



# Assemblée générale

Distr. générale  
22 juillet 2019  
Français  
Original : anglais

---

## Soixante-quatorzième session

Point 25 a) de l'ordre du jour provisoire\*

### Développement social

## Suite donnée au Sommet mondial pour le développement social et à la vingt-quatrième session extraordinaire de l'Assemblée générale

### Rapport du Secrétaire général

#### *Résumé*

Dans le présent rapport, établi en application de la résolution [73/141](#) de l'Assemblée générale, le Secrétaire général met l'accent sur la nécessité de renforcer la coopération internationale au service du développement social, en accordant une attention particulière à l'accès universel et équitable à l'éducation et aux soins de santé, et de faire avancer les objectifs fixés au Sommet mondial pour le développement social et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il recense également les lacunes et les difficultés et propose des solutions pour aligner l'appui de la coopération internationale sur les politiques et stratégies nationales, afin d'accélérer les progrès. Le rapport met en exergue les conclusions de la cinquante-septième session de la Commission du développement social et se termine par des recommandations de politique générale pour examen par l'Assemblée générale.

---

\* [A/74/150](#).



## I. Introduction

1. Dans sa résolution 73/141, l'Assemblée générale se félicite que les gouvernements aient réaffirmé leur ferme volonté de poursuivre la mise en œuvre de la Déclaration de Copenhague sur le développement social et du Programme d'action du Sommet mondial pour le développement social, notamment pour promouvoir l'égalité et la justice sociale, éliminer la pauvreté, promouvoir le plein emploi productif et un travail décent pour tous et favoriser l'intégration sociale afin d'édifier des sociétés stables, sûres et justes pour tous. Elle considère également que la concrétisation des engagements pris à Copenhague et la réalisation des objectifs de développement arrêtés au niveau international, notamment les objectifs de développement durable, se renforcent mutuellement et réaffirme que la Commission du développement social conserve la responsabilité première du suivi et de l'examen de l'application du document final du Sommet mondial pour le développement social. L'Assemblée se félicite que le Conseil économique et social ait décidé qu'afin de contribuer à ses travaux, la Commission, compte tenu de son mandat et de son expérience dans la promotion d'un développement inclusif axé sur l'être humain, présentera un rapport sur les aspects sociaux liés au thème principal qu'il a retenu, apportant notamment des contributions qui concernent la mise en œuvre effective du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de façon globale et sans exclusive.

2. En 1995, les chefs d'État et de gouvernement réunis au Sommet mondial pour le développement social ont déclaré l'importance du développement social et du bien-être humain pour tous et leur ont accordé la plus haute priorité depuis lors : ces idées et ces engagements restent valables aujourd'hui. Comme il est dit dans la Déclaration et le Programme d'action de Copenhague, les politiques et les investissements les plus productifs sont ceux qui permettent aux gens de tirer le meilleur parti de leurs capacités, de leurs ressources et des possibilités qui leur sont offertes, ce qui place l'être humain au cœur du développement économique et social. La Déclaration et le Programme d'action énoncent dix engagements en faveur du développement social et de la justice sociale, notamment l'accès universel et équitable à l'éducation et aux soins de santé primaires, et l'accroissement des ressources allouées au développement social. Ces objectifs et ces principes directeurs ont été réaffirmés par l'Assemblée dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

3. Et pourtant aujourd'hui, près de 25 ans après le Sommet mondial pour le développement social, les progrès restent lents et inégaux et des écarts majeurs subsistent. Ainsi, les inégalités de revenus persistent voire se sont creusées dans bien des pays ces dernières années, sapant les mesures d'élimination de la pauvreté. L'érosion de la cohésion sociale et de la confiance dans les institutions publiques semble s'aggraver dans de nombreuses sociétés. Le respect des engagements pris au Sommet et la réalisation du Programme 2030 s'en trouvent ainsi compromis, notamment l'engagement général qui y a été pris de ne laisser personne de côté.

4. En 2019, le Sommet sur les objectifs du Millénaire pour le développement se tiendra dans le cadre de la soixante-quatorzième session de l'Assemblée générale pour examiner de manière approfondie les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Programme 2030 et des objectifs et cibles de développement durable. Les États Membres auront la possibilité de renforcer davantage la cohérence des politiques et de créer des synergies dans des domaines clefs du développement social, afin que les stratégies qu'ils ont mises en place pour donner suite aux conclusions du Sommet mondial pour le développement social, dont les objectifs fondamentaux sont l'élimination de la pauvreté, la lutte contre les inégalités, la promotion d'emplois productifs et d'un travail décent pour tous et la promotion d'une société inclusive,

hâtent la réalisation du Programme 2030 et les objectifs de développement durable et ne laissent personne de côté.

## II. Progrès accomplis dans la réalisation de l'accès universel et équitable à l'éducation et aux soins de santé

### A. Accès universel aux soins de santé

5. Pour atteindre l'objectif 3 du développement durable (donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges), les pays l'ont intégré dans leurs plans et politiques. Des progrès déterminants ont été faits à divers titres : allongement de l'espérance de vie, recul de la mortalité maternelle et infantile et lutte contre les principales maladies transmissibles. Par ailleurs, les décès maternels ont diminué de moitié depuis 1990 ; le taux de mortalité des moins de 5 ans a été réduit de 49 % entre 2000 et 2017 ; à l'échelle mondiale, 81 % des accouchements ont été pratiqués par un professionnel en 2018, contre 69 % en 2012<sup>1</sup> ; et l'incidence du VIH en Afrique subsaharienne a diminué de 37 % chez les adultes de 15 à 49 ans, tandis que l'incidence mondiale a diminué de 22 % entre 2010 et 2017.

6. À l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2019, les États Membres sont convenus d'accélérer et d'intensifier l'action visant à prévenir et à traiter les maladies non transmissibles, d'adopter une approche commune de la résistance aux antimicrobiens et d'adopter une nouvelle stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et le changement climatique. En outre, l'Assemblée a approuvé et adopté la onzième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-11), qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Les États membres se sont engagés à mettre en pratique les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant les agents de santé communautaires, notamment à investir dans des services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène pour les établissements de santé, ainsi que dans des services de soins de santé primaires de qualité. Ils ont adopté un accord historique visant à améliorer la transparence des prix des médicaments, vaccins et autres produits de santé.

7. Faire que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle<sup>2</sup>, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable, est essentiel pour éliminer la pauvreté et garantir un développement durable pour tous. L'indice de couverture des services de la couverture sanitaire universelle<sup>3</sup> varie considérablement d'une région à l'autre, le plus élevé se situant en Amérique du Nord, en Europe et en Asie de l'Est (77), suivie de l'Amérique latine et des Caraïbes (75), de l'Asie du Sud (53) et de l'Afrique subsaharienne (42). Les données disponibles montrent que la couverture mondiale des services essentiels a augmenté d'environ 20 % entre 2000 et 2015, l'augmentation la plus rapide étant celle du traitement antirétroviral du VIH (de 2 % en 2000 à 53 % en 2016) et de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme (de 1 % en 2000 à 54 % en 2016).

<sup>1</sup> *Progress towards the Sustainable Development Goals* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.19.I.6).

<sup>2</sup> D'après la définition de l'OMS, la couverture sanitaire universelle a pour but de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières.

<sup>3</sup> Voir Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, *Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle* (Suisse 2017).

