



**Réunion commune des Conseils d'administration du PNUD/UNFPA, de l'UNICEF et du
PAM
15 et 18 janvier 2010**

Progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement : un bilan

**Document d'information préparé conjointement par le
PNUD, l'UNFPA, l'UNICEF (coordinateur) et le PAM**

Introduction

1. Ce document d'information pour la réunion conjointe de 2010 des Conseils d'administration du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), de l'Organisation des Nations Unies pour la population (UNFPA), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et du Programme alimentaire mondial (PAM) présente des informations succinctes sur les progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il met en lumière les initiatives qui ont obtenu des résultats et les stratégies novatrices grâce auxquelles les synergies entre partenaires de développement, sous l'autorité des dirigeants nationaux, ont contribué de manière significative à l'accélération et à la viabilité des progrès réalisés vers ces objectifs.

2. La Déclaration du Millénaire a fixé 2015 comme date butoir pour la réalisation de la plupart des OMD, notamment l'objectif ambitieux qui consiste à réduire de moitié l'extrême pauvreté sous toutes ses formes. Alors que la date s'approche, à moins de cinq ans maintenant, le monde affronte une crise économique dont la gravité et les dimensions mondiales sont sans précédent dans l'histoire récente. Les progrès vers les OMD sont aujourd'hui compromis par une croissance économique au ralenti – voire négative – ce qui conduit à une diminution des ressources et des possibilités d'échanges commerciaux pour les pays en développement et à une éventuelle réduction des flux d'aide des pays donateurs. En outre, les effets du changement climatique sont de plus en plus apparents et ils pourraient se révéler catastrophiques pour de nombreux pays et communautés. Aujourd'hui, plus que jamais, l'engagement à forger ce partenariat mondial pour le développement énoncé dans la Déclaration du Millénaire doit guider nos actions collectives.

3. Le présent document comporte quatre sections: la partie I offre un résumé des progrès réalisés et fait le point sur les défis à relever; la partie II présente des histoires couronnées de succès, des stratégies novatrices et des exemples de pays ; la partie III décrit la contribution des quatre institutions à la prochaine réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale pour l'examen des OMD en 2010 ; et la partie IV présente des recommandations sur la façon d'aller de l'avant pour réaliser les Objectifs.

I. Progrès et mise à jour des défis à relever

4. En ce qui concerne les progrès vers l'OMD 1 (réduire l'extrême pauvreté et la faim), le pourcentage de la population vivant dans la pauvreté extrême dans les régions en développement représentait un peu plus d'un quart de la population du monde en développement en 2005, contre près de la moitié en 1990. En termes de chiffres réels, le nombre de personnes des régions en développement vivant dans l'extrême pauvreté – c'est-à-dire avec moins de 1,25 dollar par jour (aux prix de 2005) - a diminué, passant de 1,8 milliard en 1990 à 1,4 milliard en 2005. On observe également des tendances régionales. Par exemple, l'Asie de l'Est a diminué de plus de moitié l'extrême pauvreté (de 36 pour cent à 16 pour cent) entre 1997 et 2005. En revanche, durant la même période, l'Afrique subsaharienne ne l'a réduite que de façon marginale, passant de 58 pour cent à 51 pour cent. En plus, avec la croissance démographique, on constate une augmentation, de 27 millions, du nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté dans cette région.

5. La crise financière et économique mondiale est venue poser un nouvel obstacle au progrès de la lutte contre la pauvreté. Bien que l'on prévoit une diminution des taux d'ensemble de la pauvreté dans le monde en développement en 2009, le nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté devrait augmenter de 55 à 90 millions, en partie à cause de la crise¹. Les prix élevés des produits alimentaires et de l'énergie, aggravés par la crise économique mondiale, risquent également d'avoir de graves répercussions sur la proportion de travailleurs qui vivent dans une pauvreté extrême. Dans toutes les régions, les économies ont été incapables d'assurer le plein emploi pour les jeunes. Les perspectives d'accès à une alimentation saine, nutritive et abordable sont préoccupantes pour tout le monde et sur tous les plans, physique, social et économique. À en croire plusieurs prévisions, les prix des denrées alimentaires resteront instables et continueront à augmenter dans les années à venir. Le changement climatique devrait aussi avoir un effet négatif sur la production alimentaire dans de nombreux pays en développement. Les catastrophes naturelles, les troubles politiques et les conflits ont aggravé ces effets pour des millions de personnes vulnérables et leurs familles.

6. On mesure les progrès réalisés vers les cibles liées à la faim à l'aide de deux indicateurs. Le premier vise à évaluer le nombre de personnes qui ont faim dans le monde, qui est passé de 873 millions en 2004-2006 à 1,02 milliard au cours de 2009 - le plus haut niveau jamais enregistré - en partie en raison des prix élevés des denrées alimentaires et de la crise économique et financière mondiale. Le deuxième indicateur est le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent de sous-nutrition, comme indiqué par l'insuffisance pondérale. Ce chiffre a baissé, passant de 31 pour cent en 1990 à 26 pour cent en 2008. Selon les dernières estimations, 129 millions d'enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale et 195 millions d'enfants souffrent d'un retard de croissance. Quelque 63 pays (sur les 117 disposant de données en la matière) sont en voie d'atteindre la cible de l'OMD 1 qui consiste à réduire de 50 pour cent la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015.

7. En ce qui concerne les progrès vers l'OMD 2 (assurer l'éducation primaire pour tous), le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire qui ne sont pas scolarisés a nettement diminué ces dernières années, mais il reste encore plus de 72 millions d'enfants dans le monde qui ne sont pas scolarisés, environ la moitié en Afrique subsaharienne. L'inégalité des chances résultant de préjugés fondés sur le sexe, l'origine ethnique, le revenu, la langue ou un handicap, représente un obstacle majeur à l'éducation universelle. Dans les pays en développement, les enfants qui font partie du quintile le plus pauvre de la population ont trois fois moins de chances d'aller à l'école primaire que les enfants du quintile le plus riche.

8. Sur six enfants en âge d'aller à l'école secondaire mais qui sont dans le primaire, un a commencé l'école avec du retard ou a dû redoubler. Ces enfants occupent de fait les places d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire mais qui ne sont pas scolarisés. Ce simple fait témoigne d'inefficacités dans le système éducatif auxquelles il importe de remédier. Pour les pays qui ont dépassé le seuil de 90 pour cent des enfants scolarisés dans le primaire, le défi consiste maintenant à atteindre les 10 derniers pour cent et cela nécessitera souvent la mise au point de stratégies originales ainsi qu'un effort soutenu et des investissements. Si les investissements publics dans l'éducation ont effectivement augmenté, ils restent encore faibles par rapport à ce qui est nécessaire pour que tous les enfants bénéficient d'une

¹ *Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement*, Nations Unies, juillet 2009.

éducation de qualité. L'aide extérieure représente une proportion importante des dépenses publiques en faveur de l'éducation. Le déficit de financement, précédemment estimé à environ 11 milliards de dollars par année, devra être revu nettement à la hausse, pour refléter les conséquences des déficits passés ainsi que les dépenses supplémentaires nécessaires pour atteindre les enfants les plus marginalisés.

9. En ce qui concerne l'OMD 3 (promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes), des progrès ont été accomplis mais, sur la base des indicateurs fondamentaux inclus dans les OMD, et au-delà, on continue de constater des inégalités dues au sexe. Le manque d'accès aux ressources financières, l'inégalité dans les relations de pouvoir, la discrimination et la stigmatisation, la violence et les stéréotypes sexuels, tout cela contribue à entraver le progrès des femmes vers plusieurs des OMD. En 2007, la proportion de filles parmi les enfants non scolarisés était de 54 pour cent. L'écart entre les sexes en matière de scolarisation s'est réduit au cours des 10 dernières années, bien qu'à un rythme très lent : en 2007, il y avait plus de 95 filles en âge de fréquenter l'école primaire qui allaient à l'école pour 100 garçons, alors qu'elles n'étaient que 91 en 1999. Seulement 53 des 171 pays disposant de données ont atteint la parité des sexes dans l'enseignement primaire et secondaire². Ce sont les filles de familles pauvres et rurales qui se heurtent aux obstacles les élevés en matière d'éducation. Des attitudes et pratiques culturelles qui encouragent les mariages précoces, favorisent l'isolement de jeunes filles ou accordent plus de valeur à l'éducation des garçons que des filles érigent d'importants obstacles sur la voie de la parité des sexes.

