ACCÉLÉRER LES PROGRÈS
PÉRENNISER LES RÉSULTATS

PNUD

Au service des peuples et des nations

ACCÉLÉRER LES PROGRÈS, PÉRENNISER LES RÉSULTATS
Les OMD jusqu'en 2015 et au-delà

Copyright © PNUD - Septembre 2013
Tous droits réservés

Le PNUD est le réseau mondial des Nations Unies pour le développement. Il plaide en faveur du changement et lie les pays aux connaissances, à l'expérience et aux ressources capables d'aider leurs peuples à se construire une vie meilleure.

Réalisé aux États-Unis
Programme des Nations Unies pour le développement
One United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA
www.undp.org/mdg

Le présent rapport a été préparé par l'équipe d'appui aux OMD de la Pratique Pauvreté au Bureau des politiques de développement du PNUD (BDP). Il puise aux plans d'action et aux rapports en matière d'OMD de nombreux pays, élaborés par des collègues membres des équipes de pays des Nations Unies et leur partenaires. Parmi les autres personnes qui ont contribué à ce document figurent des participants à la conférence mondiale sur les OMD, « Assurer le fonctionnement des OMD », qui s'est tenue à Bogota en février 2013. Ces personnes y ont partagé leurs perspectives au moyen de communications, d'exposés et de discussions. Des conseillers techniques et spécialistes faisant partie du BDP, des bureaux régionaux du PNUD pour les régions Afrique, Asie-Pacifique, Amérique latine et Caraïbes, et Europe et Asie centrale, ainsi que des membres des centres régionaux de services à Panama, à Dakar, à Bratislava et à Bangkok ont apporté de précieuses orientations et des commentaires tout au long de ce projet. Notre reconnaissance sincère s'adresse à eux tous.

AVANT-PROPOS

En 2010, le PNUD a introduit le Cadre d'accélération des OMD, une démarche systématique et pratique destinée à contribuer à l'accélération de progrès vers des cibles OMD qui risquaient d'être manquées. Ce cadre - le CAO - permet de repérer les contraintes les plus importantes qui freinent les avancées vers des objectifs donnés, et d'élaborer des solutions efficaces et pragmatiques qui donnent l'occasion aux partenaires de mise en œuvre venant des secteurs concernés et munis de leurs mandats respectifs de se mettre ensemble pour atteindre ces objectifs.

Sur le plan global, les OMD continuent à enregistrer des gains, marqués par le franchissement de plusieurs jalons importants, notamment l'atteinte des objectifs relatifs à la pauvreté extrême et à l'eau potable, mais s'accompagnant aussi de progrès d'une lenteur inquiétante dans de nombreux autres domaines. Mais en même temps, l'engagement des pays à la réalisation des OMD n'a jamais été aussi prononcé. En témoigne le fait que plus de cinquante pays utilisent aujourd'hui le CAO pour formuler leurs plans d'action en matière d'OMD et y consacrent leurs propres ressources pour les exécuter.

Ce rapport présente des éléments probants sur le fonctionnement du CAO, des exemples d'exécution de plans d'action, les préoccupations des différents pays dans leur perception du développement, et ce qui peut être fait pour les appuyer dans l'accélération de progrès et la pérennisation de résultats d'ici à 2015 et au-delà. Bien que l'éventail des exemples présentés ici soit nécessairement sélectif, le tableau général qui s'en dégage est entièrement clair et convaincant.

Le CAO produit des plans d'action qui sont focalisés et réalisables, et qui complètent les efforts sectoriels au moyen d'appuis transversaux déterminants. Lorsque ces plans jouissent du soutien des partenaires, ce qui est le cas dans de nombreux pays, des gains considérables peuvent être obtenus. Alors qu'il ne reste même pas 850 jours d'ici à la fin de 2015, nous devons tous prendre l'engagement de garder le cap dans la mise en œuvre. Au niveau mondial, l'engagement du Conseil des chefs de secrétariat (CCS) du système des Nations Unies pour apporter un soutien regroupé et constant à l'ensemble de ces efforts par le biais de ses réunions semestrielles offre un exemple édifiant de ce qui est possible et ce qui est requis.

Ces plans d'action ont également mis en lumière l'origine de certains des problèmes les plus courants et, surtout, les mesures à prendre pour les affronter. Dans certains des pays les plus vulnérables du Sahel, ces plans ont montré qu'il était possible de trouver des méthodes pratiques et efficaces de collaboration entre les interventions humanitaires et l'effort de développement pour parvenir à des gains durables en matière de réduction de la faim et de la pauvreté. Les plans mis en œuvre dans de nombreux pays pour

réduire la mortalité maternelle soulignent la nécessité urgente de relever la qualité, et non seulement la quantité, des services proposés. S'il est vrai que les solutions vont nécessairement dépendre de chaque contexte, ce qui a fonctionné dans un pays donné peut souvent être adapté dans un autre, et ouvrir ainsi une voie supplémentaire à une mise en œuvre rapide et probante.

Pour l'heure, arrivés en 2013, il nous incombe aussi de songer sérieusement aux actions à entreprendre après 2015. De vigoureux efforts ont été initiés en vue de formuler un programme commun partagé de développement futur, fondé sur les rapports de panels d'experts et sur les consultations avec plus d'un million de personnes à travers le monde. Parallèlement, les gouvernements nationaux ont fait connaître leurs propres objectifs prioritaires dans des déclarations sur leur vision de l'avenir, qui s'étend au-delà de 2015.

Accomplir la tâche inachevée des OMD est assurément prioritaire, comme l'est également la poursuite des avancées dans l'allègement de la pauvreté et l'amélioration de la nutrition, de la santé et de l'éducation de populations entières. Nombre de pays utilisent déjà le CAO pour prendre des mesures, combler des lacunes au niveau des opportunités et des résultats économiques, et chercher à progresser face aux maladies non contagieuses et venir à bout des inégalités dans l'accès à l'énergie. Ces expériences nous aident à comprendre comment un programme mondial en faveur du développement peut compléter le mieux possible les efforts nationaux visant ces objectifs, car il en va des perspectives de mise en œuvre et d'acceptation d'un tel programme. Par ailleurs, il semble que l'importance accordée à certains thèmes majeurs, tels que la santé sexuelle et procréative et les droits y afférents, ainsi que la violence faite aux femmes, soit assez variable parmi ces différentes visions d'avenir, ce qui indique la nécessité de poursuivre les efforts de plaidoyer et de sensibilisation des groupes d'appui dans les pays.

Alors que continue le compte à rebours vers 2015, nous devons reconnaître que cette échéance ne représentera qu'une escale intermédiaire, et non un terminus. Il est crucial d'accélérer les progrès et de pérenniser les résultats dans la mesure où nous entendons rapprocher la réalisation de notre objectif ultime, à savoir, l'éradication des privations humaines à travers le globe et les générations.

À New York, le 24 septembre 2013

Helen Clark
Administratrice
Programme des Nations Unies pour le développement

SOMMAIRE

05 **AVANT-PROPOS**

09 **ACRONYMES**

10 **NOTE DE SYNTHÈSE**

13 **1. ASSURER LE FONCTIONNEMENT DES OMD : ACCÉLÉRER LES PROGRÈS**

15 1.1 DEUX PHASES DU CAO : INTRODUCTION ET MISE EN ŒUVRE

17 1.2 DE QUELLE MANIÈRE LES PAYS UTILISENT-ILS LE CAO ?

18 1.3 EN QUOI LE CAO OPÈRE-T-IL UNE DIFFÉRENCE ?

18 1.4 QU'Y A-T-IL DE NOUVEAU DEPUIS 2010 ?

22 **2. MESURES D'ACCÉLÉRATION DES OMD**

22 2.1 RÉDUCTION DE LA FAIM

26 2.2 AMÉLIORER L'INCLUSION ÉCONOMIQUE

31 2.3 AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

39 2.4 EAU ET ASSAINISSEMENT, VIH/SIDA ET MALADIES NON CONTAGIEUSES : LES AUTRES DIMENSIONS DE LA SANTÉ

40 **3. ACCÉLÉRER LES PROGRÈS ET PÉRENNISER LES RÉSULTATS : LES ACTIONS PRIORITAIRES**

40 3.1 ACCÉLÉRER LES PROGRÈS

44 3.2 PÉRENNISER LES RÉSULTATS : TERMINER LE TRAVAIL INACHEVÉ

49 3.3 PASSAGE HARMONIEUX À UN PROGRAMME FUTUR DE DÉVELOPPEMENT MONDIAL

53 **CONCLUSION**

54 **ANNEXE**

57 **NOTES DE FIN**

20 **ENCADRÉ 1 :** DÉMARCHES POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS - UN EXEMPLE VENANT DU GHANA

25 **ENCADRÉ 2 :** ACCÉLÉRATION ET MAINTIEN DE L'ÉLAN DES TRAVAUX DU CAO AU NIGER

28 **ENCADRÉ 3 :** DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE INCLUSIF À CARTHAGÈNE (COLOMBIE)

29 **ENCADRÉ 4 :** INITIATIVES DE PROMOTION DE L'AUTONOMIE ÉCONOMIQUE AU CAMBODGE ET AU COSTA RICA

35 **ENCADRÉ 5 :** RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN INDONÉSIE

37 **ENCADRÉ 6 :** AFFRONTER L'EXCLUSION – LE KIRGHIZSTAN ET LE SALVADOR

41 **ENCADRÉ 7 :** DE L'INTRODUCTION À LA MISE EN ŒUVRE

46 **ENCADRÉ 8.** COMPLETER LES OMD: NOUVELLES PRIORITES DES GOUVERNEMENTS NATIONAUX

14 **FIGURE 1 :** PAYS UTILISANT LE CAO, PAR THÈMES ET CATÉGORIES

15 **FIGURE 2 :** PRÉPARER UN PLAN D'ACTION POUR LES OMD

16 **FIGURE 3 :** ÉVALUATION DES CONTRAINTES DU CAO

23 **FIGURE 4 :** PAYS NÉCESSITANT UNE ASSISTANCE ALIMENTAIRE EXTERNE (MARS 2012)

24 **FIGURE 5 :** DÉVELOPPEMENT HUMAIN DANS DES PAYS SAHÉLIENS SÉLECTIONNÉS

27 **FIGURE 6 :** LA PROMOTION ÉCONOMIQUE DES FEMMES - LES COMPOSANTES MAJEURESE

32 **FIGURE 7 :** CAUSES DE DÉCÈS MATERNELS (1997-2007) PAR RÉGION

35 **FIGURE 8 :** PLACE DU CAO DANS LE PROCESSUS DE PLANIFICATION

36 **FIGURE 9 :** RÉPARTITION DES SOINS PRÉNATAUX, DES SOINS QUALIFIÉS À L'ACCOUCHEMENT ET DES TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE DANS LES DISTRICTS DU JAVA CENTRAL

38 **FIGURE 10.** L'EXCLUSION SOCIALE AU SALVADOR

45 **FIGURE 11.** POURCENTAGE DE VISION D'ÉTATS REVISE PAR RÉGION

33 **TABLEAU 1 :** CONTRAINTES FRÉQUEMMENT OBSERVÉES ET IMPACTANT LES INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

ACRONYMES

AQ	Accoucheur qualifié
CCS	Conseil des chefs de secrétariat
CAO	Cadre d'accélération des OMD
CEDEAO	Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest
CEI	Communauté des États indépendants
DANIDA	Agence danoise pour la coopération internationale
DFID	Department for International Development
EPT	Éducation Pour Tous
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FIDA	Fonds international pour le développement agricole
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GTO	Groupe de travail ouvert
JICA	Agence japonaise pour la coopération internationale
LIC	Pays à faible revenu
LLDC	Pays en développement sans littoral
L/U-MIC	Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et de la tranche supérieure
MIC	Pays à revenu intermédiaire
MNC	Maladies non contagieuses
OBC	Organisations à base communautaire
OC	Organisatons Communaitaires
OIT	Organisation internationale du travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes
OSC	Organisations de la Société Civile
PAM	Programme alimentaire mondial
PMA	Pays les moins avancés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RCA	République centrafricaine
SOPU	Soins obstétriques et prénataux d'urgence
SPN	Soins prénatals
TIC	Technologies de l'information et des communications
TMM	Taux de mortalité maternelle
UE	Union européenne
SIDS	Petit État insulaire en développement
SSP	Santé sexuelle et procréative
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
UNCDF	Fonds d'équipement des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNCT	Équipe de pays des Nations Unies
3N	Les Nigériens nourrissent les Nigériens

NOTE DE SYNTHÈSE

L'examen des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) effectué en 2010 aux Nations Unies à New York a abouti à un appel en faveur de l'accélération des progrès. Un des instruments servant à cette fin est le Cadre d'accélération des OMD (CAO), une méthode qui permet d'identifier et de prioriser systématiquement les contraintes entravant les progrès et qui aide à concevoir des solutions pragmatiques et multipartenaires pour les résoudre. Élaboré et testé par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) en 2010, puis avalisé par le Groupe de développement des Nations Unies (GNUD), le CAO est désormais utilisé par plus de 50 pays en développement, dans de multiples régions et dans des cadres et stades de développement économique différents les uns des autres. Une boîte à outils et une note d'orientation opérationnelle contribuent à guider le processus dans chaque pays.

Le CAO répond à une volonté politique manifeste de prendre des mesures face à des cibles OMD qui ne seront vraisemblablement pas atteintes. Différents pays ont recouru au CAO pour définir et appliquer des plans d'action des OMD dans les domaines, entre autres, de la santé maternelle, de la faim, de la pauvreté, de l'eau et l'assainissement, du VIH/sida, tant au niveau national qu'infranational. Plusieurs d'entre eux, allant au-delà de la série des OMD établie, ont appliqué le CAO pour résoudre des problèmes de disparités économiques, de qualité de l'enseignement, d'accès à l'énergie et de maladies non contagieuses. Les pays concernés se sont approprié ces plans, qui reposent sur des politiques et des programmes existants. Ils contribuent à rassembler un solide partenariat d'intervenants provenant d'un ensemble de secteurs et munis de différents mandats en vue de mener des activités spécifiques devant aboutir à une accélération des progrès.

Une fois formulé, un plan d'action des OMD doit être mis en œuvre. L'expérience tirée de pays l'ayant fait rappelle toute l'importance d'un engagement soutenu pendant toute la durée de cette phase. Les efforts de plaidoyer et de communication, aux niveaux mondial, régional et national, sont cruciaux pour rallier des partenaires supplémentaires tout en préservant l'intérêt et l'élan et en associant le plan d'action à de plus vastes initiatives, pour autant que ce soit pertinent. Le mécanisme de coordination mis en place au cours de la formulation conserve son importance pendant la mise en œuvre, et conduit également au réexamen et à l'actualisation périodique du plan d'action. Dans ce processus, à mesure que certaines contraintes sont éliminées, d'autres peuvent revêtir une plus grande importance.

Le présent rapport examine l'expérience acquise par les pays dans l'application du CAO à travers trois thèmes essentiels - la faim, les disparités économiques et la santé. Pris ensemble, ces trois domaines couvrent la grande majorité des plans d'action des OMD. Au Sahel, les plans d'action pour lutter contre la faim réunissent des mesures qui s'appliquent à la fois dans le court et le long terme, regroupant les multiples dimensions de la sécurité alimentaire d'une manière globale. Cela contribue à jeter des bases intégrées pour les interventions humanitaires et développementales, les premières conduisant aux secondes et aboutissant, à terme, à un renforcement de la résilience aux chocs.

De nombreux plans d'action visent en premier lieu à réduire les disparités entre régions et entre groupes de population. Tels sont les buts des plans d'action menés en Arménie, au Cambodge, en Colombie (certains territoires) et au Costa Rica. Ces plans se caractérisent par l'importance centrale accordée à la collaboration avec le secteur privé, aussi bien pendant leur élaboration que pendant leur exécution. À mesure que des opportunités apparaissent dans différents secteurs, par exemple ceux du tourisme, de l'industrie ou de l'agriculture, il arrive souvent qu'un nombre important de ministères et d'autres services soient impliqués, augmentant d'autant l'importance de mécanismes de coordination efficaces.

C'est la mortalité maternelle qui fait l'objet d'une attention dans le plus grand nombre de pays ayant mis en œuvre un plan d'action du CAO, ce qui correspond bien à la situation générale relative à cet OMD particulier, l'un des plus difficiles à atteindre. Les plans d'action des OMD d'une série de différents pays constituent une précieuse source d'information qui peut être utilisée pour étudier les contraintes qui se dressent le plus souvent sur la voie de progrès. Parmi ces contraintes figurent la médiocre qualité des prestations de services et les facteurs culturels qui, dans de nombreuses sociétés, retiennent les femmes dans la recherche et l'obtention, en temps utile et de manière appropriée, des soins dont elles ont besoin.

D'autres secteurs liés à la santé comprennent le VIH/SIDA, l'eau et l'assainissement et les maladies non contagieuses. Un élément commun à ces différents domaines tient au rôle critique que l'engagement de la communauté est susceptible de jouer pour dégager des solutions efficaces.

Des plans d'action des OMD en sont à des stades divers de formulation et de mise en œuvre dans différents pays. Dans tous ces pays, ce sont les plans de travail et les budgets du gouvernement qui constituent le premier véhicule de la mise en œuvre. Les partenaires y apportent leur appui par une assistance technique, des ressources financières et par l'alignement de leurs propres programmes de travail sur ceux du gouvernement. L'association de ces initiatives nationales à des initiatives plus étendues peut constituer un puissant moteur d'accélération des OMD.

En regardant l'avenir, on constate que les visions nationales et les plans envisagés par différents gouvernements reflètent des priorités de politique intérieure et des objectifs de développement qui s'étendent au-delà de 2015. L'examen de plus de 45 plans de ce type indique que la réalisation de la plupart des cibles OMD, et la volonté de les dépasser afin d'embrasser la population entière, représentent des aspirations largement partagées. L'expérience acquise dans l'exécution de plans d'action des OMD indique qu'ils auront les meilleures chances d'aboutir en empruntant les voies suivantes :

Dans le très court terme :

- Appuyer et renforcer nos efforts de mise en œuvre de plans d'action, en particulier en les associant à des initiatives mondiales et à des perspectives de soutien par des partenaires ;
- Élaborer des solutions pour venir à bout des contraintes fréquemment observées, capables d'être adaptées dans différents pays ;
- Relever la qualité des prestations de services ;
- Faciliter une collaboration entre plusieurs mandats et plusieurs secteurs, garantissant ainsi que les interventions aient le meilleur impact possible, et tirant le meilleur parti de l'investissement dans des multiplicateurs, tels que l'accès à l'énergie.

Dans le moyen terme :

- Affronter l'inégalité de manière proactive et graduelle ;
- Mettre à jour et réviser les plans d'action dans la durée, réviser l'ordre de priorité des contraintes à éliminer et résoudre les contraintes dues aux exigences de la durabilité ;
- S'attaquer aux insuffisances systémiques constatées au niveau des institutions et des capacités ;
- Minimiser les chocs et développer des capacités pour y faire face, tout en mettant les OMD et d'autres gains de développement à l'épreuve des changements climatiques.

En conclusion, en parvenant à une meilleure compréhension des OMD, nous sommes également parvenus à une meilleure appréciation des moyens qui nous permettront d'activer la mise en œuvre du prochain programme mondial de développement. Certes, ce programme ne sera pas défini avant la fin de 2015, mais plusieurs pays s'emploient déjà à réaliser des objectifs qui pourraient bien s'inscrire dans un tel programme et, de par leurs activités, offrent d'utiles enseignements de politique, en particulier sur la manière dont ce programme mondial pourrait appuyer de tels efforts nationaux, y compris ceux répondant à des impératifs d'environnement durable. Comme les OMD l'ont montré, le passage vers l'après-2015 ne pourra se faire harmonieusement sans leadership politique et prise en main institutionnelle.

1. ASSURER LE FONCTIONNEMENT DES OMD : ACCÉLÉRER LES PROGRÈS

L'examen des objectifs du Millénaire pour le développement effectué en 2010 aux Nations Unies à New York a pris fin sur un appel à une accélération des progrès, particulièrement dans les pays où les OMD n'ont pas donné de bons résultats. Depuis leur formulation en 2001, les OMD ont constamment servi à définir, dans des versions appropriées aux différents pays, des objectifs mondialement partagés visant à réduire la pauvreté et à assurer des niveaux plus élevés de développement humain.

