

1

L'ÉTAT DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN



« Notre progrès ne saurait se mesurer à l'enrichissement de ceux qui vivent dans l'abondance, mais plutôt à notre capacité de pourvoir aux besoins de ceux qui ont trop peu. »

Président Franklin D. Roosevelt, second discours inaugural, 1937 ¹

« Nous reconnaissons que nous sommes collectivement tenus de défendre, au niveau mondial, les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité. En tant que dirigeants, nous avons donc des devoirs à l'égard de tous les citoyens du monde, en particulier les personnes les plus vulnérables, et tout spécialement les enfants à qui l'avenir appartient »

Déclaration du Millénaire, 2000²

Il y a soixante ans, la Charte des Nations Unies s'engageait à libérer les générations futures du fléau de la guerre, à protéger les droits de l'homme fondamentaux, à « favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus ample ». Un engagement que tous les pays du monde ont renouvelé au début du nouveau millénaire. Adoptée en l'an 2000, la déclaration du Millénaire propose une vision audacieuse de la « liberté plus ample » au XXI^e siècle. Cette vision offre la promesse d'un nouveau modèle d'intégration mondiale fondé sur une meilleure équité, une plus grande justice sociale et le respect universel des droits de l'homme. Éventail d'objectifs chiffrés et datés, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) visent à la réduction de la pauvreté extrême et à l'avancée des droits universels d'ici à 2015. Ils constituent les points de référence pour la mesure des progrès accomplis et reflètent en essence les aspirations partagées de la communauté internationale à une époque de bouleversements profonds.

Cette année marque le début d'un compte à rebours de dix ans jusqu'en 2015, date à laquelle les OMD devront être atteints. À l'heure actuelle, le monde possède les ressources financières, technologiques et humaines pour faire une percée plus décisive en matière de développement humain. Néanmoins, si les tendances actuelles se poursuivent, l'écart entre les objectifs et la réalité sera considérable. Au lieu de tirer parti des opportunités présentes, les gouvernements du monde avancent lentement mais sûrement vers un échec du développement humain pourtant largement prévisible et donc évitable, aux répercussions profondes non seulement pour les plus pauvres, mais également pour la paix, la prospérité et la sécurité dans le monde.

Quinze ans après le lancement du premier *Rapport sur le développement humain*, le rapport de cette année examine tout d'abord l'état du développement humain. Mahbub ul Haq, qui a participé à la rédaction de ce premier rapport, prévoyait une décennie de progrès rapides. Selon lui, « les années 90 apparaîtraient comme la décennie du développement humain, car rarement un tel consensus avait existé sur les objectifs réels des stratégies de développement. »³ Depuis l'énoncé de cette prévision, les avancées ont été considérables. Un grand nombre de pays en

développement a connu un progrès social rapide et un relèvement du niveau de vie. Des millions de personnes ont bénéficié de la mondialisation. Néanmoins, les progrès accomplis en matière de développement humain ne correspondent pas aux attentes exposées dans le *Rapport sur le développement humain 1990* et sont très insuffisants par rapport à ce qu'il est possible de réaliser.

Au regard de l'échéance de 2015, le risque croît de voir les dix prochaines années, comme les dix dernières, entrer dans l'histoire non comme une décennie de développement humain accéléré, mais comme une période d'occasions manquées, d'efforts timides et d'échecs de la coopération internationale. Cette année marque un tournant. La communauté internationale peut poursuivre le développement humain sur la voie actuelle ou changer de cap et mettre en œuvre les politiques nécessaires pour concrétiser les engagements pris dans la déclaration du Millénaire.

Les conséquences de l'orientation actuelle ne doivent pas être sous-estimées. À l'aide des données de tendance au niveau national, nous avons établi une estimation des écarts en termes de coût humain entre les OMD et les résultats prévus en 2015 si les tendances actuelles se poursuivent. Les principales défaillances :

Les OMD pour la réduction de la mortalité infantile ne seront pas atteints, l'écart équivalant à plus de 4,4 millions de décès évitables en 2015

- Les OMD pour la réduction de la mortalité infantile ne seront pas atteints, l'écart équivalant à plus de 4,4 millions de décès évitables en 2015. Sur les dix prochaines années, l'écart accumulé entre l'objectif et la tendance actuelle signifie que plus de 41 millions d'enfants mourront avant leur cinquième anniversaire du plus facile à traiter de tous les maux : la pauvreté. Un constat difficile à concilier avec la déclaration du Millénaire dans lequel les États s'engagent à protéger les enfants du monde.
- L'écart entre les OMD de réduire de moitié la pauvreté et les prévisions peut se traduire ainsi : 380 millions de personnes de plus dans les pays en développement vivront avec moins d'un dollar par jour d'ici à 2015.
- Les OMD de l'éducation primaire pour tous ne sera pas atteint si la tendance actuelle se poursuit : 47 millions d'enfants dans les pays en développement ne seront pas scolarisés en 2015.

Toutefois, les statistiques comme celles qui précèdent doivent être interprétées avec prudence. Les prévisions fondées sur les tendances passées offrent un aperçu des résultats possibles, mais ne définissent en aucun cas l'inéluctable. Comme le dit la maxime des marchés financiers, les performances passées ne présagent en rien les résultats à venir. Dans le cas des OMD, il s'agit sans nul doute d'une bonne nouvelle. Il est encore possible de redresser le cap, mais le temps presse. Comme l'a déclaré le Secrétaire général de l'ONU, « les OMD peuvent être atteints d'ici à 2015, à condition de s'écarter des

pratiques habituelles et d'accélérer et d'intensifier immédiatement de façon spectaculaire l'application des mesures. »⁴

La première partie de ce chapitre présente brièvement les progrès et les revers en matière de développement humain au cours des 15 dernières années. Elle souligne dans de nombreux pays le recul spectaculaire infligé par le VIH/sida au développement humain et le ralentissement des progrès accomplis en matière de mortalité infantile. La disparité des avancées dans l'ensemble des pays et régions du monde s'est accompagnée d'un écart de développement humain dans des domaines cruciaux, entraînant une aggravation des inégalités. La seconde partie de ce chapitre est consacrée aux OMD. Les progrès limités (et de plus en plus lents) réalisés au cours de la dernière décennie ont un impact direct sur les perspectives de parvenir aux OMD. Les revenus moyens dans les pays en développement ont vu une croissance beaucoup plus forte depuis 1990. Cependant, cette croissance de revenus n'a pas marqué une orientation mondiale vers les OMD, dont la plupart ne seront pas atteints dans la majorité des pays. Une partie du problème réside dans le fait que la croissance a été distribuée à des niveaux inégaux entre les pays et à l'intérieur de ces pays. Le problème plus grave est qu'une plus grande richesse ne soit pas convertie en développement humain au degré nécessaire pour se rapprocher des OMD. Nos prévisions à l'échelle nationale décrivent le scénario possible si les pays se cantonnent aux pratiques habituelles sans tenir compte de la mise en garde du Secrétaire général de l'ONU.

Progrès et échecs en matière de développement humain

Le développement humain appelle la liberté. Entendons par là le renforcement du potentiel humain, c'est-à-dire de ce que les hommes et les femmes sont capables de réaliser et de devenir. Certes, les droits et libertés individuels ont une importance capitale, mais une personne libre a des capacités d'action limitées, malgré cette liberté, si elle est pauvre, malade, analphabète, victime de discriminations, menacée par un conflit violent ou n'a pas le droit d'exprimer ses opinions politiques. C'est pourquoi, la « liberté plus ample » proclamée dans la Charte des Nations Unies se situe au cœur du développement humain. C'est également pour ces raisons que la ten-

tative de réalisation des OMD constitue une épreuve décisive pour l'évolution du développement humain. En effet, ce dernier ne saurait se limiter aux simples OMD et nombre d'entre eux sont en réalité peu ambitieux. Cependant, l'impossibilité d'atteindre les OMD constituerait un grave échec.

Les composantes les plus élémentaires du développement humain sont une vie longue et saine, une éducation et des ressources permettant un niveau de vie décent. Le potentiel humain inclut également la participation sociale et politique à la vie de la société. Dans cette partie, nous examinons l'évolution du développement humain au cours de la dernière

décennie, dans un contexte d'approfondissement de l'intégration mondiale.

L'ère de la mondialisation a été marquée par des progrès considérables dans les domaines de la technologie, du commerce et de l'investissement et par une hausse spectaculaire de la prospérité. Les avancées en termes de développement humain sont toutefois moins remarquables. Une grande partie du monde en développement est toujours laissée pour compte. Les écarts de développement entre les pays riches et les pays pauvres, déjà considérables, continuent de se creuser. Parallèlement, certains pays, parmi les plus fréquemment cités à titre d'exemples de « réussite » de la mondialisation, ont de plus en plus de difficultés à tirer parti de la prospérité croissante pour favoriser le développement humain. Les progrès réalisés dans la réduction de la mortalité infantile, l'un des indicateurs de base du développement humain, sont de plus en plus lents, et l'écart entre les pays riches et les pays pauvres dans ce domaine continue de s'accroître. En dépit des succès très remarquables, la mondialisation et le progrès scientifique sont loin de mettre un terme aux souffrances vaines, aux affections invalidantes et aux maladies fatales, mais évitables qui font tant de victimes parmi les pauvres de ce monde.

Aperçu de l'évolution du développement humain

À en juger par la dernière décennie, force est de constater que les progrès en matière de développement humain se poursuivent sur le long terme. En règle générale, un individu né dans un pays en développement aujourd'hui peut espérer vivre mieux, en meilleure santé et être mieux éduqué que la génération de ses parents. Il a également de plus grandes chances de vivre dans une démocratie multipartite et moins de risques d'être touché par un conflit.

En un peu plus de dix ans, l'espérance de vie moyenne dans les pays en développement a augmenté de deux ans. Dans ce domaine, les indicateurs de développement humain convergent : les pays pauvres rattrapent les pays riches (figure 1.1). L'augmentation de l'espérance de vie est due en partie à la baisse du taux de mortalité infantile (figure 1.2). Actuellement, on dénombre 2 millions de décès infantiles de moins qu'en 1990, et la proportion des enfants atteignant l'âge de cinq ans a augmenté de 15 %.

Figure 1.1 L'espérance de vie s'améliore dans la plupart des régions

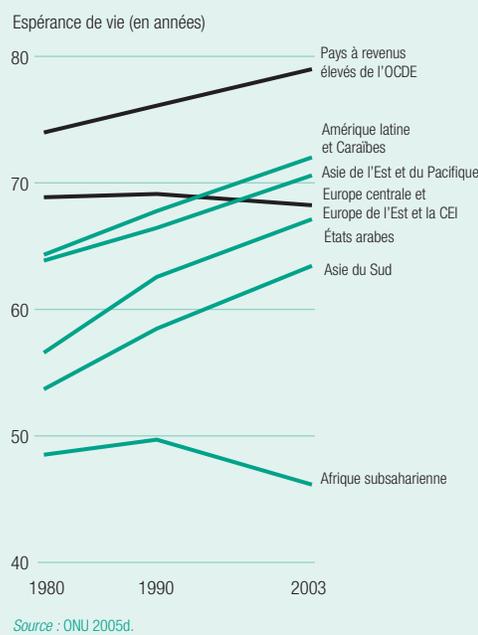
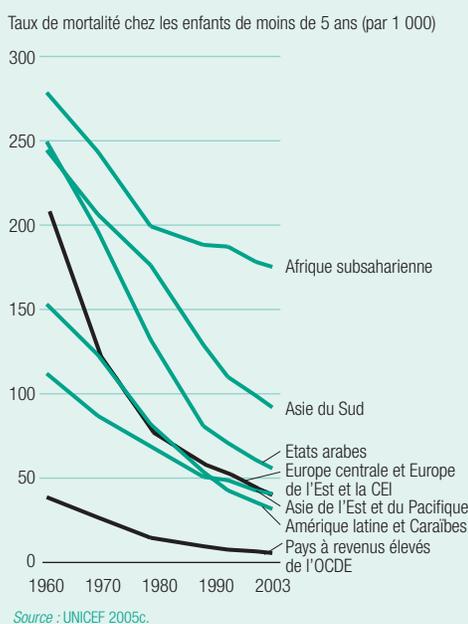
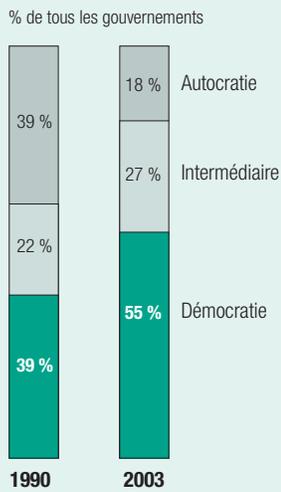


Figure 1.2 Les taux de mortalité juvénile et les tendances s'améliorent



Des améliorations en matière d'accès à l'eau potable et d'assainissement y ont contribué en réduisant les risques de maladies infectieuses. Au cours de la dernière décennie, 1,2 milliards de personnes ont obtenu un accès à l'eau potable. Grâce à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), l'augmentation rapide du nombre des vaccinations à l'échelle mondiale depuis 2001 a également engendré

Figure 1.3 La démocratie gagne du terrain



Source : Calculé à partir des données sur la population, ONU 2005d, et les scores des régimes, CIDCM 2005.

une baisse de la mortalité et sauvé un demi-million de vies selon les estimations.

Les progrès réalisés dans le domaine éducatif sont tout aussi remarquables. Néanmoins, 800 millions de personnes dans le monde ne possèdent pas les rudiments de la lecture et de l'écriture. De ce total, le plus grand nombre correspond aux femmes pour les deux tiers. Pourtant, les niveaux d'alphabétisation dans les pays en développement sont passés de 70 % à 76 % pendant les dix dernières années, et l'écart entre les sexes a diminué.⁵ L'analphabétisme actuel reflète les lacunes passées en matière d'accès à l'éducation, mais celles-ci se comblent progressivement. En comparant avec 1990, 30 millions d'enfants de moins sont privés de scolarisation en primaire et la durée moyenne de scolarisation s'est allongée de six mois. Les écarts entre les sexes en matière de scolarisation, indicateur généralement reconnu comme peu représentatif de l'égalité de sexes, ont diminué, bien que plus de la moitié des enfants non scolarisés soit des filles.

La pauvreté monétaire extrême est en baisse. Des doutes légitimes ont été soulevés concernant l'utilisation du seuil de pauvreté d'un dollar par jour pour représenter les tendances dans les différents pays. Par conséquent, la plus grande prudence est de mise quant à l'interprétation de cet indicateur.⁶ Quelles que soient les difficultés liées à la mesure de ce phénomène, la pauvreté est un processus évolutif qui ne peut être que partiellement représenté par des indicateurs fixes. La situation évolue toutefois dans le bon sens. Le taux de pauvreté extrême est passé de 28 % en 1990 à 21 % aujourd'hui, cette baisse équivalant en nombre absolu à environ 130 millions de personnes.⁷ La croissance économique est de toute évidence l'une des conditions requises pour une baisse rapide de la pauvreté monétaire et un développement humain soutenu. Dans ce domaine également, les chiffres à la une sont encourageants. Dans les années 90, le revenu moyen par habitant des pays en développement a enregistré une croissance de 1,5 %, soit quasiment trois fois plus que dans les années 80.⁸ Depuis l'an 2000, le revenu moyen par habitant des pays en développement s'est accru de 3,4 %, soit le double de la croissance du revenu moyen dans les pays à haut revenu. Après deux décennies de déclin du revenu moyen, l'Afrique subsaharienne a affiché une augmentation de 1,2 % par an depuis l'an 2000. Il est prématuré de déclarer cette avancée comme étant un tournant décisif, mais

il existe des indications qui montrent que la croissance pourrait prendre racine dans un nombre croissant de pays de la région.

En ce qui concerne les conflits, le tableau est plus noir. Depuis 1990, le monde a été témoin d'un génocide au Rwanda, de violentes guerres civiles au cœur de l'Europe, de conflits en Afghanistan et en Irak et de reculs du processus de paix au Moyen-Orient. Le conflit qui a éclaté en République démocratique du Congo a coûté la vie à près de 4 millions de personnes, faisant ainsi le plus grand nombre de victimes depuis la Deuxième Guerre mondiale. Au Soudan, l'accord de paix conclu pour mettre fin à l'une des plus longues guerres civiles qu'ait connu l'Afrique a été le prélude à une nouvelle crise humanitaire au Darfour, avec un million de personnes déplacées. De nouvelles menaces à la sécurité collective ont émergé. Cependant, malgré les défis que représentent les conflits violents pour le développement humain, certains chiffres invitent à l'optimisme. Le nombre des conflits a chuté depuis 1990. Ces 15 dernières années, des guerres civiles ont pris fin grâce aux négociations menées sous l'égide des Nations Unies. Du Timor-Oriental à l'Afghanistan, en passant par El Salvador et Sierra Leone, la paix a ouvert de nouvelles perspectives pour le développement humain et la démocratie. Le conflit violent est l'un des principaux obstacles à l'accélération du développement humain. Cet obstacle peut toutefois être diminué.

Les progrès vers la démocratie sont également ambivalents. Or, celle-ci est un aspect fondamental du développement humain. Elle a une valeur intrinsèque et peut donc être considérée comme un indicateur de développement humain à part entière et est aussi un moyen d'élargir les objectifs du développement humain. La mesure du progrès démocratique est par nature complexe. Parmi les conditions requises figurent les élections multipartites, actuellement le mode de gouvernance le plus utilisé dans le monde. Un système judiciaire indépendant, une limitation du pouvoir exécutif, la liberté de la presse et le respect des droits de l'homme donnent tout son sens au système du gouvernement élu. Selon l'indicateur de régime de démocratie, point de référence composite, la part de la population mondiale vivant dans des pays dotés d'un système électoral multipartite remplissant les critères démocratiques au sens large est passée de 39 % en 1990 à 55 % aujourd'hui (figure 1.3), soit une hausse équivalant à 1,4 milliard de personnes vivant

sous une démocratie multipartite.⁹ Plus des deux tiers des Africains vivent désormais dans des pays dotés d'un système électoral multipartite démocratique et les gouvernements africains eux-mêmes ont pris la tête du mouvement d'opposition au coup d'État antidémocratique au Togo.

Néanmoins, les élections multipartites ne suffisent pas à qualifier un État de démocratique. Sur ce point d'ailleurs, le verre est pour ainsi dire à moitié vide. Les élections multipartites sont très peu répandues au Moyen-Orient, et pourtant, des pays comme l'Égypte et la Jordanie agrandissent l'espace démocratique pour mener des politiques électorales. Quant aux deux pays les plus peuplés au monde, l'Inde est une démocratie florissante, tandis qu'en Chine, les réformes politiques ont un retard considérable sur les réformes économiques. De nombreux pays organisant des élections multipartites, notamment dans quelques pays dans l'ancienne Union soviétique, n'ont de démocratique que le nom et où leurs dirigeants sont considérés par la population comme étant corrompus et tyranniques, abusant de leur pouvoir et refusant d'aborder les problèmes sociaux. Les élections multipartites peuvent être un rideau de fumée dissimulant un pouvoir exécutif autoritaire, des limitations de la liberté de la presse et des violations des droits de l'homme qui n'ont plus rien avec la démocratie. Dans certains pays, les manifestations de la population ont été un antidote puissant contre ces pratiques. En 2004 et 2005, des présidents de longue date ont été écartés du pouvoir en Georgie, en Ukraine et au Kirghizstan à la suite de manifestations publique contre des dérives perçues comme antidémocratiques.

L'ampleur des avancées de la dernière décennie en matière de développement humain ne doit pas être sous-estimée, ni non plus exagérée. Ces prises de vue générales ont en effet l'inconvénient de masquer les variations importantes entre les régions et à l'intérieur même de celles-ci. Elles ne font pas non plus apparaître les différences entre les dimensions du développement humain. Les progrès accomplis sont ainsi marqués par des disparités au niveau régional, interrégional et dimensionnel du développement humain.

Progrès mesurés à l'aide de l'indicateur de développement humain

L'indicateur de développement humain (IDH) est un indicateur composite. Il mesure trois dimensions

Figure 1.4 Le développement humain s'améliore dans la plupart des régions

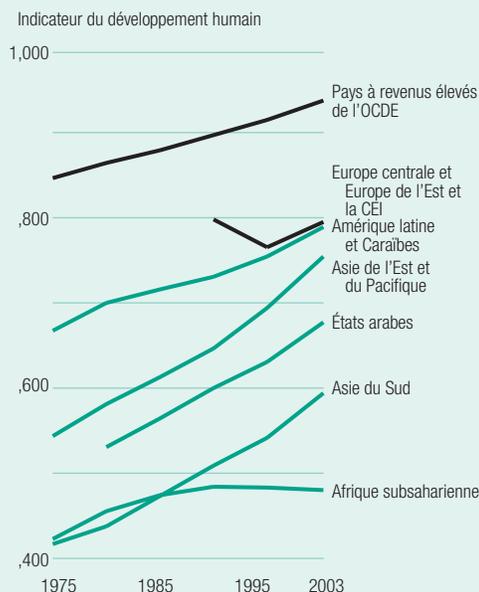


Tableau 1.1 Les pays vivent un renversement de l'IDH

1980-90	1990-2003
République démocratique du Congo	Botswana
Guyana	Cameroun
Haïti	République centrafricaine
Niger	Congo
Rwanda	République démocratique du Congo
Zambie	Côte d'Ivoire
	Kazakhstan ^a
	Kenya
	Lesotho
	République de Moldavie ^a
	Fédération de Russie ^a
	Afrique du Sud
	Swaziland
	Tadjikistan ^a
	République unie de Tanzanie ^a
	Ukraine ^a
	Zambie
	Zimbabwe

a. Le pays ne dispose pas de données sur l'IDH pour la période 1980-1990 ; la baisse peut donc avoir commencé avant 1990.

