



**Réunion conjointe des conseils d'administration du
PNUD/UNFPA, de l'UNICEF, d'ONU-Femmes et du PAM
4 et 7 février 2011
New York**

**Équité : réduire les écarts pour accélérer la réalisation
des objectifs du Millénaire pour le développement**

Document d'information établi conjointement par
le PNUD (co-coordonnateur), l'UNFPA, l'UNICEF (coordonnateur) et le PAM

I. Introduction

1. La quête pour la construction d'une société équitable est au cœur des droits de l'homme, et c'est une force inspiratrice de la Déclaration du Millénaire : « Nous sommes collectivement tenus de défendre, au niveau mondial, les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité ». De nombreux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) reflètent une préoccupation fondamentale pour l'équité, soit dans leur formulation (comme l'OMD 3 sur l'égalité des sexes), soit dans les cibles et indicateurs visant à améliorer l'équité ou à atteindre une couverture universelle des services. En outre, en mettant l'accent sur des questions telles que la pauvreté, la malnutrition et les services sociaux de base, les OMD agissent sur les domaines les plus susceptibles d'accélérer les progrès pour les populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

2. Les avancées constatées dans la réalisation des OMD sont en grande partie fondées sur les améliorations des moyennes nationales. Il existe cependant un problème de plus en plus préoccupant, à savoir que les progrès constatés sur la base des moyennes nationales peuvent cacher des disparités importantes, voire croissantes, en termes de pauvreté et de réalisation des objectifs de développement au sein des régions et des pays.

3. Les participants à la réunion plénière de haut niveau des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (Sommet sur les OMD), qui s'est tenue du 20 au 22 septembre 2010, ont reconnu la persistance et l'importance des inégalités. Le document final, *Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement*, insiste sur le fait que « les politiques et l'action doivent viser d'abord les pauvres et les plus vulnérables, y compris les personnes handicapées, afin qu'ils puissent bénéficier des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire ».

II. Des progrès, mais encore des inégalités

4. Globalement, la pauvreté monétaire a diminué de façon constante et le monde devrait atteindre la cible 1.A d'ici à 2015 (GNUD, 2010). Toutefois, les femmes sont plus susceptibles d'être pauvres que les hommes et continuent d'avoir moins de chances d'obtenir un emploi décent. On estime à 1,44 milliard le nombre de personnes vivant encore sous le seuil international de pauvreté, fixé à 1,25 dollar par jour, tandis que le nombre de celles vivant dans la pauvreté multidimensionnelle, mesurée par la santé, l'éducation et le niveau de vie, serait même plus important, avec 1,75 milliard d'individus (PNUD, 2010a)

5. Près de 75 % des pauvres dans le monde vivent dans des zones rurales, où les taux de chômage et de sous-emploi sont plus élevés, les occasions de travailler plus rares et la protection sociale souvent inexistante (GNUD, 2010). En 1990, environ 93 % des pauvres au niveau mondial vivaient dans des pays à faible revenu. En 2007, plus de 70 % du 1,3 milliard de personnes estimées pauvres habitaient dans les pays à revenu intermédiaire, et seulement 30 % (370 millions de personnes) vivaient dans les 39 pays à faible revenu.

6. Les crises alimentaires et financières actuelles, liées de façon complexe, affectent la sécurité alimentaire, la stabilité financière et économique, et la sécurité politique. Les disparités entre zones urbaines et rurales se reflètent rapidement dans les taux de sous-alimentation. Les

pays présentant les niveaux de sous-alimentation les plus élevés sont parmi les plus vulnérables à la crise mondiale (IFPRI, 2009).

7. Dans presque toutes les régions du monde, la sous-nutrition est courante parmi tous les segments de population, mais elle affecte de façon disproportionnée les enfants les plus pauvres. Dans les pays en développement, 40 % des enfants du quintile de richesse le plus bas présentent une insuffisance pondérale, contre 15 % dans le quintile le plus riche (UNICEF, 2010a). Dans le monde en développement, les enfants des zones rurales ont près de deux fois plus de risques de présenter une insuffisance pondérale et 50 % plus de risques de souffrir d'un retard de croissance que les enfants des zones urbaines (UNICEF, 2010a).

8. Au niveau mondial, le taux de scolarisation dans le primaire a augmenté. Mais la richesse et le lieu de résidence de la famille ont toujours un grand impact sur la fréquentation scolaire. Des données issues de 43 pays en développement indiquent que 90 % des enfants du quintile le plus riche fréquentent l'école, contre 64 % des enfants du quintile le plus pauvre. Le taux net de scolarisation dans le primaire est de 72 % parmi les enfants des zones rurales alors que ce même taux atteint 86 % chez les enfants des zones urbaines. Les enfants atteints de handicap et ceux issus de groupes linguistiques minoritaires sont parmi les plus susceptibles d'être déscolarisés.

