



Sexuellement saine ?

Examen des dépenses 2021 consacrées à la santé sexuelle
et reproductive dans la coopération internationale

Vlaams
expertisecentrum
voor
seksuele
gezondheid

SENSOA

Sensoa est le centre flamand
d'expertise sur la santé sexuelle

03 238 68 68 | sensoa.be
President Building (Vijfde verdieping)
E. Rooseveltplaats 12 bus 7, 2060 Antwerpen

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
LES DÉFIS.....	4
LE CADRE POLITIQUE BELGE.....	7
RÉSULTATS.....	9
1. L'aide à la santé reproductive progresse, tandis que l'aide à la santé stagne.....	9
2. L'aide future à la santé sexuelle et reproductive dans la coopération au développement gouvernementale est incertaine.....	11
3. L'aide pour la lutte contre l'épidémie de VIH atteint un sommet historique.....	12
4. Réduction des moyens destinés à la santé reproductive, à la santé maternelle, néo-natale et infantile dans les dépenses totales de la DGD et dans les dépenses consacrées à la santé.....	14
CONCLUSION.....	16
ANNEXES.....	18
Tableaux détaillés.....	18
La Methodologie.....	21
Marqueurs.....	21
'Santé et santé reproductive'.....	22
Les limites de l'analyse.....	22

Introduction



Depuis 2007, la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) figurent à l'ordre du jour 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 Interna-

tional dans le présent rapport.

Le rapport décrit 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 2021, 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 DÉFIS

Chaque année, l'on estime que **299 000 femmes meurent des suites de complications liées à leur grossesse ou à leur accouchement¹. 2,5 millions de nouveau-nés sont morts dans les premiers mois** suivant leur naissance². **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.

La moitié de toutes les grossesses dans le monde sont **non intentionnelles**. Il s'agit de grossesses de femmes qui n'avaient pas l'intention d'avoir (encore) des enfants, qui n'étaient pas prévues ou qui sont arrivées plus tôt que prévu³. Cela signifie que l'une des décisions les plus déterminantes dans la vie d'une femme n'est, pour beaucoup d'entre elles, pas du tout un choix. Comment est-ce possible ?

L'on estime que 257 millions de femmes dans le monde qui souhaitent prévenir une grossesse n'utilisent pas une forme de contraceptif moderne et sûre et que 172 millions de femmes n'utilisent aucun contraceptif⁴. Seules 57 % des femmes dans le monde sont capables de prendre elles-mêmes une décision à propos de leur santé sexuelle et reproductive. 23 % des femmes rapportent ne pas oser refuser un rapport sexuel.⁵

L'absence de droits à l'auto-détermination n'est pas la seule chose qui empêche les femmes d'utiliser un contraceptif. Dans les zones éloignées, les **services de planning familial** sont souvent **inexistants** et les femmes n'ont pas les moyens de se rendre dans une clinique. Les femmes qui ont néanmoins accès à des services de santé sont confrontées à des **ruptures de stock** ou à du **personnel de santé insuffisamment formé ou motivé** pour fournir des soins qualitatifs. **Cela décourage les femmes** d'utiliser un contraceptif ou les pousse à arrêter de les utiliser trop tôt. **La stigmatisation et les tabous** ou encore la réticence du partenaire, de la famille, des acteurs publics ou religieux peuvent aussi empêcher certaines personnes d'utiliser un contraceptif. Le contexte légal peut aussi limiter leur accès, par exemple lorsque ces personnes ne sont pas mariées ou qu'elles sont mineures. Il existe aussi un manque de confiance dans les formes de contraceptifs disponibles, ainsi qu'une inquiétude concernant leurs effets secondaires.⁶

Environ **60 % des grossesses non intentionnelles dans le monde aboutissent à un avortement**, légal ou illégal, sûr ou dangereux. Les avortements dangereux conduisent à l'hospitalisation de pas moins de 7 millions de femmes chaque année. 23 000 femmes meurent chaque année des conséquences d'un avortement dangereux.⁷

¹ [who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)

² data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/

³ SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)

⁴ UN DESA, 2021

⁵ SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)

⁶ SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)

⁷ SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)



Outre les femmes et les filles qui se voient confrontées à des grossesses non intentionnelles, certaines femmes et certains couples voient leur désir d'enfant insatisfait. **Selon une estimation, 186 millions** de femmes qui se sont mariées en âge de se reproduire dans les pays à faible revenu connaissent un **désir d'enfant insatisfait**. Cela signifie **qu'un couple sur quatre** souffre d'infertilité.⁸ Les infections sexuellement transmissibles non détectées et/ou non traitées sont une importante cause d'infertilité.⁹ **Dans le contexte de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, la prévention et le traitement des IST ne sont pas disponibles**, ou sont impayables (à cause du manque de financement public).¹⁰ Des dépistages et des traitements des IST (de même que des dépistages et le traitement du VIH) peuvent pourtant être intégrés dans les soins de santé de première ligne. Un engagement renouvelé en faveur de l'utilisation des préservatifs peut par ailleurs faire une différence de taille dans la réduction de la transmission des IST et du VIH.

La **crise climatique sape également la santé sexuelle et reproductive** ainsi que les droits des personnes. La chaleur et l'absence d'eau propre rendent par exemple plus compliqués les soins adéquats pour les femmes enceintes, ce qui génère un épuisement physique et mental. Les déplacements forcés générés par la sécheresse, les inondations ou autres conditions climatiques extrêmes et/ou les conflits qui en découlent vont à leur tour de pair avec des risques accrus de violence, en ce compris la violence sexuelle et fondée sur le genre, en ce compris une augmentation des pratiques néfastes telles que les mariages précoces et les mutilations génitales féminines.¹¹



Les énormes besoins en matière de santé sexuelle et reproductive sont confrontés à un déficit de financement.