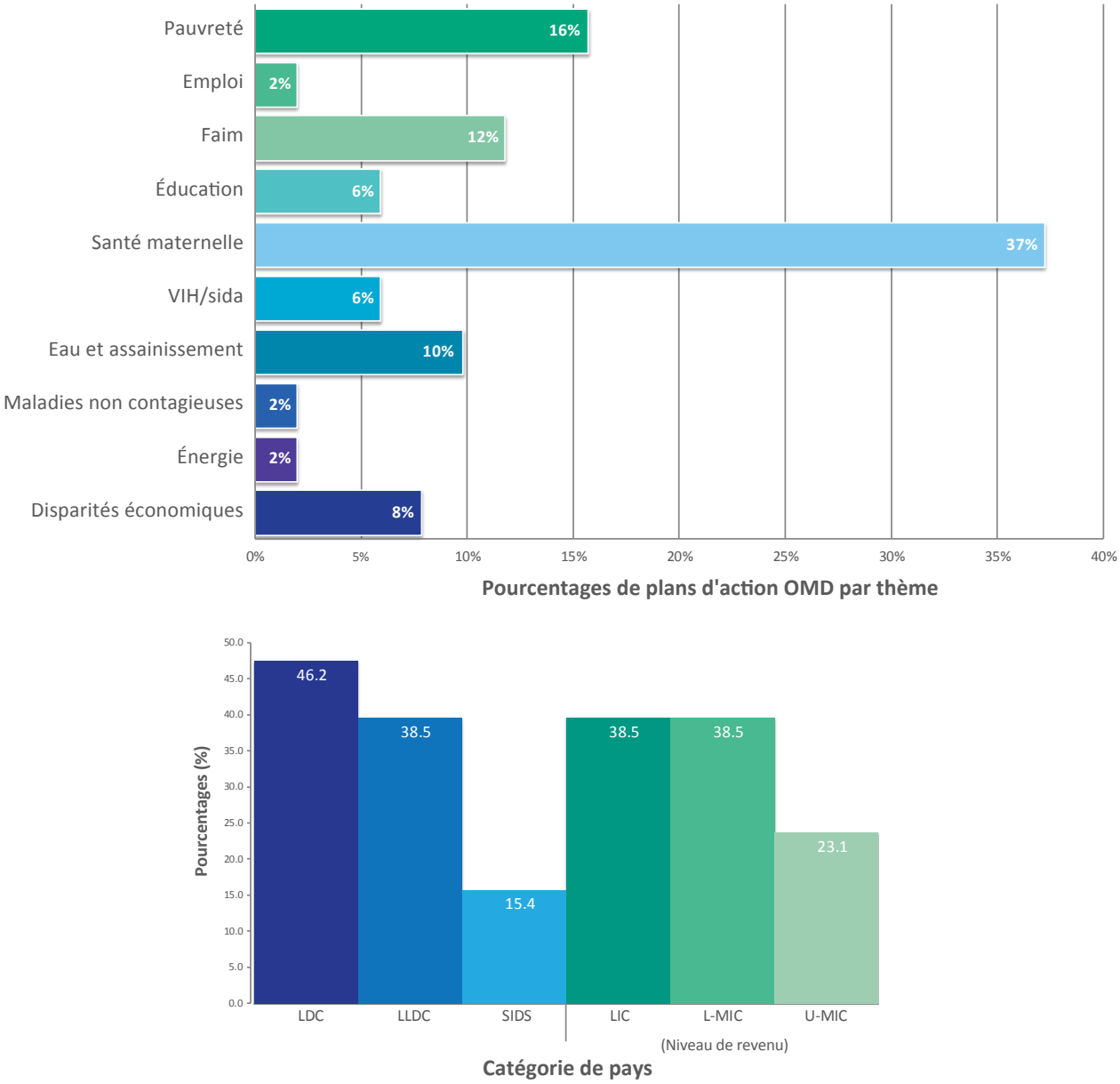
Les efforts pour accélérer les progrès sur cette voie procèdent naturellement des actions concertées qui ont été prises au cours de la décennie passée pour réaliser les OMD[1]. L'expérience acquise a montré que cette accélération peut être réalisée par l'une ou plusieurs des voies suivantes :

- Accroître les investissements dans des interventions qui se sont avérées efficientes et qui demandent à être généralisées ;
- Éliminer les contraintes qui limitent les impacts d'interventions par ailleurs efficaces ;
- Maximiser les retombées positives d'une accélération des progrès vers un objectif apparenté dans un domaine différent.

Toutes ces mesures, menées individuellement ou de concert, appellent à un partenariat approfondi et coordonné entre les divers ministères et services gouvernementaux, et entre le gouvernement et toute une gamme de partenaires nationaux et externes.

En 2010, le Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD) a avalisé le Cadre d'accélération des OMD (CAO) en réponse aux appels à une accélération des progrès.[2] Le CAO est un outil conçu pour aider les pays à systématiquement identifier les actions faisables et à en établir la priorité[3] - telles que celles mentionnées plus haut - susceptibles d'accélérer l'avancée vers une cible OMD qui autrement risquerait de ne pas être atteinte (hors de la bonne voie). Élaboré et testé par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), en collaboration avec les agences spécialisées des Nations Unies dans 10 pays en 2009-2010, le CAO a été officiellement lancé en 2010 lors de l'examen des OMD.[4] Aujourd'hui, plus de 50 pays dans diverses régions en développement l'utilisent à travers un éventail d'OMD ainsi que d'autres objectifs localement importants allant au-delà du programme des OMD (figure 1).

FIGURE 1: PAYS CAO PAR THÈME ET CATÉGORIE



Source : Classification des pays selon les Nations Unies (voir Situation et perspectives économiques mondiales 2012, Annexe statistique, p. 132) et Banque mondiale (http://data.wordlbank.org/about/country-classification)

1.1 DEUX PHASES DU CAO : INTRODUCTION ET MISE EN ŒUVRE

Le CAO aide les gouvernements à élaborer et à mettre en œuvre par eux-mêmes un plan d'action pour l'accélération des OMD en vue d'activer les avancées vers une cible qui autrement risquerait de ne pas être atteinte à l'échéance de 2015. La première phase – l'introduction – se termine sur la validation technique et politique du plan d'action du CAO (figure 2). En s'appuyant sur des politiques et des programmes existants, et en étant complémentaire à ceux-ci, ce plan a pour but de recentrer et de consolider l'effort sur des domaines où il est susceptible d'avoir le plus d'impact, et d'aligner les initiatives des partenaires dans le même sens. Le plan d'action pour l'accélération comporte des activités spécifiques visant à faire disparaître des contraintes imposant des limites sensibles à l'impact des interventions. L'on s'attend à ce que ces activités soient menées à bien par toute une série de partenaires, chacun agissant selon son mandat et son domaine de spécialisation. Bien que différentes actions puissent exercer un certain impact dans le sens d'une accélération des progrès, des critères bien définis et des faits établis par l'expérience du terrain sont utilisés pour hiérarchiser les actions susceptibles d'avoir le maximum d'effets. L'ajout de valeur apporté par le CAO dépend de manière essentielle d'une identification et d'une hiérarchisation systématiques, ainsi que d'un solide partenariat d'exécution.

FIGURE 2 : PRÉPARATION D'UN PLAN D'ACTION OMD

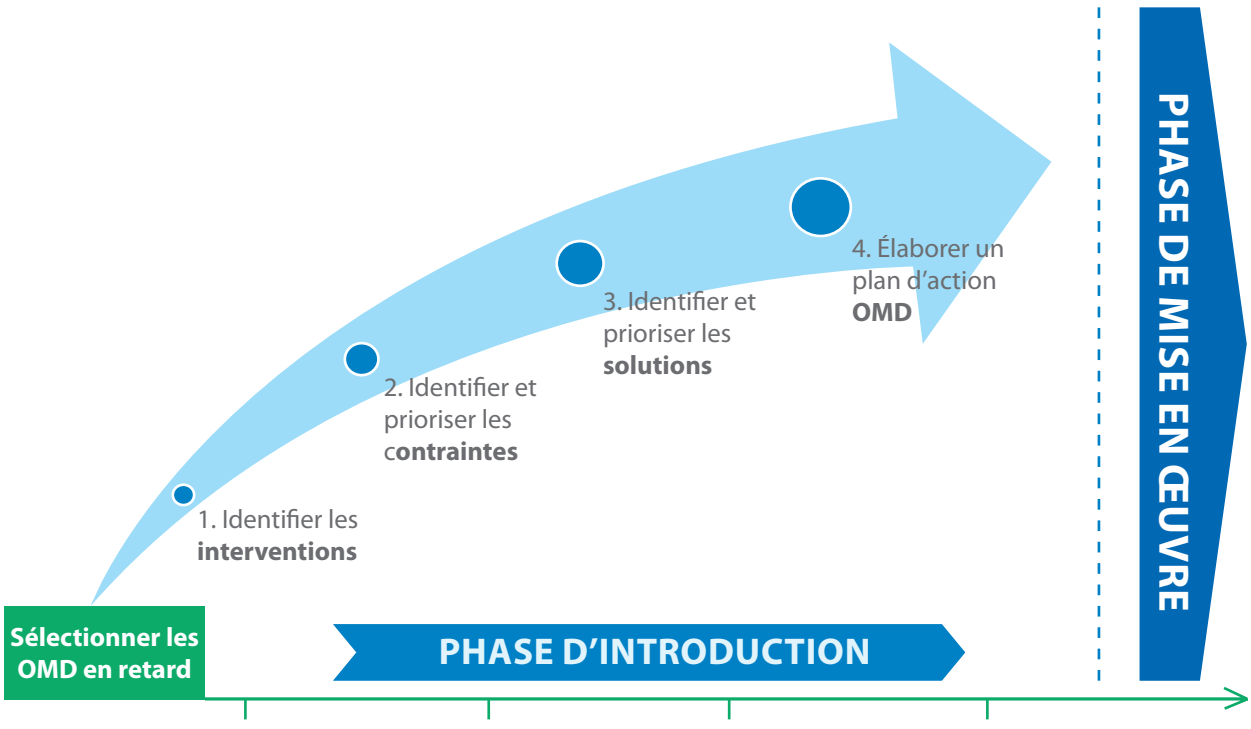
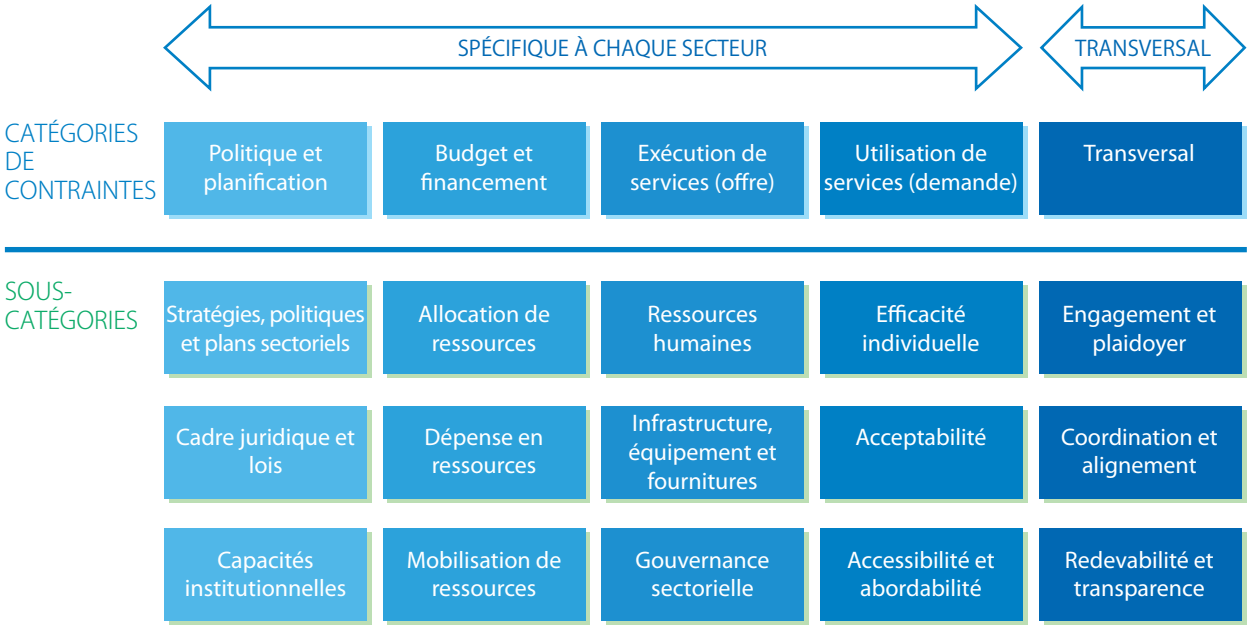


FIGURE 3 : ÉVALUATION DE CONTRAINTES DANS LE CADRE DU CAO



Source : GNUD 2010, Cadre d'accélération des OMD

L'introduction est idéalement achevée dans un délai de trois mois environ, mais peut nécessiter davantage de temps si le processus se poursuit dans un contexte de changement, par exemple sous la forme d'un remaniement ministériel ou d'une réattribution des tâches au sein d'un ministère clé.

La seconde phase du processus CAO – la mise en œuvre – est lancée lorsque l'introduction est achevée. Les véhicules principaux de la mise en œuvre sont les plans de travail annuels des ministères et services concernés, appuyés par des budgets nationaux et infranationaux. Dans la plupart des pays, le soutien technique et financier de partenaires joue un rôle important. En fonction du pays et du contexte thématique, des rôles sont parfois dévolus au secteur privé, à des ONG et à des organisations communautaires (OC). Un soutien peut également être tiré suite à la création d'un lien entre le plan d'accélération et des initiatives mondiales et nationales portant sur des pays entiers.

À la différence de la phase d'introduction, la mise en œuvre nécessite un effort soutenu de longue durée. Les efforts de plaidoyer et de communication, aux niveaux mondial, régional et national, sont critiques pour rallier des partenaires supplémentaires tout en préservant l'intérêt et l'élan et en associant le plan d'action de manière stratégique à d'autres initiatives, pour autant que ce soit pertinent. Au cours de cette phase, il faudra également veiller à maintenir la mise en œuvre au travers de toute transition politique, telle qu'un changement dans la direction du pays.

Le mécanisme de coordination mis en place au cours de l'introduction conserve toute son importance au cours de la mise en œuvre, bien qu'il soit préférable de confier le suivi formel aux mécanismes existants du gouvernement et des partenaires participants. Le plan d'accélération même est dynamique, car des réexamens périodiques contribuent à identifier de nouveaux partenariats et à repenser l'ordre des priorités des contraintes auxquelles s'attaquer et les solutions y afférentes. À mesure que certaines contraintes sont éliminées ou atténuées grâce à la mise en œuvre d'un ensemble d'actions initiales, d'autres peuvent devenir plus importantes et appeler à une attention prioritaire (encadré 1).

1.2 DE QUELLE MANIÈRE LES PAYS UTILISENT-ILS LE CAO ?

Les pays ont établi des plans d'action des OMD nationaux pour différents domaines thématiques (figure 1). Nombre d'entre eux se rapportent directement à des thèmes OMD mondiaux – par exemple, faim et mortalité maternelle – bien que dans certains cas, ils travaillent à réaliser une cible redéfinie au niveau national, tel que l'accès universel à l'eau potable .

Des plans d'action pour l'accélération des OMD ont également été définis pour des priorités nationales allant au-delà des thèmes OMD globaux. Ils comprennent par exemple l'autonomie économique des femmes (Cambodge) et des personnes handicapées (Costa Rica), la qualité de l'enseignement (Tuvalu), l'accès à l'énergie (Tadjikistan) et les maladies non contagieuses (Tonga).

De nombreux pays (tels que le Cambodge et l'Indonésie) ont appliqué le CAO pour élaborer des plans d'accélération au niveau infranational, et notamment, même lorsque la cible OMD a été atteinte dans l'ensemble au niveau national. Les plans infranationaux permettent d'accorder une attention accrue à des priorités locales. Ils permettent également d'appliquer des solutions de manière prioritaire à des contraintes dont les effets se font surtout sentir dans une partie donnée du pays, ou face à un groupe donné de la population, ce qui contribue à affronter certaines des causes sous-jacentes des inégalités et des disparités dans la réalisation des OMD.

Plusieurs pays ont appliqué le CAO en plusieurs fois, afin de s'attaquer à de multiples objectifs en retard. Ainsi, le Togo a initialement appliqué le CAO pour faire face à la pauvreté rurale, pour l'appliquer ensuite à la réalisation des cibles relatives à l'eau et l'assainissement. En Colombie, l'application initiale du CAO dans six territoires (des départements et des municipalités) a été suivie de son utilisation élargie dans d'autres territoires du même type, ce qui a abouti à la formulation de plus de 70 plans d'action au niveau infranational. La gamme de ces applications démontre la souplesse et l'adaptabilité du CAO, ainsi que sa pertinence, dans des contextes différents.

Bien que chaque plan d'action s'attaque à un OMD spécifique ayant accumulé du retard, les synergies qui s'exercent entre différents objectifs engendrent des retombées positives sur les autres. Par exemple, un plan d'action visant la mortalité maternelle ou la parité de genre dans l'enseignement aura également des impacts positifs sur la mortalité infantile.

1.3 EN QUOI LE CAO OPÈRE-T-IL UNE DIFFÉRENCE ?

Le CAO répond à une volonté politique manifeste de prendre des mesures face à des cibles OMD qui ne sont pas sur la bonne voie. L'expérience acquise dans plus de 50 pays montre que cette volonté, qui s'exprime par le leadership ou la prise en main par le gouvernement, est cruciale pour le succès d'une application du CAO. Au cours de la phase introductive, le gouvernement collabore avec les partenaires pour repérer les contraintes et les solutions prioritaires, et pour définir les rôles dans le cadre de la mise en œuvre. Dans une situation type, l'appui fourni par l'équipe de pays des Nations Unies (UNCT) est coordonné par le Coordonnateur résident, le leadership gouvernemental étant assuré par le ministère de tutelle concerné, travaillant de concert avec un ministère trans sectoriel, tel que celui du Plan ou des Finances. Des Organisations Non Gouvernementales (ONG) et des Organisations de la Société Civile (OSC), et notamment l'université, des associations professionnelles, le secteur privé et des communautés locales, y participent également, comme le font des partenaires extérieurs à l'UNCT, tels que des bailleurs bilatéraux et multilatéraux.

Grâce à cet arrangement, un large éventail d'acteurs, actifs aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur du domaine thématique d'intérêt immédiat, peut participer à la recherche de solutions pouvant résider en dehors du secteur en cause. Un des moyens par lesquels le CAO peut ajouter de la valeur consiste justement à tirer parti de ces opportunités de coopération multisectorielle et transversale, y compris celles où des agences individuelles sont en mesure de travailler de concert. Les solutions qui s'en dégagent conduisent souvent à adopter des approches innovantes et de nouvelles technologies. Elles peuvent également conduire à une généralisation de plans probants à partir des enseignements dégagés de projets pilotes, et fournir des renseignements sur les mesures d'adaptation requises pour résoudre des contraintes spécifiques à des régions ou des populations. Et parce qu'elles reposent sur des procédures et des stratégies existantes, elle fournissent des indications cruciales sur la manière dont ces dernières devraient être réorientées, coordonnées ou complémentées pour produire un impact accru, ce qui est préférable à l'introduction d'un plan d'action entièrement « neuf ». Loin de n'être qu'une stratégie indépendante, le CAO constitue un ensemble d'interventions de politiques et de solutions concrètes capables de complémenter et de renforcer des politiques et programmes existants.

La qualité et la spécificité du plan d'accélération d'un OMD dépendent de la qualité des données et des éléments factuels disponibles : dans certains pays, des données inexactes, dépassées ou peu pertinentes constituent un grave handicap à la préparation du plan d'action. De manière générale, les chances de voir le plan d'action produire des effets concentrés et réels seront d'autant plus grandes que la qualité des faits et des données disponibles, y compris les données désagrégées, et que le degré de participation du partenariat, seront meilleures.

1.4 QU'Y A-T-IL DE NOUVEAU DEPUIS 2010 ?

Le rapport 2010 sur le CAO, « *Favoriser le progrès : pour une accélération de la réalisation des OMD d'ici 2015* » présentait les résultats obtenus dans chacun des 10 pays pilotes[6] ainsi qu'une synthèse des enseignements dégagés. Ce document décrivait et analysait en particulier les plans d'action abordant la pauvreté rurale, la mortalité maternelle, l'enseignement et les inégalités infranationales.

Depuis lors, l'expérience tirée de l'usage du CAO a fortement progressé dans différentes directions. Au plan thématique, le CAO a été appliqué à des nouveaux domaines : la faim, l'autonomisation économique, l'eau et l'assainissement, le VIH/SIDA, les maladies non contagieuses, les inégalités fondées sur la population, et d'autres domaines encore. Au plan géographique, plus de 50 pays appartenant à des régions différentes et se trouvant à différents stades de développement ont fait usage du CAO, ce qui a engendré un corpus d'expérience diversifié et une communauté élargie de professionnels prêts à l'appuyer. Cette évolution a bénéficié d'un travail de codification et de diffusion d'orientations techniques par la publication d'une note opérationnelle et d'une boîte à outils.[7] Cette diffusion a favorisé l'emploi du CAO en tant que mécanisme directeur dans le cadre de plusieurs initiatives débordant de l'intention originale d'accélérer la réalisation de cibles OMD. C'est ainsi que le gouvernement ukrainien l'a utilisé dans l'examen exhaustif de son Programme national de lutte contre le sida, et qu'il en a été fait usage pour l'initiative d'accélération Education Pour Tous (EPT) en Afrique.

Des gains significatifs de connaissances et d'expérience se sont dégagés de l'application des plans d'accélération des OMD dans les pays pilotes (et les premiers pays à adopter le CAO)[8]. Certains d'entre eux portent sur les nouvelles opportunités qui se présentent désormais pour appliquer ces plans plus avant. En 2011, l'Union européenne (UE) a annoncé son initiative, financée à raison d'un milliard d'euros, pour appuyer l'accélération des OMD dans les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique, déclarant que les plans d'accélération basés sur le CAO étaient admissibles à ce soutien. Dans les pays individuels, d'autres bailleurs bilatéraux se sont ralliés à la mise en œuvre, que ce soit en alignant des éléments de leurs propres programmes sur des priorités de plan d'action, ou en aidant les gouvernements dans leurs efforts pour agir dans le même sens.

À la fin de 2012, le Conseil des chefs de secrétariat (CCS)[9] du système des Nations Unies a retenu la proposition du président de la Banque mondiale d'étudier les lacunes dans la mise en œuvre de plans d'accélération des OMD au niveau national, et d'examiner la manière dont il conviendrait d'apporter aux différents pays un soutien cohérent et significatif pour les combler. La première réunion de ce type s'est tenue en 2013, et d'autres sont prévues à intervalles de six mois, offrant ainsi la perspective de nouveaux progrès significatifs dans la mise en œuvre des plans d'action. Par ailleurs, plusieurs initiatives mondiales visant à mobiliser le soutien d'un large éventail d'acteurs - tels que les initiatives *Défi Faim Zéro, Chaque Femme Chaque Enfant, Renforcer la Nutrition* - offrent également des possibilités d'association avec des initiatives concrètes sur le terrain par le biais de plans d'accélération nationaux.

En présentant les résultats préliminaires de cet ensemble étendu de pays et de cette plus grande diversité d'expériences, le présent rapport vise à cerner certaines des évolutions qui ont eu lieu après 2010. Il cherche également à dégager des conclusions élargies sur les impératifs à appliquer pour accélérer les progrès d'ici à 2015 et pour préserver les résultats par la suite dans le contexte de priorités nationales émergentes. Illustrer toute la portée de l'accélération des OMD et de l'expérience acquise en matière de CAO constituerait une tentative prématurée. Néanmoins, le présent document offre une compilation et une analyse sur la base des constatations dégagées à ce jour dans des pays individuels.

Ce document est organisé en trois parties : la première présente le CAO et les principales évolutions le concernant ; la seconde présente et analyse l'expérience tirée d'un certain nombre de pays dans les domaines de la faim, de la santé, et des inégalités basées sur la population ; et la troisième examine en rétrospective ce qui a été appris, tout en formulant des recommandations concernant les actions à entreprendre d'ici à 2015 et au-delà.