Source : Tableau d'indicateurs 2.

du bien-être humain : revenu, éducation et santé. Son objectif n'est pas de fournir une représentation exhaustive du développement humain, mais de mesurer le niveau de développement au-delà du revenu. L'IDH est donc un baromètre de l'évolution du bien-être humain et un outil de comparaison entre les différentes régions.

Pendant la dernière décennie, l'IDH a augmenté dans tous les pays en développement, bien qu'à un rythme variable, à l'exception bien sûr de l'Afrique subsaharienne (figure 1.4). Toutefois, malgré des avancées globales, de nombreux pays ont accusé des reculs sans précédent. En 2003, 18 pays comptant au total 460 millions d'habitants sont classés plus bas sur l'échelle de l'IDH en 2003 qu'en 1990 (table 1.1). (Seuls six pays ont connu un recul similaire dans les années 80.) Deux régions sont principalement touchées. Douze des pays en régression sont situés en Afrique subsaharienne. Un peu plus d'un tiers de la population d'Afrique subsaharienne, soit 240 millions de personnes, vit dans des pays dont l'IDH a chuté. Les six autres pays en régression font partie de l'ancienne URSS.

Les reculs de développement se reflètent dans le classement relatif des pays. En Afrique subsaharienne, la stagnation économique, la lenteur des progrès accomplis en matière d'éducation et la propagation du VIH/sida se sont révélées être une combinaison fatale

entraînant une chute brutale au classement de l'IDH (encadré 1.1). L'Afrique du Sud enregistre l'une des plus fortes baisses en perdant 35 places tandis que le Zimbabwe en perd 23 et le Botswana 21. Parmi les pays de l'ancienne URSS, les reculs les plus nets concernent le Tadjikistan, qui a perdu 21 places, l'Ukraine 17 places et la Fédération de Russie 15 places. La dégradation économique qui a suivi le démembrement de l'URSS a été l'un des deux facteurs responsables du déclin du classement correspondant aux OMD, l'autre raison étant une chute catastrophique de l'espérance de vie. Entre 1990 et 2003, la Russie a ainsi perdu 48 places dans le classement selon l'espérance de vie (encadré 1.2).

Le rapport entre le niveau de richesse et le classement sur l'échelle de l'IDH varie selon les pays. Le Bangladesh et la Chine ont enregistré la progression la plus spectaculaire sur l'échelle de l'IDH. Depuis 1990, le Bangladesh a progressé de 14 places sur l'échelle de l'IDH, mais de 10 places seulement dans le classement mondial selon la richesse. Cela suggère que le progrès social au Bangladesh a devancé le progrès économique en relation avec les performances des autres pays. Inversement, la Chine a poursuivi son ascension spectaculaire sur l'échelle de l'IDH, mais les avancées économiques y sont plus rapides que le progrès social. Le pays a gagné 20 places sur l'échelle de l'IDH et 32 places dans le classement en fonction de la richesse.

Une simple analyse de l'IDH fournit des indications sur les moteurs de ce changement. Chacun à son niveau, le Bangladesh, la Chine et l'Ouganda ont tous enregistré une progression de leur IDH de 20 % depuis 1990. En Chine, la croissance économique a été le principal facteur de cette évolution. Au Bangladesh, la croissance des revenus a été forte, bien que nettement moins importante qu'en Chine : le revenu moyen bangladais a augmenté quatre fois moins vite que le revenu chinois. Néanmoins, le Bangladesh a réalisé une progression équilibrée sur toutes les dimensions de l'IDH : l'allongement de l'espérance de vie et l'amélioration du niveau d'instruction ont été plus forts qu'en Chine. En Ouganda, l'allongement de l'espérance de vie a été minime, la progression de l'IDH étant principalement due à l'augmentation de la scolarisation et, dans une moindre mesure, à la hausse des revenus. Une analyse détaillée de l'IDH est fournie avec plus de détails dans l'encadré 2 des *Notes sur les statistiques*.

Encadré 1.1 Le VIH/sida entraîne un recul du développement humain dans toutes ses dimensions

La chute de l'espérance de vie est l'un des indicateurs de l'impact du VIH/sida. L'épidémie engendre toutefois un recul généralisé du développement humain touchant non seulement la santé, mais également la sécurité alimentaire et l'éducation, entre autres.

Les ménages affectés par le VIH sont piégés dans l'état financier de la hausse des dépenses médicales d'une part et de la chute des revenus d'autre part. Les dépenses médicales peuvent représenter un tiers du revenu des ménages, ce qui limite les dépenses dans les autres domaines. En Namibie et en Ouganda, des études ont montré que des ménages ont recours à la vente aux enchères de nourriture et de bétail pour couvrir leurs dépenses de santé, ce qui accroît leur vulnérabilité. Parallèlement, le VIH/sida érode leur plus précieux atout : le travail. Au Swaziland, la production de maïs chute de plus de 50 % en moyenne lorsqu'un adulte décède du VIH/sida.

Outre les ménages, le VIH/sida affaiblit l'infrastructure sociale et économique. Les systèmes de santé souffrent d'une interaction fatale entre deux phénomènes : l'usure des travailleurs et la demande croissante. Les infrastructures de santé déjà sursollicitées sont au bord de l'effondrement. Ainsi, en Côte d'Ivoire et en Ouganda, les patients traités pour des affections liées au VIH occupent plus de la moitié des lits d'hôpital.

Le VIH/sida provoque une érosion des capacités humaines dans les domaines les plus divers. En Zambie, les deux tiers des enseignants qualifiés meurent du VIH/sida, et en 2000, deux moniteurs agricoles sur trois dans le pays ont déclaré avoir perdu un collègue l'année précédente.

La propagation du sida est une conséquence mais également une cause de vulnérabilité. Le VIH/sida inhibe le système immunitaire de l'organisme et engendre la malnutrition. Parallèlement, les carences nutritionnelles accélèrent l'apparition de la maladie et sa progression. Les femmes atteintes du VIH/sida subissent une perte de statut. En même temps, l'inégalité des sexes et l'asservissement des femmes sont au cœur des inégalités de pouvoir qui accroissent le risque de contracter la maladie. La violence à l'encontre des femmes, en particulier les rapports sexuels sous la contrainte, et leur difficulté à imposer l'utilisation du préservatif sont des causes majeures de leur vulnérabilité.

Source : Gillespie et Kadiyala 2005 ; Yamano et Jayne 2004 ; Carr-Hill 2004 ; Swaziland, Ministère de l'agriculture, des coopératives et des affaires 2002.

Encadré 1.2 Crise de mortalité dans la Fédération de Russie un « déficit » de 7 millions d'hommes

L'espérance de vie à la naissance dans la Fédération de Russie est parmi les plus faibles des pays industrialisés. Elle s'élève à 65 ans alors qu'elle atteint 79 ans en Europe occidentale. Depuis le début des années 90, il s'est produit une nette augmentation de mortalité chez les hommes, bien au-dessus des tendances historiques. Le nombre de décès supplémentaires entre 1992 et 2001 est estimé à 2,5–3 millions. En l'absence de conflit, de famine ou d'épidémie, aucun événement récent n'explique l'ampleur de ce phénomène.

La mortalité masculine est plus élevée que la mortalité féminine et frappe en particulier les hommes célibataires et moins éduqués. En 2003, l'espérance de vie était de 59 ans pour les hommes et de 72 ans pour les femmes, l'un des écarts les plus importants au monde. Si le taux de mortalité était dans les normes, 7 millions d'hommes de plus seraient en vie en Russie. En d'autres termes, l'inégalité entre les sexes entraîne une diminution d'environ 5 % de la population.¹

Un examen des causes immédiates de la mortalité fournit une explication partielle. La Russie est confrontée à une forte incidence des maladies cardiovasculaires due au régime alimentaire et au mode de vie. Outre cette épidémie propre au monde développé, la Fédération de Russie est de plus en plus touchée par les maladies infectieuses, telles que la tuberculose et le VIH/sida, qui constituent une menace croissante. Les taux d'homicides et de suicides sont élevés par rapport à ceux des autres pays industrialisés et ont augmenté dans les années 90, ces deux indicateurs étant étroitement liés à la surconsommation d'alcool.

Il est possible que la restructuration du marché du travail, la longue et forte récession économique des années 90 et l'effondrement du système de prévoyance sociale aient accru le niveau de stress psychologique de la population. Cela s'est traduit en une augmentation de la consommation d'alcool ainsi que des maladies en découlant. Parallèlement il s'est produit une augmentation de crimes violents liée à une dégradation des institutions gouvernementales responsables des services de l'ordre, de la justice et de la sécurité. Une activité économique improvisée et l'adhérence aux contrats à l'aide de la violence ont contribué au déclin de l'espérance de vie : les taux d'homicides masculins ont doublé dans la première moitié des années 90.

À part les crimes violents et le stress psychologique, la propagation des maladies infectieuses évitables, la tuberculose, les infections intestinales aiguës et la diphtérie notamment, témoigne de la défaillance du système de soins. Les dépenses de santé publique sont passées de 3,5 % du PIB en 1997/98 à 2,9 % en moyenne entre 1999 et 2001. Les ménages aisés ont eu de plus en plus recours aux nouveaux services de santé privés, mais pour de nombreuses familles aux moyens plus restreints les demandes courantes de pots-de-vin et autres paiements en marge du système ont placé les services de santé publique « gratuits » hors de portée.

Les tendances de la mortalité en Russie constituent l'un des principaux défis de ce début du XXI^e siècle en matière de développement humain. Cette montée en flèche de la mortalité souligne la nécessité de faire des recherches afin d'identifier les causes d'une excessive mortalité masculine et de mettre en œuvre des politiques publiques proactives afin d'identifier les populations vulnérables et de les protéger pendant les périodes de transition socio-économique rapide. Il est particulièrement important que le développement des institutions soit perçu par le peuple comme étant légitime et capable de superviser un processus complexe de réforme économique. D'autres économies en transition, comme la Pologne par exemple, ont réussi à inverser les tendances négatives de mortalité et à augmenter l'espérance de vie.

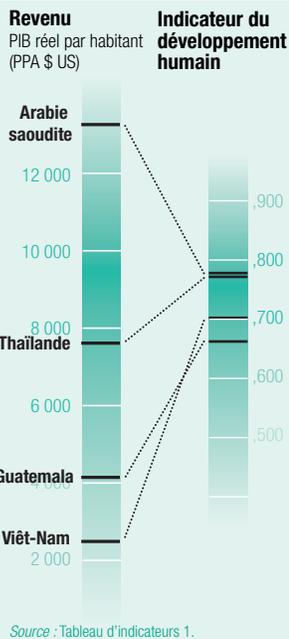
1. « Femmes absentes » est un terme que l'on trouve le plus souvent dans la littérature. Il a été utilisé pour illustrer les différentiels en mortalité dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud (Sen 1999). Le nombre de femmes ou d'hommes absents se calcule en comparant le rapport actuel entre les hommes et les femmes au rapport considéré normal en l'absence d'une altération marquée entre les sexes.

Source : Shkolnikov et Cornia 2000 ; Banque mondiale 2005e ; Men et al 2003 ; Malyutina et al 2002.

Ces exercices analytiques font soulever des questions devant être abordées par les responsables politiques. Le développement humain doit progresser sur plusieurs fronts : le déclin du bien-être humain, lié à l'espérance de vie par exemple, ne saurait être compensé par des avancées dans d'autres domaines, tels que le revenu ou l'éducation. En outre, les progrès réalisés dans un domaine sont plus difficiles à maintenir en l'absence d'une amélioration globale. Ainsi, un niveau de santé médiocre peut avoir un impact négatif sur la croissance économique et l'éducation, et une croissance lente réduit les ressources disponibles pour les investissements sociaux. L'analyse de l'IDH met en

exergue les défis auxquels sont confrontés les différents groupes de pays. Pour la Chine, le défi consiste à faire en sorte que la forte progression des revenus engendre des progrès durables au niveau des autres dimensions du développement humain. Le revenu n'est en définitive qu'un moyen de parvenir au développement humain et non une fin en soi. En Ouganda, le pari est de consolider les avancées dans le domaine éducatif tout en identifiant les raisons pour lesquelles les progrès accomplis en la matière et la progression des revenus n'ont pas d'impact sur la santé. Le Bangladesh est la preuve qu'il est possible de progresser à un rythme soutenu sur de nombreux aspects du développement

Figure 1.5 Revenu différent, IDH similaire



humain malgré une hausse des revenus relativement modérée. La poursuite des progrès accompagnée de l'accélération de la croissance économique et de la réduction de la pauvreté monétaire est essentielle au développement futur.

Certains pays parviennent nettement mieux que d'autres à tirer parti de la richesse pour améliorer le développement humain tel qu'il est mesuré par l'IDH. L'Arabie saoudite a un revenu moyen par habitant largement supérieur à celui de la Thaïlande, mais n'est pas beaucoup mieux classée sur l'échelle de l'IDH (figure 1.5). Malgré un revenu moyen par habitant presque deux fois supérieur à celui du Vietnam, le Guatemala est moins bien classé que ce dernier sur l'échelle de l'IDH. Des écarts importants entre le revenu et le classement sur l'échelle de l'IDH sont généralement révélateurs d'inégalités structurelles profondes et telles que la création de richesse ne s'accompagne pas d'un développement humain. Ils indiquent également des lacunes dans les politiques publiques et l'incapacité des gouvernements à mettre en œuvre des stratégies visant à élargir le champ des opportunités pour les personnes pauvres, marginalisées ou défavorisées. Comme le montre le chapitre 2, les inégalités structurelles ont un impact majeur sur le rythme de progression vers les OMD.

Au-delà de l'IDH, des insuffisances colossales subsistent au niveau de la réalisation du potentiel humain. Les métaphores sur le verre à moitié vide ou à moitié plein du développement humain détournent notre attention d'une vérité écrasante : le niveau incommensurable de dénuement évitable qui prédomine dans un monde de plus en plus prospère.

Les limites au développement humain

Aucun indicateur du dénuement n'est plus puissant, ou plus déconcertant, que la mortalité infantile. Plus de 10 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année.¹⁰ Le poids de l'Afrique subsaharienne dans les statistiques sur la mortalité infantile est en augmentation. La région représente 20 % des naissances et 44 % des décès infantiles. Quasiment tous les décès infantiles pourraient être évités. Toutes les deux minutes, quatre personnes dont trois sont des enfants meurent du paludisme. La plupart de ces décès pourraient être évités par des interventions simples et peu coûteuses. Les maladies contre lesquelles il existe un vaccin (rougeole, diphtérie et tétanos) sont

responsables de la mort de 2 à 3 millions d'enfants.¹¹ Pour chaque enfant qui meurt, des millions d'autres tomberont malades ou manqueront l'école, piégés dans le cercle vicieux qui fait des enfants en mauvaise santé des adultes plongés dans la pauvreté. Comme les 500.000 femmes par an qui meurent de causes liées à une grossesse, plus de 98 % des enfants qui meurent chaque année vivent dans des pays pauvres. En d'autres termes, ils meurent parce qu'ils y sont nés.

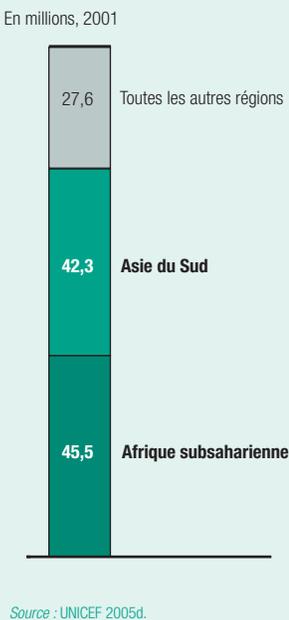
Des progrès partiels ont été accomplis dans la réduction de la pauvreté. Une personne sur cinq dans le monde (plus d'un milliard d'individus) continue de survivre avec moins d'un dollar par jour, un niveau de pauvreté si abject qu'il menace la capacité de survie. Un milliard et demi de personnes vivent avec un à deux dollars par jour. Plus de 40 % de la population mondiale forme, de fait, une classe défavorisée planétaire, confrontée quotidiennement à la réalité ou à la menace de la pauvreté la plus extrême.

La pauvreté monétaire est étroitement liée au problème de la faim. Dans un monde d'abondance, des millions de personnes ont faim chaque jour. Plus de 850 millions de personnes, dont un tiers des enfants en âge préscolaire, continuent d'être piégées dans le cercle vicieux de la malnutrition et de ses effets.¹² En effet, la malnutrition affaiblit le système immunitaire, accroissant le risque de maladie, qui à son tour aggrave la malnutrition. Environ la moitié des décès en âge préscolaire sont directement imputables aux interactions entre la malnutrition et les maladies infectieuses.¹³ Les enfants présentant une insuffisance pondérale modérée ont quatre fois plus de risques de mourir de maladie infectieuse que les enfants bien nourris.

De même, la vulnérabilité aux maladies infectieuses est exacerbée par un accès inadéquat à l'eau potable et à l'assainissement. Plus d'un milliard de personnes n'ont pas accès à une eau salubre et 2,6 milliards ne bénéficient pas d'un meilleur accès sanitaire. Les maladies véhiculées par l'eau ou les excréments humains sont la deuxième cause de décès parmi les enfants du monde, après les infections des voies respiratoires. Le nombre global de victimes par jour est estimé à 3.900 enfants.¹⁴

Il existe toujours de fortes disparités dans l'accès à l'éducation. Dans une économie mondiale de plus en plus axée sur le savoir, environ 115 millions d'enfants se voient refuser l'accès à un enseignement primaire de base.¹⁵ La plupart des enfants non scolarisés vivent

Figure 1.6 Enfants n'allant pas à l'école—surtout en Afrique et en Asie du Sud



en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud (figure 1.6). En moyenne, un enfant né au Mozambique aujourd'hui reçoit quatre années d'enseignement, alors qu'un enfant né en France bénéficie de 15 ans d'enseignement à un niveau de scolarisation nettement plus élevé. Le taux de scolarisation moyenne en Asie du Sud, à l'âge de 8 ans, est inférieur de moitié à celui des pays à haut revenu. En outre, si l'écart de scolarisation dans l'enseignement primaire se referme, l'écart entre les pays riches et les pays pauvres, mesuré en termes de durée moyenne de la scolarité se creuse (figure 1.7). Sans compter les différences dans la qualité de l'enseignement : moins d'un quart des enfants zambiens quitte l'école primaire en sachant lire et écrire.¹⁶ Parallèlement, l'accès à l'enseignement supérieur reste un privilège dont bénéficient principalement les pays à haut revenu. Les inégalités d'aujourd'hui en matière d'éducation sont les inégalités sociales et économiques mondiales de demain.

Les inégalités entre les sexes se traduisent par un accès à l'éducation toujours limité pour les filles. Malgré la réduction de l'écart entre les sexes, les filles reçoivent en moyenne une année d'enseignement en moins que les garçons en Afrique et dans les pays arabes et deux années en moins en Asie du Sud. Dans 14 pays africains, les filles représentent moins de 45 % de l'effectif des écoles primaires. Au Pakistan, où elles représentent 41 %, l'égalité des sexes permettrait de scolariser 2 millions de filles de plus. Dans l'ensemble des pays en développement, 75 % des filles achèvent leur scolarité primaire mais ce pourcentage atteint jusqu'à 85 % pour les garçons. L'écart entre les sexes est encore plus prononcé dans l'enseignement secondaire et supérieur. Ces disparités profondes constituent non seulement une violation du droit universel à l'éducation, mais également une menace pour les perspectives de développement humain. En effet, l'éducation des filles est l'un des principaux catalyseurs du progrès social, tel qu'il est mesuré par les indicateurs les plus divers.

La Fin de la convergence ?

Pendant une grande partie des 40 dernières années, les différences de potentiel humain se sont progressivement atténuées. Partis de loin, les pays en développement rattrapent les pays riches dans des domaines tels que l'espérance de vie, la mortalité infantile et l'alphabétisation. Un aspect du développement humain demeure cependant préoccupant à l'heure

actuelle : le ralentissement du rythme de convergence. Pour de nombreux pays, la divergence est de plus en plus à l'ordre du jour.