Alors que le monde semblait s'être arrêté du fait de la pandémie de Covid-19, en 2021, **l'épidémie de VIH a pris une vie par minute**, en dépit de l'existence de moyens préventifs et de traitement efficaces. Un tiers des personnes vivant avec le VIH n'ont pas accès aux médicaments vitaux, proportion qui passe même à cinquante pour cent chez les enfants. En Europe de l'Est, Asie centrale, Moyen-Orient et Afrique du Nord, le nombre de nouvelles contaminations par le VIH progresse depuis dix ans déjà.¹²

Les énormes besoins en matière de santé sexuelle et reproductive sont confrontés à un déficit de financement. On estime que, chaque année, il manque 6 milliards de dollars pour répondre aux besoins des filles et des femmes en matière de contraception.¹³ Les fonds internationaux consacrés à la prévention et au traitement des IST sont maigres et, depuis de nombreuses années, les moyens internationaux relatifs à la prévention et à l'approche du VIH sont sous pression. La pandémie de Covid-19 a également exposé l'urgence pour le monde d'investir dans le renforcement des systèmes de santé et des assurances-santé.



⁸ Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission (2018)

⁹ [who.int/reproductivehealth/topics/infertility/countryperspective/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/countryperspective/en/)

¹⁰ Sexually transmitted infections (STIs) (who.int)

¹¹ [iawg.net/resource/adolescent-sexual-reproductive-health-needs-emergencies/](https://www.iawg.net/resource/adolescent-sexual-reproductive-health-needs-emergencies/)

¹² Executive summary - In Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022

¹³ Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019 | Guttmacher Institute

La communauté internationale s'est engagée, par **l'Agenda 2030** pour le Développement durable, à atteindre, à l'horizon 2030, l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, à lutter contre la mortalité maternelle et néonatale, à mettre fin à l'épidémie de VIH et à organiser une couverture de santé universelle (« universal health coverage »). En 2023, nous sommes à mi-chemin de 2030, mais la **réalisation de l'agenda est trop lente** et la **pandémie de Covid-19** sape les **progrès déjà enregistrés**. **Il est urgent de passer à la vitesse supérieure pour ce qui est de notre engagement en faveur des Objectifs de développement durable.**

“

Il est urgent de passer à la vitesse supérieure pour ce qui est de notre engagement en faveur des Objectifs de développement durable.

LE CADRE POLITIQUE BELGE

Que pouvons-nous attendre de la Belgique ? 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 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 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" et en mai 2022, la Belgique a célébré à Bruxelles le cinquième anniversaire du mouvement "She Decides".

En juillet 2023, la Belgique fera rapport, pour la seconde fois, aux Nations-Unies au sujet des efforts consentis pour atteindre les Objectifs de développement durable de l'Agenda 2030. Dans le premier rapport de la Belgique à l'ONU en 2017 le gouvernement a clairement souligné l'importance des SDSR. Dans la perspective de ce premier rapport, 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 SDR.¹⁴ 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 SDR.¹⁵ Ces résolutions sont une preuve du soutien dont bénéficient les SDR 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 SDR.

L'amélioration de la politique en matière des SDR 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 SDR de Be-cause Health, dont Sensoa est également un membre actif.



Pour le gouvernement actuel et la ministre de la Coopération au développement, Meryame Kitir, les SDR demeurent une priorité, avec une attention particulière aux SDR des jeunes.

¹⁴ dekamer.be/FLWB/pdf/54/2040/54K2040014.pdf

¹⁵ lachambre.be/FLWB/pdf/54/2211/54K2211008.pdf

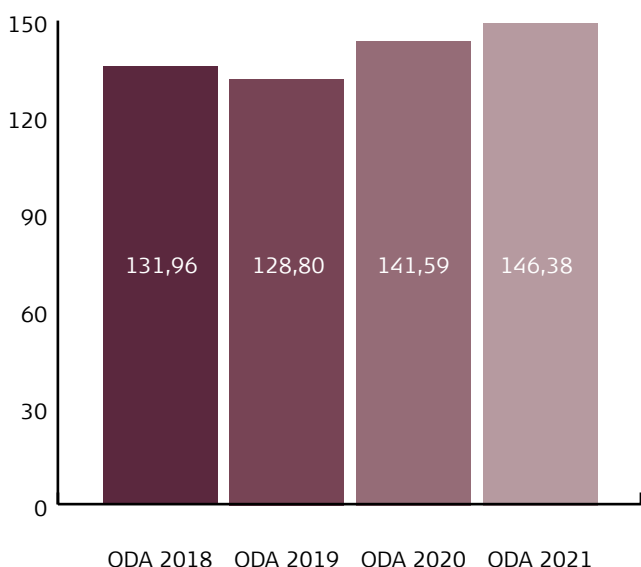


RÉSULTATS

1. L'aide à la santé reproductive progresse, tandis que l'aide à la santé stagne

Les **dépenses totales** consacrées à la santé et à la santé reproductive ont progressé de 141 millions d'euros en 2020 à 146 millions d'euros en 2021.

