

Regard sur les Inégalités

2019

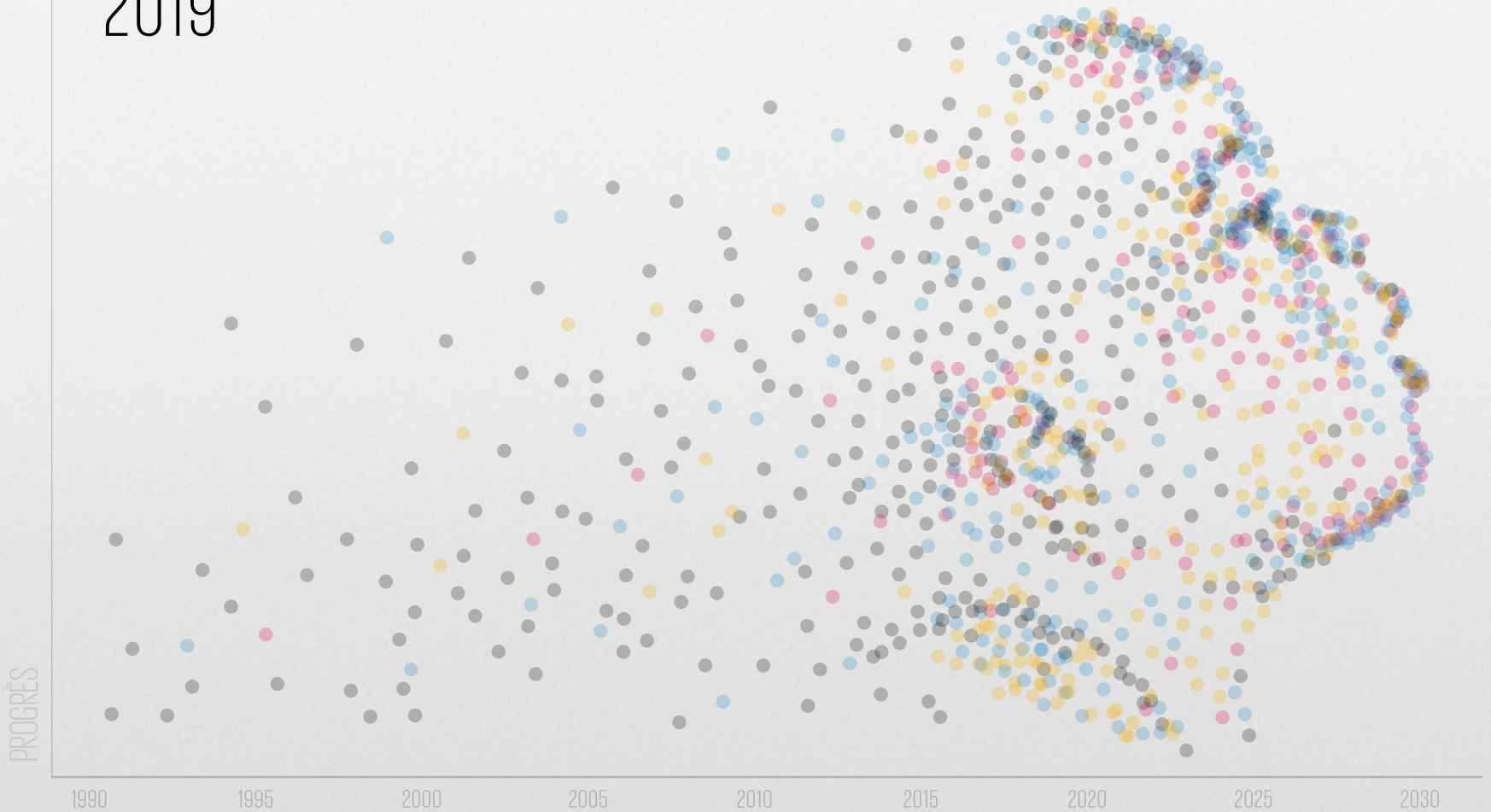




TABLE DES MATIÈRES

02
REGARD SUR
LES INÉGALITÉS

20
SOINS DE SANTÉ
PRIMAIRES

26
INCLUSION
NUMÉRIQUE

32
ADAPTATION AU
CHANGEMENT
CLIMATIQUE

38
EXPLORER
LES DONNÉES

REGARD SUR LES INÉGALITÉS

COMMENT VOTRE LIEU DE
NAISSANCE ET VOTRE GENRE VOUS
DONNENT TOUTES LES CHANCES
DE RÉUSSIR (OU D'ÉCHOUER)



BILL ET MELINDA GATES
Coprésidents,
Fondation Bill &
Melinda Gates

Nous sommes nés dans un pays riche, de parents blancs et aisés vivant dans des communautés prospères et qui ont eu les moyens de nous envoyer dans d'excellentes écoles.

Ces facteurs, et bien d'autres, nous ont donné toutes les chances pour réussir dans la vie.

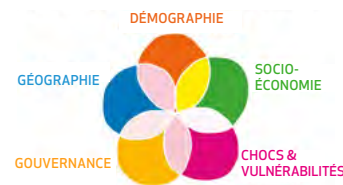
Toutefois, des milliards de personnes se trouvent de l'autre côté de ces lignes de démarcation. Pour des centaines de millions de personnes à travers le monde, la vie ne peut être que synonyme d'adversité.

Nous trouvons cela injuste. Tout le monde devrait avoir une chance de vivre une vie saine et épanouie.

Depuis une vingtaine d'années, nous investissons dans la santé et le développement des pays à faible revenu, car la pire des inégalités que nous ayons rencontrée, c'est que des enfants meurent de causes facilement évitables. Aux États-Unis, nous avons principalement investi dans l'éducation car étudier dans une bonne école est un facteur de réussite, mais il est moins probable que vous y ayez accès si vous avez des revenus faibles et/ou si vous n'êtes pas blanc.

Goalkeepers est notre rapport annuel qui suit les progrès réalisés dans le cadre des Objectifs de développement durable (ODD), 17 objectifs ambitieux que les États membres des Nations Unies se sont engagés à atteindre à l'horizon 2030. À l'heure où nous écrivons, des milliards de personnes risquent de ne pas atteindre ces objectifs qui caractérisent pour nous tous « une vie décente ». Si nous souhaitons une accélération des progrès, nous devons nous attaquer aux inégalités qui séparent les chanceux des malchanceux.

DIFFÉRENTS NIVEAUX D'INÉGALITÉS



L'an dernier, l'ONU a publié un diagramme utile illustrant à quel point les inégalités peuvent être complexes, avec cinq catégories qui se croisent, chacune pouvant être divisée en sous-catégories. Dans ce rapport, nous nous concentrons sur la géographie et le genre, une sous-catégorie de la démographie.

COMMENCER AVEC UNE LONGUEUR D'AVANCE

Si l'on considère la vie comme un voyage, chaque facteur désavantageux constitue un obstacle sur notre chemin. Comme le montre l'illustration ci-dessous, le parcours que nous avons suivi a été relativement fluide. Pour une fille née au Sahel, l'une des régions les plus pauvres du monde, parvenir à avoir une vie saine et épanouie nécessite de surmonter une longue série d'obstacles.

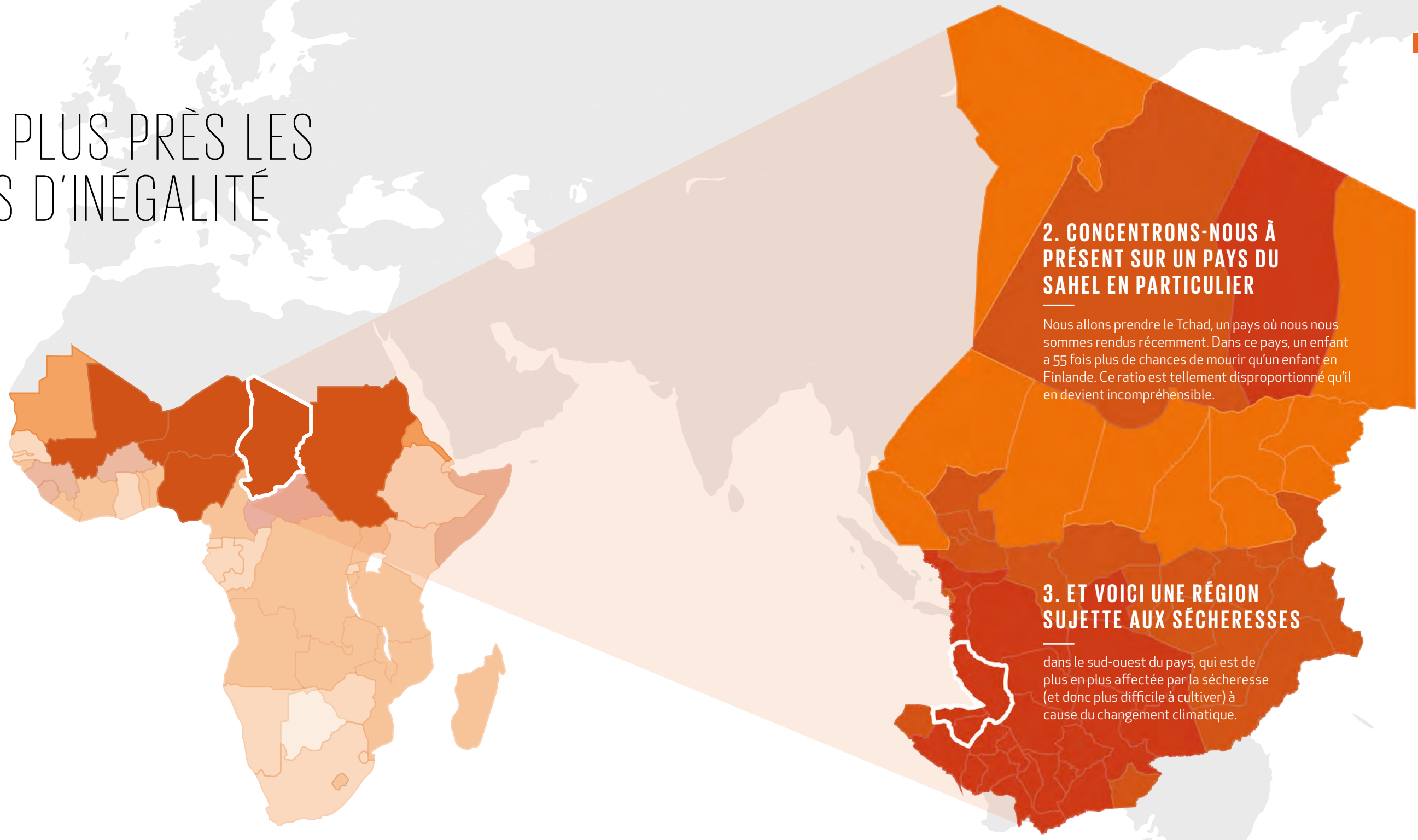


EXAMINONS D'UN PEU PLUS PRÈS LES DIFFÉRENTES STRATES D'INÉGALITÉ

1. CETTE BANDE ÉTROITE près du sommet de l'Afrique, c'est le Sahel où la mortalité infantile (ainsi que la plupart des autres sortes de souffrances) est la plus élevée au monde. Nous avons visité de nombreux pays du Sahel et avons rencontré des représentants des gouvernements engagés à améliorer la vie de leurs concitoyens. Ils nous ont parlé de leurs objectifs pour leurs pays, ainsi que des obstacles qui les empêchent d'y parvenir.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE
(enfants de moins de 5 ans)

- 0-3 %
- >3-6 %
- >6-9 %
- >9-12 %
- >12-15 %



2. CONCENTRONS-NOUS À PRÉSENT SUR UN PAYS DU SAHEL EN PARTICULIER

Nous allons prendre le Tchad, un pays où nous nous sommes rendus récemment. Dans ce pays, un enfant a 55 fois plus de chances de mourir qu'un enfant en Finlande. Ce ratio est tellement disproportionné qu'il en devient incompréhensible.

3. ET VOICI UNE RÉGION SUJETTE AUX SÉCHERESSES

dans le sud-ouest du pays, qui est de plus en plus affectée par la sécheresse (et donc plus difficile à cultiver) à cause du changement climatique.

4. DANS CETTE RÉGION ARIDE

vit un groupe ethnique traditionnellement marginalisé, et il en existe bien d'autres.



5. ET AU SEIN DE CETTE COMMUNAUTÉ, UNE PETITE FILLE EST PRISONNIÈRE

des normes sociales qui dictent que son rôle dans la vie est de servir son mari et de lui donner des enfants.



(Guélangeng, Tchad)

À chaque étape, nous découvrons un nouveau facteur de désavantage. Un seul de ces facteurs suffit à rendre la vie difficile, mais lorsqu'ils s'additionnent comme pour cette petite fille marginalisée au Tchad, l'impact est encore plus brutal.

À quoi ressemble sa vie ? Les données indiquent qu'elle a probablement souffert de la faim plus d'une fois.

Elle n'a certainement pas reçu les nutriments dont son corps et son cerveau ont besoin pour se développer entièrement. Elle ne sait probablement ni lire, ni écrire, et tombera sûrement enceinte avant ses 20 ans bien que son corps ne soit pas prêt à affronter les dangers liés à l'accouchement.

Et le moment venu, il est fort probable qu'elle sera seule pour accoucher.

Elle mérite une vie meilleure. Et nous pensons que cela est possible, à condition que le monde comprenne les nombreuses difficultés qu'elle rencontre et commence à y remédier.

(Kal Amin kebele, Ethiopie)



VOTRE LIEU DE NAISSANCE EST LE FACTEUR LE PLUS DÉTERMINANT DE VOTRE AVENIR

Les tableaux qui suivent nous en apprennent beaucoup sur la géographie et les inégalités.

Nous avons présenté la santé et l'éducation, parce qu'elles sont les composantes clefs de ce que les économistes appellent le capital

humain, que nous avons décrit dans le Rapport Goalkeepers 2018 comme « le meilleur moyen pour un pays de libérer son potentiel de productivité et d'innovation, réduire la pauvreté, créer des opportunités et générer de la prospérité. »

Investir dans le capital humain aujourd'hui permettra à la population d'avoir de meilleurs revenus demain. Mais sans capital humain - pour ceux qui sont en mauvaise santé et n'ont pas reçu d'éducation - il est virtuellement impossible d'échapper à la pauvreté.

LA SANTÉ ET L'ÉDUCATION SONT EN AMÉLIORATION PARTOUT DANS LE MONDE

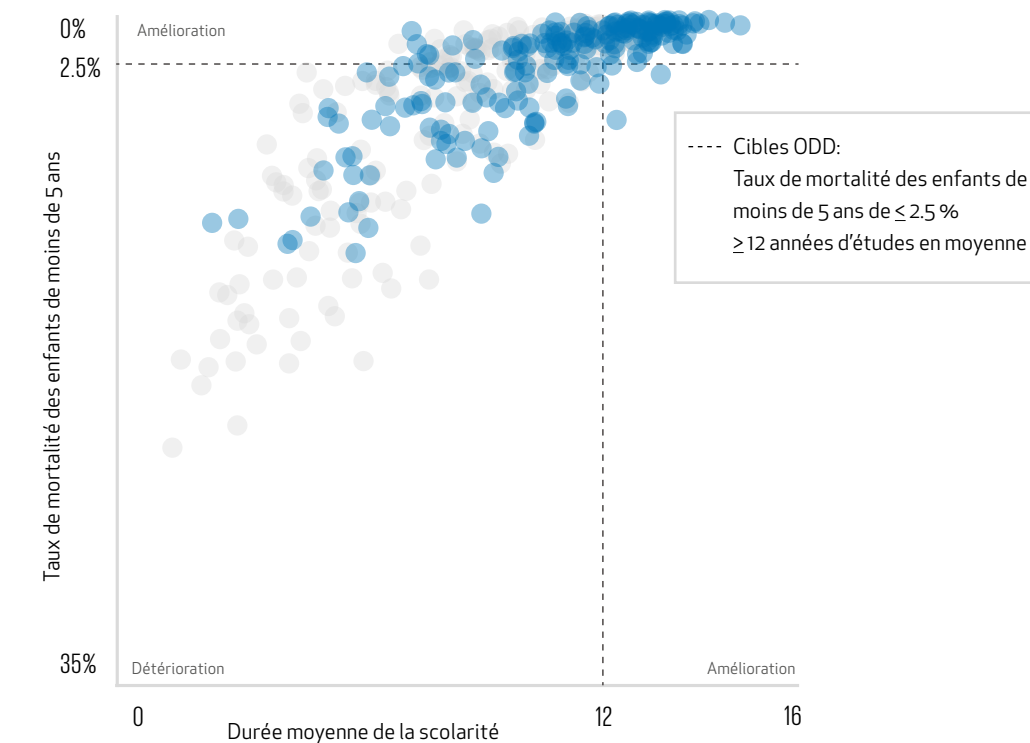
Le premier constat est celui d'une amélioration universelle. Pensez au pays le plus en difficulté que vous puissiez imaginer; sa population est en meilleure santé et a reçu une meilleure éducation qu'avant.

COMMENT LIRE CE GRAPHIQUE

L'axe des ordonnées représente le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. L'axe des abscisses, la durée moyenne de scolarité chez les 20-24 ans. Chaque point reflète le taux de mortalité infantile par années d'éducation dans un pays donné. Les points gris correspondent à un pays en 2000 et les bleus en 2017, année la plus récente pour laquelle nous disposons des données.

Progrès des pays en matière de mortalité infantile et d'éducation, 2000-2017

Chaque point représente un pays en 2000 (gris) et 2017 (bleu)



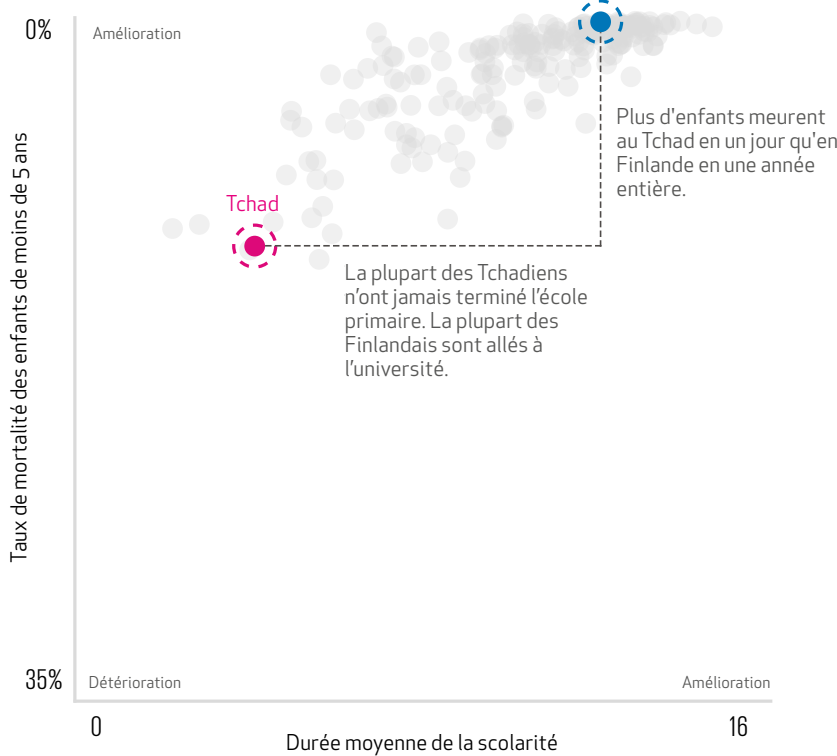
LES INÉGALITÉS ENTRE LES PAYS SE SONT RÉDUITES - MAIS DEMEURENT CONSÉQUENTES

La deuxième chose que vous voyez cependant, c'est que bien que la vie se soit améliorée dans de nombreux pays, elle n'en demeure pas moins difficile.

Le fossé entre le Tchad et la Finlande se resserre - mais reste considérable. Plus d'enfants meurent au Tchad en un jour qu'en Finlande en une année entière.

Mortalité infantile et éducation au Tchad et en Finlande, 2017

Chaque point représente un pays en 2017



CES ÉCARTS EXISTENT AUSSI AU SEIN MÊME DES PAYS

La troisième chose que l'on observe c'est que cette tendance, grands progrès et grandes différences, se vérifie au sein même des pays. Pour la toute première fois, nous possédons des données sur le capital humain au niveau des districts. (Chaque pays utilise un terme différent pour qualifier cette subdivision politique. Aux États-Unis, ce sont des comtés, en Inde, des districts, et au Nigéria, des zones de gouvernements locaux ou ZGL.)

Le capital humain a augmenté dans plus de 99 % des districts dans les pays en développement au cours des 17 dernières années. Bien que certains s'acharnent à affirmer le contraire, la vie s'améliore, même pour les plus démunis.

