

Alter Égaux n°20

SOLIDARITÉ
SOCIALISTE

*pensons le monde autrement
vivons-le solidairement*

Belgique-België
P.P.
Bruxelles X
1/2307

Bureau de dépôt Bruxelles X
N° d'agrégation P201042
Adresse de l'expéditeur :
Rue Coenraets, 68 - 1060 Bruxelles



Théma-Zoom

**OMD 4 : réduire
la mortalité infantile.**

MORTALITÉS INFANTILE ET MATERNELLE : DES INÉGALITÉS TOUJOURS VIVANTES

L'Atlas du *Monde Diplomatique* présente dans un texte désabusé - *Illusoires objectifs du millénaire* - l'état d'avancement de ceux-ci par aires géographiques. Il en ressort une extrême diversité des situations. Pour les deux volets de la réduction de la mortalité infantile (réduction de deux tiers de la mortalité des moins de cinq ans et généralisation de la vaccination contre la rougeole d'ici 2015), l'Afrique subsaharienne est la plus mal partie puisque, selon le rapport du Programme des Nations unies pour le développement, au rythme actuel cet objectif ne pourrait être atteint qu'en 2106 !

Les moyennes régionales ne rendent d'ailleurs pas compte du recul tragique de certains pays. 60% des décès d'enfants de moins de cinq ans en Afrique sont liés, directement ou indirectement, au sida (le décès d'une mère atteinte diminue les chances de survie). D'autre part, le taux de mortalité infantile dans son acception restreinte, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'enfants décédés âgés de moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants révèle une dimension sexuée de ce phénomène liée aux politiques démographiques de certains États.

Le taux mondial moyen était de 55 pour mille en 2005 mais de 191 pour mille en Angola et 98 pour mille en République Démocratique du Congo contre 4,6 en Belgique ou 2,3 à Singapour.



En Chine, la politique de l'enfant unique imposée par le régime entraîne, à partir de 1980, de nombreuses naissances clandestines tandis qu'on enregistre un taux de mortalité des fillettes supérieur aux garçons. Le déséquilibre hommes/femmes y est le plus élevé au monde. Précisons qu' "en amont", naissent en Chine 117 garçons pour 100 filles. On voit donc que certains objectifs balisant la lutte contre la pauvreté se heurtent à des politiques discriminatoires liées à des défaillances ou des choix éatiques. La rationalité des naissances sélectives en Chine est à rechercher alors dans l'absence de toute aide à l'immense majorité de la population du troisième âge, le fils se chargeant traditionnellement de l'entretien des parents.

L'objectif d'amélioration de la santé maternelle, par la réduction de trois quarts de la mortalité maternelle, piétine également dans différentes régions du monde (ce thème sera, par ailleurs, traité dans le thema-zoom du prochain *Alter Ego*).

En 2000 les trois quarts des décès en maternité enregistrés à Canton concernent des femmes appartenant à cette population flottante des "mingong", ouvriers-paysans qui font le miracle économique chinois. Il y a là une réelle dimension de classe dans les risques de complications liées à l'accouchement. Les populations migrantes, souvent clandestines, sont les plus exposées à l'absence de politique de santé publique dirigées vers elles. La lutte contre la pauvreté se confond encore trop souvent à la lutte contre les pauvres, faites de vexations et de discriminations.

La santé publique reste un bon indicateur du niveau de développement atteint et de la diffusion de la prospérité acquise (si relative qu'elle soit), dans l'ensemble du corps social.



Marie-José LALOY
Sénatrice
Présidente de Solidarité Socialiste

Cisjordanie : réalité de terrain.

Le Popular Art Center (PAC), un de nos partenaires en Cisjordanie, a mis en place un programme d'ateliers créatifs pour les enfants, soutenu par Solidarité Socialiste. Témoignage de notre représentante en Palestine.

Vendredi 24 février, il est 7 heures et le soleil me réveille. J'ai du temps devant moi avant de partir pour les villages de Kufr Nameh et Beit Illu assister aux ateliers artistiques organisés pour les enfants par le Popular Art Center (PAC), partenaire de Solidarité Socialiste. A 10 heures, j'ai rendez-vous avec Yasmina et Meisa, qui animent les ateliers. Trajet sans histoire. Nous voilà arrivées à Kufr Nameh, au nord de Ramallah. Je regarde le parcours du mur, et les grandes colonies qui sont venues s'installer à côté des villages palestiniens. Une d'elles est là depuis quelques années, l'autre est en pleine construction.

Nous sommes en 2006. Treize ans plus tôt, les accords d'Oslo stipulaient qu'Israël devait mettre un terme à la construction et à l'expansion de ses colonies dans les territoires occupés. Depuis cette date, leur nombre a doublé. En 1993, 130.000 habitants vivaient dans 120 colonies. Aujourd'hui, quelque 200 colonies comptent 240.000 habitants, et partout des nouvelles implantations s'érigent. Le trajet du mur est fait de telle façon que les grands blocs de colonies comme Ariel, Gush Etzion ou Ma'ale Adumim puissent s'agrandir encore pour héberger des milliers de nouveaux colons. Réalité de terrain. Les Palestiniens n'ont qu'à observer et subir cette situation qui les spolie de leurs terres agricoles, les isole de leurs voisins et de leurs



Cours de peinture. En couleurs !

proches, met en péril leur sécurité, viole leur droit à la terre et à circuler, mine leur économie, les empêche de mener une vie digne, et les prive d'un état viable. Tristesse.

