



Conseil économique et social

Distr. générale
21 janvier 2019
Français
Original : anglais

Commission de la population et du développement

Cinquante-deuxième session

1-5 avril 2019

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

**Débat général : mesures pour la poursuite
de l'application du Programme d'action
de la Conférence internationale sur la population
et le développement aux niveaux mondial, régional
et national**

Flux de ressources financières devant concourir à la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été préparé par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) suite à la résolution [49/128](#) de l'Assemblée générale, qui priait le Secrétaire général d'établir des rapports périodiques sur les flux de ressources financières devant concourir à l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et de faciliter l'échange d'informations entre les membres de la communauté des donateurs au sujet de l'aide internationale nécessaire.

Le présent rapport fait le point de l'aide publique au développement (APD) dans des domaines d'importance capitale pour le Programme d'action, tels que la santé sexuelle et procréative (santé procréative, planification familiale et maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH), et fournit les dernières tendances en matière d'analyse des données et des politiques démographiques.

L'APD fournie par les États membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour la santé sexuelle et procréative et l'analyse des données et des politiques en matière de population s'est stabilisée depuis environ 2007. Entre 2015 et 2016, les dépenses d'APD brutes pour la santé sexuelle et procréative n'ont connu qu'une faible

* [E/CN.9/2019/1](#).



croissance, passant de 4,4 dollars à 4,5 dollars par femme en âge de procréer dans le monde en développement. Dans le même temps, les dépenses d'APD brutes pour l'analyse des données et des politiques en matière de population sont passées de 358 000 dollars à 476 000 dollars par pays en développement. Cette augmentation est remarquable, même si la valeur de départ était très peu élevée (voir figures IV et V ci-dessous). Le pourcentage d'APD consacré aux besoins humanitaires a augmenté et s'est largement traduit par une chute de la part d'APD réservée aux fins de développement, en particulier à l'infrastructure et à la production.

I. Introduction

1. Le présent rapport du Secrétaire général sur les flux de ressources financières devant concourir à l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement fait fond sur trois précédents rapports du Secrétaire général sur la question : le rapport établi pour la quarante-neuvième session de la Commission de la population et du développement en 2016 (E/CN.9/2016/5), celui pour la cinquantième session de la Commission en 2017 (E/CN.9/2017/4) et celui établi en vue de la cinquante et unième session en 2018 (E/CN.9/2018/4), qui ont présenté les recommandations suivantes :

a) Sources de données. Il a été recommandé que le rapport annuel sur les flux de ressources soit fondé sur l'aide publique au développement, compte tenu du mandat initial prévu par la résolution 49/128 de l'Assemblée générale et du manque d'informations fiables sur l'affectation des ressources au niveau national. En conséquence, le rapport suivrait l'affectation des ressources versées par les pays membres du Comité d'aide au développement, comme indiqué dans le Système de notification des pays créanciers de l'OCDE.

b) Champ d'application. Il a été recommandé de réaliser le suivi des ressources en tenant à la fois compte des quatre composantes chiffrées figurant dans le Programme d'action, mais également en étudiant d'autres catégories qui représentent davantage les domaines d'application du Programme d'action. Les catégories proposées ont été indiquées dans l'annexe I du rapport établi pour la cinquante et unième session de la Commission (E/CN.9/2018/4). Il a été en outre recommandé que la liste de catégories fasse l'objet d'un examen régulier, qu'elle soit éventuellement perfectionnée et adaptée, dans la mesure du possible, au thème de chaque session annuelle de la Commission de la population et du développement.

c) Catégories. Compte tenu des difficultés qui subsistent s'agissant de répartir les dépenses afférentes aux services de planification de la famille, à la santé de base en matière de reproduction et à la prévention du VIH/sida, il a été recommandé de regrouper ces dépenses dans une seule catégorie, appelée santé en matière de sexualité et de procréation, à l'instar des composantes, en y ajoutant des estimations des flux de ressources relatives à l'analyse des données et des politiques en matière de population, qui comprennent la collecte, l'analyse et l'exploitation des données sur la population, le renforcement des capacités, l'élaboration de politiques et la formation.

d) Format. Il a été recommandé que les informations relatives à l'aide publique au développement fournie par les pays du Comité d'aide au développement soient présentées sous forme de graphiques et de tableaux types, qui feront l'objet d'un rapport distinct du Secrétaire général sur les flux de ressources conduisant à la mise en œuvre du Programme d'action.

e) Périodicité. Il a été recommandé de continuer de publier un rapport par an qui tiendrait compte des propositions formulées dans le rapport établi en vue de la cinquante et unième session de la Commission (E/CN.9/2018/4), sous réserve d'un examen quadriennal, lors duquel on fera le point sur les nouvelles sources de données provenant de donateurs autres que l'OCDE, sur le potentiel de ces dernières et sur les nouvelles sources d'informations relatives aux dépenses intérieures.

f) Partenariats et renforcement des capacités. Compte tenu de la nécessité de perfectionner les systèmes nationaux de collecte des données, pour mieux estimer les dépenses intérieures et progresser sur la voie du développement, notamment concernant la santé en matière de reproduction et la mise en œuvre du Programme d'action, il faut encourager la mise en place de partenariats et d'activités de renforcement des capacités à l'échelle mondiale, de manière à améliorer les systèmes de comptabilité nationale.

2. Conformément à ces recommandations, le présent rapport se concentre sur l'aide publique au développement (APD). En revanche, l'analyse des flux d'APD est axée sur l'aide fournie par les donateurs traditionnels, à savoir les pays membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Néanmoins, l'étude de l'APD fournie par les pays membres du CAD sera agrémentée, lorsque cela sera possible, d'une comparaison avec les données relatives à l'APD fournie par les pays non membres du CAD et d'autres institutions.

3. Le Programme d'action de la CIPD fêtant son 25^e anniversaire en 2019, la Commission de la population et du développement a décidé d'examiner les avancées réalisées ces 25 dernières années dans la mise en œuvre du Programme d'action dans son ensemble. Conformément à cet examen d'ensemble, et d'après la recommandation préconisant que ce rapport sur les flux de ressources soutienne les débats thématiques de la Commission lorsque cela s'avère possible, le rapport adopte une approche globale. Le débat relatif à la part de l'APD destinée à la santé sexuelle et procréative et à l'analyse des données et des politiques en matière de population, également appelées les « composantes chiffrées » du Programme d'action, est renforcé par des discussions concernant les flux d'APD destinés à d'autres domaines fondamentaux tels que les secteurs sociaux et économiques plus vastes, ainsi que d'importantes sous-composantes, comme la santé, l'éducation, l'aide humanitaire et la bonne gouvernance.

4. S'inscrivant dans le cadre de l'examen de l'évolution générale de l'aide au développement (destinée notamment aux questions humanitaires ou de développement), ce rapport se concentre sur l'aide au développement consacrée à des fins sociales. Il aborde le sujet de l'allocation de l'APD pour la santé au-delà du domaine de la santé sexuelle et procréative, ainsi que pour l'éducation et la gouvernance. En outre, le débat relatif aux affectations de l'aide à des fins sociales est agrémenté d'un examen de l'allocation de l'aide pour l'infrastructure et la protection de l'environnement. Même si ces questions ne font pas partie des composantes chiffrées du Programme d'action, elles se trouvent bel et bien au centre de celui-ci, pour ce qui est d'apporter une réponse aux problèmes critiques et interdépendants qui se posent dans les domaines de la population et de la croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable.

5. La nécessité de comprendre la santé sexuelle et procréative et les droits qui s'y rapportent dans le contexte plus large des changements démographiques et du développement durable est également mise en exergue dans les débats sur les premier et deuxième dividendes démographiques. Si le premier dividende démographique dépend essentiellement de l'engagement productif d'une population active qui augmente, le deuxième repose sur l'accumulation du capital productif et d'un vieillissement actif et en bonne santé. Dans un cas comme dans l'autre, le processus n'est pas automatique et repose sur l'investissement dans le capital humain. Pour y parvenir, il incombe absolument de favoriser l'éducation, l'autonomisation et l'emploi des jeunes générations, ainsi qu'un vieillissement actif et en bonne santé, l'accumulation de capital, la croissance de la productivité et les investissements productifs dans l'économie réelle. Les relations entre ces questions sont également soulignées dans un rapport du Secrétaire général sur le suivi des programmes de population, axé en particulier sur l'examen et l'évaluation du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et de sa contribution au suivi et à l'examen de la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, présenté à la Commission de la population et du développement à sa cinquante-deuxième session.

6. Dans la section II du présent rapport, on examine les tendances générales du domaine de l'aide. La section III établit le contexte de la discussion sur l'aide aux composantes chiffrées du Programme d'action, en couvrant la santé sexuelle et procréative et l'analyse des données et des politiques en matière de population, et la section IV pose le contexte du débat plus général concernant l'aide consacrée aux autres éléments du Programme d'action. Vient ensuite la section V qui contient un bref résumé et une conclusion.

