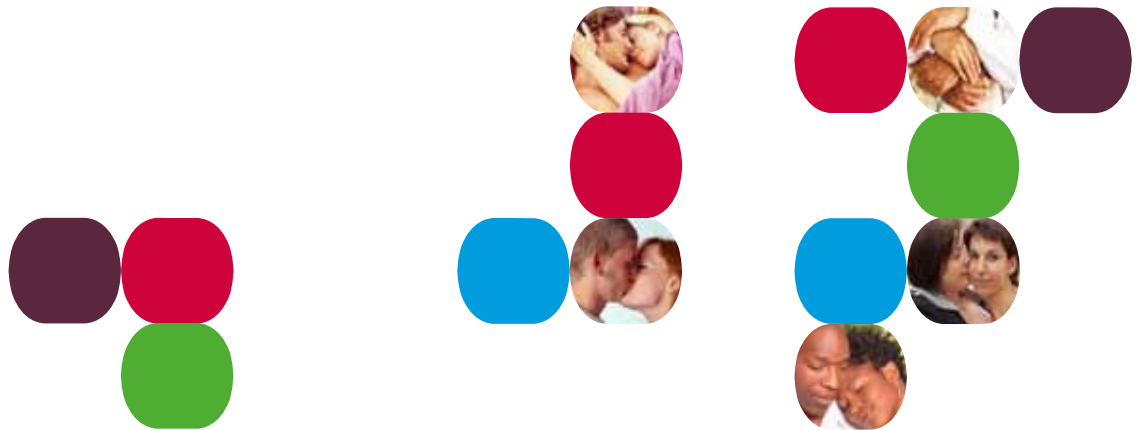


Quel est l'état de santé sexuelle de la coopération internationale belge ? Examen des dépenses d'APD en 2020

Sensoa is het Vlaams Expertisecentrum voor seksuele gezondheid.



Vlaams
expertisecentrum
VOOR
seksuele
gezondheid **SENSOA**

www.sensoa.be / 03 238 68 68
President Building / Vijfde verdieping
F. Rooseveltplaats 12 bus 7 / 2060 Antwerpen

Quel est l'état de santé sexuelle de la coopération internationale belge ?

Examen des dépenses de la DGD consacrées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs en 2020

La table des matières

INTRODUCTION	3
LES DEFIS	3
LE CADRE POLITIQUE BELGE	4
LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE	6
1. Plus de moyens sont alloués à la santé et à la santé reproductive	6
2. Les engagements promis en faveur de la santé sexuelle et reproductive dans la coopération gouvernementale se traduisent dans les dépenses	7
3. Aucune attention pour l'épidémie de VIH dans la coopération avec les pays partenaires? ..	8
4. Proportionnellement, plus de moyens sont alloués à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile dans les dépenses totales de la DGD en dans les dépenses allouées à la santé.....	9
5. Une attention nettement accrue est accordée à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile dans l'aide humanitaire	10
CONCLUSION.....	11
ANNEXES	12
Les Tableaux détaillés	12
La Methodologie	12
Les Marqueurs.....	13
"Sante" et "Sante reproductive".....	14
Les limites de l'analyse.....	14
a. Dépenses invisibles en faveur de la santé reproductive	14
b. En dehors des limites du secteur de la santé	14
c. Distorsion exercée sur les flux d'informations	15

INTRODUCTION

Depuis 2007, la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) ont inscrits à l'agenda de la coopération internationale belge. L'attention n'a depuis cessé de croître, avec notamment l'inclusion des SDSR dans la loi relative à la coopération au développement de 2013 ainsi que dans les stratégies en matière de genre et de santé et dans la stratégie politique consacrée à l'aide humanitaire de la Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD).

Chaque année, **Sensoa**, le centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle, analyse **les dépenses de la DGD**. Cela se fait sur la base des chiffres que la DGD soumet à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et qu'elle fournit également à Sensoa.

Dans quelle mesure l'importance que la Belgique accorde à la santé et aux droits sexuels et reproductifs se traduit-elle par un engagement financier réel ? C'est la question sur laquelle s'est penché Sensoa dans le présent rapport.