Les enfants arrivent et me tirent de mes pensées noires. 'Sabah el gheir - kief koen ?' (Bonjour - comment allez vous ?). Je suis toujours heureuse de pouvoir parler l'arabe. Cela abat toute de suite les barrières avec les enfants. Je me défais de mon manteau *ajnabya* (étrangère) qui vient donner, et deviens un simple humain avec lequel ils peuvent communiquer.

Personne n'a les clés pour ouvrir le centre où les ateliers doivent avoir lieu. Mais Meisa n'attend pas : elle commence les jeux d'expression dramatique à même la rue. Je vois à son expression qu'elle éprouve le besoin pressant de ne pas perdre de temps. Elle sait trop bien l'importance de ces activités pour les enfants qui ne connaissent quasi rien d'autre que la violence de l'Intifada. Après une demi-heure, la porte s'ouvre et les cours de dabke et de peinture peuvent continuer à l'intérieur. Les filles dansent, les garçons regardent. A la fin les garçons s'intègrent pour peindre, mais restent à des tables séparées. Meisa et Yasmina m'expliquent que dans la plupart des villages la séparation entre filles et garçons reste très forte. Elles ne peuvent pas forcer le contact. Cela aurait l'effet inverse de celui désiré. Alors, peu à peu, par des petites choses, elles essaient de les convaincre de travailler ensemble. A plusieurs endroits, elles y sont parvenues. C'est un des éléments prioritaires du changement social auquel PAC consacre ses efforts.

Deux heures et demies plus tard, nous nous dirigeons vers Beit Illu. Nous sommes pressées : les enfants nous y attendent pour 13 heures. Mais à peine sur la grand'route, le taxi bifurque et



Meisa au milieu des enfants pendant les exercices d'expression dramatique.



Yasmina pendant le cours de dabke.

emprunte un petit chemin tout en virages. Le chauffeur nous explique qu'il est interdit de rester sur la grand'route, qu'elle est réservée aux colons. Le plan qui consiste à séparer les routes palestiniennes de celles qui relient les colonies en Cisjordanie se met inexorablement en place. Des "nouvelles routes" secondaires (!) sont construites pour les Palestiniens.

Deuxième village, plus de 60 enfants, rien que des filles, nous attendent avec une volonté folle de commencer les cours. Quand Meisa et Yasmina commencent, tout le monde est attentif, personne ne proteste. Dans ces villages où il n'y a rien, ces deux heures par semaine ressemblent à un moment de fête. A nouveau nous quittons le village avec le sentiment d'avoir au moins pu rompre la routine que vivent les enfants et de leur avoir apporté quelques moments de rêve et de créativité. Sur le chemin du retour, Meisa me raconte qu'au début du programme, les enfants ne faisaient rien d'autre que jouer ou peindre l'intifada. Trois, quatre mois leur ont été nécessaires pour leur permettre de rêver à nouveau et de ne pas seulement peindre tout en noir. L'expression artistique pour les enfants n'est pas ici une simple détente, c'est une thérapie totale, pour faire sortir leurs peurs, leurs frustrations, et pour leur apprendre à créer un nouveau monde - positif - dans leurs têtes.

Le vendredi suivant, je pars à 9 heures avec Samer, le professeur de musique, dans les autres villages où le programme de PAC est mis en place : un camp de réfugiés à Ein Elma'a et le village d'Assira, près de Naplouse. Dans la voiture, Samer me raconte un peu sa vie. Après m'avoir

parlé de sa passion pour la musique et du travail qu'il accomplit avec les enfants, il me laisse entrer dans sa vie d'homme palestinien. Au total, il a passé quatre années en prison. Tous ses frères ont connu le même sort. Aucun n'a échappé à ce parcours que connaissent 75 % des hommes en Palestine.

Après une heure et demie, nous arrivons au check-point de Huwara, le plus connu et l'un des plus durs de Cisjordanie. Mais nous sommes vendredi, et le vendredi, c'est plutôt calme ici. Nous passons sans problème. Juste après le check-point le taxi nous attend. Quand on annonce au chauffeur que nous désirons nous rendre à Ein Elma'a, il nous réplique que ce sera très difficile : ce matin, l'armée israélienne vient d'y tuer un garçon de quinze ans. Nous appelons le centre qui

nous confirme la nouvelle. Dès lors, pas d'atelier de musique, le camp est endeuillé, et l'enterrement se fait à l'endroit même où les ateliers ont lieu avec les enfants. Nous retournons à Huwara pour repasser le check-point. Pendant l'attente, Samer reconnaît quelqu'un parmi les personnes qui attendent pour passer. Il a l'air nerveux. Il s'approche et nous raconte qu'il veut franchir le check-point avec un groupe d'étudiants de son université d'Al Najah (Naplouse) pour assister à l'enterrement d'un étudiant de vingt-deux ans, mort de maladie. Mais les militaires israéliens ont arrêté l'ambulance qui transporte le cadavre, et l'ont fait fouiller par un chien pendant près d'une demi-heure. Il est furieux, mais ne laisse rien transparaître, parce qu'il espère malgré tout passer. Samer me raconte que cet homme a toujours été très actif et plein de vie, mais que tout cela a changé depuis quelques années. En 2003, durant la grande incursion de l'armée israélienne à Naplouse, sa mère, qui était assise sur le balcon de leur maison, a été tuée. Quelques balles perdues ...