8. Pour établir la nécessité d'une couverture sanitaire universelle, l'OMS surveille les données sur le pourcentage d'individus qui tombent dans la pauvreté en raison de dépenses de santé catastrophiques, leurs versements directs dépassant leur capacité de paiement (environ plus de 10 % du revenu ou de la consommation). En 2010, 11,7 % de la population mondiale a fait face à des dépenses catastrophiques au regard de ce seuil de 10 %. La région de l'Amérique latine et des Caraïbes a enregistré le taux le plus élevé (14,8 % de la population), suivie de l'Asie du Sud (13,5 %). En termes de nombre de personnes, l'Asie de l'Est et le Pacifique a été la région la plus touchée (280,9 millions), suivie de l'Asie du Sud (220,6 millions). Selon l'incidence de l'appauvrissement lié à des dépenses directes de santé au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour<sup>4</sup>, le nombre d'individus concernés dans le monde est passé de 130 millions (2,1 %) en 2000 à environ 97 millions (soit 1,4 %) en 2010. Toutefois, au regard du seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour, les chiffres sont passés de 106 millions (1,7 %) en 2000 à 122 millions (1,8 %) en 2010. Les taux d'appauvrissement dans les pays à revenu moyen supérieur et les pays à revenu élevé sont nuls ou presque.

9. Il n'existe pas de solution toute faite en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle. En Amérique latine, dans le cadre des réformes du secteur social, de nombreux pays ont élargi la couverture sanitaire universelle depuis 1990. Le Brésil, le Costa Rica et Cuba ont des systèmes de santé unifiés, financés par l'impôt pour le Brésil et Cuba. Dans d'autres pays, on a combiné l'expansion des régimes d'assurance financés par l'État et les transferts sociaux en espèces pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires des familles pauvres et des travailleurs du secteur informel. Une plateforme d'apprentissage commune, mise en place dans la région, permet aux pays d'affiner davantage les réformes des systèmes de santé.

10. Si la couverture sanitaire universelle reste un défi pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, différents mécanismes de financement de la santé ont été adoptés pour améliorer l'accès à des soins de santé de base de qualité. Le Ghana, en adoptant une loi en 2003, a été le premier pays de la région à introduire un système national d'assurance maladie<sup>5</sup>. Plus récemment, l'Afrique du Sud a adopté en 2018 un projet de loi sur un système national d'assurance maladie et le Kenya a approuvé des plans ambitieux visant à lancer un nouveau régime de couverture sanitaire universelle. Le Rwanda a fait de gros progrès, parvenant à une couverture de 80 % par l'application de mesures successives, notamment sa stratégie à long terme « Vision 2020 », lancée en 2000, ainsi que la politique d'assurance maladie communautaire adoptée en 2010 et la politique d'assurance maladie nationale, introduite en 2010. Par la suite, la politique d'assurance maladie communautaire a été associée à d'autres assurances maladie nationales et est devenue obligatoire pour les travailleurs du secteur informel<sup>6</sup>.

11. En 2018, l'Inde a lancé *Ayushman Bharat Yojana*, son régime national de couverture sanitaire, l'un des plus grands régimes publics d'assurance maladie au monde, qui, remplaçant plusieurs programmes, couvre 100 millions de familles pauvres et vulnérables et finance 50 000 centres de bien-être dans le pays. En février 2019, les Philippines ont signé la loi sur les soins de santé universels pour garantir la disponibilité des médicaments et des établissements de santé, consolider les flux financiers fragmentés, accroître la marge budgétaire et améliorer les systèmes de santé

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Robert Alhassan, Edward Nketiah-Amponsah et Daniel Arhinful, « A review of the national health insurance scheme in Ghana: what are the sustainability threats and prospects? » *PLOS One*, No. 11, Issue 11 (novembre 2016), p. 1 à 16.

<sup>6</sup> Médard Nyandekwe, Manassé Nzayirambaho et Jean Baptiste Kakoma, « Universal health coverage in Rwanda: dream or reality », *PanAfrican African Medical Journal*, vol. 17, Issue 232 (mars 2014).

locaux. L'Égypte fait de la couverture sanitaire universelle une priorité de sa stratégie de développement durable Vision 2030 et a adopté en 2018 une nouvelle loi sur l'assurance maladie sociale universelle pour un financement adéquat et durable de la santé.

## B. Accès universel et équitable à l'éducation

12. Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie est essentielle à la réalisation d'un développement durable. En particulier, l'éducation contribue à mettre fin à la pauvreté en fournissant aux individus des connaissances, des compétences et une formation qui augmentent leur productivité et leurs revenus. Élargir l'accès à l'éducation contribue à réduire les inégalités à l'intérieur des pays, comme en témoigne la baisse du coefficient de Gini à la suite de l'augmentation dans plusieurs pays de la part de la population ayant fait des études secondaires.

13. Le taux de scolarisation a progressé rapidement dans le monde. Les taux d'alphabétisation n'ont cessé d'augmenter au cours des 50 dernières années pour atteindre 86 % en 2016. En outre, l'objectif de l'enseignement primaire universel est désormais à portée de main. S'agissant de l'enseignement primaire, entre 2000 et 2012, le taux net de scolarisation dans le monde (déduit du taux de non scolarisation) est passé de 85 % à 91 %, les pays d'Asie du Sud et d'Asie occidentale étant les plus avancés (80 % à 93 %), suivis des pays d'Afrique subsaharienne (61 % à 78 %). Les progrès réalisés par les pays les moins avancés, qui sont passés de 61 % à 81 % dans la même période, méritent également d'être notés<sup>7</sup>.

14. L'accès à l'éducation de la petite enfance, à l'enseignement secondaire et à l'éducation des adultes s'est également amélioré. Entre 2013 et 2017, les taux d'achèvement ont été de 85 % pour l'enseignement primaire, 73 % pour le premier cycle du secondaire et 49 % pour le deuxième cycle du secondaire. En 2017, 70 % des jeunes enfants participaient à un apprentissage organisé un an avant l'âge officiel d'entrée à l'école primaire et le taux brut de scolarisation dans l'enseignement supérieur, qui englobe toutes les possibilités d'éducation des adultes, a atteint 38 %. Les disparités entre les sexes dans l'accès à l'éducation ont été réduites au niveau mondial et ont presque disparu dans l'enseignement secondaire. La communauté internationale et les pays à titre individuel tiennent de plus en plus compte des migrations et des déplacements, et de leurs incidences sur l'accès à l'éducation. Récemment, des décisions audacieuses, le pragmatisme politique et la solidarité internationale ont amené de nombreux pays à abandonner les pratiques d'exclusion et à inclure les immigrants et les réfugiés dans leurs systèmes éducatifs nationaux.

## III. Lacunes et difficultés

### A. Santé

15. Malgré les progrès accomplis, au moins la moitié de la population mondiale (plus de 3,65 milliards) n'a toujours pas accès aux services de santé essentiels ; plus de 800 millions de personnes consacrent au moins 10 % de leur budget aux dépenses de santé ; et une centaine de millions de personnes sont poussées chaque année dans l'extrême pauvreté en raison des dépenses directes de santé. Les progrès sont au point mort dans la lutte contre les grandes maladies, telles que le paludisme. D'après

<sup>7</sup> Base de données de l'Institut de statistique de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (2019).

l'ONU, chaque année, 12,6 millions de décès évitables sont dus à des risques environnementaux, notamment à la pollution atmosphérique et au manque d'accès à l'eau et à l'assainissement. En outre, en 2017, 786 millions de personnes n'avaient toujours pas accès à un service d'eau potable de base et 2 milliards de personnes, dont 701 millions faisant leurs besoins en plein air, ne disposaient toujours pas d'installations sanitaires de base. D'après les rapports, pour que tout le monde ait accès à des services d'assainissement de base d'ici à 2030, il faudrait redoubler d'efforts. Pour l'heure, les ménages les plus pauvres et les moins instruits vivant dans les zones rurales sont les plus affectés par le manque d'eau potable et d'assainissement de base<sup>8</sup>.