ENCADRÉ 1 : DÉMARCHES POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS - UN EXEMPLE VENANT DU GHANA

Le Plan d'accélération des OMD au Ghana (2010)[10] a été formulé en réponse à la déclaration présidentielle selon laquelle la mortalité maternelle dans le pays constituait une « urgence nationale ». Ce taux de mortalité maternelle y a décliné régulièrement, mais trop lentement pour atteindre la cible d'ici à 2015. De plus, les moyennes nationales masquaient de très fortes variations régionales, le taux dans les zones rurales reculées de la Haute Volta atteignant 2,25 fois celui enregistré dans l'agglomération d'Accra.

Depuis 2000, de nombreuses initiatives ont été lancées pour renforcer les interventions s'attaquant directement au problème de la mortalité maternelle. En 2010, plus de 37 politiques et stratégies avaient été définies pour faire face à ce problème, et le Ghana est alors entré en rapport avec le système des Nations Unies en vue de recevoir une assistance dans la formulation d'un plan d'accélération. Sous la conduite du ministère de la Santé et du Service de santé ghanéen, et bénéficiant d'un appui technique coordonné par le Coordonnateur résident des Nations Unies, le plan d'accélération a été défini en recourant à l'approche CAO et visait à améliorer l'efficacité des interventions en affrontant les causes directes et indirectes des décès maternels.

En sus des représentants des autorités de santé, les principaux participants comprenaient ceux de la Commission nationale du plan de développement, du ministère des Finances et de la Planification économique, de l'Office statistique du Ghana, des associations médicales et dentaires, du secteur privé, des OSC et NGO actives dans ce domaine, des agences de l'ONU, des élus locaux et d'autres partenaires au développement. La validité technique et l'acceptation du plan d'action ont été assurées au terme de consultations, d'évaluations techniques et de validations au cours de plusieurs étapes.

Les contraintes à éliminer à titre prioritaire étaient notamment ceux, de nature sociale, culturelle et économique, qui entravaient l'accès de femmes et de filles à des services de santé procréative et à une prise en charge médicale pendant la grossesse. Alors que de nombreuses solutions existaient au sein même du secteur de la santé, plusieurs d'entre elles ne pouvaient être appliquées sans une collaboration active avec d'autres secteurs ou avec des partenaires non gouvernementaux et non traditionnels.

L'impulsion initiale nécessaire à la réalisation du plan d'accélération est venue du gouvernement lui-même. Des efforts particuliers de plaidoyer et de sensibilisation ont également été déployés afin de mobiliser des partenaires supplémentaires et d'obtenir un soutien aussi large que possible. Quelques faits saillants :

- Un système d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stocks de produits de planification familiale utilise des smartphones et des mobiles pour saisir et transmettre des données. Il est prévu de l'étendre à l'issue de la phase pilote initiale ;
- Suite à un accord avec le Syndicat ghanéen des transports, un système de bons de transport a été mis en place pour assurer le transport à titre gratuit de femmes vers des maternités au moment de leur accouchement ;
- Un renforcement des programmes d'études, trois nouvelles écoles d'accoucheuses et une refonte de la politique nationale de santé reproductive et du protocole en la matière ont contribué à étendre le champ d'application et la qualité des services de santé maternelle ;
- Plus de 100 millions de dollars US ont été mobilisés, principalement auprès de bailleurs traditionnels mais également auprès du secteur privé ;
- De solides partenariats ont été noués pour appuyer la mise en œuvre d'éléments spécifiques du plan d'action, en particulier avec le Department for International Development (R.-U.), l'Agence danoise pour le développement international (DANIDA), l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ; ainsi qu'au sein de l'Équipe de pays des Nations Unies (Organisation mondiale de la santé [OMS], Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], Fonds des Nations Unies pour la population [FNUAP], Programme alimentaire mondial [PAM], et PNUD), ainsi qu'avec des ONG sélectionnées, dont les syndicats des transports.

Suite à un examen du plan d'action lors de la réunion du Conseil des chefs de secrétariat (CCS) des Nations Unies en avril 2013, plusieurs nouvelles initiatives sont en cours. Elles ont trait notamment à l'implication de la communauté pour développer la demande en services de santé maternelle, à l'élaboration d'un programme de prestations de maternité garantissant un niveau minimum de protection sociale aux mères enceintes et allaitantes, et à une notation accélérée des établissements de santé sur la base de leurs prestations. Cet examen a également permis de mobiliser des partenaires supplémentaires, en particulier l'Organisation internationale du travail (OIT) et la Banque mondiale.

La mise en œuvre de ce plan d'action a été renforcée par un effort de plaidoyer soutenu de la part d'acteurs multiples sur des forums aussi bien nationaux qu'internationaux. L'engagement d'organisations à base communautaire et de chefs traditionnels a également joué un rôle important. Dans des zones reculées du pays, des volontaires communautaires interviennent dans la prestation de services de santé en assurant le suivi des décès maternels et de la prise en charge de nouveau-nés, des programmes de vaccination et d'autres services de base. Des leaders traditionnels tels que les « Reines mères » [11] ont également amené des femmes à rechercher des soins maternels en temps utile.

Un comité de pilotage *ad hoc* assure la surveillance de la mise en œuvre et prévoit de passer le plan d'action en revue en 2014. À cette occasion, il cherchera notamment à établir si un nouvel ensemble de contraintes freine aujourd'hui les progrès, étant donné que le premier ensemble de contraintes, jugé prioritaire en 2010, a bénéficié d'une action concertée depuis lors.

2. MESURES D'ACCÉLÉRATION DES OMD

La présente section fait état de l'expérience de la pratique du CAO dans trois domaines thématiques : la lutte contre la faim et la pauvreté, la santé, et les inégalités économiques. Pris ensemble, ces trois thèmes représentent une part très importante des activités de CAO des différents pays, y compris de ceux cherchant désormais à répondre à des priorités débordant de la série des OMD, tels qu'ils ont été présentés au niveau international au départ.

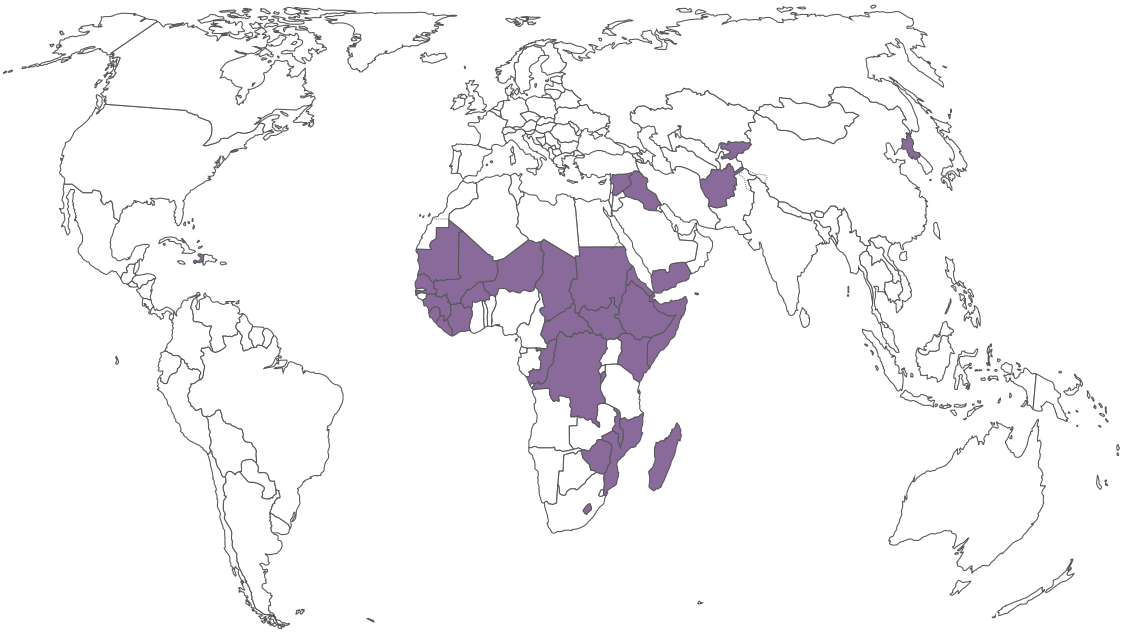
2.1 RÉDUCTION DE LA FAIM

La plupart des plans d'accélération des OMD visant à alléger la faim et la pauvreté sont menés en Afrique. De tels plans existent aussi ailleurs, mais ils concernent généralement des régions à l'intérieur de pays et sont principalement destinés à aplanir des disparités géographiques. Plusieurs des plans d'accélération des OMD relatifs à la faim se trouvent au Sahel, à savoir, au Burkina Faso, au Tchad, au Mali et au Niger, reflétant ainsi la gravité des crises alimentaires qui ont frappé cette région du monde, la plus récente remontant à 2012 (la figure 4). En dehors du Sahel, le plan d'accélération de la République centrafricaine (RCA) est également focalisé sur la faim, car ce pays est aussi affecté par une crise.

Le fait que ces pays sahéliens aient connu des crises récurrentes explique au moins en partie la grande lenteur du déclin de la pauvreté et de la faim, et les faibles progrès de la nutrition qu'on y a enregistrés, quand les incidences de la faim et de la pauvreté n'y ont pas augmenté. Au Niger, par exemple, les taux de pauvreté sont restés presque stationnaires sur une période de vingt ans, ne diminuant que lentement de 1993 (63 pour cent) à 2008 (59 pour cent), tandis que le pourcentage des enfants de moins de 5 ans affectés par l'insuffisance pondérale a baissé de 36 pour cent en 1992 à 34 pour cent en 2009.[12] Une situation semblable prévaut au Burkina Faso, où le taux de pauvreté a bien reculé de 46 pour cent en 2003 à 44 pour cent en 2010, mais où le pourcentage des moins de 5 ans de poids insuffisant, qui était de 34 pour cent en 1998, est monté jusqu'à 46 pour cent en 2005, avant de retomber à 32 pour cent en 2007.[13]

Les plans d'action menés dans cette région ont plus particulièrement intégré des mesures de court et de long terme en cherchant à affronter les différentes dimensions de la sécurité alimentaire[14], c'est-à-dire, la disponibilité, l'accès, l'utilisation et la stabilité, d'une manière *globale*.[15] Cette approche établit des bases intégrées pour des interventions humanitaires et développementales, les premières conduisant aux secondes et aboutissant, à terme, à un renforcement de la résilience aux chocs. Par exemple, le plan d'action lancé au Niger vise à mieux adapter les filets de sécurité sociale aux besoins des ménages transhumants en introduisant des programmes de travaux rémunérés en numéraire ou en nourriture en vue de développer des infrastructures rurales partagées, notamment des corridors de mouvement pour les troupeaux d'éleveurs itinérants.

FIGURE 4 : PAYS AYANT BESOIN D'UNE AIDE ALIMENTAIRE EXTÉRIEURE (MARS 2012)



Source : FAO, 2012 [16]

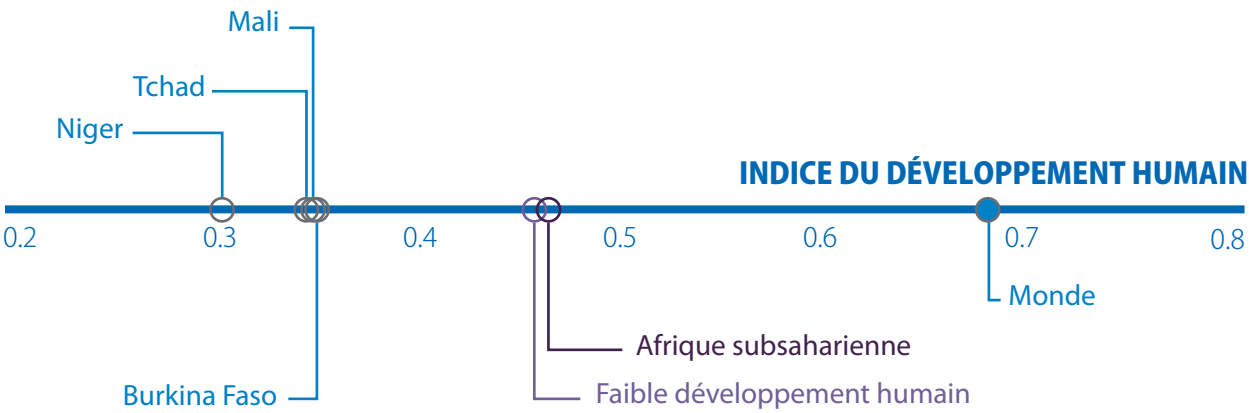
Même dans le contexte alimentaire plutôt sombre de ces pays, certaines régions et populations sont encore plus mal loties que d'autres, et les plans ont permis d'introduire des solutions visant spécifiquement à leur venir en aide. C'est ainsi qu'au Burkina Faso, le plan d'action s'est particulièrement préoccupé d'améliorer les moyens de subsistance des femmes pauvres en promouvant la transformation du lait, l'aviculture (et d'autres activités basées sur l'élevage du cheptel familial) et l'utilisation durable de produits forestiers non ligneux. Les initiatives de transformation du lait en particulier visent à tirer parti des efforts d'électrification rurale. On a également accordé la priorité aux besoins nutritionnels de groupes vulnérables, par exemple les enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, dont le profil nutritionnel diffère de celui du reste de la population. C'est peut-être grâce à cette politique que la crise alimentaire de 2012 n'a eu qu'un impact limité sur la nutrition.

Tous les plans pour la région reconnaissent que la détérioration du capital naturel rend le problème de la faim plus aigu, raison pour laquelle ils comprennent des mesures de durabilité environnementale et d'adaptation aux changements climatiques. Par exemple, les plans d'action du Tchad et du Mali prévoient de former des petits producteurs aux moyens de préserver la fertilité des sols, tandis que le plan nigérien prévoit la diversification des cultures ainsi que la gestion durable du cheptel.

C'est au Burkina Faso et au Niger que la mise en œuvre des plans d'action est la plus avancée (voir l'encadré 2). Deux éléments jouent un rôle particulier au cours de cette phase. Le premier concerne le dynamisme et l'adaptabilité des plans mêmes. Au Burkina Faso, où le gros de la mise en œuvre est assuré par les ministères de tutelle impliqués dans l'opération de CAO, d'autres acteurs ont également été mis à contribution après la finalisation du plan d'action en vue de réaliser certaines des solutions retenues. Par exemple, le ministère de la Jeunesse et de l'Emploi s'est occupé de renforcer les moyens de subsistance en milieu rural, tandis que le Millenium Challenge Account a construit des routes rurales qui ont facilité l'accès de producteurs à des marchés dans la région de Mouhoun, plus affectée que d'autres. Au Niger, le plan d'action s'est inscrit dans la stratégie nationale de sécurité alimentaire, désignée stratégie 3N (*Les Nigériens nourrissent les Nigériens*) qui est devenue le principal instrument de mise en œuvre du plan. Un second élément tient à l'implication continue d'instances de coordination centrales plutôt que d'un seul ministère de tutelle tout au long de la mise en œuvre. Au Burkina Faso, cette instance est le ministère responsable de l'économie, alors qu'au Niger, elle est constituée par un Haut Commissariat ad hoc, chargé de surveiller la stratégie nationale de sécurité alimentaire.

Ces pays sahéliens se situent au bas du classement dans l'Indice du développement humain, témoignant de déficits structurels et de limites de capacité graves (voir la figure 5), qui se manifestent par exemple au niveau des prestations de services ou des systèmes de suivi statistique. Cette situation est rendue encore plus difficile par la forte croissance démographique et l'instabilité politique de la région. Il est évident que face à de telles circonstances, des actions complémentaires s'imposeront à long terme pour garantir la poursuite des progrès.

FIGURE 5 : DÉVELOPPEMENT HUMAIN DANS DES PAYS SAHÉLIENS SÉLECTIONNÉS



Source : Données OCHA 2013 et Rapport sur le développement humain 2013[17] du PNUD

ENCADRÉ 2 : ACCÉLÉRATION ET MAINTIEN DE L'ÉLAN DES TRAVAUX DU CAO AU NIGER

Le plan d'action des OMD nigérien a été achevé en 2011. Suite à un changement de gouvernement, il est devenu un élément central de la nouvelle stratégie nationale de sécurité alimentaire. Appelé « Initiative 3N » (Les Nigériens nourrissent les Nigériens), il comprend le plan d'action pour l'accélération des OMD et des mesures additionnelles visant à améliorer la coordination et la gouvernance[18]. En plus de ses contributions matérielles, le réseau d'ONG et de partenaires mis en place au cours du processus CAO a participé à la préparation de l'initiative 3N et a contribué à son acceptation élargie. La mise en œuvre de l'initiative 3N est dirigée par un Haut Commissaire de rang ministériel qui rassemble les différentes branches du gouvernement au sein d'un groupe de travail ad hoc, lequel comprend également des partenaires extérieurs - membres de l'équipe de pays des Nations Unies, Banque mondiale, bailleurs et ONG internationales.

Dès le départ, le gouvernement a pris l'engagement d'investir 30 millions de dollars US, mobilisés au Niger, sur une période de 5 ans, en soutien des efforts d'accélération, ce qui a stimulé l'intérêt et l'appui de partenaires. Dans le cadre de cet engagement, le gouvernement a mis en place, par le biais de la Banque Agricole du Niger (BAGRI), des dispositions de crédit renouvelable et un système de garanties au profit des petits producteurs. Il a également subventionné la distribution de plus de 6 000 tonnes de semences à des petits producteurs en 2011 et 2012. Pendant cette période, des partenaires tels que l'UE et le JICA ont engagé des ressources financières de plus de 25 millions d'euros et aligné des activités répondant spécifiquement aux priorités de l'initiative 3N.

La mise en œuvre de 3N bénéficie également de l'appui de plusieurs initiatives régionales et mondiales. Il s'agit entre autres du Programme national d'investissement agricole (PNIA) de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), du Programme de développement de l'agriculture africaine (PDAA), du Programme pilote pour la résilience climatique de la Banque africaine de développement, de l'Alliance globale pour l'initiative Résilience (AGIR-Sahel), et d'initiatives de partenariat et de plaidoyer telles que le partenariat visant à éliminer la faim et la dénutrition chez les enfants (REACH) et l'initiative Renforcer la nutrition (SUN).

Au cours de la période, le système multilatéral est également intervenu en soutien de la mise en œuvre grâce aux actions spécifiques de plusieurs agences (FAO, FIDA, UNCDF, UNICEF, PNUD, ONU-FEMMES, PAM, Banque mondiale et d'autres). Ces actions ont bénéficié d'une impulsion supplémentaire après une étude des meilleurs moyens d'accroître cette assistance commune menée par le Conseil des chefs de secrétariat du système des Nations Unies. Les mesures auxquelles on peut s'attendre désormais sont l'extension des programmes à filet de sécurité (transferts monétaires et travaux rémunérés en numéraire), la restauration d'écosystèmes et la diffusion en temps utile d'informations climatiques et d'outils météorologiques de décision aux agriculteurs.

Conscients de la complémentarité et de l'étendue dans la durée des mesures requises pour assurer un progrès soutenu, les auteurs de l'initiative 3N l'ont intégrée dans la stratégie nationale de développement et de réduction de la pauvreté, le Plan de développement économique et social du Niger (PDES) 2012-2015. En novembre 2012, des engagements totaux de quelque 4,8 milliards de dollars, à échelonner sur les années 2012 à 2015, avaient été pris par la table ronde des bailleurs en soutien de la mise en œuvre du PDES.

La FAO a récemment annoncé que des gains sensibles avaient été enregistrés au Niger en ce qui concerne l'allègement de la faim, mesurée par la proportion des personnes sous-alimentées au sein de la population.[19] Des signes de résilience améliorée sont également notés : la campagne agropastorale de 2011-2012 a permis de réduire la population exposée à l'insécurité alimentaire, qui est tombée de 5,5 millions de personnes en novembre 2011 à 2,5 millions en juin 2013.[20] Cela pourrait expliquer pourquoi le nombre de gardiens de troupeaux visitant les centres de secours pendant la sécheresse de 2012 était inférieur à celui enregistré lors de précédentes sécheresses d'ampleur comparable.

2.2 AMÉLIORER L'INCLUSION ÉCONOMIQUE

Les opportunités économiques offertes aux individus et aux ménages, sous la forme d'emplois, de moyens de subsistance et de création d'entreprises, sont liées de près aux politiques macroéconomiques du pays. Dans la mise en œuvre de plans d'action pour réaliser des OMD, on prend ces politiques pour acquises en présupposant qu'elles ont déjà été optimisées en vue d'atteindre des cibles spécifiques de croissance et d'emploi au niveau national, en s'appuyant sur un processus de planification bien établi. Pour cette raison, une analyse de type CAO de ces politiques n'apporterait probablement que peu d'éléments nouveaux.

Cependant, il se peut que certaines populations ne jouissent que d'une proportion anormalement basse de ces opportunités, ce qui pourrait refléter, voire même perpétuer, des schémas préexistants d'inégalité. Dans de tels cas, la méthodologie du CAO pourrait contribuer à identifier et éliminer les contraintes qui compromettent l'avancement économique de ces populations. Si elle est utilisée efficacement, il serait possible de réduire les écarts fréquemment observés dans les gains médians entre groupes de population, par exemple entre femmes et hommes, ou entre personnes handicapées et personnes valides.[21] Les différences de ce type s'associent souvent à une pauvreté accrue, liée à de faibles niveaux de rémunération. Elles peuvent également refléter des différences d'opportunité.

La réduction de telles inégalités constitue un objectif normatif important en tant que tel, nécessaire pour progresser vers la réalisation d'objectifs et de cibles universels. Mais elle peut également dégager des retombées positives. Dans le cas des femmes en particulier, il a été démontré que de telles avancées économiques avaient des répercussions bénéfiques pour la réalisation d'autres objectifs de développement humain, tels que la santé infantile et l'éducation. De nombreux pays possèdent des lois et mécanismes officiels pour réduire des écarts de ce type, mais leur impact est parfois limité.

La figure 6 propose une représentation schématique aidant à analyser l'autonomisation économique des femmes. Ce schéma peut facilement se généraliser à d'autres cas, comme celui des personnes handicapées ou autres groupes désavantagés. Il repose sur l'idée centrale selon laquelle le destin économique d'un individu, sous la forme d'un emploi, d'un moyen de subsistance et ou d'une entreprise en propre, dépend de l'aptitude de cet individu à tirer parti des opportunités qui sont générées par la croissance économique, par les politiques publiques, et par la croissance du secteur privé.