10. La représentation des femmes dans le domaine politique progresse lentement, les femmes détenant près de 18 pour cent des sièges dans toutes les chambres parlementaires en 2009, mais un quart de toutes ces assemblées compte moins de 10 pour cent de parlementaires de sexe féminin. Les femmes occupent moins de 10 pour cent des sièges parlementaires en Afrique du Nord et Asie de l'Ouest, alors que cette proportion passe à plus de 20 pour cent en Amérique latine et aux Caraïbes. Les femmes constituent toujours la plus grande partie des millions d'adultes analphabètes dans le monde, et sont plus susceptibles d'avoir abandonné l'école avant d'avoir terminé le cycle primaire. Les femmes risquent plus d'être pauvres, elles ont moins accès aux soins médicaux, à la propriété et à l'emploi. Les femmes ont également moins de chances que les hommes d'être actives sur un plan politique mais elles risquent beaucoup plus que les hommes d'être victimes de mauvais traitements et de violence. Les emplois rémunérés pour les femmes continuent de se développer très lentement et restent rares dans de nombreuses régions. Des données récentes montrent que le chômage des femmes va probablement continuer à augmenter à un rythme rapide, tandis que le taux d'augmentation du chômage des hommes se ralentit. Le ralentissement financier frappe désormais les industries et services dans lesquels les femmes jouent un rôle dominant et pourrait affecter les femmes encore profondément sur le long terme.

11. Les OMD devraient être d'importants instruments de l'observation de la situation des filles et des femmes puisque ce sont elles qui sont souvent accablées par les fardeaux de l'extrême pauvreté, de la faim et de la maladie. Des mesures capitales s'imposent pour se focaliser sur les grandes priorités que sont l'égalité entre les sexes, notamment les défis posés à la représentation politique des femmes et à l'exercice de leurs droits juridiques ainsi que l'intolérable épidémie actuelle de violence contre les femmes et les filles. Il est nécessaire de

² David Gartner, "A Global Fund for Education: Achieving Education for All", *Brookings Policy Brief 169*, Brookings Institute, 2009

mettre en place partout un environnement propice à l'égalité entre les sexes pour la réalisation des OMD.

12. Des progrès substantiels ont été accomplis vers l'OMD 4 (réduire la mortalité infantile). Selon les nouvelles estimations produites par le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (GIEM), on comptait chaque jour en 2008 10 000 décès d'enfants de moins de 5 ans de moins qu'en 1990, année de référence pour les OMD. Le taux de déclin a augmenté pour la période 2000-2008, par rapport aux années 1990 (le taux annuel moyen de baisse pour 2000-2008 était de 2,3 pour cent, contre 1,4 pour cent pour 1990-2000). Cela est pourtant nettement insuffisant encore pour atteindre l'OMD 4 d'ici à 2015.

13. En 2008, quelque 8,8 millions d'enfants nés vivants à travers le monde sont morts avant leur cinquième anniversaire. La plupart de ces enfants vivaient dans les pays en développement et sont morts d'une maladie ou d'une combinaison de maladies qui auraient pu être facilement évitées ou traitées. La sous-nutrition contribue à plus d'un tiers de ces décès. Le taux de mortalité infantile en Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants est estimé à 23 pour 1000 naissances vivantes, contre 76 pour 1000 naissances vivantes en Asie du Sud. Il est alarmant de constater que, sur les 67 pays où le taux de mortalité est élevé (plus de 40 pour 1000 naissances vivantes), seuls 10 sont bien partis pour atteindre l'OMD 4. En outre, la mortalité des moins de cinq ans est un phénomène de plus en plus concentré : 75 pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans sont survenus dans seulement 18 pays en 2008. La moitié de ces décès sont survenus dans cinq pays seulement (Chine, République démocratique du Congo, Inde, Nigéria et Pakistan) qui, ensemble, représentent près du tiers du nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde. L'Afrique et l'Asie ensemble représentent 93 pour cent de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans (51 pour cent et 42 pour cent, respectivement).

14. En ce qui concerne l'OMD 5 (améliorer la santé maternelle), le monde sera loin d'atteindre la cible de la mortalité maternelle au rythme actuel de progrès. Les données suggèrent que pour atteindre cette cible, le taux de mortalité maternelle (TMM) dans le monde devrait être réduit de 5,5 pour cent en moyenne entre 1990 et 2015. Or, le taux moyen de réduction actuel est inférieur à 1 pour cent par an. Les taux de mortalité maternelle les plus élevés se trouvent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne. Six pays (Afghanistan, Bangladesh, République démocratique du Congo, Éthiopie, Inde et Nigéria) représentent la moitié de tous les décès maternels.

15. Plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année en raison de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Sur les 536 000 décès maternels estimés dans le monde en 2005, les pays en développement en représentaient plus de 99 pour cent. Environ la moitié des décès maternels (265 000) sont survenus en Afrique subsaharienne seulement, et un tiers en Asie du Sud (187 000). Ainsi, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud ont représenté 84 pour cent des décès maternels, l'hémorragie étant la principale cause de décès dans ces régions. Le taux de mortalité maternelle dans la région Asie de l'Est et Pacifique est estimé à 150 pour 100 000 naissances vivantes, comparativement à 900 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne. La septicémie, un travail prolongé ou obstrué, les troubles hypertensifs de la grossesse, en particulier l'éclampsie et les complications des avortements non médicalisés font d'autres victimes. Ces complications peuvent survenir sans avertissement pendant la grossesse et l'accouchement. Et pour chaque femme qui meurt,

environ 20 autres souffrent de blessures, d'infections et d'invalidités. Les complications nécessitent un accès immédiat à des services obstétricaux d'urgence de qualité à même de dispenser les médicaments nécessaires, des antibiotiques, effectuer des transfusions sanguines et procéder à des césariennes et autres interventions chirurgicales.

16. S'agissant de l'accès universel à la médecine procréative d'ici à 2015 - deuxième cible de l'OMD 5 – les indicateurs portent sur la planification familiale (prévalence de la contraception et besoins non satisfaits en matière de planification familiale), les taux de natalité chez les adolescentes, et la couverture des soins prénatals. La prévalence des moyens de contraception a augmenté dans les pays en développement, de 50 pour cent à 62 pour cent, mais les besoins non satisfaits ne sont passés que de 14 à 11 pour cent. En Afrique subsaharienne, la prévalence des moyens de contraception est passée de 16 à 22 pour cent depuis 1995, mais les besoins non satisfaits sont restés stables à près de 25 pour cent, et près de la moitié des pays étudiés indiquent que les besoins non satisfaits sont plus élevés que l'utilisation des contraceptifs. Au total, quelque 215 millions de femmes souhaitent éviter ou retarder une autre grossesse mais n'utilisent pas une méthode moderne de contraception. Les taux de grossesse chez les adolescentes restent élevés dans les pays où ils sont traditionnellement élevés et leurs besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus élevés que pour les groupes plus âgés. Ces indicateurs tendent à montrer de grandes différences en fonction de la richesse de la famille. L'accès à des informations et à des services concernant la planification familiale a des effets directs sur la réduction de la pauvreté, l'éducation, l'égalité des sexes, la survie et la viabilité des objectifs et cibles concernant l'environnement.

17. Bien qu'au moins une visite prénatale soit désormais extrêmement courante, la procédure des quatre visites prénatales qui a été recommandée reste moins fréquente, à environ 50 pour cent au niveau mondial, en particulier dans les milieux pauvres. Cela souligne la nécessité de mettre l'accent sur un continuum complet de soins et le renforcement des systèmes de santé de manière à fournir des services allant de la période avant la grossesse jusqu'à deux années après l'accouchement et, pour les femmes, tout au long de leur cycle de vie.

18. En ce qui concerne les efforts déployés pour combattre le VIH et le SIDA, le paludisme et autres maladies (OMD 6), la prévalence mondiale du VIH semble s'être stabilisée à 33,4 millions en 2008, dont 31,3 millions d'adultes et 2,1 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans³. On a relevé 2,7 millions de nouvelles infections en 2008, et 430 000 de ces nouvelles infections ont touché des enfants de moins de 15 ans. Le rapport *Enfants et SIDA : quatrième bilan de la situation 2009*, montre une augmentation significative des connaissances complètes et correctes sur le VIH et les façons d'éviter la transmission du virus mais pourtant on estime que 45 pour cent de tous les nouveaux cas de VIH chez les personnes âgées de 15 ans ou plus ont été déclarés chez des jeunes âgés de 15 à 24 ans⁴. Au total, on estime que, en 2008, 4,9 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans vivaient avec le VIH dans les pays à revenu faible et moyen. En Afrique subsaharienne, les filles sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH, en particulier dans les pays « hyper-endémique » d'Afrique australe, où la prévalence est supérieure à 15 pour cent. Deux tiers des 33 millions de

³ *Le point sur l'épidémie de SIDA 2009*, ONUSIDA et OMS, novembre 2009

⁴ *Enfants et SIDA : quatrième bilan de la situation, 2009*, publication conjointe de l'UNICEF, ONUSIDA, OMS et UNFPA.

personnes vivant avec le VIH en 2008 habitaient en Afrique subsaharienne, et la majorité sont de sexe féminin. En 2007, on estimait que 17,5 millions d'enfants dans le monde – dont près de 14,1 millions en Afrique subsaharienne – avaient perdu leur père ou leur mère (ou les deux parents) à cause du VIH et du SIDA.

