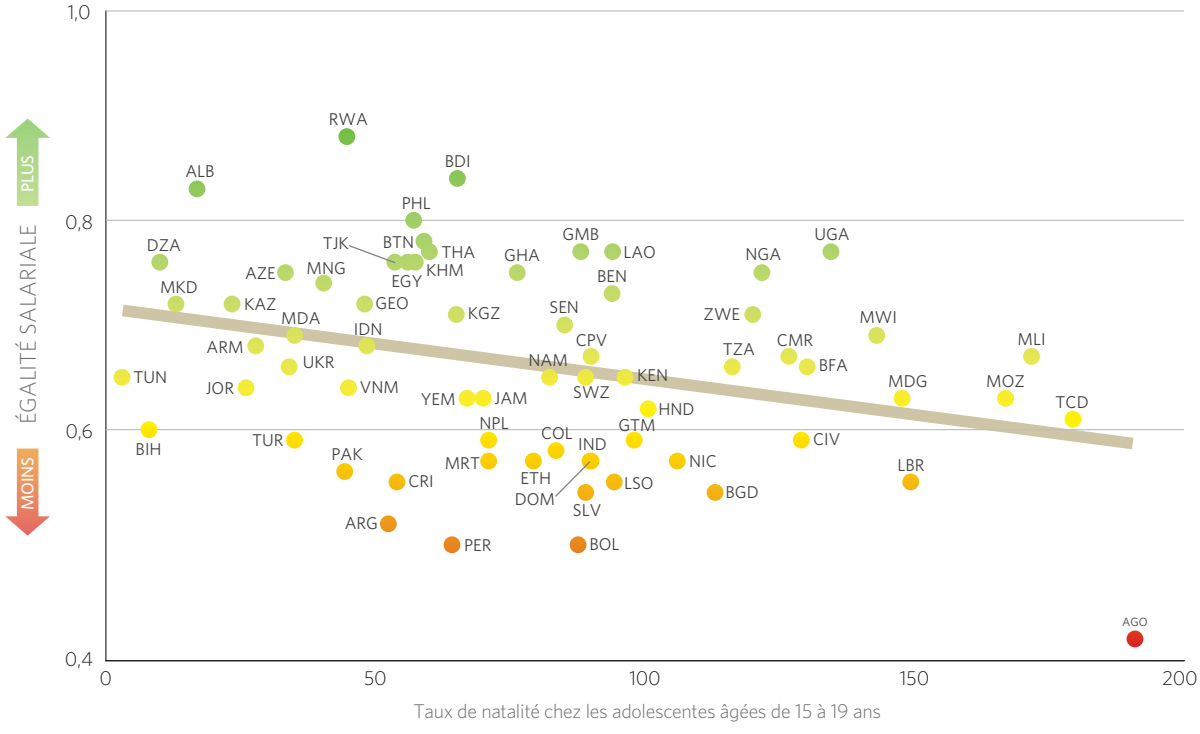
Une analyse des résultats d'une récente enquête World Values Survey menée dans 58 pays montre que la majorité des personnes s'accordent à dire que les femmes et les hommes devraient avoir le même accès aux études supérieures (figure 15). Pourtant, en matière d'emploi, la plupart considèrent que les hommes devraient avoir la priorité sur les femmes quand le travail se fait rare. Cette attitude négative à l'égard de l'égalité des sexes dans le monde du travail est plus marquée dans les pays où la part des femmes dans la population active est inférieure à celle des hommes (figure 15). Lancée en 1981, l'enquête World Values Survey examine l'évolution des valeurs et leur impact sur la vie sociale et politique dans le monde.

La discrimination institutionnelle freine la progression des femmes

La discrimination à l'égard des femmes et des filles est ancrée dans de nombreuses institutions sociales.

L'indice Institutions sociales et égalité homme-femme (ISE), établi par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), offre un aperçu global de la discrimination fondée sur le sexe dans près de 160 pays (figure 16). Cet indice examine la discrimination à l'égard des femmes et

FIGURE 14 **Corrélation entre des taux élevés de natalité chez les adolescentes et d'importantes inégalités salariales entre les sexes**



Graphique réalisé à partir d'indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable et de données du Forum économique mondial (2016). Les valeurs de l'axe des x indiquent le nombre de naissances chez les adolescentes pour 1 000 jeunes femmes de 15 à 19 ans. Les valeurs de l'axe des y mesurent le niveau d'égalité salariale entre les femmes et les hommes pour un travail similaire. Plus l'égalité salariale est proche de 1, plus la rémunération accordée aux femmes et aux hommes est semblable, à travail égal.

Les abréviations se réfèrent aux pays et territoires énumérés à la page 104.

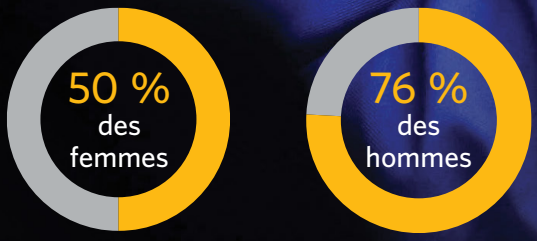
ÊTES-VOUS D'ACCORD ?

LA PARTICIPATION AU MONDE DU TRAVAIL

La majorité des personnes s'accordent à dire que les hommes et les femmes devraient bénéficier du même accès aux études supérieures, mais émettent davantage de réserves quant à l'égalité d'accès à l'emploi quand le travail se fait rare.

Le graphique sur la droite indique la proportion de personnes interrogées qui NE SONT PAS D'ACCORD avec les affirmations suivantes : « l'enseignement supérieur est plus important pour les garçons que pour les filles » et « lorsqu'il y a pénurie d'emplois, les hommes devraient avoir un droit prioritaire à l'emploi par rapport aux femmes ». La ligne grise entre les points supérieurs et inférieurs représente l'écart, pour chaque pays, entre le soutien du public en faveur de l'égalité d'accès à l'éducation et le soutien du public en faveur de l'égalité d'accès à l'emploi lorsque le travail se fait rare.

Participation au marché du travail à l'échelle mondiale



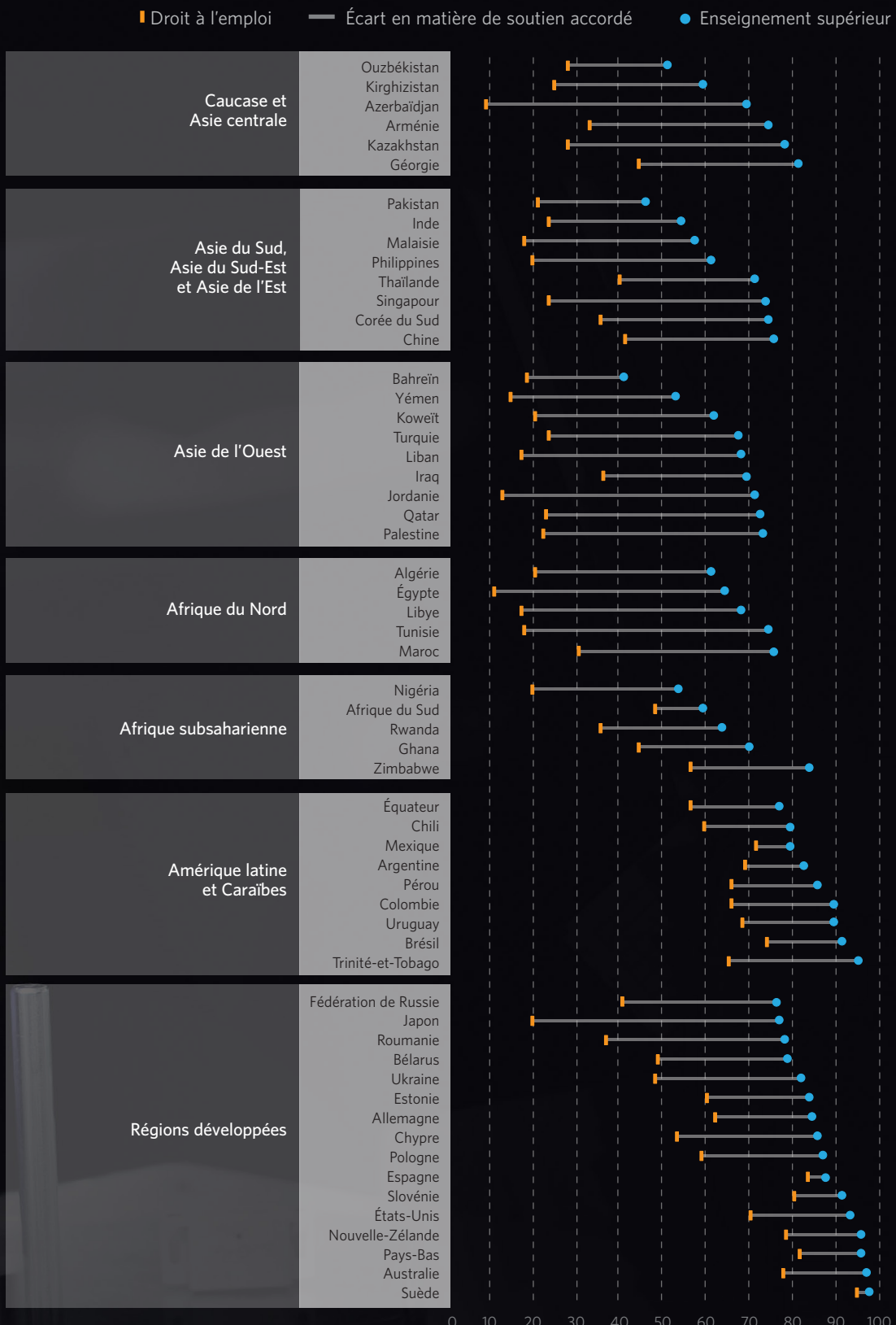
Chômage à l'échelle mondiale

6,2 % des femmes sont sans emploi

5,5 % des hommes sont sans emploi

© Monirul Bhuiyan/AFP/Getty Images

FIGURE 15 **Avis des personnes interrogées sur l'accès à l'enseignement supérieur et à l'emploi pour les hommes et les femmes**



Source : Enquête World Values Survey (n.d.)

des filles qui transparaît dans le code de la famille, la restriction de l'intégrité physique, la préférence pour les fils, l'accès limité aux ressources et aux biens, ainsi que la restriction des libertés civiles. Les indicateurs utilisés pour calculer cet indice incluent plusieurs variables, notamment les droits successoraux, le taux de mariage d'enfants et de violence sexiste, et les inégalités en matière de droits fonciers et de propriété. Cet indice prend en considération toutes les étapes de la vie afin de montrer en quoi les institutions sociales discriminatoires peuvent contribuer à la pauvreté et à l'impuissance.

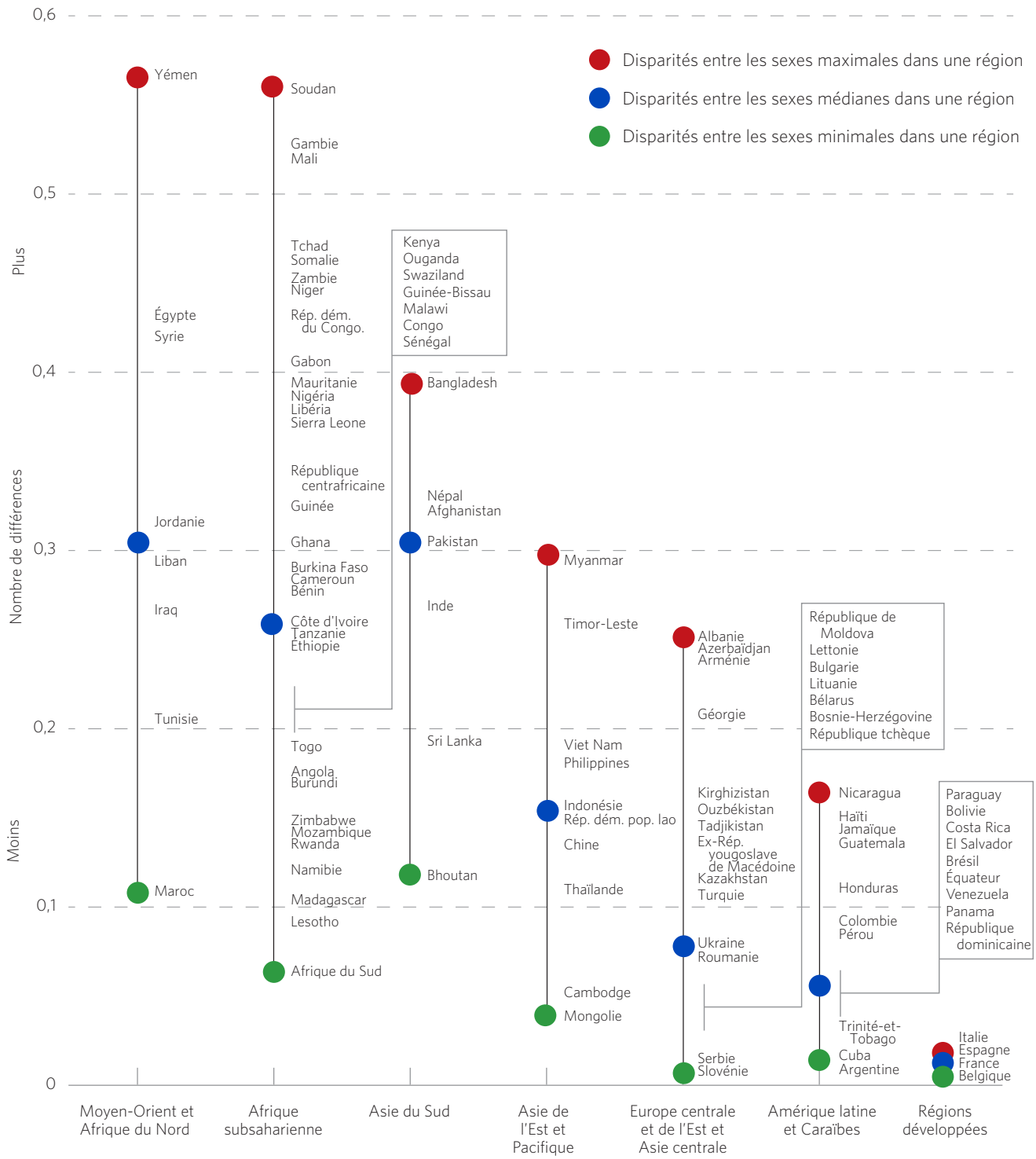
Les valeurs de l'indice ISE sont comprises entre 0 et 1, 0 indiquant une absence d'inégalités et 1, de très fortes inégalités.

Les pays affichant un très faible indice ISE (inférieur à 0,04) sont caractérisés par des lois et des mesures qui garantissent une égalité des droits dans le code de la famille, qui assurent un même accès aux ressources et aux biens, et qui promeuvent les libertés civiles des femmes. Dans la plupart de ces pays, les femmes et les hommes possèdent la même autorité parentale et les mêmes droits successoraux. Les femmes ne se heurtent à aucune restriction les empêchant d'accéder à l'espace public ou de participer à la vie politique. La préférence envers les fils ou les mutilations génitales féminines ne sont pas un problème. Cependant, les lois protégeant les femmes contre les violences peuvent rester insuffisantes, ou les pays n'ont peut-être pas pris de mesures visant à mettre en œuvre ces lois ; les femmes peuvent en outre nécessiter un meilleur accès à la justice.

À l'inverse, les pays affichant un indice ISE très élevé (supérieur à 0,35) sont caractérisés par de fortes discriminations dans leurs cadres juridiques et pratiques coutumières. Dans ces pays, environ une fille sur trois est mariée avant l'âge de 19 ans et les femmes se heurtent à de graves discriminations en matière de droits successoraux. Les droits des femmes à posséder et à contrôler la terre et d'autres ressources sont extrêmement limités, de même que leur accès à l'espace public. Leur intégrité physique fait

© UNFPA/Arvind Jodha

FIGURE 16 **Indice Institutions sociales et égalité homme-femme, par région, 2014**



l'objet de graves atteintes, qui font écho au niveau élevé d'acceptation et de prévalence des violences domestiques.

Les institutions sociales qui défavorisent les femmes et les filles dans les principaux domaines de leur vie entravent également leur entrée dans la vie active.

La législation peut exclure les femmes du monde du travail

Les lois peuvent refléter ou renforcer les normes et attitudes discriminatoires qui empêchent les femmes d'entrer dans la vie active ou maintiennent leurs revenus à un niveau inférieur à celui des hommes. La figure 17 présente des pays dont les systèmes juridiques perpétuent les inégalités entre les sexes dans les domaines du droit pénal, de la famille et du travail.

Par exemple, certaines lois peuvent empêcher les femmes de travailler ou d'exercer certains types d'emplois. Une étude a révélé que dans 128 des 143 pays examinés, au moins un obstacle juridique empêchait les femmes d'accéder à certains débouchés économiques (Fondation Clinton et Bill and Melinda Gates Foundation, 2015). Dans 18 pays, les hommes peuvent légalement interdire à leur femme de travailler à l'extérieur du foyer (Banque mondiale, 2015).

Les inégalités entre les sexes concernent également les lois relatives à la propriété et à l'héritage (Banque mondiale, 2015). De même, il existe dans certains pays des lois qui restreignent l'accès des femmes aux services bancaires et aux crédits, ce qui peut diminuer leurs perspectives de revenu.

L'accès à la propriété améliore la sécurité et les perspectives financières, et peut renforcer le pouvoir de négociation au sein du foyer. En Colombie, par exemple, un récent rapport a révélé que les femmes propriétaires étaient plus susceptibles de se déplacer librement, de négocier leur droit au travail et de contrôler leurs revenus (Banque mondiale, 2015).

En ce qui concerne le travail rural, lorsque les femmes ne bénéficient d'aucune sécurité en matière d'occupation des terres et ne peuvent accéder à des crédits et à des intrants agricoles, les rendements agricoles — et donc les revenus qui en découlent — sont plus faibles.

Dans le monde de l'entreprise, lorsque les femmes n'ont pas accès aux ressources productives en raison de pratiques discriminatoires ou d'autres facteurs, les sociétés dirigées par des femmes ont plus de mal à être aussi productives et rentables que celles dirigées par des hommes (Banque mondiale, 2012).

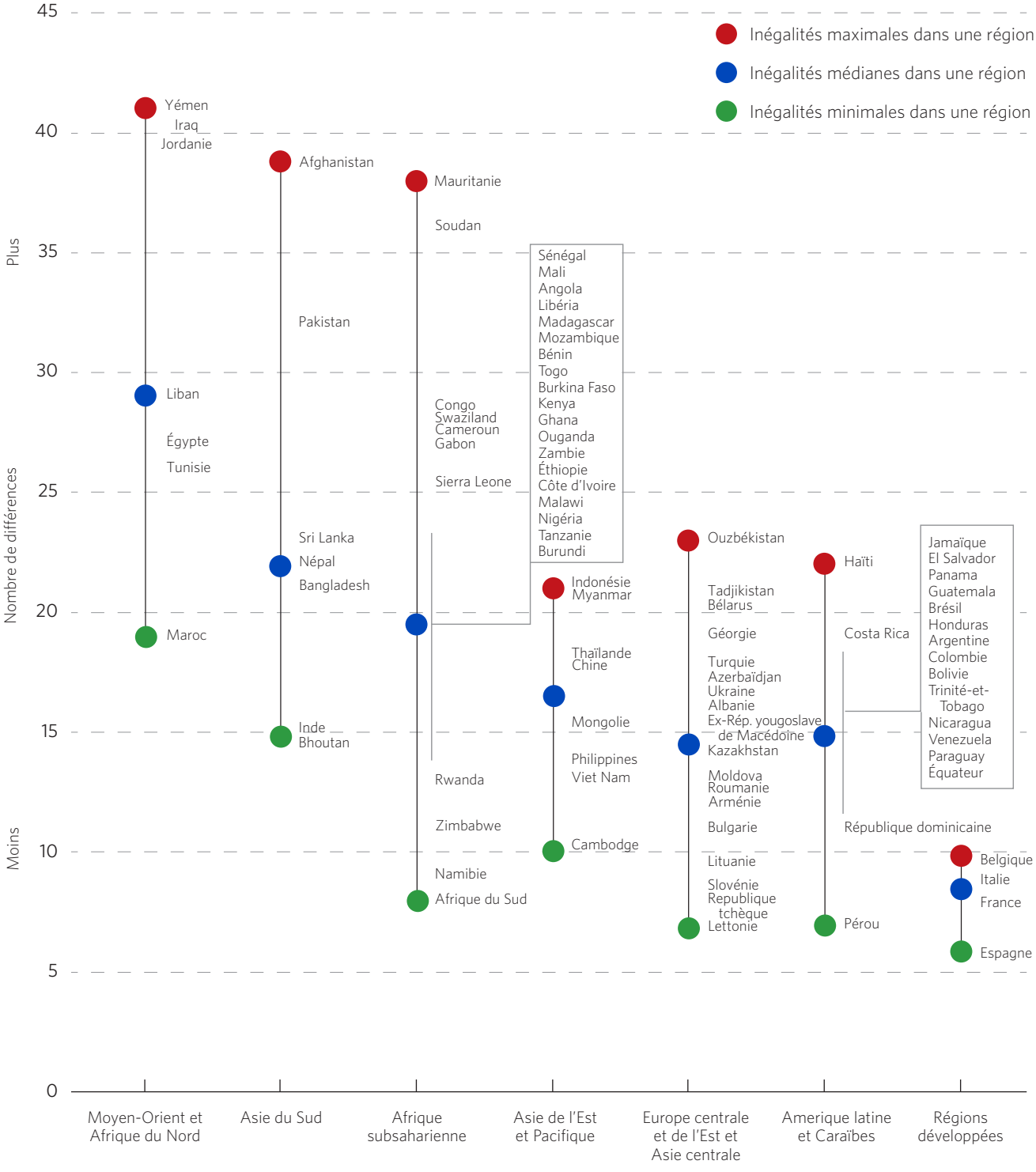
46 pays sur 173
ne possédaient pas de LOI RELATIVE AUX VIOLENCES DOMESTIQUES.

Les lois — ou leur absence ou leur mauvaise application — peuvent avoir un impact sur la santé et le bien-être des femmes, et donc influencer leur participation au monde du travail et leur capacité à gagner leur vie. De mauvais mécanismes de protection juridique contre la violence sexiste ou l'incapacité à appliquer de telles lois peuvent en outre entraîner un handicap ou un préjudice physique et psychologique durable (Banque mondiale, 2015). Partout dans le monde, on estime que près d'une femme sur trois subit des violences sexistes au cours de sa vie (OCDE, 2014).

Selon un rapport de la Banque mondiale, 46 des 173 pays examinés ne possédaient pas de loi relative aux violences domestiques, et 41 d'entre eux ne disposaient d'aucune loi concernant le harcèlement sexuel (Banque mondiale, 2015).

Par ailleurs, les lois protégeant contre la « violence économique » sont rares (Banque mondiale, 2015). La violence économique se manifeste quand une femme n'a pas les moyens économiques de mettre fin à une relation abusive, soit parce que son partenaire contrôle les ressources économiques, soit parce qu'il l'empêche de trouver ou de conserver un emploi.

FIGURE 17 **Systèmes juridiques perpétuant les inégalités entre les sexes dans les domaines du droit pénal, de la famille et du travail, 2015**



Analyse d'après Iqbal *et al.* (2016)

Omniprésence des inégalités entre les sexes dans les catégories d'emploi

Les statistiques relatives aux taux d'activité globaux dissimulent des inégalités considérables concernant les types d'emploi occupés par les hommes et les femmes et les risques économiques auxquels font face certaines catégories de travailleurs.

Lorsque les femmes participent à la population active, elles travaillent davantage dans des entreprises familiales que les hommes, et moins comme salariées (figure 18).

Selon l'Organisation internationale du Travail, les « salariés » sont des personnes titulaires d'un contrat de travail explicite ou implicite. Les « employeurs » travaillent à leur compte et engagent une ou plusieurs personnes pour travailler dans leur entreprise en tant qu'employés. Les « travailleurs à leur compte » sont des personnes qui exercent un emploi indépendant.

Les « travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale » travaillent dans une entreprise axée sur le marché appartenant à un membre de la famille vivant dans le même foyer, principalement en milieu rural, dans des pays en développement. Même si cette forme d'emploi permet d'augmenter les revenus de la famille, le travailleur concerné n'est généralement pas rémunéré. Les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale et les travailleurs à leur compte étant moins susceptibles de posséder un emploi formel, ces catégories ont plus de risques d'être exclues des régimes de sécurité sociale et de retraite ainsi que de la législation en matière de protection de l'emploi. Par conséquent, l'Organisation internationale du Travail considère ces deux groupes de travailleurs comme vulnérables (OIT, 2016b).

À l'échelle mondiale, l'emploi vulnérable touche un peu moins de la moitié de la population active, et les hommes ont autant de risques que les femmes d'être concernés. Néanmoins, les femmes sont surreprésentées parmi les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale dans toutes les régions où cette catégorie existe.

Au cours des 20 dernières années, au niveau mondial, la part des femmes collaborant à l'entreprise familiale a diminué, passant de 36 % à 16 % — et ce, parallèlement à la diminution de la part des femmes travaillant dans le secteur agricole, sauf en Afrique subsaharienne et en Afrique du Nord. Cette catégorie d'emploi reste néanmoins répandue en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud, en Afrique du Nord, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique.

Dans tous les pays d'Afrique subsaharienne, la proportion de travailleurs possédant un emploi informel est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

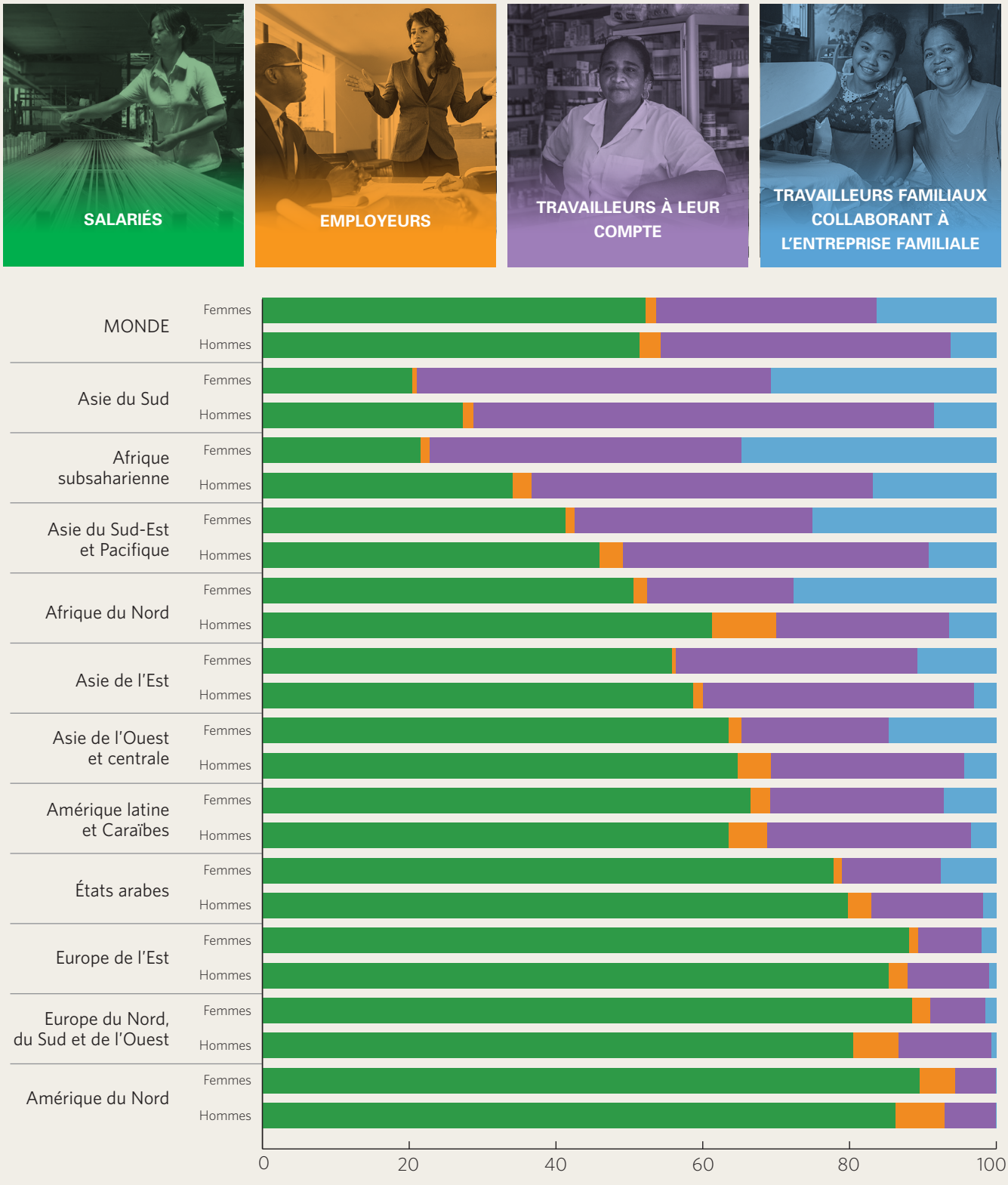
Inégalités liées aux droits reproductifs, inégalités entre les sexes et inégalités de revenus

Lorsqu'elles font partie de la population active rémunérée, les femmes gagnent moins que les hommes à travail égal, et ce, partout dans le monde. En outre, elles occupent plus fréquemment des emplois peu qualifiés et peu rémunérés, et elles passent moins de temps à exercer une activité génératrice de revenus et plus de temps à s'occuper gratuitement de leur foyer.

Dans tous les pays, le niveau de revenu des femmes par rapport à celui des hommes dépend d'une multitude de facteurs, notamment du niveau d'études, de l'étendue des normes et pratiques sexistes dans la sphère privée et dans le monde du travail, des opportunités professionnelles existantes et du degré d'influence des femmes sur les décisions liées à la grossesse (le fait de tomber enceinte ou non, et quand et à quelle fréquence).

L'écart de rémunération entre les sexes correspond à la différence, en pourcentage, entre la rémunération moyenne des femmes et celle des hommes (figure 19). L'écart mondial de rémunération entre les sexes est d'environ 23 %. Autrement dit, les femmes gagnent 77 % du salaire des hommes (OIT, 2016c). À l'échelle mondiale, l'écart entre les sexes s'est quelque peu résorbé ces dernières années, mais les progrès sont lents.

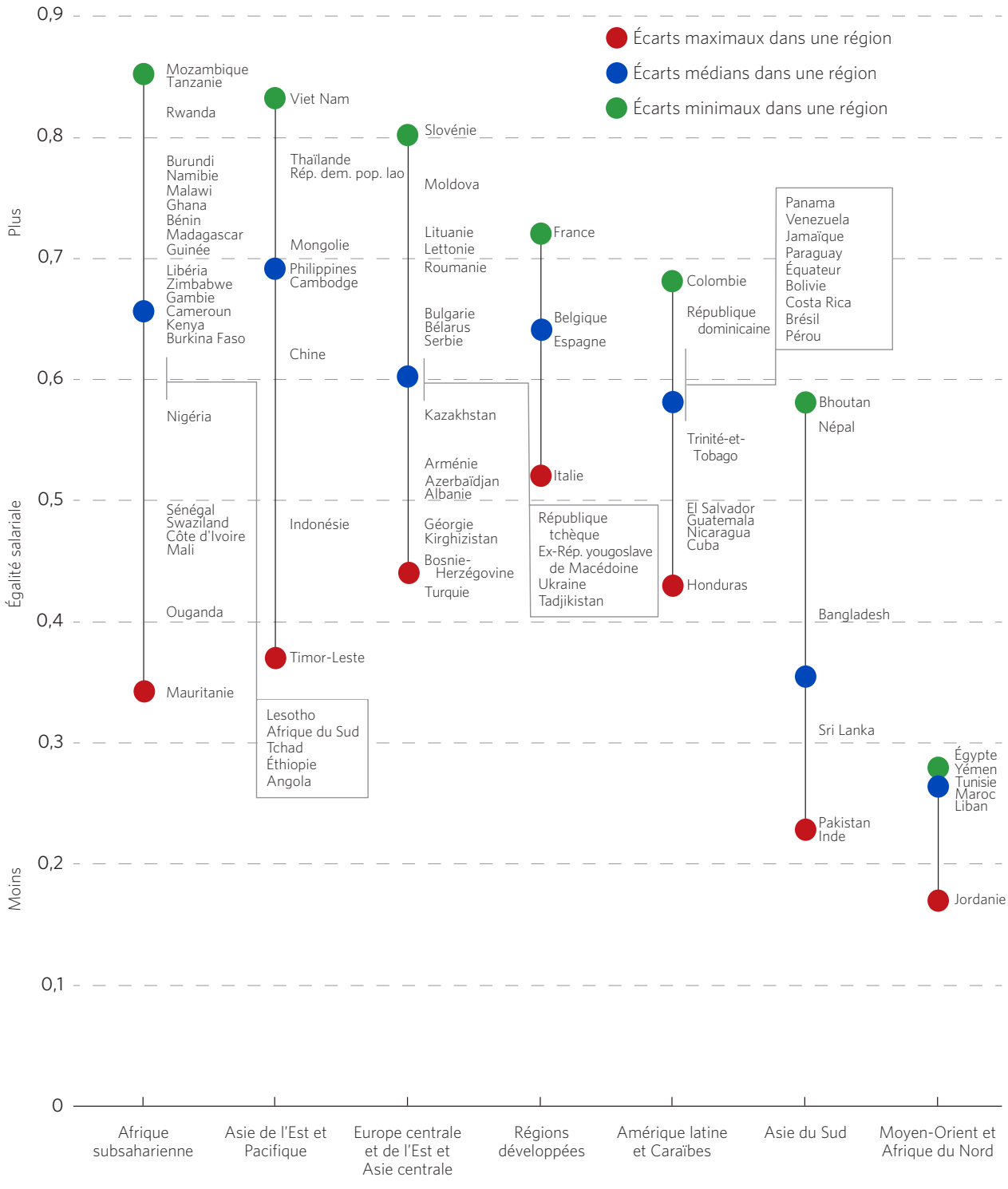
FIGURE 18 Catégories de travail et d'emploi, par sexe



Source : OIT (2016c)

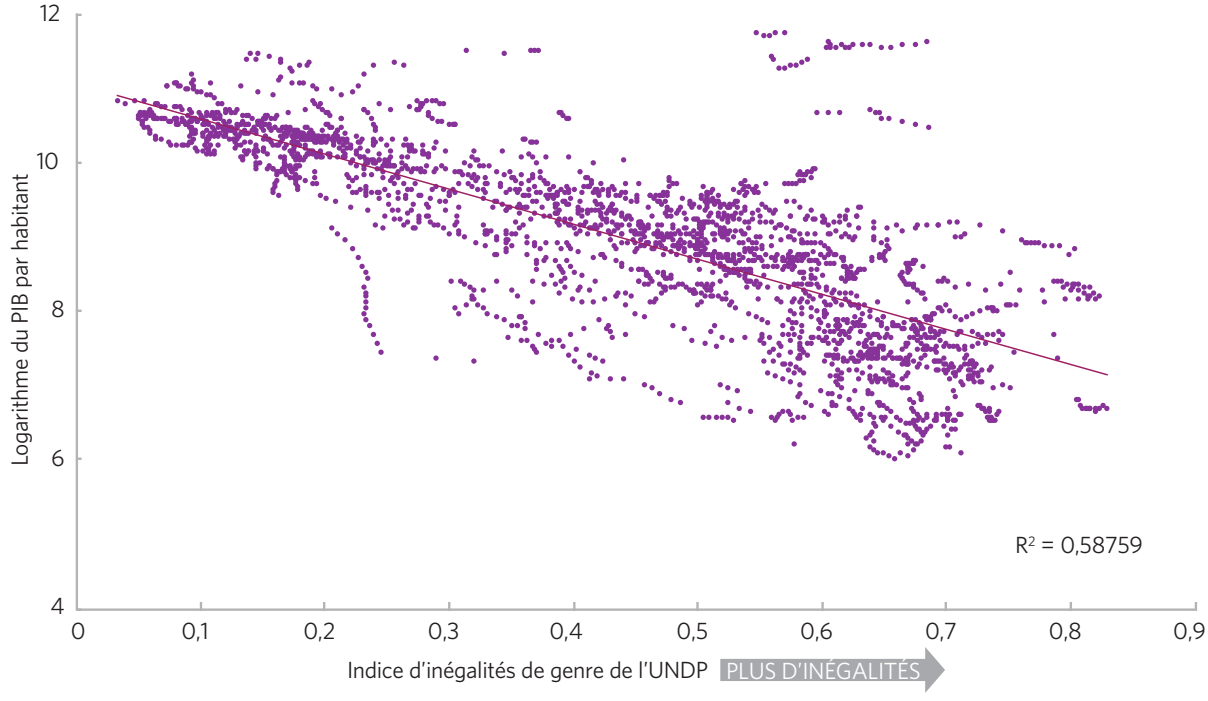
Photos, de gauche à droite : © 2012 Jose Carlos Alexandre, avec l'aimable autorisation de Photoshare; © Elnari/stock.adobe.com ©UNFPA/Daniel Baldotto; ©Paula Bronstein/Getty Images Reportage

FIGURE 19 Écarts de rémunération entre les sexes, en ratio de revenus moyens femmes-hommes, 2016



Réalisé à partir de données du Forum économique mondial et selon une méthodologie mise en place par le Programme des Nations Unies pour le développement, ce graphique montre, pour 90 pays, les différences entre les revenus moyens des hommes et des femmes sous la forme d'un ratio. Plus les valeurs sont élevées, plus l'égalité salariale entre les hommes et les femmes est forte. Une valeur égale à 1 correspond à une égalité totale entre les revenus des hommes et des femmes.

FIGURE 20 **Un produit intérieur brut par habitant plus élevé est lié à des inégalités entre les sexes plus faibles**



Source : Gonzales *et al.* (2015a)

Au rythme actuel, il faudra plus de 70 ans pour parvenir à un niveau de rémunération égal entre hommes et femmes (OIT, 2016c).

Les inégalités entre les sexes dans l'éducation diminuent les revenus des femmes

L'entrée dans la vie active et le niveau de revenu dépendent en partie du niveau d'études, de la qualité de l'enseignement reçu et de la pertinence des études par rapport au marché du travail. Les inégalités entre les sexes peuvent compromettre la réussite scolaire et réduire les perspectives de revenu des femmes.

On estime que 758 millions d'adultes dans le monde sont analphabètes ; 479 millions d'entre eux sont des femmes et 279 millions sont des hommes (Institut de statistique de l'UNESCO, 2016). L'illettrisme est un reflet de la discrimination sexiste et un facteur de la perpétuation de la pauvreté des femmes.

Les analphabètes gagnent jusqu'à 42 % de moins que les personnes qui savent lire et écrire. En outre, l'illettrisme peut empêcher de suivre une formation professionnelle qui pourrait contribuer à augmenter les revenus (World Literacy Foundation, 2015).

Bien que la parité des sexes soit pratiquement atteinte dans l'enseignement primaire à l'échelle mondiale, on observe d'importants écarts entre les sexes dans les effectifs de certains pays, ce qui signifie que des millions de filles en âge de suivre un enseignement primaire ne vont pas à l'école. Les écarts entre les sexes s'amplifient dans les effectifs de l'enseignement secondaire dans les États arabes, en Afrique orientale et australe, ainsi qu'en Afrique occidentale et centrale. Or, un niveau d'études élevé est en corrélation avec un niveau élevé de revenus par la suite.

Outre le niveau d'études, la qualité de l'enseignement reçu, telle que mesurée par les acquis cognitifs, peut également contribuer à l'amélioration des revenus. Les capacités cognitives d'une population sont grandement liées aux revenus individuels, à la répartition des revenus et à la croissance économique (Tembon et Fort, 2008).

Parmi les filles et les garçons scolarisés dans un établissement d'enseignement secondaire, une fraction seulement achève le deuxième cycle du secondaire. Dans les pays les moins avancés, par exemple, 20 % des garçons achèvent le deuxième cycle du secondaire, contre seulement 15 % des filles (UNICEF, 2016). Les jeunes qui ne terminent pas leur scolarité ne disposent pas des compétences et des connaissances nécessaires pour occuper des emplois mieux payés.