Dépenses totales de la DGD pour la santé et la santé reproductive (en millions d'euros)



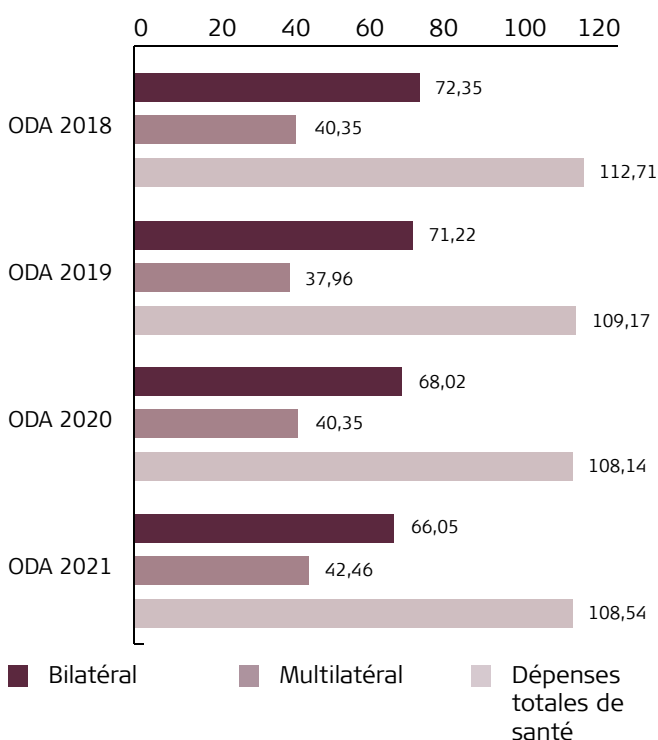
Les **dépenses consacrées au secteur de la santé** ont toutefois stagné et elles sont restées au même niveau qu'en 2020, à savoir 108 millions d'euros. Sur les 108 millions d'euros d'aide apportés à la santé, 66 millions d'euros ont été dépensés par les canaux de la coopération bilatérale et 42 millions par la coopération multilatérale. L'absence d'augmentation de l'aide à la santé se remarque à la lumière des besoins que la pandémie de Covid-19



En dépit de la pandémie de Covid-19, l'aide internationale attribuée à la santé n'a pas augmenté.



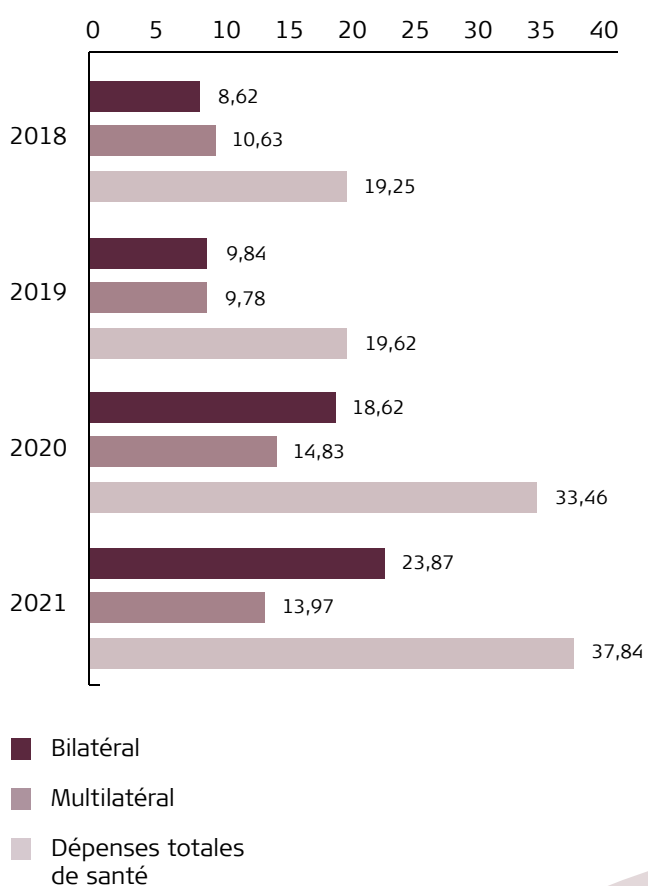
Dépenses consacrées au secteur de la santé (en millions d'euros)



a exposés dans ce secteur dans le monde entier.

Les **dépenses consacrées à la santé reproductive** ont progressé de 33,45 millions d'euros à 37,8 millions d'euros en 2021. À l'instar des années précédentes, l'augmentation s'est manifestée dans les dépenses bilatérales et principalement dans la coopération gouvernementale avec les pays partenaires (cf. 2.).

Dépenses consacrées au secteur de la santé reproductive (en millions €)



Proportionnellement, le poids de la santé et de la santé reproductive dans les dépenses totales de la DGD a légèrement augmenté en 2021, à **11,89 %** (146 millions d'euros sur un total de 1,2 milliards d'euros), en partant de 11,73 %. Bien que cette tendance soit positive, **son rythme n'est pas assez soutenu pour que l'on puisse parler d'accélération vers l'objectif de 15 % des ressources totales** de la coopération internationale pour la santé, en ce compris la santé et les droits sexuels et reproductifs. De plus, les moyens consacrés à la santé et la santé reproductive devraient augmenter parallèlement, vu que les investissements consacrés au renforcement des systèmes de santé sont indispensables pour pouvoir fournir des services de santé sexuelle et reproductive.

RECOMMANDATION 1

Augmenter les dépenses consacrées à la coopération internationale en matière de santé, en ce compris la santé et les droits sexuels et reproductifs, à 15 % de toutes les dépenses consacrées à la coopération internationale.