19. Les régimes antirétroviraux (ARV) pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) touchent désormais près de la moitié des femmes séropositives enceintes du monde. Les tests de dépistage du VIH chez les femmes enceintes touchent 78 pour cent des femmes enceintes en Afrique du Sud, 87 pour cent au Botswana et 90 pour cent en Namibie – trois pays à forte prévalence du VIH. En 2008, 19 pays avaient atteint des taux de couverture de 80 pour cent pour le dépistage du VIH et le suivi auprès des femmes enceintes ayant besoin de services pour prévenir la transmission du VIH à leurs nourrissons. Dans l'ensemble, 21 pour cent du nombre estimatif de femmes enceintes vivant dans les pays à revenu faible et moyen ont été testées pour le VIH (soit une nette augmentation par rapport aux 13 pour cent de 2006) et quelque 45 pour cent des femmes enceintes vivant avec le VIH dans ces pays ont bénéficié d'un régime ARV – y compris un traitement antirétroviral pour leur propre santé - pour prévenir la transmission du virus à leurs bébés, une nette hausse par rapport aux 24 pour cent de 2006. Pour améliorer la fréquence des interventions liées au SIDA, il faudra renforcer les systèmes de santé et les relier aux communautés qu'ils desservent. Pour modifier les comportements, il est nécessaire que soient partagées des normes sociales favorables à des comportements moins risqués et approuvés par la communauté. Il importe également de veiller à répondre aux besoins des personnes séropositives en matière de planification familiale. Hommes et femmes devraient être en mesure d'espacer ou limiter volontairement les grossesses en fonction de leurs préférences, façonnées par leur vie et leurs conditions médicales.

20. À la fin de l'année 2008, 9 des 39 pays où l'épidémie est généralisée avaient atteint au moins 40 pour cent de couverture pour le traitement antirétroviral pédiatrique (ART). Compte tenu de nouveaux éléments de preuve suggérant que le pic de mortalité du SIDA chez les nourrissons survient à un âge très jeune – deux à trois mois, selon une étude - il est urgent de procéder à un diagnostic précoce chez le nourrisson. Nombre de pays sont donc en train de faire passer à grande échelle leurs programmes en la matière. En 2008, 83 des 123 pays qui ont présenté un rapport avaient la capacité d'offrir le dépistage du VIH aux nourrissons dans les deux mois suivant la naissance, contre 57 sur 109 en 2007. Outre l'amélioration de l'accès à un diagnostic précoce et à l'ART, d'autres interventions de soins pédiatriques du VIH ont été accélérées. L'initiation de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les enfants exposés au VIH dans les deux mois suivant leur naissance a progressé, passant d'environ 4 pour cent dans les pays ayant présenté un rapport en 2007 à 8 pour cent à la fin de 2008, mais cela reste à un niveau très bas.

21. Le paludisme constitue toujours une menace significative pour près de la moitié de la population mondiale - 3,3 milliards de personnes vivant dans 109 pays courent le risque de contracter la maladie. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'en 2006 il y a eu entre 190 et 330 millions d'épisodes de paludisme⁵. Environ 90 pour cent de tous les décès dus au paludisme surviennent en Afrique subsaharienne, essentiellement parmi les enfants de moins de cinq ans. En plus, la maladie est une cause majeure d'anémie, d'insuffisance

⁵ *World Malaria report 2008* de l'OMS. Faire reculer le paludisme, Plan d'action mondial contre le paludisme, 2008

pondérale à la naissance, de naissance prématurée, de mortalité infantile et maternelle. Quelque 50 millions de femmes enceintes sont exposées au paludisme chaque année, et le paludisme pendant la grossesse contribue à près de 20 pour cent des naissances de bébés présentant une insuffisance pondérale dans les zones endémiques. Le paludisme pendant la grossesse peut aussi entraîner la naissance d'enfants mort-nés et des décès maternels. D'importants progrès ont été enregistrés dans la couverture des interventions essentielles, notamment en ce qui concerne les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la proportion passant de 2 pour cent en 2000 à 20 pour cent en 2006. Les fabricants estiment que plus de 150 millions de moustiquaires ont été livrées aux pays africains entre 2004 et 2008, et sont prêtes à être utilisées, sur les 340 millions nécessaires pour atteindre une couverture universelle (définie comme une moustiquaire pour deux personnes) dans les zones de transmission du paludisme. Sur la base de ces estimations, les pays africains d'endémie ont reçu au total suffisamment de moustiquaires en 2008 pour couvrir plus de 40 pour cent de leurs populations à risque. La plupart de ces moustiquaires ont été distribuées par les services de santé maternelle et infantile, comme les soins prénatals et la vaccination.

22. Sur la question d'un environnement durable (OMD 7), le monde est sur la bonne voie pour atteindre la cible concernant l'eau potable⁶. Aujourd'hui, 87 pour cent de la population mondiale utilise de l'eau potable provenant de sources améliorées : 54 pour cent utilise une canalisation d'eau dans leur habitation (terrain ou parcelle ou la cour), et 33 pour cent utilise d'autres sources améliorées d'eau potable. Cela signifie que 5,7 milliards de personnes utilisent maintenant de l'eau potable à partir d'une source améliorée dans le monde, soit une augmentation de 1,6 milliard de personnes par rapport à 1990. Environ 3,6 milliards de personnes utilisent une canalisation qui apporte de l'eau courante dans leur domicile ou à côté. Les estimations pour 2006 montrent que le nombre de personnes qui continuent de compter sur des sources non améliorées d'eau potable est tombé en dessous d'un milliard, et qu'il est maintenant de 884 millions. Si la couverture en matière de sources améliorées d'eau potable en Afrique subsaharienne reste considérablement plus faible que dans les autres régions, elle a progressé là aussi, passant de 49 pour cent en 1990 à 58 pour cent en 2006, ce qui signifie qu'il y a 207 millions d'Africains de plus qui utilisent des sources sûres d'eau potable.

23. La couverture en matière d'assainissement, toutefois, est loin d'être satisfaisante. Le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre la cible de l'OMD concernant l'assainissement et 2,5 milliards de personnes n'ont toujours pas accès à un assainissement amélioré, dont 1,2 milliard qui ne disposent d'aucune installation du tout. Le message est clair : il est nécessaire d'accélérer grandement les progrès dans ce domaine, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Environ 18 pour cent de la population mondiale pratique la défécation à l'air libre. La défécation à l'air libre reste surtout pratiquée en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne - par 48 pour cent et 28 pour cent de la population, respectivement. En revanche, cette pratique n'est courante que dans 3 pour cent de la population en Asie de l'Est.

24. De nouveaux progrès ont été accomplis vers la réalisation des promesses énoncées dans l'OMD 8⁷. Toutefois, le partenariat mondial pour le développement a subi des revers

⁶ *Progress on drinking water and sanitation: special focus on sanitation*, UNICEF et OMS, 2008

⁷ *Strengthening the Global Partnership for Development in a Time of Crisis*, Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des OMD, 2009

importants, résultant principalement des problèmes récents de l'économie mondiale. Dans le compte à rebours vers 2015, des réponses urgentes sont nécessaires pour rattraper le retard et réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement. Bien que l'aide publique au développement (APD) ait atteint en 2008 son plus haut niveau jamais enregistré, on est loin d'avoir respecté tous les engagements. La cible de Gleneagles pour 2010 étant d'environ 154 milliards de dollars en valeur actuelle, il faudrait disposer de 17 milliards de dollars de plus par an pour l'atteindre. L'aide à l'Afrique a atteint quelque 26 milliards de dollars en 2008, mais il manque encore 20 milliards pour être en bonne voie. Les futurs flux de l'APD vers les pays pauvres sont compromis à un moment où il faudrait les augmenter pour protéger les progrès péniblement obtenus sur la voie des OMD et contrer les effets de la crise économique et financière mondiale.