9. L'inégalité persistante entre les sexes dans les domaines de l'éducation, de l'autonomie et du marché du travail, a un effet négatif sur le développement humain mondial (PNUD, 2010a). Lorsqu'ils sont corrigés pour tenir compte des inégalités entre les sexes, les résultats enregistrés dans l'indice du développement humain régressent pour chacun des pays.

10. La plupart des pays ont atteint la parité entre les sexes dans l'éducation primaire. Néanmoins, les filles sont encore souvent défavorisées dans nombre de pays. Ce désavantage est légèrement plus prononcé en milieu rural et dans les foyers les plus pauvres (UNICEF, 2010a). Dans les régions en développement, les femmes présentent un taux d'alphabétisation plus faible (84,1 %) que les hommes (90,3 %). Cette disparité est particulièrement prononcée en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud (Nations Unies, 2010a). Seules 1,4 % des femmes occupent des fonctions d'employeurs dans les régions en développement, contre 2,9 % des hommes (Nations Unies, 2010b). Les femmes employées sont toujours sujettes à d'importantes disparités salariales dans la plupart des régions, ce qui réduit leur pouvoir général et le niveau de vie du ménage (Nations Unies, 2010b).

11. En 2009, plus de 8,1 millions d'enfants sont morts avant l'âge de cinq ans (Nations Unies, 2010c). Le taux de mortalité avant cinq ans est, en moyenne, plus de deux fois plus élevé chez les 20 % de ménages les plus pauvres que chez les 20 % de ménages les plus riches (UNICEF, 2010a). Dans 18 des 26 pays en développement qui ont signalé une baisse de 10 % ou plus du taux de mortalité des moins de cinq ans, l'écart entre les ménages les plus riches et les plus pauvres s'est accru ou est resté identique (UNICEF, 2010a).

12. Les plus grands facteurs d'inégalité entre les sexes dans le monde sont l'accès et les résultats inégaux dans le domaine de la santé procréative et maternelle, illustrés notamment par le taux de mortalité maternelle, la nutrition maternelle, l'usage de contraceptifs et les taux de fécondité des adolescentes (UNFPA, 2010a et UNFPA, 2010b). La discrimination à l'égard des femmes ainsi que les inégalités fondées sur des facteurs tels que la pauvreté et l'ethnicité,

fragilisent la santé maternelle. Le problème de l'équité prend une autre dimension avec l'inégalité fondamentale entre les sexes dans la répartition de la nourriture au sein des ménages, qui contribue à une mauvaise nutrition maternelle.

13. Bien que des progrès aient été réalisés dans la réduction de la mortalité maternelle depuis 1990, le taux de régression est loin d'être suffisant pour atteindre les objectifs. On estime à 358 000 le nombre de décès maternels en 2008, pour un taux de mortalité maternelle mondial de 260 décès pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 2010). Nombre de ces décès auraient pu être évités si les femmes avaient été suivies par des personnels soignants compétents durant leur grossesse et leur accouchement.

14. L'offre de soins qualifiés, lors de l'accouchement, s'est améliorée dans toutes les régions. Cependant, les femmes issues des 20 % de ménages les plus riches sont plus susceptibles de donner naissance à leur enfant avec l'assistance d'un personnel soignant qualifié que les femmes issues des 20 % de ménages les plus pauvres. L'amélioration des soins prénatals est influencée par le lieu de résidence : 66 % des femmes vivant en zone urbaine sont suivies au moins quatre fois durant leur grossesse, tandis que 34 % seulement des femmes en zone rurale bénéficient de ces quatre visites recommandées (UNICEF, 2010a).

15. Le niveau d'éducation a un impact significatif sur l'usage de contraceptifs parmi les femmes (UNFPA, 2010b). Des données en provenance de 24 pays d'Afrique subsaharienne montrent que 42 % des femmes ayant achevé leurs études secondaires utilisent une forme de contraception, contre seulement 10 % des femmes qui n'ont pas été à l'école (Nations Unies, 2010b). Durant la période 1990-2008, l'usage des contraceptifs a augmenté chez les femmes qui ont achevé leurs études primaires, mais il est resté inchangé chez les femmes n'ayant pas été scolarisées (UNFPA, 2010b). De même, les femmes vivant en zone rurale ou issues des ménages les plus pauvres affichent un taux d'utilisation des contraceptifs plus faible que celles vivant en zone urbaine et issues des ménages les plus riches.

16. Le niveau d'éducation, le lieu de résidence et la richesse des ménages sont également liés à de larges disparités en matière de grossesse des adolescentes. Par exemple, les taux de grossesse sont presque 1,5 fois plus élevés chez les adolescentes qui n'ont pas été scolarisées que chez celles qui ont bénéficié d'une éducation primaire, et ils sont 4 fois plus élevés chez ces adolescentes que chez celles qui ont suivi un enseignement secondaire (UNFPA, 2010b).