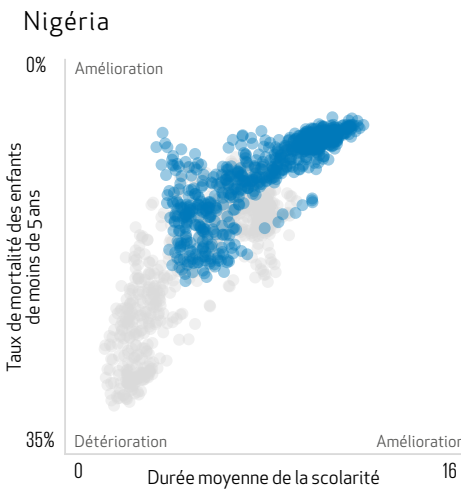
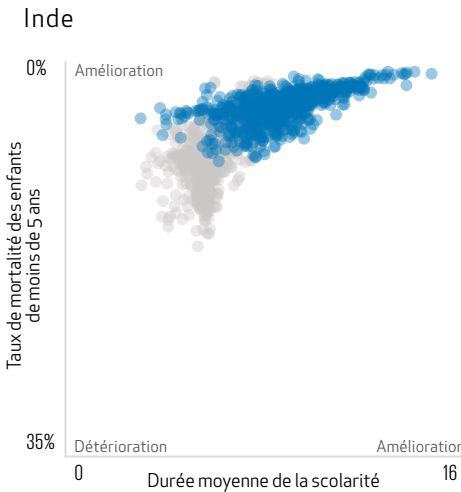
Cependant, les inégalités entre districts au sein des pays sont très profondes. Prenons le cas de l'Inde. Dans le district de Kollam dans l'État du Kerala, 1 % des jeunes enfants meurent et en

moyenne, une personne suit plus de 14 années d'études, un nombre très proche de celui des pays les plus développés. À l'inverse, dans le district de Budaun dans l'État de l'Uttar Pradesh, plus de 8 % des enfants meurent et en moyenne une personne est scolarisée pendant environ six ans. Budaun n'est pourtant pas un petit district. Près de 4 millions de personnes y vivent.

Au Nigéria, les données dressent le même tableau: des progrès exceptionnels juxtaposés à une extrême pauvreté. Par exemple, en moyenne, une personne à Edo-Ekiti dans l'état d'Ekiti suit plus de 12 années d'études tandis qu'une personne à Garki dans l'état de Kigawa n'en suit que cinq. Lorsque l'on modélise ces tableaux pour évaluer les progressions à venir, on s'aperçoit que les Tchadiens, Budauns et Garkis du monde ne combent pas leur retard assez vite.

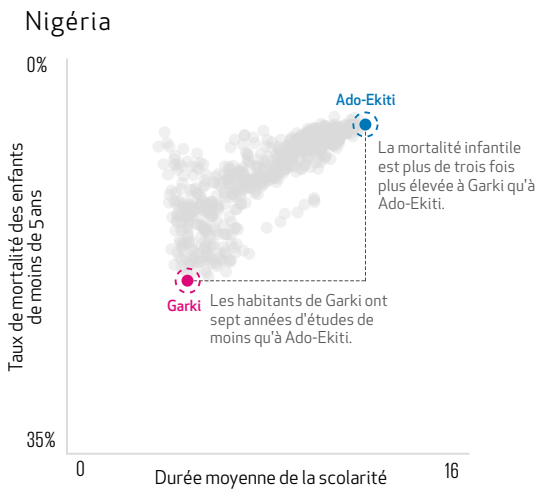
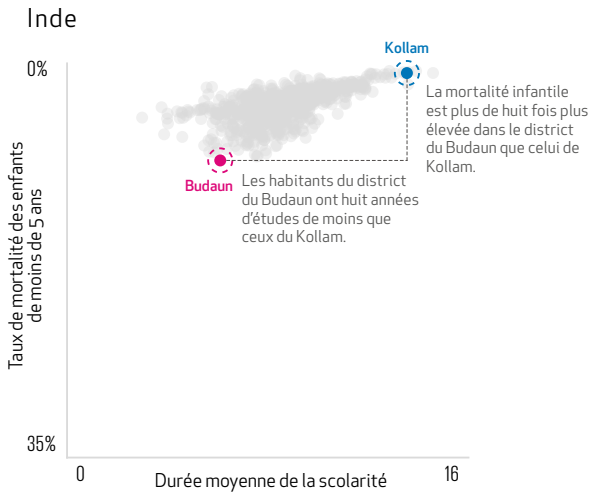
Les districts font des progrès constants

Chaque point représente un district en Inde ou une zone de gouvernement local (LGA) au Nigéria en 2000 (gris) et 2017 (bleu)



Mais les inégalités persistent entre les districts

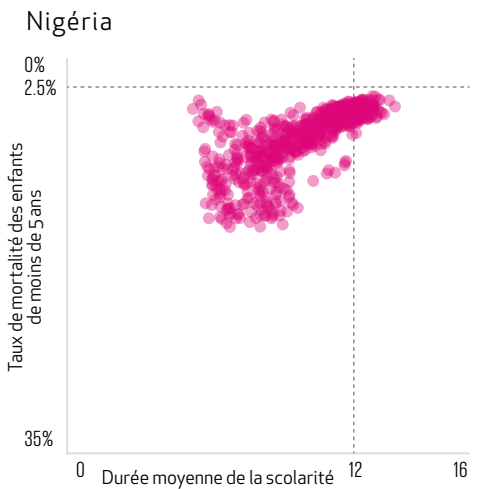
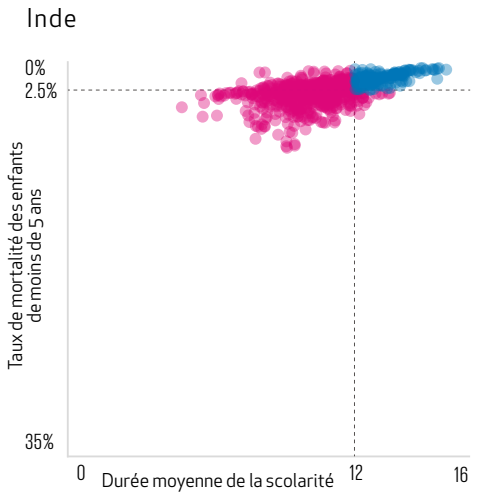
Chaque point représente un district en Inde ou une zone de gouvernement local (LGA) au Nigéria en 2000 (gris) et 2017 (bleu)



Et de nombreux districts progressent trop lentement pour atteindre les ODD

Chaque point représente un district en Inde ou une zone de gouvernement local (LGA) au Nigéria en 2030

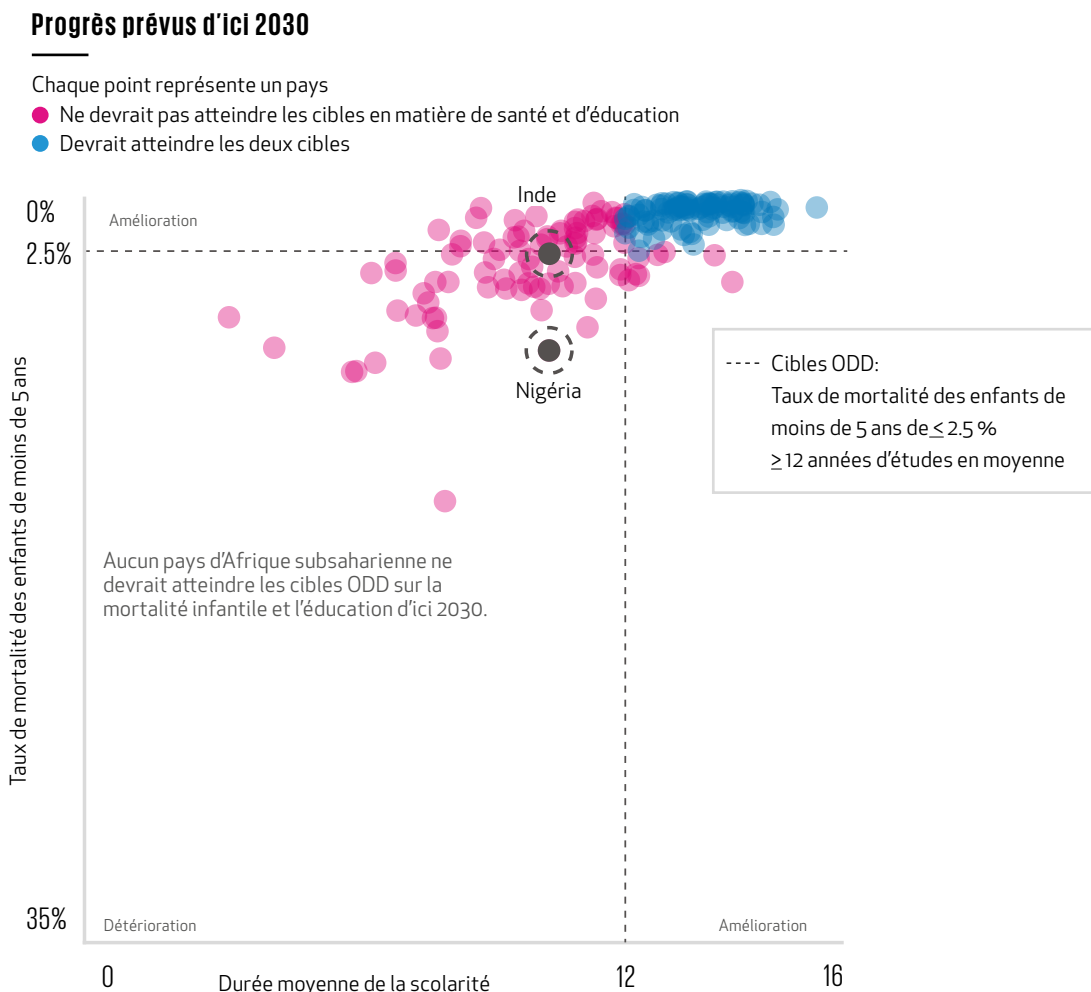
- Ne devrait pas atteindre les cibles en matière de santé et d'éducation
- Devrait atteindre les deux cibles



LES ÉCARTS VONT PERSISTER ENCORE LONGTEMPS

Très peu de pays en développement sont en passe d'atteindre les ODD liés à la santé et à l'éducation. Près des deux tiers des enfants des pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur vivent dans des districts qui, à leur rythme actuel de progression, n'atteindront pas la cible de l'ODD sur la mortalité infantile à l'horizon 2030. Un tiers de ces enfants vivent dans des districts qui n'atteindront même pas cette cible d'ici 2050.

Si nous voulons vraiment atteindre les ODD, il nous faut accélérer la lutte contre les inégalités géographiques et nous assurer qu'un plus grand nombre de districts obtiennent des résultats aussi bons que ceux du Kollam et d'Ado-Ekiti.



BIEN QUE CERTAINS S'ACHARNENT À AFFIRMER LE CONTRAIRE, LA VIE S'AMÉLIORE, MÊME POUR LES PLUS DÉMUNIS.



Sushila et Sakshi (Village de Kamrawan, Inde)



(Tamale, Ghana)

L'INÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DÉSAVANTAGE LA MOITIÉ DE L'HUMANITÉ

L'inégalité entre les femmes et les hommes existe dans chaque pays du monde. Peu importe où vous naissez, votre vie sera plus difficile si vous êtes née fille. Elle le sera d'autant plus si vous venez au monde dans un pays ou un district pauvre.

C'est à l'adolescence que l'avenir des filles et des garçons commence réellement à diverger. Pour les garçons, le monde s'ouvre. Ils dépendent moins de leurs parents, commencent à s'éloigner de plus en plus de leur foyer, s'inscrivent au

lycée ou à l'université et trouvent un emploi qui leur permet d'interagir avec le reste de la société.

Pour les filles, c'est l'inverse qui se produit. Elles passent, parfois très jeunes, d'assujetties à leurs parents

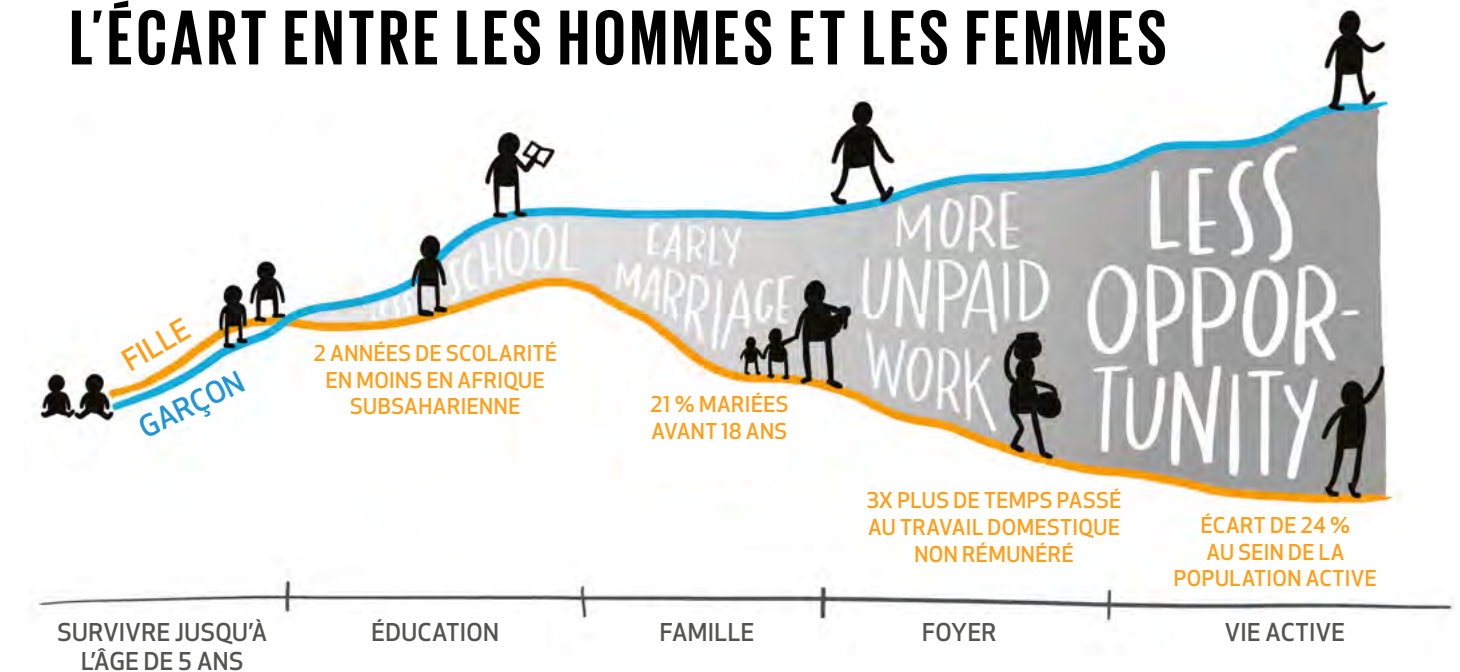
à assujetties à leur mari. Bien qu'elles aient pu profiter d'une certaine liberté à l'école primaire, elles sont censées retourner au foyer pour s'occuper de la cuisine, du ménage et des enfants.

La proportion de filles effectuant au moins deux heures par jour de travaux domestiques non rémunérés

est presque multipliée par deux lorsqu'elles atteignent l'âge de 15 ans. Une fois adulte, une femme consacre en moyenne plus de quatre heures par jour à une activité non rémunérée. En comparaison, les hommes n'y consacrent qu'un peu plus d'une heure par jour.

Ces obligations au sein du foyer ne sont qu'un exemple des normes sociales qui réduisent les opportunités des filles à l'approche de l'âge adulte. En Afrique subsaharienne par exemple, les filles suivent en moyenne deux années d'études de moins que les garçons. Et même lorsqu'elles sont instruites, elles

L'ÉCART ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES



sont bien moins susceptibles de convertir leurs années d'études en un emploi formel. À l'échelle mondiale, il existe un écart de 24 points de pourcentage entre les

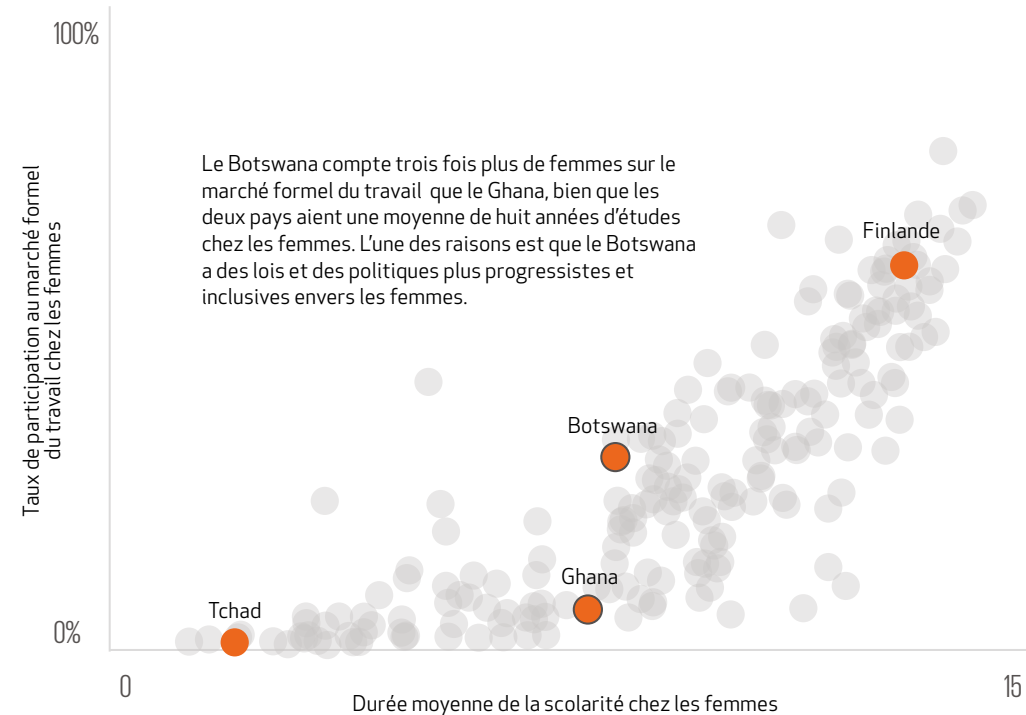
hommes et les femmes dans le taux de participation à la population active.

Ce manque d'accès à l'éducation et au monde du travail a un effet

dévastateur pour tous. Il maintient les femmes dans un état de dépendance, limite les chances de réussite de leurs enfants et ralentit la croissance économique.

L'éducation est nécessaire mais insuffisante pour combler l'écart entre les hommes et les femmes en matière d'opportunités économiques

La première chose que nous apprend ce tableau est qu'en moyenne, plus une fille passe de temps à l'école plus elle a de chances d'obtenir un bon emploi. Cependant, il nous montre également que dans certains pays, les filles ont tendance à recevoir une éducation de qualité, mais sont sous-représentées dans la population active. En d'autres termes, tant que nous n'aurons pas résolu le problème des normes et politiques discriminatoires, les femmes n'auront pas un accès équitable à des emplois de qualité.



APPRENDRE GRÂCE AUX MEILLEURS EXEMPLES

L'écart important et persistant que l'on retrouve entre les pays, entre les districts et entre les garçons et les filles prouve bien que même si les investissements mondiaux pour le développement fonctionnent, la vie des fortunés et des moins fortunés ne converge pas assez vite.

Nous pensons que les acteurs du développement doivent commencer à travailler différemment.

Dans le Rapport Goalkeepers 2018, nous expliquions que le capital humain est essentiel à la croissance économique dans les pays pauvres.

Cette année, nous soutenons que les investissements en capital humain devraient cibler les filles et donner la priorité aux pays et districts ayant le plus de retard à rattraper.

Ce n'est pas chose facile. Comme nous l'avons dit, les inégalités sont

extrêmement complexes. Il n'existe pas de solution miracle qui permette d'empêcher la géographie, le genre et d'autres facteurs aléatoires d'avoir un impact. Mais s'assurer que chaque enfant puisse être en bonne santé et ait accès à l'éducation est un très bon point de départ. Il ne s'agit pas simplement d'une aspiration morale; nous sommes convaincus que cet objectif est réalisable.

En matière de santé, la priorité doit être les soins primaires. Avec des systèmes de santé primaire correctement conçus et financés, il est possible d'atteindre l'ensemble de la population et de répondre à la grande majorité des besoins de santé.

Dans ce rapport, Githinji Gitahi, qui dirige la plus grande ONG spécialisée dans la santé en Afrique, décrit ce que des pays comme l'Éthiopie, le Rwanda et la Thaïlande font et qui fonctionne pour offrir des soins de santé de base à tous les citoyens, et présente les enseignements que d'autres pays peuvent retirer de ces expériences.

