L'état de santé sexuelle de l'aide belge au développement

Examen des dépenses fédérales de développement consacrées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs en 2018

sensoa international

SDSR & APD - BELGIQUE 2018: Examen des dépenses fédérales consacrées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et au VIH dans la coopération fédérale au développement en 2018

RÉSUMÉ & RECOMMANDATIONS

Depuis 2007, la santé et les droits sexuels et reproductifs sont à l'agenda de la coopération belge au développement. Depuis 2009, Sensoa, le centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle, analyse chaque année les dépenses de la Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD). Nous examinons ainsi dans quelle mesure cette priorité politique se traduit aussi en une implication financière effective de la Belgique. Ce résumé récapitule les principaux résultats de l'analyse la plus récente, puis des recommandations politiques concrètes.

Proportionnellement, l'aide apportée à la santé et à la santé reproductive dans les dépenses de la DGD est de moins en moins importante

La part des dépenses totales de la DGD consacrée à la santé et à la santé reproductive a reculé à 11 %[1] en 2018, soit le plus faible pourcentage en quatre ans. En 2017, cette part était de 12,4%[2], en 2016 de 12,7 % et en 2015 de 14 %. En d'autres termes, nous assistons à un recul progressif de l'aide accordée à la santé et à la santé reproductive dans les moyens totaux affectés par la DGD.

[1] Ce pourcentage est calculé sur la base des chiffres du mois d'août 2019, quand les dépenses totales de la DGD atteignaient 1 091 910 685 €. À la lecture de ce rapport en novembre, la DGD nous a indiqué que le total final de l'ODA pour la DGD s'élevait à 1 112 865 621 €, et le montant total des dépenses consacrées à la santé de 112 millions d'euros au lieu de 99 millions. Compte tenu de ces derniers chiffres, le pourcentage consacré à la santé et à la santé reproductive ne serait pas de 11, mais de 11,7 %, soit légèrement supérieur aux chiffres du mois d'août. Cela ne change toutefois rien à la tendance à la baisse observée depuis le début de la législature. Pour des raisons pratiques, nous nous en tiendrons dans ce rapport aux chiffres qui nous ont été communiqués en août et qui, à l'époque, étaient considérés comme définitifs.

[2] Sur un total de 1.155.072.251 euros.

RECOMMANDATION 1 : *Dans les dépenses de l'aide au développement, le gouvernement consacre au moins 15 % à la santé, en ce compris la santé et les droits sexuels et reproductifs.*

Les moyens consacrés à la santé sexuelle et reproductive en 2018 inférieurs d'un quart à ce qu'ils étaient au début de la législature

Les dépenses totales consacrées à la « santé reproductive » ont reculé de 30 millions d'euros en 2017 à 20 millions d'euros en 2018. En 2015 et 2016, le compteur était à 27 et 29 millions d'euros respectivement.

2017 a enregistré un sommet dans les dépenses consacrées à la « santé reproductive », grâce au rôle de chef de file joué par la Belgique dans le mouvement « She Decides », réponse à la réintroduction de la politique de Mexico (la règle du bâillon mondial) par l'administration Trump-Pence aux États-Unis. Depuis le lancement de la campagne « She Decides », l'égalité des genres, et plus particulièrement l'importance de la santé et des droits sexuels et reproductifs, ont pris une place prépondérante dans la coopération belge au développement. Entre autres choses, nous avons constaté une augmentation du soutien de base accordé au Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) et une attention plus systématique aux SDSR au sein de la coopération bilatérale avec les pays partenaires de la coopération au développement belge. En dépit du rôle prononcé de chef de file de notre pays dans la promotion des SDSR, il est toutefois remarquable de constater qu'en 2018, un an après le lancement de la campagne « She Decides », les dépenses étaient inférieures d'un quart à celles de 2017, soit un niveau encore inférieur à celles de 2016 et 2015, le début de la législature.

RECOMMANDATION 2 : *Veiller à ce que la priorité accordée à l'égalité hommes - femmes et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans le cadre politique belge et par le parlement se traduise aussi par une aide financière soutenue en faveur de projets et programmes dont l'objectif est précisément de favoriser ces droits.*

L'aide belge pour la lutte contre le VIH s'effondre

Avec les autres États membres de l'ONU, la Belgique s'est engagée, dans le cadre de l'Agenda 2030, à mettre fin à l'épidémie de VIH à l'horizon 2030. 9 des 14 pays

partenaires de la Belgique connaissent une épidémie généralisée. Certains groupes de ces pays partenaires connaissent quant à eux une épidémie concentrée.

Nous assistons à un net recul des dépenses totales de santé et de santé reproductive contribuant à la lutte contre le VIH. Au regard de l'année de dépense 2016, nous constatons une diminution de moitié des dépenses 2018 susceptibles de bénéficier à la lutte contre le VIH, de 130 millions d'euros à 62 millions d'euros. La tendance à la baisse a commencé en 2017. Nous constatons que les dépenses consacrées aux projets et programmes contribuant à la lutte contre le VIH dans la coopération bilatérale sont nettement moins élevées, ainsi qu'une érosion de l'attention accordée au VIH dans le soutien aux organisations multilatérales. Ainsi, en 2016 19 millions d'euros étaient encore consacrés au soutien de base au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), contre 15 millions d'euros seulement par an à partir de 2017. Depuis 2017, la contribution annuelle à ONUSIDA n'est plus que de 3 millions d'euros contre 4 millions d'euros dans les années précédentes.

La réalisation de la santé et des droits sexuels et reproductifs exige une approche intégrée, y compris la prévention et la lutte contre le VIH. Investir dans l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive sans se préoccuper de la prévention et de la lutte contre le VIH entrave la promotion de la santé sexuelle et reproductive de la population, en particulier dans les pays partenaires de la Belgique en Afrique subsaharienne où une épidémie généralisée du VIH fait rage et/ou où le VIH frappe tout particulièrement les groupes vulnérables. Les jeunes femmes entre 15 et 24 ans ont par exemple deux fois plus de risques de vivre avec le VIH que les hommes. Pour mener une lutte efficace contre le VIH, nous devons donc faire des efforts tout particuliers pour l'aborder le mieux possible au sein de projets et de programmes visant à favoriser la santé et les droits sexuels et reproductifs. Une attention multisectorielle s'impose également, tant pour le VIH que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs. Nous pensons par exemple à une attention dans des secteurs tels que l'enseignement, l'aide humanitaire, mais aussi des projets d'infrastructure par exemple, qui génèrent le déplacement de populations d'ouvriers. Par la signature de l'Agenda 2030 pour le développement durable, la Belgique s'est engagée à contribuer à l'éradication de l'épidémie de VIH à l'horizon 2030 et à réaliser l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et reproductifs d'ici cette année-là. Sur le plan national, nous faisons partie des chefs de file en matière de prévention et de traitement du VIH,

ainsi que des droits sexuels et reproductifs. Pourquoi ne capitalisons-nous pas cette position sur le plan de notre coopération internationale ?

RECOMMANDATION 3 : *Augmenter les dépenses consacrées à la prévention et à la lutte contre le VIH et assurer une approche intégrée et multisectorielle pour réaliser l'engagement de l'Agenda 2030.*

Réduction des dépenses au profit de la santé reproductive et de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants

Les dépenses consacrées à la santé et à la santé reproductive qui contribuent à la santé reproductive et à la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (mesuré par l'indicateur SGMNI) ont connu un point d'orgue en 2017, avec 124 millions d'euros sur un total de 144 millions d'euros, soit 86 %. En 2018, elles se sont effondrées à 98 millions d'euros sur un total de 120 millions d'euros, ou 81 %.

L'attention accordée à la SGMNI dans les autres secteurs, hors santé, a également diminué, de 172 millions d'euros[3] en 2017 à 141 millions d'euros[4] en 2018, soit de 16 % à 14 %.

La plupart des projets et programmes, tant dans les secteurs de la santé qu'en dehors de ceux-ci, obtiennent un score de 1 ou 2. Cela signifie qu'ils contribuent pour 25 ou 50 % à la SGMNI. Seul un nombre limité de projets et de programmes obtiennent un score de 3 ou 4 et contribuent pour 75 à 100 % à la SGMNI.

