

# Sexuellement saine ?

Examen des dépenses belges consacrées à la santé sexuelle et reproductive dans la coopération internationale en 2023.



Vlaams  
expertisecentrum  
voor  
seksuele  
gezondheid **SENSOA**

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

03 238 68 68 | [sensoa.be](https://sensoa.be)  
President Building (Vijfde verdieping)  
F. Rooseveltplaats 12 bus 7, 2060 Antwerpen

# Table des matières

INTRODUCTION .....	3
LES DÉFIS .....	5
LE CADRE POLITIQUE BELGE .....	8
RÉSULTATS .....	10
1. Les dépenses consacrées à la santé et à la santé reproductive diminuent, et leur part dans les dépenses totales de la DGD est en recul 10	
2. L'aide future à la santé sexuelle et reproductive dans la coopération au développement gouvernementale est incertaine .....	12
3. L'aide pour la lutte contre l'épidémie de VIH reste historiquement faible 13	
4. Réduction des moyens consacrés 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 .....	15
5. L'aide humanitaire ne met pas suffisamment l'accent sur la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile .....	16
CONCLUSION .....	18
LA MÉTHODOLOGIE .....	23
MARQUEURS .....	23
Tableaux détaillés .....	20
La méthodologie.....	23
Marqueurs .....	23
« Santé » et « Santé reproductive » .....	24
Les limites de l'analyse.....	24

# Introduction



---

**La Belgique attache une grande importance à la santé sexuelle et reproductive (SSR). Mais cette importance se traduit-elle également par un engagement financier ?**

La coopération au développement en général, et la santé et les droits sexuels et reproductifs en particulier, font l'objet d'une pression sans cesse croissante au niveau international. Ces dernières années, plusieurs pays ont vu arriver au pouvoir des gouvernements qui refusent de continuer à investir dans la coopération au développement. Parmi ces pays, on trouve par exemple les Pays-Bas et les États-Unis. Ces gouvernements cultivent une vision de la santé sexuelle qui va à l'encontre de l'autodétermination, des droits de l'homme et des connaissances scientifiques. Leur vision réduit l'accès à des contraceptifs fiables, appauvrit les connaissances en matière de santé sexuelle et conduit à davantage d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/how-project-2025-seeks-obliterate-srhr>



Durant le premier mandat du président Trump, la communauté internationale a soutenu l'initiative « She Decides ». « She Decides » a été créée pour limiter l'impact de la « règle du bâillon mondial ». C'était un signal international fort en faveur d'une vision positive de la santé sexuelle, fondée sur des données scientifiques et sur les droits.

La communauté internationale va-t-elle à nouveau s'unir pour défendre les SDSR dans le monde ? Serons-nous en mesure de combler le fossé financier laissé par les États-Unis ? La Belgique est l'un des initiateurs de « She Decides ». Les SDSR figurent en outre à l'ordre du jour de la coopération internationale belge depuis 2007. La Belgique investit également dans les SDSR dans le cadre de ses coopérations bilatérales et multilatérales. Sur le plan international, la Belgique est pionnière en la matière.



**La communauté internationale va-t-elle à nouveau s'unir pour défendre les SDSR dans le monde ?**

Pourtant, l'analyse annuelle des dépenses de la Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) soulève des questions. La Belgique investit-elle suffisamment pour relever les défis internationaux ?

Ce rapport présente les défis et le cadre politique belge en matière de santé sexuelle et reproductive. Il présente également les principales conclusions relatives aux dépenses de la DGD pour 2023. Ces conclusions sont chacune associées à des recommandations politiques concrètes. La méthodologie utilisée ainsi qu'un petit mot d'explication concernant les limites de l'analyse figurent en annexe. L'analyse des dépenses s'effectue sur la base des chiffres communiqués par la DGD à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et également fournis à Sensoa.\*

\* Il est important de noter que les chiffres sont mis à jour et corrigés année après année. Cela signifie que les dépenses de différentes années peuvent être comparées entre elles dans un même rapport, mais pas avec les chiffres des rapports des années précédentes.



## LES DÉFIS

L'on estime que chaque jour, **800 femmes meurent des suites de complications liées à leur grossesse ou à leur accouchement.**<sup>2</sup> Chaque jour également, 6 300 **nouveau-nés** meurent, **soit** pas moins de 2,3 millions d'enfants par an.<sup>3</sup> La plupart de ces décès auraient pu être évités grâce à un meilleur accès aux services vitaux. Pour éviter les grossesses non planifiées, des soins de maternité adéquats et un planning familial sont essentiels.

**La moitié de toutes les grossesses** dans le monde **sont non intentionnelles**, c'est-à-dire que les femmes n'avaient pas (encore) l'intention d'avoir des enfants.<sup>4</sup> 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 contraception moderne et sûre. 164 millions de femmes n'utilisent aucune méthode de contraception.<sup>5</sup> Dans le monde, seuls 57 % des femmes sont en mesure de prendre leurs propres décisions à propos de leur santé sexuelle et reproductive. 23 % des femmes rapportent ne pas oser refuser un rapport sexuel avec leur partenaire.<sup>6</sup>

Mais **l'absence de droits à l'autodétermination n'est pas la seule chose qui empêche les femmes** d'avoir recours à la contraception. Dans les zones reculées, les **services de planning familial** sont généralement **inexistants**. Les femmes n'ont souvent pas les moyens de se rendre dans une clinique. Et celles qui ont accès aux services de santé sont confrontées à des **ruptures de stock** ou à du **personnel de santé insuffisamment formé ou motivé** pour fournir des soins de qualité. **Cette situation décourage les femmes** d'utiliser un contraceptif ou les pousse à l'arrêter prématurément. La **stigmatisation** et les **tabous**, ou encore la réticence, peuvent aussi empêcher certaines personnes d'utiliser un contraceptif. Le contexte légal peut aussi limiter l'accès à la contraception, par exemple dans le cas de personnes non mariées ou mineures. Il existe également des inquiétudes concernant les effets secondaires des contraceptifs.<sup>7</sup>