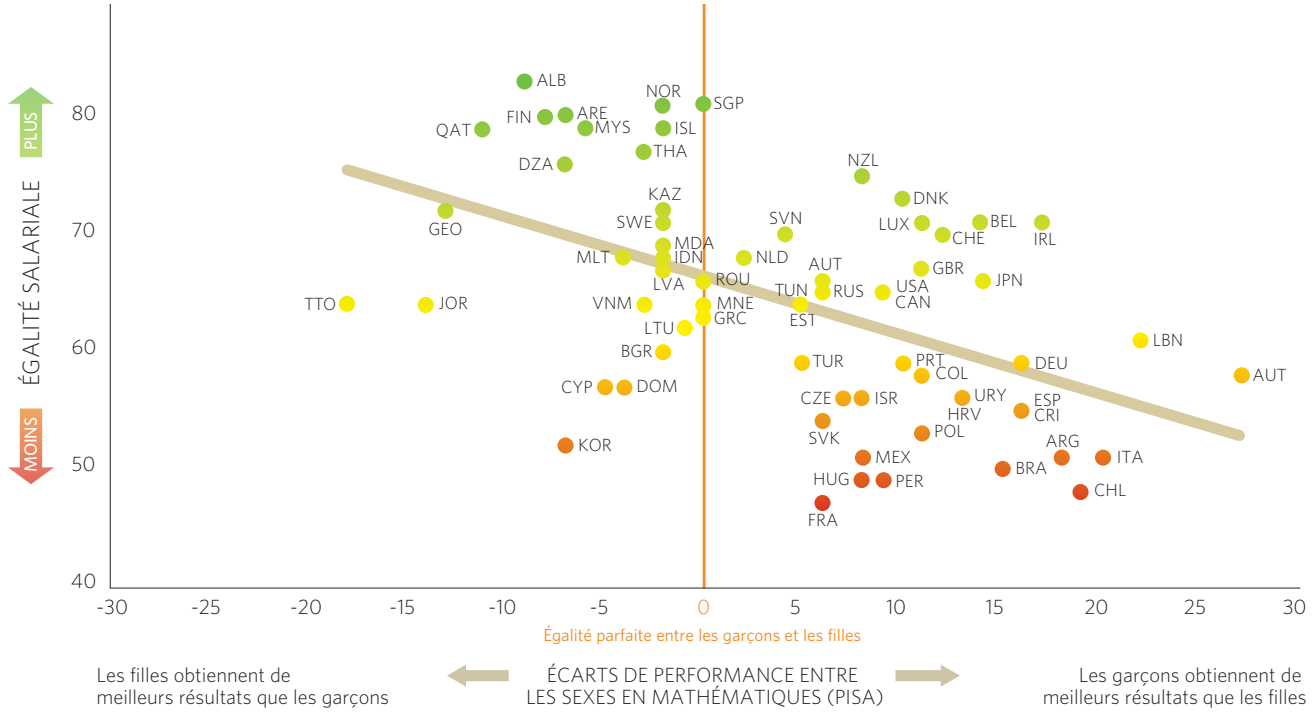
Des pratiques discriminatoires ou des pressions insidieuses ou manifestes exercées par les enseignants peuvent conduire les filles à abandonner les cours avancés de mathématiques et de sciences ou les exclure de ces cours, limitant ainsi leurs perspectives professionnelles (Bassi *et al.*, 2016 ; UNICEF, n.d.).

Le niveau d'études en mathématiques est un bon indicateur des possibilités de carrière et des revenus espérés à l'avenir (Nollenberger *et al.*, 2016). Il existe en effet une forte corrélation entre les écarts entre les sexes en mathématiques et les inégalités salariales (figure 21).

Par ailleurs, il a été démontré que l'éducation réduisait l'incidence des grossesses précoces. Plus la scolarité d'une fille est longue, moins elle a de risques de se marier ou de tomber enceinte prématurément (figure 22), ce qui entraîne des conséquences à long terme sur la participation au monde du travail et les revenus perçus tout au long de la vie.

Si les filles ne disposent pas des mêmes possibilités d'éducation que les garçons, leurs futurs revenus

FIGURE 21 **Égalité salariale et performances des filles et des garçons aux tests de mathématiques**



Graphique réalisé à partir des données de l'OCDE (2015) et du Forum économique mondial (2016a). Le Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA) de l'OCDE est une évaluation internationale standardisée des connaissances des élèves dans des domaines fondamentaux. Les écarts de performance entre les sexes en mathématiques établis par le programme PISA correspondent à la différence entre les résultats moyens des garçons et des filles aux tests de mathématiques. Plus le score PISA est élevé, plus les écarts entre les sexes sont importants. Un score PISA négatif signifie que les filles ont obtenu de meilleurs résultats que les garçons en mathématiques.

Source : OIT (2016a)

Les abréviations se réfèrent aux pays et territoires énumérés à la page 104.

FIGURE 22 Les conséquences de l'éducation sur la fécondité

	MARIAGES D'ENFANTS *Toutes les filles âgées de 15 ans ou moins en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud et de l'Ouest*	GROSSESSES PRÉCOCES *Toutes les filles âgées de 17 ans ou moins en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud et de l'Ouest*	TAUX DE FÉCONDITÉ *Nombre moyen de naissances par femme en Afrique subsaharienne*
Avec le niveau d'études actuel chez les filles	**2 867 000**	**3 397 000**	**6,7**
Si toutes les filles suivaient un enseignement primaire	**2 459 000** ⬇ 14 % DE MARIAGES EN MOINS	**3 071 000** ⬇ 10 % DE GROSSESSES PRÉCOCES EN MOINS	**5,8** ⬇ 13 % DE NAISSANCES EN MOINS PAR FEMME
Si toutes les filles suivaient un enseignement secondaire	**1 044 000** ⬇ 64 % DE MARIAGES EN MOINS	**1 393 000** ⬇ 59 % DE GROSSESSES PRÉCOCES EN MOINS	**3,9** ⬇ 42 % DE NAISSANCES EN MOINS PAR FEMME

Source : UNESCO et EFA-GMR (2013)

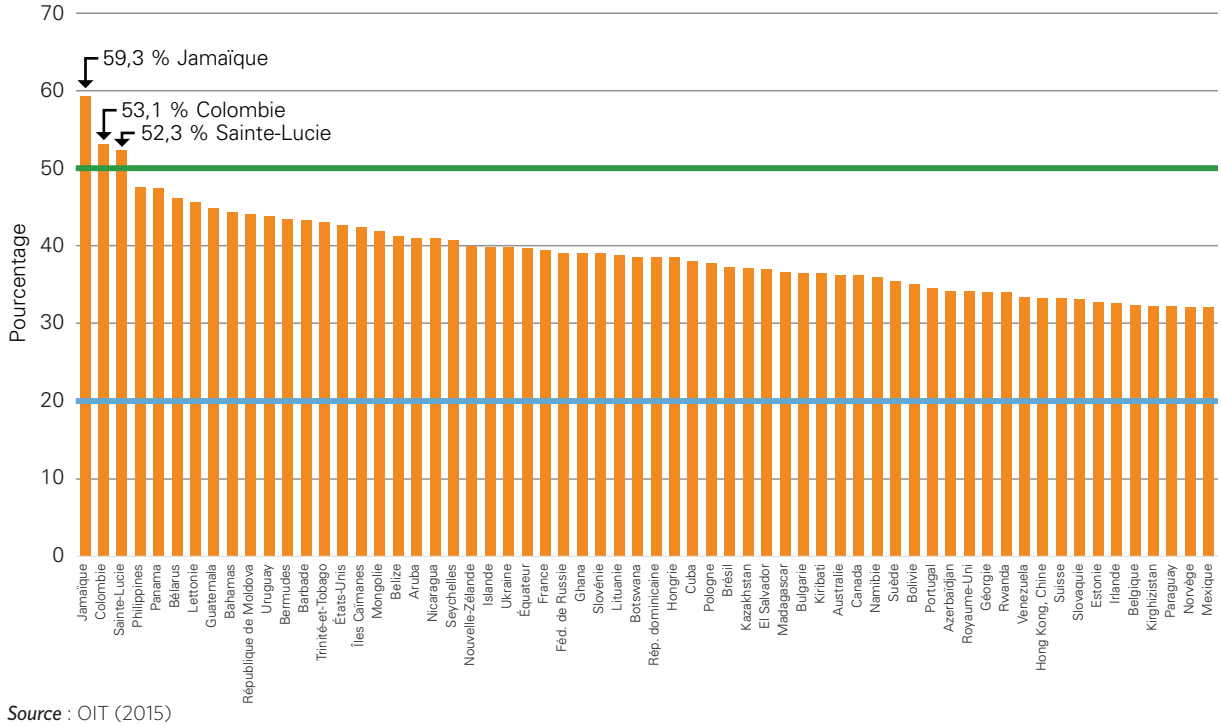
© Mark Tuschman

seront inférieurs à ceux des garçons. Il a été démontré que le déploiement d'efforts ciblés visant à améliorer l'égalité dans l'éducation permet de réduire les écarts de rémunération entre les sexes. Par exemple, au Pakistan, les femmes qui ont arrêté l'école en primaire gagnent 51 % des revenus des hommes, tandis que les femmes ayant suivi des études secondaires gagnent 70 % des revenus des hommes (UNESCO, 2013). L'éducation des femmes est en outre essentielle à la garantie des moyens d'existence : en Jordanie, en milieu rural, 25 % des femmes ayant arrêté l'école en primaire travaillent sans recevoir de rémunération, contre seulement 7 % des femmes ayant suivi des études secondaires (UNESCO, 2013).

L'égalité d'accès à un enseignement de qualité permet non seulement de lutter contre le dénuement absolu en donnant aux individus les moyens de sortir de la pauvreté, mais augmente aussi globalement la productivité et l'innovation à l'échelle nationale en élargissant considérablement les possibilités de chacun d'acquérir des compétences, de trouver sa voie et de déterminer ses futurs domaines de travail. Le renforcement des capacités collectives de la population contribue à la croissance des économies nationales.

Par ailleurs, il a été démontré que les inégalités dans l'éducation étaient l'une des causes d'une croissance ralentie du revenu par personne. Sur une période de 45 ans, la croissance annuelle moyenne du revenu par habitant a été de 0,8 % en Afrique subsaharienne, contre une croissance moyenne de 3,4 % en Asie de l'Est et dans le Pacifique, où l'individu moyen passe 2,7 années de plus à l'école (UNESCO, 2013). On estime que la différence de niveau d'éducation dans ces deux régions pourrait expliquer environ la moitié de la différence de croissance économique. Si les inégalités dans l'éducation étaient inférieures de moitié en Afrique subsaharienne, le taux de croissance annuel entre 2005 et 2010 aurait été environ 47 % plus élevé (UNESCO, 2013).

FIGURE 23 Pourcentage de responsables étant des femmes



Source : OIT (2015)

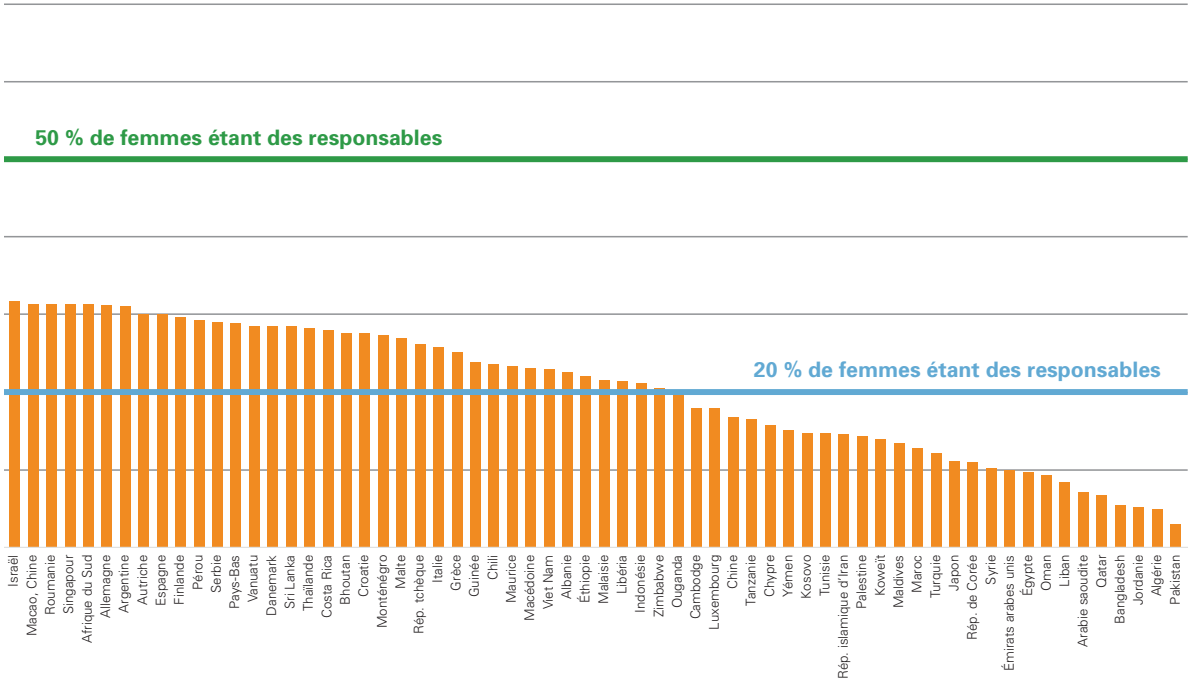
Les revenus inférieurs des femmes vont de pair avec des perspectives d'emploi restreintes

L'écart de rémunération entre les hommes et les femmes dépend en partie de la profession et du poste occupé. Généralement, les hommes travaillent dans des secteurs plus rémunérateurs et occupent des fonctions plus élevées. Cette inégalité dans la répartition des secteurs d'activité contribue aux écarts de rémunération (Ñopo, 2012).

Les inégalités entre les sexes en matière d'emploi se manifestent dans la proportion plus faible de femmes occupant des postes à responsabilité dans les entreprises (figure 23). Sur un groupe de 126 pays, territoires et autres régions examinés, la Colombie, la Jamaïque et Sainte-Lucie sont les seuls territoires où au moins la moitié des postes de responsables sont occupés par des femmes. Dans la plupart des cas, les femmes représentent 20 à 40 % de l'ensemble des responsables ; dans 27 pays ou territoires, elles représentent moins de 20 % des responsables.

Dans les pays à revenu élevé, les principaux secteurs d'activité des femmes sont la santé et l'éducation, qui emploient plus de 30 % de toutes les femmes présentes sur le marché du travail. Dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, l'agriculture reste le débouché majeur des femmes. En Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, le secteur agricole emploie plus de 60 % des femmes qui travaillent, qui doivent ainsi se contenter d'emplois mal rémunérés, saisonniers et précaires (OIT, 2016c).

Partout dans le monde, la part des femmes travaillant dans les secteurs de l'ingénierie est faible ; elle est même encore plus faible dans le secteur informatique (OCDE, 2007). Dans la plupart des pays développés, les femmes représentent entre 25 et 35 % des chercheurs dans les secteurs technologiques ; dans certains d'entre eux, comme le Japon et la République de Corée, elles représentent même moins de 15 % des chercheurs (OCDE, 2007). Les femmes représentent



10 % des diplômés en informatique en Belgique, aux Pays-Bas et en Suisse.

Une fois dans la vie active, les femmes travaillent généralement dans les secteurs sociaux comme l'éducation, qui offrent de plus faibles niveaux de rémunération, tandis que les hommes travaillent généralement dans les secteurs financiers ou techniques où les salaires sont plus élevés.

Dans l'économie mondialisée dans laquelle nous vivons aujourd'hui, où la technologie est primordiale, les diplômés possédant un haut niveau d'études, en particulier dans les filières techniques, sont de plus en plus recherchés par les employeurs. Les diplômés possédant des compétences techniques ont donc des exigences salariales plus élevées. Le lien entre les compétences et le salaire n'est pas linéaire, mais exponentiel (Autor *et al.,* 2006 ; Bertrand *et al.,* 2010 ; Goos *et al.,* 2009). Cela entraîne un accroissement de l'écart de rémunération entre les travailleurs hautement et peu qualifiés (Dabla-Norris *et al.,* 2015). Étant donné les inégalités d'accès à l'éducation entre les hommes et les femmes, cela signifie que ces dernières sont encore plus défavorisées en matière d'opportunités professionnelles et de perspectives de revenus.

Par ailleurs, dans les sociétés mondialisées et avancées sur le plan technologique, Internet et les services mobiles sont de plus en plus importants. Les personnes qui n'ont pas accès à ces services sont non seulement déconnectées, mais également de plus en plus défavorisées sur le plan personnel et professionnel (Woetzel *et al.,* 2015). Ainsi, la fracture numérique renforce les disparités entre les sexes en matière de perspectives économiques, puisque, à l'échelle mondiale, les femmes ont moins accès aux technologies de l'information et de la communication que les hommes. Partout dans le monde, les femmes sont en moyenne 14 % moins susceptibles que les hommes de posséder un téléphone portable. Une étude sur l'accès à Internet menée en 2012 dans 144 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a révélé que les femmes disposaient d'un accès 25 % inférieur à celui des hommes (Intel, 2012). En Afrique subsaharienne, cet écart atteint même près de 45 %.

Cet accès plus limité des femmes aux technologies de l'information et de la communication reflète en partie le manque d'argent nécessaire à leur acquisition et les normes qui dissuadent les femmes de les utiliser (Antonio et Tuffley, 2014 ; Gillwald *et al.,* 2010 ; GSMA, 2015 ; Hilbert, 2011 ; Intel, 2012).

Outre les perspectives professionnelles plus limitées qui s'ouvrent à elles, les femmes ont plus de mal à accéder aux ressources financières et aux services bancaires traditionnels. Ainsi, dans certaines régions, même si une femme perçoit la même rémunération qu'un homme, elle ne peut pas déposer son salaire sur un compte bancaire ou faire des investissements qui pourraient l'aider à augmenter ses revenus.

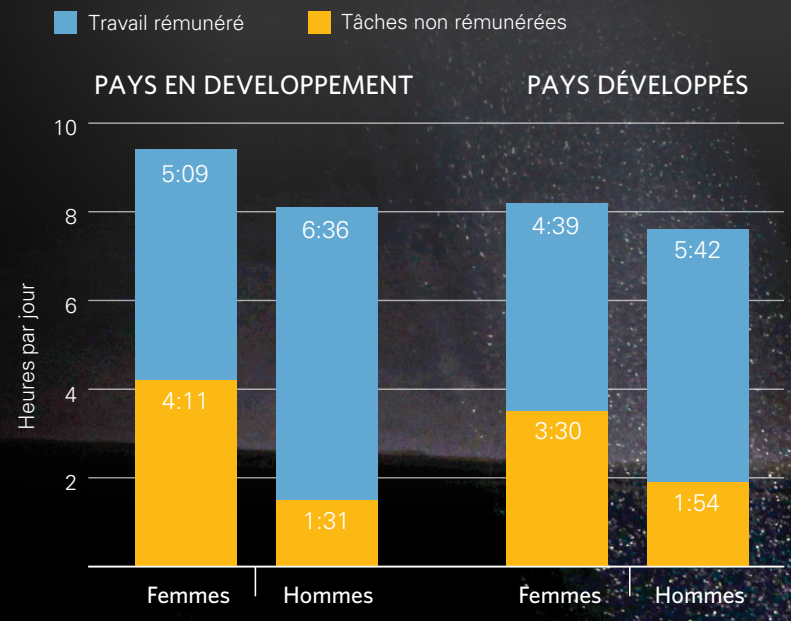
Le travail non rémunéré effectué par les femmes à la maison réduit leurs perspectives de revenus sur le marché du travail rémunéré

Les normes qui excluent de nombreuses femmes de la population active peuvent également limiter les revenus de celles qui entrent sur le marché du travail.

Dans la plupart des pays, les femmes passent moins d'heures que les hommes à exercer une activité rémunérée et s'occupent de la majorité des tâches domestiques non rémunérées (figure 24). Dans les pays disposant de données fiables, les femmes passent en moyenne environ 2,5 fois plus de temps que les hommes à accomplir ce type de tâches (OIT, 2016c).

Lorsque les femmes sont employées, leurs journées de travail sont plus longues que celles des hommes en raison des responsabilités supplémentaires qu'elles assument dans leur foyer. Dans les pays en développement, les femmes passent en moyenne 9 heures et 20 minutes par jour à exercer une activité rémunérée et à accomplir des tâches non rémunérées, contre 8 heures et 7 minutes par jour pour les hommes. En outre, dans ces pays, les femmes passent seulement 55 % de leur journée à exercer une activité rémunérée, contre 81 % pour les hommes.

FIGURE 24 Temps passé à exercer une activité rémunérée et à accomplir des tâches non rémunérées dans 23 pays en développement et dans 23 pays développés, par sexe, dernière année disponible



Source : OIT (2016a)

Dans la plupart des pays, les femmes passent moins d'heures que les hommes à exercer une activité rémunérée et s'occupent de la majorité des tâches domestiques non rémunérées.

En moyenne, les femmes assument environ

2,5 FOIS PLUS

de tâches domestiques que les hommes.

© Diana Markosian/Magnum Photos

© Dieter Telemans/Panos Pictures

De plus, en raison du travail domestique non rémunéré dont elles sont responsables, les femmes ont moins de temps pour exercer une activité génératrice de revenus (OIT, 2016c). Le travail domestique non rémunéré est donc un important facteur d'inégalité économique (Mateo Diaz et Rodriguez-Chamussy, 2016 ; World Bank, 2012).

Pénalisation de la maternité

Partout dans le monde, les mères présentes dans la population active gagnent moins que les femmes qui n'ont pas d'enfant (OIT, 2016c). Cette pénalisation de la maternité peut perdurer même une fois que les enfants sont grands, car les congés pris lors de la grossesse et après la naissance des enfants sont susceptibles de diminuer le niveau de rémunération des mères.

Les attentes des employeurs concernant la grossesse peuvent contribuer à l'écart de rémunération entre les sexes. Ils peuvent justifier une rémunération inférieure des femmes par l'idée selon laquelle ces dernières ne s'impliquent pas autant dans leur travail quand elles doivent en plus s'occuper de leur famille (Lips, 2013). Certains employeurs considèrent toutes les femmes comme des mères potentielles et refusent de leur confier des tâches plus difficiles, voire de leur offrir une promotion, parce qu'elles risqueraient de prendre un congé de maternité imprévu (OIT, 2016a).

La discrimination sur le lieu de travail à l'égard des femmes enceintes et des employées possédant des responsabilités familiales se manifeste sous de nombreuses formes et est une violation des droits des travailleurs.

Congés de maternité et de paternité

En l'absence de congé de maternité ou quand elles n'ont pas la garantie de conserver leur emploi, de nombreuses femmes doivent choisir entre travailler ou devenir mère, ou entre leur rôle productif et leur rôle reproductif.

© UBELONG/www.ubelong.org

À l'heure actuelle, une majorité de pays a mis en place un système de congé de maternité. Les pays où les femmes ont droit à de plus longues périodes de congé de maternité rémunéré affichent en général des taux d'activité des femmes plus élevés (OIT, 2014; Banque mondiale, 2015).

En fonction de la durée du congé obligatoire et de l'entité chargée de son paiement, les employeurs peuvent discriminer les femmes en âge de procréer lors du recrutement et sur le plan de la rémunération (Mateo Diaz et Rodríguez-Chamussy, 2016; Banque mondiale, 2015).

L'Organisation internationale du Travail préconise une période de congé de maternité minimale standard de 14 semaines (OIT, 2016c). Sur un groupe de 185 pays examinés, 98 garantissent au moins 14 semaines de congé, 60 offrent entre 12 et 13 semaines de congé, et 27 pays proposent un congé de maternité plus court. La plupart des pays garantissent une forme de protection de la maternité grâce à des lois encadrant le congé de maternité et à des systèmes de revenus de remplacement; pourtant, dans les faits, la couverture du congé de maternité est bien plus faible, car on dissuade les femmes et les couples de tirer parti de telles politiques. À l'échelle mondiale, environ 60 % des femmes qui travaillent ne disposent d'aucun droit légal au congé de maternité, et elles sont encore moins nombreuses à percevoir des indemnités au cours du congé. Cela concerne en particulier la grande proportion de femmes qui travaillent à leur compte, dans l'entreprise familiale, ou encore selon des modalités de travail à temps partiel ou informel, notamment dans les secteurs domestique et agricole (OIT, 2014).

Étant donné l'insécurité du travail des femmes dans de nombreuses régions, il est difficile d'appliquer des protections garantissant aux femmes de retrouver leur emploi après un congé de maternité sans aucune incidence sur leur rémunération, même si 43 pays

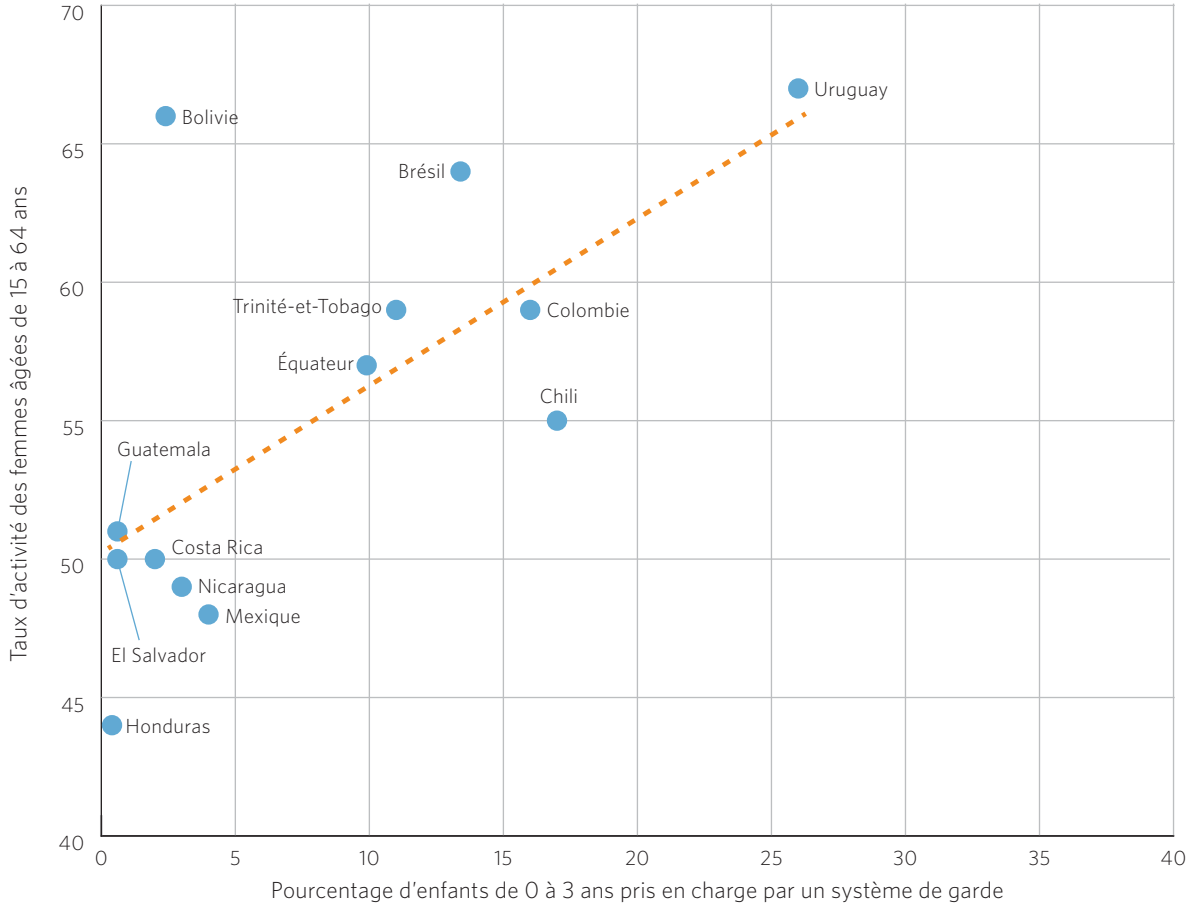
interdisent explicitement la discrimination fondée sur la maternité (OIT, 2014).

Le congé de paternité est offert aux pères après la naissance ou l'adoption d'un enfant afin qu'ils puissent s'en occuper. Sur un groupe de 167 pays examinés, 78 garantissent légalement un droit au congé de paternité à un certain niveau ; la plupart de ces congés sont rémunérés. Toutefois, la durée du congé de paternité est limitée : dans la plupart des pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Nord, les employeurs offrent moins d'une semaine de congé.

Congé parental et accès aux systèmes de garde d'enfants

Le congé parental permet aux parents de s'occuper de leur nourrisson ou jeune enfant après un congé de maternité ou de paternité. Sur 169 pays examinés, 66 ont adopté des politiques relatives au congé parental, principalement en Europe de l'Est et en Asie centrale. Bien que ces pays offrent un « congé parental partagé » accessible à l'un ou l'autre des parents, ou aux deux, en pratique, le congé parental est largement pris par les mères.

FIGURE 25 Taux d'activité des femmes et recours à un système de garde formel pour les enfants jusqu'à 3 ans dans certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes, 2012



Réalisée d'après Mateo Diaz et Rodríguez-Chamussy (2016). Les données sont issues des enquêtes nationales menées auprès des ménages les plus récentes disponibles.

La perte de salaire motive fréquemment le choix de ne pas prendre de congé parental. Selon l'Organisation internationale du Travail, seuls cinq pays d'Afrique proposaient une forme de congé parental en 2013 — non rémunéré, dans tous les cas. En Asie, le congé parental avait été adopté dans seulement 3 pays sur 25 ; en République de Corée, il était rémunéré à hauteur de 40 % du salaire, et au Népal il ne l'était pas du tout. Un congé parental non rémunéré existe dans cinq des dix pays du Moyen-Orient. En revanche, 20 pays développés sur 24 offrent un congé parental.

Avec ou sans congé parental, l'aide des pères en ce qui concerne la garde des enfants contribue considérablement à rééquilibrer le partage inégal des responsabilités des parents à l'égard des enfants, ainsi que la charge globale du travail domestique non rémunéré.

Au vu du partage inégal des responsabilités et des obligations relatives à la garde des enfants, la capacité des femmes à entrer dans la vie active dépend souvent de l'existence d'un système de garderie abordable, accessible et flexible. Si une femme a un enfant mais n'a accès à aucun mode de garde, ou si les options disponibles sont trop chères, elle devra peut-être renoncer à exercer une activité rémunérée et, par la même occasion, à percevoir un revenu.

Une analyse des données sur la garde d'enfants et le taux d'activité, menée en Amérique latine et dans les Caraïbes (figure 25), montre une forte corrélation positive entre ces deux éléments (Mateo Diaz et Rodríguez-Chamussy, 2016).

Des recherches menées sur une dizaine d'années montrent que la flexibilité du marché du travail est la meilleure solution pour permettre aux femmes de participer pleinement à la vie active et d'augmenter leurs revenus, tout en assumant leur rôle reproductif. Flexibilité des horaires de travail, possibilité de travailler à temps partiel et mise en place d'un congé de maternité et de paternité sont autant d'éléments qui ont des retombées positives sur la participation des femmes au marché du travail.

Faibles revenus et capacités réduites : un cercle vicieux dans lequel les femmes sont entraînées

L'inégalité, quelle qu'en soit la forme, résulte de plusieurs forces présentes dans la société, qui interagissent et créent un ensemble de contraintes ou de limites comportementales imposées aux individus. Ces contraintes et limites restreignent les possibilités, les choix et l'accès aux ressources.

Les inégalités entre les sexes sont l'une de ces forces ; elles imposent des limites et des contraintes à la moitié de la population du monde. Nombre des inégalités concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs sont étroitement liées aux inégalités entre les sexes, voire en découlent.

Partout dans le monde, les revenus des femmes sont inférieurs à ceux des hommes. Ces plus faibles revenus résultent des inégalités entre les sexes dans l'éducation et la santé, ainsi que d'une protection inégale des droits. Ces inégalités diminuent les capacités des femmes, de même que les possibilités et opportunités qui s'offrent à elles de trouver un emploi et de gagner leur vie.

Or, du fait de ces revenus limités, les femmes manquent de ressources leur permettant d'accéder à des services fondamentaux, tels que la planification familiale, qui pourraient les aider à entrer dans la vie active et à augmenter leurs revenus lorsqu'elles ont trouvé un emploi. Cette situation crée un cercle vicieux qui empêche les femmes, leurs enfants et leurs petits-enfants de sortir de la pauvreté (Nations Unies, 2014).

Dans un souci d'égalité et de prospérité partagée, il est indispensable d'offrir les mêmes chances à tous — filles et garçons, femmes et hommes. Cela implique concrètement d'uniformiser les règles du jeu dans l'application des lois et l'exercice des droits, dans les institutions qui perpétuent des normes et attitudes sexistes, mais aussi dans l'éducation et la santé, en particulier la santé reproductive.

© Alixandra Fazzina/NOOR

CHAPITRE 3

Le coût de l'inégalité

Le Programme 2030 définit le développement durable non seulement comme une « réduction globale du dénuement humain » (par exemple, par l'élimination de la pauvreté ou de la mortalité maternelle), mais également comme un moyen de favoriser « une plus grande égalité » entre tous, à la fois entre les pays et à l'intérieur de leurs frontières.

Les inégalités, qu'elles soient économiques, sociales, politiques ou sanitaires, entravent le développement humain durable. Ces inégalités permettent à certains de s'émanciper au détriment des autres, et le manque relatif de participation de segments entiers de la population freine l'émergence d'idées et de solutions, et diminue le dynamisme et la résilience de la société. En résumé, le manque de perspectives de certains limite la prospérité à long terme de l'ensemble de la population.

Les inégalités nous empêchent de construire le monde auquel nous aspirons. Elles laissent certaines personnes à l'écart du développement, marginalisent certains groupes et individus, et déforment les relations politiques, sociales et économiques. Les inégalités entraînent un regroupement social et géographique des privilèges et du dénuement, qui se traduit par une diminution des interactions sociales entre ces groupes à l'école, au travail ou dans la vie privée, et par une mauvaise compréhension mutuelle, ce qui contribue à la montée des extrêmes dans le discours politique.

Malgré les récentes avancées vers l'élimination de l'extrême pauvreté à l'échelle mondiale, la hausse des inégalités économiques nous empêche d'affirmer que la vie s'améliore pour tous ou que nous vivons dans un monde de prospérité partagée. La hausse des inégalités économiques mine la confiance et la cohésion sociale, menace la santé publique et marginalise l'influence politique des pauvres et de la classe moyenne. Leur persistance prouve que les droits de l'homme ne sont pas encore universels. Si l'on ne résorbe pas ces inégalités, elles risquent d'entraîner des troubles, d'affaiblir les gouvernements et de menacer la paix.

Combler l'écart entre les riches et les pauvres, entre les hommes et les femmes, entre les privilégiés et les exclus implique de respecter le potentiel de chaque personne et d'en tirer parti. L'amélioration absolue et relative des perspectives et des résultats fait progresser la négociation sociale, aide les gouvernements à servir la majorité de la population au lieu d'une poignée de personnes, et stimule durablement la croissance économique et la prospérité partagée.

Dans toutes les régions en développement, il est plus difficile pour les femmes et les adolescentes les plus pauvres d'exercer leurs droits reproductifs et de protéger leur santé que pour celles qui sont plus aisées. Les inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive sont parfois encore plus marquées en fonction du lieu de résidence (milieu urbain ou rural) et du niveau d'études. Généralement, les femmes peu instruites vivant en milieu rural disposent d'un accès plus limité aux services que les citadines plus éduquées, et présentent davantage de problèmes de santé reproductive.

Quand une large partie de la population ne peut protéger sa santé et exercer ses droits, chacun en subit les conséquences d'une matière ou d'une autre. Ainsi, une femme démunie qui n'a pas accès à la planification familiale, par exemple, aura peut-être plus d'enfants qu'elle ne le souhaite. Par conséquent, elle sera peut-être incapable d'entrer dans la vie active et de contribuer à la croissance économique et au développement de son pays.

Les inégalités concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs se répercutent sur les individus, les communautés, les pays et la communauté internationale tout entière.

L'inégalité des risques liés à la reproduction

Dans les régions en développement, 43 % des grossesses ne sont pas planifiées (Guttmacher Institute, 2017).

Les grossesses non planifiées concernent plus fréquemment les femmes pauvres, peu instruites

et vivant en milieu rural. Dans la majorité des pays, les taux de fécondité sont plus élevés dans les segments les plus pauvres de la population que dans les groupes les plus riches. Dans les pays où le taux de fécondité global est relativement faible, la différence de fécondité entre les riches et les pauvres est également relativement modeste. En revanche, dans les pays à fort taux de fécondité, l'écart entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre peut être considérable. En Zambie, par exemple, le taux de fécondité des femmes du quintile le plus pauvre est plus du double de celui du quintile le plus riche (Banque mondiale, 2012).

Chaque année, dans les pays en développement, on recense 89 millions de grossesses non planifiées, 48 millions d'avortements, 10 millions de fausses couches et 1 million de mortinaissances (Guttmacher Institute, 2017).

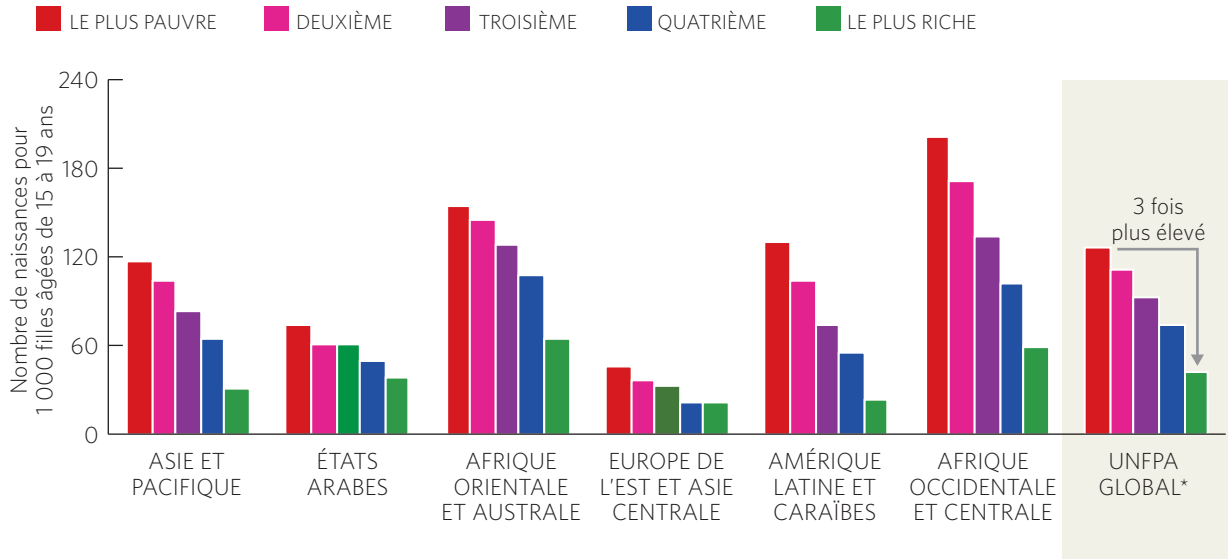
Les grossesses non planifiées accroissent également la pauvreté et réduisent les perspectives de mobilité économique des femmes (UNFPA, 2012).

On estime que les besoins en planification familiale de 214 millions de femmes vivant dans les pays en développement ne sont pas satisfaits (Guttmacher Institute, 2017). Les données recueillies dans 98 pays en développement montrent que la demande non satisfaite de planification familiale est plus importante chez les femmes pauvres, peu instruites et vivant en milieu rural que chez les citadines riches et plus éduquées (UNFPA, 2013a).

Les disparités en matière de demande non satisfaite sont considérables dans toutes les régions, sauf en Afrique occidentale et centrale, où la demande non satisfaite est systématiquement élevée dans l'ensemble des groupes démographiques, sociaux et économiques.

Quand les femmes pauvres des pays en développement tombent enceintes, leur accès restreint et inégal aux soins de santé reproductive et leurs besoins nutritionnels non satisfaits peuvent entraîner de graves complications chez la mère et le fœtus. Malgré une diminution des décès maternels partout dans le monde, le taux de mortalité maternelle dans les pays les moins

FIGURE 26 **Taux de natalité chez les adolescentes (de 15 à 19 ans), par région et par quintile de richesse**



*Moyenne pondérée de 155 pays et territoires où l'UNFPA est présent.

Remarque : Graphique réalisé à partir des dernières données disponibles.
Source : UNFPA (2016a)

© Paolo Pellegrin/Magnum Photos

avancés reste de 436 décès pour 100 000 naissances, contre seulement 12 décès pour 100 000 naissances dans les pays développés (UNFPA, 2016b).

Plus de 96 % des nouveau-nés souffrant d'une insuffisance pondérale naissent dans des pays en développement (OMS, 2017). Bien que l'accès aux soins prénatals s'améliore partout dans le monde, les femmes vivant dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, bénéficient souvent de moins de quatre consultations prénatales — soit le minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé jusqu'en novembre 2016, où ce nombre est passé à huit (OMS, 2016). Dans ces pays, la situation est encore pire en milieu rural, où les coûts associés aux longues distances à parcourir jusqu'au lieu de consultation sont prohibitifs (Finlayson et Downe, 2013).

Un mauvais état de santé des mères a en outre des conséquences intergénérationnelles : une étude a révélé que les problèmes de santé des mères se répercutaient sur la santé et la survie de l'enfant (Bhalotra et Rawlings, 2011). Cette étude affirmait

en outre qu'une mauvaise santé intergénérationnelle pouvait être étroitement liée aux revenus et au bien-être économique, ainsi qu'aux inégalités.