Le check-point de Huwara, l'un des plus durs de Cisjordanie.

Nous passons finalement le check-point et nous dirigeons vers Ramallah après encore avoir attendu quarante-cinq minutes que la voiture se remplisse. Sur le chemin nous serons arrêtés à deux autres check-points, pour plus d'une demi-heure à chaque fois. Près de cinq heures plus tard, je suis de retour à Ramallah. Je n'ai pas vu les ateliers de musique avec les enfants, mais j'ai d'autant plus observé le contexte dans lequel on travaille. Je retournerai à Ein Elma'a la semaine prochaine, pour voir comment les enfants font de la musique, chantent et peuvent oublier pour quelques instants leurs peurs, leurs frustrations et leur douleur.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le quatrième des OMD a pour ambition de réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Si des progrès importants ont été accomplis entre 1970 et 1990, le rythme de réduction de la mortalité infantile s'est nettement infléchi depuis lors : en cause, les politiques d'ajustement structurel et l'option économique de privatisation et de "laissez-faire" prônées par les idéologues ultra-capitalistes, et appliquées, avec plus ou moins de conviction et de zèle, par les politiques.



L'Afrique subsaharienne est la région où la mortalité infantile est la plus élevée. En Guinée-Bissau, par exemple, un enfant sur cinq meurt avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans.

La survie des enfants est l'un des indicateurs les plus représentatifs du développement, si l'on envisage celui-ci en fonction de sa capacité à accroître le bien-être humain, et rien ne souligne davantage, sans doute, le gouffre qui existe entre ce que nous sommes capables de réaliser pour atténuer ou faire disparaître les souffrances évitables et ce que nous choisissons de faire avec les richesses et les technologies à notre disposition aujourd'hui. En effet, un décès sur cinq est celui d'un enfant de moins de cinq ans.

La santé infantile - et la santé maternelle, que nous traiterons dans le prochain *Alter Ego* - font office de révélateurs dans d'autres domaines du développement humain, comme l'état des politiques de santé publique, la situation nutritionnelle et les politiques alimentaires, ou encore l'émancipation des femmes, entre autres.

Près de onze millions d'enfants âgés de moins de cinq ans sont morts en 2003. Pour cent d'entre eux, 98 vivaient dans des pays en développement, alors que la majeure partie des dépenses pour lutter contre la mortalité infantile sont engagées dans les pays riches.

Les niveaux de mortalité varient extrêmement entre les pays : les taux vont de 3 ‰ (Singapour et Suède) à 284 ‰ (Sierra Leone) ⁽¹⁾. Ce dernier chiffre signifie qu'en Sierra Leone, plus d'un quart des enfants meurent avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans. 43 pays en

développement totalisent 90 ‰ des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde. Et les moyennes régionales varient entre 7 ‰ pour les pays développés à 172 ‰ pour l'Afrique subsaharienne.

Cinq maladies - la pneumonie, les affections diarrhéiques, la malaria, la rougeole et le sida - sont responsables de près de la moitié de la mortalité chez les enfants. La plupart de ceux-ci pourraient être facilement sauvés en étendant la couverture des soins médicaux élémentaires, particulièrement à destination des familles pauvres. Quant à la malnutrition, elle accroît les risques de mourir de ces maladies et contribue pour plus de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Près de 40 ‰ des décès interviennent durant le premier mois de la vie. Ils sont étroitement liés à la santé de la mère et aux soins prodigués à celle-ci durant l'accouchement. Les causes de décès les plus communes sont la malnutrition de la mère et du fœtus, qui entraîne des bébés trop légers, trop faibles pour résister aux maladies qui, dès lors, les déciment.

Si les résultats sont inégaux, la plupart des régions du monde ont fait des progrès dans la réduction de la mortalité infantile, même si ces progrès se sont infléchis depuis 1990 et ne permettront pas d'atteindre, dans la grande majorité des cas, l'objectif visé dans le cadre des OMD.

Entre 1990 et 2001, le taux de mortalité infantile dans les pays en développement ont diminué à un rythme beaucoup plus lent que durant les années 70 et 80. Si les progrès accomplis entre 1970 et 1989 s'étaient poursuivis dans les années 90 et au cours de la décennie actuelle, on aurait pu épargner la vie d'un million d'enfants rien qu'en 2003 ! 40 % des décès d'enfants avant l'âge de cinq ans interviennent pendant le premier mois de la vie. On peut y voir les dégâts des politiques d'ajustement structurel et de l'option économique de privatisation et de "laissez-faire" prônées par les idéologues ultra-capitalistes issus de la société du Mont-Pèlerin et de l'Ecole de Chicago et relayées par les libéraux radicaux tels que Thatcher, Reagan et leurs successeurs.

