

BUDGÉTISATION SENSIBLE AU GENRE ET DROITS DES FEMMES EN MATIÈRE DE SANTE DE LA REPRODUCTION: UN GUIDE PRATIQUE





L'UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population, est une agence de développement international qui œuvre en faveur du droit à la santé et de l'égalité des chances de chacun, femme, homme et enfant. L'UNFPA offre son appui aux pays pour utiliser les données démographiques dans la formulation des politiques et des programmes visant à réduire la pauvreté et pour faire en sorte que chaque grossesse soit désirée, que chaque accouchement soit sans danger, que chacun soit protégé du VIH/SIDA et que toutes les filles et toutes les femmes soient traitées avec dignité et respect.

L'UNFPA - parce que chacun compte.

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)

220 East 42nd Street

New York, NY 10017

U.S.A.

www.unfpa.org



UNIFEM est le fonds des Nations Unies pour la femme. Il fournit une assistance financière et technique à des programmes et des stratégies novateurs visant à favoriser l'émancipation de la femme et l'égalité des sexes. En axant ses efforts sur le progrès des droits fondamentaux de la femme, UNIFEM cherche à réduire la pauvreté chez les femmes, à mettre un terme à la violence à l'égard des femmes, à inverser la tendance actuelle à la propagation du VIH/sida parmi les femmes et les filles, et à réaliser l'égalité des sexes dans un système démocratique en temps de paix comme en temps de guerre.

L'UNIFEM a soutenu des initiatives sur la budgétisation sensible au genre dans plus de 20 pays. Ce soutien a facilité l'élan croissant des gouvernements, de la société civile et des parlementaires à engager des politiques de budget aux niveaux national et local dans une perspective de genre.

Fonds de développement des Nations Unies pour la femme

304 East 45th Street, 15th floor

New York, NY 10017 (États-Unis)

Tél. : +1 212-906-6400

Fax : +1 212-906-6705

E-mail: unifem@undp.org

Site web: www.unifem.org

Budgétisation Sensible au Genre et Droits des femmes en matière de Reproduction: un Guide de Ressources

New York 2006

Copyright: UNFPA, UNIFEM 2006

ISBN: 1 93 28 27 61 7

Conçu et produit par WhatWorks Inc

Edité par Carolyn Hanson/Bibi Singh

Traduit par Geneva Worlwide

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	5
REMERCIEMENTS	6
ACRONYMES.....	7
INTRODUCTION.....	9
Généralités.....	9
Objectif et format du guide pratique	9
Structure du guide pratique.....	10
QU'EST-CE QUE LA BSG?	12
Définition de la BSG	12
La BSG et l'UNFPA.....	15
QUELQUES LIENS CLÉS	17
Le travail budgétaire et l'égalité et équité de genre	17
Le travail budgétaire et les droits humains	19
La BSG et la CEDAW.....	21
La santé sexuelle, les droits en matière de reproduction et la CIPD	22
La violence à l'égard des femmes et la santé en matière de la reproduction	25
Le VIH /SIDA et la santé en matière de la reproduction	25
Les soins de santé primaires et la santé de la reproduction.....	30
La pauvreté et la santé reproductive.....	31
Les réformes du secteur de la santé et la santé de la reproduction.....	33
QUELLES SONT LES CONSIDÉRATIONS ÉCONOMIQUES?	35
La BSG, la santé de reproduction et l'économie	35
Le « dividende démographique ».....	37
La BSG, la santé reproductive et le travail non rémunéré.....	38
UTILISER L'ANGLE BUDGÉTAIRE POUR FAIRE PROGRESSER D'AUTRES SECTEURS	41
La santé de la reproduction, le travail budgétaire et les Objectifs du	41
Millénaire pour le Développement	
Coût des Objectifs du Millénaire pour le Développement.....	43
Le travail budgétaire et les DSRP (Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté).....	45
Le travail budgétaire concentré sur des problèmes particuliers.....	48
Le travail budgétaire, la bonne gouvernance et la participation.....	49
Les budgets participatifs et le genre.....	51

TABLE DES MATIÈRES

À QUOI RESSEMBLE UN BUDGET?	54
La présentation du budget	54
La formulation du budget	56
Le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT)	59
CADRES ET OUTILS POUR LA BSG	61
La méthode des trois catégories de Sharp	61
Les cinq étapes de l'analyse du budget	63
Etapes et questions pour la BSG formulées par le bureau de l'UNIFEM dans les Andes	64
Le guide mexicain de la formulation des budgets du secteur de la santé	65
La catégorisation pour l'analyse de genre des programmes VIH/SIDA	66
Quelques outils proposés pour l'analyse de genre des budgets	67
Lettres circulaires (ou Lettres de Cadrage) et Rapports Genre	71
ACTEURS, ACTIVITÉS ET PRIORITÉS	72
Acteurs et activités	72
Priorités de la BSG	74
Le cycle budgétaire et les opportunités d'intervention	75
DU POINT DE VUE DE LA RECETTE	78
Le financement de la santé	78
Les frais d'utilisation des services de santé	80
Le financement des donateurs	81
L'Approche Sectorielle	83
Les initiatives particulières des donateurs sur le VIH/SIDA	84
La règle universelle du silence	90
Les relations fiscales intergouvernementales	91
LES STATISTIQUES	93
Utiliser les statistiques dans le travail de BSG	93
Les modèles démographiques et leurs implications pour les budgets	96
POUR CONCLURE	98

Encadré 1	Plaidoyer pour les femmes de descendance africaine à Porto Alegre au Brésil.....	14
Encadré 2	Points forts du travail de l'UNIFEM dans la BSG.....	18
Encadré 3	Utilisation des concepts de droits dans le travail budgétaire lié à la santé	20
Encadré 4	Utilisation des indicateurs budgétaires pour évaluer les réalisations de la CEDAW ..	22
Encadré 5	Besoins des mères, des femmes et des enfants	28
Encadré 6	Combinaison du plaidoyer et de l'action juridique autour..... des droits en matière de santé	29
Encadré 7	Combinaison de la recherche, du plaidoyer et de la formation	34
Encadré 8	L'argent seul n'est parfois pas suffisant.....	37
Encadré 9	Le coût des soins à domicile	39
Encadré 10	Le travail non rémunéré dans un « verre de lait ».....	40
Encadré 11	La mortalité maternelle et les soins obstétricaux d'urgence	43
Encadré 12	La société civile traque la politique en matière d'éducation	47
	et l'exécution du budget au Malawi	
Encadré 13	Le monitoring du fonds pour la pauvreté en Ouganda.....	47
Encadré 14	L'argent pour réduire la mortalité maternelle	48
Encadré 15	Quel est le coût de la lutte contre la violence conjugale ?	49
Encadré 16	Le genre et le budget de participation à Recife.....	51
Encadré 17	Le genre et le budget de participation à El Salvador.....	53
Encadré 18	Modifier les budgets en matière de santé de reproduction au Paraguay.....	55
Encadré 19	Budgétisation basée sur la performance au	59
	Ministère des affaires sociales au Pakistan	
Encadré 20	Contenu lié au genre, explicite et implicite	62
Encadré 21	Des solutions au problème recensé à l'étape 4 à Mexico.....	64
Encadré 22	Problèmes de genre dans les dépenses de santé au Maroc	68
Encadré 23	L'analyse du coût de la mise en œuvre de la Loi	69
	sud-africaine sur la Violence Domestique	

ENCADRÉS

Encadré 24	Choisir qui mènera la recherche	73
Encadré 25	Les représentants publics ne sont pas toujours en faveur de la transparence.....	74
Encadré 26	La prise de décision dans un système décentralisé.....	75
Encadré 27	La preuve de l'impact des contributions aux frais d'utilisation..... pour les services de santé en Afrique	81
Encadré 28	Les conditions du PEPFAR imposent des coûts inutiles.....	87
Encadré 29	S'assurer que les femmes ont accès aux médicaments	89
Encadré 30	Flexibilité restreinte de la prise de décision	92
Encadré 31	Méthodes créatives d'enquête sur la violence basée sur le genre	95
Encadré 32	L'exploration des taux de masculinité et leur signification	97

Nous sommes heureux de présenter le Guide Pratique intitulé « Budgétisation sensible au genre et Droits des Femmes à la santé en matière de reproduction, » ainsi que le manuel de formation, « Pratique de la Budgétisation sensible au genre. » Nous sommes convaincus que ces deux publications conjointement développées par l'UNFPA et l'UNIFEM apporteront une contribution précieuse aux ressources existantes en matière de budgétisation sensible au genre et aideront les équipes d'experts à répondre à la croissante demande en appui technique sur la BSG. L'objectif de ces publications est d'encourager l'intégration de la perspective de genre dans les processus nationaux de planification, de programmation et de budgétisation.

La budgétisation sensible au genre permet de contrôler la façon dont les budgets répondent aux priorités des femmes et la façon dont les gouvernements utilisent les fonds publics pour réduire la pauvreté, promouvoir l'égalité des sexes, endiguer la propagation du VIH et réduire les taux de mortalité maternelle et infantile. Elle permet de s'assurer que le gouvernement respecte ses engagements en faveur des femmes conformément au Programme d'Action du Caire sur la Population et le Développement, à la Plateforme d'Action de Pékin pour l'Égalité des Sexes et l'Autonomisation des Femmes et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Aujourd'hui, plus de dix ans après l'adoption du Programme d'Action du Caire et de la Plateforme d'Action de Pékin, nous constatons que les domaines de l'autonomisation des femmes, de l'égalité des sexes, et des droits des femmes à la santé en matière de reproduction ont connu des progrès significatifs. Néanmoins, il reste beaucoup à faire. Nous espérons que vous trouverez en ces publications les outils qui nous permettront d'aller encore plus loin sur le chemin du progrès.



Thoraya Ahmed Obaid
Directrice Exécutive,
UNFPA



Noeleen Heyzer
Directrice Exécutive,
UNIFEM

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier Nisreen Alami, Coordinatrice du Programme des Budgets Sensibles au Genre de l'UNIFEM pour avoir commissionné, orienté et contribué de façon inestimable à cette publication.

Je remercie également le personnel de l'UNIFEM des bureaux régionaux et de New York, le personnel de l'UNFPA à New York et les Equipes d'appui technique de l'UNFPA ainsi que toutes les personnes des organisations partenaires qui ont apporté leurs conseils sur le contenu de ce produit : Karen Daduryan, Luis Mora, Elizabeth Villagomez, Marijke Velzeboer et Veronica Zebadúa Yáñez (Fundar, Centro de Análisis y Investigación, Mexique)

J'exprime ma profonde gratitude au groupe de lecteurs de l'UNFPA et de l'UNIFEM pour leurs commentaires sur les versions initiales du guide pratique : Patricia Alexander, Faiza Benhadid, Zineb Touimi Ben-Jelloun, Raquel Coello, Nazneen Damji, Marilen Danguilan, Fatou Aminata Lo, Nomcebo Manzini et Aminata Toure.

Pour leurs conseils avisés tout au long de la réalisation de ce guide, je remercie infiniment Joanne Sandler, Directrice Générale Adjointe de l'UNIFEM ; Aminata Touré, Conseillère Technique Principale, Division Genre, Culture et Droits Humains à l'UNFPA ; Miriam Jato, Conseillère Technique Principale de la Division Afrique, UNFPA ; et Yegeshen Ayehu, Manager du Programme d'Appui Technique, UNFPA.

Debbie Budlender, Experte en Budgétisation Sensible au Genre et Chercheur Spécialisé à l'Agence Communautaire des Enquêtes Sociales (Community Agency for Social Enquiry [CASE]), Novembre 2006.

ARV	Antirétroviraux
BSG	Budgétisation sensible au genre
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CNLS	Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA
CRDI	Centre de recherches pour le développement international
CSCQBE	Coalition de la société civile pour l'éducation de base et de qualité
CSVR	Centre d'étude de la violence et de la réconciliation
DFID	Département pour le Développement International
DSRP	Documents de stratégie de réduction de la pauvreté
EAT	Equipe d'Appui Technique
EDS	Étude démographique et sanitaire
ENST	Equipe nationale des services techniques
FMI	Fonds monétaire international
FOWODE	Forum des femmes dans la démocratie
GAP	Programme de plaidoyer des genres
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et la malaria
HBC	Service de soins à domicile
HIPC	Pays pauvre hautement endetté
ICESCR	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
IEC	Information, éducation et communication
IFI	Institution financière internationale
IPPF	Fédération internationale des plannings familiaux
LVD	Loi sur la Violence Domestique
MAP	Programme multinational VIH/SIDA pour l'Afrique
MCH	Soins de santé maternels et infantiles
MKSS	Mazdoor Kisan Shakti Sangathan
MST	Maladies sexuellement transmissibles

ACRONYMES

MTEF	Cadre des dépenses à moyen terme
MYFF	Plan de financement pluriannuel
NU	Nations Unies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAF	Fonds de lutte contre la pauvreté
PAFMC	Comité de pilotage du fonds de lutte contre la pauvreté
PIB	Produit Intérieur Brut
PoA	Programme d'action
RG	Recommandation générale
RSS	Réforme du secteur de la santé
SCN	Système de comptabilité nationale
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SR	Santé en matière de reproduction
SSP	Soins de santé primaires
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TME	Transmission mère-enfant
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UDN	Réseau sur la dette de l'Ouganda
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour les femmes
USA	Etats-Unis d'Amérique
VAW	Violence à l'égard des femmes
VBG	Violence basée sur le genre
WBI	Initiative pour le budget des femmes
WDM	World Development Movement

GÉNÉRALITÉS

Le Guide Pratique sur la Budgétisation Sensible au Genre et les Droits des Femmes en matière de Reproduction a été établi sous le Partenariat Stratégique de l'UNFPA/UNIFEM qui vise à développer une approche coordonnée pour une assistance technique efficace en matière de Budgétisation Sensible au Genre (BSG). Ce partenariat est destiné à développer la capacité des équipes d'appui technique de l'UNFPA (EAT) à assister les partenaires locaux dans l'utilisation de la BSG. Ce partenariat est largement basé sur l'expérience de l'UNIFEM en matière de soutien des initiatives pour la BSG dans plus de vingt pays depuis 2000.