Ce rapport décrit dans les grandes lignes les défis, le cadre politique belge en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs et présente les principaux résultats de l'analyse des dépenses de la DGD pour 2020, suivis chaque fois de recommandations politiques concrètes. La méthodologie utilisée ainsi qu'un petit mot d'explication concernant les limites de l'analyse sont repris en annexe.

LES DEFIS

Le Sud compte 1,6 milliard de femmes en âge de procréer. Près de la moitié d'entre elles souhaitent éviter une grossesse et de ce nombre, 75 % utilisent des moyens de contraception modernes. Toutefois, **218 millions de femmes dans les pays à faible revenu qui souhaitent reporter une grossesse n'utilisent aucune forme de contraception moderne**. Les besoins de ces femmes en matière de contraception ne sont en effet pas satisfaits. Près de la moitié de toutes les grossesses dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont dès lors non planifiées, ce qui représente près de 111 millions de grossesses par an¹.



(photo IPPF de Isabelle Corthier)

Chez les femmes qui rencontrent des complications médicales au cours de leur grossesse ou de leur accouchement, seul 1 tiers reçoivent les soins dont elles ou leur nouveau-né ont besoin. En 2018, on estime que **295 000 femmes sont ainsi décédées des suites de complications liées à leur grossesse ou à leur accouchement**². Et **2,5 millions de nouveau-nés sont quant à eux décédés au cours de leur premier mois de vie**³. La plupart de ces décès auraient pu être évités grâce à l'accès à des services de première nécessité, comme la planification familiale, pour éviter des grossesses non planifiées, et les soins appropriés apportés à la mère et au nouveau-né. **Les besoins chez les adolescentes sont encore plus grands que chez les femmes adultes.**

¹ <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#>

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

³ <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>

Leurs besoins non satisfaits en matière de contraception sont en effet deux fois plus importants. Elles doivent en outre surmonter de nombreux obstacles pour accéder à la contraception, comme la peur de dire ouvertement qu'elles sont déjà sexuellement actives (si elles ne sont pas encore mariées) et la pression qu'on leur met pour avoir un enfant (si elles sont déjà mariées)⁴.

Mais face aux besoins énormes, **un déficit de financement** se creuse. Chaque année, il nous manque 6 milliards de dollars pour répondre aux besoins des adolescentes et des femmes en matière de contraception⁵. La communauté internationale s'est engagée, avec l'Agenda 2030 pour le développement durable, à réaliser d'ici 2030 l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive. Malheureusement, la réalisation de cet agenda est trop lente et **la pandémie de COVID-19 risque de saper les progrès déjà accomplis**. Par exemple, les filles et les femmes se heurtent à des difficultés pour accéder à la contraception et aux soins de santé sexuelle et reproductive en raison de la pandémie de COVID-19.

Lors des crises humanitaires aussi, des (jeunes) femmes tombent enceintes et/ou doivent accoucher. Dans de telles situations d'urgence, elles et leurs enfants sont exposés à des risques accrus au niveau santé. Lors des crises humanitaires, hommes, femmes et enfants courent en outre un risque beaucoup plus élevé d'être victimes de toutes formes de violences, y compris de violences sexuelles⁶.

La Belgique est principalement active dans les pays à faible revenu et en particulier en Afrique subsaharienne, où la population est très jeune et où les besoins en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs sont grands. Ces pays sont encore et toujours confrontés à **des épidémies de VIH généralisées et/ou concentrées**. En Afrique subsaharienne, quatre nouvelles infections sur cinq sont diagnostiquées chez les adolescentes âgées entre 15 et 19 ans. Les jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans y courent deux fois plus de risques de vivre avec le VIH que les hommes de 15 à 24. Partout dans le monde, les groupes victimes de stigmatisation et de discrimination sont plus susceptibles d'être infectés par le VIH que la population générale⁷.

LE CADRE POLITIQUE BELGE

Le cadre politique fédéral pour la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) au sein de la coopération au développement se compose de **plusieurs importants documents stratégiques d'orientation**.