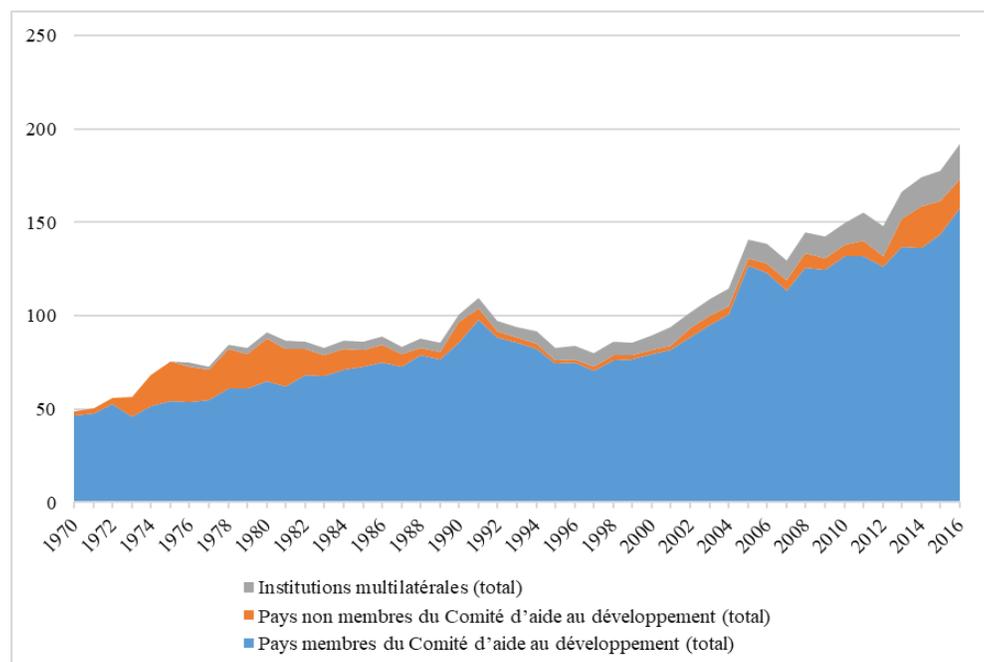
7. En 2016, dernière année pour laquelle des données complètes étaient disponibles au moment de la rédaction de ce document, l'aide au développement a atteint un niveau record, avec une valeur constante totale de 192 milliards de dollars (figure I). Après une chute de l'APD dans les années 90, le monde entier a pu constater une impressionnante reprise de l'APD à partir de l'an 2000. Ce changement de cap a coïncidé avec la Déclaration du Millénaire et les objectifs du Millénaire pour le développement. Même si les objectifs du Millénaire pour le développement, qui ont orienté les efforts de développement à l'échelle mondiale entre 2000 et 2015, ont été remplacés par les objectifs de développement durable, leur influence s'est fait ressentir sur le long terme. Les objectifs du Millénaire ont mis en exergue de nombreux défis liés au développement social et humain qui étaient jusqu'alors négligés, et ont favorisé un recentrage majeur de l'APD. L'avenir nous dira si les objectifs de développement durable auront la même influence sur les flux d'APD.

II. Tendances générales de l'aide publique au développement

Figure I

Aide publique au développement versée par les pays membres du Comité d'aide au développement, les pays non membres du Comité d'aide au développement et les institutions multilatérales, 1970-2016

(En milliards de dollars, valeurs constantes)



Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

Remarque : Dépenses brutes en matière d'APD. États-Unis d'Amérique.

8. À l'heure actuelle, les donateurs traditionnels (les pays membres du Comité d'aide au développement) restent de loin les plus grands contributeurs. En 2016, sur les 192 milliards de dollars cité au paragraphe 7, les donateurs membres du Comité d'aide au développement ont apporté environ 158 milliards de dollars d'APD (ou 82 % du chiffre total), tandis qu'au cours de la dernière décennie, le pourcentage d'aide au développement fourni par les pays en développement avancés a également augmenté ; en 2016, le montant de l'APD fournie par des donateurs non membres du Comité est estimé à 16 milliards de dollars (soit 8 % du chiffre total). Le reste, à savoir environ 19 milliards de dollars, ou 10 % du total, a été mobilisé au travers d'organismes multilatéraux. Néanmoins, il convient de remarquer qu'une grande partie de l'aide au développement apportée par les donateurs non traditionnels ne rentre pas facilement dans les catégories d'APD définies par l'OCDE, et il est donc possible que la majorité de cette aide ne soit pas signalée à l'OCDE ni comptabilisée dans les documents officiels relatifs à l'APD.

9. Pour soutenir le débat de la Commission de la population et du développement sur les progrès généraux de la mise en œuvre du Programme d'action ces 25 dernières années, le rapport propose une vision à long terme des flux de ressources à l'appui de celle-ci. Cette perspective se concentre notamment sur les « composantes chiffrées » du Programme d'action, en particulier la santé sexuelle et procréative et l'analyse des données et des politiques en matière de population, mais inclut également une évaluation des flux de ressources pour d'autres domaines primordiaux du Programme d'action. Étant donné la longueur de la période visée pour cette analyse, les flux financiers sont ajustés pour tenir compte de l'inflation. Pour ce faire, le déflateur fourni par l'OCDE a été utilisé, tandis que les valeurs ont été exprimées en termes constants plutôt qu'actuels.

10. Idéalement, l'analyse de l'APD doit être axée sur les dépenses brutes ou nettes, en tenant compte ou pas des paiements de service effectués par les bénéficiaires, mais en raison du manque de données disponibles, l'analyse de l'APD présentée dans ce document ne se fondera souvent que sur les engagements. Il en est ainsi car les informations concernant les dépenses en matière d'APD pour les différents secteurs sont uniquement disponibles à partir des années 2000, tandis que l'analyse de l'APD effectuée dans ce document cherche à établir des tendances depuis le milieu des années 90, lors du lancement du Programme d'action.

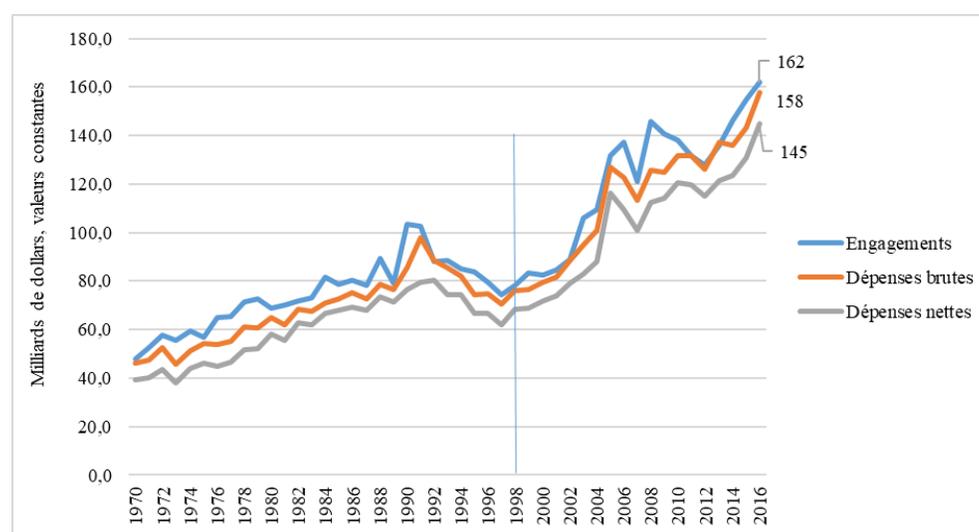
11. Bien que les tendances constatées pour les dépenses et les engagements en matière d'APD soient généralement identiques, le niveau des dépenses et des engagements en termes d'APD est susceptible de varier, tel que le montre la figure II, qui représente l'APD des donateurs membres du Comité d'aide au développement. En 2016, l'année la plus récente, les engagements se chiffraient à 162 milliards de dollars, tandis que les dépenses brutes s'élevaient à 158 milliards de dollars, et que les dépenses nettes atteignaient seulement 145 milliards de dollars, entraînant une différence totale d'environ 17 milliards de dollars entre les engagements et les dépenses nettes. Les dépenses brutes étaient 4 milliards de dollars (ou 2,7 %) en dessous des engagements et les dépenses nettes s'élevaient quant à elles à 13 milliards de dollars (ou 8,0 %) de moins que les dépenses brutes des donateurs.

12. Une analyse sectorielle plus poussée par composante chiffrée du Programme d'action montre que les dépenses dépassent parfois les engagements. Entre 2002, la première année pour laquelle des données sur les dépenses brutes en matière d'APD selon les secteurs sont disponibles, et 2016, la dernière année pour laquelle ces données étaient disponibles au moment de la rédaction de ce rapport, les dépenses brutes en APD pour la santé sexuelle et procréative étaient plus élevées que les engagements pour 4 des 15 années, tandis que les dépenses brutes en APD pour l'analyse des données et des politiques en matière de population y étaient supérieures

pour 11 des 15 années. Dans le cas de la santé sexuelle et procréative, les dépenses brutes étaient jusqu'à 11 % supérieures et jusqu'à 51 % inférieures aux engagements ; et dans le cas de l'analyse des données et des politiques en matière de population, les dépenses brutes étaient jusqu'à 274 % supérieures et jusqu'à 65 % inférieures aux engagements. La fluctuation plus importante de l'APD relative à l'analyse des données et des politiques en matière de population est imputable au fait que l'APD est bien moindre dans ce secteur. Au cours de la période de 15 ans examinée (2002-2016), l'APD relative à l'analyse des données et des politiques en matière de population ne représentait que 0,8 % de l'APD en matière de santé sexuelle et procréative. Par conséquent, les petites additions ou soustractions en valeur absolue d'APD pour l'analyse des données et des politiques en matière de population ont entraîné une variation relativement importante de l'APD dans ce secteur. C'est dans ce contexte que les sections suivantes ont analysé minutieusement les tendances en matière d'APD, sur la base de données relatives aux engagements lorsque cela s'avérait nécessaire, et aux dépenses lorsque cela était possible.