25. En 2007, l'accès en franchise des pays en développement aux marchés des pays industrialisés a continué de s'améliorer, grâce surtout à l'élimination continue des droits de douane sur la base des clauses de la nation la plus favorisée. Il existe de grandes variations régionales et sectorielles dans l'accès en franchise au sein des pays les moins avancés. Depuis 2007, le système commercial multilatéral subit des pressions de plus en plus fortes, car la crise alimentaire et la crise financière et économique mondiale ont fait surgir de nouvelles vagues de protectionnisme. Tant les pays développés que les pays en développement ont pris toute une série de mesures protectionnistes en réponse à ces crises, y compris une gamme de droits de douane et mesures non tarifaires et la mise en place de certains éléments dans les plans de relance nationaux qui limitent les échanges on encourageant des pratiques commerciales déloyales.

26. Beaucoup de médicaments essentiels sont inaccessibles aux pauvres des pays en développement, pour deux raisons principales : d'abord, il y a de grandes pénuries tant dans le secteur public que privé. Ensuite, les pauvres n'ont pas les moyens de se payer certains de ces médicaments. Par ailleurs, la connectivité continue de progresser, et le nombre d'internautes et d'abonnés au téléphone --surtout pour les téléphones mobiles -- continue d'augmenter dans le monde entier. On procède à des essais de nouvelles applications technologiques à l'appui des efforts de développement un peu partout dans le monde, y compris pour des évaluations rapides, pour le suivi en temps réel et la transmission instantanée de données sociales i, et pour les interventions dans les situations d'urgence.

II. Succès, stratégies novatrices et exemples de pays

27. En partageant les observations factuelles liées à des interventions couronnées de succès, on peut faciliter l'extension de la couverture par l'entremise de partenariats dirigés par les gouvernements et l'incorporation d'initiatives dans les programmes nationaux. En outre, la durabilité des programmes repose souvent sur la participation assurée des parties prenantes principales dans la planification et la gestion des initiatives. Cela est particulièrement vrai avec les programmes multidimensionnels axés sur la réalisation des OMD. Les efforts conjugués des gouvernements et des partenariats, des groupes locaux et des organismes internationaux ont considérablement aidé les efforts accomplis vers la réalisation des objectifs, en facilitant l'amplification de nombreuses initiatives réussies. Cette section fournit des exemples de pays qui ont entrepris de telles initiatives et redoublé d'efforts pour atteindre les OMD, notamment en réorientant les budgets et politiques ainsi qu'en adaptant la conception et l'orientation des programmes.

28. En ce qui concerne l'OMD 1, plusieurs innovations dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition ces dernières années se sont avérées très efficaces. La supplémentation en micronutriments, notamment vitamine A, fer, zinc et acide folique, et les efforts d'enrichissement des aliments ont contribué à réduire les carences en micronutriments et ont ainsi contribué à la croissance des enfants, à leur développement cognitif et à réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants et les femmes. Le traitement et la prévention, à l'échelle de la communauté, de la malnutrition modérée et aiguë, se sont avérées très efficaces, et cette stratégie doit être élargie. Des initiatives en cours au Burkina Faso, en Éthiopie, au Kirghizistan, Malawi, Rwanda et en Zambie peuvent servir d'exemples.

29. Dans le cadre du programme MERET⁸ en Éthiopie, des communautés qui souffrent d'une insécurité alimentaire chronique participent à la réhabilitation de l'environnement et à des activités génératrices de revenus conçues pour améliorer les moyens d'existence par le biais d'une utilisation durable des ressources naturelles. Son objectif principal est de renforcer la résistance aux types de chocs qui ont frappé l'Éthiopie en 2008. Certains de ces chocs étaient de nature économique, comme le prix élevé des denrées alimentaires et du carburant, tandis que d'autres étaient de nature écologique - une sécheresse prolongée liée, selon les experts, au changement climatique. Parmi les nombreuses activités du programme, on relève les mesures prises pour construire et réparer les routes de desserte, reboiser les collines, restaurer les sources et les étangs d'eau de pluie et reconstruire et rénover les terrasses agricoles. Le programme fournit de la nourriture et du matériel aux personnes engagées dans l'exécution des projets, ainsi que des conseils d'experts sur le renforcement des capacités locales. Depuis 2000, le programme a été mis en œuvre dans 600 communautés dans toute l'Éthiopie. Outre qu'il vient en aide aux familles pauvres, il a permis de récupérer plus de 300 000 hectares de terres dégradées.

30. Au Burkina Faso, au Mali et au Niger, des techniques d'irrigation à petite échelle ont aidé les petits exploitants agricoles à assurer une production alimentaire et horticole en stabilisant leur approvisionnement en eau, ce qui, dans chacun de ces pays, a bénéficié directement à entre 10 000 et 15 000 agriculteurs. Au Burkina Faso, l'initiative, qui est soutenue par les Nations Unies, a débouché sur le développement d'un programme national d'irrigation à petite échelle sous l'égide du gouvernement. Le Mali et le Niger axent leurs efforts sur des programmes de développement similaires.

31. Ces cinq dernières années, dans le cadre des efforts menés pour s'occuper des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH et le SIDA, les programmes de protection sociale, y compris les transferts d'espèces assortis de conditions ou non, les échanges « vivres contre travail » et d'autres initiatives - souvent inspirés des bons résultats obtenus dans les Amériques et ailleurs - gagnent du terrain dans les autres régions, notamment certaines parties d'Afrique subsaharienne, d'Europe centrale et orientale et de la Communauté d'États indépendants. Les programmes de repas scolaires ont été élargis en de nombreux pays ces dernières années suite à la forte augmentation du prix des denrées alimentaires, mettant ainsi en place un filet de sécurité important pour des millions d'enfants et familles vulnérables. Des programmes de transfert d'espèces sont menés à titre d'essai au Kenya, Mozambique, en

⁸ Une initiative conjointe du Gouvernement éthiopien et du PAM. L'acronyme anglais du programme vient de MERET, le mot qui signifie "terre" en langue amharique. Il veut dire ici Gestion des ressources de l'environnement pour permettre la transition vers des moyens d'existence plus durables.

Tanzanie et en Zambie. Le programme de protection sociale de l'Éthiopie compte parmi les plus importants du continent africain, en dehors de l'Afrique du Sud. Outre qu'ils améliorent la sécurité alimentaire des ménages, ces programmes ont contribué à accroître la capacité des ménages en matière de dépenses de santé et d'éducation et à donner davantage de temps aux enfants pour qu'ils aillent à l'école, et ils ont abouti à une baisse des taux du travail des enfants.

32. Le Plan de transfert de fonds à des fins sociales (SCTS) au Malawi vise à réduire la pauvreté et la faim dans les ménages les plus vulnérables et vise les personnes qui sont "ultra-pauvres" (vivant avec moins de dix centimes de dollar par jour) et en même temps handicapées pour travailler (invalidité, âge ou maladie chronique). Les bénéficiaires reçoivent tous les mois une somme en espèces, dont le montant varie en fonction de la taille du ménage et du nombre d'enfants scolarisés. Entre septembre 2006 et mars 2009, ce Plan de transfert des fonds a atteint 24 051 ménages dans sept districts. S'il était élargi aux 28 districts du Malawi, ce plan permettrait d'atteindre les foyers qui font partie des 10 pour cent les plus pauvres, soit environ 1,3 million de personnes, pour un coût de 60 millions de dollars par an.

33. En République de Moldova, les investissements effectués dans des programmes visant à réaliser l'OMD 2 ont entraîné de nets progrès dans le développement de la petite enfance. Grâce à des améliorations significatives des politiques qui ont ciblé la formation, la distribution des fournitures et le cadre même des politiques, l'accès des enfants aux programmes de développement de la petite enfance a augmenté, passant de 63 pour cent en 2003 à 74 pour cent en 2008. De nouveaux documents de politiques ont été distribués à presque tous les établissements préscolaires et ces politiques améliorées ont été mises en œuvre dans 90 pour cent de ces établissements. Une réforme des politiques concernant le développement de la petite enfance en Roumanie a obtenu des succès similaires en améliorant l'accès des enfants à l'éducation de la petite enfance et les normes en la matière.

