

**Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique****Soixante et onzième session**

Bangkok, 25-29 mai 2015

Point 3 g) de l'ordre du jour provisoire*

Examen des questions relatives à l'appareil**subsidaire de la Commission, y compris****les activités des institutions régionales: développement social****Grands problèmes et défis dans la réalisation
des Objectifs du Millénaire pour le développement
liés au secteur social****Note du secrétariat***Résumé*

Alors que l'échéance fixée pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement approche et que la communauté internationale débat des éléments d'un programme de développement pour l'après-2015, il est opportun, d'une part, de faire un bilan des réalisations de la région dans son ensemble, en mettant notamment l'accent sur les pays ayant des besoins particuliers, et, de l'autre, de recenser les domaines d'action prioritaires pour l'avenir.

La région Asie-Pacifique dans son ensemble a accompli des progrès considérables vers la réalisation des Objectifs du Millénaire liés au secteur social. Si les plus grandes réussites de la région tiennent à la réduction de la pauvreté monétaire et à l'accès à l'enseignement primaire pour tous, cette réduction de la pauvreté monétaire ne s'est souvent pas traduite par de meilleurs résultats pour les autres objectifs et cibles, tels qu'en matière de santé et d'égalité entre les sexes.

Un examen des données disponibles montre par ailleurs que de nombreux pays ayant des besoins particuliers obtiennent des résultats relativement bons pour les Objectifs 1 et 2, alors que les progrès sont inégaux pour les autres Objectifs. D'une manière générale, les pays les moins avancés ont encore beaucoup à faire pour réduire davantage la pauvreté ainsi que la mortalité infantile et maternelle.

Une analyse plus approfondie met en évidence que l'action menée dans les domaines suivants: a) investissement dans les politiques sociales; b) égalité entre les sexes; et c) inégalités, a été essentielle à la réalisation des Objectifs et continuera de l'être pour le développement durable.

La Commission est invitée à examiner les questions soulevées et les recommandations politiques proposées dans la présente note et à fournir des orientations au secrétariat pour ses activités futures dans le domaine du développement social, en particulier compte tenu de l'examen en cours du programme de développement pour l'après-2015.

* E/ESCAP/71/L.1/Rev.1.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Évaluation de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement dans la région Asie-Pacifique	3
A. Objectif 1: Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim.....	4
B. Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous	6
C. Objectif 3: Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.....	7
D. Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants.....	9
E. Objectif 5: Améliorer la santé maternelle	12
F. Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	13
III. Dernières tâches à accomplir pour atteindre les Objectifs avant le lancement du programme de développement pour l'après-2015	16
A. Investissements dans les politiques sociales = investissements dans le développement	16
B. Egalité des sexes: élément essentiel pour parvenir au développement et à l'égalité pour tous	19
C. Les inégalités - obstacles aux efforts de développement.....	20
IV. Soutien aux pays dans la réalisation des tâches encore inaccomplies liées aux Objectifs et dans la mise en œuvre progressive du programme de développement pour l'après-2015	22
A. Recherche et analyse.....	23
B. Activité normative.....	24
C. Coopération technique et renforcement des capacités.....	24
V. Conclusion	25
Figures	
1. Réduction en pourcentage du nombre de personnes vivant dans la pauvreté absolue (entre 1990 et l'année la plus récente) et des niveaux de pauvreté ces dernières années dans certains pays de la région Asie-Pacifique.....	5
2. Taux nets de scolarisation dans l'enseignement primaire et pourcentage d'élèves ayant suivi l'enseignement primaire de la première à la dernière classe, dans certains pays de la région Asie-Pacifique (années les plus récentes)	7
3. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire dans la région Asie-Pacifique (2012).....	8
4. Proportion de sièges détenus par des femmes dans les parlements nationaux (en pourcentage), en 2012.....	10
5. Taux de mortalité des enfants de moins de 5ans (pour 1000 naissances vivantes) en 1990 et en 2012 dans certains pays de la région Asie-Pacifique.....	11
6. Taux de mortalité maternelle (pour 100,000 naissances vivantes) dans certains pays de la région Asie-Pacifique en 1990 et 2012 et évolution des pourcentages au cours de cette période.....	13
7. Pourcentage des personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale parmi toutes les personnes vivant avec le VIH en Asie et dans le Pacifique (2013).....	14
8. Dépenses de santé en pourcentage du montant total des dépenses publiques dans certains pays de la région Asie-Pacifique en 2012 ou l'année la plus récente.....	17
9. Dépenses directes à la charge des particuliers en pourcentage du montant total des dépenses de santé dans certains pays de la région Asie-Pacifique (1995 et 2012)	18
10. Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) dans le quintile des revenus les plus bas (Q1) et celui des revenus les plus élevés (Q5) dans quelques pays de la région de l'Asie-Pacifique pour les années les plus récentes.....	21

I. Introduction

1. Les Objectifs du Millénaire pour le développement (ci-après les « Objectifs ») constituent un tournant dans les efforts mondiaux et nationaux de développement. Ils ont en effet révolutionné le paradigme de développement en ciblant des secteurs clés du développement social.

2. Dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, la communauté internationale s'est engagée à atteindre un ensemble d'objectifs de développement portant sur l'élimination de la pauvreté et la garantie d'un accès universel aux services sociaux, notamment l'éducation primaire et la santé de l'enfant ainsi que la lutte contre le VIH/sida et autres maladies infectieuses.

3. Dans cette déclaration, les États membres ont pris le ferme engagement ci-après:

Nous ne ménagerons aucun effort pour délivrer nos semblables, hommes, femmes et enfants, de la misère, phénomène abject et déshumanisant qui touche actuellement plus d'un milliard de personnes. Nous sommes résolu à faire du droit au développement une réalité pour tous et à mettre l'humanité entière à l'abri du besoin¹.

4. Elle affirmait également que l'égalité était l'une des valeurs fondamentales du XXI^e siècle: « Aucune personne, aucune nation ne doit être privée des bienfaits du développement. L'égalité des droits et des chances des femmes et des hommes doit être assurée »².

5. Six des huit Objectifs lui étant directement consacrés, le développement social se situe au centre du programme de développement. Tandis que les Objectifs fixaient un ensemble de buts à atteindre, d'autres cadres adoptés lors de grandes conférences mondiales ont abouti à l'élaboration de plans de mise en œuvre sous-tendant leur réalisation. Il s'agit notamment de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing, du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, du Programme d'action de Bruxelles en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010 et de son programme de suivi, et du Programme d'action d'Istanbul.

6. A mesure que le délai de réalisation des Objectifs se rapproche et tandis que la communauté internationale discute des éléments du programme de développement pour l'après-2015, le moment est venu pour la région dans son ensemble de faire le point, s'agissant tout spécialement des pays ayant des besoins particuliers, et de définir des domaines d'action prioritaires pour l'avenir.

II. Évaluation de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement dans la région Asie-Pacifique

7. Bien que la région Asie-Pacifique dans son ensemble ait fait des progrès considérables dans la réalisation des Objectifs à caractère social, de nombreuses tâches demeurent inachevées. Le plus grand succès de la région a été de réduire la pauvreté monétaire et d'assurer l'éducation primaire pour tous mais la réduction de la pauvreté monétaire ne s'est pas traduite par des améliorations dans des domaines relevant d'autres Objectifs et cibles comme la santé et l'égalité des sexes.

¹ Résolution de l'Assemblée générale 55/2, para. 11.

² Ibid. para. 6.

8. L'évaluation montre également que beaucoup de pays ayant des besoins particuliers font d'assez bons progrès en ce qui concerne les Objectifs 1 et 2, mais que les résultats ont été inégaux dans le cas des autres Objectifs. De manière générale, les pays les moins avancés ont encore beaucoup à faire pour réduire la pauvreté et la mortalité maternelle et infantile. La plupart des pays insulaires du Pacifique ont pratiquement réussi à atteindre l'objectif de l'éducation primaire pour tous, mais comme beaucoup d'autres pays, ils sont encore loin du compte en ce qui concerne l'égalité des sexes et tous les objectifs se rapportant à la santé.

A. Objectif 1: Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim

9. L'Objectif 1 porte sur la réduction de l'extrême pauvreté et de la faim. Les cibles et indicateurs s'y rapportant sont notamment la réduction de moitié de la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour et la possibilité pour chacun, y compris les femmes, de trouver un travail décent et productif ainsi que la réduction de moitié de la proportion de la population qui souffre de la faim

10. Le dynamisme de la croissance économique de la région Asie-Pacifique a entraîné une diminution sans précédent de la pauvreté. En dépit des difficultés à obtenir des données, notamment des données désagrégées par sexe, qui empêchent d'avoir un tableau complet de la situation, les statistiques les plus récentes montrent qu'au moins 24 pays de la région ont pu réduire de moitié le pourcentage de population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour ou devrait atteindre cet objectif d'ici la fin de 2015. Les résultats obtenus en Chine, au Viet Nam et au Tadjikistan sont tout à fait remarquables tant en chiffres relatifs qu'en chiffres absolus. La Chine a réduit la proportion de personnes vivant avec moins de un dollar par jour de 60,2 % en 1990 à 11,8 % en 2010; le Viet Nam de 63,7 % en 1993 à 16,8 % en 2008; et le Tadjikistan de 49,4 % en 1993 à 6,6 % en 2009 (voir figure 1).

11. La baisse de la pauvreté monétaire ne s'est pas toujours traduite par une réduction de la faim. Plusieurs des pays ayant atteint la cible portant sur la réduction de la proportion de population vivant avec moins de un dollar par jour n'ont pas pu réduire de moitié la proportion d'enfants sous-alimentés bien qu'il faille noter une diminution sensible du nombre de ces enfants dans certains pays comme le Bangladesh (61,5 % 1990 à 36,8 % 2011)³.