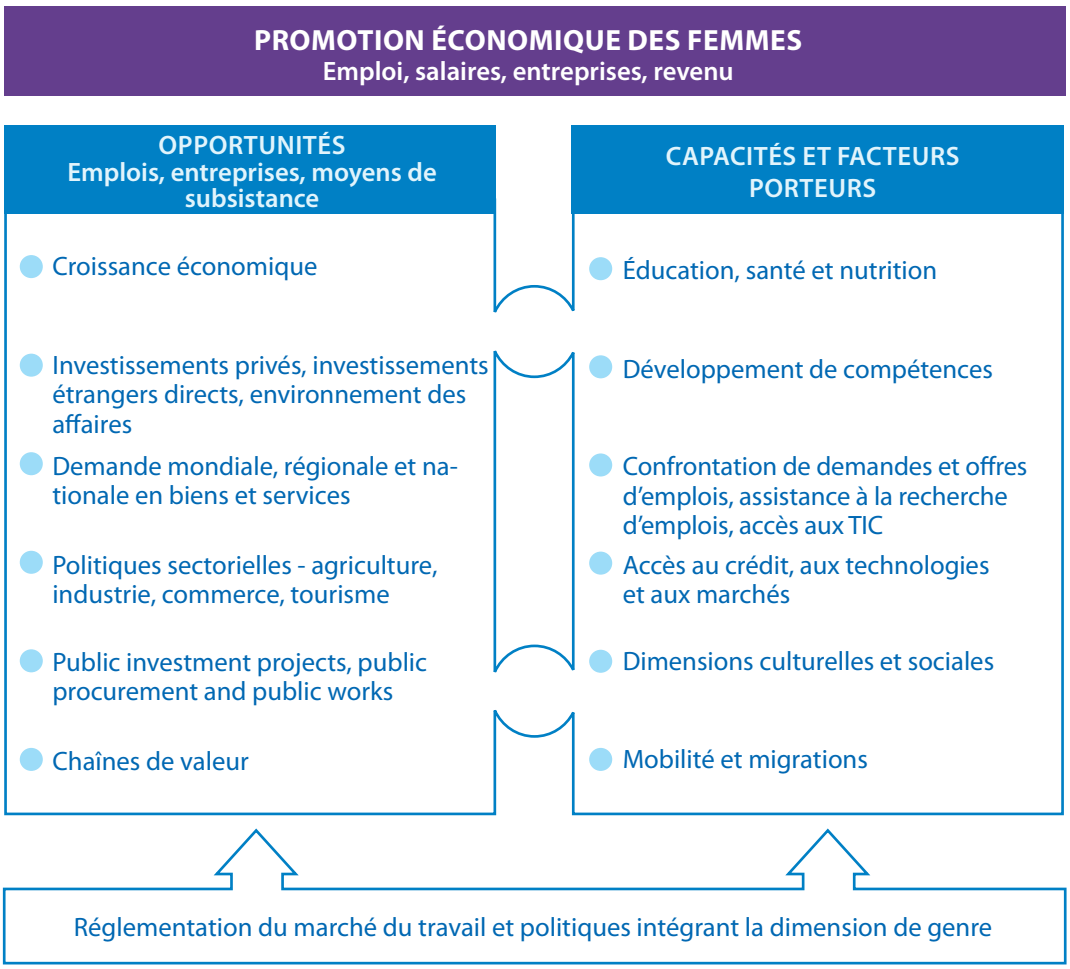
La première étape de l'analyse fait le point sur la nature et sur les déterminants des possibilités économiques qui sont disponibles sous la forme d'emplois, d'entreprises ou de moyens de subsistance. Les caractéristiques de ces opportunités varient selon les secteurs (ainsi, celles offertes par le tourisme sont différentes de celles qui existent dans l'agriculture) et selon les conditions ambiantes, telles que l'environnement des affaires. L'étape suivante consiste à examiner les capacités individuelles, par exemple les compétences, et les éléments habilitants, notamment l'accès au crédit, ou la disponibilité d'informations sur les options envisageables qui aident des individus à tirer parti d'opportunités.

Cela conduit à l'analyse des contraintes, dont certains affectent tous les individus de façon semblable – par exemple, le manque d'information en temps utile sur les perspectives d'emploi – alors que d'autres facteurs pourraient être spécifiques à un groupe donné, ou avoir des incidences variables selon les groupes. Par exemple, des femmes

peuvent être moins mobiles en raison de leurs responsabilités au foyer. Même quand une contrainte donnée, par exemple l'accès au crédit, s'exerce de façon assez générale, elle peut être exacerbée dans le cas de certains groupes de la population. Les femmes, par exemple, pourraient rencontrer les plus grandes difficultés pour obtenir du crédit si elles ne disposent pas de titres de propriété immobilière établis en leur nom. Il arrive parfois que la solution trouvée pour surmonter une contrainte doive être affinée. Ainsi, les programmes de qualification professionnelle doivent tenir compte de la difficulté pour des femmes de quitter leurs foyers pendant de longues périodes.

De nombreux plans d'action des OMD visant plus particulièrement la pauvreté contiennent des éléments spécifiques intéressant les femmes. Par exemple, le plan d'action de la République centrafricaine (RCA) comporte des indicateurs de performance spécifiques pour les femmes, tels que le nombre de femmes formées à la préparation de produits forestiers non ligneux pour le marché. Un certain nombre de plans visent spécifiquement à réduire les disparités de situation économique à travers des populations particulières. Des exemples en sont donnés par le plan d'autonomisation économique des femmes au Cambodge ; par le plan Nariño de réduction de l'écart de rémunération homme-femme dans des régions de la Colombie [22] ; par le plan de soutien des jeunes en Arménie ; et par le plan du Costa Rica en faveur des personnes handicapées.

FIGURE 6 : PROMOTION ÉCONOMIQUE DES FEMMES – DIMENSIONS CLÉS



ENCADRÉ 3 : DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE INCLUSIF À CARTHAGÈNE (COLOMBIE)

En 2010, la municipalité de Carthagène a formulé un plan d'accélération des OMD visant à améliorer la mise en œuvre de la politique d'inclusion productive qu'elle avait lancée en 2009 en faveur des populations pauvres et vulnérables (*Política de Inclusion Productiva para Población en Situación de Pobreza y Vulnerabilidad*). Une des principales interventions existantes dans la réalisation de cet objectif était celle des centres CEMPRENDE de formation, d'assistance technique et d'accès au crédit visant à faciliter l'emploi et l'entrepreneuriat parmi les pauvres et les vulnérables.

Le plan d'accélération des OMD a identifié les contraintes qui empêchaient ces centres de réaliser tout leur potentiel : manque de capacités institutionnelles, difficultés excessives imposées aux personnes vulnérables pour accéder à leurs services, absence de fonds de capital de démarrage, non-disponibilité de renseignements sur le marché du travail, absence de coordination entre différents échelons administratifs, et flux de ressources insuffisants et incertains.

Pendant que ce plan était en train d'être formulé, des efforts soutenus ont été faits pour créer des partenariats avec, d'un côté, la chambre de commerce locale et, d'un autre côté, des initiatives nationales telles que l'Observatoire du marché du travail et le programme Formation au travail du secteur touristique. Il en a résulté l'identification d'opportunités concrètes, comme celles consistant à relier des fournisseurs à des « entreprises d'ancrage », telles que des établissements hôteliers, disposées à s'approvisionner localement en biens et services pour autant que ceux-ci puissent répondre à des critères de qualité. On s'est également employé à établir les profils de qualification nécessaires pour tirer parti d'opportunités présentes et émergentes, cela amenant à déterminer de nouveaux besoins de formation (par exemple en vue de devenir « assistant en logistique ») et des possibilités de stages d'apprentissage permettant d'acquérir de l'expérience.

Dans le même temps, la mise en commun de fonds provenant de l'administration locale, de l'administration centrale, d'entreprises, de la chambre de commerce de Carthagène et de fonds de bailleurs externes est venue appuyer les capacités locales et a permis de créer un fonds de capital de démarrage en faveur du microcrédit.

Les contraintes précises d'obtention de prêts susceptibles de pénaliser les personnes les plus vulnérables, notamment les femmes, les populations indigènes, les Afro-Colombiens et les déplacés internes, ont été identifiées. Parmi ces contraintes figuraient l'absence de cautions, d'historique de crédit et de rentrées régulières en raison de la faible productivité ou de la nature de subsistance de l'activité que menaient les demandeurs de crédit. Grâce à ce souci d'atteindre des groupes vulnérables, à l'établissement de cibles, et aux mesures prises pour résoudre certaines des contraintes identifiées, le nombre de femmes se prévalant des services de ces centres est passé de 36 à 62 pour cent, et la part accordée à des femmes sur le total des microcrédits distribués a atteint 62 pour cent, dépassant largement la cible de 50 pour cent.

À partir de cette expérience initiale acquise à Carthagène, des efforts semblables sont en cours dans les territoires de Guajira, Pasto, Santa Marta, Sincelejo et Barranquilla.

ENCADRÉ 4 : INITIATIVES DE PROMOTION DE L'AUTONOMIE ÉCONOMIQUE AU CAMBODGE ET AU COSTA RICA

Au Cambodge et au Costa Rica, les responsables des plans d'accélération se sont penchés sur l'éventail des interventions possibles dans différents secteurs, au niveau national, en vue d'améliorer la situation économique des femmes au Cambodge et des personnes handicapées au Costa Rica. Dans chacun de ces pays, un cadre législatif et politique solide existait depuis plusieurs années. Au Cambodge, les plans stratégiques Neary Rattanak, qui avaient été élaborés pour des cycles quinquennaux depuis 1999, ont fourni un cadre stratégique ainsi qu'un plan solide à l'appui de l'égalité de genre. Au Costa Rica, la Loi 7600 sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées a été signée en 1996, conduisant à une augmentation constante de leur présence dans des établissements d'enseignement et des emplois rémunérés.

Dans la poursuite de ces efforts, le secteur privé à joué un rôle critique, non seulement par son appréciation des opportunités et des contraintes, mais aussi par l'agencement de solutions. Au Cambodge, parmi les partenaires du secteur privé se trouvaient notamment des établissements de crédit tels que des banques commerciales, des banques de développement rural et des institutions de microfinancement, ainsi que des associations patronales et d'affaires. Les partenaires de la société civile comprenaient des groupes tels que l'Association des entrepreneurs femmes du Cambodge, l'Association de l'artisanat féminin khmère et plusieurs coopératives agricoles. Au Costa Rica, des associations d'entreprises telles que le Réseau des entreprises inclusives (REI) et l'Association d'affaires pour le développement (AED) ont participé à la réalisation du plan d'action.

Cependant les interventions retenues en priorité n'étaient pas les mêmes dans les deux pays, reflétant les circonstances différentes qui y prévalent. Au Cambodge, les interventions ont été :

- Une formation professionnelle en adéquation avec la demande du marché ;
- La promotion de micro, petites et moyennes entreprises pour les femmes ;
- L'amélioration des moyens de subsistance de communautés rurales, particulièrement au profit de femmes.

Le ministère de la Condition féminine est celui qui est chargé des questions de genre à titre principal ; cependant, les activités évoquées plus haut sont du ressort de différents ministères de tutelle. Par exemple, la seule formation professionnelle est assurée dans plus de 375 centres sous la tutelle d'au moins six ministères[23]. La liste s'allonge considérablement si l'on prend l'ensemble des trois interventions en compte. En tout, 11 ministères ont été impliqués dans la préparation du plan d'action.[24]

Malgré leur prolifération, nombre des programmes de formation professionnelle destinés aux femmes ont été jugés comme étant de faible qualité, n'apportant pas suffisamment de compétences entrepreneuriales et d'affaires, et ayant tendance à renforcer les occupations traditionnellement réservées aux femmes au lieu de favoriser l'accès à des opportunités émergentes. Parmi d'autres contraintes, on a relevé le manque de partenariats entre le secteur privé et les centres de développement professionnel des femmes[25], l'accès limité au crédit, une collaboration interministérielle insuffisante, le manque de participation féminine aux prises de décisions et aux forums de réseautage[26], et un volume insuffisant de données désagrégées selon le genre pour affiner les politiques et leur mise en œuvre.

Les solutions d'accélération s'attaquent de manière approfondie à celles des contraintes considérées comme requérant un traitement prioritaire, en intégrant et étendant les services proposés par les centres de développement professionnel des femmes et les reliant aux débouchés offerts par les marchés. Elles visent à rehausser la collaboration entre les programmes de formation des différents ministères afin d'en améliorer la qualité et d'en réduire les chevauchements. L'une des activités présentant un bon potentiel d'impact stratégique à long terme est celle qui consiste à incorporer les questions féminines et les enjeux marchands intéressant les femmes au dialogue de politique qui se poursuit au plus haut niveau, en établissant des partenariats avec les groupes de travail sur l'industrie manufacturière, les PME, la facilitation du commerce, et la transformation de produits à l'exportation au sein du forum Gouvernement-Secteur privé.[27]

Le processus du CAO au Cambodge a été soigneusement planifié afin qu'il puisse être utilisé dans l'élaboration du prochain programme Neary Rattanak et du prochain plan quinquennal, qui constitueront tous deux les principaux véhicules de sa mise en œuvre. On s'attend à voir la création de partenariats avec le secteur privé et le renforcement de la coopération interministérielle dégager des gains certains pour l'autonomisation économique des femmes. Malgré les problèmes que pourraient causer la transition politique consécutive aux élections générales de 2013, l'incorporation d'actions prioritaires aux plans nationaux devrait assurer la continuité des efforts de mise en œuvre.

Le plan d'action au Costa Rica vise à atteindre les quatre objectifs suivants :

- Favoriser l'employabilité de personnes handicapées en comblant les insuffisances de formation de formateurs aux centres de formation professionnelle de base ;
- Au moyen d'une collaboration avec des associations professionnelles, accroître la demande du secteur privé en travailleurs handicapés ;
- Renforcer les capacités techniques des bureaux de l'emploi afin de mieux appuyer le recrutement de personnes handicapées ;
- Développer un programme pilote spécifique pour appuyer la création d'entreprises par des personnes handicapées.

Une section distincte porte sur les dispositions de gouvernance requises en matière de coordination et de mise en œuvre efficace, ce service étant abrité par le Comité technique interinstitutionnel préexistant sur l'employabilité de personnes handicapées.[28] Au-delà des dispositions officielles, un réseau officieux de champions, formé lors du processus CAO, est actif sur le terrain et favorise la progression des activités. La mise en œuvre d'activités spécifiques a été lancée. Elle bénéficie d'allocations à partir du budget national, de contributions du secteur privé et d'une subvention du Fonds d'affectation des Nations Unies pour les personnes handicapées. Comme des élections sont prévues au début de 2014, il faudra que ce thème conserve son caractère prioritaire auprès du prochain gouvernement.

2.3 AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

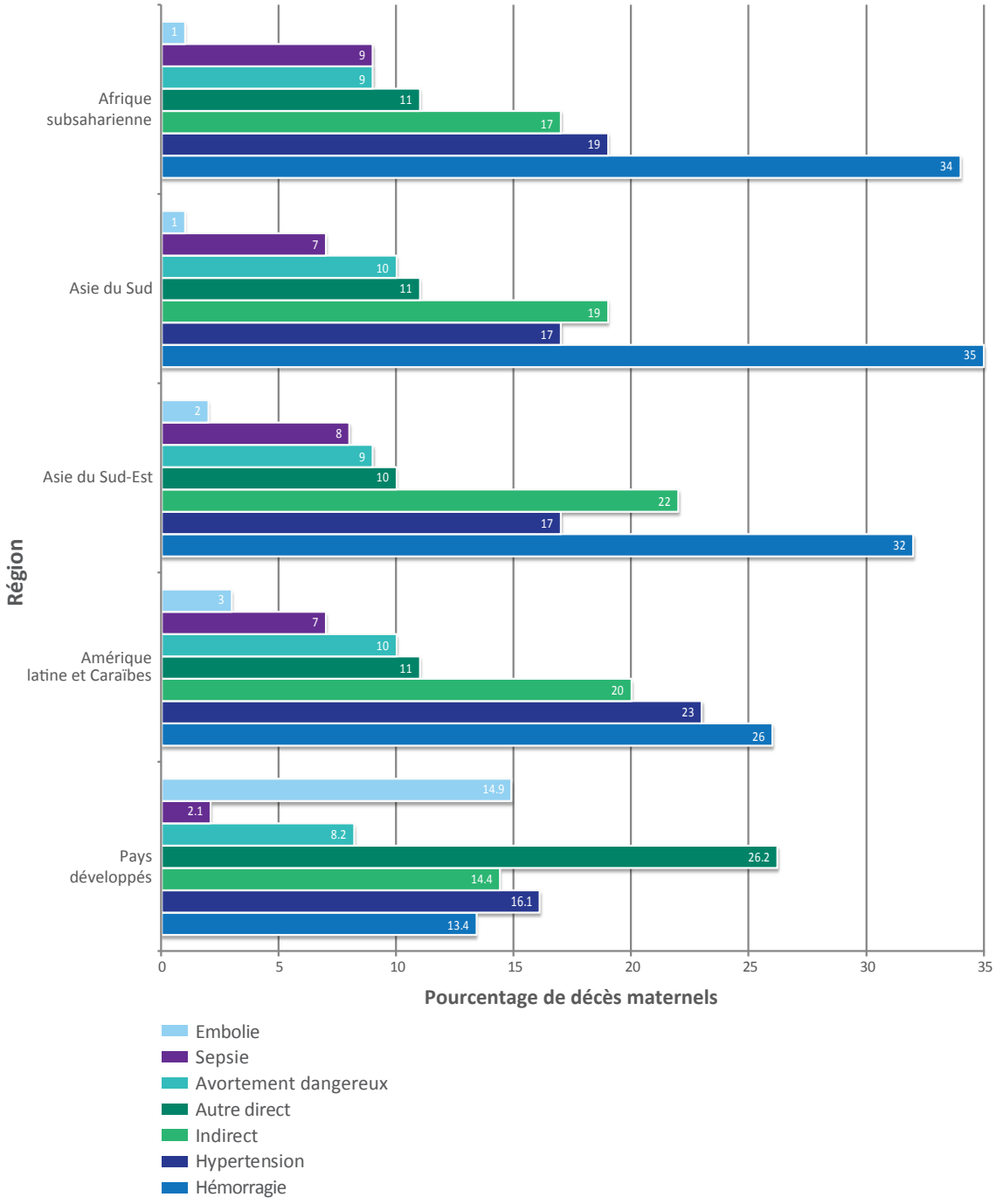
Au niveau mondial, on estime que le taux de mortalité maternelle (TMM) a baissé de 47 pour cent entre 1990 et 2010, ce qui correspond à une chute de 400 à 210 décès par 100 000 naissances vivantes. Toutes les régions ont fait des progrès, mais atteindre la cible OMD d'une réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle nécessitera des actions accélérées.[29] On estime que chaque jour, à travers le monde, quelque 800 femmes meurent de complications liées à la grossesse, et que 90 pour cent de ces décès se produisent en Afrique ou en Asie.[30]

Environ la moitié des pays qui ont élaboré des plans d'accélération des OMD les ont consacrés à la santé maternelle, ce qui reflète le fait que cette question est bien l'un des OMD dont le retard sera vraisemblablement le plus prononcé. Les plans d'accélération des OMD visant à améliorer la santé maternelle sont l'œuvre d'une diversité de pays, appartenant à plusieurs régions et types de cadres nationaux : le Botswana, le Ghana, le Lesotho, la Mauritanie et l'Ouganda en Afrique ; le Kirghizstan dans la CEI ; les Philippines et l'Indonésie en Asie ; et Le Salvador en Amérique latine.

Les cas de mortalité maternelle résultent de causes directes et indirectes qui varient dans une certaine mesure d'une région à l'autre, comme le montre la figure 7. Parmi les causes directes, on relève notamment les hémorragies, l'hypertension, les avortements dangereux et les infections. Des causes indirectes, qui représentent quelque 20 pour cent des décès au niveau agrégé régional, comprennent des affections telles que le VIH/sida, l'hépatite, le diabète, le paludisme et l'anémie par carence en fer. Bien que la proportion relative des causes directes et indirectes des cas de mortalité maternelle varie peu d'une région en développement à une autre, les facteurs causatifs dans chacune de ces régions peuvent varier sensiblement et refléter leur importance relative au sein des groupes individuels. Ainsi, l'hypertension est responsable d'une proportion relativement élevée des décès par cause directe en Amérique latine, tandis que le paludisme est à l'origine d'une part importante des décès par cause indirecte en Afrique subsaharienne et certaines parties de l'Asie.[31] De plus, les risques de mortalité à l'accouchement sont plus grands parmi les pauvres que parmi les riches, et dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Des plans d'action des OMD de lutte contre la mortalité maternelle ont été préparés au niveau aussi bien infranational que national. Ils commencent normalement par l'étude de l'ensemble standard des interventions jugées exercer un impact élevé sur la mortalité maternelle : soins prénataux, accès à un personnel accoucheur qualifié pendant l'accouchement, accès à des services obstétriques et néonatals d'urgence, services de planification familiale et de santé procréative ; ils passent ensuite à l'identification et à la hiérarchisation des contraintes et des solutions pratiques pour les résoudre.

FIGURE 7 : CAUSES DE MORTALITÉ MATERNELLE (1997-2007) PAR RÉGION



Source : OMS et UNICEF, 2010 [32]

Par une comparaison rapide des diagnostics entrepris dans le cadre du processus du CAO, il est possible de repérer certaines des contraintes les plus fréquentes dans les différents pays. Elles ne se présentent pas toutes dans chaque pays. De plus, même si certaines d'entre elles sont présentes, leur priorité relative varie d'un pays à l'autre. Toutefois, tous les pays font rapport sur au moins certaines des contraintes évoquées au tableau 1, regroupées selon les catégories de CAO.