En matière d'éducation, il n'y a pas si longtemps, l'idée dominante était que les enfants pauvres n'avaient pas vraiment besoin d'être éduqués. Cette idée a été réfutée dans toutes les régions du monde au cours des 50 dernières années et la plupart des pays du monde ont des taux de scolarisation primaire proches de 100 %. La priorité à présent consiste à s'assurer que toutes les écoles offrent une éducation de qualité. Il existe des méthodes ayant fait leurs preuves pour enseigner la lecture et

TOUT LE CAPITAL HUMAIN DU MONDE NE SUFFIRA PAS À ATTEINDRE L'ÉGALITÉ ET À LA PROSPÉRITÉ SI LES FILLES INSTRUITES ET EN BONNE SANTÉ SE VOIENT IMPOSER DES NORMES SOCIALES QUI LES PRIVENT DE LEUR AUTONOMIE.

le calcul dans une salle de classe, mais il n'y a pas encore de consensus quant à la meilleure manière d'améliorer les compétences de base à très

grande échelle pour chaque enfant dans chaque école et dans chaque pays. L'an dernier, ce rapport a mis en lumière des innovations prometteuses testées en Côte d'Ivoire, en Inde et en Zambie, ainsi que les formidables résultats obtenus au Vietnam.

Les normes préjudiciables sont parfois difficiles à identifier. Elles sont aussi difficiles à changer, mais certains pays commencent à aider les femmes à s'y opposer.

Une grande partie de la solution consiste à mettre en place des politiques qui aident les femmes et les filles à se créer de nouveaux débouchés. Au Pérou par exemple, où les femmes ont le droit de posséder des terres et d'autres biens et ont facilement accès à la contraception leur permettant de planifier leur famille, leur participation à la population active a augmenté. Plus loin dans le rapport, Arshi Aadil, experte en inclusion financière digitale, présente plusieurs réformes politiques entreprises en Inde permettant non seulement d'améliorer les services publics pour les démunis, mais également d'éroder les fondations de la suprématie masculine.

Rebhia, Kukawa et Hassan (Centre de santé d'Umoja, Nairobi, Kenya)



CHANGER LA DONNE

Goalkeepers ne traite que de quelques idées pour créer un monde meilleur et plus juste. Heureusement, de nombreuses personnes engagées font preuve d'inventivité pour concevoir de nouvelles solutions pour lutter contre les inégalités. Personne n'a encore entièrement résolu le problème, mais nous avançons tous.

Quoi qu'il en soit, nous sommes convaincus d'une chose. Aucune vie ne devrait se jouer sur un coup de dés. Êtes-vous né, comme nous, sous une bonne étoile ? Ou faites-vous partie des milliards de personnes pour qui le sort n'a pas été favorable ? Notre objectif est d'équilibrer les chances pour tous.

Une fois cet équilibre fixé, l'avenir d'une personne ne sera plus conditionné par des facteurs aléatoires tels que le lieu de naissance ou le nombre de chromosomes X. Cet avenir ne sera plus conditionné par quoi que ce soit. Il ne dépendra plus que des rêves et des efforts de chacun.

A woman with a purple headwrap and a striped top carries a baby in a green and blue patterned sling. She holds a black umbrella. The background is a lush green outdoor setting. The image is overlaid with various colorful geometric shapes in shades of yellow, green, blue, and red.

LE PROGRÈS À L'ŒUVRE

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Lorsque nous avons lancé notre fondation, nous avons principalement cherché à découvrir et développer de nouveaux outils et de nouvelles technologies. Nous avons rapidement réalisé qu'il nous fallait également trouver des solutions pour qu'ils parviennent aux personnes qui en ont besoin. Les soins de santé primaires représentent de loin le service de santé le plus important au monde. Avec un système de soins de santé primaires solide il est possible de couvrir l'ensemble de la population, y compris les plus démunis et les plus vulnérables. Il permet d'offrir la majorité des besoins de santé d'une personne. Nous savons que lorsque les gouvernements investissent davantage dans les systèmes de santé primaire la population est dans l'ensemble en meilleure santé. Malheureusement, les pays à revenu faible et intermédiaire ne consacrent que 36 % de leur budget pour la santé aux soins primaires. Certains gouvernements privilégient des soins de santé avancés qui ne profitent qu'à une minorité de personnes, forçant le reste de la population à dépenser son propre argent pour recevoir des soins de base. Cette inégalité alimente le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie. Des investissements nouveaux et plus efficaces dans la santé primaire peuvent contribuer à le briser.

Bill & Melinda



J'AI LONGTEMPS CHERCHÉ À RÉCONCILIER UNE GRANDE IDÉE AVEC UN PETIT NOMBRE.



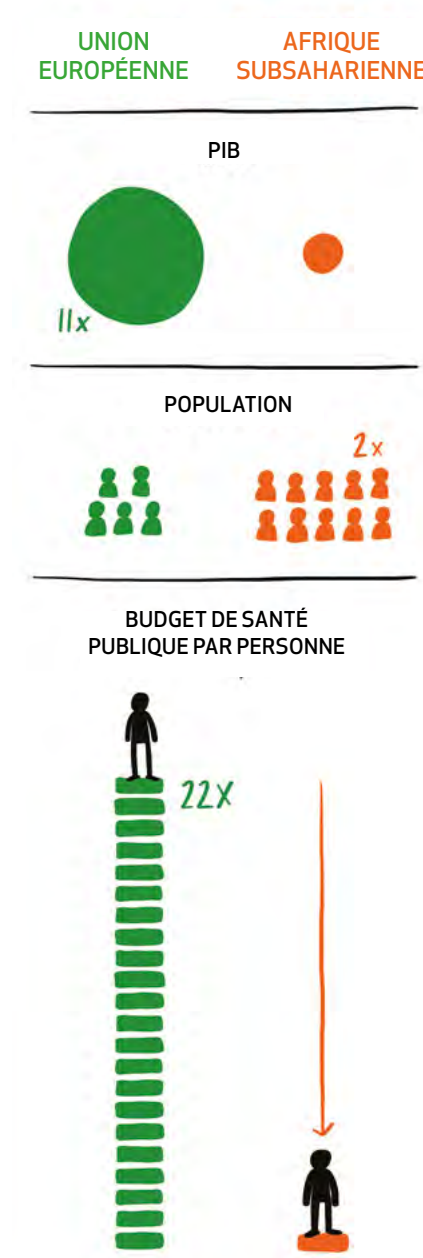
DR. GITHINJI GITAHI
 PDG monde,
 Amref Health Africa
 & Coprésident de CSU 2030

La grande idée, c'est que la santé ne devrait pas être un luxe, que tout le monde devrait pouvoir recevoir des soins sans avoir à souffrir financièrement. C'est ce que l'on appelle la Couverture sanitaire universelle (CSU). L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution en 2012 exhortant ses États membres à privilégier la CSU, et l'idée n'a cessé de prendre de l'ampleur depuis.

Le petit nombre, c'est 51\$. C'est mon propre calcul du montant que le pays d'Afrique subsaharienne moyen aurait à consacrer aux soins de santé par personne dans des circonstances

idéales. (Ma définition de « circonstances idéales » est un pays prélevant 20 % de son PIB sous forme d'impôts et allouant 15 % de son budget à la santé; la réalité dans la plupart des pays d'Afrique est loin d'être idéale).

Pour être clair, je ne suis pas en train de dire que la plupart des pays dépensent 51 \$ par personne (ce n'est pas le cas), ou que s'ils le faisaient, cela serait suffisant (ce ne serait pas le cas non plus). Je suis simplement en train de démontrer que contrairement aux pays plus riches qui dépensent des milliers de dollars par personne pour la santé,



les pays d'Afrique subsaharienne doivent trouver des solutions pour s'en sortir avec très peu de moyens.

Comment les pays peuvent-ils donc fournir une CSU lorsqu'ils ont moins de 51 \$ disponibles ? La réponse est: en investissant dans les soins de santé primaire, c'est-à-dire dans les services de soins de santé primaires à proximité des lieux où vivent et travaillent les gens. Un bon système de soins de santé primaires est juste et équitable, facilement accessible par tous, ne fait pas payer les pauvres de leur poche et peut couvrir la majorité des besoins de santé d'une personne tout au long de sa vie. Son objectif est de garder la population en bonne santé, car la maladie coûte cher au malade, à sa famille, à sa communauté et à son pays!

Lorsque je pense aux soins de santé primaires, je me revois marcher main dans la main avec ma mère vers notre dispensaire local dans une zone rurale du Kenya à environ un kilomètre de chez nous. C'est là que j'ai été vacciné. C'est là que ma mère a reçu des soins prénataux lorsqu'elle était enceinte de ma petite sœur. Et c'est là que toutes les

personnes que nous connaissons se rendaient lorsqu'elles étaient malades et avaient besoin d'un conseil ou d'un traitement.

Depuis les années 2000, plusieurs pays africains ont investi pour créer des systèmes de soins de santé primaires d'envergure et de qualité. L'Éthiopie et le Rwanda, par exemple, ont recruté des dizaines de milliers de travailleurs de santé communautaires: des femmes qui sont choisies par leurs voisins et formées par le gouvernement pour prendre soin de la santé de la population.

Les travailleurs de santé communautaires se rendent chez les personnes plutôt que l'inverse. Et ils n'interagissent pas uniquement avec les personnes lorsqu'elles sont malades. Ils promeuvent des comportements sains (comme une bonne alimentation et une bonne hygiène) et fournissent ou encouragent les soins préventifs (tels que la vaccination) pour les empêcher de tomber malades. Et ils sont bien entendu formés pour traiter les maladies courantes (comme la diarrhée et le paludisme), offrir des services de planification

familiale de base et orienter les patients vers des établissements de santé s'ils ont besoin de soins plus sophistiqués.

Grâce à ces investissements, l'Éthiopie et le Rwanda font figure de chefs de file dans la région en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Soit dit en passant, le PIB par habitant dans ces deux pays est bien inférieur à la moyenne régionale.

De nombreux autres pays africains n'ont pas encore fait les investissements nécessaires. Mon propre pays, le Kenya, est beaucoup plus riche que l'Éthiopie et le Rwanda, mais le système de soins primaires est plus faible (bien qu'il y ait enfin un engagement politique au plus haut niveau pour le renforcer.) Ce qui importe, ce sont les choix que font les décideurs politiques.

VOICI TROIS CHOIX QU'ILS PEUVENT FAIRE POUR OBTENIR DE MEILLEURS RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ AVEC DES BUDGETS LIMITÉS

1 INVESTIR UN PEU PLUS

En 2001, les 54 États membres de l'Union africaine se sont engagés à consacrer 15 % de leur budget national à la santé. Seuls quelques-uns respectent d'ores et déjà cet engagement et le nombre de pays y parvenant d'année en année se compte sur les doigts d'une main. Les gouvernements doivent trouver un équilibre entre un nombre incalculable de priorités. Trouver plus d'argent pour la santé n'est donc pas chose facile. Mais lorsque votre budget est aussi limité, chaque dollar supplémentaire compte. Le Kenya dépense actuellement 36\$ par personne et par an, ce qui signifie que 7 % de son budget total est dévolu à la santé. Si ce chiffre atteignait, disons, 51 \$, le champ des possibles serait grandement élargi. À 86 \$, selon une analyse des données de l'OMS, les gouvernements des pays à faible revenu pourraient financer les soins de santé primaire à 100 %.

2 ALLOUER DES FONDS AUX BONNES PRIORITÉS

De nombreux pays dépensent plus pour ce que l'on appelle les soins secondaires et tertiaires que pour les soins primaires. Cela a du sens à certains égards. En effet, les IRM, les radiographies et bien d'autres technologies liées aux soins secondaires et tertiaires coûtent cher. Mais les gouvernements africains ne peuvent se permettre d'allouer la plus grande partie de leur budget à des soins dont seulement quelques personnes ont besoin. En Thaïlande, où le système de soins primaires est l'un des meilleurs au monde, l'écart de santé entre les zones rurales et urbaines était si important que le gouvernement a temporairement réaffecté toutes ses dépenses d'infrastructure de santé aux zones rurales. Aujourd'hui, il y a au moins un centre de santé dans chaque village thaïlandais. Les gouvernements

africains doivent se dire: « Tant que nous ne serons pas sûrs que les soins de santé primaires reçoivent les investissements dont ils ont besoin, nous nous contenterons de ce que nous avons pour les soins secondaires et tertiaires. » C'est une position difficile à prendre, mais c'est ce que les pays qui se soucient de la CSU doivent faire lorsque si peu d'argent est disponible.

3 DÉPENSER PLUS EFFICACEMENT

Les systèmes de soins primaires peuvent faire beaucoup pour tirer le maximum de chaque dollar dépensé. Par exemple, ils peuvent investir dans la santé numérique, en particulier dans les dossiers médicaux électroniques. Ils peuvent aussi concentrer leurs efforts sur l'innovation managériale avec, par exemple, de nouvelles façons pour un continent comptant de nombreux pays et occupant



(Dispensaire d'Iloodariak, Kiserian, Kenya)

une vaste zone géographique de regrouper ses achats et améliorer les chaînes d'approvisionnement. Cela garantirait que les bons produits sont disponibles aux bons prix et livrés aux bons endroits au bon moment.

Enfin, il est essentiel d'utiliser les données pour répondre à deux questions clés sur la CSU: quoi et qui?

Lorsque vous n'avez pas les moyens d'offrir tous les services, les choix sur ce qu'il faut fournir sont capitaux. Pour les pays africains, je prescris avec audace de donner la priorité à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation. Mais il faut encore décider où déployer les ressources, non pas sur la base de

calculs génériques globaux, mais en fonction des conditions réelles sur le terrain. Par exemple, la vasectomie peut sembler rentable sur le papier et elle est efficace et encouragée, mais les retours seront plus faibles dans un pays où peu de personnes peuvent opérer, où les hommes sont réticents, et où le plus grand défi est une population adolescente en plein essor.

Vient ensuite le qui. Pour s'assurer que personne ne souffre de difficultés financières, il est nécessaire d'aider les plus marginalisés et les plus vulnérables, y compris les femmes, les enfants et les filles ainsi que les indigents. Cependant, dans les pays où la plupart des gens travaillent dans l'économie informelle et où les données

ne sont pas fiables, il est difficile de savoir précisément qui sont les indigents. Le Kenya, où 80 % des travailleurs évoluent dans le secteur informel, cherche à élaborer des méthodologies rigoureuses pour cibler plus efficacement les services. Idéalement, à mesure que les systèmes de santé primaires commenceront à obtenir les mêmes résultats avec moins d'argent, ils investiront ce qu'il reste afin d'obtenir des résultats encore meilleurs.

Quand j'avais sept ans, l'Assemblée mondiale de la Santé a annoncé son engagement en faveur de « la santé pour tous ». La tragédie c'est que lorsque des difficultés financières sont apparues le monde a cessé d'y penser, même comme un principe moral. Aujourd'hui j'ai 49 ans, et le concept de santé pour tous est enfin de retour. Avec le dialogue mondial sur la CSU, nous réfléchissons aussi aux mesures concrètes à adopter afin d'y parvenir. En d'autres termes, nous avons une deuxième chance. À présent, c'est aux dirigeants d'Afrique et du monde entier de la saisir.



LE PROGRÈS À L'ŒUVRE

L'INCLUSION NUMÉRIQUE

Certains pessimistes s'inquiètent que la technologie nous mène vers un avenir dystopique. Certains optimistes naïfs prédisent qu'elle donnera lieu à un monde utopique. La vérité se situe quelque part entre ces deux scénarios. La technologie est disruptive, et les pays doivent investir afin de maximiser les impacts positifs et faire face aux perturbations négatives.

Peu de pays ont fait preuve d'autant d'innovation et d'attention dans l'utilisation de la technologie numérique pour améliorer la vie des gens que l'Inde. Très tôt, le gouvernement a compris que la technologie permettait de communiquer directement avec les citoyens plutôt que d'avoir à passer par de multiples niveaux de bureaucratie. Il a ensuite commencé à créer des politiques intelligentes, fondées sur la technologie numérique, qui ont amélioré à la fois la qualité et la portée des services administratifs. Cet essai, qui décrit la réforme des subventions pour le gaz de cuisine, démontre comment la technologie et la politique peuvent être alliées pour créer un effet domino surprenant.

Bill et Malenika



VOICI L'HISTOIRE DE TROIS GÉNÉRATIONS DE SUBVENTION DE GAZ DE CUISINE EN INDE.



ARSHI AADIL

Responsable—Gouvernement et Impact social,
MicroSave Consulting

Mais il ne s'agit de gaz de cuisine qu'au sens le plus strict. Plus largement, cette histoire illustre comment la technologie numérique a pu aider le gouvernement indien à concevoir un ensemble de politiques innovantes qui ont donné plus d'autonomie à 75 millions de femmes marginalisées. Plus largement encore, elle montre comment les gouvernements peuvent mieux servir les citoyens.

Pendant des décennies, les ménages indiens achetaient du gaz de pétrole liquide pour cuisiner à un prix bas et garanti par le gouvernement. Cette subvention était mal ciblée, car tout

le monde, y compris les plus riches, pouvait en profiter. (Selon le FMI, les ménages indiens appartenant aux 10 % les plus riches ont reçu sept fois plus de cette subvention que les 10 % des plus pauvres.) Elle était inefficace, car une grande partie du gaz subventionné était vendu sur le marché noir aux hôtels, aux restaurants et à d'autres entreprises qui auraient dû le payer au prix du marché. Enfin, elle coûtait cher; diverses subventions sur le prix du gaz pouvaient coûter près de 10 milliards de dollars par an au gouvernement, en fonction du prix mondial du gaz.

Mais un jour, tout a changé: l'Inde a lancé un concept baptisé « la trinité JAM ». Le J pour Jan Dhan Yojana, un programme gouvernemental indien conçu pour aider les plus démunis à ouvrir un compte bancaire. Le A pour Aadhaar, un programme qui fournit à chaque résident indien un identifiant unique rattaché à une authentification biométrique telle qu'une empreinte digitale. Enfin le M désigne les téléphones mobiles, qui sont de plus en plus répandus en Inde. Lorsque les citoyens disposent d'un compte, d'un identifiant et d'un téléphone portable, le gouvernement peut transférer de l'argent directement sur un compte bancaire et vérifier l'identité des bénéficiaires. Cela lui permet d'être beaucoup plus précis et ambitieux en matière d'élaboration de politiques.

À partir de 2012 et jusqu'en 2015, le gouvernement a utilisé la trinité JAM pour passer progressivement d'un programme de subvention sur le prix du gaz à un système de transfert d'argent directement sur le compte bancaire des bénéficiaires ayant acheté du gaz au prix du marché. Ce programme de subvention transformé, lancé à l'échelle nationale

La trinité JAM

Dans un monde analogue, les aides financières du gouvernement traversaient un réseau inefficace d'intermédiaires pour atteindre les démunis. Dans un monde numérique soutenu par la trinité JAM, le lien entre le gouvernement et les citoyens est direct et bidirectionnel.



sous le nom de PAHAL en 2015, est le plus grand programme de transfert d'argent au monde.

PAHAL répond aux trois problèmes majeurs liés à l'ancien programme de subvention. Grâce à Aadhaar, le gouvernement a pu retirer 36 millions de bénéficiaires doublons ou fantômes du registre, réduisant ainsi les détournements vers le marché noir et augmentant l'efficacité globale du programme. Après une campagne gouvernementale encourageant les personnes plus aisées à cesser de réclamer la subvention, 10 millions d'Indiens additionnels se sont retirés des listes, améliorant ainsi le ciblage. En conséquence, PAHAL a allégé la charge financière qui

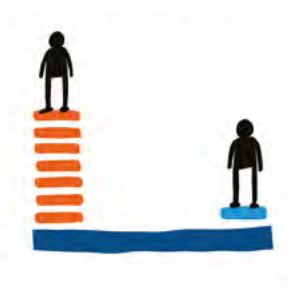
pesait sur le gouvernement: bien que les estimations varient, ce dernier affirme avoir économisé près de 9 milliards de dollars depuis le lancement de PAHAL.

Mais plutôt que d'empocher cette somme, le gouvernement a créé un tout nouveau programme, une troisième génération de subvention sur le prix du gaz de cuisine reposant aussi sur la trinité JAM, appelé Ujjwala. Ce programme a été soigneusement conçu pour aider les femmes les plus pauvres à complètement transformer leur vie.

La plupart des familles les plus pauvres, en particulier dans les zones rurales, ne cuisinent pas au gaz.