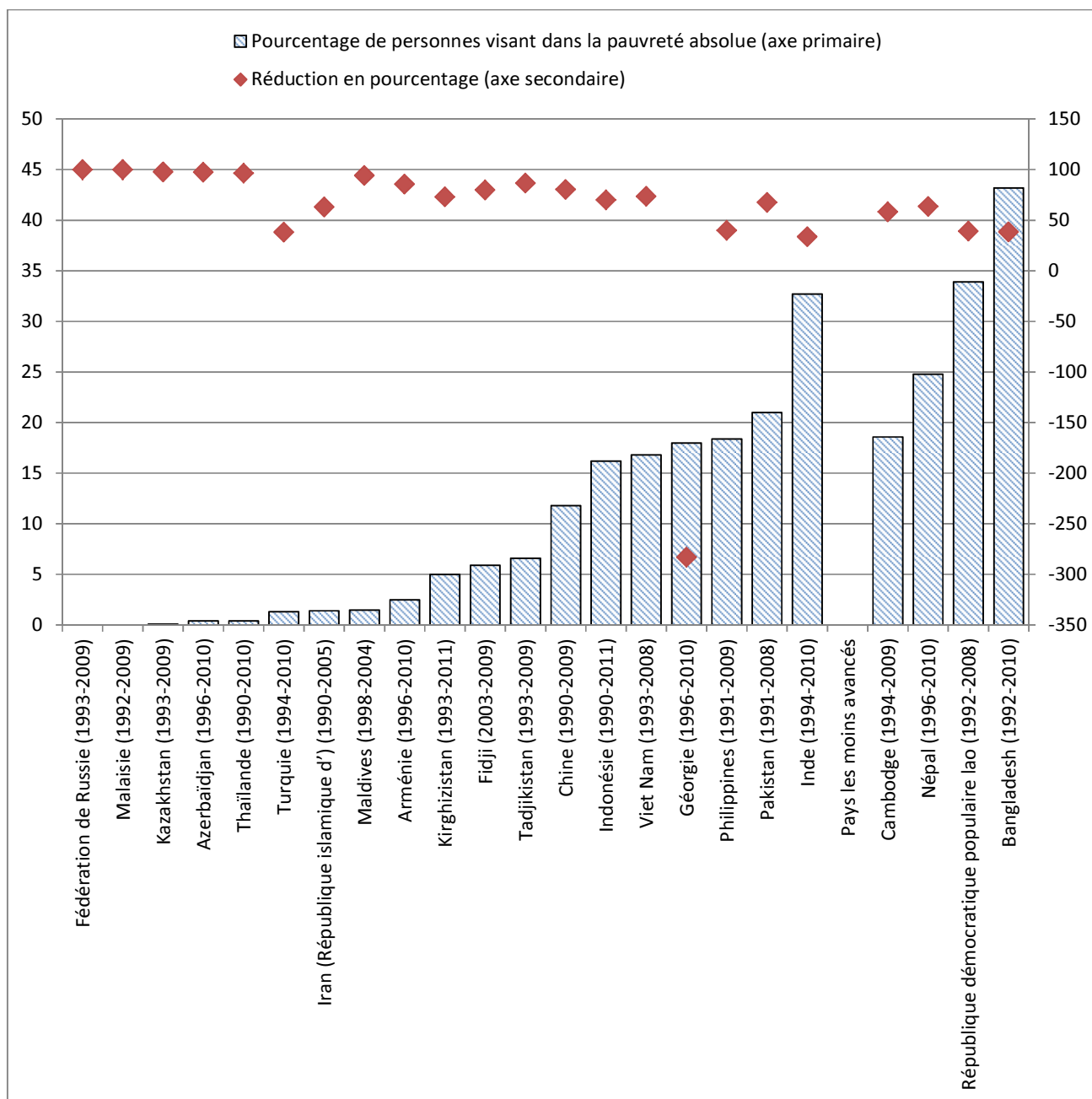
12. De manière générale, la plupart des pays les moins avancés de la région ont obtenu de bons résultats dans la réduction de la pauvreté. Le Cambodge et le Népal sont parmi les premiers à avoir réussi à réduire de plus de la moitié la proportion de population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour. De même, tous les pays les moins avancés de la région, hormis Timor-Leste, ont déjà réduit de moitié le nombre d'enfants sous-alimentés.

13. Faute de données suffisantes, il est difficile de progresser dans l'évaluation de la situation dans le Pacifique. Les Fidji ont réussi à réduire la pauvreté absolue de 29,2 % en 2003 à 5,9 % en 2009. Les niveaux de pauvreté absolue et d'indigence alimentaire sont dans l'ensemble relativement bas dans le Pacifique. Toutefois, beaucoup de pays insulaires de cette région souffrent de nouvelles formes de malnutrition, comme l'obésité, dont l'incidence est élevée en raison de la consommation de produits alimentaires riches en graisses et en sucres⁴.

³ Division de statistique des Nations Unies : Indicateurs et Objectifs du Millénaire pour le développement. Disponible à l'adresse : <http://mdgs.un.org/unsd/mdg>.

⁴ Organisation mondiale de la santé : *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014* (Genève, 2014). Consulter : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/>

Figure 1
Réduction en pourcentage du nombre de personnes vivant dans la pauvreté absolue (entre 1990 et l'année la plus récente) et des niveaux de pauvreté ces dernières années dans certains pays de la région Asie-Pacifique



Source: Division de statistique des Nations Unies. Site Web des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement. Consulter: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.

14. Malgré ces succès, certains aspects demeurent préoccupants. Dans quelques pays, la situation s'est détériorée. En Géorgie, la proportion de population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour est passée de 4,7 % en 1996 à 18 % en 2010 (voir figure 1). La proportion d'enfants sous-alimentés

a augmenté en Arménie (de 2,7 % 1999 à 5,3 % en 2011) et à Timor-Leste (de 40,6 % 2003 à 45,3 % en 2010).

15. Si la pauvreté a chuté en chiffres absolus, la part du quintile des revenus des plus pauvres dans la consommation nationale diminue dans de nombreux pays³. Cependant, la pauvreté est encore élevée dans beaucoup de pays. Au moins un cinquième des populations du Bangladesh, de l'Inde et de la République démocratique populaire lao vit encore en 2015 dans la pauvreté absolue.

16. L'objectif visant à assurer la possibilité pour chacun de trouver un emploi et notamment un emploi décent n'a toujours pas été atteint. Une part significative de la population occupe encore des emplois précaires sans protection sociale ou conditions décentes, en particulier les femmes et les personnes vivant en zone rurale.

17. Les progrès accomplis depuis l'adoption des Objectifs risquent en outre d'être menacés par l'évolution socio-économique qui se fait jour. Des inégalités croissantes et l'accès limité à la protection sociale compromettent encore les perspectives de réduction de la pauvreté. Des études ont montré que la croissance de l'Asie au cours des dernières décennies avait eu tendance à être « pro-riches »⁵. Pour réduire la pauvreté il ne faudra pas seulement compter sur la seule croissance économique. Sans protection sociale, il est probable qu'un grand nombre de personnes retomberont dans des conditions de pauvreté en période de crise. De plus, la région Asie-Pacifique vieillit sans que des régimes généraux de maintien du revenu aient été mis en place pour les personnes âgées.

B. Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous

18. Assurer l'éducation primaire pour tous est un objectif dans la réalisation duquel la plupart des pays de l'Asie-Pacifique ont enregistré des succès remarquables. Dès 2012, 27 pays et territoires de la région avaient atteint des taux nets de scolarisation dans l'enseignement primaire de 90 % pour les filles et les garçons.

19. Plusieurs pays parmi les moins avancés, en particulier, ont obtenu des succès dans la réalisation de cet objectif. Le Bhoutan a pratiquement doublé son taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire qui est passé de 55,9 % en 1999 à 90,6 % en 2012. Dans le cas du Népal ce taux est passé de 60,3 % en 1999 à 98,5 % en 2013. Quant à la République démocratique populaire lao, ce pourcentage a progressé de 74,3 % en 1999 à 95,9 % en 2012³.

20. Dans d'autres pays comme l'Azerbaïdjan et les Tonga, en revanche, les inscriptions nettes dans l'enseignement primaire ont baissé de 92,1 % en 1999 à 89,1 % en 2012 dans le premier et de 91,3 % à 89,8 % au cours de la même période dans le second³.

21. Quant au nombre d'élèves ayant achevé l'école primaire, les pays les moins avancés ont obtenu des résultats moins favorables. Au Népal, seuls 55,3 % des enfants inscrits dans un établissement scolaire ont été jusqu'à la dernière année de l'école primaire. Au Cambodge, 65,9 % et en République démocratique populaire lao, 69,9 % (voir figure 2). Un grand nombre des pays les moins avancés mettent en œuvre des mesures pour encourager la scolarisation mais ne prennent aucune disposition pour maintenir les enfants à

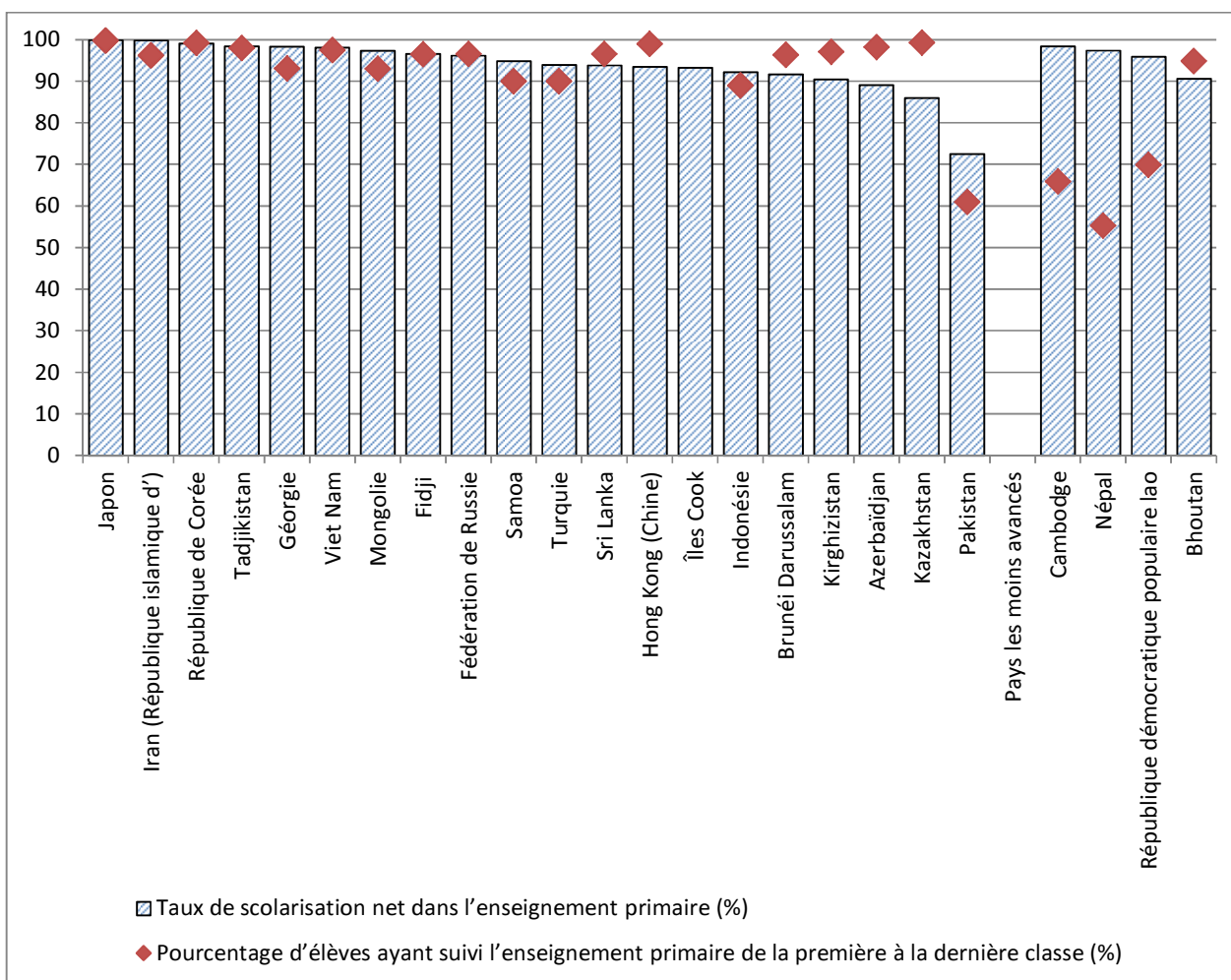
⁵ David Dollar, Tatjana Kleineberg and Aart Kraay, « Growth is still good for the poor », World Bank Policy Research Working Paper No. 6568 (Washington, D.C., Banque mondiale, 2013).

l'école. Dans ces mêmes pays, où l'accès à la protection sociale est encore relativement limitée, les parents sont davantage tentés de retirer leurs enfants de l'école en période de crise.