En 2006 et 2007, les SDSR ont été pour la première fois clairement mis en avant avec la publication de la note "*La contribution belge à la lutte internationale contre le VIH/SIDA*" (2006) et de la note intitulée "*La Coopération belge au développement dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs*" (2007). Les SDSR ont ensuite été ancrés dans la note intitulée "*Le droit à la santé et aux soins de santé*" de 2008 et dans la "*La stratégie belge pour l'aide humanitaire*", qui date de 2014. Les SDSR sont l'une des quatre priorités de la note stratégique "**Le genre dans la coopération belge au développement**" et du "**Plan d'action sur l'intégration de la**

⁴ <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#>

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

⁶ <http://iaawg.net/resource/adolescent-sexual-reproductive-health-needs-emergencies/>

⁷ <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

dimension de genre" (2016) et les SDSR font partie de **la note de consensus de la DGD "Réaliser le droit aux soins de santé pour un développement durable"**, qui accorde une attention particulière aux besoins des jeunes, des femmes et d'autres groupes vulnérables en matière de santé sexuelle et reproductive.

La loi du 19 mars 2013 relative à la coopération au développement reconnaît encore davantage le lien entre le développement durable et les SDSR. Cette loi met en outre les thèmes de la santé reproductive et "l'approche transversale du VIH" en avant comme secteurs prioritaires de la coopération bilatérale.

L'engagement de la Belgique en faveur des SDSR 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.

À l'occasion des **25 ans du Programme d'action du Caire pour la population et le développement**, la Belgique s'était également engagée lors du **Sommet de Nairobi** en novembre 2019 à poursuivre ses efforts pour atteindre les "3 zéros", à savoir "zéro besoin non satisfait en matière de planification familiale", "zéro décès maternel évitable" et "zéro violence basée sur le genre", en faisant référence aux programmes SDSR dans la coopération bilatérale et au soutien de la Belgique en faveur du mouvement international "She Decides".

Dans **le rapport que la Belgique a présenté** en 2017 à **l'ONU** sur son avancement dans la mise en œuvre de l'Agenda 2030 pour le Développement durable, le gouvernement a également souligné l'importance des SDSR. Dans la perspective de ce premier rapport sur les efforts de la Belgique en faveur des ODD, la Commission des Relations extérieures de la Chambre avait 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 SDSR⁸. En mars 2018, cette Commission approuvait une résolution dans laquelle elle soulignait une fois encore l'importance du rôle progressiste de la Belgique dans la promotion des SDSR⁹. Ces résolutions sont une preuve du soutien dont bénéficient les SDSR au Parlement fédéral. Un groupe parlementaire informel baptisé "les Parlementaires pour l'Agenda 2030" est également actif au Parlement, lequel suit de près la mise en œuvre de la politique internationale belge en matière de SDSR.

Au cours de la législature 2014-2019, les SDSR étaient clairement une priorité et l'actuelle ministre de la Coopération au développement, **Meryame Kitir**, a, elle aussi, **clairement indiqué dans sa note politique que les SDSR resteront une priorité**.

L'amélioration de la politique en matière des SDSR est un processus continu et exige une collaboration entre les autorités publiques et la société civile. Cela se produit, entre autres, au sein du groupe de travail SDSR de Be-cause Health, dont Sensoa est également un membre actif.



(Photo Service Public Fédéral)

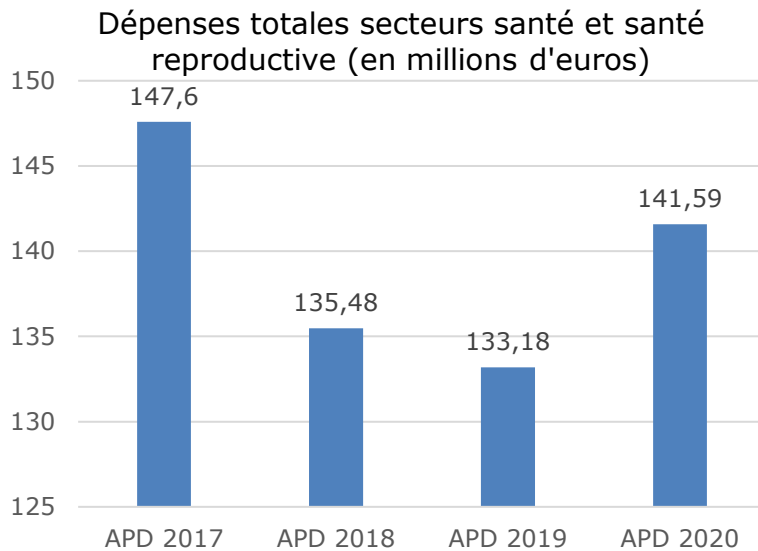
⁸ <https://www.dekamer.be/FLWB/pdf/54/2040/54K2040014.pdf>