Nous accueillons avec plaisir la cartographie des contributions à la SGMNI. Dans le même temps, nous constatons qu'il est toujours difficile de déterminer l'aide effectivement accordée par la Belgique à l'accès au planning familial, à la prévention des IST et du VIH, à la formation sexuelle et relationnelle, et aux autres dimensions essentielles de la santé et des droits sexuels et reproductifs, puisque le marqueur de la SGMNI n'est pas un marqueur holistique de mesure de la santé et des droits sexuels et reproductifs.

[3] Sur un total de 1.019.959.737 euros.

[4] Sur un total de 982.945.624 euros.

RECOMMANDATION 4 : *Cartographier plus efficacement les dépenses spécifiquement consacrées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs SDSR et plus particulièrement au planning familial, ainsi que les groupes cibles atteints. Mettre à l'agenda de l'OCDE-CAD les limitations du marqueur SGMNI, pour que les efforts internationaux au profit de la santé et des droits sexuels et reproductifs puissent être suivis et contrôlés plus efficacement.*

Recul de l'attention accordée à la santé reproductive et à la sante des mères, des nouveau-nés et des enfants dans l'aide humanitaire et incertitude quant à l'attention accordée à la prévention

En 2018, les dépenses consacrées à l'aide humanitaire s'élevaient à 174 millions d'euros, contre 185 millions en 2017. Sur ces 174 millions d'euros, 94 millions devraient contribuer à la santé reproductive, la santé des mères, des enfants et des nouveau-nés (SGMNI). Il s'agit de 54 % de l'ensemble de l'aide humanitaire. Cette part est inférieure à celle de 2017, lorsque 69 % de toute l'aide humanitaire contribuait à la SGMNI. La plupart des projets et programmes d'aide humanitaire ont obtenu un score de 1 pour la SGMNI. Ils peuvent donc avoir une incidence positive sur la SGMNI, sans que ce soit l'objectif principal de leur intervention.

Les limitations du marqueur SGMNI se font également sentir dans ce domaine : nous ignorons dans quelle mesure les interventions humanitaires soutenues par la Belgique sont attentives à la prévention des grossesses non planifiées, aux maladies sexuellement transmissibles ou au harcèlement sexuel.

RECOMMANDATION 5 : *Lors des situations de crise humanitaire, être attentif à l'information et la sensibilisation à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, de sorte que les personnes en situation de crise humanitaire soient mieux à même de se protéger pour éviter les grossesses non planifiées, les maladies sexuellement transmissibles ou le harcèlement sexuel. Encourager les organisations humanitaires multilatérales et les ONG soutenues par la Belgique à intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs dans l'aide qu'elles apportent. À cette fin, leur demander de cartographier systématiquement les besoins en matière de SDSR lors de la réalisation d'analyses de contexte et des appels à l'aide. Demander à ces*

organisations de communiquer sur l'attention accordée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans leurs interventions. Pour ce faire, investir également dans la capacité nécessaire, tant au niveau de la DGD que du secteur de l'aide humanitaire.

Aperçu des recommandations:

- RECOMMANDATION 1 : Dans les dépenses de l'aide au développement, le gouvernement consacre au moins 15 % à la santé, en ce compris la santé et les droits sexuels et reproductifs
- RECOMMANDATION 2 : Veiller à ce que la priorité accordée à l'égalité hommes - femmes et à la santé et les droits sexuels et reproductifs dans le cadre politique belge et par le parlement se traduise aussi par une aide financière soutenue en faveur de projets et programmes dont l'objectif est précisément de favoriser ces droits.
- RECOMMANDATION 3 : Augmenter les dépenses consacrées à la prévention et à la lutte contre le VIH et assurer une approche intégrée et multisectorielle pour réaliser l'engagement de l'Agenda 2030.
- RECOMMANDATION 4 : Cartographier plus efficacement les dépenses spécifiquement consacrées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs SDSR et plus particulièrement au planning familial, ainsi que les groupes cibles atteints. Mettre à l'agenda de l'OCDE-CAD les limitations du marqueur SGMNI, pour que les efforts internationaux au profit des SDSR puissent être suivis et contrôlés plus efficacement.
- RECOMMANDATION 5 : Lors des situations de crise humanitaire, être attentif à l'information et la sensibilisation à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, de sorte que les personnes en situation de crise humanitaire soient mieux à même de se protéger pour éviter les grossesses non planifiées, les maladies sexuellement transmissibles ou le harcèlement sexuel. Encourager les organisations humanitaires multilatérales et les ONG soutenues par la Belgique à intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs dans l'aide qu'elles apportent. À cette fin, leur demander de cartographier systématiquement les besoins en matière de SDSR lors de la réalisation d'analyses de contexte et des appels à l'aide. Demander à ces organisations de communiquer sur l'attention accordée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans leurs

interventions. Pour ce faire, investir également dans la capacité nécessaire, tant au niveau de la DGD que du secteur de l’aide humanitaire.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ & RECOMMANDATIONS 1

TABLE DES MATIÈRES 8

ACRONYMES 9

I INTRODUCTION 10

II LE CADRE POLITIQUE 12

III METHODOLOGIE 14

IV ANALYSE 17

1 Évolution générale des dépenses 17

2 La lutte contre le VIH 19

3 L'attention portée à la SGMNI 21

4 L'attention accordeé au SDSR dans l'aide humanitaire 23

V LES LIMITES DE L'ANALYSE 17

Dépenses invisibles en faveur de la santé reproductive 25

En dehors des limites du secteur de la santé 26

Distorsion exercée sur le flux d'informations 27

VI CONCLUSION 27

ANNEXES 29

1) Codes APD 120 et 130 30

2) Tableaux détaillés 32

ACRONYMES

APD – Aide publique au développement (Official Development Assistance - ODA)

CAD – Comité d'aide au développement (Development Assistance Committee - DAC)

DGD – Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire

OCDE – Organisation de coopération et de développement économiques

OMS – Organisation mondiale de la santé

MST – Maladie sexuellement transmissible

SDSR – Santé et droit sexuels et reproductifs

SGMNI – Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile

VIH – Virus de l'immunodéficience humaine

I

INTRODUCTION

Sensoa est un expert en matière de santé sexuelle et de VIH, qui demeure attentif au contexte global dans le domaine. En effet, les problèmes liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR) sont très importants au niveau mondial et ils ne nous laissent pas indifférents.

Le Sud global compte 1,6 milliard de femmes en âge de se reproduire. Près de la moitié d'entre elles souhaitent éviter une grossesse et parmi ces femmes, les trois quarts ont recours à des formes modernes de contraceptifs. Pourtant, 214 millions de femmes dans les pays à faibles revenus qui souhaitent reporter une grossesse n'utilisent aucune forme de contraception et 59 millions ont recours à des méthodes traditionnelles. Ces femmes ont un besoin de contraceptif non rencontré. Leur nombre est le plus élevé en Afrique subsaharienne (21 %) et ce problème concerne la plus grande partie des femmes en Asie du Sud (70 millions).[5]

Seule une femme sur trois qui rencontrent des complications médicales pendant la grossesse et l'accouchement bénéficie des soins dont elle et son nouveau-né ont besoin. En 2018, l'on estime que 295 000 femmes sont mortes des suites de complications liées à leur grossesse ou à leur accouchement[6]. 2,5 millions de nouveau-nés sont morts dans les premiers mois suivant leur naissance[7]. La plupart de ces décès auraient pu être évités grâce à un accès à des services vitaux tels que le planning familial pour éviter les grossesses non planifiées et des soins adéquats pour la mère et l'enfant.

Ce besoin énorme fait face à un obstacle financier insurmontable. Chaque année, il manque 6 milliards de dollars pour répondre aux besoins de contraception des jeunes

[5] https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017

[6] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

[7] https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/

filles et des femmes[8]. En adoptant l'Agenda 2030 pour le développement durable, la communauté internationale s'est engagée à réaliser l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive d'ici 2030.