16. Il reste encore beaucoup à faire concernant les services de santé pour les femmes. Dans de nombreux pays, il existe un écart important entre les ménages riches et les ménages pauvres en matière d'assistance qualifiée à l'accouchement. Parmi les critères analysés, c'est la richesse et l'éducation qui ont le plus d'incidence sur l'accès à l'aide professionnelle pendant l'accouchement. Les femmes les plus défavorisées ont également plus d'enfants de moins de 5 ans. L'inégalité d'accès des femmes aux soins de santé génésique de base a des répercussions à long terme sur la santé des femmes et des enfants. Malgré les progrès, les pays les moins avancés d'Afrique de l'Ouest et d'Asie du Sud continuent de connaître des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles. Chaque année, plus d'un million de décès sont associés à des accouchements effectués dans des conditions insalubres, tandis que les infections représentent 26 % des décès néonataux et 11 % de la mortalité maternelle<sup>9</sup>. Le manque d'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence continue d'être un problème majeur : les centres d'orientation sont insuffisants ; la qualité des services est pitoyable ; et les femmes se heurtent à de nombreuses difficultés du fait de leur manque de pouvoir de décision et d'accès à un système de transport efficace. Dans le monde, la situation de la santé maternelle des femmes et des adolescentes autochtones est nettement pire.

17. Étendre la couverture sanitaire est difficile, à la fois pour de nombreux pays à faible revenu, qui ont peu de ressources financières et humaines et sont très pauvres, et des pays à revenu intermédiaire, dont la population vieillit ou qui doivent faire face à un nombre croissant de problèmes liés aux maladies non transmissibles. Assumant 26 % du fardeau mondial des maladies, les pays d'Afrique, en 2015, ne comptent que pour 2 % dans les dépenses mondiales totales en matière de santé (9,7 trillions de dollars). En moyenne, une grande partie des soins de santé a été financée par versements directs (36 %) et par l'aide extérieure (22 %), d'où un déficit financier public de 66 milliards par an sur la base d'un seuil de 5 % du produit intérieur brut<sup>10</sup>. En vue de la transition vers la couverture sanitaire universelle, de nombreux pays ont lancé des systèmes d'assurance maladie contributifs, d'où souvent une fragmentation du financement et de la prestation de services<sup>11</sup>. La viabilité opérationnelle et financière de ces programmes constitue un autre défi majeur en raison, notamment, de l'absence de législation claire, de la faible participation, de la gestion insuffisante des risques, des faibles capacités techniques et administratives, des frais généraux

---

<sup>8</sup> Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique, « Inequality of opportunity in Asia and the Pacific: Water and sanitation ». Documents d'orientation sur le développement social, n° 2018-05 (2018).

<sup>9</sup> Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Water, Sanitation, and Hygiene in Health Care Facilities: Practical Steps to Achieve Universal Access to Quality Care* (Genève, 2019).

<sup>10</sup> Commission économique pour l'Afrique, *Healthcare and Economic Growth in Africa* (Addis-Abeba, 2019).

<sup>11</sup> Rifat Atun *et al.*, « Health-system reform and universal health coverage in Latin America », *Lancet* No. 385, p. 1230 à 1247 (2015).

élevés ou de la surenchère des coûts, de la répartition géographique des établissements de santé et des agents sanitaires, du manque d'information des clients et du soutien limité des populations. Les pays courent également le risque d'augmenter leur dette à long terme. S'ils ne sont pas bien réglementés, les mécanismes de financement novateurs, tels que les prêts pour les soins de santé, entraînent souvent un accroissement de la dette des ménages, en particulier dans les pays à faible revenu, où, en moyenne, 45 % des dépenses totales de santé sont à la charge des ménages.

18. Un autre défi est l'augmentation du coût des médicaments, qui menace la viabilité des systèmes de santé dans de nombreux pays. Un cadre de tarification plus équitable est indispensable pour que des prix plus bas, plus abordables puissent être fixés et pour améliorer la transparence dans l'établissement des prix des médicaments vitaux, sans dissuader les entreprises pharmaceutiques à investir dans de nouveaux produits. Les coopératives de santé jouent un rôle important dans la fourniture de biens et services à faible coût aux populations pauvres ou marginalisées<sup>12</sup>.

19. Il ne s'agit pas seulement de problèmes financiers, mais aussi de ressources humaines. L'OMS prévoit qu'environ 40 millions de nouveaux travailleurs de la santé seront nécessaires d'ici à 2030, principalement dans les pays à revenu intermédiaire et élevé. Par conséquent, il pourrait y avoir une « fuite de cerveaux » de travailleurs sanitaires qualifiés des pays à revenu faible et à revenu moyen inférieur, 18 millions de travailleurs de la santé manquant actuellement au niveau mondial pour atteindre et maintenir la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030. Selon les données de l'ONU disponibles pour la période allant de 2013 à 2018, dans près de 40 % des pays, on comptait moins de 10 médecins pour 10 000 personnes, et dans plus de 55 % des pays, moins de 40 infirmières/infirmiers ou sages-femmes pour 10 000 personnes.

## B. Éducation

20. L'une des cibles de l'objectif de développement durable n° 4 est de faire en sorte, d'ici à 2030, que toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité les dotant d'acquis véritablement utiles. Une autre cible pour 2030 est l'élimination des inégalités entre les sexes et des inégalités liées à la richesse dans le domaine de l'éducation et l'égalité d'accès de tous, y compris des membres de groupes sociaux en situation vulnérable, comme les personnes handicapées, les peuples autochtones et les personnes déplacées, à tous les niveaux d'enseignement et de formation professionnelle.

21. Peu de progrès notables ont été faits en matière d'alphabétisation et d'enseignement primaire au cours des dernières années, tandis que l'accès à l'enseignement secondaire est demeuré limité et les taux d'échec scolaire au niveau secondaire élevés. Par conséquent, en 2016, il y avait encore 750 millions d'adultes analphabètes dans le monde, dont la moitié en Asie du Sud et un quart en Afrique subsaharienne. De plus, 263 millions d'enfants et d'adolescents n'étaient toujours pas scolarisés : 63 millions d'entre eux étaient en âge de fréquenter le primaire (environ 6 à 11 ans), 61 millions en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire (environ 12 à 14 ans) et 139 millions en âge de fréquenter le second cycle du secondaire (environ 15 à 17 ans). Plus de la moitié des enfants non scolarisés en âge de fréquenter le primaire vivaient dans un pays d'Afrique subsaharienne<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Voir <http://www.cicopa.coop/news/assessing-the-worldwide-contribution-of-cooperatives-to-healthcare/>.

<sup>13</sup> Institut de statistique de l'UNESCO, « One in five children, adolescents and youth is out of school », *Fiche d'information n° 48*, février 2018.

22. Le taux de non-scolarisation augmente avec l'âge. Les adolescents en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire ont presque deux fois plus de risques de ne pas être scolarisés que les enfants en âge de fréquenter le primaire, et les jeunes en âge de fréquenter le second cycle du secondaire quatre fois plus. En 2016, le taux de non-scolarisation était de 17 % tous âges confondus, de 9 % chez les enfants en âge de fréquenter le primaire, de 16 % chez les adolescents en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire et de 36 % chez les jeunes en âge de fréquenter le second cycle du secondaire. Les jeunes représentent donc plus de la moitié des personnes exclues de l'enseignement. Les taux de non-scolarisation sensiblement plus élevés pour ce groupe s'expliquent en partie par le fait que, contrairement à l'enseignement primaire et au premier cycle de l'enseignement secondaire, l'enseignement secondaire n'est pas financièrement accessible pour tous dans beaucoup de pays, car il n'y est pas toujours obligatoire et gratuit. Par conséquent, des jeunes en âge de fréquenter le second cycle du supérieur, qui ont souvent atteint l'âge légal d'admission à l'emploi, pourraient choisir de travailler plutôt que de continuer leur scolarité.