17. Plus de 33,4 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde et seules 36 % ont accès à un traitement antirétroviral. La stigmatisation et la marginalisation sociale empêchent souvent de toucher les populations les plus affectées. Si l'on veut inverser la propagation du VIH, la priorité doit être d'atteindre les groupes vulnérables (travailleurs du sexe, migrants, prisonniers, transsexuels, consommateurs de drogues injectables ou hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes).

18. Des progrès considérables ont été faits dans la lutte contre le paludisme, mais davantage d'efforts sont nécessaires pour garantir que les enfants les plus pauvres ou ceux vivant en zone rurale bénéficient des mêmes interventions que les autres (UNICEF, 2010a). En Afrique subsaharienne, 46 % des enfants vivant dans les ménages les plus riches reçoivent des médicaments contre le paludisme, contre seulement 27 % des enfants les plus pauvres (UNICEF,

2010a). Les enfants vivant dans les zones rurales sont encore plus défavorisés : seuls 16 % des enfants de moins de cinq ans résidant en zone rurale reçoivent des médicaments contre le paludisme, contre 23 % des enfants vivant en ville (Nations Unies, 2010a).

19. L'accès à une eau potable améliorée s'est élargi dans le monde en développement, mais les disparités entre zone urbaines et rurales sont frappantes. Parmi ceux qui n'ont pas accès à des sources d'eau potable de qualité, 84 % (743 millions de personnes) vivent dans des zones rurales (UNICEF, 2010a). Alors que des progrès modérés ont été réalisés dans l'offre d'assainissement, les ménages les plus pauvres ont encore vu peu d'améliorations dans ce domaine, dans de nombreux pays. En Afrique subsaharienne, les 20 % de ménages les plus riches sont cinq fois plus susceptibles que les 20 % de ménages les plus pauvres d'avoir accès à des installations d'assainissement améliorées (UNICEF, 2010a). Dans les régions en développement, l'offre d'assainissement est 70 % plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (UNICEF, 2010a), et les 20 % de ménages urbains les plus pauvres sont moins susceptibles d'avoir accès à une eau potable et à un assainissement de qualité que les 20 % de ménages les plus riches (UNICEF, 2010a).

III. Contraintes

20. On connaît la façon d'utiliser les technologies, les politiques et les stratégies pour progresser de manière équitable afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Les contraintes concernent principalement l'environnement politique, ainsi que les facteurs sociaux qui alimentent la discrimination ou renforcent l'exclusion et exacerbent les problèmes liés à l'accès aux services sociaux de base et aux systèmes de prestation de services publics.

A. Environnement et contexte politique

21. Dans certains cas, politiques et lois ne réussissent pas à aider les populations démunies à accéder aux services, aux marchés et aux opportunités. Par exemple, les ressources publiques, les infrastructures et les services vont souvent en priorité aux zones urbaines les plus riches et aux régions offrant le meilleur potentiel économique du pays. Certaines politiques macroéconomiques et budgétaires débouchent sur des programmes budgétaires régressifs et des allocations de ressource insuffisantes pour les services sociaux de base et autres politiques prioritaires pour les pauvres. Un mauvais ciblage de l'aide alimentaire ou d'autres programmes de protection aboutit souvent au fait que les plus riches perçoivent la plus grosse partie des aides. Dans certains cas, les groupes et communautés les plus démunis sont également incapables de faire entendre leur voix et d'influer sur les décisions majeures qui affectent leurs communautés. Les conflits, la vulnérabilité aux catastrophes naturelles ou l'instabilité politique peuvent aggraver encore davantage ces problèmes. Quand des politiques efficaces sont réellement développées, leur mise en œuvre est souvent entravée, à différents niveaux, par des capacités institutionnelles limitées ou par manque de volonté politique.

B. Facteurs liés à la société

22. Les facteurs sociaux incluent les normes discriminatoires envers les filles et les femmes, envers les minorités ethniques ou linguistiques, envers les personnes vivant avec le VIH ou les

personnes handicapées. Les obstacles sociaux, culturels et linguistiques empêchent ces segments de la population, et plus généralement les personnes pauvres et vulnérables, d'accéder aux services ou de bénéficier totalement des possibilités sociales et économiques. Parmi ces obstacles, on trouve par exemple le manque de prise de conscience, dû largement à l'insuffisance des systèmes d'information publique et aux faibles niveaux d'éducation.

C. Services et systèmes

23. Les systèmes mis en place afin d'offrir les services les plus essentiels, nécessaires pour atteindre les OMD avec équité, sont souvent affectés par de nombreux goulots d'étranglement limitant leur efficacité. Dans certains cas, ces obstacles sont du côté de « l'offre » : disponibilité de fournitures essentielles, ressources humaines adéquates ou infrastructure et ressources fonctionnelles. Du côté de la « demande », au-delà des facteurs sociaux mentionnés ci-dessus, pauvres et déshérités sont parfois incapables d'accéder aux services du fait d'obstacles tels que la distance, les frais d'usage et autres barrières financières directes ou indirectes. Parmi ces obstacles, on trouve les coûts de transport et la perte de revenus du fait de l'absence au travail pour accéder à ces services. De plus, les systèmes de suivi et d'information, dans les principaux secteurs de développement, ne sont généralement pas adaptés pour identifier les segments marginalisés de la population.