**61 % des grossesses non intentionnelles se terminent par un avortement**, qu'il soit légal ou illégal, sûr ou dangereux. Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses entraînent l'hospitalisation de pas moins de 7 millions de femmes chaque année. 200 femmes sur 100 000 meurent des conséquences d'un avortement dangereux. Ce chiffre est plus de 200 fois inférieur en cas d'avortement dans des conditions sûres.<sup>8</sup>

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

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

<sup>4</sup> SWP Report 2022: A crisis revealed | United Nations Population Fund (unfpa.org)

<sup>5</sup> UN DESA, 2022 (undesa\_pd\_2022\_world-family-planning.pdf)

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

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

<sup>8</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>



Outre les grossesses non intentionnelles, certaines femmes et certains couples voient leur désir d'enfant insatisfait. **Selon une estimation, 186 millions de femmes** en âge d'avoir des enfants dans les pays à faible revenu **ne peuvent pas satisfaire leur désir d'avoir un enfant.**<sup>9</sup>

L'on estime qu'une personne sur six souffre de problèmes de fertilité au cours de sa vie. Les infections sexuellement transmissibles non détectées et/ou non traitées sont une cause importante d'infertilité.<sup>10</sup> **Dans de nombreux cas, dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire, les traitements des IST ne sont pas disponibles** ou sont inabordables (en raison du manque de financement public).<sup>11</sup> Le dépistage et le traitement des IST (de même que le dépistage et le traitement du VIH) peuvent pourtant être intégrés dans les soins de santé de première ligne. La poursuite de l'engagement en faveur de l'utilisation du préservatif 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 et des naissances prématurées. Une augmentation d'un degré Celsius au cours de la semaine précédant l'accouchement augmente de 6 % le risque d'accouchement d'un enfant mort-né.<sup>12</sup> La sécheresse, les inondations ou les autres phénomènes météorologiques extrêmes et/ou les conflits qui en découlent peuvent entraîner des déplacements forcés. Ces déplacements vont presque toujours



**Les énormes besoins en matière de santé sexuelle et reproductive font face à un déficit de financement.**

de pair avec des risques accrus de violence, en ce compris la violence sexuelle et fondée sur le genre. L'on constate également une augmentation des pratiques néfastes comme les mariages précoces et les mutilations génitales féminines.<sup>13</sup>



<sup>9</sup> Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission (2018) : [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf)

<sup>10</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

<sup>11</sup> Sexually transmitted infections (STIs) (who.int)

<sup>12</sup> Kuehn, L., & McCormick, S. (2017). Heat Exposure and Maternal Health in the Face of Climate Change. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 853. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080853>

<sup>13</sup> <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition>



**L'épidémie de VIH** est toujours un défi de taille. La disponibilité des médicaments contre le VIH a permis d'éviter 21 millions de décès. Un tiers des personnes vivant avec le VIH n'ont pas accès aux médicaments vitaux. Chez les enfants, ce chiffre atteint même 50 %. L'on estime à 630 000 le nombre de personnes décédées de maladies liées au sida en 2022. Et ce, malgré l'existence d'outils efficaces de prévention et de traitement du VIH permettant aux personnes de vivre avec le VIH comme une maladie chronique.<sup>14</sup>

**Les énormes besoins en matière de santé sexuelle et reproductive font face à un déficit de financement :**

- L'on estime qu'il manque chaque année 6 milliards de dollars pour répondre aux besoins des filles et des femmes en matière de contraception.<sup>15</sup>
- Les fonds internationaux consacrés à la prévention et au traitement des IST sont faibles.
- Il manque un tiers du financement nécessaire, soit environ 10 milliards de dollars par an, pour la prévention et le traitement du VIH.<sup>16</sup>
- La pandémie de COVID-19 a également mis en évidence la nécessité urgente d'investir à l'échelle mondiale dans le renforcement des systèmes de santé et l'accessibilité des assurances santé.

La communauté internationale s'est engagée, par l'**Agenda 2030** pour le Développement durable, à réaliser les objectifs suivants d'ici 2030 :

- garantir un accès universel à la santé sexuelle et reproductive ;
- lutter contre la mortalité maternelle et néo-natale ;
- mettre fin à l'épidémie de VIH ;
- organiser une couverture de santé universelle (« universal health coverage »).

Il ne reste que 6 années sur les 15 initialement prévues pour tenir ces promesses d'ici à 2030. **La mise en œuvre de l'Agenda 2030 est donc trop lente** et la **pandémie de COVID-19** a sapé les **progrès déjà accomplis**. **Il est urgent de passer à la vitesse supérieure en ce qui concerne notre engagement en faveur des Objectifs de développement durable.**



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

<sup>14</sup> [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2023-unaids-global-aids-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update_en.pdf)

<sup>15</sup> Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019 | Guttmacher Institute

<sup>16</sup> [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2023-unaids-global-aids-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update_en.pdf)

## LE CADRE POLITIQUE BELGE

Que pouvons-nous attendre de la Belgique en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs ? Au fil des ans, l'accent mis sur la santé et les droits sexuels et reproductifs dans la coopération au développement s'est traduit par un certain nombre de **documents importants 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 « 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 « Le droit à la santé et aux soins de santé » de 2008 et dans la note « La stratégie belge pour l'aide humanitaire » 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).

La **loi du 19 mars 2013 relative à la Coopération au développement** reconnaît le lien entre le développement durable et les SDSR. Cette loi met en outre en lumière les thèmes de la santé reproductive et « l'approche transversale du VIH » 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, et par l'aide financière belge allouée aux organisations touchées par cette règle. En mai 2022, la Belgique a célébré le cinquième anniversaire du mouvement She Decides à Bruxelles.