La Budgétisation Sensible au Genre peut englober une large gamme d'activités possibles. Les activités pour lesquelles les pays partenaires demandent un soutien sont également très diversifiées. Il est par conséquent impossible de proposer une recette unique pour les pays partenaires où les Equipes d'Appui Technique de l'UNFPA. Ce guide pratique a pour objectif de proposer une palette de connaissances pertinentes qui permettent de faciliter la rationalisation des approches sensibles au genre dans la santé de reproduction d'un côté, et l'intégration d'aspects spécifiques de l'inégalité des sexes et des discriminations dans les cadres politiques nationaux, d'un autre côté.

Globalement l'initiative de l'UNFPA/UNIFEM vise à :

- exposer les Equipes d'Appui Technique à la gamme d'outils et d'activités de BSG disponibles et démontrer leur relation avec les différentes situations de développement ;
- fournir aux EAT le matériel de base (sous la forme de ce guide pratique) relatif à différents éléments pertinents pour la BSG ainsi que des références de lecture sur chacun de ces aspects ;
- donner aux membres des EAT une expérience pratique sur la façon de répondre aux diverses requêtes des pays, au cours d'ateliers de formation

Deux ateliers pilotes ont été organisés en début d'année 2006 pour valider le contenu du guide et développer un manuel de formation sur la BSG. Ces ateliers devaient aider les participants à utiliser le guide, à acquérir les compétences pour utiliser la BSG dans diverses circonstances et pour aider les autres dans l'application des outils de BSG.

OBJECTIF ET FORMAT DU GUIDE PRATIQUE

Le guide se présente sous la forme de « fiches » synthétiques sur un ensemble de questions. Les fiches sont relativement indépendantes les unes des autres mais elles s'organisent en sous thèmes (définis dans la section Structure de la page 10). L'utilisateur n'est pas obligé de lire toutes les fiches d'un seul trait. Au contraire, elle/il peut les utiliser séparément quand elle/il en a besoin.

Chaque thème comprend des références à des lectures complémentaires. Dans certains cas, ces références forment les principales sources qui ont servi à l'écriture du guide pratique, dans d'autres cas, elles renvoient à des ouvrages connexes. Ces fiches décrivent par ailleurs une variété d'expériences d'utilisation de la BSG dans différents pays pour illustrer les différents aspects et outils. Ces exemples n'intègrent pas tous le facteur genre en dépit des opportunités qui se sont présentées.

Le guide pratique se base sur, plutôt qu'il ne répète la documentation générale existante sur la BSG. Il doit être perçu notamment comme un complément du guide BRIDGE et de la publication du Secrétariat du Commonwealth, *Engendering Budgets : A practitioner's guide to understanding and implementing gender-responsive budgets* (D. Budlender and G. Hewitt, 2003).

À la différence de cette documentation générale, le guide pratique de l'UNFPA/UNIFEM est consacré à des questions qui seraient plus à même de faire partie des requêtes nationales adressées aux EAT de l'UNFPA. Son objectif principal touche la santé, en particulier la santé de la reproduction, le VIH/SIDA et la violence faite aux femmes dans ses dimensions liées aux services de santé. Ces thèmes centraux ont été suggérés au cours d'une discussion via Internet facilitée par l'UNIFEM au début du projet et sont alimentés par les tous derniers Plans de financement pluriannuels (MYFF) de l'UNFPA. Le Guide est destiné à être utilisé dans les pays en développement et décrit comment employer la BSG au bénéfice direct des personnes les plus démunies et des personnes désavantagées par leur genre, leur statut économique, leur position géographique et/ou d'autres caractéristiques.

STRUCTURE DU GUIDE PRATIQUE

Le guide se divise en 9 sections.

- « **Qu'est-ce que la BSG?** » donne une brève description de ce qu'est la BSG, ce qu'elle peut et ne peut pas réaliser. Elle aborde, en particulier, la façon dont la BSG peut faciliter l'intégration de la perspective genre et gérer les questions générales en matière de désavantages et de pauvreté. Elle explique comment la démarche de la BSG pourrait aider à résoudre les problèmes clés du MYFF de l'UNFPA.
- « **Quelques liens clés** » explorent la façon dont l'approche BSG peut être utilisée dans le travail lié aux droits. Ils tissent aussi les relations entre la santé reproductive et une gamme d'autres problèmes de l'UNFPA, dont la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, la violence basée sur le genre, le VIH/SIDA et la pauvreté. Par ailleurs, cette section traite des relations entre la santé en matière de reproduction et les questions de santé d'ordre général telles que les soins de santé primaires et les réformes du secteur de la santé qui sont mises en place dans plusieurs pays en développement où l'UNFPA intervient
- Les « **Considérations économiques** » abordent les arguments économiques utilisables pour résoudre les problèmes de l'UNFPA et allouer les budgets appropriés pour y répondre efficacement. Cette section propose de faire la lumière sur le concept du travail non rémunéré. Cette question est généralement ignorée dans les discussions traditionnelles relatives à l'économie et au budget mais elle est cependant importante pour générer des résultats en matière d'égalité des sexes.

- La section « **Utilisation de l'angle budgétaire pour faire avancer d'autres travaux** » illustre un thème clé de nos ressources à savoir que l'approche BSG peut être utilisée à bon escient dans différents programmes, campagnes et activités. Les domaines d'utilisation possibles de l'approche BSG incluent les Documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), et les travaux sur les questions spécifiques telles que la mortalité maternelle et la violence basée sur le genre. La dernière partie de cette section décrit comment les travaux de la BSG peuvent encourager la participation publique dans l'élaboration des politiques.
- La section « **À quoi ressemblent les budgets ?** » propose différentes façons de présenter et de formuler des budgets et aborde les défis et les opportunités offerts par les divers formats budgétaires. En fait, le format et la présentation des documents budgétaires diffèrent fondamentalement entre les pays et peuvent être impressionnants.
- La section « **Cadres et Outils** » présente les démarches analytiques les plus connues de la BSG et comprend des illustrations sur les différentes utilisations qui en ont été faites par rapport à la santé en matière de reproduction et à d'autres questions d'intérêt pour l'UNFPA. La section souligne le besoin d'utiliser les structures existantes comme bases de départ et sources d'idées plutôt que comme un calque.
- La section « **Acteurs, activités et priorités** » aborde premièrement les différents acteurs qui pourraient être impliqués dans les activités liées à la BSG puis présente certaines options concernant les priorités du travail budgétaire. Tandis que certaines sections traitent des priorités en termes de problème, la présente section s'intéresse spécifiquement au champ d'application (secteurs, niveau du gouvernement etc.) ainsi qu'aux activités (recherche, conseils, etc.). Enfin, la section met l'accent sur les étapes types du cycle budgétaire et suggère des interventions possibles à différents stades.
- La section « **Du point de vue de la recette** » aborde certaines possibilités du point de vue de la recette budgétaire bien que la majorité des travaux sur la BSG des pays en développement se soient penchés sur l'aspect des dépenses budgétaires. La section comprend une brève présentation des initiatives sur le VIH/SIDA des principaux donateurs.
- La section « **Les statistiques de la BSG** » propose des moyens créatifs permettant à la fois de travailler avec ce qui est disponible et d'encourager l'amélioration des statistiques au fil du temps. Les personnes qui travaillent sur la BSG se plaignent souvent de l'insuffisance des données désagrégées par sexe et plus généralement des données sensibles au genre.

QU'EST-CE QUE LA BSG?

Cette section fournit une brève description de ce qu'est la BSG, ce qu'elle peut et ne peut pas réaliser. Elle aborde, en particulier, la façon dont la BSG peut faciliter l'intégration de la perspective genre et gérer les questions générales en matière de désavantages et de pauvreté. Elle explique comment la démarche de la BSG pourrait aider à résoudre les problèmes clés du MYFF de l'UNFPA. Les sections ci-dessous développent plusieurs points soulevés brièvement ici.

DÉFINITION DE LA BSG

L'analyse de l'impact des dépenses et des recettes gouvernementales sur les femmes et les filles, comparée à celle sur les hommes et les garçons, est en passe de devenir rapidement un mouvement global pour la création d'une prise en compte des engagements nationaux en matière de politiques à l'égard des femmes.

Source : Rapport Annuel 2001 UNIFEM : 17

Grâce au développement et à l'application de nombreux outils et techniques, les budgets sensibles au genre peuvent apporter un nombre crucial de contributions. Ces composantes incluent des efforts pour :

- reconnaître, réclamer et redonner toute sa valeur aux contributions et au leadership que les femmes apportent dans l'économie de marché, et les sphères reproductives ou domestiques (invisibles et sous-estimées) de l'économie de soins, qui, absorbant l'impact des choix macroéconomiques, entraîne la réduction des dépenses en matière de santé, de bien-être et d'éducation ;
- promouvoir le leadership des femmes dans les sphères publique et productives de la politique, de l'économie et de la société, au parlement, dans les affaires, les médias, la culture, les institutions religieuses, les syndicats et les institutions de société civile ;
- s'engager dans un processus de transformation qui prenne en compte les besoins des plus pauvres et des plus démunis ; et
- Créer une capacité de plaidoyer au sein des organisations de femmes concernant les questions macroéconomiques.

Source : Blackden, C.M. & Bhanu, C., "Gender, Growth and Poverty Reduction," Document technique N° 428, Banque Mondiale : Washington, 1999, 64-65.

Les travaux sur la budgétisation sensible au genre (BSG) consistent à garantir que les budgets gouvernementaux, les politiques et les programmes sous-jacents à ces budgets, répondent aux besoins et aux intérêts des individus qui appartiennent à différents groupes sociaux. Les travaux de la BSG observent donc les préjugés qui peuvent se manifester selon que la personne est un homme ou une femme, et prennent en compte également les désavantages subis en fonction de l'ethnie, la caste, la classe sociale ou le statut de pauvreté, le lieu et l'âge.

Nous portons notre attention sur le budget car c'est l'instrument politique le plus important d'un gouvernement. Sans argent, le gouvernement ne peut réussir à mettre en place aucune autre politique. Par conséquent, un gouvernement peut disposer d'une très bonne politique en matière de santé reproductive, de violence basée sur le genre (VBG) ou de VIH/SIDA, mais s'il ne distribue pas l'argent nécessaire pour sa mise en œuvre, cette politique est aussi inutile que le document sur lequel elle a été établie.

La terminologie pour décrire les travaux de la BSG est variée. Certaines personnes l'appellent « budgets liés au genre », d'autres « budgets pour les femmes », et d'autres « budgets sensibles au genre. » Pour la plupart, ces termes renvoient à la même chose : les efforts pour s'assurer que les budgets gouvernementaux promeuvent l'égalité et l'équité des genres.

Certains termes peuvent cependant induire en erreur. Le terme « budget pour les femmes » par exemple peut laisser entendre que l'objectif de la BSG est de séparer les budgets des femmes et des hommes. Ceci est fort possible même lorsque des noms où apparaît le mot « genre » sont utilisés. La BSG n'a pas pour objectif de séparer les budgets pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons. Elle ne sert pas non plus à regarder le montant alloué pour les femmes et les filles ou pour les projets liés au genre. Il ne s'agit pas de regarder combien de femmes et d'hommes sont employés au gouvernement, quels sont leur niveau et leurs salaires, ni d'examiner le nombre de femme entrepreneurs auxquelles le gouvernement accorde des marchés publics. En revanche, la BSG travaille sur l'intégration et s'assure en fin de compte que toutes les politiques et budgets de toutes les agences gouvernementales intègrent la sensibilisation de genre (bien que, pour des raisons stratégiques et pratiques, seules des agences sélectionnées en feront l'objet). Ceci entre dans le cadre du Plan de financement multi-annuel (MYFF) de l'UNFPA sur l'intégration de la dimension genre en matière d'égalité et d'équité des sexes et de la prévention du VIH/SIDA dans toutes les activités de l'UNFPA.