TABLEAU 1 : CONTRAINTES FRÉQUEMMENT OBSERVÉES ET IMPACTANT LES INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

CATÉGORIE	CONTRAINTES FRÉQUEMMENT OBSERVÉES
Politique et planification	• Manque de cohérence dans les politiques appliquées (par ex., décisions de politique non appuyées par les mesures nécessaires, prolifération de feuilles de route et de politiques insuffisamment coordonnées) • Manque de clarté dans les politiques et réglementations des ressources humaines (par ex., non-réglementation des tâches des accoucheurs, normes insuffisantes pour l'accréditation du personnel de santé et de son placement) • Médiocre intégration des services liés à la santé maternelle (par ex., santé sexuelle et procréative et services VIH), ce qui peut entraver l'atteinte des populations ayant besoin de tels services. (La bonne intégration des services constitue un facteur clé pour la réalisation des OMD 4, 5 et 6).
Financement et budgétisation	• Allocation de ressources insuffisantes (proportion du PIB ou de fonds générés localement) à la santé [33] • Retards dans le transfert de ressources du budget national aux budgets infranationaux • Fuites de ressources publiques dans le secteur de la santé
Prestation de services	• Nombre insuffisant et qualité médiocre des prestataires de services à différents niveaux • Problèmes d'achat et de gestion des stocks de médicaments, de fournitures et d'équipements, y compris leur distribution dans des délais utiles aux établissements de santé locaux • Infrastructures insuffisantes • Absence d'un système fonctionnel d'orientation des patients vers des services spécialisés
Utilisation des services	• Des frais inévitables retiennent les plus pauvres dans la recherche de soins maternels (même si les services sont officiellement gratuits, d'autres frais directs et indirects entrent en jeu) • Barrières culturelles • Mauvaises infrastructures routières, longues distance à parcourir pour gagner un hôpital équipé, ou manque de moyens de transport, surtout à l'heure de l'accouchement
Effets transversaux	• Manque de données de qualité pour appuyer la prise de décisions (diagnostics erronés des causes indirectes de mortalité maternelle) • Mauvaise coordination et alignement défectueux entre les différents niveaux de l'administration • Disparités entre milieux urbain et rural, et autres inégalités géographiques, affectant la prestation et l'accès à des services de santé

Fuente: OMS y UNICEF, 2010

Plusieurs de ces contraintes sont liées les unes aux autres ou nécessitent des actions simultanées sur différents fronts. Par exemple, améliorer la qualité des services fournis par le personnel accoucheur et les prestataires de soins prénataux exige qu'on les forme et qu'on les certifie. Mais cela exige également de préciser leurs rôles et leurs fonctions, de les responsabiliser pour les services qu'ils procurent, d'instaurer une attitude axée sur le patient de nature à transcender les barrières culturelles, et de gérer les ressources humaines de manière à répartir le personnel et à assurer des services équitablement et conformément, selon les besoins des différents endroits. De manière analogue, il est possible que les interventions destinées à éliminer une contrainte doivent être accompagnées de celles mises en route pour en éliminer d'autres dans un domaine connexe. Ainsi, la réduction des frais que doit affronter un patient souhaitant bénéficier de services augmentera vraisemblablement la demande pour ces services, affectant éventuellement leur qualité et nécessitant d'y consentir des investissements additionnels.

Dans de nombreux pays, on estime que les facteurs culturels jouent un rôle important dans la mesure où ils peuvent déterminer l'accès de femmes à des soins de santé, ou l'accès d'individus à des informations, matériels et services de planification familiale. C'est ainsi que le fait pour des femmes enceintes de ne pas pouvoir décider du moment où obtenir des soins professionnels, ou la non-disponibilité de services en langue vernaculaire, ou encore l'effet de découragement induit par les coutumes et les traditions locales, auront tous tendance à réduire la demande en services de soin de santé maternelle. Ces contraintes ne pourront pas aussi être éliminées sans des efforts soutenus et concertés, faisant notamment appel à un engagement de la société civile, à des champions individuels et au système scolaire. Dans des communautés multiculturelles, ces facteurs peuvent également créer des disparités dans la réalisation de progrès sur un plan régional.

Un moyen de réduire les disparités régionales consisterait à décentraliser la prise de décisions ainsi que les compétences administratives de mise en œuvre. Cependant, l'expérience dégagée de divers pays montre que la décentralisation ou la déconcentration de prérogatives ne résout pas à elle seule le problème et qu'il est nécessaire de renforcer des capacités complémentaires de planification, de mise en œuvre et de suivi au niveau local, ainsi que d'établir des mécanismes de collaboration institutionnalisés entre les différents niveaux. En fait, il est possible que dans certains cas la décentralisation conduise à perpétuer des inégalités régionales existantes, dans la mesure où des administrations locales n'accordent pas la priorité à des questions particulières (telles que la santé procréative ou la planification familiale), ce qui se traduit par la perte de services publics dans ces domaines.

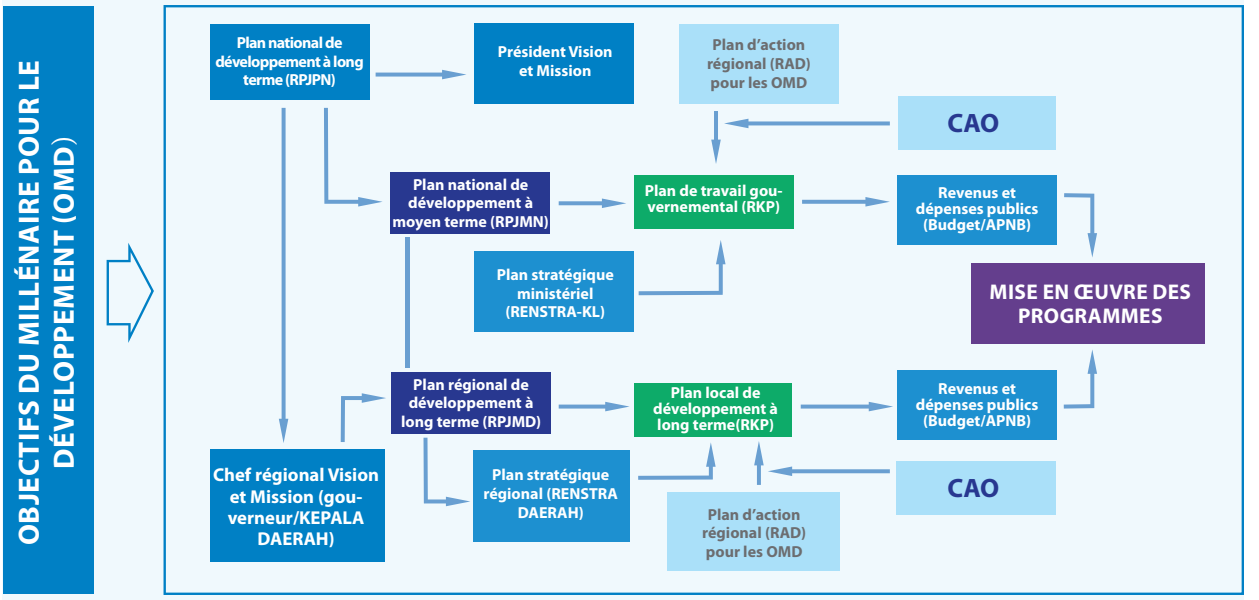
Les évaluations qualitatives permettent de penser qu'avec le développement économique des pays et l'évolution de leur situation de santé maternelle, l'importance relative des causes de mortalité maternelle (figure 7) est appelée à changer. On pourrait ainsi s'attendre à ce que l'anémie par carence de fer tienne une place moins importante à mesure que les régimes alimentaires s'améliorent, et que la part des avortements dangereux aux décès de femmes lors de l'accouchement diminue grâce à la généralisation des méthodes et des services de planning familial. Ainsi, la priorité relative accordée aux interventions évoluera avec le temps. Il est également probable que l'importance relative des contraintes (tableau 1) et des solutions s'y rapportant évoluera. Par exemple, à mesure que des contraintes seront éliminées au niveau de l'offre de services, des barrières culturelles et d'autres contraintes au niveau de la demande pourraient revêtir une importance accrue. Les plans d'action des OMD doivent donc être dynamiques, capables d'être revus et mis à jour au fil du temps afin de refléter ces évolutions.

Enfin, même si les pays réussissent à éliminer des contraintes en élaborant des solutions qui s'avèrent appropriées dans leur propre contexte, le tableau 1 montre que les possibilités pour eux d'apprendre les uns des autres sont fortes. Par exemple, de nombreux pays pourraient tirer parti de solutions existantes à des contraintes communes telles que celles qui surviennent dans les marchés publics et la chaîne d'approvisionnement, ou des solutions portant sur le diagnostic amélioré des causes de décès maternels, sur l'enrayement des fuites de ressources, ou sur l'amélioration de la redevabilité des prestataires de services. Plusieurs pays et leurs partenaires cherchent à résoudre ces questions par des solutions technologiques, et il semble bien qu'il sera possible de trouver des solutions capables d'être transférées d'un pays à l'autre.

ENCADRÉ 5 : RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE EN INDONÉSIE

Le plan d'accélération des OMD dans le Java central[34] a été établi pour faire face à la stagnation apparente du TMM enregistrée depuis quelques années dans l'une des provinces les plus peuplées de l'Indonésie, où vivent environ 13,5 pour cent de la population du pays. Ce plan reflète l'attention et l'élan politique croissants qui entourent le dossier de la santé maternelle dans le pays, comme en témoignent le décret présidentiel 3/2010, le Plan national à moyen terme (RPJMN) 2010-2014, et le plan stratégique du ministère de la Santé pour la même période. Il vise également à faciliter l'opérationnalisation du Plan d'action régional des OMD pour le Java central en matière de santé maternelle dans le contexte élargi d'une planification décentralisée dans le pays (voir la figure 8).

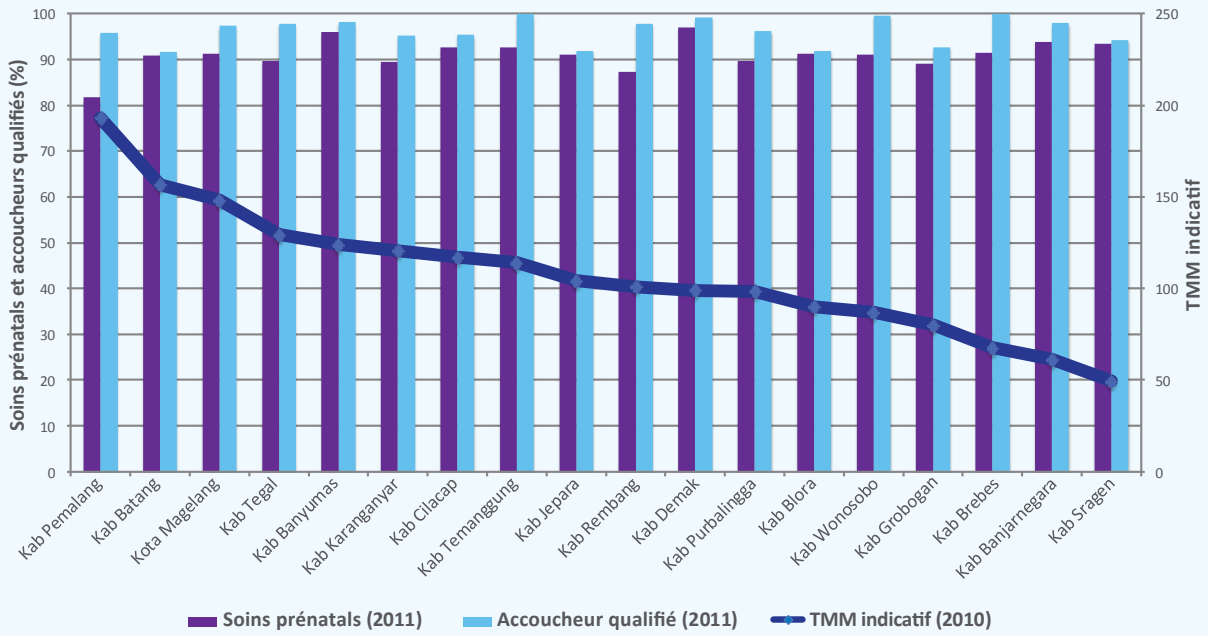
FIGURE 8 : LE CAO DANS LE CADRE DE LA PLANIFICATION



Source : Plan d'action régional, province du Java central (2011-2015), Juillet 2013

Cette province se signale par une couverture quasi-universelle des interventions essentielles, notamment en prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, qui ont contribué à y abaisser le TMM (116 par 100 000 naissances vivantes) en dessous de la moyenne nationale (220 par 100 000 naissances vivantes). Toutefois, le plafonnement apparent du TMM provincial depuis quelques années et les grandes variations du TMM d'un district et d'une ville à l'autre où les niveaux de couverture sont pourtant semblables, indiquent tous deux que des actions complémentaires pour améliorer la qualité des services, l'envoi des patientes chez des spécialistes et l'accès aux soins d'urgence deviennent nécessaires pour assurer la poursuite des progrès.

FIGURE 9 : DISTRIBUTION DU TMM ET DE LA COUVERTURE EN SERVICES DANS LES DISTRICTS DU JAVA CENTRAL (2010-2011)



Source : Plan d'action régional, province du Java central, 2011-2015 [35]

Le plan d'action montre que la qualité constitue un souci prioritaire pour tous les services, qu'il s'agisse de ceux d'accoucheuses, de conseillers en planification familiale, de Poskesdes (postes sanitaires de village), de *Puskesmas* (centre de soins de santé primaires) ou d'hôpitaux de référence. Il prévoit des solutions à multiples facettes couvrant la formation à différentes étapes (la formation sur le tas comprise), une gestion améliorée du personnel, les incitations à prévoir et la redevabilité, une meilleure définition des rôles et responsabilités, et le recours à des spécialistes en retraite pour combler des déficits temporaires en personnel.

L'amélioration du système d'envoi des patientes chez des spécialistes pour activer l'hospitalisation et le traitement de patientes victimes de complications constitue une priorité importante, car des décès nombreux surviennent pendant que celles-ci sont chez elles ou lors de leur transport vers un établissement de santé. Le plan prévoit deux approches principales : la clarification par une réglementation des circuits de renvoi des patientes à des spécialistes afin d'éviter les retards d'hospitalisation, et le recours aux TIC et aux téléphones mobiles pour accéder à des spécialistes ainsi que la transmission d'informations sur les patientes susceptibles de réduire les délais d'administration de soins.

Nombre des solutions adoptées requièrent une collaboration entre les autorités provinciales, les services de santé de district et de ville, les associations professionnelles[36] et différents ministères, et certaines de ces instances appellent à l'engagement d'acteurs non sanitaires tels que des chefs locaux, des responsables religieux et des établissements d'enseignement et culturels.

Enfin, le plan fait clairement ressortir l'importance d'avoir à disposition des données fiables et ponctuelles permettant de guider les politiques et la mise en œuvre. Par exemple, 46 pour cent des décès maternels dans la province résultent de causes *indirectes*[37] - anémie, tuberculose, diabète et autres affections – mais l'importance relative de ces causes n'est pas connue. Par une meilleure compréhension de ces dimensions, il sera possible de relever l'efficacité des soins prénataux et de se concentrer davantage sur la santé maternelle dans le contexte des efforts (souvent séparés) visant à traiter ces maladies.[38] En outre, il s'agira de maintenir les efforts pour trouver des indicateurs indirects fiables du TMM au niveau du district, où l'estimation du TMM est souvent inexacte, car ils fourniront des informations en temps opportun permettant d'orienter les politiques et la mise en œuvre.

ENCADRÉ 6 : AFFRONTER L'EXCLUSION – LE KIRGHIZSTAN ET LE SALVADOR

Les plans d'action au Kirghizstan et au Salvador rappellent la nécessité de comprendre et de s'attaquer aux facteurs qui font que les progrès au sein de certaines populations sont plus lents que dans d'autres.

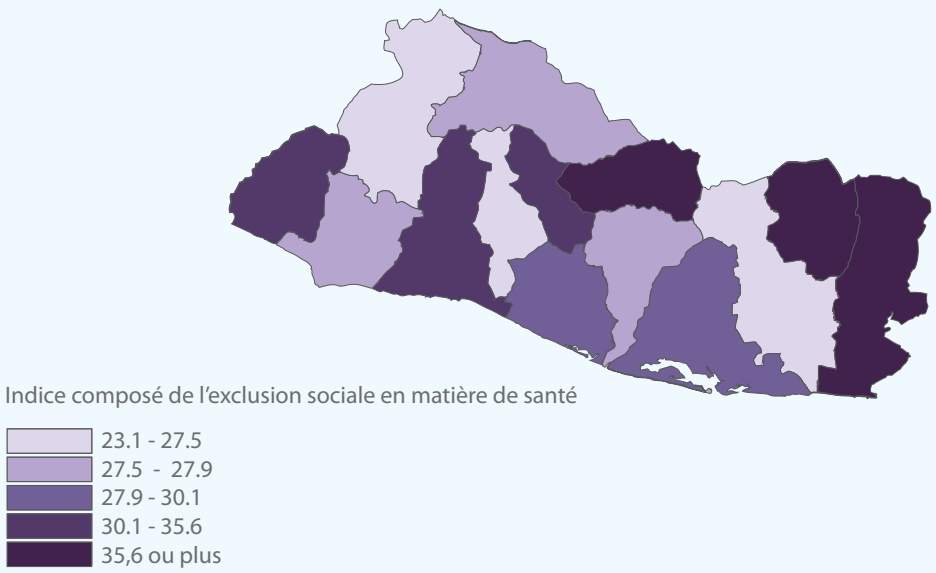
Au Kirghizstan, le nombre de décès maternels pour des causes non directement médicales a crû régulièrement depuis 2006, pour atteindre 24 pour cent en 2012. Cela s'explique principalement par une détérioration des conditions économiques et par la vulnérabilité croissante de populations vivant à un niveau de subsistance. La proportion des décès maternels parmi des femmes sans emploi ou à emploi informel, ou parmi des migrantes internes, a enregistré une augmentation correspondante.

Les femmes qui partent vers la capitale, Bichkek, et d'autres grandes villes à la recherche d'un travail n'ont souvent pas d'accès à des services médicaux pour diverses raisons telles que le fait de ne pas être enregistrées, de ne pas connaître leurs droits et, éventuellement, en raison de la répugnance de personnels médicaux à les soigner. Ces femmes sont donc amenées à ne rechercher une assistance médicale que lorsqu'elles font face à de graves complications, ce qui réduit leurs chances de survie. Les données les plus récentes font ressortir une proportion croissante de décès par suite de complications dans les hôpitaux nationaux et régionaux, dont la plupart des patients sont des femmes n'ayant pas de documents d'enregistrement et/ou qui ne peuvent accéder à des services de soins prénataux appropriés.

Le plan d'action prévoit d'étendre l'intervention « au-delà des services de santé » en ciblant des femmes enceintes vulnérables à travers un ensemble intégré de soutiens sociaux et médicaux, y compris l'offre de services de qualité, quel que soit le statut d'enregistrement et la domiciliation permanente, et la mise à contribution des comités de santé de village et des autorités locales dans la prestation de services de conseil et d'assistance tout au long de la grossesse. Le plan d'accélération des OMD intervient à un moment fort opportun du cycle des politiques, car un nouveau plan d'action à l'échelle du système de santé entier, Den Sooluk, est en cours de mise en œuvre.

Au Salvador, une carte dressée à partir d'un indice composé de « l'exclusion sociale en matière de santé » fait ressortir de fortes variations à travers le pays, les zones sombres représentant les régions les plus défavorisées (figure 10). Cet indice présente un tableau composé des difficultés à accéder à des services de santé en fonction de variables économiques, sociales, spatiales et relatives au système médical. Le plan d'accélération des OMD se concentre sur les départements où la valeur de l'indice, et par conséquent de l'exclusion sociale, est la plus élevée.

FIGURA 10: L'EXCLUSION SOCIALE AU SALVADOR



Source : Étude d'exclusion sociale MINSAL-PAHO, Le Salvador, 2012[39]

2.4 EAU ET ASSAINISSEMENT, VIH/SIDA ET MALADIES NON CONTAGIEUSES : LES AUTRES DIMENSIONS DE LA SANTÉ

Les plans d'action des OMD ciblent également d'autres domaines liés à la santé, en particulier l'eau et l'assainissement (Belize, Bénin, Ghana, Népal, Togo), le VIH/sida (Moldova, Ukraine) et certaines maladies non-contagieuses (MNC) (Tonga). Bien que ces plans présentent des différences spécifiques les uns par rapport aux

autres, les déterminants socio-économiques y revêtent une importance critique, et les communautés locales et différents échelons de l'administration sont appelés à y jouer un rôle important.

Au Bénin comme au Ghana, les démarches basées sur la communauté pour améliorer l'assainissement se présentent comme des moyens efficaces de modification des comportements et d'adoption de moyens d'assainissement améliorés, lesquels seront vitaux pour accélérer les progrès vers un objectif particulièrement difficile à atteindre. Ces démarches partent de la constatation du fait que la mise à disposition de toilettes, même à des prix fortement subventionnés, n'en garantit pas l'usage. Impliquer la communauté et recourir à des champions locaux, y compris des écoliers, peuvent susciter un désir commun de changement, encourager l'innovation et faciliter l'entraide mutuelle.[40] Au Bénin, la promotion communautaire de l'hygiène et de l'assainissement menée dans plusieurs provinces a conduit à une augmentation sensible de la proportion des gens ayant adopté des installations sanitaires améliorées et non subventionnées au cours d'une période de quatre ans, ce qui accrédite l'idée d'étendre cette action à travers le pays dans le cadre du plan d'action des OMD. Le plan d'action du Népal vise à utiliser des toilettes publiques sous gestion communautaire dans des quartiers de taudis urbains. Un autre aspect de cette dimension entre en jeu à Belize, ou la représentation insuffisante de minorités ethniques aux conseils locaux d'administration des eaux a été perçue comme une contrainte vers la réalisation de l'objectif national d'un accès universel à de l'eau potable.