Figure II
Aide publique au développement versée par les pays membre du Comité d'aide au développement à l'ensemble des pays en développement, 1970-2016

(Milliards de dollars, valeurs constantes)



Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

III. Aide publique au développement pour les composantes chiffrées du Programme d'action

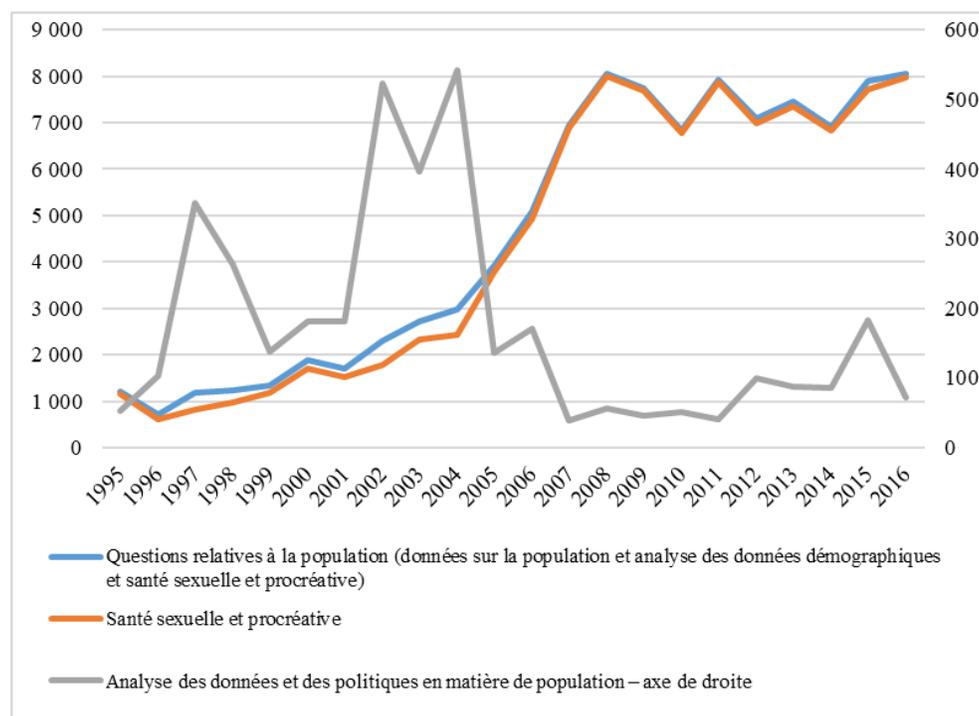
13. La figure III répertorie les tendances en matière d'engagements d'APD de la part des donateurs membres du Comité d'aide au développement pour les « questions relatives à la population », qui désignent les composantes chiffrées du Programme d'action. Sur l'axe de droite, il met en relation la valeur totale de cette aide avec l'APD versée par les donateurs membres du Comité au titre de la santé sexuelle et procréative et de l'analyse des données et des politiques en matière de population. Si l'APD pour l'analyse des données et des politiques en matière de population a décliné entre 2015 et 2016, elle a augmenté pour la santé sexuelle et procréative sur cette même période de temps.

14. On peut également voir que l'aide pour la santé sexuelle et procréative représente presque la totalité de l'aide pour les composantes chiffrées du Programme d'action, alors que l'aide pour l'analyse des données et des politiques en matière de population est, en comparaison, très faible. Cet écart important est la preuve que garantir à toutes les femmes en âge de procréer un accès aux soins de santé en matière sexuelle et procréative constitue un enjeu très complexe et que les ressources nécessaires pour appuyer les initiatives dans ce domaine sont bien différentes de celles qu'il faut pour assurer à tous les pays la capacité de collecter, d'analyser et d'utiliser des données en matière de population. Il est donc préférable de juger l'aide destinée à ces deux fins par rapport à leurs points de référence respectifs. La figure IV illustre l'APD pour la santé sexuelle et procréative par femme en âge de procréer dans le monde en développement ; la figure V montre quant à elle l'APD pour l'analyse des données et des politiques en matière de population par pays en développement.

Figure III

Aide publique au développement versée par les donateurs membres du Comité d'aide au développement pour les questions relatives à la population, 1995-2016

(Millions de dollars, valeurs constantes)



Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

Remarque : Engagements d'APD ; conformément aux recommandations du rapport établi pour la cinquante et unième session de la Commission (E/CN.9/2018/4) ; l'APD pour les questions relatives à la population fait la différence entre santé sexuelle et procréative et analyse des données et des politiques en matière de population ; conformément aux codes sectoriels du système de notification des pays créanciers, l'APD pour la santé sexuelle et procréative et l'APD pour l'analyse des données et des politiques en matière de population sont définies comme suit : la santé sexuelle et procréative englobe les codes « soins en matière de fertilité » (13020), « planification familiale » (13030), « lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/sida » (13040), « formation de personnel en matière de population et de santé et fertilité » (13081), et « atténuation de l'impact social du VIH/sida » (16064), tandis que l'analyse des données et des politiques en matière de population correspond au code « politique en matière de population et gestion administrative » (13010).

15. La figure IV montre que l'APD pour la santé sexuelle et procréative a augmenté de manière significative au cours des années qui ont suivi l'accord sur les objectifs du Millénaire pour le développement. À l'inverse, la figure V indique que l'APD pour l'analyse des données et des politiques en matière de population est bien plus irrégulière et globalement en baisse depuis 2004. Depuis 2007 environ, l'APD pour ces deux secteurs n'a pas connu de grand changement, les variations les plus récentes en 2015 et 2016 n'ayant pas réellement altéré cette tendance. Entre 2015 et 2016, l'APD pour l'analyse des données et des politiques en matière de population par pays en développement a connu une hausse considérable, passant de 358 000 dollars à 476 000 dollars (croissance toutefois atténuée par la faiblesse du chiffre de départ), tandis que l'APD pour la santé sexuelle et procréative par femme en âge de procréer a augmenté de 4,4 dollars à 4,5 dollars. Entre 2011, lorsque les dépenses d'APD pour la santé sexuelle et procréative étaient les plus élevées, et 2016, l'APD pour la santé sexuelle et procréative a chuté d'environ 60 centimes par femme en âge de procréer dans le monde en développement. Cette baisse aurait pu être évitée si les dépenses d'APD en 2016 avaient correspondu aux engagements prévus pour cette année-là.

Figure IV
Engagements et dépenses brutes au titre de l'aide publique au développement par donateur du Comité d'aide au développement en faveur de la santé sexuelle et procréative par femme en âge de procréer, 1995-2016

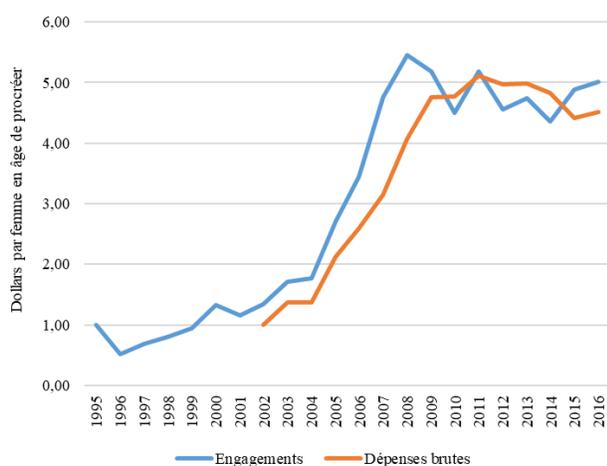
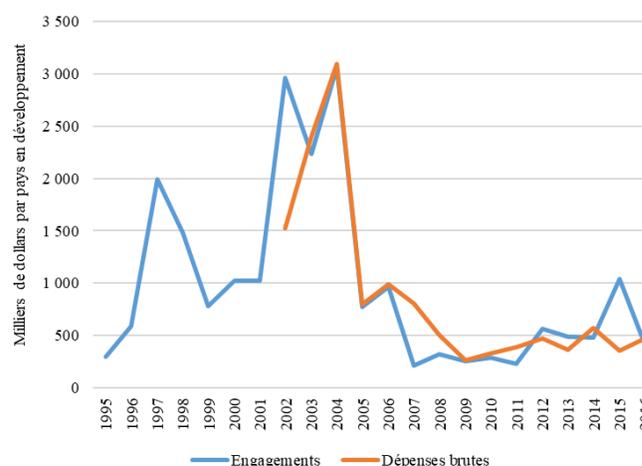


Figure V
Engagements et dépenses brutes au titre de l'aide publique au développement par donateur du Comité d'aide au développement en faveur de l'analyse des données et des politiques en matière de population par pays en développement, 1995-2016



Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

16. En 2016, les engagements au titre de l'analyse des données et des politiques en matière de population n'étaient que de 73 millions de dollars. Toutefois, en 2016, l'APD pour le domaine connexe du renforcement des capacités statistiques (code sectoriel 16062) était encore plus faible, avec 46 millions de dollars. Comme indiqué dans le rapport sur les flux de ressources, établi en vue de la cinquante et unième session de la Commission (E/CN.9/2018/4), il devient de plus en plus nécessaire de collecter, d'analyser et d'utiliser les données relatives à la population, ainsi que de renforcer les capacités statistiques de manière plus générale. Les montants de l'APD sont pour l'heure insuffisants pour répondre à ce besoin. De la même manière, des efforts supplémentaires devront être consentis pour subvenir aux nécessités des femmes en termes de soins, d'informations et de services en matière de santé sexuelle et procréative.