Le fait que l'objectif de la BSG est de promouvoir l'intégration signifie que les Ministères des Finances doivent normalement jouer un rôle crucial. Les mécanismes pour l'égalité des sexes devraient jouer un rôle de soutien. D'autres ministères concernés ont des responsabilités concernant leur propres processus de planification et de budgétisation. Le Ministère des Finances est absolument nécessaire si cette initiative est appliquée à plusieurs ministères concernés. Néanmoins, des initiatives plus modestes ayant un seul secteur comme objectif peuvent parfois progresser sans l'engagement initial du Ministère des Finances.

La BSG ne veut pas dire 50% homme: 50% femme, parce que 50: 50 signifie « égal » mais parfois non équitable. La BSG consiste à déterminer où les besoins des femmes et des hommes se rejoignent et se séparent. Lorsque les besoins sont différents, les dotations devraient être différentes. La santé est un domaine où les besoins des hommes et des femmes sont souvent divergents. Les hommes et les femmes souffrent tous les deux de la grippe, de la malaria et de la tuberculose mais les implications économiques et sociales de ces maladies ne sont pas identiques selon le genre. De plus, les femmes ont tendance à avoir des besoins en matière de santé de reproduction plus importants que les hommes. Les femmes sont également plus enclins que les hommes à utiliser les services de santé, à la fois pour elles-mêmes et en leur qualité de soignantes auprès des autres membres de la famille. Cela signifie que le 50:50 en termes de fonds pour la santé concernant les hommes et les femmes implique un préjugé à l'égard des femmes. Le rôle des femmes en tant que soignantes nous oblige à voir au-delà des bénéficiaires directs et à penser aux conséquences sur les autres personnes avec lesquelles elles vivent et interagissent.

Les travaux sur la BSG impliquent l'observation des conséquences des budgets gouvernementaux sur les différents groupes sociaux. Les travaux sur la BSG ne se limitent donc pas à aborder la question des hommes et des femmes, mais s'intéressent également aux différents besoins des jeunes et des vieillards, de la population rurale et urbaine, des riches et des pauvres, etc. De plus, ils étudient comment ces caractéristiques s'entrecroisent et interagissent l'une et l'autre. Pour parler franchement, l'objectif principal des travaux sur la BSG est d'évaluer dans quelle mesure les budgets affectent les plus désavantagés qui sont à la fois des femmes, pauvres, rurales, etc.

Ceci ne signifie pas pour autant que le travail de la BSG est simplement de soutenir quelque chose parce que c'est « bien pour les femmes ». Quelque chose qui apparaît à première vue comme « bonne pour les femmes » n'est bonne que pour un petit groupe de femmes relativement privilégiées. Par exemple, l'exemption de la taxe à l'importation sur les serviettes hygiéniques dans un pays pauvre ne compte pas parmi les réalisations les plus importantes en termes d'équité, car la majorité des femmes pauvres ne dépenseraient pas quelques dollars ou shillings dans des serviettes hygiéniques étant donné leurs autres besoins plus urgents.

La BSG doit prendre en compte la capacité des individus à subvenir eux-mêmes à leurs besoins. Aucun gouvernement ne dispose des ressources suffisantes pouvant satisfaire tous les besoins de toute une population qui vit dans un pays. Par conséquent, le gouvernement doit axer sa (« priorité ») sur ceux qui ont le moins de chance de pouvoir subvenir à leurs propres besoins.

ENCADRÉ 1: PLAIDOYER POUR LES FEMMES DE DESCENDANCE AFRICAINE À PORTO ALEGRE AU BRÉSIL

L'Associação Cultural de Mulheres Negras (ACMUN) est une organisation de femmes d'origine africaine à Porto Alegre au Brésil. L'organisation a mis beaucoup d'énergie pour mobiliser un accès amélioré et non discriminatoire aux services de santé. Dans le cadre de ses activités, l'ACMUN a mené une étude pour en apprendre davantage sur les liens entre l'accès aux services de santé, le VIH/SIDA et la violence à l'égard des femmes.

Cette étude a confirmé que les femmes de descendance africaine avaient un faible accès aux services de santé. Il existait deux systèmes de santé pour les personnes qui vivaient dans la communauté. Le meilleur service coûtait très cher et la plupart des femmes d'origine africaine n'avaient pas les moyens de se l'offrir. Beaucoup de professionnels de la santé manquaient également de sensibilité et de respect dans leur traitement à l'égard des femmes africaines. De façon plus générale, les professionnels avaient souvent tendance à humilier les gens pauvres. Enfin, et malgré les tentatives répétées pour éduquer les professionnels de la santé à la santé sexuelle et reproductive (SSR) dont le VIH/SIDA, à l'égalité des sexes et aux droits de la femme, ils se sont montrés peu sensibles aux besoins des femmes noires.

Après avoir réalisé cette étude, l'ACMUN a créé un réseau de santé qui se compose de groupes de femmes, de groupes de personnes séropositives et d'autres groupes. Le réseau prévoit d'utiliser les résultats et les recommandations de l'étude dans son plaidoyer pour le développement de meilleures politiques locales et nationales en matière de services de santé, de prévention contre le VIH/SIDA et de violence à l'égard des femmes.

Référence: UNIFEM, *Rapport sur l'état d'avancement 2005 de "Enhancing Human Security Through Gender Equality in the Context of HIV/AIDS," 2005.*

Les travaux sur la BSG peuvent impliquer une gamme d'activités différentes qui comprend la recherche, le plaidoyer, le contrôle, la formation, la sensibilisation, l'analyse de la politique et la conception de la politique. Il peut impliquer également différents acteurs tels que le gouvernement, l'assemblée législative, la société civile, le milieu universitaire, les donateurs et les institutions financières internationales (IFI). La nature des activités est dans une certaine mesure définie par la nature des acteurs.

La BSG a un potentiel énorme et les formes d'utilisation sont variées. Les citations en tête de cette page illustrent quelques unes des attentes de l'UNIFEM et de la Banque Mondiale à l'égard de la BSG. Bien que nous ayons raison de nous pencher sur son potentiel, nous ne devons pas être trop exigeants à l'égard de la BSG. Une étude réalisée par l'Institut de Recherche pour le Développement Social des Nations Unies (UNRISD) (Budlender, 2006) traite des nombreuses perspectives mais également des limites de la BSG. Le succès ou l'échec de la BSG dépend des acteurs, de leurs objectifs, de leur compréhension et des activités entreprises. Il dépend essentiellement du contexte politique et social du pays dans lequel la BSG est mise en œuvre.

Toutes attentes surévaluées de la BSG pourraient conduire à la déception. La BSG doit être perçue comme une approche à utiliser à différents stades du processus d'élaboration de la politique par les différents acteurs et de différentes façons pour faire progresser les différentes causes. Elle doit être prise en compte comme un des éléments compris dans le vaste soutien à l'intégration de la dimension genre. Le présent guide porte également sur les moyens d'utiliser la BSG dans le cadre de la progression de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction ainsi que les autres priorités de l'UNFPA. La BSG seule ne produira pas de changements significatifs. En revanche, si elle est associée à d'autres initiatives, elle contribuera au changement.

Référence : Budlender D, « Expectations versus Realities in Gender-responsive Budget Initiatives, » Publication à venir.

[http://www.unrisd.org/80256B3C005BB128/\(httpProjectsForResearchHome-en\)/E177294B96D2F07CC1256CC300399CB8?OpenDocument&panel=unpublished {}](http://www.unrisd.org/80256B3C005BB128/(httpProjectsForResearchHome-en)/E177294B96D2F07CC1256CC300399CB8?OpenDocument&panel=unpublished {})

LA BSG ET L'UNFPA

Le Plan de financement multi-annuel (MYFF) actuel de l'UNFPA couvre la période 2004–2007. Le MYFF forme le plan de stratégie à moyen terme de l'organisation. Plusieurs éléments du MYFF préconisent avec fermeté l'utilité de la BSG.

En termes de priorité, le MYFF affirme d'emblée que l'objectif global est de contribuer à la mise en place du Programme d'Action (PoA) de la Conférence internationale pour le développement de la population (CIDP) à l'égard de la réduction de la pauvreté. Il définit aussi clairement que l'organisation doit orienter ses efforts sur les programmes actuels des pays et s'impliquer dans « divers contextes de programmation et dans un environnement externe en mutation. »

Le MYFF est donc axé sur les « résultats » plutôt que sur les « services ». Cette démarche s'insère dans le cadre de l'approche de la budgétisation basée sur la performance traitée dans une autre section de ce guide. Les résultats du MYFF s'organisent autour de trois objectifs (santé en matière de reproduction, population et développement, égalité des sexes et autonomisation des femmes) et de six effets escomptés.

Le MYFF précise que les « questions prioritaires » telles que la prévention du VIH/SIDA, la santé des adolescents en matière de reproduction, l'équité et l'égalité des sexes, ont été « intégrées à la dimension genre dans l'ensemble du plan ». Ces questions ont servi de base d'orientation pour l'axe de ce guide. Le MYFF ajoute que les conclusions préliminaires issues de 151 pays font ressortir que le VIH/SIDA, la santé des adolescents en matière de reproduction, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes forment les priorités de la CIPD. La population et le développement, le vieillissement de la population, la pauvreté, la migration et la qualité des données sont des éléments clés. Le présent guide couvre toutes ces questions.

Le MYFF souligne le besoin de construire une base solide et probante de modèles, des expériences reproductibles, des bonnes pratiques et des leçons, ainsi que les connaissances techniques et la spécialisation du personnel. Le Programme de partenariat stratégique UNFPA/UNIFEM pour une approche coordonnée de l'assistance technique efficace de la budgétisation sensible au genre, qui forme le cadre pour la réalisation de ce guide, contribuera à cet objectif.

Les paragraphes qui traitent du dialogue de plaidoyer et de politique précisent le besoin de renforcer la capacité des parties prenantes à plaider en faveur des objectifs de la CIPD dans le cadre d'une démarche vers le développement basée sur les droits. Là encore, l'accent est mis sur le besoin d'établir une base solide et probante, sous forme de faits et de chiffres, pour garantir l'efficacité du plaidoyer. Le dialogue en matière de politique reflète l'intérêt de l'UNFPA à s'impliquer dans des programmes de développement animés par le pays tels que les approches Sectorielles (SWAp), les DSRP et les réformes du secteur de la santé.

Un des indicateurs proposés par le MYFF est directement lié aux budgets dans la mesure où le document suggère de mesurer l'engagement national envers la sécurité d'approvisionnement en matière de reproduction par la proportion du budget de santé alloué aux contraceptifs. Un autre indicateur est lié à l'existence de mécanismes nationaux et sous nationaux qui font progresser la participation de la société civile dans le processus de planification et de contrôle des services de santé de qualité en matière de reproduction. On peut attribuer un angle budgétaire à cet indicateur s'il prend en compte la participation de la société civile dans le processus budgétaire.

Référence : United Nations Population Fund, "The Multi-Year Funding Framework, 2004–2007," Rapport du Directeur Exécutif, DP/FPA/2004/4, 2004.

La première partie de cette section présente comment utiliser l'approche BSG dans le travail lié aux droits et la promotion de l'égalité et l'équité des sexes. La seconde partie aborde les relations entre la santé de la reproduction et une gamme d'autres problèmes de l'UNFPA, dont la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, la violence basée sur le genre, le VIH/SIDA et la pauvreté. Cette section évoque également les relations entre la santé en matière de reproduction et les questions de santé d'ordre général telles que les soins de santé primaires et les réformes du secteur de la santé qui sont mises en place dans plusieurs pays en développement où l'UNFPA agit. Les réformes revêtent une importance capitale d'un point de vue budgétaire car elles influencent à la fois les recettes et les dépenses du budget.

LE TRAVAIL BUDGÉTAIRE ET L'ÉGALITÉ ET ÉQUITÉ DE GENRE

Le budget est le reflet le plus complet des plans et des priorités économiques et sociaux d'un gouvernement. Grâce à la traque de l'argent, sa source et son but, il est possible de connaître les bénéficiaires des ressources publiques et de savoir comment elles sont utilisées. Bien que les budgets soient généralement perçus comme non discriminatoires, comme un ensemble de figures affectant de façon impartiale les hommes et les femmes, une étude approfondie ce n'est souvent pas le cas. En règle générale, les budgets ignorent la spécificité de genre plutôt qu'ils sont non sexistes.

Il ne s'agit pas seulement pour l'analyse de la BSG d'examiner le bilan comptable mais également de déceler si les hommes et les femmes s'en sortent différemment face aux plans de recettes et de dépenses existants. Ce processus ne présuppose pas de créer des budgets distincts pour les femmes ou de viser uniquement à augmenter les dépenses dans les programmes pour les femmes. Il tend au contraire à aider les gouvernements à comprendre dans quelle mesure ils pourraient avoir besoin d'ajuster leurs priorités et de réallouer leurs ressources afin de respecter leurs engagements dans la lutte pour l'égalité des sexes et la progression des droits de la femme, y compris les engagements stipulés dans le CEDAW, la Plate-forme d'Action de Pékin et les OMD. Les budgets sensibles au genre peuvent jouer un rôle crucial en faisant passer l'autonomisation de la femme de la rhétorique à la réalité.