2. L'aide future à la santé sexuelle et reproductive dans la coopération au développement gouvernementale est incertaine

En 2021, les dépenses totales consacrées au secteur de la santé reproductive sont passées à 37,84 millions d'euros, contre 33,45 millions d'euros en 2020. Cette augmentation est due à **la mise en œuvre des programmes de coopération gouvernementale en cours avec des pays partenaires**, qui accordent une attention particulière à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.



Nous constatons que les nouveaux programmes pluriannuels conclus par Enabel avec les pays partenaires de la Belgique n'accordent plus la même priorité aux SDSR.

Les dépenses spécifiquement consacrées aux SDSR dans la coopération gouvernementale par Enabel ont augmenté de **14,44 millions d'euros à 19,65 millions d'euros** et elles représentent donc près de la moitié des dépenses totales en matière de santé reproductive. **Une aide importante permanente pour la santé et les droits sexuels et reproductifs dans le cadre de la coopération gouvernementale n'est cependant pas garantie** : les programmes de coopération gouvernementale en cours couvrent une période de 4 ans, qui a débuté en 2019-2020. En 2023-2024, ils sont donc arrivés dans leur dernière année d'exécution. Nous constatons que les nouveaux programmes pluriannuels conclus par Enabel avec les pays partenaires de la Belgique n'accordent plus la même priorité aux SDSR. Quand c'est possible, l'attention aux SDSR est intégrée dans la programmation, mais elle n'est plus une évidence. Nous nous attendons dès lors à ce que dans les prochaines années la Belgique apporte une contribution financière beaucoup moins importante à la réalisation des SDSR dans ses pays partenaires qu'au cours des dernières années.

RECOMMANDATION 2

1. La priorité qui est accordée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans le cadre politique belge par le gouvernement actuel et le parlement se traduit par une aide aux organisations multilatérales et dans les programmes de coopération gouvernementale arrivant à échéance.
2. La Belgique s'engage à ancrer plus solidement les SDSR, y compris la prévention et la lutte contre le VIH, dans les nouveaux programmes de coopération directe et indirecte mis en place et à prévoir les budgets nécessaires pour ce faire.

3. L'aide pour la lutte contre l'épidémie de VIH atteint un sommet historique

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 de VIH généralisée. Certains groupes de ces pays partenaires connaissent quant à eux (également) une épidémie concentrée. Toutefois, **Dans aucun de ses pays partenaires, la Belgique ne s'engage explicitement en faveur de la prévention et de la lutte contre le VIH et les IST.**



Dans aucun de ses pays partenaires, la Belgique ne s'engage explicitement en faveur de la prévention et de la lutte contre le VIH et les IST.

Il existe une aide multilatérale de la DGD au profit de la lutte contre le VIH, mais depuis quelques années, elle stagne à 18 millions d'euros, dont 3 millions d'euros sont destinés à ONUSIDA et 15 millions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, alors même que ces organisations tiraient déjà la sonnette d'alarme il y a quelques années, car de plus en plus de bailleurs de fonds ne font plus du VIH une priorité.

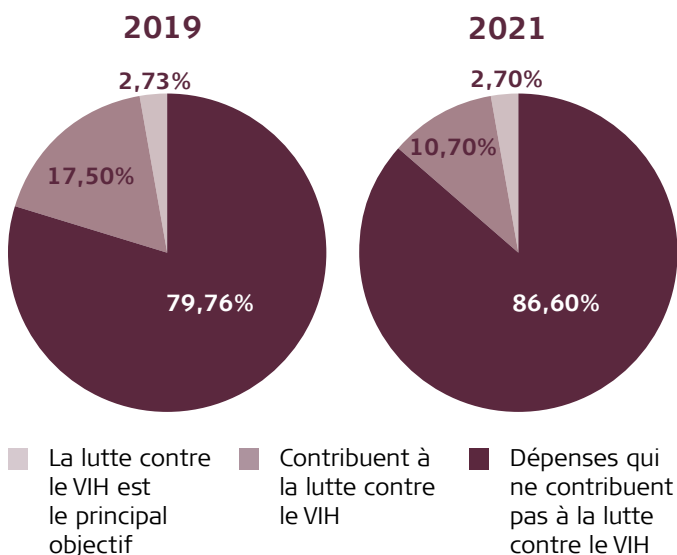
Nous pouvons également examiner l'aide pour la lutte contre l'épidémie de VIH au regard du marqueur du VIH, un marqueur interne utilisé par la DGD pour savoir dans quelle mesure les programmes et projets dans les secteurs de la santé et en dehors de ceux-ci ont contribué à la lutte contre le VIH-sida. Dans cette analyse, nous utilisons les dépenses de 2019 comme point de comparaison, puisque le marqueur VIH pour les dépenses 2020 n'a pas fait l'objet d'un contrôle quant à l'exactitude de l'attribution.

Quelles évolutions constatons-nous dans l'attention au VIH au regard des dépenses totales et dans le cadre des dépenses

consacrées à la santé ?