⁹ <https://www.lachambre.be/FLWB/pdf/54/2211/54K2211008.pdf>

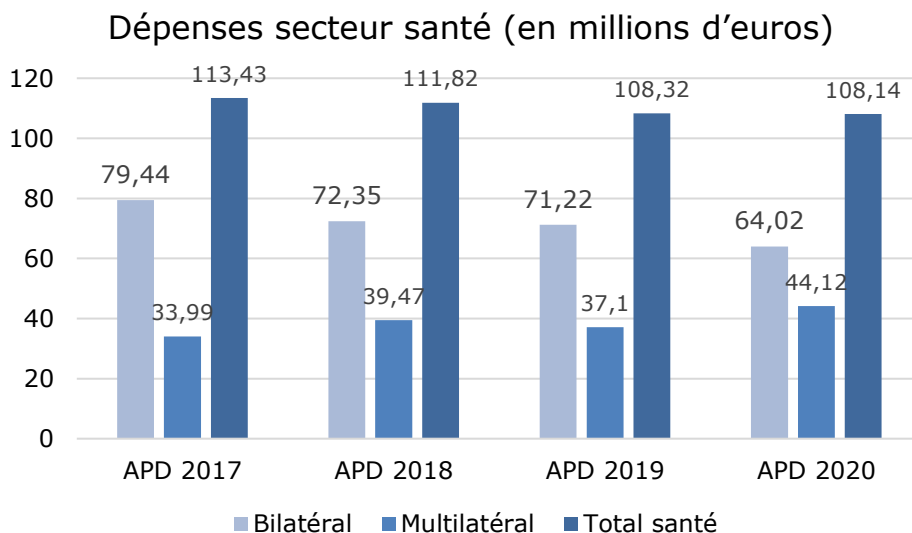
LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE

1. Plus de moyens sont alloués à la santé et à la santé reproductive

Les dépenses totales en faveur de la santé et de la santé reproductive ont augmenté, passant de 133 millions € en 2019 à 141 millions € en 2020.

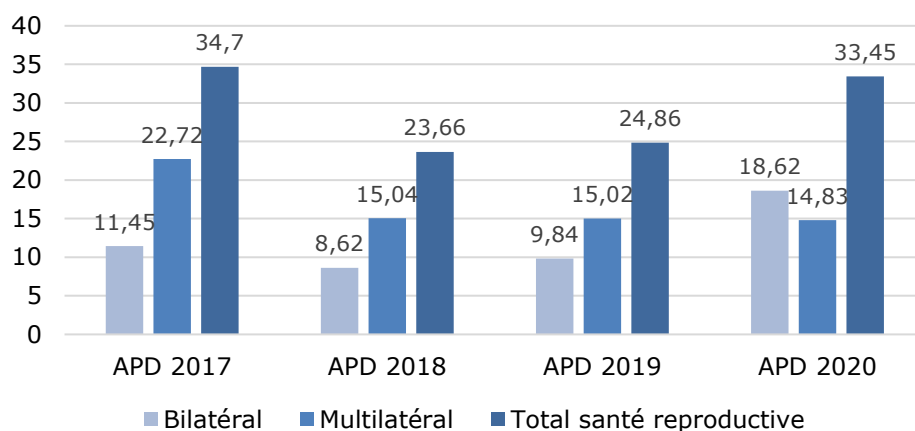


Les dépenses allouées au secteur Santé sont restées au même niveau qu'en 2019, soit à 108 millions €. De ces 108 millions €, 64 millions € ont été affectés via les canaux de la coopération bilatérale et 44 millions € via la coopération multilatérale.



Les dépenses en faveur de la santé reproductive ont augmenté, passant de 24,86 millions € en 2019 à 33,45 millions € en 2020. C'est dans les dépenses bilatérales et dans la coopération gouvernementale avec les pays partenaires en particulier qu'on observe cette augmentation (voir plus loin).