PREMIÈRE GÉNÉRATION

7X PLUS
D'ALLOCATIONS PARI MI LES
10 % DES PLUS RICHES



CIBLAGE

DEUXIÈME GÉNÉRATION

~9 MILLIARDS DE \$
ÉCONOMISÉS À DATE



EFFICACITÉ

TROISIÈME GÉNÉRATION

75 MILLIONS
DE FEMMES PAUVRES
DANS DES ZONES
RURALES BÉNÉFICIENT
DE SUBVENTIONS POUR
UN POËLE À GAZ



IMPACT

Même s'il est subventionné, il coûte toujours plus cher que le bois ou le fumier qui peuvent également servir à allumer un feu. Cependant, en brûlant, le bois et le fumier remplissent la cuisine de fumées dangereuses (la pollution de l'air dans les foyers est responsable de 500 000 décès par an en Inde). Pour faire face à cette crise, Ujjwala offre aux ménages ruraux éligibles une subvention de 50 % pour l'achat d'une connexion au gaz et d'un poêle. (Les 50 % restants peuvent être payés en plusieurs fois.) Jusqu'à présent, environ 75 millions de femmes ont bénéficié d'Ujjwala. Le gouvernement envisage à présent

des réformes supplémentaires pour encourager les bénéficiaires d'Ujjwala à recharger leurs bonbonnes de gaz, qui ne sont pas toujours abordables ou faciles à obtenir. Mais l'impact d'Ujjwala ne s'arrête pas à la santé. Le programme aide également les femmes à se défaire des normes sociales discriminatoires qui les ont privées de nombreuses opportunités. Par exemple, la femme indienne moyenne passe plus de 40 heures par semaine sur des travaux ménagers, ce qui ne lui laisse que très peu de temps

pour faire autre chose. Grâce au gaz, les femmes gagnent plusieurs heures sur le temps qu'elles passaient à trouver du bois, à faire des feux et à les entretenir, ce qui les rendait malades, et à balayer les cendres et la poussière. En outre, le gouvernement a pris une décision décisive sur la façon dont les allocations seraient versées, qui est venue perturber l'ordre traditionnel au sein du foyer. Contrairement aux autres programmes de subvention en Inde, ce sont les femmes, et non leurs maris, qui sont éligibles à Ujjwala. Pour recevoir la subvention, les femmes doivent ouvrir un compte bancaire.

Le simple fait d'avoir et d'utiliser un compte bancaire change la vie des femmes en leur donnant un pouvoir de décision sur les finances de leur famille. Un essai contrôlé randomisé sur un autre programme de prestations sociales en Inde, un programme de garantie d'emploi, a révélé que lorsque les femmes étaient payées directement sur leur propre compte (plutôt que sur celui de leur mari), et qu'elles avaient appris à l'utiliser, elles travaillaient plus et gagnaient plus. Leurs maris ont également affirmé mieux accepter que leurs femmes travaillent en dehors du foyer. En d'autres termes, en aidant les femmes à prendre le contrôle de leurs

ressources financières, il est possible de changer la vision que les autres ont d'elles et de montrer de quoi elles sont capables. Les politiques élaborées autour de la trinité JAM parviennent de surcroît à rendre le gouvernement plus responsable envers les plus démunis. Par exemple, avec la nouvelle subvention sur le prix du gaz de cuisine, les représentants gouvernementaux de 640 districts reçoivent quotidiennement des rapports d'étape sur PAHAL comprenant des informations sur le nombre d'inscrits, de transferts d'argent et de taux d'erreurs afin qu'ils puissent identifier

les problèmes dès qu'ils surviennent et y remédier immédiatement. Plusieurs états testent aussi diverses méthodes pour solliciter de manière proactive l'avis des citoyens chaque fois qu'ils interagissent avec le gouvernement. Dans l'un des États, par exemple, les bénéficiaires reçoivent un appel automatisé leur demandant de donner leur avis sur la qualité du service. La cliente a-t-elle été traitée avec courtoisie ? A-t-elle reçu la subvention comme prévu ? L'a-t-elle reçue sans avoir à payer de pot-de-vin ? Les réponses négatives sont ensuite transférées et donnent lieu à une plainte formelle. À elle seule, la trinité JAM n'accomplit pas grand-chose. Elle doit être couplée à des politiques et des services intelligents au service des démunis, conçus autour de la technologie numérique. Même dans un tel cas, les politiques et les services numériques ne peuvent éradiquer seuls la pauvreté et les inégalités entre les femmes et les hommes. Ils doivent être accompagnés en parallèle de réformes pour changer les politiques discriminatoires. Cependant, lorsque toutes ces pièces s'assemblent, le statu quo peut changer rapidement.



Sangeeta (Village de Targaon, Inde)

LE PROGRÈS À L'ŒUVRE

ADAPTATION AU CHANGEMENT CLIMATIQUE

Le débat mondial sur le changement climatique se concentre essentiellement sur la réduction des émissions de carbone. Nous attendons encore les grandes percées technologiques et politiques dont nous avons besoin. Pendant ce temps, le climat est déjà en train de changer. Il est terriblement injuste de voir que ce sont les agriculteurs les plus pauvres du monde qui souffrent le plus. Ils n'ont rien fait pour provoquer le changement climatique, mais comme ils dépendent de la pluie pour vivre, ils se retrouvent en première ligne et sont les victimes directes de ses impacts. Ces agriculteurs ne disposent d'aucune marge d'erreur. Ils ne possèdent pas les ressources nécessaires pour s'adapter aux sécheresses et aux inondations, aux épidémies qui ravagent leurs troupeaux ou aux nuisibles qui dévorent leurs récoltes. En Éthiopie, le gouvernement et des millions d'agriculteurs se sont lancés dans une impressionnante course à la résilience, et cela fonctionne. Comme l'écrit le secrétaire d'État M. Kaba, la sécheresse de 2015 n'a pas causé autant de morts ou de dégâts que la tristement célèbre sécheresse de 1984. Le succès de l'Éthiopie donne de l'espoir. Nous avons besoin de plus d'investissements à l'échelle mondiale pour développer et distribuer de nouvelles cultures améliorées qui tolèrent les stress thermiques ou hydriques. Le système mondial de recherche agricole a besoin de plus de soutien.

Bill & Melinda



LA FAMINE DE 1984 EST UNE TRAGÉDIE QUI FAIT PARTIE DE NOTRE HISTOIRE.



DR. KABA URGESSA

Secrétaire d'État auprès du Ministère de l'Agriculture en charge des Ressources naturelles et de la Sécurité alimentaire, Éthiopie

Mais parfois, bien que cela semble étrange à dire, une crise peut être source d'opportunités. Peu de temps après la famine, nous avons mis en place une politique de gestion des catastrophes et constitué des réserves alimentaires afin que, lorsque des sécheresses se produisent, nous puissions au moins sauver la vie de nos concitoyens.

Au fil des ans, nous avons investi massivement dans la productivité et la résilience de notre secteur agricole. Avec 80 % de la population vivant dans les zones rurales, c'était une nécessité absolue. En 2003, l'Union africaine s'est réunie à Maputo, au

Mozambique, et les gouvernements se sont engagés à consacrer 10 % de leurs budgets à l'agriculture; nous dépensons plus que cela. En 2015, nous avons subi une sécheresse aussi grave que celle qui a causé la famine de 1984, mais le monde n'en a jamais entendu parler car nous avons élaboré de meilleurs systèmes pour aider les agriculteurs à y faire face.

Notre secteur agricole florissant explique en partie pourquoi la croissance économique de l'Éthiopie a été aussi impressionnante et pourquoi nous sommes en voie de devenir un pays à revenu intermédiaire d'ici 2025. Mais une chose pourrait venir tout perturber: le changement climatique. Le changement

climatique est causé par les actions de pays plus riches, mais ce sont les personnes les plus vulnérables vivant dans des pays plus pauvres qui en ressentent les effets en premier.

Depuis mon enfance, la température ici a augmenté d'environ 1 degré Celsius. Mais la pluie est un problème bien plus important. Dans l'ensemble, les précipitations sont plus rares, jusqu'à -20 % dans certaines régions. Et celles qui se produisent sont moins prévisibles. Elles arrivent tard et ne durent pas longtemps. Lorsque la pluie tombe, elle peut se déverser sous forme de torrent destructeur. Les agriculteurs basent tous leurs calculs sur la météo. Les petits exploitants agricoles sont d'excellents agronomes, mais ils ont passé leur vie à apprendre à travailler avec un climat qui a cessé d'exister.

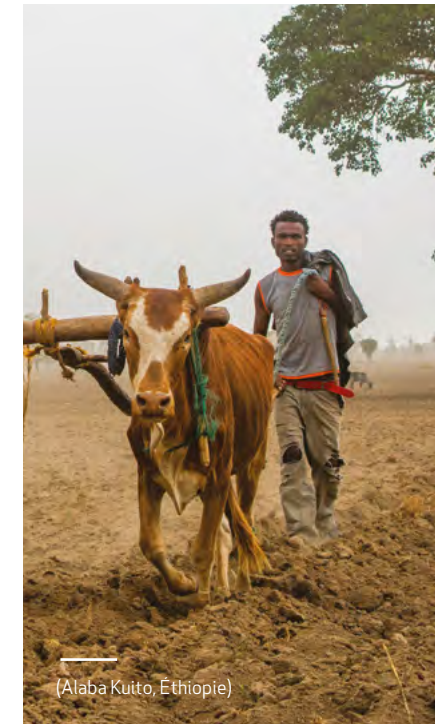
Heureusement, les travaux que nous avons engagés depuis une vingtaine d'années vont pouvoir venir en aide aux agriculteurs pendant les 20 années à venir. En 2005, nous avons lancé un très vaste programme qui offre des financements aux personnes souhaitant travailler sur des projets de travaux publics liés à l'agriculture. L'impact est

double: les pauvres ont les moyens d'acheter de la nourriture et d'autres biens lorsqu'une crise survient, et ils construisent des équipements pour la communauté tels que des terrasses, des murs de protection, des barrages de correction, des tranchées profondes et des micro-bassins qui retiennent l'eau, préviennent l'érosion des sols et contribuent en définitive à améliorer les rendements. Trois ans plus tard, nous avons lancé un autre programme pour favoriser un mouvement de masse autour de la gestion durable des terres.

Nous avons par ailleurs engagé l'un des plus grands réseaux d'agents de vulgarisation agricole au monde. Ils sont une source d'informations pertinentes. Par exemple, ils préviennent rapidement lorsqu'une période de sécheresse approche et proposent des solutions pour aider les agriculteurs à y faire face. Ils travaillent également sur l'éducation à long terme. Notre réseau d'agents de vulgarisation est l'une des raisons pour lesquelles les agriculteurs éthiopiens ont plus tendance à utiliser des engrais, des semences améliorées ou des systèmes d'irrigation que dans de nombreux pays voisins.

Nous sommes clairvoyants quant au défi auquel nous sommes confrontés. Il y a plusieurs années, nous avons lancé notre stratégie pour une Economie Verte Résiliente face au changement climatique, qui reconnaît que notre prospérité future repose sur une bonne gestion de notre environnement.

Nous ne pouvons pas stopper les sécheresses, mais nous pouvons prospérer malgré elles.



LA MÉTÉO DANS NOTRE RÉGION OBÉIT À LA VOLONTÉ DE DIEU.



MITSELAL TEKELE TESHAY

Agriculteur,
Éthiopie

Il y a vingt ans, quand j'ai commencé à cultiver cette terre, la météo était plus favorable. Mais il fait de plus en plus chaud. Juillet est censé être un mois frais, mais cette année, il est bien plus chaud que d'habitude. Et les pluies ne sont pas fiables. Une année, il y a de bonnes pluies, et l'année suivante, c'est la sécheresse. Il commence habituellement à pleuvoir fin mai ou début juin. Cette année, nous sommes déjà fin juillet et il n'a pas encore plu. Nous attendons toujours. Nous essayons de semer aux meilleurs moments, mais nous ne pouvons pas contrôler la pluie. Si la saison des pluies ne commence

que fin juillet pour s'arrêter avant le mois d'octobre, les récoltes seront très mauvaises. Si la situation s'aggrave, j'ai quelques moutons que je peux vendre ou échanger. Je songe aussi à investir dans des ruches pour le miel.

Bien que la météo se soit dégradée, notre exploitation se porte bien mieux aujourd'hui. Enfant, je me souviens que quand les sols de la ferme de mes parents ont été détruits, ils n'ont reçu aucune aide de la part du gouvernement. Lorsque la famine est survenue en 1984, toute la famille n'a eu d'autre choix que de partir au Soudan.

Maintenant, nous recevons des informations et des conseils de la part d'experts agricoles qui viennent voir notre communauté. Avant, nous n'utilisions pas de semences modernes, mais aujourd'hui, j'ai accès aux meilleures variétés de blé. Je plante du blé qui arrive à maturité plus tôt et qui supporte donc mieux la sécheresse. Avant, nous n'utilisions pas d'engrais, d'herbicide ou de pesticide. Aujourd'hui, j'utilise les trois. Je sais comment me débarrasser des mauvaises herbes. Je sais comment empêcher le soleil de dessécher mes cultures. Mes rendements ont pratiquement doublé.

NOUS ESSAYONS DE NOUS ADAPTER AUX CONDITIONS LOCALES ET DE LES SURMONTER.



Mitselal
(Kal Amin kebele,
Éthiopie)

Cette année, on nous a avertis que les pluies seraient plus faibles et on nous a expliqué comment nous pouvions réagir. Nous exploitons la pluie en recueillant les eaux de ruissellement que nous stockons pour plus tard. Nous faisons tout ce qu'il est possible de faire pour que les sols restent humides. Pour cela, nous avons différentes techniques: appliquer du paillis, creuser des tranchées, labourer, consolider les rigoles. Dès qu'un peu

de pluie commence à tomber, tout le monde s'active pour s'assurer que l'eau reste dans les sols. Personne ne reste à la maison quand il pleut.

Nous essayons de nous adapter aux conditions locales et de les surmonter. Je souhaite que mes enfants reçoivent une éducation. Je n'en ai pas eu lorsque j'étais jeune; je ne suis jamais allé à l'école de ma vie. Mais mes trois enfants sont scolarisés. Je dois

m'assurer qu'ils soient nourris. Si je cultive du blé au début de l'année, je passerai à l'orge pour la prochaine saison car je veux que mes enfants puissent en manger. Ils ne peuvent apprendre et étudier s'ils ont le ventre vide. Chaque décision que je prends concerne les besoins de ma famille.

Propos tirés d'un entretien

EXPLORER LES DONNÉES



Nous avons commencé à réaliser le Rapport Goalkeepers pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD). Nous pensons qu'en parlant des domaines où le monde remporte des victoires, les dirigeants seront encouragés à en faire plus, et qu'en pointant du doigt les lacunes et les échecs, nous les aiderons à identifier les problèmes nécessitant une attention particulière. Nous avons donc promis de publier chaque année les données mondiales les plus récentes sur les 18 indicateurs les plus étroitement liés au travail de notre fondation. Cette année, compte tenu de notre thème, nous avons décidé d'insister sur le rôle des inégalités dans l'entrave à la réalisation des ODD. Nous nous sommes également penchés d'un peu plus près sur la mortalité maternelle, le retard de croissance et les maladies tropicales négligées (MTN), car ces exemples donnent un bon aperçu des inégalités et nous montrent comment les combattre.

Bill & Melinda

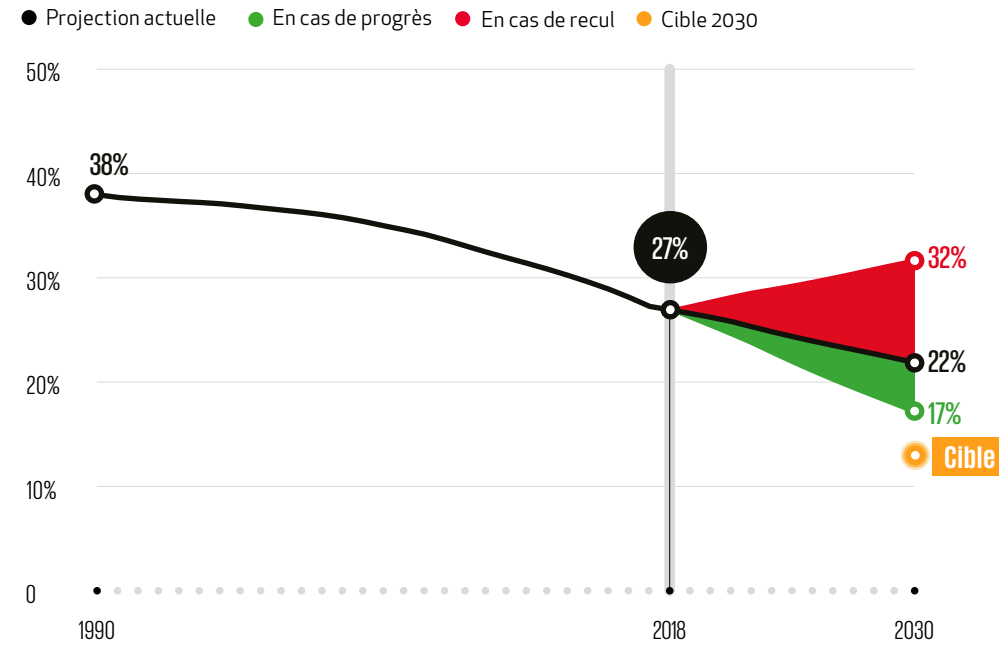
RETARD DE CROISSANCE

Le retard de croissance est un problème complexe qu'aucun levier seul ne saurait régler. Il est nécessaire d'adopter une action coordonnée à différents niveaux afin d'obtenir de réels progrès. C'est sans doute pourquoi le taux de retard de croissance dans le monde a baissé plus lentement que d'autres indicateurs. Mais c'est également pourquoi la réduction de ce retard est une indication claire de bon développement.

Une façon d'accélérer le progrès consiste à étudier les meilleurs exemples, c'est-à-dire les pays ayant réalisé les progrès les plus impressionnants. C'est le cas du Népal.

En 1996, deux enfants népalais sur trois souffraient d'un retard de croissance, le taux le plus élevé au monde. En 2016, ils n'étaient plus qu'un sur trois environ. Ces progrès furent obtenus grâce à des investissements dans la santé, la nutrition et l'éducation. Par exemple, le pourcentage de femmes enceintes recevant des soins prénataux de la part d'un professionnel qualifié a triplé depuis le début du XXI^e siècle (pour atteindre 84 %), et le taux de scolarisation au primaire est aujourd'hui de 97 %.

Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans



Cible ODD: élimination de la malnutrition sous toutes ses formes, en atteignant notamment, d'ici 2025, les objectifs fixés à l'échelle internationale en matière de retard de croissance et de dénutrition chez les enfants de moins de 5 ans. La cible indiquée sur le graphique est prévisionnelle et extrapolée sur la base de la cible actuelle pour 2025.

Un examen plus attentif des données révèle que bien que le Népal ait réduit le retard de croissance dont souffre sa population, il ne l'a pas fait de manière équilibrée. À droite, voici un graphique

qui présente le retard de croissance par quintile de richesse entre 1996 et 2016. Bien que chaque quintile ait constaté une amélioration, parfois très grande, le retard de croissance a diminué plus visiblement

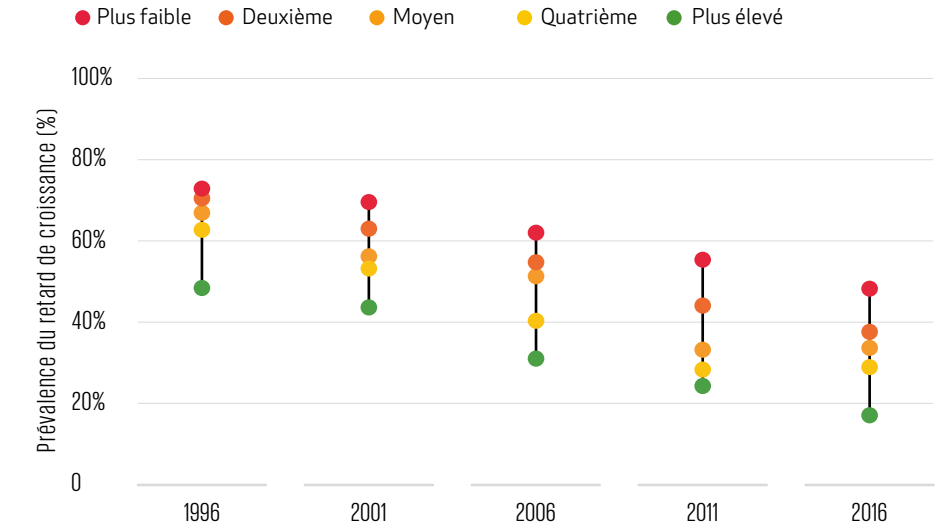
chez les riches que chez les pauvres. Et l'écart entre les plus démunis et le reste de la population est aujourd'hui encore plus marqué.

Pour le Népal, la priorité est maintenant de réduire cet écart. Pour cela, il peut s'inspirer de l'exemple du Pérou.