IV. Tenir les promesses : une plateforme commune pour progresser

A. Le Sommet sur les OMD a renouvelé l'engagement de réaliser les OMD avec équité

24. Le Sommet sur les OMD s'est achevé sur l'idée dominante qu'il fallait donner la priorité aux communautés les plus pauvres et les plus vulnérables afin de promouvoir une croissance et un développement universels et équitables pour atteindre les objectifs d'ici à 2015. Le document final réaffirme l'engagement renouvelé des dirigeants mondiaux en vue d'atteindre les OMD et présente un calendrier concret d'actions pour y parvenir à l'horizon 2015.

25. À la fin du Sommet, le Secrétaire général des Nations Unies et un certain nombre de chefs d'États et de gouvernements, venus aussi bien de pays développés que de pays en développement, ainsi que des représentants du secteur privé, de la société civile, des organisations internationales, des fondations et des institutions de recherche, ont lancé une Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, soutenue par la promesse de plus de 40 milliards de dollars d'aides au cours des cinq prochaines années, afin d'accélérer les progrès en termes de santé des enfants et des femmes.

26. La Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants définit les domaines clés dans lesquels une action urgente s'impose pour accroître les financements, renforcer les politiques et améliorer la prestation de services. Cela concerne notamment les domaines suivants :

(a) Soutien des plans de santé conduits par les pays, financés par des investissements accrus, prévisibles et durables;

(b) Prestation cohérente de services de santé et d'interventions vitales, de façon à ce que les femmes et leurs enfants puissent accéder à la prévention, aux traitements et aux soins quand et où elles en ont besoin;

(c) Meilleurs systèmes de santé, reposant sur des personnels soignants qualifiés en nombre suffisant;

(d) Démarches de financement novatrices, développement de produits et prestation de services de santé efficaces;

(e) Amélioration du suivi et de l'évaluation afin de garantir la responsabilisation de tous les acteurs.

27. Cette stratégie mondiale souligne l'importance de toujours privilégier l'équité. L'UNICEF s'engage à travailler en collaboration avec les agences partenaires au sein du groupe H4+¹ ainsi qu'avec d'autres partenaires pour renforcer l'assistance technique et le soutien au programme, pour aider les pays à développer leurs interventions et à renforcer les capacités des personnels de santé et des travailleurs au niveau communautaire.

B. Le système des Nations Unies travaille en collaboration étroite au niveau des pays

28. Les objectifs du Millénaire pour le développement offrent à l'ensemble du système des Nations Unies un cadre de travail cohérent tendant vers un but commun. Les analyses par pays des OMD liés à la santé montrent qu'une approche centrée sur l'équité serait plus rentable que les approches traditionnelles en termes de résultats et d'impact. En intervenant dans presque tous les pays en développement, les Nations Unies sont idéalement positionnées pour plaider en faveur du changement, aider les pays à tirer parti des connaissances et des ressources et coordonner des efforts élargis au niveau des pays. Tandis que les pays en développement tracent la voie menant à la réalisation des OMD, les équipes de pays des Nations Unies travaillent en étroite collaboration avec un nombre croissant de partenaires pour offrir aux pays des conseils pratiques et une assistance dans la conception et la mise en œuvre de politiques en faveur des pauvres, tout en renforçant les capacités et en expérimentant des solutions novatrices.

29. Le GNUD a appelé les agences des Nations Unies à intégrer, dans le travail des équipes de pays des Nations Unies, l'approche fondée sur l'équité, comme un moyen d'aider les États membres à atteindre les OMD d'ici à 2015 :

(a) Renforcer l'appropriation nationale et l'engagement envers le document final du Sommet sur les OMD;

(b) S'appuyer sur la nature interdépendante des OMD, chaque objectif sous-tendant la réussite des autres;

¹ En 2008, les directeurs de quatre agences – Banque Mondiale, OMS, UNFPA et UNICEF (H4) – ont publié une déclaration conjointe intitulée *Intensification des efforts pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés*. Cette déclaration vise à accélérer l'appui aux pays pour renforcer les capacités nationales à mettre en place des interventions de santé maternelle et infantile efficaces, dans le cadre du cinquième OMD. Avec l'arrivée de l'ONUSIDA, les cinq partenaires sont désormais connus sous le nom « groupe H4+ ».