17. Lorsque d'autres sources sont prises en compte, la situation globale des dépenses consacrées à l'aide s'améliore, mais elle est encore loin d'être idéale. Le panneau A de la figure VI montre que l'APD du Comité d'aide au développement pour la santé sexuelle et procréative représentait 73 % de l'aide totale pour la santé sexuelle et procréative en 2016, tandis que le panneau B de la figure VI montre qu'elle ne représentait que 36 % de l'aide totale dans ce domaine pour l'analyse des données et des politiques en matière de population. Les institutions multilatérales ont apporté 21 % de l'aide pour la santé sexuelle et procréative ainsi que 63 % de l'aide pour l'analyse des données et des politiques en matière de population, tandis que la Bill and Melinda Gates Foundation a fourni 6 % de l'aide totale pour la santé sexuelle et procréative et 2 % de l'aide totale pour l'analyse des données et des politiques en matière de population. En comparaison, l'engagement des donateurs non membres du Comité d'aide au développement était faible dans ces domaines. Ils n'ont apporté que 0,2 % de l'aide en matière de santé sexuelle et procréative, tandis que la base de données du Comité n'a enregistré aucune aide versée par des pays non membres du Comité pour l'analyse des données et des politiques en matière de population.

18. En prenant en compte toutes les sources de financement, y compris l'aide publique au développement et les subventions privées, l'APD pour la santé sexuelle et procréative s'élevait à 6,22 dollars par femme en âge de procréer en 2016 (soit 1,72 dollar de plus que l'APD provenant uniquement des pays membres du Comité d'aide au développement), tandis que l'APD pour l'analyse des données et des politiques en matière de population se chiffrait à 1,34 million de dollars par pays en développement pour la même année (soit 864 000 dollars de plus que l'APD provenant des pays membres du Comité). Ces augmentations s'expliquent en grande partie par la proportion d'APD plus importante consacrée à ces secteurs, même s'il convient de relever que, par rapport aux besoins, les valeurs revues à la hausse restent insuffisantes.

Figure VI

Aide totale provenant de toutes les sources au titre de la santé sexuelle et procréative et de l'analyse des données et des politiques en matière de population, 2016

(Millions de dollars, valeurs constantes)



Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

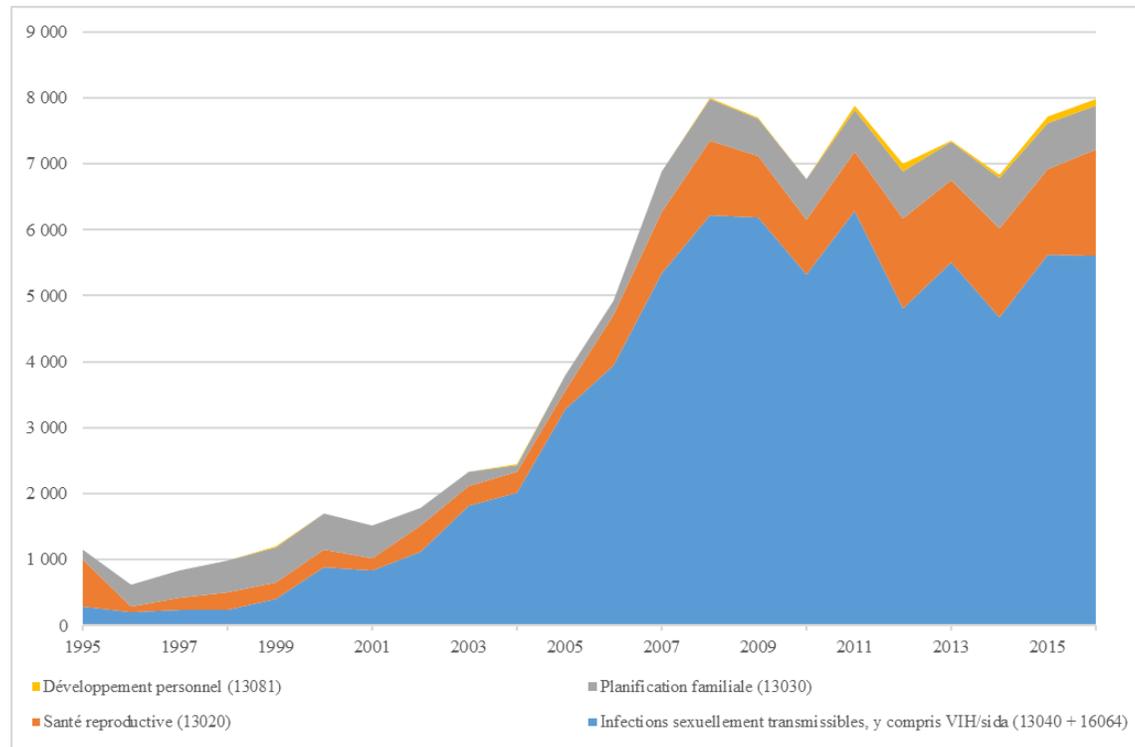
Remarques : Dépenses brutes au titre de l'APD ; la Bill and Melinda Gates Foundation est l'un des rares donateurs privés qui s'emploie à enregistrer ses activités dans la base de données des statistiques en ligne sur le développement international.

19. Les progrès réalisés en vue de la réalisation des objectifs de développement durable se mesurent par rapport à 232 indicateurs distincts, parmi lesquels au moins 98 requièrent comme dénominateur des données relatives à la population ou en dépendent. Au-delà de l'évaluation propre aux objectifs de développement durable, les données nationales relatives à la population sont nécessaires pour garantir l'actualisation des informations concernant l'âge, le sexe, les caractéristiques des ménages et l'emplacement des personnes qui pourraient être oubliées par le développement, et pour s'assurer que tous les pays disposent de données suffisantes pour dégager des tendances nationales et infranationales en matière de croissance démographique, de pyramide des âges et de mobilité géographique des populations. Ces informations sont capitales pour planifier le développement et répartir les infrastructures nécessaires au développement humain.

20. De la même manière, le travail à accomplir reste titanesque pour assurer un accès universel aux soins, aux informations et aux services de santé sexuelle et procréative, y compris la planification familiale volontaire et une éducation sexuelle complète, et réaliser des progrès vis-à-vis des droits en matière de sexualité et de procréation. Le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population s'est engagé à aider les pays à avancer vers une éradication de la mortalité maternelle, satisfaire les besoins en matière de planification familiale et apporter des solutions à la violence sexiste, mais la tâche représentée par ces objectifs fondamentaux dépasse largement les capacités du Fonds seul. Un remaniement en profondeur est plus que jamais nécessaire. Les donateurs traditionnels et non traditionnels doivent dépenser davantage, de même que les pays eux-mêmes, au niveau national. Par ailleurs, les dépenses publiques doivent être accompagnées de partenariats public-privé et d'une hausse considérable des investissements privés.

21. En raison des difficultés rencontrées pour délimiter l'APD consacrée à la santé procréative, à la planification familiale et aux maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH, les répartitions de l'APD selon ces catégories sont systématiquement imparfaites. Bien qu'il ne soit pas possible de défendre l'importance absolue ou relative de chacune de ces composantes, la figure VII envoie tout de même un message clair : l'augmentation de l'APD pour la santé sexuelle et procréative constatée ces dernières années, en particulier depuis le début du siècle, s'explique largement par l'augmentation de l'APD destinée à lutter contre le VIH et le sida. Sans revoir à la hausse l'aide apportée aux autres domaines de la santé sexuelle et procréative, il sera presque impossible de se rapprocher des objectifs ambitieux définis ci-dessus. Les ressources disponibles sont insuffisantes pour réduire le taux de mortalité maternelle, répondre aux besoins en matière de planification familiale et mettre un terme aux pratiques néfastes telles que la violence sexiste. Pour remédier à cette situation, il est nécessaire d'investir dans le capital humain, mais également dans les systèmes de santé et dans les infrastructures essentielles, comme expliqué plus en détail ci-dessous.

Figure VII
Répartition de l'aide publique au développement versée par les donateurs membres du Comité d'aide au développement pour la santé sexuelle et procréative, 1995-2016
 (Milliards de dollars, valeurs constantes)



Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

Remarque : Engagements au titre de l'APD.

Allocation des ressources nationales envers la santé sexuelle et procréative

Comme cela a été souligné lors des discussions sur le financement du développement, ainsi que dans le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement, les sources externes doivent être complétées par un financement intérieur. L'on sait que pour concrétiser le Programme de développement durable à l'horizon 2030, il sera nécessaire de dépenser non pas des milliards, mais des billions de dollars. Même si les donateurs respectent leurs engagements et leurs objectifs en termes d'APD, celle-ci restera cruellement insuffisante pour couvrir ces dépenses.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publie actuellement les données les plus complètes en matière de financement national de la santé, en se basant sur les données des comptabilités nationales collectées par les organismes nationaux de statistique, ainsi sur des estimations d'organismes internationaux tels que les institutions financières internationales et la Division de statistique des Nations Unies. Les données relatives aux dépenses globales en matière de santé sont presque disponibles partout dans le monde, ce qui n'est pas le cas au niveau

désagrégé. L'OMS publie des données concernant les dépenses actuelles consacrées à la santé, et même les dépenses directes en termes de santé pour un total de 191 pays et territoires pour la période s'étendant de 2000 à 2016. En ce qui concerne les dépenses actuelles relatives à la santé, il n'existait que cinq pays pour lesquels aucune donnée n'était disponible au début de la période (Afghanistan, Iran, Monténégro, Timor-Leste et Zimbabwe). En ce qui concerne les dépenses directes en matière de santé, seuls trois autres pays (Belgique, Grèce et Slovénie) n'avaient aucune donnée disponible au début de la période. Tous ces pays disposent désormais de données pour les deux catégories. Les seuls pays qui ne disposent actuellement pas de données à jour concernant ces indicateurs sont des pays dont la situation économique et politique est compliquée, à savoir la Libye, la République arabe syrienne, la République bolivarienne du Venezuela et le Yémen.