Par ailleurs, le CAO a été utilisé de deux façons différentes pour faire face au VIH/sida. En Ukraine, le champ d'application du CAO a été large et a donc guidé l'évaluation exhaustive du Programme national de lutte contre le sida[41] 2009-2013. L'évaluation a couvert douze domaines thématiques[42] de manière particulièrement détaillée. Les contraintes constatées étaient d'une part spécifiques au secteur, portant notamment sur la lenteur excessive des systèmes d'achats publics en médicaments, et d'autre part de dimension sociale, portant par exemple sur l'absence de mesures législatives et autres pour protéger les droits de l'homme de populations données, particulièrement de minorités sexuelles. Pour les résoudre, il faudrait recueillir l'engagement des communautés locales et arriver à combler plusieurs lacunes, telle que la piètre couverture de groupes de population dont les besoins sont les plus grands, ainsi que l'absence d'un modèle intégré d'assistance médicale et sociale holistique à des individus affectés par le VIH. On s'attend que des mesures de ce type soient inscrites dans la vision intégrée qui sous-tendra le prochain Plan d'action national (2014-2018). L'intégration de services de manière à assurer un soutien social et nutritionnel en plus de soins médicaux constitue également l'une des solutions proposées au Moldova, dont le plan d'action s'attaque à la fois au VIH/sida et à la tuberculose.

À Tonga, les cibles des OMD portent notamment sur l'obésité, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et le diabète.[43] Les maladies non contagieuses de ce type diminuent la qualité de vie, accroissent les infirmités et imposent des fardeaux considérables aux systèmes de santé. Parmi les causes sous-jacentes figurent la grande disponibilité en aliments et en viandes bon marché importés de faible valeur nutritionnelle, accompagnée d'un abandon de régimes alimentaires traditionnels plus sains ; le manque d'activités physiques ; et le sous-financement de la prévention des maladies non contagieuses. Les solutions aux contraintes identifiées comprennent une action coordonnée par les ministères du Commerce, de l'Éducation, de la Santé et du Développement rural, ainsi que l'attribution de rôles significatifs aux acteurs communautaires, tels que les églises et les conseils de village.

3. ACCÉLÉRER LES PROGRÈS ET PÉRENNISER LES RÉSULTATS : LES ACTIONS PRIORITAIRES

À l'approche de 2015, l'expérience accumulée des pays qui œuvrent à la réalisation des OMD (et utilisent le CAO) peut s'avérer utile dans la détermination des actions prioritaires concernant trois objectifs : accélérer les progrès sur les OMD, terminer le travail inachevé des OMD, et passer harmonieusement, au sein de chaque pays, au programme mondial de développement pour l'après-2015. Le reste de ce chapitre est organisé autour de ces trois thèmes. Même si la discussion s'étend sur des sections distinctes pour la commodité de la présentation, ces sections font partie d'un tout et sont intimement liées les unes aux autres.

3.1 ACCÉLÉRER LES PROGRÈS

Dans la poursuite des efforts pour accélérer la réalisation des OMD, on prend un certain nombre de conditions préalables comme acquises. C'est notamment le cas pour une volonté et une direction politique bien affirmées, une appropriation nationale et un engagement vis-à-vis d'une croissance inclusive. La mise en œuvre des premiers plans d'action a commencé à la fin de 2011 et au début de 2012, ce qui ne donne pas un recul suffisant pour identifier les impacts avec certitude et attribuer les résultats. Néanmoins, l'expérience désormais acquise dans un nombre conséquent de pays, dont le Belize, le Bénin, le Burkina Faso, la Colombie, le Costa Rica, le Ghana, l'Indonésie et le Niger, fait ressortir certains des facteurs indispensables à l'accélération des progrès.

1. GARDER LE CAP DE LA MISE EN ŒUVRE, LOCALEMENT ET MONDIALEMENT

De nombreux pays ont lancé des programmes pour activer la réalisation des OMD. Certains de ces programmes font partie de plans d'action globaux sur les OMD, d'autres sont des initiatives qui ont fait leurs preuves et qui méritent d'être renforcées. Actuellement, plus de 25 pays mènent des plans d'action des OMD avec leurs propres moyens internes et le soutien de partenaires, et beaucoup d'autres sont en train de formuler de tels plans dans l'intention de les lancer sous peu.

Dans les différents pays, l'expérience montre que pour être efficace, la mise en œuvre ne peut se passer d'un engagement soutenu et que sa préparation doit être amorcée dès le stade de la formulation du plan (voir l'encadré 7).

ENCADRÉ 7 : DE L'INTRODUCTION À LA MISE EN ŒUVRE

Préparer la mise en œuvre est une activité qui doit déjà être abordée au cours de la formulation du plan d'action. En effet, c'est à ce moment-là que l'on identifie les points d'entrée du plan dans le processus de planification nationale, afin de bien l'ancrer, et que l'on définit les initiatives des partenaires susceptibles d'appuyer des ensembles de solutions spécifiques. Ces étapes sont complétées par des activités de communication et de plaidoyer, tant auprès des médias que dans d'autres forums, tels que des tables rondes de bailleurs de fonds, des initiatives visant à l'engagement du secteur privé, ou des rencontres mondiales et régionales. À mesure que des partenaires s'alignent sur le plan d'action, de nouveaux partenaires, n'ayant pas participé à la formulation du plan, se joindront à son exécution. Avec le passage du temps, et à partir des retours d'information qui proviendront du terrain, certaines contraintes seront vraisemblablement éliminées tandis que d'autres acquerront une priorité accrue. Le plan d'action lui-même sera alors réexaminé afin que l'ordre de priorités des contraintes à éliminer soit remanié et que des solutions additionnelles soient agencées, le comblement de toute lacune émergente à l'exécution du plan d'action recevant l'attention voulue. Ces activités pourront également servir à maintenir et réaffirmer des engagements.

Il semblerait que l'environnement extérieur soit également particulièrement favorable à la mise en œuvre au stade actuel. En effet, différentes initiatives mondiales, telles que Renforcer la Nutrition, Chaque Femme, Chaque Enfant, L'éducation avant tout et Faire reculer le paludisme, contribuent à mobiliser des partenariats, et les plans d'action nationaux seraient un moyen efficace de canaliser ce soutien. Les efforts individuels et conjoints des agences humanitaires internationales sont également orientés vers ce même but : ainsi, les séances du Conseil des chefs de secrétariat du système des Nations Unies sont en mesure d'y apporter un soutien collectif au plus haut niveau. Pour tirer le meilleur parti de ces occasions, il est nécessaire de poursuivre les actions de plaidoyer et d'engagement.

Mais malgré tous ces efforts, la mise en œuvre au niveau des pays pourrait chanceler si des lacunes critiques au niveau de l'assistance technique ou du financement ne sont pas comblées, ou si des changements de politiques publiques conduisent à une repriorisation des objectifs. Et même si les priorités demeurent inchangées, des changements au niveau d'un gouvernement peuvent compromettre la mise en œuvre dans les délais escomptés, surtout dans le cas de programmes en phase de démarrage. Si la mise en œuvre bénéficie du soutien de tous les partis politiques, et s'il est possible de recourir à des experts techniques de haut rang, il sera plus facile de négocier de telles transitions. En Colombie, il a été possible, grâce à des actions de sensibilisation auprès des partis et des candidats à la présidence de municipalités en période pré-électorale, de préserver la pertinence des plans d'action du CAO même après l'entrée en fonction de nouveaux élus au sein des administrations centrales et municipales. Au Niger, le plan d'action des OMD sur la faim, qui avait été défini sous un gouvernement, a été entièrement repris dans la stratégie 3N - Les Nigériens nourrissent les Nigériens – de sécurité alimentaire du gouvernement suivant. Il est désormais prévu d'inscrire ces dispositions dans la législation nigérienne, ce qui offrira une protection supplémentaire contre le risque de changements intempestifs.[44] En Tanzanie, la poursuite du processus du CAO a conduit à former une coalition d'experts dédiés à cette cause au sein de différents ministères et qui, par la suite, ont joué un rôle capital dans le maintien de la pertinence de ce programme au travers d'un changement de gouvernement.

2. STIMULER LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Pour accélérer les OMD, il est nécessaire de combiner des efforts sectoriels et trans sectoriels. Les contributions externes à des secteurs directement concernés par un OMD pourraient servir à en accélérer la réalisation, mais les incitations à apporter de telles contributions sont parfois faibles ou inexistantes. Néanmoins, elles peuvent souvent être fournies grâce à l'implication d'un ministère transversal, tel que celui des Finances ou du Plan, sous l'animation de hauts fonctionnaires.

En Ouganda par exemple, le ministère des Finances a créé un « fonds marginal » destiné à compléter les ressources propres de chaque département à raison des petits montants incrémentiels dont ils pourraient avoir besoin pour surmonter des contraintes affectant les progrès dans d'autres départements. Ainsi, dans un cas de figure, un programme de construction de voies rurales visant à relier les producteurs à des marchés prévoit un passage près d'une clinique de la région. Le département responsable des ponts et chaussées pourrait alors recevoir des ressources à partir du fonds marginal afin de construire la connexion manquante. En Indonésie, les autorités centrales et provinciales du Plan ont pris l'initiative pour l'élaboration d'un plan d'action sur la santé maternelle, obtenant le concours d'autres ministères, rationalisant l'affectation de ressources à une cause commune, et relevant le profil de la santé maternelle en l'érigeant en un enjeu de développement.

L'implication maintenue et visible de hautes personnalités politiques est également de nature à faciliter ces connexions intersectorielles. Au Ghana, l'élaboration du plan d'action sur la santé maternelle a fait suite à la « déclaration d'urgence » du Président, ce qui a favorisé la collaboration entre des secteurs et des partenaires aux mandats et aux compétences différents. Un autre exemple encore est offert par le Niger, où le suivi de l'exécution de la stratégie de sécurité alimentaire 3N est assuré par un Haut Commissariat 3N dirigé par un membre du gouvernement. Au Costa Rica, un organisme existant, le Comité technique interinstitutionnel pour l'employabilité de personnes handicapées, a été revitalisé par la création du plan d'action et assure la coordination requise par la mise en œuvre.

3. INVESTIR DANS DES « MULTIPLICATEURS » ET RÉALISER LES GAINS

Comme les OMD sont interconnectés, la réalisation de progrès sur l'un d'entre eux aura tendance à avoir des effets positifs sur au moins certains des autres. Toutefois, il existe aussi des résultats de développement (des multiplicateurs) qui, sans faire partie du canon formel des OMD, peuvent exercer un effet catalytique par la taille et l'étendue de leurs retombées positives connexes sur des OMD.

L'un de ces multiplicateurs est constitué par l'autonomisation économique des femmes, thème ciblé en Colombie par le projet infrarégional Nariño, et traité au Cambodge à l'échelon national. Dans ce dernier pays, le plan d'action sur l'autonomisation économique des femmes est coordonné par le ministère de la Condition féminine et exécuté par dix autres ministères, dont ceux du Commerce, du Tourisme, du Développement rural, de l'Agriculture et de l'Industrie. L'accès à de l'énergie propre constitue un autre multiplicateur. Ainsi, le Tadjikistan a élaboré en 2010 un plan d'action dans ce domaine, qui complète les efforts déjà entrepris dans le

cadre de l'initiative « Energie durable pour tous ». Des pays comme le Burkina Faso ont cherché à valoriser au mieux leurs initiatives existantes en matière d'accès à de l'énergie pour améliorer les moyens de subsistance et le bien-être de la population, notamment des femmes en milieu rural.

La réalisation de tout le potentiel de ces actions, particulièrement au profit des pauvres, peut nécessiter des interventions complémentaires, appelant à l'implication d'intervenants supplémentaires. Par exemple, il peut être nécessaire de faciliter l'accès à l'offre de crédit ou la communication avec des marchés afin de profiter des nouveaux moyens de subsistance que procure un meilleur accès à de l'énergie. De manière analogue, une éducation en matière de nutrition pourrait accroître les retombées positives de l'autonomisation économique des femmes au profit de la santé infantile. Ces interventions pourraient nécessiter l'implication de parties prenantes additionnelles.

4. ADAPTER DES SOLUTIONS D'ACCÉLÉRATION INNOVANTES À DIFFÉRENTS PAYS

De nombreux pays se heurtent à des contraintes semblables dans leur progression vers un objectif donné. Par exemple, la difficulté de gagner un établissement de santé bien équipé au moment de l'accouchement constitue une contrainte courante en ce qui concerne l'accès à des soins obstétriques d'urgence. En général, chaque pays trouvera des solutions convenant à son propre contexte : le Ghana y est parvenu au moyen d'un programme de bons remboursables, indemnisant les conducteurs d'autobus et de camions pour avoir transporté des femmes enceintes à l'hôpital en temps utile, tandis que le Lesotho à résolu le problème en construisant des foyers d'accueil maternels à proximité de maternités. Mais il existe des cas où des solutions peuvent être aisément adaptées pour fonctionner dans des pays différents. Il serait ainsi possible de transférer d'un pays à l'autre, sans trop de difficulté, des logiciels gratuits de gestion de l'approvisionnement de produits pour les services de planning familial. De même, les nouveaux programmes d'assurance santé de plusieurs pays émergents, tels que le Ghana, l'Indonésie et les Philippines, contiennent souvent des dispositions qui inhibent la participation des pauvres ou limitent l'implication de prestataires privés. Un système fiscalement approprié, mieux agencé et capable de faire face à une participation accrue, pourrait contenir des dispositions susceptibles d'être adaptées à de nombreux pays se trouvant à un stade de développement semblable.

5. VEILLER À LA QUALITÉ DÈS LE DÉBUT

À l'époque où les OMD ont été formulés, on attachait une priorité particulière à l'élimination des contraintes du côté de l'offre. Ainsi, dans le domaine scolaire, on a cherché à construire des écoles et à former des enseignants en nombre suffisant. Ces efforts ont certes permis de lever un type de contrainte, mais au fil du temps les insuffisances de qualité, plutôt que de quantité, sont devenues le principal obstacle à la réalisation de nouveaux progrès. Cette situation est aujourd'hui très répandue parmi les OMD et les pays, de sorte que des mesures visant à améliorer la qualité des prestations de services font désormais partie intégrante des efforts d'accélération.

À Tuvalu, l'inscription à l'école primaire est quasi-universelle et les taux d'achèvement dépassent 90 pour cent[45]. Cependant, seule la moitié environ des élèves réussit à l'examen national qui a lieu après huit ans d'études, ce qui trahit de graves déficiences pédagogiques. Le plan d'action des OMD en matière d'enseignement se concentre sur l'amélioration des résultats scolaires en mettant l'accent sur un enseignement de qualité, appuyé par un environnement plus favorable aux études.

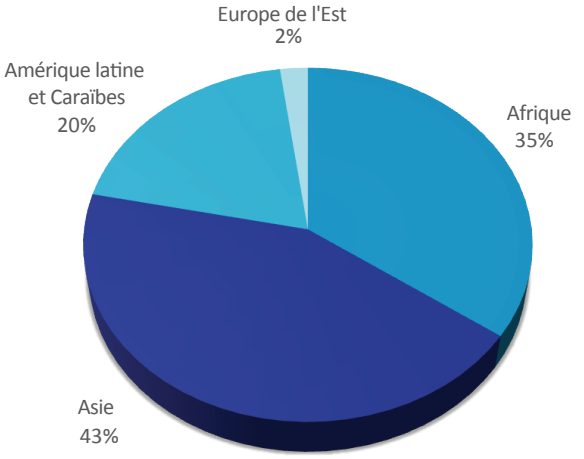
Un autre exemple, provenant d'Indonésie, concerne le programme Bidan di Desa qui, lancé à la fin des années 1980, visait à éliminer les contraintes constituées par l'effectif insuffisant de personnel accoucheur formé en déployant une sage-femme qualifiée dans chaque village. Entre 1989 et 1994, plus de 54 000 accoucheuses ont donc été formées, si bien qu'aujourd'hui, plus de 90 pour cent des naissances qui ont lieu dans le Java central bénéficient des services d'une accoucheuse qualifiée. Il semble toutefois que le déclin du taux de mortalité maternelle ait subséquemment ralenti, raison pour laquelle le plan d'action des OMD vise à améliorer la qualité des services. Mais pour y parvenir, des mesures devront être prises sur plusieurs fronts : amélioration de la formation d'accoucheuses et meilleure disponibilité des fournitures, dotation suffisante en personnel aux centres de santé reculés, et clarté dans la définition des mandats et des responsabilités des accoucheuses qui, en l'absence de dispositions dans ce sens, pourraient refuser d'offrir leurs services.

3.2 PÉRENNISER LES RÉSULTATS : TERMINER LE TRAVAIL INACHEVÉ

Bien que les différents pays souhaitent accélérer leurs progrès vers la réalisation des OMD, les programmes de développement national ont toujours embrassé des objectifs plus larges. Ces programmes sont en évolution constante, comme le montrent clairement les « visions d'avenir national », les « plans prospectifs » et d'autres perspectives des gouvernements, qui sont nombreux à entrevoir l'avenir bien au-delà de 2015. Portant des appellations diverses et préparées généralement avant le lancement du débat mondial sur le programme de l'après-2015[46], chacune de ces visions établit des priorités de développement par le biais d'une appropriation nationale ; ces priorités sont basées sur un consensus politique au niveau du pays et ancrées dans son propre processus de planification. Les enjeux sur lesquels elles mettent l'accent pourraient être affinés ou ajoutés, à mesure que le programme de développement mondial allant au-delà de 2015 s'articule et est avalisé et adopté concrètement. Toutefois, les priorités d'ores-et-déjà exprimées dans le cadre de processus politiques nationaux vont, selon toute vraisemblance, perdurer. D'un autre côté, comme cela a été le cas avec les OMD, l'existence d'un programme mondial pourrait stimuler ces efforts en contribuant à renforcer leur visibilité, en améliorant le plaidoyer en faveur des priorités négligées, en mobilisant des partenariats de soutien, et en facilitant le transfert de formes appropriées de connaissances, de technologies et de ressources.

L'examen des plus de 45 déclarations d'avenir exprimant une vision pour l'après-2015 (figurant dans l'annexe 1 – voir la figure 11) permet de distinguer un certain nombre d'éléments clés. Par exemple, la réduction de la pauvreté, la nutrition, la santé et l'éducation demeurent des préoccupations centrales pour tous les pays. Plusieurs d'entre eux soulignent l'importance de la réalisation des cibles OMD, tandis que de nombreux autres préconisent Dans

FIGURA 11: POURCENTAGE DE VISION D'ÉTATS REVISE PAR RÉGION



Source : Se reporter à l'annexe I

cette approche élargie, les objectifs et les mécanismes prioritaires des pays individuels varient. Fidji reconnaît l'importance d'un régime alimentaire approprié pour garantir la nutrition, le Pakistan vise à l'autosuffisance alimentaire, le Belize entend assurer l'accès pour tous aux soins de santé, l'Afrique du Sud souligne la nécessité de relever les normes d'enseignement. Plusieurs pays précisent les cibles touchant aux moyens par lesquels ils entendent atteindre ces objectifs élargis. Par exemple, la République dominicaine entend être capable d'offrir l'assurance santé universelle et, d'ici à 2030, affecter au moins 5 pour cent de son PIB à la santé, tandis que la Papouasie-Nouvelle Guinée met l'accent sur la gestion des catastrophes naturelles.

Presque tous les pays déclarent vouloir réduire les inégalités sous leurs différents aspects, y compris ceux du genre et de la géographie. La vision du Ghana jusqu'en 2016 souligne l'importance de la répartition équitable des fruits de la croissance ; le Nicaragua entend voir au moins 50 pour cent des postes politiques être occupés par des femmes d'ici à 2016 ; la République dominicaine vise un coefficient de Gini de 0,42 d'ici à 2030 ; et la Thaïlande priorise l'égalité sociale par le biais de la croissance pour tous.

Ces différentes visions nationales comportent également des aspirations liées à des éléments de l'OMD 8. Les Maldives souhaitent devenir une plaque tournante commerciale, l'Afrique du Sud ambitionne de porter sa part du commerce régional de 15 à 30 pour cent d'ici à 2013, et Bahrain voudrait être entièrement connecté aux réseaux de commerce mondiaux et à l'autoroute de l'information d'ici à 2030.

Prises dans leur ensemble, ces visions d'avenir reflètent l'évolution des programmes nationaux sur les trois axes associés aux OMD : réalisation des cibles restantes ; extension des gains au profit de tous ; et passage au niveau suivant dans les domaines de développement connexes, par exemple en se penchant sur la nutrition et non seulement sur la faim, ou sur la formation professionnelle et les résultats éducatifs à tous les niveaux et non

seulement sur la scolarisation primaire. Par contre, ces visions et plans nationaux n'accordent pas tous la même importance à divers éléments du programme des OMD. Par exemple, l'attention accordée à la santé sexuelle et procréative est inégale, ce qui indique la nécessité de poursuivre les actions de plaidoyer dans ce domaine et d'établir une communauté de personnes engagées dans des pays spécifiques.

En retenant les visions d'avenir exprimées par les différents pays, il est donc possible de dire que les quatre préoccupations suivantes constituent l'essentiel du « travail inachevé » des OMD :

- Réorienter l'attention sur les OMD moins visibles ;
- Appuyer les gains déjà réalisés, et parvenir aux cibles OMD restantes ;
- Étendre les gains liés aux OMD à la population entière en fixant des cibles universelles ;
- Passer au niveau suivant des domaines couverts par les OMD.

D'autres objectifs, ayant trait entre autres à la croissance économique, au développement durable, à la paix et la sécurité, et à la culture (voir l'encadré 8) sont clairement évoqués dans ces documents. Certains de ces objectifs, tels qu'une croissance stable et l'amélioration de la gouvernance du secteur public, sont de nature à accélérer la réalisation d'OMD tout en maintenant les gains obtenus dans la durée. Cependant, d'autres objectifs, tels que l'atteinte de l'autonomie dans la production alimentaire assortie d'une extension du couvert forestier, ou d'une minimisation de l'empreinte carbone, nécessiteront des compromis et des choix parmi des alternatives qui devront garantir un équilibre entre les objectifs.

Les cinq priorités d'action évoquées dans la section précédente (garder le cap de la mise en œuvre, stimuler la collaboration intersectorielle, réaliser les gains de l'investissement dans des multiplicateurs, adapter les solutions aux différents pays, et garantir la qualité) continueront à entraîner l'accélération des OMD, mais pour maintenir l'élan sur cette voie et conserver les gains de manière à terminer le travail inachevé, de la manière prévue par les pays eux-mêmes, des actions supplémentaires seront nécessaires.