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 planning familial », « 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 ».

En juillet 2023, la Belgique a fait rapport aux Nations unies de ses efforts pour atteindre les Objectifs de développement durable de l'Agenda 2030. Dans son deuxième rapport à l'ONU, la Belgique a clairement souligné l'importance de ses efforts internationaux en faveur des SDSR.





**Le parlement fédéral soutient largement les SDR au niveau international.** Ainsi, ces dernières années, la Chambre a adopté plusieurs résolutions sur le sujet. La plus récente date de janvier 2023. Dans cette résolution sur la « Coopération belge au développement dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs », le Parlement demande au gouvernement d'intégrer davantage la santé et les droits sexuels et reproductifs. En particulier, les parlementaires demandent que les SDR, y compris la prévention et la lutte contre le VIH, soient inclus en tant que services essentiels dans les soins de santé de base et l'assurance santé dans les pays partenaires.<sup>17</sup>

Reste à voir si toute cette attention politique se traduira par des dépenses concrètes sur le terrain.



**Le parlement fédéral soutient largement les SDR au niveau international.**

<sup>17</sup> <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/2445/55K2445007.pdf>

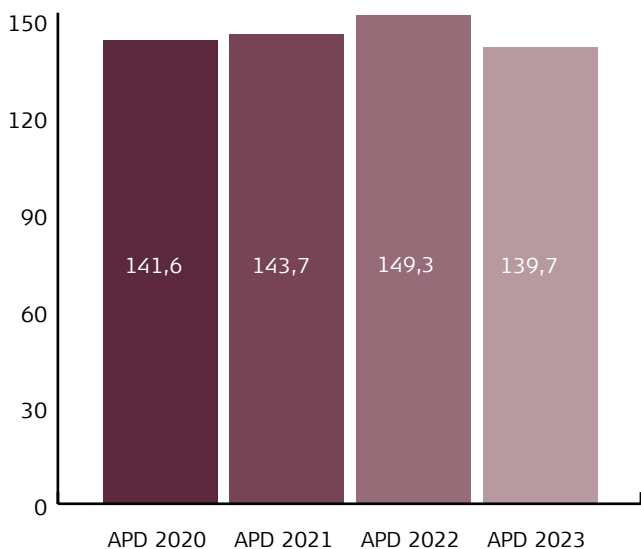


# RÉSULTATS

## 1. Les dépenses consacrées à la santé et à la santé reproductive diminuent, et leur part dans les dépenses totales de la DGD est en recul

Les **dépenses totales** consacrées à la santé et à la santé reproductive sont passées de 149 millions en 2022 à 139 millions en 2023.

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



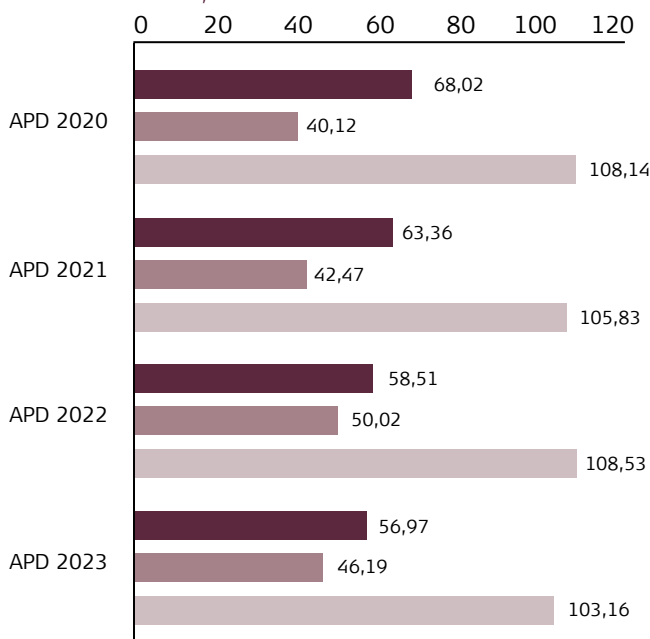
**En plus de cela, leur part dans le budget total diminue. Les dépenses totales de la DGD sont restées à peu près constantes, s'élevant à 1,29 milliard en 2023 (contre 1,30 milliard en 2022).**

Les **dépenses consacrées au secteur de la santé** ont également diminué, passant de 108 millions d'euros en 2022 à 103 millions d'euros en 2023.

- En 2023, 57 millions d'euros ont été consacrés à la coopération bilatérale (et donc au soutien des ONG et des gouvernements des pays partenaires). Ce montant est à peu près identique à celui consacré à la coopération bilatérale en 2022.
- En 2023, 46 millions d'euros ont été consacrés