23. Signe des défis à venir, de grandes disparités persistent dans la fréquentation scolaire et l'acquisition des enseignements en fonction des régions, de la richesse, du sexe, de la résidence en milieu urbain ou rural et d'autres facteurs tels que l'identité autochtone ou le handicap. Par exemple, l'accès à l'éducation est fortement limité en Afrique subsaharienne, où 21 % des enfants en âge de fréquenter le primaire, 37 % des adolescents en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire et 58 % des jeunes en âge de fréquenter le second cycle du secondaire ne sont pas scolarisés alors que l'accès à l'éducation est quasi-universel dans la région Europe et Amérique du Nord, où ces pourcentages sont respectivement de 4 %, 2 % et 8 %.

24. Dans la plupart des pays, des facteurs comme la pauvreté, le fait d'habiter une zone rurale ou un handicap empêchent trop souvent les enfants et les adolescents d'accéder à l'éducation, en particulier aux cycles secondaires et supérieurs. Les disparités de fréquentation scolaire en fonction de la richesse sont particulièrement importantes en Afrique subsaharienne, où, s'agissant des enfants en âge de fréquenter le primaire, 65 enfants issus des ménages les plus pauvres pour 100 enfants issus des ménages les plus aisés sont scolarisés<sup>14</sup>. Cet écart se creuse avec l'âge. En Afrique subsaharienne, par exemple, parmi les jeunes de 15 à 17 ans, seuls 55 jeunes issus des ménages les plus pauvres pour 100 jeunes issus des ménages les plus aisés sont scolarisés. Toutefois, on note que les taux de fréquentation scolaire varient peu en fonction de la richesse des ménages dans la région Amérique latine et Caraïbes.

25. Les disparités entre les sexes dans l'accès à l'éducation persistent au primaire, selon l'Indice de parité entre les sexes ajusté<sup>15</sup>. En 2016, l'indice était de 1,21 pour les enfants en âge de fréquenter le primaire, ce qui signifie que dans ce groupe d'âge, pour 100 garçons non scolarisés, 121 filles ne l'étaient pas ; l'indice était de 1,03 pour les adolescents en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire et de 1,01 pour les jeunes en âge de fréquenter le second cycle du secondaire. Ces disparités sont encore plus marquées aux niveaux régional et national, les filles de tous âges ayant plus de risques d'être exclues de l'enseignement que les garçons en Afrique subsaharienne. Dans les pays arabes, à de rares exceptions, les filles et les femmes

<sup>14</sup> UNESCO, « Ne laisser personne pour compte : sommes-nous loin de l'enseignement primaire et secondaire universel ? », *document d'orientation/fiche d'information* 27, juillet 2016.

<sup>15</sup> L'indice de parité entre les sexes ajusté est le rapport entre le taux de non-scolarisation des personnes de sexe féminin et celui des personnes de sexe masculin. Un indice supérieur à 1,03 indique que les filles sont désavantagées.



handicapées des zones rurales ont les plus faibles taux de fréquentation scolaire et d'achèvement<sup>16</sup>.

26. Bien que les avancées rapides de la technologie puissent contribuer à surmonter les obstacles à la scolarisation, la qualité de l'éducation, les qualifications des enseignants et les conditions d'apprentissage laissent encore à désirer. La piètre qualité de l'éducation dispensée fait échouer des millions d'élèves. En 2015, 617 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 6 à 14 ans partout dans le monde, soit 58 % des enfants et adolescents dans ce groupe d'âge, n'avaient pas acquis les bases de la lecture et des mathématiques. Il est nécessaire de recentrer les efforts pour améliorer les acquis scolaires au cours du cycle éducatif, en particulier dans les pays à faible revenu, où les taux de non-scolarisation et les disparités d'accès à l'éducation sont les plus grands.

27. De nos jours, les enseignants doivent avoir le plus haut niveau de connaissances et de compétences pour dispenser un enseignement de qualité. Malheureusement, 85 % des enseignants du cycle primaire ont été formés au niveau mondial, une proportion qui se maintient depuis 2015. De plus, ce pourcentage continue de chuter en Afrique subsaharienne, où le nombre d'enseignants formés est le plus bas, passant de 85 % en 2000 à 64 % en 2017 au primaire et de 79 % en 2005 à 50 % en 2017 au secondaire<sup>17</sup>.

28. De nombreux pays en développement, en particulier des pays d'Afrique subsaharienne et les pays les moins avancés, manquent encore d'infrastructures de base, d'infrastructures de distribution d'eau et d'installations sanitaires, qui amélioreraient l'environnement d'apprentissage et la santé, ainsi que le taux de présence et la réussite des élèves, et qui promouvraient l'égalité des sexes. Par exemple, dans les pays les moins avancés, 2 écoles sur 3 n'ont pas l'électricité et seuls 43 % ont des installations pour le lavage des mains. Moins de la moitié des écoles primaires en Afrique subsaharienne ont accès à de l'eau potable, et encore moins à Internet. Bien que les écoles des zones urbaines soient mieux équipées que celles des zones rurales, nombre d'entre elles sont surpeuplées, la moyenne d'élèves par classe étant de 50 dans un tiers des pays d'Afrique subsaharienne. Elles se retrouvent alors contraintes de fonctionner par roulement.

#### **IV. Renforcement de la coopération internationale au service du développement social et en accordant une attention particulière à l'accès universel et équitable à l'éducation et aux soins de santé**

29. Il est essentiel d'investir dans le capital humain pour mettre en valeur les ressources humaines et parvenir au développement social. Élargir l'accès à un enseignement et à des soins de santé de qualité pour tous est au cœur des efforts faits en ce sens. Des régimes de protection sociale bien conçus aident les familles pauvres et vulnérables à avoir accès à ces services. Selon la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique, les effets de l'augmentation de l'investissement dans l'humain dans la région de l'Asie et du Pacifique sont remarquables : rien que si les pays de cette région alignaient leurs dépenses publiques en matière de santé sur la

<sup>16</sup> Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale, *Disability in the Arab Region 2018*, Beyrouth, 2018.

<sup>17</sup> UNESCO, *Rapport mondial de suivi sur l'éducation 2019 : Migration, déplacement et éducation : bâtir des ponts, pas des murs* (Paris, 2018).

moyenne mondiale d'ici à 2030, 147 millions de personnes sortiraient de la pauvreté modérée ; en matière d'éducation, ce serait 128 millions de personnes<sup>18</sup>.

30. Il est nécessaire d'augmenter considérablement les dépenses publiques, en particulier dans les domaines de l'éducation, des soins de santé et de la protection sociale, pour atteindre, à tout le moins, les moyennes mondiales. Cependant, de nombreuses stratégies nationales visant, par exemple, à offrir une couverture sanitaire universelle ne sont pas assorties de plans de financement établis spécifiquement pour leur mise en œuvre<sup>19</sup>. Les pays sont encouragés à élaborer des cadres de financement nationaux cohérents et intégrés en fixant des objectifs de dépenses adaptés à leur pays. De telles modalités de financement pourraient contribuer à une meilleure gestion des priorités concurrentes et à une utilisation plus optimale du financement grâce à un suivi commun dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la protection sociale, de l'eau et de l'assainissement.

31. Dans le cadre de l'Initiative pour un socle de protection sociale, des efforts internationaux, régionaux et nationaux se poursuivent en vue d'offrir des garanties élémentaires de sécurité sociale pour assurer à tous ceux qui sont dans le besoin les soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu tout au long de leur vie. La coopération internationale peut également faciliter la mobilisation de ressources supplémentaires pour les infrastructures de distribution d'eau, d'assainissement et d'hygiène en vue d'améliorer la qualité des établissements de santé, compte tenu que la plupart des pays à faible revenu et de nombreuses zones dans des pays à revenu intermédiaire n'ont pas de services d'eau et d'assainissement municipaux pleinement fonctionnels et gérés en toute sécurité. Il est également nécessaire d'établir des normes cohérentes concernant l'eau, l'hygiène et la salubrité dans les établissements de santé, d'améliorer les systèmes de suivi, de prendre en compte certaines maladies dans la préparation du budget et de fournir aux travailleurs sanitaires une rémunération et une formation adéquates.