L'évaluation des budgets à travers une analyse genre nécessite de réfléchir différemment sur les finances d'un gouvernement. Elle fait appel à l'implication de l'équité dans les indicateurs de performance budgétaire et à l'examen des conséquences des politiques sur les effets escomptés de l'égalité des sexes. Elle met en exergue la relation entre les dépenses du gouvernement et le temps passé par les femmes dans un travail non rémunéré tel que la collecte d'eau et de combustibles, les soins prodigués aux malades, les soins aux enfants et bien d'autres. La mise en place d'une analyse du budget sensible au genre peut être considérée non seulement comme une étape vers l'obligation de rendre des comptes concernant les droits de la femme, mais également vers une transparence publique et une efficacité économique plus importantes. Vu les preuves que l'inégalité des sexes engendre des coûts de développement économique et humain volumineux, l'idée d'un changement de la politique fiscale visant à refermer les écarts commence à gagner les sociétés.

ENCADRÉ 2: POINTS FORTS DU TRAVAIL DE L'UNIFEM DANS LA BSG

Le travail partenariat étroit avec des organisations féminines et des chercheurs universitaires a permis à l'UNIFEM de développer des travaux de pointe sur la BSG qui sont repris à la fois par les gouvernements nationaux et les municipalités. Le plaidoyer et la formation des autorités gouvernementales, des parlementaires et des groupes de femmes, le développement d'outils d'analyse budgétaire et le vaste partage des connaissances rencontrent un grand succès et entraînent des changements dans de nombreux pays.

En Équateur : Suite à des sessions de formations auprès des responsables locaux et organisations féminines, le travail de la BSG a pris un grand essor dans plusieurs municipalités. À Cuenca, les autorités locales ont adopté un décret rendant obligatoire l'emploi des femmes dans les projets d'infrastructures. Au cours des trois dernières années, le budget de la ville a alloué des fonds spécifiques pour encourager l'égalité des femmes, tel que le recommande le Plan pour l'égalité des opportunités. Des ressources importantes ont été allouées pour soutenir une loi donnant le droit aux femmes enceintes et aux nouveau-nés de bénéficier de soins médicaux gratuits, et le gouvernement s'est rallié à la cause de groupes de femmes en faveur de programmes de répression contre la violence faite aux femmes. Une autre municipalité, Esmeraldas, a mis en place un fonds pour les micro entreprises locales dirigées par des femmes et créé un Comité d'Équité pour le conseil et le contrôle des politiques municipales de genre. Salitre a alloué plus de ressources aux organisations de femmes. Quito a établi un Secrétariat pour l'Équité Sociale et de Genre.

En Bolivie : Après une campagne de plaidoyer coordonnée par l'Instituto de Formacion Femenina Integral de Cochabamba et avec le soutien de l'UNIFEM, le Ministère des Finances a inclus l'obligation d'allouer des ressources pour des programmes et des projets visant à favoriser l'équité des genres dans les Directives pour l'Élaboration de Plans opérationnels annuels des municipalités. Les directives stipulent également que les municipalités doivent préciser qui est la personne responsable des différentes activités liées à l'équité des genres.

En Inde : Plusieurs années de plaidoyer et de partenariat prolongés entre le Département des Femmes et des Enfants, l'UNIFEM et les organisations de femmes ont encouragé le gouvernement national à affirmer l'importance de la budgétisation de genre. La déclaration d'un budget sensible au genre dans le Union Budget de 2003 et les études officielles menées sur la question furent les premières étapes de l'action du gouvernement. En 2005, le Ministre des Finances s'est engagé à aller plus loin dans l'implémentation. Vingt et un ministères nationaux ont aujourd'hui créé des cellules de budgétisation sensible au genre. Pour l'exercice fiscal 2005–2006, 18 départements sont en train de déployer des dispositifs détaillés de dotations et de cibles au profit des femmes. Au niveau national, au Bengale occidental, l'UNIFEM a soutenu l'organisation Sachetana dans l'élaboration d'un manuel de budgétisation de genre que le groupe a employé pour former plus de 1 000 conseillers de sexe féminin au sein des gouvernements locaux. À Karnataka, dans un autre état, les représentants élus de sexe féminin de la ville de Mysore ont utilisé la budgétisation de genre pour empêcher une réduction budgétaire visant les programmes des femmes. Elles ont finalement réussi à sécuriser une hausse de 56% du financement et ont entamé un plaidoyer pour obtenir désormais une information publique plus transparente.

Au Mexique : La vaste mobilisation des groupes de femmes, menée par les partenaires de l'UNIFEM, a persuadé le gouvernement à affecter 0,85% du budget global national de 2003 à des programmes de promotion pour l'égalité des sexes. 14 ministères sont depuis invités à présenter un rapport trimestriel sur ces programmes. Dans les états de Morelos, Queretaro et Chiapas, le Ministère de la Santé s'est appuyé sur un guide pour intégrer les questions relatives au genre dans les budgets de la santé, guide produit par le ministère national de la santé avec l'aide de l'UNIFEM, afin d'améliorer les services de santé offerts aux femmes et de canaliser davantage de ressources pour les besoins prioritaires de santé.

Au Brésil : L'UNIFEM a implanté une série d'activités comme des cours sur le genre et la politique macro économique aux spécialistes de la définition des politiques, l'établissement de liens entre les avocats de la BSG et les parlementaires, et le parrainage d'une ONG respectée dans la conduite d'une étude de genre de quatre ans sur les politiques législatives et les dotations de budget. Le gouvernement national a effectué une analyse de genre préliminaire du plan fédéral multi-annuel qui leur permettra de s'assurer que le budget national comprend une planification et des dotations sensibles au genre. Le gouvernement a déjà employé des outils identiques pour créer des services adaptés aux besoins des différents groupes de races comme le préconise le Plan National de Santé. La campagne de plaidoyer menée par le Centro Feminista de Estudios y Servicios de Asesoría a permis d'inclure des programmes clés relatifs à l'égalité de sexes et aux droits des femmes dans le système de contrôle des dépenses SIGA-BRASIL. Ce programme est une initiative du Sénat Fédéral du Brésil visant à créer un système d'informations public (disponible via leur site Internet) qui permet à toute personne d'accéder aux bases de données sur les informations liées à la planification et à la budgétisation.

Aux Philippines : La BSG a démarré en 1995 avec la politique de budget Genre et Développement (GAD) qui énonce que les agences gouvernementales ont l'obligation d'allouer 5% de leur budget aux activités liées au genre et au développement. Plus récemment, l'UNIFEM a soutenu l'organisme national des femmes, la Commission Nationale sur le Rôle des Femmes Philippines, pour intervenir dans le processus de réforme budgétaire qui vise à passer d'un processus de postes à une budgétisation basée sur la performance. Son intervention a pour objectif de créer des outils de manière à institutionnaliser la sensibilité au genre dans le processus. Au niveau local, une ONG a porté son assistance au travail entre les communautés locales et le gouvernement local dans la préparation de budgets locaux sensibles au genre.

LE TRAVAIL BUDGÉTAIRE ET LES DROITS HUMAINS

Les budgets sont l'image de la planification des dépenses d'un gouvernement au niveau national et sous- national. Ils reflètent les dépenses prévues pour les prestations de services en matière de santé reproductive. Les discussions sur les droits abordent entre autres thèmes la question de l'accès équitable à des services de qualité dans une gamme de domaines variée. Au cours des débats sur les droits des femmes, le droit au travail soulève également la question des dépenses pour la lutte contre la discrimination et le désavantage. Ces dernières années, le discours sur les droits humains reconnaît de plus en plus l'importance de l'évaluation de la disponibilité des ressources et donc des budgets. Cette section clarifie certains thèmes identifiés dans le discours sur les droits humains qui sont impliqués dans le processus de politique budgétaire d'un gouvernement.

« Dignity Counts » est une publication qui résulte de la collaboration entre trois organisations – le Projet international sur le budget, le Programme International de Stages sur les Droits de l'Homme, et Fundar, une organisation mexicaine qui travaille à la fois sur les droits et les budgets. L'introduction définit les bénéfices d'une collaboration entre les plaidoyers pour les droits humains et les analystes budgétaires.

Pour les plaidoyers des droits humains, l'ajout de l'angle budgétaire à leur travail peut :

- Renforcer les arguments moraux des droits humains par la solidité du travail budgétaire ;
- Permettre l'identification des problèmes et des solutions pratiques ;
- Permettre de savoir si le gouvernement utilise les ressources disponibles de la meilleure façon possible ;
- Fournir des propositions de développement telles que des estimations de coût à soumettre au gouvernement ;
- Améliorer les plaidoyers avec les législateurs, les communautés et les autres groupements.

Pour les analystes budgétaires, l'ajout de la perspective des droits de l'homme peut :

- Être une formule de rappel que l'objectif final est le bien-être du genre humain ;
- Fournir les valeurs comme base de l'évaluation des budgets ;
- Donner une légitimité au travail parce que le besoin de se pencher sur les questions de la pauvreté et de la justice sociale a été reconnu au niveau international ;
- Aider à choisir entre différentes options budgétaires et politiques ;
- Améliorer la demande pour la transparence et la responsabilité ;
- Trouver plus de partenaires et avoir donc un impact plus important.

ENCADRÉ 3: UTILISATION DES CONCEPTS DE DROITS DANS LE TRAVAIL BUDGÉTAIRE LIÉ À LA SANTÉ

« Dignity Counts » utilise le budget santé au Mexique dans le cadre d'une étude de cas visant à illustrer comment le travail budgétaire et des droits peuvent être associés. L'axe de cette analyse est l'obligation du gouvernement à l'égard :

- de l'achèvement progressif du droit à la santé ;
- de l'utilisation complète des ressources maximales disponibles pour atteindre les objectifs ; et
- des garanties spécifiques de l'article (numéro 12) sur la santé du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR).

L'« achèvement progressif » et « l'utilisation complète des ressources maximales disponibles » sont des concepts clés du travail budgétaire en matière de droits. L'achèvement progressif reconnaît que les gouvernements disposent de ressources limitées (financières) qui ne leur permettent pas toujours d'obtenir la garantie immédiate d'un droit. Mais il affirme que les gouvernements ne doivent pas faire marche arrière en matière de droit. L'utilisation complète des ressources maximales disponibles reconnaît également les limites des ressources mais indique que le gouvernement doit faire usage du potentiel maximum de ce dont il dispose pour atteindre les objectifs fixés de droits.

Sur le plan de l'achèvement progressif, l'analyse révèle que le gouvernement fédéral a augmenté le montant alloué à la santé entre 1998 et 2001, mais qu'il est redescendu en 2002 au même niveau qu'en 1998. L'ONG mexicaine Fundar a ensuite réparti la somme globale parmi les différentes institutions qui servent chacune une partie de la population. L'organisation a découvert en 2002 que 65% des dépenses totales de santé étaient consacrés à des personnes qui dépendaient du système de sécurité sociale malgré le fait que ces personnes ne constituaient que la moitié de la population totale.

En ce qui concerne l'utilisation des ressources maximales disponibles, l'ONG Fundar a révélé que les dépenses de santé avaient baissé par rapport au produit intérieur brut (PIB) et aux dépenses totales du gouvernement. En revanche, elle a souligné que les dépenses consacrées à des domaines indirectement liés aux droits humains, comme les Finances, les Affaires Étrangères et le Tourisme, avaient progressé.

Dans le cadre de l'analyse de l'ICESCR, l'ONG Fundar a évalué le budget gouvernemental alloué pour réduire la mortalité, la mortalité infantile et post-infantile, pour prévenir et traiter les maladies, et pour créer des conditions qui permettent d'assurer la mise à disposition de services de santé et de soins. L'organisation a découvert que les dotations budgétaires destinées à la section du programme couvrant la santé maternelle lésaient les pays pauvres.

Fundar a un projet axé sur les budgets et la mortalité maternelle. Elle travaille sur ce projet en partenariat avec des organisations de femmes elles-mêmes axées sur la santé et les droits en matière de reproduction. Cette alliance est parvenue à des résultats très concrets. Pendant la première année du projet, les dotations décentralisées (de l'état) pour la santé maternelle ont progressé de 900%. Le programme national du Ministère de la Santé pour la lutte contre la mortalité maternelle (Arranque Parejo en la Vida) a également proposé une série de guides sur les moyens de résoudre les situations d'urgence éventuelles.

Une nouvelle stratégie est par ailleurs suivie par les ONG mexicaines impliquées. Elles plaident à présent en faveur d'un changement de la stratégie d'intégration de la mortalité maternelle (suivi des grossesses à haut risque et soins qualifiés pendant l'accouchement) vers l'inclusion de soins obstétricaux d'urgence.

Référence : Fundar–Centro de Analisis e Investigacion, *International Budget Project and International Human Rights Internship Program, “Dignity Counts: A guide to using budget analysis to advance human rights,” 2004.*

LA BSG ET LA CEDAW

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) de 1979 est l'instrument international clé sur les droits des femmes. La CEDAW est composée d'un préambule et de 30 articles. L'Article 12 est consacré aux femmes et à la santé. Il existe également des recommandations sur la violence à l'égard des femmes. En mars 2005, la CEDAW a été ratifiée par 180 états. Néanmoins, de nombreux états ont formulé des « réserves » car certaines dispositions de la Convention ne sont pas compatibles avec leur législation nationale, leurs traditions, leur religion ou leur culture. Les États-Unis d'Amérique est l'un des rares pays à ne pas avoir ratifié la Convention CEDAW.