La Belgique est principalement active dans des pays à faible revenu, plus particulièrement en Afrique subsaharienne, où la population est très jeune et où les besoins en matière de la santé et des droits sexuels et reproductifs sont importants. Ces pays sont toujours confrontés à des épidémies de VIH généralisées et/ou concentrées. En Afrique subsaharienne, quatre nouvelles infections sur cinq par le VIH concernent des jeunes filles de 15 à 19 ans. Les jeunes femmes de 15 à 24 ans courent deux fois plus de risques de vivre avec le VIH que les hommes. De plus, les groupes vulnérables tels que les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, les consommateurs de drogue en intraveineuse, les travailleurs du sexe et transgenres dans le monde ont respectivement 22 fois, 21 fois et 12 fois plus de risques d'être infectés par le VIH que la population moyenne[9].

Dans les situations d'urgence sanitaire aussi, les (jeunes) femmes tombent enceintes et/ou doivent accoucher. Les risques pour leur santé et celle de leur enfant sont encore accrus. Dans les situations d'urgence sanitaire, les femmes et les hommes courent aussi un risque beaucoup plus important d'être victimes de diverses formes de violences, notamment la violence sexuelle[10].

Depuis 2019, Sensoa analyse les dépenses de la Direction générale de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire (DGD). Cette analyse se base sur les chiffres communiqués par la DGD à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Elle doit vérifier si les priorités politiques en matière de la santé et des droits sexuels et reproductifs se traduisent en dépenses de la coopération fédérale au développement (« Official Development Assistance » ou ODA, Aide publique au développement ou APD en français).

---

[8] https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017

[9] https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet

[10] http://iawg.net/resource/adolescent-sexual-reproductive-health-needs-emergencies/

Nous commencerons par dresser le cadre politique en matière de la santé et des droits sexuels et reproductifs au sein de la coopération au développement, avant d'évoquer la méthodologie et enfin, de faire une analyse détaillée des dépenses de cette année et de la tendance au fil des ans. Vous trouverez le résumé de l'analyse ainsi que des recommandations en matière de politique au début de ce rapport.

II

LE CADRE POLITIQUE

Le cadre politique fédéral pour la santé et les droits sexuels et reproductifs au sein de la coopération au développement fédérale en 2016 est défini par plusieurs documents stratégiques d'orientation.

C'est ainsi qu'en 2006, on a publié la note politique intitulée *"La contribution belge à la lutte internationale contre le VIH/SIDA"*, suivie un an plus tard par la note politique intitulée *"La Coopération belge au développement dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs"*. C'était la première fois que les SDSR étaient autant mis en avant dans un document stratégique en matière de coopération au développement. Les SDSR se verront aussi accorder l'attention nécessaire dans la note politique de 2008 intitulée *"Le droit à la santé et aux soins de santé"* ainsi que dans la note stratégique intitulée *"La stratégie belge pour l'aide humanitaire"*, qui date de 2014. En 2016, on a adopté la note stratégique intitulée "Le genre dans la Coopération belge au développement*" ainsi que le "Plan d'action relatif à l'intégration de la dimension de genre",* dont l'une des quatre priorités est axée sur les SDSR. En 2018, une nouvelle note de consensus de la DGD relative à la santé a été adopté. À l'instar des autres, cette note accorde une attention particulière aux SDSR, et en particulier aux besoins des jeunes, des femmes et autres groupes vulnérables.

Les SDSR font partie intégrante de la note stratégique sur le genre de 2016

Dans la loi du 19 mars 2013 relative à la coopération au développement, le lien entre le développement durable et les SDSR est en outre reconnu. Cette loi met par ailleurs la santé reproductive et “l’approche transversale du VIH” en avant comme étant des secteurs prioritaires de la coopération bilatérale. Au cours de la dernière législature 2014-2019, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation étaient une priorité pour le Ministre de la coopération au développement.

L’engagement belge a été souligné en 2017 par l’organisation de la Conférence internationale ‘She Decides’, en réponse à la réintroduction de la Politique de Mexico ou de la ‘Règle du Bâillon mondial’ par les États-Unis d’Amérique et par l’aide financière belge allouée aux organisations affectées par la Règle du Bâillon mondial. Dans le rapport que la Belgique a présenté en juillet 2017 à l’ONU sur son avancement dans la mise en œuvre de l’Agenda 2030 pour le Développement durable, le gouvernement a également insisté sur l’importance des SDSR. En préambule à ce Sommet des NU, la Commission des Relations extérieures de la Chambre a approuvé à l’unanimité une résolution sur la mise en œuvre, le contrôle et le suivi des objectifs de développement durable de l’Agenda 2030 liés aux SDSR, preuve du soutien dont bénéficient les SDSR au Parlement fédéral. Un groupe parlementaire informel "les Parlementaires pour l’Agenda 2030" est également actif au Parlement, qui supervise la mise en œuvre de la politique belge en matière de SDSR.

L’amélioration de la politique concernant les SDSR est un processus continu et exige une collaboration entre les autorités publiques et la société civile. Cela se fait entre autres au sein du groupe de travail des SDSR de Be-Cause health, une plateforme informelle et pluraliste, ouverte à des membres institutionnels ou individuels, actifs et intéressés par les problématiques de santé internationale et de soins de santé dans le cadre de la coopération belge au développement, et dont Sensoa est un membre actif.

III

METHODOLOGIE

La Coopération au développement fédérale soumet chaque année un rapport au Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), présentant les projets de développement pertinents qu'elle soutient. Nous avons basé notre analyse sur les dépenses de 2018 qui ont été rapportées par la DGD à l'OCDE. L'analyse a été réalisée sur la base des chiffres fournis par la DGD à Sensoa en août 2019. Fin 2019, les dépenses totales pour 2018 peuvent encore différer légèrement des chiffres fournis en août, mais les chiffres du mois d'août permettent d'identifier clairement les tendances.

Les dépenses fédérales en faveur des SDSR, y compris le VIH et le sida, qui satisfont aux critères de l'APD (Aide publique au développement) font donc l'objet de notre analyse.[11]

Sur la base d'une analyse quantitative des dépenses nous répertorions les dépenses fédérales consacrées aux SDSR pour l'année 2018 et nous comparons ces dépenses aux dépenses pour 2015, 2016 et 2018. Cette analyse nous permet de mettre en évidence d'éventuels problèmes et de demander des comptes pour les choix qui ont été faits dans la politique en matière des SDSR.

Les dépenses aussi bien pour la coopération bilatérale que pour la coopération multilatérale sont ici analysées. Par dépenses attribuées dans le cadre de la coopération au développement bilatérale, la DGD entend : les dépenses pour la coopération gouvernementale, pour la coopération non-gouvernementale ainsi que les

[11] Une intervention/action peut être comptabilisée comme 'Official Development Assistance' (Aide Publique au Développement) si chacune des quatre conditions suivantes est remplie: 1. l'action est 'Official': les paiements se font à partir des fonds publics belges (SPF Affaires Étrangères, DGCD, SPF Finances, etc.); 2. cela concerne le 'Development': a comme principal objectif le développement économique et social; 3. c'est une 'Assistance': il s'agit d'une aide (pas une transaction commerciale aux conditions du marché); 4. l'aide va à des contributions structurelles allouées à des institutions internationales qui sont reprises dans la liste du CAD (par ex. l'OMS, ONUSIDA, UNFPA, etc.) ou à un *pays* (ou groupe de pays) qui figure sur la liste du CAD. Source: http://diplomatie.belgium.be/fr/politique/cooperation_au_developpement/chiffres/DGDprojectdb/

contributions “réservées” aux pays partenaires pour les organisations multilatérales ou encore l’aide apportée à des programmes par pays de ces organisations. Par dépenses attribuées dans le cadre de la coopération multilatérale, la DGD entend ce qu’on appelle les contributions obligatoires et volontaires de base (contributions core) octroyées aux organisations multilatérales.