## A. Aide publique au développement

32. L'aide publique au développement (APD) est une source importante de financement du développement, en particulier pour les pays à faible revenu. Toutefois, l'APD n'a pas augmenté en termes réels en 2017, malgré une croissance soutenue au cours de la dernière décennie. Le secteur des services sociaux a connu un essor rapide à l'époque des objectifs du Millénaire pour le développement et demeure la catégorie d'APD la plus importante. Toutefois, les dépenses publiques ont chuté, passant de 40 % du total de l'APD en 2010 à 35 % en 2017, faisant écho à un changement des priorités des donateurs qui privilégient l'aide économique et le soutien aux secteurs de la production dans le cadre général des objectifs de développement durable<sup>20</sup>.

33. Néanmoins, la santé est l'un des secteurs des services sociaux qui reçoit le plus d'aide au développement. En 2016, le financement pour la santé mondiale a atteint un sommet de 23,7 milliards de dollars, soit une augmentation de 15 % par rapport à 2012. La part de l'aide au développement destinée au secteur de la santé varie entre 13 % (2016) et 15 %. L'APD fournie par l'ensemble des donateurs au titre des soins de santé de base a augmenté de 61 % en termes réels entre 2010 et 2017, pour atteindre

<sup>18</sup> *Social Outlook for Asia and the Pacific : Poorly Protected* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.19.II.F.2).

<sup>19</sup> Soutenabilité de la dette, couverture sanitaire universelle et régime de protection sociale, en particulier socle de protection sociale. Accessible à l'adresse : <https://developmentfinance.un.org/delivering-social-protection-and-essential-public-services>.

<sup>20</sup> *Financing for Sustainable Development Report 2019* (publication Nations Unies, numéro de vente : E.19.I.7).

10,7 milliards de dollars. En 2017, près de 2 milliards de dollars ont été dépensés pour la lutte contre le paludisme, 1 milliard pour combattre la tuberculose et 2,3 milliards pour enrayer d'autres maladies infectieuses (à l'exclusion du VIH/sida). Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la majeure partie de l'aide au secteur de la santé a servi aux politiques et programmes démographiques et à la santé de la procréation, suivi par la santé de base, essentiellement sous forme de subventions au titre de l'APD. Pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle, les pays donateurs devraient honorer leurs engagements, notamment en redoublant collectivement d'efforts pour atteindre les objectifs de développement durable, et continuer d'augmenter l'aide programmable par pays – qui exclut certains éléments comme l'aide humanitaire, les dépenses liées à l'accueil de réfugiés dans les pays donateurs et les frais généraux, et le soutien budgétaire aux pays bénéficiaires (qui a augmenté, passant de 2,5 milliards de dollars en 2016 à 3,3 milliards en 2017) – et ce, afin de financer les domaines de priorités nationales.

34. L'assistance technique et financière au soutien de l'éducation dans les pays en développement, qui stagnait depuis 2009, a atteint un niveau record en 2016, l'APD pour l'éducation passant de 11,9 milliards de dollars en 2015 à 13,4 milliards en 2016. La part de l'éducation dans le total de l'APD (hors allègement de la dette) est passé de 6,9 % en 2015 à 7,6 % en 2016. Les deux tiers de cette croissance étaient dus à l'augmentation de l'aide pour l'éducation de base, qui est passée de 5,1 milliards de dollars en 2015 à 6 milliards en 2016. Malgré cette hausse, l'aide pour l'éducation n'a représenté que 12 % du total des dépenses en éducation des pays à faible revenu et 2 % de celles des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure). De même, la part de l'aide pour l'éducation attribuée aux pays les moins avancés, qui en ont le plus besoin, a chuté : elle avait atteint en record de 47 % en 2007 et s'est établie à 31 % en 2015, avant de remonter à 34 % en 2016<sup>21</sup>.

35. Afin de mieux mettre l'APD au service d'un développement sans exclusion, qui ne laisse personne de côté, et compte tenu de l'insuffisance des données sur l'allocation et l'utilisation de la coopération internationale aux niveaux national et surtout sous-national, il est nécessaire d'améliorer le suivi en établissant plus de rapports centrés sur les résultats et sur les effets. Les apports d'APD par secteur devraient être plus en adéquation avec les objectifs de développement durable afin de mieux aligner les stratégies de financement par secteur sur les priorités du développement durable et d'en améliorer le suivi, ce qui aiderait les pays concernés à accélérer leurs progrès<sup>22</sup>. Parmi les efforts en cours en ce sens, on relève l'introduction par l'OCDE d'un indicateur permettant de surveiller l'APD versée pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et l'élaboration d'un nouvel indicateur concernant les personnes handicapées.

## B. Assistance multilatérale

### Santé

36. Pour appuyer la couverture sanitaire universelle, le Mécanisme mondial de financement de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants, une plateforme de financement innovante pilotée par les pays, sous l'égide du Groupe de la Banque mondiale, a été lancé à la conférence internationale sur le financement d'Addis-Abeba en juillet 2015. L'initiative a levé 1 milliard de dollars à la fin de l'année 2018 pour étendre son partenariat aux 50 pays qui ont les plus grands besoins en matière de santé

<sup>21</sup> UNESCO, *Rapport mondial de suivi sur l'éducation 2019*.

<sup>22</sup> ONU, *Financing for Sustainable Development Report 2019* (2019).

et de nutrition, en vue d'éliminer tous les décès évitables de femmes, d'enfants et d'adolescents et de promouvoir l'adaptation aux effets des changements climatiques sur la santé. À la fin de l'année 2018, la Banque mondiale a cosigné un Plan d'action global avec 11 autres organisations internationales afin d'aider les pays à accélérer la réalisation de l'objectif de développement durable n° 3 en réunissant plus de ressources pour la santé, en investissant plus judicieusement et en renforçant les capacités des systèmes de santé. Afin d'aider chaque pays à créer son propre système de santé durable, le fonds d'affectation spéciale du Mécanisme joue le rôle de catalyseur, mobilisant les ressources internes, le financement provenant de l'Association internationale de développement et de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement du Groupe de la Banque mondiale, et d'autres donateurs bilatéraux et multilatéraux, dont l'Alliance du vaccin et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et les ressources provenant du secteur privé. Le Mécanisme s'efforce également de faire en sorte que les pays soient capables d'autofinancer leur système à long terme.

37. Le Joint Learning Network for Universal Health Coverage est un réseau piloté par les pays qui réunit des professionnels de la santé et des décideurs et favorise l'échange de connaissances de sorte que les pays puissent mettre au point un système de santé primaire plus solide, plus équitable et plus efficient offrant une couverture sanitaire universelle à tous. Il a commencé par apporter son concours à neuf pays à faible revenu et a depuis étendu son assistance à 33 pays. La plateforme en ligne de promotion de la couverture sanitaire universelle UHC Forward et l'échange des connaissances ont permis de dégager des difficultés communes et de bonnes pratiques. Par exemple, en Thaïlande, le système d'identification a permis de recueillir plus de données sur la santé et l'accès aux soins de santé. Le Mali développe un système de souscription d'une couverture sanitaire et de paiement des primes par téléphone portable en s'inspirant d'un système kényan.

38. Le Projet sur le capital humain de la Banque mondiale, qui rassemble plus de 60 pays, a pour objectif d'accélérer la réalisation d'investissements nombreux et de qualité dans les populations, et de favoriser ainsi l'équité et la croissance économique, et de donner aux dirigeants nationaux la marge de manœuvre politique nécessaire pour prioriser les investissements porteurs de transformation dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la protection sociale. Dans le cadre de ce projet, lors de son assemblée générale en octobre 2018, la Banque a lancé l'Indice du capital humain, qui quantifie la contribution de la santé et de l'éducation à la productivité de la prochaine génération de travailleurs.