Sur les 7,3 millions de naissances dénombrées chez les adolescentes de moins de 18 ans chaque année dans les pays en développement, 1,1 million concerne des jeunes filles de moins de 15 ans (UNFPA, 2013b). La majorité des accouchements d'adolescentes dans le monde (95 %) se produisent dans des pays en développement ; neuf fois sur dix, ces naissances ont lieu dans le cadre d'un mariage ou d'un concubinage. Le mariage d'enfants est généralement plus fréquent dans les pays en proie à une extrême pauvreté, et parmi les groupes les plus pauvres de ces pays (UNFPA, 2013b).

Dans les pays en développement, le nombre de naissances est près de trois fois plus élevé chez les adolescentes de 15 à 19 ans vivant dans les 20 % de ménages les plus pauvres que chez celles des 20 % de ménages les plus riches (figure 26). Le nombre de naissances est en moyenne deux fois plus élevé chez les adolescentes vivant en milieu rural que chez celles vivant en ville (selon un taux pour 1 000 jeunes filles) (figure 27).

Les variations des taux de natalité chez les adolescentes au sein d'un pays découlent en partie des inégalités d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Généralement, les adolescentes ont un accès plus limité à la contraception que les adolescents en raison de politiques discriminatoires, de prestataires de services moralisateurs ou d'attitudes déterminant ce qui est acceptable pour une fille.

Une grossesse peut avoir des conséquences immédiates et durables sur la santé, l'éducation et les perspectives de revenus d'une fille, et modifie souvent sa vie tout entière. Le risque de décès chez les mères de moins de 15 ans dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire est deux fois plus élevé que celui des mères plus âgées ; le taux de fistules obstétricales chez ces jeunes filles est également bien plus élevé que chez les femmes plus âgées (UNFPA, 2013b).

Les grossesses d'adolescentes sont étroitement liées aux inégalités de revenus et au taux de pauvreté (Gonzales *et al.,* 2015a). Des taux de natalité élevés vont de pair avec une activité économique réduite des femmes, et en particulier des adolescentes qui, lorsqu'elles sont enceintes, abandonnent souvent l'école, ce qui limite leur potentiel lorsqu'elles entrent dans la vie active. Des taux de natalité élevés chez les adolescentes peuvent ainsi accroître les inégalités en matière d'éducation, de participation économique et de perspectives de revenus.

Selon une étude de la Banque mondiale (Chaaban et Cunningham, 2011), à l'échelle d'une vie, le coût d'opportunité de la grossesse chez les adolescentes (calcul du revenu annuel non perçu par les mères durant toute leur vie) peut aller de 1 % du produit intérieur brut (PIB) annuel en Chine à 30 % du PIB annuel en Ouganda.

Par ailleurs, des études ont fait un rapprochement entre une grossesse précoce et des problèmes de santé physiques et psychologiques ultérieurs ; selon plusieurs de ces études, la grossesse adolescente amplifie les désavantages dont souffrent les filles possédant un faible statut socio-économique (Hodgkinson *et al.,* 2014 ; Patel et Sen, 2012).

Les risques liés à la santé reproductive sont plus grands pour les adolescents, parce qu'ils ont moins accès que les adultes aux services, en particulier à la contraception et à la prévention du VIH. Parmi les adolescents, les filles courent plus de risques que les garçons.

Actuellement, le VIH/sida est la première cause de décès chez les adolescentes d'Afrique orientale et australe, et les filles représentent 80 % des nouvelles infections à VIH chez les adolescents dans cette région (Fleischman et Peck, 2015). Au niveau mondial, les jeunes femmes et les adolescentes (de 15 à 24 ans) représentent 60 % des jeunes séropositifs, et 58 % des nouvelles infections à VIH chez les jeunes (ONU-Femmes, 2016).

Les conséquences du VIH/sida sont plus lourdes pour les personnes pauvres que pour les individus plus aisés, qui ont un meilleur accès à des soins de santé de qualité. Bien que les traitements disponibles dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire

© UNFPA/Maks Levin

TROP JEUNES

LES GROSSESSES PRÉCOCES

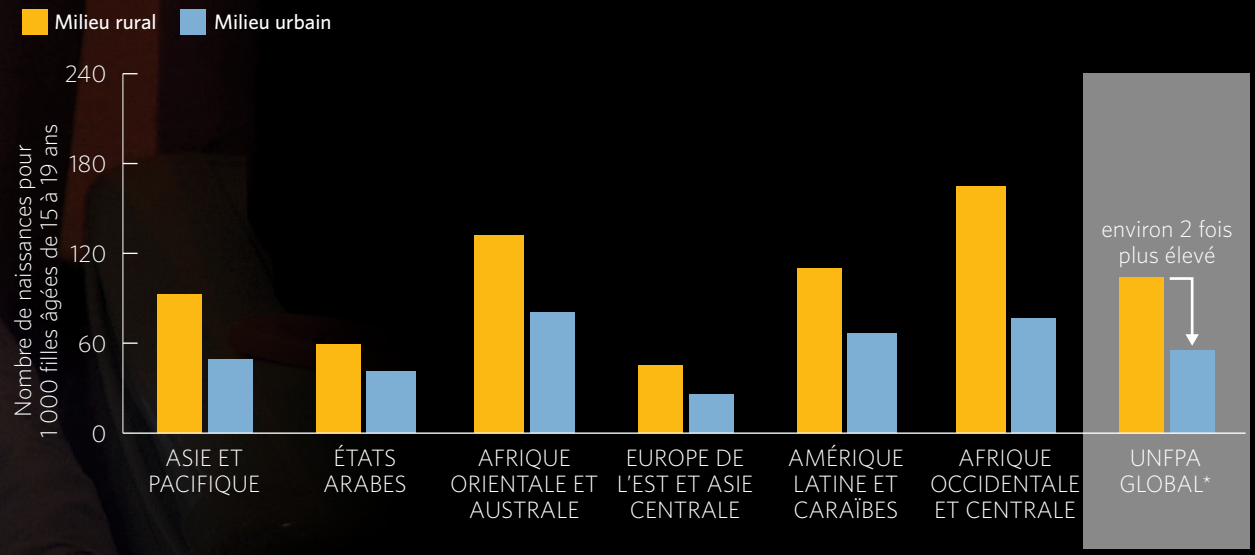
95 %
des accouchements d'adolescentes dans le monde se produisent dans des pays en développement.

Les filles de moins de 15 ans représentent
1,1 MILLION
DES
7,3 MILLIONS
de naissances dénombrées chez les adolescentes de moins de 18 ans chaque année dans les pays en développement.

9 GROSSESSES PRÉCOCES SUR 10
ont lieu dans le cadre d'un mariage ou d'un concubinage.

Sur un groupe de 96 pays en développement pour lesquels des données sont disponibles, les taux de natalité chez les adolescentes sont plus élevés dans les régions rurales et chez les adolescentes pauvres et peu instruites.

FIGURE 27 Taux de natalité chez les adolescentes (de 15 à 19 ans), par lieu de résidence



*Moyenne pondérée de 155 pays et territoires où l'UNFPA est présent.

Remarque : Graphique réalisé à partir des dernières données disponibles.
Source : UNFPA (2016a)

se soient améliorés ces dernières années, 60 % des personnes infectées n'ont pas accès à des médicaments antirétroviraux vitaux, dont le prix peut être prohibitif (ONUSIDA, 2015). Sans traitement, les foyers déjà démunis courent le risque de voir cette pauvreté s'accentuer en cas de décès de l'un des membres de la famille contribuant aux revenus du ménage.

Liens entre les inégalités dans la santé, l'éducation et entre les sexes

Malgré les progrès accomplis en faveur de l'égalité des sexes dans l'éducation ces 30 dernières années, les filles restent plus susceptibles que les garçons de ne pas aller à l'école primaire, et encore plus de ne pas être scolarisées dans le secondaire (UNICEF et Institut de statistique de l'UNESCO, 2015). Les filles pauvres, vivant en milieu rural ou appartenant à une minorité raciale, ethnique ou religieuse sont encore plus susceptibles de ne pas aller à l'école que les filles riches, vivant en ville et issues de groupes ethniques et religieux majoritaires (Partenariat mondial pour l'éducation, 2013 ; UNICEF et Institut de statistique de l'UNESCO, 2015).

Ces faibles taux de scolarisation, de fréquentation et d'achèvement résultent de nombreux facteurs sociaux, géographiques et économiques qui défavorisent les filles dans l'éducation, en particulier quand elles entrent dans l'adolescence.

L'absence de toilettes séparées et de produits d'hygiène menstruelle dans les écoles, par exemple, peut obliger les jeunes filles pubères à manquer les cours. Lorsqu'elles ne peuvent cacher qu'elles ont leurs règles à cause d'un manque de produits d'hygiène, les filles peuvent être victimes de harcèlement ou d'abus sexuels (Sommer, 2010).

Le mariage d'enfants contribue également à la non-scolarisation des filles et menace leur santé et leur

© Mark Tuschman

LES FAIBLES TAUX DE SCOLARISATION, DE FRÉQUENTATION ET D'ACHÈVEMENT résultent de nombreux facteurs sociaux, géographiques et économiques QUI DÉFAVORISENT LES FILLES dans l'éducation, en particulier quand elles entrent dans l'adolescence.

© Froi Rivera, Courtesy of Photoshare

bien-être. Le mariage est souvent suivi d'une grossesse, même quand la fille n'est pas encore physiquement ou psychologiquement prête. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement figurent parmi les principales causes de décès chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans le monde (OMS, 2017b).

Lorsqu'elles se marient, les filles sont souvent contraintes d'abandonner leur scolarité afin de se consacrer aux tâches domestiques, et sont donc privées de leur droit à l'éducation. La santé et la situation économique des filles contraintes d'interrompre leurs études sont souvent plus précaires, de même que celles de leurs enfants.

La crainte d'une agression sur le trajet de l'école est l'une des raisons qui expliquent que, dans les zones rurales, les filles ont tendance à commencer leur scolarité plus tard que les garçons (UNICEF et Institut de statistique de l'UNESCO, 2015). Or, le fait d'entrer à l'école tardivement augmente les risques de difficultés scolaires, de redoublement et d'abandon (Nonoyama-Tarumi *et al.,* 2010 ; Wils, 2004) ; ce lien de cause à effet est encore plus fort quand les enfants sont issus de ménages ayant un faible statut socio-économique (Nonoyama-Tarumi *et al.,* 2010).

L'origine ethnique est également un facteur majeur des écarts entre les sexes dans l'éducation. On estime que deux tiers des filles non scolarisées dans le monde appartiennent à des minorités ethniques dans leur pays (Banque mondiale, 2012). Le cas des Roms en Europe constitue l'un des exemples les plus frappants des inégalités dans l'éducation ; dans certains pays, plus de 30 % des jeunes Roms n'ont pas même suivi un enseignement primaire, et le pourcentage de Roms titulaires d'un diplôme universitaire ne dépassait nulle part 1 % (Brüggemann, 2012). Le coût de l'exclusion des Roms du système scolaire est élevé : on estime qu'il équivaut à une perte de 3,7 % du PIB rien qu'en Bulgarie (Banque mondiale, 2010). Parmi les Roms, les

inégalités en matière d'éducation touchent les filles de manière disproportionnée, car elles courent beaucoup plus de risques d'être mariées avant l'âge de 18 ans. En Serbie, par exemple, 57 % des femmes roms se sont mariées avant d'avoir 18 ans, contre 7 % pour l'ensemble de la population (UNICEF, 2014).

Lorsqu'une fille ne va pas à l'école, elle passe à côté de connaissances et de compétences susceptibles de l'aider à pleinement s'épanouir plus tard (figure 28). En outre, les filles non scolarisées peuvent se voir privées d'une éducation complète à la sexualité et des connaissances pratiques qui leur permettraient de mieux connaître leur corps et d'appréhender les rapports entre les sexes et les relations de pouvoir. À l'école, elles peuvent également acquérir des compétences en matière de communication et de négociation, sans lesquelles elles seraient encore plus défavorisées durant leur passage de l'adolescence à l'âge adulte. L'éducation complète à la sexualité est définie comme une approche basée sur les droits et axée sur l'égalité des genres, en milieu scolaire ou extrascolaire. Elle est dispensée sur plusieurs années et fournit aux jeunes des informations adaptées à leur âge et correspondant au développement de leurs capacités.

Une analyse a révélé que les pays affichant un taux de non-scolarisation élevé présentaient également en général un fort taux de natalité chez les adolescentes, les taux les plus importants concernant les filles en Afrique (Nations Unies, 2013a). Selon une étude portant sur l'éducation des filles au Kenya, le risque d'accoucher à l'adolescence diminuait de 7,3 % si la fille était au moins allée à l'école primaire, et de 5,6 % si elle avait au moins suivi un enseignement secondaire (Ferré, 2009).

Partout dans le monde, les filles et les garçons des segments les plus riches de la société parviennent au même niveau d'instruction. Dans la majorité des pays, les différences entre les sexes sont plus marquées dans les segments les plus pauvres. En Inde, par exemple, tous les adolescents de 15 à 19 ans du quintile le plus riche de la population ont des chances d'atteindre la seconde — les filles comme les garçons. En revanche, dans le quintile le plus pauvre, les garçons sont seulement susceptibles d'atteindre la sixième et les filles, le CP (Banque mondiale, 2012).

Inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive et inégalités économiques

Les inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive sont en corrélation avec les inégalités économiques : les femmes du quintile le plus pauvre des pays en développement sont généralement celles qui ont le moins accès aux services essentiels leur permettant d'exercer leurs droits de prévenir leur grossesse, de rester en bonne santé pendant la grossesse et d'accoucher dans de bonnes conditions.

La pauvreté prive des millions de femmes de services vitaux facilement accessibles à celles qui appartiennent aux couches économiques supérieures. Cette exclusion peut entraîner des problèmes de santé reproductive se répercutant non seulement sur la santé de la femme, mais également sur le bien-être de son foyer, sur sa communauté ainsi que sur le développement économique et social de son pays.

Les inégalités en matière de santé reproductive et les inégalités économiques peuvent donc se renforcer mutuellement et sont susceptibles d'enfermer les femmes dans un cercle vicieux de pauvreté, de capacités réduites et de potentiel inexploité. Bien que les rapports entre ces différents aspects de l'inégalité ne soient pas linéaires, la corrélation est évidente.

Ces formes croisées de l'inégalité peuvent avoir de lourdes conséquences sur les sociétés tout entières, en raison du grand nombre de femmes souffrant de problèmes de santé ou incapables de décider librement de tomber enceintes, et quand et à quelle fréquence, qui n'ont par conséquent pas la faculté d'entrer dans la vie active et de s'épanouir pleinement. Les préjudices subis peuvent s'étendre sur toute une vie et se transmettre à la génération suivante.

FIGURE 28

Pourcentage des filles les plus pauvres âgées de 7 à 16 ans n'ayant jamais été à l'école

Classement	Pays	%
1	Somalie	95
2	Niger	78
3	Libéria	77
4	Mali	75
5	Burkina Faso	71
6	Guinée	68
7	Pakistan	62
8	Yémen	58
9	Bénin	55
10	Côte d'Ivoire	52

Nombre moyen d'années de scolarisation des filles les plus pauvres âgées de 17 à 22 ans

Classement	Pays	Années
1	Somalie	0,3
2	Niger	0,4
3	Mali	0,5
4	Guinée	0,5
5	Guinée-Bissau	0,8
6	Yémen	0,8
7	République centrafricaine	0,8
8	Burkina Faso	0,9
9	Pakistan	1,0
10	Bénin	1,1

Source : UNESCO et EFA-GMR, 2013

Lorsqu'une fille ne va pas à l'école, elle passe à côté de connaissances et de compétences susceptibles de l'aider à PLEINEMENT S'ÉPANOUIR PLUS TARD.

© Mark Tuschman

Les inégalités économiques se creusent dans de nombreuses régions du monde, notamment dans les pays en développement.

Les recherches menées par des institutions comme la Banque mondiale, le Fonds monétaire international (FMI) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent que l'existence d'inégalités de revenus abyssales dans un même pays peut tirer la croissance économique vers le bas.

Une étude de l'OCDE suggère que de fortes inégalités de revenus menacent le potentiel de croissance à long terme des pays en développement, y compris des pays qui ont accompli des progrès remarquables vers la diminution de l'extrême pauvreté (OCDE, 2015). À l'inverse, la réduction des inégalités peut stimuler la croissance économique et accélérer la réduction de la pauvreté (Banque mondiale, 2016).

Les inégalités de revenus ont principalement des conséquences négatives sur la croissance parce qu'elles diminuent les capacités des individus et limitent les possibilités des plus pauvres de renforcer leur capital humain (OCDE, 2015).

Bien que la pauvreté ait diminué ces dernières dizaines d'années, la persistance des inégalités économiques continue d'entraver les progrès de millions de personnes. Les inégalités de revenus ont augmenté dans la plupart des pays développés, creusant l'écart entre les riches et les pauvres, et entraînant une stagnation économique chez ceux qui se trouvent en bas de l'échelle. Les travaux de l'OCDE montrent également que les personnes issues de ménages plus pauvres passent moins de temps à étudier et ont de plus faibles compétences en lecture et en écriture ; elles ont donc moins de chances de trouver un travail de qualité (OCDE, 2015).

La multiplication des inégalités

Lorsque l'on observe les caractéristiques des personnes pauvres, il est manifeste que les individus en proie à la pauvreté sont aussi ceux qui ont le plus de risques de subir d'autres formes d'inégalités. Les pauvres sont plus susceptibles d'être moins instruits et de vivre en milieu rural, dans des ménages incluant plus d'enfants : 80 % des pauvres vivent dans des régions rurales, 44 % ont 14 ans ou moins et 39 % n'ont pas reçu d'éducation formelle (Banque mondiale, 2016).

© AFP/Getty Images

Du fait de la nature interdépendante et multidimensionnelle des inégalités — de revenus, entre les sexes, en matière de santé reproductive et dans l'éducation —, il est souvent difficile de déterminer quelles forces entrent en jeu et de quelle manière. Néanmoins, toutes ces inégalités interagissent les unes avec les autres et ont de graves répercussions à long terme sur les populations du monde entier.

Les inégalités économiques sont souvent flagrantes dans les écarts importants ou croissants en ce qui concerne l'état de santé, qui reflètent une inégalité des chances ainsi que d'accès à l'information, à des soins de qualité ou à d'autres biens publics. Ces inégalités des chances et d'accès sous-tendent les inégalités en matière de santé dans le monde entier par un accès variable aux technologies de l'information, à l'éducation sanitaire, à des soins de santé modernes et aux bénéfices du progrès de la science.

Les tentatives visant à remédier aux inégalités des chances et de résultats échoueront si elles ne s'attaquent pas aux inégalités structurelles entre les sexes que subissent depuis longtemps les femmes et les filles, qui existent dans toutes les sociétés et qui renforcent à la fois le dénuement absolu et relatif.

Les effets des inégalités de revenus s'amplifient et se reproduisent à cause des disparités entre les sexes, faisant de l'écart de pauvreté entre les sexes l'une des inégalités les plus tenaces du monde. Une étude récente a montré que les inégalités entre les sexes sont fortement liées aux inégalités de revenus, qui découlent principalement des disparités entre hommes et femmes concernant la participation économique dans les pays à revenu élevé, et concernant l'éducation, l'autonomisation politique et la santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (Gonzales *et al.,* 2015a).

Les inégalités structurelles entre les sexes privent les femmes du droit de choisir de se marier ou non, et avec qui et quand, et de décider librement d'avoir des enfants, et quand et à quelle fréquence. Ce manque de choix limite les perspectives des femmes très tôt dans leur vie. Les inégalités structurelles auxquelles se heurtent les femmes et les filles engendrent des inégalités associées et aggravées qui compromettent les contributions de la moitié de la population mondiale.

Les inégalités des chances et de résultats renforcent d'autres formes de disparités, telles que les inégalités de participation, de prise de décisions, de justice ou de protection devant la loi, les inégalités d'expression ou d'accès aux médias, les inégalités dans l'exercice des compétences de leadership, et de nombreuses autres disparités.

Les inégalités interviennent en outre à plusieurs niveaux : elles opposent les individus à leurs voisins ou aux autres citoyens, mais aussi à d'autres membres de la famille ou du ménage.

L'association de plusieurs formes d'inégalités renforce le dénuement relatif et absolu. Cela contribue également aux inégalités géographiques et aux différences considérables entre les communautés sur le plan de l'accès aux transports, à l'emploi et à l'électricité, de la proximité des menaces environnementales, et de l'accès aux services de base.

Les inégalités concourent aussi à la mobilité humaine, y compris aux migrations internes et internationales, en raison des déplacements entrepris par les individus pour tenter de surmonter les inégalités géographiques ancrées et d'améliorer leurs perspectives et leur situation dans un nouvel environnement.

Tout comme au niveau des individus et des foyers, la pauvreté et l'inégalité peuvent se perpétuer d'elles-mêmes à l'échelle des pays et des régions. Ce n'est pas un hasard si les crises et les catastrophes anthropiques ont principalement lieu dans les pays les moins avancés. Les inégalités peuvent être au cœur de la fragilité qui, à son tour, amplifie les risques et augmente les probabilités de crise humanitaire.

© Lynsey Addario for Time Magazine/UNFPA

CHAPITRE 4

Atteindre d'abord les personnes les plus exclues pour faire progresser l'égalité

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), source d'inspiration de toutes les activités du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), recommande un ensemble de buts et d'objectifs, et notamment « la croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable ; l'éducation, en particulier celle des filles ; l'équité et l'égalité entre les sexes ; la réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle ; et l'accès universel aux services de santé reproductive, y compris la planification familiale et la santé en matière de sexualité ».

Le Programme d'action souligne « la tâche essentielle de l'élimination de la pauvreté, qui constitue une condition indispensable du développement durable, afin de réduire les différences de niveaux de vie et de mieux répondre aux besoins de la majorité de la population mondiale ». Les mesures prises par les gouvernements à la suite de l'accord de la CIPD ont contribué à la réalisation, sur une période de 20 ans, de progrès remarquables dans plusieurs domaines : égalité des sexes, santé, espérance de vie et sortie de l'extrême pauvreté d'environ un milliard de personnes (Nations Unies, 2014).

Un nouveau programme mondial centré sur l'égalité

Lorsque les pays du monde entier se sont réunis en 2015 pour décider de la voie à suivre vers le développement durable au cours des 15 prochaines années, ils se sont engagés à éliminer la pauvreté et la faim partout dans le monde, à réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre, et à bâtir des sociétés inclusives qui ne laissent personne de côté. Ils ont promis d'aider en premier « les plus défavorisés ».

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses 17 objectifs de développement durable reposent sur les principes des droits, d'équité, d'inclusion et d'égalité.

Les pays du monde entier ont convenu que cette nouvelle vision du développement durable ne pouvait être concrétisée qu'avec l'unité et l'engagement de l'humanité tout entière, et qu'à l'avenir le développement devait bénéficier à tous, et non pas uniquement aux individus situés tout en haut des échelles économiques, politiques ou sociales des pays. Comme l'affirme la résolution des Nations Unies fixant officiellement ces objectifs : « Nous sommes déterminés à éliminer la pauvreté et la faim, sous toutes leurs formes et dans toutes leurs dimensions, et à faire en sorte que tous les êtres humains puissent réaliser leur potentiel dans des conditions de dignité et d'égalité et dans un environnement sain. »

L'objectif de développement durable 10 est de réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. Il comporte plusieurs cibles spécifiques, qui visent notamment à assurer durablement une croissance des revenus des 40 % de la population les plus pauvres à un rythme plus rapide que celle du revenu moyen national, ainsi qu'à autonomiser toutes les personnes et à favoriser leur intégration sociale, économique et politique. Outre les disparités économiques évidentes associées aux écarts de revenus et de richesse, cette dernière cible se rapporte aux nombreuses formes d'inégalités existantes, comme les inégalités salariales et dans la participation au monde du travail, les inégalités politiques, telles que la privation du droit de vote et de la possibilité d'exercer un mandat électif, et les inégalités d'accès à une éducation et à des soins de santé de qualité.

La vision globale du Programme de développement durable à l'horizon 2030 met l'accent sur la notion de « prospérité partagée » et tend vers « un monde où soient universellement respectés les droits de l'homme et la dignité humaine, l'état de droit, la justice, l'égalité et la non-discrimination. [...] Un monde où règne l'égalité des chances, pour que le potentiel humain soit pleinement réalisé [...] ». Il y a plus de chances d'atteindre l'objectif de développement durable 1 — éliminer l'extrême pauvreté d'ici à 2030 — et l'ambition de prospérité partagée si les revenus des 40 % de la population les plus pauvres augmentent plus rapidement que les revenus moyens. Plus le taux de croissance des revenus des 40 % de la population les

plus pauvres sera élevé, et plus vite les segments les plus pauvres de la société bénéficieront des avancées économiques (Banque mondiale, 2016).

Cependant, l'accélération de la croissance des revenus des 40 % de la population les plus pauvres nécessite d'investir massivement dans le capital humain, en particulier dans l'éducation et la santé des enfants.

Les autres objectifs de développement durable indiquent clairement que l'égalité économique, tant sur le plan des revenus que de la richesse individuelle, n'est pas le seul moyen de mesurer l'égalité ou le bien-être. L'objectif 5 aspire à parvenir à l'égalité des sexes et à autonomiser toutes les femmes et les filles, et l'objectif 4 vise à assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité.

Il ne sera sans doute pas possible d'atteindre les objectifs de développement durable d'ici à 2030 sans une attention renouvelée portée aux individus les plus pauvres de toutes les populations, ainsi qu'aux personnes qui souffrent le plus de discrimination sexiste, qui ont le moins de chances d'achever leurs études et dont la santé et les droits sexuels et reproductifs ne sont pas respectés.

Poser les bases d'un dividende démographique

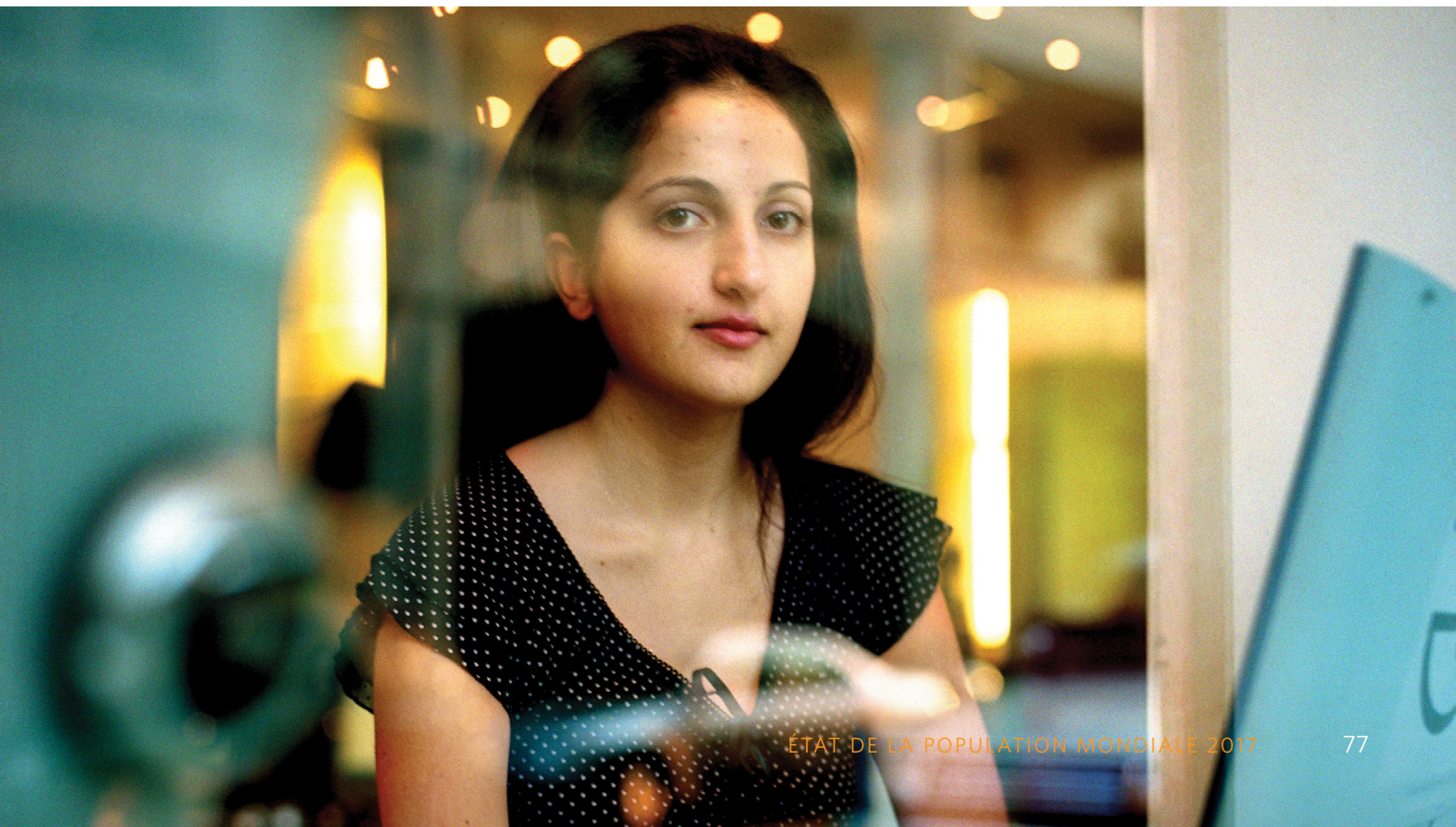
La réduction des inégalités en matière de santé, en particulier de santé reproductive, peut avoir des retombées positives sur les économies grâce au « dividende démographique ».

On entend par dividende démographique le potentiel de croissance économique résultant de l'évolution de la pyramide des âges de la population d'un pays, caractérisée par une augmentation de la part de la population en âge de travailler, qui finit par dépasser la part de la population n'ayant pas l'âge de travailler.

Le dividende démographique est lié à une transition démographique, qui débute par une diminution des taux de mortalité néonatale et infantile due à une meilleure nutrition et à un meilleur accès aux vaccins, aux antibiotiques, à l'eau potable et à l'assainissement. Les couples réalisant qu'ils n'ont plus besoin de faire autant d'enfants pour obtenir le nombre qu'ils désirent, les taux de fécondité commencent à chuter.

Avec le temps, le nombre d'enfants souhaité se réduit également, et la part de la population en âge de travailler par rapport à la population n'ayant pas l'âge

© Alfredo Caliz/Panos Pictures



de travailler s'accroît. Le pourcentage élevé d'adultes actifs par rapport aux enfants et aux personnes âgées, qui dépendent d'eux, contribue largement à stimuler la croissance économique, car les ressources qui auraient pu être requises pour entretenir les personnes dépendantes peuvent être affectées à l'épargne et au capital humain. Par ailleurs, avec la formation de familles moins nombreuses, plus de femmes sont en mesure d'entrer dans la vie active, ce qui augmente les revenus du ménage (UNFPA, 2016b).

Les pays qui ont une population de jeunes importante et en évolution rapide sont en passe de récolter les fruits d'un dividende démographique qui pourrait engendrer une croissance économique inclusive, équitable et solide à long terme, ainsi qu'un développement humain durable (Bloom, 2016).

Étant donné qu'environ 60 % de la population des pays les moins avancés est âgée de 24 ans ou moins, les chances de tirer profit d'un important dividende démographique ne sauraient être surestimées. L'ampleur de l'impulsion économique suscitée dépend en partie de la manière dont le pays investit dans le capital humain de sa jeunesse. Il est notamment essentiel de permettre aux filles, en particulier celles issues de foyers pauvres, d'achever des études secondaires, d'accéder à une éducation complète à la sexualité et, plus tard, à des informations, des services et des produits concernant la santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception.

Le dividende économique crée un cercle vertueux où l'amélioration des capacités humaines — grâce à des investissements dans la santé, la nutrition et l'éducation — stimule la croissance économique. Cette dernière permet alors aux familles et aux gouvernements d'investir des ressources supplémentaires dans la santé, l'éducation et les capacités de la prochaine génération.

Néanmoins, le monde reste profondément inégalitaire en ce qui concerne les chances de trouver un emploi décent et bien payé. Par rapport aux adultes, une part disproportionnée de jeunes est sans emploi, sous-employée ou travaille dans des conditions extrêmement précaires et vulnérables ; ils sont également plus susceptibles d'avoir un accès limité aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive. Les jeunes femmes risquent plus particulièrement d'être réduites à occuper des emplois informels et mal rémunérés en raison des inégalités entre les sexes qui persistent sur le marché du travail, du désavantage qu'elles subissent en matière d'éducation, de leur éventuelle responsabilité à l'égard de l'éducation des enfants, et d'atteintes aux droits qui se manifestent par des pratiques telles que le mariage d'enfants.

Les jeunes femmes risquent plus particulièrement d'être réduites à occuper des emplois INFORMELS ET MAL RÉMUNÉRÉS.

L'existence d'un grand nombre de jeunes défavorisés et réduits à un état de faiblesse systématique peut compromettre le potentiel d'un pays de parvenir à un développement inclusif et durable et perpétuer les inégalités. Le fait de priver les jeunes de perspectives d'avenir peut favoriser les conflits et réduire les capacités des pays de faire face aux menaces humanitaires et au changement climatique.

Le dividende démographique propose une nouvelle vision et approche des perspectives du développement durable et de la voie à suivre pour y parvenir dans les pays possédant une proportion élevée de jeunes. Une hausse des investissements en faveur de l'autonomisation, y compris dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, et d'une éducation de qualité, notamment à la période charnière de l'adolescence, a des effets durables tout au long de la vie. Lorsque de tels investissements s'étendent de manière globale et équitable à toute la population, ils entraînent une augmentation du capital humain dans toute la société. Quand cette augmentation coïncide avec une hausse de la part de jeunes dans la population,

en raison d'une baisse de la fécondité, il en résulte une proportion particulièrement élevée de la population bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un meilleur niveau d'éducation qui entre dans ses années les plus productives. Si la société et l'économie offrent à ces jeunes de véritables chances de trouver un emploi décent, le développement peut s'accélérer de façon spectaculaire en l'espace d'une génération.

Depuis 2015, l'UNFPA soutient 30 pays d'Afrique au moyen d'évaluations nationales visant à déterminer le potentiel d'exploitation et d'optimisation du dividende démographique. Elles comportent des analyses de la pyramide des âges de la population, du niveau d'éducation et des possibilités d'emploi, ainsi que des recommandations d'investissements pouvant aider à parvenir à un dividende démographique et à atteindre les objectifs de développement durable. Dans le cadre de l'initiative conjointe de la Banque mondiale et de l'UNFPA « Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel », le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Tchad mettent l'accent sur le dividende démographique, considéré comme un moyen de remédier aux déficits de capital humain et à la croissance rapide de la population.

La réalisation du dividende démographique est une question d'autonomisation, d'éducation et d'emploi, trois facteurs qui dépendent énormément de l'égalité dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs.

Des millions de filles, par exemple, courent le risque d'être mariées ou de devenir mères avant l'âge adulte, ce qui compromet leurs chances de recevoir une éducation et de s'épanouir pleinement. En raison de leurs compétences limitées, mais aussi des problèmes de santé et d'autres contraintes qui vont souvent de pair avec une grossesse précoce, elles auront du mal à entrer sur le marché du travail. Si jamais elles trouvent un emploi, elles gagneront sans doute un salaire inférieur à celui des femmes qui n'ont pas été mariées ou ne sont pas tombées enceintes à l'adolescence. Il en résulte une privation des droits et une vie caractérisée par la pauvreté, des perspectives et des aspirations limitées, une productivité gâchée ainsi qu'un capital humain inexploité, ce qui aura des conséquences négatives sur les foyers, les communautés et les avancées économiques et sociales des pays.

Le développement du capital humain est essentiel à la croissance économique et à l'obtention du dividende démographique. Sans un engagement plus important et plus équitable des femmes, le dividende démographique restera hors d'atteinte.

La couverture de santé universelle : l'une des voies vers l'égalité

Selon une étude de la Banque mondiale (2016), « la progression vers une couverture de santé universelle est le moyen le plus prometteur et le plus juste de réduire les inégalités en matière de santé, d'augmenter le capital humain des pauvres et de contribuer à la hausse des rémunérations ultérieures tout en réduisant les écarts de revenus ». Une couverture de santé universelle permet aux patients d'accéder à des soins qui n'entraînent pas pour eux de difficultés financières.

La mise en place d'une couverture de santé universelle implique donc de rendre les services, y compris les soins de santé sexuelle et reproductive, accessibles aux personnes qui ne pouvaient auparavant en bénéficier pour des raisons financières ou géographiques ou à cause de leur sexe. Cela nécessite également d'étendre la couverture plus rapidement et en priorité au quintile le plus pauvre de la population, qui rassemble les personnes les plus exclues.

Du Cambodge à la Colombie, au moins une douzaine de pays ont progressé vers la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, améliorant ainsi la santé des pauvres tout en diminuant le coût des soins (Banque mondiale, 2016). « La réduction des inégalités en matière de santé est non seulement juste, mais elle encourage également l'amélioration du bien-être des plus démunis » et « favorise l'accumulation de leur capital humain ».

L'investissement dans la santé des femmes et des adolescents, y compris dans leur santé sexuelle et reproductive, peut permettre aux pays de réaliser des

progrès économiques considérables. Par exemple, les données présentées dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent des Nations Unies montrent que presque un quart de la croissance des revenus réalisée dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire entre 2000 et 2011 découlait d'une amélioration globale de la santé (Nations Unies, 2016).

Des investissements bien ciblés en faveur d'un ensemble de soins incluant des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile garantissent le droit fondamental à la santé et permettent aux pays de s'approcher d'une couverture sanitaire universelle, c'est-à-dire des services accessibles à tous sans causer de difficultés financières aux personnes qui paient pour en bénéficier (Black *et al.,* 2016).

Outre les effets sur la santé, les investissements consentis dans des interventions à fort impact tout au long de cet ensemble de soins ont également d'importantes retombées sur le plan social et économique, avec un rapport coût-avantages de 8,7 à 1 (Black *et al.,* 2016). Ces investissements peuvent entraîner une baisse des taux de fécondité, ce qui peut stimuler la croissance économique du pays en permettant à un plus grand nombre de femmes d'entrer dans la vie active et de réinvestir leurs revenus dans la santé et l'éducation de leurs enfants, créant ainsi un cycle intergénérationnel de réduction de la pauvreté et augmentant les revenus (Black *et al.,* 2016).

Il a été démontré que les investissements en faveur de la contraception avaient des retombées considérables sur les économies. À l'échelle mondiale, les femmes des ménages les plus pauvres, peu éduquées et vivant en milieu rural sont celles dont les besoins en contraception sont les moins satisfaits, par rapport aux citadines riches et plus éduquées. En outre, ces besoins sont bien moins satisfaits dans les pays à faible revenu (Guttmacher Institute et UNFPA, 2014).

Répondre à l'ensemble des besoins non satisfaits dans les pays en développement permettrait non seulement de garantir le respect des droits de tout un chacun, mais aussi de stimuler les économies en éliminant les coûts économiques et humains associés aux grossesses non planifiées. Si tous les besoins non satisfaits étaient couverts, le nombre annuel de grossesses non planifiées diminuerait d'environ 75 %, passant de 89 à 22 millions. (Guttmacher Institute 2017).

S'attaquer aux inégalités multidimensionnelles dans toutes les directions

Les inégalités entre les sexes et en matière de revenu, de richesse, d'éducation et de santé peuvent être dues à des pratiques discriminatoires et à des normes néfastes ancrées dans les lois, mais aussi dans les usages, entravant ainsi systématiquement tout pouvoir, toute capacité d'expression ou opportunité sur le plan économique.

Lorsqu'un État souhaite s'attaquer à une seule forme d'inégalité, quelle qu'elle soit, plusieurs actions peuvent être nécessaires au niveau des politiques économiques, des systèmes juridiques, des règlements financiers et des mécanismes de protection sociale. Lorsque l'objectif est de s'attaquer aux inégalités multidimensionnelles, les difficultés se multiplient et les décideurs, qui cherchent à susciter un maximum de changements dans un environnement doté de maigres ressources financières et techniques, peuvent se sentir dépassés.

En raison de la nature multidimensionnelle et permanente de ce défi, il n'existe pas de solution unique ou facile permettant de combler les écarts entre les femmes et les hommes, les riches et les pauvres, les ruraux et les citadins, les personnes en bonne santé et celles qui n'ont pas accès aux soins. Comme l'indique la Commission Lancet sur la santé et le bien-être des adolescents dans son rapport phare, « les actions les plus efficaces sont intersectorielles, à plusieurs niveaux et à plusieurs composantes » (Lancet Commission, 2016).

Pourtant, il est possible d'améliorer les choses sans s'attaquer à toutes les dimensions de l'inégalité simultanément. Des progrès accomplis dans une dimension peuvent faire avancer les autres. Même de petits pas peuvent ouvrir la voie à de grandes avancées.