34. Les initiatives d'abolition des frais de scolarité favorisent les progrès dans l'enseignement primaire d'un certain nombre de pays. Le Kenya, le Malawi, la Tanzanie et l'Ouganda ont aboli les frais d'inscription dans l'enseignement primaire, ce qui s'est traduit par la scolarisation de plus d'un million d'enfants de plus dans le cycle primaire. Le Yémen a mis en œuvre une politique visant à généraliser l'abolition des frais de scolarité pour les classes de 1^{ère} à 9^{ème} année pour les filles et pour les classes de 1^{ère} à 6^{ème} année pour les garçons et il a assorti cette politique d'un nouveau programme de bourses pour toutes les écoles du pays. Le Togo a officiellement annoncé l'abolition des frais de scolarité pour l'éducation primaire et pré-primaire publique en 2008. Une évaluation préliminaire des effets de l'abolition a mis en lumière une augmentation de 12 pour cent des inscriptions dans les écoles primaires publiques. Pour le Burkina Faso, 2008 représentait la deuxième année de mise en œuvre des réformes de l'éducation visant à élargir la gratuité de l'enseignement dans 45 départements pilotes. Le Programme d'éducation de base a continué de se concentrer sur l'augmentation de la demande en matière d'éducation par le biais de l'infrastructure, de l'approvisionnement et d'interventions de qualité. En République du Congo, le Gouvernement a déclaré que l'enseignement public serait gratuit au début de 2008. En Inde, le Parlement a approuvé en août 2009, la « Loi sur le droit à l'éducation », qui prévoit que l'éducation primaire sera gratuite et obligatoire pour tous les enfants âgés de 6 à 14 ans. Le projet de loi stipule également que 25 pour cent des places dans les écoles privées seront réservées aux enfants des catégories vulnérables.

35. Le programme de l'Arménie appelé « Renforcement des capacités des écoles ouvertes à tous » vise le petit nombre d'écoles et pensionnats spéciaux du pays et offre aux enfants ayant des besoins particuliers l'occasion d'apprendre. L'installation de rampes a facilité l'accès des bâtiments scolaires pour les enfants non ambulatoires et des services de transport ont été offerts pour permettre aux élèves d'accéder aux ressources de trois centres communautaires et à la formation et aux conseils qui y sont prodigués. Des équipes d'appui pluridisciplinaires et des enseignants équipés des compétences spéciales nécessaires pour s'occuper d'enfants handicapés ont obtenu des ressources supplémentaires pour faciliter leur travail. En 2008, ce programme d'éducation ouverte à tous a été élargi à six autres provinces.

36. L'égalité d'accès à l'éducation a progressé en Bosnie-Herzégovine, où les initiatives de santé et d'éducation axées sur les familles exclues de la société ont bénéficié à environ 16 500 enfants. Des documents stratégiques en matière d'éducation ont été révisés avec la contribution de l'Organisation des Nations Unies, et les politiques en la matière se focalisent entre autres sur la promotion de l'égalité d'accès à l'éducation.

37. Le nombre de pays de programme qui ont des plans nationaux d'éducation comprenant des mesures visant à réduire les disparités entre les sexes et autres a augmenté rapidement, passant de 74 en 2005 à 110 en 2008. Si cette tendance se poursuit, plus de 90 pour cent des pays disposeront de plans d'ici à 2015. Dans les pays où les partenariats sont raisonnablement solides, les travaux ont été axés sur les études de recherche (Madagascar, Viet Nam), le développement des politiques concernant l'éducation nationale et le sexe (Burundi, Rwanda), le plaidoyer politique (Népal), des campagnes visant à forger un consensus national autour du changement social en faveur des l'éducation des filles (Yémen), et des audits du traitement des sexes dans le secteur de l'éducation.

38. En ce qui concerne l'OMD 4, la plupart des progrès enregistrés dans la réduction de la mortalité de l'enfant sont imputables au passage à plus grande échelle d'interventions spécifiques, telles que la vaccination contre la rougeole, la fourniture de moustiquaires et la supplémentation en vitamine A. Pour progresser encore plus vite, il conviendra de renforcer les systèmes de santé afin d'offrir un continuum de soins. Les gouvernements et les partenaires se sont focalisés sur l'amélioration de la couverture. Cela inclut la promotion de campagnes intégrées, que ce soit à travers des activités de vaccination supplémentaires (24 pays en 2008) ou à travers les journées ou semaines de la santé des enfants (34 pays en 2008), qui sont devenues un vecteur couronné de succès, notamment en Afrique. Les tendances de la couverture de vaccination restent positives : les taux de vaccination dans le monde sont à leur niveau le plus élevé (82 pour cent en 2008).

39. En 1999, le programme « Un bon départ dans la vie » a été lancé dans cinq régions du Pérou⁹. Le programme a pour but d'atteindre les femmes enceintes et les femmes allaitantes en intervenant au niveau de la communauté, notamment pour les soins prénatals, la promotion d'un apport alimentaire adéquat, la promotion de l'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de 6 mois et d'une alimentation complémentaire améliorée à partir de six mois, la promotion de la croissance, la réduction des carences en fer et en vitamine A, la promotion du sel iodé, et des pratiques d'hygiène personnelle et familiale. En 2004, le programme touchait 223 communautés rurales pauvres. Le taux de retard de croissance chez

⁹ Aaron Lechtig et al., "Decreasing Stunting, Anaemia and Vitamin A Deficiency in Peru: Results of the 'Good Start in Life' Programme, *Food and Nutrition Bulletin*, Vol. 30, No. 1 (mars 2009): 37-48.

Progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement : un bilan

les enfants de moins de 3 ans a nettement diminué, de 54 pour cent à 37 pour cent, et l'on a constaté des réductions similaires dans les taux d'anémie. Ce succès a inspiré la conception et la mise en œuvre d'un programme national. Des efforts similaires pour intégrer les initiatives en faveur de la santé et de la nutrition de l'enfant au Malawi, Mozambique et en Zambie peuvent être riches d'enseignement pour les cibles des OMD 1 et 4.

40. Le Bénin, le Botswana, le Cameroun et, plus récemment, le Malawi, le Mozambique et la Tanzanie figurent parmi les pays qui ont obtenu des succès notables dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. C'est contre la rougeole que l'on a enregistré certains des progrès les plus remarquables. En Afrique, les décès imputables à la rougeole ont diminué de 77 pour cent depuis 2000. Le Botswana, le Malawi, la Namibie et l'Afrique du Sud, entre autres pays, ont adopté des stratégies efficaces de lutte contre la rougeole et ramené le nombre de décès qui y sont liés à près de zéro. Au Soudan, le Programme national de lutte contre le paludisme estime que 80 pour cent de la population court le risque de contracter le paludisme et que la maladie représente à elle seule un cinquième des décès survenant à l'hôpital. Le paludisme est également identifié comme l'un des principaux facteurs de pauvreté au Soudan, car on estime que le traitement de la fièvre ou du paludisme coûte entre 19 et 21 dollars non remboursés par personne. Le programme soudanais a pu obtenir en 2005 des fonds pour cinq ans auprès du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, d'un montant de 33 millions de dollars, pour épauler les efforts de prévention et de lutte antipaludique dans 11 États. Les efforts menés conjointement par le programme soudanais et ses partenaires sur le terrain ont permis de diminuer de 55 pour cent les taux de morbidité et de 52 pour cent les taux de mortalité liée au paludisme.

41. Le Programme national de santé procréative en Mongolie, en ce qui concerne les OMD 4, 5 et 6, soutient une croissance durable de la population en fournissant des services de santé et sociaux de haute qualité de manière équitable, accessible et fiable. Le programme – qui bénéficie du soutien d'organismes des Nations Unies, notamment l'UNFPA et l'OMS, de la Banque asiatique de développement et de l'Agence allemande de coopération technique - a introduit des subventions pour les femmes enceintes issues de familles pauvres. Le programme encourage une collaboration intersectorielle entre les divers organismes chargés de la santé, de la protection sociale, du travail, de l'éducation et des services statistiques dans le pays. Le programme comprend aussi des éléments de la télémédecine pour la santé maternelle et néonatale dans un pays où les vastes distances et des infrastructures médiocres posent problème. Les premiers résultats montrent une réduction du TMM, de 69,7 à 49,0 pour 100 000 naissances vivantes et une augmentation de la couverture prénatale au premier trimestre, qui passe à 82 pour cent. Le programme devrait permettre à la Mongolie d'atteindre l'OMD 5 et les autres objectifs liés à la santé.

42. Au Rwanda, un engagement politique vigoureux, une augmentation des ressources humaines et financières et des approches novatrices, y compris des transferts en espèces assortis de conditions, ont accéléré l'amélioration du système de santé. Depuis 2000, selon les estimations nationales, la mortalité infantile a diminué, passant de 107 décès pour 1000 naissances vivantes à 62 pour 1000 naissances vivantes; la proportion d'accouchements en établissement de santé a augmenté, passant de 28 pour cent à 52 pour cent; la prévalence de la contraception a aussi augmenté, passant de 4 pour cent à 27 pour cent, et le TMM a diminué, passant de 1071 pour 100 000 naissances vivantes à moins de 750 pour 100 000 naissances vivantes.