39. Le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle et infantile du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) appuie les mesures prises par les gouvernements pour mettre en œuvre une approche intégrée, centrée sur la personne et fonction du cycle de vie en vue d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer la qualité des soins de santé maternels et infantiles complets, en intégrant les soins de santé à des programmes favorisant les compétences nécessaires à la vie courante, l'accès aux technologies de l'information et de la communication, l'orientation scolaire et les loisirs.

## **Éducation**

40. L'objectif d'offrir à tous une éducation de qualité exige de recentrer et fortifier la coopération internationale en matière de financement et de gouvernance de l'éducation à l'échelle mondiale, en renforçant la coordination et la collaboration entre les partenaires du développement, de sorte à offrir un appui aux plans nationaux visant à atteindre toutes les cibles. Une telle coopération vise à mobiliser les ressources nécessaires pour combler le déficit de financement annuel en matière

d'éducation d'au moins 39 milliards de dollars, de 2015 à 2030, dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), qui sont confrontés aux plus grandes difficultés dans la fourniture de services éducatifs et sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'une aide extérieure.

41. Au niveau international, l'Initiative mondiale pour l'éducation avant tout (2012-2016) et les objectifs de développement durable (2015-2030) sont des accords récents qui ont donné plus d'importance politique à l'éducation et lancé des appels pour davantage de financement, suscitant un élan pour la création de partenariats multilatéraux en faveur de l'éducation, en particulier : a) le Partenariat mondial pour l'éducation, qui est le seul fonds mondial consacré à l'éducation dans les pays en développement ; b) le fonds Éducation sans délai, qui est le premier fonds mondial consacré à l'éducation dans les situations d'urgence et de crise prolongée ; et c) le projet de Facilité de financement internationale pour l'éducation, qui encourage les prêts aux pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure).

42. En plus de lever des fonds supplémentaires pour les programmes éducatifs, ces partenariats ont eu ou devraient avoir des effets notables sur la scolarisation, l'égalité de participation et l'achèvement de l'éducation dans les pays partenaires. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), 76 % des enfants des pays du Partenariat mondial pour l'éducation ont achevé le cycle primaire en 2015, contre 63 % en 2002. Ce taux d'achèvement était égal pour les filles et pour les garçons dans 66 % de ces pays en 2016, contre 42 % en 2002. En 2018, des contributions volontaires de 2,3 milliards de dollars ont été annoncées pour reconstituer le fonds du Partenariat mondial pour 2018-2020 en vue de continuer à soutenir l'éducation dans les pays à faible revenu. En 2017, le fonds Éducation sans délai a obtenu un financement supérieur de 20 millions de dollars à son objectif. En mai 2019, 137 millions de dollars avaient été investis dans 19 pays touchés par une crise, ce qui a permis d'y offrir une éducation de qualité à plus de 1,3 million d'enfants et de jeunes, dont plus de la moitié étaient des filles. Pour son premier cycle de financement, la Facilité de financement internationale pour l'éducation a déjà réuni 2 milliards de dollars en garanties de pays donateurs et devrait recevoir plus de 10 milliards de dollars de financement et de dons, ce qui permettra à des dizaines de millions d'enfants d'aller à l'école et préparera des millions d'autres jeunes au monde du travail dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure).

43. Dans le cadre de son Programme d'action mondial pour l'éducation au service du développement durable, l'UNESCO collabore avec 97 partenaires clefs (pouvoirs publics, société civile, secteur privé ou encore milieux universitaires) à l'avancement de politiques, à la transformation de l'environnement éducatif, au renforcement des capacités des éducateurs, à l'autonomisation des jeunes et à l'accélération de la mise en œuvre de solutions durables au niveau local dans 147 pays. En 2018, les partenaires clés du Programme avaient fait état de résultats remarquables, notamment : a) la fourniture d'un soutien à 1 486 programmes d'éducation au service du développement durable, soit 36,5 % de plus que l'objectif ; b) la participation de plus de 26 millions d'apprenants de tous âges à des activités et programmes éducatifs, soit 697 % de plus que l'objectif initial ; et c) la formation de plus de 2 millions d'éducateurs, soit 18 % de plus que l'objectif<sup>23</sup>.

44. D'autres organismes des Nations Unies collaborent pour faire progresser l'éducation chez les adolescents. Par exemple, le FNUAP et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont mis sur pied le Programme mondial visant à accélérer la lutte contre le mariage d'enfants, qui adopte une approche holistique pour améliorer la vie des filles, notamment par l'apprentissage de compétences nécessaires

<sup>23</sup> [https://en.unesco.org/sites/default/files/esd\\_partners\\_in\\_action\\_gap\\_key\\_partners\\_report\\_r.pdf](https://en.unesco.org/sites/default/files/esd_partners_in_action_gap_key_partners_report_r.pdf).

à la vie courante et par la fréquentation scolaire. En 2018, ce programme a aidé plus de 700 000 filles, généralement parmi les plus marginalisées et les plus vulnérables, à rester scolarisées, repoussant ainsi le mariage précoce, ce qui a permis d'augmenter leur niveau d'alphabétisme, de créer des espaces sûrs, de fournir des services de santé et d'améliorer dans l'ensemble leurs perspectives économiques et leur bien-être social.

45. Au niveau régional, l'Union européenne contribue activement à des initiatives et à des programmes régionaux et mondiaux tant dans ses États membres que dans d'autres régions. Elle finance, par exemple, le Programme d'action communautaire en matière de mobilité des étudiants (ERASMUS+), un programme d'enseignement supérieur qui fournit des bourses aux particuliers et aux entités dans le domaine de l'éducation, de la formation, de la jeunesse et des sports. Le budget de 14,7 milliards d'euros du programme financera les études, la formation et l'expérience à l'étranger de plus de 4 millions d'Européens. L'Union européenne a également créé des fonds fiduciaires en réponse à des besoins régionaux, dont le Fonds fiduciaire d'urgence en faveur de la stabilité et de la lutte contre les causes profondes de la migration irrégulière et du phénomène des personnes déplacées en Afrique et le Fonds fiduciaire régional de l'Union européenne en réponse à la crise syrienne.

## **V. Questions dont la Commission du développement social sera saisie à sa cinquante-septième session**

46. La Commission du développement social est le principal organe intergouvernemental chargé du suivi et de l'examen du Sommet mondial pour le développement social. Les travaux de la Commission à sa cinquante-septième session, sur le thème prioritaire ainsi que sur le thème « réduire les inégalités en donnant des moyens d'agir aux personnes touchées par des catastrophes naturelles ou anthropiques », sont présentés ci-après.

### **A. Thème prioritaire : Lutter contre les inégalités et les obstacles à l'inclusion sociale au moyen des politiques budgétaires et salariales et des politiques de protection sociale**

47. La Commission a examiné le thème prioritaire « Lutter contre les inégalités et les obstacles à l'inclusion sociale au moyen des politiques budgétaires et salariales et des politiques de protection sociale ». Un Forum ministériel sur la protection sociale et un dialogue interactif avec de hauts fonctionnaires des entités des Nations Unies sur le thème prioritaire ont également été organisés.

48. L'inégalité est devenue un problème caractéristique de notre époque. En dépit de la forte croissance enregistrée dans les marchés émergents, les inégalités de revenus devraient continuer de s'aggraver, car la baisse de ces inégalités entre les pays ne suffit pas à contrer leur évolution à l'intérieur des pays.