22. Le Pakistan est l'un des rares pays à ne pas devoir atteindre l'objectif de l'éducation primaire pour tous (voir figure 2). En 2012, les taux nets de scolarisation dans l'enseignement primaire se situaient à 72,5 % (77 % pour les garçons et 65 % pour les filles) mais 61 % seulement d'entre eux ont pu réellement aller jusqu'à la dernière classe de l'école primaire.

Figure 2

Taux nets de scolarisation dans l'enseignement primaire et pourcentage d'élèves ayant suivi l'enseignement primaire de la première à la dernière classe, dans certains pays de la région Asie-Pacifique (années les plus récentes).



Source: Base de données statistiques en ligne de la CESAP. Consulter : www.unescap.org/stat/data/statdb/DataExplorer.aspx.

C. Objectif 3: Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes

23. L'Objectif 3 est conçu pour mesurer l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes au moyen d'indicateurs portant sur: a) le rapport filles/garçons dans l'enseignement; b) le pourcentage de femmes salariées dans le secteur non agricole; et c) la proportion de sièges occupés par des femmes

dans les parlements nationaux. Si la région obtient de bons résultats dans la parité des sexes dans le secteur de l'éducation, des disparités persistent entre les hommes et les femmes dans l'emploi et la représentation politique.

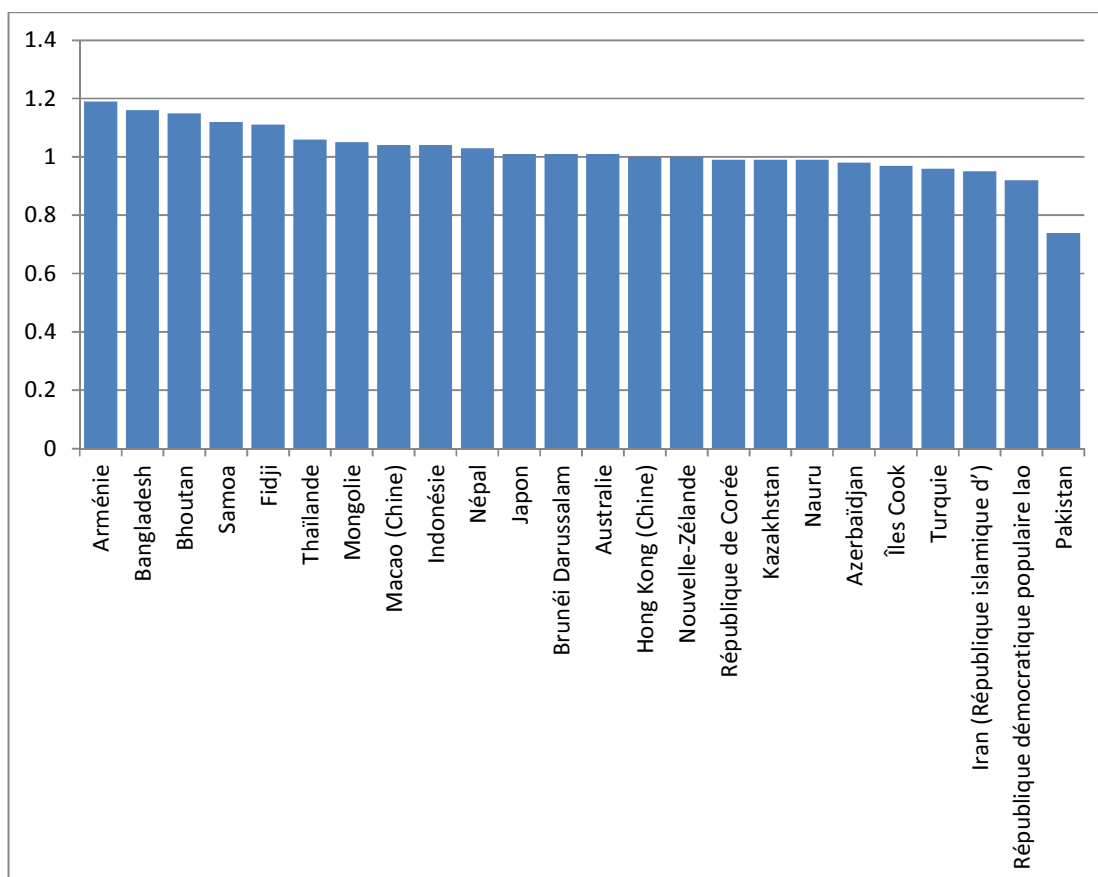
24. Depuis 2005, toutes les sous-régions sont en bonne voie pour atteindre la cible de la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire; dans presque tous les pays le ratio de scolarisation dans cet enseignement oscille entre 0,98 et 1,03 et l'ensemble de la région devrait parvenir à l'égalité en 2015 (voir figure 3). Parmi les pays pour lesquels on dispose de données, le Pakistan semble être le seul à ne pas devoir réaliser cet objectif

25. De même, la région de l'Asie et du Pacifique dans son ensemble est sur le point d'atteindre la cible de la parité entre les sexes dans les établissements d'enseignement secondaire avec un ratio général de 0.95 entre les filles et les garçons. Dans au moins 13 pays, le déséquilibre entre les sexes est en fait en faveur des filles dans le secondaire. Avec un ratio de 0,74 en 2012, Pakistan est le seul pays, parmi tous ceux pour lesquels on dispose de données, où le nombre de filles est inférieur à celui des garçons dans les écoles secondaires. Le déséquilibre s'est même accentué ces dernières années.

26. Dans l'enseignement supérieur, le tableau est plus nuancé. Dans tous les pays de l'Asie du Sud et du Sud-Ouest, à l'exception de Sri Lanka, le nombre de femmes est encore inférieur à celui des hommes. Dans d'autres sous-régions, les jeunes femmes sont en plus grand nombre que leurs homologues masculins dans de nombreux pays. Ainsi, à Brunei Darussalam, on compte 174 jeunes femmes dans l'enseignement supérieur pour 100 jeunes gens.

Figure 3

Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire dans la région Asie-Pacifique (2012)



Source: Base de données en ligne de la CESAP.

27. Les progrès accomplis par rapport à d'autres indicateurs de l'Objectif 3 en matière d'éducation sont plus modestes. Dans toute la région, les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'avoir un emploi et si elles en ont un, il s'agira d'un emploi précaire sans protection sociale.

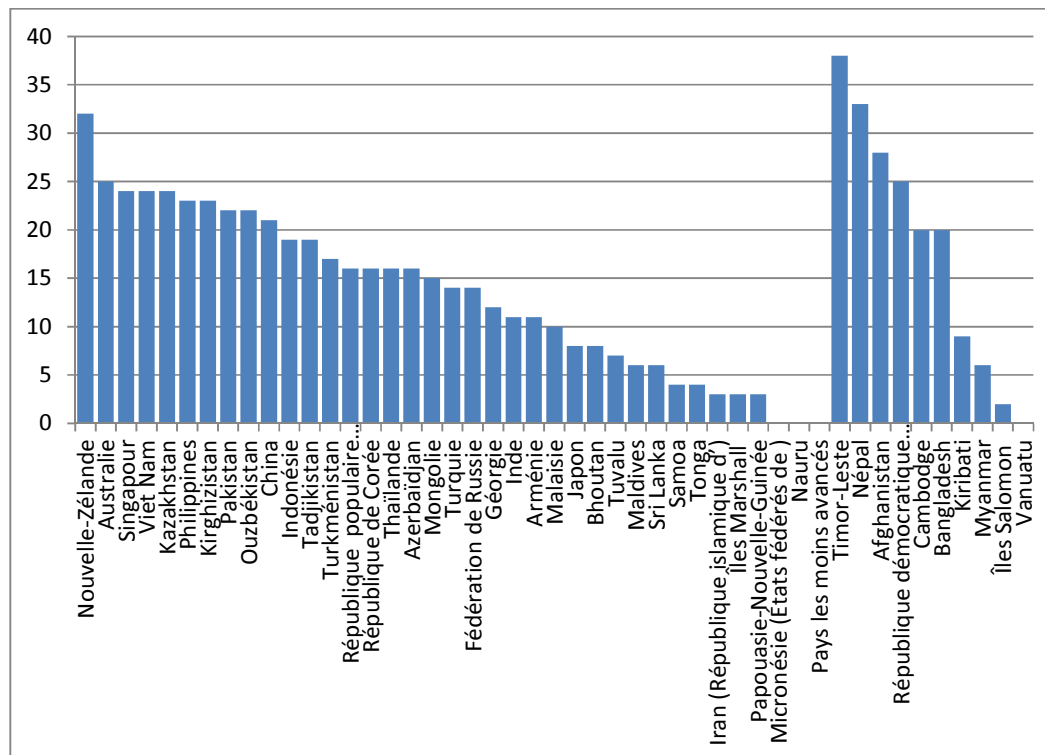
28. Ainsi, dans l'ensemble de la région, 24,7 % des femmes sont des travailleurs familiaux contre 8,4 % des hommes. À ce titre, les femmes n'ont qu'un accès limité, voire aucun, à la protection sociale et leur indépendance et/ou autonomie économique au sein de la famille est restreinte.

29. Seuls un pays et un territoire de la région, à savoir la Fédération de Russie et Macao (Chine) ont atteint la cible de 50 % de femmes salariées dans le secteur non agricole. Par ailleurs, un nombre significatif de pays sont bien placés pour atteindre la même cible, dix d'entre eux se situant dans une fourchette de 40 à 48 %. En revanche, dans au moins neuf pays de la région, la proportion de femmes est inférieure à 30 % dans le secteur non agricole, descendant même jusqu'à 12,6 % au Pakistan.

30. En ce qui concerne l'indicateur relatif à la proportion de sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux, la moyenne régionale est de 18 %, juste au-dessous de la moyenne mondiale de 19 % (voir figure 4). Seuls trois pays, le Népal, la Nouvelle-Zélande et Timor-Leste, affichent une représentation proportionnelle de 30 % de femmes parlementaires. Dans environ un tiers des pays de la région, en particulier ceux de l'Asie du Sud et du Pacifique, les femmes ne constituent que 10 % des députés nationaux.