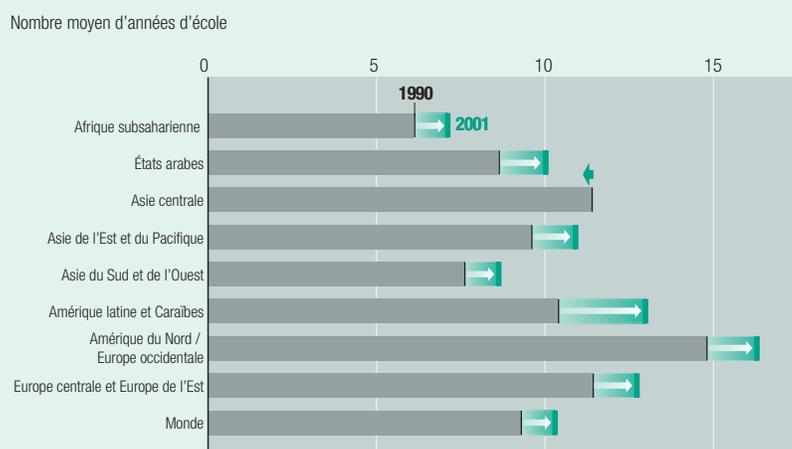
Dans un monde où règnent des disparités déjà extrêmes, l'écart de développement humain entre les pays riches et les pays pauvres augmente dans certains cas et diminue très lentement dans d'autres. Ce processus est inégal et varie considérablement selon les régions et les pays. Si la Déclaration universelle des droits de l'homme proclame que tous les hommes sont égaux, vos chances de survie dépendent de l'endroit où vous êtes né. Les paragraphes suivants décrivent les trois domaines dans lesquels les disparités entre pays reflètent d'une part et aggravent d'autre part les inégalités du développement humain : disparités au niveau de l'espérance de vie, tassement de la baisse de la mortalité infantile et ralentissement de la réduction de la pauvreté monétaire et des inégalités.

Forte régression de l'espérance de vie

Une vie longue et saine est un indicateur de base du potentiel humain. Les inégalités dans ce domaine ont le plus profond impact sur le bien-être et sur les opportunités. Depuis le début des années 90, une tendance à long terme vers la convergence de l'espérance de vie des riches et des pauvres a été ralentie par des écarts entre certaines régions, dus au VIH/sida et à d'autres facteurs.

À l'échelle mondiale, l'écart d'espérance de vie diminue toujours. Entre 1960 et aujourd'hui, l'espérance de vie a augmenté de 16 ans dans les pays en développement et de 6 ans dans les pays développés.¹⁷ Depuis

Figure 1.7 Nombre d'années d'école—l'écart persiste



Note : Les données font référence à l'espérance de vie scolaire.
Source : UNESCO 2005, p. 107.

Selon les indicateurs actuels, un enfant né en Zambie aujourd'hui a moins de chances de vivre au-delà de 30 ans qu'un enfant né en Angleterre en 1840

1980, l'écart s'est resserré de deux ans. Néanmoins, la convergence doit être remise en contexte. Excepté pendant trois mois, les deux années de convergence depuis 1980 ont eu lieu avant 1990. Depuis lors, la convergence s'est ralentie jusqu'à un point d'arrêt et les écarts restent très importants. L'écart moyen d'espérance de vie entre un pays à bas revenu et un pays à haut revenu est toujours de 19 ans. Un natif du Burkina Faso a une espérance de vie de 35 ans inférieure à celle d'une personne née au Japon. Pour un Indien, elle est de 14 ans inférieure à celle d'un Américain.

L'espérance de vie est également un indicateur de la santé que vous pourrez avoir. Une méthode utilisée pour mesurer les risques consiste à évaluer le niveau de mortalité évitable, c'est-à-dire le risque accru de décès avant un âge donné par rapport à un groupe de population d'un autre pays. Si l'on prend la moyenne de ce paramètre dans un pays à haut revenu comme point de comparaison, plus de la moitié des décès dans les pays en développement pourraient être évités. Les adultes âgés de 15 à 59 ans représentent presque un tiers des décès dans les pays en développement, mais seulement un cinquième dans les pays développés.¹⁸ Les grandes disparités, en matière de santé, mises en évidence par ces chiffres attirent l'attention sur ce que l'on a appelé la « loi des soins inversés », en d'autres termes la disponibilité des soins médicaux est inversement proportionnelle aux besoins. Les inégalités en matière de financement des soins de santé sont au

cœur de ce phénomène. Mesurées en termes de parité des pouvoirs d'achat, les dépenses de santé par habitant s'élèvent en moyenne à plus de 3.000 dollars dans les pays OCDE à haut revenu, dont les risques de santé sont les plus faibles, et à 78 dollars dans les pays à bas revenu, où les risques sont les plus élevés, voire nettement plus bas dans de nombreux pays parmi les plus pauvres de la planète.¹⁹

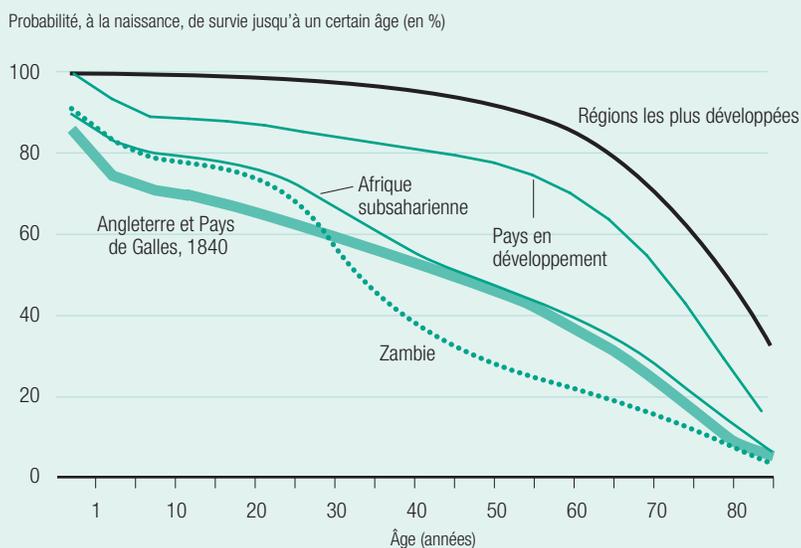
La progression de l'espérance de vie est inégale. L'Amérique latine, le Moyen-Orient et l'Asie se rapprochent des pays riches. En Asie du Sud, l'espérance de vie a augmenté de dix ans au cours des deux dernières décennies. En revanche, les pays de l'ancienne URSS et de l'Afrique subsaharienne ont continué à prendre du retard.

Dans les pays de l'ancienne URSS, l'espérance de vie a chuté de manière spectaculaire, en particulier chez les hommes. Dans la Fédération de Russie, l'espérance de vie des hommes est passée de 70 ans au milieu des années 80 à 59 ans aujourd'hui et est inférieure à celle de l'Inde. Une situation qui est due notamment à l'effondrement économique, à la dégradation du système de prévoyance sociale et à la prévalence de l'alcoolisme et de la maladie (encadré 1.2). Les affections non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires et les blessures, sont responsables de la majeure partie de l'augmentation des décès, bien que les maladies infectieuses soient également récurrentes. Si le taux de mortalité se maintient, 40 % des garçons ayant 15 ans actuellement mourront avant 60 ans en Russie.²⁰

L'Afrique subsaharienne est la région qui explique le ralentissement du progrès vers une meilleure égalité mondiale quant à l'espérance de vie. Il y a vingt ans, un natif de l'Afrique subsaharienne avait une espérance de vie de 24 ans inférieure à celle d'une personne née dans un pays riche, un écart qui était en diminution. Aujourd'hui, le fossé s'est creusé à 33 ans et l'expansion du VIH/sida est le principal facteur de régression. En 2004, environ 3 millions de personnes sont mortes de cette maladie, et 5 millions ont été contaminées par le virus. La quasi-totalité des victimes décédées vivait dans les pays en développement, dont 70 % en Afrique. Quelque 38 millions de personnes sont aujourd'hui contaminées par le VIH, parmi lesquelles 25 millions vivent en Afrique subsaharienne (encadré 1.1).²¹

À elles seules, les statistiques ne peuvent refléter l'ampleur des souffrances associées au VIH/sida. Elles permettent toutefois d'avoir une idée de l'étendue du

Figure 1.8 Les chances de survie en Afrique subsaharienne ne sont guère meilleures que celles de l'Angleterre des années 1840



Source : ONU 2005d et University of California, Berkeley, et Max Planck Institute for Demographic Research 2005.

choc démographique infligé aux pays les plus touchés. Selon les indicateurs actuels, un enfant né en Zambie aujourd'hui a moins de chances de vivre au-delà de 30 ans qu'un enfant né en Angleterre en 1840 (figure 1.8). Dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, un enfant né aujourd'hui a moins de chances de vivre au-delà de 45 ans.

Aussi froides soient-elles, ces statistiques sous-estiment l'impact humain du VIH/sida. En Europe, le plus grand choc démographique depuis la peste noire a eu lieu en France entre 1913 et 1918, lorsque les effets combinés de la première guerre mondiale et de l'épidémie de grippe de 1918 ont réduit l'espérance de vie d'environ 16 ans. Cette période dramatique n'est pourtant rien par rapport aux 31 ans d'espérance de vie en moins pour la population de pays comme le Botswana (figure 1.9). En Zambie, l'espérance de vie a chuté de 14 ans depuis le milieu des années 80. Selon les prévisions, l'amélioration sera d'ailleurs nettement plus lente qu'elle ne l'a été en France.

À l'avenir, l'Afrique sera le continent le plus sévèrement touché par le VIH/sida en termes de développement humain. Cependant, de nouveaux risques apparaissent. De graves épidémies se sont déclenchées dans plusieurs états de l'Inde. Dans l'État du Tamil Nadu, des taux de prévalence du VIH supérieurs à 50 % ont été enregistrés chez les travailleuses de l'industrie du sexe tandis que l'Andhra Pradesh et le Maharashtra ont dépassé la barre des 1 %.²²

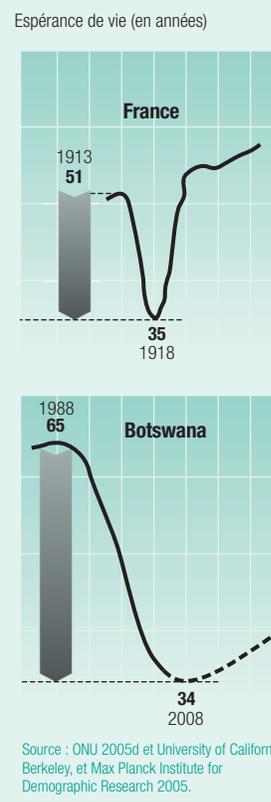
L'incidence du VIH/sida est également en hausse dans les pays de l'ancienne URSS. L'Ukraine connaît actuellement l'augmentation du taux d'incidence d'infection due au VIH la plus rapide au monde, suivie par la Fédération de Russie, qui subit la plus grande épidémie de la région (un million de personnes contaminées).²³ La grande majorité des personnes contaminées est jeune, l'usage de drogues par voie intraveineuse étant le principal facteur d'accélération. Comme dans d'autres parties de l'Europe de l'Est, l'épidémie est en phase initiale. Par conséquent, une intervention précoce peut arrêter et inverser la tendance. Faute d'intervention, l'épidémie peut prendre une ampleur immense au fur et à mesure qu'elle se propage au sein de la population générale.

La réaction internationale au problème du VIH/sida a été profondément inadéquate. À une époque de richesse scientifique, technologique et économique, rien ne démontre aussi clairement l'incapacité des pays riches à éradiquer les maladies qui ravagent une

grande partie de l'humanité. La sensibilisation au virus du sida est apparue au milieu des années 80. Lorsque le premier *Rapport sur le Développement Humain* a été publié en 1990, seuls 133.000 cas avaient été déclarés à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus des deux tiers en Amérique du Nord. Le Rapport concluait que « le sida risquait d'annuler de nombreux progrès accomplis, notamment la hausse de l'espérance de vie ». Pourtant, c'est seulement aujourd'hui, après 20 millions de morts, qu'un effort international crédible se met en place. Une infime partie de ceux qui en ont besoin a accès aux services de prévention et de soins. Moins de 8 % des femmes enceintes ont accès à un traitement permettant d'éviter la transmission du virus de la mère à l'enfant. En Afrique, moins de 4 % des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral ont accès aux médicaments.²⁴ On note cependant quelques îlots de réussite. Des pays comme le Sénégal et l'Ouganda sont parvenus à maîtriser l'épidémie et commencent à inverser la tendance. Le Brésil et la Thaïlande ont sauvé des vies en menant des politiques énergiques de santé publique qui ont amélioré l'accès aux médicaments. Ces réussites prouvent qu'il est possible d'atteindre l'objectif considéré comme la première étape vers le refoulement de l'épidémie, à savoir traiter 3 millions de personnes d'ici à la fin 2005.

La réaction internationale lente et limitée à la crise du VIH/sida a directement contribué à creuser les inégalités mondiales dans le domaine de la santé. Elle démontre également les coûts d'une action retardée. En 2004, environ 6 milliards de dollars ont été consacrés à la lutte contre le sida par l'intermédiaire du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.²⁵ Si des ressources de cette ampleur avaient été mobilisées vingt ans plus tôt, l'épidémie aurait battu en retraite. Actuellement, ce montant ne suffit même pas à contenir cette crise, et encore moins à atteindre les OMD qui consiste à « stopper la propagation du VIH/sida d'ici à 2015 et commencer à l'enrayer ». La réaction de la communauté internationale à une menace mondiale pour la santé publique a été clairement et simplement inadaptée. En même temps, de nombreux gouvernements à la tête des pays les plus touchés ont réagi à cette épidémie sans précédent par la négation, le stéréotypage et la négligence, exposant leurs citoyens à des risques graves.

Figure 1.9 Le choc démographique du sida est supérieur à celui de la première guerre mondiale



En dernier : les femmes et les enfants

La survie des enfants est l'un des indicateurs les plus représentatifs du bien-être humain, de l'état de santé comparatif et de l'efficacité des politiques publiques. Sur cette toile de fond, la hausse des taux de mortalité infantile est telle que l'état d'urgence médicale internationale est imminent. Sur les 57 millions de morts dans le monde en 2002, un sur cinq était un enfant de moins de cinq ans : approximativement, un enfant mourait toutes les trois secondes. Environ

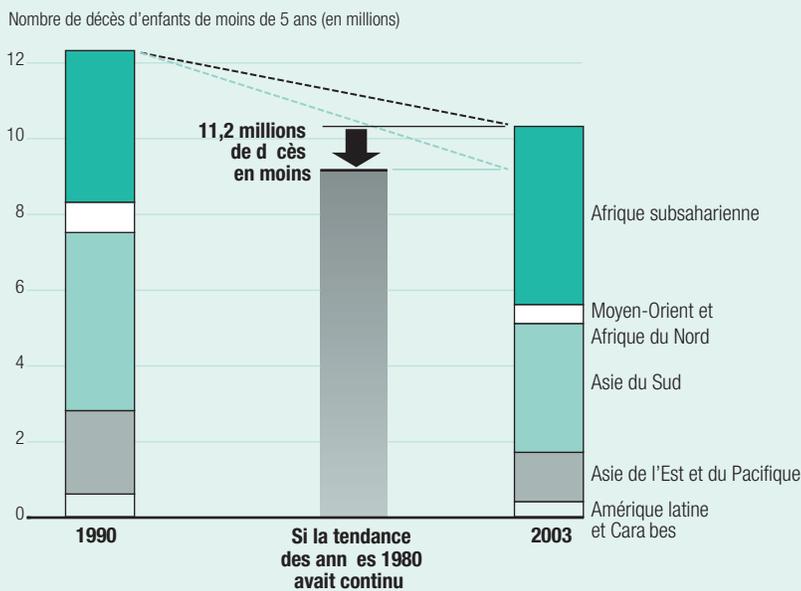
4 millions des décès intervenaient au cours du premier mois de la vie, c'est-à-dire pendant la période néonatale.²⁶ La plupart des décès infantiles ont lieu dans les pays en développement alors que la majeure partie des dépenses de lutte contre la mortalité infantile sont engagées dans les pays riches.

Les interventions susceptibles de prévenir ou de traiter efficacement les maladies qui tuent les enfants et les femmes en âge de procréer sont largement connues. La plupart sont peu coûteuses et d'un bon rapport coût-efficacité. Deux décès infantiles sur trois pourraient être évités par la dispense des soins médicaux les plus élémentaires. Néanmoins, nous permettons qu'une catastrophe sanitaire plus dévastatrice en termes de mortalité que la pandémie du VIH/sida continue de sévir. Rien ne souligne plus fortement le gouffre qui existe entre ce dont nous sommes capables de réaliser pour remédier aux souffrances évitables et ce que nous choisissons de faire avec la richesse et les technologies à notre disposition.

Bien que la baisse de la mortalité infantile se soit poursuivie au cours de la dernière décennie, celle-ci semble ralentir progressivement. Entre 1990 et 2003, les taux de mortalité infantile dans les pays en développement ont diminué à un rythme trois fois plus lent que dans les années 80 (figure 1.10).²⁷ Ce ralentissement a coûté des vies. Si les progrès accomplis dans les années 80 s'étaient poursuivis dans les années 90 et au cours de la décennie actuelle, un million d'enfants de moins seraient morts en 2003.²⁸ La mortalité néonatale a baissé nettement moins rapidement que la mortalité infantile, une part croissante des décès infantiles intervenant pendant le premier mois de la vie.²⁹ Des 4 millions d'enfants qui meurent à cet âge, les trois quarts ont lieu au cours de la première semaine.

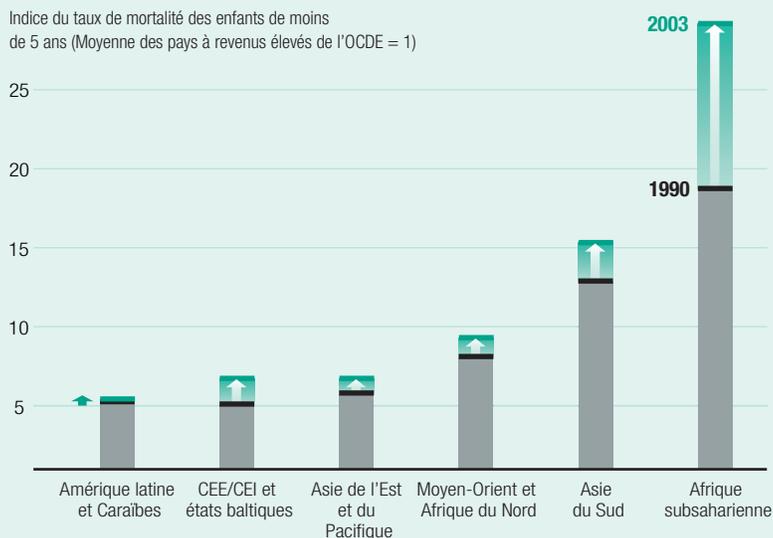
La survie des enfants pendant la dernière décennie est également marquée par la divergence. L'écart entre les pays riches et les pays pauvres se creuse, le plus spectaculaire étant les disparités entre les pays riches et l'Afrique bien que d'autres régions soient concernées (figure 1.11). En 1980, les taux de mortalité infantile en Afrique subsaharienne étaient 13 fois plus élevés que dans les pays riches. Ils sont désormais 29 fois plus élevés. Le problème de la mortalité infantile s'étend bien au-delà de l'Afrique subsaharienne. Même les pays affichant une croissance économique plus forte ont un taux de mortalité infantile qui diminue plus lentement. Un seul facteur n'est pas uniquement en

Figure 1.10 Moins d'enfants meurent—mais la tendance ralentit



Source : Calculé à partir des données de l'UNICEF 2005b.

Figure 1.11 Mortalité juvénile—l'écart entre les pays riches et les pays pauvres se creuse



Source : UNICEF 2005c.

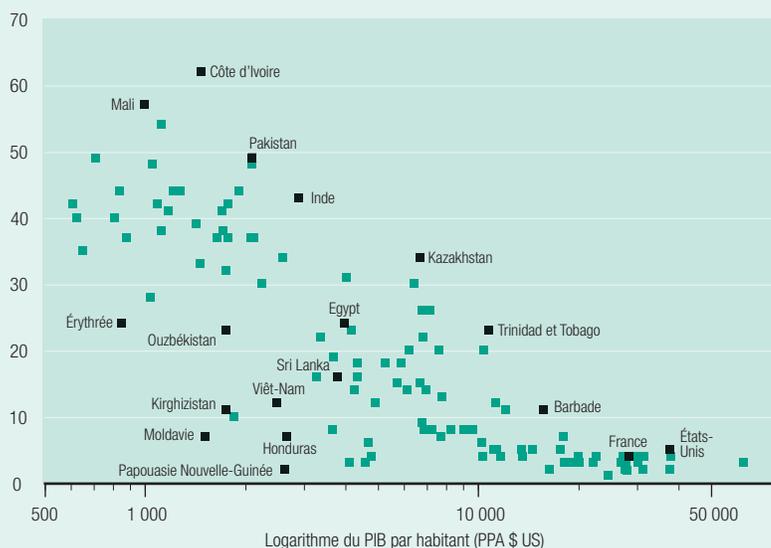
cause pour ce ralentissement. La baisse de la mortalité depuis 1970 est liée en grande partie au relèvement du niveau de vie et à la diminution de la mortalité due à des affections évitables par la vaccination et aux maladies diarrhéiques. Les principales causes de mortalité directement liées à la pauvreté, comme la malnutrition et les affections aiguës des voies respiratoires, déclinent moins rapidement, alors que les décès causés par le paludisme sont en hausse.

Les taux de mortalité infantile soulignent l'une des leçons à retenir du développement humain : les liens entre le revenu et le progrès social ne sont pas systématiques. En moyenne, les taux de mortalité baissent au fur et à mesure que les revenus augmentent. Néanmoins, des pays aux niveaux de revenu similaires affichent des variations considérables (figure 1.12). Ainsi, le Honduras et le Vietnam ont des taux de mortalité néonatale nettement inférieurs à ceux de l'Inde et du Pakistan. Par conséquent, tout porte à croire que la croissance économique ne débouche pas nécessairement sur une baisse plus rapide de la mortalité infantile.