43. De nombreuses approches novatrices ont été utilisées pour accélérer les progrès vers les OMD 4 et 5. Le continuum de soins - de la pré-grossesse jusqu'à deux ans après l'accouchement pour les femmes et leurs enfants - offre de nombreux points d'intervention. Les pays utilisent diverses stratégies pour assurer ces interventions en temps opportun. La lutte contre la mortalité maternelle et infantile a donné naissance à plus de 80 initiatives de partenariat aux niveaux national et international. Ces partenariats témoignent d'un engagement commun et solide pour soutenir les interventions éprouvées qui permettront de sauver et d'améliorer beaucoup de vies.

44. Le Groupe des Huit, un groupe d'organismes à vocation sanitaire - OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, la Banque mondiale, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et la Fondation Bill et Melinda Gates—se sont mis d'accord sur plusieurs points : stimuler partout dans le monde un sentiment collectif d'urgence pour atteindre les OMD liés à la santé; modifier les moyens institutionnels de faire des affaires (coordination et travail d'équipe); favoriser une approche plus systématique et plus vigoureuse pour la gestion des connaissances et l'apprentissage; reconnaître l'occasion importante que représente le regain d'intérêt dans les systèmes de santé; et faire comprendre que le rôle de la société civile et du secteur privé revêtira une importance capitale pour réussir.

45. En outre, au sein des initiatives liées au Partenariat international pour la santé, on a convenu d'un cadre de travail pour le secteur et on a mis sur pied un cadre de travail commun pour suivre le secteur de santé. Des plans ont été élaborés dans les pays participants (Burundi, Cambodge, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique, Népal, Nigéria et Zambie) qui ont harmonisé leurs approches pour l'établissement des coûts des programmes nationaux et également établi un ordre de priorités pour le passage à plus vaste échelle des prestations des services de santé pour atteindre les OMD. L'analyse des goulets d'étranglement, les scénarios concernant le passage à grande échelle, l'estimation des effets et la cartographie financière comptent parmi les principaux attributs d'une approche techniquement solide et crédible. À titre de mesure intérimaire, afin de répondre aux demandes immédiates des pays, l'actualisation et la révision de la Budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement ont reçu la priorité. Plusieurs organismes ont collaboré sur un modèle de santé unifié pour fournir un seul outil unifié pour le dialogue sur les politiques et également pour aider la planification et la programmation dans le secteur de la santé.

46. Les progrès vers les OMD concernant la santé sont actuellement freinés par un financement insuffisant, une utilisation inefficace des ressources, un financement déséquilibré des différents services et la fragmentation des flux de financement. Les pays à faible revenu dépensent en moyenne actuellement seulement 24 dollars par habitant pour la santé; sur cette somme, 11 dollars proviennent de la famille et 6 dollars d'un financement extérieur. En 2006, plus de la moitié du financement extérieur fourni directement aux pays concernait l'OMD 6 (principalement pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme), laissant seulement 2,25 dollars par habitant pour tous les autres objectifs et cibles liés à la santé. Une partie des gains obtenus dans certains domaines, comme la rougeole, la fièvre jaune, l'élimination du tétanos néonatal et maternel, sont compromis par des financements qui stagnent. Il faudra déployer des efforts concertés pour s'assurer que des ressources suffisantes sont disponibles pour faire passer à plus grande échelle les interventions sans lesquelles on ne pourra atteindre les OMD 4, 5 et 6.

Progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement : un bilan

47. En ce qui concerne l'OMD 6, le Cambodge, qui a, avec la Thaïlande, l'un des taux les plus élevés de prévalence du VIH en Asie, a eu recours à un ensemble de techniques participatives - Renforcement des capacités des collectivités (RCC) - qui ont prouvé leur efficacité dans la mobilisation des communautés. Les villages où a été mis en œuvre ce Renforcement des capacités des collectivités ont nettement progressé : les personnes vivant avec le VIH et le SIDA y parlent maintenant ouvertement de leur statut sérologique et débattent en public des tabous sexuels et d'autres questions socio-économiques, tels que l'inégalité des sexes, la violence domestique et la pauvreté. A mesure que les villageois comprennent la nature complexe de l'épidémie, ils éliminent la stigmatisation et leurs attitudes discriminatoires. Ils offrent maintenant des soins aux personnes infectées par le VIH et un soutien aux familles touchées par le SIDA.

48. L'augmentation de la participation des hommes au programme de Conseil et dépistage volontaire (VCT) du VIH au Rwanda a joué un rôle crucial dans le succès de l'élargissement du Programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Durant les quatre premières années du programme (1999-2003), la proportion des partenaires de sexe masculin testés pour le VIH par le biais de ce programme est restée en dessous de 13 pour cent. Cette faible participation masculine des hommes à ce programme de dépistage est liée à la acceptation réticente du test du VIH par les femmes enceintes, ce qui peut compromettre la qualité du suivi des femmes séropositives et de leurs nourrissons qui ont été exposés au virus. Le programme national de PTME a entrepris un passage rapide à plus vaste échelle en 2004-2005, tout en appliquant une stratégie d'ensemble visant à accroître la participation des hommes dans le cadre d'une prestation de services de PTME axée sur la famille. Entre 2005 et 2008, le nombre de couples testés pour le VIH grâce au programme de PTME a quadruplé.

49. En ce qui concerne l'OMD 7, les écoles ont un rôle important à jouer dans l'éducation en matière d'environnement. À la suite du tsunami dans l'océan Indien en décembre 2004, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, le Japon, les Philippines, Sri Lanka, la Thaïlande et le Vanuatu ont mené des campagnes sur le thème « La réduction des risques de catastrophe commence à l'école ». Dans ce cadre, les instituts nationaux ont analysé les politiques, les programmes et activités scolaires afin de renforcer la réduction des risques de catastrophe et l'éducation en matière d'environnement et d'intégrer ces éléments aux programmes de formation des enseignants et aux activités en classe.

50. Une initiative visant à améliorer les services essentiels pour les communautés pauvres à Bobo Dioulasso, au Burkina Faso, a encouragé la formation d'un partenariat public-privé pour une meilleure gestion des déchets ménagers solides et des eaux usées, ainsi que l'amélioration du drainage et un meilleur approvisionnement en eau potable. Cette initiative a maintenant été élargie à quatre autres communautés urbaines. Le Sénégal a subventionné la création de 140 000 nouveaux points d'accès à l'eau potable dans les quartiers pauvres des villes. À la suite de ces activités, entre autres, l'accès à l'eau potable a augmenté, passant d'environ 80 pour cent en 1996 à plus de 98 pour cent en 2006, et la perte d'eau, provenant principalement des fuites, a été réduite, de 32 pour cent à 20 pour cent. En 2008, l'Association africaine de l'eau a estimé que le Sénégal était l'un des 10 pays africains qui avaient le plus de chances d'atteindre les cibles de l'OMD 7.

51. Le Programme d'assainissement total mis en œuvre au Népal a pour but de fournir un

ensemble complet d'interventions pour l'assainissement et l'hygiène à l'école et dans la communauté en comptant sur l'enfant pour mobiliser sa famille. Dans un pays où plus de la moitié de la population n'a pas accès à des moyens sanitaires d'élimination des déchets humains, le programme a atteint plus de 500 000 personnes dans 15 districts par le biais de 300 écoles et 730 clubs d'enfants. En conséquence, plus de 1000 établissements humains correspondant à 250 zones de recrutement scolaire ont réussi à éliminer la défécation à l'air libre. Fort du succès de cette initiative, le Plan directeur d'assainissement du gouvernement a adopté une stratégie de mise en œuvre dans les 75 districts. Des dispositions budgétaires ont été prises pour que les villages qui réussissent à éliminer la défécation à l'air libre reçoivent des subventions pour le développement d'établissements adaptés aux besoins des enfants.

52. Dans le cadre de l'OMD 8, la communauté internationale devrait continuer à étudier des moyens plus souples et novateurs de financement du développement, en utilisant les combinaisons de financement public et privé les plus efficaces. L'aide publique au développement (APD) provient désormais d'un éventail plus varié de pays, y compris ceux qui ces dernières années ont rejoint l'Union européenne. La Pologne, par exemple, a lancé en 2004 une nouvelle campagne, « Objectifs du Millénaire pour le développement : le moment est venu d'aider les autres », et, entre 2003 et 2006, elle a multiplié par neuf son APD, passant de 27 millions de dollars à 230 millions de dollars. En 2007-2008, la campagne de Pologne a été complétée par l'ensemble des 12 nouveaux États membres de l'Union européenne.