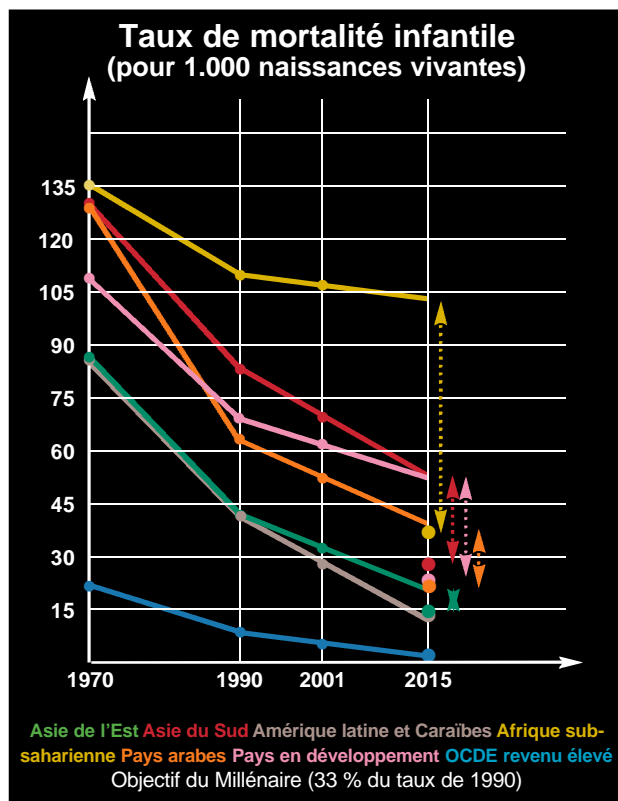
L'Afrique du Nord, l'Amérique latine et les Caraïbes, et l'Asie du Sud-Est ont enregistré les progrès les plus significatifs : une baisse moyenne de 40 % du taux de mortalité infantile. Des améliorations dans les domaines socio-économiques, nutritionnels et de l'accès aux thérapies pour les principales maladies infantiles, avec l'accent mis sur la prévention, ont contribué fortement à ces progrès. Bien sûr, comme toute moyenne statistique, celle-ci cache des disparités importantes à la fois entre pays et au sein de chaque pays.

L'Afrique subsaharienne à la traîne

La région dont le taux de mortalité infantile est le plus élevé au monde est également celle qui progresse le moins dans ce domaine : il s'agit, ici comme dans la plupart des autres objectifs des OMD, de l'Afrique subsaharienne. 45 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde se produisent dans cette région. Le taux de mortalité y diminue de moins d'un pourcent par an depuis 1990, alors que pour atteindre l'objectif fixé par les Nations unies, il devrait décroître d'ici 2015 de quelque 9 % chaque année ! Si, pour certains pays subsahariens cette stagnation peut être attribuée aux ravages du sida parmi les enfants et les mères, dans la plupart d'entre eux, elle est due au fait que les efforts pour réduire la malnutrition, de même que les politiques de santé publique n'ont été ni adéquats ni à la hauteur des défis rencontrés, à la fois pour des raisons internes à chaque Etat, mais aussi et peut-être surtout du fait du contexte international défavorable aux politiques socio-économiques publiques et peu suspect de sympathie avec la promotion du bien commun.

La vaccination fait du surplace !

Bien qu'un vaccin sûr, efficace et relativement bon marché existe depuis une quarantaine d'années pour la rendre inoffensive, la rougeole reste une cause majeure de mortalité des enfants. L'immunisation par vaccination est un moyen efficace pour réduire la mortalité infantile. C'est également un indicateur précieux de l'accès des enfants de moins de cinq ans aux services de santé primaire. Peu de progrès entre 1999 et 2003 : la couverture est passée de 73 à 77 % globalement. En Afrique subsaharienne, elle n'a crû que de



cinq pourcents entre 1990 et 2003 (de 56 à 61 %). Selon l'UNICEF, si la tendance actuelle se poursuit, la réduction de la mortalité infantile de par le monde ne sera que de 15 % entre 1990 et 2015. Nous sommes bien loin de la réduction de deux tiers visée par l'objectif.

Les remèdes existent déjà très souvent...

Pourtant, la plupart des thérapies et médicaments efficaces contre les maladies infantiles existent. Mais encore faut-il que les populations y aient accès. Il faut aussi une réforme globale tant des structures de santé que de la délivrance des soins, tout particulièrement en zones rurales. En outre, les (futurs) mères devraient pouvoir avoir accès aux informations pertinentes quant aux comportements appropriés en terme de prévention et de soins. Une série d'études sur la mortalité infantile financées par l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé, et publiées par *The Lancet*, confirment sans surprise ce constat. En effet, quatre thèmes émergent constamment :

1. Un petit nombre de maladies sont responsables de la grande majorité des décès d'enfants.
2. Des traitements pour la grande majorité de ces maladies existent. S'ils étaient mis en oeuvre de façon à atteindre ceux qui en ont besoin le plus, ils pourraient sauver un nombre substantiel d'enfants, et, bien sûr, les traitements existants peuvent être d'autant plus efficacement mis en oeuvre que les systèmes de santé, en général, sont déjà performants.
3. Les taux de mortalité infantile varient beaucoup non seulement entre les régions et les pays, mais aussi au

sein de chaque pays, et ces différences dans les taux sont déterminées essentiellement par les inégalités socio-économiques.