31. D'autres statistiques font apparaître la lenteur des progrès dans la réalisation de l'égalité des sexes dans la représentation politique. Ainsi, au mois de février 2015, parmi les 58 membres et membres associés de la CESAP, il n'y avait qu'une femme chef d'État (République de Corée) et une femme chef de gouvernement (Bangladesh). Dans près de la moitié des pays de la région, on ne compte que 10 % de femmes de rang ministériel et lorsqu'elles sont nommées ministres, elles obtiennent un portefeuille dans un domaine traditionnellement « féminin » comme les affaires sociales, l'enfance ou les affaires féminines.

Figure 4
**Proportion de sièges détenus par des femmes dans les parlements nationaux
 (en pourcentage), en 2012**



Source: Base de données en ligne de la CESAP.

D. Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants

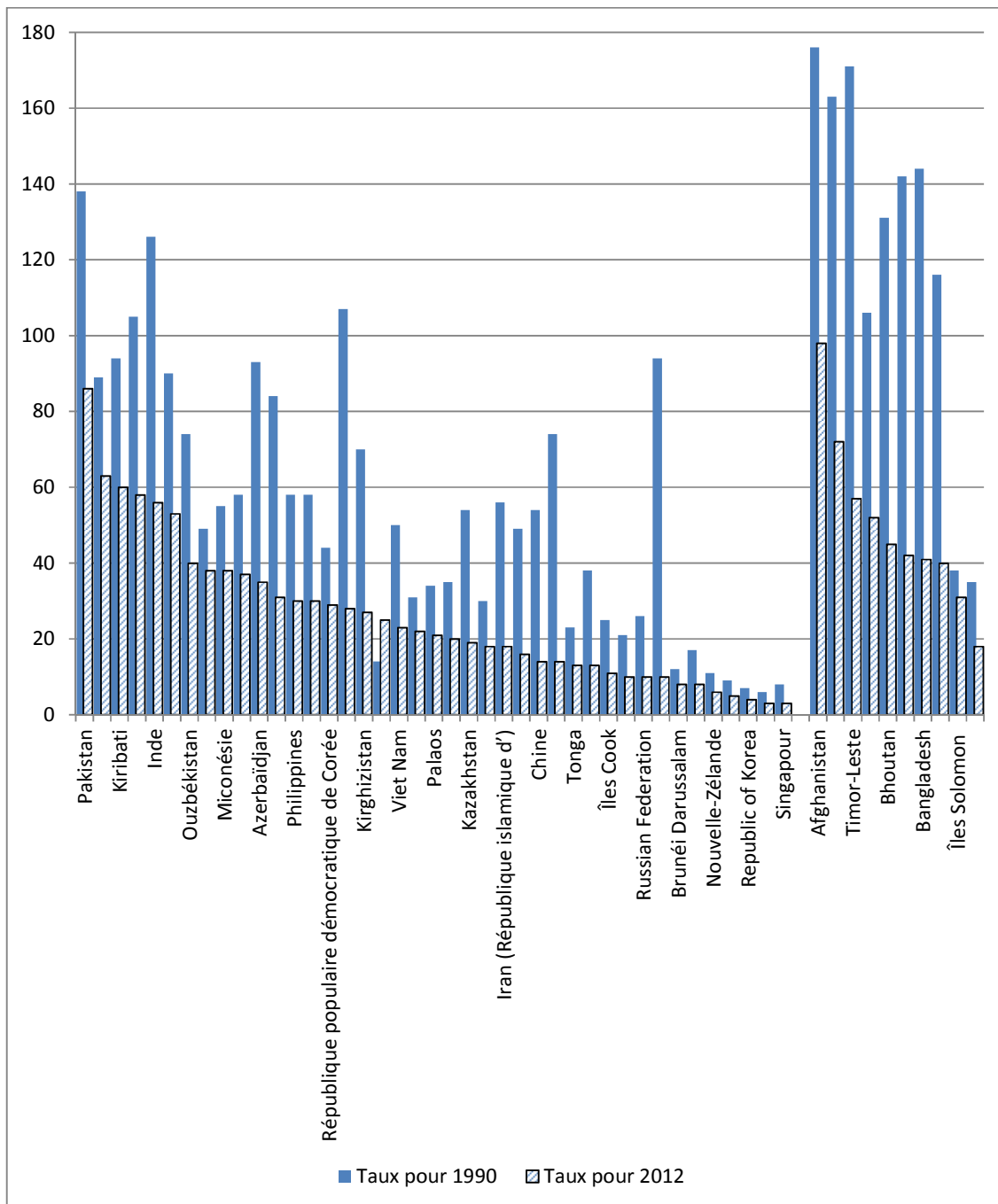
32. La région Asie-Pacifique dans son ensemble (dans les deux tiers des pays) a réussi à réduire les taux de mortalité des enfants et à améliorer sensiblement les taux de vaccination. Il faut noter que plusieurs pays de la région avaient déjà des taux de mortalité infantile peu élevés au moment où les Objectifs ont été établis.

33. Les indicateurs se rapportant à cet Objectif incluent la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'au moins 60 % et la vaccination contre la rougeole de tous les enfants âgés de moins d'un an.

34. Certains pays de la région ont déjà atteint ces cibles avant l'année limite de 2015. Les Maldives avaient ainsi réduit dès 2012 la mortalité des enfants de moins de cinq ans de près de 90 % et la mortalité infantile de 87 % tandis que le Bangladesh, la Chine, la Mongolie, le Népal et la Turquie enregistraient une diminution de plus de 70 % de ces mêmes taux (voir figure 5).

Figure 5

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) en 1990 et en 2012 dans certains pays de la région Asie-Pacifique



Note: pour des raisons techniques, tous les noms de pays n'apparaissent pas sur ce graphique. Se référer au texte anglais pour voir la figure 5 complète.

Source: Division de statistique des Nations Unies. Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement.

35. Hormis l'Afghanistan, les pays les moins avancés d'Asie ont déjà atteint ou sont en passe d'atteindre l'objectif de réduction de la mortalité des enfants d'ici la fin de 2015. Certains de ces pays les moins avancés figurent parmi ceux qui ont obtenu les meilleurs résultats dans ce domaine.

36. Dans le Pacifique, les progrès dans la réduction de la mortalité des enfants ont été dans l'ensemble inégaux. Huit pays de cette région n'atteindront vraisemblablement pas cet objectif d'ici à 2015. Les Samoa et Vanuatu sont les deux seuls pays les moins avancés du Pacifique à y être parvenu. Toutefois, le taux de vaccination contre la rougeole à Vanuatu n'a été que de 52 % en 2012. A Nioué, le taux de mortalité infantile est passé de 12 à 21 décès pour 1000 naissances vivantes tandis que la mortalité des enfants de moins de cinq ans augmentait de 14 à 25 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2012 (voir figure 5).

37. Bien que l'Afghanistan et le Pakistan aient fait des progrès, ils continuent d'avoir les niveaux de mortalité infantile les plus élevés de la région. En 2012, la mortalité des enfants de moins de 5 ans s'élevait à 98 décès pour 1000 naissances vivantes en Afghanistan et à 86 décès pour 1000 naissances vivantes au Pakistan. Bien que, par rapport à 1990, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ait diminué de 44 % en Afghanistan et de 38 % au Pakistan, le rythme d'amélioration n'a pas été suffisant pour permettre à ces pays d'atteindre la cible correspondante (voir figure 5).

E. Objectif 5: Améliorer la santé maternelle

38. De manière générale, la région Asie-Pacifique a connu des améliorations sensibles dans la santé maternelle mais il lui reste encore beaucoup à faire pour atteindre l'Objectif 5. Environ la moitié des pays de la région avaient déjà des taux de mortalité maternelle élevés lorsque les Objectifs ont été adoptés ou bien ont réduit ces taux des deux tiers, voire davantage.

39. L'Objectif 5 est assorti de deux cibles: la réduction des taux de mortalité maternelle des trois quarts et l'accès universel aux soins de santé procréative, mesurés à partir des taux de prévalence des moyens contraceptifs, des taux de natalité chez les adolescentes, du besoin non satisfait de planification familiale et de la couverture des soins prénataux.

40. Ce sont les pays les moins avancés de la région qui, depuis 1990, enregistrent les plus fortes baisses des taux de mortalité maternelle. Entre 1990 et 2013, ils ont diminué de 93 % aux Maldives, de 87 % au Bhoutan, de 86 % au Cambodge, de 80 % en République démocratique populaire lao et de 78 % à Timor-Leste. Deux autres pays parmi les moins avancés de la région, à savoir le Bangladesh et l'Afghanistan, devraient atteindre l'objectif de la réduction de la mortalité maternelle des trois quarts d'ici à 2015.

41. En dépit des améliorations notées dans la plupart des pays, certains n'ont pas fait de progrès sensibles en matière de santé maternelle. Dans des pays comme les Philippines et les Tonga, la mortalité maternelle a même augmenté par rapport à 1990.

42. Il reste encore énormément à faire dans ce domaine. Bien que plusieurs des pays les moins avancés de la région aient été parmi les meilleurs « élèves », en chiffres relatifs et absolus, par rapport à 1990, la mortalité maternelle demeure élevée dans certains d'entre eux (voir figure 6). Parmi les 15 pays de la région ayant les taux de mortalité maternelle les plus élevés, dix appartiennent à la catégorie des pays les moins avancés.

43. Dans quelques pays à moyens revenus, les taux de mortalité maternelle sont encore sensiblement plus hauts que ce que l'on pourrait attendre. Bien qu'ayant réussi à réduire la mortalité infantile d'environ 50 %, l'Inde et l'Indonésie enregistrent encore 190 décès pour 100,000 naissances vivantes

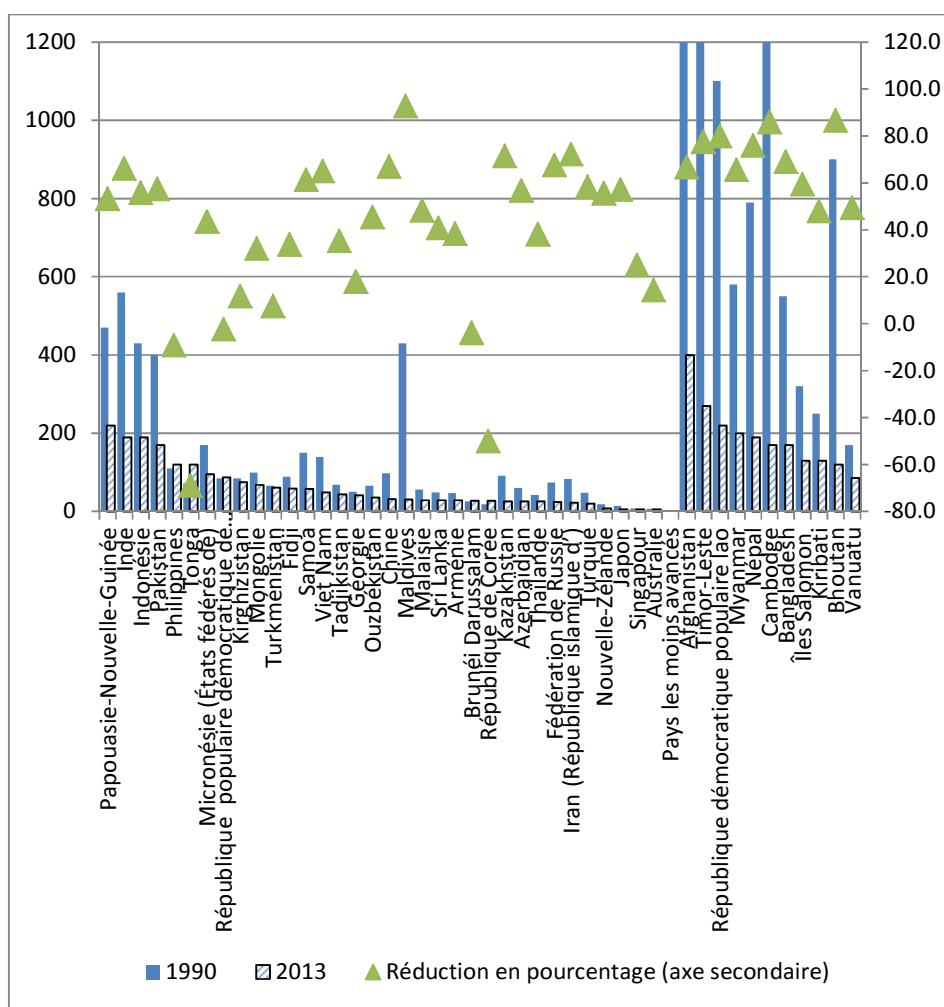
tandis que le Pakistan fait état de 170 décès pour 100,000 naissances vivantes, soit le même niveau qu'au Bangladesh et au Cambodge.