Les pouvoirs publics, la société civile et les institutions de développement ont expérimenté des

© UNFPA/Ricardo Ramírez Arriola

FIGURE 29 **Les bénéfices liés à l'amélioration des soins de santé sexuelle et reproductive pour tous dépassent largement le domaine de la santé**

POUR LA SOCIÉTÉ

- ↑ Plus forte croissance du PIB et du PIB par habitant
- ↑ Augmentation du nombre d'adultes en âge de travailler par rapport au nombre d'enfants à charge
- ↓ Diminution de la demande de dépenses publiques consacrées à l'éducation, au logement et à l'assainissement

© UNFPA/Dina Oganova

POUR LES FAMILLES ET LES MÉNAGES

- ↑ Augmentation de l'épargne et des biens des ménages
- ↓ Diminution du nombre d'enfants devenant orphelins
- ↑ Augmentation de la scolarisation des enfants
- ↑ Augmentation des ressources pour chaque enfant

© Intellistudies/stock.adobe.com

POUR LES FEMMES

- ↑ Meilleure capacité de poursuivre leur scolarité
- ↑ Augmentation de la production et des revenus
- ↑ Renforcement de l'autonomie et de l'estime de soi
- ↑ Augmentation de l'égalité entre les sexes

Source : Guttmacher Institute et UNFPA (2014)

programmes qui ont réduit une ou plusieurs facettes de l'inégalité multidimensionnelle en s'attaquant aux structures sociétales et institutionnelles qui perpétuent ou exacerbent les inégalités et créent des obstacles pénalisant certaines catégories de la population. Les résultats prometteurs de certaines de ces initiatives montrent qu'il est possible de les déployer à grande échelle pour contribuer fortement à la réduction des inégalités entre les sexes et en matière d'éducation, d'accès à la santé, de revenus et de richesses.

Pour les pouvoirs publics ou tout autre acteur cherchant à combler un écart dans la société, l'une des difficultés est de trouver le bon point de départ, car les possibilités sont multiples. Plusieurs pays ont réussi à s'attaquer aux inégalités multidimensionnelles en mettant en œuvre des initiatives visant à faire évoluer les normes sexistes, à promouvoir l'égalité d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive et à autonomiser les groupes exclus, en particulier les femmes et les adolescentes.

L'autonomisation des femmes et des filles peut contribuer à éliminer les inégalités multidimensionnelles. Le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie des femmes, y compris des plus marginalisées d'entre elles, leur permet de décider librement d'avoir des enfants et à quel moment, de prendre en main leur santé reproductive et de choisir d'exercer une activité productive en dehors de leur foyer. En outre, l'amélioration du statut des femmes dans les domaines politique, social, économique et sanitaire est essentielle pour parvenir au développement durable.

De plus en plus d'initiatives prometteuses adoptent une approche multidimensionnelle, en améliorant par exemple l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive dans le cadre d'un programme d'autonomisation économique destiné aux pauvres.

Pour parvenir à l'égalité, une bonne stratégie consiste à s'occuper d'abord des personnes situées en bas de l'échelle économique, des individus marginalisés et des laissés-pour-compte.

Faire évoluer les normes, pratiques et lois sexistes

Les normes influencent l'étendue de la capacité d'action ou du pouvoir de décision des filles et des femmes sur leur santé sexuelle et reproductive par rapport aux garçons et aux hommes.

Elles sont étroitement liées aux structures économiques et sociales, et les relations entre ces deux aspects peuvent aller dans les deux sens. Les normes peuvent limiter les perspectives économiques des femmes, par exemple en renforçant l'idée que ces dernières sont responsables de la plupart ou de l'ensemble des tâches domestiques non rémunérées.

Faire évoluer les normes sexistes est l'un des principaux points de départ de la lutte contre les inégalités multidimensionnelles. De nombreuses preuves suggèrent que les mesures les plus efficaces agissent généralement de plusieurs manières et à différents niveaux, au lieu de fonctionner de façon isolée et indépendante. Elles impliquent les écoles, les communautés, les employeurs, la société civile, les médias — ainsi que les femmes, les hommes, les filles et les garçons — dans cette transformation (Parsons et McCleary-Sills, 2014).

Les changements économiques eux-mêmes peuvent influencer les normes : l'accroissement des débouchés économiques peut aider les femmes à se libérer des normes traditionnelles qui les sous-estiment par rapport aux hommes et qui perpétuent les inégalités entre les sexes systématiques à l'intérieur et à l'extérieur du foyer. L'amélioration des perspectives d'éducation et d'emploi peut inciter les femmes et les filles à rechercher un travail et une plus grande autonomie en dehors de chez elles. Par exemple, une étude menée en Inde a révélé que de nouvelles possibilités d'emploi dans des centres d'appel avaient rehaussé les aspirations des parents à l'égard de l'éducation et de l'avenir professionnel de leurs filles, renforçant ainsi l'égalité des chances entre les filles et les garçons (Jensen, 2012).

Au Bangladesh, l'élargissement des possibilités d'emploi pour les femmes dans le secteur de l'habillement s'est accompagné d'une hausse rapide de la scolarisation des filles : entre 1983 et 2000, les villages se trouvant à

proximité des usines de confection ont vu les taux de scolarisation des filles augmenter de 27 % (Heath et Mobarak, 2014).

Même si des progrès ont été accomplis quant à la capacité des femmes à trouver un emploi dans le secteur structuré en lien avec leurs études, les normes sexistes persistent dans le monde du travail. Elles concernent non seulement les écarts de rémunération entre les sexes, en particulier entre les hommes et les femmes, mais également le fait de privilégier l'embauche des hommes au détriment des femmes, surtout si elles sont célibataires ou sans enfants, par crainte qu'une future grossesse ne diminue la valeur à long terme des employées. Il est donc indispensable de faire évoluer les normes sexistes dans le monde du travail pour lutter contre les inégalités multidimensionnelles.

Certaines études font état d'un lien positif entre l'égalité des sexes, le PIB par habitant et les niveaux de développement humain. L'amélioration de l'égalité des sexes découlant de l'augmentation de la part des femmes dans la population active a été associée à une réduction des inégalités de revenus (Gonzales *et al.,* 2015a).

L'égalité des sexes en matière d'emploi peut accroître considérablement le PIB d'un pays. Par exemple, au Cabo Verde, si le taux d'activité des femmes était aussi élevé que celui des hommes, le PIB augmenterait de 12,2 % (Marone, 2016). Actuellement, le taux d'activité au Cabo Verde est d'environ 51 % pour les femmes et de 65 % pour les hommes.

Un rapport du McKinsey Global Institute (Woetzel *et al.,* 2015) affirme que le PIB annuel mondial pourrait augmenter de 28 billions de dollars d'ici 2025 si la participation des femmes au monde du travail était identique à celle des hommes. En Inde, par exemple, si le taux d'activité des femmes était semblable à celui des hommes, le PIB annuel du pays augmenterait d'environ 700 milliards de dollars d'ici 2025, élevant ainsi le taux de croissance du PIB annuel du pays de 1,4 point de pourcentage.

Certaines études font état d'un **LIEN POSITIF** entre l'égalité des sexes, le PIB par habitant et les niveaux de développement humain.

Les interventions communautaires peuvent aider à mettre un terme aux pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles

Les programmes menés à l'échelle de la communauté sont considérés comme essentiels pour s'attaquer aux conventions sociales relatives aux mutilations génitales féminines. Des évaluations d'initiatives visant l'abandon de cette pratique néfaste suggèrent que l'engagement de la communauté est la clé d'un changement durable. L'objectif de ces interventions communautaires était de promouvoir l'autonomisation des femmes et des filles, mais aussi de l'ensemble de la communauté, afin de leur permettre d'examiner d'un œil critique leur propre tradition et d'acquérir la faculté d'abandonner cette pratique dans leur propre intérêt. L'expérience montre que l'abandon de cette pratique à grande échelle n'est envisageable que lorsque les mutilations génitales féminines ne constituent plus une norme sociale dominante et quand les familles peuvent y renoncer sans risque de stigmatisation ou d'exclusion.

Pour garantir l'éradication des mutilations génitales féminines, il est indispensable d'obtenir un véritable engagement de la part des hommes et des femmes dans le cadre d'une initiative à l'échelle de la communauté visant à faire évoluer des normes inégalitaires profondément ancrées. Une étude a examiné le changement s'opérant chez les hommes et les garçons participant à l'initiative Kembatti Mentti Gezzimma en Éthiopie, qui a remis en question l'acceptation sociale des mutilations génitales féminines et réduit la prévalence de cette pratique néfaste de manière spectaculaire (Stern et Anderson, 2015). Dans le cadre de cette intervention, les garçons et les hommes

jouent le rôle d'agents du changement en faveur de l'égalité des sexes et communiquent des informations sur cette pratique et ses dangers. Elle offrait en outre aux exciseuses d'autres sources de revenus et incluait des manifestations fêtant le «corps intact» et «la vie en bonne santé», visant à remplacer les rituels au cours desquels les mutilations avaient lieu. L'intégration du développement économique à cette initiative a également contribué à renforcer le soutien de la communauté en faveur de l'abandon de cette pratique.

Par ailleurs, cette intervention a favorisé le déclin d'autres pratiques néfastes, comme l'enlèvement des fiancées, car elle a contribué à faire évoluer les mentalités des hommes et des femmes concernant les inégalités entre les sexes. Elle a généré un soutien en faveur de l'accès des femmes à l'héritage, de leur participation à la vie politique et aux décisions liées à la vie familiale, et d'une réduction des tâches domestiques qui pèsent sur elles.

La mobilisation de la communauté peut renforcer le statut des femmes et des filles

La mobilisation de la communauté peut améliorer les résultats des initiatives menées dans les écoles, les clubs et les espaces sûrs, visant à autonomiser les filles et à faire évoluer les normes sexistes. Des programmes communautaires de formation aux compétences nécessaires à la vie courante, comme l'initiative Berhane Hewan menée en Éthiopie, ont permis de retarder l'âge du mariage, d'améliorer le niveau d'études et d'accroître le recours à la contraception chez les adolescentes impliquées dans le programme par rapport à celles n'y participant pas (Erulkar et Muthengi, 2009).

En Ouganda, un programme de formation professionnelle, associé à des espaces sûrs permettant aux jeunes femmes de discuter entre elles et d'obtenir des informations sur la santé et les comportements à risque, a permis de réduire la proportion de jeunes

© Mark Tuschman

femmes ayant des rapports sexuels forcés de 21 % à presque zéro. Ce programme a également augmenté leur participation à des activités génératrices de revenus de 35 % (Bandiera *et al.,* 2015).

Plusieurs pays ont amorcé une évolution des normes sexistes au moyen d'ateliers et de formations permettant aux hommes et aux garçons de débattre des stéréotypes sexistes, des relations entre les sexes et de la violence à l'égard des femmes. On peut notamment citer les exemples du club Boys4Change au Rwanda, de l'Equal Community Foundation en Inde et du projet Brave Men au Bangladesh (Barker *et al.,* 2007 ; Pulerwitz *et al.,* 2006).

Les hommes participant à un programme mené au Nicaragua à l'initiative de Promundo, une organisation non gouvernementale qui intervient dans 22 pays et implique les hommes et les garçons dans la promotion de l'égalité des sexes, ont indiqué qu'ils s'investissaient plus équitablement dans les tâches domestiques, passaient plus de temps avec leurs enfants et leur partenaire, et inculquaient à leurs enfants des principes de respect et d'égalité (ECPAT Guatemala *et al.,* 2015).

Certaines des mesures les plus efficaces concernant l'évolution positive des normes consistent à intervenir auprès des enfants et des adolescents (garçons et filles), généralement dans le cadre de formations sur les compétences nécessaires à la vie courante menées dans les écoles, les clubs de filles ou autres espaces sûrs, mais aussi dans le cadre d'activités de sensibilisation et d'information sur les droits. Ces interventions portent communément sur des normes liées aux relations, au genre et aux rapports de force.

Les écoles sont des communautés où les notions de respect et d'égalité peuvent être présentées en exemple pour encourager très tôt l'adoption d'attitudes et de comportements positifs, qui influeront sur les attitudes de toute une vie, et dont les sphères d'influence sont plus larges. L'impact des programmes menés en milieu

© Corbis via Getty Images

scolaire sur les attitudes liées aux inégalités entre les sexes peut être considérable.

En Inde, le programme Gender Equity Movement in Schools (GEMS) aide les garçons et les filles à adopter des normes plus équitables à l'égard des deux sexes grâce à des jeux de rôles, à des activités extrascolaires et à des cours portant sur la violence sexiste, le mariage et le partage des tâches domestiques. Une évaluation du programme GEMS à Mumbai a montré qu'au bout de deux ans, les élèves participant au programme étaient plus enclins que les autres à soutenir l'accès des filles à l'enseignement supérieur et s'élevaient ouvertement contre la violence sexiste et le mariage d'enfants.

Les connaissances acquises par les adolescents et leurs familles à l'école, dans les centres de santé ou dans les médias peuvent aider à faire évoluer les normes et attitudes sexistes. En Éthiopie, au Népal et au Viet Nam, par exemple, les familles ont modifié leur attitude à l'égard du mariage d'enfants après avoir découvert les risques sanitaires auxquels étaient exposées les adolescentes et les avantages économiques découlant du report de la maternité (ODI, 2015).

En Éthiopie et au Kenya, l'initiative Youth-to-Youth Club, visant à renforcer les compétences nécessaires à la vie courante et l'estime de soi, a aidé les jeunes femmes à gagner un revenu et les hommes à accepter davantage le leadership des femmes (Tautz, 2011). En République dominicaine, un programme sur les compétences nécessaires à la vie courante, Juventud y Empleo, a permis d'augmenter légèrement les revenus des participants et de diminuer de 5 points de pourcentage les grossesses précoces (Ibarrarán *et al.,* 2014.)

Un programme d'autonomisation des femmes mené par l'ONG BRAC en Ouganda, offrant aux adolescentes une formation professionnelle et des informations sur la sexualité et le mariage, a permis de réduire de 26 % le taux de grossesses chez les adolescentes, de 58 % le nombre de mariages ou de concubinages précoces, et de 50 % le nombre de filles déclarant avoir subi un rapport sexuel forcé ; ce programme a également entraîné une hausse notable de la création de revenus (Bandiera *et al.,* 2015).

Certains pays développés ont également mis en place des programmes d'évolution des normes. Par exemple, un programme mené dans l'État de Victoria, en Australie, met en avant les notions de respect et d'égalité dans les écoles afin d'encourager des relations respectueuses et non violentes à mesure que les élèves gagnent en maturité et passent de l'adolescence à l'âge adulte. Ce programme a été lancé comme initiative pilote dans 19 écoles. Une évaluation de cette dernière a fait état d'une évolution positive des attitudes liées au genre, ainsi que d'une sensibilisation aux inégalités entre les sexes et à la violence sexiste.

De nombreux pays garantissent à présent formellement, dans leur constitution ou ailleurs,

LE PRINCIPE D'ÉGALITÉ

devant la loi ; toutefois, l'application des lois est parfois limitée.

Des partenariats avec les médias peuvent promouvoir l'égalité des sexes

Bien que les images populaires renforcent souvent les stéréotypes sexistes négatifs, la télévision et la radio peuvent aider à susciter un changement en remettant en question les normes de genre communément établies qui déterminent ce qui est acceptable et normal. Ces médias peuvent y parvenir en exposant les personnes à des opinions différentes et en créant un contre-discours.

Une évaluation a révélé que l'amélioration de l'accès à la télévision par câble — quel que soit le type de programme — augmentait l'acceptation des femmes travaillant à l'extérieur de chez elles et diminuait la tolérance envers les violences domestiques (Jensen et Oster, 2009).

En Afrique du Sud, la série télévisée *Soul City*, lancée en 1994, transmet des messages sur la santé et le développement et met en avant des comportements sains. Elle est appuyée par des émissions de radio et des campagnes de presse et de plaidoyer visant à ouvrir et à poursuivre le débat ; il a été montré qu'elle avait suscité des changements positifs d'opinions et de comportements, y compris concernant la violence à l'égard des femmes (Soul City Institute for Health and Development Communication, 2001).

L'évolution des lois a également changé la donne en ce qui concerne la promotion de l'égalité des sexes, de l'égalité économique et de l'égalité dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs. De nombreux pays garantissent à présent formellement, dans leur constitution ou ailleurs, le principe d'égalité devant la loi ; toutefois, il est possible que l'application des lois soit limitée et que les droits ne soient pas protégés de manière uniforme.

Par le passé, dans certains pays, une protection inégale des droits devant la loi a limité les perspectives économiques des femmes par rapport à celles des hommes (Gonzales *et al.,* 2015b ; Hallward-Driemeier et Gajigo, 2013). Par exemple, dans certaines sociétés, seuls les hommes ont légalement le droit d'hériter de biens (Deininger *et al.,* 2010). Or, modifier les lois de manière à mettre les femmes et les hommes sur un pied d'égalité en matière de droit successoral permet de réduire les inégalités de revenus entre les sexes. Par exemple, des réformes du droit successoral menées en Inde ont permis de renforcer les pouvoirs économiques des femmes, de retarder l'âge du mariage pour les filles, d'augmenter de 11 à 25 % le nombre moyen d'années de scolarisation des filles et de diminuer le montant des dots versées (Roy, 2011).

En Éthiopie, depuis la mise en œuvre des réformes du droit de la famille en 2000, l'homme ne peut plus interdire à sa femme de travailler. Ces réformes exigent également l'accord des deux époux pour vendre ou louer un bien appartenant aux deux membres du couple (Hallward-Driemeier et Gajigo, 2013). Elles ont d'abord été mises en place dans trois des neuf régions du pays afin d'évaluer leur effet. Dans les régions où les réformes ont été appliquées, on a observé une évolution de l'activité économique des femmes, qui se sont mises à travailler davantage à l'extérieur de leur foyer et à occuper plus souvent des emplois à plein temps et plus qualifiés.

D'autres réformes juridiques menées en Éthiopie ont entraîné une baisse des taux de fécondité. Avant 1997, la loi attribuait des terrains communaux aux familles en fonction du nombre d'enfants. Toutefois, après 1997, ces incitations liées à la terre favorisant les familles nombreuses ont été supprimées. Une analyse géographique coïncidant avec l'adoption de cette réforme a révélé qu'elle s'était accompagnée d'une baisse de la fécondité, les femmes ayant en moyenne 1,2 enfant de moins que vingt ans auparavant (Ali *et al.,* 2015).

Actions favorisant l'égalité d'accès à la contraception

Le recours aux moyens de contraception modernes est très variable dans les pays en développement. Tandis qu'en Asie de l'Est, près de neuf femmes mariées sur dix âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode de contraception moderne, moins d'une femme sur cinq y a recours en Afrique subsaharienne (Guttmacher Institute et UNFPA, 2014). En outre, de nombreuses femmes, notamment celles qui sont pauvres, n'ont pas accès à leur moyen de contraception privilégié.

Une action mondiale concertée, Family Planning 2020 (FP2020), a été lancée pour aider 120 millions de femmes supplémentaires à accéder à la contraception d'ici à 2020. En 2014, les bailleurs de fonds ont contribué à ce partenariat à hauteur de 1,4 milliard de dollars. FP2020 part du principe que toutes les femmes, où qu'elles vivent, ont le droit d'accéder à des contraceptifs.

Étendre l'accès à la contraception nécessite non seulement d'augmenter les stocks de contraceptifs de qualité disponibles et de communiquer davantage au sujet de leur bonne utilisation, mais également de veiller à ce que plusieurs méthodes de contraception soient disponibles. Cela implique également de lever les obstacles géographiques, sociaux et économiques qui entravent leur utilisation.

Aux Philippines, par exemple, la contraception est devenue gratuite pour éliminer les obstacles économiques auxquels se heurtaient près de 6 millions de femmes, dont les besoins de planification familiale n'étaient pas satisfaits. Au Myanmar, l'UNFPA a aidé le gouvernement à élargir l'éventail de contraceptifs disponibles, afin que les femmes puissent choisir la méthode la plus adaptée à leurs besoins. Le gouvernement a également rendu les implants contraceptifs gratuits pour les femmes démunies. Le Ghana, la Tanzanie et d'autres pays d'Afrique expérimentent l'utilisation de drones pour livrer des contraceptifs dans des régions rurales isolées. Dans certaines régions, l'acheminement de contraceptifs prend deux jours; les drones pourraient réduire ce délai à 30 minutes.

Comme indiqué dans le chapitre 1, sur environ 60 pays en développement, le Rwanda est celui qui a amélioré le plus rapidement la satisfaction des besoins en contraceptifs modernes sur une période de dix ans. Cette réussite est due aux efforts entrepris par les pouvoirs publics pour assurer un accès aux services de planification familiale dans chacun des 14 841 villages administratifs du pays, grâce à 45 000 agents de santé communautaires. Parmi les mesures prises figuraient l'introduction de méthodes de contraception de longue durée et l'intégration de services de planification familiale dans les hôpitaux et les centres de santé.

Au Sénégal, la décentralisation des services et l'amélioration de la distribution des produits ont augmenté le taux de prévalence de la contraception, en particulier en milieu rural, ce dernier étant passé de 7 % en 2011 à 15 % en 2015.

© UNFPA/Micka Perier

Réduire les inégalités d'accès aux services pour que les grossesses et les accouchements se déroulent dans de meilleures conditions

Par rapport aux citadines plus riches, les femmes pauvres vivant en milieu rural ont un accès plus restreint à des soins prénatals et obstétriques de qualité. On estime qu'aujourd'hui, un quart des femmes enceintes dans les pays en développement n'a pas accès aux services d'accoucheurs qualifiés, et beaucoup d'entre elles n'ont pas d'autre choix que d'accoucher seules (Lancet, 2016).

Comme expliqué dans le chapitre 1, certains pays ont accompli plus de progrès que d'autres en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux services d'accoucheurs qualifiés, y compris les sages-femmes, et l'élargissement de l'accès des pauvres à ces services par rapport aux riches.

Par exemple, sur près de 60 pays en développement, le Cambodge est celui où l'accès des pauvres aux services d'accoucheurs qualifiés s'est le plus amélioré sur une période récente de dix ans. Pour parvenir à ce résultat, le gouvernement a notamment pris des mesures pour former des sages-femmes et les déployer dans les régions rurales pauvres. Le renforcement des effectifs de sages-femmes a permis aux communautés démunies du pays d'avoir un meilleur accès aux soins prénatals. En outre, un fonds national de financement de la santé

aide les pauvres, notamment ceux qui vivent dans des régions isolées, à accéder à des services d'accouchement sans risques et de santé reproductive.

Le chapitre 1 met également en avant les progrès de l'Arménie, qui a réussi à réduire les inégalités d'accès aux soins prénatals entre les femmes enceintes des ménages les plus pauvres et celles des ménages les plus riches. En 2008, l'Arménie a lancé un système de bons, ou « certificats de maternité », permettant aux femmes démunies de bénéficier de soins prénatals et de services d'accouchement sans risques gratuits ou à moindre coût. Avant 2008, près de 39 % des femmes enceintes devaient payer pour recevoir des soins prénatals. Depuis, elles ne sont plus que 10 % environ.

Mesures garantissant aux adolescents l'égalité d'accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive

On estime qu'un tiers des grossesses précoces ne sont pas planifiées (Hindin *et al.,* 2016).

Par rapport aux adultes mariés, les adolescents ont souvent un accès limité aux contraceptifs et aux informations concernant leur utilisation. Ils font face à plusieurs obstacles : méconnaissance des lieux de distribution de contraceptifs, peur d'être rejetés par les prestataires de services, opposition de leur partenaire, stigmatisation de la contraception ou de la sexualité des adolescents par la communauté, emplacement ou horaires inadaptés des centres de santé, coûts ou encore inquiétudes vis-à-vis du respect de la vie privée et de la confidentialité (UNFPA, 2013b).

Pour permettre aux adolescents d'accéder plus facilement à des contraceptifs et à des informations sur la prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, de plus en plus de pays mettent en place des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes. Généralement, ils garantissent le respect de la vie privée des adolescents, sont situés à des emplacements adéquats et sont ouverts à des horaires adaptés aux jeunes, sont assurés par des prestataires formés à répondre à leurs besoins et offrent un ensemble complet de services essentiels.

Étant donné le risque élevé de décès néonatals chez les mères âgées de moins de 18 ans, le Sénégal, avec l'appui de l'UNFPA, met à disposition des adolescents des « Espaces jeunes », installés dans les établissements de santé et offrant des services qui leur sont adaptés, ainsi que des services de contraception et de dépistage des IST, y compris du VIH. Ces services ont contribué à la réduction du taux de natalité chez les adolescentes, qui est passé de 22 % en 1997 à 16 % en 2015.

Au Nicaragua, les adolescents issus de familles pauvres peuvent accéder à des services de santé sexuelle et reproductive, y compris à la contraception, grâce à des bons distribués à domicile ou dans les lieux où les jeunes se rassemblent. Ces bons donnent accès à une consultation gratuite et à une visite de suivi permettant d'obtenir une contraception, de procéder à un dépistage des IST, y compris du VIH, et de faire un test de grossesse (UNFPA, 2013b).

Dans le cadre du programme Geração Biz mené au Mozambique, les ministères de la Santé, de l'Éducation et du Développement humain, ainsi que de la Jeunesse et des Sports, se sont associés pour mettre en place des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes, des campagnes d'informations sur la contraception et la prévention du VIH dans les écoles, et des campagnes d'information communautaires destinées aux jeunes non scolarisés. Grâce à un réseau de 5 000 pairs-conseillers, le programme Geração Biz permet aux jeunes du Mozambique d'accéder à des informations et à des services confidentiels et respectueux.

L'éducation favorise l'autonomisation et une meilleure santé

L'alphabétisation et l'éducation font partie des investissements cruciaux les plus à même de contribuer à la réduction des inégalités ; ils ont des effets redistributifs et autonomisent les individus et les communautés (Doss, 2013 ; Drèze et Sen, 1995 ; Malhotra *et al.,* 2011 ; Prettner et Strulik, 2014).

L'éducation renforce la volonté des filles de travailler en dehors de chez elles et leur donne les moyens de décrocher de bons emplois plus tard dans leur vie. Lorsque les femmes intègrent le secteur structuré de l'économie, leurs revenus et leur niveau de vie augmentent. La hausse des revenus qui en découle peut stimuler la croissance économique et la productivité globale d'un pays (Sperling et Winthrop, 2016).

L'accès à l'éducation peut ouvrir les portes de l'emploi rémunéré, ce qui peut renforcer le pouvoir des femmes, affaiblir la domination patriarcale en réduisant leur dépendance financière envers leur mari, et leur donner plus d'autonomie et de liberté. Un meilleur niveau d'études aide également tous les groupes défavorisés à jouir d'une plus grande stabilité économique et à s'organiser sur le plan politique. Une meilleure éducation permet aux filles d'améliorer leur statut social et de disposer par la suite d'un pouvoir de négociation accru dans leur foyer (Nations Unies, 2014).

Cependant, les effets positifs générés par l'investissement dans l'éducation des femmes et des filles ne se limitent pas à leur participation au monde du travail et à la productivité. Les retombées dans le domaine de la santé sont également considérables. Par exemple, il existe une corrélation entre l'augmentation du niveau d'études des filles et des femmes et l'amélioration de la santé maternelle et infantile, ainsi que la baisse des taux de mortalité (UNFPA, 2014).

En outre, la réduction des inégalités entre les sexes dans l'éducation permettrait à davantage de femmes, en particulier à celles appartenant au quintile le plus pauvre de la population d'un pays, de mieux contrôler la survenue et l'espacement des grossesses, et ainsi les autres domaines de leur vie (Doss, 2013 ; Malhotra *et al.,* 2011 ; Prettner et Strulik, 2014).

La réduction des inégalités entre les sexes dans l'éducation peut en outre stimuler la croissance économique d'un pays et favoriser la réduction des inégalités de revenus. Sabot *et al.* (2016) ont démontré que les économies d'Asie de l'Est ont enregistré une croissance rapide sur une période de 30 ans, tout en affichant des inégalités de revenus relativement faibles ou en baisse, et ce, grâce à des politiques favorisant le partage et la stimulation de la croissance. Les investissements réalisés dans l'éducation, en particulier, ont grandement contribué à la réduction des inégalités.

Offrir les mêmes chances à tous dans l'éducation

Les inégalités des sexes dans l'éducation sont liées aux inégalités de revenus ainsi qu'aux inégalités d'accès et de recours aux services de santé reproductive, y compris la contraception. L'élimination des obstacles à l'éducation des filles peut donc contribuer à réduire les autres inégalités.

La pauvreté est un obstacle qui touche davantage les filles que les garçons. Les coûts directs associés à la scolarisation des filles ou les coûts d'opportunité liés à l'absence d'une fille et au fait qu'elle ne peut plus participer aux tâches domestiques ou s'occuper de ses frères et sœurs peuvent être trop élevés pour les familles.

Il est possible de réduire les coûts directs en supprimant les frais de scolarité et en subventionnant l'achat d'uniformes ou de manuels scolaires. Plusieurs mesures permettent de réduire les coûts d'opportunité supportés par les familles, telles que les transferts conditionnels de fonds : les familles reçoivent une petite somme d'argent mensuelle, s'élevant souvent à environ 10 dollars, afin de couvrir les coûts liés à la scolarisation des filles. L'un de ces programmes, mené au Malawi, a non seulement permis d'augmenter le taux de scolarisation des filles et la durée de leurs études, mais a également entraîné une diminution du taux de grossesses précoces (Baird *et al.,* 2011).

Les transferts de fonds sans condition, qui n'exigent pas spécialement que les filles aillent à l'école, ont également favorisé leur scolarisation et l'augmentation de la durée de leurs études (Baird *et al.,* 2013).

Au Pérou, les transferts conditionnels de fonds visaient à la fois à augmenter la fréquentation scolaire des filles et à aider à retarder la grossesse chez les adolescentes (Azevedo *et al.,* 2012). En outre, un programme de transfert conditionnel de fonds mis en

© Mariana Chama

place en Colombie a également permis de réduire les taux de grossesses précoces (Cortés *et al.,* 2011).

En Inde, un programme de bourses scolaires pour les filles a été instauré pour réduire l'écart entre les sexes dans l'éducation, dans un pays marqué par de forts taux de pauvreté et de mariage d'enfants. Dans les districts pauvres, une somme d'environ 10 dollars était versée tous les trimestres aux familles, qui devaient, en contrepartie, envoyer régulièrement leurs filles à l'école. Ce programme a notamment contribué à retarder l'âge du mariage de 1,5 an au plus et à diminuer la fécondité de 0,4 enfant en moyenne par rapport aux groupes de contrôle (Glassman et Temin, 2016).

Une question de droits

Réduire les inégalités entre les riches et les pauvres, entre les femmes et les hommes, entre les privilégiés et les exclus est avant tout une question de respect des droits fondamentaux, afin que tout un chacun puisse pleinement s'épanouir.

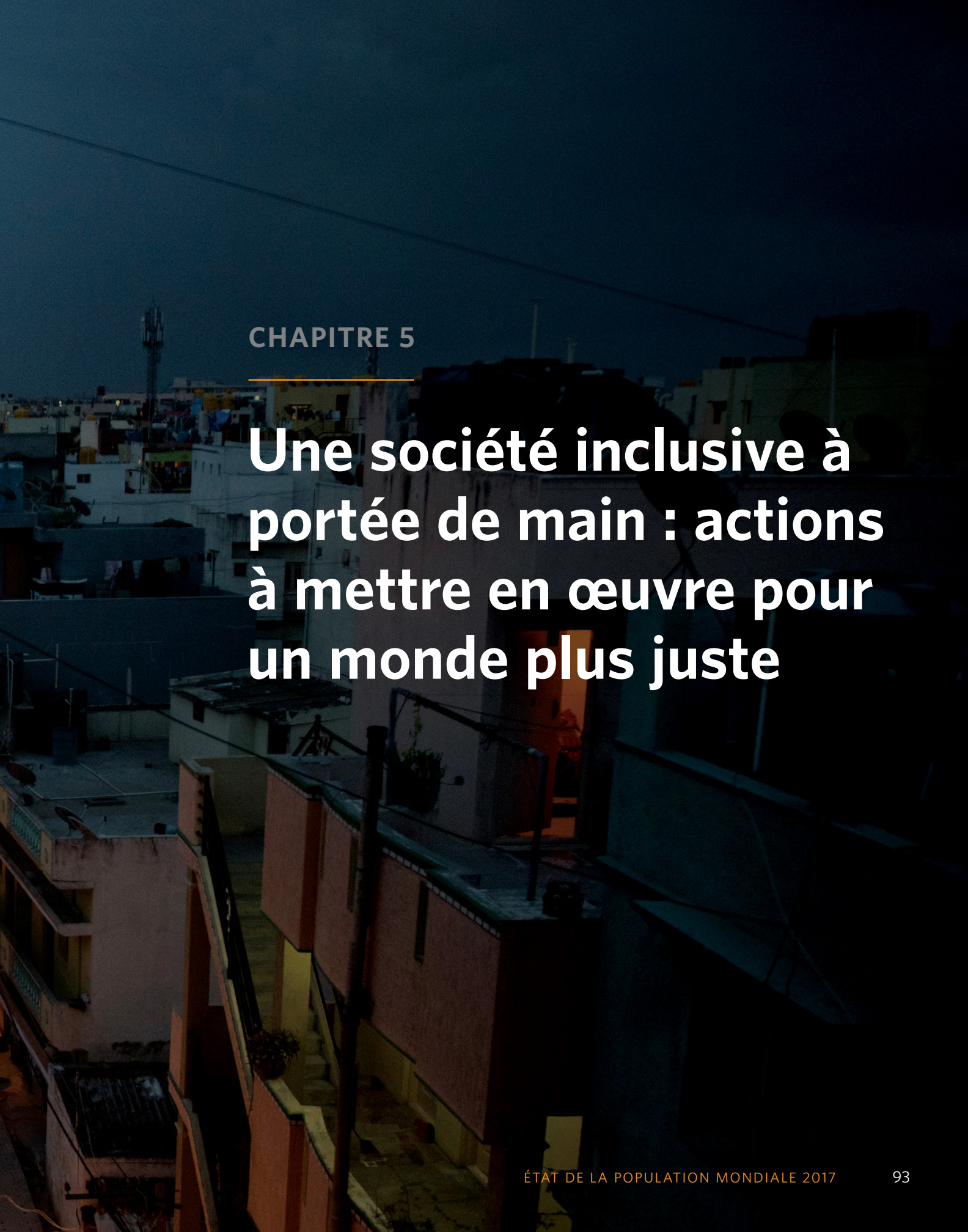
La société peut tirer parti d'avantages sociaux et économiques considérables quand l'ensemble de la population est en mesure d'exercer ses droits à la santé et à l'éducation ; quand les femmes peuvent décider librement d'avoir des enfants ou non, et quand et à quelle fréquence ; et quand les hommes et les femmes sont sur un pied d'égalité dans le monde du travail.

Les études montrent que la hausse des revenus et du bien-être des personnes situées en bas de l'échelle économique stimule l'ensemble de l'économie et accroît le niveau de vie de toute la population.

Remédier aux inégalités multidimensionnelles nécessite de prendre des mesures sur plusieurs fronts, car de nombreuses facettes des inégalités se renforcent mutuellement. Les pouvoirs publics peuvent se sentir dépassés par ce défi, en particulier quand ils ne disposent que de ressources très limitées. Il est donc indispensable de hiérarchiser les actions en fonction du degré d'urgence et de leurs effets potentiels.

Les pays en développement ont expérimenté de nombreux programmes qui ont permis de réduire certaines dimensions de l'inégalité au sein de groupes spécifiques, par exemple les adolescentes, ou encore les femmes les plus démunies vivant dans les communautés rurales les plus pauvres. Le défi consiste à présent à transposer ces initiatives à grande échelle afin d'atteindre davantage de personnes et de renforcer l'égalité entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons.

© Andrea Bruce/NOOR



CHAPITRE 5

Une société inclusive à portée de main : actions à mettre en œuvre pour un monde plus juste

Les inégalités ne sont pas inévitables. Si nous comblons les écarts existants, nous honorerons notre obligation morale à l'égard du respect des droits de l'homme et tirerons tous parti d'un monde plus juste. Ce monde plus équitable, plus stable, plus prospère et plus durable que nous aurons créé est un monde que nous serons fiers de laisser aux futures générations.

Les stratégies les plus prometteuses sont possiblement celles qui s'attaquent aux recoupements entre les inégalités, sur le plan individuel et au sein des sociétés et des économies – et notamment les mesures visant à assurer l'exercice des droits reproductifs et l'égalité des sexes, qui cherchent en particulier et d'urgence à atteindre les personnes appartenant aux 40 % de la population les plus pauvres, qui sont les plus exclues.

Généraliser l'accès aux soins de santé reproductive, par exemple, permet à une femme démunie non seulement d'exercer ses droits reproductifs, mais également de surmonter les inégalités en matière d'éducation et de revenus, ce qui aura des retombées à la fois sur sa vie personnelle, sur sa famille et sur l'ensemble de son pays.

De nombreuses voies sont possibles en fonction de la situation de chaque pays. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 propose un plan d'action visant à orienter les efforts entrepris, comme d'autres engagements internationaux majeurs tels que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, source d'inspiration des activités de l'UNFPA.

Quel que soit le chemin emprunté, il est temps d'intensifier nos efforts : plus les inégalités s'enracineront, et plus il sera difficile d'y remédier. Les progrès doivent être rapides, équitables et durables. Un monde plus juste en dépend.

Garantir l'exercice des droits universels, y compris à la santé sexuelle et reproductive

Tous les pays doivent garantir le respect du droit à l'emploi, à l'éducation et à la santé, y compris à la santé reproductive, conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme et à d'autres traités, conventions et accords internationaux.

La couverture de santé universelle est l'un des fondements d'une société plus inclusive, comme le souligne le Programme 2030. En 2013, une Commission du Lancet a révélé que le déploiement à grande échelle d'interventions de santé majeures dans 82 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, visant notamment à réduire les disparités touchant les minorités ethniques, pauvres et rurales, permettrait de sauver 10 millions de vies d'ici à 2035. D'autre part, la mise en place de services qui améliorent les soins prénatals et la santé maternelle, qui réduisent les cas d'insuffisance pondérale à la naissance et de retard de croissance, et qui élargissent les soins de santé préventifs destinés aux enfants et aux adolescents est l'un des meilleurs investissements qu'il est possible de faire pour accroître la productivité économique et les revenus à long terme des générations actuelles et futures.

En ce qui concerne les femmes pauvres, en particulier, non seulement l'accès à des soins de santé de qualité, y compris à l'ensemble des services de santé sexuelle et reproductive, est essentiel à leur bien-être, mais cela leur permet aussi de passer moins de temps à soigner les membres de leur famille. Elles ont ainsi plus de temps à consacrer à une activité rémunérée, ce qui augmente leurs revenus.

Au niveau des systèmes de santé nationaux, il est possible de mettre l'accent sur les services qui font encore trop défaut aux populations démunies : accès à la planification familiale et aux soins prénatals, et présence de personnel qualifié à la naissance.

La qualité des services est également importante. Par exemple, pour réduire les inégalités, les services de santé reproductive qui ne proposent qu'une seule méthode de contraception peu acceptable à des populations pauvres et rurales doivent élargir leur offre afin de pouvoir mettre à la disposition des femmes un éventail complet de contraceptifs et de les informer sur les différents produits afin qu'elles puissent faire un choix éclairé.

Pour favoriser l'inclusion, les services de santé doivent être adaptés à chaque étape de la vie, l'une des principales

lacunes étant actuellement le manque de prise en considération des jeunes et des adolescents. En effet, les jeunes ont plus de mal à obtenir des contraceptifs en raison de lois et de politiques restrictives, et de la stigmatisation de la sexualité des adolescents. Seul un quart des jeunes femmes dispose des connaissances suffisantes pour se protéger contre le VIH, alors que la majorité des nouvelles infections concernent des jeunes femmes et des filles (Nations Unies, 2013b).

Un bon départ dans la vie donnerait à de nombreux jeunes de bien meilleures chances de surmonter d'autres formes d'inégalités par la suite. Bien souvent, les structures de santé doivent abattre proactivement les obstacles qui marginalisent les jeunes et les adolescents, par exemple en garantissant des services gratuits et confidentiels, en faisant appel à des conseillers spécialisés et en communiquant l'information au moyen des nouvelles technologies ou dans les lieux où se réunissent les jeunes. Une priorité serait de mettre en œuvre des programmes visant à satisfaire les besoins contraceptifs des jeunes, puisque les grossesses précoces et non planifiées peuvent mettre en péril l'éducation et compromettre les chances d'entrer dans la vie active.

Inscrire l'égalité dans la loi

Inscrire explicitement l'égalité des droits de tous les citoyens dans les lois et pratiques juridiques nationales peut être une première étape vers la réduction des inégalités. Cette stratégie va notamment dans le sens de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, entre autres engagements internationaux. En vertu de cette Convention, pratiquement tous les États membres des Nations Unies s'engagent à « inscrire dans leur constitution nationale ou toute autre disposition législative appropriée le principe de l'égalité des hommes et des femmes, si ce n'est déjà fait, et à assurer par voie de législation ou par d'autres moyens appropriés, l'application effective dudit principe ».