4. Les programmes de santé infantile dans les pays en développement sont largement sous-financés.

... et pourraient être appliqués

Le caractère létal de nombreuses maladies infantiles peut être fortement atténué par la prévention et le traitement adéquat. Une des études évoquées plus haut démontre qu'une série d'interventions et de pratiques simples ou/et peu onéreuses pourraient sauver près de 7 millions des quelque 11 millions d'enfants qui sont morts ou mourront cette année. Par exemple, l'allaitement maternel, l'accouchement assisté, la généralisation des thérapies de réhydratation orale, la mise à disposition de moustiquaires imprégnées à l'insecticide, l'emploi de suppléments nutritionnels, l'utilisation d'antibiotiques pour le traitement des infections anténatales et de la pneumonie infantile, ou encore la prévention de la carence en zinc.

Le niveau de couverture de ces pratiques et interventions est encore scandaleusement bas dans les pays à revenus faibles ou moyens. Pire, la couverture pour certaines pratiques comme l'accouchement assisté ou la vaccination stagne voire diminue dans la plupart des pays les plus pauvres. Dans les 43 pays les plus pauvres (qui, rappelons-le, rassemblent 90 % du total des décès d'enfants dans le monde), seul l'allaitement maternel bénéficie à pratiquement tous les bébés âgés de 6 à 11 mois. Le vaccin contre la rougeole n'est, par contre, inoculé qu'à deux tiers des enfants

de moins de cinq ans, et toutes les autres techniques ou pratiques touchent (parfois beaucoup) moins que 60 % des enfants.

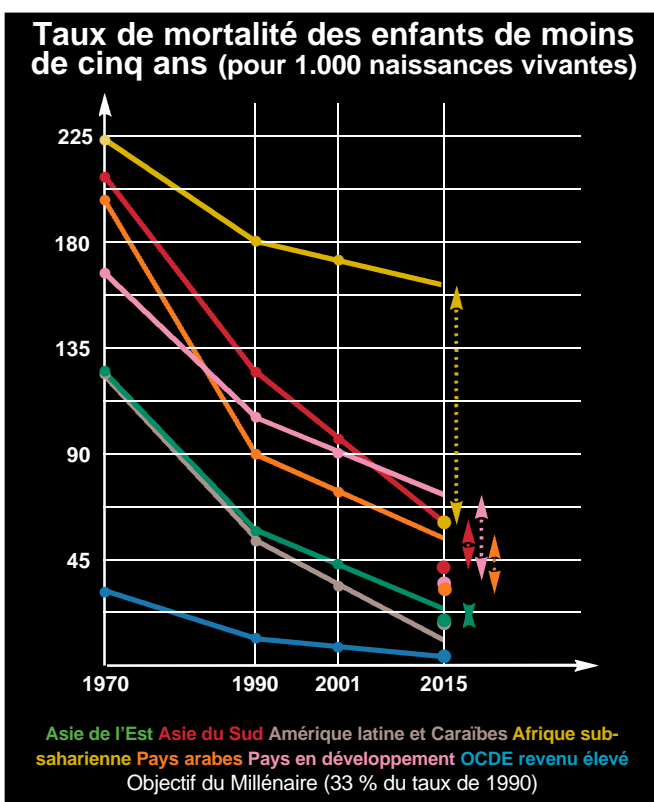
C'est ainsi que les résultats d'une étude menée entre 1999 et 2004 montrent que dans les 34 pays d'Afrique subsaharienne touchés de manière endémique par la malaria, à peine 3 % des enfants dorment sous une moustiquaire imprégnée. Le paludisme tue un million de personnes chaque année. 90 % en Afrique subsaharienne, et 90 % des victimes sont des enfants de moins de cinq ans. Les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables à cette maladie, ce qui les fait mettre au monde des enfants souffrant d'insuffisance pondérale et d'anémie, vecteurs de surmortalité. En Afrique subsaharienne, plus de 2.000 enfants décèdent chaque jour de la malaria, et ceux qui survivent ne sortent pas indemnes des crises. Les épisodes de fièvres et l'anémie menacent gravement leur développement physique et mental. Voilà qui montre toute l'importance des actions préventives et, si la maladie se développe, de l'accès aux médicaments antipaludéens ou à une combinaison spécifique de traitements là où la résistance aux antipaludéens est répandue. Quant aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, elles peuvent contribuer à réduire la mortalité infantile, dans les zones à haut risque, d'au moins 35 % !

Les infections respiratoires aiguës, et en tout premier lieu la pneumonie, tue plus de deux millions d'enfants de moins de cinq ans chaque année dans les pays en développement. Elles sont responsables de 19 % des décès dans cette tranche d'âge, alors qu'elles pourraient être traitées très efficacement par l'administration d'antibiotiques. Quant aux maladies diarrhéiques, elles tuent presque autant que les infections respiratoires aiguës : 17% des décès des enfants de moins de cinq ans, près de deux millions de morts par an. La protection de l'eau de boisson, une hygiène domestique de base et des techniques peu coûteuses de réhydratation orale pourraient réduire de manière drastique le nombre des décès dus aux diarrhées.

Quelles solutions ?