Le bilan de la dernière décennie renforce ce constat. Les plus grandes réussites en matière de croissance économique et de mondialisation n'ont pas été aussi brillantes du point de vue de la réduction de la mortalité infantile. La Chine et, dans une moindre mesure, l'Inde sont en tête des pays à forte croissance adeptes de la mondialisation. Cependant, les progrès annuels réalisés en matière de réduction de la mortalité infantile ont ralenti dans les deux pays depuis 1990 et ce, malgré la poursuite de la croissance économique (figure 1.13). Le cas de la Chine montre que des taux de croissance économique impressionnants et une hausse spectaculaire du niveau de vie n'engendrent pas systématiquement une baisse accélérée du taux de mortalité infantile. Le taux de croissance du revenu par habitant est passé de 8,1 % dans les années 80 à 8,5 % entre 1990 et 2003, assurant à la Chine une avance considérable en matière de réduction de la pauvreté. Le pays a d'ores et déjà atteint les OMD de réduire de moitié le niveau de pauvreté monétaire de 1990. En revanche, des données de l'ONU indiquent que le taux de réduction annuel de l'incidence de la mortalité infantile est passé de 2,3 % dans les années 80 à 1,9 % entre 1990 et 2003.³⁰ Il existe toutefois des variations au sein de cette tendance et l'utilisation d'autres années de référence produirait un résultat différent. Il n'en reste pas moins que ce ralentissement

Figure 1.12 Le revenu ne détermine pas le taux de mortalité néonatale

Taux de mortalité néonatale, en 2003 (pour 1 000 naissances vivantes)



Source : OMS 2004 et Banque mondiale 2005f.

soulève de graves interrogations sur les capacités de la Chine à atteindre les OMD de réduction de la mortalité infantile de deux tiers d'ici à 2015, en dépit des bonnes performances enregistrées pour un grand nombre d'indicateurs de développement humain.³¹

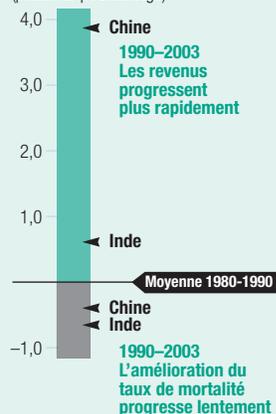
Bien que la mortalité infantile y soit nettement plus élevée qu'en Chine, l'Inde semble suivre une tendance similaire. Une croissance plus rapide peut avoir placé le pays sur la bonne voie pour atteindre les OMD de réduire de moitié la pauvreté. En revanche, l'Inde passe largement à côté de l'objectif de baisse de la mortalité infantile. Le taux de baisse annuel de la mortalité infantile a chuté de 2,9 % dans les années 80 à 2,3 % depuis 1990, ce qui correspond à un cinquième de point de ralentissement. Comme en Chine, le ralentissement s'est produit pendant une période d'accélération de la croissance économique.

Les évolutions en Inde et en Chine ont des répercussions au niveau mondial. À elle seule, l'Inde compte 2,5 millions de décès infantiles par an, ce qui représente un décès infantile sur cinq dans le monde. La Chine en compte 730.000, plus qu'aucun autre pays à l'exception de l'Inde.

Pourquoi les progrès sont-ils plus lents ? L'une des hypothèses avancées est qu'un ralentissement de la baisse de la mortalité infantile est inévitable. L'amélioration des services de santé publique, par le biais des campagnes de vaccinations notamment, peut produire des gains considérables pour la santé pub-

Figure 1.13 L'accroissement des revenus et l'amélioration des taux de mortalité juvénile divergent en Inde et en Chine

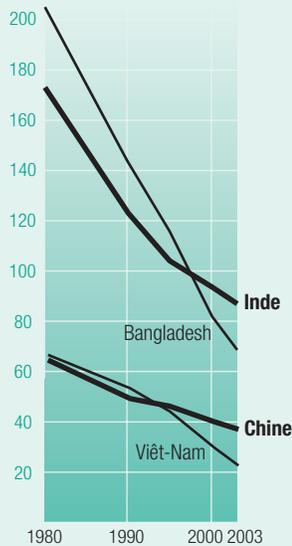
Changement par rapport aux taux de croissance moyens des années 1980 (points de pourcentage)



Source : Calculé à partir des données sur la mortalité, UNICEF 2005e, et des données sur le PIB par habitant (2000 \$ US), Banque mondiale 2005f.

Figure 1.14 La Chine et l'Inde prennent du retard dans le domaine de la mortalité juvénile

Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)



Source : ONU 2005b.

lique, en particulier pour réduire les taux élevés de mortalité. Mais une fois cette étape facile franchie, le plus dur reste à faire. Toujours selon cette hypothèse, le problème affecte surtout les populations plus difficiles d'accès, plus vulnérables et moins à la portée des interventions de politique publique, ce qui provoque une hausse des coûts marginaux liés au sauvetage de vies humaines et un fléchissement des progrès.

Dans le contexte actuel, l'hypothèse précédente de « l'étape facile » manque de crédibilité. Certains pays comme la Malaisie ont accéléré le taux de réduction de la mortalité infantile, d'un niveau pourtant déjà relativement bas. D'autres ont enregistré des progrès rapides à long terme, même en période de croissance faible. En 1980, l'Égypte affichait un taux de mortalité infantile supérieur à celui de l'Éthiopie aujourd'hui. Si le rythme actuel se poursuit, elle pourrait rattraper la Suède d'ici à 2010. L'Égypte a d'ores et déjà atteint les OMD.

Un revenu bas ne constitue par un frein au progrès. Le Vietnam et le Bangladesh ont tous deux

accéléré le rythme de la baisse de la mortalité infantile. De fait, malgré des niveaux de revenu plus faibles et un taux comparable de croissance économique, le Vietnam devance désormais la Chine pour l'amélioration en mortalité infantile et le Bangladesh a pris le pas sur l'Inde (figure 1.14). Ces différences ont de l'importance. Si l'Inde avait progressé au rythme du Bangladesh en termes de mortalité infantile pendant la dernière décennie, 732.000 enfants de moins mourraient cette année. De même, si la Chine avait progressé au rythme du Vietnam, 276.000 vies auraient pu être sauvées. Il est clair que les possibilités de réduction rapide de la mortalité infantile en Inde et en Chine sont loin d'être épuisées.

Pour ces deux pays, l'incidence de la mortalité infantile soulève des questions plus vastes sur la santé publique et la distribution des bénéfices de la mondialisation dans les pays en développement. L'intégration aux marchés mondiaux a manifestement stimulé la création de richesses, généré un dynamisme économique et augmenté le niveau de vie de

Encadré 1.3 Inde : exemple de réussite de la mondialisation et bilan mitigé pour le développement humain

« La lente amélioration de l'état de santé de notre population est l'une de nos grandes préoccupations. Nous n'avons pas suffisamment prêté attention à la santé publique. »¹

L'Inde est considérée par un grand nombre comme un exemple de réussite de la mondialisation. Au cours des deux dernières décennies, le pays est entré dans le peloton de tête de la croissance économique mondiale ; les exportations de hautes technologies sont en plein essor et les consommateurs de la classe moyenne émergente attirent les investisseurs. Comme l'a reconnu en toute sincérité le Premier ministre indien, le bilan en matière de développement humain est moins impressionnant que le bilan de l'intégration mondiale.

L'incidence de la pauvreté monétaire a chuté d'environ 36 % au début des années 90 à 25 - 30 % aujourd'hui. Ces chiffres sont contestés par beaucoup en raison des problèmes avec les données de l'enquête. Mais dans l'ensemble, tout porte à croire que le décollage économique ne s'est pas accompagné d'un déclin spectaculaire de la pauvreté. Le plus inquiétant est le ralentissement de la réduction de la mortalité infantile, car l'Inde est actuellement loin d'atteindre les OMD fixés dans ce domaine.

Si certaines villes du sud de l'Inde sont en pleine expansion technologique, 1 enfant sur 11 meurt dans les cinq premières années de la vie, faute d'interventions peu coûteuses et peu techniques. La malnutrition, qui a très peu diminué au cours de la dernière décennie, affecte la moitié des enfants. Environ 1 fille sur 4 et plus d'1 garçon sur 10 ne vont pas à l'école primaire.

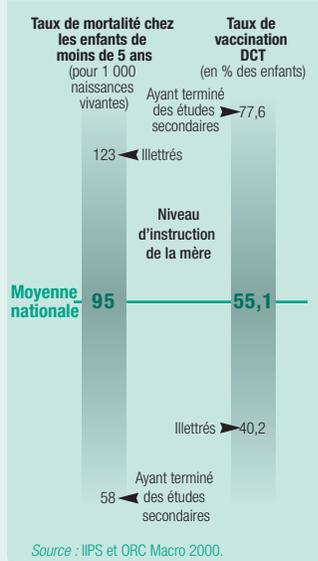
Pourquoi la croissance accélérée du revenu indien n'a-t-elle pas engendré une réduction plus rapide de la pauvreté ? La pauvreté extrême touche principalement les zones rurales des états du nord qui font partie de la ceinture de pauvreté, notamment Bihar, Madhya Pradesh, Uttar Pradesh et Bengale Occidental. En revanche, la croissance du revenu a été plus dynamique dans d'autres états, en zone urbaine et dans le secteur des services. Si la pauvreté rurale a rapidement baissé dans certains états comme Gujarat et Tamil Nadu, les progrès accomplis sont moindres dans les états du nord. À l'échelle nationale, le chômage rural est en hausse, la production agricole augmente à un rythme inférieur à 2 % par an, les salaires agricoles stagnent et la croissance ne génère quasiment pas d'emplois. Chaque 1% de croissance du revenu national a généré trois fois plus

Différences entre les états en Inde

Indicateur	Inde	Kerala	Bihar	Rajasthan	Uttar Pradesh
Pourcentage de la population féminine (%)	48	52	49	48	48
Taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (pour mille naissances vivantes)	95	19	105	115	123
Taux de fertilité totale (naissances par femme)	2,9	2,0	3,5	3,8	4,0
Pourcentage de naissances en présence d'un professionnel de la santé (%)	42	94	23	36	22
Pourcentage d'enfants recevant toutes les vaccinations (%)	42	80	11	17	21

Source : IIPS et ORC Macro 2000.

Les inégalités dans l'éducation mettent un frein au progrès



bituelle. Ces disparités entre les sexes s'expliquent par une préférence générale pour les garçons, en particulier dans les états du nord. Moins bien considérées que leurs frères, les filles sont souvent amenées aux centres de soins à des stades de maladie plus avancés, sont examinées par des médecins moins qualifiés et les dépenses engagées pour leur santé sont moindres. Leur faible statut social et le désavantage éducatif qu'elles subissent ont un impact direct sur leur santé et sur celle de leurs enfants. En Inde, environ un tiers des nouveaux-nés ont une insuffisance pondérale caractéristique d'une santé maternelle médiocre.

Des services de santé publique inadaptés aggravent cette vulnérabilité. Quinze ans après l'introduction de la vaccination infantile universelle, des enquêtes nationales révèlent que seulement 42 % des enfants sont entièrement vaccinés. Le taux de vaccination est le plus bas dans les états où la mortalité infantile est la plus élevée. Le taux de vaccination est inférieur à 20 % au Bihar et dans l'Uttar Pradesh. L'Inde est peut-être un leader mondial en services informatiques, mais lorsqu'il s'agit de services élémentaires de vaccinations pour les enfants des régions rurales pauvres, les résultats sont moins impressionnants.

L'inégalité entre les sexes est l'une des entraves les plus grandes pour le développement humain. L'éducation des femmes a sa propre importance mais est aussi étroitement associée à la mortalité infantile. est l'un des moyens les plus puissants pour lutter contre la mortalité infantile. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dont la mère est analphabète est plus du double de celui des enfants dont la mère a suivi une scolarité primaire complète (voir figure). Les mères mieux éduquées ont moins tendance à être sous-alimentées et utilisent plus souvent les services de soins de base. Elles ont moins d'enfants à un âge plus avancé et espacent davantage les grossesses, autant de facteurs qui favorisent la survie infantile. En Inde, les inégalités en matière éducative privent non seulement les filles d'un droit fondamental, mais se traduisent également par un taux de mortalité infantile supérieur.

1. BBC News 2005a.

Source : BBC News 2005a ; Cassen, Visaria et Dyson 2004 ; Kijima et Lanjouw 2003 ; Joshi 2004 ; Dev 2002 ; Drèze et Murthi 2001.

d'emplois dans les années 80 que dans les années 90.

Le problème le plus grave auquel l'Inde est confrontée est l'héritage qu'elle laisse en matière de développement humain. En particulier, les inégalités omniprésentes entre les sexes, la pauvreté rurale et les disparités entre les états empêchent la croissance de porter ses fruits sur le plan du développement humain.

L'inégalité la plus frappante entre les sexes est peut-être révélée par un simple fait : les filles âgées de 1 à 5 ans ont 50 % de plus de risques de mourir que les garçons. Cela correspond à un « déficit » de 130.000 filles. Les taux de mortalité féminine demeurent plus élevés que les taux de mortalité masculine jusqu'à l'âge de 30 ans, ce qui inverse la tendance démographique ha-

Les disparités entre les états vont de pair avec les inégalités entre les sexes et les revenus (voir tableau). Plus de la moitié des décès infantiles ont lieu dans quatre états : Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan et Uttar Pradesh (see figure). Ces états sont également marqués par les inégalités entre les sexes les plus profondes en Inde. Le contraste avec le Kerala est frappant. Les filles nées au Kerala ont cinq fois plus de chances d'atteindre l'âge de cinq ans et deux fois plus de chances de savoir lire et écrire que les filles nées dans l'Uttar Pradesh. Elles ont aussi une espérance de vie de 20 ans de plus. Ces disparités sont dues à l'insuffisance chronique des services de soins dans les états du nord à forte mortalité, elle-même liée à la non-responsabilisation au sein des structures de gouvernance de l'État.

Pour tirer parti de la réussite économique et faire progresser le développement humain, les responsables devront mener des politiques publiques ciblées visant à amplifier la distribution des bénéfices de la croissance et de l'intégration mondiale, un accroissement des investissements publics dans les zones rurales et dans le secteur des services et, surtout, une volonté politique de mettre fin à la mauvaise gouvernance et de s'attaquer aux véritables causes de l'inégalité entre les sexes.

Des signes encourageants apparaissent, qui témoignent de l'émergence de cette volonté politique. En 2005, le gouvernement indien a lancé une « Mission de santé rurale nationale » d'un montant de 1,5 milliard de dollars. Le projet concerne quelque 300.000 villages, situés essentiellement dans les états les plus pauvres du nord et du nord-est. Des engagements ont été pris pour accroître les dépenses de santé publique de 0,9 % à 2,3 % du revenu national. Les dépenses éducatives ont également augmenté. Dans le souci de créer les conditions d'une accélération de la croissance rurale et de la réduction de la pauvreté, des programmes d'investissement public ambitieux ont été mis en place afin de développer les infrastructures rurales, notamment la fourniture d'eau potable et les routes.

L'accroissement des engagements financiers n'aura d'impact que si les efforts portent davantage sur l'obtention de résultats et sur des mesures destinées à améliorer la qualité des services publics. Les exemples d'innovation en la matière ne manquent pas. Des états comme l'Himachel Pradesh et le Tamil Nadu ont réalisé des progrès rapides et durables dans le domaine éducatif, non par une simple augmentation de budget, mais plutôt par la responsabilisation des fournisseurs de services et par des mesures incitatives comme les repas et livres scolaires gratuits et des bourses, et visant à accroître la participation des ménages pauvres.

À l'heure actuelle, l'immense défi est de surmonter des décennies de sous-investissement dans le développement humain et d'inégalités profondément enracinées. Une forte volonté politique sera nécessaire pour être à la hauteur de ce défi. Une absence de volonté politique et un échec de l'égalité des chances pour tous en matière de santé et d'éducation, indépendamment du niveau de vie et du sexe, finiront par peser sur l'avenir de l'Inde dans l'économie mondiale.

Les risques de mortalité liés aux grossesses vont de 1 sur 18 au Nigéria à 1 sur 8.700 au Canada

millions de Chinois et d'Indiens. Parallèlement, des pans entiers de la société ne bénéficient qu'au compte-gouttes des fruits de la réussite économique en termes de développement humain et l'effet de diffusion semble se ralentir dans des domaines clés de la santé publique.

Pour que cette situation évolue, des politiques publiques centrées sur les inégalités profondes entre les riches et les pauvres, entre les hommes et les femmes et entre les régions prospères et moins prospères seront nécessaires. Ces inégalités sont ancrées dans des différences de pouvoir et perpétuées par les choix de politique publique. Si l'Inde faisait preuve du même dynamisme et du même esprit d'innovation dans la gestion des inégalités en matière de soins que sur les marchés mondiaux de la technologie, elle serait rapidement capable d'atteindre les OMD. Des signes encourageants indiquent que les politiques publiques vont désormais dans la bonne direction. Au cours de l'année 2005, l'annonce de nouveaux programmes ambitieux destinés à refondre le système de santé et à étendre les services de soins aux régions pauvres a semblé marquer une nouvelle orientation politique. La réussite économique a augmenté les ressources financières disponibles pour ces programmes et certains états ont montré que des progrès rapides sont possibles. Le défi consiste à veiller à ce que des réformes efficaces soient instaurées dans les états et les régions particulièrement touchés par l'insuffisance du développement humain (encadré 1.3).

La mortalité infantile est étroitement liée à la mortalité maternelle. Plus de 15 ans après le lancement par les gouvernements du monde d'une « Initiative pour une maternité sans risques », environ 530.000 femmes meurent chaque année durant la grossesse ou l'accouchement. Ce chiffre n'est pourtant que la partie émergée de l'iceberg. Chaque année, au moins 8 millions de femmes souffrent pendant la grossesse ou l'accouchement de complications sévères qui menacent gravement leur santé. Comme pour la mortalité infantile, la grande majorité des décès ont lieu dans les pays en développement. L'Asie du Sud (dont le taux de mortalité maternelle est de 540 décès pour 100.000 naissances vivantes) et l'Afrique subsaharienne (dont le taux de mortalité maternelle est de 920 décès pour 100.000 naissances vivantes) représentent 75 % du nombre total de décès maternels. Les risques de mortalité liés aux grossesses vont de 1 sur 18 au Nigéria à 1 sur 8.700 au Canada. Comme pour la mortalité

infantile, la plupart des décès sont évitables : les trois quarts environ pourraient être évités grâce à des interventions peu coûteuses. Cependant, le niveau général de la mortalité maternelle a peu évolué au cours de la dernière décennie, en particulier dans la grande majorité des pays où le nombre de décès est le plus élevé. Les sous-déclarations et les erreurs de déclaration sur les décès en couches par les autorités de santé compliquent les comparaisons entre pays et l'analyse précise des tendances (encadré 5 des *Notes sur les statistiques*). Néanmoins, les indicateurs indirects, tels que le taux de fécondité et l'état de présence du personnel de soins qualifié, donnent à penser que le déclin annuel de la mortalité est de plus en plus lent.³²

La santé infantile et la santé maternelle font office de baromètres dans d'autres domaines du développement humain, tels que l'état de la santé publique, la situation nutritionnelle et l'émancipation des femmes, entre autres. Les échecs des services de santé publique sont manifestes quand on sait qu'environ 6 millions d'enfants pourraient être sauvés chaque année par des interventions simples et peu coûteuses (encadré 1.4). La rougeole est responsable d'un demi million de décès par an. La diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT) font un demi million de victimes chaque année. Quasiment tous ces décès pourraient être évités par la vaccination.³³ Cependant, 37 millions d'enfants dans le monde n'ont pas reçu le vaccin DCT et les progrès en matière de vaccination sont au point mort dans de nombreux pays en développement, et notamment parmi les pauvres. Moins de 50 % des enfants vivant dans des foyers sous le seuil international de la pauvreté, dont le revenu est inférieur à un dollar par jour, sont vaccinés.³⁴ Trois enfants meurent du paludisme toutes les deux minutes en Afrique seulement.³⁵ Un grand nombre de ces décès pourrait être évité avec une simple moustiquaire imprégnée d'insecticide. Moins de 2 % des enfants vivant dans des régions infestées par le paludisme dorment dans des lits équipés d'une moustiquaire.³⁶ Or, le coût moyen d'une moustiquaire est de 3 dollars, un investissement minime, semble-t-il, pour la prévention d'une maladie qui tue plus d'un million de personnes par an et entraîne la mort d'un enfant sur quatre en Afrique. La communauté internationale et les gouvernements nationaux répugnent toutefois à se lancer dans cet investissement. Les dépenses de lutte contre le paludisme par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme s'élèvent à 450

Encadré 1.4

Sauver 6 millions de vies : un objectif réalisable et abordable

La plupart des décès infantiles pourraient être évités. Alors qu'une croissance économique accélérée devrait réduire les taux de mortalité, ces derniers sont plus élevés qu'ils ne le devraient, d'une part à cause de la sous-utilisation inacceptable d'interventions peu coûteuses et techniquement simples et d'autre part à cause de la non-résolution des problèmes structurels à l'origine de la pauvreté et de l'inégalité.