(c) Soutenir des approches fondées sur l'équité, dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des stratégies de développement nationales;

(d) Améliorer le ciblage des équipes de pays des Nations Unies vis-à-vis de leurs homologues nationaux, afin de lutter contre les inégalités, la marginalisation et la discrimination;

(e) Recenser les bonnes pratiques qui contribuent à la recherche de solutions et à l'échange de connaissances, notamment les stratégies et programmes efficaces permettant d'atteindre les personnes marginalisées;

(f) Améliorer la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire, en insistant sur le renforcement des plans fondés sur l'équité;

(g) Fournir une assistance spéciale aux pays en situation de crise et d'après-crise;

(h) Élargir les partenariats de développement;

(i) Accorder une attention spéciale et urgente aux jeunes gens, notamment à ceux issus de communautés marginalisées, de minorités ou d'autres populations d'exclus.

C. Exemples de stratégies et d'approches qui éliminent les goulots d'étranglement empêchant d'atteindre les populations défavorisées

30. L'expérience montre qu'il est effectivement possible d'accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs en améliorant l'équité. La clé de cette approche par « cercle vertueux » permet d'identifier les stratégies et les politiques les plus appropriées pour s'attaquer aux principales barrières affectant particulièrement les exclus et les populations défavorisées. Il existe un nombre croissant d'études sur cette approche, avec des analyses rigoureuses des expériences récentes dans différents contextes nationaux et régionaux.

31. Publié par le PNUD (PNUD, 2010b) avant le Sommet sur les OMD, *Que faut-il pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ? Une évaluation internationale* examine les cas concrets d'interventions qui ont fait leurs preuves et qui ont permis d'accélérer la réalisation des objectifs ainsi que les facteurs positifs sous-jacents et les choix politiques qui doivent être poursuivis. S'appuyant sur les leçons recueillies dans 34 rapports nationaux relatifs aux OMD et sur un rapport de synthèse, l'évaluation recommande de poursuivre huit politiques en vue d'atteindre les OMD :

(a) Soutenir un développement conduit par les pays et une gouvernance efficace;

(b) Encourager une croissance économique n'excluant personne et favorable aux pauvres;

(c) Accroître les investissements publics dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'eau, de l'assainissement et des infrastructures;

(d) Investir en faveur de possibilités accrues pour les femmes et les filles et promouvoir leur autonomisation économique, juridique et politique;

- (e) Lancer des interventions ciblées à plus grande échelle, notamment des programmes de protection sociale et de création d'emplois;
- (f) Soutenir l'adaptation climatique, améliorer l'accès à l'énergie et promouvoir un développement à faibles émissions de carbone;
- (g) Accélérer la mobilisation de ressources intérieures pour financer les OMD;
- (h) Veiller à ce que le partenariat mondial crée un environnement propice à la réalisation des OMD.

32. Le rapport de l'UNICEF intitulé *Réduire les écarts pour atteindre les objectifs* (UNICEF 2010b) évalue la différence d'une approche axée sur l'équité, en termes d'impact et de rentabilité. L'analyse, centrée sur les OMD liés à la santé, propose un modèle capable d'accélérer les progrès, de réduire les disparités et de faire diminuer les sorties d'argent effectives pour les pauvres, au travers d'un ensemble de trois mesures clés axées sur l'équité :

(a) La première de ces mesures consiste à améliorer des établissements sélectionnés, en particulier pour les soins aux mères et aux nouveau-nés, et à élargir les services de maternité au niveau primaire, y compris les « foyers d'hébergement » pré-accouchement. Ces établissements se sont révélés efficaces dans des pays aussi divers que le Pérou et la République unie de Tanzanie.

(b) Surmonter les obstacles qui empêchent les plus pauvres d'utiliser les services disponibles grâce à une extension massive des services de proximité, l'élimination des frais pour les usagers, en attribuant des bons pour des services spécifiques tels que les soins prénatals et l'accouchement dans des établissements sécurisés, et la généralisation des transferts de fonds en faveur des plus pauvres afin de couvrir les frais de transport, de subsistance et d'autres coûts à la charge des familles. Pour favoriser des pratiques saines et stimuler le recours aux soins de santé de base, la stratégie propose également d'étendre la communication de masse et d'employer des promoteurs de la santé issus de la communauté. Le Bangladesh a démontré l'utilité d'un système de bons pour les services de santé;

(c) Recourir davantage aux agents de santé communautaires pour la prestation de services de soins de base en dehors d'un établissement de soins (« délégation de tâches »), chaque fois que nécessaire, et renforcer l'engagement communautaire dans la promotion du recours aux soins de santé et des pratiques saines.

33. L'élaboration d'une approche axée sur l'équité, comparée à la voie actuelle, a conduit à deux premiers résultats significatifs : (a) une accélération des progrès dans le domaine des objectifs relatifs à la santé, et (b) des résultats plus durables et plus efficaces sur le plan des coûts, notamment dans les pays à faible revenu où les taux de mortalité sont plus élevés. Le Cadre d'accélération de la réalisation des OMD encourage l'emploi de données ventilées et d'approches différenciées pour faciliter ces interventions. Cela serait particulièrement adapté aux pays qui ont de bonnes moyennes nationales mais où il existe encore des poches de pauvreté et d'inégalité persistantes.