Dépenses secteur santé reproductive (en millions d'euros)



Proportionnellement aussi, la santé et la santé reproductive ont pesé plus lourd dans les dépenses totales de la DGD et sont ainsi passées en 2020 à **11,73 %** (141,59 millions € sur un total de 1,2 milliard €). En 2019, cette même part des dépenses était encore de 11,07 %. Une tendance positive, qui nous met sur la voie pour atteindre l'objectif de 15 % des ressources totales de la coopération internationale en faveur de la santé, y compris de la santé et des droits sexuels et reproductifs.

RECOMMANDATION 1 : *Poursuivez cette trajectoire de croissance et continuez d'augmenter les dépenses allouées à la coopération internationale en faveur de la santé, y compris de la santé et des droits sexuels et reproductifs, jusqu'à atteindre 15 % de toutes les dépenses affectées à la coopération internationale.*

2. Les engagements promis en faveur de la santé sexuelle et reproductive dans la coopération gouvernementale se traduisent dans les dépenses

En 2020, les dépenses totales en faveur du secteur Santé reproductive ont augmenté, passant ainsi à **33,45 millions €**, alors que ce montant n'était que de 24,26 millions € en 2019. Cette augmentation importante est due à **la mise en œuvre des programmes de coopération gouvernementale en cours avec les pays partenaires** qui consacraient une attention particulière à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Les dépenses spécifiques allouées par Enabel aux SDSR dans le cadre de la coopération gouvernementale ont augmenté, passant ainsi de **2,42 millions € à 14,44 millions €**, et représentent donc près de la moitié des dépenses totales en faveur de la santé reproductive.

Les programmes de coopération gouvernementale en cours découlent du rôle moteur joué par la Belgique dans le mouvement "She Decides", qui a émergé en 2017 en réponse au rétablissement de la Politique de Mexico ("Règle du Bâillon mondial") par l'administration Trump-Pence aux États-Unis, qui a affecté de nombreux projets et programmes en faveur des SDSR. La participation de la Belgique s'est traduite par une plus grande attention portée à l'égalité de genre et par un renforcement de son engagement en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans sa coopération internationale lors de la précédente législature au cours de laquelle ces programmes

ces programmes pluriannuels de coopération gouvernementale ont été négociés et définis, mais elle s'inscrivait aussi dans le prolongement des engagements politiques précédemment pris en faveur des SDRS.

RECOMMANDATION 2 : *La priorité qui est accordée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans le cadre politique belge et par le Parlement se traduit dans le soutien apporté aux organisations multilatérales et dans les programmes de coopération gouvernementale en cours. La Belgique s'engage à poursuivre cette attention accrue à l'avenir, et à aussi ancrer les SDRS, y compris la prévention et la lutte contre le VIH, dans les nouveaux programmes de coopération directe et indirecte qui sont définis.*

3. Aucune attention pour l'épidémie de VIH dans la coopération avec les pays partenaires ?

Dans l'Agenda 2030, la Belgique s'est engagée avec les autres États membres des Nations Unies à mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030. Or, 9 des 14 pays partenaires de la Belgique font actuellement face à une épidémie généralisée. Et dans ces pays partenaires, plusieurs groupes sont en outre touchés par des épidémies concentrées.

Toutefois, en 2020 aussi, les dépenses de la DGD en faveur de la lutte contre le VIH ont continué de stagner à 18 millions €, dont 3 millions € alloués à l'ONUSIDA et 15 millions € alloués au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

La DGD a cessé d'utiliser son marqueur VIH interne, au moyen duquel elle évaluait jusqu'en 2019 dans quelle mesure des programmes et projets à la fois dans et en dehors des secteurs liés à la santé contribuaient à la lutte contre le VIH-sida. Le fait que la DGD n'identifie plus de quelle manière la coopération internationale belge contribue à la lutte contre l'épidémie de VIH démontre de façon embarrassante qu'**une attention systématique n'est plus accordée à la prévention et à la lutte contre le VIH-sida dans la coopération bilatérale avec les pays partenaires, les ONG et les instituts de recherche**. Le VIH est devenu l'orphelin de notre coopération internationale, alors que nos pays partenaires, eux, continuent de compter les nouvelles infections au VIH, en particulier chez les adolescentes et au sein des groupes qui sont criminalisés, tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les usagers de drogues et leurs partenaires.