44. Dans beaucoup de pays de la région, il reste encore un travail considérable accomplir en matière d'accès universel aux services d'hygiène sexuelle et de santé procréative. A Timor-Leste, en 2010, 29,3 % des accouchements ont eu lieu en présence d'assistants qualifiés. En 2011, le Bangladesh affichait également un taux modeste de 31,7 %.

45. À côté du petit nombre de personnes qualifiées présentes au moment de l'accouchement, les taux de prévalence des produits contraceptifs sont également bas. En Afghanistan, par exemple, seules 21,2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont accès aux moyens contraceptifs, 22,3 % à Timor-Leste et 35,4 % au Pakistan. Dans les pays d'Asie du Nord et d'Asie centrale la plupart des accouchements ont lieu en présence de personnel qualifié mais la contraception est encore peu répandue: 27,6 % des femmes y ont accès au Tadjikistan et 36,3 % au Kirghizistan.

Figure 6

Taux de mortalité maternelle (pour 100,000 naissances vivantes) dans certains pays de la région Asie-Pacifique en 1990 et 2012 et évolution des pourcentages au cours de cette période



Source: Base de données statistiques en ligne de la CESAP.

F. Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

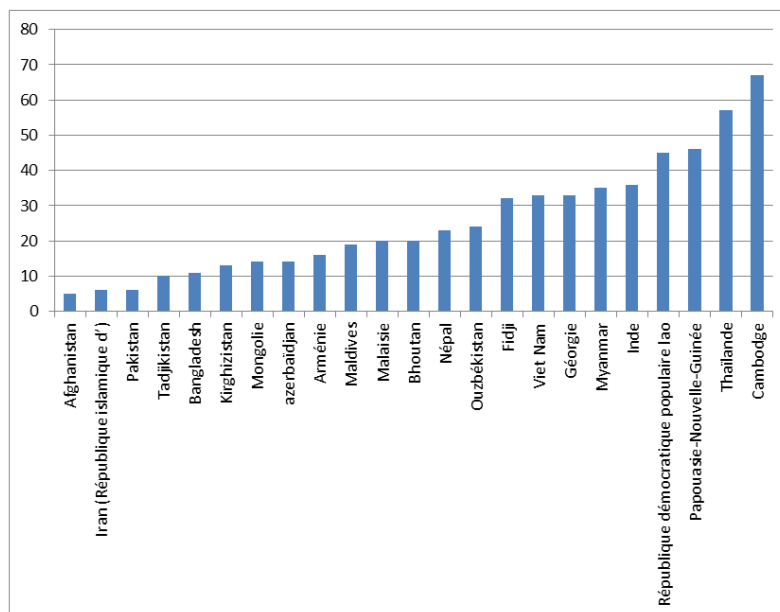
46. Les progrès dans la réalisation de l'Objectif 6 sont inégaux, tant à travers la région que par type de maladie. Si ces progrès sont relativement bons dans la lutte contre la tuberculose, à l'exception de certains pays, ils sont mitigés en ce qui concerne le VIH/sida et le paludisme.

47. Sur les 25 pays de l'Asie et du Pacifique pour lesquels on dispose de données sur les taux de prévalence du VIH, on note que depuis l'année 2000 les chiffres concernant les personnes âgées de 15 à 49 ans ont diminué ou sont demeurés inchangés dans 13 pays et ont augmenté dans 12 pays. Parallèlement, les statistiques ont fait apparaître que le nombre de personnes vivant avec le VIH a progressé dans 17 pays de la région pour tout un ensemble de raisons, notamment le plus grand nombre de données disponibles grâce à l'expansion du dépistage du VIH et à un accès plus facile à la thérapie antirétrovirale. L'incidence du VIH est plus élevée au sein des principaux groupes de populations à risque.

48. La prise en charge du traitement des personnes vivant avec le VIH se généralise mais elle varie de manière très nette d'un bout à l'autre de la région. Par ailleurs, dans bon nombre de pays, la proportion de personnes ayant une infection avancée par le VIH ayant accès à la thérapie antirétrovirale n'a pas augmenté. Selon les estimations de 2013, le pourcentage total des personnes de tous âges pouvant bénéficier des médicaments antirétroviraux va de 5 % en Afghanistan et 6 % en République islamique d'Iran à 67 % au Cambodge (voir figure 7). La fourchette se situe entre 5 et 67% pour les personnes âgées de 15 ans et plus et entre 4 et 95 % pour les moins de 15 ans. On dispose de peu de données sur la prise en charge du traitement en Asie de l'Est et du Nord-Est, et dans le Pacifique. Cinq pays d'Asie du Sud-Est prennent en charge plus de 30 % des personnes âgées de 15 ans et plus tandis qu'en Asie Nord et en Asie centrale ainsi qu'en Asie du Sud et du Sud-Ouest, il n'y a qu'un pays dans chaque sous-région où la prise en charge est supérieure à 30 %. En ce qui concerne la prise en charge du traitement antirétroviral pour les femmes enceintes afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant, elle continue d'être faible dans la sous-région de l'Asie du Sud et du Sud-Ouest.

Figure 7

Pourcentage des personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale parmi toutes les personnes vivant avec le VIH en Asie et dans le Pacifique (2013)



Source: Base de données établie pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde par le Centre de données sur le VIH et le sida pour l'Asie et le Pacifique. Consulter: www.aidsdatahub.org.

49. La sensibilisation aux moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans est essentielle. Dans les parties de la région où les données sont disponibles, le niveau de sensibilisation des deux sexes est inférieur à 55 % avec de vastes écarts entre les jeunes hommes et les jeunes femmes. De manière générale, les premiers tendent à être mieux informés que les secondes.

50. S'agissant du paludisme, les progrès sont également inégaux. Si cette maladie est pratiquement inexistante en Asie de l'Est et du Nord-Est, en Asie du Nord et en Asie centrale, elle a une incidence préoccupante dans plusieurs pays de l'Asie du Sud et du Sud-Ouest. Onze pays d'Asie du Sud, du Sud-Ouest et du Sud-Est ont réussi à arrêter la progression de la maladie. Sri Lanka a éliminé le paludisme en 2012. La République islamique d'Iran également puisqu'elle n'a enregistré que deux cas pour 100 000 personnes en 2012 et aucun décès dû à cette maladie. Plusieurs autres pays ont réussi à réduire le nombre de cas et de décès. Le Bhoutan a obtenu des résultats remarquables en peu de temps, enregistrant 14 597 cas de paludisme pour 100 000 personnes en 2000 et onze cas seulement en 2012. Bien que les réductions n'aient pas été linéaires, le Cambodge a pu abaisser le nombre de cas de paludisme de 1 367 cas 100 000 personnes en 1990 à 306 cas pour 100 000 personnes en 2012.

51. Quelque dix pays de la région ont connu plusieurs vagues de paludisme sur fond de baisse générale du nombre de cas. Ainsi en Indonésie, on comptait 831 cas pour 100 000 personnes en 1990, puis, après plusieurs hauts et bas, ce chiffre est retombé à ce niveau en 2012. En 1990, la République démocratique populaire lao faisait état de 512 cas de paludisme pour 100 000 personnes en 1990. Ce nombre est passé à 5 195 en 2000 avant de chuter à 275 en 2011 puis de remonter à 704 cas pour 100,000 personnes en 2012.

52. Le Pakistan a connu une période de hausse du nombre de cas de paludisme, de 72 en 1990 à 2 392 cas pour 100 000 personnes en 2012.

53. La situation demeure particulièrement inquiétante dans le Pacifique où l'incidence du paludisme est élevée. Dans les îles Salomon, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et à Vanuatu cette maladie a été particulièrement répandue entre 2000 et 2005. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le nombre de cas est en augmentation depuis 1990. Dans les îles Salomon, ce nombre était de 37 358 cas pour 100 000 personnes en 1992 puis, après plusieurs hauts et bas, il est tombé à 10 425 cas pour 100,000 personnes en 2012. Vanuatu connaît une situation semblable à celle des îles Salomon.

54. Les données concernant les moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'offre de médicaments appropriés contre le paludisme sont encore peu nombreuses.

55. Dans l'ensemble de la région, et en particulier en Asie de l'Est et du Nord-Est, en Asie du Sud et du Sud-Ouest et en Asie du Sud-Est, les décès dus à la tuberculose sont en baisse. Parmi les pays où cette tendance est la plus sensible se trouvent le Bhoutan, les Maldives et la Turquie où le nombre de décès a diminué entre 91 et 93 % entre 1990 et 2012.

56. Toutefois, dans plusieurs pays, en particulier dans le Pacifique, en Asie du Nord et en Asie centrale, les décès dus à la tuberculose ont eu tendance à augmenter: Afghanistan, Arménie, Fédération de Russie, îles Marshall, îles

Marshall septentrionales, Kirghizistan, Nauru, Nioué, Palaos et Tadjikistan. Dans les îles Marshall, le nombre de décès dus à la tuberculose a quasiment quadruplé, passant de 290 pour 1 million de personnes en 1990 à 1 110 en 2012.

III. Dernières tâches à accomplir pour atteindre les Objectifs avant le lancement du programme de développement pour l'après-2015

57. Le résumé qui précède montre que la région a eu des difficultés avec les Objectifs liés à la santé et à l'égalité des sexes mais qu'elle avait remporté des succès dans l'accès à l'éducation primaire pour tous.