Une étude horizontale des pays publiée dans le *Lancet* en 2003 a identifié 23 interventions ayant l'impact le plus significatif sur la mortalité infantile. Ces interventions (15 préventives et 8 curatives) vont de la réhydratation orale aux médicaments et moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme, en passant par les soins anténatals et obstétriques. La plupart des interventions peuvent être réalisées à faible coût par du personnel de santé qualifié et les communautés locales. À partir des données de l'année 2000 et en supposant la prise en charge à 100 % de ces interventions, les auteurs de l'étude ont conclu qu'environ deux décès infantiles sur trois (est 6 millions) auraient pu être évités.

Ce constat met en évidence les efforts considérables nécessaires pour résoudre l'un des plus graves problèmes de développement humain auquel soit confrontée la communauté internationale. Les maladies transmissibles et les infections systémiques telles que la pneumonie, la septicémie, la diarrhée et le tétanos, sont à l'origine de deux décès infantiles sur trois, presque tous évitables. Les quelque 2,5 millions de décès provenant de diarrhée et de pneumonie pourraient être considérablement réduits par des interventions simples prises en charge localement par des agences gouvernementales. Les priorités d'intervention varient en fonction des pays, et il n'existe pas de solution unique. Mais les principaux problèmes sont la faible prise en charge des services, les inégalités considérables dues à la pauvreté et la non-prise en compte de la mortalité néonatale dans les politiques de santé publique.

Plusieurs idées reçues renforcent le sentiment que les OMD de réduction des deux tiers de la mortalité infantile pourraient être inaccessibles. Parmi les plus courantes :

- *Idée reçue n°1* : un déclin rapide est inabordable. Faux. Certes, certains pays sont confrontés à des difficultés financières majeures, d'où la nécessité d'accroître l'aide qui leur est accordée. Néanmoins, la mortalité infantile est un domaine dans lequel des investissements modestes suffisent à donner de très bons résultats. Une récente étude horizontale sur la mortalité néonatale identifie un ensemble d'interventions susceptibles de réduire les taux de mortalité de 59 % et de sauver 2,3 millions de vies dans 75 pays à forte mortalité néonatale si elles étaient prises en charge à 90 %. Le coût total représente 4 milliards de dollars, soit deux jours de dépenses militaires dans les pays développés.
- *Idée reçue n°2* : les interventions très techniques, telles que les soins intensifs, sont la clé du succès. Faux. La Suède à la fin du XIXe siècle et le Royaume-Uni après 1945 ont tous deux enregistré un déclin rapide de la mortalité néonatale suite à l'introduction des soins anténatals gratuits, à la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement et à la disponibilité accrue des antibiotiques. Des pays en développement comme la Malaisie et le Sri Lanka sont eux aussi parvenus à faire

baisser radicalement le taux de décès néonataux grâce à la formation de personnel de santé et de sages-femmes, et le financement public des services ont permis la réalisation d'interventions simples, à domicile et à l'échelle locale.

- *Idée reçue n°3* : les pays pauvres ne disposent pas des capacités institutionnelles pour améliorer leur situation. Faux. Les institutions ont leur importance, mais de nombreux pays pauvres ont rapidement progressé en faisant preuve de créativité au niveau des structures institutionnelles. L'Égypte connaît l'une des baisses du taux de mortalité infantile les plus rapides du monde depuis 1980. Le Bangladesh, le Honduras, le Nicaragua et le Vietnam ont également progressé rapidement. Dans chaque cas, des programmes décentralisés à l'échelle locale ont intégré des programmes de santé infantile et maternelle (vaccination, traitement contre la diarrhée et soins anténatals notamment) à la fourniture de services de santé. Ils ont également investi dans la formation de personnel de santé et de sages-femmes et dans la prise en charge des populations vulnérables. Même les pays peu avancés dans ce domaine ne sont pas sans démontrer un potentiel d'amélioration. Dans l'État indien du Maharashtra, un projet pilote de trois ans portant sur 39 villages de cette région a développé les programmes de soins anténatals par le biais des services de soins à domicile et des interventions cliniques simples coûtant 5 dollars aux personnes bénéficiant d'une couverture. Le taux de mortalité infantile est passé de 75 décès pour 1.000 naissances viables au début du projet (1993 - 1995) à 39 trois ans plus tard. Le taux de mortalité dans une région voisine a diminué quelque peu, passant de 77 à 75 décès pour 1.000 naissances vivantes pendant la même période.

Le potentiel de progrès rapides reflète le vaste déficit au niveau des services actuels.

En Afrique subsaharienne, moins de 40 % des femmes accouchent avec l'assistance de personnel qualifié et en Asie du Sud, elles sont moins de 30 % à le faire. Chaque année, plus de 60 millions de femmes accouchent sans l'assistance de personnel qualifié. L'inégalité en matière d'utilisation des services (abordée plus en détail au chapitre 2) aggrave la vulnérabilité. Les femmes les plus pauvres ont plus de risques d'être sous-alimentées et font moins appel aux services, parce qu'ils sont inexistantes, inabordable ou inadaptes. Au-delà de la fourniture de services, de profondes inégalités entre les sexes exacerbent le problème. Des estimations suggèrent que l'espacement des naissances pourrait réduire les taux de mortalité de 20 % en Inde et de 10% au Nigéria, pays dont les taux de mortalité néonatale sont les plus élevés. La maîtrise insuffisante de la fécondité qui est liée au déséquilibre du rapport de force au sein des ménages comme dans la société est au cœur du problème.

Les véritables obstacles à la baisse de la mortalité infantile ne sont pas de nature institutionnelle ni financière, bien que des contraintes existent dans ces deux domaines. La médiocrité des services fournis et la pénurie de fonds chronique sont des questions à régler. Parallèlement, les stratégies de réduction de la pauvreté doivent être davantage axées sur les causes structurelles de la mortalité élevée, relatives au faible statut des femmes, aux inégalités d'accès aux soins et au caractère non prioritaire de la santé infantile et maternelle.

Source : Cousens, Lawn and Zupan 2005; Mills and Shilcutt 2004; Wagstaff and Claeson 2004.

millions de dollar par an seulement.³⁷

Certains facteurs dans des domaines autres que la santé sont tout aussi importants. Louis Pasteur écrivait : « Le microbe n'est rien, le terrain est tout. »³⁸ La pauvreté, les inégalités des forces, et l'incapacité à y remédier, constituent le terrain de la mortalité infantile

et maternelle. La malnutrition des mères contribue dans une large mesure aux décès néonataux. La moitié des enfants de moins de 5 ans meurent de causes associées à la malnutrition. Les enfants pauvres et sous-alimentés ont davantage de risques de tomber malades et sont moins aptes à résister aux maladies infantiles. On

À l'inverse, l'Afrique subsaharienne a enregistré un accroissement de la population vivant avec moins d'un dollar par jour : près de 100 millions de personnes de plus en 2001 qu'en 1990

estime qu'environ 3.900 enfants meurent chaque jour de maladies transmises par de l'eau insalubre ou dues au manque d'hygiène.³⁹ Ces obstacles au progrès en raison de la pauvreté sont étroitement liés à l'inégalité des sexes et à la médiocrité de la condition féminine. Dans un grand nombre de pays en développement, en particulier en Asie du Sud, les femmes n'ont pas la possibilité de réclamer le droit d'accès aux ressources nutritionnelles et aux soins, ce qui les expose, ainsi que leurs enfants, à un risque accru de mortalité.⁴⁰

Si la mortalité infantile est l'indicateur le plus extrême de l'inégalité des chances de survie, les disparités entre les riches et les pauvres attirent l'attention sur un problème plus vaste. La grande majorité des populations des pays riches ont accès aux ressources financières, aux technologies et aux services qui permettent d'éviter la mort ou tout au moins, dans des maladies comme le sida, de la retarder. Inversement, la grande majorité des populations des pays pauvres, et surtout si c'est le lot des pauvres, n'ont pas cette chance. C'est cette inégalité permanente des résultats médicaux qui soulève des questions fondamentales sur l'incapacité des gouvernements de pays riches à développer un patron de mondialisation qui incorpore des mécanismes de redistribution susceptibles de corriger les déséquilibres fondamentaux au niveau des chances de survie.⁴¹

Pauvreté monétaire : ralentissement des progrès dans un monde d'inégalités

Un rapport influent sur la mondialisation révèle que « la vague de pauvreté et d'inégalité qui engloutissait auparavant le monde commence à se retirer ». ⁴² Ce sentiment reflète la croyance répandue qu'en termes

de revenu, l'intégration mondiale a ouvert la porte à une nouvelle ère de convergence. Un sentiment qui s'appuie au mieux sur des faits précaires. La pauvreté est en recul, mais le processus est lent depuis le milieu des années 90. Parallèlement, les inégalités mondiales se maintiennent à des niveaux extraordinairement élevés.

Dans leur ensemble, les deux dernières décennies ont connu l'une des réductions de la pauvreté les plus rapides de l'histoire de l'humanité. Cependant, toute évaluation de l'évolution de la pauvreté monétaire doit prendre en compte les variations importantes entre les régions. La réduction de la pauvreté mondiale est en grande partie due à la réussite extraordinaire de la zone est-asiatique, en particulier de la Chine. À l'inverse, l'Afrique subsaharienne a enregistré un accroissement de la population vivant avec moins d'un dollar par jour : près de 100 millions de personnes de plus en 2001 qu'en 1990. En Asie du Sud, l'incidence de la pauvreté a baissé, mais non le nombre de personnes pauvres. L'Amérique latine et le Moyen-Orient n'ont fait aucun progrès alors que l'Europe centrale et de l'Est et la CEI ont connu une montée en flèche de la pauvreté. Le nombre de personnes vivant avec moins de deux dollars par jour en Europe centrale et de l'Est et dans la CEI est passé de 23 millions, ou 5 % de la population, en 1990 à 93 millions, ou 20 % de la population, en 2001.

Pour reprendre une métaphore militaire, la guerre contre la pauvreté a connu des avancées sur le front Est, essuyé des revers massifs en Afrique subsaharienne et sombré dans un statu quo entre ces deux théâtres d'opérations. Le plus inquiétant pour l'avenir est le ralentissement général des progrès accomplis.

Tableau 1.2 Baisse de la pénurie des salaires, 1981-2001

Proportion de la population vivant avec moins de 1 \$ (PPA \$ US) par jour (en %)

Région	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2001
Asie de l'Est et du Pacifique	56,7	38,8	28,0	29,5	24,9	15,9	15,3	14,3
Europe centrale et Europe de l'Est	0,8	0,6	0,4	0,5	3,7	4,4	6,3	3,5
Amérique latine et Caraïbes	10,1	12,2	11,3	11,6	11,8	9,4	10,5	9,9
Moyen-Orient et Afrique du Nord	5,1	3,8	3,2	2,3	1,6	2,0	2,7	2,4
Asie du Sud	51,5	46,8	45,0	41,3	40,1	36,7	32,8	31,9
Afrique subsaharienne	41,6	46,3	46,9	44,5	44,1	46,1	45,7	46,4
Monde	40,4	33,0	28,5	27,9	26,3	22,3	21,5	20,7

Source : Banque mondiale 2005d.

Les plus grandes réussites en matière de réduction de la pauvreté ces deux dernières décennies ont eu lieu dans les années 80 et durant la première moitié des années 1990 (tableau 1.2). Depuis le milieu des années 1990, la pauvreté mesurée par le seuil d'un dollar par jour a baissé cinq fois plus lentement qu'entre 1980 et 1996. Pourtant, la croissance moyenne des pays en développement a décollé dans les années 90 et plus que doublé par rapport au taux de croissance par habitant de la décennie précédente. En Chine, le rythme auquel la croissance induit une réduction de la pauvreté a chuté brutalement. Entre 1990 et 2001, l'incidence de la pauvreté mesurée par le seuil d'un dollar par jour a baissé de 50 %, 130 millions de personnes de moins vivant sous ce seuil. Néanmoins, plus de 90 % de ce recul a eu lieu entre 1990 et 1996.

Le taux de progression de la réduction de la pauvreté monétaire est fonction de deux facteurs : la croissance économique et la participation de tout supplément de croissance effectué par les pauvres. Aucun pays affecté par une stagnation économique n'est parvenu à réduire la pauvreté monétaire. En Asie de l'Est,

la croissance élevée a joué un rôle clé dans la réduction de la pauvreté monétaire. Plus récemment, le décollage économique de l'Inde a ouvert des perspectives d'accélération de la réduction de la pauvreté. Avec un taux de croissance annuel par habitant de 4 % depuis 1980, les revenus doublent tous les 17 ans. Pendant les deux décennies avant 1980, le taux de croissance annuel par habitant en Inde n'était que de 1 % et il a fallu 66 ans pour que les revenus doublent.

Dans d'autres régions, le tableau de la croissance est moins encourageant. Les revenus moyens en Afrique subsaharienne sont plus bas aujourd'hui qu'en 1990. Ces dernières années, nous avons assisté à des signes de relèvement dans plusieurs pays, notamment le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Ghana, le Mozambique et la Tanzanie. Ce relèvement doit toutefois être remis en contexte. Au taux de croissance annuel par habitant de 1,2 % enregistré depuis 2000, il faudra attendre jusqu'en 2012 pour que l'Afrique subsaharienne puisse rétablir les revenus moyens à leurs niveaux de 1980. Dans les pays de l'ancienne URSS, la transition s'est accompagnée de l'une des plus graves récessions

Tableau 1.3 Lignes d'accroissement des revenus

Taux de croissance du PIB annuel par habitant, 1990-2003 (en %)

Région	Négatif	0 % - 1 %	1 % - 2 %	Plus de 2 %
États arabes				
Pays	5	4	2	5
Population (en millions)	34	70	19	139
Amérique latine et Caraïbes				
Pays	4	1	3	13
Population (en millions)	3	6	81	1 814
Amérique latine et Caraïbes				
Pays	4	8	9	12
Population (en millions)	43	74	345	79
Asie du Sud				
Pays	0	0	1	7
Population (en millions)	0	0	152	1 324
Afrique subsaharienne				
Pays	18	8	8	11
Population (en millions)	319	108	171	76
Europe centrale et Europe de l'Est et la CEI				
Pays	10	5	1	11
Population (en millions)	253	58	10	85
Pays à revenus élevés de l'OCDE^a				
Pays	0	2	6	15
Population (en millions)	0	135	224	510
Monde				
Pays	41	28	32	76
Population (en millions)	653	450	1 081	4 030

a. Ne comprend pas la Corée du Sud, qui est incluse dans l'Asie de l'Est et du Pacifique.

Source : Tableaux d'indicateurs 5 et 14.

Encadré 1.5

Effet « coupe de champagne » : la distribution du revenu mondial

La création d'un modèle de distribution du revenu mondial à partir d'enquêtes nationales sur les dépenses des ménages révèle l'ampleur des inégalités dans le monde. Elle permet également d'identifier une classe défavorisée planétaire qui vit avec moins de deux dollars par jour et de comparer sa situation à celle d'autres populations au sommet de l'échelle de distribution du revenu mondial.

À l'échelle d'un pays, le monde aurait un revenu moyen à parité des pouvoirs d'achat de 5.533 dollars et un revenu médian de 1.700 dollars en 2000. L'écart entre les revenus moyen et médian indique une concentration du revenu au sommet de l'échelle de distribution. En d'autres termes, 80 % de la population mondiale a un revenu inférieur au revenu moyen. Par ailleurs, le revenu moyen des 20 % les plus riches est environ 50 fois plus élevé que le revenu moyen des 20 % des plus pauvres.

La distribution du revenu mondial s'apparente à une coupe de champagne (voir figure 1.16 dans le texte). Au sommet évasé, les 20 % les plus riches détiennent les trois quarts du revenu mondial total. À la base, partie la plus étroite, les 40 % les plus pauvres détiennent seulement 5 % du revenu mondial et les 20 % les plus pauvres en détiennent à peine 1,5 %. Les 40 % les plus pauvres correspondent plus ou moins aux deux milliards de personnes dont le revenu est inférieur à deux dollars par jour.

Comment la composition régionale des 20 % les plus pauvres a-t-elle changé avec le temps ? La part de l'Asie du Sud a baissé nettement, d'une moitié en 1980 à un tiers aujourd'hui. Le reflet de deux décennies de revenu moyen en déclin, l'Afrique subsaharienne représente une part grandissante des 20 % les plus pauvres. Depuis 1980, cette part a plus que doublé, de 15 % à 36 %, et augmente toujours. Un habitant sur deux de l'Afrique subsaharienne se situe maintenant dans les 20 % des plus pauvres de la distribution mondiale, en comparaison avec un habitant sur cinq en Asie Orientale et un sur quatre en Asie du Sud.

Sans surprise, les 20 % les plus fortunés vivent en grande majorité dans les pays riches. Neuf habitants de ces pays sur dix comptent parmi les 20 % les plus riches. 85 % du revenu du décile le plus riche est détenu dans les pays de l'OCDE (Organisation de développement et de coopération économiques).

La distribution du revenu mondial souligne également l'extraordinaire niveau d'inégalité qui règne en Amérique latine. Un quart de la population de cette région possède un revenu qui place ces personnes parmi les 20 % les plus riches, tandis que plus de 8 % figurent parmi les 20 % les plus pauvres.

Source : Dikhanov 2005.

Glissement des parts des plus pauvres au monde

Distribution régionale des 20 % les plus pauvres en revenus (en %)



Source : Dikhanov 2005.

depuis la Grande Dépression des années 30. Malgré une croissance positive au cours des quelques dernières années, les revenus sont, à peu d'exceptions près, plus bas qu'il y a 15 ans. Depuis 1990, les revenus réels par habitant ont chuté de plus de 10 % au Kirghizstan, en Russie et en Ukraine et de 40 % ou plus en Georgie, en Moldavie et au Tadjikistan. En Russie, 10 % de la population vit avec moins de deux dollars par jour, et 25 % vivent sous le seuil de subsistance national. La majeure partie des pays du Moyen-Orient et de l'Amérique latine n'a connu qu'une hausse marginale du revenu moyen.

Ces chiffres soulignent l'expérience mitigée des pays en termes de croissance économique. Tandis que l'intégration mondiale a été associée à une croissance accélérée pour certains pays, les patrons actuels de croissance restent incompatibles avec la réalisation des

OMD. En moyenne, la croissance doit être de 1 à 2 % par habitant par an pour que la pauvreté soit réduite de moitié sur une période de 25 ans, conformément aux OMD. Entre 1990 et 2003, plus d'un milliard de personnes vivaient dans des pays dont la croissance était inférieure à ce chiffre, dont environ la moitié en Afrique subsaharienne (tableau 1.3). Quinze pays d'Europe centrale et de l'Est ont également affiché des taux de croissance par habitant inférieurs à 1 % durant cette période. Néanmoins, les tendances des récentes années sont plus encourageantes, une reprise économique solide accélérant la réduction de la pauvreté. La Russie et l'Ukraine affichent des taux de croissance de l'ordre de 6 à 9 % depuis 2000. Ils sont, par exemple, de 9 à 13 % en Arménie, en Azerbaïdjan, et au Tadjikistan. Dans le cas de la Russie, les niveaux de pauvreté ont baissé de moitié entre 1999 et 2002,

30 millions de personnes échappant à ce sort.

La stagnation économique est l'une des caractéristiques répandues de la mondialisation : au cours des années 90, 25 pays d'Afrique subsaharienne et dix pays d'Amérique latine ont connu une longue période de stagnation économique.⁴³ La volatilité liée aux crises sur les marchés financiers est un problème récurrent qui influe sur les niveaux de pauvreté.⁴⁴ Deux ans après la crise financière de 1998 en Russie, 30 millions de personnes sont tombées sous le seuil de la pauvreté. En Argentine, la population vivant sous le seuil de pauvreté extrême a plus que triplé entre 2000 et 2003, soulignant une fois de plus la leçon à tirer de la crise financière est-asiatique de 1997 : l'intégration aux marchés financiers mondiaux s'effectue au prix de risques considérables pour le développement humain.⁴⁵

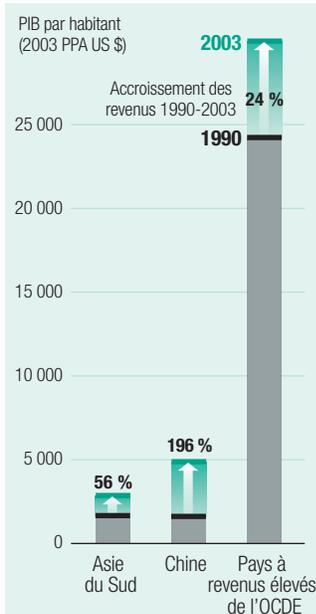
L'inégalité et la part des pays pauvres de l'augmentation de la richesse mondiale

La mondialisation a donné naissance à un débat prolongé, parfois animé, sur l'évolution de la distribution du revenu mondial, sur le rapport entre cette évolution et la pauvreté et sur la question de savoir si l'intégration aux marchés mondiaux entraîne une convergence ou une divergence des revenus entre les pays riches et les pays pauvres. Les tendances ont leur importance, car la part de richesse mondiale supplémentaire que retirent les pays pauvres a un impact sur le revenu moyen et par conséquent sur les perspectives de réduction de la pauvreté.