34. Le lancement du Cadre d'accélération dans 10 pays pilotes (PNUD, 2010c) s'appuie sur les connaissances et les expériences existantes pour identifier des cibles vers lesquelles on progresse trop lentement et pour proposer des étapes systématiques : (a) identification des interventions nécessaires pour atteindre la cible; (b) identification des goulots d'étranglement qui compromettent l'efficacité des principales interventions sur le terrain; (c) identification de solutions faisables et efficaces pour les obstacles identifiés comme prioritaires; (d) formulation d'un plan d'action, avec des rôles définis pour tous les partenaires de développement, qui aidera à mettre en place les solutions.

V. Priorités et implications

35. L'appui fourni par le système des Nations Unies aux décideurs qui cherchent à lever les obstacles tenaces qui touchent les groupes les plus pauvres, les plus vulnérables et les plus marginalisés, doit se faire conformément à certaines mesures décrites ci-après. La question essentielle étant : qu'est-ce qui empêche les populations démunies d'accéder aux services existants et de les utiliser ?

A. Identifier les goulots d'étranglement et les obstacles qui excluent les pauvres, les plus vulnérables et marginalisés

36. Les stratégies d'investissement actuellement utilisées pour atteindre les OMD mettent l'accent sur l'élimination des obstacles à la fourniture de services, y compris pour les pauvres et les marginalisés, plutôt que des obstacles à l'utilisation de ces services. Ces obstacles incluent la discrimination, certaines normes sociales et culturelles, la distance et le temps nécessaires pour atteindre les services vitaux, la qualité inégale des services de santé et la faible sensibilisation aux soins dans les communautés pauvres. Les mesures axées sur l'équité contribuent à élargir l'accès aux services (matières premières et ressources humaines essentielles), tout en encourageant les familles pauvres à rechercher et utiliser ces services.

B. Encourager le plaidoyer et la sensibilisation

37. Le système des Nations Unies a une occasion unique d'aider les pays à réaliser des progrès pour atteindre leurs objectifs nationaux aux niveaux national et local, en plaidant pour l'inclusion des segments de la population les plus vulnérables, les plus démunis et les plus exclus. Afin que cet effort paie, il est essentiel d'identifier les populations les plus démunies et de plaider en faveur d'une allocation de ressources dans les principaux domaines prioritaires identifiés. Il est tout aussi important que le maintien des résultats obtenus en matière d'objectifs nationaux et d'OMD demeure une priorité.

C. Influencer les politiques et les budgets et renforcer la capacité des pays à éliminer les goulots d'étranglement et les obstacles

38. Compte tenu du climat économique mondial actuel, une utilisation judicieuse des ressources disponibles pour stimuler la réalisation équitable de progrès vers les OMD est impérative. Le travail du système des Nations Unies nécessite d'aller au-delà du plaidoyer et des conseils sur l'allocation de ressources aux principaux domaines prioritaires; il doit également accompagner les partenaires dans la poursuite de stratégies économiques et durables visant à

atteindre et autonomiser les plus défavorisés et à développer des politiques macroéconomiques qui génèrent des opportunités pour les pauvres et fournissent des ressources publiques suffisantes.

D. Autonomiser les communautés par le biais d'initiatives axées sur les communautés

39. L'une des manières les plus efficaces d'améliorer les conditions de vie dans les communautés les plus défavorisées peut consister à permettre aux familles qui sont exclues des services essentiels d'accéder à d'autres services (services de proximité, mobiles ou communautaires).

40. L'engagement des communautés est vital, non seulement dans la prestation des services, mais également dans leur utilisation et dans la promotion de meilleurs comportements et pratiques. L'éducation, la santé, la nutrition et des pratiques d'hygiène appropriées au sein de la famille et de la communauté peuvent avoir un effet visible sur la réduction de la mortalité et de la morbidité.

41. L'engagement des communautés en faveur de la santé, l'éducation et la protection de leurs propres membres présente des avantages qui vont bien au-delà des améliorations mesurables en termes de développement. Des partenariats avec les communautés peuvent également aider à surmonter les obstacles tenaces et pernicioeux, notamment la discrimination fondée sur l'âge (envers les jeunes, les personnes âgées), le sexe, l'ethnicité, le handicap, le statut VIH ou la stigmatisation associée au VIH. Bien que les programmes axés sur la communauté démarrent souvent timidement et affrontent de sérieux problèmes, en particulier pour motiver et conserver leur personnel, ils ont obtenu de nombreux succès, en particulier les programmes appuyés par des approches participatives à long terme.

42. Nombre d'initiatives dans le monde en développement ont prouvé le potentiel considérable des programmes axés sur les communautés et gérés localement. Plus important encore, elles prouvent que la transposition à plus grande échelle des interventions économiques pour les pauvres au niveau de la communauté, complétée par des initiatives de protection sociale, peut potentiellement contribuer à l'élaboration de programmes nationaux et à l'amélioration des systèmes de suivi, d'obligation de rendre compte et de gouvernance.