LES MARQUEURS

Dans le récapitulatif des dépenses rapportées en fonction des différents secteurs principaux et détaillés, la DGD utilise différents marqueurs qui rendent les dépenses plus transparentes. Pour notre rapport, les marqueurs SGMNI, VIH et genre sont des outils pratiques pour des analyses spécifiques.

L’utilisation de marqueurs améliore la transparence de l’APD

Le **marqueur SGMNI** est un indicateur qui identifie les contributions à la santé reproductive et à la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SGMNI - santé génésique, maternelle, néonatale et infantile). Le marqueur a été conçu par le CAD de l’OCDE et propose 4 valeurs possibles : la valeur “4” signifie qu’un projet a la SGMNI pour objectif primaire explicite ; la valeur “3” signifie que la plupart des ressources allouées à un projet, mais pas toutes, sont affectées à la SGMNI ; la valeur “2” signifie que la moitié de toutes les ressources allouées au projet sont affectées à la SGMNI et la valeur “1” signifie qu’au moins un quart des ressources allouées au projet sont affectées à la SGMNI ; “0” signifie enfin qu’aucune ressource n’est affectée à la SGMNI[12]. Évaluer dans quelle mesure un projet ou un programme contribue à la SGMNI s’avère en pratique difficile pour la DGD, ce qui explique que nous retrouvons généralement la valeur “1” dans les valeurs attribuées.

Le marqueur SGMNI ne fournit que des informations partielles concernant la santé sexuelle et la santé et les droits reproductifs (SDSR). Dans ce sens, nous ne pouvons

[12] http://www.oecd.org/dac/gender-development/dac-gender-equality-marker.htm

pas considérer le marqueur SGMNI comme un “marqueur SDSR” ou marqueur pour la santé et les droits sexuels et reproductifs dans leur intégralité.

Le **marqueur VIH** n’est pas un marqueur officiel du CAD de l’OCDE, mais il a été introduit par la DGD et est basé sur les mêmes principes que le marqueur genre. La valeur “2” est attribuée aux projets dans lesquels la lutte contre le VIH est un élément essentiel et qui ne seraient pas réalisés sans cet objectif. La valeur “1” est attribuée aux projets dans lesquels la lutte contre le VIH occupe une place significative, mais ne constitue qu’un élément secondaire. La valeur “0” est attribuée aux projets dans lesquels la lutte contre le VIH est totalement absente.

Ce marqueur nous informe davantage sur l’attention qui est portée au VIH dans tous les projets fédéraux pertinents pour le développement enregistrés dans la base de données APD, tant dans le secteur de la santé qu’en dehors de celui-ci.

Dans l’analyse des dépenses auxquelles une valeur SGMNI et/ou VIH avait été attribuée, les projets et programmes avec un solde négatif ne sont pas pris en compte. Cela concerne en effet souvent des décomptes de projets et/ou programmes terminés qui ne sont dès lors pas pertinents. Cela implique un nombre limité de projets et de dépenses.

Dans le rapport, on fait souvent référence aux secteurs “Santé” et “Santé reproductive”. Cela est dû au fait que l’OCDE/CAD fait une distinction entre les secteurs principaux “Santé” (Code 120) et “Santé reproductive” (Code 130). Le secteur principal “Santé reproductive” englobe un ensemble d'activités liées entre autres à la prévention, au traitement et aux soins du VIH, à la planification familiale, aux soins de santé reproductive, aux études démographiques et à la maternité sans risque. Dans l’analyse des dépenses, les secteurs “Santé” et “Santé reproductive” sont souvent agrégés, étant donné qu’une analyse entièrement séparée des secteurs donnerait une image faussée de l’aide belge allouée à la santé reproductive. En effet, le marqueur SGMNI montre qu'une partie importante des dépenses dans le secteur “Santé” profite aussi à la santé reproductive.

IV ANALYSE

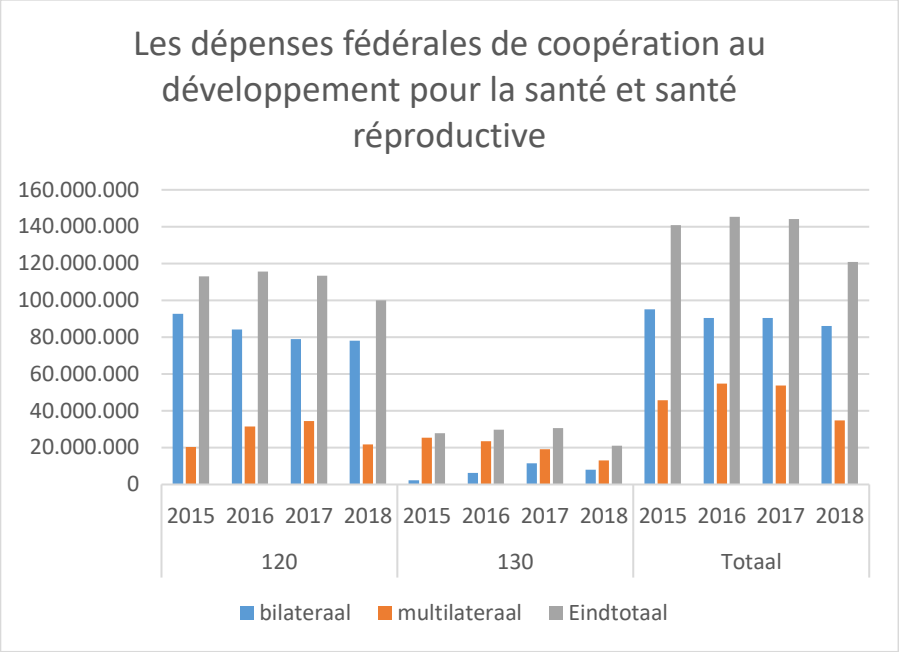
1 Évolution générale des dépenses

En 2018, les dépenses consacrées aux secteurs « Santé » (code 120 de l'OCDE/CAD) et « Santé reproductive » (code 130 de l'OCDE/CAD) ont diminué à 120 millions d'euros, contre 144 millions d'euros en 2017. Sur le total des dépenses de la DGD en 2018, 11 % ont été consacrés à la « santé » + « santé reproductive » (sur un total de 1.091.910.685 euros). Ce pourcentage était de 12,4 % en 2017 sur un total de 1.155.072.251 euros). Nous constatons une tendance à la baisse de la part des moyens de la DGD consacrée à la santé et à la santé reproductive durant la dernière législature : de 14 % en 2015 à 12,7 % en 2016, 12,4 % en 2017 et finalement 11 % l'année dernière[13].

La diminution observée en 2018 concerne à la fois les moyens bilatéraux et les moyens multilatéraux consacrés à la santé et à la santé reproductive. Le graphique 1 montre l'évolution des dépenses pour ces deux secteurs, répartis entre collaboration bilatérale et multilatérale.

Graphique 1 : Dépenses de la coopération fédérale au développement pour la santé (120) et la santé réproductive (130), et leur total, en euros, par an, par filière.

[13] Nous avons déjà expliqué, dans les notes de bas de page du résumé et des recommandations du rapport, que l'analyse a été effectuée sur la base des chiffres communiqués en août 2019 par la DGD pour les dépenses de 2018. Ces chiffres ont été légèrement adaptés dans les mois qui ont suivi, ce qui porterait le pourcentage de l'aide consacrée à la santé et à la santé reproductive à 11,7 %.



Aide à la santé

Les dépenses totales consacrées à la « santé » ont reculé de 113 millions d'euros à 99 millions d'euros. Les dépenses bilatérales consacrées à la « santé » sont quant à elles pratiquement restées stables par rapport à 2017, soit 78 millions d'euros, mais les dépenses multilatérales ont enregistré un recul de 34 à 21 millions d'euros. La différence entre les dépenses 2017 et 2018 réside notamment dans la réduction de l'aide à l'Organisation mondiale de la Santé, dont le soutien de base (*core-support*) et les contributions obligatoires sont passés de 9,8 millions d'euros en 2017 à 7,6 millions d'euros en 2018.