Faire de l'égalité un principe juridique, notamment au plus haut niveau, en l'inscrivant par exemple dans la constitution, serait un premier pas vers la suppression de lois et de pratiques discriminatoires. Pour ce faire, il convient de mettre en place des mesures qui enrayent à la fois les structures juridiques, économiques, sociales et politiques qui permettent aux inégalités de perdurer et empêchent le plein exercice des droits de l'homme.

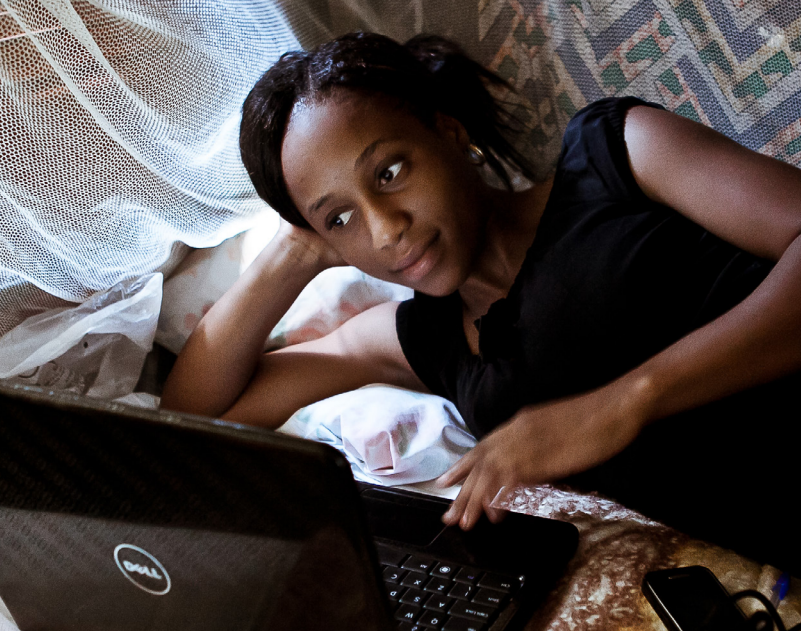
La législation donne aux personnes actuellement marginalisées un cadre pour les aider à faire valoir leurs droits fondamentaux, en particulier si des mesures ont été mises en place pour garantir une protection égale devant la loi et un accès équitable à la justice. Cela peut permettre de remédier aux partis pris des services publics, qui favorisent les villes au détriment des régions rurales, par exemple, ou de combler les écarts de rémunération en assurant aux deux sexes un salaire identique pour le même travail.

Lorsque les ressources sont limitées, des mesures d'égalisation peuvent être adoptées au fur et à mesure, à condition que le processus ne soit pas discriminatoire et que l'utilisation des ressources disponibles soit optimisée. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels admet le principe de « concrétisation progressive » des droits, tout comme les conventions relatives aux droits de l'enfant et des personnes handicapées.

Agir à plus grande échelle pour favoriser l'exercice des droits et générer d'importantes retombées

Le Programme 2030 est très ambitieux et vise à transformer notre monde. La réalisation de ses aspirations et le respect de l'engagement pris de ne laisser personne de côté dépendront grandement du déploiement à grande échelle des ressources et des stratégies de développement. En particulier, les personnes qui subissent déjà les inégalités les plus fortes ont peu de chances de tirer parti des approches conventionnelles qui, jusqu'à présent, ont surtout entretenu, voire renforcé, leur exclusion.

Plusieurs arguments plaident en faveur d'un tel déploiement. Tout d'abord, le fait d'assurer à tous un accès à des services essentiels de qualité garantit l'exercice des droits de l'homme. Ensuite, nous disposons à présent de vastes connaissances nous permettant de savoir ce qui fonctionne, qu'il s'agisse de prévenir la transmission du



© Paolo Patruno

© Mark Tuschman

VIH ou d'élargir l'accès aux services financiers. Enfin, l'augmentation des investissements porte ses fruits. Par exemple, selon le Guttmacher Institute, chaque dollar dépensé pour des services de contraception représente une économie de 2,22 dollar (Guttmacher Institute, 2017) sur les frais médicaux liés à la grossesse.

La plupart des besoins se concentrent dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et dans les communautés les plus pauvres de ces pays.

Pour atteindre la cible des objectifs de développement durable visant l'élimination du mariage d'enfants, le rythme des progrès doit être 14 fois plus rapide que le rythme actuel.

Le renforcement et le déploiement à grande échelle des systèmes de santé sont indispensables pour assurer un accès équitable et universel aux soins et aux services dans les différentes régions et sur toute l'échelle des revenus, mais également pour lutter contre les autres facteurs qui sous-tendent l'exclusion. Par exemple, il est nécessaire de s'attaquer au problème de la surconcentration des agents de santé dans les zones urbaines — un phénomène qui frappe la plupart des pays. Pour atteindre les communautés rurales, certaines approches reposent sur la rotation des agents de santé, l'utilisation de nouvelles technologies mobiles ou la création de liens entre milieu rural et milieu urbain dans le système de santé et d'autres domaines connexes, tels que les transports. Il est également possible d'améliorer les services de santé en demandant à la population de faire part de ses besoins et de sa perception du système de santé.

Le déploiement à grande échelle nécessite certes la mobilisation de ressources supplémentaires à court terme, mais génère des retombées considérables à long terme, en particulier dans les pays possédant une population relativement vaste, jeune et démunie. La généralisation des services de santé sexuelle et reproductive, par exemple, peut créer une dynamique favorisant la transition démographique, ce qui pourrait par la suite stimuler la croissance économique des pays possédant une population importante et croissante de jeunes.

En outre, il est tout aussi important de redistribuer efficacement et équitablement les ressources existantes, ce qui peut nécessiter de consacrer davantage de moyens aux groupes laissés pour compte, en particulier aux 40 % de la population les plus pauvres. Pour faire ces choix, il est possible de commencer par mettre en place des mécanismes de budgétisation publique reposant sur les exercices de budgétisation tenant compte de la problématique hommes-femmes déjà réalisés dans plusieurs pays, tant au niveau national qu'infranational. Ces exercices examinent la collecte et la distribution des ressources publiques pour déterminer si les pratiques actuelles respectent ou favorisent l'égalité des sexes.

Prendre en compte l'indénombrable

Les inégalités sont trop souvent mal estimées ou mal comprises ; dans tous les cas, il se peut qu'elles ne soient pas bien perçues. Il est donc difficile de modifier les « règles du jeu » pour faire en sorte que les politiques n'avantagent pas excessivement ceux qui jouissent déjà d'une certaine richesse dans la société ou le système international. Par exemple, malgré une amélioration globale de l'éducation et des soins de santé, les femmes continuent de courir plus de risques de subir la pauvreté et le chômage que les hommes, et gagnent généralement moins d'argent qu'eux à travail égal.

Rien n'illustre mieux la mesure inappropriée des inégalités que l'usage toujours très répandu du PIB comme indicateur de bien-être national. Prenons l'exemple d'un pays d'Afrique qui, selon cet indicateur, a connu une croissance annuelle rapide de 6 % entre 1998 et 2010. Or, durant la même période, le taux de pauvreté a explosé, passant de 43 à 64 % et touchant 4 millions de personnes. Le PIB ne prend pas non plus en compte le travail non rémunéré des femmes, alors qu'il représente près de 10 billions de dollars par an, à l'échelle mondiale (Oxfam, 2017).

Le PIB est considéré depuis longtemps comme un outil inapproprié de mesure du bien-être, mais les inégalités actuelles rendent de plus en plus urgent l'établissement d'indicateurs alternatifs ou complémentaires, comme le souligne le Programme 2030. En 2009, la commission Stiglitz-Sen-Fitoussi, qui visait à examiner les possibilités d'améliorer la mesure des performances économiques et du progrès social, recommandait d'accorder plus d'importance à la répartition des revenus, de la consommation et des richesses, et de faire en sorte que les indicateurs de la qualité de la vie fournissent une évaluation des inégalités dans *toutes* les dimensions qu'ils recouvrent.

Étant donné la portée ambitieuse des cibles et indicateurs sur lesquels ils s'appuient, les objectifs de développement durable sont largement considérés comme un appel à une révolution statistique. Les données existantes doivent être mieux utilisées pour servir de base à l'investissement, afin de veiller, en particulier, à ce que les ressources et les services, même limités, atteignent d'abord les personnes en bas de l'échelle. Une meilleure ventilation des données peut également se révéler nécessaire pour bien comprendre les inégalités dans tous les paramètres applicables à un pays, au niveau national ou infranational. Il n'est pas suffisant, par exemple, de savoir combien de personnes ont accès à la contraception. Il est plus utile de connaître le pourcentage d'accès de chaque groupe de revenu : cela peut ensuite servir de point de départ à la mise en place de mesures à grande échelle ou ciblées visant à réduire les inégalités.

Les systèmes de données nationaux doivent couvrir tous les individus ; ils doivent documenter et surveiller non seulement le dénuement absolu, mais aussi les inégalités, au fil du temps et dans plusieurs dimensions du développement. Bien souvent, l'amélioration de la coordination et des procédés de communication des systèmes statistiques est nécessaire afin de lutter contre les inégalités — qui se renforcent mutuellement — de manière intégrée, et non secteur par secteur, programme par programme, voire point de donnée par point de donnée. Des systèmes de mesure capables de montrer l'influence mutuelle des différentes initiatives seront mieux à même de guider les interventions multisectorielles qui pourraient être le moyen le plus efficace de réduire les disparités.

Favoriser la mobilité ascendante grâce à l'éducation et à l'emploi décent

Concrétiser le droit à une éducation de qualité favorise la mobilité ascendante sur le marché du travail, améliore la santé et diminue les taux de fécondité. Cela réduit également la transmission de la pauvreté d'une génération à l'autre. Pourtant, il est souvent difficile pour les enfants exclus de poursuivre leur scolarité, en particulier pour les filles pauvres vivant en milieu rural. Les familles démunies décident parfois de ne prendre en charge que les frais de scolarité des garçons, ou de marier les filles très jeunes pour qu'elles ne soient plus sous leur responsabilité. Aujourd'hui encore, de nombreuses filles abandonnent l'école pour s'occuper des tâches domestiques.

Certaines solutions peuvent être mises en place au niveau des systèmes éducatifs, telles que la suppression des frais de scolarité ou l'octroi de bourses aux familles pauvres, par exemple. D'autres facteurs peuvent favoriser l'inclusion, notamment le fait d'enseigner dans les langues locales, de garantir la sécurité des écoles ou de faire en sorte que les filles puissent accéder à des sanitaires séparés. Par ailleurs, des mesures incitatives peuvent être adoptées pour soutenir la scolarisation des filles, telles que le transfert de fonds conditionnel et sans condition aux familles pauvres et la création de programmes d'alimentation en milieu scolaire.

Les établissements scolaires doivent proposer, à tous les élèves, une éducation complète à la sexualité reposant sur des programmes adaptés à leur âge. Celle-ci doit donner aux jeunes et aux adolescents les moyens de faire des choix éclairés à propos de leur santé sexuelle et reproductive.

Concernant les personnes laissées en marge, on mesure souvent la valeur de l'éducation par sa capacité à contribuer au bien-être ultérieur des individus, ce qui suppose un alignement plus étroit des programmes scolaires sur les besoins du marché du travail. Au Bangladesh, par exemple, plusieurs données montrent que le développement du secteur de l'habillement permet à un nombre bien plus élevé de filles de poursuivre leur scolarité, étant donné les exigences des employeurs en matière de compétences de base en lecture, écriture et calcul.

Pour concrétiser l'espoir incarné par des expériences comme celle-ci, en visant notamment la création d'emplois décents dans tous les secteurs de l'économie, il est nécessaire de mettre en place des mesures qui, par exemple, donnent davantage aux filles la possibilité de suivre tout type de cursus professionnel et technique, et qui éliminent les préjugés sexistes qui orientent les filles vers les secteurs traditionnels (souvent mal payés). Le nombre de filles et de femmes qui intègrent les secteurs des sciences, de la technologie, de l'ingénierie et des mathématiques reste très faible, par exemple, alors que de nombreux emplois concerneront ces domaines à l'avenir.

D'après une estimation du Forum économique mondial, les femmes n'obtiendront qu'un nouvel emploi dans ces secteurs pour vingt emplois perdus dans d'autres domaines, tandis que pour les hommes, le rapport est d'un nouvel emploi pour quatre emplois perdus ailleurs (Forum économique mondial, 2016b). Toutefois, si le rythme auquel les femmes deviennent des utilisatrices régulières des technologies numériques doublait, nous pourrions parvenir à l'égalité des sexes dans le monde du travail bien plus vite que le prévoient actuellement de nombreuses estimations (Accenture, 2016). Par exemple, un programme mené au Costa Rica aide les filles issues de milieux pauvres et ruraux à acquérir des connaissances scientifiques et technologiques à l'école, et de jeunes diplômées à saisir des opportunités de création d'entreprises dans le secteur des technologies de l'information et de la communication.

Le monde compte un milliard de personnes vivant dans la pauvreté ; beaucoup d'entre elles travaillent dans le secteur informel et s'en sortent grâce à l'agriculture de subsistance ou comme travailleurs domestiques ou journaliers. Ces emplois n'offrent aucun avantage et ne sont pas forcément couverts par le droit du travail. Les revenus sont souvent si faibles qu'ils renforcent d'autres inégalités et atteintes aux droits, telles qu'un manque d'accès aux soins de santé ou à l'éducation.

Par ailleurs, la productivité est généralement faible dans le secteur informel. Bien que, dans certaines économies, cela puisse représenter la seule possibilité immédiatement disponible à court terme, en particulier pour les femmes, il est important d'amorcer une transition vers l'emploi décent dans le secteur structuré, tant pour les individus que pour les économies. Des bénéfices supplémentaires pourraient en outre profiter aux pays en passe de tirer parti d'une productivité et d'un taux d'activité accrus, pouvant générer un dividende démographique. En 2015, l'Organisation internationale du Travail a adopté la Recommandation concernant la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle. Elle jette les bases d'un cadre juridique sur lequel les pays peuvent s'appuyer pour protéger les travailleurs

du secteur informel et leurs moyens de subsistance durant leur transition vers l'économie formelle.

Pour les femmes, les tâches domestiques non rémunérées — généralement, le temps passé à travailler durement à la maison — représentent l'un des obstacles majeurs à l'exercice d'une activité génératrice de revenus. Les femmes pauvres, en particulier, peuvent passer des heures, chaque jour, à aller chercher de l'eau ou du combustible, afin de compenser l'absence de systèmes modernes assurant ces services. Les responsabilités domestiques non rémunérées contribuent à l'écart de rémunération entre les sexes accru qui frappe les mères, de manière générale : en Afrique subsaharienne, cet écart est de 31 % pour les femmes qui ont des enfants, contre 4 % pour celles qui n'en ont pas (ONU-Femmes, 2015).

La redistribution de la charge des tâches non rémunérées nécessite des hommes qu'ils assument équitablement leur part de responsabilité. Le développement de services publics de garde pourrait également favoriser l'entrée des femmes dans la vie active. Selon les Nations Unies, un programme mené au Chili, visant à faciliter l'accès aux garderies et mettant particulièrement l'accent sur les groupes plus marginalisés, a permis d'augmenter la probabilité que les femmes intègrent la population active de 16 points de pourcentage.

Pour favoriser l'égalité de revenus entre les hommes et les femmes, il est également essentiel d'éliminer la discrimination sexiste liée à l'héritage et à la propriété. Une femme vivant en milieu rural qui ne peut pas posséder ou hériter de terres, par exemple, risque très fortement de tomber ou de rester dans la pauvreté. Une plus grande inclusion financière nécessite de réduire les coûts des services bancaires et de proposer des crédits adaptés aux personnes pauvres ou vivant dans des régions isolées. Certains pays ont accompli des progrès remarquables grâce au paiement mobile et à d'autres services financiers numériques, tirant parti du nombre croissant de téléphones portables utilisés dans le monde.

Favoriser l'égalité des chances grâce aux politiques publiques

Éliminer la pauvreté et parvenir à l'inclusion sont au cœur du Programme 2030 et d'autres engagements en faveur du respect universel de la dignité humaine et des droits de l'homme. La réussite de ces objectifs dépend de l'adoption accélérée et à grande échelle d'actions visant les 40 % de la population les plus pauvres — les personnes les plus exclues. Cela implique d'augmenter les revenus et d'investir dans la santé et l'éducation pour offrir des perspectives et des résultats plus équitables à tous les membres de la société.

Au vu des nombreuses preuves qui montrent que les inégalités tendent à se creuser si l'on ne cherche pas délibérément à y remédier, parvenir à l'égalité et à l'inclusion dans tous les domaines essentiels au bien-être des individus doit être un objectif central de l'élaboration de politiques et de plans de développement à l'échelle nationale, ainsi que d'actions visant à accomplir les 17 objectifs de développement durable du Programme 2030. Par exemple, cela peut se traduire par un engagement concerté en faveur d'un meilleur accès à la contraception moderne pour les femmes les plus pauvres, car ce sont celles dont les besoins sont les moins satisfaits à l'intérieur des pays et dans toutes les régions en développement. Des inégalités similaires frappent les femmes pauvres en ce qui concerne leur possibilité d'accoucher dans des centres de santé, les soins qu'elles reçoivent pendant la grossesse et le taux de mortalité de leurs nouveau-nés.

Outre les actions visant spécialement à atteindre et à autonomiser les plus démunis — les 40 % de la population les plus pauvres —, des mesures spécifiques prises par les gouvernements centraux peuvent s'avérer nécessaires pour faire évoluer les systèmes très inégalitaires de distribution des richesses et d'autres ressources, et pour éliminer les risques et obstacles systémiques qui empêchent les individus de s'affranchir des inégalités. Une commission nationale sur les inégalités pourrait par exemple réunir différents

Le Programme 2030 offre la vision d'un avenir meilleur. Un avenir dans lequel, ensemble, nous abolissons les obstacles et corrigeons les disparités, en accordant la priorité aux plus défavorisés.

NOTRE OBJECTIF DOIT ÊTRE LA RÉDUCTION DE TOUTES LES INÉGALITÉS.

© Sergio Moraes/REUTERS

acteurs du gouvernement, de la société civile et du monde de l'entreprise pour examiner les options et déterminer si les choix politiques envisagés exacerbent les inégalités ou les réduisent au minimum.

Les politiques en matière d'emploi pourraient fixer un salaire minimal, conformément à la Convention sur la fixation des salaires minima de l'Organisation internationale du Travail, ainsi que des cibles établissant un niveau de chômage maximal. Les politiques visant à stimuler la productivité économique pourraient se concentrer sur la création d'un plus grand nombre d'emplois mieux rémunérés accessibles aux personnes victimes d'exclusion. Une étude menée par sept États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a révélé qu'investir 2 % du PIB dans l'économie des soins augmenterait le nombre total d'emplois de plus de 6 %, dans certains cas, et réduirait les inégalités entre les sexes en matière d'emploi au moins de moitié.

En comparaison, un investissement similaire dans le secteur de la construction créerait 50 % d'emplois de moins et accentuerait les disparités entre les sexes au lieu de les réduire (UK Women's Budget Group, 2016).

Parmi les politiques de redistribution visant à remédier à d'importants écarts de revenus figure l'imposition progressive, accompagnée d'étapes destinées à améliorer le fonctionnement des systèmes d'imposition. Adopter une perspective inclusive pourrait également impliquer de tenir compte, entre autres, des difficultés d'accès au crédit des emprunteurs pauvres dans les politiques monétaires. Les politiques fiscales ou budgétaires pourraient être axées vers un niveau plus élevé de dépenses ciblées visant les groupes exclus.

La protection sociale universelle est l'un des moyens de contrôler les inégalités. Elle suppose que chacun — travailleurs du secteur informel, retraités ou personnes effectuant des tâches domestiques non rémunérées — puisse accéder à un système de base de garantie des moyens d'existence, notamment sous la forme d'une retraite ou d'un complément de revenus destiné aux travailleurs pauvres. Ce système doit également couvrir les prestations de maternité, les pensions d'invalidité, les allocations familiales et d'autres aides similaires essentielles au bien-être. Une étude réalisée dans plusieurs pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a révélé que la protection sociale universelle ne coûterait que 1 à 2 % du PIB — soit un chiffre bien inférieur aux recettes fiscales perdues à cause d'une imposition inefficace des riches ou de lacunes persistantes dans les programmes publics existants (Nations Unies, 2013b).

En ce qui concerne les pays plus pauvres, la communauté internationale peut appuyer davantage les efforts réalisés par les pays en faveur de l'inclusion. D'importants flux de capitaux continuent d'échapper à l'imposition, compromettant ainsi le potentiel de financement des services publics. La Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement estime que les pays en développement perdent au moins 100 milliards de dollars par an à cause de l'évasion fiscale des entreprises. Selon Oxfam, cette somme permettrait d'instruire 124 millions d'enfants actuellement déscolarisés.

Les accords commerciaux pourraient niveler la participation aux marchés mondiaux conformément aux accords multilatéraux sur le développement social inclusif et les droits de l'homme, visant notamment à assurer des emplois décents et sûrs, et garantissant des salaires et des prestations permettant aux individus de passer au-dessus du seuil de pauvreté.

Rapprocher des mondes à part

Rapprocher ces mondes éloignés ne sera pas facile, mais cela reste possible. Des progrès vers l'inclusion peuvent être accomplis dans les communautés les plus pauvres comme dans les pays les plus puissants. Rien ne justifie que 800 femmes meurent chaque jour en donnant la vie ; que des grossesses non planifiées épuisent les ressources des familles les plus pauvres ; ou que des jeunes voient leur avenir leur échapper, car un mariage précoce les empêche de poursuivre leurs études.

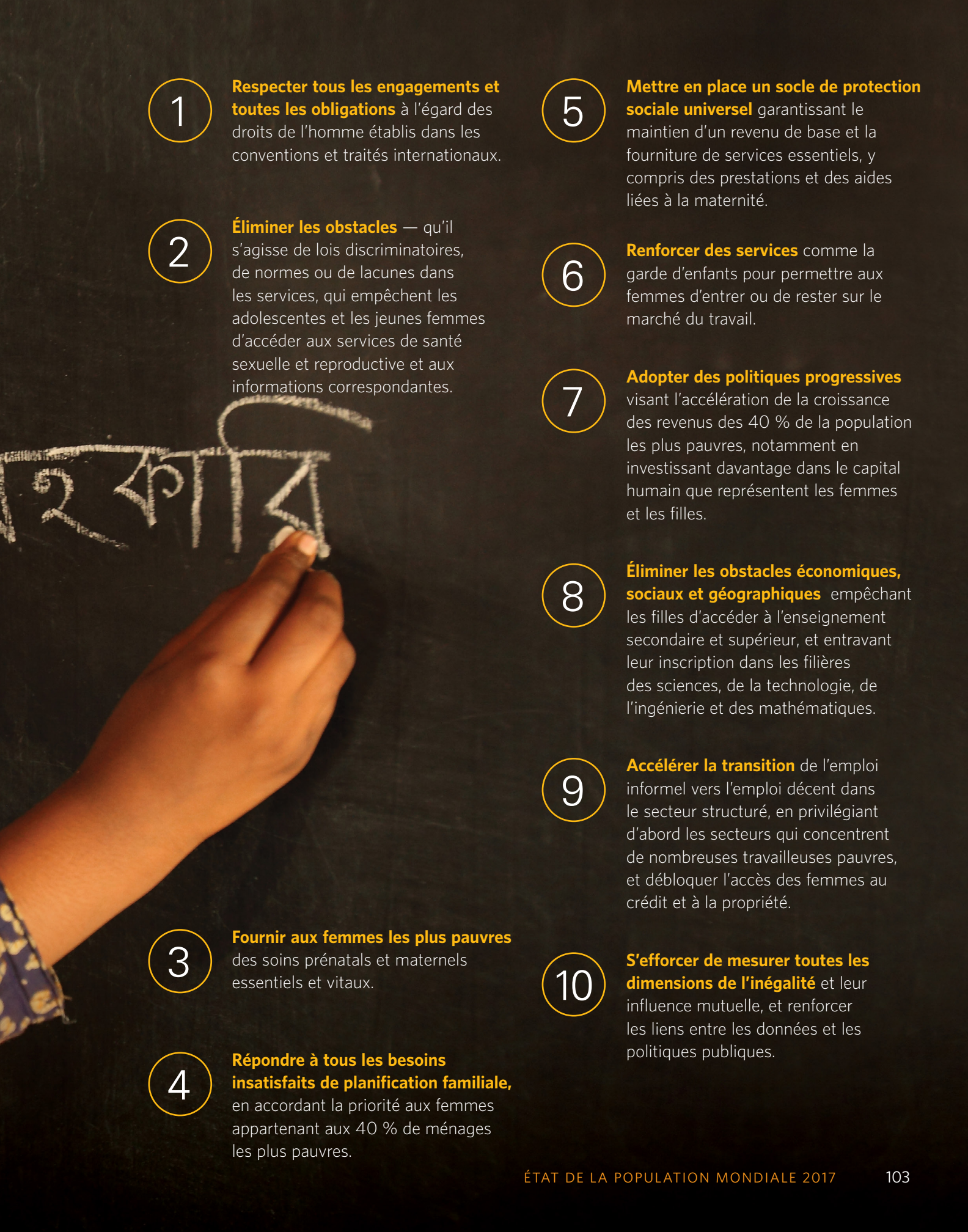
Le Programme 2030 aspire à un avenir meilleur. Un avenir où nous abattons les obstacles et éliminons les disparités, ensemble, en nous préoccupant d'abord des personnes les plus exclues. La réduction de toutes les inégalités doit être l'objectif. Les points de départ peuvent différer, mais doivent reposer sur l'idée que des progrès notables accomplis dans une dimension peuvent générer de nombreux bénéfices. Ainsi, certaines des contributions les plus efficaces peuvent naître de la concrétisation de l'égalité des sexes et des droits reproductifs des femmes.

10 ACTIONS POUR UN MONDE PLUS JUSTE

Améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive ne représente qu'une moitié de la solution. L'autre moitié dépend de notre capacité à remédier aux autres facettes de l'inégalité qui empêchent les femmes, en particulier les plus pauvres, d'exercer leurs droits, de concrétiser leurs aspirations et de vivre sur un pied d'égalité avec les hommes.

Nous gagnerons tous à nous efforcer de faire de cet avenir prometteur une réalité à l'échelle mondiale. Nous pouvons transformer notre monde.

© BRAC-Sumon Yusuf



1. **Respecter tous les engagements et toutes les obligations** à l'égard des droits de l'homme établis dans les conventions et traités internationaux.

2. **Éliminer les obstacles** — qu'il s'agisse de lois discriminatoires, de normes ou de lacunes dans les services, qui empêchent les adolescentes et les jeunes femmes d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations correspondantes.

3. **Fournir aux femmes les plus pauvres** des soins prénatals et maternels essentiels et vitaux.

4. **Répondre à tous les besoins insatisfaits de planification familiale,** en accordant la priorité aux femmes appartenant aux 40 % de ménages les plus pauvres.

5. **Mettre en place un socle de protection sociale universel** garantissant le maintien d'un revenu de base et la fourniture de services essentiels, y compris des prestations et des aides liées à la maternité.

6. **Renforcer des services** comme la garde d'enfants pour permettre aux femmes d'entrer ou de rester sur le marché du travail.

7. **Adopter des politiques progressives** visant l'accélération de la croissance des revenus des 40 % de la population les plus pauvres, notamment en investissant davantage dans le capital humain que représentent les femmes et les filles.

8. **Éliminer les obstacles économiques, sociaux et géographiques** empêchant les filles d'accéder à l'enseignement secondaire et supérieur, et entravant leur inscription dans les filières des sciences, de la technologie, de l'ingénierie et des mathématiques.

9. **Accélérer la transition** de l'emploi informel vers l'emploi décent dans le secteur structuré, en privilégiant d'abord les secteurs qui concentrent de nombreuses travailleuses pauvres, et débloquer l'accès des femmes au crédit et à la propriété.

10. **S'efforcer de mesurer toutes les dimensions de l'inégalité** et leur influence mutuelle, et renforcer les liens entre les données et les politiques publiques.

ABRÉVIATIONS GÉOGRAPHIQUES

AFG	Afghanistan
AGO	Angola
ALB	Albanie
AND	Andorre
ARE	Emirats arabes unis
ARG	Argentine
ARM	Arménie
ATG	Antigua-et-Barbuda
AUS	Australie
AUT	Autriche
AZE	Azerbaïdjan
BDI	Burundi
BEL	Belgique
BEN	Bénin
BFA	Burkina Faso
BGD	Bangladesh
BGR	Bulgarie
BHR	Bahreïn
BHS	Bahamas
BIH	Bosnie-Herzégovine
BLR	Bélarus
BLZ	Belize
BOL	Bolivie (État plurinational de)
BRA	Brésil
BRB	Barbade
BRN	Brunéi Darussalam
BTN	Bhoutan
BWA	Botswana
CAF	République centrafricaine
CAN	Canada
CHE	Suisse
CHL	Chili
CHN	Chine
CIV	Côte d'Ivoire
CMR	Cameroun
COD	République démocratique du Congo
COG	Congo
COK	Îles Cook
COL	Colombie
COM	Comores
CPV	Cap-Vert
CRI	Costa Rica
CUB	Cuba
CYP	Chypre
CZE	République tchèque
DEU	Allemagne
DJI	Djibouti
DMA	Dominique
DNK	Danemark
DOM	République dominicaine
DZA	Algérie
ECU	Équateur
EGY	Égypte
ERI	Érythrée
ESP	Espagne
EST	Estonie
ETH	Éthiopie
FIN	Finlande
FJI	Fidji
FRA	France
FSM	Micronésie (États fédérés de)
GAB	Gabon
GBR	Royaume-Uni
GEO	Géorgie
GHA	Ghana
GIN	Guinée
GMB	Gambie
GNB	Guinée-Bissau
GNQ	Guinée équatoriale
GRC	Grèce
GRD	Grenade
GTM	Guatemala
GUY	Guyana
HND	Honduras
HRV	Croatie
HTI	Haïti
HUN	Hongrie
IDN	Indonésie
IND	Inde
IRL	Irlande
IRN	Iran (République islamique d')
IRQ	Irak
ISL	Islande
ISR	Israël
ITA	Italie
JAM	Jamaïque
JOR	Jordanie
JPN	Japon
KAZ	Kazakhstan
KEN	Kenya
KGZ	Kirghizistan
KHM	Cambodge
KIR	Kiribati
KNA	Saint-Christophe-et-Niévès
KOR	République de Corée
KWT	Koweit
LAO	République démocratique populaire lao
LBN	Liban
LBR	Libéria
LBY	Libye
LCA	Sainte-Lucie
LKA	Sri Lanka
LSO	Lesotho
LTU	Lituanie
LUX	Luxembourg
LVA	Lettonie
MAR	Maroc
MCO	Monaco
MDA	République de Moldova
MDG	Madagascar
MDV	Maldives
MEX	Mexique
MHL	Îles Marshall
MKD	Ex-République yougoslave de Macédoine
MLI	Mali
MLT	Malte
MMR	Myanmar
MNE	Monténégro
MNG	Mongolie
MOZ	Mozambique
MRT	Mauritanie
MUS	Maurice
MWI	Malawi
MYS	Malaisie
NAM	Namibie
NER	Niger
NGA	Nigéria
NIC	Nicaragua
NIU	Niue
NLD	Pays-Bas
NOR	Norvège
NPL	Népal
NRU	Nauru
NZL	Nouvelle-Zélande
OMN	Oman
PAK	Pakistan
PAN	Panama
PER	Pérou
PHL	Philippines
PLW	Palau
PNG	Papouasie-Nouvelle-Guinée
POL	Pologne
PRK	République populaire démocratique de Corée
PRT	Portugal
PRY	Paraguay
QAT	Qatar
ROU	Roumanie
RUS	Fédération de Russie
RWA	Rwanda
SAU	Arabie saoudite
SDN	Soudan
SEN	Sénégal
SGP	Singapour
SLB	Îles Salomon
SLE	Sierra Leone
SLV	Salvador
SMR	Saint-Marin
SOM	Somalie
SRB	Serbie
STP	Sao Tomé-et-Principe
SUR	Suriname
SVK	Slovaquie
SVN	Slovénie
SWE	Suède
SWZ	Swaziland
SYC	Seychelles
SYR	République arabe syrienne
TCD	Tchad
TGO	Togo
THA	Thaïlande
TJK	Tadjikistan
TKM	Turkménistan
TLS	Timor-Leste
TON	Tonga
TTO	Trinité-et-Tobago
TUN	Tunisie
TUR	Turquie
TUV	Tuvalu
TZA	Tanzanie, République-Unie de
UGA	Ouganda
UKR	Ukraine
URY	Uruguay
USA	États-Unis d'Amérique
UZB	Ouzbékistan
VCT	Saint-Vincent-et-les-Grenadines
VEN	Venezuela (République bolivarienne du)
VNM	Viet Nam
VUT	Vanuatu
WSM	Samoa
YEM	Yémen
ZAF	Afrique du Sud
ZMB	Zambie
ZWE	Zimbabwe

GRAPHIQUES : SANTÉ REPRODUCTIVE

Évaluation des progrès accomplis dans la réduction des inégalités en matière de santé reproductive, par quintile de richesse

Les graphiques suivants montrent les progrès réalisés par les pays ou territoires dans quatre domaines de santé reproductive ainsi que leurs avancées en matière de réduction des inégalités entre les différents quintiles de richesse dans ces domaines :

- le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié ;
- la proportion des besoins de planification familiale satisfaits par des moyens de contraception modernes ;
- le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de quatre consultations prénatales ou plus ;
- le taux de mortalité néonatale.

Chacun des points figurant sur une ligne, semblables aux billes d'un boulier, représente l'un des cinq quintiles de richesse et indique sa position pour chaque indicateur. L'emplacement de l'ensemble des cinq points rend compte de la position de chacun des quintiles de richesse par rapport aux autres. Pour chaque pays, les deux lignes montrent la situation entre deux dates généralement séparées par un intervalle de 10 ans.

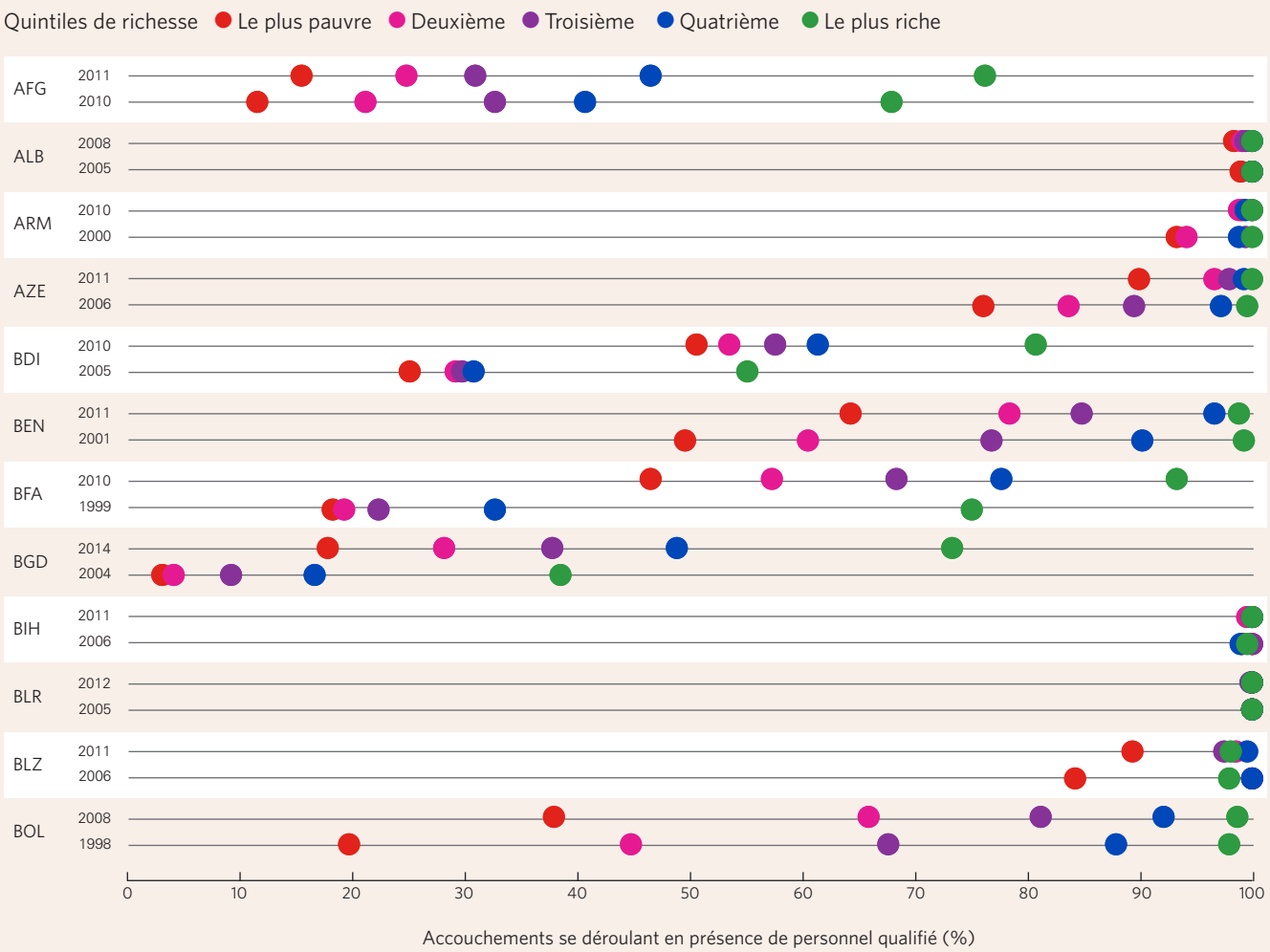
Par exemple, les graphiques relatifs à la présence de personnel qualifié à la naissance indiquent le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié pour chacun des quintiles (inférieur, deuxième, troisième, quatrième et supérieur). Les points situés du côté droit de chaque ligne indiquent une plus grande proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Les points situés du côté gauche indiquent une présence moindre de personnel qualifié à la naissance.

Lorsque l'on compare deux lignes pour un même pays, le déplacement général des points vers la droite du graphique signifie que la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié a augmenté au fil du temps. Un rapprochement des points entre deux dates indique que la présence de personnel qualifié à la naissance a augmenté ou est dans une certaine mesure plus uniforme, quel que soit le niveau de revenu, et les inégalités se sont par conséquent réduites.

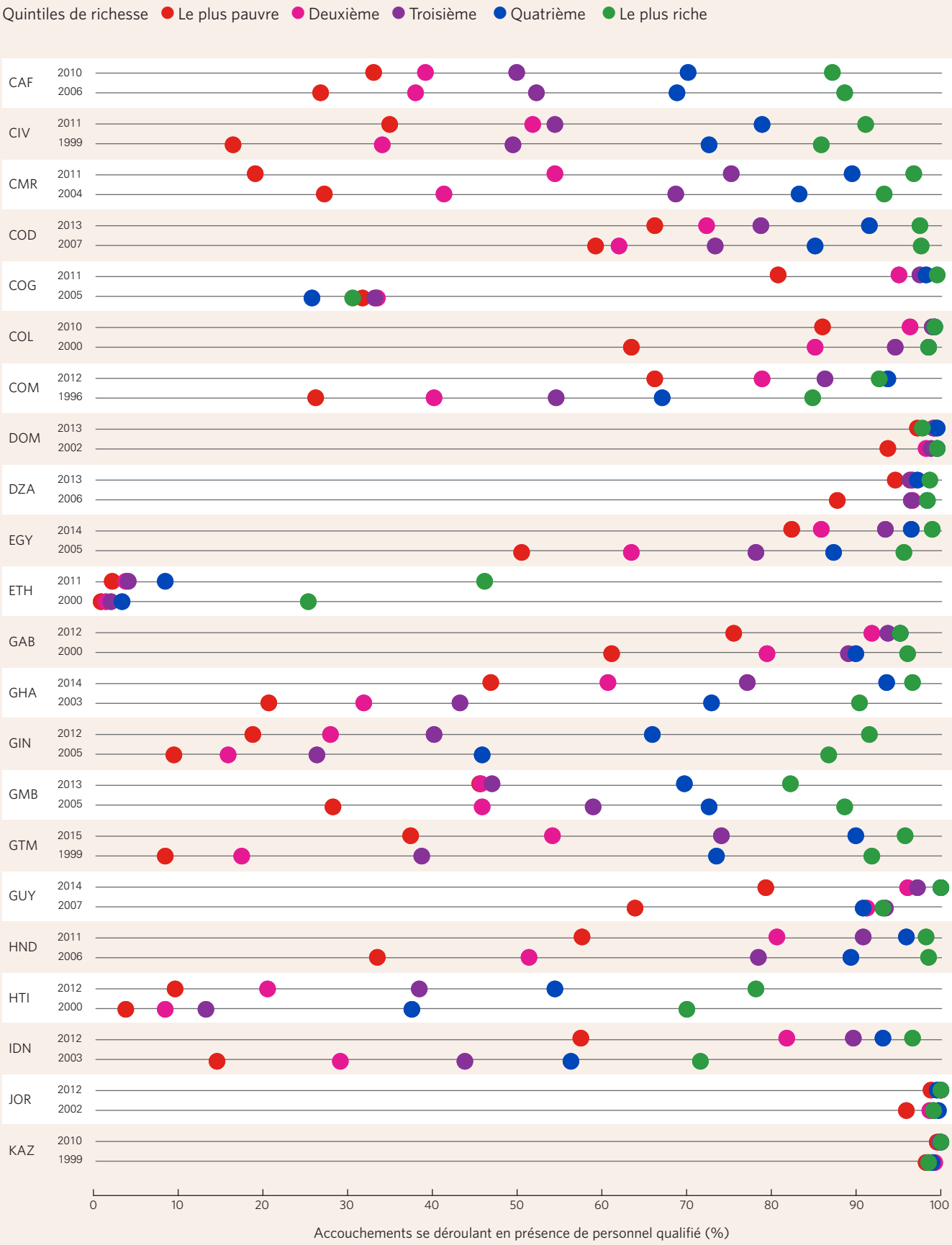
La proportion des besoins de planification familiale satisfaits par des moyens de contraception modernes et le pourcentage des besoins en consultations prénatales suivent le même schéma : un déplacement des points vers la droite du graphique traduit une augmentation du pourcentage de femmes bénéficiant d'au moins quatre consultations. Un rapprochement des points indique une réduction des inégalités entre les différents quintiles de richesse.