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

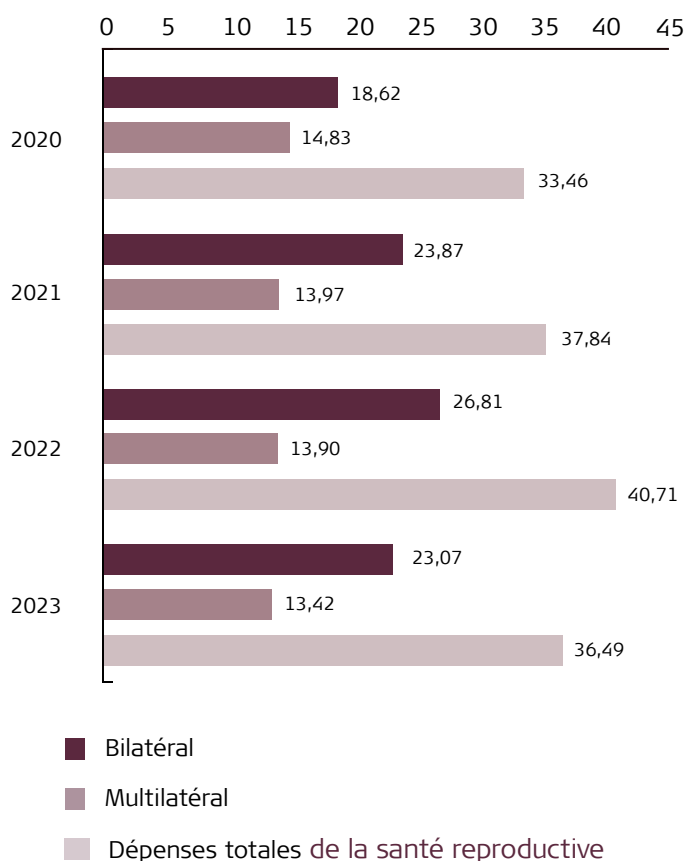


■ Bilatéral    ■ Multilatéral    ■ Dépenses totales de santé



**Les dépenses consacrées au secteur de la santé ont diminué.**

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



à la coopération multilatérale. En 2022, 50 millions d'euros avaient été consacrés au soutien d'agences des Nations unies comme l'OMS et l'UNFPA.

Les **dépenses** consacrées à la santé reproductive ont diminué de 40 millions en 2022 à 36 millions en 2023.

- 13 millions d'euros ont été consacrés à la coopération multilatérale
- 23 millions d'euros ont été consacrés à la coopération bilatérale

Dans le cadre de la coopération bilatérale, les dépenses consacrées aux ONG (encore modestes) sont restées à peu près inchangées par rapport à 2022, à hauteur de 3,4 millions d'euros. La coopération gouvernementale, quant à elle, a fortement diminué, passant de 19,9 millions d'euros à 16,6 millions d'euros. La coopération multilatérale consiste principalement en un soutien aux ressources générales de l'UNFPA et d'ONUSIDA, qui s'élève à environ 14 millions d'euros depuis plusieurs années.

**Proportionnellement, la proportion des dépenses en matière de santé et de santé reproductive dans les dépenses totales de la DGD a toutefois diminué, passant de 11,4 % à 10,8 %** (140 millions d'euros sur un total de 1,30 milliard d'euros). Cette proportion de 10,8 % reste loin de l'objectif de 15 % des ressources totales de la coopération internationale en matière de santé, y compris la santé et les droits sexuels et reproductifs.

### RECOMMANDATION 1

**Poursuivre l'augmentation des dépenses de coopération internationale dans le domaine de la santé, y compris la santé et les droits sexuels et reproductifs, pour atteindre 15 % des dépenses totales de coopération internationale. À cet égard, l'accent doit être sur la coopération multilatérale, la coopération gouvernementale et le renforcement des capacités des ONG et des instituts de recherche.**



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

En 2023, les dépenses totales dans le secteur de la santé reproductive sont passées à 36 millions d'euros, contre 40 millions d'euros en 2022. **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 ont débuté en 2019-2020 et s'étendent sur une période de quatre ans. En 2023-2024, ces programmes sont



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

entrés dans leur dernière année. Nous constatons que **les nouveaux programmes pluriannuels conclus par Enabel avec les pays partenaires de la Belgique n'accordent plus la même priorité aux SDR**. Lorsque cela est possible, l'attention aux SDR est intégrée dans l'approche générale de la santé, mais l'attention aux SDR 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 mise en œuvre des SDR dans ses pays partenaires qu'au cours des dernières années.

### RECOMMANDATION 2

L'engagement politique de la Belgique en faveur de la santé et des droits sexuels et génésiques se traduit par un soutien continu et fort aux organisations multilatérales. La Belgique s'engage à continuer à soutenir les SDR, y compris la prévention et la lutte contre le VIH, notamment dans le cadre de la coopération multilatérale.

### RECOMMANDATION 3

La Belgique s'engage à ancrer davantage les SDR dans les nouvelles collaborations gouvernementales qui seront définies après 2024, y compris en ce qui concerne la prévention et la lutte contre le VIH. Ces aspects se traduisent en outre par un soutien bilatéral fort à la coopération gouvernementale. Cela signifie également qu'il faut prévoir les budgets nécessaires afin de pouvoir consacrer 15 % de l'ensemble des fonds de coopération au développement à la santé.

### 3. L'aide pour la lutte contre l'épidémie de VIH reste historiquement faible

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. Les pays partenaires que sont la Guinée, le Mozambique, le Rwanda et l'Ouganda connaissent des épidémies généralisées de VIH, ce qui signifie que plus de 1 % des 15-49 ans vivent avec le VIH.<sup>18</sup> En outre, la plupart des pays partenaires connaissent des épidémies concentrées de VIH



**Dans aucun pays partenaire belge, la Belgique ne s'engage explicitement dans la prévention et la réponse au VIH et aux IST.**

dans des sous-populations présentant un risque plus élevé de transmission du virus. Ces sous-populations incluent notamment les homosexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleurs du sexe, les transsexuels et les détenus.<sup>19</sup> **Dans ses priorités stratégiques, la Belgique ne s'engage toutefois, dans aucun de ses pays partenaires, explicitement en faveur de la prévention et de la lutte contre le VIH et les IST.**<sup>20</sup>