III. L'examen de haut niveau des OMD en 2010

53. La réunion plénière de haut niveau de la soixante-cinquième Assemblée générale en septembre 2010 sera l'occasion de mobiliser et galvaniser la communauté internationale et de stimuler une action collective en vue d'atteindre les OMD d'ici à 2015. Compte tenu des progrès réalisés en ce qui concerne les objectifs de développement convenus au niveau international, la réunion de haut niveau entreprendra un examen d'ensemble des réussites, des meilleures pratiques et des leçons apprises, des obstacles et des lacunes, des défis et des occasions à saisir, en vue d'identifier des stratégies concrètes d'action pour accélérer les progrès vers la réalisation des OMD.

54. En tant que membres du Groupe des Nations Unies pour le développement, le PAM, le PNUD, l'UNFPA et l'UNICEF travaillent ensemble à la préparation de la prochaine réunion plénière de haut niveau, en contribuant au rapport d'ensemble du Secrétaire général, au rapport annuel sur les Objectifs du Millénaire pour le développement et au rapport du Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. Les institutions vont également apporter une contribution aux documents d'information pour les sessions de table ronde interactives et les auditions non officielles interactives. Les institutions faciliteront également les examens nationaux en prévision de la réunion plénière de haut niveau et soutiendront les rencontres régionales organisées pour préparer la réunion.

IV. La voie à suivre pour réussir

55. Pour atteindre les OMD, il faut à la fois une croissance économique favorable aux pauvres et un développement à vaste échelle du service public. La cible concernant le manque de revenus, par exemple, ne peut être atteinte qu'au moyen d'une croissance

économique à base élargie qui favorise l'entrepreneuriat privé et touche les ménages ruraux et urbains à grande échelle. Les objectifs concernant la prestation de services, de leur côté, nécessitent des finances publiques suffisantes pour assurer un accès équitable, même pour les ménages les plus pauvres, que ces services soient assurés par le biais du gouvernement ou non.

56. Bien qu'il y ait eu des progrès notables vers la réalisation des OMD au niveau mondial et dans la plupart des pays, atteindre les individus et familles les plus marginalisés représente toujours un problème considérable dont la solution exigera une attention et des stratégies spécifiques. Les données montrent de fortes inégalités entre les catégories de population les plus riches et les plus pauvres, ainsi qu'en fonction du sexe, à la fois dans les résultats et en ce qui concerne l'accès aux services de base. Pour atteindre les OMD et promouvoir une approche du développement fondée sur les droits, il est nécessaire de s'efforcer d'inclure les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables et de leur donner les moyens de se prendre en charge, par exemple par le biais de la démarginalisation des pauvres par le droit, la protection sociale et des programmes de sécurité qui leur assurent l'accès à une alimentation, une nutrition et des soins de santé abordables. En temps de crise économique ou de choc externe, les pauvres sont souvent les plus éprouvés alors même que diminue la prestation publique de services sociaux de base. Les transferts monétaires assortis de conditions (CCT) ont été un instrument de protection sociale et de développement particulièrement efficace.

57. Un des principaux enseignements tirés de ces 20 dernières années est que l'obtention de gains rapides dans la réduction de la faim et de la sous-nutrition est éminemment possible, y compris là où les ressources sont limitées. La gamme des interventions requises pour éliminer la sous-nutrition et atteindre la cible de l'OMD 1 concernant l'insuffisance pondérale a été en grande partie fixée et la communauté internationale en a convenu. Il s'agit notamment d'interventions à fort impact qui reposent autant sur la prévention que sur le traitement. Il convient d'accorder aux questions de nutrition, en particulier chez les populations vulnérables, un rang de priorité plus élevé dans les programmes de développement national. Les interventions d'aide alimentaire et nutritionnelle doivent être élargies pour permettre un meilleur accès de toutes les catégories de population à une alimentation abordable et nutritive, en particulier en temps de crise, afin qu'elles puissent satisfaire leurs besoins nutritionnels.

58. Plusieurs interventions fondées sur la prévention ont fait la preuve de leur efficacité, par exemple la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie d'un nourrisson (dès l'heure suivant la naissance); une alimentation complémentaire en temps voulu et appropriée (à partir de l'âge de six mois), et la poursuite de l'allaitement maternel (jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà). Parmi les autres interventions, on note l'amélioration de la nutrition, des pratiques d'assainissement et d'hygiène, l'administration de suppléments de zinc, fer, acide folique et la consommation de sel iodé. Il importe également de prévenir les insuffisances pondérales à la naissance. L'état nutritionnel des mères avant et pendant la grossesse est un facteur capital des chances de survie, croissance, santé à long terme et développement psychosocial du nourrisson. Les pays et régions ayant la plus forte prévalence de malnutrition chez les enfants et d'insuffisance pondérale à la naissance devraient accorder une attention particulière au développement du jeune enfant et aux initiatives communautaires de nutrition pour diagnostiquer et traiter la malnutrition sévère et aiguë, y compris des stratégies de santé tels que les soins de déparasitage et le traitement des enfants souffrant de diarrhée et d'infections aiguës des voies respiratoires.

59. Investir en faveur des femmes et des filles : l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ne constituent pas seulement un objectif (OMD 3) de développement à part entière, elles sont également essentielles pour que les pays puissent atteindre les autres OMD. Étant donné l'effet multiplicateur important des interventions sexospécifiques, les actions menées pour accélérer les progrès vers les OMD permettront des avancées spécifiques pour les femmes et les filles.

60. En ce qui concerne l'enseignement primaire, les politiques publiques visant à atteindre les groupes les plus pauvres et les plus défavorisés se sont avérées efficaces dans de nombreux pays. Des progrès remarquables ont été accomplis dans la scolarisation des enfants les plus pauvres grâce à la suppression des frais de scolarité, la construction d'écoles dans les zones mal desservies, la mise en service d'installations sanitaires séparées pour les filles et les garçons, le recrutement énergique d'enseignants et l'offre de repas à l'école. Dans de nombreux pays, les systèmes scolaires souffrent d'un manque chronique de financement et ne réussissent pas à assurer aux élèves une éducation de qualité. En conséquence, soit les enfants n'apprennent pas, soit ils abandonnent rapidement l'école. L'Afrique subsaharienne à elle seule aura besoin d'environ 3,8 millions d'enseignants supplémentaires pour parvenir à l'éducation primaire universelle.

61. Des politiques publiques ciblées, accompagnées d'une communication pour lutter contre les attitudes et pratiques négatives, peuvent aider à surmonter les inégalités entre les sexes. La suppression des frais scolaires et la création d'un système d'incitations encourageant les filles à fréquenter l'école peuvent atténuer les pressions financières sur les ménages. En développant des écoles amies des enfants, en s'intéressant aux questions d'hygiène pour les filles et en offrant des installations sanitaires séparées pour filles et garçons dans les écoles, en construisant des écoles plus proches des communautés mal desservies et en recrutant des enseignants sur place, y compris des femmes dans les écoles primaires, on peut réduire les inégalités entre les sexes.

62. Tout porte à croire que des stratégies réussies permettront d'accélérer les progrès vers l'OMD 3 ainsi que d'assurer le développement global durable des pays sur les plans social et économique. Parmi les stratégies les plus efficaces, on note la suppression des principaux obstacles à l'éducation des filles ; la suppression des obstacles à la participation pleine et productive des femmes à la main d'œuvre, assortie d'une législation du travail soucieuse de l'égalité des sexes ; une discrimination positive visant à accroître le nombre de femmes actives dans le domaine politique ; la réduction de la charge de travail des femmes grâce à des investissements dans les infrastructures et des programmes de stimulation économique ciblant aussi les femmes ; l'élimination de la violence contre les femmes ; et la suppression de tous les obstacles à un accès équitable aux services, notamment pour la santé, l'éducation et les traitements contre le VIH/SIDA.

63. La moitié de tous les décès des enfants de moins de cinq ans sont imputables à cinq maladies : la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et le SIDA. La pneumonie et les maladies diarrhéiques représentent ensemble 37 pour cent de tous les décès chez les enfants de moins de 5 ans. L'élargissement des mesures de prévention et de traitement à faible coût pourrait sauver la plupart de ces vies. Il s'agit notamment des antibiotiques pour des infections respiratoires aiguës, de la réhydratation orale pour la diarrhée, de la vaccination et de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments

appropriés contre le paludisme. Une bonne nutrition fait partie de la prévention de la maladie, car la malnutrition accroît le risque de mourir de ces maladies. L'amélioration des services de santé publique, y compris l'approvisionnement en eau salubre et une meilleure hygiène, revêt une importance essentielles. L'éducation, surtout pour les filles et les mères, permettra aussi de sauver des vies d'enfants. L'augmentation des revenus des ménages est essentielle mais pas suffisante à moins que l'on ne déploie de gros efforts pour s'assurer que les services atteignent ceux qui en ont le plus besoin.