Aide à la santé reproductive

Les dépenses totales consacrées à la « santé reproductive » ont reculé de 30 millions d'euros en 2017 à 20 millions d'euros en 2018. Dans ces dépenses totales, les dépenses bilatérales se sont affaissées, passant de 11 millions d'euros à un peu moins de 8 millions d'euros et les dépenses multilatérales de 19 millions d'euros à 13 millions d'euros.

2017 a enregistré un sommet dans les dépenses consacrées à la « santé reproductive », grâce au rôle de chef de file joué par la Belgique dans le mouvement « She Decides », réponse à la réintroduction de la politique de Mexico (la règle du

bâillon mondial) par l'administration Trump-Pence aux États-Unis. Depuis le lancement de la campagne « She Decides », l'égalité des genres, et plus particulièrement l'importance de la santé et des droits sexuels et reproductifs, ont pris une place prépondérante dans la coopération belge au développement, avec notamment une augmentation du soutien de base au Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) et une attention plus systématique aux SDSR au sein de la coopération bilatérale avec les pays partenaires de la coopération au développement belge. En dépit du rôle prononcé de chef de file que notre pays souhaite jouer dans la promotion des SDSR, il est toutefois remarquable de constater qu'en 2018, un an après le lancement de la campagne « She Decides », les dépenses étaient inférieures d'un quart à celles de 2017, soit un niveau encore inférieur à celles de 2016 et 2015, l'époque antérieure à « She Decides ».

2 La lutte contre le VIH

Le **marqueur VIH**, mis au point et appliqué par la DGD, nous donne de plus amples informations sur l'attention consacrée au VIH par l'ensemble des projets pertinents pour le développement, tant dans le secteur de la santé qu'en dehors de celui-ci, y compris la santé reproductive. Il peut dès lors être utilisé comme indicateur de l'approche multisectorielle du VIH dans les dépenses de la coopération au développement.

Nous assistons à un net recul des dépenses totales de santé et de santé reproductive contribuant à la lutte contre le VIH dans le monde. Au regard de l'année de dépense 2016, nous constatons une diminution de moitié des dépenses 2018 axées sur la lutte contre le VIH, de 130 millions d'euros à 62 millions d'euros (sur un total de 120 millions d'euros).

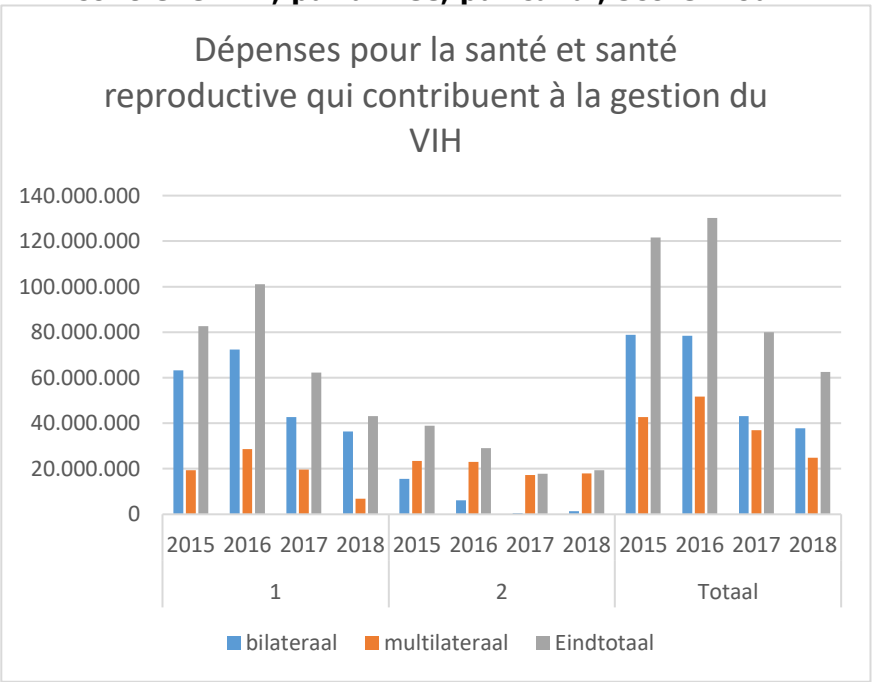
Cette tendance à la baisse a commencé en 2017 (80 millions d'euros sur un total de 144 millions d'euros). Nous constatons que le nombre de projets et programmes contribuant à la lutte contre le VIH dans la coopération bilatérale est beaucoup moins important, ainsi qu'une érosion de l'attention accordée au VIH dans le soutien aux organisations multilatérales. Ainsi, en 2016 19 millions d'euros étaient encore consacrés au soutien de base au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), contre 15 millions d'euros seulement par an à partir de 2017.

Depuis 2017, la contribution annuelle à ONUSIDA n'est plus que de 3 millions d'euros contre 4 millions d'euros pour l'aide pluriannuelle des années précédentes.

En théorie, la Belgique soutient une approche intégrée en matière de la santé et des droits sexuels et reproductifs, y compris la prévention et la lutte contre le VIH, mais nous pouvons nous interroger sur la mise en pratique de ce soutien.

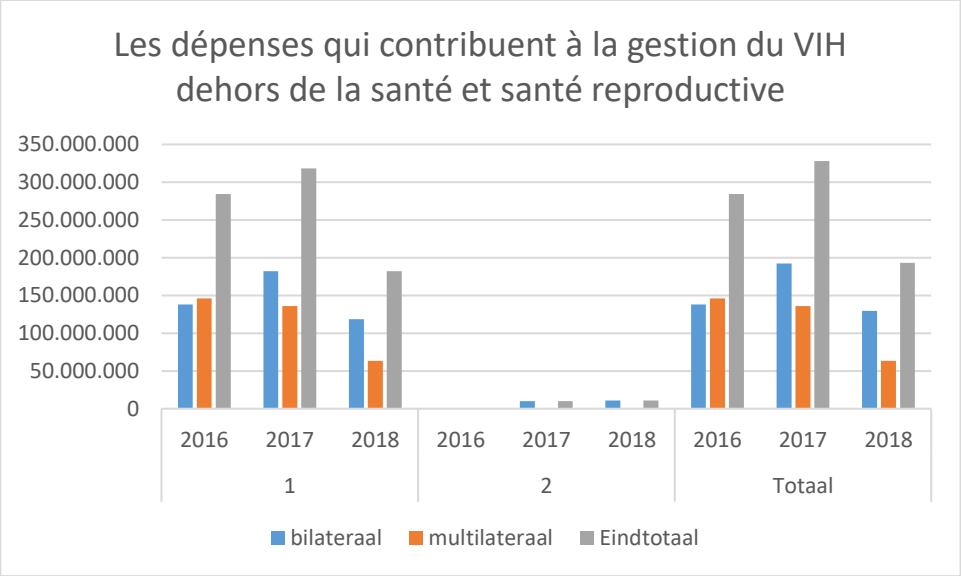
Investir dans l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive sans se préoccuper de la prévention et de la lutte contre le VIH entrave la promotion de la santé sexuelle et reproductive de la population, plus particulièrement dans les pays partenaires de la Belgique en Afrique subsaharienne où une épidémie généralisée du VIH fait rage et/ou où le VIH frappe tout particulièrement les groupes vulnérables. Les jeunes femmes par exemple ont deux fois plus de risques de contracter le VIH que les hommes du même âge. Pour mener une lutte efficace contre le VIH, nous devons donc faire des efforts tout particuliers pour l'aborder le mieux possible au sein de projets et de programmes visant à favoriser la santé et les droits sexuels et reproductifs. Par la signature de l'Agenda 2030 pour le développement durable, la Belgique s'est engagée à contribuer à l'éradication de l'épidémie de VIH à l'horizon 2030. Sur le plan national, nous faisons partie des chefs de file en matière de prévention et de traitement. Pourquoi n'en faisons-nous pas de même sur le plan de notre coopération internationale ?