58. Tandis que le monde se prépare à mettre en œuvre le programme de développement pour l'après-2015 qui devrait porter principalement sur l'élimination de la pauvreté, la lutte contre les inégalités, l'accès à un emploi décent et à la protection sociale pour tous, entre autres, il convient d'examiner les raisons profondes pour lesquelles il n'a pas été possible de terminer les tâches liées à la réalisation des Objectifs et de remédier à cette situation afin que le programme de développement pour l'après-2015 soit couronné de succès.

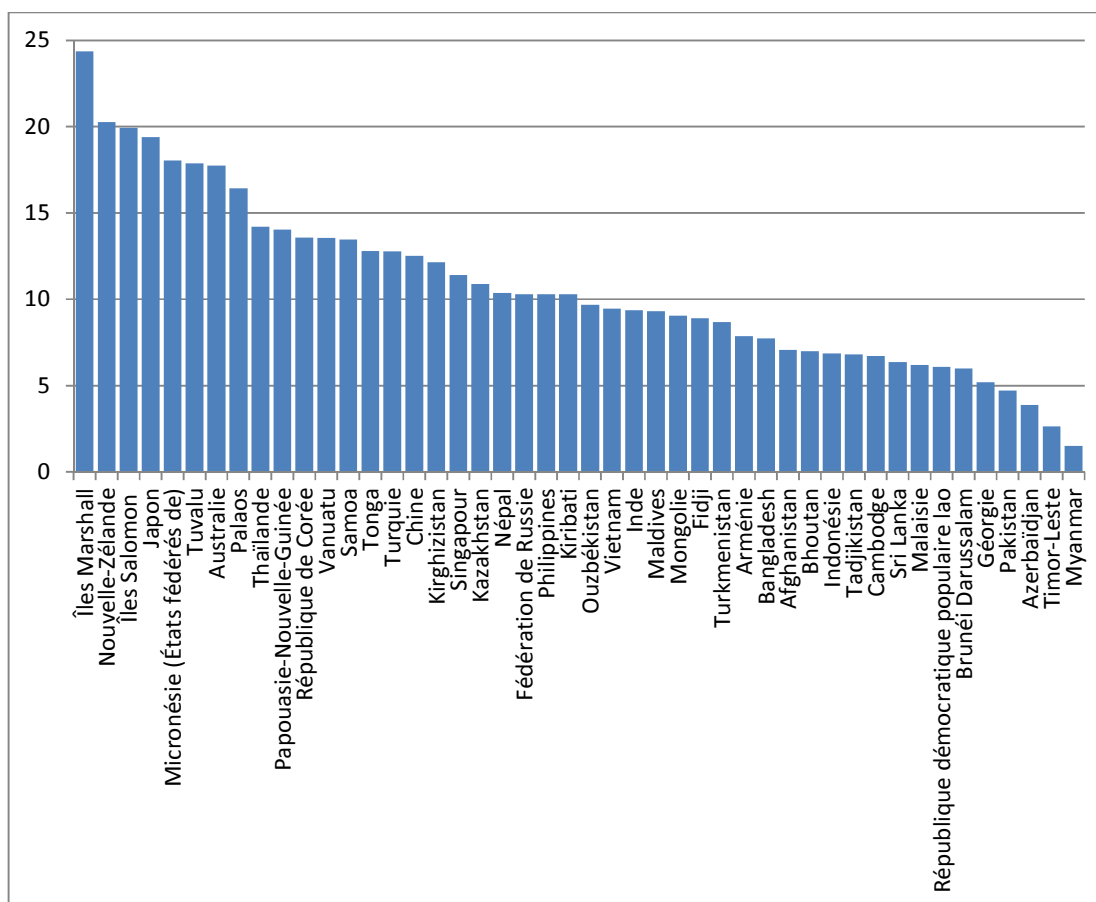
A. Investissements dans les politiques sociales = investissements dans le développement

59. En Asie et dans le Pacifique, la croissance économique a coïncidé avec une baisse des taux de pauvreté dans la plupart des pays, baisse qui ne s'est cependant pas traduite par des améliorations dans le domaine social, en particulier en ce qui concerne la santé et l'égalité entre les sexes. Pour renforcer le développement social il faut des politiques et des stratégies sociales efficaces et des budgets suffisants pour les mettre en œuvre. Il convient de considérer les dépenses engagées dans le secteur social comme un investissement et comme la base d'une croissance économique durable, de l'égalité et de la protection de l'environnement.

60. L'expérience des pays ayant atteint les Objectifs de bonne heure montre que ces pays avaient fortement investi dans le secteur social et maintenu ces investissements même en période de crise. Ainsi la Thaïlande a atteint la plupart des Objectifs se rapportant au secteur social et, au cours des dernières décennies, s'est fortement impliquée dans le développement social. Cet engagement se manifeste dans la mise en place d'un système d'accès universel aux soins de santé et l'affectation de ressources adéquates à cette fin (voir figure 8). De même, le Népal, pays parmi les moins avancés ayant atteint la plupart des Objectifs, affecte environ 10 % de ses dépenses publiques à la santé. Sri Lanka avait commencé à se focaliser sur l'éducation après l'indépendance et a instauré un régime privilégiant les soins de santé primaire et la santé maternelle qui a favorisé la prise en charge universelle des accouchements assistés par du personnel qualifié dès les années 80.

Figure 8

Dépenses de santé en pourcentage du montant total des dépenses publiques dans certains pays de la région Asie-Pacifique en 2012 ou l'année la plus récente



Source: Banque mondiale: Base de données en ligne des indicateurs du développement mondial.

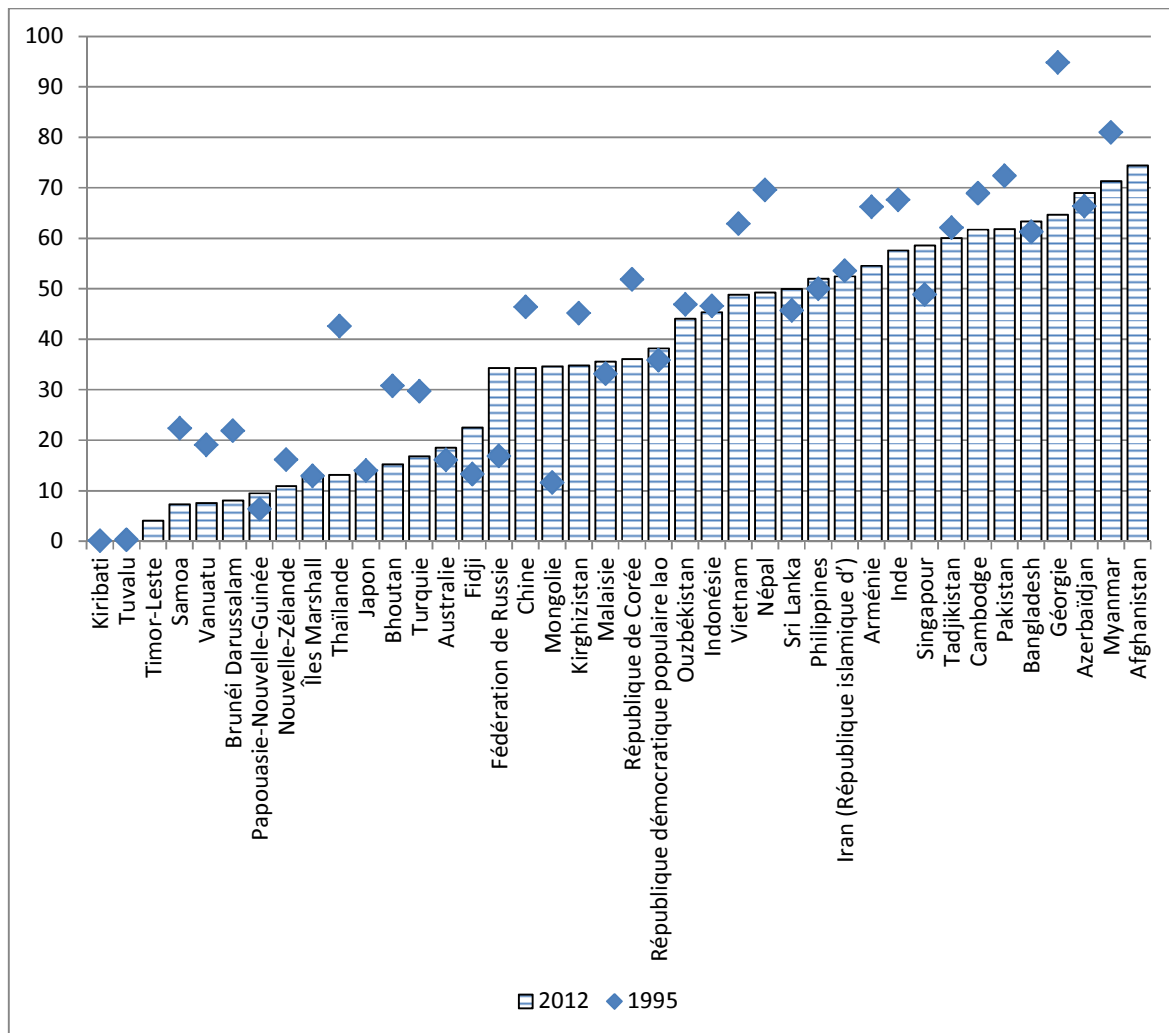
61. En revanche, les dépenses de santé ont été insuffisantes dans de nombreux pays de la région Asie-Pacifique. Au moins quatre d'entre eux affectent moins de 4% de l'ensemble de leurs dépenses publiques à la santé (voir figure 8).

62. Dans bon nombre de pays de la région, les ménages privés doivent payer directement les frais médicaux, comme le montre le montant élevé des dépenses directes à la charge des particuliers. Dans plus de 18 pays de la région, plus de la moitié de l'ensemble des dépenses de santé est prise en charge par les ménages privés (voir figure 9). Cela signifie que souvent les personnes ne consultent pas de médecin lorsque cela est nécessaire parce qu'elles ne peuvent pas se le permettre ou bien réduisent leurs dépenses ailleurs, notamment au détriment de l'alimentation ou de l'éducation des enfants.

63. Certains pays de la région, comme la Thaïlande ou le Bhoutan, ont sensiblement réduit la part des dépenses directes à la charge des particuliers entre 1995 et 2012 en introduisant un régime d'accès universel aux soins de santé. Les bons résultats que font apparaître les indicateurs de santé dans ces deux pays sont dus à cette mesure. Dans d'autres pays de la région en revanche, les dépenses directes ont augmenté au fil du temps, rendant les soins médicaux trop coûteux pour certains groupes de population (voir figure 9).

Figure 9

Dépenses directes à la charge des particuliers en pourcentage du montant total des dépenses de santé dans certains pays de la région Asie-Pacifique (1995 et 2012)



Source: Banque mondiale: Base de données des indicateurs du développement mondial

64. De nombreux pays ont les moyens d'offrir un accès universel aux soins de santé. La Thaïlande, par exemple, y consacre 14 % du montant total de ses dépenses publiques, soit 3,2 % en pourcentage du PIB.