Une lutte efficace contre le VIH exige toutefois des efforts particuliers à 3 niveaux :

- (1) **L'intégration** de la prévention et de la lutte contre le VIH dans des projets et programmes qui visent à promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs **dans les soins de santé de base**, ce qui permet ainsi d'atteindre la population générale ;
- (2) **Des interventions adaptées aux groupes cibles** axées sur la prévention, le dépistage et le traitement à l'attention de ceux qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination au sein de la société et dans les structures de soins de santé, à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les usagers de drogues par voie intraveineuse, les transgenres, les migrants, mais aussi les adolescents qui ne sont pas supposés être sexuellement actifs. Et de préférence intégrées dans l'information et les services en matière de SDRS spécifiques à chaque groupe cible. À côté de cela, il convient de lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans les sociétés et de

décriminaliser ces groupes et leur sexualité dans la législation des pays avec lesquels la Belgique entretient des relations internationales et/ou une relation de coopération.

- (3) Une **approche multisectorielle** dans les pays ou régions où la prévalence est élevée, dans le cadre de laquelle une attention particulière est portée au VIH et aux SDRS dans l'éducation, l'aide humanitaire, mais aussi par exemple dans les projets d'infrastructure, où les travailleurs sont amenés à se déplacer, ce qui peut aussi entraîner un changement de leur activité sexuelle.

RECOMMANDATION 3 : *Augmentez les dépenses allouées à la prévention et à la prise en charge du VIH dans la coopération internationale belge. Concentrez-vous pour ce faire à la fois sur la promotion de (1) l'intégration des SDRS, y compris du VIH, dans les soins de santé de base, (2) des interventions adaptées aux groupes cibles axées sur la prévention, le dépistage et le traitement et (3) sur une approche multisectorielle des SDRS, y compris du VIH. Ce n'est que de cette manière que les objectifs de l'Agenda 2030 pourront être réalisés.*

4. Proportionnellement, plus de moyens sont alloués à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile dans les dépenses totales de la DGD en dans les dépenses allouées à la santé

Les dépenses allouées à la coopération internationale qui contribuent à la santé reproductive (ou génésique), la santé maternelle, néonatale et infantile sont identifiées grâce au marqueur SGMNI du CAD de l'OCDE (l'acronyme SGMNI signifiant "santé génésique, maternelle, néonatale et infantile"). Grâce au marqueur, on peut voir que les dépenses de la DGD qui contribuent à la SGMNI (valeur 1) ou qui ont fait de la SGMNI leur principal objectif (valeur 2) ont augmenté en 2020.

Valeur SGMNI/ dépenses de la DGD en € millions	APD 2017	APD 2018	APD 2019	APD 2020
1	289,58	253,04	267,57	302,42
2	13,23	10,19	8,96	20,22

Les dépenses allouées aux secteurs de la santé et de la santé reproductive qui contribuent à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (mesurées à l'aide du marqueur SGMNI – marqueur de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile) ont aussi connu une augmentation, passant de 100 millions € à 104 millions €, ce qui représente non plus 70 %, mais **74 % de toutes les dépenses allouées à la santé et à la santé reproductive**. Cette augmentation des dépenses qui contribuent à la SGMNI est particulièrement appréciée.

Mais en même temps, rappelons-nous des limites du marqueur SGMNI. Il demeure en effet impossible de déterminer exactement le montant de l'aide que la Belgique accorde à l'accès à la planification familiale, à la prévention des MST et du VIH, à l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, ainsi qu'à d'autres dimensions essentielles de la santé et des droits sexuels et reproductifs, dans la mesure où le marqueur SGMNI n'est pas un marqueur holistique pour mesurer la santé et les droits sexuels et reproductifs. **Cela nous informe surtout sur l'attention accordée aux classiques soins de santé maternelle et infantile, mais ne nous aide pas à**

avoir une idée précise de l'engagement de la Belgique en faveur de la santé sexuelle et reproductive des adolescents ou des personnes victimes de stigmatisation et de discrimination dans la réalisation de leurs droits sexuels et reproductifs.