Graphique 2 : Dépenses dans les secteurs de la santé qui contribuent à la lutte contre le VIH, par année, par canal, score 1 ou 2



Nous pouvons évaluer l'accent mis par la Coopération belge au développement sur une approche multisectorielle du VIH (attention au VIH dans tous les secteurs du développement pertinents) par l'analyse du marqueur VIH dans les dépenses **en dehors des secteurs de la santé**. En 2018 aussi, nous constatons un recul de l'attention accordée au VIH. En 2017, 328 millions d'euros de dépenses consacrées à des projets et programmes auraient contribué positivement à la lutte contre le VIH, tandis qu'en 2018, ce montant n'est plus que de 193 millions d'euros. L'attention multisectorielle accordée à la lutte contre le VIH diminue donc sans cesse, à l'instar de l'enseignement, du lieu de travail, etc.

Graphique 3 : Dépenses hors des secteurs de la santé contribuant à la gestion du VIH, par année, par canal, score 1 ou 2



3 Attention portée à la santé reproductive, à la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SGMNI)

SGMNI signifie "Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile" ou la santé reproductive et la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Les dépenses qui y contribuent reçoivent un marqueur pondéré[14]. Les dépenses consacrées à la santé

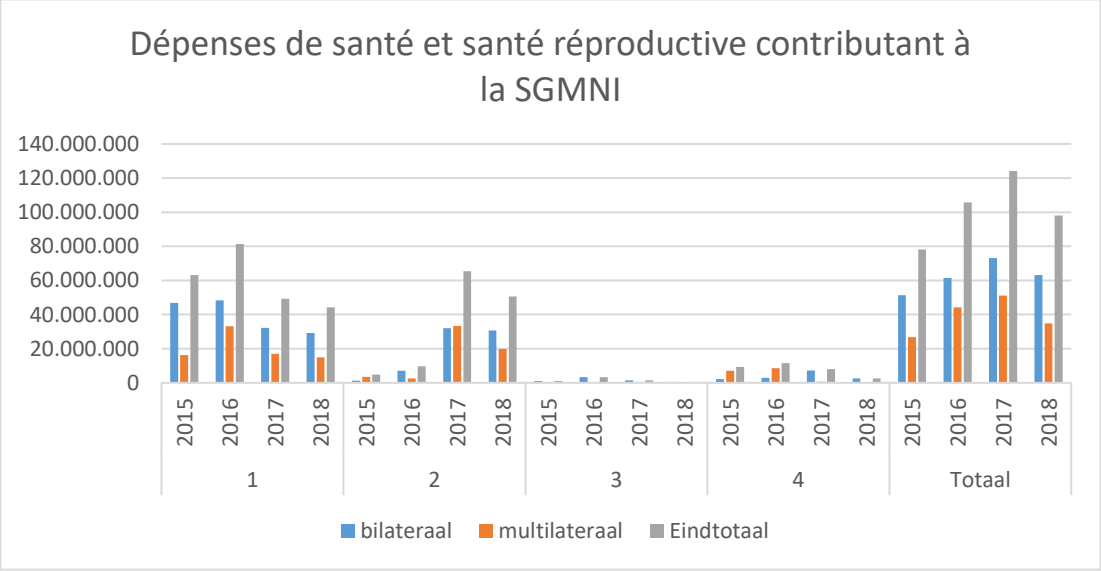
[14] Vous trouverez des informations plus détaillées sur le marqueur dans le chapitre « méthodologie ».

et à la santé reproductive qui contribuent à la SGMNI ont connu un point d'orgue en 2017, avec 124 millions d'euros sur un total de 144 millions d'euros, soit 86 %. En 2018, elles se sont effondrées à 98 millions d'euros sur un total de 120 millions d'euros, ou 81 %.

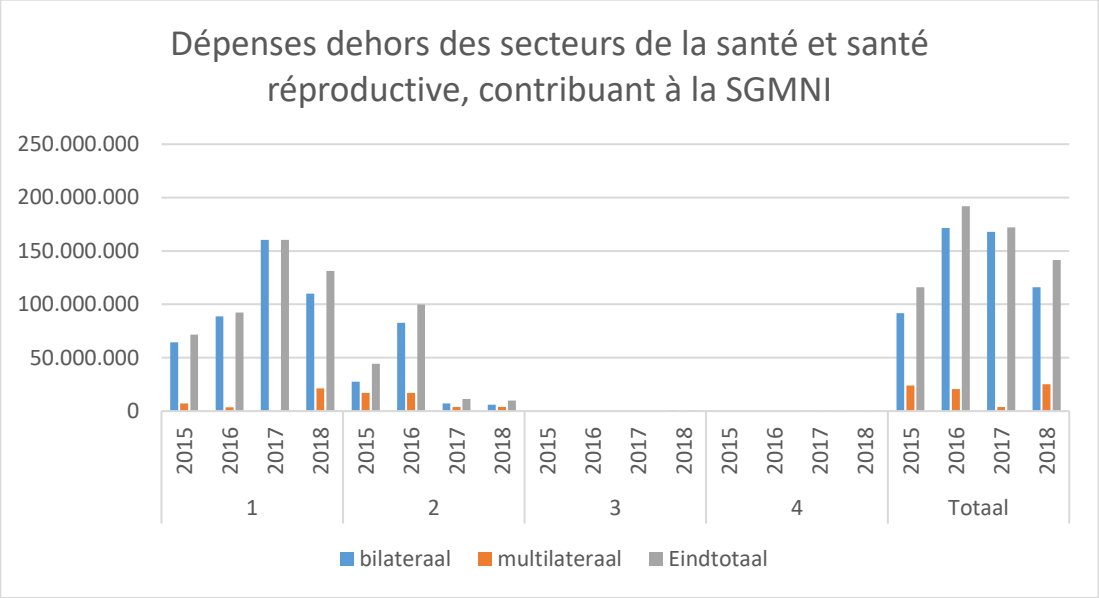
L'attention accordée à la SGMNI dans les autres secteurs, hors santé (graphique 5), a également diminué, de 172 millions d'euros (sur un total de 1.019.959.737 euros) en 2017 à 141 millions d'euros (sur un total de 982.945.624 euros) en 2018, soit de 16 % à 14 %.

Enfin, nous constatons que les graphiques 4 et 5 montrent que la plupart des projets et programmes, tant dans les secteurs de la santé qu'en dehors de ceux-ci, obtiennent un score de 1 ou 2. Cela signifie qu'ils contribuent pour 25 ou 50 % à la SGMNI. Seul un nombre limité de projets et de programmes obtiennent un score de 3 ou 4 et contribuent pour 75 à 100 % à la SGMNI.

Graphique 4 : Dépenses de santé, y compris la santé reproductive, contribuant à la SGMNI, par an, en euros



Graphique 5 : Part des projets et des dépenses respectives par an par score SGMNI sur l'autre APD, en dehors du secteur de la santé et de la santé reproductive.



4 Attention accordée aux SDSR dans l'aide humanitaire

Les marqueurs SGMNI et VIH nous donnent une indication de l'attention accordée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, y compris le VIH, dans l'aide belge durant des crises humanitaires[15].

En 2018, les dépenses consacrées à l'aide humanitaire s'élevaient à 174 millions d'euros, contre 185 millions en 2017. Sur ces 174 millions d'euros, 94 millions devraient contribuer à la santé reproductive, la santé des mères, des enfants et des nouveau-nés (SGMNI) ou 54 % de l'ensemble de l'aide humanitaire. Cette part est inférieure à celle de 2017, lorsque 69 % de toute l'aide humanitaire contribuait à la SGMNI.

L'aide humanitaire peut également favoriser la lutte contre le VIH. Nous constatons toutefois également que l'aide humanitaire de la Belgique contribue

[15] Voir le chapitre « méthodologie » pour une explication sur les limites des marqueurs.

proportionnellement moins à la lutte contre le VIH qu'autrefois, à savoir 51 % en 2018 contre 74 % en 2017.

La plupart des projets et programmes d'aide humanitaire ont obtenu un score de 1 pour la SGMNI et le VIH. Ils peuvent donc avoir une incidence positive sur la SGMNI et le VIH, sans que ce soit l'objectif principal de leur intervention.