Données sur la couverture nationale des dépenses liées à la santé nationale, 2000-2016

(Sélection d'indicateurs)

	Plage de données	Pays couverts		Pays disposant de plusieurs points de données	
		Nombre	Pourcentage du total	Nombre	Pourcentage du total
Dépenses de santé actuelles	2000-2016	191	100	191	100
Dépenses directes liées à la santé	2000-2016	191	100	191	100
Gouvernance, système de santé et administration de financement	2010-2016	49	26	0	0
Dépenses publiques nationales générales en matière de VIH/sida et de maladies sexuellement transmissibles	2010-2016	39	20	34	18
Dépenses publiques nationales générales en matière de santé procréative	2010-2016	38	20	32	17
Dépenses publiques nationales générales en matière de gestion de la contraception (planification familiale)	2010-2016	30	16	23	12

Source : base de données mondiale de l'OMS sur les dépenses de santé.

La couverture des données devient toutefois bien plus sporadique lorsque les dépenses de santé sont examinées au niveau désagrégé. Aucun point de données n'est disponible avant 2010, et les données disponibles depuis lors sont souvent incomplètes. Sur les 191 pays, seuls 49 disposaient de données pour le point « Gouvernance, système de santé et administration de financement », et dans chacun d'entre eux, le premier point de données datait de 2016. Seuls 39 pays possédaient des données sur les « Dépenses publiques nationales générales en matière de VIH/sida et de maladies sexuellement transmissibles », parmi lesquels 5 ne disposaient que d'un point de données ; 38 pays possédaient des données sur les « Dépenses publiques nationales générales en matière de santé procréative », parmi lesquels 6 ne disposaient que d'un point de données ; et seuls 30 pays possédaient des données sur les « Dépenses publiques

nationales générales en matière de gestion de la contraception (planification familiale) », parmi lesquels 7 ne disposaient que d'un point de données.

Comme indiqué dans le rapport de 2018 du Secrétaire général sur les flux de ressources pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action, établi en vue de la cinquante et unième session de la Commission (E/CN.9/2018/4), des efforts bien plus importants devront être consentis dans la collecte des données de base en vue de compléter les comptabilités nationales des pays. À défaut, les données concernant l'allocation des ressources au niveau national resteront sporadiques, les estimations des séries chronologiques resteront insuffisantes et toute analyse risquera de surestimer ou de sous-estimer les tendances.

IV. Aide publique au développement au-delà des composantes chiffrées du Programme d'action

Changements fondamentaux en matière d'engagements au titre de l'APD

22. Le tableau ci-dessous décompose l'aide au développement, classée par objectif et allouée à un secteur en particulier, et dévoile deux changements notables dans la distribution de l'aide entre 1995 et 2016 :

a) Diminution de la part réservée à l'aide au développement : on a constaté une modification dans la répartition de l'aide aux fins humanitaires et aux fins de développement. La part de l'APD consacrée aux problèmes humanitaires est passée de 8 % à 31 % de l'APD pouvant être allouée au total à ce secteur, tandis que la part d'APD réservée aux objectifs de développement a chuté de 82 % à 61 % de l'APD pouvant être allouée au total à ce secteur ;

b) Recul de la focalisation sur les secteurs de l'infrastructure et de la production : on a constaté un grand changement dans la distribution de l'aide réservée à des fins de développement. La part de l'APD consacrée au secteur social a légèrement augmenté, passant de 29 % à 30 % du total, alors que la part de l'APD réservée aux secteurs de l'infrastructure et de la production a chuté de 53 % à 31 %.

23. Les initiatives liées à la dette (allègement ou au rééchelonnement de la dette) ont également reçu une part moindre, même si ce type d'aide est généralement de nature plus cyclique. En conséquence de ces changements, les engagements en matière d'aide sectorielle sont désormais presque uniformément répartis entre l'action humanitaire, le développement social, l'infrastructure, la production et le secteur de l'économie. L'attention grandissante portée à l'aide d'urgence est importante, car en cas de nouvelles crises, des ressources supplémentaires devront être prévues ; elle ne doit toutefois pas nous conduire à négliger l'aide au développement. Le développement durable reste le meilleur moyen de minimiser le risque de catastrophes naturelles ou causées par l'homme, et d'améliorer notre capacité à réagir face à celles-ci. Il est donc essentiel de se concentrer davantage sur le lien entre, d'un côté, les situations humanitaires et, de l'autre côté, le développement durable, tout en n'oubliant pas la prévention des crises humanitaires. Le soutien apporté lors des situations de crise ne suffit pas à sortir de manière adéquate et durable du piège du sous-développement, caractérisé par le cercle vicieux entre un développement économique et un secteur agricole faibles, un taux d'insécurité alimentaire et de pauvreté élevé, de graves dégradations et catastrophes environnementales, des

conflits prolongés et des déplacements de population, et des institutions et états faibles. Pour en sortir, il faudra instaurer une stratégie et une approche de développement à la recherche d'un équilibre entre le développement de tous les secteurs.

24. Alors que la part totale des engagements au titre de l'APD consacrée au secteur social n'a pas beaucoup changé, il en est autrement de la distribution de l'APD à l'intérieur de ce secteur. La figure VII aborde la modification de la répartition des engagements au titre de l'APD dans le domaine de la santé sexuelle et procréative ; le tableau ci-dessous montre la distribution de l'APD dans l'ensemble du secteur social dans son ensemble.

Répartition de l'APD au sein du secteur social

25. Dans le secteur social, comme on le voit dans le tableau ci-dessous la part de l'APD consacrée à l'éducation et à la santé ont respectivement augmenté de 2 points de pourcentage et de 6 points de pourcentage, tandis que celle réservée à la gouvernance a, dans l'ensemble, chuté de 7 points de pourcentage. Néanmoins, en raison de la croissance considérable de la quantité globale d'APD depuis 1997 (figure I), l'APD, mesurée en valeurs absolues (tableau 1), a augmenté pour tous les secteurs sociaux. Les secteurs qui ont connu la plus grande augmentation en valeurs absolues sont la santé et la gouvernance ; la part de l'APD dans l'éducation a, quant à elle, crû de façon plus modeste.

Tableau 1

Distribution de l'APD allouable par secteur, 1995 et 2016

(Engagements au titre de l'APD, dollars constants)

	<i>Millions de dollars</i>		<i>Pourcentage du total du secteur</i>		<i>Variation en %</i>
	<i>1995</i>	<i>2016</i>	<i>1995</i>	<i>2016</i>	<i>2016-1995</i>
Aide allouable totale par secteur	30 753	105 044	100,0	100,0	–
Social (y compris éducation, santé et gouvernance)	8 911	37 601	29,0	35,8	6,82
Économique (y compris infrastructure, production et économie)	16 158	32 614	52,5	31,0	-21,49
Humanitaire (y compris alimentation et migrants)	2 555	32 449	8,3	30,9	22,58
Mesures liées à la dette	3 130	2 380	10,2	2,3	-7,91
Aide totale pour le secteur social	8 911	37 601	100,0	100,0	–
Éducation	1 887	8 662	21,2	23,0	1,86
Santé	2 857	14 371	32,1	38,2	6,16
Gouvernance	3 418	11 830	38,4	31,5	-6,89
Autres secteurs sociaux	749	2 738	8,4	7,3	-1,13
Aide totale pour l'éducation	1 887	8 662	100,0	100,0	–
Enseignement primaire	180	2 458	9,6	28,4	18,82
Enseignement secondaire	42	359	2,2	4,1	1,92
Formation professionnelle	106	854	5,6	9,9	4,27
Enseignement postsecondaire	528	3 300	28,0	38,1	10,13

	Millions de dollars		Pourcentage du total du secteur		Variation en %
	1995	2016	1995	2016	2016-1995
Autre éducation	1 031	1 691	54,6	19,5	-35,13
Aide totale pour la santé	2 857	14 371	100,0	100,0	-
Formation des agents sanitaires	29	266	1,0	1,9	0,84
Maladies infectieuses, dont	369	8 024	12,9	55,8	42,92
Contrôle des maladies infectieuses	81	1 286	2,8	8,9	6,10
Paludisme	0	807	0,0	5,6	5,61
Tuberculose	0	321	0,0	2,2	2,24
Maladies sexuellement transmissibles, y compris VIH	288	5 610	10,1	39,0	28,96
Santé sexuelle et procréative, à l'exception du VIH	864	2 369	30,2	16,5	-13,75
Autres composantes du système de santé	1 502	3 038	52,6	21,1	-31,45
Composantes hors système de santé	93	674	3,3	4,7	1,43
Aide totale pour la gouvernance	3 418	11 830	100,0	100,0	-
Politiques publiques et gestion administrative	2 495	1 595	73,0	13,5	-59,51
Développement des services légaux et judiciaires	49	1 905	1,4	16,1	14,66
Participation démocratique et société civile	511	1 727	14,9	14,6	-0,34
Consolidation de la paix civile, prévention et résolution des conflits	0	1 763	0,0	14,9	14,90
Autres composantes « gouvernement et société civile » :	363	4 840	10,6	40,9	30,29
Droits de l'homme	96	692	2,8	5,9	3,04
Égalité hommes-femmes	107	448	3,1	3,8	0,65
Violences faites aux femmes	0	128	0,0	1,1	1,08
Divers	160	3 571	4,7	30,2	25,52

Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

Remarque : L'infrastructure englobe l'eau et l'assainissement.