En ce qui concerne la mortalité néonatale, un déplacement général des points vers la droite traduit des avancées dans la réduction des décès néonatals.

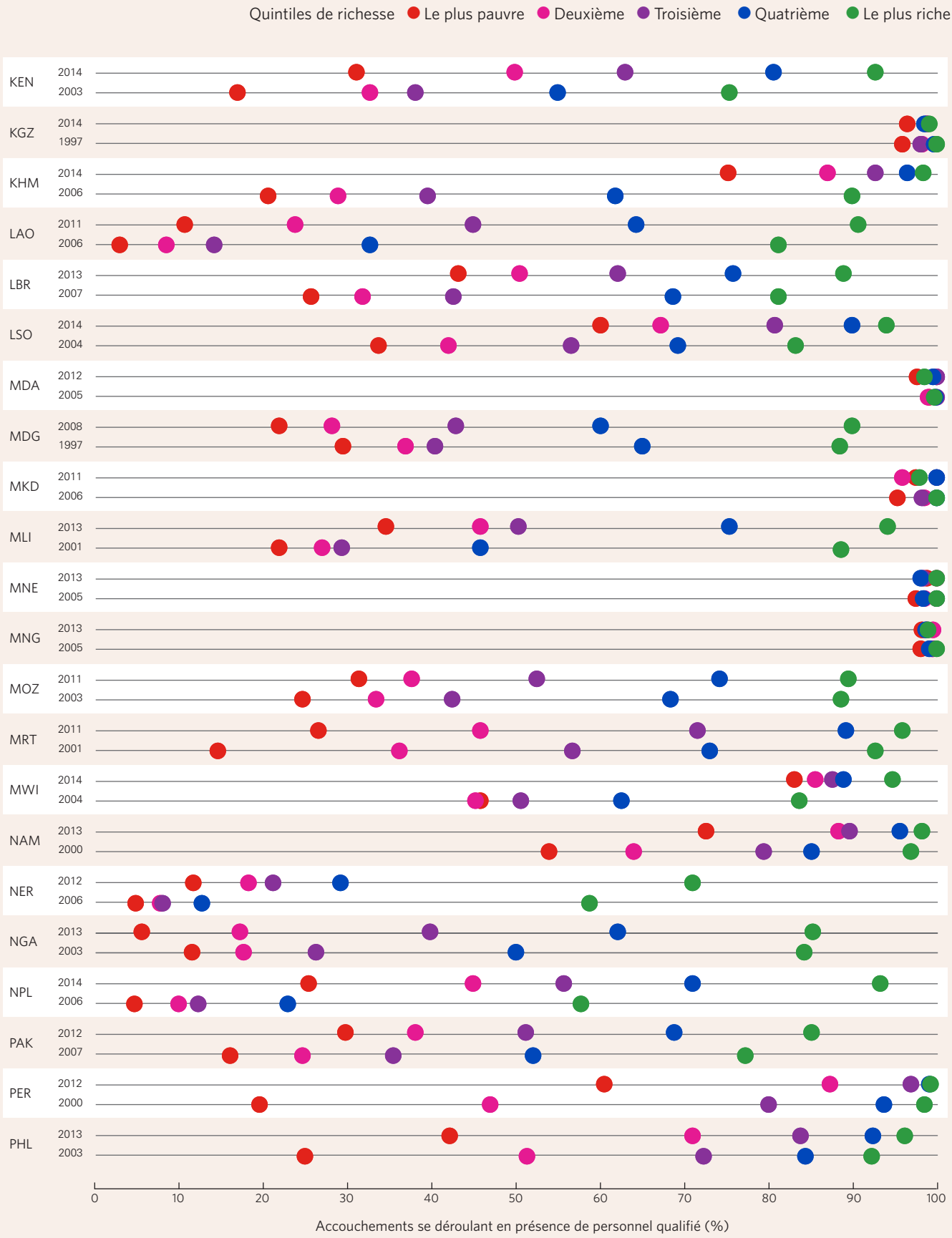
Proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié



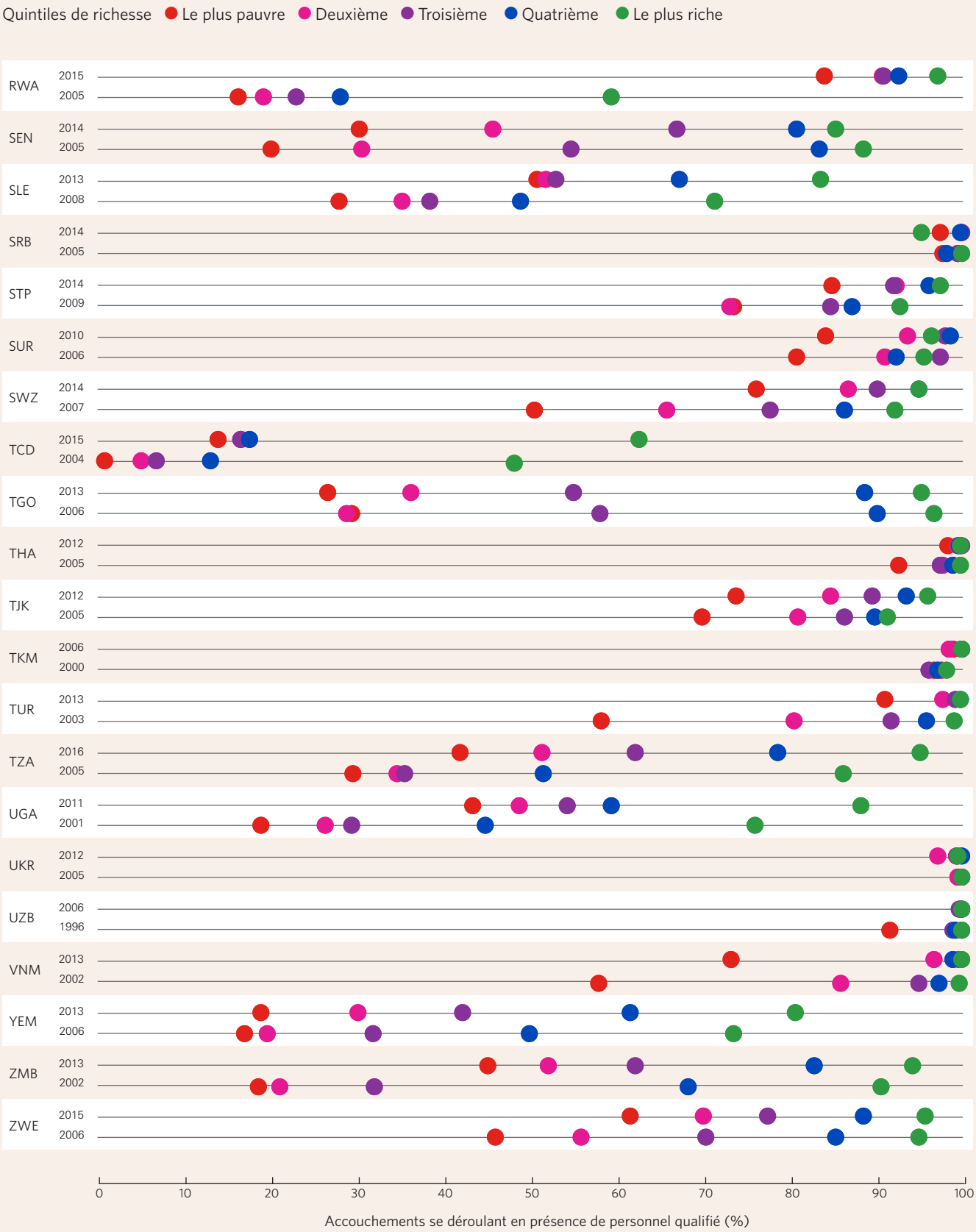
Proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié (suite)



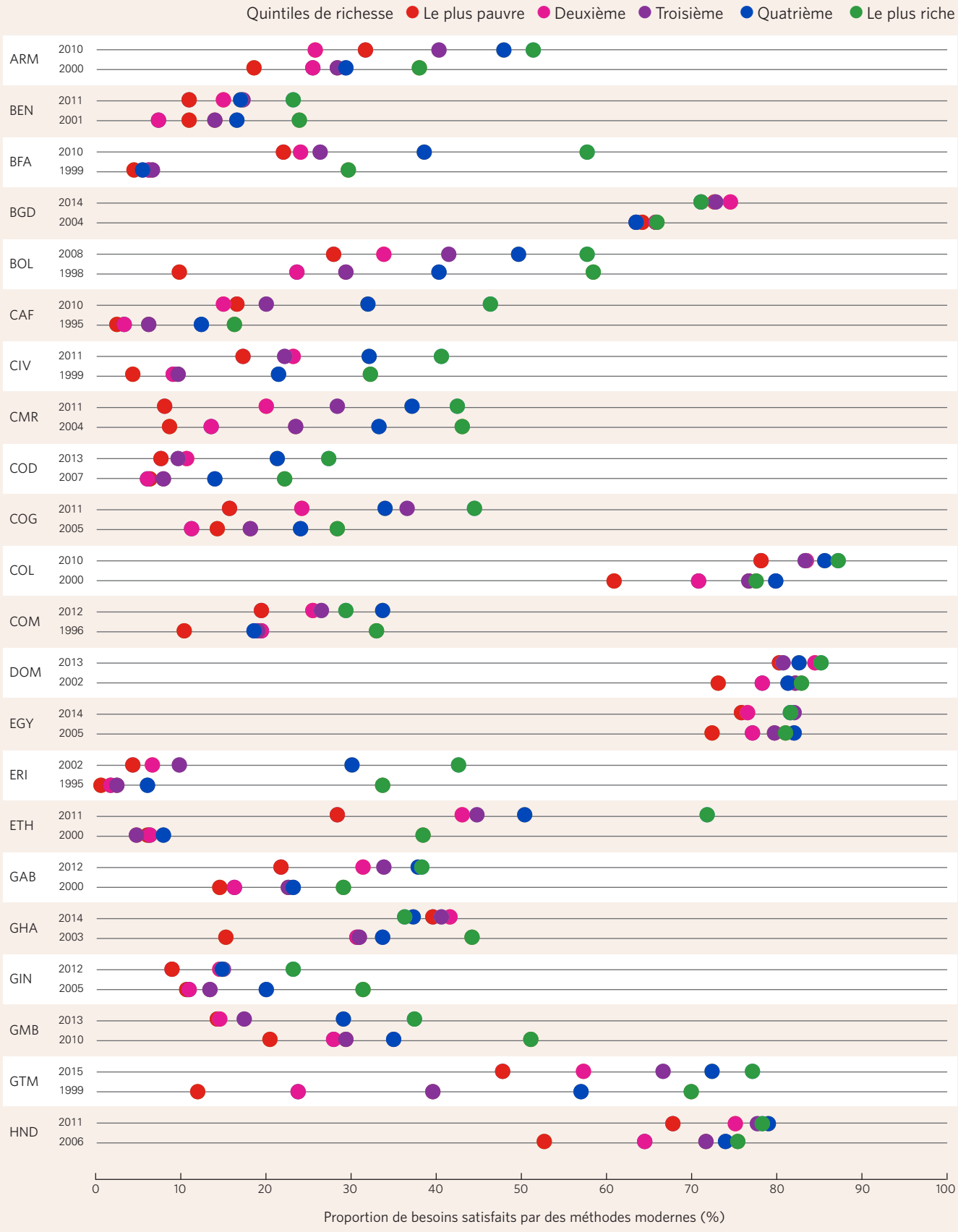
Proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié (suite)



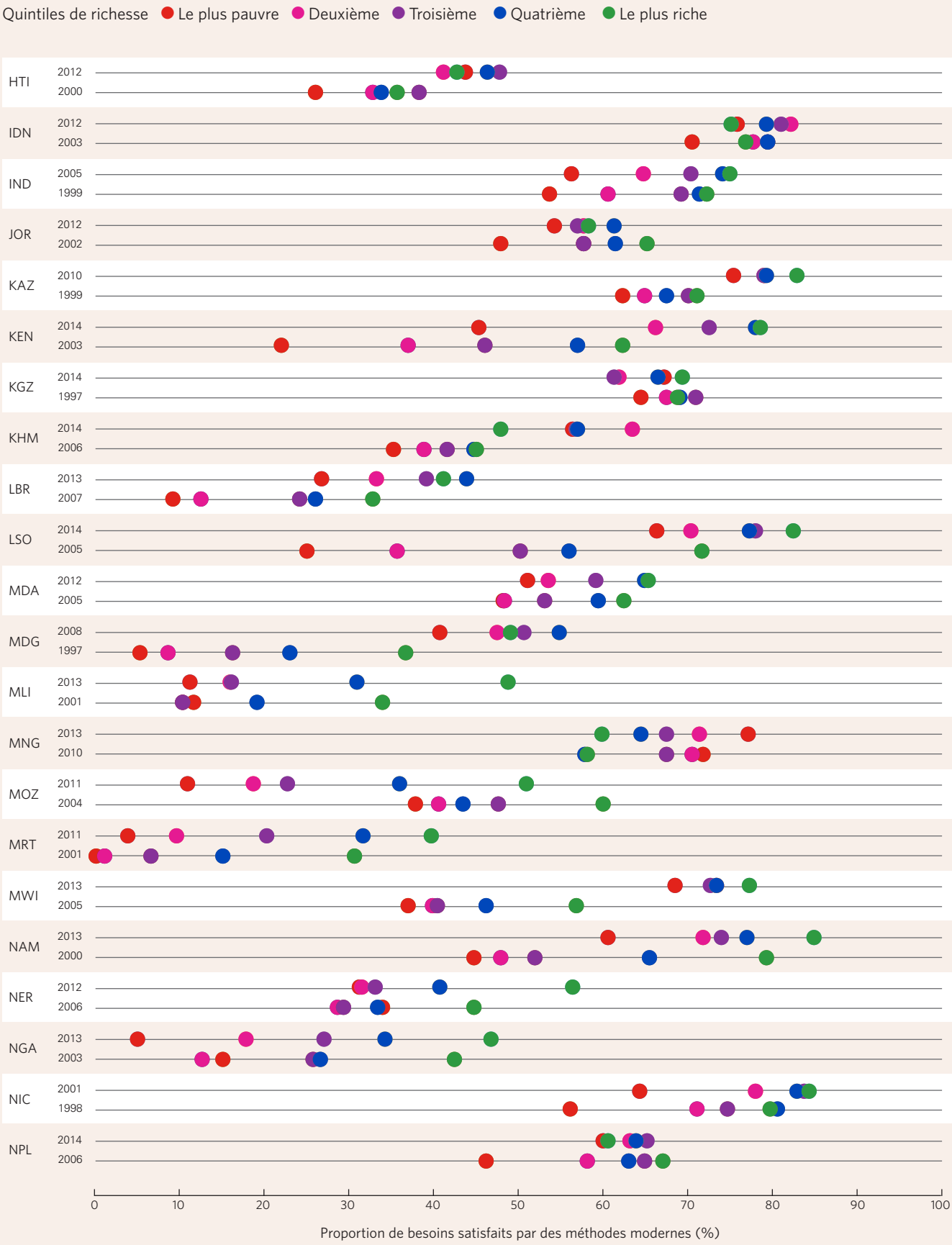
Proportion d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié (suite)



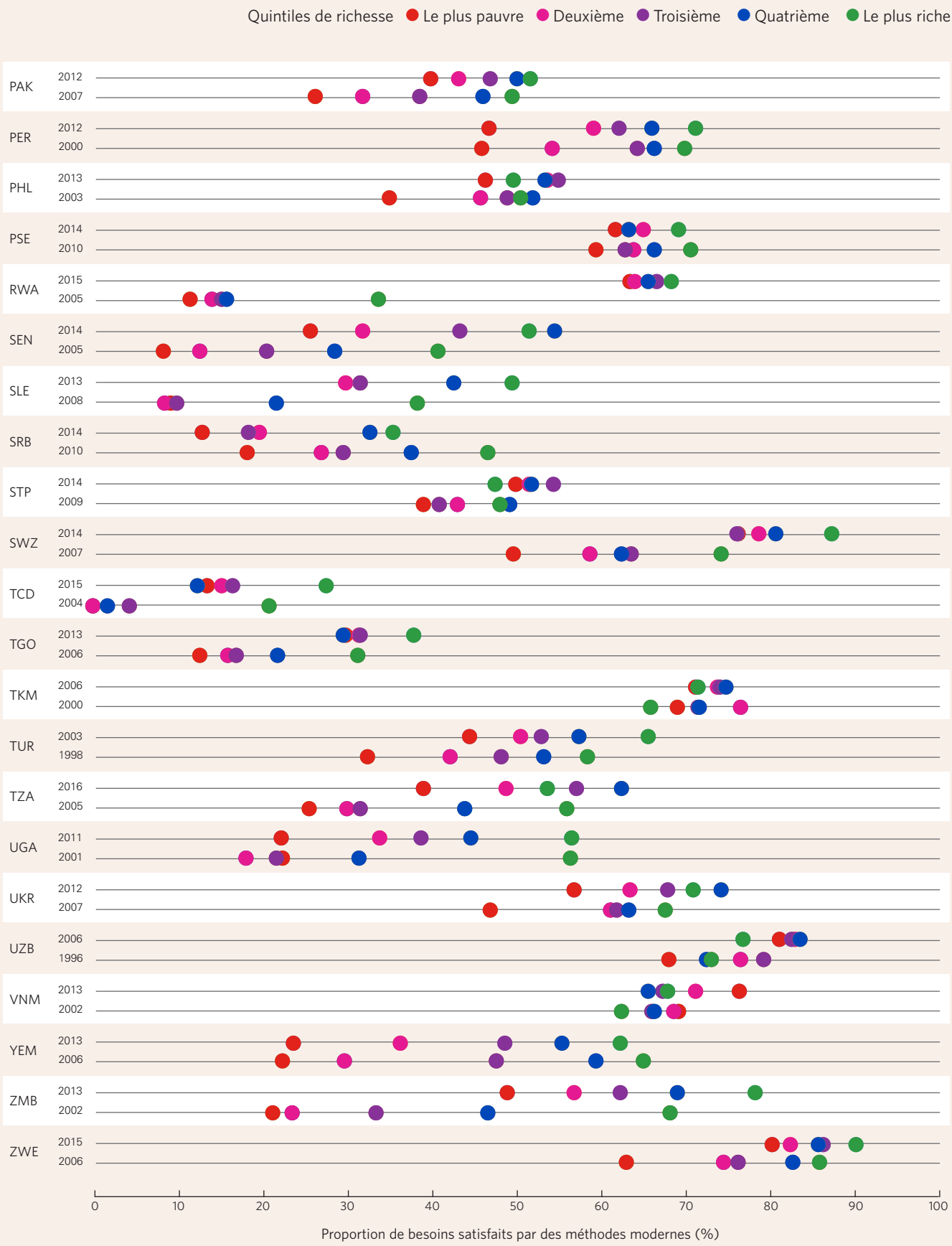
Proportion des besoins de planification familiale satisfaits par les moyens de contraception modernes



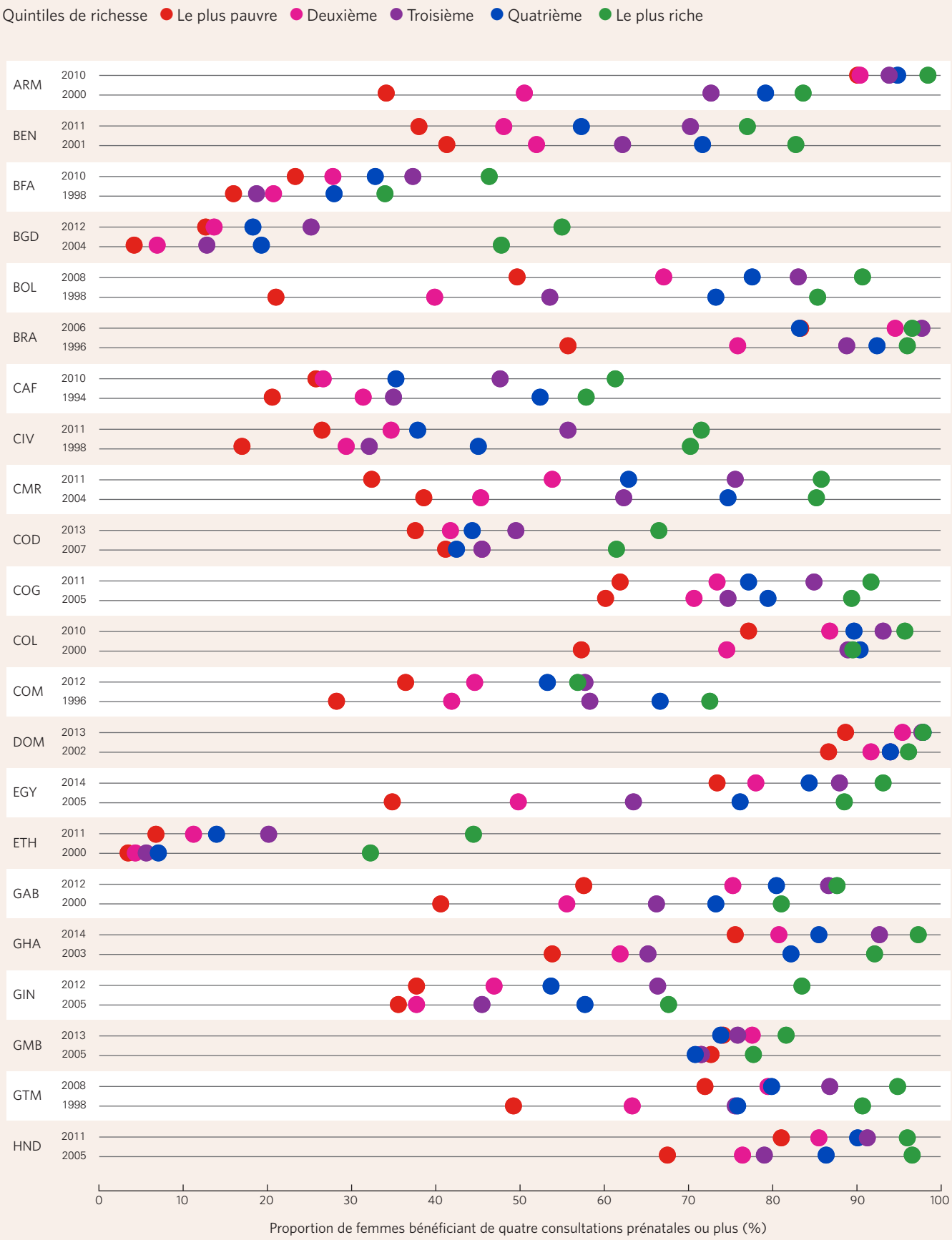
Proportion des besoins de planification familiale satisfaits par les moyens de contraception modernes (suite)

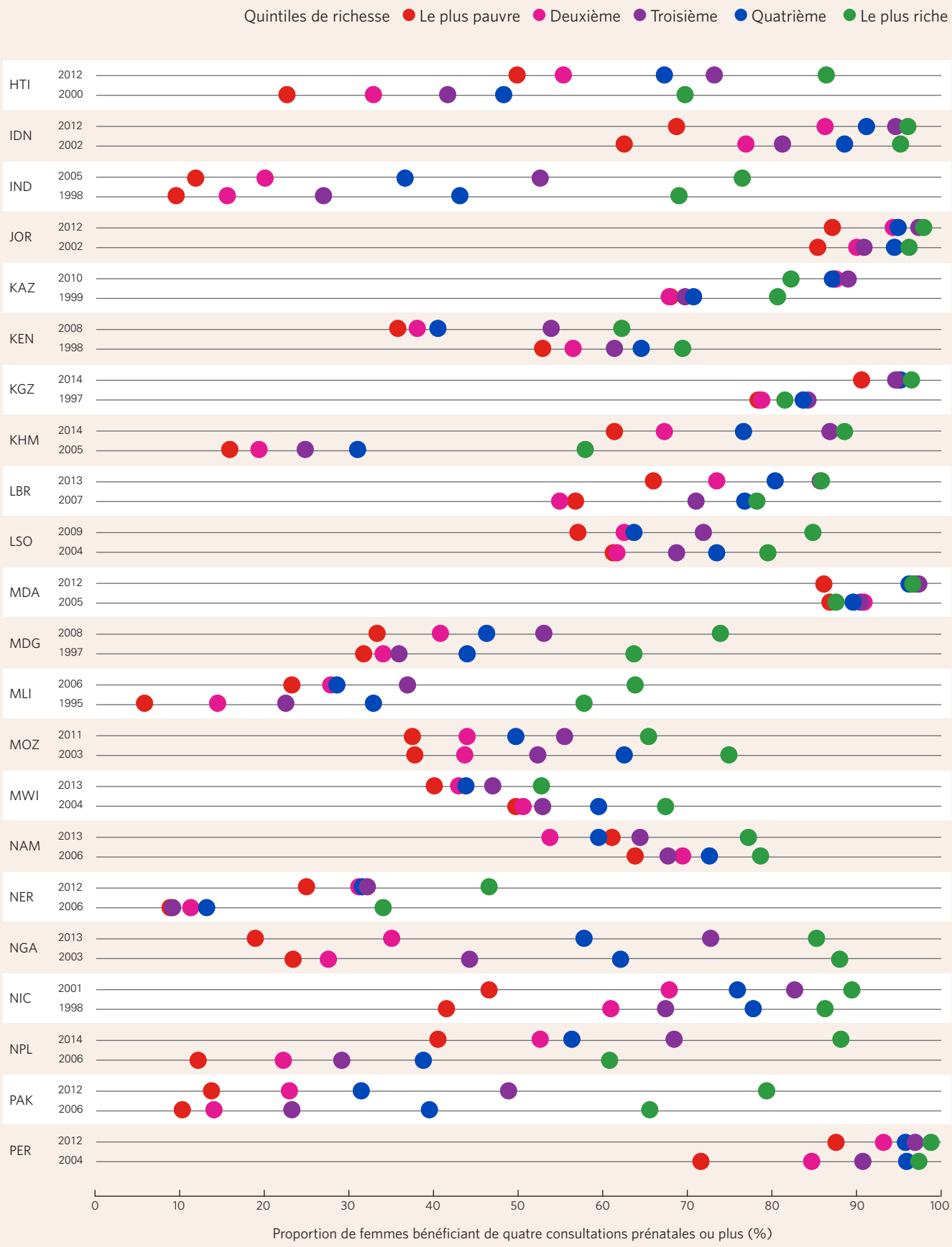


Proportion des besoins de planification familiale satisfaits par les moyens de contraception modernes (suite)

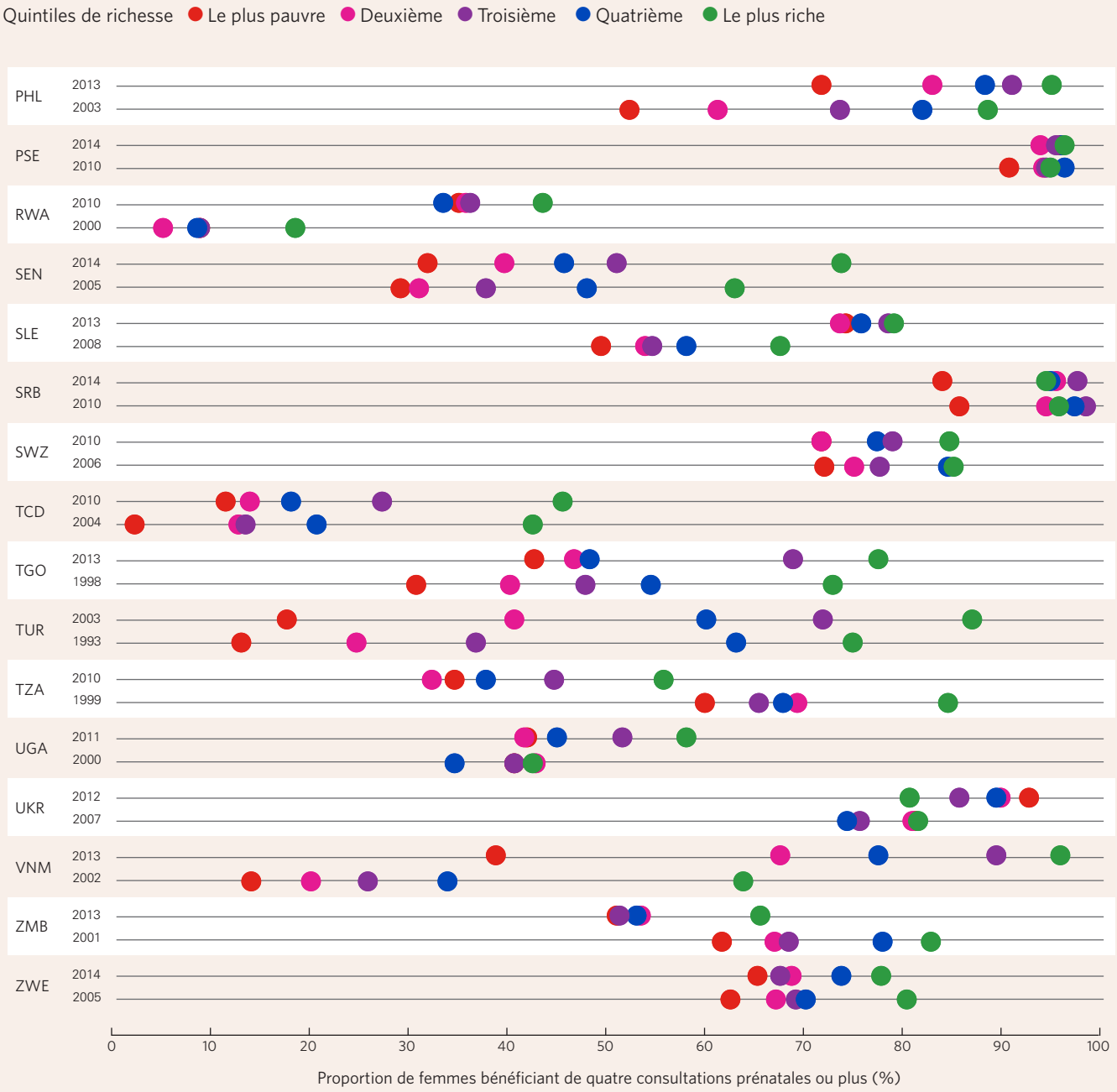


Accès à quatre consultations prénatales ou plus

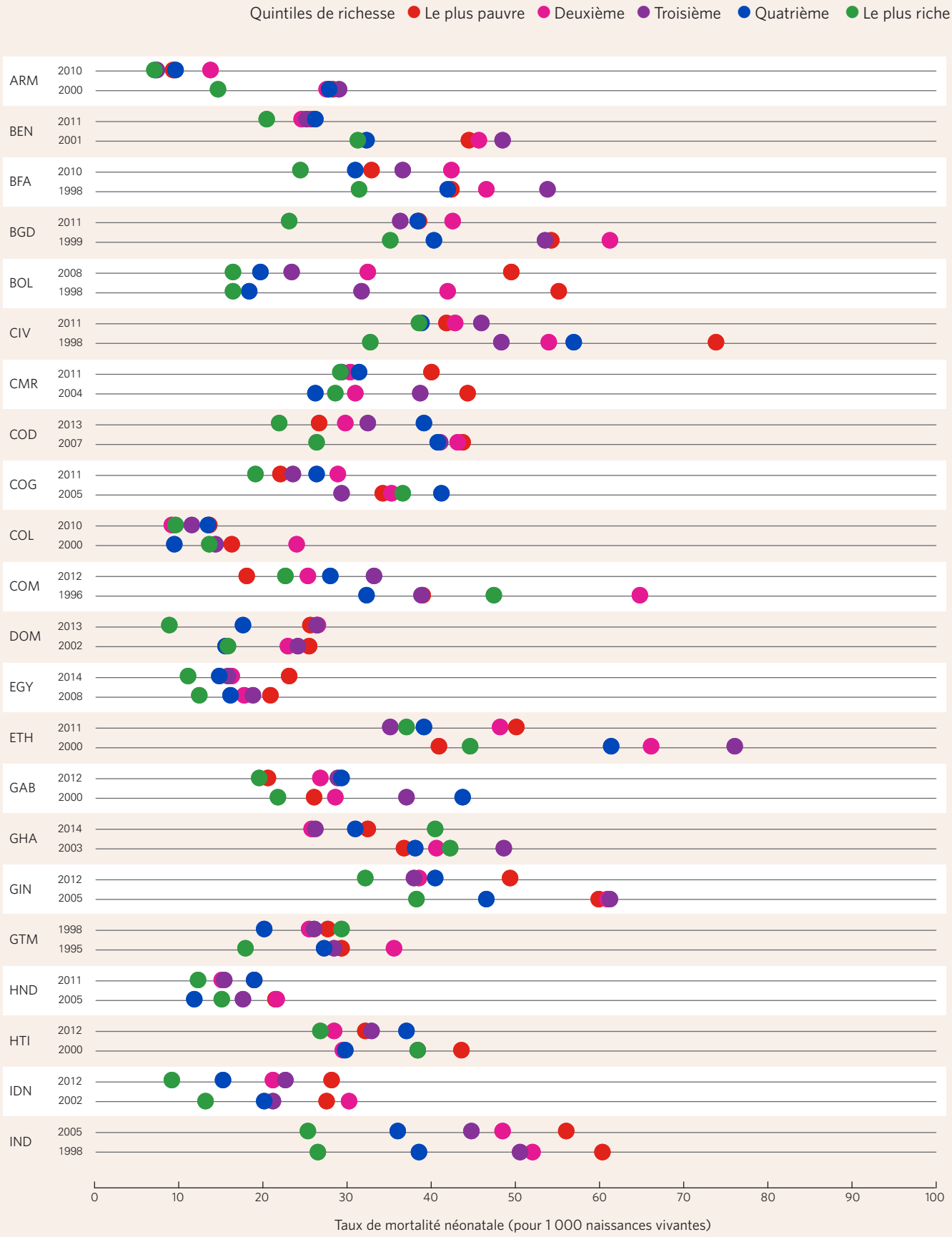



Quintiles de richesse
Le plus pauvre
Deuxième
Troisième
Quatrième
Le plus riche
HTI 2012 2000
IDN 2012 2002
IND 2005 1998
JOR 2012 2002
KAZ 2010 1999
KEN 2008 1998
KGZ 2014 1997
KHM 2014 2005
LBR 2013 2007
LSO 2009 2004
MDA 2012 2005
MDG 2008 1997
MLI 2006 1995
MOZ 2011 2003
MWI 2013 2004
NAM 2013 2006
NER 2012 2006
NGA 2013 2003
NIC 2001 1998
NPL 2014 2006
PAK 2012 2006
PER 2012 2004
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Proportion de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales ou plus (%)

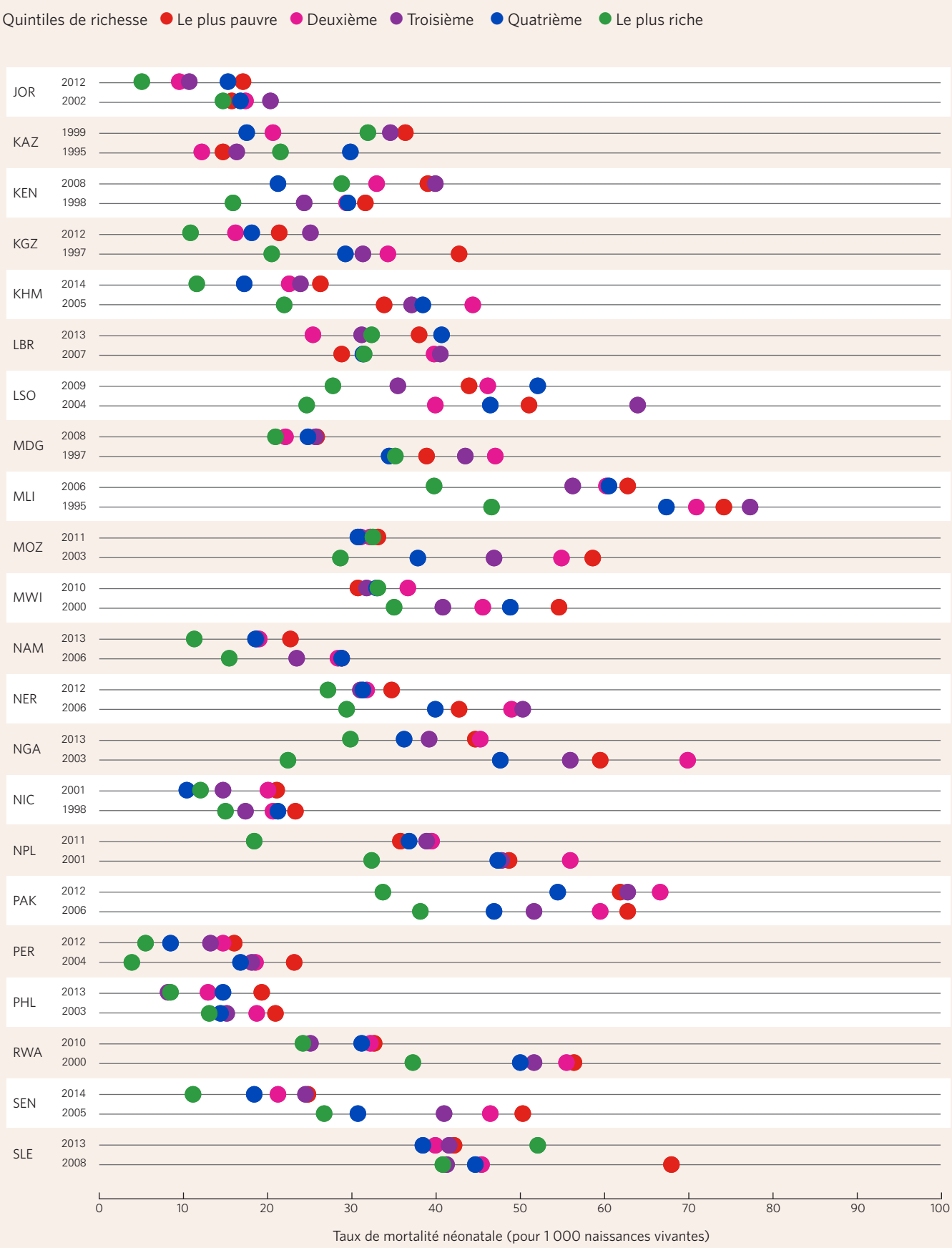
Accès à quatre consultations prénatales ou plus (suite)