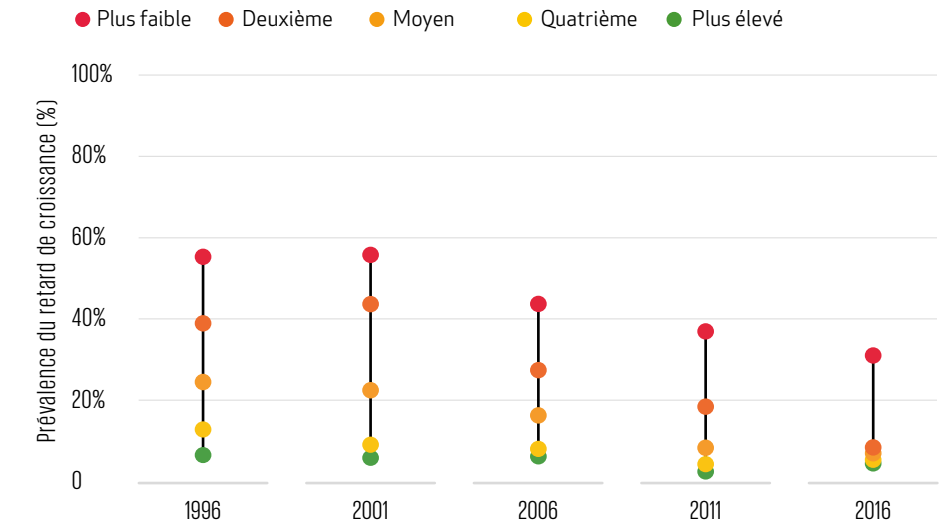
Le même graphique pour le Pérou, un pays exemplaire dont la situation en matière de retard de croissance en 2000 était proche de celle du Népal aujourd'hui, nous montre que l'écart entre les quintiles les plus riches et les plus pauvres a été réduit de moitié en à peine 15 ans. Ces progrès en faveur de plus d'égalité ne sont pas le fruit du hasard: le gouvernement péruvien a créé un système d'assurance maladie pour les démunis; mis en œuvre un programme de transferts conditionnels en espèces afin d'encourager les femmes dans certaines zones clés à utiliser les services de santé, de nutrition et d'éducation; et ciblé des interventions sanitaires et nutritionnelles clés afin de s'assurer que les personnes qui en ont le plus besoin soient aidées en priorité.

À eux deux, le Népal et le Pérou donnent un aperçu de la situation à différentes étapes de la lutte contre le retard de croissance.

Prévalence du retard de croissance par quintile de richesse au Népal



Prévalence du retard de croissance par quintile de richesse au Pérou



MORTALITÉ MATERNELLE

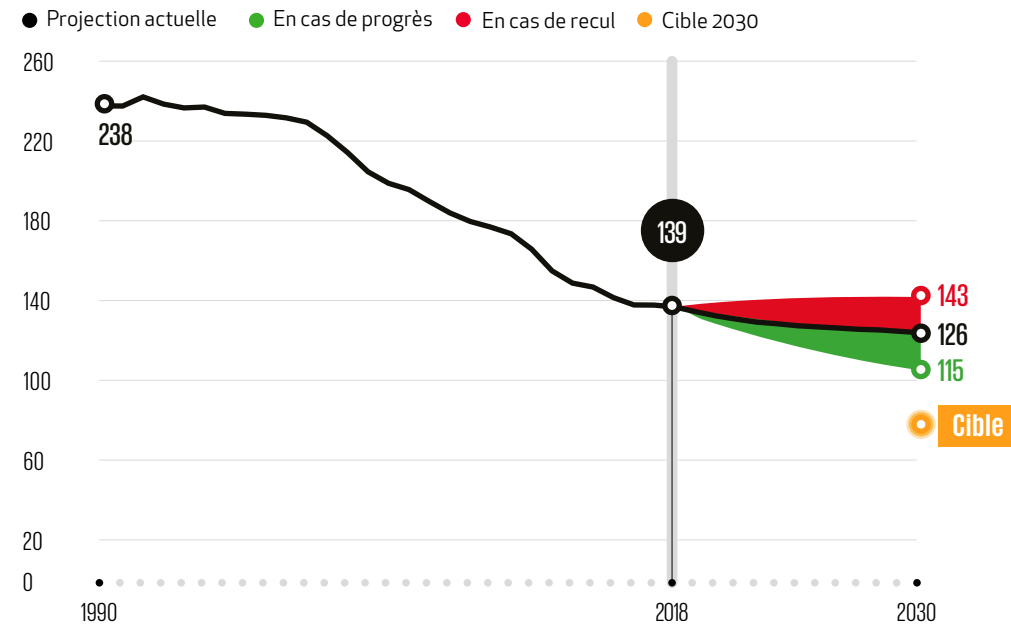
La plupart des décès maternels peuvent être évités grâce à des outils déjà disponibles. La clé consiste à fournir des soins de qualité aux mères tout au long de leur grossesse et au moment de l'accouchement.

Malheureusement, la plupart d'entre elles ne reçoivent aucune aide médicale. L'une des images les plus insoutenables en matière d'inégalité est celle d'une jeune femme accouchant seule.

Heureusement, de nombreux gouvernements et leurs partenaires innovent pour faire disparaître cette image. Par exemple, notre partenaire Jhpiego est en train de réinventer la façon dont les femmes enceintes interagissent avec le système de santé.

La plupart des femmes enceintes passent quelques minutes à recevoir des soins d'une infirmière ou d'une sage-femme à plusieurs intervalles de leur grossesse. Cette attention particulière semble bonne, mais les rencontres sont souvent impersonnelles et précipitées.

Mortalité maternelle par centaine de milliers de naissances vivantes



Cible ODD: réduction du taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 par centaine de milliers de naissances vivantes

Ainsi, dans 20 établissements de santé au Kenya et au Nigéria, Jhpiego a invité des groupes de 15 à 20 femmes à des stades similaires de grossesse à participer à une série de séances prénatales de groupe de deux heures. Elles ont pu passer plus

de temps (jusqu'à 30 fois plus !) avec un professionnel de santé qui a ainsi pu les rencontrer personnellement. Mieux encore, elles ont eu l'occasion de faire connaissance et de créer un réseau d'entraide ayant perduré après leur accouchement.

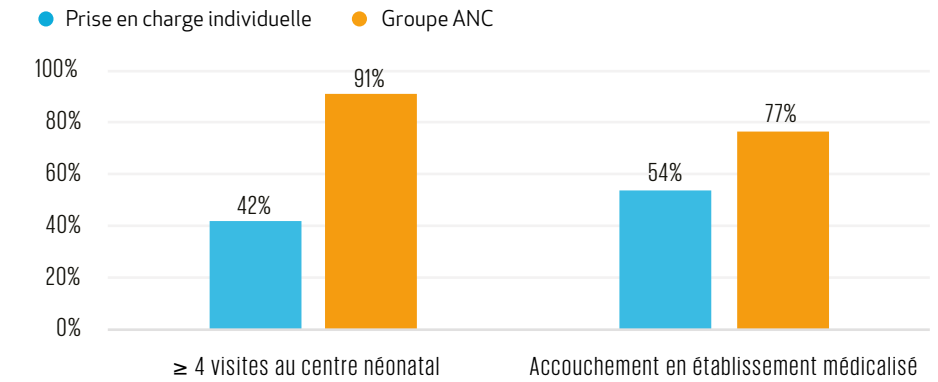
Ces groupes pilotes de soins prénataux (G-ANC) ont permis d'obtenir des résultats stupéfiants. Premièrement, la prise en charge était tout simplement meilleure. Au Kenya comme au Nigéria, les femmes participant aux G-ANC avaient plus de chance de bénéficier d'une intervention clé et d'informations sur la meilleure manière de s'occuper d'elles-mêmes et de leur nouveau-né.

Deuxièmement, les femmes ont eu un meilleur ressenti face à cette expérience, ce qui suggère qu'elles sont plus enclines à continuer à utiliser le système de santé. Les Nigériennes ayant participé aux G-ANC étaient beaucoup plus susceptibles d'accoucher dans un établissement médicalisé où le personnel sait comment gérer une urgence obstétrique.

Troisièmement, ces femmes présentaient des scores plus élevés sur une échelle d'autonomisation, ce qui suggère que les G-ANC ont non seulement un impact sur la santé maternelle, mais également sur d'autres domaines importants de développement.

Bien que le projet ait pris fin en 2017, les 20 sites tests ont continué à proposer des séances de G-ANC de manière

Évolution de l'utilisation des services de santé par les mères sur les sites G-ANC au Nigéria



Ladi et Lami, Lucy et Godwin (Agyaragu Yakubu, Nigéria)

indépendante, en partie à la demande des professionnels de santé et des mères. L'étape suivante consiste à

étendre le projet à d'autres districts et pays afin que la courbe de mortalité maternelle fléchisse plus rapidement.

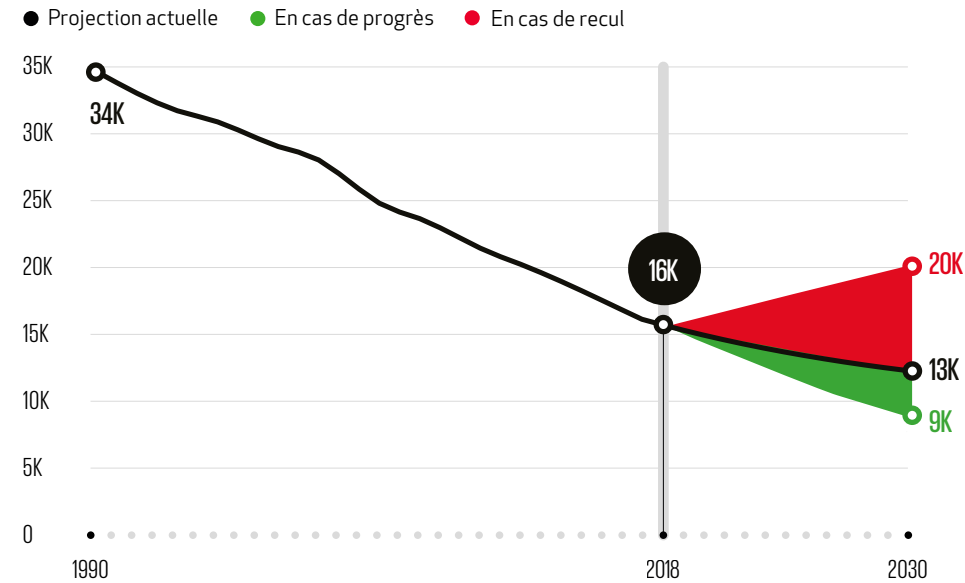
MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES (MTN)

Dans l'expression « maladies tropicales négligées » (MTN), l'adjectif « négligées » fait référence à un groupe d'environ 20 maladies, mais il pourrait tout aussi bien décrire les 1,5 milliard de personnes touchées par ces maladies. Remporter la lutte contre les MTN nécessite de comprendre comment répondre aux besoins des personnes n'ayant jamais reçu aucune aide.

Prenons l'exemple de l'onchocercose, une maladie parasitaire qui cause d'horribles démangeaisons et dans les cas les plus graves, la cécité (on la connaît également sous le nom de « cécité des rivières »). L'onchocercose est transmise par une mouche noire qui se reproduit aux abords de rivières à fort débit. Par conséquent, certains agriculteurs parmi les plus pauvres au monde ont été contraints d'abandonner les bassins fluviaux où se trouvent les meilleurs sols, et tentent de gagner leur vie sur des terres infertiles.

La bonne nouvelle, c'est que l'onchocercose se soigne avec de l'ivermectine, un médicament que Merck propose gratuitement depuis

Taux de prévalence de 15 MTN par centaine de milliers de personnes



Cible ODD: mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

1987. Malheureusement, bien que l'ivermectine tue les jeunes vers responsables des symptômes, elle ne tue pas les vers adultes qui peuvent continuer à se reproduire pendant une période allant jusqu'à 15 ans. En outre, 200 millions de personnes vivant dans des villages reculés à travers toute l'Afrique subsaharienne risquent d'être infectées.

Compte tenu de ces défis, l'élimination de l'onchocercose repose sur un programme appelé Administration massive de médicaments (AMM): chaque année, des travailleurs de santé bénévoles dans des dizaines de milliers de villages reculés distribuent de l'ivermectine à chaque habitant. Après une quinzaine d'années environ, si la couverture de l'AMM reste suffisamment large, les vers adultes ayant

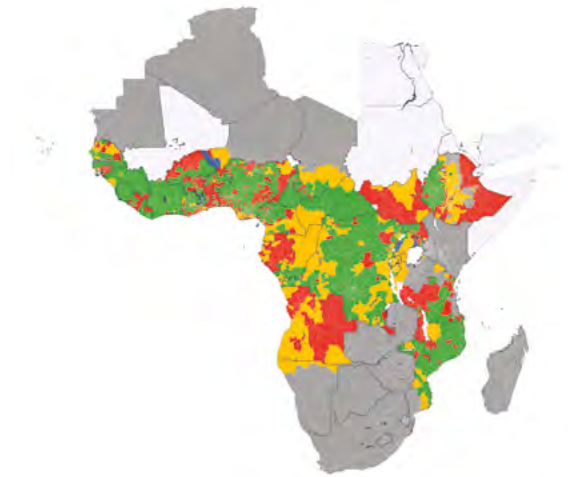
infecté des individus meurent de vieillesse et le cycle de transmission est brisé.

Mais à chaque victoire, le travail devient plus difficile. Tout d'abord, les personnes qui ont pris le médicament pendant dix années de suite et qui ne se sentent pas malades sont peu désireuses de continuer à le prendre. Ensuite, les tests de dépistage ne sont pas assez précis pour déterminer si la maladie a totalement disparu ou si elle n'est présente qu'à des niveaux très faibles. Par conséquent, nous ne savons pas quand il est sûr de mettre un terme à l'AMM.

Nous continuons d'investir dans des diagnostics plus précis et des médicaments plus efficaces tout en ne pouvant compter que sur certains des systèmes de santé les plus fragiles au monde pour, année après année, relever l'immense défi logistique que représentent ces campagnes d'AMM de qualité et de grande ampleur. Beaucoup relèvent le défi. La transmission de l'onchocercose a été stoppée dans deux Etats du Nigéria et plusieurs régions du Mali, du Sénégal, du Soudan et de l'Ouganda. En outre, des pays comme le Malawi et la Sierra Leone, dont le PIB par habitant est inférieur à 1 000 dollars, ont dépassé la couverture de 75 % d'AMM pour plusieurs MTN pendant trois années consécutives.

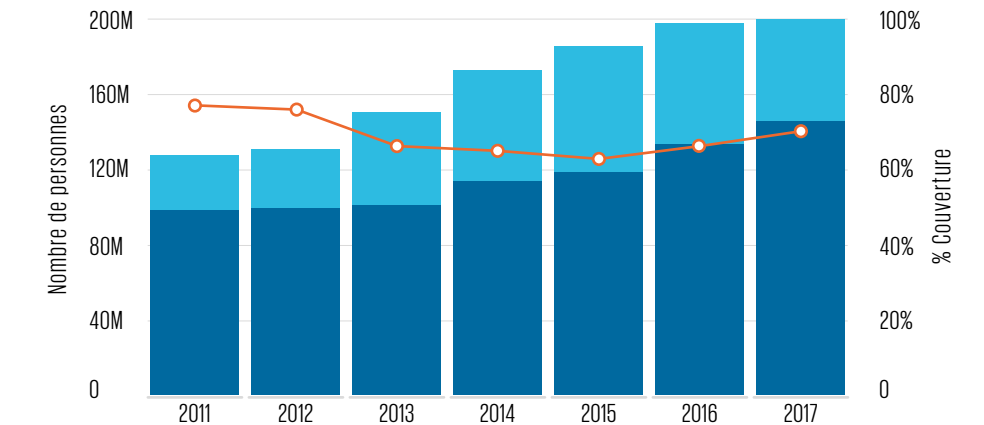
Statut des programmes d'élimination de l'onchocercose en Afrique, par district

- Aucune MDA (Distribution massive de médicaments) ou couverture de <65 %
- MDA délivrée efficacement
- Non endémique
- Pas de MDA, car seuils d'éradication atteints
- Pas de MDA dû à la faible prévalence (mais pas nécessairement en dessous du seuil d'éradication)



Personnes recevant un traitement préventif contre la cécité des rivières

- Personnes vulnérables couvertes
- Personnes vulnérables non couvertes
- Couverture du traitement préventif



La tâche consiste à présent pour chaque pays à atteindre et poursuivre ce type de progrès partout où les

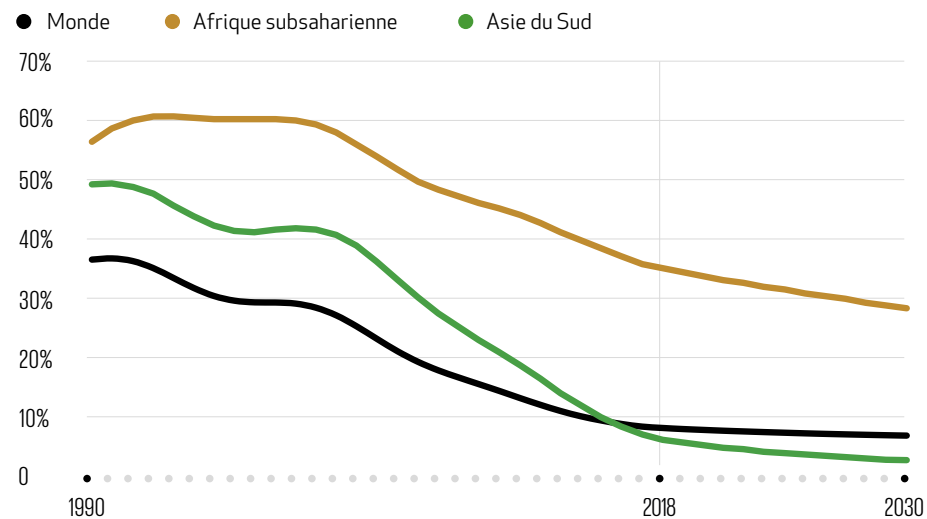
MTN sont endémiques jusqu'à ce qu'elles soient sous contrôle ou totalement éradiquées.

PAUVRETÉ

Ce qu'il y a de plus inquiétant dans ce graphique est la stabilisation de la courbe pour l'Afrique subsaharienne. Idéalement, l'Afrique subsaharienne devrait suivre la tendance récente de l'Asie du Sud avec une chute brutale de la pauvreté. Au lieu de cela, les progrès dans la région entre aujourd'hui et 2030 devraient être relativement lents. Pour réduire la pauvreté en Afrique subsaharienne sur le long terme, la clé consiste à cibler les investissements dans la santé et l'éducation afin qu'ils atteignent les populations généralement oubliées.

Cible ODD: éliminer complètement l'extrême pauvreté dans le monde entier.

Pourcentage de la population en dessous du seuil international de pauvreté (1,90 \$ É.-U./jour)

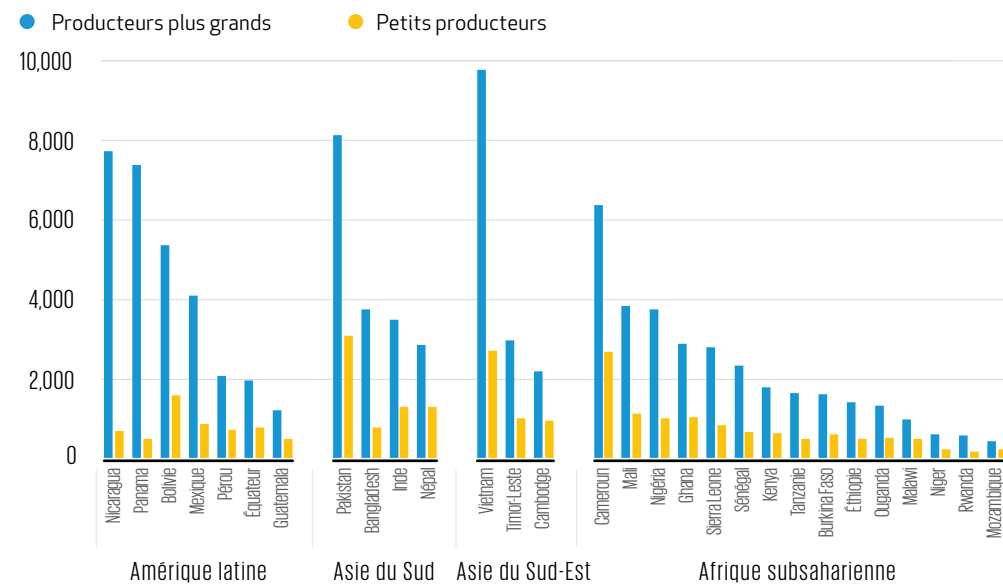


AGRICULTURE

Précédemment, nous avons dû écrire « données insuffisantes » dans la description de la productivité agricole. Ce graphique ne mesure pas la cible ODD en soi, mais il représente une avancée majeure car pour la première fois nous disposons de données pertinentes comparables entre les pays. Bien que les petits producteurs soient beaucoup plus nombreux que les grands dans la plupart de ces pays, ils ne gagnent qu'une fraction des revenus parce qu'ils n'ont pas accès aux services financiers, aux intrants améliorés tels que les semences et les engrais, aux connaissances agricoles et aux marchés efficaces. De plus, les petits producteurs comme les grands ont tendance à gagner moins en Afrique subsaharienne que dans d'autres régions.

Cible ODD: doubler la productivité agricole et les revenus des petits producteurs agricoles, en particulier les femmes, les autochtones, les exploitants familiaux, les éleveurs et les pêcheurs.