49. Malgré les progrès, en fonction du milieu ou du lieu de résidence, il existe toujours des disparités en matière d'accès à l'éducation, aux services de santé, à la protection sociale et à un travail décent. La dégradation de l'environnement et les changements climatiques aggravent les inégalités en exposant les plus pauvres et les plus vulnérables aux risques qu'ils comportent ; ce sont donc les personnes qui ont le moins de moyens pour faire face ou s'adapter à ces risques ou pour les atténuer qui en souffrent le plus. Lorsque les inégalités sont considérables et se creusent sans arrêt, elles constituent un obstacle à la croissance, limitent les effets de la croissance sur la réduction de la pauvreté et fragilisent la cohésion sociale. La concentration des

revenus et de la richesse dans une partie de la population, conjuguée aux effets de la mondialisation et de l'évolution rapide des technologies, a entraîné une anxiété due à l'incertitude économique, l'exclusion ainsi qu'une perte de confiance dans les gouvernements et les institutions publiques.

50. Il est donc essentiel de s'attaquer à toutes les formes d'inégalité pour éliminer la pauvreté, favoriser le progrès social et assurer un développement durable pour tous. La Commission a insisté sur le fait que les inégalités ne sont pas une conséquence inévitable du développement. La capacité des pays de freiner la montée des inégalités est fonction de leurs choix politiques et des changements institutionnels qu'ils opèrent. La volonté politique et une bonne combinaison des politiques sur les plans budgétaire, salariale et dans le domaine de la protection sociale peuvent permettre de lutter efficacement contre les inégalités.

51. Il est primordial d'adopter des politiques budgétaires efficaces pour promouvoir l'égalisation des chances. Si les régimes fiscaux sont un puissant moyen de favoriser une croissance sans exclusion, de nombreux pays sont confrontés à une baisse des recettes fiscales et à une forte concentration des capitaux privés, la richesse devenant de plus en plus financiarisée et privatisée. En outre, dans de nombreux pays, l'impôt sur le revenu a été transféré des contribuables à revenu élevé vers les contribuables à faible revenu. La Commission a souligné la nécessité de mettre en place des régimes fiscaux efficaces, progressifs et tenant compte d'égalité des sexes pour appuyer les investissements réalisés en faveur d'une éducation et de services de santé inclusifs et de qualité ; d'infrastructures essentielles et résilientes, et de la connectivité, en particulier dans les zones rurales ; de systèmes de protection sociale ; et de garantie d'un travail décent. Plutôt que la réduction des dépenses sociales productives, les mesures visant à équilibrer les budgets devraient être axées sur l'élargissement de l'assiette des recettes grâce à des modes de financement novateurs (impôt sur l'alcool ou le tabac), la réforme de l'administration fiscale, la lutte contre les flux financiers illicites, l'amélioration de la transparence fiscale et la lutte contre le transfert des bénéfices. Il est également essentiel d'évaluer les incidences négatives potentielles des politiques d'austérité.

52. Malgré la récente baisse du chômage, la contribution des salaires à la réduction des inégalités reste faible car les salaires n'augmentent pas. Les inégalités de rémunération résultent directement de choix politiques et peuvent être corrigées par plus d'investissements dans le travail décent et durable, en luttant contre la financiarisation de l'économie et en renforçant les institutions du marché du travail ainsi que les politiques de l'emploi, notamment les mécanismes de détermination des salaires, afin de protéger les normes du travail. Il est essentiel de garantir un salaire égal pour un travail égal afin de réduire les inégalités, car les femmes et les groupes sociaux marginalisés (jeunes, travailleurs âgés, personnes handicapées, peuples autochtones, travailleurs migrants, etc.) continuent particulièrement d'être victimes de discrimination salariale. Par ailleurs, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans les emplois mal rémunérés doit être supprimé si l'on veut réduire les inégalités de rémunération en général. Par ailleurs, il faudrait s'employer à faciliter le passage de l'informel vers le formel et rendre les marchés de l'emploi plus inclusifs. Lutter contre l'inégalité des sexes est primordial, cette inégalité pesant souvent de manière disproportionnée sur les femmes et les enfants. Par conséquent, toutes les initiatives politiques devraient prendre en compte les questions d'égalité des sexes.

53. Des politiques et des programmes de protection sociale bien conçus et inclusifs, notamment des initiatives de protection sociale minimale, se sont révélés efficaces pour ce qui est de réduire la pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale, tout en renforçant le capital humain et la résilience de la population. Toutefois, il existe

toujours des lacunes considérables. Des efforts supplémentaires devraient être faits pour combler ces lacunes, améliorer la qualité des prestations et rationaliser les programmes de protection sociale existants, qui manquent de cohésion, de façon à mettre en place des systèmes adaptés aux contextes nationaux. Il est également crucial de comprendre les obstacles qui empêchent les groupes défavorisés d'avoir accès à la protection sociale. Les délégations ont dit que les pays devaient adopter à la fois des politiques salariales et des politiques de protection sociale pour lutter contre les inégalités car les prestations sociales, même si elles étaient efficaces, ne s'attaquaient pas aux causes profondes des inégalités. Les pays en développement dont l'étroitesse de la marge de manœuvre budgétaire ne permet pas de renforcer la protection sociale devraient se concentrer sur les politiques salariales. Les systèmes de protection sociale doivent également être liés à la qualité de l'emploi si l'on veut réduire la pression à laquelle ils sont soumis et couvrir tous les travailleurs, quel que soit leur statut contractuel.

54. Au cours des débats de la Commission, notamment durant le Forum ministériel, les représentants des États Membres ont échangé des données d'expériences nationales et régionales et recensé les bonnes pratiques, les enseignements à retenir, les problèmes communs ainsi que les politiques et mesures efficaces à adopter pour mettre en place des systèmes de protection sociale adaptés aux contextes nationaux et renforcer ceux-ci, y compris les socles de protection sociale. Des ministres et des représentants des entités des Nations Unies ont fait part de leurs expériences respectives et de leurs initiatives politiques en matière de renforcement des systèmes de protection sociale pour réduire la pauvreté, combler les inégalités et promouvoir l'inclusion sociale. Les délégations ont mis en avant les retombées positives de la protection sociale sur la croissance économique et le développement social. On a indiqué que les systèmes de protection sociale jouaient également un rôle essentiel dans la lutte contre l'exclusion et dans la promotion de l'accès à l'éducation et à la santé pour tous. Les États Membres ont précisé que la viabilité des systèmes de protection sociale dépendait essentiellement de leur financement.

## **B. Question nouvelle : Réduire les inégalités en donnant des moyens d'agir aux personnes touchées par des catastrophes naturelles ou anthropiques – tenir compte des conséquences particulières qu'ont ces catastrophes pour les personnes handicapées, les personnes âgées et les jeunes**

55. Dans des cadres internationaux tels que le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030) et l'Accord de Paris, et dans les travaux du Bureau des Nations Unies pour la prévention des catastrophes, les besoins des groupes vulnérables, notamment les personnes handicapées, les personnes âgées et les jeunes, sont au centre des plans d'intervention. En dépit de ces efforts, ces groupes restent les grands oubliés de la planification des interventions d'urgence et des secours en cas de catastrophe, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en raison de politiques timides qui ne prévoient pas d'interventions adaptées aux crises causées par des catastrophes naturelles ou anthropiques. Les plans nationaux doivent adopter une approche intégrée pour la préparation, l'intervention et le relèvement dans les situations d'urgence, notamment prévoir la participation des personnes marginalisées à la prise de décisions. Un changement de paradigme s'impose également en faveur de politiques globales, coordonnées et multisectorielles visant à atténuer les effets des catastrophes naturelles et anthropiques sur les personnes âgées, les jeunes et les personnes handicapées.