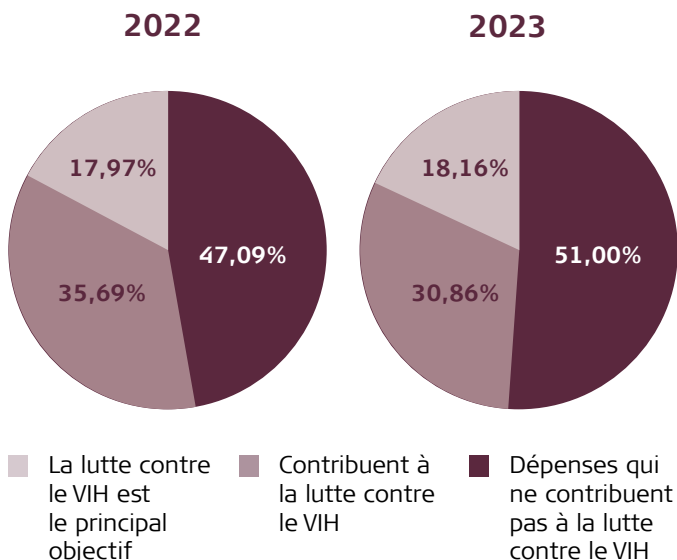
**Il existe une aide multilatérale de la DGD au profit de la lutte contre le VIH, mais depuis quelques années, elle stagne** à 18 millions d'euros, dont 3 millions d'euros sont destinés à l'ONUSIDA et 15 millions d'euros au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, alors même que ces organisations s'emploient depuis des années à combler l'énorme déficit de financement de la lutte internationale contre le VIH. **Le statu quo des dépenses ne permet pas de combler ce déficit, et la fin de l'épidémie reste hors de notre portée.**

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. Seul 1,7 % des dépenses totales a pour objectif

#### Quelles évolutions constatons-nous dans l'attention portée au VIH au regard des dépenses consacrées à la santé ?

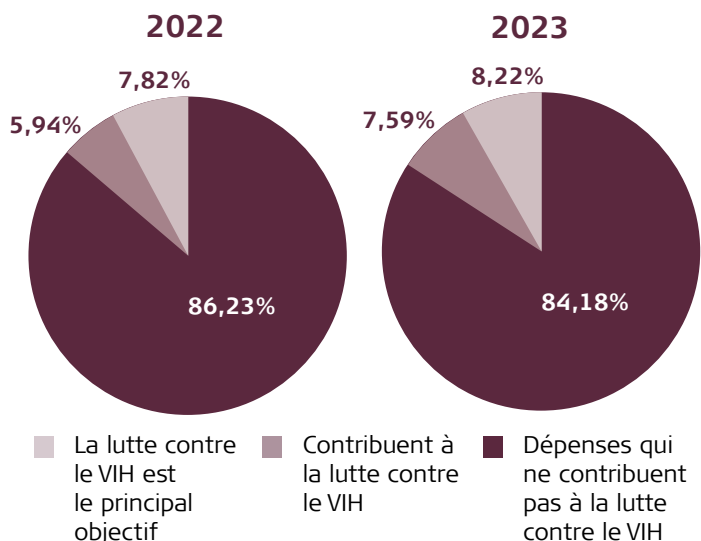
Attention accordée à la lutte contre le VIH dans les dépenses totales



Ce qui concerne les **dépenses de santé, l'accent mis sur le VIH** a également diminué, passant de 53 % à 49 %.

Les dépenses de santé contribuant à la lutte contre le VIH ont fortement diminué, passant de 36 % en 2022 à 31 % en 2023. Toutefois, pour les dépenses dont l'objectif principal est la lutte contre le VIH, le pourcentage est passé de 17 % à 18 % des dépenses totales de santé de la DGD. Les fluctuations du pourcentage sont restées limitées ces dernières années.

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



En ce qui concerne les **dépenses de santé reproductive**, le pourcentage de **dépenses avec un marqueur VIH est passé de 14 à 16 %**. Cette tendance à la hausse se poursuit donc, puisqu'entre 2021 et 2022, le pourcentage était déjà passé de 9 à 14 %. L'augmentation est cependant beaucoup moins importante que les années précédentes. Dans ces 16 %, le pourcentage des dépenses contribuant à la lutte contre le VIH (valeur 1) est passé de 6 à 8 %, mais celui des dépenses dont l'objectif principal est la lutte contre le VIH est resté inchangé (8 %).



#### RECOMMANDATION 4

**Augmenter les dépenses consacrées à la prévention et à la lutte contre le VIH et les IST dans la coopération internationale belge. 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) de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH et des IST orientés sur le groupe-cible, (3) de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, et (4) d'une approche multisectorielle des SDR, y compris le VIH. Ce n'est que de cette façon que l'Agenda 2030 pourra être réalisé.**

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

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 les personnes stigmatisées et discriminées au sein de la société et dans les soins, à savoir les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues en intraveineuse, les personnes transgenres et les migrants. Ces interventions doivent 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.

<sup>18</sup> Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49) | Data (worldbank.org) HIV – Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 (%) (who.int)

<sup>19</sup> [https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023\\_report.pdf](https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023_report.pdf)

<sup>20</sup> <https://diplomatie.belgium.be/nl/beleid/ontwikkelingssamenwerking-en-humanitaire-hulp/landen>



#### 4. Réduction des moyens consacrés 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

**SRMNI est l'abréviation de « santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile ».** Les dépenses consacrées à la coopération internationale qui contribuent à la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile sont cartographiées par le marqueur SRMNI. Ce marqueur montre que les dépenses de la DGD contribuant à la SRMNI (score 1) sont en légère augmentation : 12,9 % des dépenses totales de la DGD en 2023 ont contribué à la SRMNI. En 2022, ce chiffre était de 12,2 %. Les dépenses ayant la SRMNI comme objectif principal (valeur 2) sont restées à peu près inchangées par rapport à 2022 : 3,4 % des dépenses totales avaient pour objectif principal la SRMNI. En 2022, ce chiffre était de 3,6 %.