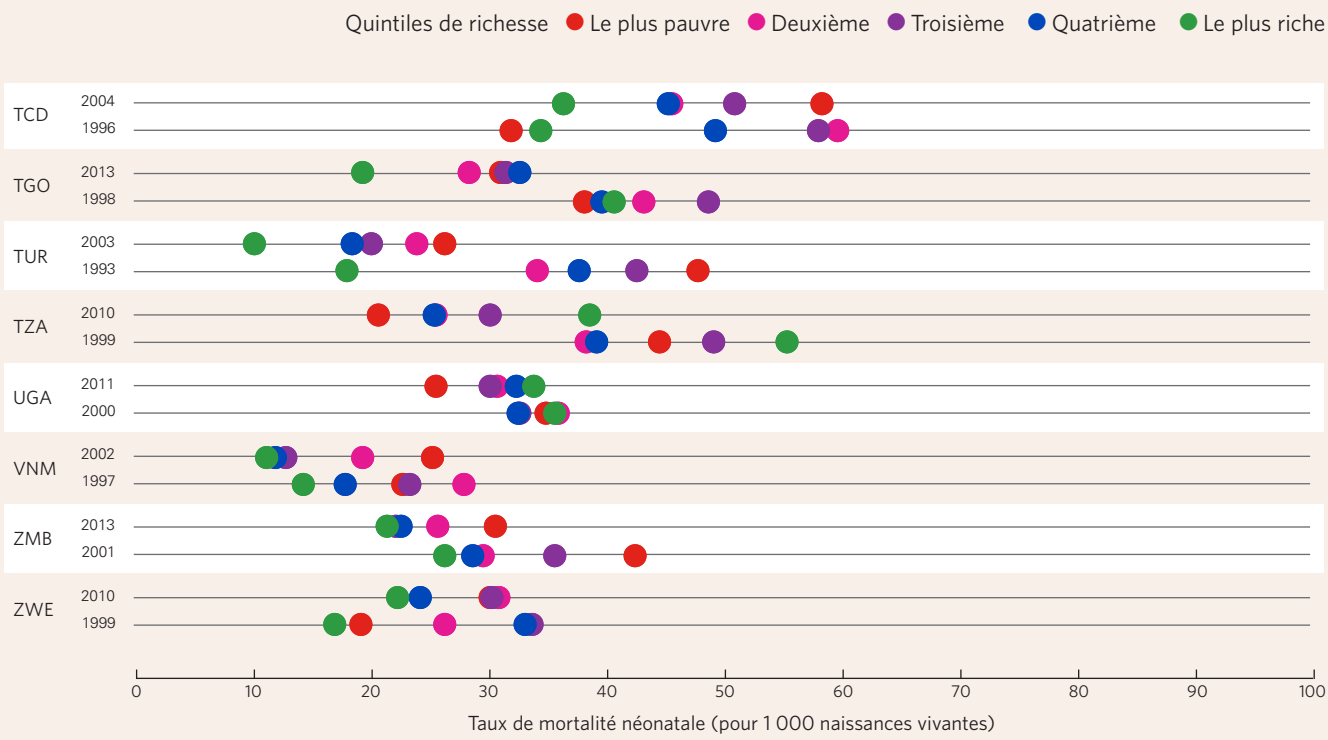


Taux de mortalité néonatale



Taux de mortalité néonatale (suite)




Quintiles de richesse
Le plus pauvre
Deuxième
Troisième
Quatrième
Le plus riche
TCD
2004
1996
TGO
2013
1998
TUR
2003
1993
TZA
2010
1999
UGA
2011
2000
VNM
2002
1997
ZMB
2013
2001
ZWE
2010
1999
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé sexuelle et reproductive									Pratiques néfastes		Éducation et emploi						
	Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %)		Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en %[b]	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans[b]	Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans[§]		Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en %	Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en %	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire	Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire	Proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (NEET), en %
	2015	2015 Estimations basses	hautes	2006-2016	2006-2015	2017 Toutes méthodes[§]	Méthodes modernes[§]	2017 Toutes méthodes	Méthodes modernes	2008-2016	2004-2015	1999-2015 Garçons	Filles	1999-2015	2000-2015 Garçons	Filles	2000-2015	2010-2016
Afghanistan	396	253	620	51	78	25	23	51	46	35	–	–	–	–	62	35	0,57	–
Afrique du Sud	138	124	154	94	46	66	66	85	85	–	–	83	94	1,13	59	69	1,16	31
Albanie	29	16	46	99	20	63	22	82	28	10	–	97	95	0,99	86	85	0,98	33 [m]
Algérie	140	82	244	97	12	63	57	86	77	3	–	98	96	0,98	–	–	–	21
Allemagne	6	5	8	99	8	68	64	88	83	–	–	–	–	–	–	–	–	6
Angola	477	221	988	47	191	15	14	29	26	–	–	95	73	0,77	14	11	0,81	–
Antigua-et-Barbuda	–	–	–	100	–	64	62	83	80	–	–	87	85	0,98	78	81	1,04	–
Arabie saoudite	12	7	20	98	7	30	26	53	46	–	–	98	95	0,97	82	79	0,95	16
Argentine	52	44	63	100	68	73	70	89	85	–	–	100	99	0,99	85	91	1,07	20 [n]
Arménie	25	21	31	100	23	59	29	82	41	7	–	89	98	1,1	79	91	1,15	36 [m]
Aruba	–	–	–	–	34	–	–	–	–	–	–	99	99	1	73	81	1,1	17
Australie	6	5	7	99	14	67	65	86	84	–	–	–	–	–	–	–	–	10
Autriche	4	3	5	99	8	66	64	87	84	–	–	–	–	–	–	–	–	8
Azerbaïdjan	25	17	35	100	47	56	23	80	33	11	–	96	94	0,98	89	87	0,98	10
Bahamas	80	53	124	98	30	67	66	85	84	–	–	94	99	1,06	80	86	1,07	–
Bahreïn	15	12	19	100	14	65	45	85	59	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	176	125	280	42	113	64	57	85	75	59	–	93	97	1,04	50	55	1,09	32 [o]
Barbade	27	19	37	99	50	62	59	80	77	29	–	91	92	1,02	86	92	1,06	–
Bélarus	4	3	6	100	22	67	57	87	75	3	–	94	94	1	96	96	1,01	12
Belgique	7	5	10	–	7	73	72	92	90	–	–	–	–	–	–	–	–	12
Belize	28	20	36	94	64	55	51	74	69	26	–	100	98	0,99	67	71	1,06	8
Bénin	405	279	633	77	94	19	13	38	27	26	2	100	88	0,88	50	34	0,68	20
Bhoutan	148	101	241	81	28	64	63	84	84	26	–	88	90	1,03	59	67	1,14	–
Bolivie (État plurinational de)	206	140	351	85	88	63	44	78	54	22	–	95	95	1	75	76	1,01	–
Bosnie-Herzégovine	11	7	17	100	11	50	19	76	30	4	–	98	99	1,01	–	–	–	28 [m]
Botswana	129	102	172	100	39	59	57	81	79	–	–	91	92	1,01	59	67	1,13	–
Brésil	44	36	54	99	65	80	77	92	88	36	–	94	94	1	79	85	1,07	23
Brunei Darussalam	23	15	30	100	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17 [o]
Bulgarie	11	8	14	100	41	68	50	84	61	–	–	96	97	1,01	89	87	0,97	19
Burkina Faso	371	257	509	66	132	24	24	48	46	52	58	70	66	0,95	23	20	0,87	–
Burundi	712	471	1 050	60	85	38	35	59	54	20	–	95	97	1,02	25	25	0,99	–
Cambodge	161	117	213	89	57	59	44	83	61	19	–	96	94	0,98	40	37	0,92	13 [o]
Cameroun, République de	596	440	881	65	119	33	22	61	41	31	0,4	100	90	0,9	46	40	0,87	11
Canada	7	5	9	100	13	75	73	91	89	–	–	–	–	–	–	–	–	10
Cap-Vert	42	20	95	92	–	62	60	81	78	–	–	98	98	1	65	74	1,14	–
Chili	22	18	26	100	52	66	65	83	82	–	–	93	93	1	87	90	1,04	12
Chine	27	22	32	100	6	83	83	96	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chine, RAS de Macao	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 [m]
Chine, RAS Hong Kong	–	–	–	–	3	76	73	92	88	–	–	–	–	–	–	–	–	7
Chypre	7	4	12	100	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15

Pays, territoire ou zone	Santé sexuelle et reproductive									Pratiques néfastes		Éducation et emploi						
	Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %)		Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en %[b]	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans[b]	Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans[§]		Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en %	Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en %	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire	Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire	Proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (NEET), en %
	2015	2015 Estimations basses	hautes	2006-2016	2006-2015	2017 Toutes méthodes[§]	Méthodes modernes[§]	2017 Toutes méthodes	Méthodes modernes	2008-2016	2004-2015	1999-2015 Garçons	Filles	1999-2015	2000-2015 Garçons	Filles	2000-2015	2010-2016
Colombie	64	56	81	99	84	78	72	90	83	23	–	92	92	1	76	82	1,08	21
Comores	335	207	536	82	70	26	20	46	36	32	–	88	83	0,95	42	45	1,07	–
Congo, République démocratique du	693	509	1 010	80	138	23	10	46	20	37	–	36	34	0,95	–	–	–	–
Congo, République du	442	300	638	94	111	42	24	68	39	33	–	89	97	1,09	–	–	–	–
Corée, République de	11	9	13	100	2	79	70	93	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Corée, République populaire démocratique de	82	37	190	100	1	75	71	90	85	–	–	97	97	1	–	–	–	–
Costa Rica	25	20	29	99	61	80	77	93	90	21	–	96	96	1	76	80	1,05	21
Côte d'Ivoire	645	458	909	59	129	21	16	46	36	33	31	80	71	0,89	–	–	–	–
Croatie	8	6	11	100	12	66	47	86	61	–	–	–	–	–	–	–	–	19
Cuba	39	33	47	99	53	74	73	90	88	26	–	93	94	1,01	88	91	1,04	–
Curacao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Danemark	6	5	9	98	2	69	66	87	83	–	–	–	–	–	–	–	–	6
Djibouti	229	111	482	87	21	27	26	48	46	–	90	61	54	0,89	29	21	0,72	–
Dominique	–	–	–	100	47	–	–	–	–	–	–	96	99	1,03	76	82	1,07	–
Égypte	33	26	39	92	56	61	59	84	81	17	70	99	99	1,01	81	82	1,01	27 [m]
El Salvador	54	40	69	98	72	71	67	86	81	26	–	94	94	1,01	69	71	1,03	30
Emirats arabes unis	6	3	11	–	34	50	42	73	62	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Équateur	64	57	71	96	–	79	70	92	82	–	–	96	98	1,02	81	84	1,04	18
Érythrée	501	332	750	34	76	13	13	31	29	41	69	43	38	0,9	31	26	0,84	–
Espagne	5	4	6	–	8	68	64	85	81	–	–	–	–	–	–	–	–	16
Estonie	9	6	14	99	16	66	60	85	78	–	–	–	–	–	–	–	–	11
États-Unis d'Amérique	14	12	16	99	27	74	70	91	86	–	–	–	–	–	–	–	–	17 [m]
Éthiopie	353	247	567	28	71	41	39	63	61	41	62	89	84	0,94	18	11	0,62	1 [mn]
Ex-République yougoslave de Macédoine	8	5	10	100	19	51	21	76	31	7	–	89	88	0,98	83	81	0,97	25
Fédération de Russie	25	18	33	99	27	68	58	87	74	7	–	–	–	–	–	–	–	12
Fidji	30	23	41	100	28	49	45	72	67	–	–	96	98	1,03	79	88	1,11	–
Finlande	3	2	3	100	7	74	73	90	88	–	–	–	–	–	–	–	–	11
France	8	7	10	98	6	80	78	95	92	–	–	–	–	–	–	–	–	12
Gabon	291	197	442	89	114	35	24	58	40	22	–	–	–	–	–	–	–	–
Gambie	706	484	1 030	57	88	12	11	31	30	30	76	66	72	1,09	–	–	–	34 [o]
Géorgie	36	28	47	100	41	53	38	77	55	14	–	96	94	0,98	92	92	1	–
Ghana	319	216	458	71	65	31	26	52	45	21	2	92	92	1,01	58	57	0,98	–
Grèce	3	2	4	–	8	69	47	88	60	–	–	–	–	–	–	–	–	17
Grenade	27	19	42	99	–	66	62	84	80	–	–	97	97	1	81	84	1,03	–
Guadeloupe	–	–	–	–	–	60	55	80	73	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	–	–	–	–	54	54	48	77	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	88	77	100	66	91	61	51	81	68	30	–	89	89	1	48	45	0,95	27
Guinée	679	504	927	45	146	8	7	24	22	52	94	84	72	0,86	38	25	0,66	–
Guinée équatoriale	342	207	542	68	176	17	14	35	28	30	–	58	58	1	24	19	0,77	–
Guinée-Bissau	549	273	1 090	45	106	17	16	44	42	24	42	71	68	0,95	10	6	0,56	–
Guyane française	–	–	–	–	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé sexuelle et reproductive									Pratiques néfastes		Éducation et emploi						
	Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %)		Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en %[b]	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans[b]	Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans[§]		Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en %	Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en %	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire	Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire	Proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (NEET), en %
	2015	2015 Estimations basses	hautes	2006-2016	2006-2015	2017 Toutes méthodes[§]	Méthodes modernes[§]	2017 Toutes méthodes	Méthodes modernes	2008-2016	2004-2015	1999-2015 Garçons	Filles	1999-2015	2000-2015 Garçons	Filles	2000-2015	2010-2016
Guyana	229	184	301	86	74	42	41	60	59	30	–	86	84	0,97	82	83	1	–
Haïti	359	236	601	49	66	41	37	57	51	18	–	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	129	99	166	83	101	73	64	87	77	34	–	95	95	1,01	46	53	1,16	42 [m]
Hongrie	17	12	22	99	20	74	70	90	85	–	–	–	–	–	–	–	–	12 [o]
Îles Salomon	114	75	175	86	62	38	33	64	57	–	–	82	79	0,97	42	42	0,99	–
Îles Turques et Caïques	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges américaines	–	–	–	–	43	71	66	87	82	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	174	139	217	81	28	56	50	82	73	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01	28 [o]
Indonésie	126	93	179	87	48	62	60	84	81	14	–	93	92	0,99	75	75	0,99	25
Iran (République islamique d')	25	21	31	96	38	76	63	92	77	17	–	99	100	1,01	80	81	1,01	34
Iraq	50	35	69	91	82	56	43	81	63	24	5	98	87	0,89	49	40	0,81	–
Irlande	8	6	11	100	9	67	62	86	80	–	–	–	–	–	–	–	–	14
Islande	3	2	6	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5
Israël	5	4	6	–	10	71	57	89	72	–	–	–	–	–	–	–	–	16
Italie	4	3	5	100	6	67	53	86	68	–	–	–	–	–	–	–	–	21
Jamaïque	89	70	115	99	46	71	68	87	83	8	–	93	94	1,01	64	70	1,09	–
Japon	5	4	7	100	4	48	45	71	66	–	–	–	–	–	–	–	–	4
Jordan	58	44	75	100	26	62	46	84	62	8	–	88	87	0,99	83	88	1,06	–
Kazakhstan	12	10	15	100	36	58	55	80	76	7	–	100	100	1	92	94	1,02	10 [m]
Kenya	510	344	754	62	96	64	61	81	78	23	11	84	88	1,04	57	56	0,97	–
Kirghizistan	76	59	96	98	42	44	41	72	68	12	–	98	98	0,99	80	80	1	21
Kiribati	90	51	152	98	49	28	24	51	44	20	–	–	–	–	66	73	1,11	–
Koweit	4	3	6	99	7	56	49	78	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	487	310	871	78	94	61	60	78	77	17	–	79	82	1,04	27	42	1,57	–
Lettonie	18	13	26	98	15	67	61	85	77	–	–	–	–	–	–	–	–	11
Liban	15	10	22	–	–	62	46	83	61	6	–	92	86	0,94	65	65	1	21
Libéria	725	527	1 030	61	149	21	21	40	39	36	26 [l]	39	37	0,95	–	–	–	19 [o]
Libye	9	6	15	100	6	49	32	72	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	10	7	14	100	14	63	54	83	70	–	–	–	–	–	–	–	–	9
Luxembourg	10	7	16	100	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6 [o]
Madagascar	353	256	484	44	145	47	40	72	61	41	–	77	78	1	31	32	1,04	4
Malaisie	40	32	53	99	13	53	38	75	55	–	–	–	–	–	–	–	–	1
Malawi	634	422	1 080	90	136	60	59	77	75	46	–	90	96	1,06	33	33	0,98	–
Maldives	68	45	108	96	14	44	37	65	55	4	–	97	96	0,98	45	51	1,14	56 [m]
Mali	587	448	823	49	172	14	14	36	35	60	90	67	60	0,9	39	30	0,76	14
Malte	9	6	15	100	13	81	63	94	73	–	–	–	–	–	–	–	–	10
Maroc	121	93	142	74	32	68	61	87	78	13	–	99	99	1	59	53	0,9	–
Martinique	–	–	–	–	20	62	57	81	75	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maurice	53	38	77	100	29	66	39	86	51	–	–	96	98	1,02	79	80	1,01	–
Mauritanie	602	399	984	65	71	17	16	35	33	34	66	73	77	1,05	24	22	0,92	–
Mexique	38	34	42	96	83	73	69	87	83	26	–	97	98	1,01	66	69	1,04	20

Pays, territoire ou zone	Santé sexuelle et reproductive									Pratiques néfastes		Éducation et emploi						
	Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %)		Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en %[b]	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans[b]	Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans[§]		Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en %	Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en %	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire	Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire	Proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (NEET), en %
	2015	2015 Estimations basses	hautes	2006-2016	2006-2015	2017 Toutes méthodes[§]	Méthodes modernes[§]	2017 Toutes méthodes	Méthodes modernes	2008-2016	2004-2015	1999-2015 Garçons	Filles	1999-2015	2000-2015 Garçons	Filles	2000-2015	2010-2016
Micronésie (Etats fédérée de)	100	46	211	100	33	–	–	–	–	–	–	86	88	1,03	–	–	–	–
Moldova, République de	23	19	28	100	27	65	50	85	65	12	–	90	90	1	77	77	1,01	28
Mongolie	44	35	55	99	27	59	52	81	72	5	–	96	95	0,99	85	88	1,03	1
Monténégro	7	4	12	99	12	40	24	65	39	5	–	–	–	–	–	–	–	17
Mozambique	489	360	686	54	167	21	20	43	42	48	–	90	85	0,95	18	18	1	10
Myanmar	178	121	284	60	22	53	52	77	76	–	–	88	87	0,99	48	49	1,02	19 [o]
Namibie	265	172	423	88	82	59	58	78	78	7	–	89	92	1,03	45	57	1,27	31 [o]
Népal	258	176	425	56	71	54	51	71	67	37	–	98	96	0,98	58	63	1,08	23 [o]
Nicaragua	150	115	196	88	92	80	77	93	89	–	–	97	100	1,03	45	53	1,17	–
Niger	553	411	752	40	206	16	15	46	42	76	1	66	57	0,86	19	13	0,67	–
Nigéria	814	596	1 180	35	122	21	16	48	37	43	15	71	60	0,84	–	–	–	–
Norvège	5	4	6	99	5	78	73	93	87	–	–	–	–	–	–	–	–	5
Nouvelle-Calédonie	–	–	–	–	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	11	9	14	97	19	70	68	88	85	–	–	–	–	–	–	–	–	12
Oman	17	13	24	99	13	36	24	55	37	–	–	97	97	1	94	89	0,94	–
Ouganda	343	247	493	57	140	37	33	55	49	40	1	92	95	1,03	24	22	0,95	6 [m]
Ouzbékistan	36	20	65	100	30	70	66	89	85	–	–	93	91	0,97	–	–	–	–
Pakistan	178	111	283	55	44	40	31	66	52	21	–	79	67	0,85	46	36	0,79	–
Palestine[1]	45	21	99	100	67	59	47	82	65	15	–	93	93	1	77	84	1,1	32
Panama	94	77	121	94	91	60	57	79	74	26	–	97	96	0,99	75	81	1,07	33
Papouasie-Nouvelle-Guinée	215	98	457	53	–	37	31	60	50	–	–	90	84	0,92	–	–	–	–
Paraguay	132	107	163	96	63	75	67	91	81	17	–	89	89	1	67	66	1	13 [m]
Pays-Bas	7	5	9	–	5	71	69	90	87	–	–	–	–	–	–	–	–	5
Pérou	68	54	80	90	65	74	54	89	65	19	–	95	96	1,01	77	79	1,03	22 [m]
Philippines	114	87	175	73	57	56	41	76	56	15	–	95	99	1,04	62	74	1,19	23
Pologne	3	2	4	100	14	70	54	88	67	–	–	–	–	–	–	–	–	11
Polynésie française	–	–	–	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Porto Rico	14	10	18	–	36	76	69	92	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	10	9	13	99	10	74	68	91	84	–	–	–	–	–	–	–	–	11
Qatar	13	9	19	100	13	47	41	73	64	4	–	–	–	–	–	–	–	9
République arabe syrienne	68	48	97	96	54	58	44	80	61	–	–	72	70	0,98	47	46	0,99	–
République centrafricaine	882	508	1 500	40	229	25	19	52	40	68	18	79	62	0,79	18	9	0,52	–
République démocratique populaire lao	197	136	307	40	94	56	50	77	69	35	–	96	94	0,98	52	50	0,96	5 [o]
République dominicaine	92	77	111	98	90	71	69	87	84	37	–	86	85	0,99	61	70	1,14	21 [m]
République tchèque	4	3	6	100	11	77	70	91	83	–	–	–	–	–	–	–	–	8
Réunion	–	–	–	–	–	73	71	90	87	–	–	–	–	–	–	–	–	29
Roumanie	31	22	44	99	39	68	57	88	73	–	–	92	91	0,99	86	86	1	18
Royaume-Uni	9	8	11	–	19	80	80	93	93	–	–	–	–	–	–	–	–	11
Rwanda	290	208	389	91	45	55	50	75	68	7	–	95	97	1,03	–	–	–	–
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	45	34	63	99	70	66	64	84	81	–	–	92	91	0,99	84	87	1,03	–

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé sexuelle et reproductive									Pratiques néfastes		Éducation et emploi						
	Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %)		Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en %[b]	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans[b]	Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans[§]		Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en %	Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en %	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire	Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire	Proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (NEET), en %
	2015	2015 Estimations basses	hautes	2006-2016	2006-2015	2017 Toutes méthodes[§]	Méthodes modernes[§]	2017 Toutes méthodes	Méthodes modernes	2008-2016	2004-2015	1999-2015 Garçons	Filles	1999-2015	2000-2015 Garçons	Filles	2000-2015	2010-2016
Saint-Kitts-et-Nièvès	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	80	83	1,04	81	85	1,04	–
Saint-Marin	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sainte-Lucie	48	32	72	99	–	59	57	79	76	24	–	95	93	0,97	80	81	1,01	–
Samoa	51	24	115	83	39	28	27	39	38	11	–	97	98	1,02	75	84	1,12	41 °
Sao Tomé-et-Principe	156	83	268	93	92	42	40	57	54	35	–	97	95	0,98	44	51	1,15	–
Sénégal	315	214	468	53	80	23	21	47	44	32	21	70	76	1,09	23	18	0,77	–
Serbie	17	12	24	100	22	59	27	83	39	3	–	98	99	1,01	91	93	1,02	20
Seychelles	–	–	–	99	56	–	–	–	–	–	–	94	95	1,01	72	78	1,09	–
Sierra Leone	1 360	999	1 980	60	125	17	17	39	38	39	74	100	99	0,99	39	35	0,9	–
Singapour	10	6	17	100	3	66	60	86	77	–	–	–	–	–	–	–	–	11
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	6	4	7	99	21	72	62	89	77	–	–	–	–	–	–	–	–	14
Slovénie	9	6	14	100	5	74	65	90	80	–	–	–	–	–	–	–	–	10
Somalie	732	361	1 390	9	–	28	28	50	48	–	97	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	311	214	433	78	87	16	15	36	33	34	82	53	56	1,05	–	–	–	–
Soudan du Sud	789	523	1 150	19	158	7	6	18	16	52	–	47	34	0,71	–	–	–	–
Sri Lanka	30	26	38	99	20	72	59	91	74	–	–	98	96	0,98	84	87	1,04	28
Suède	4	3	5	–	3	70	65	88	81	–	–	–	–	–	–	–	–	7
Suisse	5	4	7	–	2	73	70	91	87	–	–	–	–	–	–	–	–	7
Suriname	155	110	220	90	65	53	53	74	73	19	–	91	92	1,01	49	60	1,21	–
Swaziland	389	251	627	88	87	65	63	81	80	5	–	79	78	0,99	31	38	1,24	–
Tadjikistan	32	19	51	87	54	36	33	63	58	12	–	98	98	1	88	79	0,9	–
Tanzanie, République-Unie de	398	281	570	49	95	41	35	65	56	31	5	81	82	1,01	–	–	–	15 °
Tchad	856	560	1 350	20	203	7	6	23	20	67	32	95	74	0,78	16	5	0,33	–
Thaïlande	20	14	32	100	60	78	77	93	91	22	–	93	92	0,99	77	82	1,06	14
Timor-Leste, République démocratique de	215	150	300	29	51	31	28	55	50	19	–	96	99	1,03	48	56	1,16	–
Togo	368	255	518	45	85	22	20	40	36	22	2	96	90	0,93	32	15	0,48	12 °
Tonga	124	57	270	96	30	35	32	55	51	6	–	99	99	1	71	80	1,12	–
Trinité-et-Tobago	63	49	80	100	36	52	47	74	67	–	–	99	98	0,99	70	75	1,07	53
Tunisie	62	42	92	74	6	66	57	88	76	2	–	99	98	0,99	–	–	–	–
Turkménistan	42	20	73	100	21	56	52	79	75	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquie	16	12	21	97	29	74	50	92	61	15	–	94	93	0,99	88	85	0,97	24
Tuvalu	–	–	–	93	42	–	–	–	–	–	–	95	98	1,03	62	78	1,26	–
Ukraine	24	19	32	99	27	67	55	87	71	9	–	96	98	1,02	88	89	1,01	18
Uruguay	15	11	19	100	64	78	75	91	88	25	–	100	99	1	72	79	1,1	19
Vanuatu	78	36	169	89	78	–	–	–	–	21	–	98	97	0,99	51	53	1,04	–
Venezuela (République bolivarienne du)	95	77	124	100	95	73	68	87	82	–	–	93	93	1	71	79	1,1	–
Viet Nam	54	41	74	94	36	77	65	92	78	11	–	–	–	–	–	–	–	11
Yémen	385	274	582	45	67	40	34	61	51	32	16	92	78	0,85	50	33	0,67	–
Zambia	224	162	306	63	145	53	49	74	68	31	–	88	90	1,02	–	–	–	13
Zimbabwe	443	363	563	78	110	67	67	87	86	32	–	86	87	1,02	44	44	1,01	–

Données mondiales et régionales

	Santé sexuelle et reproductive									Pratiques néfastes		Éducation et emploi							
	Ratio de mortalité maternelle (RMM) : nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes[a]	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %)		Naissances assistées par un professionnel de santé qualifié en %[b]	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans[b]	Taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de demande satisfaite chez les femmes âgées de 15 à 49 ans[§]		Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en %	Prévalence des MGF chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en %	Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire	Taux net de scolarisation dans l'enseignement secondaire, en %		Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire	Proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (NEET), en %
	2015	2015 Estimations basses	hautes	2006-2016	2006-2015	2017 Toutes méthodes[§]	Méthodes modernes[§]	2017 Toutes méthodes	Méthodes modernes	2008-2016	2004-2015	1999-2015 Garçons	Filles	1999-2015	2000-2015 Garçons	Filles	2000-2015	2010-2016
Afrique de l'Est et Afrique australe	**407**	**377**	**501**	**58**	**95**	**41**	**37**	**64**	**58**	**36**	**31**	**87**	**85**	**0,98**	**34**	**32**	**0,93**	**–**
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	**679**	**599**	**849**	**46**	**115**	**21**	**17**	**47**	**38**	**42**	**24**	**77**	**68**	**0,89**	**38**	**31**	**0,83**	**–**
Amérique latine et Caraïbes	**68**	**64**	**77**	**94[d]**	**64[h]**	**75**	**70**	**89**	**83**	**29**	**–**	**94**	**94**	**1,00**	**74**	**78**	**1,06**	**22**
Asie et Pacifique	**127**	**114**	**151**	**82[c]**	**28[c]**	**67**	**63**	**87**	**82**	**26***	**–**	**95***	**95***	**0,99***	**65***	**66***	**1,02***	**–**
États arabes	**162**	**138**	**212**	**79**	**52**	**53**	**47**	**77**	**68**	**19**	**55**	**86**	**83**	**0,96**	**64**	**58**	**0,92**	**–**
Europe de l'Est et Asie centrale	**25**	**22**	**31**	**98**	**–**	**66**	**49**	**87**	**65**	**11**	**–**	**94**	**94**	**0,99**	**88**	**87**	**0,99**	**21**
Régions développées	**12**	**11**	**14**	**92[e]**	**16[i]**	**69**	**63**	**88**	**80**	**–**	**–**	**97**	**97**	**1,00**	**91**	**93**	**1,01**	**11**
Régions en développement	**238**	**228**	**274**	**75[f]**	**48[j]**	**62**	**57**	**84**	**78**	**28***	**–**	**91***	**90***	**0,98***	**62***	**61***	**0,99***	**–**
Pays les moins avancés	**436**	**418**	**514**	**53[g]**	**91[k]**	**40**	**36**	**65**	**58**	**42**	**43**	**85**	**80**	**0,95**	**37**	**33**	**0,90**	**–**
Total mondial	**216**	**207**	**249**	**77**	**44**	**63**	**58**	**85**	**78**	**28***	**33****	**92***	**90***	**0,98***	**65***	**65***	**1,00***	**–**

NOTES

– Données non disponibles.
§ Femmes actuellement mariées ou en concubinage.
a Ratio de mortalité maternelle arrondi comme suit : < 100, arrondi à l'unité la plus proche ; 100 à 999, arrondi à l'unité la plus proche ; ≥ 1 000, arrondi à la dizaine la plus proche.
b Chiffres comprenant les enquêtes réalisées entre 2006 et 2015.
c Données non disponibles pour : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokelau et Tuvalu.
d Données non disponibles pour : Anguilla, Aruba, Bermudes, Curaçao, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Montserrat et Saint-Martin.
e Données non disponibles pour : Andorre, Belgique, Bermudes, Espagne, Gibraltar, Grèce, Groenland, Îles Féroé, Islande, Liechtenstein, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Suède et Suisse.
f Données non disponibles pour : Anguilla, Aruba, Curaçao, Dominique, Guadeloupe, Guam, Guyane française, Îles Caïmanes, Îles Cook, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Îles du Sahara occidental, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Îles Vierges américaines, Îles Wallis-et-Futuna, Israël, Martinique, Montserrat, Nauru, Nioué, Nouvelle-Calédonie, Palaos, Polynésie française, Porto Rico, Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine), Région administrative spéciale de Macao (Chine), Réunion, Samoa américaines, Saint-Martin, Tokelau et Tuvalu.
g Données non disponibles pour les Tuvalu.
h Données non disponibles pour : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes, Équateur, Grenade, Îles Caïmanes, Îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Martin.
i Données non disponibles pour : Andorre, Bermudes, Gibraltar, Groenland, Îles Féroé, Liechtenstein et Saint-Marin.
j Données non disponibles pour : Anguilla, Dominique, Îles Caïmanes, Îles Cook, Îles Mariannes du Nord, Îles Marshall, Îles du Sahara occidental, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Îles Wallis-et-Futuna, Montserrat, Nauru, Nioué, Palaos, Samoa américaines, Saint-Kitts-et-Nevis, Tokelau et Tuvalu.
k Données non disponibles pour les Tuvalu.
l Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans membres de la société Sande. L'appartenance à la société Sande est un indicateur indirect des mutilations génitales féminines.
m Données calculées pour d'autres tranches d'âges que la tranche 15-24 ans. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
n Données calculées à partir d'une couverture géographique limitée. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
o Données calculées à l'aide d'une nouvelle méthode. Ces données ne sont pas prises en compte dans le calcul des moyennes régionales et mondiales.
* À l'exclusion de la Chine.
** La moyenne mondiale est calculée pour les pays dans lesquels des mutilations génitales féminines sont signalées.

1 La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».

Indicateurs démographiques

Pays, territoire ou zone	Population								
	Population totale (en millions)	Taux de variation annuel moyen de la population (%)	Population âgée de 0 à 14 ans (en %)	Population âgée de 10 à 24 ans (en %)	Population âgée de 15 à 64 ans (en %)	Population âgée de 65 ans et plus (en %)	Taux de fécondité global	Espérance de vie à la naissance (en années) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	garçons	filles
Afghanistan	35,5	3	43	35	54	3	4,5	63	65
Afrique du Sud	56,7	1,4	29	27	66	5	2,4	60	67
Albanie	2,9	-0,1	17	22	69	13	1,7	77	81
Algérie	41,3	1,9	29	23	65	6	2,7	75	78
Allemagne	82,1	0,2	13	15	65	21	1,5	79	83
Angola	29,8	3,5	47	32	51	2	5,6	59	65
Antigua-et-Barbuda	0,1	1,1	24	25	69	7	2	74	79
Arabie saoudite	32,9	2,6	25	22	72	3	2,5	73	76
Argentine	44,3	1	25	24	64	11	2,3	73	80
Arménie	2,9	0,3	20	19	69	11	1,6	71	78
Aruba	0,1	0,5	18	21	69	13	1,8	73	78
Australie[1]	24,5	1,4	19	19	65	16	1,8	81	85
Autriche	8,7	0,5	14	16	67	19	1,5	79	84
Azerbaïdjan[2]	9,8	1,2	23	22	71	6	2,1	69	75
Bahamas	0,4	1,3	20	22	71	9	1,8	73	79
Bahreïn	1,5	2,6	20	19	78	2	2	76	78
Bangladesh	164,7	1,1	28	29	67	5	2,1	71	75
Barbade	0,3	0,3	19	19	66	15	1,8	74	78
Bélarus	9,5	0	17	15	68	15	1,7	68	78
Belgique	11,4	0,6	17	17	64	19	1,8	79	84
Belize	0,4	2,2	31	31	65	4	2,5	68	74
Bénin	11,2	2,8	43	32	54	3	4,9	60	63
Bhoutan	0,8	1,5	27	28	69	5	2	70	71
Bolivie (État plurinational de)	11,1	1,5	32	29	62	7	2,8	67	72
Bosnie-Herzégovine	3,5	-0,9	14	18	69	17	1,4	75	80
Botswana	2,3	1,8	31	28	65	4	2,7	65	70
Brésil	209,3	0,9	22	24	70	9	1,7	72	79
Brunei Darussalam	0,4	1,4	23	24	72	5	1,9	76	79
Bulgarie	7,1	-0,6	14	14	65	21	1,6	71	78
Burkina Faso	19,2	3	45	33	52	2	5,3	60	61
Burundi	10,9	3,1	45	31	52	3	5,6	56	60
Cambodge	16	1,6	31	29	64	4	2,5	67	71
Cameroun, République du	24,1	2,7	43	32	54	3	4,6	57	60
Canada	36,6	1	16	17	67	17	1,6	81	84
Cap-Vert	0,5	1,2	30	31	65	4	2,3	71	75
Chili	18,1	0,9	20	22	69	11	1,8	77	82
Chine, Macao SAR[3]	0,6	2,1	13	14	77	10	1,3	81	87
Chine, SAR Hong Kong[4]	7,4	0,7	11	14	72	16	1,3	81	87
Chine[5]	1409,5	0,5	18	18	72	11	1,6	75	78
Chypre[6]	1,2	0,8	17	20	70	13	1,3	79	83
Colombie	49,1	0,9	23	25	69	8	1,8	71	78
Comores	0,8	2,4	40	31	57	3	4,3	62	66
Congo, République démocratique du	81,3	3,3	46	32	51	3	6	59	62
Congo, République du	5,3	2,6	42	30	54	3	4,6	63	67
Corée, République de	51	0,4	13	17	73	14	1,3	79	85

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2017	Taux de variation annuel moyen de la population (%) 2010-2017	Population âgée de 0 à 14 ans (en %) 2017	Population âgée de 10 à 24 ans (en %) 2017	Population âgée de 15 à 64 ans (en %) 2017	Population âgée de 65 ans et plus (en %) 2017	Taux de fécondité global 2017	Espérance de vie à la naissance (en années) 2017 garçons	filles
	Population								
Corée, République populaire démocratique de	25,5	0,5	21	23	70	9	1,9	68	75
Costa Rica	4,9	1,1	22	23	69	9	1,8	78	82
Côte d'Ivoire	24,3	2,5	42	33	55	3	4,8	53	56
Croatie	4,2	-0,5	15	16	66	20	1,5	75	81
Cuba	11,5	0,2	16	17	69	15	1,7	78	82
Curacao	0,2	1,2	19	19	65	16	2	75	81
Danemark	5,7	0,5	16	19	64	20	1,8	79	83
Djibouti	1	1,7	31	30	65	4	2,8	61	64
Dominique	0,1	0,5	–	–	–	–	–	–	–
Égypte	97,6	2,1	33	26	61	5	3,2	69	74
El Salvador	6,4	0,5	27	29	64	8	2,1	69	78
Emirats arabes unis	9,4	1,8	14	15	85	1	1,7	77	79
Équateur	16,6	1,5	28	27	64	7	2,5	74	79
Érythrée	5,1	2,1	42	32	55	4	4,1	63	68
Espagne[7]	46,4	-0,1	15	14	66	19	1,4	81	86
Estonie	1,3	-0,2	16	15	64	19	1,6	73	82
États-Unis d'Amérique	324,5	0,7	19	20	66	15	1,9	77	82
Éthiopie	105	2,6	41	34	56	4	4,1	64	68
Ex-République yougoslave de de Macédoine	2,1	0,1	17	19	70	13	1,5	74	78
Fédération de Russie	144	0,1	18	15	68	14	1,8	66	77
Fidji	0,9	0,7	28	26	65	6	2,5	68	74
Finlande[8]	5,5	0,4	16	17	62	21	1,8	79	84
France	65	0,4	18	18	62	20	2	80	86
Gabon	2	3	36	28	60	4	3,7	65	68
Gambie	2,1	3,1	45	33	52	2	5,4	60	63
Géorgie[9]	3,9	-1,1	19	18	66	15	2	69	78
Ghana	28,8	2,3	39	31	58	3	3,9	62	64
Grèce	11,2	-0,4	14	15	65	20	1,3	79	84
Grenade	0,1	0,4	26	26	66	7	2,1	71	76
Guadeloupe[10]	0,4	0	19	21	64	17	1,9	78	85
Guam	0,2	0,4	25	25	66	10	2,3	77	82
Guatemala	16,9	2,1	35	33	60	5	2,9	70	77
Guinée	12,7	2,3	42	32	55	3	4,8	60	61
Guinée équatoriale	1,3	4,1	37	29	60	3	4,6	57	59
Guinée-Bissau	1,9	2,6	41	32	56	3	4,6	56	60
Guyane française	0,3	2,7	33	28	62	5	3,3	77	83
Guyana	0,8	0,6	29	31	66	5	2,5	64	69
Haïti	11	1,3	33	31	62	5	2,9	61	66
Honduras	9,3	1,8	32	32	64	5	2,4	71	76
Hongrie	9,7	-0,3	14	16	67	19	1,4	72	79
îles Salomon	0,6	2,1	39	32	58	4	3,8	70	73
Îles Turques et Caïques	0	1,9	–	–	–	–	–	–	–
Îles Vierges américaines	0,1	-0,2	20	20	61	19	2,2	78	82
Inde	1339,2	1,2	28	28	66	6	2,3	67	70

Indicateurs démographiques

Pays, territoire ou zone	Population								
	Population totale (en millions)	Taux de variation annuel moyen de la population (%)	Population âgée de 0 à 14 ans (en %)	Population âgée de 10 à 24 ans (en %)	Population âgée de 15 à 64 ans (en %)	Population âgée de 65 ans et plus (en %)	Taux de fécondité global	Espérance de vie à la naissance (en années) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	garçons	filles
Indonésie	264	1,2	27	26	67	5	2,3	67	72
Iran (République islamique d')	81,2	1,2	24	21	71	5	1,6	75	77
Iraq	38,3	3,1	40	31	56	3	4,3	68	72
Irlande	4,8	0,4	22	18	64	14	2	80	84
Islande	0,3	0,6	20	20	65	14	1,9	81	84
Israël	8,3	1,6	28	23	60	12	2,9	81	84
Italie	59,4	-0,1	14	14	63	23	1,5	81	85
Jamaïque	2,9	0,4	23	26	68	10	2	74	79
Japon	127,5	-0,1	13	14	60	27	1,5	81	87
Jordan	9,7	4,3	36	30	61	4	3,3	73	76
Kazakhstan	18,2	1,5	28	20	65	7	2,6	65	75
Kenya	49,7	2,6	40	33	57	3	3,8	65	70
Kirghizistan	6	1,6	32	25	64	4	3	67	75
Kiribati	0,1	1,8	35	29	61	4	3,6	63	70
Koweit	4,1	4,6	21	18	77	2	2	74	76
Lesotho	2,2	1,3	35	33	60	5	3	52	57
Lettonie	1,9	-1,2	15	15	65	20	1,6	70	79
Liban	6,1	4,8	23	26	68	9	1,7	78	82
Libéria	4,7	2,6	42	32	55	3	4,5	62	64
Libye	6,4	0,5	28	26	67	4	2,2	69	75
Lituanie	2,9	-1,1	15	17	66	19	1,7	69	80
Luxembourg	0,6	2	16	18	69	14	1,6	80	84
Madagascar	25,6	2,7	41	33	56	3	4,1	65	68
Malaisie[11]	31,6	1,7	24	27	69	6	2	73	78
Malawi	18,6	2,9	44	34	53	3	4,5	61	66
Maldives	0,4	2,6	23	23	72	4	2,1	77	79
Mali	18,5	3	48	33	50	3	6	58	59
Malte	0,4	0,5	14	16	66	19	1,5	79	83
Maroc	35,7	1,4	27	25	66	7	2,5	75	77
Martinique	0,4	-0,4	18	18	63	19	1,9	79	85
Maurice[12]	1,3	0,2	18	23	71	11	1,4	71	78
Mauritanie	4,4	2,9	40	31	57	3	4,6	62	65
Mexique	129,2	1,4	27	27	66	7	2,2	75	80
Micronésie (États fédérés de)	0,1	0,3	33	35	62	5	3,1	68	71
Moldova, République de [13]	4,1	-0,1	16	18	73	11	1,2	67	76
Mongolie	3,1	1,8	30	23	66	4	2,7	65	74
Monténégro	0,6	0,1	18	19	67	15	1,7	75	80
Mozambique	29,7	2,9	45	33	52	3	5,2	57	61
Myanmar	53,4	0,9	27	28	67	6	2,2	64	69
Namibie	2,5	2,2	37	32	60	4	3,4	62	68
Népal	29,3	1,2	31	32	63	6	2,1	69	72
Nicaragua	6,2	1,1	29	29	66	5	2,2	73	79
Niger	21,5	3,8	50	32	47	3	7,2	59	61
Nigéria	190,9	2,6	44	31	53	3	5,5	53	55
Norvège[14]	5,3	1,2	18	19	65	17	1,8	80	84