ENCADRÉ 8 : COMPLETER LES OMD: NOUVELLES PRIORITES DES GOUVERNEMENTS NATIONAUX

- De nombreux pays, tant parmi les moins avancés que parmi ceux à revenu intermédiaire, privilégient un taux élevé de croissance économique, assorti d'un faible niveau de chômage, une amélioration des infrastructures et un secteur privé dynamique. Le Bangladesh vise à devenir un pays à revenu intermédiaire d'ici à 2021 ; l'Afrique du Sud entend être proche du plein emploi d'ici à 2030, et le Panama espère doubler son PIB au cours des 10 prochaines années tout en réduisant le chômage et en faisant croître les secteurs liés au développement durable.

- De nombreux plans nationaux accordent une grande importance à l'environnement et au développement durable. La Thaïlande formule des cibles de qualité de l'air et de l'eau, de recyclage de déchets, d'expansion des superficies de forêts et de mangroves. Le Salvador inscrit la dimension environnementale à sa vision d'avenir en mettant l'accent sur la réduction des risques et la réponse aux changements climatiques, tandis que le Libéria souligne la biodiversité, l'énergie propre et le transport collectif.

- Il est fréquemment fait état du rôle d'une bonne gouvernance, celle-ci devant, selon les différentes visions, assurer la paix, la sécurité et la cohésion ; renforcer la démocratie et la participation ; et améliorer les services publics. Le Guatemala entend faire tomber son taux d'homicides à 0,98 par 100 000 habitants d'ici à 2024 ; le Ghana vise à la paix et à la stabilité dans le cadre d'une société juste et libre ; la Colombie veut renforcer son modèle démocratique ; le Sénégal vise à améliorer son système de gouvernance ; et l'Afrique du Sud, à lutter contre la corruption.

- Préserver la culture et des traditions individuelles constitue une considération importante pour plusieurs pays. L'Azerbaïdjan met en avant la gestion de son patrimoine culturel, le Libéria aspire à une société culturellement dynamique, le Sri Lanka entend préserver les valeurs familiales, et la Malaisie, continuer à respecter ses cultures, ses coutumes et ses croyances religieuses.

- D'autres préoccupations, concernant notamment la diversification de l'économie, la technologie et l'innovation, et les migrations, sont soulignées à des degrés divers dans un petit nombre de pays.

1. ACTUALISER LES PLANS D'ACTION DES OMD EN VUE D'EN PRÉSERVER LE CARACTÈRE EFFICACE ET DURABLE

À un moment donné quelconque, certaines contraintes sont plus susceptibles que d'autres de freiner la poursuite de progrès. Par exemple, de médiocres résultats de santé infantile peuvent être initialement imputés à un manque de demande en services sanitaires, qui sont par ailleurs tout à fait fonctionnels, à cause des difficultés d'accès à un établissement de santé. Une intervention éprouvée pour augmenter la demande est celle des transferts monétaires conditionnels, tels que pratiqués par les programmes Bolsa Familia au Brésil et Oportunidades au Mexique[47]. Mais, à mesure que la demande s'accroîtra, les mécanismes existants de prestation de services pourraient devenir trop sollicités, entraînant une détérioration de la qualité des services qui aura alors tendance à diminuer les gains attendus de l'intervention. Dans de tels cas, les contraintes qu'on avait à l'origine priorisées au niveau de la demande seront remplacées par des contraintes du côté de l'offre de services.

La survenue d'effets de ce type fait que les activités sur lesquelles l'accent est mis dans les plans d'accélération doivent être périodiquement réévaluées et réajustées. Par exemple, en 2010, le plan d'action du Ghana pour la santé maternelle a résolu l'une des contraintes affectant l'accès à un personnel accoucheur qualifié en introduisant des bons permettant de rembourser des transporteurs conduisant des femmes à des maternités en vue d'y accoucher. Trois ans plus tard, le manque de raccordements routiers se présente comme une contrainte majeure pesant sur la réalisation de gains supplémentaires à partir de cette solution particulière. Il est donc probable qu'à l'occasion de la révision du plan d'action en 2014, l'on décide de prioriser la construction de ces raccordements routiers manquants. La disponibilité en données exactes et ponctuelles, qui peuvent être recueillies sans encourir de gros frais et qui indiquent les incidences, de manière directe ou indirecte, permettent d'affiner les interventions et les actions requises.

Un autre motif de réexamen indispensable des plans d'action des OMD est de s'assurer qu'ils cadrent toujours avec les autres priorités de développement du pays, qu'ils tirent parti de ce qu'offrent ces dernières et qu'ils respectent les contraintes qu'elles pourraient imposer. Par exemple, s'attaquer à la faim en améliorant la productivité agricole et en réduisant la pauvreté rurale peut amener à tenir explicitement compte de considérations de durabilité environnementale, celles-ci pouvant acquérir une importance accrue au cours du temps.

2. AFFRONTER LES INÉGALITÉS DE MANIÈRE PROACTIVE ET PROGRESSIVE

Éliminer les inégalités des opportunités et des résultats constitue une action incontournable pour l'atteinte des cibles universelles et, généralement, pour maintenir les progrès en matière d'OMD et de développement humain. Pratiquement tous les plans d'action des OMD contiennent un certain nombre de dispositions explicites destinées à résoudre les problèmes d'inégalité, que celle-ci soit due à la classification socioéconomique, à des considérations démographiques ou à la géographie. Dans certains de ces plans, la lutte contre l'inégalité est concentrée directement sur un domaine précis. Le Cambodge s'est attaqué aux manques qui obéraient l'autonomisation économique des femmes, et le Costa Rica a agi de manière semblable à l'égard des personnes handicapées.

L'analyse de l'expérience du CAO dans 11 pays d'Afrique occidentale et centrale montre que ces pays, bien qu'ayant entamé leur diagnostic CAO en songeant à des interventions nationales élargies, ont été amenés, suite à un processus de consultation systématique et inclusif, à mieux axer ces interventions sur les raisons sous-tendant les inégalités d'accès et d'utilisation, ce qui a conduit à adapter les solutions aux besoins de différents groupes[48]. En outre, même si la disponibilité et la qualité de données désagrégées font problème dans de nombreux pays, particulièrement au niveau infranational, il est possible d'obtenir de bons résultats avec l'information déjà disponible. Le plan d'accélération concernant la faim en République centrafricaine a pu séparément attirer l'attention sur des régions postconflictuelles et sur la sous-alimentation sévissant dans des localités minières.

3. S'ATTAQUER AUX DÉFICITS SYSTÉMIQUES DE NATURE À RALENTIR LES PROGRÈS DANS LE LONG TERME

Les insuffisances institutionnelles, les défaillances de gouvernance et l'absence de paix et de stabilité comptent parmi les principaux facteurs pouvant freiner l'élan vers la réalisation des OMD. Certains de ces problèmes, tels que des déficits dans la gestion et dans le renforcement des ressources humaines, le mauvais fonctionnement de systèmes d'achats publics ou les insuffisances de suivi-évaluation, sont affrontés par des actions spécifiques inscrites à des plans nationaux et infranationaux. Mais d'autres problèmes, tels que la corruption et le manque de responsabilisation, nécessitent des efforts soutenus qui débordent de secteurs individuels.

L'expérience acquise dans l'accélération des OMD indique aussi qu'une approche plus nuancée s'impose face à la décentralisation et aux prestations locales de services. Bien que salutaire dans la mesure où elle encourage les personnes à s'exprimer et à participer, et qu'elle offre des possibilités d'amélioration des services, une

décentralisation rapide peut aussi contrarier l'atteinte de certains résultats de développement. Aux Philippines et en Indonésie par exemple, des unités infranationales ont fixé des priorités relatives à la santé qui s'écartaient de celles fixées au niveau national, même si les priorités nationales continuaient à être jugées importantes au niveau infranational. De telles différences sont susceptibles non seulement de ralentir la progression vers des objectifs donnés, mais également de perpétuer des inégalités géographiques. Il semblerait donc qu'un certain degré de contrôle fédéral sur les fonctions de développement reste souhaitable.

Dans le même temps, même si les priorités sont alignées aux différents niveaux de la mise en œuvre, une faiblesse des capacités de planification, d'exécution et de suivi, aggravée par un degré limité de participation, peut dresser des obstacles majeurs à la réalisation des prestations souhaitées. C'est ainsi qu'au Bénin, une des principales impulsions du plan d'action sur l'assainissement est la pleine reconnaissance des responsabilités des administrations locales ainsi que leur dotation en capacités leur permettant de s'en acquitter.

4. MINIMISER LES CHOCS ET DÉVELOPPER DES CAPACITÉS D'ADAPTATION

Il est bien établi que, sur le plan du développement humain, les chocs même de courte durée que subissent les ménages – tels que la perte de revenus ou d'emplois, ou des maladies – peuvent conduire à des revers de longue durée, dont certains sont parfois irréversibles. De tels chocs peuvent frapper aussi bien des ménages que des communautés, des régions et des pays. Dans ce dernier cas, ils se manifestent par un ralentissement ou un renversement des progrès sur la voie des OMD. Ces chocs peuvent provenir de crises économiques ou financières, d'une hausse du prix du carburant ou des denrées alimentaires, d'événements climatiques adverses, d'autres types de catastrophes naturelles, ou de conflits prolongés. Afin de minimiser le risque de subir de tels chocs, diverses mesures, telles que la diversification des sources de revenu, sont susceptibles d'être envisagées au niveau macroéconomique et par les individus.[49]

Quand de tels chocs se produisent, des mesures supplémentaires doivent être prises pour maintenir des niveaux minimaux de consommation et de bien-être et prévenir les résultats négatifs. Ces mesures de protection sociale doivent être adaptées aux circonstances nationales, mais sont déjà largement déployées, sous une forme ou une autre, dans de nombreux pays.[50] Plusieurs des plans d'accélération des OMD élaborés dans des pays sahéliens incorporent des actions visant à développer la résilience par la diversification et la sécurisation permanentes des sources de revenus ou de l'accès à de la nourriture de populations vulnérables, et à renforcer les mécanismes d'alerte précoce et de prévention des crises, notamment par la gestion des réserves alimentaires. Ces plans ont utilement contribué à aussi développer chez les individus une détermination à affronter les difficultés dans le long terme.[51]

5. METTRE LES OMD ET LES AUTRES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT À L'ÉPREUVE DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

Dans le moyen à long terme, les changements climatiques menacent de ralentir, voire même de renverser, les gains enregistrés sur les OMD, et ce, par des voies différentes. Par exemple, des baisses de productivité agricole

ou l'assèchement de pâturages peuvent menacer les moyens de subsistance et la situation nutritionnelle des pauvres ; des changements des températures et des précipitations peuvent modifier le rayon d'action de vecteurs de maladie tels que des moustiques, introduisant le paludisme et d'autres maux dans des régions où ces derniers n'existaient pas précédemment, contribuant ainsi également à la mortalité maternelle ; et des incidents extrêmes plus fréquents, tels que des tempêtes et des glissements de terrain, peuvent faire disparaître des actifs individuels et communautaires, frappant des revenus, des infrastructures et des services.

Certains plans d'action des OMD, notamment au Sahel, comprennent déjà des mesures d'adaptation à de telles situations, en particulier par la gestion durable du cheptel et par l'adoption de pratiques agricoles permettant aux petits exploitants de conserver la fertilité de leurs sols. Cependant, à mesure que les effets des changements climatiques deviennent plus apparents et compris, il sera nécessaire de s'employer systématiquement à s'assurer qu'ils ne ralentissent pas les progrès vers l'éradication de la pauvreté et la réalisation des autres objectifs de développement.

3.3 PASSAGE HARMONIEUX À UN PROGRAMME FUTUR DE DÉVELOPPEMENT MONDIAL

L'année 2013 constitue une étape cruciale dans le processus de développement. Elle est marquée en effet par un degré élevé d'engagement politique commun en faveur de l'accélération de progrès vers les OMD[52], qui se manifeste par les actions actuellement entreprises aux niveaux national et mondial. Au niveau national, de nombreux pays se penchent sur les OMD en retard, en bénéficiant de l'appui d'un large éventail d'intervenants internes et externes. Les consultations menées par le GNUD avec des représentants du grand public de 88 pays au sujet de l'après-2015 confirment le caractère central des thèmes OMD clés que sont la pauvreté, la santé, l'éducation et les disparités de genre dans les aspirations des sondés à une vie meilleure, pour eux-mêmes et pour leurs enfants.[53] Ces constatations cadrent avec les résultats de l'enquête « MY World » qui a permis de questionner près d'un million de personnes à ce jour (septembre 2013) et montre que les quatre premières priorités sont l'éducation, la santé, un gouvernement honnête et réactif et du travail. Au niveau mondial, les déclarations issues de sommets tels que Rio+20 appellent à l'élimination de la pauvreté dans le cadre du développement durable, tandis que des efforts spéciaux, tels que l'Initiative OMD de l'UE et le Défi Faim Zéro, ou encore les efforts du CCS, se poursuivent en vue d'offrir un appui ciblé à différents pays.

Dans le même temps, le processus entrepris par les États membres pour formuler un programme partagé de développement au-delà de 2015 a atteint un stade avancé. Un certain nombre de rapports, y compris ceux du Groupe de personnalités éminentes sur le programme de développement de l'après-2015, du Réseau des solutions de développement durable, et du système des Nations Unies sur des thèmes clés ainsi que sur les résultats de consultations mondiales, ont fourni des éléments pour informer le débat. Sur la base des résultats de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable à Rio en 2012, le Groupe de travail ouvert de l'Assemblée générale œuvre actuellement à l'élaboration d'objectifs de développement durable.[54] On s'attend

à ce que ces objectifs fassent évoluer les OMD vers un cadre plus large et plus complet, de nature à préserver les gains obtenus à ce jour, à faire avancer les progrès au-delà des cibles actuelles, et à cerner un nombre limité d'objectifs partagés au sein d'un cadre commun devant appuyer plus avant les aspirations de la Déclaration du Millénaire et du programme de développement durable convenu à Rio.[56]

Ce processus se poursuivra sans doute jusqu'à la fin de 2015, mais l'expérience acquise en vue d'accélérer et de préserver les progrès vers l'atteinte des OMD indique déjà certaines des démarches qui pourraient être entreprises pour activer la mise en œuvre du prochain programme mondial. Ces démarches complémenteraient celles esquissées plus haut.

1. ASSURER LA DIRECTION POLITIQUE ET L'APPROPRIATION INSTITUTIONNELLE REQUISES

Les OMD ont démontré que le lien crucial entre les aspirations d'un programme mondial et leur concrétisation sur le terrain relève de l'intérêt qu'elles représentent dans les processus nationaux de politique et de planification. En considérant les actions requises pour terminer le travail inachevé des OMD ainsi que pour trouver les compromis et optimiser les synergies nécessaires permettant de faire progresser le développement durable, on voit clairement que des efforts sectoriels et intersectoriels doivent être faits conjointement. Il faudra que le nouveau programme soit ancré entièrement dans les ministères du Plan et des Finances, et non uniquement dans les ministères de tutelle. Comme cela a été le cas des plans d'accélération des OMD, une direction affirmée par le dirigeant du pays permettra de rassembler les partenaires de l'éventail entier des actions de développement, et de faciliter le rôle de coordination des ministères centraux.

2. TIRER LES LEÇONS DE PAYS ŒUVRANT DÉJÀ AU-DELÀ DES OMD

Dans de nombreux pays, les priorités énoncées dans leurs déclarations de vision d'avenir renseignent déjà des plans et des stratégies nationales et élargissent leurs programmes de développement au-delà des OMD. Ainsi, les plans d'action du CAO à Tonga et dans les régions de l'Altiplano en Colombie traitent de maladies non contagieuses ; ceux du Cambodge et du programme Nariño en Colombie visent à autonomiser les femmes sur le plan économique, et ceux de Tuvalu visent à obtenir des résultats éducatifs de qualité. Les différentes dimensions de l'inégalité, apparentes entre diverses régions et populations, sont abordées dans de nombreux plans d'action. L'expérience pratique qui s'en dégage produit une base de connaissances que l'on devra consulter pour la réalisation d'actions au niveau des pays et pour formuler des orientations utiles à l'intention d'autres pays , tout en indiquant les points spécifiques sur lesquels un programme mondial pourrait apporter un soutien ciblé. D'un autre côté, le futur programme mondial pourrait comporter des thèmes, tels que la violence contre les femmes qui, malgré leur pertinence, ne seraient pas reflétés dans les priorités nationales de pays donnés. Cela pourrait appeler à des actions de plaidoyer purement nationales en vue de la prise en considération de thèmes de ce type.

3. S'APPUYER SUR LES PLANS D'ACCÉLÉRATION DES OMD POUR RÉALISER SIMULTANÉMENT LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Tout futur programme de développement mondial devra obligatoirement viser l'objectif double d'une éradication de la pauvreté (dans ses aspects pluridimensionnels) et de l'instauration du développement durable. Il ressort toutefois de récentes évaluations qu'un défi particulier est de rapprocher la poursuite des OMD de l'œuvre de développement durable.[57] Ce rapprochement doit s'opérer en partie au niveau de la mise en œuvre, où l'activité en matière d'OMD a été traditionnellement confiée aux différents ministères de tutelle, tandis que la durabilité a relevé du ministère de l'Environnement.

Les plans d'accélération menés dans plus de 50 pays font avancer des priorités sociales sur le plan interne en recourant à des approches qui sont explicitement intersectorielles mais tiennent compte des limites économiques et parfois environnementales en présence. Le CAO fonctionne principalement en améliorant l'efficacité et l'efficience des interventions existantes à l'intérieur d'enveloppes de ressources réalistes. Au fur et à mesure que l'on avance, il faudra continuellement relever le niveau de cet effort d'efficacité et chercher à atteindre des populations laissées de côté par les approches actuelles, à faire un usage plus économique de ressources pour éviter les gaspillages et toute atteinte à l'environnement, et à anticiper les manques éventuels de ressources qui pourraient survenir pendant le passage à des modes de croissance plus durables au plan environnemental. Il faudra donc que les innovations de politique publique continent à améliorer le rendement économique des interventions. Parallèlement, il devrait être possible, au moyen de l'incorporation systématique de l'enveloppe des ressources environnementales au processus du CAO par l'appréciation des contraintes et des objectifs dans ce domaine, de réunir concrètement les trois dimensions du développement durable d'un point de vue pratique, dans le contexte de processus reconnus et appropriés par le pays.

4. PILOTER ET RENFORCER L'USAGE DE DONNÉES POUR GUIDER LA MISE EN ŒUVRE

Rappelons enfin, comme cela a été souligné dans de nombreux forums, toute l'importance de disposer de données ponctuelles, fiables et peu onéreuses afin de pouvoir orienter les politiques et la mise en œuvre. Bien que la plupart des indicateurs OMD portent sur des résultats globalement comparables, il a été constaté que lorsque les résultats visés tardent à venir, par exemple dans le cas des taux de mortalité maternelle, les indicateurs d'avancement intermédiaires, tels que le nombre d'accouchements par du personnel qualifié, sont fort utiles. Cependant, pour bien guider les politiques, de tels indicateurs ne doivent pas être considérés isolément mais plutôt être appréciés comme faisant partie d'une série d'éléments relevant du système administratif dont certains, de caractère complémentaire, pourraient déjà être présents. Ainsi, la qualité des prestations de services, désagrégée en disponibilité des produits requis, en présence de personnel formé, en satisfaction des clients et en d'autres mesures, pourrait utilement compléter l'indicateur touchant à la disponibilité d'un personnel accoucheur formé. De tels indicateurs de la qualité responsabiliseraient davantage les prestataires de services, amorçant un cercle vertueux d'amélioration de la qualité et facilitant une extension de la couverture. Par ailleurs, à mesure que certaines situations deviendront moins fréquentes (telles que la non-scolarisation, suite aux efforts déployés pour accroître l'inscription au primaire), une

amélioration des méthodes de collecte de données pourrait s'avérer nécessaire, car elle permettra de mieux comprendre comment faire progresser les résultats en direction d'objectifs universels. Ces considérations seront particulièrement pertinentes dans l'orientation de la recherche d'indicateurs supplémentaires pour une meilleure mise en œuvre des programmes de développement.

CONCLUSION

Le moment est venu d'accélérer la progression vers la réalisation des OMD. Les pays engagés dans l'œuvre des OMD témoignent de leur engagement et de leur résolution par les mesures concrètes qu'ils ont prises pour repérer et résoudre leurs contraintes, de nombreux partenaires ralliant la plateforme constituée par les plans d'action des OMD, soucieux d'offrir une assistance harmonisée. Dans le même temps, la connaissance des contraintes communes à tout un ensemble de pays s'accroît, ce qui offre la possibilité de formuler des solutions innovantes pouvant être adaptées à des contextes différents, ou d'un pays à l'autre. Les enseignements du terrain montrent aussi la nécessité d'une collaboration entre différents secteurs et mandats en vue de maximiser l'impact des interventions. Ce type de collaboration est encouragé aujourd'hui par les différents pays, tandis que, de leur côté, les organisations internationales renforcent leurs modes d'assistance conjointe.

La poursuite de mesures de ce type sera nécessaire pour l'accélération des progrès et pour le maintien de l'élan au-delà de 2015. Les visions d'avenir et les perspectives nationales de plusieurs pays montrent déjà toute l'importance, pour ces pays, d'atteindre les cibles OMD et ensuite de les dépasser pour améliorer le sort de toute leur population. Les plans d'action des OMD ont mis en lumière certains des éléments qui rendront cela possible : procéder à des examens réguliers pour s'assurer que les ressources soient orientées vers les domaines où elles sont les plus efficaces ; supprimer les obstacles systémiques tels que ceux qui sont liés à l'insuffisance de capacités institutionnelles ; s'attaquer aux enjeux de la durabilité environnementale ; développer de la résilience aux chocs et s'adapter aux changements climatiques.

Alors que nous amorçons notre transition vers le prochain programme mondial de développement qui sera lancé dans un peu plus de deux ans, le succès des efforts actuels déterminera le référentiel pour la mesure de progrès futurs. De plus, l'expérience acquise dans la poursuite des OMD et la pratique du CAO nous renseignera sur la manière de mettre en œuvre ce futur programme et augmentera nos chances de commencer l'année 2016 en courant.