V

LES LIMITES DE L'ANALYSE

DÉPENSES INVISIBLES EN FAVEUR DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE

Les dépenses en faveur de la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) ne sont pas toutes visibles dans le rapport de la DGD à l'OCDE. Certaines dépenses affectées à la santé peuvent indirectement profiter à la santé reproductive. Quelques exemples à titre d'illustration :

- Des investissements dans un système d'achat et de distribution des médicaments peuvent être profitables à la disponibilité de contraceptifs ;
- Des investissements dans la formation du personnel de la santé peuvent aussi viser la formation du personnel en ce qui concerne la santé reproductive, comme les sages-femmes ;
- Des investissements dans l'infrastructure des soins de santé, comme la construction d'hôpitaux, peuvent aussi concerner des investissements en gynécologie, en obstétrique, dans des centres de dépistage du HIV et des IST ;

Plusieurs organisations multilatérales (l'UNFPA, UNICEF, l'OMS, ONUFEMMES, la Banque mondiale, …) consacrent de l'attention aux SDSR (ou aux différents aspects de ceux-ci) sans que cela se reflète toujours dans la base de données APD. C'est en particulier le cas pour ce qu'on appelle le *'core funding'* (ou contributions générales) octroyé aux organisations multilatérales.

EN DEHORS DES LIMITES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Grâce à l'utilisation de marqueurs, on peut répertorier les dépenses consacrées à la santé sexuelle et reproductive en dehors du secteur de la santé. Ce n'est pas possible de le faire pour toutes les dépenses étant donné que les marqueurs n'identifient pas

toutes les interventions en faveur de la santé sexuelle et reproductive et ne permettent pas assez de différentiation. Quelques exemples à titre d'illustration :

- La promotion de la santé sexuelle et reproductive peut faire partie de programmes d'éducation ;
- Le soutien d'organisations de femmes ou d'organisations des droits de l'Homme qui font un plaidoyer autour de la santé et des droits sexuels et reproductifs ;
- Les programmes de sensibilisation et d'éducation qui visent la prévention des mutilations génitales féminines

L'obtention de telles informations nécessite une analyse au niveau du projet ou au niveau du programme, dans le cadre de laquelle le contenu des projets et des programmes fait l'objet d'étude.

DISTORSION EXERCÉE SUR LE FLUX D'INFORMATIONS

Les informations sur un projet provenant de la base de données APD pourraient être incomplètes. On peut ainsi parler d'un fossé au niveau de l'information entre le réalisateur du projet et le gestionnaire de dossiers à Bruxelles qui introduit les informations relatives au projet dans la base de données APD.

VI

CONCLUSION

La Belgique dispose d'un solide cadre politique en matière de la santé et des droits sexuels et reproductifs, elle adopte une attitude progressive sur la scène internationale et ces thèmes sont largement soutenus par le parlement.

Durant la précédente législature, une attention plus systématique et structurelle a été accordée à la santé et les droits sexuels et reproductifs, notamment par une aide pluriannuelle accrue au Fonds des Nations unies pour la population et l'intégration du volet « She Decides » dans les nouveaux accords de coopération bilatérale avec les pays partenaires. Les ONG internationales touchées par la réintroduction de la règle du bâillon mondial ont pu compter sur l'aide de la Belgique.

En dépit de ces évolutions positives des dépenses fédérales de développement, notre analyse montre que le rôle de chef de file joué par la Belgique ne s'est pas toujours traduit par des efforts financiers accrus : alors que l'aide financière en faveur de la santé reproductive était importante lors du lancement de « She Decides », nous constatons que les moyens sont aujourd'hui de nouveau inférieurs au niveau du début de la législature.

Il est également préoccupant de constater que la part des moyens totaux de la DGD consacrés à la santé et à la santé reproductive s'est réduite de 14 % en 2015 à 11 % en 2018.

La lutte contre l'épidémie mondiale de VIH suscite le plus de pessimisme. Elle semble s'effrondrer. En dépit de l'engagement de la Belgique de s'investir en faveur de l'élimination de l'épidémie à l'horizon 2030, les moyens directs et indirects consacrés à la lutte contre le VIH sont toujours moins importants. Les pays partenaires de la Belgique sont pourtant confrontés à des épidémies de VIH généralisées et/ou concentrées et ils ne sont pas en mesure de prendre eux-mêmes en charge le coût de la prévention et du traitement.

Nous constatons par ailleurs que dans les secteurs de la santé comme en dehors de ces derniers, y compris dans l'aide humanitaire, les moyens contribuant à la SGMNI (ou à la santé reproductive, la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants) diminuent.

Nous sommes également encore confrontés au manque de transparence, et donc de connaissance, sur l'attention accordée par la Belgique aux SDSR, vu la limitation du marqueur SGMNI. Nous demeurons de ce fait demandeurs d'efforts supplémentaires de nature à faire la clarté sur les investissements et les résultats en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. C'est la seule façon possible pour vérifier si et comment la Belgique contribue à la santé sexuelle et reproductive des jeunes, à la formation sexuelle et relationnelle, à l'accès au planning familial et à la contraception, à la prévention des avortements dangereux, à la lutte contre les pratiques préjudiciables et à la prévention de la violence sexuelle.

Enfin, il est important de souligner le fait que les dépenses en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs n'apportent pas de clarté sur les *résultats* enregistrés. Pour ce faire, il convient d'investir plus largement dans le contrôle et le suivi, les analyses d'impact et l'utilisation d'indicateurs clairs. Cela permettra en outre à la coopération fédérale au développement d'être plus à même de montrer la contribution qu'elle apporte à la réalisation des objectifs liés aux SDSR et objectifs de l'Agenda 2030 pour le développement durable.

ANNEXES

ANNEXE 1) CODES ODA 120 ET 130

120	**HEALTH**	
121	**Health, general**	
12110	Health policy and administrative management	Health sector policy, planning and programmes; aid to health ministries, public health administration; institution capacity building and advice; medical insurance programmes; unspecified health activities.
12181	Medical education/training	Medical education and training for tertiary level services.
12182	Medical research	General medical research (excluding basic health research).
12191	Medical services	Laboratories, specialised clinics and hospitals (including equipment and supplies); ambulances; dental services; mental health care; medical rehabilitation; control of non-infectious diseases; drug and substance abuse control [excluding narcotics traffic control (16063)].
122	**Basic health**	
12220	Basic health care	Basic and primary health care programmes; paramedical and nursing care programmes; supply of drugs, medicines and vaccines related to basic health care.
12230	Basic health infrastructure	District-level hospitals, clinics and dispensaries and related medical equipment; excluding specialised hospitals and clinics (12191).
12240	Basic nutrition	Direct feeding programmes (maternal feeding, breastfeeding and weaning foods, child feeding, school feeding); determination of micro-nutrient deficiencies; provision of vitamin A, iodine, iron etc.; monitoring of nutritional status; nutrition and food hygiene education; household food security.
12250	Infectious disease control	Immunisation; prevention and control of infectious and parasite diseases, except malaria (12262), tuberculosis (12263), HIV/AIDS and other STDs (13040). It includes diarrheal diseases, vector-borne diseases (e.g. river blindness and guinea worm), viral diseases, mycosis, helminthiasis, zoonosis, diseases by other bacteria and viruses, pediculosis, etc.
12261	Health education	Information, education and training of the population for improving health knowledge and practices; public health and awareness campaigns; promotion of improved personal hygiene practices, including use of sanitation facilities and handwashing with soap.
12262	Malaria control	Prevention and control of malaria.
12263	Tuberculosis control	Immunisation, prevention and control of tuberculosis.
12281	Health personnel development	Training of health staff for basic health care services.
130	**POPULATION POLICIES/ PROGRAMMES AND REPRODUCTIVE HEALTH**	
13010	Population policy and administrative management	Population/development policies; census work, vital registration; migration data; demographic

		research/analysis; reproductive health research; unspecified population activities.
13020	Reproductive health care	Promotion of reproductive health; prenatal and postnatal care including delivery; prevention and treatment of infertility; prevention and management of consequences of abortion; safe motherhood activities.
13030	Family planning	Family planning services including counselling; information, education and communication (IEC) activities; delivery of contraceptives; capacity building and training.
13040	STD control including HIV/AIDS	All activities related to sexually transmitted diseases and HIV/AIDS control e.g. information, education and communication; testing; prevention; treatment, care.
13081	Personnel development for population and reproductive health	Education and training of health staff for population and reproductive health care services.