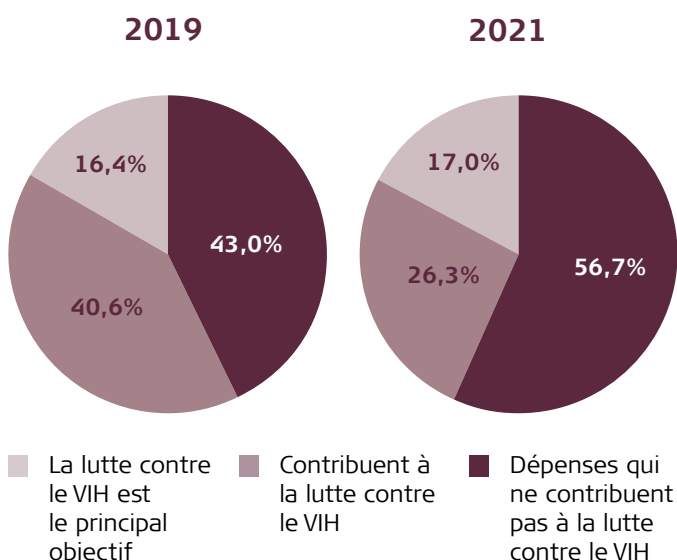
En 2021, 10 % de toutes les dépenses de la DGD

Attention accordée à la lutte contre le VIH dans les dépenses totales



(132 millions d'euros) ont contribué à la lutte contre le VIH (marqueur VIH score 1), tandis que 2,6 % de toutes les dépenses avaient la lutte contre le VIH comme objectif principal (score 2). Cela représente une diminution au regard de 2019, année où 17,5 % de toutes les dépenses contribuaient encore à la

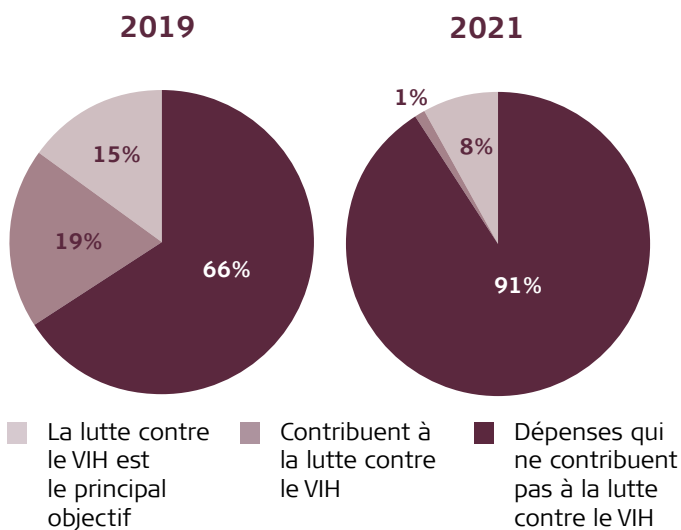
Attention accordée à la lutte contre le VIH dans les dépenses de santé



lutte contre le VIH (score 1) et 2,7 % avaient cette lutte pour objectif principal (score 2).

Dans les dépenses consacrées à la santé, la diminution de l'attention accordée au VIH est encore plus importante : les dépenses contribuant à la

Attention accordée à la lutte contre le VIH dans les dépenses de santé reproductive



lutte contre le VIH sont passées de 40,6 % (2019) à 26,3 % (2021). Les dépenses ayant le VIH comme objectif principal ont plafonné à 16,3 % (contre 17 %). Dans les dépenses de santé reproductive également, le pourcentage des dépenses au profit de la lutte contre le VIH se sont effondrées, de 18,4 % (2019) à 1,44 % (2021) et les dépenses ayant la lutte contre le VIH comme principal objectif ont également connu un recul de 15,2 % (2019) à 7,9 % (2021).

Une lutte efficace contre le VIH et autres IST requiert toutefois des efforts particuliers dans 3 domaines :

RECOMMANDATION 3

Augmenter les dépenses consacrées à la prévention et à la lutte contre le VIH et les IST dans la coopération internationale de la Belgique. Pour ce faire, s'engager à la fois dans la promotion (1) de l'intégration des SDR, y compris le VIH et les IST, dans les soins de santé de base, (2) mener une prévention, un dépistage et un traitement du VIH et des IST orientés sur le groupe-cible et (3) d'une approche multisectorielle des SDR, y compris le VIH. C'est de cette façon et de cette façon seulement que l'Agenda 2030 pourra être réalisé.



1. **L'intégration** de la prévention et de la lutte contre le VIH et les IST **dans les projets et programmes favorisant la santé et les droits sexuels et reproductifs dans les soins de santé de base**, de manière à pouvoir toucher la population générale ;
2. **Des interventions orientées sur des groupes-cibles** en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH et des IST pour ceux qui sont stigmatisés et discriminés au sein de la société et dans les soins, à savoir les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les prostituées, les consommateurs de drogues en intraveineuse, les transgenres, les migrants, mais aussi les adolescents qui ne sont pas supposés être sexuellement actifs. Idéalement intégrées dans des informations et services de SDR spécifiques au groupe-cible. Ces interventions doivent de préférence aller de pair avec la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans les sociétés et la décriminalisation de ces groupes et de leur sexualité dans la législation des pays avec lesquels la Belgique entretient des relations internationales et/ou mène une coopération.
3. Une **approche multisectorielle du VIH** dans des pays ou régions où la prévalence est élevée, en accordant une attention au VIH et aux SDR dans l'enseignement, sur le lieu de travail, dans l'aide humanitaire, etc.