ANNEXE

ANNEXE I. LISTE DES VISIONS STRATÉGIQUES NATIONALES

PAYS	DOCUMENT DE VISION STRATÉGIQUE	DÉPARTEMENT / INSTITUTION GOUVERNEMENTALE
Azerbaïdjan	Azerbaïdjan 2020 : Regard vers l'Avenir et Concept de Développement	Présidence de la République azéri
Bahreïn	From Regional Pioneer to Global Contender: Our Vision, The Economic Vision 2030 For Bahrain	Premier ministre, Roi et Prince héritier/ Commandant suprême adjoint
Bangladesh	Outline Perspective Plan of Bangladesh 2010-2021 (Projet)	Commission du Plan, gouvernement du Bangladesh
Belize	Belize (2010-2030) Horizon 2030	Ministère du Développement économique
Bénin	Benin 2025 : ALAFIA	Ministère du Plan et de la Coordination
Bhoutan	Bhutan 2020: A Vision for Peace, Prosperity and Happiness	Commission du Plan du gouvernement royal du Bhoutan
Burkina Faso	Étude nationale prospective Burkina 2025	Conseil national de la prospective et de la planification stratégique
Burundi	Vision Burundi 2025	Ministère du Plan et du Développement communal
Cambodge	Stratégie nationale de développement durable pour le Cambodge, août 2009	Signée par Dr Mok Mareth, ministre de l'Environnement
Colombie	Visión Colombia II Centenario: 2019.	Departamento Nacional de Planeación (DNP)
Costa Rica	Costa Rica Deciembre 2010, "María Teresa Obregón Zamora" 2011-2014, Ministerio de Planificación y Política Económica	Gobierno de Costa Rica
Côte d'Ivoire	Plan national de développement 2012-2015	Ministère du Plan et du Développement
République Dominicaine	Republica Dominicana Noviembre 2009 (2010-2030) Estrategia Nacional de Desarrollo	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, Gobierno de Republica Dominicana
Égypte	Strategic Framework for Economic and Social Plan until 2022. Egypt Long-term Vision	Ministère de la Planification et de la Coopération internationale
Le Salvador	El Salvador Mayo Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014	Secretaría Técnica de la Presidencia Gobierno de El Salvador
Fidji	20- Year Development Plan (2001-2020) For the Enhancement of Participation of Indigenous Fijians and Rotumans in the Socio-Economic Development of Fiji	Ministère des Finances et de la Planification nationale

PAYS	DOCUMENT DE VISION STRATÉGIQUE	DÉPARTEMENT / INSTITUTION GOUVERNEMENTALE
Gambie	Gambia National Development Strategy Vision 2020	République de Gambie
Ghana	The coordinated Programme of Economic and Social Development Policies, 2010-2016	Présidence de la République du Ghana
Guatemala	Guatemala (2012-2032) K´atun 2032	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
Guinée-Bissau	Second document national de stratégie de réduction de la pauvreté (2011-2015)	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Intégration régionale
Honduras	Honduras Enero (2010-2038) Visón de País 2010-2038	Secretaria Técnica de Planificación y Cooperación Externa, Gobierno de Honduras
Inde	India Vision 2020	Planning Commission, Government of India
Indonésie	Plan directeur, accélération et expansion du développement économique de l'Indonésie 2015-2025	Ministère coordonnateur des Affaires économiques
Libéria	Liberia National Vision 2030	Gouvernement du Libéria, ministère de la Planification et des Affaires économiques, signée par Mme Ellen Johnson Sirleaf, Présidente de la République
Malaisie	Vision 2020	Gouvernement malais
Maldives	Maldives Vision 2020	Ministère de la Planification et du Développement national
Mali	Etude nationale prospective Mali 2025	République du Mali
Îles Marshall	The Strategic Development Plan Framework 2003-2018	Gouvernement des Îles Marshall
Mozambique	Agenda 2025 : Vision et Stratégies de la Nation	Comité des Conseillers, Bureau du président
Nauru	National Sustainable Development Strategy (2005-2025)	République de Nauru
Nicaragua	Nicaragua Noviembre 2012- (2012-2016) Plan Nacional de Desarrollo Humano, Consejo de Comunicación y Ciudadanía	Gouvernement du Nicaragua
Nigéria	Nigeria Vision 2020, Economic Transformation Blueprint	Commission nationale de la Planification
Pakistan	Strategic Directions to Achieve Vision 2013	Commission de planification du gouvernement du Pakistan (Islamabad)
Palau	Palau 2020 National Master Development Plan	Plan-cadre national de Palau, bureau du Président
Panama	Vision Nacional 2020	Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo Panama (PNUD Panama en collaboration avec le gouvernement et la société civile du Panama)
Panama	Panamá Deciembre 2009- (2010-2014) Plan Estratégico de Gobierno	Gouvernement du Panama

PAYS	DOCUMENT DE VISION STRATÉGIQUE	DÉPARTEMENT / INSTITUTION GOUVERNEMENTALE
Papouasie-Nouvelle Guinée	PNG Development Strategic Plan 2010-2030	Département de la Planification et du Suivi nationaux
Philippines	Philippines Development Plan 2011-2016	2011-2016, Office de l'Economie et du Développement nationaux
Qatar	Qatar National Vision 2030	Secrétariat général de la planification du développement
Sénégal	Stratégie Nationale de développement économique et social 2013-2017	Gouvernement du Sénégal
Sierra Leone	Sierra Leone Vision 2025: "Sweet Salone"	Gouvernement de la Sierra Leone
Afrique du Sud	National Development Plan, Vision 2030	National Planning Commission
Sri Lanka	The Emerging Wonder of Asia Mahinda Chinatana - Vision for the Future: the Development Policy Framework 2010-2016	Department of National Planning and Ministry of Finance and Planning
Soudan	National Human Resources for Health Strategic Plan for Sudan (2012-2016)	Ministère fédéral de la Santé
Thaïlande	Onzième Plan national de développement économique et social (2012-2016)	Conseil du développement économique et social national – Bureau du Premier ministre
Timor-Leste	Plan de développement stratégique de Timor-Leste 2011-2030	Gouvernement de Timor-Leste (signé par le Président de la République, Dr José Ramos-Horta)
Tonga	National Strategic Planning Framework (2010-2020)	Bureau du Premier ministre

NOTES DE FIN

1. Assemblée générale des Nations Unies. 2013. (A/68/202). « Une vie de dignité pour tous : accélérer les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et dans la définition du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 ».

2. Nations Unies, 2011. « Boîte à outils du Cadre d'accélération des OMD » http://www.undg.org/docs/11788/MAF_Toolkit_Dec%202011.pdf

3. Nations Unies, 2011. « Cadre d'accélération des OMD : Note opérationnelle ». http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/MDG%20Strategies/MAF%20Operational%20Note.pdf

4. Nations Unies, 2010. « Favoriser les progrès : pour une accélération de la réalisation des OMD d'ici 2015 ». http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/Unlocking%20Progress_MAF%20Lessons%20from%20Pilot%20Countries_7%20October%202010.pdf

5. La cible mondiale est d'améliorer l'accès de 50 pour cent par rapport à 1990.

6. Les 10 pays pilotes étaient le Belize, la Colombie, le Ghana, la Jordanie, la RPD Lao, la Papouasie-Nouvelle Guinée, le Tadjikistan, la Tanzanie, le Togo et l'Ouganda.

7. Voir les notes 2 et 3.

8. Une conférence mondiale sur les OMD, tenue à Bogota en février 2013 sur le thème « Assurer le fonctionnement des OMD » a fourni l'occasion d'un partage de ce corpus important et diversifié de connaissances du monde entier. Près de 200 professionnels du développement représentant des gouvernements, agences techniques, universités et ONG ont participé à cette conférence. Les communications qui y ont été présentées seront bientôt publiées en ligne.

9. Pour plus de précisions sur les membres du CCS, voir : http://unsceb.org/content/ceb

10. Beyai, P.L., Aboagye, P.K., Adutum, N., Salifu, M. et Sedegah, K., 2013, "Implementation of MDG Acceleration Framework (MAF) as a Strategy to Overcome Inequalities in Access to Maternal Health Services in Ghana" (« Mise en œuvre du Cadre d'accélération des OMD (CAO) en tant que stratégie visant à éliminer les inégalités dans l'accès aux services de soins de santé au Ghana »), Conférence mondiale sur les OMD 2013, Série des documents de travail du PNUD. N° 1, UNDP Publishing, New York, NY

11. Les Reines mères au Ghana sont reconnues en tant que leaders d'autres femmes au sein de la communauté. Assurant des rôles traditionnellement dévolus aux femmes ainsi que la tutelle de jeunes filles et de femmes, elles supervisent leurs moyens de subsistance et leur passage de la jeunesse à l'âge adulte, exerçant l'influence qu'elles possèdent et le respect dont elles jouissent en tant que leaders communautaires pour mobiliser, éduquer et informer des jeunes et des femmes de leurs communautés à propos du VIH/sida et d'autres questions de santé.

12. Ministère du Plan, de l'Aménagement du territoire et du Développement communautaire, Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage, et Nations Unies, 2011. « Cadre d'accélération des OMD – Sécurité alimentaire et nutritionnelle au Niger ». http:// http://www.pnud.ne/MAF_NIGER_FINAL.pdf (dernier accès le 23 septembre 2013).

13. Ministère du Plan, de l'Aménagement du territoire et du Développement communautaire, Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage, et Nations Unies, 2012. « Cadre d'accélération des OMD au Burkina Faso – Éliminer l'extrême pauvreté et la faim ». http://www.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/Burkina%20Faso%20MAF%202012%20French.pdf

14. Comme l'a défini le Sommet alimentaire mondial de 1996, « La sécurité alimentaire existe lorsque tous les individus ont, à tout moment, la possibilité physique et économique de se procurer une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins et préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ».

15. « Updated comprehensive framework for action », Équipe spéciale de haut niveau sur la crise mondiale de la sécurité alimentaire, Septembre 2010. http://un-foodsecurity.org/sites/default/files/ UCFA_ English.pdf

16. FAO, 2012, « Perspectives de récolte et situation alimentaire ». http://www.fao.org/docrep/015/al985e/al985e00.pdf (dernier accès le 23 septembre 2013)

17. PNUD, 2013. Rapport sur le développement humain 2013 – « L'essor du Sud : Progrès humain dans un monde diversifié », New York

18. Cette initiative s'articule sur cinq grands objectifs, dont les quatre premiers correspondent de près aux domaines prioritaires du CAO. Ces cinq grands objectifs sont les suivants : croissance et diversification de la production agro-sylvopastorale et halieutique ; disponibilité régulière de produits alimentaires et agricoles sur les marchés ruraux et urbains ; amélioration de la résilience des Nigériens confrontés aux changements climatiques, aux crises et aux catastrophes ; amélioration de la situation nutritionnelle ; et facilitation et coordination de l'initiative même.

19. FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture) 2012. http://www.fao.org/news/story/en/item/177728/ et annonce faite à la Conférence FAO. Trente-huitième session, Rome, 15 au 22 juin 2013

20. FISCRCR (Fédération internationale des sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge). 2012 « Appel d'urgence, Niger : Insécurité alimentaire ». N° MDRNE010. http://www.ifrc.org/docs/appeals/11/MDRNE01ea.pdf ; BCAH (Bureau pour la coordination des affaires humanitaires). 2013. "Sahel Regional Strategy". https://docs.unocha.org/sites/dms/ROWCA/Funding%20update/2013%20Sahel%20Strategy%20MYR%DOCUMENT.pdf ; Ndiaye, M., Madai, A., Thiers, R., 2013. "Implementing the MAF action plan in Niger. Opportunities and challenges in accelerating MDG 1". Conférence mondiale sur les OMD, 2013. Série de documents de travail du PNUD. UNDP Publishing. New York.

21. Dans tous les pays, on observe des différences de gains médians entre groupes de la population. Elles peuvent s'expliquer par différents facteurs : niveaux de qualification, choix et disponibilité d'occupations, heures de travail et autres éléments, y compris peut-être celui de la discrimination.

22. PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2010. « Débloquer les progrès : Accélération des OMD sur la voie de 2015 ». http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/Unlocking%20Progress_MAF%20Lessons%20from%20Pilot%20Countries_7%20October%202010.pdf

23. Ministère des Affaires féminines et Nations Unies. 2013. "MDG Acceleration Framework, promoting women's economic empowerment in Cambodia". http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/MDG%20Acceleration%20Framework/MAF%20Reports/RBAP/Cambodia%20-%20may%209%20WEB.PDF

24. En plus du ministère de la Condition féminine, les ministères suivants ont été mis à contribution : Commerce ; Éducation, Jeunesse et Sports ; Finances ; Industrie, Mines et Énergie ; Travail et Formation professionnelle ; Aménagement du territoire ; Urbanisme et Construction ; Plan ; Développement rural ; et Tourisme.

25. Treize de ces centres gérés par le ministère de la Condition féminine offrent aux femmes un apprentissage en arts et métiers traditionnels, tels que le traitement de produits alimentaires, la couture et le tissage.

26. Par exemple le Forum Gouvernement-Secteur privé constitue la seule plateforme officielle du pays permettant à des entreprises et à des particuliers de soulever des problèmes ayant trait aux affaires auprès du gouvernement afin de leur trouver des solutions. Malgré l'efficacité qu'on lui attribue en tant que mécanisme de résolution de problèmes, la participation de femmes entrepreneurs à ses huit groupes de travail est quasi-inexistante.

27. Voir la note 23.

28. Comme au Cambodge, le nombre des partenaires de mise en œuvre est élevé : 14 au niveau national et 10 au niveau local.

29. Pour plus de précisions, consulter le Rapport d'avancement sur les OMD 2013, Nations Unies. http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf

30. Basé sur les estimations du FNUAP, 2010.

31. Basé sur l'information publiée par le Compte à rebours jusqu'en 2015 : Données maternelles, néo-natales et infantiles. http://www.countdown2015mnch.org/

32. Les données relatives aux causes de décès maternels dans les pays développés sont tirés d'un article paru dans la publication Lancet en 2006, "WHO analysis of causes of maternal death: a systematic view », tandis que les données portant sur les autres régions proviennent du Rapport décennal du Compte à rebours jusqu'en 2015 publié par l'OMS. Les écarts constatés dans les pourcentages des causes de décès maternels dans les pays en développement tiennent à l'exclusion des « décès non classifiés » des données du Rapport décennal de l'OMS. Dans ce cas précis, les décès non classifiés (4,8 %) ont été omis des données des pays en développement pour permettre la comparaison avec les autres régions. Pour plus de précisions, se reporter au Rapport décennal du Compte à rebours jusqu'en 2015. 2000-2010. "Taking stock of maternal, newborn and child survival". Washington D.C. ; et Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF, "WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review ", Lancet 2006. 1er avril. 367 (9516) : 1066-74. Review.

33. Groupe de travail de haut niveau sur le financement innovant de systèmes de santé. 2009. http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/HAE__results___lessons/Taskforce_report_EN.2009.pdf. Le rapport a estimé qu'un investissement de 49 à 54 USD par habitant serait nécessaire pour atteindre les OMD relatifs à la santé.

34. BAPPENAS, ministère de la Santé, gouvernement du Java central, et Nations Unies, 2013. MDG Acceleration Framework: Accelerating Progress towards Improving Maternal Health in Central Java, Indonesia.

35. Il n'existe pas de chiffres de TMM pour les districts et les villes, sans doute parce que le nombre absolu des décès y est trop modique pour établir un TMM. Un TMM indicatif a été estimé à partir du nombre de décès maternels par district (Pemerintah Provinsi Jateng, 2011) et du nombre de bébés nés vivants (Dinas Kesehatan Provinsi Jateng, 2010). Le TMM indicatif résulte d'une interprétation du nombre absolu des décès maternels et de l'indication du TMM. Pour plus de précisions, se reporter à la note de fin 34.

36. Par exemple, l'association des accoucheuses, IBI (Ikatan Bidan Indonesia) et l'association des médecins, POGI (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia).

37. Les causes indirectes sont celles qui résultent d'une maladie survenue précédemment ou d'une maladie contractée au cours de la grossesse, qui n'est pas due à des causes obstétriques directes mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

38. La contribution respective des causes directes et indirectes à la mortalité féminine varie avec le temps, à mesure que des interventions telles que les soins obstétriques d'urgence deviennent plus disponibles. La nécessité de mieux comprendre et d'affronter les causes indirectes va donc probablement se préciser davantage et se fonder sur le contexte national des maladies contagieuses et non contagieuses.

39. La carte représente l'indice composé de l'exclusion sociale en matière de santé. Les facteurs qui pèsent le plus sur l'indice composé de l'exclusion sont : la composante économique de l'exclusion (pauvreté, revenu, chômage), la composante sociale et spatiale (temps de transport, analphabétisme, accès à l'eau et l'assainissement), et la composante de système de santé (nombre de médecins et personnel infirmier par 10 000 habitants et prestations institutionnelles). Au niveau du pays, la valeur estimative de l'indice est de 0,28, ce qui correspond à un niveau d'exclusion élevé (fourchette de 0,273 à -0,282 pour un intervalle de confiance de 95 %). La carte montre la valeur de l'indice composé par département. Les départements de Cabañas et de Morazán, suivis de ceux de La Union et de Ahuachapnd sont ceux qui enregistrent les degrés d'exclusion les plus élevés, représentés par les couleurs ocre et orangé foncé sur la carte.

40. Bouché, N., 2013. "MDG Acceleration Efforts and Emerging Priorities for a Post-2015 Agenda: Evidence from MAF Roll-Out in Western and Central Africa". Conférence mondiale sur les OMD, 2013. Série de documents de travail du PNUD n° 3. UNDP Publishing. New York.

41. Officiellement dénommé « Programme national pour assurer la prévention et le traitement du VIH et la prise en charge de personnes séropositives et de patients sidéens ».

42. Activités organisationnelles, Durabilité, Droits de l'homme et genre, Toxicomanes par injection, Travailleurs du sexe, Hommes ayant des rapports avec des hommes, Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, Jeunesse, Système pénitentiaire, Tests et conseils en matière de séropositivité, Traitements antirétroviraux, et Prise en charge et soutien.

43. Ministère des Finances et de la Planification nationale, 2010. "2nd National Millennium Goals, Status and Progress between 1990-2010". http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Tonga/Tonga_MDG%202010.pdf

44. RRII Afrique (Réseau régional intégré d'information), 2013. "Niger seeks to end cycle of hunger". http://www.irinnews.org/report/97790/niger-seeks-to-end-cycle-of-hunger. Dernier accès le 15 septembre 2013.

45. Ministère de l'Éducation et des Sports et ministère des Finances et du Développement économique de Tuvalu ; et Système des Nations Unies dans les îles du Pacifique, 2013. "MDG Acceleration Framework: Improving quality of education in Tuvalu". http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/MDG%20Acceleration%20Framework/MAF%20Reports/RBAP/MAF%20Tuvalu-FINAL-%20April%204.pdf

46. Dans le cadre des Nations Unies, un processus intergouvernemental pour parvenir à un programme négocié mondial est bien engagé au sein du Groupe de travail ouvert chargé par le biais du document final de la Conférence de Rio 2012 de définir des objectifs de développement appropriés. On s'attend à ce que ces objectifs soient essentiels à tout programme de développement futur. Une gamme diversifiée de parties prenantes y apporte actuellement ses contributions. Les rapports émanant de ces parties prenantes comprennent ceux du Groupe de haut niveau du Secrétaire général, du Réseau des solutions de développement durables, de l'Équipe spéciale des Nations Unies sur l'après-2015, ainsi que diverses autres entités. Au niveau des pays, des consultations animées par le GNUD et réunissant des OSC et des particuliers dans plus de 90 pays ont visé à définir « le monde que nous voulons ». Elles sont désormais synthétisées dans un rapport préliminaire et un rapport final. Les contributions nationales et mondiales à ces travaux revêtent à dessein le caractère de nobles aspirations.

47. OIT (Organisation internationale du travail) et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) 2011. "Inclusive and resilient development – the role of social protection; Background paper for G-20 Development Working Group". http://www.socialprotection.org/sites/default/files/SPG20_clean_final.pdf

48. Bouché, N., 2013."MDG Acceleration Efforts and Emerging Priorities for a Post-2015 Agenda: Evidence from MAF Roll-Outs in Western and Central Africa", Conférence mondiale sur les OMD 2013, Série des documents de travail du PNUD no. 3, UNDP Publishing. Les pays étudiés sont le Bénin, le Burkina Faso, la RCA, le Tchad, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo.

49. PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2012. « Vers la résilience humaine : Soutenir les progrès des OMD en période d'incertitude économique ». http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Towards_SustainingMDG_Web1005.pdf

50. OIT (Organisation internationale du travail) et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2011. "Inclusive and resilient development – the role of social protection; Background paper for G-20 Development Working Group". http://www.socialprotection.org/sites/default/files/SPG20_clean_final.pdf

51. BCAH (Bureau pour la coordination des affaires humanitaires), 2012. "Sahel Strategy Document". http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Full_Report_3569.pdf

52. Assemblée générale des Nations Unies, 2013. (/68/202) « Une vie de dignité pour tous : accélérer les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et dans la définition du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 ». New York.

53. GNUD (Groupe des Nations Unies pour le développement). 2013. « Un million de voix : Le monde que nous voulons - Un avenir durable avec de la dignité pour tous » http://www.worldwewant2015.org/bitcache/9158d79561a9de6b34f95568ce8b389989412f16?vid=422422&disposition=inline&op=view

54. Assemblée générale des Nations Unies. 2013. (A/67/941). « Rapport d'avancement du Groupe de travail ouvert de l'Assemblée générale sur les objectifs de développement durable ». New York.

55. Assemblée générale des Nations Unies. 2000. (A/RES/155/2). « Déclaration du Millénaire des Nations Unies ». New York.

56. Assemblée générale des Nations Unies. 2012. (A/RES/66/288). « L'avenir que nous voulons ». New York.

57. DAES (Département des affaires économiques et sociales) et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement), 2013. "Synthèse des rapports nationaux pour Rio+20". New York. http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Environment%20and%20Energy/Integrating%20Environment%20into%20Development/RIO+20_ENGLISH_WEB.pdf

LE CADRE POUR ACCELERER LES OMD DANS LE MONDE

Pays qui mettent en œuvre le CAO (2010-2013) au niveau national ou infranational. Actuellement, certains pays sont en phase de développement des plans d'action CAO, tandis que d'autres sont dans la phase de mise en œuvre des plans d'action CAO.

Au service
des peuples
et des nations

Réalisé aux États-Unis
Programme des Nations Unies pour le développement
One United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA
www.undp.org/mdg