64. Sur la base des tendances actuelles, de nombreux pays ont peu de chances d'atteindre les cibles de santé des OMD d'ici à 2015. On s'accorde de plus en plus à reconnaître que l'absence de systèmes de santé efficaces et équitables est le principal obstacle au passage à grande échelle des programmes de prévention et de contrôle des maladies qui sont nécessaires pour atteindre des objectifs spécifiques concernant la réduction de la mortalité infantile et maternelle, pour faire reculer le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et pour améliorer l'accès à la médecine procréative. Comme indiqué dans le rapport de l'OMS 2005 sur les OMD liés à la santé, les approches verticales ont souvent entraîné des doubles emplois, des déformations, des perturbations et des distractions¹⁰. Ce n'est qu'en procédant à un renforcement d'ensemble des systèmes de santé que l'on pourra résoudre les problèmes structurels de la prestation des services, en particulier la pénurie de travailleurs de la santé¹¹. En outre, le renforcement des systèmes de santé est essentiel pour utiliser de manière efficace l'actuelle augmentation de l'aide dans le secteur de la santé et maintenir les progrès à l'avenir. Il faudra trouver une solution à plusieurs contraintes pour rendre efficaces les systèmes de santé, en assurant notamment des niveaux de financement adéquats, la formation de ressources humaines, des politiques et une gestion efficaces, une infrastructure de base et des équipements et fournitures.

65. L'accélération des progrès concernant l'OMD 5 repose sur plusieurs facteurs critiques : prévenir ou traiter les complications pendant la grossesse grâce à une médecine procréative de haute qualité, renforcer la présence d'un personnel de santé dûment qualifié pour aider aux accouchements, dispenser des soins prénatals de qualité et assurer l'accès à des soins obstétricaux d'urgence. Ce dernier point est capital lorsque surgissent des complications potentiellement mortelles et qu'il faut fournir de toute urgence des services d'aiguillage et un plus haut niveau de soins. La diminution du nombre de mariages précoces, de grossesses d'adolescentes, des mutilations génitales féminines, l'amélioration de l'espacement des naissances sont des interventions qui peuvent considérablement améliorer la santé maternelle et prévenir la morbidité et la mortalité maternelles.

66. Des services de contraceptions fiables, régulièrement accessibles, de haute qualité, adaptés au contexte culturel et abordables, y compris la planification familiale et autres composantes de la médecine procréative, fournis dans le cadre des services de santé essentiels, accéléreraient aussi les progrès vers les OMD liés à la santé. Un engagement politique vigoureux et des campagnes d'information encourageant une bonne santé sexuelle et procréative renforcent la demande et légitiment les services par le biais d'un continuum complet des soins, notamment pour les groupes vulnérables et mal desservis (ruraux, pauvres et jeunes) et contribuent aussi à faire reculer l'épidémie de VIH/SIDA. En doublant les

¹⁰ *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*. OMS 2005.

¹¹ *Help wanted. Confronting the health care worker crisis to expand access to HIV/AIDS treatment: MSF experience in southern Africa*. Médecins sans Frontières, mai 2007.

investissements mondiaux dans la planification familiale et les soins maternels et néonataux (en satisfaisant tous les besoins non satisfaits en matière de planification familiale et en offrant des soins complets pour toutes les grossesses et toutes les naissances) on pourrait faire baisser de 70 pour cent le nombre de décès maternels et de 44 pour cent le nombre de décès de nouveau-nés, selon les estimations¹². Les taux d'utilisation de la contraception ont augmenté dans un certain nombre de pays mais ils restent faibles en Afrique subsaharienne. Une distribution des moyens contraceptifs faite au niveau de la communauté, la promotion de l'échange d'informations et l'implication des hommes dans la planification de la famille favorisent l'expression des préférences concernant la taille de la famille par les individus et encourage les couples à mettre en œuvre leurs intentions concernant les naissances. Pendant les périodes de crise économique, la capacité des femmes de décider librement et en connaissance de cause de retarder leur grossesse peut atténuer l'impact sur le bien-être des femmes et des enfants et améliorer directement leur santé.

67. La durabilité à la fois dans l'assainissement et l'approvisionnement en eau reste un défi majeur. Bien que des approches des questions d'assainissement menées par les communautés aient entraîné des progrès remarquables dans l'amélioration des pratiques d'assainissement, la durabilité des pratiques reste préoccupante. En assurant l'accès à une source d'eau améliorée et en encourageant des comportements positifs en ce qui concerne l'hygiène et l'assainissement, on contribuera aussi de manière significative à l'amélioration des indicateurs de santé et de nutrition. Il faudra travailler davantage pour promouvoir des stratégies qui peuvent aider les gens à gravir l'« échelle de l'assainissement » en améliorant leurs conditions sanitaires, de l'élimination de la défécation à l'air libre à l'utilisation de toilettes durables. La viabilité des réseaux d'approvisionnement en eau reste également un défi et continuera d'être un des axes de la coopération.

68. Bien que les questions d'énergie ne soient abordées dans aucun des huit OMD, l'accès à une énergie propre et abordable est une condition préalable à la réalisation du développement durable. En assurant aux populations pauvres l'accès à l'électricité et à des combustibles modernes comme le kérosène, le gaz de pétrole liquéfié (GPL) et le gaz naturel, on peut améliorer toute une série d'indicateurs du développement humain. L'électrification ou l'accès à des combustibles de cuisson propres pourrait réduire la pauvreté, améliorer les conditions de santé ainsi que les niveaux de vie des quelque deux milliards de personnes dans le monde qui n'ont pas régulièrement accès à des services énergétiques fiables. De même, le recours à une énergie propre revêt une importance capitale pour un avenir où l'on n'émettra plus que de faibles quantités de carbone.

69. L'expérience des pays le montre clairement, on a accumulé des connaissances considérables sur des stratégies et conceptions efficaces pour atteindre les OMD, et ce savoir continue de croître. Les partenariats mettent à profit leur compréhension des interventions nécessaires à la réalisation des OMD aux niveaux local, national, régional et international. Beaucoup de ces interventions sont désormais promues et mises en œuvre à l'échelle nationale. On comprend de mieux en mieux les défis que pose le passage à plus grande échelle et il est nécessaire de renforcer encore les capacités des partenaires nationaux, non seulement pour identifier et éviter les goulets d'étranglement, mais également pour répondre

¹² Susheela Singh, Jacqueline E. Darroch, Lori S. Ashford et Michael Vlassof. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher Institute et UNFPA, décembre 2009.

Progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement : un bilan

en priorité aux besoins des familles et catégories de population les plus vulnérables et marginalisées.

70. Sur les plans national et international, on s'engage de plus en plus à aider les acteurs nationaux à amplifier leurs interventions pour la réalisation des OMD. On devrait faciliter les processus participatifs et développer des plates-formes qui mobilisent toutes les parties prenantes par le biais de partenariats ouverts à tous, notamment au sein des communautés et au niveau national, de manière à accélérer les progrès et à s'attaquer aux disparités. Le secteur privé contribue de plus en plus à combler l'écart, notamment grâce à ses fondations. On ne trouvera une solution aux progrès inégaux selon les pays, les régions et les OMD que si toutes les parties prenantes partagent le même sentiment d'urgence. Il conviendra d'accélérer les efforts des familles et des partenaires nationaux, avec l'appui renforcé des membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques et par le biais de la coopération Sud-Sud. Il faudra accorder une plus grande attention à de nombreux OMD dans les pays et sociétés durement éprouvés par des crises chroniques, le changement climatique et des conflits de longue durée.

71. Depuis que l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Déclaration du Millénaire en 2000, les OMD prouvent chaque année un peu plus leur valeur en tant qu'instruments de mobilisation aux niveaux national et international et en tant que cadre de travail pour les efforts complémentaires menés en faveur du développement par les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les organismes communautaires. Les objectifs et leurs cibles et indicateurs associés ont aussi fourni des jalons et des mesures de progrès et de succès d'importance capitale et dont nombre de pays se servent pour orienter leurs dépenses et leurs politiques ainsi que leurs programmes et leurs activités de suivi. Ces exemples d'efforts intenses couronnés de succès, novateurs et riches de promesses donnent maintenant aux gouvernements et à leurs partenaires une expérience précieuse et un encouragement à aller de l'avant en redoublant d'efforts pour lutter contre la pauvreté, les privations, le manque de durabilité et autres obstacles majeurs au développement.