26. Dans le secteur de l'éducation, l'enseignement postsecondaire a connu la hausse la plus importante, tant en valeurs relatives qu'absolues, suivi par l'enseignement primaire. Alors que l'augmentation constatée pour l'enseignement postsecondaire s'explique souvent par les échanges d'étudiants et les collaborations entre universités de différents pays, la hausse dans l'enseignement primaire est locale par nature¹.

¹ D'après le Partenariat mondial pour l'éducation, les investissements des pays donateurs se concentrent sur l'enseignement postsecondaire : en moyenne, 42 % de l'APD pour l'éducation provenant des pays donateurs ont été alloués à ce secteur en 2015. Il s'agit pour une grande partie de dépenses en bourses et autres frais destinés aux étudiants des pays en développement dans les pays donateurs (73 % du total du financement de l'enseignement postsecondaire). Par contraste, en 2015, les pays donateurs de l'OCDE n'ont alloué que 26 % de leur APD bilatérale pour l'éducation à l'éducation de base (enseignement primaire, petite enfance et compétences pratiques de base pour les jeunes et les adultes). » Voir <https://www.globalpartnership.org/blog/how-do-donors-support-global-education-findings-deep-dive-education-aid>. Voir également SEEK Development *The Donor Tracker, Are we making progress? Understanding trends in donor support for agriculture, education, global health, global health R&D, and nutrition*, mars 2018.

Même si l'aide destinée à l'éducation primaire a commencé à croître dès 1995, début de la période considérée, les objectifs du Millénaire pour le développement, dont le but est d'assurer l'éducation primaire pour tous d'ici à 2015, ont contribué davantage encore à faire augmenter l'aide consacrée à cette cause. Il reste à déterminer si le Programme 2030, dont l'un des objectifs est d'assurer l'éducation secondaire pour tous d'ici à 2030, aura une incidence similaire. Jusqu'à présent, l'enseignement secondaire, y compris la formation technique et professionnelle, a bénéficié d'une quantité d'APD bien moindre, tant en valeurs relatives qu'absolues. Néanmoins, l'enseignement secondaire a un rôle majeur à jouer, non seulement dans l'autonomisation des personnes, en particulier des femmes et des filles, mais également dans le développement du capital humain. Il demeure essentiel à la réalisation d'un dividende démographique, garantissant que les personnes possèdent les compétences nécessaires pour attirer et développer de nouvelles entreprises et répondant aux exigences liées à une économie du XXI^e siècle.

27. En ce qui concerne la santé, la majeure partie de l'APD soutient le développement de systèmes de santé et, dans le système de santé, la majorité est dédiée à la lutte contre les maladies infectieuses. Cette répartition de l'aide dans le secteur de la santé se fait de manière naturelle en tenant compte de la définition du système de santé. La définition ici utilisée cadre avec celle de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, dont l'optique est relativement large. Elle englobe les éléments suivants : direction et gouvernance en matière de santé, prestation des services de santé, ressources humaines pour la santé, financement de la santé, systèmes d'information sanitaire, technologies de la santé, appropriation et participation communautaires, partenariats pour le développement de la santé et recherche pour la santé.

28. Dans le système de santé, la question des maladies infectieuses absorbe 59 % de l'APD, dont 70 % sont dédiés à la lutte contre le VIH. En comparaison, le paludisme et la tuberculose, à savoir les deux autres maladies infectieuses pour lesquelles les objectifs du Millénaire avaient fixé des objectifs spécifiques, ont reçu moins de fonds proportionnellement au titre de l'APD déclarée dans la base de données du Comité d'aide au développement.

29. Il convient également de souligner que si l'on exclut le VIH et le sida, les engagements au titre de l'APD destinée à la santé sexuelle et procréative ont baissé par rapport aux engagements en faveur de la santé. La part réservée à la santé sexuelle et procréative parmi les engagements d'APD destinés au système de santé a chuté de 27 % en 1995 à 11 % en 2016, ce qui indique une chute notable en valeurs relatives. Néanmoins, étant donné la nette hausse d'APD constatée pendant cette période, les contributions absolues envers la santé sexuelle et procréative ont été multipliées par 2,7, passant de 0,9 milliard de dollars en 1995 à 2,4 milliards de dollars en 2016 (voir tableau 1).

30. Les engagements au titre de l'APD pour la gouvernance et la société civile ont connu des changements considérables entre 1995 et 2016. Le plus important concerne l'aide visant à renforcer le secteur public et la gestion administrative, qui a chuté de 73 % à 13 % de l'APD dédiée à ce secteur, là où l'aide visant à renforcer d'autres domaines de la gouvernance et de la société civile, a augmenté de 11 % à 41 %. Le recul de la part réservée à l'administration publique correspond à l'emphase mise par les programmes d'ajustement structurel sur la réduction du secteur public. Si la réduction des dépenses envers l'administration publique était un moyen de régler le problème de la dette grandissante, elle a vraisemblablement sapé la capacité

Disponible à l'adresse suivante :

https://seekdevelopment.org/sites/default/files/publicationpdfs/DT_HighlightStory_AreWeMakingProgress_March2018_1.pdf.

administrative du secteur public à gérer les programmes de développement². Disposer d'institutions non gouvernementales fortes et compétentes est essentiel au développement, mais ne suffit pas à pallier la faiblesse des institutions publiques. Les ouvrages sur l'État développementiste soulignent que les institutions publiques compétentes et axées sur le développement ont joué un rôle primordial dans le succès de nombreuses économies de marché émergentes³.

31. Il convient également de noter que seule une infime partie des ressources dédiées au renforcement de la gouvernance et de la société civile est explicitement classée comme étant consacrée au renforcement des droits de l'homme et à l'égalité des sexes. En 2016, les efforts visant à renforcer les droits de l'homme n'ont reçu que 6 % de l'APD dédiée à la gouvernance et à la société civile. Les organisations qui œuvrent pour l'égalité des sexes n'en ont bénéficié qu'à hauteur de 4 %, tandis que seul 1 % est allé à la lutte contre les violences faites aux femmes.

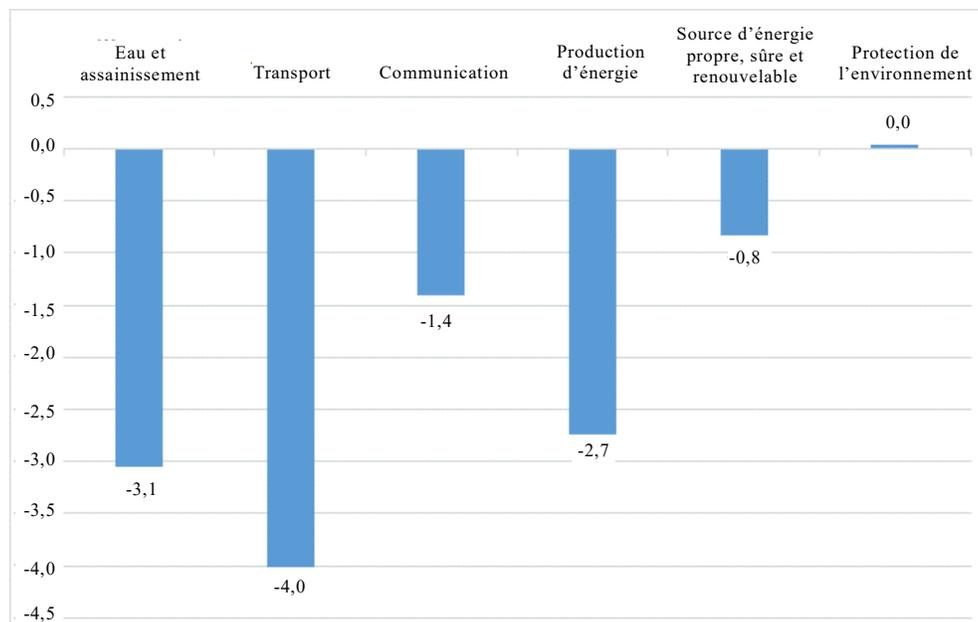
32. Conformément à la hausse générale de l'APD dédiée aux fins humanitaires, une part croissante de l'APD consacrée à la gouvernance et à la société civile est allouée à la consolidation de la paix civile et à la prévention et à la résolution des conflits. Les initiatives visant à renforcer les administrations publiques et à assurer le plein exercice des droits de l'homme devraient également être considérées comme des efforts destinés à éviter et à régler les conflits.

² Pour un aperçu des arguments et des ouvrages, voir par exemple Bernhard Reinsberg et autres, « How Structural Adjustment Programs Impact Bureaucratic Quality in Developing Countries », Political Economy Research Institute, Université du Massachusetts à Amherst, document de travail, 25 janvier.