En 1983, la CEDAW a émis une recommandation générale (GR) (n° 24) de l'article 12 visant les femmes et la santé. Le second paragraphe de cette recommandation est directement lié à la santé reproductive. Il réclame l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes pour ce qui est de l'accès aux services médicaux « tout au long de leur vie, en particulier ceux qui concernent la planification familiale, la grossesse, l'accouchement et la période post-natale ». Un autre paragraphe de la recommandation accentue les questions portant sur les soins de santé en clarifiant que le terme « femme » englobe les adolescentes et les filles. Elle renvoie aussi à des recommandations antérieures relatives à l'excision, le VIH/SIDA et à la violence à l'égard des femmes, parmi d'autres sujets. La recommandation stipule que le pays partie à la Convention CEDAW doit indiquer si les services, au besoin gratuits, fournis aux femmes visent à assurer la sécurité des grossesses, de la naissance et de la période post-natale.

Le paragraphe 11 de la GR 24 prévoit que si des prestataires refusent de fournir des services particuliers (comme l'avortement) pour objection de conscience, l'état doit garantir que les femmes concernées se voient offrir des alternatives. De façon plus globale, la recommandation invite les états à rendre compte dans quelle mesure les prestataires (y compris non gouvernementaux) publics et privés se conforment à leurs obligations en matière des droits des femmes aux soins de santé. À cet égard, la qualité et l'accès aux soins doivent être tous deux faire l'objet de contrôle

Le paragraphe 17 de la GR 24 oblige les états à prendre des mesures appropriées, y compris au niveau budgétaire, « pour mobiliser toutes les ressources dont ils disposent » pour que les femmes puissent exercer leurs droits en matière de soins de santé.

Vous pouvez consulter le site <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/states.htm> pour voir si un quelconque pays a ratifié la Convention CEDAW et le cas échéant s'il a formulé des réserves.

Référence : www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24
Diane Elson, "Budgeting for Women's Rights, Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW," UNIFEM, 2006. Pour le résumé des recommandations, consulter le site http://www.gender-budgets.org/en/ev-72845-201-1-DO_TOPIC.html

ENCADRÉ 4: UTILISATION DES INDICATEURS BUDGÉTAIRES POUR ÉVALUER LES RÉALISATIONS DE LA CEDAW

La publication de l'UNIFEM *Budgeting to Fulfil International Gender and Human Rights Commitments* complète d'autres guides sur la CEDAW en avançant des questions budgétaires et des indicateurs de sortie pour chaque article de la Convention CEDAW. «Concernant l'Article 12 sur la santé, elle propose les indicateurs budgétaires d'entrée suivants :

- Le budget alloué par le gouvernement aux services de santé reproductive et la répartition de ce budget entre les différents types de services, entre les différents niveaux de prestation (par exemple, clinique contre hôpital), et entre le milieu rural et le milieu urbain
- Le budget alloué par le gouvernement pour l'achat de l'équipement et des fournitures nécessaires pour les naissances
- Le budget alloué par le gouvernement pour garantir des services gratuits aux femmes et aux jeunes enfants plutôt que des services payants
- Le budget alloué par le gouvernement pour rémunérer du personnel de santé dans les villages et les communautés, et la proportion du salaire/traitement pour ces travailleurs par rapport au salaire des infirmières et d'autre personnel de santé
- Le budget alloué par le gouvernement pour proposer un traitement antirétroviral de prévention contre la transmission mère-enfant du VIH et pour les adultes atteints du VIH et du SIDA

Les indicateurs de produits suggérés sont :

- Le nombre de femmes et d'hommes qui utilisent chacun des différents services de santé en matière de reproduction à des niveaux divers dans les zones rurales et urbaines
- Le nombre de femmes qui doivent apporter leurs propres fournitures lorsqu'elles viennent accoucher dans un endroit du service public
- Le nombre de femmes, d'hommes et d'enfants qui reçoivent des soins de santé gratuits, et le nombre d'entre eux qui paient le ticket modérateur
- Le nombre de personnels de santé des villages et des communautés employés par le gouvernement
- Le nombre de femmes et leurs bébés qui reçoivent un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant
- Le nombre de femmes et d'hommes qui reçoivent un soutien antirétroviral financé par le gouvernement

Référence : *Budlender, D. Budgeting to Fulfil International Gender and Human Rights Commitments, UNIFEM: Harare, 2004.*

LA SANTÉ SEXUELLE, LES DROITS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION ET LA CIPD

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 fut un événement clé dans la définition de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction. Les 4 pierres angulaires de la CIPD pour ses programmes consacrés au genre, à la population et au développement ainsi que les services et les droits en matière de santé reproductive sont les suivantes :

- donner aux femmes la maîtrise de leur propre fertilité ;
- assurer l'autonomisation des femmes ;
- garantir l'égalité et l'équité des sexes ; et
- éliminer toutes formes de violence à l'égard des femmes.

Le Programme d'Action de la CIPD définit la santé sexuelle et reproductive comme suit :

La santé en matière de reproduction est un état de bien-être total, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne le système reproductif. Elle implique (a) la capacité de décider du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances et (b) l'accès aux soins médicaux nécessaires à la santé de la reproduction, à savoir :

- les services de planification familiale ;
- Les soins prénataux, postnataux et en couches ;
- les soins néonataux et infantiles ;
- traitement des infections de l'appareil reproducteur et des maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
- des services d'avortement sûrs et la gestion des complications liées à l'avortement ;
- prévention et traitement approprié de la fertilité ;
- information, éducation et communication (IEC) sur la sexualité de l'homme, la santé de reproduction, la parentalité responsable, et le découragement de pratiques nocives; et
- les traitements des cancers de l'appareil reproductif et du VIH/SIDA.

(Programme d'Action de la CIPD, 7.5)

La santé sexuelle comprend :

- un développement sexuel sain ;
- des relations responsables et équitables ;
- l'épanouissement sexuel ; et
- L'éradication des maladies, des infirmités, de la violence et des autres pratiques nocives liées à la sexualité.

(Programme d'Action de la CIPD, 7.36)

La santé sexuelle et reproductive de l'adolescent renvoie au bien-être physique et émotionnel des personnes entre 10 et 19 ans. Elle comprend leur capacité à se protéger contre :

- une grossesse précoce ou non désirée ;
- un avortement pratiqué dans des conditions sanitaires insuffisantes ;
- les MST y compris le VIH ; et
- La coercition ou la violence sexuelle.

(Programme d'Action de la CIPD, 7.47)

En termes de services, le Programme d'Action de la CIPD utilise le terme « services complets en matière de santé génésique. » Néanmoins, le fait que l'on aborde des thèmes tels que le traitement des maladies sexuellement transmissibles et l'éducation sexuelle signifie que le terme services de santé « en matière de sexualité et de reproduction » peut être également utilisé. Un des objectifs du MYFF de l'UNFPA énonce que tous les couples et les individus devraient bénéficier « d'une bonne santé de reproduction, y compris la planification familiale et la santé sexuelle, tout au long de leur vie. »

Les droits constituent les avantages et les privilèges dont jouit une personne par le simple fait de son existence. La CIPD et la Plate-forme d'Action de la Conférence de Pékin ont permis de définir les droits en matière de sexualité et de reproduction.

Les droits de reproduction implique le droit des couples et des individus à :

- décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants, de l'espacement et du moment de leurs naissances ;
- disposer des informations, de l'éducation et des moyens pour prendre ces décisions ;
- d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction ; et
- de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition et à la violence.

(Programme d'Action de la CIPD, 3)

Les droits en matière de sexualité concernent les droits des personnes à :

- décider librement et de manière responsable de tous les aspects de leur sexualité, y compris la protection de leur santé sexuelle et reproductive ;
- Ne subir aucune discrimination, coercition ou violence dans leur vie sexuelle ; et
- Exiger l'égalité, le plein consentement, le respect mutuel, le respect de l'intégrité physique et la responsabilité partagée dans les relations sexuelles.

Les droits fondamentaux des femmes comprennent leur droit à contrôler et à décider librement et de manière responsable de leur sexualité, y compris leur santé sexuelle et reproductive, sans coercition, discrimination et violence.

(4ème Conférence Mondiale sur les Femmes, Plate-forme d'Action, 96)

Référence : *Supports en matière des Droits et des Réformes*
www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/training.htm

LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES ET LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

En 1993, La Déclaration des Nations Unies sur l'Élimination de la violence à l'égard des femmes a défini la violence basée sur le genre (VBG) comme : « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. » La Déclaration poursuit en ajoutant que la définition inclut toute violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, de la collectivité ou de l'état. Les actes de VBG comprennent : les coups ; les sévices sexuels ; les violences liées à la dot ; le viol (y compris le viol conjugal) ; les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme ; la violence non conjugale ; la violence sexuelle liée à l'exploitation ; le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs ; le proxénétisme et la prostitution forcée. La Plate-forme d'Action de Pékin de 1995 a ajouté à cette définition les violations des droits des femmes dans les situations de conflits armés.

Une étude publiée récemment basée sur 24 000 entretiens auprès de femmes de 10 pays a mis en lumière que les femmes violentées avaient deux fois plus de risque que les femmes non violentées de présenter un faible état de santé et des problèmes physiques et mentaux.

La VBG affecte en particulier la santé reproductive. Cette étude révèle que les femmes soumises à des relations forcées rendaient compte plus que d'autres femmes que leurs partenaires sexuels refusaient d'utiliser le préservatif. Elles signalaient également de façon plus redondante qu'elles avaient dû subir un avortement provoqué ou une fausse-couche. En règle générale, la VBG peut entraîner une grossesse non désirée, un avortement à risque, un décès maternel, une fausse-couche ou un bébé mort-né, un accès tardif aux soins anténataux, un accouchement prématuré, des blessures fœtales et un faible poids de naissance. Les femmes violées sont plus exposées au risque de contracter des MST, y compris le VIH.

Les services de santé en matière de reproduction offrent aux femmes une chance non stigmatisée et convenable d'obtenir une assistance à l'égard de la VBG. Au Brésil, en Colombie, en République Dominicaine et au Pérou, la Fédération Internationale des Planifications Familiales (IPPF) a ajouté une composante VBG dans ses services de santé en matière de reproduction. On peut souligner que ces services ont permis d'augmenter de façon significative la détection et les taux de référence de viols.

Références : UNFPA, « État de la population mondiale 2005 : La Promesse d'égalité. Égalité des sexes, Santé en matière de reproduction et Objectifs du Millénaire pour le Développement » 2005.

*OMS, Etude Internationale sur la Santé des femmes et la Violence domestique à l'égard des femmes
www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/en/index.html*

LE VIH/SIDA ET LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

À ce jour, plus de 20 ans après le début de l'épidémie, les femmes représentent presque la moitié des 40 millions de personnes qui vivent avec le VIH dans le monde. En Afrique sub-saharienne, 57% des adultes porteurs du VIH sont des femmes et les jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans sont trois fois plus à risque de contracter le VIH que les hommes. Malgré ces chiffres alarmistes, les connaissances des femmes en termes de transmission et de prévention du VIH/SIDA sont moins importantes que celles des hommes, et le peu qu'elles savent est souvent rendu inutile face à la discrimination et à la violence qu'elles rencontrent.

*Source : UNAIDS, UNFPA et UNIFEM. Les femmes et le VIH/SIDA : Faire Face à la Crise, 2004, p.v.
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/308_filename_women_aids1.pdf*

Les femmes sont à la fois biologiquement et sociologiquement plus vulnérables à l'infection au VIH que les hommes. Au plan biologique, la surface d'exposition à l'infection est plus importante au cours des rapports sexuels. D'un point de vue sociologique, leur faible pouvoir au sein de la société et en particulier leur faible capacité à contrôler leurs relations sexuelles avec les hommes, les rendent plus vulnérables. La vulnérabilité des femmes au VIH/SIDA par rapport aux hommes a augmenté tout au long de la pandémie car l'activité sexuelle est rapidement devenue le principal mode de transmission. En plus de leur grande vulnérabilité à l'infection, les femmes sont davantage exposées au VIH/SIDA car il leur incombe habituellement de prendre soin des personnes malades dans leurs foyers et leurs communautés ainsi que dans les structures de santé.

Aujourd'hui, plus des 3/4 des infections au VIH sont transmises par les rapports sexuels, et beaucoup des approches employées pour la prévention, le traitement et les soins rejoignent celles utilisées pour la santé en matière de reproduction (SR). D'un point de vue budgétaire, l'intégration de services de soins du VIH aux services de la santé en matière de reproduction peut maintenir des coûts peu élevés et offrir des services plus efficaces à la fois pour le professionnel de santé et le bénéficiaire. Les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur les mêmes structures, équipements et personnel pour proposer une large gamme de services et ne sont pas obligés de budgétiser pour ou de gérer deux entités différentes. Pour les nombreux utilisateurs qui souhaiteraient accéder aux deux services, ils n'auraient pas besoin de se rendre à différents points, peut-être à des jours différents, pour y bénéficier des soins adaptés. La prise en charge par du personnel ayant les connaissances à la fois de la SR et du VIH signifie également que les malades auront plus de chances de recevoir un diagnostic correct à un stade précoce ainsi qu'un traitement répondant à tous les problèmes éventuels.