RECOMMANDATION 4 : *Identifiez mieux, au sein de la DGD, les dépenses spécifiques en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs, et de la planification familiale en particulier, ainsi que les groupes cibles qui ont été atteints grâce à celles-ci. Inscrivez à l'ordre du jour du CAD de l'OCDE les limites du marqueur SGMNI, afin que les efforts internationaux consacrés aux SDR puissent être mieux mesurés et suivis.*

5. Une attention nettement accrue est accordée à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile dans l'aide humanitaire

Les dépenses allouées à **l'aide humanitaire s'élevaient en 2020 à 194 millions € et de ce montant, 83 %** des dépenses contribuaient à la santé reproductive des mères, des nouveau-nés et des enfants. C'est une nette augmentation par rapport à 2019, où ce n'était alors que 66 %. La plupart des projets et programmes d'aide humanitaire contribuaient à la SGMNI mais n'avaient *pas* la SGMNI pour principal objectif de leur intervention. Seulement 0,5 % de toutes les dépenses avaient la SGMNI pour principal objectif.

Le fait que plus de dépenses de l'aide humanitaire profitent à la SGMNI est une tendance positive. Toutefois, un problème de transparence persiste ici aussi en ce qui concerne le soutien. **Nous ne savons pas quels aspects de la santé et des droits sexuels et reproductifs sont pris en compte ou non dans notre aide humanitaire.** L'aide belge contribue-t-elle à la prévention des grossesses non planifiées et des maladies sexuellement transmissibles ? Une attention est-elle accordée à la prévention de comportements sexuels transgressifs ? Soutenons-nous l'accès à des soins d'avortement pour celles qui, en temps de crise, se sont retrouvées face à une grossesse imprévue ?

RECOMMANDATION 5 :

(1) Dans les situations de crise humanitaire, veillez à informer, sensibiliser et fournir des services en matière de santé et des droits sexuels et reproductifs, de sorte que les personnes en situations de crise soient mieux protégées contre les grossesses non planifiées, la mortalité maternelle et infantile, les maladies sexuellement transmissibles et les comportements sexuels transgressifs.

(2) Encouragez les organisations humanitaires multilatérales et les ONG qui sont soutenues par la Belgique à intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs dans l'aide qu'elles apportent. Demandez à cette fin qu'elles identifient de manière systématique les besoins en matière de SDR lors de l'élaboration des analyses de contexte et des appels à l'aide, et qu'elles rendent compte de l'attention accordée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans le cadre de leurs interventions.

(3) Investissez pour cela aussi dans les capacités nécessaires, tant au sein de la DGD que dans le secteur de l'aide humanitaire, afin que la Belgique puisse ainsi contribuer à éviter toute souffrance humaine supplémentaire aux personnes se trouvant dans des situations d'urgence.

CONCLUSION

En 2020, nous avons observé un mouvement à la hausse dans le soutien de la coopération internationale belge à la réalisation de la santé et les droits sexuels et reproductifs de tous. C'est nécessaire, car les défis sont de taille. Nous demandons dès lors de poursuivre cette trajectoire de croissance. Maintenir ce niveau et l'étendre exige aussi que la santé et les droits sexuels et reproductifs, y compris le VIH, bénéficient systématiquement de l'attention et des ressources nécessaires dans les nouveaux programmes de coopération qui sont conclus avec nos pays partenaires. Ce n'est que de cette manière que notre soutien en tant que pays peut vraiment faire une différence dans l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des citoyens et dans le renforcement de leurs droits.

En ce qui concerne l'attention accordée à l'épidémie de VIH dans nos pays partenaires, la DGD obtient (une fois encore) une mauvaise note. Le soutien continu des organisations multilatérales pour la lutte contre le VIH est un "must", mais il ne suffit pas. Nous ne pouvons pas fermer les yeux sur ce qui se passe dans nos pays partenaires. Ils sont encore confrontés à un nombre élevé de nouvelles infections et ne peuvent pas offrir à toutes les personnes vivantes avec le VIH l'accès au traitement essentiel à leur survie. C'est pourquoi nous demandons explicitement que le VIH soit à nouveau inscrit à l'ordre du jour de la coopération avec les pays partenaires et avec les acteurs directs et indirects qui œuvrent sur le terrain. Adoptez une approche intégrée du VIH et des SDRS dans les soins de santé de base, mais continuez également à soutenir des projets et programmes spécifiques à chaque groupe cible mais aussi à garantir une attention multisectorielle aux SDRS, y compris au VIH.