Score SRMNI/ % dépenses totales de la DGD	1	2
<b>APD 2020</b>	25%	2%
<b>APD 2021</b>	17%	3%
<b>APD 2022</b>	12%	4%
<b>APD 2023</b>	13%	3%

##### La part de la SRMNI dans les dépenses de santé a été surestimée ces dernières années

Seuls 43 % des dépenses du secteur de la santé ont été consacrés à la SRMNI. Il s'agit d'un recul par rapport à 2022, où ces dépenses représentaient 49 % de l'ensemble des dépenses. Cette diminution est relativement faible par rapport à la diminution entre 2021 et 2022. Selon la DGD, cette forte baisse est due à une attribution plus stricte des marqueurs SRMNI. Cela signifie que les contributions des dépenses de santé en faveur de la SRMNI ont été largement surestimées au cours des années précédentes.

La part des dépenses de santé avec le marqueur SRMNI 2 a augmenté de 0 à 3 % en 2022, mais est retombée à 0,5 % en 2023.

Nous rappelons aussi les **limites 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 renseigne principalement sur l'attention accordée à la santé maternelle et infantile classique. 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 SDRS, ne sont pas pris en compte par ce marqueur.

Score SRMNI /% dépenses du secteur de la santé	1	2	Total
<b>APD 2020</b>	78%	0%	78%
<b>APD 2021</b>	73%	0%	73%
<b>APD 2022</b>	46%	3%	49%
<b>APD 2023</b>	43%	0,5%	43,5%



**Le marqueur SRMNI n'est pas un marqueur holistique permettant de mesurer la santé et les droits sexuels et reproductifs.**

## RECOMMANDATION 5

1. Appliquer l'attribution du marqueur SRMNI de manière plus cohérente, pour obtenir une image aussi réaliste que possible des dépenses, qui permette des comparaisons au fil des ans.
2. Mieux cartographier, au sein de la DGD, les dépenses spécifiquement consacrées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et au planning familial. Tenir également compte des groupes cibles visés afin d'obtenir une image nuancée de la manière dont la Belgique contribue concrètement à la mise en œuvre de la santé et des droits sexuels et reproductifs.

## 5. L'aide humanitaire ne met pas suffisamment l'accent sur la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile

Les dépenses consacrées à l'aide humanitaire s'élevaient à 250 millions d'euros en 2023, dont 86 millions d'euros, soit **34 % ont contribué à la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile**. Les dépenses dont l'objectif principal était la SRMNI s'élevaient à 2,7 millions d'euros, soit 1 % du total des dépenses consacrées à l'aide humanitaire. Ce chiffre reste peu élevé, mais en 2022, aucune dépense consacrée à l'aide humanitaire n'avait un marqueur SRMNI 2. 0 % de l'aide humanitaire était dédié à la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile

Cela représente donc une légère augmentation par rapport à 2022, où 31 % des dépenses humanitaires totales contribuaient à la SRMNI. Le chiffre pour 2023 (34 %) reste toutefois faible, car, dans les pays du Sud, les réfugiés sont principalement des femmes et des enfants. Le besoin en soins de

Score SRMNI en % des dépenses pour l'aide humanitaire	1	2	Total
APD 2020	74%	0,51%	75%
APD 2021	32%	0,4%	32%
APD 2022	31%	0%	31%
APD 2023	34%	1%	35%

santé maternelle et infantile ne doit pas être sous-estimé. La crise climatique entraîne en outre une augmentation du nombre de personnes déplacées et, par conséquent, exerce une pression supplémentaire sur la santé et les droits sexuels et reproductifs.

Les 34 % 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**.

## RECOMMANDATION 6

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 intentionnelles, 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 SDR 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. Investir afin de disposer du personnel nécessaire, et que celui-ci soit bien formé (notamment en matière de SDR) et motivé. Et ce, 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.

L'aide humanitaire belge contribue-t-elle à la prévention des grossesses non intentionnelles ? 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 font face à une grossesse non intentionnelle en temps de crise ?



## CONCLUSION

Les dépenses de la DGD en 2023 témoignent de l'engagement du gouvernement belge à mettre en œuvre la santé et les droits sexuels et reproductifs à l'étranger. Malheureusement, l'engagement pour 2023 et les promesses politiques n'ont pas été suivis par un engagement financier en conséquence. Il est encourageant de constater que certaines dépenses de la DGD en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs sont toujours en hausse en chiffres absolus. **Mais les résultats de notre analyse sont « inquiétants ».**

L'objectif de consacrer 15 % des dépenses de la DGD à la santé est loin d'être atteint, puisqu'il est actuellement de 10,8 %. En 2022, ce chiffre était encore de 11,4 %. Ce déclin se poursuit depuis plusieurs années. Il est en outre alarmant de constater que non seulement les dépenses consacrées à la santé et à la santé reproductive diminuent, mais également que leur part dans les dépenses totales de la DGD se réduit. Cela semble indiquer que la DGD attache moins d'importance à ce thème.

Un renversement de tendance négatif semble dès lors se dessiner. En 2023, les dépenses bilatérales en matière de santé reproductive et de santé ont pour la première fois diminué. Toutefois, les **in-**

**vestissements dans la santé et dans la santé reproductive devraient être en hausse. Une augmentation des investissements est la seule façon de garantir des soins de santé sexuelle et reproductive de qualité pour tous.** Les SDSR ont en effet besoin de systèmes de santé solides, avec un personnel de santé formé, motivé et bien rémunéré. Un personnel qui fournit aux patients des informations correctes, veille à la confidentialité et dispose du matériel, des médicaments et des moyens de contraception nécessaires à l'accomplissement de son travail.

Plusieurs programmes « She Decides », qui avaient entraîné une augmentation des dépenses en matière de santé reproductive dans le cadre de la coopération bilatérale ces dernières années, se sont terminés en 2023. Nous nous inquiétons de la diminution des dépenses déjà entamée au cours de la dernière année des projets en raison de l'absence de suivi. Nous craignons que l'absence de programmes pluriannuels spécifiques en matière de SDSR et d'intégration dans les programmes généraux de santé d'Enabel ne rende encore plus difficile le travail accompli avec succès par la DGD. L'intégration des SDSR n'est pas une mauvaise idée en soi, mais il faut que le personnel impliqué soit

suffisamment nombreux et bien formé aux SDR. Nous recommandons en outre qu'Enabel et la DGD rendent compte de façon plus systématique et détaillée des ressources déployées pour la santé sexuelle et reproductive, comme le leur demande également le Parlement.