Revenu annuel moyen de l'agriculture, PPA (\$ international constant 2011)

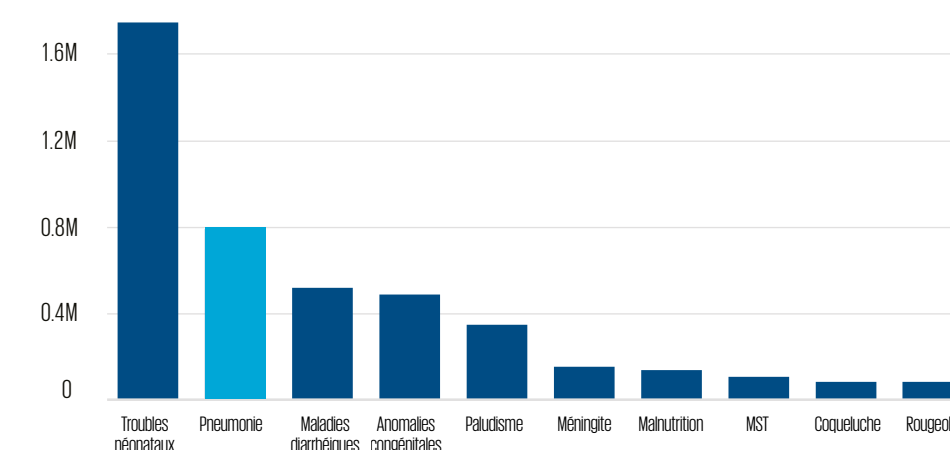


MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

La pneumonie est la principale cause infectieuse de mortalité infantile et la deuxième cause globale juste derrière les troubles néonataux. Cependant, seulement 3 % des dépenses mondiales en recherche et développement et 6 % de l'aide internationale contre les maladies infectieuses sont alloués à la lutte contre la pneumonie. À l'échelle mondiale aujourd'hui, moins de la moitié des enfants sont protégés par le principal vaccin existant contre la pneumonie. Un vaccin moins coûteux devrait bientôt être disponible, ce qui permettra à un plus grand nombre de pays de protéger davantage d'enfants et de réduire le taux mondial de mortalité infantile.

Cible ODD: élimination des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays s'engageant à réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans à au maximum 25 pour 1000 naissances vivantes.

Mortalité des enfants de moins de 5 ans par cause de décès

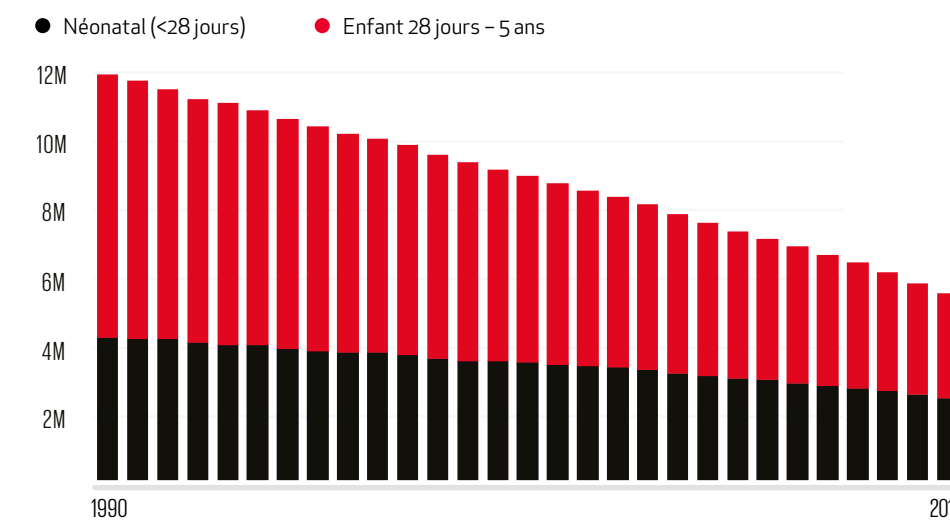


MORTALITÉ NÉONATALE

Le nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans n'a cessé de diminuer. Chez les nouveau-nés (de 0 à 28 jours), le nombre de décès a lui aussi baissé, bien que plus lentement. En pourcentage de la mortalité infantile globale, la mortalité néonatale est donc en hausse. Près de la moitié de tous les décès d'enfants surviennent actuellement au cours des 28 premiers jours après la naissance. Les progrès de demain pour la survie de l'enfant exigent que nous redoublions d'efforts sur la santé des nouveau-nés. En plus de proposer un ensemble d'interventions de base efficaces, il est particulièrement important pour les pays à revenu faible ou intermédiaire de s'assurer que des soins spécialisés pour les bébés faibles ou malades soient disponibles dans les établissements où les mères accouchent.

Cible ODD: élimination des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays s'engageant à réduire la mortalité néonatale à au plus 12 pour 1000 naissances vivantes.

Tendance mondiale des décès chez les moins de 5 ans

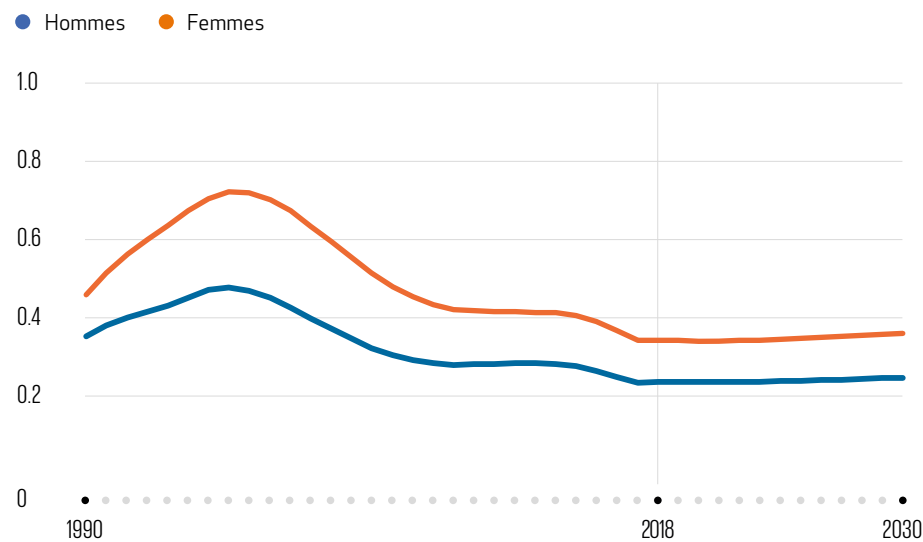


VIH

De 10 à 24 ans, les femmes ont beaucoup plus de chances de contracter le VIH que les hommes. (Au-delà de cet âge, la tendance s'inverse souvent.) Les jeunes femmes sont vulnérables pour diverses raisons. Par exemple, le manque d'autorité face à leur partenaire contraint les adolescentes à avoir des rapports sexuels à risque et la stigmatisation sociale fait qu'elles ne cherchent (ou ne reçoivent) pas les soins de santé reproductive adéquats. Ce problème est particulièrement préoccupant en raison de l'explosion démographique des jeunes: le nombre de filles arrivant à l'âge où elles sont le plus vulnérable ne cesse de croître.

Cible ODD: mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

Nouveaux cas de VIH chez les 10-24 ans par millier de personnes

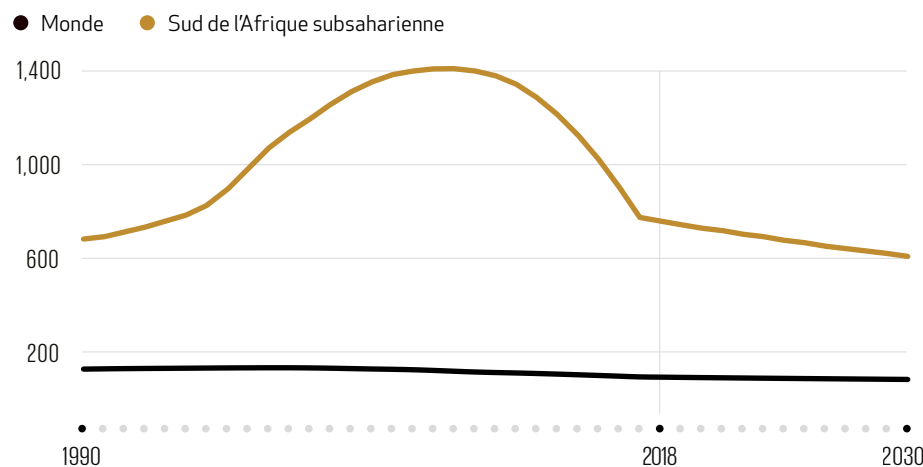


TUBERCULOSE

La forte augmentation du nombre de cas de tuberculose en Afrique subsaharienne dans les années 1990 et 2000 témoigne à nouveau de l'effet dévastateur de l'épidémie de VIH/SIDA. Le VIH rend les personnes plus sensibles à la tuberculose, ce qui explique pourquoi l'incidence de la tuberculose dans la région a augmenté. Cependant, le fait qu'elle soit retombée tout aussi rapidement après 2008 est la preuve du succès de la riposte au VIH en Afrique. La prochaine priorité est de faire en sorte que l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud diagnostiquent et traitent tous les cas de tuberculose active et rattrapent leur retard par rapport aux autres régions.

Cible ODD: mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

Nouveaux cas de tuberculose par centaine de milliers de personnes

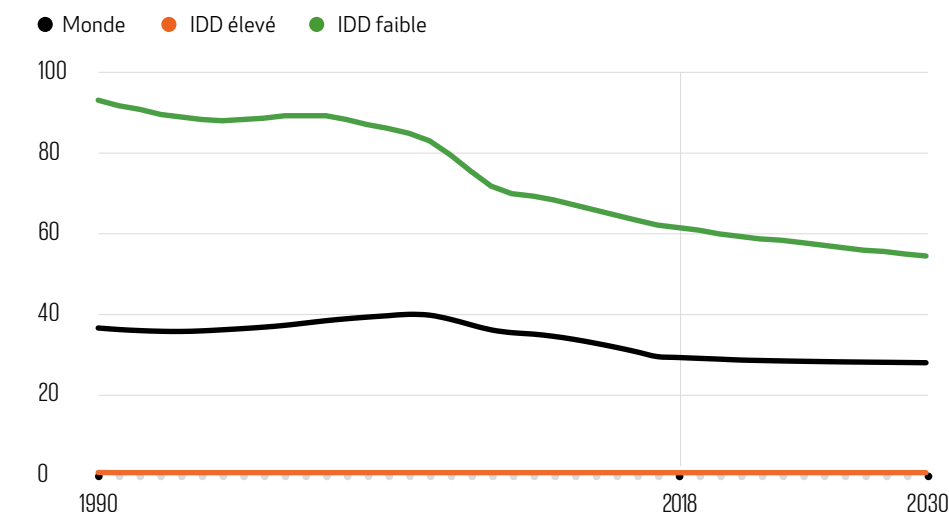


PALUDISME

Ces lignes montrent pourquoi le paludisme est l'exemple souvent utilisé pour mettre en lumière les inégalités en matière de santé dans le monde. Ce sont les pays aux revenus les plus faibles qui en souffrent le plus. Il n'y a pratiquement aucun cas de paludisme dans les pays à revenu élevé. La charge n'est pas non plus répartie de façon homogène au sein des pays: ce sont les communautés les plus pauvres et les plus reculées qui souffrent le plus. Au niveau mondial, le paludisme a diminué progressivement, mais la victoire ne pourra être remportée qu'en s'attaquant aux inégalités à l'échelle nationale et internationale. Les régions les plus touchées par cette maladie seront certainement les dernières à parvenir à s'en débarrasser pour de bon. Ainsi, plus vite nous remédions aux inégalités, plus vite nous parviendrons à faire disparaître le paludisme de la surface de la terre.

Cible ODD: mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

Nouveaux cas de paludisme par millier de personnes

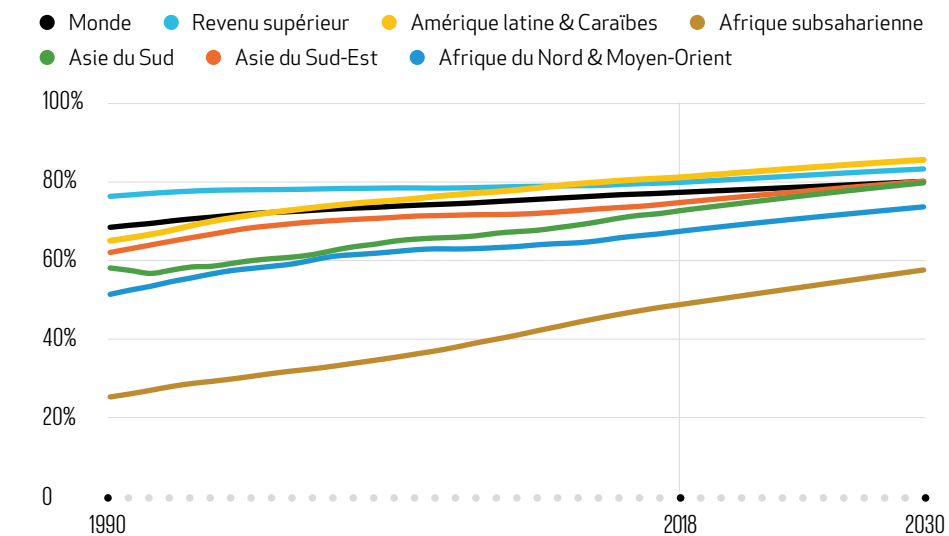


ACCÈS À LA CONTRACEPTION

En ce qui concerne l'accès à la contraception, l'Afrique subsaharienne est une région à part. À l'heure actuelle, toutes les autres régions du monde sont regroupées dans la partie supérieure du graphique; puis il y a un écart, et ensuite on retrouve la courbe de l'Afrique subsaharienne. Cet écart est en passe d'être comblé mais cela prendra du temps. Si seulement une poignée de pays d'Afrique subsaharienne pouvaient accroître plus rapidement l'accès à la contraception, la région pourrait atteindre ses objectifs mondiaux pour que les besoins des femmes en matière d'accès à la contraception et de santé reproductive soient satisfaits.

Cible ODD: garantie d'accès universel à des services de santé en matière de sexualité et de procréation, notamment pour l'accès à la contraception.

Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière d'accès à la contraception sont satisfaits par les méthodes modernes, par région



COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Avec une couverture sanitaire universelle (CSU), c'est l'ensemble de la population d'un pays qui a accès aux services de santé essentiels sans risquer de rencontrer des difficultés financières. Les pays à revenu élevé ont plus de chance que les pays à faible revenu de mettre en place une CSU, mais ce graphique révèle que certains pays à faible revenu obtiennent de meilleurs résultats que d'autres. Bien que le Rwanda et l'Éthiopie soient plus pauvres que les autres pays, tous deux ont investi massivement dans des systèmes communautaires de soins de santé primaires. En conséquence, leur CSU s'est améliorée de façon spectaculaire.

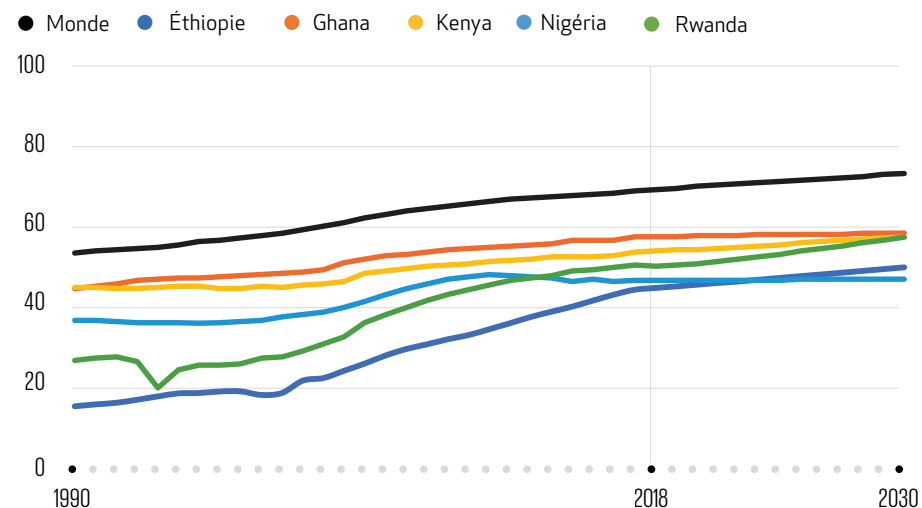
Cible ODD: obtention de la couverture sanitaire universelle pour tous.

TABAGISME

Dans les deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne, les filles sont plus susceptibles de fumer que les femmes adultes. Traditionnellement les fumeurs en Afrique ont tendance à être des hommes, mais cela pourrait changer. Les pays peuvent inverser cette tendance inquiétante en adoptant des stratégies éprouvées de lutte antitabac. L'une des plus efficaces, en particulier pour les jeunes, consiste à augmenter le prix des cigarettes en augmentant les taxes sur le tabac. Ces taxes font baisser l'ensemble des coûts liés à la santé en réduisant le tabagisme tout en générant des revenus que les gouvernements peuvent consacrer à d'autres priorités.

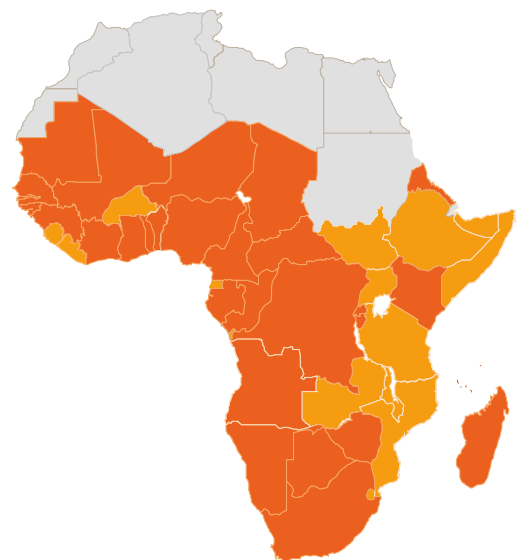
Cible ODD: renforcement de la mise en œuvre de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans tous les pays.

Résultat en matière de couverture des services de santé essentiels



Usage du tabac par les filles et par les femmes dans 30 pays d'Afrique subsaharienne

- Prévalence du tabagisme plus élevé chez les jeunes filles (10-19 ans)
- Prévalence du tabagisme plus élevé chez les femmes adultes (20 ans et plus)



VACCINS

Cette année, l'épidémie de rougeole aux États-Unis a été la pire en une génération. À l'échelle mondiale, des flambées encore plus grandes se sont produites au Tchad, en République démocratique du Congo et à Madagascar. L'épidémiologie de la rougeole rend nécessaire la vaccination d'un pourcentage extrêmement élevé d'enfants, mais comme le montre cette carte, plus de la moitié des enfants d'un an en Afrique vivent dans des districts où la couverture vaccinale contre la rougeole est inférieure à 80 %. La situation s'améliore malgré tout dans les zones géographiques critiques. Selon les données préliminaires de la zone nord-ouest du Nigéria, le renouvellement de l'engagement du gouvernement à l'égard de la rougeole et d'autres vaccinations de routine a porté ses fruits avec des signes d'une rapide augmentation de la couverture au cours des deux dernières années.

Cible ODD: appuyer la recherche et le développement de vaccins et médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet.

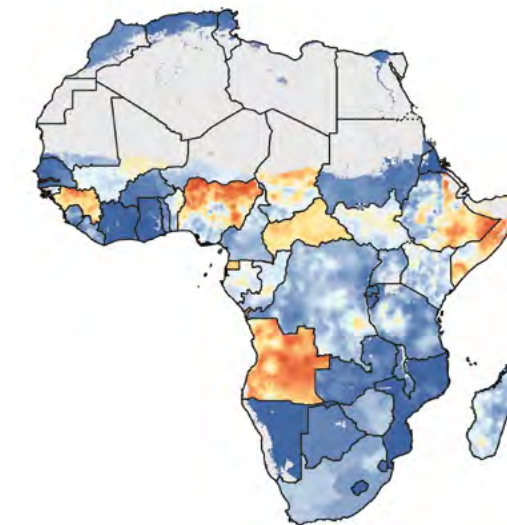
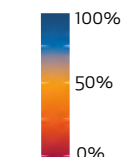
ÉDUCATION

La génération précédente a vu le taux de scolarisation augmenter considérablement. Cependant, à mesure qu'un plus grand nombre d'étudiants s'inscrivent, il est de plus en plus difficile de leur offrir une éducation de qualité. Aujourd'hui, plus de la moitié des élèves de 6ème dans 10 pays africains francophones n'ont pas atteint un niveau minimal de compétences en lecture et mathématiques. Pire encore, la tendance est négative: à moins que quelque chose ne change, les deux tiers des élèves scolarisés en 2030 ne maîtriseront pas les bases. Pour changer cela, les responsables de l'éducation doivent donner la priorité à la lecture et au calcul durant les premières années d'école.

Cible ODD: d'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité aboutissant à des résultats d'apprentissage pertinents et efficaces.