Dans les pays pauvres, la plupart des enfants malades souffrent de plusieurs affections. Par exemple, une alimentation insuffisante ou déséquilibrée peut accroître

Cinq affections (la pneumonie, la diarrhée, la malaria, la rougeole et le SIDA) sont la cause d'environ 50 % de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, et plus de la moitié des décès sont associés à la malnutrition qui accroît le risque de mourir de ces maladies. Quant aux courbes de mortalité et à leur variation entre 1970 et 2001, elles sont quasiment semblables à celles de la mortalité infantile. Mêmes causes, mêmes effets. La plupart de ces enfants pourraient être sauvés en étendant la couverture médicale et en portant attention aux femmes enceintes, particulièrement pour les familles pauvres.



le risque d'infections respiratoires ou diarrhéiques qui, à leur tour, peuvent conduire à accroître la malnutrition. Et les enfants qui souffrent de la rougeole sont particulièrement exposés à la pneumonie. Dès lors, une stratégie efficace pour réduire la mortalité infantile consiste tout en traitant spécifiquement chaque maladie à reconsidérer le fonctionnement global des systèmes de santé. Dans les pays du Sud, les infrastructures de soin sont très rares en milieu rural par manque de volonté politique et d'investissements, et leur efficacité laisse à désirer, faute de moyens. Au Cambodge, par exemple, alors que 85 % de la population vit à la campagne, 87 % du personnel médical travaille en ville. Cherchez l'erreur ! Et comme les jeunes enfants des familles pauvres, très fragilisés, succombent rapidement aux maladies, on peut comprendre l'importance pour ces familles d'avoir accès dans les plus brefs délais à des infrastructures de santé appropriées et accessibles financièrement.

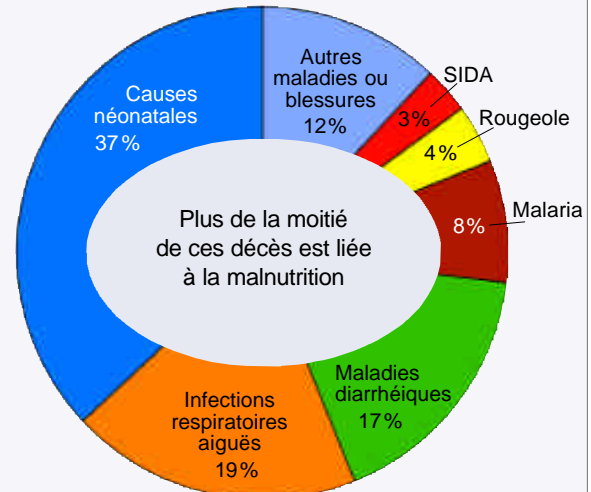
Les initiatives communautaires

Les initiatives communautaires en termes de santé peuvent être des réponses adéquates aux besoins des populations là où les infrastructures sanitaires sont difficiles d'accès ou inexistantes. Mais elles ne doivent pas, à terme, se substituer aux responsabilités de l'Etat dans la mise en place d'une véritable politique de santé publique disposant des moyens nécessaires. L'objectif à long terme doit bien être le renforcement de systèmes de santé à l'échelle nationale accessibles à tous, et tout particulièrement aux populations les plus vulnérables, qui doivent être consultées et jouer un rôle actif.

Et la croissance économique, alors ?

Les taux de mortalité infantile démontrent qu'il n'y a pas de corrélation totale, ni même nécessairement positive entre la croissance économique et l'élévation moyen du revenu et le progrès social. Bien sûr, plus un pays est nanti, plus il a de possibilités de mettre en

Cause de décès des enfants de moins de 5 ans (2000-2003)



Plus de la moitié de ces décès est liée à la malnutrition.

Cinq affections (pneumonie, diarrhée, malaria, rougeole et SIDA) sont la cause de la moitié des décès parmi les enfants de moins de cinq ans. La plupart d'entre eux pourraient être sauvés en étendant la couverture médicale et en portant attention aux femmes enceintes, particulièrement pour les familles pauvres.

place et de maintenir un système de santé publique efficace et accessible. Mais ce n'est vrai que lorsque l'économie sert une véritable politique de développement social, lorsqu'elle redevient "économie politique", ce qu'elle était à l'origine pour ses fondateurs, c'est-à-dire au service du bien-être physique et mental des populations. A Cuba, des campagnes d'information et de sensibilisation à des techniques préventives simples font en sorte que, malgré un revenu par habitant équivalent au 1/7^e de celui des Etats-Unis, les taux de mortalité infantile y sont les mêmes. CQFD !

(1) En Belgique, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 5 ‰ en 2003. Pour les pays du Sud où Solidarité Socialiste travaille en partenariat, les taux (en ‰) pour la même année sont les suivants : 66 (Bolivie), 35 (Brésil et Cap Vert), 207 (Burkina Faso), 21 (Colombie), 205 (RD Congo), 204 (Guinée-Bissau), 28 (Mexique), 39 (Maroc), 38 (Nicaragua), 27 (Territoires palestiniens occupés [2000]), 137 (Sénégal).



Il est indispensable d'arriver à un changement dans les connaissances, les attitudes et le comportement tant des hommes que des femmes pour arriver à un partenariat harmonieux entre les sexes. Impliquer les hommes dans la dynamique du développement est essentiel étant donné que, dans la plupart des sociétés, ils exercent encore un pouvoir prépondérant dans quasi chaque sphère de la vie, allant des décisions personnelles concernant la taille de la famille jusqu'aux décisions politiques à tous les niveaux. Il est indispensable d'améliorer la communication et de changer les relations entre hommes et femmes sur les questions de la sexualité et de la santé reproductive, et de leur faire prendre conscience que leurs responsabilités, notamment dans les soins aux enfants, sont conjointes.