4. Réduction des moyens destinés à la santé reproductive, à la santé maternelle, néo-natale et infantile dans les dépenses totales de la DGD et dans les dépenses consacrées à la santé

Les SRMNI dans les dépenses totales de la DGD

Les dépenses consacrées à la coopération internationale qui contribuent à la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile sont cartographiées par le marqueur SRMNI (en anglais RMNCH, soit « Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health ») de l'OCDE-CAD. Ce marqueur montre que les dépenses de la DGD contribuant à la SRMNI (score 1) sont en net recul et que les dépenses ayant la SRMNI comme objectif principal (score 2) progressent légèrement, mais pas suffisamment pour compenser la perte : 16,72 % de toutes les dépenses de la DGD en 2021 ont contribué à la SRMNI (score 1) et 2,88 % avaient la SRMNI comme objectif principal (score 2). En 2020, ces pourcentages étaient respectivement de 24,28 % (score 1) et 2,3 % (score 2). L'aug-

Score SRMNI / % des dépenses totales de la DGD	1	2
APD 2018	22,66%	1,28%
APD 2019	23,10%	1,41%
APD 2020	24,79%	2,30%
APD 2021	16,65%	2,88%

mentation des dépenses de score 2 est imputable à une augmentation précédemment décidée des dépenses en matière de santé reproductive dans les programmes de coopération gouvernementale.

La SRMNI dans les dépenses consacrées à la santé

70,65 % des dépenses consacrées au secteur de la santé ont contribué à la SRMNI (la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile). Cela représente une diminution au regard de 2020,

lorsque 76,46 % des dépenses consacrées à la santé contribuaient à la SRMNI.

Nous rappelons aussi les **limitations du marqueur SRMNI** : Le marqueur SRMNI n'est pas un marqueur holistique permettant de mesurer la santé et les droits sexuels et reproductifs. **Il nous parle principalement de l'attention accordée à la santé maternelle et infantile.** La contraception, la formation et l'information sur des relations sexuelles sûres pour les jeunes, les besoins des minorités sexuelles et des personnes atteintes par le VIH, l'approche de la violence sexuelle fondée sur le genre et les pratiques néfastes, qui sont autant de dimensions des SDSR, ne sont pas pris en compte par ce marqueur.

Score SRMNI / % des dépenses du secteur de la santé	1	2	Total
APD 2018	79,17%	0,31%	79,48%
APD 2019	84,03%	0%	84,03%
APD 2020	76,46%	0%	76,46%
APD 2021	70,65%	0%	70,65%

RECOMMANDATION 4

1. Mieux cartographier, au sein de la DGD, les dépenses spécifiquement consacrées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et plus particulièrement au planning familial, ainsi que les groupes-cibles atteints.
2. Mettre à l'agenda de l'OCDE-CAD les limitations du marqueur RMNCH, pour que les efforts internationaux au profit de la santé et des droits sexuels et reproductifs puissent être suivis et contrôlés plus efficacement.

5. Une nouvelle illusion ? « Reality check » de l'attention accordée à la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile dans l'aide humanitaire

Les dépenses consacrées à l'aide humanitaire en 2021 s'élevaient à 185 millions d'euros, dont 56 millions d'euros ou **30 % ont contribué à la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile** et un peu moins de 1 million d'euros avait ces groupes pour objectif principal. Cela constitue un énorme recul au regard de 2020, lorsque 78 % de toutes les dépenses de santé contribuaient à la SRMNI. Comment est-ce possible ? L'interrogation de la DGD nous apprend que les contributions à la SRMNI étaient autrefois surestimées. **Ces 30 % sont donc plus proches de la réalité que les pourcentages élevés communiqués ces dernières années et dont nous nous réjouissons, à tort apparaît-il à présent.** Ce faible pourcentage doit nous inquiéter, car dans le Sud global, les réfugiés sont principalement des femmes et des enfants. La crise climatique met en outre une pression supplémentaire sur la santé et les droits sexuels et reproductifs.

Les 30 % d'aide qui contribuent à la SRMNI **ne sont en outre pas transparents : nous ignorons quels aspects de la santé et des droits sexuels et reproductifs bénéficient ou pas d'une attention au sein de notre aide humanitaire.** L'aide humanitaire belge contribue-t-elle à la prévention des grossesses non planifiées et des infections sexuellement transmissibles en temps de crise ? Une attention est-elle accordée à la prévention et l'approche des comportements sexuels abusifs ? Soutenons-nous l'accès à l'avortement pour les personnes qui connaissent une grossesse non planifiée en temps de crise ?

Score SRMNI en % des dépenses pour l'aide humanitaire	1	2	Total
APD 2018	63,32%	0,00%	63,32%
APD 2019	69,68%	0,88%	70,56%
APD 2020	78,88%	0,58%	79,47%
APD 2021	30,20%	0,47%	30,68%



Seuls 30 % de toutes les dépenses de l'aide humanitaire contribuent à la santé reproductive, à la santé maternelle, néo-natale et infantile.

RECOMMANDATION 5

1. Dans les situations de crise humanitaire, être attentif à l'information, la sensibilisation et l'offre de services de la santé et des droits sexuels et reproductifs pour que les personnes en situation de crise soient mieux protégées contre les grossesses non planifiées, la mortalité maternelle et infantile, les infections sexuellement transmissibles et les comportements sexuels abusifs.
2. 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, demander à ce qu'elles cartographient systématiquement les besoins en matière de SDRS dans les analyses contextuelles et les appels à l'aide et à ce qu'elles établissent un rapport sur l'attention accordée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans leurs interventions.
3. Pour ce faire, investir également dans la capacité nécessaire, tant à la DGD que dans le secteur de l'aide humanitaire, pour que la Belgique puisse également faire en sorte que les personnes en situation de besoin ne subissent pas de souffrance humaine supplémentaire.

CONCLUSION

En dépit de l'augmentation des dépenses en matière de santé reproductive, l'examen des dépenses de 2021 nous paraît sombre. Pourquoi ?