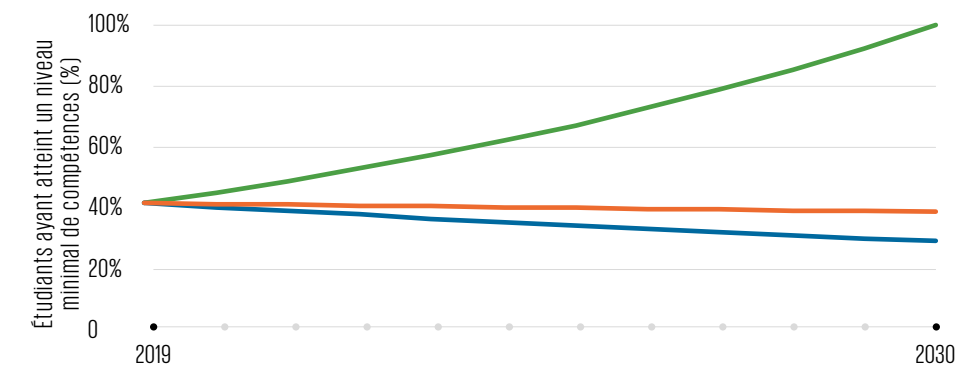
Couverture infranationale de vaccination contre la rougeole (première dose) en 2017

Proportion de la population vaccinée: MCV (première dose)



Proportion d'élèves de 6ème ayant atteint un niveau minimal de compétences dans 10 pays d'Afrique subsaharienne francophone

- Moyenne
- Amélioration
- Progrès nécessaires



ÉGALITÉ HOMME FEMME

À l'échelle mondiale, les femmes consacrent trois fois plus de temps au travail non rémunéré que les hommes. L'écart est plus important en Afrique du Nord et en Asie occidentale, mais il existe dans chaque région. Ce travail est actuellement évalué à 10 000 milliards de dollars par an, mais même ce chiffre très élevé ne suffit pas à saisir toute l'ampleur du potentiel économique que les femmes perdent chaque année. En 2013, la définition internationale du « travail » a été affinée afin de reconnaître les soins non rémunérés, et depuis lors, nos partenaires ont développé des méthodes pour mieux prendre en compte le travail des femmes dans les enquêtes à travers le monde. Il s'agit d'une étape cruciale pour combler le fossé entre les hommes et les femmes en matière de travail rémunéré et non rémunéré.

Cible ODD: Reconnaître les soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser, par la mise en place de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale et la promotion du partage des responsabilités dans le ménage et la famille, en fonction du contexte national.

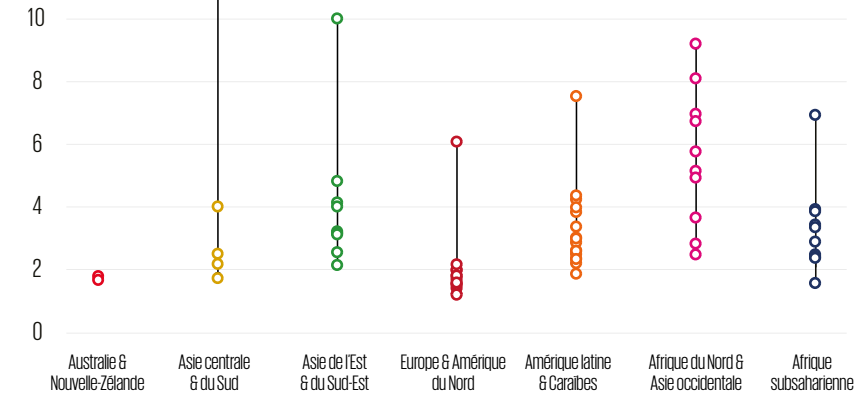
HYGIÈNE

Ce graphique ne traite pas du bon sujet: il suggère que les améliorations en matière d'hygiène ne seront possibles qu'en reliant davantage de populations aux égouts, aux stations de traitement des eaux et à d'autres infrastructures onéreuses et peu pratiques dans de nombreux endroits. Les ODD ont fixé à juste titre un nouvel objectif en matière de services d'assainissement « gérés de manière sûre » pour aider à suivre et améliorer les systèmes d'assainissement utilisés par des milliards de personnes dans les pays à faible revenu. La difficulté pour les dirigeants est qu'ils ne disposent pas encore de données suffisantes pour évaluer les services d'assainissement gérés en toute sécurité ou cibler les zones sensibles à améliorer. Si les pays souhaitent vraiment réaliser l'ODD 6, il est essentiel qu'un plus grand nombre d'entre eux commencent à communiquer des informations au Programme commun OMS/UNICEF de surveillance.

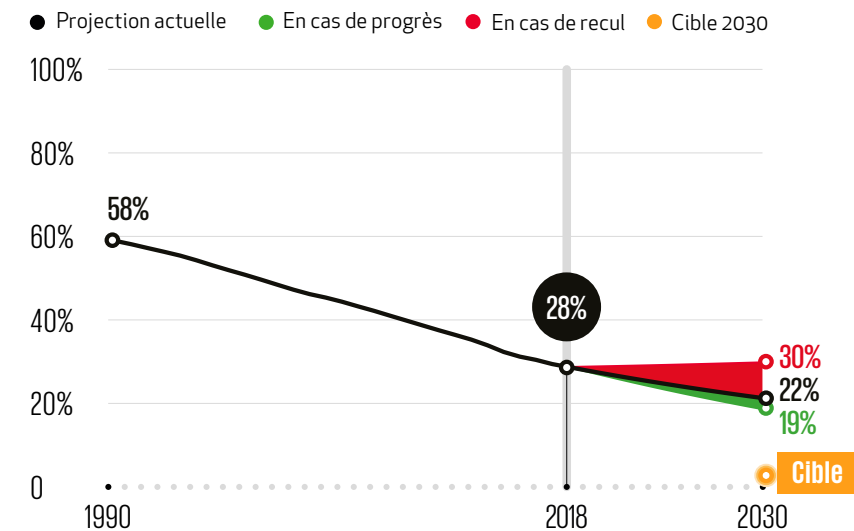
Cible ODD: accès à des pratiques d'hygiène et d'assainissement appropriées et équitables pour tous, et élimination de la défécation en plein air, en apportant une attention particulière aux besoins des femmes, des filles et des personnes en situation de vulnérabilité.

Ratio hommes-femmes de temps consacré au travail non rémunéré par région, dernière année disponible

Chaque point représente un pays



Prévalence de populations utilisant des pratiques d'hygiène insalubres ou non améliorées

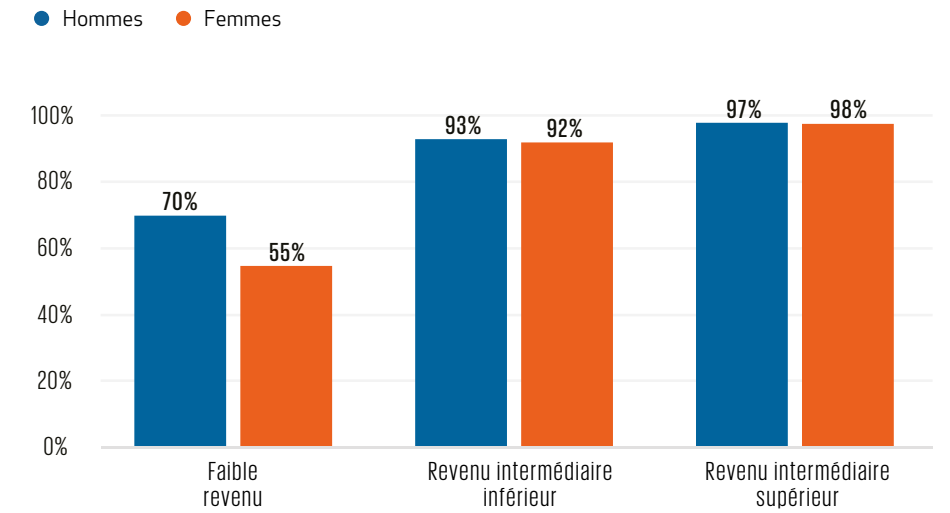


SERVICES FINANCIERS POUR LES DÉMUNIS

Être capable de prouver qui vous êtes est essentiel pour avoir accès aux services sociaux et financiers, jouir de ses droits (tels que le droit de vote) et profiter de diverses opportunités économiques (telles qu'enregistrer son activité). Pourtant, un milliard de personnes ne sont pas en mesure de prouver leur identité, et jusqu'à 50 % de la population mondiale ne possèdent pas de document d'identité reconnu et accepté systématiquement par les autorités. En outre, il existe un écart entre les hommes et les femmes dans les pays à faible revenu où seulement 55 % des femmes sont en mesure de prouver leur identité contre 70 % chez les hommes.

Cible ODD: renforcement de la capacité des institutions financières nationales à encourager et étendre l'accès aux services bancaires, d'assurance et financiers pour tous.

Proportion d'adultes disposant d'une carte d'identité par catégorie de revenu et sexe



SOURCES ET NOTES

Les sources des données présentées dans le rapport sont répertoriés par thème ci-dessous. De brefs commentaires méthodologiques ont été inclus pour les analyses non publiées. Les citations complètes, les liens vers les documents originaux et des références complémentaires sont disponibles sur le site de Goalkeepers.

REGARD SUR LES INÉGALITÉS

Différents niveaux d'inégalités

Le diagramme en page 4 est une adaptation de la version originale du Programme des Nations Unies pour le développement qui se trouve dans le document intitulé *What Does It Mean to Leave No One Behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation*, juillet 2018.

Géographie

L'Institute for Health Metrics and Evaluation (Institut de statistique sur la santé publique, IHME) a calculé des estimations de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et du niveau d'instruction avec un niveau de précision par zone de 5x5 km pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, incluant les tendances pour la période 2000-2017. Ces estimations reposent sur des méthodes déjà décrites en détail pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans (Golding et Burstein et al., 2017) et l'éducation (Graetz et al., 2018). En outre, l'IHME a créé plusieurs scénarios prospectifs sur la base de ces indicateurs afin d'évaluer la probabilité que ces pays et divisions infranationales telles que les districts atteignent les cibles des ODD. L'IHME a préparé trois scénarios possibles: un scénario de référence basé sur les tendances passées et les relations avec des facteurs clé, et des scénarios

alternatifs en cas de « progrès » ou de « recul » pour souligner le potentiel pour réaliser des progrès plus rapides et pour mettre en lumière les réductions potentielles d'inégalités en matière de santé et d'éducation.

Afin de générer les scénarios de référence pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans et le niveau d'instruction à un échelon de 5x5 km, l'IHME a calculé le taux de variation annualisé (TDVA) sur la période 2000-2017 pour chaque cellule de 5x5 km. Pour le niveau d'instruction, l'IHME a calculé le TDVA en utilisant une transformation demi-logistique qui regroupe plusieurs années d'éducation entre 0 et 18 ans tout en capturant le TDVA plus large observé aux niveaux moyens inférieurs d'éducation. Le TDVA de chaque cellule de 5x5 km a été utilisé pour produire une prédiction préliminaire de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et du niveau d'instruction pour toutes les cellules entre 2018 et 2100. Les estimations préliminaires pour le niveau 5x5 km ont ensuite été étendues pour obtenir les scénarios de référence pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans et le niveau d'instruction à l'échelon national. Ces scénarios de référence à l'échelon national incorporent des données et méthodes plus extensives dans leurs projections futures. Par exemple, pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans ils incorporent les tendances

futures estimées pour des facteurs tels que le revenu par personne, les facteurs de risques tels que la malnutrition infantile, et les interventions telles que la couverture vaccinale (Foreman et al., 2018).

Pour générer les scénarios en cas de progrès ou de recul, l'IHME a identifié les 85e et 15e centiles du TDVA observé au niveau du district pour la période 2000-2017. Les TDVA sont appliqués à tous les districts pour le futur, sauf si le scénario de référence du district est meilleur que le scénario « progrès » ou moins bon que le scénario « recul ». Dans ce cas de figure, le scénario de référence vient remplacer le scénario « progrès » ou « recul ».

Genre

Veuillez consulter les sources suivantes pour les points de données cités dans l'illustration « Le fossé entre hommes et femmes »: IHME (2019) pour l'écart entre les hommes et les femmes en matière d'éducation et de participation à la vie professionnelle; Base de données mondiale de l'Unicef (2018) pour le mariage précoce, basée sur une enquête démographique et de santé, une enquête multi-indicateurs par grappe et une enquête nationale, 2000-2017; ONU Femmes (2019) pour le travail non rémunéré des femmes.

Travail non rémunéré — Voir ONU Femmes, 2019 et Organisation mondiale du Travail (OIT), 2018.

Participation à la vie professionnelle—L'IHME estime les rapports emploi/population (proportion de personnes ayant un emploi) grâce à une régression spatio-temporelle de processus gaussien (ST-GPR) par groupes de 5 ans et par sexe pour les personnes âgées entre 15 et 69 ans. Les données d'entrée proviennent de recensements, d'enquêtes auprès des ménages et de tableaux de l'OIT. Pour être considérés comme ayant un emploi, les participants doivent déclarer avoir travaillé au moins une heure au cours des sept derniers jours en échange d'un salaire, en tant qu'indépendant, apprenti ou pour une entreprise familiale, ou d'avoir été temporairement absent d'un tel poste la semaine précédente. L'IHME a ensuite utilisé le processus ST-GPR pour modéliser la proportion de personnes ayant un emploi considérées comme travailleurs informels en suivant la définition de l'OIT grâce aux données des tableaux de l'OIT. Les résultats sont utilisés pour déterminer quelle est la proportion de la population totale employée dans le secteur formel.

Scolarisation — La durée moyenne de la scolarité chez les jeunes filles et les femmes est estimée pour la tranche d'âge entre 15 et 69 ans. Le graphique en page 16 est représenté sur une échelle logarithmique.

LE PROGRÈS À L'ŒUVRE

Soins de santé primaires

Le graphique en page 23 est dérivé d'estimations sur le PIB et la population tirées des indicateurs du développement mondial de la Banque mondiale, 2018. Les estimations sont indiquées en dollar américain au taux de change actuel.

La cible pour les dépenses du gouvernement pour la santé estimée à 86 \$ par personne est citée par Gitahi de Chatham House, 2014. L'estimation est dérivée d'analyses initiales menées par le Groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé (HLTF, 2009) et est exprimée en dollar américain au taux de change de 2012.

Inclusion numérique

Pour de plus amples informations, veuillez consulter les sources suivantes: Anand et al., 2013. Field et al., 2016. Gelb & Diofasi, 2015. Ministère du Pétrole et du Gaz naturel, Gouvernement de l'Inde, juillet 2019. Mittal, Mukherjee, & Gelb, 2017. Muralidharan et al., 2016.

Adaptation au changement climatique

Pour de plus amples informations sur la sécheresse de 2015 en Éthiopie, veuillez consulter FEWS NET, 2015. Pour en savoir plus sur la croissance et la résilience du secteur agricole de l'Éthiopie, veuillez consulter Dorosh & Rashid, 2015, et Bachewe et al., 2015.

EXPLORER LES DONNÉES

Pour les indicateurs sur la santé, l'IHME génère trois scénarios futurs. Les « Projections actuelles » se basent sur les tendances passées. Pour générer les scénarios « progrès » et « recul », l'IHME a identifié les 85e et 15e centiles du TDVA observé pour l'indicateur ou ses facteurs par pays et année pour la période 1990-2017.

Retard de croissance

L'IHME a défini la prévalence de retard de croissance comme une taille par rapport à l'âge avec plus de deux écarts-types par rapport à la référence médiane de la courbe de croissance par âge basée sur les normes de croissance de l'OMS de 2006 pour les enfants de 0 à 59 mois. Les estimations reposent sur la CMM 2017, avec des prévisions pour 2018-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Risk Factor Collaborators*, 2018.

Les recherches et tableaux sur le Pérou et le Népal ont été fournis par la Stunting Reduction Exemplars Research Team (équipe de recherche sur les meilleurs exemples de réduction du retard de croissance) de SickKids, 2019.

Mortalité maternelle

L'IHME définit la mortalité maternelle comme le décès d'une femme survenant durant sa grossesse

ou au cours de l'année suivant son accouchement sans tenir compte de la durée ou du lieu de la grossesse, résultant d'une cause liée ou aggravée par la grossesse où sa gestion, mais pas d'un accident ou incident. Les âges vont de 10 à 54 ans. Les estimations reposent sur la Charge mondiale de morbidité (CMM) 2017, avec des prévisions pour 2018-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Causes of Death Collaborators*, 2018.

Maladies tropicales négligées

L'IHME mesure la somme de la prévalence de 15 MTN par centaine de milliers de personnes, telle que mesurée à l'heure actuelle par l'étude sur la Charge mondiale de morbidité: la trypanosomiase humaine africaine, la maladie de Chagas, l'échinococcose cystique, la cysticercose, la dengue, les trématodoses d'origine alimentaire, la dracunculose, les infections par nématodes intestinaux, la leishmaniose, la lèpre, la filariose, l'onchocercose, la rage, la schistosomiase et le trachome. Les estimations reposent sur la CMM 2017, avec des prévisions pour 2018-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Causes of Death Collaborators*, 2018, et *GBD 2017 SDG Collaborators*, 2018.

La carte sur le statut des programmes d'élimination de l'onchocercose en Afrique est tirée du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligée, 2016.

Le diagramme est une adaptation tirée du site web *Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases*, basé sur les données de l'OMS.

Pauvreté

Les taux de pauvreté extrême mesurent la proportion de la population d'un pays dont on estime qu'elle vit avec moins de 1,90 dollar par jour, mesuré en dollars ajustés pour la parité de pouvoir d'achat (PPA) en 2011. Les données représentatives au niveau national proviennent de la Banque mondiale pour la période entre 1980 et 2018. Elles n'offrent cependant pas une chronologie complète des taux de pauvreté pour chaque pays. Pour en faire une estimation, nous avons utilisé une méthode développée et largement utilisée par l'étude de la Charge mondiale de morbidité: la

régression spatio-temporelle de processus gaussien (ST-GPR). La ST-GPR a été choisie, car elle réalise des prévisions en se fondant sur des données lorsqu'elles sont disponibles et en empruntant sur d'autres périodes, zones géographiques et des covariables prédictives (PIB par personne, éducation des femmes, consommation de kilocalorie) lorsqu'elles ne le sont pas. Les estimations de pauvreté prévues ont été calculées pour la période de 2018 à 2030 grâce à une estimation de la variation annuelle du taux de pauvreté utilisant un modèle d'ensemble. Pour de plus amples informations, veuillez consulter l'IHME, 2019.

Agriculture

Veuillez consulter le site de la FAO, Rural Livelihoods Information System (RuLIS), version de juillet 2019. Il s'agit des données les plus récentes disponibles pour certains pays entre 2005 et 2016; veuillez consulter RuLIS pour de plus amples informations. Pour la méthodologie, voir FAO, 2018.

Mortalité des enfants de moins de 5 ans

L'IHME définit le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans comme la probabilité pour un nouveau-né de mourir avant l'âge de 5 ans. Il s'exprime comme la mortalité par millier de naissances vivantes. Les estimations se basent sur les résultats préliminaires du GBD (Global Burden of Disease) 2019 avec des prévisions pour 2019-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Mortality Collaborators*, 2018.

Mortalité néonatale

L'IHME définit le taux de mortalité néonatale comme la probabilité pour un nouveau-né de mourir au cours des 28 jours suivant sa naissance. Il s'exprime comme la mortalité par millier de naissances vivantes. Une description détaillée des méthodes disponible à l'IHME présente la mortalité néonatale comme la mortalité par millier de naissances vivantes au cours des 28 premiers jours suivant la naissance dans une année ou période donnée. Les estimations se basent sur les résultats préliminaires du GBD (Global Burden of Disease) 2019 avec des prévisions pour 2019-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Mortality Collaborators*, 2018.

VIH

L'IHME estime le taux de nouvelles infections au VIH standardisé par âge par millier de personnes. Les estimations sont basées sur la CMM 2017 avec des prévisions pour 2018-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators*, 2018.

Tuberculose

L'IHME estime les nouveaux cas de tuberculose et les rechutes diagnostiquées durant une année calendaire donnée (incidence) en utilisant les données des enquêtes de prévalence, les signalements de cas et les estimations de mortalité par cause spécifique afin de construire un modèle statistique qui permet d'obtenir une cohérence interne entre les estimations. Les estimations sont basées sur la CMM 2017 avec des prévisions pour 2018-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators*, 2018.

Paludisme

L'IHME estime le taux standardisé de cas de paludisme par âge par millier de personnes. Les estimations sont basées sur la CMM 2017 avec des prévisions pour 2018-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators*, 2018.

L'indice socio-démographique (ISD) est un indicateur synthétique produit par l'IHME pour déterminer où en sont les pays et d'autres zones géographiques en termes de développement. Il s'exprime sur une échelle de 0 à 1 et est une moyenne composée des classements en termes de revenu par personne, niveau d'instruction moyen et taux de fécondité dans toutes les régions couvertes par l'étude du GBD (Global Burden of Disease).