La réponse à la question de savoir si les pays pauvres bénéficient d'une grande ou d'une petite part de richesse mondiale supplémentaire dépend largement de la manière dont la question est posée.⁴⁶ Pour la plupart des pays les plus pauvres, une tendance démoralisante s'est poursuivie tout au long de la dernière décennie : non seulement, ils n'ont pu réduire la pauvreté, mais ils prennent de plus en plus de retard sur les pays riches. Mesuré aux extrêmes, le fossé entre le citoyen moyen des pays les plus riches et celui des pays les plus pauvres est immense et continue de s'élargir. En 1990, l'Américain moyen était 38 fois plus riche que le Tanzanien. Aujourd'hui, il est 61 fois plus riche. Le revenu à parité des pouvoirs d'achat dans l'ensemble des pays à bas revenu est treize fois moins élevé que celui des pays à haut revenu.

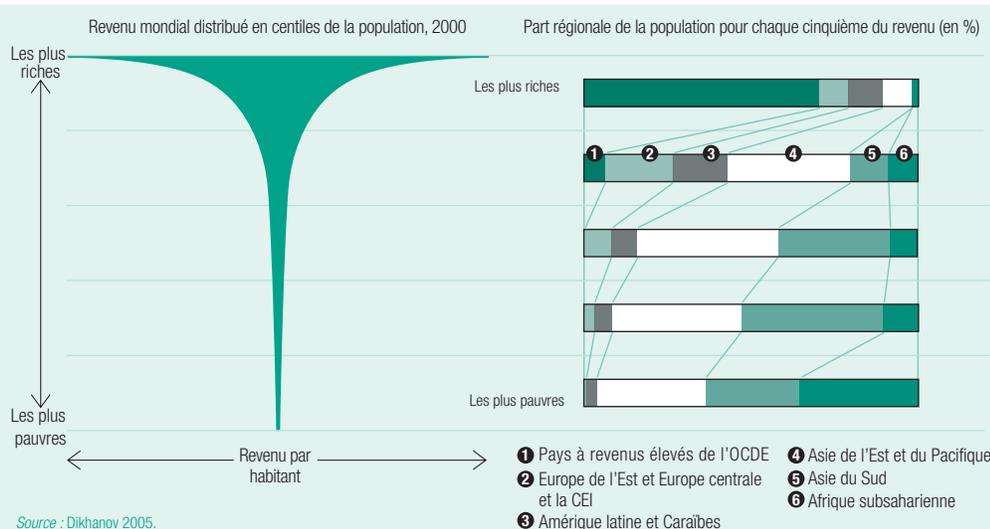
La pondération en fonction de la population offre une autre perspective. Les revenus ayant augmenté plus rapidement en Chine et (de manière moins spectaculaire) en Inde que dans les pays à haut revenu au cours des deux dernières décennies, l'écart moyen se réduit en termes relatifs. Un phénomène qui renverse la tendance à un accroissement de l'inégalité mondiale amorcée dans les années 1820 et qui s'est poursuivie jusqu'en 1992.⁴⁷ Mais dans cette perspective également, il est nécessaire de replacer le concept de convergence en contexte. La croissance élevée de l'Inde a été l'un des moteurs les plus puissants de la convergence. Pourtant, même avec un taux de croissance équivalent à celui enregistré entre 2000 et 2005, l'Inde ne rattrapera les pays à haut revenu qu'en 2106. Pour les autres pays et régions, les perspectives de convergence sont

Figure 1.15 Convergence de la croissance—et convergence du revenu absolu



Source : Calculé à partir des données sur le PIB par habitant, Banque mondiale 2005f.

Figure 1.16 Où se trouve l'argent



Source : Dikhanov 2005.

Se porter défenseur de la mondialisation tout en tournant un œil aveugle envers les préoccupations concernant l'égalité à l'échelle mondiale est une approche de plus en plus anachronique

encore plus limitées. Si les pays à haut revenu interrompaient leur croissance aujourd'hui et que l'Amérique latine et l'Afrique subsaharienne poursuivaient leur rythme de croissance actuel, l'Amérique latine devrait attendre jusqu'en 2177 et l'Afrique jusqu'en 2236 pour rattraper le retard.

La plupart des régions en développement prennent du retard et ne parviennent pas à rattraper les pays riches. En outre, la convergence est un concept relatif. Si les inégalités de revenu absolu entre les pays riches et les pays pauvres s'accroissent, même lorsque les pays en développement ont un taux de croissance plus élevé, c'est précisément parce que les écarts de revenu initiaux sont si importants (figure 1.15). Si les revenus moyens augmentent de 3 % en Afrique subsaharienne et dans les pays européens à haut revenu, la hausse absolue sera de 51 dollars de plus par personne en Afrique et de 854 dollars par personne en Europe.

Une partie du problème que pose le débat sur l'inégalité mondiale est qu'il ignore un point important. L'inégalité des revenus est exceptionnellement élevée, quels que soient le mode de mesure utilisé et le degré d'accroissement ou de baisse. Si l'on suppose que les 500 individus les plus riches cités par le magazine *Forbes* ont (au bas mot) un revenu plafonnant à 5 % de leurs actifs, ce revenu est supérieur à celui combiné des 416 millions de personnes les plus pauvres.⁴⁸

L'ampleur de l'inégalité mondiale est particulièrement bien illustrée par les modèles de distribution du revenu mondial. Ces modèles se fondent sur des données d'enquête nationales auprès des ménages pour créer une distribution unifiée du revenu mondial, où le classement est effectué sans tenir compte du pays de résidence (encadré 1.5). Présentée sous forme graphique, la distribution du revenu mondial ressemble à une coupe à champagne, avec une forte concentration de revenu au sommet et un amincissement vers la base (figure 1.16).⁴⁹ L'écart entre le sommet et la base est immense, beaucoup plus important qu'à l'intérieur même des pays où règnent le plus d'inégalités. Au Brésil, le rapport entre le revenu des 10 % les plus pauvres de la population et les 10 % les plus riches est de 1 sur 94. Pour l'ensemble du monde, le rapport est de 1 sur 103. Mesurée de manière plus systématique par le coefficient Gini, l'unité de comparaison la plus couramment utilisée pour évaluer l'inégalité, le schéma global de distribution est plus inégal que pour n'importe quel pays, à l'exception de la Namibie. Sur une échelle de 0 (égalité parfaite) à 100 (inégalité totale), le coefficient

Gini pour le monde est de 67.

L'inégalité de revenu à l'échelle mondiale s'explique principalement par les inégalités de revenu entre pays (figure 1.17). Celles-ci représentent environ les deux tiers de l'inégalité mondiale, le dernier tiers correspondant aux inégalités à l'intérieur des pays. Reproduit à l'échelle nationale, un tel écart entre les pays riches et les pays pauvres serait considéré comme socialement indéfendable, politiquement insoutenable et économiquement inefficace même dans des régions à fortes disparités, telles que l'Amérique latine. Les inégalités mondiales sont moins apparentes, mais non moins contraaires à l'intérêt général que les inégalités à l'intérieur des pays (cf. chapitre 2 pour plus de détails). Une économie mondiale dans laquelle 40 % de la population vit avec des revenus si bas qu'ils excluent une pleine participation à la création de richesses n'est guère propice au partage de la prospérité et de la croissance.

Au-delà des dysfonctionnements, l'extrême concentration des richesses au sommet de l'échelle de distribution du revenu mondial a une conséquence importante. Même des transferts modestes par rapport au revenu des personnes fortunées généreraient des hausses considérables de revenu pour les personnes pauvres. Sur la base du modèle de distribution du revenu mondial, nous avons réalisé une estimation du financement total nécessaire pour que tous puissent vivre au-dessus du seuil de pauvreté d'un dollar par jour. Le calcul prend donc en compte le niveau de pauvreté ou l'écart entre le revenu d'un foyer et le seuil de pauvreté. Mesuré en termes de parité des pouvoirs d'achat en 2000, le coût de l'éradication de la pauvreté extrême, à savoir le montant nécessaire pour faire passer un milliard de personnes au-dessus du seuil de pauvreté d'un dollar par jour, s'élève à 300 milliards de dollars. En valeur absolue, ce chiffre paraît exorbitant. Néanmoins, il équivaut à moins de 2 % du revenu des 10 % les plus riches de la population mondiale. Ce calcul n'est qu'un exemple destiné à donner une idée du peu de ressources financières nécessaires, à l'échelle mondiale, pour mettre fin à la pauvreté extrême. Parvenir à une redistribution durable au lieu d'en décrire les avantages potentiels, est autrement plus complexe. Les parts de revenu mondial sont le reflet des tendances de la croissance passée et présente. En réalité, les inégalités mondiales, comme nationales, renvoient aux disparités en matière de technologie, de capital humain et d'investissements, et à des facteurs liés à

la géographie, à l'histoire et, cruciallement au pouvoir politique et économique. La réparation des résultats inégaux requiert des mesures qui réduiront ces inégalités plus profondes en structure qu'elles reflètent.

Certaines personnes estiment que les responsables politiques n'ont aucun intérêt à tenir compte des inégalités qui transcendent les frontières nationales. La distribution du revenu et de l'opportunité entre les pays, comme on dit, n'est pas une question relevant de la politique des pouvoirs publics. Dans cet ordre d'idée, un commentateur prétend que « les comparaisons entre pays, quelle que soit l'unité de mesure utilisée, ne sont que de la propagande informationnelle inutile ».⁵⁰ Dans une communauté internationale à l'interaction et à l'interdépendance croissantes, de telles opinions sont en contraste tant avec la perspective du public qu'avec les réalités politiques. Si nous formons partie d'une communauté humaine mondiale, les préoccupations morales relatives aux inégalités inacceptables ne sauraient être confinées aux frontières nationales. C'est surtout le cas lorsque les mesures adoptées dans un pays ont des répercussions dans un autre. Comme le démontre amplement la croissance des coalitions pour la justice dans le monde sur des questions comme l'assistance, le commerce et la dette, la distribution internationale a de l'importance pour la majorité des peuples, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres. Se porter défenseur de la mondialisation tout en tournant un œil aveugle envers les préoccupations concernant l'égalité à l'échelle mondiale est une approche

de plus en plus anachronique envers les défis auxquels doit s'affronter la communauté internationale.

Il est quelquefois avancé que, même si l'on donne de l'importance à l'inégalité mondiale, les gouvernements n'ont pas la capacité d'influencer les résultats concernant les distributions. Cette opinion est également déficiente. Dans une économie nationale, les gouvernements qui recherchent une distribution plus équitable des richesses ont à leur disposition un éventail d'instruments de politique, parmi lesquels les transferts fiscaux, les dépenses publiques visant à augmenter les ressources des pauvres et les mesures destinées à accroître les débouchés commerciaux. L'investissement public joue un rôle crucial, non seulement pour compenser les handicaps immédiats, mais aussi et surtout pour donner aux individus les moyens de sortir de la pauvreté par leur travail et d'accroître leur autonomie. Il existe des analogies à l'échelle mondiale. L'aide internationale est l'équivalent d'un mécanisme de redistribution par transfert fiscal, capable d'instiguer un changement dynamique, notamment par le biais d'investissements dans les secteurs de la santé et de l'éducation et dans les infrastructures. De même, les pratiques commerciales internationales peuvent ouvrir (ou fermer) des opportunités pour les pays pauvres et leurs citoyens qui cherchent à obtenir une plus grande part du gâteau économique. Le problème est que, comme nous le montrons dans les chapitres 3 et 4, ces mécanismes de redistribution sont considérablement sous-développés.

Scénario 2015 : perspectives concernant les objectifs du Millénaire pour le développement

Il y a quarante-deux ans, sur les marches du Lincoln Memorial à Washington, D.C., Martin Luther King, Jr. prononçait le discours fondateur du mouvement de défense des droits civils. Qualifiant la constitution américaine de « billet à l'ordre de chacun », garantissant la liberté et la justice sociale pour tous, il accusa les gouvernements successifs d'avoir donné aux Afro-américains « un chèque qui revient marqué sans provisions ». Il continua en ses termes : « Mais nous ne saurons croire que la banque de la justice a fait faillite. Nous ne saurons croire qu'il n'y a plus suffisamment de provisions dans les grands coffres d'opportunités nationaux. »⁵¹

Les OMD peuvent également être considérés comme un billet à ordre. Rédigé par 189 gouvernements à l'intention des populations pauvres de notre monde, ce billet arrivera à échéance dans 10 ans. Sans investissement en volonté politique ni en capital financier dès à présent, il reviendra aussi marqué « sans provisions ». Au-delà des coûts humains immédiats, la perspective d'un manquement d'une telle ampleur aura des conséquences sur la crédibilité des gouvernements qui se sont engagés et sur l'avenir de la coopération internationale pour la résolution des problèmes d'envergure mondiale.

Si des promesses solennelles, des engagements ambitieux, une volonté sincère et des conférences à haut niveau pouvaient tirer la population de la pauvreté, scolariser tous les enfants et réduire la mortalité infantile, il y a longtemps que les OMD auraient été atteints

Le développement humain ne saurait toutefois se limiter aux OMD. Néanmoins, les progrès accomplis en direction de ces reflètent les progrès en matière de développement humain. En effet, les OMD représentent l'arsenal le plus complet et le plus détaillé jamais adopté en matière d'objectifs de développement humain (encadré 1.6). Ils incluent des indicateurs de base du développement humain dans toutes ses dimensions, notamment la pauvreté monétaire, l'éducation, l'égalité des sexes, la lutte contre les maladies infectieuses et l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement. Les OMD sont également des droits de l'homme fondamentaux. Si des statistiques telles que le revenu national brut mondial, la valeur commerciale et l'ampleur des investissements étrangers sont des indicateurs de la capacité mondiale de création de richesses, les OMD fournissent un point de repère essentiel : ils sont les fondements moraux et éthiques de nos interactions en tant que communauté

internationale. C'est pourquoi, comme le dit le rapport du Projet du Millénaire de l'ONU, « les objectifs du Millénaire pour le développement sont trop importants pour qu'ils échouent. »⁵²

Mais ils échoueront à moins d'accélérer le processus de développement humain. La poursuite des tendances décrites plus haut aura des conséquences néfastes pour les OMD. Presque tous les objectifs manqueront d'être atteints par la plupart des pays, certains seront même à mille lieues de l'être. Dans cette partie, nous utilisons les projections de chaque pays pour estimer la distance qui reste à parcourir. Ces projections soulignent les coûts potentiels associés à la poursuite des pratiques habituelles d'ici à 2015.

Ce n'est pas la première fois que la communauté internationale se fixe des objectifs ambitieux. Si des promesses solennelles, des engagements ambitieux, une volonté sincère et des conférences à haut niveau pouvaient tirer la population de la pauvreté, scolariser tous les enfants et réduire la mortalité infantile, il y a longtemps que les OMD auraient été atteints. À l'heure actuelle, la monnaie des engagements pris par la communauté internationale est si dépréciée par leur non-respect qu'elle a perdu de sa valeur aux yeux du plus grand nombre. La réévaluation de cette monnaie est d'une importance capitale, non seulement pour la réalisation des OMD, mais également pour l'instauration d'une confiance dans le multilatéralisme et de la coopération internationale, les bases jumelées en vue d'un renforcement de la paix et de la sécurité internationales.

Scénario 2015 : des projections et non des prédictions

« Les valeurs boursières ont atteint un plafond durable », a déclaré Irving Fischer, professeur d'économie à Yale University, à la veille de la Grande Dépression, en octobre 1929. Une déclaration démentie par les événements qui se déroulèrent quelques jours plus tard. En effet, prédire l'avenir est un exercice périlleux. Les développements futurs sont rarement une continuation des tendances passées.

Nos projections pour 2015 ne sont pas des prédictions. Une analyse de tendances pour 1990 - 2003 nous permet de formuler des conjectures sur l'état du monde en 2015 si les tendances actuelles en ce qui concerne les principaux OMD se poursuivent. Ces projections ne sont pas fondées sur des moyennes régionales,

Encadré 1.6 Les objectifs du Millénaire pour le développement

En septembre 2005, l'Assemblée générale des Nations Unies passera en revue les progrès accomplis depuis la Déclaration du Millénaire de 2000, en particulier l'état d'avancement des huit objectifs du Millénaire pour le développement. Ces objectifs constituent des points de repère concrets pour la mesure du progrès dans huit domaines d'ici à 2015, date butoir pour la plupart d'entre eux :

- Objectif 1** Réduire l'extrême pauvreté et la faim. Réduire de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour et réduire de moitié la population souffrant de malnutrition
- Objectif 2** Assurer l'éducation primaire pour tous. Garantir une scolarité primaire complète pour tous les enfants.
- Objectif 3** Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes. Éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et en 2015 au plus tard.
- Objectif 4** Réduire la mortalité infantile. Réduire des deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.
- Objectif 5** Améliorer la santé maternelle. Réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle.
- Objectif 6** Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Stopper la propagation du VIH/sida et d'autres
- Objectif 7** Assurer un environnement durable. Réduire de moitié le pourcentage de la population privée d'un accès régulier à l'eau potable et à l'assainissement.
- Objectif 8** Mettre en place un partenariat mondial pour le développement. Réformer l'aide au développement et le commerce avec un traitement préférentiel pour les pays les plus pauvres.

mais sur des données nationales, qui offrent un aperçu plus précis de l'orientation actuelle.⁵³ Cependant, les tendances ne débouchent pas sur l'inévitable. Elles peuvent être améliorées ou aggravées par des choix de politique publique, ainsi que par des facteurs externes sur lesquels les gouvernements ont peu d'influence. Examiner le passé pour anticiper l'avenir peut permettre néanmoins d'attirer l'attention du public sur un scénario possible.

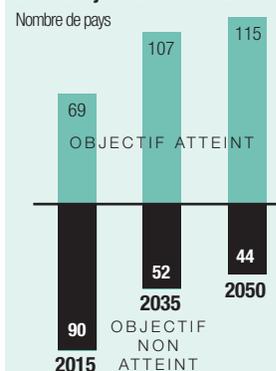
Quelques mises en garde sont nécessaires concernant notre analyse de tendances. Pour de nombreux pays et pour plusieurs objectifs, aucune donnée fiable n'est disponible. Ainsi, les données chronologiques sur l'éducation font défaut pour 46 pays. Il y a également des problèmes ayant des tendances à examiner les points un par un selon l'objectif. Les progrès réalisés dans un domaine dépendent largement des progrès accomplis dans d'autres domaines, avec des effets multiplicateurs sur les différents objectifs, par exemple de la santé à l'éducation. Et enfin, certains facteurs susceptibles d'entraver les progrès, notamment ceux pouvant être considérés comme des menaces systémiques, sont difficiles à anticiper. Le Fonds Monétaire International (FMI) a d'ores et déjà mis en garde contre les déséquilibres actuels de l'économie mondiale, susceptibles d'engendrer un ralentissement de la croissance qui perturberait les efforts de réduction de la pauvreté dans les pays en développement. L'économie mondiale

mise à part, les risques potentiels pour la santé publique sont graves. Si l'épidémie de grippe aviaire tant annoncée se déclarait, ses répercussions sur la santé en particulier, et plus généralement sur la réalisation des OMD, seraient dévastatrices dans l'ensemble du monde. De même, l'impact du réchauffement de la planète et d'autres phénomènes écologiques sur les systèmes alimentaires pourraient modifier radicalement la tendance à la réduction de la malnutrition.

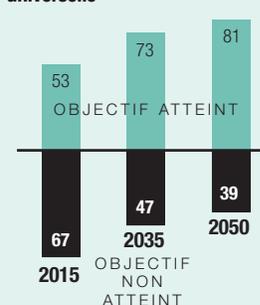
Le risque systémique n'étant pas pris en compte, nos projections peuvent pécher par excès d'optimisme. De là les résultats. Quoi qu'il en soit, ils soulignent sans ambiguïté le gouffre qui existe entre les OMD et les projections basées sur les tendances actuelles. Le rapport des progrès globaux de chaque pays pour la mortalité infantile et la scolarisation sont présentés sous forme de synthèse dans la figure 1.17. Cela indique le nombre de pays qui devraient atteindre les OMD d'ici à 2015 si les tendances actuelles se poursuivent. Ce tableau montre aussi combien de pays n'atteindront pas leur objectif avant 2035 ou plus tard encore. Comme l'illustre la carte 1.1, l'Afrique subsaharienne n'est pas la seule région qui ait dévié de la route menant à la cible OMD afin de réduire la mortalité infantile de deux tiers. En regardant plus largement les progrès vers cinq des OMD (la mortalité infantile, la scolarisation, l'égalité entre les sexes et l'éducation ainsi que l'accès à l'eau et l'assainissement)

Figure 1.17 Les objectifs fixés pour les enfants ne sont pas atteints

OBJECTIF : Réduire le taux de mortalité juvénile des deux tiers



OBJECTIF : Éducation primaire universelle



Source : Calculé à partir des données sur le taux de mortalité juvénile et la scolarisation en primaire, ONU 2005b. Pour plus de détails, voir la Note technique 3.