1. Les dépenses en matière de santé reproductive dans la coopération avec les pays partenaires augmentent, mais les dépenses pour le secteur des soins de santé stagnent. Nous savons d'expérience (et de par la pandémie) que **des soins de santé sexuelle et reproductive qualitatifs s'appuient sur des systèmes de santé forts**, dispensés par du personnel sanitaire formé, motivé et bien payé, qui communique correctement des informations aux patients, garantissent la confidentialité et disposent des équipements, des médicaments et des contraceptifs nécessaires pour pouvoir faire correctement leur travail. Il est dès lors impossible d'investir dans l'un (SDSR) sans investir dans l'autre (santé).

2. Les échéances auxquelles nous faisons face sont préoccupantes. **Les programmes gouvernementaux pluriannuels qui assurent la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs - et qui pèsent lourdement sur l'aide de la Belgique aux SDSR - entrent dans leurs dernières années en 2023-2024.** Le suivi et l'engagement permanent d'Enabel en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs ne sont pas garantis.

3. **L'examen de l'engagement de la Belgique pour la prévention et l'approche du VIH est tout bonnement déprimant.** Tant les dépenses au profit de la santé que les dépenses au profit de la santé reproductive ou encore celles consacrées aux autres secteurs réduisent l'attention pour la lutte contre le VIH. Avec 4 000 nouvelles infections par semaine,

un mort par minute et un nombre croissant de malades développant des résistances aux médicaments, nous ne pouvons toutefois pas faire comme si nous avions mis fin au VIH-sida.

La Belgique peut s'enorgueillir du soutien sans faille aux organisations multilatérales, mais l'aide actuelle ne suffit pas et elle nie la réalité dans nos pays partenaires. Ces pays sont toujours confrontés à un grand nombre d'infections et ils ne peuvent offrir à tous l'accès aux traitements vitaux. De plus, la stigmatisation et la discrimination de certains groupes font en sorte que des épidémies concentrées ne sont pas traitées et que l'inégalité progresse.

C'est pourquoi nous demandons de remettre systématiquement la lutte contre le VIH à l'agenda des pays partenaires et au niveau international. Contribuer à ce que la prévention et le traitement du VIH/des IST et les soins de santé sexuelle et reproductive trouvent leur place dans les soins de santé de base. **Œuvrer en outre pour des projets et des programmes spécifiques au groupe-cible** (par exemple les jeunes et les minorités sexuelles) et renforcer l'attention au VIH, aux IST et aux SDRS également dans les autres secteurs qui ne relèvent pas de la santé.

- 4. Depuis des années, l'attention accordée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans notre aide humanitaire a été surestimée.** Le marqueur SRMNI (santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile), que nous utilisons par procuration en l'absence de marqueur SDRS, a systématiquement indiqué que 75 % des dépenses profitaient à la SRMNI. Puisque le marqueur est à présent appliqué de façon plus précise, il apparaît que 30 % seulement de toutes les dépenses humanitaires contribuent à la santé reproductive.
- 5. Enfin, obtenir une image complexe et nuancée de l'engagement effectif de la Belgique en faveur des SDRS,** dans quelle mesure il s'inscrit dans la lignée des ambitions de son cadre politique et quels résultats les moyens permettent d'atteindre **demeure un défi.** Comment le soutien de la Belgique bénéficie-t-il aux besoins des jeunes ? Où va-t-on au-delà des soins mère-enfant classiques ? Quel est notre engagement dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et le dépassement des tabous ? Qu'est-ce qui fonctionne vraiment ? Pour le savoir, il convient

de mieux documenter et évaluer l'engagement de la Belgique dans divers secteurs et envers divers groupes-cibles.

ANNEXES

Tableaux détaillés

Dépenses totales consacrées aux secteurs de la santé et de la santé reproductive

Dépenses en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
Santé et santé reproductive	131,96	128,79	141,59	146,38

Dépenses consacrées au secteur de la santé reproductive

Dépenses secteur de la santé en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
Bilatérales	72,35	71,21	68,02	66,07
Multilatérales	40,35	37,95	40,11	42,46
Totales santé	112,70	109,17	108,14	108,54

Dépenses consacrées au secteur de la santé reproductive

Dépenses secteur de la santé reproductive en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
Bilatérales	8,62	9,84	18,62	23,87
Multilatérales	10,63	9,78	14,83	13,97
Totales santé	19,25	19,62	33,45	34,84

L'attention accordée à la lutte contre le VIH dans les dépenses totales

Score VIH/dépenses DGD totales en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
1	200,07	203,77	234,79	132,02
2	29,47	31,82	36,99	32,87

Pourcentages dans les diagrammes circulaires calculés sur les dépenses totales de la DGD pour chaque année de dépense

Dépenses totales de la DGD/par an en milliards d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
	1,12	1,16	1,21	1,23

L'attention accordée à la lutte contre le VIH dans les dépenses consacrées à la santé

Score VIH/dépenses DGD consacrées à la santé en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
1	44,36	44,32	35,80	28,52
2	16,55	17,88	22,19	18,47

Pourcentages dans les diagrammes circulaires calculés sur les dépenses totales consacrées à la santé

Total santé en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
	112,70	109,17	108,14	108,54

L'attention accordée à la lutte contre le VIH dans les dépenses consacrées à la santé reproductive

Score VIH/dépenses totales DGD en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
1	4,36	3,61	2,01	0,54
2	2,31	3	3	3