Accès à la contraception

L'IHME estime la proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière d'accès à la contraception sont satisfaits par

les méthodes modernes. Les méthodes modernes de contraception comprennent les techniques actuelles de stérilisation, les préservatifs masculins et féminins, les diaphragmes, les mousses ou gels spermicides, les pilules hormonales orales, les implants, les injections, les dispositifs intra-utérins (stérilets), ou les contraceptifs d'urgence. Les estimations se basent sur les résultats préliminaires du GBD (Global Burden of Disease) 2019 avec des prévisions pour 2019-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 SDG Collaborators*, 2018.

Couverture Sanitaire Universelle

L'IHME définit l'indice de CSU comme la couverture de neuf interventions mères et les taux de mortalité normalisés en fonction des risques provenant de 32 causes traitables par des services de santé personnels. Au nombre des interventions-mères figurent la couverture de vaccination (couverture des trois doses de DCT, du vaccin contre la rougeole, et des trois doses du vaccin oral contre la polio ou du vaccin inactivé contre la polio), les besoins satisfaits de contraception moderne, la couverture en matière de soins prénatals (une et quatre visites) et d'accouchement assisté, les taux d'accouchement dans les établissements médicalisés et la couverture thérapeutique aux antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH. Au nombre des 32 causes traitables par des services de santé personnels figurent la tuberculose, les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires inférieures, les infections des voies respiratoires supérieures, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, les troubles liés à la maternité, les troubles néo-natals, le cancer du côlon et du rectum, les cancers sans présence de mélanome, le cancer du sein, le cancer de col de l'utérus, le cancer de l'utérus, le cancer testiculaire, le lymphome de Hodgkin, la leucémie, la cardiopathie rhumatismale, la cardiopathie ischémique, les maladies cérébrovasculaires, les cardiopathies hypertensives, les ulcères peptiques, l'appendicite, les hernies, les maladies vésiculaires et biliaires, l'épilepsie, le diabète, les maladies rénales chroniques, les anomalies cardiaques congénitales, et les effets indésirables de traitements médicaux.

L'IHME a ensuite mesuré 41 facteurs sur une échelle de 0 à 100, où 0 représente le pire niveau enregistré entre 1990 et 2016 et 100 le meilleur niveau enregistré pendant la même période. Il a pris la moyenne arithmétique de ces 41 indicateurs ainsi mesurés pour obtenir une gamme étendue de services de santé essentiels concernant la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non contagieuses et la capacité des services et leur accessibilité. Les estimations se basent sur les résultats préliminaires du GBD (Global Burden of Disease) 2019 avec des prévisions pour 2019-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 SDG Collaborators*, 2018.

Tabagisme

L'IHME mesure l'utilisation actuelle du tabac fumé. L'IHME rassemble les informations provenant des enquêtes disponibles comprenant des questions sur la fréquence de l'utilisation du tabac (ex: quotidien, occasionnel), actuellement ou au cours des 30 derniers jours, et sur le type de tabac fumé (cigarettes, cigares, pipes, narguilé, ainsi que les produits locaux). L'IHME convertit toutes les données conformément à sa définition standard afin de pouvoir faire des comparaisons utiles entre les différentes périodes et zones géographiques. Les estimations se basent sur les résultats préliminaires du GBD (Global Burden of Disease) 2019 avec des prévisions pour 2019-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Risk Factor Collaborators*, 2018.

Vaccins

La mesure de la couverture vaccinale effectuée par l'IHME reprend la couverture de chacun des vaccins suivants: trois doses du diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3), seconde dose de vaccin à valence rougeole (MCV2) et trois doses du vaccin pneumococcique conjugué (PCV3). Les estimations se basent sur les résultats préliminaires du GBD (Global Burden of Disease) 2019 avec des prévisions pour 2019-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 SDG Collaborators*, 2018.

Les estimations de l'IHME sur les modèles locaux de couverture vaccinale sont produites en utilisant des

méthodes de modélisation géospatiales décrites dans Mosser et al., 2019. À l'heure où le Rapport Goalkeepers 2019 est publié, les estimations sur la rougeole n'ont pas encore été publiées.

Éducation

Les projections de l'UNESCO sont basées sur les différences annualisées entre les résultats moyens du Programme d'Analyse des Systèmes Éducatifs de la CONFEMEN (PASEC) de 2006 et de 2014. Notez que les tests administrés chaque année ne sont pas comparables d'un point de vue psychométrique, bien qu'ils couvrent des contenus largement similaires. L'Institut de Statistique de l'UNESCO (ISU) a appliqué la même définition du niveau minimal de compétences pour chaque évaluation annuelle afin de créer une échelle de performance harmonisée n'ayant pas été empiriquement validée en raison de la conception des évaluations. Pour de plus amples informations, veuillez consulter UNESCO, 2019, et ISU, 2019.

Égalité homme femme

Le tableau en page 52 est une adaptation provenant d'ONU Femmes, 2019. Les données sont les plus récentes disponibles pour 88 pays et territoires (2001-2017). La tranche d'âge est 15+ lorsque les informations sont disponibles (18+ au Ghana). Dans plusieurs cas, les données concernent les tranches d'âge 10+ ou 12+. Pour la Thaïlande (2015), elles concernent les plus de 6 ans et pour la République unie de Tanzanie (2014), les plus de 5 ans. Les données pour la Bulgarie, le Danemark, la Lettonie, les Pays-Bas, la Slovaquie et l'Espagne correspondent au temps consacré au travail non rémunéré chez les personnes de 20 à 74 ans uniquement. Pour le Qatar, seules les zones urbaines sont couvertes par l'analyse. Les différences entre pays doivent être interprétées avec prudence étant donné la diversité de définitions, de méthodologie et d'échantillon couvert par les enquêtes et les pays. Veuillez consulter la Base de données mondiale des indicateurs sur les ODD de la Division de statistique de l'ONU pour de plus amples informations sur les données de chaque pays.

Hygiène

Les mesures de l'IHME incluent les ménages disposant de services de tout-à-l'égout (avec raccordement au service de ville), ceux qui ont des services d'hygiène améliorés sans raccordement au tout-à-l'égout (latrines à fosse, latrines améliorées à fosse auto-ventilée, latrines à fosse avec dalle, toilettes à compostage), et ceux sans services d'hygiène améliorés (latrines à chasse non raccordée à un égout ou à une fosse septique, latrines à fosse sans dalle ou fosse à l'air libre, seau, latrines ou toilettes suspendues, installations communes, pas d'installations), conformément aux définitions du Programme conjoint de surveillance pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Les estimations se basent sur les résultats du GBD (Global Burden of Disease) 2017, avec des prévisions pour 2018-2030. Pour une description détaillée des méthodes, veuillez consulter *GBD 2017 Risk Factor Collaborators*, 2018.

Services financiers pour les démunis

Consultez la Banque mondiale, *Identification for Development*, version de juillet 2019. Les données sont les plus récentes disponibles pour 99 pays, recueillies en 2017 grâce aux enquêtes Global Findex. Pour la méthodologie, veuillez consulter ID4D, 2018.

PHOTOGRAPHIE

Images fournies par Gates Archive, avec les ajouts suivants :
 Pages 6 et 7 (crédit photo The Carter Center/Emily Staub)
 Page 14 (crédit photo LightRocket via Getty Images/SOPA Images/Marcus Valance)
 Page 35 (crédit photo Corbis via Getty Images/Art in All of Us/Eric Lafforgue)
 Page 43 (crédit photo Jhpiego/Paul Joseph Brown)

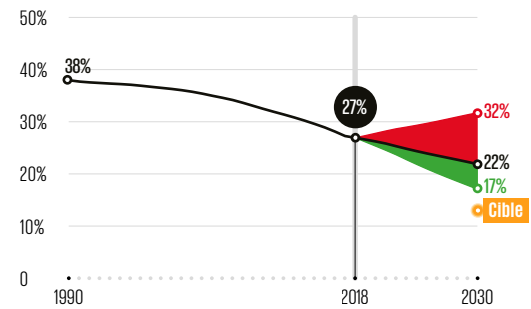
VUE D'ENSEMBLE DES 18 INDICATEURS QUE SUIT LE RAPPORT

Nous avons commencé à écrire le Rapport Goalkeepers pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des Objectifs de Développement Durable. Nous nous sommes ainsi engagés à publier chaque année les données mondiales les plus récentes sur les 18 indicateurs les plus étroitement liés aux activités de notre fondation.

- Projection actuelle
- Cible 2030
- En cas de progrès
- En cas de recul

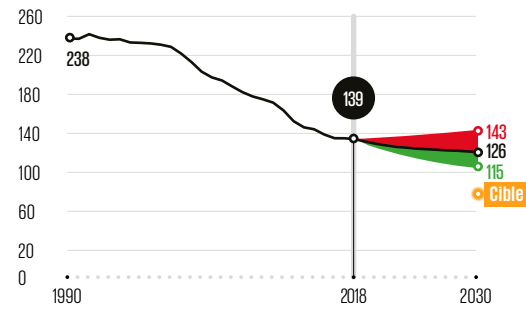
RETARD DE CROISSANCE

Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans



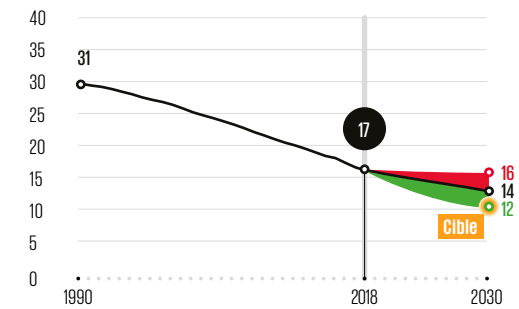
MORTALITÉ MATERNELLE

Taux de mortalité maternelle par centaine de milliers de naissances vivantes



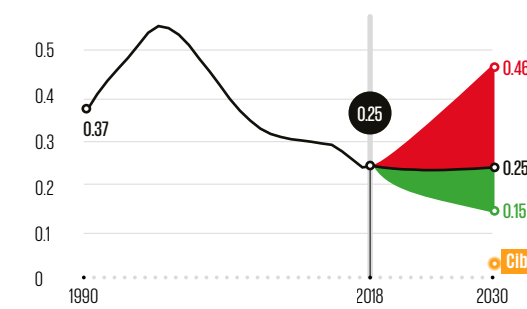
MORTALITÉ NÉONATALE

Mortalité néonatale par millier de naissances vivantes



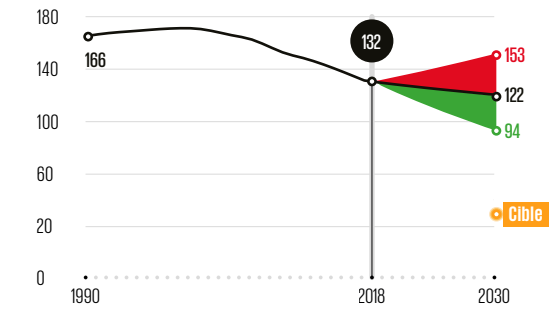
VIH

Nouveaux cas de VIH par millier de personnes



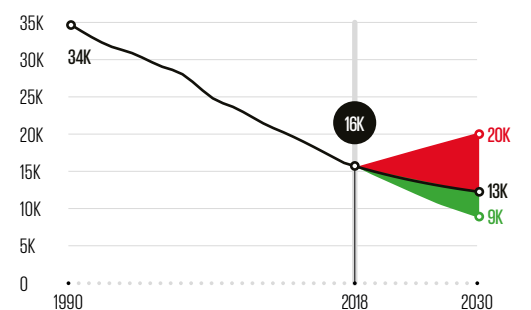
TUBERCULOSE

Nouveaux cas de tuberculose par millier de personnes



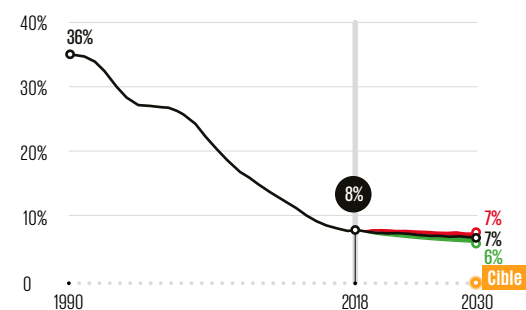
MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES (MTN)

Prévalence de 15 MTN par centaine de milliers de personnes



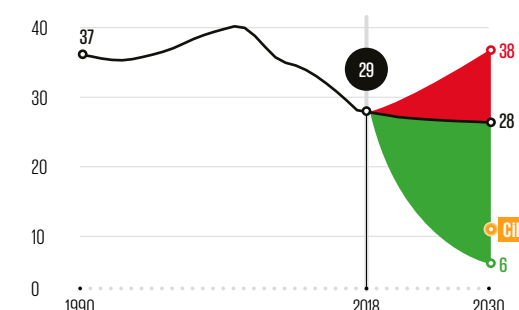
PAUVRETÉ

Proportion de la population en dessous du seuil international de pauvreté (1,90\$/jour)



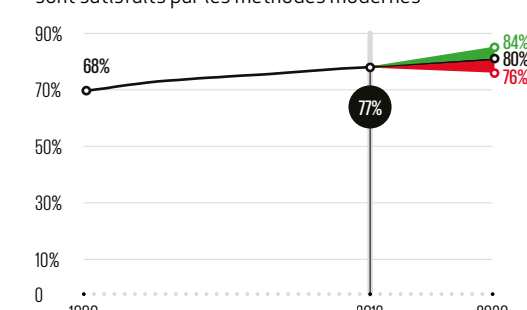
PALUDISME

Nouveaux cas de paludisme par millier de personnes



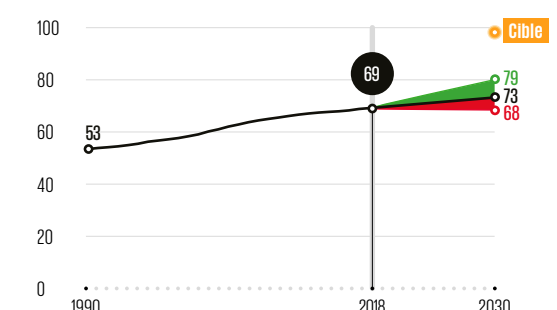
ACCÈS A LA CONTRACEPTION

Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière d'accès à la contraception sont satisfaits par les méthodes modernes



COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

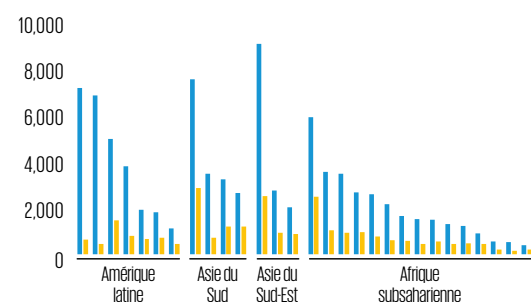
Résultat en matière de couverture des services de santé essentiels



AGRICULTURE

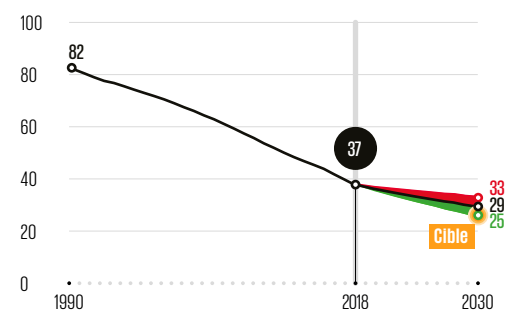
Revenu annuel moyen de l'agriculture, PPA (\$ international constant 2011)

- Producteurs plus grands
- Petits producteurs



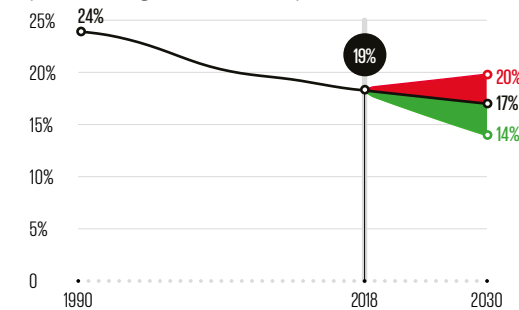
MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Mortalité des enfants de moins de 5 ans par millier de naissances vivantes



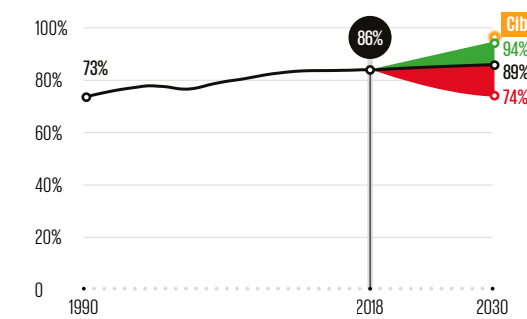
TABAGISME

Prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 10 ans et plus



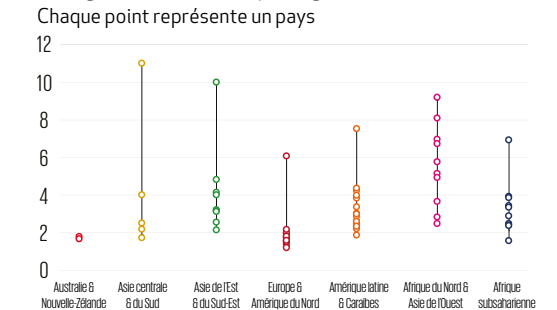
VACCINS

Couverture pour le DTP (troisième dose)



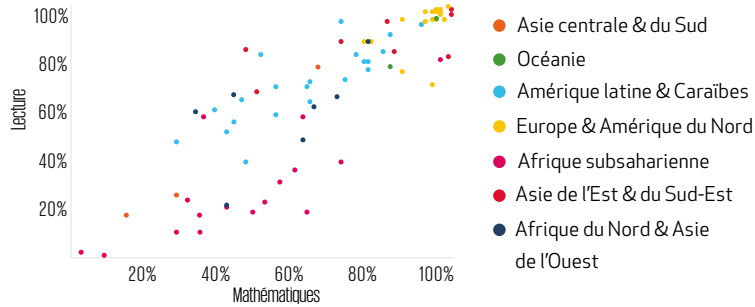
ÉGALITÉ HOMME FEMME

Ratio femmes - hommes de temps consacré au travaux ménagers non rémunéré par région



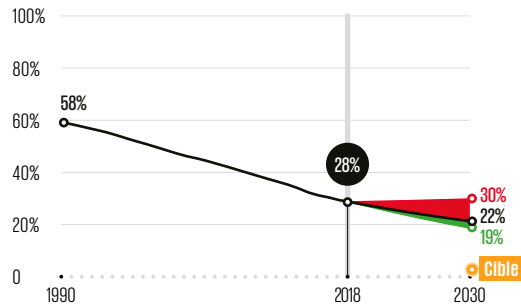
ÉDUCATION

Proportion d'enfants en C.E.1 et C.E.2 ayant atteint au moins un niveau minimal de compétences en lecture et mathématiques, pour les deux sexes



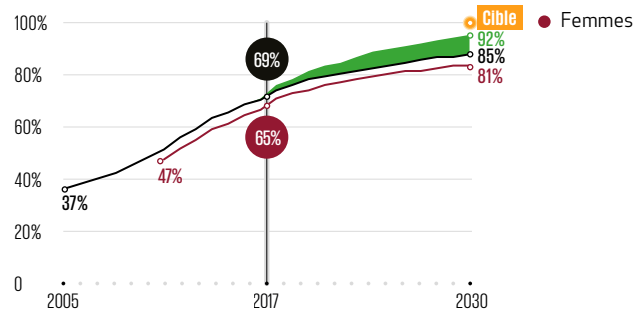
HYGIÈNE

Prévalence de populations utilisant des pratiques d'hygiènes insalubres ou non améliorées



SERVICES FINANCIERS POUR LES DÉMUNIS

Proportion d'adultes (15 ans et plus) titulaires d'un compte en banque ou dans un autre type d'institution financière ou disposant d'un fournisseur de services financiers mobiles



LES OBJECTIFS MONDIAUX

Pour Le Développement Durable

1 ÉLIMINATION DE LA PAUVRETE 	2 FAIM ZÉRO 	3 BONNE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE 	4 ÉDUCATION DE QUALITÉ
5 ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES 	6 EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT 	7 ÉNERGIE PROPRE ET ABORDABLE 	8 TRAVAIL DÉCENT ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE
9 INDUSTRIE, INNOVATION ET INFRASTRUCTURE 	10 INÉGALITÉS RÉDUITES 	11 VILLES ET COMMUNAUTÉS DURABLES 	12 CONSOMMATION ET PRODUCTION RESPONSABLES
13 LUTTE CONTRE LE CHANGEMENT CLIMATIQUE 	14 VIE AQUATIQUE 	15 VIE TERRESTRE 	16 PAIX, JUSTICE ET INSTITUTIONS SOLIDES
17 PARTENARIATS POUR LA RÉALISATION DES OBJECTIFS 	LES OBJECTIFS MONDIAUX 		

BILL & MELINDA GATES foundation

IHME | UNIVERSITY of WASHINGTON

© Bill & Melinda Gates Foundation