En conclusion, il est difficile d'obtenir une image multicouche et nuancée de l'engagement réel de la Belgique en faveur des SDRS et de savoir comment il s'aligne sur les ambitions de son cadre politique. Comment l'aide belge répond-elle aux besoins des jeunes ? En quoi allons-nous plus loin que les classiques soins de santé maternelle et infantile ? Quel est notre engagement dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et dans la levée des tabous ? Toutes des questions qui nécessitent de mieux documenter l'engagement de la Belgique dans les différents secteurs et auprès des différents groupes cibles.

ANNEXES

Les Tableaux détaillés

Dépenses totales pour les secteurs santé et santé reproductive

Secteur santé + santé reproductive	APD 2017	APD 2018	APD 2019	APD 2020
Dépenses en millions d'euros	147,6	135,48	133,18	141,59

Dépenses pour le secteur santé

Dépenses secteur santé en millions d'euros	APD 2017	APD 2018	APD 2019	APD 2020
Bilatéral	79,44	72,35	71,22	64,02
Multilatéral	33,99	39,47	37,1	44,12
Total santé	113,43	111,82	108,32	108,14

Dépenses pour le secteur santé reproductive

Dépenses secteur santé reproductive in € millions	APD 2017	APD 2018	APD 2019	APD 2020
Bilatéral	11,45	8,62	9,84	18,62
Multilatéral	22,72	15,04	15,02	14,83
Total santé reproductive	34,7	23,66	24,86	33,45

Dépenses DGD avec marqueur RMNCH valeur 1 ou 2

Valeur SGMNI/ dépenses de la DGD en € millions	APD 2017	APD 2018	APD 2019	APD 2020
1	289,58	253,04	267,57	302,42
2	13,23	10,19	8,96	20,22

La 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 2020 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 novembre et décembre 2021.

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.¹⁵

Sur la base d'une analyse quantitative des dépenses nous répertorions **les dépenses fédérales consacrées aux SDR pour l'année 2020 et nous comparons ces dépenses aux dépenses pour 2017, 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 SDR.

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 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, le marqueur SGMNI et un outil pratique pour des analyses spécifiques.

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 SGMNI¹⁶. Évaluer dans quelle mesure un projet ou un programme contribue à la SGMNI s'avère en pratique difficile pour la DGD, c'est pourquoi les scores 1, 2 et 3 sont combinés à "1" et le score 4 est enregistré comme "2".

Le marqueur SGMNI ne fournit que **des informations partielles** concernant la santé sexuelle et la santé et les droits reproductifs (SDSR). Après tout, les projets et les programmes peuvent aussi cibler spécifiquement la santé des nourrissons et des enfants. **En ce sens, nous ne pouvons pas considérer le marqueur RMNCH comme un " marqueur SRHR "**. Elle ne donne pas non plus d'indications sur l'attention qui est ou n'est pas accordée au planning familial, à la prévention des MST ou, par exemple, aux interruptions de grossesse sans risque ou aux soins post-avortement. Il ne permet donc pas de déterminer quels sont les défis en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs que la Belgique soutient spécifiquement et où se trouvent les éventuelles lacunes.

Pour les dépenses jusqu'en 2019 inclus, la DGD a également utilisé un marqueur VIH interne. Le marqueur nous a donné plus d'informations sur l'attention accordée au VIH dans tous les projets fédéraux liés au développement de la base de données de l'APD, tant dans le secteur de la santé qu'en dehors. Malheureusement, la DGD a cessé de suivre les scores de VIH en 2021 (pour les chiffres de 2020).

“Santé” et “Santé reproductive”

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.

Les limites de l’analyse

a. 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.

b. 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 différenciation. 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.

c. Distorsion exercée sur les 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.