65. Cela dit, les crédits destinés à la santé ne sont pas toujours dépensés de manière efficace. Dans beaucoup de pays, ces dépenses concernent principalement les soins curatifs au détriment des soins de santé préventifs et de base, notamment ceux destinés à la santé de la mère et de l'enfant, qui sont à la portion congrue budgétaire bien que l'expérience ait montré que c'est en investissant dans les services de santé de base que l'on contribue le mieux à la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi au Pakistan, où la santé est déjà le parent pauvre du budget, 73,5 % de l'ensemble des dépenses publiques sont allées aux services de médecine curative des centres hospitaliers polyvalents, 15,4 % ont servi à financer les soins préventifs et seuls 0,3 % ont été consacrés aux services de santé de base, y compris aux soins de santé de la mère et de

l'enfant, au cours de l'exercice budgétaire 2008/2009⁶. De plus, les dépenses de santé sont relativement plus élevées dans les zones urbaines que dans les zones rurales et sont pour une large part absorbées par les frais de fonctionnement administratif des hôpitaux.

66. La situation des pays insulaires du Pacifique est unique. Bien que ceux-ci comptent parmi les pays où les dépenses de santé sont les plus élevées en pourcentage du montant total des dépenses publiques et les dépenses directes à la charge des particuliers sont les plus modestes de la région, beaucoup d'entre eux ont eu des difficultés à atteindre les Objectifs se rapportant à la santé. Une des raisons expliquant la médiocrité de ces résultats est l'éloignement des îles et des zones rurales dotées de services médicaux. Les établissements de soins de santé dans les zones rurales sont mal équipés et manquent de médecins car peu nombreux sont ceux qui acceptent de travailler dans des régions reculées où les risques sanitaires sont multiples. Les coûts des soins médicaux sont également plus élevés en raison de la nécessité de traiter des maladies liées à l'obésité. Il est donc possible de rationaliser les dépenses de santé en privilégiant la prévention et l'éducation dans ce domaine.

B. Égalité des sexes: élément essentiel pour parvenir au développement et à l'égalité pour tous

67. Malgré les progrès accomplis, c'est dans les activités liées à l'Objectif 3 que l'on a le moins avancé par rapport aux autres Objectifs (bien que l'égalité des sexes soit pertinente pour tous les objectifs de développement). Les femmes et les filles représentant la moitié de la population de la région Asie-Pacifique, le développement n'est possible que si l'on se préoccupe des besoins et des intérêts de celles-ci.

68. L'égalité des sexes profite à tous car il s'agit d'une question de droits humains et de développement durable. On a constaté qu'il existait un lien entre l'éducation formelle des jeunes filles et la diminution des risques de mariage précoce et de mortalité maternelle et également avec le fait que les femmes avaient moins d'enfants, qu'ils étaient en meilleure santé et qu'ils pouvaient être scolarisés et que les possibilités d'emploi étaient plus nombreuses. Les investissements consentis dans la planification de la famille permettent de réduire l'incidence des grossesses non désirées et des avortements dangereux ainsi que les taux de mortalité maternelle et infantile. Selon une étude mondiale, une augmentation des dépenses de santé de cinq dollars par personne par an jusqu'en 2035 aurait pour effet de multiplier par neuf la valeur des avantages économiques et sociaux grâce à un accroissement du PIB, à l'amélioration de la productivité et à la prévention de décès évitables parmi les femmes, les enfants et les nourrissons⁷. Les inégalités entre les sexes sont également nuisibles pour les économies. Les restrictions imposées à l'accès des femmes aux possibilités d'emploi et à un travail décent coûtent à la région de l'Asie-Pacifique des montants évalués entre 4 et 47 milliards de dollars par an tandis que les disparités entre les sexes dans l'éducation entraînent des pertes annuelles supplémentaires oscillant entre 16 et 30 milliards de dollars.

69. Les synergies entre l'égalité des sexes et les gains du développement soulignent à quel point l'autonomisation des femmes est indissociable de l'instauration du développement durable pour tous.

⁶ Gouvernement du Pakistan : « Poverty Reduction Strategy Paper. Annual Progress Report FY 2008/09 » (Islamabad, 2009). Consulter : www.finance.gov.pk/poverty/prsp_annual_0809.pdf.

⁷ « Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework », *The Lancet*, vol. 383, 12 April 2014.

70. L'égalité des chances, des résultats et des ressources pour les femmes et les hommes dans les domaines social, économique et politique est encore victime des déséquilibres dans les rapports de pouvoir et des pratiques discriminatoires et des institutions et structures patriarcales.

71. La violence à l'égard des femmes est un phénomène qui se trouve au centre des déséquilibres de pouvoir. On estime qu'une femme sur trois dans le monde est victime d'une forme ou d'une autre de violence physique et/ou de violence sexuelle infligée par un partenaire intimes ou une personne autre qu'un partenaire intime⁸. En Asie et dans le Pacifique, la violence à l'égard des femmes et des filles demeure endémique. Selon une étude portant sur la région et réalisée en 2013, entre 26 et 80 % des hommes interrogés ont reconnu avoir exercé des violences physiques et/ou sexuelles en tant que partenaires intimes.⁹ La violence à motivation sexiste n'est pas seulement une violation des droits humains fondamentaux mais également un phénomène qui nuit au développement.

C. Les inégalités - obstacles aux efforts de développement

72. Les futurs efforts de développement risquent d'être mis à mal par la montée des inégalités. En dépit des progrès accomplis par la région pour atteindre les Objectifs, il reste beaucoup à faire pour éliminer la pauvreté, la mortalité de la mère et de l'enfant et les maladies infectieuses. Les progrès réalisés n'ont souvent pas profité à tous les groupes de population et à toutes les régions à l'intérieur des pays. De manière générale, les inégalités, qui englobent non seulement les inégalités de revenu mais également les inégalités des chances et les inégalités de l'accès aux services, non seulement persistent mais dans certains cas se sont même accentuées. Si rien n'est fait pour les réduire, beaucoup de pays de la région risquent d'avoir de grosses difficultés à réduire la pauvreté, à mener à bien les tâches liées aux Objectifs et à réaliser le programme de développement pour l'après-2015.

73. Dans le domaine de la santé, les activités menées pour accroître les services médicaux ont donné dans l'ensemble de meilleurs résultats dans les zones urbaines que dans les zones rurales où les populations n'ont pas toujours la possibilité d'accéder aux services de santé faute de transport. Ainsi, une étude effectuée dans plusieurs états de l'Inde a révélé que 32 % des personnes interrogées dans les zones rurales ne disposaient pas d'un centre de soins externes dans un rayon de 5 kilomètres de leur logement alors que ce n'était le cas que de 17 % des personnes interrogées dans les zones urbaines. Dans les zones rurales, 63 % des personnes interrogées devaient faire plus de 5 km pour se rendre dans un centre d'hospitalisation alors que ce n'était le cas que pour 27 % des personnes interrogées en zone urbaine¹⁰. Bien que plus de 70 % de la

⁸ Organisation mondiale de la santé : *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence des partenaires intimes et de la violence sexuelle exercée par d'autres partenaires* (Genève, 2013).

⁹ Emma Fulu and others, *Why Do Some Men Use Violence Against Women and How Can We Prevent It? Quantitative Findings from the United Nations Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific* (Bangkok, Programme des Nations Unies pour le développement, Fonds de population des Nations Unies, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) et Volontaires des Nations Unies, 2013). Consulter: www.partners4prevention.org/sites/default/files/resources/p4p-report.pdf.

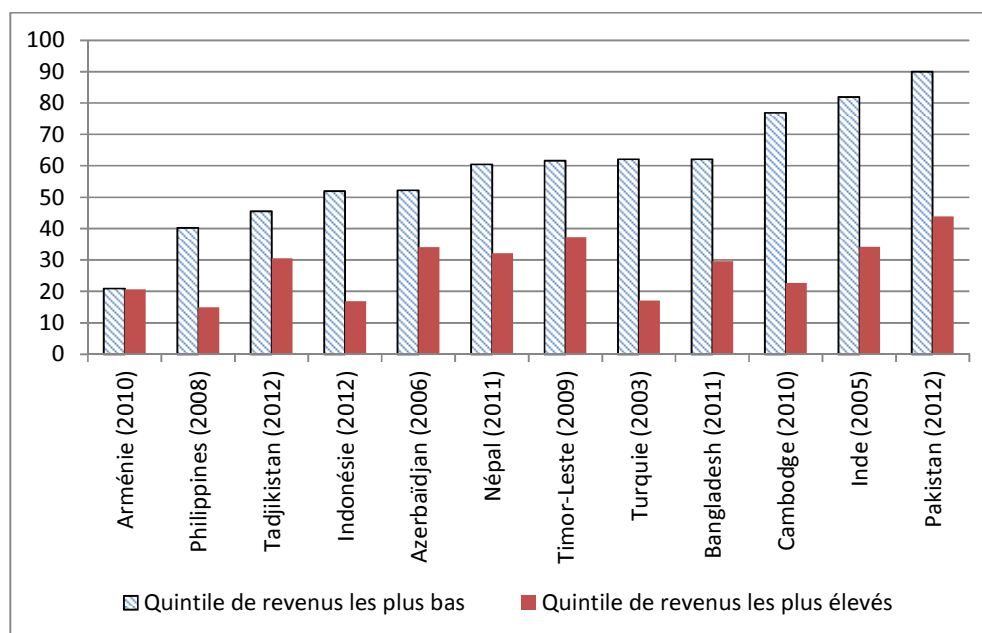
¹⁰ IMS Institute for Healthcare Informatics, « Understanding Healthcare Access in India. What is the current state? » (Juin 2013). Consulter: www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Corporate/IMS%20Institute/India/Understanding_Healthcare_Access_in_India.pdf.

population du Bangladesh soit rurale, 44 % des dispensaires publics seulement se trouvent en dehors des villes¹¹.

74. Les indicateurs de résultat faisant apparaître par exemple un taux de mortalité infantile plus élevé parmi les groupes à bas revenus apportent par là même la preuve que les services de santé ne sont pas à la portée de toutes les bourses. Dans plusieurs pays de la région, un enfant venant du groupe de revenus les plus bas est trois fois plus susceptible de décéder avant l'âge d'un an qu'un enfant venant du groupe des revenus les plus élevés (figure 10).

Figure 10

Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) dans le quintile des revenus les plus bas (Q1) et celui des revenus les plus élevés (Q5) dans quelques pays de la région de l'Asie-Pacifique pour les années les plus récentes



Source: Organisation mondiale de la santé, Base de données en ligne. Consulter: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1546?lang=en>.

75. Dans plusieurs pays, il semble que les groupes à hauts revenus aient davantage bénéficié de l'accès aux services de santé que les groupes à bas revenus. Ainsi, la présence d'assistants qualifiés à l'accouchement est fonction du revenu. Au Bangladesh, dans le quintile des revenus les plus bas, moins de 5 % des accouchements bénéficiaient d'une assistance spécialisée en 2007, soit une faible augmentation par rapport à 1996 où le chiffre était un peu inférieur à 2 % des accouchements. Au cours de la même période, cette progression a été sensiblement plus forte dans le quintile des revenus les plus élevés, de 30 à 51 %. On a noté la même situation au Népal pour ce qui concerne les améliorations dans l'accès aux soins de santé¹².