Pourcentages dans les diagrammes circulaires calculés sur les dépenses totales consacrées à la santé reproductive

Total santé reproductive en millions d'euros	19,25	19,62	33,45	34,84
---	-------	-------	-------	-------

L'attention accordée à la SRMNI dans les dépenses totales de la DGD

Score SRMNI/ Dépenses DGD en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
1	254,89	269,33	301,637	205,807
2	14,39	16,36	27,95	35,50

Pourcentages calculés sur les dépenses totales de la DGD pour chaque année de dépense

Dépenses totales DGD/ par an en milliards d'euros	1,12	1,16	1,21	1,23
--	------	------	------	------

L'attention accordée à la SRMNI dans les dépenses de la DGD consacrées à la santé

Score SRMNI/ Dépenses DGD en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
1	89,23	91,74	82,68	76,68
2	0,35	0	0	0

Pourcentages calculés sur les dépenses totales de la DGD consacrées à la santé pour chaque année de dépense

Total santé en millions d'euros	112,70	109,17	108,14	108,54
--	--------	--------	--------	--------

Dépenses de la DGD consacrées à l'aide humanitaire avec un marqueur SRMNI score 1 ou 2

Score SRMNI/ aide humanitaire en millions d'euros	APD 2018	APD 2019	APD 2020	APD 2021
1	107,49	118,31	152,29	56,07
2	0	1,5	1,12	0,87

Pourcentages calculés sur les dépenses totales de la DGD consacrées à l'aide humanitaire

Total dépenses aide humanitaire DGD en millions d'euros	169,75	169,80	193,06	185,63

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 2021 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 septembre 2022.

Les dépenses fédérales en faveur des SDRS, 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.¹⁶

Sur la base d'une analyse quantitative des dépenses nous répertorions **les dépenses fédérales consacrées aux SDRS pour l'année 2021 et nous comparons ces dépenses aux dépenses pour 2018, 2019 et 2020.** 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 SDRS.

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-gouver-

nementale 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.

Marqueurs

Dans l'aperçu des dépenses rapportées selon les différents secteurs et sous-secteurs, la DGD applique différents marqueurs qui rendent les dépenses plus transparentes. Dans le cadre de notre rapport, le marqueur SRMNI est un outil pratique pour des analyses spécifiques.

Le **marqueur SRMNI** est un baromètre qui identifie les projets et programmes contribuant à la santé reproductive et à la santé maternelle, néo-natale et infantile (RMNCH – Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health), ce marqueur est conçu par l'OCDE/CAD et il compte 2 scores possibles : « 2 » signifie qu'un projet a la SRMNI pour objectif principal, « 1 » signifie que les moyens affectés à un projet contribuent à la SRMNI.¹⁷

Le marqueur SRMNI ne fournit toutefois que des informations partielles en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR). En effet, des projets et programmes peuvent aussi cibler spécifiquement la santé des nourrissons et des enfants. C'est pourquoi

nous ne pouvons pas considérer le marqueur SRMNI comme un « marqueur SDR ». Il n'offre en outre aucune visibilité sur l'attention qui est accordée (ou non) au planning familial, à la prévention des IST ou par exemple à des interruptions de grossesse ou des soins post-avortement sécurisés. Il ne permet dès lors pas de cartographier les défis en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs spécifiquement soutenus par la Belgique ni les lacunes éventuelles.

Le **marqueur VIH** n'est pas un marqueur officiel OCDE/CAD, il a été introduit par la DGD. Le score « 2 » est attribué à des projets dans lesquels l'approche du VIH revêt une importance primordiale et qui ne seraient pas réalisés en l'absence de cet objectif. Le score « 1 » est attribué à des projets dans lesquels l'approche du VIH joue un rôle significatif, mais néanmoins secondaire. Le score « 0 » est attribué à des projets dans lesquels l'approche du VIH ne joue aucun rôle.

Ce marqueur nous apporte de plus amples informations au sujet de l'attention accordée au VIH dans l'ensemble des projets de la base de données de l'APD pertinents pour le développement, tant dans le secteur de la santé qu'en dehors de celui-ci.

'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 SDR (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.

¹⁶ Une intervention/opération peut être facturée comme l'aide publique au développement si chacun des éléments suivants quatre conditions sont remplies :

1. l'opération est "officielle" : l'opération est effectuée par un agent de l'État. les paiements sont effectués à partir de fonds publics belges (FPS Affaires étrangères, DGCD, SPF Finances, etc.);
2. il s'agit de Développement : le développement économique et social comme objectif principal ;
3. il s'agit d'une "assistance" : il s'agit d'une aide (et non pas d'une transaction commerciale aux conditions du marché) ;
4. l'aide va à des contributions structurelles aux institutions internationales qui sont figurant sur la liste du CAD (par exemple, OMS, ONUSIDA, FNUAP, etc.) ou à un pays (ou groupe de pays) de la liste des OECD/CAD.

Source : <http://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/Ontwikkelingssamenwerking/Cijfers/DGDprojectdb/>

¹⁷ <http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/Addendum%203.pdf>

Editeur responsable :

Chris Lambrechts, F. Rooseveltplaats 12 bus 7,
2060 Anvers

Rédaction finale : Marlies Casier, Heleen Heysse

Traduction en français : Lieve De Meyer

Design : MediaComm

Photographie : Getty Images, Unsplash

Une publication de l'asbl Sensoa

©Sensoa

Des questions sur Sensoa ?

Tél : 03 238 68 68

info@sensoa.be

www.sensoa.be