La CIPD reconnaît que le VIH/SIDA est au centre de l'ordre du jour sur la Santé Reproductive bien que son intégration à la SR ne soit pas toujours effective. Les services en matière de VIH sont trop souvent proposés séparément des services de la santé reproductive. Dans certains cas, ceci est dû au fait que le VIH est un « nouveau » problème prioritaire nécessitant un service « vertical » dirigé au niveau national. Les services de SR font quant à eux partie des services généraux primaires de la santé ou d'un programme vertical distinct. Les programmes séparés peuvent être encouragés par les donateurs qui veulent savoir que « leurs » ressources sont utilisées pour traiter le problème spécifique (VIH/SIDA ou planning familial ou autre) qui les intéresse. En plus des raisons systématiques ci-dessus, Stop Aids Now invoque deux raisons supplémentaires à cela : (a) l'opposition des professionnels de santé reproductive à traiter le VIH/SIDA à cause des stigmates, et (b) le manque d'engagement des activistes du VIH/SIDA auprès des organismes de planification familiale parce qu'ils s'intéressent plus particulièrement aux personnes qui ont été infectées au cours de relations homosexuelles et par l'injection de drogues. Le dernier point est probablement moins pertinent dans les pays en développement où les rapports hétérosexuels constituaient dès le départ le mode principal de transmission. Ce facteur pourrait néanmoins être déterminant dans la mesure où le mouvement SIDA est touché par des tendances internationales ainsi que dans les pays en développement où les injections de drogues demeurent la voie principale de contraction de l'infection.

Si les programmes SR doivent couvrir le problème du VIH/SIDA, il est souhaitable en contre partie de réduire les écarts en termes de couverture. Par exemple, les services de « planification familiale » dans plusieurs pays sont axés sur les femmes mariées et excluent les hommes, les femmes plus jeunes et les femmes non mariées de tout âge. Ils excluent souvent ceux qui devraient faire l'objet des principaux efforts ciblés de la prévention du VIH, tels que les hommes hétérosexuels, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et qui sont sexuellement actifs, les femmes non mariées. Ces écarts soulignent encore une fois la nécessité de réunir les services de la SR et du VIH/SIDA, et pour les services SR d'élargir leur ciblage de populations.

Une publication de l'UNFPA, l'UNAIDS, l'IPPF et l'Institut Alan Guttmacher parue en 2004 admet que la collaboration entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNAIDS sur les relations du VIH/SIDA et de la santé en matière de sexualité et de reproduction est restée limitée. Le thème de l'UNAIDS pour 2004 était « Les femmes et le VIH » mais leur campagne n'envisageait pas d'examiner la santé et les droits en matière de reproduction au-delà de la VBG. Berer (2003) note que le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria (GFATM) ne couvre pas non plus les questions portant sur la santé reproductive (SR). Il ignore même l'anémie liée au VIH, la tuberculose et la malaria chez les femmes enceintes séropositives.

Par ailleurs, les services de SR n'offrent pas toujours les soins pratiqués contre le VIH/SIDA aux femmes mariées qui forment pourtant leurs patients traditionnels. Une étude en 2003 menée par le Projet POLICY à travers 73 pays a démontré que globalement seule 1 femme enceinte sur 10 se voyait offrir un conseil et un test au VIH, des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant ou des conseils sur l'allaitement. Beaucoup de services de planification familiale ne préconisent pas aux femmes le besoin d'utiliser le préservatif pour prévenir le VIH/SIDA si elles choisissent d'autres moyens d'éviter une grossesse. Lorsque les services liés au VIH existent, ils ne sont que rudimentaires et peu sensibles et ne gèrent que l'aspect clinique des MST.

Certains défenseurs de la SR peuvent s'inquiéter de la mise en exergue du VIH/SIDA car ils y voient une mise en avant et des ressources trop importantes accordées au VIH/SIDA au détriment des ressources disponibles pour les services de SR « standards ». Ce point de vue a été favorisé par le fait que la majorité des financements consacrés au SIDA ont suivi une approche « verticale » conçue comme un programme distinct plutôt qu'une intégration dans les dépenses publiques. L'approche verticale décourage les interrelations.

Liste de contrôle pour intégrer les programmes sur la santé en matière de la reproduction et les programmes sur le VIH/SIDA

Dans un article de fond publié dans le Reproductive Health Matters (Berer, 2003) figure une liste détaillée des questions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction (SSR) qui doivent être intégrées dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Quelques uns des points de cette liste sont les suivants :

- accès au conseil et au test de dépistage du VIH dans les services de SR et référence aux services de SR en ce qui concerne le conseil, les tests et le traitement du VIH ;
- la promotion par les services de l'utilisation des préservatifs comme le premier instrument de contraception, et encourager l'utilisation des dispositifs intra-utérins s'il y a un risque quelconque d'infection par le VIH ;
- les services de planification familiale et d'avortement sans risque qui prennent en considération les besoins des femmes séropositives;
- la prise en compte des besoins des femmes séropositives en matière de soins anténataux, d'accouchement et postnataux ;
- le dépistage et traitement du cancer cervical des femmes séropositives qui présentent un risque à un plus jeune âge que des femmes non infectées ; et
- les services aux survivants de viols et d'agressions sexuelles comprenant des services d'antirétroviraux, de dépistage et de traitement des MST, d'une contraception d'urgence et d'avortements.

ENCADRÉ 5: BESOINS DES MÈRES, DES FEMMES ET DES ENFANTS

D'aucun pense qu'étudier les besoins des enfants implique automatiquement la sensibilité de genre. Cette tendance sera d'autant plus vraie si la politique, y compris les OMD, classe la santé des femmes et celle des enfants dans une seule et même catégorie. Ceci se répète dans les structures, les budgets et les programmes de plusieurs pays où il existe un département ou une division qui s'appelle « santé de la mère et de l'enfant. »

Les enfants relèvent de la question de genre et de la problématique des femmes dans la mesure où ces dernières portent le lourd fardeau de prodiguer des soins aux enfants. Les femmes sont, probablement et globalement, plus concernées par le bien-être des enfants que l'homme moyen. Les enfants deviennent donc une question de genre en raison du rôle des femmes en matière de reproduction et des responsabilités, devoirs et fardeaux qui y sont liés. Ce qui ne signifie pas pour autant que ce qui est bon pour les enfants est automatiquement bon pour les femmes. Les propres droits individuels des femmes doivent faire l'objet de la diligence requise et non pas être considérés uniquement par rapport aux autres.

Le rapport de la consultation d'experts de l'OMS a souligné que l'objectif des programmes TME portait souvent sur la prévention de la transmission du VIH à l'enfant à naître sans prendre en compte les droits de la mère. Ces droits incluent l'accès à l'information et son choix sur les décisions à prendre pour elle-même et le bébé : Si elle désire ou non subir un test de dépistage, interrompre sa grossesse, vouloir un traitement pour le bébé et/ou elle-même. Après la naissance du bébé, il peut exister des restrictions supplémentaires implicites ou explicites sur les droits des femmes à l'allaitement. Si la mère choisit de ne pas allaiter, elle pourrait subir le stigmate d'être « reconnue » comme séropositive. Bien que son droit d'accès à l'eau saine lui soit acquis, elle doit faire face à un dilemme car elle doit choisir entre mettre son bébé en danger en l'allaitant ou le mettre en danger en mélangeant de l'eau insalubre à du lait en poudre.

Organisation Mondiale de la Santé, "Integrating Gender into HIV/AIDS Programs," Consultation d'experts, Genève, 2002.

Références : Berer M., "HIV/AIDS and reproductive health: intimately related" (éditorial), Reproductive Health Matters, 2003. <http://www1.elsevier.com/homepage/sab/womenshealth/doc/journals/pdf/RHM11%2022%20ed.pdf>

Stop Aids Now, WPF and Share-Net, Integrating HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health into Policies, Programs and Services, 2004.

Fichier: Aids.Sex.Reproduction.pdf

UNAIDS, IPPF, Institut Alan Guttmacher, UNFPA, "Issues in brief: the role of reproductive health providers in preventing HIV," Portail Web Genre et VIH/SIDA de l'UNIFEM/UNAIDS Gender (<http://www.genderandaids.org>), 2004.

OMS, UNFPA, UNAIDS et la Fédération Internationale des Plannings Familiaux. Linking sexual and reproductive health and HIV/AIDS: An inventory, Novembre 2005. <http://www.who.int/reproductive-health/stis/linking.html>

ENCADRÉ 6: COMBINAISON DU PLAIDOYER ET DE L'ACTION JURIDIQUE AUTOUR DES DROITS EN MATIÈRE DE SANTÉ

La Treatment Action Campaign (TAC) est une association activiste à but non lucrative d'Afrique du Sud qui travaillent sur les questions du VIH/SIDA. La TAC s'est donné certains objectifs importants tels que l'amélioration du système de santé et des conditions de vie de la population pauvre d'Afrique du Sud. Mais ses campagnes les plus audacieuses et réussies s'orientent vers des activités aux buts bien spécifiques.

La campagne consacrée à la transmission mère-enfant fut la première campagne de la TAC. La TAC a entrepris cette campagne car elle avait réalisé que si le gouvernement pouvait fournir les médicaments pour prévenir la transmission mère-enfant (TME), on pouvait sauver la vie d'environ 65 000 nouveau-nés chaque année. La TAC a également démontré par une étude qu'un dépistage, une information et une alimentation de remplacement à des mères infectées coûtent moins chers que les soins prodigués aux enfants qui deviennent séropositifs. Malgré ces faits, en 1998, le Ministre de la Santé sud-africain a annulé des projets pilotes qui prévoyaient de fournir des médicaments antirétroviraux (ARV) aux femmes enceintes porteuses du VIH. C'est alors que la TAC est née pour lutter contre ce problème.

En décembre 1998, la TAC a lancé une pétition qui réclamait au gouvernement de donner des médicaments ARV aux femmes enceintes séropositives. En six mois, la TAC a réuni plus de 100 000 signatures. La TAC n'a pas remis cette pétition au gouvernement car le Ministre a promis d'établir un programme de prévention de la TME. Cependant, il n'a pris aucune autre mesure pour ce faire.

En mars 1999, lors de la Journée Nationale des Droits Humains, la TAC a organisé une action Fast to Save Lives au Cap, à Durban et à Soweto. Cette action a obtenu le soutien de plusieurs leaders religieux, de professionnels de la santé et même de dirigeants haut placés du gouvernement. Ils étaient environ 500 allongés devant l'un des hôpitaux publics de Johannesburg pour symboliser les personnes qui mouraient. Quelques jours plus tard, le Ministre de la Santé déclarait au cours d'une réunion qu'il soutenait la lutte contre les prix trop chers des médicaments. Le jour suivant, le Ministre rencontrait de façon informelle la TAC au parlement et réitérait son soutien à la TAC pour la lutte contre les prix trop élevés des médicaments.

En avril 1999, la TAC adressa un courrier à Glaxo Wellcome, les fabricants de l'AZT qui était alors le principal traitement utilisé pour prévenir la transmission mère-enfant. Elle lui demandait de vendre l'AZT au prix coûtant. Pour appuyer cette demande, les activistes protestèrent devant le siège de Glaxo. Le Ministre de la Santé déclara à nouveau qu'il soutenait activement la position de la TAC. Néanmoins, suite au remaniement ministériel qui se produisit peu de temps, le Ministre de la Santé se montra moins démonstratif en termes d'appui. Dès le début, Glaxo a affiché son antipathie. Ils refusèrent de dire combien coûtait la fabrication du médicament de PTME.

En septembre 1999, la TAC organisa d'autres manifestations devant les bureaux de Glaxo au Cap et à Johannesburg. Des représentants de la TAC rencontrèrent également des responsables de la société pour leur demander de diminuer les prix de l'AZT. Plus tard, les représentants de la TAC purent rencontrer le nouveau Ministre de la Santé. Il leur confirma que le gouvernement souhaitait prévenir la TME mais ne pouvait pas entamer une action trop onéreuse. Il indiqua que le gouvernement mettrait en œuvre des projets pilotes pour tester les médicaments.

Mais le Président Mbeki annonça peu de temps après cette rencontre que l'AZT était « toxique ». Il déclara que la « toxicité », et non pas le coût, était la raison pour laquelle le gouvernement ne proposait pas de médicaments pour prévenir la TME. Le nouveau Ministre de la Santé a très rapidement renouvelé les propos du Président.

En janvier 2000, les avocats de la TAC envoyèrent un courrier au Ministre de la Santé en lui demandant si et quand le gouvernement prévoyait de donner des médicaments aux femmes enceintes séropositives. En raison d'un défaut de réponse, la TAC décida de poursuivre le gouvernement en justice pour l'obliger à s'acquitter de ses obligations constitutionnelles qui consistent à fournir des soins de santé aux femmes et aux enfants.