¹¹ M. Shamsur Rahman, Abu Shahin M. Ashaduzzaman and M. Mizanur Rahman, « Poor people's access to health services in Bangladesh: focusing on the issues of inequality », Workshop on Health Care for the Poor in Asia, which was held in Beijing, 5-7 décembre 2005. Consulter: www.napsipag.org/pdf/Issues_of_inequality.pdf.

¹² ICF International, DHS Program STATcompiler (base de données en ligne). Consulter: www.statcompiler.com.

76. Plusieurs groupes de population se heurtent à de nombreux obstacles pour accéder aux services de santé. Dans plusieurs pays, les travailleurs migrants n'y ont pas droit ou s'ils y ont droit, ils font face à toutes sortes de problèmes: de langue, de temps et de transport. Les systèmes de soins médicaux existants ne sont souvent pas adaptés aux besoins des personnes handicapées et/ou des personnes âgées; dans certains cas, même l'accès physique aux établissements fait problème. Les personnes jeunes, célibataires se voient souvent refuser l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive tandis que d'autres groupes de population très vulnérables à la contamination par le VIH sont fréquemment privés de services adéquats de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour faire face à la maladie.

77. La combinaison de l'inégalité des chances et des résultats et de l'exclusion sociale constitue un piège de nature à compromettre les futurs efforts de développement en conduisant à l'apparition du « milliard le plus pauvre », constitué des personnes les plus pauvres et socialement exclues, et laissées en marge des efforts de développement. Ainsi, l'élimination des inégalités nécessite des politiques sociales systématiques, assurant notamment l'accès universel à la protection sociale. Cette dernière joue un rôle essentiel dans la réduction des inégalités et le renforcement des droits des groupes vulnérables, notamment celui de pouvoir accéder aux services sociaux.

IV. Soutien aux pays dans la réalisation des tâches encore inaccomplies liées aux Objectifs et dans la mise en œuvre progressive du programme de développement pour l'après-2015

78. L'analyse ci-dessus focalise l'attention sur trois domaines clés dans lesquels la CESAP peut intervenir pour aider les pays à réaliser les tâches encore inaccomplies liées aux Objectifs et à atteindre les objectifs qui seront retenus dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015. L'égalité des sexes est censée constituer à l'intérieur de celui-ci une problématique transversale tandis qu'un objectif séparé concernant la réalisation de l'égalité des sexes et de l'autonomisation de toutes les femmes et filles, devrait y figurer. Ce nouveau programme de développement mondial devrait également englober toute les régions d'un pays ainsi que tous les groupes sociaux et groupes d'âge. De nouveaux efforts devront donc être consentis pour éliminer le piège des inégalités, c'est-à-dire la pauvreté économique, l'exclusion sociale et la privation de bien-être.

79. Le secrétariat propose donc les domaines clés d'intervention ci-après pour remédier aux inégalités et réaliser le développement durable:

a) *Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing : égalité des sexes et autonomisation des femmes*: le plan mondial pour réaliser l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes figure déjà dans la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, adoptés en 1995, en même temps que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. À l'échelon régional, les pays de l'Asie et du Pacifique peuvent également s'inspirer de la Déclaration ministérielle Asie-Pacifique sur la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes (novembre 2014), par laquelle les gouvernements s'engageaient à accélérer la mise en œuvre du Programme d'action en renforçant les institutions, en améliorant la responsabilisation, en accroissant les financements, en forgeant des partenariats plus solides et en soutenant la coopération régionale ;

b) *Accès à un travail décent, y compris à une protection sociale minimale, et lutte contre l'inégalité des chances*: un travail décent et la protection sociale sont essentiels pour réduire les inégalités. En mettant en œuvre le programme de développement pour l'après-2015, la garantie d'une protection sociale minimale, incluant l'accès universel aux soins de santé et à un revenu minimal sûr, sera indispensable pour permettre aux individus de disposer des moyens leur permettant de ne pas tomber dans la pauvreté et pour améliorer encore la santé de la mère et de l'enfant et lutter contre les maladies infectieuses. En outre, l'accès universel aux soins de santé, y compris à la santé sexuelle et reproductive, est crucial pour éliminer les obstacles qui empêchent ceux qui en font la demande de bénéficier des soins prénataux et postnataux, de l'assistance spécialisée aux accouchements et des soins de santé pour enfants ;

c) *Inclusion de tous*: dans la mise en œuvre du programme de développement pour l'après-2015 il sera tout à fait crucial de veiller à ce que les personnes aujourd'hui marginalisées et vulnérables soient intégrées dans les sociétés et reçoivent le soutien dont elles ont besoin, conformément aux principes qui sous-tendent les droits humains. Sans leur intégration active, il restera toujours 1 milliard de personnes vouées à la pauvreté sans accès aux services de santé, à une éducation de qualité et aux autres éléments permettant de vivre dans la dignité. Ces groupes comprennent notamment les personnes handicapées, les groupes de population à risque élevé d'être contaminé par le VIH/sida, les personnes âgées, les migrants et leurs familles et les jeunes. Plusieurs groupes font face à des obstacles spécifiques dans l'accès aux services sociaux ou s'aperçoivent que les services en place ne répondent pas à leurs besoins. Il sera donc très important de renforcer les droits des groupes vulnérables et d'entreprendre des actions ciblées pour faciliter leur accès aux services sociaux, afin de d'atteindre les cibles existantes se rapportant aux Objectifs ainsi que les objectifs proposés dans le programme de développement pour l'après-2015.

80. Les principaux piliers du soutien de la CESAP aux États membres sont la recherche et l'analyse, les activités normatives et l'assistance technique dans trois domaines principaux: a) tendances des politiques démographiques et sociales; b) égalité des sexes et autonomisation des femmes; et c) investissements dans la protection sociale et intégration des groupes vulnérables.

A. Recherche et analyse

81. L'analyse des tendances démographiques et sociales persistantes et émergentes est essentielle pour formuler des politiques et des programmes stratégiques en toute connaissance de cause. Ainsi, la CESAP suivra les tendances démographiques et sociales, effectuera des recherches dont les résultats seront diffusés dans ses publications périodiques et non périodiques. Ce travail inclura, entre autres, l'analyse des différents aspects des inégalités, notamment sociales et leurs causes fondamentales ainsi que leurs effets ; une analyse de la dynamique démographique telle que le vieillissement des populations et ses impacts économiques; l'analyse des conséquences de l'exclusion des jeunes; l'analyse des législations en vigueur et leurs effets sur les groupes vulnérables, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH et le sida et les migrants; et l'analyse du rôle des migrations internationales dans la région Asie-Pacifique et régions connexes. L'analyse des tendances démographiques et sociales sous-tendra également des activités normatives de la CESAP et celles relevant de l'assistance technique.

82. Par ailleurs, la CESAP continuera d'effectuer des recherches sur les cadres de protection sociale, documentant les bonnes pratiques dans ce domaine afin d'équiper les pays de recommandations et d'outils leur permettant de remédier aux inégalités. Une attention particulière sera consacrée à l'analyse des besoins spécifiques des pays ayant des besoins particuliers et à l'élaboration de recommandations adaptées.

83. S'agissant du renforcement des systèmes de responsabilisation et de suivi des progrès dans l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, la CESAP fera davantage pour développer les capacités nationales dans l'amélioration des statistiques ventilées par sexe, notamment en établissant une liste de base des indicateurs pertinents à l'échelle de la région pour mesurer les progrès accomplis. En outre, une série d'indicateurs sera mise au point pour suivre la mise en œuvre de la Déclaration ministérielle Asie-Pacifique sur la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes.

B. Activités normatives

84. Les recommandations de la CESAP issues de ses travaux de recherche constitueront la base d'activités normatives portant sur les politiques sociales et faisant appel à une approche fondée sur les droits au travers des processus intergouvernementaux. Les normes et les politiques sociales sont essentielles pour l'élaboration de plans d'action régionaux sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et pour l'intégration des groupes vulnérables: personnes handicapées, personnes âgées, personnes vivant avec le VIH et le sida et migrants.

85. Le suivi des plans d'action existants tels que le Programme d'action de Beijing, le Plan d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Plan d'action international de Madrid de 2002 sur le vieillissement et leurs plans de mise en œuvre au niveau régional, continueront d'être au centre des activités normatives de la CESAP.

86. La Commission a également contribué à l'élaboration de stratégies régionales pour la promotion de l'intégration et des droits des groupes vulnérables, comme la Stratégie d'Incheon visant à faire du droit une réalité pour les personnes handicapées en Asie et dans le Pacifique et la Feuille de route de la CESAP pour 2015: Cadre d'action régional sur le VIH et le sida pour l'après-2015.

C. Coopération technique et renforcement des capacités

87. Se fondant sur les activités de recherche, d'analyse et d'établissement de normes de la Commission, le secrétariat continuera de fournir un appui technique aux États membres dans la mise en œuvre des plans d'action régionaux élaborés au cours des processus intergouvernementaux, dans l'examen des législations en vigueur et la conception de cadres de politique sociale.

88. Entre autres activités de coopération technique, la CESAP élabore des directives sur l'intégration et les droits des groupes vulnérables, notamment pour la promotion de l'accessibilité pour les personnes handicapées et les droits des personnes âgées ainsi que pour mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des plans d'action telle que la Stratégie d'Incheon visant à faire du droit une réalité pour les personnes handicapées en Asie et dans le Pacifique. La Commission poursuivra également ses activités de renforcement des capacités afin de créer un environnement propice à une plus grande participation des femmes à la vie économique, notamment en soutenant

l'élaboration d'une stratégie sous-régionale pour l'entrepreneuriat féminin dans le contexte de l'intégration économique de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est.

89. Cette activité de coopération économique de la CESAP consiste également pour cette dernière à servir de lieu d'échange des bonnes pratiques dans la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, l'investissement dans la protection sociale et l'intégration des groupes vulnérables.

90. Les pays ayant des besoins particuliers bénéficieront d'une attention prioritaire dans les activités de coopération technique de la CESAP, certaines de ses activités étant adaptées spécifiquement aux besoins de ces pays, notamment les pays insulaires du Pacifique.

V. Conclusion

91. Etant donné les questions et recommandations évoquées dans le présent document, la Commission souhaitera peut-être discuter des points ci-après:

a) Quelles mesures de politique générale sont nécessaires pour garantir l'égalité d'accès aux services sociaux, en particulier aux services de soins de santé?

b) Quelles mesures de politique générale sont nécessaires pour garantir les droits des groupes marginalisés – personnes âgées, personnes handicapées, migrants, jeunes et autres, et leur accès aux services sociaux?

c) Quelles sont les lacunes en matière de données et de recherche concernant la protection sociale et la lutte contre les inégalités et comment les combler?