E. Maximiser l'impact en tirant parti des partenariats avec le secteur privé, les fondations et la société civile

43. Dans les cinq années restantes pour atteindre les OMD, les partenariats et les relations de coopération seront cruciaux, en particulier parce qu'ils sont de plus en plus diversifiés et innovants en termes de mobilisation de ressources supplémentaires. De manière aussi bien individuelle que collective, les institutions des Nations Unies peuvent donner la priorité à l'équité dans les travaux de nombre de ces partenariats. Les partenariats intégrés, à long terme, conclus avec la société civile, le secteur privé, les universités, les fondations ou autres, aident à obtenir un taux de rendement plus élevé des capitaux investis. C'est particulièrement vrai lorsque les partenariats se concentrent sur les populations les plus exclues et les plus défavorisées, et qu'ils concourent à l'accélération des progrès en généralisant des interventions et technologies éprouvées, rentables et pratiques, et en assurant leur utilisation durable.

44. Le secteur privé peut contribuer de différentes façons à atteindre les OMD avec équité : (a) prendre des engagements à long terme et effectuer des investissements sociaux pour les populations et les régions dont les besoins sont les plus criants; (b) exploiter les principales compétences et les meilleures pratiques en termes de gestion, d'opérations, de recherche, de développement de produits, de ressources humaines, de marketing et d'innovation pour réduire les coûts, éliminer les principaux goulots d'étranglement, réduire les déchets et favoriser une mise en œuvre et une exécution du programme efficientes; (c) créer des possibilités pour les personnes les plus démunies et les plus exclues.

F. La réponse organisationnelle du PNUD, de l'UNFPA, de l'UNICEF et de l'OMS

45. Au niveau des pays, les rôles du PNUD, de l'UNFPA, de l'UNICEF et de l'OMS seront adaptés au contexte spécifique de chaque pays, tandis que les synergies et l'appui se fonderont sur les avantages comparatifs des institutions de l'ONU dans différentes situations.

46. Le PNUD a dirigé le Cadre d'accélération de la réalisation des OMD afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD d'ici à 2015. Ce cadre est un outil souple et solide pouvant être appliqué à différents contextes par différents acteurs, lesquels peuvent également s'appuyer sur les outils et méthodologies mis au point par d'autres institutions des Nations Unies. Une fois approuvé par le GNUD, le cadre servira à mobiliser et coordonner les efforts et les ressources de divers partenaires en faveur d'initiatives d'accélération au niveau des pays, sous l'égide des équipes de pays des Nations Unies.

47. Le travail de l'UNFPA repose sur le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui préconise une approche fondée sur les droits humains et qui souligne l'importance de répondre aux besoins et aux droits des groupes vulnérables. L'UNFPA accompagne les pays dans l'identification et la réduction des inégalités en termes d'accès à la santé procréative, notamment aux services de planning familial, de soins maternels et de prévention du VIH. L'UNFPA joue un rôle majeur dans l'appui à la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants dans les pays ayant les plus forts taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles. L'UNFPA a rejoint le système mondial d'alerte de l'ONU sur la vulnérabilité et plaide pour un socle de protection sociale, afin de garantir l'accès à des services sociaux de base et l'allocation de ressources publiques à destination des plus vulnérables. Par l'intermédiaire de l'Équipe spéciale des Nations Unies pour les adolescentes, l'UNFPA dirige les efforts visant à attirer l'attention des politiques et des programmes sur les filles marginalisées, en particulier celles âgées de 10 à 14 ans, afin de rompre le cycle d'exclusion et d'exploitation. L'UNFPA s'attache à impliquer les communautés dans les débats politiques afin que les besoins des populations marginalisées soient pris en compte dans les politiques et les programmes humanitaires et de développement. Enfin, l'appui de l'UNFPA à la collecte et l'analyse de données aide les pays à utiliser les données ventilées nécessaires pour identifier et cibler les personnes vulnérables, notamment les populations touchées par une crise.

48. L'UNICEF préconise une priorité renforcée sur l'équité dans toute l'organisation, ce qui suppose un certain nombre de stratégies de programmes convergentes :

(a) Renforcer les capacités nationales de production et d'analyse systématiques de données ventilées concernant l'accès aux services et les droits des enfants;

(b) Élaborer des outils et renforcer les capacités des partenaires et de son propre personnel pour analyser la situation des enfants sur le plan de l'équité. Cela suppose d'identifier :

(i) Les enfants défavorisés (provenance géographique, sexe, ethnicité, handicap, classe d'âge ou stade de la vie),

(ii) Les mécanismes et manifestations de privations dans un pays (mortalité élevée, malnutrition, illettrisme, violence ou services de base inaccessibles),

(iii) Les principaux moteurs et causes de ces privations (facteurs sociétaux, problèmes dans les systèmes et services, facteurs de politique et de gouvernance);

(c) Accompagner la conception et la mise en œuvre de politiques et programmes nationaux et infranationaux pour répondre à ces privations sur la base de données existantes;

(d) Veiller à ce que les stratégies de partenariat, le plaidoyer, les politiques et les programmes répondent aux mécanismes, aux manifestations et aux causes de privation identifiés;

(e) Étayer les meilleures pratiques en se basant sur les programmes de soutien dans divers contextes nationaux.