Objectifs du Millénaire pour le développement : points de vue critiques du Sud.

Adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies en 2000, les "Objectifs du Millénaire pour le développement" (OMD), à atteindre d'ici 2015, s'imposent comme le cadre mondial de référence des stratégies officielles de lutte contre la pauvreté pour ce début de XXI^e siècle.

Ils n'en sont pas moins l'objet d'examen plus ou moins critiques, en particulier en provenance du Sud.

Considérés à un premier niveau d'analyse comme insuffisants - en recul par rapport à des engagements antérieurs, en retard dans leur réalisation ou déjà marginalisés de l'agenda de la "communauté internationale" -, les OMD, leurs "cibles" et leurs "indicateurs" apparaissent, à un second niveau d'analyse, comme un nouvel instrument d'intégration subordonnée à l'économie mondialisée.

"Mieux que rien" pour les uns, "plus du même" pour les autres, les Objectifs du millénaire n'en sortent donc pas indemnes. Les ressorts sécuritaires de l'initiative et le caractère technocratique des stratégies formulées tranchent avec les intentions humanistes affichées. La conception du développement sous-jacente évacue les thèmes de la réduction des inégalités, de la justice sociale et de la promotion d'emplois décents, pour confirmer la perspective néolibérale des politiques d'ajustement promues : ouverture commerciale, "bonne gouvernance", privatisations ...

Ce livre, dont vous trouverez le sommaire ci-contre, est un coédition Solidarité Socialiste-CETRI. Ces deux associations, qui ont pour objectif, entre autres, de relayer au Nord les points de vue du Sud, critiques du modèle dominant et de l'état actuel des rapports Nord-Sud, ne pouvaient que se retrouver dans ce projet commun : l'édition d'un ouvrage consacré aux "Objectifs du Millénaire pour le développement" analysés par des auteurs du Sud.



Objectifs du Millénaire pour le Développement : outils de développement ou cheval de Troie des politiques néolibérales ? (Frédéric Lapeyre)

OMD et éradication de l'extrême pauvreté et de la faim. (Focus on the Global South)

OMD : réduire la pauvreté ou édulcorer la mondialisation néolibérale ? (Antonio Tujan)

Conséquences de certaines règles de l'OMC sur la poursuite des OMD. (Martin Khor)

OMD : instrument de légitimation et d'expansion du modèle dominant. (Samir Amin)

OMD et gouvernance mondiale : quelles luttes contre la pauvreté ? (Patrick Bond)

OMD et dépendance de l'Afrique vis-à-vis de l'aide au développement. (Demba Moussa Dembele)

OMD : institutions promotrices, financement et réalités concrètes. (Hellen Wangusa)

"Bonne gouvernance" et OMD : contradictoires ou complémentaires ? (Alejandro Bendaña)

OMD : lutte contre la pauvreté ou lutte contre les pauvres ? (Rémy Herrera)

Infos et commandes :

**Pascale Bodinaux,
pbodinaux@solsoc.be - 02/505.40.82.**

1936-2006, 70 ans de solidarité internationale, c'est pas du !

Solidarité Socialiste a vu le jour en 1936. Bien sûr, à l'époque elle ne portait pas ce nom et n'avait pas les mêmes missions qu'aujourd'hui. Et pourtant, le fil rouge était là, déjà : une même valeur perdurera tout au long des années, la solidarité internationale.

En 1936, le PSOB crée l'Entraide Socialiste, structure informelle mise en place pour assurer l'accueil d'enfants de républicains espagnols engagés dans la guerre contre les troupes fascistes de Franco.

Formalisée en 1947, l'Entraide socialiste assure alors l'accueil et l'accompagnement des familles espagnoles, italiennes, mais aussi d'Europe de l'Est, et notamment des Hongrois, après l'écrasement de l'insurrection de 1956. Elle aide aussi des socialistes belges et leurs familles en difficultés financières et sociales.

La coopération au développement devient la priorité de Solidarité Socialiste en 1963, qui crée le Fonds de Coopération au Développement.

70 ans de solidarité internationale, 43 ans de solidarité avec les populations du Sud ! Mais si l'enjeu est essentiel, le travail se révèle difficile, souvent peu visible, mal reconnu, parfois dénigré, et reçoit peu de soutien de la part des membres et militants du Parti socialiste !