En août 2000, le Ministre de la Santé annonça la création de 11 projets pilotes pour la fourniture de médicaments de prévention de la TME. La TAC déclara qu'elle poursuivrait ses actions en justice contre le gouvernement si ces projets pilotes n'étaient pas étendus à un programme national. Le gouvernement remis son action à plus tard et la TAC fut obligée de lui faire un procès. Au tribunal, la TAC s'appuya sur les clauses de la constitution du pays concernant les droits socio-économiques. Le Tribunal Constitutionnel statua en faveur de la TAC.

Référence : www.tac.org.za

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Qu'est-ce que la « santé des femmes » ? Plusieurs personnes interrogées pensent qu'une étude pour l'Initiative budgétaire des femmes doit être concernée par la reproduction. La politique du gouvernement assimile souvent les « femmes » à « mères » et « reproduction ». [Ces équations sont incorrectes.] Premièrement, les besoins des filles et des femmes en matière de services de santé commencent bien avant l'adolescence et se terminent à la vieillesse. Les questions sur la reproduction forment une composante importante mais pas unique. Deuxièmement, en plus des besoins individuels des femmes, elles représentent les principaux soignants dans la société. En tant que tels, elles sont en contact avec les services de santé à la fois pour amener les malades, que ce soit des enfants ou des vieillards, qui utilisent ces services, et pour leur prodiguer des soins à domicile. Troisièmement, la grande majorité des travailleurs sanitaires sont des femmes. Leur rôle en tant que travailleurs n'est pas totalement mis en valeur car il est perçu comme le « travail des femmes ».

Source : Klugman, B & McIntyre, D. "From Policy, through Budgets, to Implementation: Delivering quality health care services," Initiative budgétaire des femmes: Le Cap, 2000.

Les initiatives de la BSG sont nombreuses à choisir le secteur de la santé comme le premier thème à examiner. Elles visent notamment à évaluer les dépenses et les recettes (exemple: les contributions financières aux frais médicaux) relatives à la santé de reproduction. Ce thème est important d'un point de vue du genre. Il est également souvent assez facile d'isoler ces dépenses dans les documents budgétaires. Par exemple, elles peuvent être classées séparément sous la catégorie « Santé de la Mère et de l'Enfant. »

L'intérêt porté sur la santé de reproduction est important. Mais la citation susmentionnée étend la notion de santé des femmes au-delà de ses fonctions reproductrices. Elle sous-entend que bien que l'objet de ce guide pratique soit la santé en matière de reproduction, nous ne devons pas oublier qu'elle ne couvre en aucun cas toute la gamme des besoins de santé des femmes. Une initiative budgétaire sensible au genre devra donc idéalement ne pas se cantonner à cela. Pour les femmes pauvres, en particulier, il nous faut également penser aux soins de santé primaires de façon plus globale. À cet égard, nous revenons à la question de l'intégration. Dans la section précédente, nous avons examiné l'intégration des services liés au VIH/SIDA aux services SR. Il est également question de savoir dans quelle mesure les services SR sont-ils intégrés aux services de soins de santé primaires (SSP).

On est globalement d'accord pour affirmer que les services SSP sont particulièrement importants pour les personnes pauvres. Et en améliorant la santé de la majorité de la population, les soins de santé primaires sont aussi positifs pour la croissance et le développement économiques. Les soins de santé primaires s'articulent autour de cinq principes : la distribution équitable, la participation communautaire, la prévention, la technologie appropriée et l'approche intersectorielle. Traditionnellement, beaucoup de services de santé ont eu tendance à se focaliser sur des hôpitaux tertiaires et des services haute technologie dans les centres urbains. Ce qui compte avant tout pour la population pauvre est de pouvoir disposer de services primaires dans tout le pays. Néanmoins, il faut encore se battre pour s'assurer que les aides financières ou les autres ressources sont allouées aux services locaux sans prétention et peu valorisés.

De la même façon, il est aussi largement convenu que les services SR devraient être disponibles au niveau des soins de santé primaires locaux, avec des références aux services secondaires et tertiaires seulement si besoin est. (Les soins des services secondaires sont habituellement prodigués par des

spécialistes de la médecine dans les hôpitaux locaux. Les soins des services tertiaires sont prodigués par des spécialistes, des hôpitaux régionaux ou nationaux dotés d'équipements et de structures spécialisés.) Toutefois, le degré d'intégration des services SR et de SSP n'a pas été unanimement convenu. On assiste encore à une approche « verticale » distincte des programmes comme la santé maternelle et infantile (SMI) qui s'opère séparément des autres services. La planification familiale est même intégrée dans un autre ministère. Pourtant, la CIPD souligne le besoin d'intégrer la planification familiale et les autres services afin qu'une femme venant demander une contraception puisse recevoir l'assistance nécessaire à d'autres problèmes comme la grippe ou la diarrhée de son enfant, à partir du même « guichet » de service et le même jour.

Une étude menée au Ghana, au Kenya, en Zambie et en Afrique du Sud en 1997–1998 a révélé que les gouvernements qui parlent du besoin d'intégration, ne concrétisent pas leurs propos. L'intégration est parfois entendue comme la collaboration entre les différents programmes (verticaux) plutôt que le partage des responsabilités. Dans ce cas, les changements des structures et des processus sont très minimes.

Le rapport d'étude indique que les actions des donateurs ont par le passé souvent encouragé le manque d'intégration notamment parce que ceux-ci préféraient que les ressources soient utilisées pour établir des « projets » visant des problèmes qui les intéressaient. L'étude avance également que les plaidoyers pour la santé des femmes ont souvent refusé d'établir le lien entre la pauvreté et la santé, en se concentrant seulement sur l'équité des sexes et la santé. Comme l'ont fait remarquer les auteurs, le plaidoyer pour les SSP s'est intéressé au droit à une bonne santé, tandis que le plaidoyer pour la SR a ciblé les droits des femmes et des hommes à des rapports sexuels et une reproduction sains et volontaires. Les deux groupes de droits ne sont pas les mêmes. Il est nécessaire de les envisager tous les deux depuis l'approche genre et de leur allouer les budgets adéquats.

Référence : Lush, L., Cleland, J., Walt, G. & Mayhew, S. "Integrating reproductive health: myth and ideology," Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): Le Journal International de la Santé Publique, 1999. <http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/issue9/bu0042.pdf>

LA PAUVRETÉ ET LA SANTÉ REPRODUCTIVE

Au regard de ce qui a été évoqué plus haut, le travail de la BSG ne devrait pas considérer le genre de façon isolée par rapport aux autres axes de désavantages. Nous devrions notamment nous atteler à garantir que le budget gouvernemental soit consacré à ceux qui en ont le plus besoin, ceux qui sont les moins capables de subvenir à leurs propres besoins. Les gens pauvres, et surtout les femmes pauvres, représentent indéniablement une catégorie importante des personnes qui sont en général les moins susceptibles à répondre complètement à leurs propres besoins sans aide extérieure.

Les documents relatifs aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) mettent en avant les liens entre la pauvreté et une forte fertilité. Ils indiquent comme le MYFF que les taux de fertilité des populations pauvres sont parmi les plus élevés. Une croissance rapide de la population, les grandes familles et les ressources limitées tendent à leur tour à exacerber la pauvreté. Selon l'Équipe du Projet du Millénaire des Nations Unies, la pauvreté et les faibles résultats de la SR ne se limitent pas aux zones rurales pauvres. Les femmes pauvres des zones urbaines font parfois face à des problèmes (y compris en termes d'accès aux services) aussi sérieux que ceux des femmes en milieu rural.

Le MYFF de l'UNFPA se réfère également plusieurs fois aux questions portant sur la pauvreté et l'inégalité. Il souligne que dans toutes les zones que l'UNFPA considère comme des zones prioritaires, il existe des inégalités entre et à l'intérieur des pays et des régions. Au sein des pays, des disparités significatives existent entre les riches et les pauvres. En fait, les indicateurs de SR indiquent même des écarts encore plus importants entre les riches et les pauvres que les autres indicateurs de développement humain. Le MYFF fait référence à des études qui révèlent que les plus pauvres sont aussi ceux qui ont le moins de chance de pouvoir bénéficier de soins professionnels à la naissance, d'une planification familiale et de soins anténataux prodigués par du personnel formé. Les groupes les plus pauvres présentent également les taux les plus élevés de fertilité (y compris les adolescents) et de mortalité infantile. Les femmes souffrant de malnutrition en raison de leurs conditions de pauvreté ont plus de risque de rencontrer des problèmes pendant leur grossesse et l'allaitement, et de donner naissance à des nouveau-nés de faible poids. Le MYFF établit un lien explicite avec le budget en disant que : « Une augmentation des dépenses publiques ne pourra améliorer en soi les résultats en matière de santé sauf si elle est destinée aux plus pauvres. »

Les progrès en matière de santé peuvent contribuer à la croissance et à la réduction de la pauvreté de plusieurs façons différentes. Par exemple, une personne en meilleure santé veut dire moins de jours de travail perdus, un travailleur qui se nourrit bien sera plus productif, et des enfants en bonne santé et bien nourris apprendront mieux en classe que des enfants malades et qui ont faim. Quand la population est en bonne santé, les individus et les familles consacrent moins de ressources aux soins de santé. Les femmes et les filles en particulier passent moins de temps à prodiguer des soins aux malades.

La santé reproductive doit faire l'objet d'une attention importante car les problèmes dans ce domaine constituent actuellement la première cause de décès et d'infirmité des femmes au niveau international. Globalement, 20% du fardeau de la maladie parmi les femmes en âge de procréer sont liés à la sexualité et à la reproduction. En Afrique sub-saharienne, le pourcentage est de 40%. Tous les décès maternels (99%) arrivent virtuellement dans les pays en développement. En faisant progresser la santé reproductive, on peut directement réaliser au moins trois objectifs des OMD à savoir réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/SIDA, et contribuer indirectement aux autres objectifs. L'UNFPA estime que la plupart des décès maternels actuels pourrait être épargné si des soins d'urgence étaient prodigués à toutes les femmes et pas seulement aux femmes riches. De plus, si on donnait aux femmes les moyens d'empêcher des grossesses non désirées, on pourrait éviter 20 à 35% de plus de décès maternels.

Les dépenses consacrées aux services de santé de reproduction sont pourtant relativement faibles. En 1994, la Banque Mondiale a estimé que le coût d'un ensemble de services SR de base comprenant la planification familiale, la prévention et le traitement des MST, des soins anténataux et à l'accouchement et une éducation sanitaire serait de 6,75 dollars américains par personne. La même année, les pays pauvres ne dépensaient que 2,00 dollars américains par personne. Les engagements de la CIPD n'ont pu aider à résoudre ce problème. En 2000, moins de la moitié des 5,7 milliards de dollars américains nécessaires, selon la CIPD, avaient été réunis à cette date.

La pauvreté, l'inégalité et la dépendance économique favorisent également la vulnérabilité au VIH/SIDA. Par exemple, les gens pauvres peuvent être obligés de se prostituer pour gagner de l'argent et courent donc un risque d'infection. Le risque augmentera si, comme cela se fait couramment, ils demandent un « tarif » plus élevé pour avoir des rapports sexuels non protégés. Certaines personnes migrent pour

trouver du travail. Si elles partent sans leurs partenaires, ces derniers et elles-mêmes chercheront à avoir des rapports sexuels ailleurs et s'exposeront à des risques d'infection.

Références : UNFPA, « État de la population mondiale 2005 : La Promesse d'égalité. Égalité des sexes, Santé en matière de reproduction et Objectifs du Millénaire pour le Développement » 2005.

Stop Aids Now, WPF and Share-Net, *Integrating HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health into Policies, Programmes et Services*, 2004. Fichier: Aids.Sex.Reproduction.pdf

LES RÉFORMES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET LA SANTÉ DE REPRODUCTION

Au cours des années 1990, plusieurs pays en développement ont introduit une variété de réformes du secteur de la santé (RSS). Il s'agissait pour ces réformes d'aborder les problèmes des soins de faible qualité, de l'accès limité, de l'inégalité, des fonds insuffisants, des inefficacités et du manque de réponse aux besoins. Elles entrent parfois dans le cadre de programmes d'ajustement structurel plus larges en Afrique et en Asie. Les réformes ont reçu un appui soutenu de la Banque Mondiale qui voyait en elles les réponses à un besoin d'améliorer l'efficacité et de réduire les coûts.

Les réformes du secteur de la santé des années 1990 comprenaient :

- Des changements au niveau des **mécanismes de financement**, c'est-à-dire le partage des taxes, l'assurance sociale et privée, la contribution aux frais médicaux et autres sources de revenu, un rôle plus prépondérant du secteur privé et de nouvelles approches des financements des donateurs ;
- Des changements au niveau de la **mise en place des priorités**, avec un passage de certains services dans le secteur privé ;
- Des changements au niveau des **rôles**, où l'état focalise son action sur la réglementation et moins sur la fourniture directe de services ;
- Des changements au niveau des **mécanismes organisationnels**, comme la décentralisation.

Ces aspects impliquent pour la majorité un budget direct. L'examen de la nature des RSS d'un pays précis ainsi que les implications budgétaires y afférent doivent par conséquent entrer dans le cadre de l'analyse de la situation servant de base à l'établissement de toute intervention de la BSG.