**Les dépenses consacrées à la lutte contre le VIH dans le secteur de la santé ont fortement diminué.** L'engagement doit être renforcé, tant dans le cadre de la coopération multilatérale que bilatérale. Cet engagement est nécessaire pour mettre fin à l'épidémie de VIH. Les pays partenaires de la Belgique continuent de faire face à de nouvelles infections et ne peuvent pas assurer l'accès de tous aux traitements vitaux. La **lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard de certains groupes** devrait également faire l'objet d'un soutien financier. En l'absence de soutien financier, les progrès sont compromis par la persistance d'épidémies concentrées non prises en charge.

C'est pourquoi nous demandons de mettre à l'ordre du jour une approche systématique du VIH dans les discussions avec les pays partenaires et au niveau international. **Il faut, dans le même temps, veiller à ce que la prévention et le traitement du VIH et des IST, ainsi que les soins de santé sexuelle et reproductive, soient intégrés aux soins de santé de première ligne ;** Il faut s'efforcer de mettre en place des projets et des programmes spécifiques aux groupes cibles (par exemple, pour les minorités sexuelles) ; Nous recommandons enfin de renforcer l'attention portée au VIH, aux IST et à la santé sexuelle et reproductive dans des secteurs autres que la santé, comme l'éducation.

L'analyse des dépenses à l'aide du marqueur SRMNI (le marqueur indiquant le degré d'attention accordé aux soins reproductifs, aux soins maternels, aux soins aux nouveau-nés et aux soins aux enfants) nous montre que **l'attention portée à la santé et aux droits sexuels et reproductifs n'est pas suffisamment intégrée** dans les secteurs de la santé et dans les autres secteurs. La DGD applique de façon plus stricte le marqueur SRMNI depuis 2022. Nous disposons ainsi d'une image plus précise du montant des dépenses qui ont réellement bénéficié à la SRMNI. Cet aspect a largement été surestimé les années précédentes.

**La Belgique pourrait également s'engager beaucoup plus fermement en faveur de la santé sexuelle et reproductive dans le cadre de l'aide humanitaire.** C'est une bonne nouvelle qu'en 2023, le budget alloué à l'aide humanitaire ait augmenté par rapport à 2022. Il est également positif de constater qu'il y a eu une augmentation des dépenses d'aide humanitaire au profit de la SRMNI en 2023 (passant de 31 % à 34 %). Toutefois, cette augmentation n'est pas à la hauteur des défis qui se posent sur le terrain. La majorité des personnes qui fuient sont des femmes et des enfants. Il est donc essentiel qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin. Il est également important de noter que le marqueur SRMNI ne donne pas une image complète de ce qui profite aux SDR. Il n'inclut pas la contraception, par exemple.

**Obtenir une image nuancée de l'engagement réel de la Belgique en faveur des SDR** reste un défi. L'engagement est-il conforme aux ambitions du cadre politique ? Quels sont les résultats obtenus avec les ressources ? Comment l'aide belge répond-elle aux besoins des jeunes ? Où allons-nous au-delà des soins mère-enfant traditionnels ? Quel est notre engagement dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et le dépassement des tabous ? Les diplomates belges sont-ils bien équipés pour engager un dialogue sur ces questions ? Quels sont les résultats concrets ? Pour répondre à ces questions, il **convient de mieux documenter et évaluer l'engagement de la Belgique** dans les différents secteurs et auprès des différents groupes cibles. Cet appel est également adressé par le parlement fédéral au ministre de la Coopération au développement.

Nous aimerions enfin ajouter qu'il est plus important que jamais d'investir dans la coopération au développement et les SDR. Les tendances à la baisse que nous décrivons dans ce rapport sont plus que des chiffres sur papier. Chacune des économies se traduit par l'abandon ou l'affaiblissement de projets qui font la différence sur le terrain. La situation internationale actuelle exige des pays qu'ils fassent preuve de leadership en prenant des mesures pour mettre en œuvre les SDR pour chacun dans le monde. La Belgique et les entités fédérées ont un rôle important à jouer en tant que pionniers. Notre pays ne peut pleinement jouer son rôle que si nous investissons suffisamment dans les SDR.

# ANNEXES

## Tableaux détaillés

Dépenses totales de la DGD pour chaque année de dépenses, en milliards d'euros

	APD 2020	APD 2021	APD 2022	APD 2023
Dépenses totales de la DGD	1,21	1,23	1,31	1,30

Dépenses totales de la DGD pour chaque année de dépenses en matière de santé et de santé reproductive en millions d'euros

	APD 2020	APD 2021	APD 2022	APD 2023
Total santé	108,14	105,83	108,53	103,16
Total santé reproductive	33,46	37,84	40,71	36,49
Total	141,6	143,67	149,25	139,66

Dépenses totales de la DGD pour chaque année des dépenses d'aide humanitaire en millions d'euros

	APD 2020	APD 2021	APD 2022	APD 2023
Total des dépenses d'aide humanitaire	216,18	207,95	237,34	249,80



Dépenses de santé aux niveaux bilatéral et multilatéral en millions d'euros

	APD 2020	APD 2021	APD 2022	APD 2023
<b>Bilatérales</b>	40,12	42,47	50,02	46,20
<b>Multilatérales</b>	68,02	63,36	58,51	56,97

Dépenses de santé reproductive aux niveaux bilatéral et multilatéral en millions d'euros

	APD 2020	APD 2021	APD 2022	APD 2023
<b>Bilatérales</b>	18,6	23,9	26,8	23,1
<b>Multilatérales</b>	14,8	14,0	13,9	13,4