Si la situation s'améliore lentement aujourd'hui, du moins en termes de reconnaissance de l'action et de la mission de Solidarité Socialiste



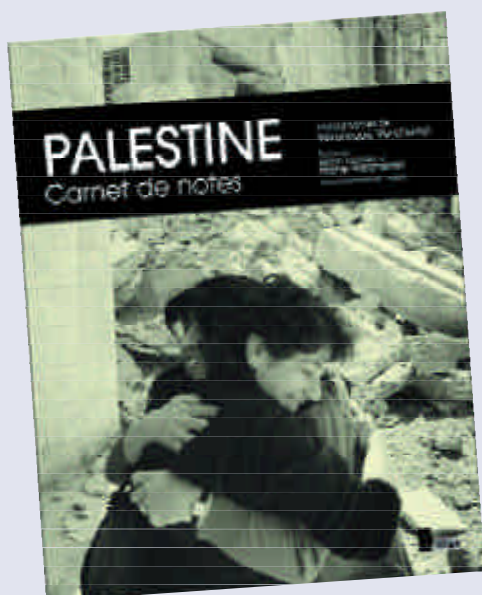
comme acteur important de solidarité internationale, notamment grâce à la percée médiatique de l'altermondialisme. Si nous sommes bien soutenus par des institutions de la mouvance socialiste aussi importantes que les mutualités ou P&V, ou encore par d'autres groupes du mouvement, force est de constater que le mandataire individuel, ou le simple militant n'est pas au rendez-vous.

Le PS compte **120.000** membres, SolSoc **322** donateurs !!!! Bizarre, vous avez dit... bizarre ?

C'est à eux que nous nous adressons, et que nous vendrons toute l'année, partout où nous serons présents, un sachet de produits issus du commerce équitable : nougats, petits chocolats, bonbons au miel. Parce que la solidarité, si c'est pas du nougat, ça peut quand même avoir un goût de miel !

Informations

Solidarité Socialiste
Mobilisation - Jacky Vogelsang
02/505.40.73 - jvogelsang@soisoc.be



Maisons détruites, rues défoncées, murs éventrés... Au-delà des ruines, Véronique Vercheval photographie l'espoir. De ses voyages en Palestine, à partir de 2002, la photographe belge, qui faisait partie du groupe d'observateurs internationaux envoyés en Cisjordanie et à Jérusalem par Solidarité Socialiste et l'Association Belgo-Palestinienne lors des dernières élections palestiniennes, a ramené une centaine de photographies, pour la plupart des portraits dévoilant une Palestine loin des clichés habituellement véhiculés. Dans ce travail, Véronique Vercheval n'a cherché ni le "scoop", ni l'image choc, préférant rendre compte de la vie quotidienne. Les enfants jouent et vont à l'école, les femmes sont belles, les piétons arpentent la ville trop souvent réduite à l'état de poussières. Le peuple est là, résiste et reste fier face à la présence oppressante de l'armée israélienne. Souvent émouvantes, parfois difficiles, ces images de Palestine relèvent plutôt du "carnet de notes" que du reportage au sens classique du terme.

Exposition « Palestine, Carnet de notes »,

Musée de la Photographie Centre d'art contemporain
de la Communauté française Wallonie-Bruxelles, jusqu'au 4 juin 2006.
Avenue Paul Pastur 11, 6032 Mont-sur-Marchienne.
Ouvert du mardi au dimanche, de 10h à 18h.

Bernard est de retour dans les écoles !

Bernard Zoungrana est animateur chez Asmade, partenaire burkinabé de Solidarité Socialiste. Après une première tournée (trionphale) en 2003, il est revenu rendre visite aux enfants de Belgique qui participent aux campagnes éducatives "L'école, un droit qui donne des droits" et "La santé pour tous".

Février 2006, il pleut des cordes. C'est pourtant le moment de la visite du "témoin Sud" dans les quatre écoles participant à la campagne éducative. Il pleut, mais rien n'arrête Bernard... Il est là pour parler de son pays aux enfants de Belgique et leur donner des clés pour mieux comprendre ses réalités.

Après une brève présentation générale du Burkina Faso, notre animateur entre dans le vif du sujet et explique aux enfants comment se passe la récolte du coton (en référence à la récolte du cacao que les élèves ont expérimentée en immersion à Cuesmes en octobre 2005). Il parle surtout du peu de droits qu'ont les travailleurs et de la difficulté pour eux d'avoir accès à l'éducation et à la santé. Bernard présente ensuite une piste de solution que les cultiva-



Très vite, le courant passe... et l'on dialogue.

teurs de coton ont mis en place pour améliorer leurs rétributions et un prix plus juste pour l'exportation de leur coton : la pétition. Il sera aussi question de l'école et des autres lieux d'apprentissage au Burkina. Selon les classes et le degré de connaissance qu'elles ont du pays et de la thématique, ces différents thèmes seront abordés :

- L'utilisation du double flux comme système pour un accès du plus grand nombre à l'école.
- Le système multigrade.
- La langue d'apprentissage et l'expérience de l'école bilingue (français et langue locale) au Burkina.
- L'apprentissage au sein de la famille et de la concession.
- Les écoles professionnelles et informelles.
- L'alphabétisation, ...



Bernard Zoungrana, animateur chez Asmade, Burkina Faso

La curiosité des enfants est en alerte. Un temps leur est laissé pour qu'ils puissent poser les questions qu'ils ont préparées en classe avec leurs enseignant(e)s. Et là, la majorité touche à la dimension genre et les petites filles belges sont intriguées de la place de la femme et des filles dans la société burkinabée. La visite de Bernard touche à sa fin, mais les enfants n'en resteront pas là... Lors de la prochaine animation ils vont pouvoir s'exprimer sur ce qu'ils ont vécu jusqu'à présent dans le cadre de la campagne éducative. Sous forme de réalisation d'un jeu, d'affiches ou de maquettes, le sujet sera approfondi en classe en avril-mai de cette année. La suite dans le prochain *Alter Egaux*...