56. Dans le cadre du débat portant sur les moyens d'autonomiser les groupes vulnérables et de réduire les inégalités, les différentes délégations ont parlé de l'expérience de leur pays en matière de catastrophes naturelles et anthropiques (tempêtes, tremblements de terre, guerres, etc.) et présenté les stratégies adoptées ainsi que les enseignements à retenir. Elles ont également proposé des politiques plus larges, sur des sujets tels que le développement et l'aide humanitaire, qui visent à renforcer la capacité de leur pays d'élaborer des plans inclusifs de réduction des risques.

57. Les politiques en faveur de l'indépendance et de l'autonomie des populations vulnérables ont fait l'objet de discussions. Certaines mesures ont aidé directement des États fragiles et des populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Par exemple, au Liban, l'Union européenne collabore avec le Gouvernement libanais à l'élaboration d'un programme d'assistance sociale pour les plus vulnérables, notamment les réfugiés syriens. En Afrique, elle collabore avec des pays pour s'attaquer aux causes profondes de la migration forcée. En juillet 2018, des programmes de garantie financière ont été mis en place pour apporter un soutien aux pays accueillant des réfugiés. De même, d'autres programmes aident les jeunes à développer leurs compétences afin d'être plus compétitifs sur le marché de l'emploi. Ces programmes ont été mis en œuvre dans des pays d'Afrique, l'accent étant mis sur les femmes, les jeunes et les personnes handicapées, à la fois bénéficiaires et participants.

58. D'autres questions ont été soulevées, parmi lesquelles l'importance de prendre en compte tous les types de handicaps (physique, mental et psychosocial) dans le contexte de la réduction des risques de catastrophe ; la nécessité d'investir dans la collecte de données ventilées par type de handicap ; l'importance de dégager, de manière efficiente et efficace, les fonds nécessaires au financement ; le rôle précieux des organisations non gouvernementales et la nécessité d'investir dans le renforcement de leurs capacités ; la nécessité d'autonomiser les personnes handicapées ; l'importance de mentionner les initiatives et d'en dire du bien ; le rôle des technologies de l'information dans l'appui apporté aux personnes handicapées en cas de catastrophe.

### **C. Situation des groupes sociaux et accélération des progrès accomplis en Afrique et dans les pays les moins avancés**

59. Lors de l'examen des plans et programmes d'action pertinents des organismes des Nations Unies concernant la situation de groupes sociaux, la Commission a étudié les questions relatives aux personnes handicapées, aux jeunes, aux personnes âgées et aux familles. Elle a examiné en particulier la mise en œuvre du Programme d'action mondial pour la jeunesse à l'horizon 2000 et au-delà. Consciente de l'importance de promouvoir la participation pleine et effective des jeunes et des organisations dirigées par des jeunes ou axées sur les jeunes, elle a souligné qu'il fallait veiller à ce que les questions relatives à la jeunesse soient dûment prises en compte dans le cadre de la mise en œuvre, du suivi et de l'examen du Programme 2030. Elle a exhorté les États Membres à protéger et à promouvoir tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales et à permettre à tous les jeunes de les réaliser et de les exercer pleinement, à envisager d'inclure, selon qu'il conviendra, des représentants des jeunes dans leurs délégations à toutes les délibérations de l'Assemblée générale, à celles du Conseil économique et social et de ses organes subsidiaires, et aux conférences des Nations Unies les concernant et à envisager de créer un programme national des délégués de la jeunesse.

60. En ce qui concerne les progrès accomplis en Afrique, la Commission a salué et accueilli avec satisfaction les acquis obtenus par les gouvernements africains en ce qui concerne le renforcement de la démocratie, les droits de l'homme, la bonne gouvernance et la bonne gestion économique. En revanche, elle s'est dite préoccupée de constater que le développement n'avait pas suffisamment profité aux personnes les plus pauvres en Afrique, certains pays du continent continuant d'enregistrer des niveaux élevés de pauvreté et d'inégalité. La Commission a exhorté tous les pays qui ne l'avaient pas encore fait à ratifier la Convention des Nations Unies contre la corruption ou à y adhérer et a encouragé les États parties à examiner son application. Elle a également exhorté les gouvernements africains à accélérer la mise en œuvre de la Stratégie africaine pour la santé afin d'atteindre progressivement ses objectifs ambitieux et a demandé aux partenaires de développement, notamment aux entités des Nations Unies, à renouveler leur appui aux pays africains, en particulier à ceux les moins avancés.

### **III. Conclusions et recommandations**

61. **Les idées énoncées et les engagements pris lors du Sommet mondial pour le développement social, en particulier les objectifs principaux que sont l'élimination de la pauvreté, la réduction des inégalités, la promotion de l'emploi productif et du travail décent pour tous et l'instauration d'une société inclusive, font partie intégrante de la réalisation des objectifs de développement durable et des cibles du Programme 2030. L'application de la Déclaration de Copenhague sur le développement social et du Programme d'action du Sommet mondial pour le développement social est et doit être une priorité pour les États Membres dans la réalisation du Programme 2030.**

62. **En tant que principal organe intergouvernemental chargé de la suite donnée au Sommet mondial pour le développement social et de la dimension sociale du Programme 2030, la Commission du développement social a un rôle important à jouer dans la promotion de la réalisation des objectifs de développement durable. Son mandat, notamment l'importance particulière qui y est accordée à l'élimination de la pauvreté, à la réduction des inégalités et à l'instauration d'une société inclusive où chacun a sa place, en fait « l'institution maison » chargée de ces questions clés du Programme 2030, notamment le respect de l'engagement central de ne laisser personne de côté.**

63. **Pour donner suite au Sommet mondial pour le développement social en vue d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable, l'Assemblée générale souhaitera peut-être examiner les recommandations suivantes :**

a) **les États Membres devraient s'efforcer d'atteindre, au minimum, les moyennes mondiales des dépenses sociales permettant de généraliser l'accès à l'éducation, à la santé et à la protection sociale de base et mettre en place des cadres de financement nationaux cohérents et intégrés, notamment en fixant des objectifs de dépenses adaptés aux contextes nationaux ;**

b) **les États Membres devraient accélérer d'urgence et de manière substantielle les progrès vers la couverture sanitaire universelle sur la base de la déclaration politique qui sera adoptée lors de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, qui se tiendra le 23 septembre 2019 sous l'égide des Nations Unies ; ils sont encouragés à envisager un cadre d'apprentissage mutuel aux niveaux régional et infranational en vue d'échanger les bonnes politiques et pratiques en matière de réforme des systèmes de santé ;**

c) les États Membres devraient continuer de s'employer, en fonction de leur situation nationale, à mettre en place des systèmes de protection sociale, à établir aussi vite que possible et à maintenir leurs socles de protection sociale, qui devraient comporter des garanties élémentaires de sécurité sociale, de façon à donner à tous ceux qui sont dans le besoin, en particulier les familles pauvres et vulnérables, l'accès à l'éducation et aux soins de santé essentiels ;

d) les États Membres devraient s'attaquer aux problèmes particuliers auxquels sont confrontés les groupes défavorisés, notamment les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes, les adolescentes, les enfants et les peuples autochtones, particulièrement ceux qui vivent dans la pauvreté et ceux qui sont en situation de vulnérabilité, pour assurer un accès universel et équitable à l'éducation, aux soins de santé et à la protection sociale ;

e) Pour atteindre les objectifs de développement durable, notamment l'objectif visant à assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et parvenir à une couverture sanitaire universelle, les entités des Nations Unies et leurs partenaires de développement devraient accroître l'assistance financière et technique aux pays à revenu faible ou intermédiaire, tout en aidant les gouvernements à définir et à appliquer des systèmes de protection sociale adaptés aux contextes nationaux, notamment des socles de protection sociale ; la coopération internationale devrait d'abord viser à faciliter la mobilisation de ressources supplémentaires en faveur d'investissements dans les infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement afin d'améliorer la qualité des établissements de santé et d'enseignement et de mettre en place des normes cohérentes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.