49. Le PAM réoriente sa priorité de l'aide alimentaire vers l'assistance alimentaire. Cela suppose d'être en mesure d'utiliser les bons outils au bon moment afin de permettre aux personnes les plus pauvres et les plus sous-alimentées d'avoir le meilleur accès possible à la nourriture. Cette priorité accroît l'efficacité du PAM dans la fourniture opportune de filets de sécurité pour les personnes souffrant de la faim, qu'il s'agisse d'enfants à l'école, de femmes enceintes ou allaitantes, de personnes vivant avec le VIH/SIDA ou de populations victimes de catastrophes naturelles ou humaines. Mandaté pour travailler avec les plus vulnérables et défavorisés, le PAM a continuellement affiné ses principaux outils de cartographie de la vulnérabilité, afin d'en augmenter l'efficacité. En utilisant des systèmes d'information géographique et de techniques d'estimation à petite échelle, le PAM œuvre de plus en plus au renforcement des capacités des gouvernements nationaux afin de garantir que l'attention soit accordée en priorité aux personnes les plus susceptibles d'avoir faim dans un pays. Il s'assure également, à l'aide de son programme Achats au service du progrès (*Purchase for Progress*) que les populations les plus pauvres ne soient pas oubliées lorsqu'il s'agit de relever le défi du changement climatique ou de concevoir des moyens de subsistance agricole durables. Reconnaissant leur rôle crucial pour assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle de leur famille, le PAM veille à ce que les femmes jouent un rôle clé dans ses programmes.

50. Les approches évoquées doivent se fonder sur, et renforcer, des processus existants de collaboration interinstitutions améliorée au niveau des pays et intégrer des initiatives en cours dans différentes organisations, sous l'égide du Coordonnateur résident de l'Equipe de pays des Nations Unies. L'appel en faveur d'une stratégie axée sur l'équité pour les objectifs du Millénaire pour le développement peut renforcer le rôle des institutions de l'ONU dans la canalisation des efforts des partenaires du développement vers un calendrier commun de progrès généralisés et accélérés en matière de développement, ainsi que le respect des droits humains.

Références

1. IFPRI, 2009 : *2009 Global Hunger Index – Challenge of Hunger: Focus on Financial Crisis and Gender Inequality*, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Washington, Concern Worldwide, Dublin, et Deutsche Welthungerhilfe, Bonn, 2009.
2. GNUM, 2010 : *Thematic Paper on MDG 1 – Eradicate Extreme Poverty and Hunger*, Groupe des Nations Unies pour le développement, New York, 2010.
3. PNUD, 2010a : *Rapport sur le développement humain 2010. La vraie richesse des nations : les chemins du développement humain*, Programme des Nations Unies pour le développement, New York, 2010.
4. PNUD, 2010b : *Que faut-il faire pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ? Une évaluation internationale*, Programme des Nations Unies pour le développement, New York, juin 2010.
5. PNUD, 2010c : *Favoriser le progrès : pour une accélération de la réalisation des OMD d’ici 2015 : leçons des pays pilotes du Cadre d’accélération de la réalisation des OMD*, Programme des Nations Unies pour le développement, septembre 2010.
6. UNFPA, 2010a : *Sexual and Reproductive Health For All Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*, Fonds des Nations Unies pour la population, New York, septembre 2010.
7. UNFPA, 2010b : *How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the Evidence*, Fonds des Nations Unies pour la population, New York, septembre 2010.
8. UNICEF, 2010a : *Progrès pour les enfants : réaliser les OMD avec équité*, numéro 9, septembre 2010, Fonds des Nations Unies pour l’enfance, 2010.
9. UNICEF, 2010b : *Réduire les écarts pour atteindre les objectifs*, Fonds des Nations Unies pour l’enfance, New York, septembre 2010.
10. Nations Unies 2010a : *Objectifs du Millénaire pour le développement, rapport 2010*, Nations Unies, New York, 2010.
11. Nations Unies 2010b : *Objectifs du Millénaire pour le développement : égalité des sexes et autonomisation des femmes. Tableau de suivi*. Disponible sur :

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/MDG%20Report%202010%20-%20Gender%20Brochure%20Fr.pdf>

12. Nations Unies 2010c : *Levels and Trends in Child Mortality Report 2010*, estimations établies par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale et l'UNFPA, 2010.
13. OMS, 2010 : *Trends in Maternal Mortality: 1990-2008*, Organisation mondiale de la Santé, 2010.