L'attention accordée à la lutte contre le VIH dans les dépenses consacrées à la santé en millions d'euros

	APD 2020	APD 2021	APD 2022	APD 2023
<b>hiv-marker 1</b>	43,46	35,81	25,53	38,74
<b>hiv-marker 2</b>	17,89	22,20	18,47	18,69

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

	APD 2020	APD 2021	APD 2022	APD 2023
<b>hiv-marker 1</b>	2,02	0,55	2,42	2,77
<b>hiv-marker 2</b>	3,00	3,00	3,18	3,00

L'accent mis sur la RMNCH dans les dépenses totales de DDG en millions d'euros

	APD 2019	APD 2020	APD 2021	APD 2022
<b>SRMNI score 1</b>	267,27	301,64	159,83	167,10
<b>SRMNI score 2</b>	28,95	39,81	47,53	43,56

L'attention accordée à la SRMNI dans les dépenses de la DGD consacrées à la santé en millions d'euros

	APD 2019	APD 2020	APD 2021	APD 2022
<b>SRMNI score 1</b>	82,68	76,69	49,48	44,55
<b>SRMNI score 2</b>	0	0	3,29	0,52

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

	APD 2019	APD 2020	APD 2021	APD 2022
<b>SRMNI score 1</b>	159,36	66,64	74,40	86,17
<b>SRMNI score 2</b>	1,13	0,88	0	2,67

## La méthodologie

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 2023.

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.<sup>21</sup>

Sur la base d'une analyse quantitative des dépenses, nous avons répertorié les dépenses fédérales consacrées aux SDSR pour l'année 2023 et nous avons comparé ces dépenses aux dépenses pour 2020, 2021 et 2022. Cette analyse nous permet de mettre en évidence d'éventuels problèmes et de demander des comptes pour les choix politiques en matière de 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 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.

**Il est important de noter que les chiffres sont mis à jour et corrigés année après année. Cela signifie que les dépenses de différentes années peuvent être comparées entre elles dans un même rapport, mais pas avec les chiffres des rapports des années précédentes.**

## Marqueurs

Dans l'aperçu des dépenses rapportées selon les différents secteurs et sous-secteurs, la DGD applique différents marqueurs afin de rendre les dépenses plus transparentes. Dans le cadre de notre rapport, le marqueur SRMNI est un outil pratique permettant 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 a été conçu par l'OCDE/CAD et il permet 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.<sup>22</sup>

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 nouveau-nés et des enfants. C'est pourquoi nous ne pouvons pas considérer le marqueur SRMNI comme un « marqueur SDSR ». 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 sûrs. Il ne permet dès lors pas de cartographier les défis en matière de SDSR spécifiquement soutenus par la Belgique ni les lacunes éventuelles.

Le **marqueur VIH** n'est pas un marqueur officiel de l'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, il est souvent fait référence aux secteurs de la « Santé » et de la « Santé reproductive ». Cela est dû au fait que l'OCDE/CAD fait une distinction entre les secteurs principaux de la « Santé » (code 120) et de la « Santé reproductive » (code 130). Le secteur principal de la « Santé reproductive » englobe un ensemble d'activités liées entre autres à la prévention, au traitement et aux soins du VIH, au planning familial, aux soins de santé reproductive, aux études démographiques et à la maternité sans risque. Dans l'analyse des dépenses, les secteurs de la « Santé » et de la « 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 SRMNI montre qu'une partie importante des dépenses dans le secteur de la « 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 allouées 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 bénéficier à la disponibilité des contraceptifs ;
- Des investissements dans la formation du personnel de la santé peuvent aussi viser la formation du personnel de 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 VIH et des IST.

Plusieurs organisations multilatérales (UNICEF, OMS, ONUFEMMES, la Banque mondiale, etc.) consacrent de l'attention aux SDSR (ou à différents aspects de ceux-ci) sans que cela se reflète toujours dans la base de données APD. C'est notamment 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

L'utilisation du marqueur SRMNI permet de répertorier les dépenses consacrées à la santé sexuelle et reproductive en dehors du secteur de la santé. Il 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 plaidant en faveur 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 ces 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 de l'étude.

#### c. Distorsion sur les flux d'informations

Les informations sur un projet provenant de la base de données APD peuvent être incomplètes. Il peut y avoir un fossé au niveau de l'information entre le responsable de la mise en œuvre du projet et le gestionnaire de dossiers à Bruxelles qui introduit les informations relatives au projet dans la base de données APD.



<sup>21</sup> Une intervention/opération peut être imputée au titre de l'aide publique au développement si les quatre conditions suivantes sont remplies : 1. l'opération est « officielle » : les paiements sont effectués sur des fonds publics belges (SPF Affaires étrangères, DGDC, SPF Finances, etc.) ; 2. il s'agit du « développement » : dont l'objectif principal est le développement économique et social ; 3. il s'agit d'une « assistance » : il s'agit d'une assistance (et non d'une transaction commerciale aux conditions du marché) ; 4. l'aide est destinée à des contributions structurelles à des institutions internationales qui figurent sur la liste du CAD (p. ex. OMS, ONUSIDA, FNUAP, etc.) ou à un pays (ou groupe de pays) qui figure sur la liste du CAD. Source: <http://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/Ontwikkelingssamenwerking/Cijfers/DGDprojectdb/>

<sup>22</sup> <http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/Addendum%203.pdf>

**Editeur responsable :**

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

**Rédaction finale :** Sara Salarkiya, Heleen Heysse

**Design :** Morgan Müller & MediaComm

**Photographie :** Getty Images

**Une publication de l'asbl Sensoa**

©Sensoa

**Des questions sur Sensoa ?**

Tél : 03 238 68 68

[info@sensoa.be](mailto:info@sensoa.be)

[www.sensoa.be](http://www.sensoa.be)