³ Pour une conceptualisation de l'État développementiste et un débat à son sujet, voir par exemple Chalmers Johnson, *MITI and the Japanese Miracle: The Growth of Industrial Policy, 1925-1975*. (Stanford, Californie : Stanford University Press, 1982) ; Alice Amsden, *Asia's Next Giant: South Korea and Late Industrialization* (Oxford University Press, 1989) ; et Adrian Leftwich, « Bringing politics back in: Towards a model of the developmental state », *Journal of Development Studies*, volume 31, numéro 3 (février 1995).

Figure VIII
Aide publique au développement allouée aux infrastructures et à la protection de l'environnement en pourcentage de l'allocation totale de l'aide publique au développement, 1995-1999 et 2012-2016

(Variation en points de pourcentage)



Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

Remarque : Engagements au titre de l'APD ; l'énergie propre, sûre et renouvelable est une sous-catégorie de la production d'énergie.

33. Il est à noter que la baisse de la part d'engagements d'APD dédiée à l'infrastructure (voir figure VIII) ne se traduit généralement pas par un déclin absolu de l'APD allouée à l'infrastructure. La seule exception concerne le secteur de la communication, qui a connu un recul de l'APD en valeurs absolues. Celui-ci est imputable, au moins en partie, au changement du modèle d'activité dans le secteur, désormais caractérisé par un engagement privé bien plus important. Compte tenu de l'importance accordée au développement durable, l'inquiétude plane autour, d'un côté, de la légère baisse des engagements d'APD vis-à-vis du développement d'énergie propre, sûre et renouvelable et, d'un autre côté, de la hausse minime des engagements d'APD envers la protection de l'environnement. Si la part annuelle moyenne d'APD allouée était restée la même qu'entre 1995 et 1999, l'APD annuelle moyenne pour l'infrastructure aurait été considérablement plus élevée entre 2012 et 2016. Chaque année, 3,4 milliards de dollars supplémentaires auraient été alloués aux transports ; 2,5 milliards de dollars supplémentaires à l'eau et à l'assainissement ; 2,1 milliards de dollars supplémentaires à la production d'énergie, dont 0,7 milliard à l'énergie propre, sûre et renouvelable ; et 1,2 milliard de dollars supplémentaires à la communication.

34. Le développement de l'eau et de l'assainissement est indispensable pour lutter contre le paludisme et d'autres maladies transmises par l'eau, améliorer la santé et mieux utiliser les ressources naturelles ; le développement des réseaux de transports, en particulier des routes de desserte, est essentiel pour le développement rural, tandis que l'accès à l'énergie est étroitement lié à la pauvreté. Le secteur privé investit souvent trop peu dans les infrastructures essentielles (en particulier dans les zones

rurales et reculées, où les taux de rendement interne sont faibles), et les investissements publics sont insuffisants. Dans les pays les moins avancés du monde, où les ressources publiques sont extrêmement limitées et où la demande est énorme, la baisse de l'APD dédiée au développement de l'infrastructure représente un problème particulièrement conséquent.

35. Le Programme d'action de la CIPD a prêté une attention toute particulière aux liens entre l'évolution démographique, le développement économique et l'environnement ; ces relations se trouvent également au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Pour aborder ces relations, il incombe de prendre en compte non seulement le nombre d'habitants, mais également la consommation et la production durables, et la distribution des biens, des services, et des ressources en général. Pour promouvoir le développement durable tel qu'il a été défini dans ces déclarations historiques, il sera nécessaire d'investir davantage dans la génération de l'énergie propre, sûre et renouvelable, ainsi que dans la protection de l'environnement.

V. Résumé et conclusion

36. L'analyse des allocations d'APD par le Comité d'aide au développement au titre de la santé sexuelle et procréative entre 2015 et 2016 n'indique qu'une très faible augmentation (de 4,4 dollars à 4,5 dollars par femme en âge de procréer dans le monde en développement), tandis qu'une analyse à plus long terme des allocations au titre de la santé sexuelle et procréative entre 1995 et 2016 donne des résultats mitigés. Au cours de cette période, l'APD versée par le Comité d'aide au développement au titre de la santé sexuelle et procréative a augmenté de 593 %, si l'on inclut l'aide relative au VIH, et de seulement 173 % si l'on exclut celle-ci du calcul. Cela signifie qu'environ 71 % de l'augmentation de l'allocation d'aide à la santé sexuelle et procréative est liée à l'augmentation de l'aide relative au VIH, et que l'allocation d'aide pour les autres domaines de la santé sexuelle et procréative n'a que très peu augmenté en termes de part du total de l'aide allouable au secteur.

37. L'aide dédiée à l'analyse des données et des politiques en matière de population et apportée par les pays membres du Comité d'aide au développement a augmenté entre 2015 et 2016, mais reste relativement peu élevée en termes absolus. Seuls 36 % de l'aide consacrée à l'analyse des données et des politiques en matière de population sont provenus directement des pays membres du Comité d'aide au développement (contre 73 % pour l'aide dédiée à la santé sexuelle et procréative), et 63 % de l'aide consacrée à l'analyse des données et des politiques en matière de population a été apportée par des institutions multilatérales (contre 21 % pour l'aide dédiée à la santé sexuelle et procréative). Le fait qu'une partie significative de l'aide ne soit toujours pas acheminée au travers d'institutions multilatérales (en particulier dans le cas de la santé sexuelle et procréative) indique qu'il est possible de mettre sur pied une meilleure coordination avec la communauté des donateurs. Le troisième plus grand donateur en matière de questions relatives à la population a été la Bill and Melinda Gates Foundation. Elle a apporté 2 % de l'aide relative à l'analyse des données et des politiques en matière de population et 6 % de l'aide réservée à la santé sexuelle et procréative. Même si les données de l'OCDE montrent un engagement global croissant de la part des donateurs non membres du Comité d'aide au développement, ceux-ci ont contribué des niveaux d'aide relativement faibles au titre de la santé sexuelle et procréative, et la base de données du Comité n'a consigné aucune aide de la part de ces pays au titre de l'analyse des données et des politiques en matière de population.

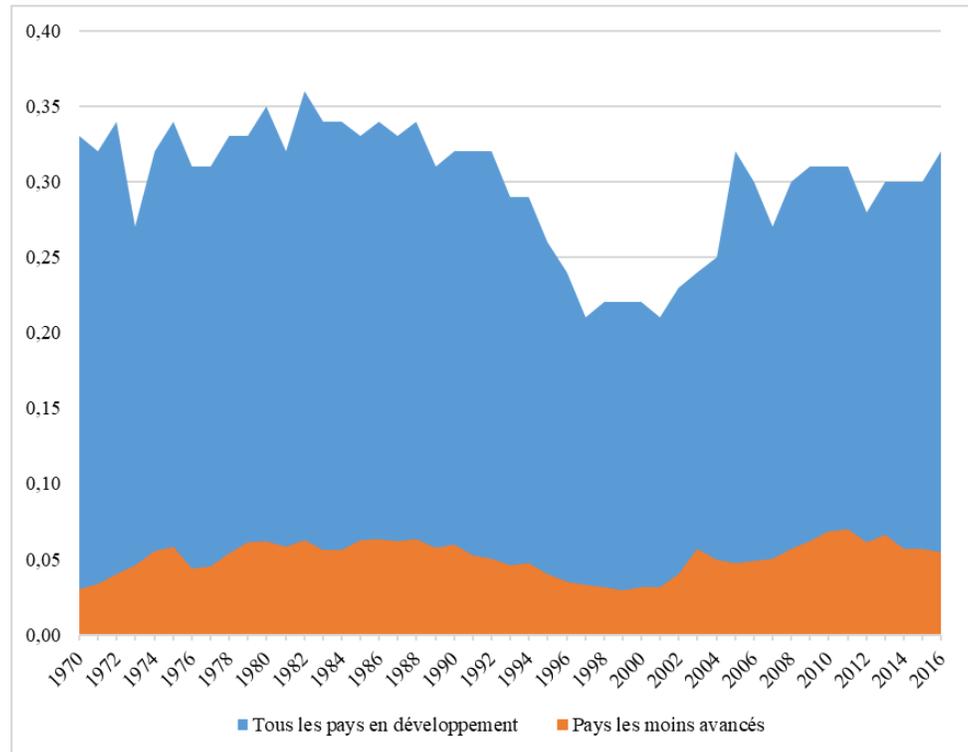
38. Le présent rapport souligne combien il est important de replacer l'aide relative à la santé sexuelle et procréative et à l'analyse des données et des politiques en matière de population dans le contexte plus large de la santé, de l'éducation et de la gouvernance. Les initiatives visant à renforcer la santé sexuelle et procréative se fondent dans les efforts visant à renforcer le système de santé dans son ensemble. Par ailleurs, les efforts consentis pour améliorer la santé vont de pair avec ceux mis en œuvre pour favoriser l'éducation. Les deux sont fondamentaux pour le développement du capital humain, qui constitue lui-même un moteur du développement social et économique. Il s'avère également crucial d'investir dans ces domaines pour surmonter les difficultés liées à l'offre qui empêchent la réalisation du plein emploi, sans oublier d'investir de manière productive dans l'économie réelle afin d'apaiser les contraintes du côté de la demande. Par conséquent, les investissements dans les secteurs sociaux ne peuvent être dissociés des investissements dans le secteur économique. Pour garantir la viabilité du modèle de développement, les investissements dans les deux domaines doivent d'ailleurs être accompagnés d'efforts bien plus importants visant à protéger l'environnement naturel. À en juger, d'une part, par les tendances en matière d'engagements d'APD pour l'infrastructure et la production et, d'autre part, par les engagements d'APD envers une énergie propre, sûre et renouvelable et la protection de l'environnement, il est nécessaire de redoubler d'efforts. Ce type d'aide est particulièrement importante dans les pays les moins avancés, qui ont les plus grandes contraintes budgétaires et les plus grands besoins, et qui sont donc fortement tributaires de l'aide extérieure.