Carte 1.1 Géographie de la mortalité juvénile—des progrès vers les OMD pour 2015

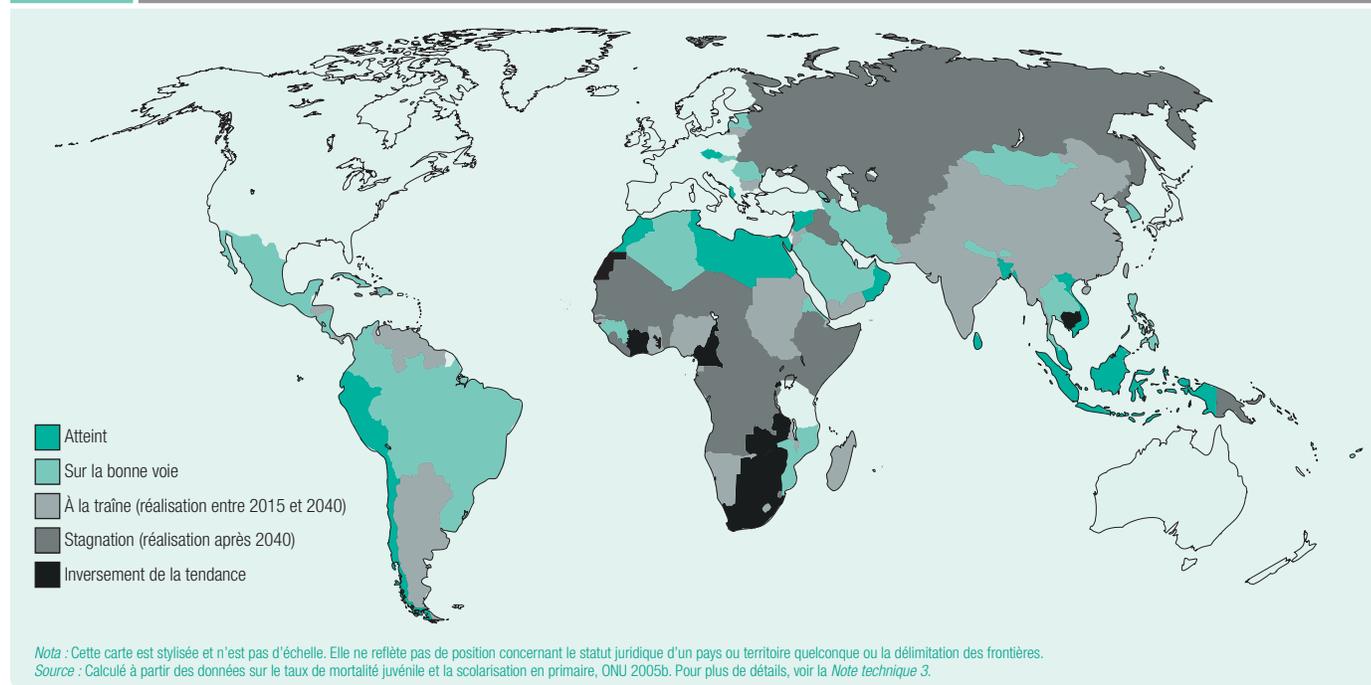
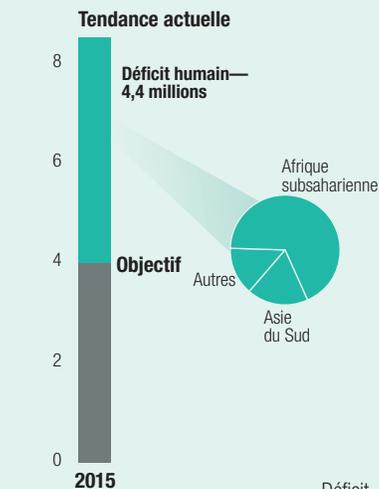


Figure 1.18 Taux de mortalité juvénile—le coût humain

Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans (en millions)



	Déficit
Afrique subsaharienne	3,0
États arabes	0,3
Asie de l'Est et du Pacifique	0,3
Asie du Sud	0,8
Amérique latine et Caraïbes	0,0
Tous les pays en développement	4,4

Source : Calculé à partir des données sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, ONU 2005b, et sur le taux des naissances, ONU 2005d. Pour plus de détails, voir la Note technique 3.

il se produit un pronostic encore plus sombre. Parmi les constatations sommaires qui émergent de notre analyse de tendances :

- Cinquante pays comptant au total près de 900 millions d'habitants enregistrent un recul par rapport à au moins un OMD. Vingt-quatre d'entre eux sont situés en Afrique subsaharienne.
- 65 autres pays comptant une population de 1,2 milliard d'habitants, ne pourront pas atteindre au moins un OMD avant 2040, ce qui représente une génération entière.

Ci-après figure un bref aperçu des projections pour 2015 selon ces tendances.

Santé infantile et maternelle : des millions d'enfants condamnés à mourir

Aucun indicateur n'est plus révélateur de l'ampleur du défi auquel est confrontée la communauté internationale que la mortalité infantile. Avec le ralentissement des progrès depuis 1990, l'échec de la réalisation de cet OMD risque d'être total.

Selon les tendances actuelles, les États ne devraient parvenir à réduire la mortalité infantile des deux tiers qu'en 2045, c'est-à-dire avec 31 ans de retard. Pour atteindre les OMD, une réduction annuelle moyenne de

2,7 % de l'incidence de la mortalité infantile est nécessaire. Ce taux correspond au double de celui enregistré entre 1990 et 2002. Moins d'un cinquième de la population du monde en développement vit dans des pays en voie d'atteindre cet objectif. Aucun état très peuplé de l'Afrique subsaharienne n'est près du but. Le constat est le même pour la Chine et l'Inde.

L'écart projeté entre l'objectif de 2015 et la réalité si les tendances actuelles se poursuivent représente une perte de vies humaines colossale. Cela signifie qu'en 2015, le nombre de décès infantiles s'élèvera à 4,4 millions de plus que si les OMD étaient atteints (figure 1.18). Un graphique linéaire de la tendance émanant du coût cumulatif des décès infantiles pour 2003-15 donne un indicateur de l'écart annualisé entre l'objectif et la réalité. Le coût cumulé de cet écart équivaut à plus de 41 millions de décès infantiles supplémentaires jusqu'en 2015, presque tous survenant dans des pays en développement (figure 1.19). Autant de vies qui pourraient être sauvées si les objectifs étaient atteints.

À partir de cette projection de tendances, les principaux constats sont les suivants :

- Plus de 45 % des décès infantiles (4,9 millions au total) ont lieu dans 52 pays où la réduction de la mortalité infantile est en régression ou progresse peu. Les enfants nés dans ces pays aujourd'hui et qui vivent jusqu'à l'âge adulte verront peu d'amélioration en ce qui concerne les chances de survie de leurs enfants.
- Selon les tendances actuelles, l'Afrique subsaharienne n'atteindra les OMD qu'en 2115, avec un siècle de retard. Les deux pôles de mortalité infantile dans cette région sont la République Démocratique du Congo, où les conditions se détériorent, et le Nigéria. Le taux de mortalité infantile du Nigéria a chuté de 235 sur 1000 naissances viables à 198 sur 1000 depuis 1990. À ce rythme, ce pays mettra 40 ans à atteindre les OMD.
- Les deux tiers des décès infantiles ont lieu dans 13 pays, parmi lesquels deux seulement (le Bangladesh et l'Indonésie) sont en voie d'atteindre les OMD. Quatre autres pays (la Chine, l'Inde, le Niger et le Pakistan) atteindront cet objectif entre 2015 et 2040. Les autres (notamment l'Afghanistan, l'Angola, la République Démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Nigéria, la Tanzanie et l'Ouganda) ont plus d'une génération de retard ou régressent.

L'insuffisance des données ne permet pas de suivre avec précision les tendances de la mortalité maternelle. Les meilleures estimations proviennent de modèles utilisant des indicateurs indirects, tels que le taux de fécondité et la présence de personnel médical qualifié lors de l'accouchement. Le modèle le plus usité signale une erreur de trajectoire et un ralentissement des progrès. Pour l'ensemble des pays en développement, le taux de réduction, pondéré en fonction de la population, nécessaire pour atteindre les OMD est d'un peu plus de 3 %. La mortalité maternelle en Afrique subsaharienne baisse à un rythme inférieur à la moitié de ce taux.⁵⁴

Eau et assainissement : plus d'un milliard d'individus en sont privés

Les progrès de l'accès à l'eau et à l'assainissement auront un impact significatif sur les taux de mortalité infantile. Notre analyse de tendances indique que les objectifs pour fournir l'accès à l'eau et à l'assainissement ne seront pas atteints. En effet, l'objectif qui consiste à réduire de moitié le nombre de personnes privées d'accès à une eau de meilleure qualité ne sera pas rempli, pénalisant 210 millions d'individus (figure 1.20). Par ailleurs, plus de deux milliards de personnes n'auront pas toujours accès à de meilleures conditions sanitaires en 2015. L'Afrique subsaharienne est la région la plus fortement touchée par ce retard.

La réduction de moitié des taux de pauvreté extrême et de malnutrition dépend de la croissance et de la distribution

La perspective pour la réduction de moitié du taux de pauvreté extrême dépend de deux facteurs : la croissance et la distribution. La pauvreté chutera d'autant plus rapidement que le taux de croissance des pays pauvres sera élevé et que la part de richesses supplémentaires drainées par ces derniers sera grande. Les projections pour 2015 indiquent que si l'évolution actuelle de la croissance et de la distribution se poursuit, l'objectif sera globalement atteint à l'échelle mondiale, en particulier grâce à la croissance rapide de la Chine et de l'Inde. Or, la plupart des pays n'auront pas répondu aux attentes.

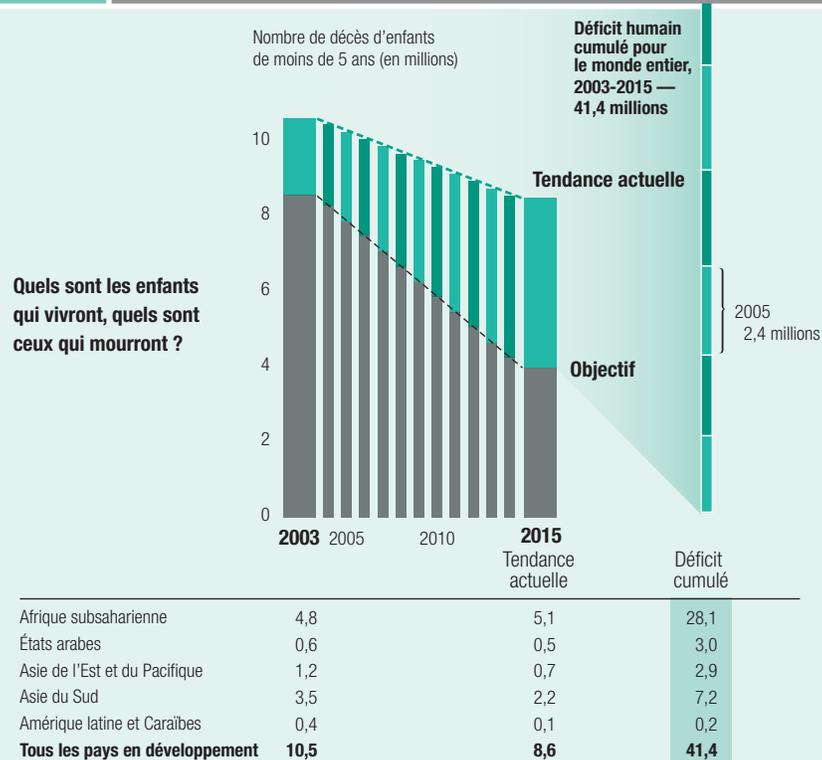
D'après nos estimations, environ 800 millions de personnes vivront avec moins d'un dollar par jour et 1,7 milliard de personnes avec moins deux dollars par jour en 2015. L'incidence de la pauvreté mesurée par le seuil d'un dollar par jour baissera de 21 % ac-

tuellement à 14 % en 2015. La répartition de la pauvreté selon les régions évoluera également. La part de l'Afrique subsaharienne dans la pauvreté mesurée par le seuil d'un dollar par jour augmentera rapidement, de 24 % aujourd'hui à 41 % en 2015. Comment ce tableau pourrait-il être comparé à une situation dans laquelle chaque pays atteint les objectifs de réduction de moitié du taux de pauvreté ? Selon nos estimations, 380 millions de personnes de moins vivraient sous le seuil de pauvreté d'un dollar par jour si tous les pays atteignaient l'objectif fixé (figure 1.21). Plus de la moitié de ces personnes vivrait en Afrique subsaharienne.

Le poids grandissant de l'Afrique subsaharienne dans la pauvreté mondiale d'ici à 2015 est le reflet d'une croissance faible depuis 1990, à laquelle s'ajoute une distribution du revenu particulièrement inégale. Pour parvenir au but en 2015, la région devrait atteindre un taux de croissance annuel par habitant de 5 % environ au cours de la prochaine décennie, ce qui est peu vraisemblable. Une croissance accélérée alliée à une meilleure distribution des richesses offre un plus grand espoir de réussite.

Les perspectives sont moins prometteuses quant à

Figure 1.19 Taux de mortalité juvénile : le coût cumulé des objectifs manqués



Source : Calculé à partir des données sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, ONU 2005b, et sur le taux des naissances, ONU 2005d. Pour plus de détails, voir la Note technique 3.

Figure 1.20 Pas d'accès à de l'eau propre—le coût humain

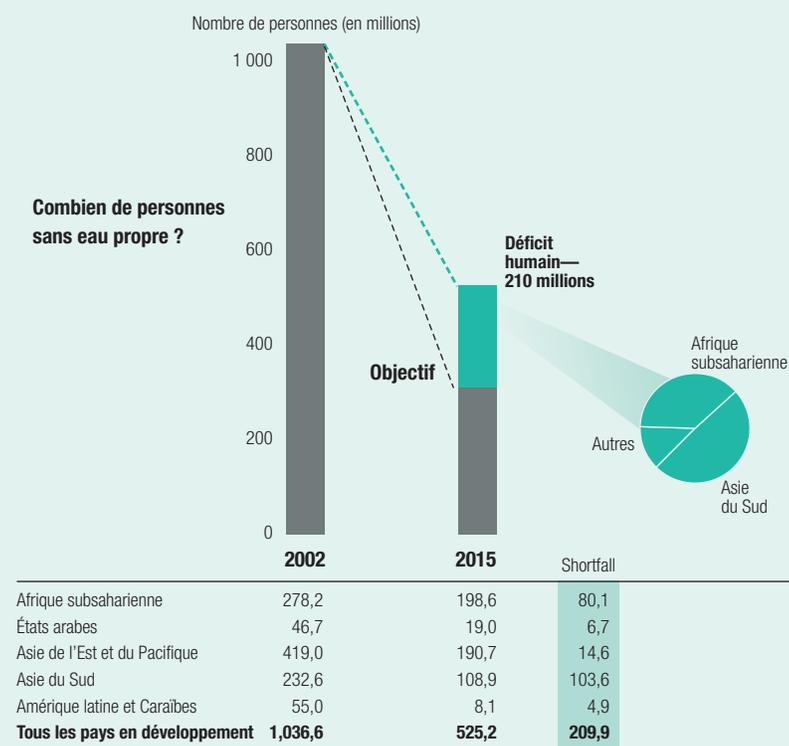
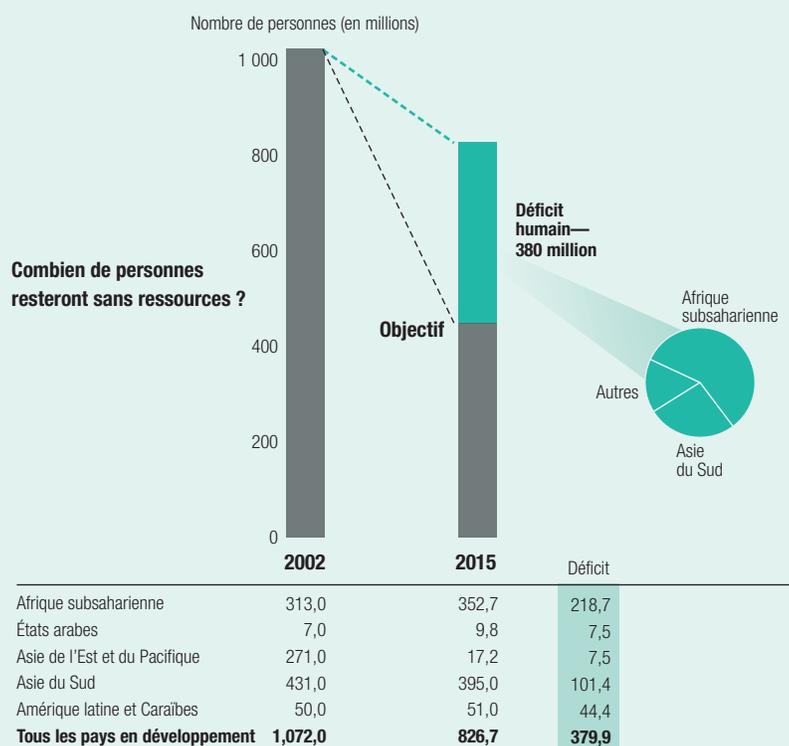


Figure 1.21 Pauvreté— le coût humain



les OMD concernant la malnutrition. L'incidence de la malnutrition a chuté de 20 % à 17 % depuis 1990. Cependant, la croissance démographique a maintenu le nombre de personnes sous-alimentées au même niveau. Le rythme des progrès devra doubler pour que l'objectif de 2015 soit rempli. Si la tendance actuelle se poursuit, environ 670 millions de personnes souffriront de malnutrition en 2015, soit 230 millions de plus que si l'objectif était atteint. L'Afrique subsaharienne compte pour près de 60 % de ce déficit.

Les projections régionales montrent un patron de la malnutrition différent de celui de la pauvreté mesurée par le seuil d'un dollar par jour. Alors que l'Asie du Sud devrait progresser fortement en matière de réduction de la pauvreté monétaire, elle comptera toujours 40 % des cas de malnutrition en 2015. Ce chiffre correspond au fait que les pays sud-asiatiques enregistrent des niveaux de malnutrition comparables à ceux de l'Afrique subsaharienne, malgré des revenus moyens plus élevés. Une situation qui met en exergue le rôle central de l'inégalité des sexes, qui entrave la lutte contre la malnutrition.

Éducation : échec de la scolarisation universelle

L'éducation est une fin en soi en matière de développement humain et l'une des clés du progrès dans d'autres domaines. La promesse de scolariser tous les enfants et de combler les disparités entre les sexes en matière éducative symbolise l'immense espoir de briser le cercle vicieux de la transmission de la pauvreté de génération en génération.

Cet espoir sera déçu si la tendance actuelle continue. Le monde est certes sur la bonne voie, mais les progrès sont trop lents pour que l'objectif de 2015 puisse être atteint (figure 1.22). Si les tendances actuelles se poursuivent :

- L'objectif de mise en place de l'éducation primaire universelle d'ici à 2015 ne sera pas atteint avant au moins une décennie. 47 millions d'enfants ne seront pas scolarisés en 2015, 19 millions d'entre eux en Afrique subsaharienne.
- Quarante-six pays sont en recul dans ce domaine ou n'atteindront pas l'objectif avant 2040. Sur les 110 millions d'enfants non scolarisés, 23 millions vivent dans des pays en développement.

Égalité des sexes et participation des femmes : un objectif déjà manqué

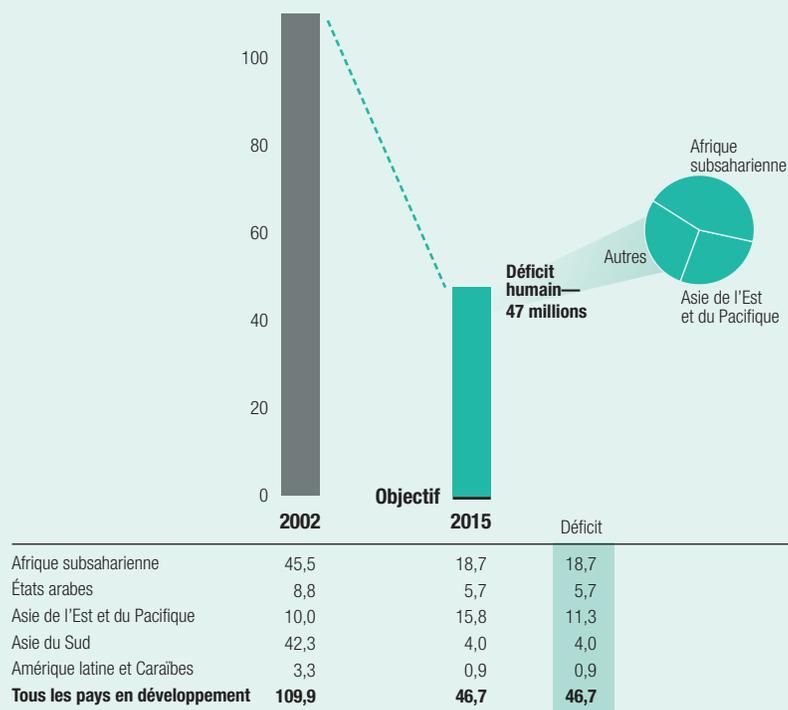
Une série d'objectifs ont d'ores et déjà été manqués. Les objectifs d'égalité des sexes dans l'enseignement primaire et secondaire devaient être atteints en 2005. Si tel avait été le cas, 14 millions de filles de plus iraient à l'école primaire aujourd'hui, dont 6 millions en Inde et au Pakistan et 4 millions en Afrique subsaharienne. Les tendances projetées ne sont pas encourageantes. En 2015, le déficit concernant l'objectif de l'égalité des sexes équivaudra à 6 millions de filles non scolarisées, la plupart d'entre elles en Afrique subsaharienne (figure 1.23). Dans les 41 pays où 20 millions de filles ne sont pas scolarisées actuellement, l'écart entre les sexes augmente ou diminue si lentement que l'égalité des sexes ne pourra pas être atteinte avant 2040. Il est évident que l'égalité des sexes ne se limite pas à la scolarisation. Des recherches menées sur de nombreux pays montrent que les divers aspects de l'inégalité des sexes sont enracinés dans des comportements et des pratiques culturelles qui diminuent l'importance de l'éducation des filles. Les progrès en la matière sont naturellement plus difficiles à suivre sur une base comparative, bien que cela soit tout aussi fondamental.