ANNEXE 2) TABLEAUX DÉTAILLÉS

<u>Tableau 1</u> : Dépenses allouées aux secteurs 120 et 130 du CAD de l'OCDE dans la coopération au développement fédérale, par an en euros

Secteur/ année de dépense	2014	2015	2016	2017	2018
Santé (120)	132.823.569	113.070.556	115.622.273	113.431.035	99.894.409
Santé reproductive (130)	31.041.491	27.800.390	29.712.694	30.659.051	20.987.171
TOTAL	163.865.059	140.870.946	145.334.967	144.090.085	120.881.580

<u>Tableau 2</u> : Présentation détaillée des dépenses de la coopération au développement fédérale consacrées à la santé (120) et à la santé reproductive (130) et leur total, par canal, en euros

Secteur du CAD de l'OCDE	année	bilatérale	multilatérale	Total
Santé 120	2015	92.723.998	20.346.558	113.070.556
	2016	84.216.488	31.405.785	115.622.273
	2017	78.936.725	34.494.310	113.431.035
	2018	**78.089.514**	**21.804.894**	**99.894.409**
Santé Réproductive 130	2015	2.327.931	25.472.459	27.800.390
	2016	6.258.641	23.454.053	29.712.694
	2017	11.451.795	19.207.256	30.659.051
	2018	**7.987.171**	**13.000.000**	**20.987.171**
Total	2015	95.051.929	45.819.017	140.870.946
	2016	90.475.129	54.859.838	145.334.967
	2017	90.388.519	53.701.566	144.090.085
	2018	**86.076.686**	**34.804.894**	**120.881.580**

<u>Tableau 3</u> : Dépenses dans les 2 secteurs de la santé qui contribuent à la lutte contre le VIH, par canal

Valeur VIH	Année de dépense	Bilatérale	Multilatérale	Total général
1	**2015**	**63.225.884**	**19.357.465**	**82.583.349**
	2016	**72.371.723**	**28694680**	**101.066.403**

	2017	**42.689.509**	**19.582.750**	**62.272.259**
	2018	**36.370.758**	**6.804.894**	**43.175.653**
	2015	**15.568.353**	**23.400.000**	**38.968.353**
	2016	**6.100.387**	**23.000.000**	**29.100.387**
	2017	**464.122**	**17.293.989**	**17.758.111**
2	**2018**	**1.364.940**	**18.000.000**	**19.364.940**
	2015	**78.794.237**	**42.757.465**	**121.551.702**
	2016	**78.472.110**	**51.694.680**	**130.166.790**
	2017	**43.153.631**	**36.876.739**	**80.030.370**
Total	**2018**	**37.735.698**	**24.804.894**	**62.540.593**

<u>Tableau 4</u> : Les dépenses par an et par valeur du marqueur VIH sur l'APD restante, *en dehors* des secteurs "Santé" et "Santé reproductive".

Valuer VIH	**Année de dépense**				
	2014	2015	2016	**2017**	**2018**
VIH 2	1.418.120	18.086.722	0	9.812.056	10.988.924
VIH 1	253.086.937	305.026.106	284.196.017	318.391.012	182.180.168
Total des dépenses dans les secteurs non liés à la santé	1.062.597.443	895.093.314	992.217.370	895.093.314	992.217.370

<u>Tableau 5</u> : Présentation détaillée des dépenses dans les secteurs de la santé qui contribuent à la SGMNI, par an, par canal et en euros

Valeur SGMNI	**Année de dépense**	**bilatérale**	**multilatérale**	**Total général**
	2015	46.790.342	16.320.250	63.110.592
	2016	48.309.705	33088232	81.397.937
	2017	32.303.277	17.025.601	49.328.878
1	**2018**	**29.277.942**	**15.000.000**	**44.277.942**
	2015	1.307.143	3.498.767	4.805.910
	2016	7.051.650	2565132	9.616.782
	2017	31.954.003	33.396.494	65.350.497
2	**2018**	**30.797.874**	**19.804.894**	**50.602.768**

	2015	1.003.246		1.003.246
	2016	3.238.006		3.238.006
	2017	1.511.449	0	1.511.449
3	**2018**	**469.328**	**0**	**469.328**
	2015	2.235.315	7.000.000	9.235.315
	2016	2.972.596	8528921	11.501.517
	2017	7.277.637	720.332	7.997.969
4	**2018**	**2.660.766**	**0**	**2.660.766**
	2015	51.336.046	26.819.017	78.155.063
	2016	61.571.957	44.182.285	105.754.242
	2017	73.046.367	51.142.427	124.188.794
Total	**2018**	**63.205.910**	**34.804.894**	**98.010.804**

<u>Tableau 6</u> : Le nombre de projets et les dépenses respectives par an et par valeur du marqueur SGMNI sur les dépenses restantes de la DGD, *en dehors* des secteurs "Santé" et "Santé reproductive".[16]

Valeur SGMNI	Année de dépense	bilatérale	multilatérale	Total général
	2015	64.449.842	7.060.000	71.509.842
	2016	88.669.949	3.530.000	92.199.949
	2017	160.506.867	0	160.506.867
1	2018	110.02.990	21.300.000	131.320.990
	2015	27.434.880	17.000.000	44.434.880
	2016	82.710.070	17.000.000	99.710.070
	2017	7.307.589	4.000.000	11.307.589
2	2018	5.954.355	4.000.000	9.954.355
	2015	0		0
	2016	0		0
	2017	0	0	0
3	2018	480.600	0	480.600
	2015	0		0
	2016	0		0
	2017	192.404	0	192.404
4	2018	170.491	0	170.491
	2015	91.884.722	24.060.000	115.944.722
	2016	171.380.019	20.530.000	191.910.019
	2017	168.006.860	4.000.000	172.006.860
Total	**2018**	**116.145.837**	**25.300.000**	**141.445.837**

[16] **Note :** La valeur 3 n'a pas été reprise dans ce tableau, étant donné que cette valeur n'a été attribuée à aucun projet ni programme. En plus, en 2015 et 2016, seules des valeurs 1 ou 2 du marqueur (et aucune valeur 3 ou 4) ont été attribuées.

<u>Tableau 7</u> : Dépenses allouées à l'aide humanitaire selon leurs contributions à la SGMNI et à la lutte contre le VIH (valeur 1 ou supérieure).

Marquer	Dépenses en 2017	%	Dépenses en 2018	%
SGMNI	129.047.480	69%	94.104.141	54%
VIH	138.651.794	74%	90.706.215	51%
Dépenses totales	185.906.363		174.489.076	

<u>Tableau 8</u> : Les dépenses allouées à l'aide humanitaire en 2017 et 2018 selon la valeur du marqueur SGMNI

	Aide humanitaire			
Valeur SGMNI	**2017**	%	**2018**	**%**
1	128.297.480	99,4%	94.104.141	100%
2	750.000	0,6%	0	0%
3	0	0%	0	0%
4	0	0%	0	0%
Total SGMNI	129.047.480	69%	94.104.141	54%
Total dépenses	185.906.363	100%	174.489.076	100%

<u>Tableau 9</u> : Les dépenses allouées à l'aide humanitaire en 2015 et 2016 selon la valeur du marqueur VIH

	Aide humanitaire			
Valeur VIH	**2017**	**%**	**2018**	**%**
1	13.651.794	74%	90.706.215	51%
2	0	0%	0	0%
Total VIH	138.651.794	74%	90.706.215	51%
Total général	185.906.363	100%	174.489.076	100%

SENSOA

Sensoa v.z.w. / www.sensoa.be / info@sensoa.be
President Building / Vijfde verdieping / F. Rooseveltplaats 12 bus 7
2060 Antwerpen / T 03 238 68 68