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2017	Taux de variation annuel moyen de la population (%) 2010-2017	Population âgée de 0 à 14 ans (en %) 2017	Population âgée de 10 à 24 ans (en %) 2017	Population âgée de 15 à 64 ans (en %) 2017	Population âgée de 65 ans et plus (en %) 2017	Taux de fécondité global 2017	Espérance de vie à la naissance (en années) 2017 garçons	filles
	Population								
Nouvelle-Calédonie	0,3	1,4	23	23	68	10	2,2	75	80
Nouvelle-Zélande	4,7	1,1	20	20	65	15	2	80	84
Oman	4,6	6	22	20	76	2	2,6	76	80
Ouganda	42,9	3,3	48	34	50	2	5,5	58	62
Ouzbékistan	31,9	1,6	28	26	68	4	2,3	69	74
Pakistan	197	2,1	35	30	61	4	3,4	66	68
Palestine[15]	4,9	2,7	40	33	57	3	3,9	72	76
Panama	4,1	1,7	27	25	65	8	2,5	75	81
Papouasie-Nouvelle-Guinée	8,3	2,1	36	31	60	4	3,6	63	68
Paraguay	6,8	1,3	29	29	64	6	2,5	71	75
Pays-Bas	17	0,3	16	18	65	19	1,7	80	84
Pérou	32,2	1,3	27	26	65	7	2,4	73	78
Philippines	104,9	1,6	32	29	63	5	2,9	66	73
Pologne	38,2	-0,1	15	16	68	17	1,3	74	82
Polynésie française	0,3	0,8	23	24	69	8	2	75	79
Porto Rico	3,7	-0,2	18	21	67	15	1,5	76	84
Portugal	10,3	-0,4	14	15	65	22	1,2	78	84
Qatar	2,6	5,6	14	19	85	1	1,9	78	80
République arabe syrienne	18,3	-2	37	34	59	4	2,9	65	77
République centrafricaine	4,7	0,7	43	34	53	4	4,8	51	55
République démocratique populaire lao	6,9	1,3	33	31	63	4	2,6	65	69
République dominicaine	10,8	1,2	29	28	64	7	2,4	71	77
République tchèque	10,6	0,1	15	14	66	19	1,6	76	82
Réunion	0,9	0,8	24	23	65	11	2,3	77	84
Roumanie	19,7	-0,5	15	16	67	18	1,5	72	79
Royaume-Uni	66,2	0,6	18	17	64	19	1,9	80	83
Rwanda	12,2	2,5	40	31	57	3	3,8	65	70
Sahara occidental	0,6	2	28	26	69	3	2,4	68	72
Saint-Kitts-et-Niévès	0,1	1	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Marin	0	1	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,1	0,1	24	25	68	8	1,9	71	76
Sainte-Lucie	0,2	0,5	19	24	71	10	1,4	73	78
Samoa	0,2	0,8	37	31	58	6	3,9	72	78
Sao Tomé-et-Principe	0,2	2,2	43	33	54	3	4,4	65	69
Sénégal	15,9	2,9	43	32	54	3	4,7	65	69
Serbie[16]	8,8	-0,4	16	18	66	17	1,6	73	78
Seychelles	0,1	0,5	22	19	69	9	2,3	70	79
Sierra Leone	7,6	2,2	42	33	55	3	4,4	52	53
Singapour	5,7	1,7	15	18	72	13	1,3	81	85
Sint Maarten	0	2,7	–	–	–	–	–	–	–
Slovaquie	5,4	0,1	15	16	70	15	1,5	73	80
Slovénie	2,1	0,2	15	14	66	19	1,6	78	84
Somalie	14,7	2,9	46	33	51	3	6,2	55	58
Soudan	40,5	2,3	41	33	56	4	4,5	63	66
Soudan du Sud	12,6	3,2	42	33	55	3	4,8	56	58

Indicateurs démographiques

Pays, territoire ou zone	Population								
	Population totale (en millions)	Taux de variation annuel moyen de la population (%)	Population âgée de 0 à 14 ans (en %)	Population âgée de 10 à 24 ans (en %)	Population âgée de 15 à 64 ans (en %)	Population âgée de 65 ans et plus (en %)	Taux de fécondité global	Espérance de vie à la naissance (en années) 2017	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2017	garçons	filles
Sri Lanka	20,9	0,5	24	23	66	10	2	72	79
Suède	9,9	0,8	18	17	62	20	1,9	81	84
Suisse	8,5	1,1	15	16	67	18	1,5	82	85
Suriname	0,6	1	26	26	67	7	2,3	68	75
Swaziland	1,4	1,8	37	33	60	3	3	55	61
Tadjikistan	8,9	2,2	35	29	61	3	3,3	68	74
Tanzanie, République-Unie de[17]	57,3	3,1	45	32	52	3	5	65	68
Tchad	14,9	3,2	47	34	50	2	5,8	52	54
Thaïlande	69	0,4	17	20	71	11	1,5	72	79
Timor-Leste, République démocratique du	1,3	2,2	44	34	53	4	5,4	67	71
Togo	7,8	2,6	42	32	56	3	4,4	60	61
Tonga	0,1	0,5	36	32	58	6	3,6	70	76
Trinité-et-Tobago	1,4	0,4	21	20	69	10	1,7	67	74
Tunisie	11,5	1,2	24	22	68	8	2,2	74	78
Turkménistan	5,8	1,8	31	26	65	4	2,8	65	71
Turquie	80,7	1,6	25	25	67	8	2	73	79
Tuvalu	0	0,9	–	–	–	–	–	–	–
Ukraine[18]	44,2	-0,5	15	15	68	16	1,6	67	77
Uruguay	3,5	0,3	21	22	64	15	2	74	81
Vanuatu	0,3	2,2	36	29	60	4	3,2	70	75
Venezuela (République bolivarienne du)	32	1,4	28	26	66	7	2,3	71	79
Viet Nam	95,5	1,1	23	23	70	7	2	72	81
Yémen	28,3	2,6	40	33	57	3	3,9	64	67
Zambie	17,1	3	45	34	53	2	4,9	60	65
Zimbabwe	16,5	2,3	41	32	56	3	3,7	60	64

Données mondiales et régionales

	Population								
	Population totale (en millions) 2017	Taux de variation annuel moyen de la population (%) 2010-2017	Population âgée de 0 à 14 ans (en %) 2017	Population âgée de 10 à 24 ans (en %) 2017	Population âgée de 15 à 64 ans (en %) 2017	Population âgée de 65 ans et plus (en %) 2017	Taux de fécondité global 2017	Espérance de vie à la naissance (en années) garçons	filles
Afrique de l'Est et Afrique australe	**581**	**2,7**	**42**	**32**	**55**	**3**	**4,5**	**61**	**65**
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	**424**	**2,7**	**44**	**32**	**53**	**3**	**5,2**	**56**	**58**
Amérique latine et Caraïbes	**641**	**1,1**	**25**[b]	**26**[b]	**67**[b]	**8**[b]	**2,0**[b]	**72**[b]	**79**[b]
Asie et Pacifique	**3960**	**1,0**	**24**[a]	**24**[a]	**68**[a]	**8**[a]	**2,1**[a]	**70**[a]	**73**[a]
États arabes	**359**	**2,1**	**35**	**28**	**61**	**5**	**3,4**	**68**	**72**
Europe de l'Est et Asie centrale	**243**	**0,9**	**23**	**22**	**67**	**10**	**2,1**	**70**	**77**
Régions développées	**1260**	**0,3**	**16**	**17**	**65**	**18**	**1,7**	**76**	**82**
Régions en développement	**6290**	**1,4**	**28**	**25**	**65**	**7**	**2,6**	**68**	**72**
Pays les moins avancés	**1002**	**2,4**	**40**	**32**	**57**	**4**	**4,0**	**63**	**66**
Total mondial	**7550**	**1,2**	**26**	**24**	**65**	**9**	**2,5**	**70**	**74**

NOTES

– Données non disponibles.

§ Les chiffres étant arrondis, les ratios de dépendance peuvent différer des chiffres obtenus à partir du pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans, de 15 à 64 ans, et de 65 ans et plus.

a Données non disponibles pour : Îles Cook, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palaos, Tokelau et Tuvalu.

b Données non disponibles pour : Anguilla, Bermudes, Dominique, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Martin.

1 Y compris l'Île Christmas, les Îles Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.

2 Y compris le Nagorno-Karabakh.

3 Macao est depuis le 20 décembre 1999 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine.

4 Hong Kong est depuis le 1er juillet 1997 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine.

5 À des fins statistiques, les données concernant la Chine ne comprennent pas celles des régions administratives spéciales (RAS) de Hong Kong et de Macao ni celles de la Province chinoise de Taiwan.

6 Y compris Chypre du Nord.

7 Y compris les Îles Canaries, Ceuta et Melilla.

8 Y compris les Îles Aland.

9 Y compris l'Abkhazie et l'Ossétie du Sud.

10 Y compris Saint-Barthélemy et Saint-Martin (partie française).

11 Y compris le Sabah et le Sarawak.

12 Y compris Agaléga, Rodrigues et Saint-Brandon.

13 Y compris la Transnistrie.

14 Y compris les Îles Svalbard et Jan Mayen.

15 Y compris Jérusalem-Est. La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».

16 Y compris le Kosovo.

17 Y compris Zanzibar.

18 Y compris la Crimée.

Notes techniques concernant les indicateurs : Sources des données et définitions

Les tableaux statistiques de *L'État de la population mondiale 2017* comprennent des indicateurs visant à surveiller les progrès du Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement ainsi que des objectifs de développement durable (ODD) dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent également divers indicateurs démographiques. Ces tableaux montrent l'importance qu'accorde l'UNFPA aux améliorations et aux résultats obtenus en vue de la réalisation d'un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et le potentiel de chaque jeune est accompli.

Les autorités nationales et les organisations internationales peuvent employer différentes méthodes de collecte, d'analyse et d'extrapolation des données. Pour favoriser la comparabilité internationale des données, l'UNFPA applique les méthodes standard employées par les principales sources de données. Dans certains cas, les données figurant dans ces tableaux sont donc différentes de celles qui proviennent des autorités nationales. Par conséquent, elles ne sont pas comparables à celles des précédents rapports sur *L'État de la population mondiale* en raison de l'actualisation des classifications régionales et des méthodes, ainsi que de la révision des données des séries chronologiques.

Les tableaux statistiques se fondent sur des enquêtes auprès des ménages représentatives sur le plan national, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que sur les estimations d'organismes des Nations Unies et de groupes interorganisations. Ils tiennent également compte des estimations et projections démographiques les plus récentes des Perspectives de la population mondiale : révision de 2017, ainsi que des estimations et projections modélisées des indicateurs de planification familiale 2017 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population). Les données sont accompagnées de définitions, de notes et d'une indication de leurs sources. Les tableaux statistiques de *L'État de la population mondiale 2017* présentent généralement les informations disponibles au mois de juin 2017.

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Santé maternelle et néonatale

Ratio de mortalité maternelle (RMM), nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes et intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimations basses et hautes, 2015. Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG). Cet indicateur rend compte du nombre de décès maternels liés à la grossesse pour 100 000 naissances vivantes Les estimations sont établies par le MMEIG à partir de données issues de systèmes d'état civil, d'enquêtes auprès des ménages et de recensements de la population. La Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNFPA et l'UNICEF sont membres du MMEIG. Les estimations et les méthodologies employées sont régulièrement examinées par le MMEIG et d'autres agences et établissements universitaires, et modifiées le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. Les estimations ne doivent pas être comparées aux estimations interorganisations antérieures.

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en pourcentage, 2006/2016 Source : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, 2017, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune. Cet indicateur correspond au pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) apte à dispenser des soins d'obstétrique vitaux (notamment assurer la supervision, prendre en charge et conseiller les femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, procéder seul(e) aux accouchements, et s'occuper des nouveau-nés). Les accoucheuses traditionnelles, même celles ayant suivi une formation courte, ne sont pas prises en compte.

Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans, 2006/2015. Source : Division de la population des Nations Unies et UNFPA. Cet indicateur correspond au risque de maternité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les chiffres des registres d'état civil peuvent présenter certaines imprécisions liées au degré d'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, à la comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, à la qualité des informations communiquées concernant l'âge de la mère, et à la prise en compte des naissances de périodes antérieures. Les estimations démographiques peuvent être faussées en raison d'erreurs dans les informations communiquées (âge, couverture). En ce qui concerne les données issues des enquêtes et des recensements, le numérateur et le dénominateur utilisés proviennent de la même population. Les principales imprécisions sont dues aux erreurs de déclaration concernant l'âge de la mère ou la date de naissance de l'enfant, à la non-déclaration des naissances, et à la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Santé sexuelle et reproductive

La Division de la population des Nations Unies publie chaque année des estimations et des projections modélisées systématiques et exhaustives pour un ensemble d'indicateurs relatifs à la planification familiale, sur une période de 60 ans. Ces indicateurs concernent la prévalence de la contraception, les besoins non satisfaits de planification familiale, la demande totale de planification familiale et le pourcentage des besoins de planification familiale satisfaits chez les femmes mariées ou vivant en concubinage pour la période 1970-2030. Les estimations, les projections et les évaluations d'incertitude sont fondées sur un modèle bayésien hiérarchique et sur les tendances observées dans les différents pays. Contrairement aux travaux antérieurs, cette approche permet de ventiler les données en fonction de la source, de l'échantillon de population et des méthodes contraceptives prises en compte dans les calculs de la prévalence. De plus amples informations sur les estimations modélisées relatives à la planification familiale, les méthodes et les mises à jour sont disponibles à l'adresse <http://www.un.org/en/development/desa/population>. Les estimations se fondent sur les données individuelles des pays enregistrées dans la base de données World Contraceptive Use 2017.

Taux de prévalence de la contraception chez les femmes actuellement mariées/en concubinage âgées de 15 à 49 ans, toutes méthodes et toutes méthodes modernes confondues, 2017. Source : Division de la population des Nations Unies. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une

méthode de contraception, qu'il s'agisse d'une méthode traditionnelle ou moderne. Les méthodes modernes ou cliniques et matérielles comprennent la stérilisation masculine et féminine, le dispositif intra-utérin (DIU), la pilule, les progestatifs injectables, les implants hormonaux, les préservatifs et les méthodes barrières utilisées par les femmes.

Proportion de demande satisfaite, toutes méthodes et toutes méthodes modernes, chez les femmes actuellement mariées/ en concubinage âgées de 15 à 49 ans, 2017. Source : Division de la population des Nations Unies. Pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes mariées ou en concubinage âgées de 15 à 49 ans qui est satisfaite et pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes mariées ou en concubinage âgées de 15 à 49 ans qui est satisfaite par l'utilisation de méthodes de contraception modernes.

Proportion de demande satisfaite, quelle que soit la méthode (PDS) = taux de prévalence de la contraception, quelle que soit la méthode (TPC) / demande totale (DT) de planification familiale.

Proportion de demande satisfaite à l'aide de méthodes modernes (PDSm) = taux de prévalence de la contraception à l'aide de méthodes modernes (TPCm) / demande totale (DT) de planification familiale.

Où la demande totale (DT) = taux de prévalence de la contraception (TPC) + taux de besoin non satisfait de contraception (TBNSC), c'est-à-dire :

DT = TPC + TBNSC

Pratiques néfastes

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage, 2008/2016. Source : UNFPA. Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans.

Prévalence des mutilations génitales féminines (MGF) chez les filles âgées de 15 à 19 ans, en pourcentage, 2004/2015. Source : UNFPA. Proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant subi des mutilations génitales féminines.

Éducation

Taux net ajusté de scolarisation des garçons et des filles dans l'enseignement primaire, en pourcentage, 1999/2015. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Cet indicateur correspond au pourcentage d'enfants ayant l'âge officiel d'aller à l'école primaire qui sont scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire.

Taux net de scolarisation des garçons et des filles dans l'enseignement secondaire, en pourcentage, 2000/2015. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Cet indicateur correspond au pourcentage d'enfants ayant l'âge officiel d'aller à l'école secondaire qui sont scolarisés dans l'enseignement secondaire.

Indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire, 1999/2015. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Cet indicateur correspond au ratio entre le taux net ajusté de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire et celui des garçons.

Indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire, 2000/2015. Source : Institut de statistique de l'UNESCO (ISU). Cet indicateur correspond au ratio entre le taux net ajusté de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire et celui des garçons.

Proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (NEET), en pourcentage, 2010/2016. Source : Organisation internationale du Travail. Pourcentage de jeunes n'ayant pas d'emploi et ne suivant pas d'études ou de formation. Le terme « jeunes » désigne les personnes âgées de 15 à 24 ans, sauf indication contraire.

Indicateurs démographiques

Population totale en millions d'habitants, 2017. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur donne une estimation de la population nationale en milieu d'année.

Taux de variation annuel moyen de la population, en pourcentage, 2010/2017. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond au taux moyen (exponentiel) de la croissance démographique sur une période donnée, à partir d'une projection fondée sur la variante moyenne.

Population âgée de 0 à 14 ans, en pourcentage, 2017. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Population âgée de 10 à 24 ans, en pourcentage, 2017. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Population âgée de 15 à 64 ans, en pourcentage, 2017. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Population âgée de 65 ans et plus, en pourcentage, 2017. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à la part de la population totale âgée de 65 ans et plus.

Indice total de fécondité, par femme, 2017. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur calcule le nombre d'enfants par femme en supposant que celles-ci atteignent la fin de leur vie procréative et aient des enfants à chaque âge conformément au taux de fécondité du groupe d'âge considéré.

Espérance de vie à la naissance des garçons et des filles (en années), 2017. Source : Division de la population des Nations Unies. Chiffres régionaux calculés par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies. Cet indicateur correspond à l'espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

Classification régionale

Les moyennes de l'UNFPA présentées à la fin des tableaux statistiques sont calculées à partir de données des pays et territoires appartenant aux groupes ci-dessous. La classification régionale ne comprend que les pays où l'UNFPA est présent.

États arabes
Algérie ; Djibouti ; Égypte ; Iraq ; Jordanie ; Liban ; Libye ; Maroc ; Oman ; Palestine ; République arabe syrienne ; Somalie ; Soudan ; Tunisie ; Yémen

Asie et Pacifique
Afghanistan ; Bangladesh ; Bhoutan ; Cambodge ; Chine ; Corée (République populaire démocratique de) ; Fidji ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Kiribati ; Malaisie ; Maldives ; Micronésie (États fédérés de) ; Mongolie ; Myanmar ; Nauru ; Népal ; Nioué ; Pakistan ; Palaos ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Philippines ; République démocratique populaire lao ; Samoa ; Sri Lanka ; Thaïlande ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Tokelau ; Tonga ; Tuvalu ; Vanuatu ; Viet Nam

Europe de l'Est et Asie centrale
Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Bélarus ; Bosnie-Herzégovine ; ex-République yougoslave de Macédoine ; Géorgie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Moldova (République de) ; Serbie ; Tadjikistan ; Turquie ; Turkménistan ; Ukraine

Afrique de l'Est et Afrique australe
Afrique du Sud ; Angola ; Botswana ; Burundi ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Érythrée ; Éthiopie ; Kenya ; Lesotho ; Madagascar ; Malawi ; Maurice ; Mozambique ; Namibie ; Ouganda ; Rwanda ; Seychelles ; Soudan du Sud ; Swaziland ; Tanzanie (République-Unie de) ; Zambie ; Zimbabwe

Amérique latine et Caraïbes
Anguilla ; Antigua-et-Barbuda ; Argentine ; Aruba ; Bahamas ; Barbade ; Belize ; Bermudes ; Bolivie (État plurinational de) ; Brésil ; Chili ; Colombie ; Costa Rica ; Cuba ; Curaçao ; Dominique ; Équateur ; El Salvador ; Grenade ; Guatemala ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Îles Caïmanes ; Îles Turques et Caïques ; Îles Vierges britanniques ; Jamaïque ; Mexique ; Montserrat ; Nicaragua ; Panama ; Paraguay ; Pérou ; République dominicaine ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Martin ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Sainte-Lucie ; Suriname ; Trinité-et-Tobago ; Uruguay ; Venezuela (République bolivarienne du)

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale
Bénin ; Burkina Faso ; Cameroun (République du) ; Cabo Verde ; Congo (République du) ; Côte d'Ivoire ; Guinée ; Guinée équatoriale ; Guinée-Bissau ; Gabon ; Gambie ; Ghana ; Libéria ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; Nigéria ; République centrafricaine ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Tchad ; Togo

Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, l'Australie/Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

Les régions en développement comprennent toutes les régions couvertes par la Division de la population des Nations Unies, à savoir l'Afrique, l'Asie (à l'exception du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

Les pays les moins avancés, suivant la définition adoptée dans les résolutions 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 et 68/18 de l'Assemblée générale des Nations Unies, étaient au nombre de 47 en juin 2017 : 33 en Afrique, neuf en Asie, quatre en Océanie et un dans la région Amérique latine et Caraïbes. Ces 47 pays sont les suivants : Afghanistan ; Angola ; Bangladesh ; Bénin ; Bhoutan ; Burkina Faso ; Burundi ; Cambodge ; Comores ; Congo (République démocratique du) ; Djibouti ; Érythrée ; Éthiopie ; Gambie ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Haïti ; Îles Salomon ; Kiribati ; Lesotho ; Libéria ; Madagascar ; Malawi ; Mali ; Mauritanie ; Mozambique ; Myanmar ; Népal ; Niger ; Ouganda ; République centrafricaine ; République démocratique populaire lao ; Rwanda ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Somalie ; Soudan ; Soudan du Sud ; Tanzanie (République-Unie de) ; Tchad ; Timor-Leste (République démocratique du) ; Togo ; Tuvalu ; Yémen ; Vanuatu ; et Zambie. Ces pays font également partie des régions en développement.

Bibliographie

Accenture (2016). Getting to equal: how digital is helping close the gender gap at work. Available from https://www.accenture.com/t00010101T000000__w__/ar-es/_acnmedia/PDF-9/Accenture-Getting-To-Equal.pdf.

Ali, Daneil Ayalew, Klaus W. Deininger, and Niels Gers Kemper (2015). Pronatal property rights over land and fertility outcomes: evidence from a natural experiment in Ethiopia. Policy Research Working Paper, No. 7419. Washington, D.C.: World Bank.

Antonio, Amy, and David Tuffley (2014). The gender digital divide in developing countries. *Future Internet*, vol. 6, No. 4, pp. 673-687.

Autor, David H., Lawrence F. Katz, and Melissa S. Kearney (2006). The polarization of the US labor market. *American Economic Review Papers and Proceedings*, vol. 96, pp. 189-194.

Azevedo, Joao Pedro, and others (2012). *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: World Bank.

Baird, Sarah, Craig McIntosh, and Berk Özler (2011). Cash or condition? Evidence from a cash transfer experiment. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 126, No. 4, pp. 1709-1753.

Baird, Sarah, and others (2013). Relative effectiveness of conditional and unconditional cash transfers for schooling outcomes in developing countries: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, vol. 9. No. 8.

Bandiera, Oriana, and others (2015). Women's empowerment in action: evidence from a randomized control trial in Africa. Working paper.

Barker, Gary, and others (2007). The individual and the political: Promundo's evolving approaches in engaging young men in transforming masculinities. Brighton, United Kingdom: Bridge.

Bassi, Marina, Rae Lesser Blumberg, and Mercedes Mateo Diaz (2016). *Under the "Cloak of Invisibility": Gender Bias in Teaching Practices and Learning Outcomes.* Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.

Bertrand, Marianne, Claudia Goldin, and Lawrence F. Katz (2010). Dynamics of the gender gap for young professionals in the financial and corporate sectors. *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 2, pp. 228-255.

Bhalotra, Sonia, and Samantha B. Rawlings (2011). Intergenerational persistence in health in developing countries: the penalty of gender inequality? *Journal of Public Economics*, vol. 95, No. 3, pp. 286-299.

Black, Robert E., and others, eds. (2016). Reproductive, maternal, newborn, and child health. In *Disease Control Priorities*, 3rd edition, vol. 2. Washington, D.C.: World Bank.

Bloom, D. (2016). Demographic upheaval. *Finance & Development*, vol. 53, pp. 6-11.

Brüggemann, Christian (2012). *Roma Education in Comparative Perspective. Analysis of the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011.* Roma Inclusion Working Papers. Bratislava: United Nations Development Programme. Available from www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/Roma-Education-Comparative-Perspective-UNDP.pdf.

Chaaban, Jad, and Wendy Cunningham (2011). *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington D.C.: World Bank.

Clinton Foundation, and Bill and Melinda Gate Foundation (2015). *No Ceilings: The Full Participation Report.* New York: Clinton Foundation.

Cortés, Darwin, Juan Gallego, and Darío Maldonado (2011). On the design of education conditional cash transfer programs and non education outcomes: the case of teenage pregnancy. Working paper.

Dabla-Norris, Era, and others (2015). Causes and consequences of income inequality: a global perspective. International Monetary Fund Staff Discussion Note. SDN/15/13.

Deininger, Klaus, Aparajita Goyal, and Hari Nagarajan (2010). Inheritance law reform and women's access to capital: evidence from India's Hindu succession act. Policy Research Working Paper, No. WPS 5338. Washington, D.C.: World Bank. Available from http://documents.worldbank.org/curated/en/364061468283536849/Inheritance-law-reform-and-womens-access-to-capital-evidence-from-Indias-Hindu-succession-act.

Doss, Cheryl (2013). Intrahousehold bargaining and resource allocation in developing countries. Policy Research Working Paper, No. 6337. Washington, D.C.: World Bank. Available from http://library1.nida.ac.th/worldbankf/fulltext/wps06337.pdf.

Drèze, Jean, and Amartya Sen (1995). *India: Economic Development and Social Opportunity*. New Delhi: Oxford University Press.

ECPAT Guatemala, MenCare, Promundo, Puntos de Encuentro, and REDMAS (2015). *MenCare in the Public Health Sector in Central America: Engaging Health Providers to Reach Men for Gender Equality in Maternal, Sexual, and Reproductive Health*. Washington, D.C.: Promundo-US.

Erulkar, Annabel S., and Eunice Muthengi (2009). Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, No. 1, pp. 6-14.

Ferré, Celine (2009). Age at first child: does education delay fertility timing? The case of Kenya. World Bank Policy Research Working Paper, No. 4833. Washington, D.C.: World Bank. Available from http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1344718.

Finlayson, Kenneth, and Soo Downe (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 1, e1001373, doi:10.1371/journal.pmed.1001373.

Fleischman, Janet, and Katherine Peck (2015). *Addressing HIV Risk in Adolescent Girls and Young Women*. Washingon, D.C.: Center for Strategic & International Studies. Available from http://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy_files/files/publication/150410_Fleischman_HIVAdolescentGirls_Web.pdf.

Gillwald, Alison, Anne Milek, and Christof Stork (2010). *Towards Evidence-based ICT Policy and Regulation. Gender Assessment of ICT Access and Usage in Africa.* Cape Town: Research ICT Africa.

Glassman, Amanda, and Miriam Temin (2016). *Millions Saved: New Cases of Proven Success in Global Health*. Washington, D.C.: Center for Global Development.

Global Partnership for Education (2013). *Accelerating Transition of Girls to Secondary Education: A Call for Action*. Washingon, D.C. Available from www.ungei.org/index_3253.html.

Gonzales, Christian, and others (2015a). *Catalyst for Change: Empowering Women and Tackling Income Inequality*. Washington, D.C.: International Monetary Fund.

Gonzales, Christian, and others (2015b). Fair play: more equal laws boost female labor force participation. International Monetary Fund Staff Discussion Note, No. 15/2. Washington, D.C.: International Monetary Fund.

Goos, Maarten, Alan Manning, and Anna Salomons (2009). Job polarization in Europe. *American Economic Review*, vol. 99, No. 2, pp. 58-63.

GSMA (Groupe Speciale Mobile Association) (2015). *Bridging the Gender Gap: Mobile Access and Usage in Low- and Middle-income Countries.* London.

Guttmacher Institute (2017). "Adding it up." Available from https://www.guttmacher.org/tags/adding-it

Guttmacher Institute and UNFPA (2014). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*. New York: Guttmacher Institute.

Hallward-Driemeier, Mary, and Ousman Gajigo (2013). Strengthening economic rights and women's occupational choice: the impact of reforming Ethiopia's family law. Policy Research Working Paper, No. 6695. Washington, D.C.: World Bank.

Heath, Rachel, and A. Mushfiq Mobarak (2014). Manufacturing growth and the lives of Bangladeshi women. NBER Working Paper, No. 20383. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Hilbert, Martin (2011). Digital gender divide or technologically empowered women in developing countries? A typical case of lies, damned lies, and statistics. *Women's Studies International Forum*, vol. 34, No. 6, pp. 479-489.

Hindin, Michelle, and others (2016). Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low and middle income countries: a systematic review of the published and gray literature. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, No. 3, pp. S8-15.

Hodgkinson, Stacy, and others (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics*, vol. 133, No. 1, pp. 114-122, doi:10.1542/peds.2013-0927.

Ibarrarán, Pablo, and others (2014). Life skills, employability and training for disadvantaged youth: evidence from a randomized evaluation design. *IZA Journal of Labor & Development*, vol. 3, No. 1, p. 10.

ILO (International Labour Organization) (2014). *Maternity and Paternity at Work. Law and Practice Across the World*. Geneva.

ILO (International Labour Organization) (2015). *Women in Business and Management: Gaining Momentum*. Geneva.

ILO (International Labour Organization) (2016a). *Global Wage Report 2016/17: Wage Inequality in the Workplace.* Geneva.

ILO (International Labour Organization) (2016b). *Key Indicators of the Labour Market*, 9th edition. Geneva.

ILO (International Labour Organization) (2016c). *Women and Work: Trends 2016*. Geneva.

Intel (2012). *Women and the Web: Bridging the Internet Gap and Creating New Global Opportunities in Low and Middle-income Countries.* Santa Clara, CA.

Iqbal, S., and others (2016). Unequal before the law: measuring gender legal disparities across the world. World Bank Policy Research Working Paper, No. 7803. Washington, D.C.: World Bank.

Jensen, Robert (2012). Do labor market opportunities affect young women's work and family decisions? Experimental evidence from India. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, No. 2, pp. 753-792.

Jensen, Robert, and Emily Oster (2009). The power of TV: cable television and women's status in India. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 124, No. 3, pp. 1057-1094.

Lancet (2016). Maternal health: an executive summary for The Lancet's series. Executive summary. *The Lancet,* September 2016. Available from www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-summ.pdf.

Lancet Commission. (2016). "Our Future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Well-Being." Available at http://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing.

Lips, H.M. (2013). Acknowledging discrimination as a key to the gender pay gap. *Sex Roles*, vol. 68, pp. 223-230.

Malhotra, Anju, and others (2011). *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Available from https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Solutions-to-End-Child-Marriage.pdf.

Marone, Heloisa (2016). Demographic dividends, gender equality, and economic growth: the case of Cabo Verde. IMF Working Paper. Washington D.C.: International Monetary Fund.

Mateo Diaz, Mercedes, and Lourdes Rodriguez-Chamussy (2016). *Cashing in on Education: Women, Childcare, and Prosperity in Latin America and the Caribbean.* Washington, D.C.: World Bank and Inter-American Development Bank.

Nollenberger, Natalia, Núria Rodríguez-Planas, and Almudena Sevilla (2016). The math gender gap: the role of culture. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, vol. 106, No. 5, pp. 547-261.

Nonoyama-Tarumi, Yuko, and others (2010). Late entry into primary school in developing societies: findings from cross-national household surveys. *International Review of Education*, vol. 56, No. 1, pp. 103-125.

Ñopo, Hugo (2012). *New Century, Old Disparities: Gender and Ethnic Earnings Gaps in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.

ODI (Overseas Development Institute) (2015). *Communications to Change Discriminatory Gender Norms Affecting Adolescent Girls*. London.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *ICTs and Gender.* Paris.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2014). *Social Institutions & Gender Index: 2014 Synthesis Report.* Paris.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2015). *In it Together. Why Less Inequality Benefits All*. Paris.

Oxfam (2017). An economy for the 99%. Oxfam Briefing Paper. Boston.

Parsons, Jennifer, and Jennifer McCleary-Sills (2014). Advancing women's sexual and reproductive health: lessons for World Bank Group gender impact evaluations. enGender Impact, No. 89997. Washington, D.C.: World Bank Group.

Patel, Payal H., and Bisakha Sen (2012). Teen motherhood and long-term health consequences. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, No. 5, pp. 1063-1071.

Prettner, Klaus, and Holger Strulik (2014). Gender equity and the escape from poverty. Discussion Paper, No. 216. Göttingen: Center for European, Governance and Economic Development Research.

Pulerwitz, Julie, and others (2006). Promoting gender equity among young Brazilian men as an HIV prevention strategy. Horizons Research Summary. Washington, D.C.: Population Council. Available from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadg957.pdf.

Roy, Sanchari (2011). Empowering women: inheritance rights and female education in India. University of Warwick, Department of Economics Working Paper.

Sabot, Richard, David Ross, and Nancy Birdsall (2016). Inequality and growth reconsidered: lessons from East Asia. Available from https://ideas.repec.org/p/ess/wpaper/id8848.html.

Snow, R.C., and others (2015). Sexual and reproductive health: progress and outstanding needs. *Global Public Health*, vol. 10, No. 2, pp. 149-173.

Sommer, Marni (2010). Where the education system and women's bodies collide: the social and health impact of girls' experiences of menstruation and schooling in Tanzania. *Journal of Adolescence*, vol. 33, No. 4, pp. 521-529, doi:10.1016/j.adolescence.2009.03.008.

Soul City Institute for Health and Development Communication (2001). *Soul City 4: Theory and Impact (Synopsis)*. Johannesburg: Soul City Institute for Justice. Available from www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-city/soul-city-series-4/theory-and-impact.

Sperling, Gene B., and Rebecca Winthrop (2016). *What Works in Girls' Education: Evidence for the World's Best Investment*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.

Stern, Erin, and Althea Anderson (2015). *'One Hand Can't Clap by Itself': Engagement of Boys and Men in Kembatti Mentti Gezzimma's Intervention to Eliminate Female Genital Mutilation and Circumcision in Kembatta Zone, Ethiopia*. EMERGE Case Study 3, Promundo-US, Sonke Gender Justice and Institute of Development Studies.

Tautz, Siegrid (2011). *Youth to Youth Initiative: An Assessment of Results in Ethiopia and Kenya.* Heidelberg, Germany: Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung. Available from https://www.dsw.org/uploads/tx_aedswpublication/2011_08_Y2Y_assessment_report_final.pdf.

Tembon, Mercy, and Lucia Fort, eds. (2008). *Girls' Education in the 21st Century: Gender Inequality, Empowerment and Economic Growth*. Washington, D.C.: World Bank.

UK Women's Budget Group (2016). *Investing in the Care Economy: A Gender Analysis of Employment Stimulus in Seven OECD Countries*. London: UK Women's Budget Group.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2015). *AIDS by the Numbers 2015*. New York: UNAIDS. Available from www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (2013). *Children Still Battling to Go to School*. New York: United Nations. Available from http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002216/221668E.pdf.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and EFA-GMR (Education for All Global Monitoring Report) (2013). *Girls' Education: The Facts*. Fact Sheet. October 2013.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) Institute for Statistics (2016). *50th Anniversary of International Literacy Day: Literacy Rates are on the Rise but Millions Remain Illiterate*. UIS Fact Sheet 38. September 2016.

UNFPA (2012). *Promises to Keep: 2012 Annual Report*. New York.

UNFPA (2013a). *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence*. New York.

UNFPA (2013b). *State of World Population 2013: Motherhood in Childhood—Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*. New York.

UNFPA (2014). *The State of World Population 2014: The Power of 1.8 Billion: Adolescents, Youth and the Transformation of the Future*. New York.

UNFPA (2016a). *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*. New York.

UNFPA (2016b). *The State of World Population 2016*. New York.

UNICEF (n.d.). Barriers to girls' education, strategies and interventions. Available from https://www.unicef.org/teachers/girls_ed/BarrierstoGE.pdf.

UNICEF (2014). Serbia Multiple Indicator Cluster Survey 2014. Available from https://www.unicef.org/serbia/MICS5_2014_SERBIA_Key_Findings_and_Roma_Settlements.pdf

UNICEF (2016). Globally, four of five children of lower secondary school age are enrolled in school. Available from https://data.unicef.org/topic/education/secondary-education/#.

UNICEF and UNESCO Institute for Statistics (2015). *Fixing the Broken Promise of Education for All*. Montreal: UNESCO Institute for Statistics. Available from https://www.unicef.org/publications/index_78718.html.

United Nations (2013a). *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*. New York. Available from www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report_Adolescent-Fertility-since-ICPD.pdf.

United Nations (2013b). *Inequality Matters: Report of the World Social Situation 2013*. New York.

United Nations (2014). Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014 (A/6926). Report of the Secretary-General. New York. Available from www.unfpa.org/publications/framework-actions-follow-programme-action-international-conference-population-and.

United Nations (2016). *International Migration Report 2015: Highlights*. New York. Available from www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf.

UN Women (2015). *Progress of the World's Women 2015-2016.* New York.

UN Women (2016). Facts and figures: HIV and AIDS: prevalence and new infections. Available from www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures.

Wang, Wenjuan, and others (2011). *Levels and Trends in the Use of Maternal Health Services in Developing Countries*. DHS Comparative Reports, No. 26, prepared by ICF Macro. Washington, D.C.: United States Agency for International Development.

WHO (World Health Organization) (2016). Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO, 7 November. Available from www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/en/.

WHO (World Health Organization) (2017). Care of the preterm and/or low-birth-weight newborn. Available from www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/.

WHO (World Health Organization) (2017b). "Global Accelerated Action for Health of (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation." Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/

Wils, Annababette (2004). Late entrants leave school earlier: evidence from Mozambique. *International Review of Education*, vol. 50, No. 1, pp. 17-37, doi:10.1023/B:REVI.0000018201.53675.4b.

Woetzel, Jonathan, and others (2015). *The Power Of Parity: Advancing Women's Equality in India*. McKinsey Global Institute. Available from www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth.

World Bank (2010). *Economic Costs of Roma Exclusion*. Washington, D.C.: World Bank. Available from https://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/Economic_Costs_Roma_Exclusion_Note_Final.pdf.

World Bank (2012). *World Development Report 2012: Gender Equality and Development.* Washington, D.C.: World Bank.

World Bank (2015). *Women, Business, and the Law 2016: Getting to Equal*. Washington, D.C.: World Bank.

World Bank (2016). *Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on Inequality*. Washington, D.C.: World Bank.

World Economic Forum (2016a). Measuring the global gender gap. Available from http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2016/measuring-the-global-gender-gap/.

World Economic Forum (2016b). Women and work in the Fourth Industrial Revolution. Available from http://reports.weforum.org/future-of-jobs-2016/women-and-work-in-the-fourth-industrial-revolution/.

World Literacy Foundation (2015). *The Economic and Social Costs of Illiteracy*. Melbourne: World Literacy Foundation.

World Values Survey (n.d.). Data downloaded in August 2016 from www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp.

Réaliser un monde où
chaque grossesse est désirée
chaque accouchement est
sans danger et le potentiel de
chaque jeune est accompli

Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158 (États-Unis)
Tel. +1 212 297 5000
www.unfpa.org
@UNFPA

ISSN 2226-4957
ISBN 978-1-61800-029-3

9 781618 000293

Numéro de vente. F.17.III.H.1
F/900/2017

♻ Imprimé sur papier recyclé.