Au-delà de l'égalité des sexes en matière éducative, les OMD incluent la représentation des femmes aux parlements comme un indicateur du progrès dans le domaine de la participation des femmes. L'indicateur de la participation des femmes (IPF) établi dans le *Rapport sur le développement humain* fait partie d'un indicateur plus large qui permet d'évaluer la représentation des femmes dans le corps législatif, le gouvernement et le secteur privé, et comprend divers instruments de mesure des revenus.

L'analyse de l'IPF fournit un aperçu de la condition féminine actuelle et souligne les progrès limités accomplis dans le domaine de la participation des femmes. À l'échelle mondiale, les femmes n'occupent que 15 % des sièges dans les assemblées législatives. Dans 43 pays seulement, la proportion de femmes parlementaires est de 1 pour 5, et seuls deux pays, le Rwanda et la Suède, se rapprochent de la parité. Dans la plupart des pays, la politique demeure le domaine quasi exclusif des hommes. Au Nigéria, les femmes représentent 6 % des membres de la Chambre des représentants, moins de 4 % des membres du Sénat, et aucune femme n'est gouverneur d'un État. En Arabie Séoudite et aux Émirats Arabes Unis aucune femme n'est représentée, dans certains cas mettant en évidence

Figure 1.22 Enfants n'allant pas à l'école—le coût humain

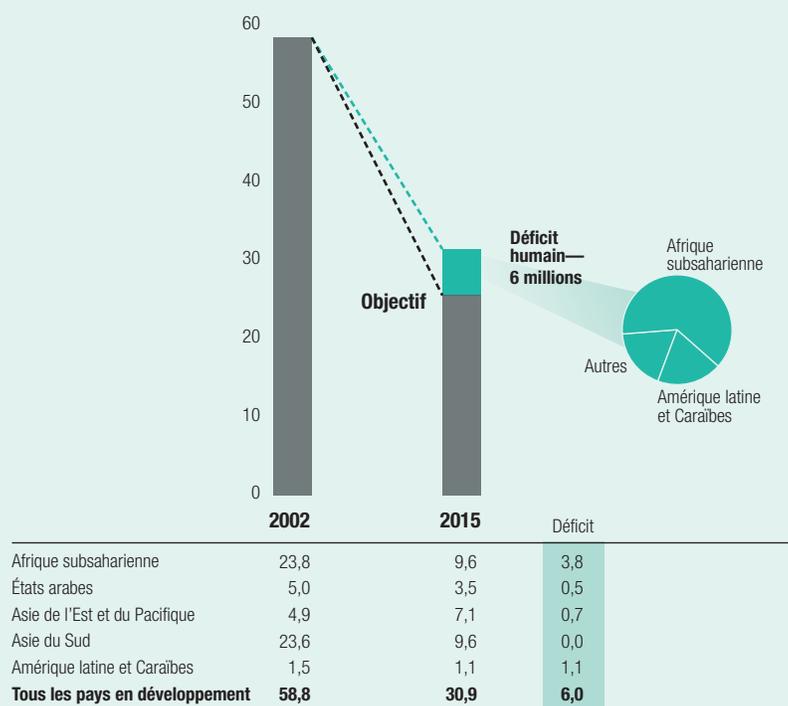
Enfants en âge d'aller à l'école primaire mais n'étant pas scolarisés (en millions)



Source : Calculé à partir des données sur les enfants non scolarisés, UNESCO 2005, et des données sur les enfants non scolarisés, UNICEF 2005d. Pour plus de détails, voir la Note technique 3.

Figure 1.23 Filles non scolarisées—le coût humain

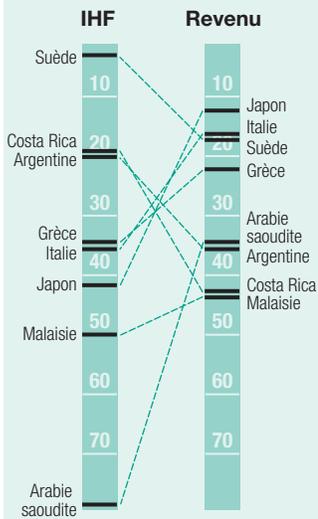
Filles en âge d'aller à l'école primaire mais n'étant pas scolarisées (en millions)



Source : Calculé à partir des données sur les filles scolarisées, UNESCO 2005, et les taux de croissance de la population, ONU 2005d. Pour plus de détails, voir la Note technique 3.

Figure 1.24 Le revenu ne signifie pas l'habilitation des femmes

Rang parmi les 78 pays avec un indicateur d'habilitation des femmes



Source : Tableaux d'indicateurs 14 et 26.

Encadré 1.7 Bangladesh : croissance modérée, développement humain rapide

Au début des années 90, le pessimisme relatif aux perspectives de développement du Bangladesh était aussi profondément ancré que le pessimisme actuel concernant l'Afrique subsaharienne. La croissance économique lente, la démographie galopante, la progression limitée des indicateurs sociaux et une extrême vulnérabilité aux catastrophes naturelles ont fait dire du Bangladesh qu'il offrait un « paysage de désolation ». Aujourd'hui, ce paysage a considérablement changé.

Depuis 1990, le Bangladesh a enregistré quelques-uns des progrès les plus rapides du monde en développement au niveau des indicateurs de base du développement humain. Les taux de mortalité néonatale et infantile diminuent de plus de 5 % par an, le taux de fécondité a nettement chuté et la malnutrition maternelle a baissé de 52 % en 1996 à 42 % en 2002. Les taux de scolarisation dans l'enseignement primaire ont atteint plus de 90 %, contre 72 % en 1990, l'égalité entre les sexes est quasi-totale, et la scolarisation dans l'enseignement secondaire est en hausse.

Comment le Bangladesh est-il parvenu à une telle transformation du paysage de développement humain ? La seule croissance économique n'aurait pas suffi. Il est vrai que pendant les années 90, la croissance s'est accélérée et les revenus moyens ont augmenté de moins de 3 % par an. Cependant, le Bangladesh demeure un pays inexorablement pauvre dont le revenu moyen s'élève à 1.770 dollars et la pauvreté monétaire baisse relativement lentement, de seulement 10 % entre 1990 et 2002.

Quatre stratégies ont contribué au décollage du développement humain au Bangladesh :

- **Partenariats actifs avec la société civile.** Les organisations non gouvernementales (ONG) ont joué un rôle primordial dans l'amélioration de l'accès aux services de base par le biais de programmes innovants. Ainsi, le BRAC (Bangladesh Rural Advancement Committee) a lancé des programmes visant à recruter et former des enseignantes locales, développer du matériel pédagogique adapté et favoriser la participation des parents à la gestion des établissements scolaires. Plus de deux millions d'enfants suivent une scolarité non formelle en dehors des établissements d'État. Toutefois, les écoles créées par les ONG font office de modèles pour les écoles primaires publiques.
- **Transferts ciblés.** De vastes programmes sociaux conçus pour lutter contre la malnutrition ont amélioré la situation et stimulé plus généralement le développement humain. Le programme Food for Schooling (Nourriture pour la scolarité) fournit des rations de nourriture gratuites aux ménages pauvres à condition que leurs enfants aillent à l'école primaire. Environ 7 % des dépenses publiques dans le domaine de l'éducation sont alloués via ce programme, dont bénéficient 2,1 millions d'enfants et leurs familles qui reçoivent une allocation de 3 dollars par mois. Les écoles participantes ont atteint des taux de scolarisation des filles plus élevés et des taux d'abandon plus bas, apportant la preuve que des mesures incitatives peuvent contrebalancer les pressions économiques et les préjugés culturels qui font obstacle à la scolarisation des filles.
- **Programmes de santé de grande envergure.** La vaccination contre les six principales maladies infantiles a augmenté de 2 % au milieu des années 80 à 52 % en 2001. Des programmes de vaccination ont été mis en œuvre grâce à des partenariats avec des agences internationales et des ONG nationales.
- **Cercles vertueux et autonomisation des femmes.** L'amélioration de l'accès des femmes à la santé et à l'éducation ainsi que de meilleures opportunités d'emploi et d'accès au microcrédit ont élargi le champ des possibilités et responsabilisé les femmes. Malgré la persistance des disparités entre les sexes, les femmes s'imposent de plus en plus comme de puissants catalyseurs de développement, exigeant une plus grande autonomie concernant leur fécondité et l'espacement des naissances, l'éducation de leurs filles et l'accès aux services.

Le Bangladesh a réalisé ces progrès remarquables malgré des revenus bas, un taux d'alphabétisme faible, une incidence élevée de la malnutrition et des institutions défaillantes. Ses avancées montrent que l'engagement politique ferme et l'activisme civique sont de puissants facteurs de réussite.

Progrès rapide dans un pays à faible revenu

Indicateur	1990	2000
Pauvreté (%)	59	50
Coefficient de Gini	25	30
Enfants de moins de 5 ans ayant un poids sous la normale pour leur âge (%)	72	51
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	144	69 ^a
Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire (nombre de filles pour 100 garçons)	87	104 ^b

a. Les données sont celles de 2003.

b. Les données sont celles de 2002.

Source : Ahluwalia et Hussain 2004 ; Drèze 2004 ; Yunus 2004 ; Ahmed et del Ninno 2001 ; Sen, Mujeri et Quazi 2005.

l'utilisation des lois afin d'exclure les femmes du vote et d'un rôle au sein du gouvernement. Dans les pays où l'inégalité des sexes est un frein majeur au progrès en matière de santé, d'éducation et de réduction de la pauvreté monétaire, une telle sous-représentation des femmes témoigne d'une persistance inquiétante de l'inégalité des sexes et des obstacles au progrès social et à la hausse des revenus.

L'IPF remet en cause deux idées reçues concernant la participation des femmes. Tout d'abord, rien ne prouve que l'Islam constitue nécessairement un obstacle à la participation des femmes, telle qu'elle est mesurée par la représentation politique. La Malaisie, pays musulman, a un IPF nettement plus élevé que

celui de l'Arabie Saoudite et comparable à celui de la Grèce. En deuxième lieu, rien ne prouve clairement qu'une hausse des revenus s'accompagne automatiquement d'une diminution de l'inégalité des sexes (figure 1.24). Deux pays industrialisés membres du G7 enregistrent une performance médiocre sur l'échelle de l'IPF. L'Italie (36^e rang mondial) et le Japon (42^e rang mondial) sont moins bien classés que le Costa Rica et l'Argentine. De même, bien que le Japon et la Suède soient des démocraties aux niveaux de développement humain comparables sur l'échelle de l'IDH, l'IPF de la Suède est presque le double de celui du Japon. Conclusion : les conventions sociales, la culture politique et l'opinion publique jouent un rôle aussi important

Encadré 1.8

Ouganda : progrès spectaculaire mais inégal

Au cours de la dernière décennie, l'Ouganda a connu une croissance économique soutenue et réalisé des avancées importantes en matière de développement humain. La réduction de la pauvreté est une priorité nationale, ce qui se reflète dans la planification et le budget. Néanmoins, le progrès est inégal et les acquis demeurent fragiles :

- **Pauvreté monétaire.** Dans la première moitié des années 90, les politiques gouvernementales ont porté essentiellement sur la stabilisation et la croissance. Les revenus moyens ont augmenté de 5 % par an de 1990 à 2000. La pauvreté monétaire a rapidement chuté dans les années 90, passant de 56 % à 34 % et laissant espérer la réalisation de les OMD en 2015. Cependant, la croissance des revenus a diminué et l'incidence de la pauvreté a augmenté depuis 2000. Elle touche principalement les zones rurales, en particulier le nord et l'est, et est nettement plus marquée chez les producteurs de cultures servant à l'alimentation de base.
- **Éducation.** Dans la deuxième moitié des années 90, la réduction de la pauvreté a cédé la priorité à l'éducation. L'enseignement primaire gratuit a été instauré et les dépenses publiques accrues. Le nombre d'enfants scolarisés dans le primaire est passé de 5,3 millions à 7,6 millions entre 1997 et 2003. Les taux de scolarisation sont les mêmes pour les 20 % les plus pauvres que pour les 20 % les plus riches, et l'écart entre les sexes a été comblé dans l'enseignement primaire. La scolarisation universelle paraît désormais réalisable, bien que vraisemblablement impossible à atteindre d'ici à 2015 en raison des taux d'abandon.

Résultats mitigés sur le développement humain

Indicateur	1992	2002
Pauvreté (%)	56	38
Coefficient de Gini	36	42
Enfants de moins de 5 ans ayant un poids sous la normale pour leur âge (%)	62	86
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	167 ^a	152
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	523	505

a. Les données sont celles de 1990.

- **Santé.** Les indicateurs de santé, notamment la mortalité néonatale, infantile et maternelle, ont enregistré une stagnation, voire un recul, en raison de la mortalité croissante des moins de cinq ans depuis 1995. En dépit de performances supérieures à celles d'un grand nombre de pays africains au niveau des OMD, l'Ouganda est désormais en retard sur les grands objectifs de santé. Conscient qu'un échec de la réduction de la mortalité infantile et maternelle risque de freiner les progrès socio-économiques, le gouvernement a mis sur pied un groupe de travail interministériel sous les auspices du Ministère des Finances afin d'identifier des solutions.

Ces tendances diverses attirent l'attention sur les défis auxquels est confronté l'Ouganda. Certains sont influencés par des facteurs externes, tels que le prix du café. Jusqu'en 1997, les producteurs de café, principale culture commerciale des petits exploitants, ont bénéficié de la hausse des prix du marché intérieur et de termes de l'échange favorables. Depuis, la chute des prix du café a inversé la tendance et est partiellement responsable du recul des progrès en matière de pauvreté monétaire.

Autre problème : la baisse de la croissance a coïncidé avec l'accroissement des inégalités. Le coefficient Gini a augmenté de 34 à 42 depuis 1997. L'Ouganda serait donc en passe de devenir un pays fortement inégalitaire. Pour corriger cette tendance, il sera nécessaire d'étendre la croissance économique aux petits exploitants des zones rurales et de mettre l'accent sur une agriculture exportatrice à forte intensité de capital.

Les progrès dans le secteur de la santé ont été entravés par des problèmes structurels profonds. Les deux tiers des décès infantiles sont liés à la malnutrition, moins d'un tiers des femmes accouchent sous la surveillance de personnel qualifié, et aucune baisse n'a été enregistrée dans l'incidence des maladies infantiles, en particulier le paludisme et la rougeole. Les taux de fécondité élevés et l'espacement des naissances inadéquat sont également problématiques. L'Ouganda se situe au 3^e rang mondial en ce qui concerne le taux de fécondité.

Le contraste entre les progrès éducatifs et la stagnation dans le domaine de la santé reflète en partie les priorités adoptées au niveau des dépenses publiques. La santé n'a été considérée comme prioritaire que vers la fin des années 90. Le budget du secteur de la santé a cependant triplé au cours des quatre dernières années. La médiocrité des services fournis constitue également un obstacle.

Source : Ouganda, Ministère des finances, de la planification et du développement économique 2003 ; Ssewanyana et al 2004.

Le changement de cap et les progrès à réaliser dans le monde pour atteindre les OMD requerront de nouveaux partenariats de développement

que la richesse économique et le développement humain en général dans la définition des opportunités offertes aux femmes.

Changement de cap et progrès dans la bonne direction

Les tendances projetées identifient le résultat potentiel des efforts réalisés pour atteindre les OMD. La réalité reflétera les choix politiques des gouvernements et de la communauté internationale au cours de la prochaine décennie. Les projections établies dans ce rapport constituent une mise en garde sans équivoque. L'écart entre celles-ci et les OMD représente une perte colossale de vies humaines et de potentiel humain. La bonne nouvelle est qu'il est possible de combler cet écart.

Certains pays ont considérablement progressé en direction des OMD, et ce, malgré des niveaux de revenu souvent très bas. Le cas du Vietnam est révélateur.⁵⁵ La pauvreté monétaire a été réduite de moitié, chutant de 60 % en 1990 à 32 % en 2000. Le taux de mortalité infantile est passé de 58 décès pour 1000 naissances vivantes (un taux nettement plus bas que le revenu le laisse présager) à 42/1000 pendant la même période. Une croissance économique rapide et généralisée a contribué à cette réussite, au même titre que les investissements dans le développement humain des années 80. Pour le Vietnam, il s'agit désormais de maintenir cette progression en se concentrant sur les régions et les populations les plus marginalisées de la société.⁵⁶

Le Vietnam comme le Chili sont des exemples de pays qui ont tiré parti de la croissance élevée pour améliorer rapidement le développement humain. D'autres pays ont montré que des avancées rapides en direction des OMD sont possibles, même à des niveaux de croissance inférieurs. Au Bangladesh, les politiques publiques et les interventions de la société civile ont amélioré l'accès aux services publics de base et promu l'égalité des opportunités, propulsant le pays vers un niveau de développement humain plus élevé (encadré 1.7). Globalement, l'Afrique subsaharienne perd du terrain dans le classement du développement humain. Néanmoins, certains pays ont marqué un net redressement. Le Ghana a réduit la pauvreté monétaire de 51 % en 1991 à 40 % à la fin des années 90.⁵⁷ L'Ouganda a combiné des réformes économiques à des avancées en matière de pauvreté monétaire et d'éducation, malgré des progrès inégaux (encadré 1.8).

Les conflits demeurent un obstacle puissant au développement humain. La paix ouvre des perspectives pour éliminer cet obstacle. En Afghanistan, on assiste aux premiers signes encourageants d'une amélioration de la sécurité des personnes, favorisant un relèvement rapide, après la chute libre qu'a connu le développement humain pendant deux décennies de conflit. Le plan « Retour à l'école » adopté en 2001 par le gouvernement visait à accroître d'un million et demi le nombre d'enfants scolarisés. Ils ont été deux fois plus nombreux à entrer à l'école primaire, le nombre d'enfants scolarisés atteignant 4 millions in 2003. Un ambitieux programme de soins de base a été adopté afin d'étendre les services médicaux à toutes les régions du pays. Parallèlement, le redressement économique est également bien ancré. Toutefois, la concrétisation de ces opportunités dépend considérablement des aides à long terme. Le risque : que la communauté internationale détourne son attention pour se concentrer sur d'autres points stratégiques.

Des tentatives ont été faites pour déterminer les coûts et les avantages des investissements dans des OMD spécifiques. Elles s'avèrent cependant inutiles. Les progrès réalisés dans un domaine sont largement conditionnés par les progrès dans les autres domaines concernés par les OMD, voire au-delà.

La scolarisation des enfants dans des écoles bien équipées et dont les enseignants sont motivés est indispensable pour atteindre les OMD de l'éducation pour tous. Cependant, les investissements éducatifs demeureront infructueux si les enfants sont malades parce que leurs familles n'ont pas accès à une eau salubre ni à des médicaments abordables. Les effets multiplicateurs d'un OMD à l'autre sont particulièrement importants en ce qui concerne l'éducation des femmes. L'éducation et la participation des femmes constituent un objectif de développement humain à part entière et représentent une fin en soi. Par ailleurs, la participation des femmes accélère la réalisation des OMD et des objectifs de développement humain en général. Les femmes éduquées sont mieux à même de maîtriser leur fécondité et d'exiger des services de soins de base, ont moins de risques de contracter le VIH/sida et sont plus favorables à l'éducation de leurs filles (encadré 1.3).

Le changement de cap et les progrès à réaliser dans le monde pour atteindre les OMD requerront de nouveaux partenariats de développement. De nombreux pays accusant un retard considérable pour les

OMD, particulièrement en Afrique, mais également dans d'autres régions à bas revenu, ne disposent pas des ressources financières nécessaires pour les investissements publics qui permettraient de créer un cercle vertueux d'accroissement de l'investissement dans le développement humain et d'accélération de la croissance. Le rapport 2005 sur le Projet du Millénaire des Nations Unies définit un cadre à la fois ambitieux et concret pour un nouveau partenariat fondé sur deux piliers. D'une part, chaque pays en développement doit définir des stratégies nationales claires, notamment sur la question des déficits de financement à combler, pour la réalisation des OMD. D'autre part, les pays riches doivent réunir les ressources d'aide au développement pour combler ces déficits dans le cadre de leurs engagements relatifs aux OMD. Cette question est examinée en détail au chapitre 3.

Au-delà de la question du financement, ce qui est fondamental pour faire un retour sur la bonne voie : une attention redoublée sur l'inégalité et la distribution équitable. Comme le montre le chapitre suivant, des inégalités structurelles profondes au niveau du potentiel humain, des opportunités et du revenu constituent un frein puissant à la réalisation des OMD. Ce frein pourrait être relâché si des mesures favorisant une plus grande équité étaient placées au cœur des stratégies nationales mises en œuvre pour atteindre les OMD, ce qui augmenterait considérablement les chances de réussite.