39. Nonobstant l'importance du financement du développement issu des ressources nationales, mis en exergue par le Programme d'action d'Addis-Abeba, l'aide au développement demeure cruciale pour les pays les moins avancés. Ainsi, dans le Programme d'action en faveur des pays les moins avancés (2001-2010 et 2011-2020), il a été décidé que les pays développés devraient consacrer entre 0,15 % et 0,20 % de leur revenu national brut à l'assistance aux pays les moins avancés, et rappelé l'objectif établi de longue date selon lequel les pays développés devraient allouer au moins 0,70 % de leur revenu national brut à l'aide au développement au sens large. Ces objectifs ont également été inclus dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et dans les objectifs de développement durable.

Figure IX

Dépenses nettes au titre de l'APD faites par les donateurs du Comité d'aide au développement en faveur de l'ensemble des pays en développement et des pays les moins avancés, 1970-2016

(Pourcentage du revenu national brut des membres du Comité d'aide au développement)



Source : Statistiques en ligne de l'OCDE sur le développement international, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/fr/cad/stats/sdienligne.htm> (site consulté le 12 décembre 2018).

40. Le chemin à parcourir reste long pour le groupe du Comité d'aide au développement avant d'atteindre l'objectif de 0,70 % du revenu national brut (voir figure IX) et, en tant que groupe, les donateurs du Comité d'aide au développement sont bien loin de fournir 0,15 à 0,20 % de leur revenu national brut au titre de l'aide au pays les moins avancés. Pris dans leur ensemble, les chiffres cachent toutefois d'importantes différences entre les pays. L'annexe I montre la position des pays donateurs par rapport à l'objectif de 0,70 %, et l'annexe II, leur position par rapport à l'objectif fixé entre 0,15 % et 0,20 %. Les pays qui consacrent au moins 0,70 % de leur revenu national brut au développement incluent, par ordre décroissant, la Suède, les Émirats arabes unis, la Norvège, le Luxembourg, le Koweït et le Danemark ; au moins 0,15 % : le Luxembourg, la Norvège, la Suède, le Danemark et les Émirats arabes unis. Le Luxembourg est le seul pays parmi eux à dépasser l'objectif de 0,20 %, avec un peu plus de 0,30 % de son revenu national brut consacré à l'assistance aux pays les moins avancés. Il convient également de remarquer la présence dans cette liste des Émirats arabes unis et du Koweït, deux pays qui ne font pas partie du Comité d'aide au développement. De la même manière, il ne faut pas oublier que l'aide au développement apportée par les donateurs non membres du Comité est probablement sous-estimée car tous n'enregistrent pas leur aide dans la base de données du Comité.

41. En valeurs absolues, les plus grands donateurs sont les membres du Groupe des Huit (G8), à savoir, par ordre décroissant, les États-Unis d'Amérique, le Japon, l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, l'Italie, le Canada et la Fédération de Russie, qui ne fait pas partie du Comité d'aide au développement. Néanmoins, les données montrent que pour atteindre l'objectif de 0,70 %, l'APD doit faire plus que doubler, tandis que pour se situer entre 0,15 % et 0,20 %, l'APD dédiée aux pays les moins avancés doit être multipliée par trois ou par quatre. Ce type d'augmentation ne suffirait pas à garantir la réalisation de progrès par rapport aux objectifs de développement durable, qui ont été chiffrés à plusieurs billions de dollars plutôt que milliards, mais il permettrait certainement d'avoir un effet notable sur les pays les moins avancés. Il réduirait également la nécessité de faire des compromis entre l'aide humanitaire et l'aide au développement, ou entre l'aide sociale, économique et environnementale, qui mettent en péril l'approche intégrée du développement durable.

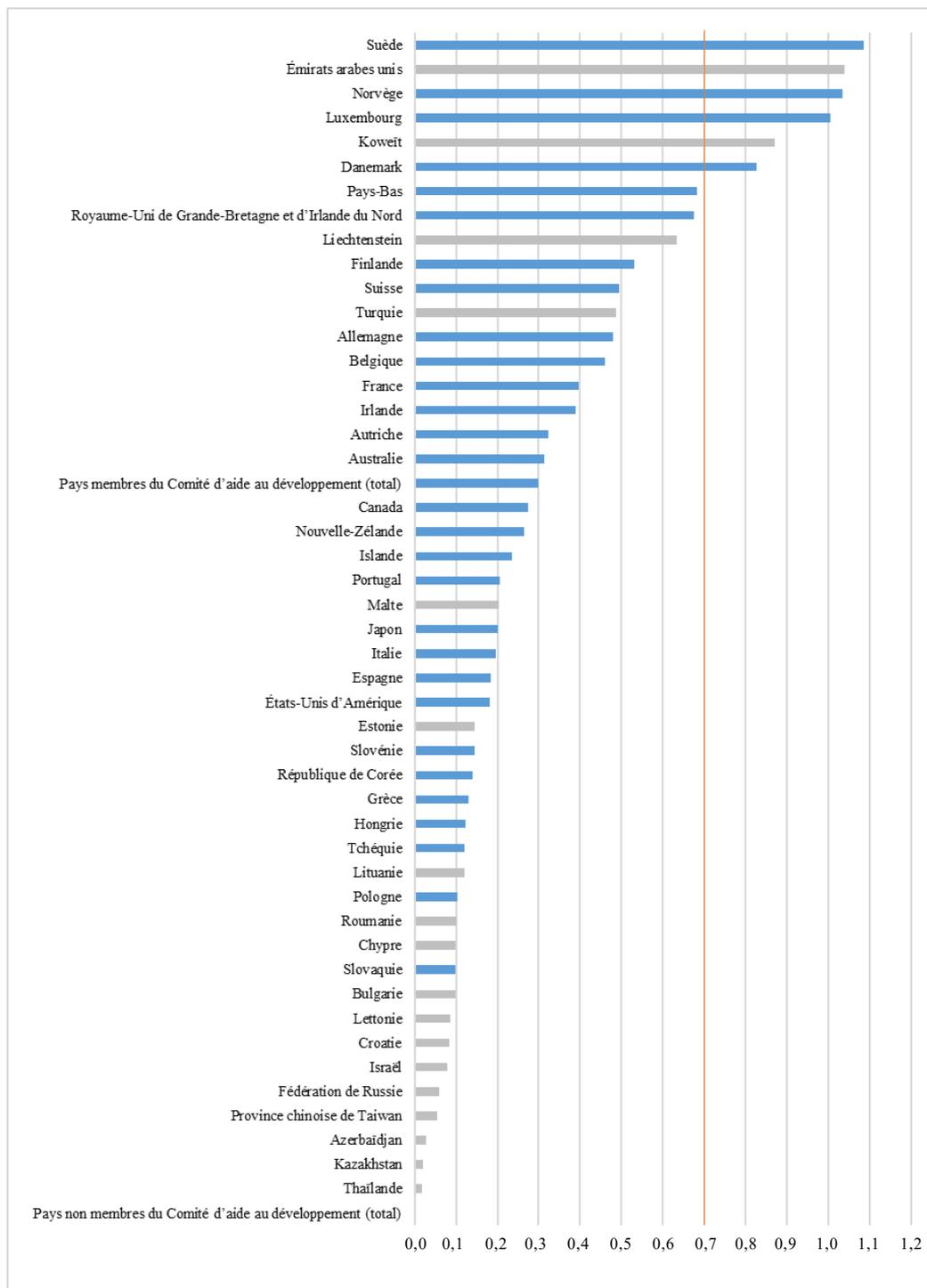
42. L'ambition qu'ont les États Membres de promouvoir le développement social et de saisir l'occasion que représentent les transitions démographiques dépend essentiellement de la répartition des investissements et de l'aide au développement. L'autonomisation, l'éducation et l'emploi des plus jeunes générations sont des aspects particulièrement importants pour permettre aux pays les moins avancés de toucher un dividende démographique ; un vieillissement actif et en bonne santé, l'accumulation de capital et les investissements productifs dans l'économie réelle sont primordiaux pour tirer profit du dividende de la longévité. Par ailleurs, l'attention portée aux secteurs sociaux et économiques, ainsi qu'aux interactions entre ceux-ci, doit être accompagnée d'efforts plus importants visant à promouvoir une utilisation durable des ressources naturelles.

43. Garantir un développement durable constitue un processus et un projet complexes qu'une approche et un financement partiels ont peu de chances de mener à bien. Les donateurs traditionnels et non traditionnels doivent apporter davantage d'APD, en particulier à l'attention des pays les plus pauvres. Cette APD supplémentaire doit également être complétée par d'autres sources externes et nationales. Pour parvenir à attirer, à créer, à mobiliser, à exploiter et à utiliser de manière efficace le financement dédié au développement, il est absolument indispensable de disposer d'administrations publiques compétentes et dévouées à la cause du développement.

Annexe I

Dépenses nettes au titre de l'APD faites par les donateurs membres et non membres du Comité d'aide au développement en faveur de tous les pays en développement, 2012-2016

(Pourcentage du revenu national brut)



Annexe II

Dépenses nettes au titre de l'APD faites par les donateurs membres et non membres du Comité d'aide au développement en faveur des pays les moins avancés, 2012-2016

(Pourcentage du revenu national brut)