La RSS s'accompagne en général d'une privatisation sur des plans différents. Le mouvement vers la privatisation s'est basé sur le développement dans les années 1980 lorsque les travailleurs de la santé ont établi des cabinets privés informels et formels de petite envergure de façon à augmenter les salaires qui avaient été réduits par les programmes d'ajustement structurel. Certains travailleurs de santé ont introduit des « changements informels » dans leurs services au niveau des structures publiques.

Les réformes du secteur de la santé ne s'appliquent pas de la même façon dans tous les pays. Leur instauration dépend de la situation économique, politique et sociale d'un pays ainsi que de l'influence des agences multilatérales et bilatérales. Cependant, on observe quelques tendances caractérisées.

Dans le préambule d'une nouvelle publication qui traite de la RSS et de ses impacts sur la santé et les droits en matière de reproduction, Marge Berer, éditeur de *Reproductive Health Matters*, conclut qu'en général, la RSS n'a pas amélioré l'efficacité des services de santé en matière de sexualité et de reproduction. Ces réformes ont souvent conduit à dégrader la situation des gens pauvres et des

femmes en particulier. Les réformes de financement n'ont pour la plupart pas entraîné de hausse des fonds accessibles pour les services de la SR. Les initiatives publiques-privées engendreront des offres de services intégrés et complets moins nombreuses qui ne seront probablement pas accessibles aux personnes pauvres qui ne peuvent payer. La responsabilité du secteur public décroît à mesure que le rôle du secteur privé s'accroît. L'impact de la décentralisation dépend de la portée des conditions et des normes définies par le gouvernement national à l'égard des juridictions inférieures. Les cas de décentralisation et de suppression des programmes de santé verticaux riment souvent avec la mise en concurrence des services de santé en matière de sexualité et de reproduction avec d'autres besoins des personnes au niveau local en termes de financement.

ENCADRÉ 7: COMBINAISON DE LA RECHERCHE, DU PLAIDOYER ET DE LA FORMATION

Les Droits et les Réformes constituent une initiative de recherche et de plaidoyer qui impliquent les organisations et les individus des continents africain, asiatique et latino-américain afin de connaître comment les réformes du secteur de la santé ont affecté l'accès des gens pauvres, notamment celui des femmes, aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction. Le groupe a conduit des recherches sur chacun des continents sur la base de six aspects-clés de la réforme du secteur de la santé, à savoir (a) le financement ; (b) le partenariat public-privé ; (c) la définition des priorités ; (d) la décentralisation ; (e) l'intégration des services ; et (f) la responsabilité. Les résultats de ces recherches ont été publiés dans un ouvrage global et ont servi de matériels de support à la formation. Tous les matériels ont été rendus accessibles sur Internet.

Référence : www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/training.htm

Références : Ravindran, T.K.S. & de Pinho, H., "Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health: The right reforms?" Projet de Santé des Femmes: Parktown, 2005.

Mackintosh, M. & Tibandebage, P., "Gender and Health Sector Reform: Analytical perspectives on African Experience" in Razavi, S. & Hassim, S. (eds) Gender and Social Policy in a Development Context: Mothers, workers and citizens, Palgrave: Basingstoke, Publication à venir.

QUELLES SONT LES CONSIDÉRATIONS ÉCONOMIQUES ?

Cette section élabore les arguments économiques utilisables pour plaider en faveur des objectifs de l'UNFPA et de la dotation des budgets appropriés pour les traiter efficacement. Ils peuvent servir à plaider en faveur du travail lié à la BSG et aux objectifs de l'UNFPA de façon plus générale. Cette section développe également des arguments tirés d'approches et de concepts économiques traditionnels comme des arguments qui peuvent être moins familiers à des économistes orthodoxes. C'est le cas du concept du travail non rémunéré des femmes. Les discussions économiques et budgétaires ont souvent tendance à négliger cet aspect mais nous devons l'examiner si l'on veut obtenir des résultats de genre équitables. Il est particulièrement important dans le domaine de la santé où prodiguer des soins représente une activité centrale.

LA BSG, LA SANTÉ DE REPRODUCTION ET L'ÉCONOMIE

Les budgets sont plus que des politiques économiques

Les budgets font partie de la politique macroéconomique globale d'un gouvernement et sont techniquement appelés politique « fiscale ». La politique monétaire, qui s'efforce d'influencer le taux de change et le taux d'inflation, constitue une autre composante importante de la politique macroéconomique d'un pays. Les différentes composantes de la politique macroéconomique d'un pays visent ensemble à atteindre certains objectifs tels que la croissance économique, le plein emploi et des taux d'inflation bas et stables. L'autre objectif souvent oublié est d'assurer que cet état économique puisse profiter à chaque personne de la population et pas seulement à quelques unes d'entre elles.

Parce que le budget est l'un des instruments macroéconomiques du gouvernement, on décrit souvent la BSG comme une initiative portant sur la « politique économique. » Alors qu'il est vrai que les outils macroéconomiques du gouvernement et que l'approche budgétaire globale est une composante de la stratégie macroéconomique générale d'un état, les budgets sont aussi beaucoup plus qu'une politique économique. Les budgets servent à augmenter les recettes et la dotation de celles-ci (ce qui relève de la politique économique) ; cependant l'enveloppe est ensuite utilisée pour mettre en œuvre toutes les politiques du gouvernement que ce soit dans les secteurs économique, social ou de protection. Les budgets peuvent donc contribuer à beaucoup plus que les objectifs « économiques » du plein emploi, des taux d'inflation bas et de la croissance économique.

L'impact économique de la santé de reproduction

D'un autre point de vue, on pourra émettre différentes considérations concernant la SR et l'économie, et comment le financement adéquat de la santé et des droits en matière de reproduction peuvent affecter l'économie d'un pays ainsi que le bien-être économique de la population.

Le Rapport de l'UNFPA sur l'État de la *Population Mondiale* plaide que les investissements qui permettent aux filles et aux femmes de réaliser intégralement leur potentiel (y compris les investissements en matière de santé de reproduction) offrent un « double dividende » parce que les femmes ont un double rôle en termes de reproduction et de production (économique). L'accès à la planification familiale permet aux

femmes de différer la première grossesse de manière à achever leur éducation et faire partie de la population active économique. Les services de santé reproductive peuvent améliorer la productivité des femmes en les aidant à résoudre leurs problèmes de santé liés à la procréation. La liberté et la capacité de choisir devrait conduire à la réduction du nombre d'enfants par famille et à une moindre pression sur les ressources naturelles du pays. En Thaïlande et en Egypte, il a été estimé que chaque dollar dépensé dans la planification familiale avait permis d'économiser \$16 et \$31 respectivement dans les domaines de la santé, de l'éducation, du logement et dans d'autres dépenses sociales.

Plusieurs pays disposent de programmes bien développés en matière de santé infantile et d'éducation primaire. Mais ils sont également nombreux à ignorer les besoins des adolescents. Cette position met les pays en danger car ils risquent de perdre le bénéfice des ressources investies dans les enfants tels que les vastes enveloppes généralement allouées à l'éducation.

Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses conduisent chaque année à environ 68 000 décès. Les femmes qui survivent à ce type d'avortement souffrent souvent de blessures à vie. L'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses place également un fardeau immédiat sur les services de santé. En Afrique sub-saharienne, entre 1/5ème et la moitié de tous les lits gynécologiques sont occupés par des femmes nécessitant des soins post-avortement. Cela reviendrait beaucoup moins cher de fournir des contraceptifs à ces femmes.

L'État de la Population Mondiale de l'UNFPA souligne que la violence tue et blesse actuellement autant de femmes et de filles entre 15 et 44 ans que le cancer. Cela entraîne des coûts relatifs aux soins de santé, aux services policiers et judiciaires ainsi qu'à une perte de l'objectif éducationnel et de la productivité.

Lorsque le gouvernement n'accorde pas les ressources adéquates aux services de santé et de reproduction, les femmes supportent un fardeau supplémentaire qui est le travail sanitaire « non rémunéré ». À première vue, le gouvernement peut penser que cela ne lui coûte rien. Mais en y regardant de plus près, le temps et les autres fardeaux que ce travail non rémunéré imposent aux femmes les empêchent de s'impliquer dans d'autres activités, y compris contre rémunération, et encouragent, quelque part, le risque qu'elles deviennent dépendantes du gouvernement. Le travail sanitaire non rémunéré signifie également que le pays ne peut profiter des autres compétences de ces femmes et de leurs contributions aux progrès économiques de la nation.

Aller au-delà des différends instrumentalistes pour parvenir à une approche basée sur les droits

Tous les arguments précédents plaident largement en faveur d'une dotation des ressources aux services de la SR. Nous ne devons pas seulement développer ces arguments instrumentalistes pour faire ressortir à quel point une meilleure santé des femmes serait bénéfique pour le pays. Les femmes ont un droit à la santé pour leur propre bien et pas uniquement pour ce qu'elle peut apporter aux autres.

Comme le préconise le rapport du Groupe de travail sur les OMD concernant la santé infantile et maternelle, le terme « femmes et enfants » ne doit pas être considéré comme « le dernier maillon de la vulnérabilité, un SOS de secours, le déclencheur de la culpabilité. » Les femmes et les enfants doivent être considérés en revanche comme « les travailleurs présents et futures de leurs économies, les soignants de leurs familles... Ce sont des êtres humains. Ils possèdent des droits à des conditions dont l'accès aux soins de santé, qui leur permettront de protéger et de promouvoir leur santé ; de participer significativement aux décisions qui affectent leurs vies et de demander aux personnes et aux institutions dont le devoir est de prendre les mesures pour obtenir ces droits de s'acquitter de leurs obligations. » (2005:4).

Référence : UNFPA, « État de la population mondiale 2005 : La Promesse d'égalité. Égalité des sexes, Santé en matière de reproduction et Objectifs du Millénaire pour le Développement » 2005.

ENCADRÉ 8: L'ARGENT SEUL N'EST PARFOIS PAS SUFFISANT

L'UNFPA soutient l'Équateur dans la mise en œuvre de la Loi de 1998 sur les Soins gratuits en Maternité. La loi prévoit l'accès gratuit à un ensemble de services liés à la grossesse, à la planification familiale et aux soins de santé pour les enfants de moins de cinq ans. Le gouvernement a alloué une enveloppe budgétaire pour couvrir les coûts de ces services mais cela n'a pas suffi à rendre cette loi efficace. Il a donc créé des comités au niveau local pour gérer les fonds de santé en collaboration avec le Ministère de la Santé, les autorités municipales, le Conseil National pour les Femmes et les organisations communautaires. L'établissement des comités pour les utilisateurs des services permet de tenir régulièrement des réunions avec les femmes des communautés voisines de manière à sensibiliser les personnes sur cette loi et en contrôler la mise en place.

Référence : UNFPA, « État de la population mondiale 2005 : La Promesse d'égalité. Égalité des sexes, Santé en matière de reproduction et Objectifs du Millénaire pour le Développement » 2005.

LE « DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE »

La fourniture de services en matière de santé de reproduction a donné lieu à un avantage économique particulier appelé le « dividende démographique. » Les partisans expliquent que la chute des taux de fertilité et de mortalité modifie la structure de la population. On assiste à la réduction de la taille des familles et un élargissement de la proportion de jeunes gens productifs avec un faible nombre d'enfants et de vieillards dépendants. Le dividende démographique examine davantage la forme de la population plutôt que sa taille.

Les économistes ont calculé que le dividende démographique représente un tiers de la croissance économique exceptionnelle qu'ont connu les pays d'Asie Orientale entre 1965 et 1990. Il existe également un « dividende genre » dans le fait que les femmes qui ont moins d'enfants pourront plus facilement intégrer les effectifs économiques.

Certains d'entre eux avancent que les pays en développement actuels pourraient profiter des mêmes avantages. D'autres économistes et démographes n'en sont pas certains. Ils affirment que la preuve existante du dividende démographique s'appuie sur des caractéristiques macroéconomiques au lieu de se baser sur la connaissance du comportement des individus et des foyers. D'autres font remarquer que la croissance économique ne forme pas un facteur suffisant. La richesse supplémentaire dégagée doit être équitablement répartie parmi la population pour réduire efficacement la pauvreté.

Un consensus émerge selon lequel les pays ne profiteront pas automatiquement d'un dividende démographique avec le déclin de la fertilité et de la mortalité. Pour cela, il faut mettre en place les bonnes politiques. Par exemple, en ce qui concerne le « dividende genre », les gouvernements doivent s'efforcer de trouver des moyens qui facilitent la participation des femmes dans la population active rémunérée car avoir de nombreux enfants est en aucune façon le seul facteur décourageant. Au Japon, par exemple, on a noté un déclin marqué de la fertilité et pourtant peu de femmes ont intégré la population d'actifs rémunérés.

Les analystes signalent que le dividende démographique n'est pas un facteur pertinent pour un grand nombre de pays, notamment en Afrique, qui se heurtent actuellement à un « déficit démographique » des groupes d'âges productifs en raison de l'épidémie du VIH/SIDA.

LA BSG, LA SANTÉ REPRODUCTIVE ET LE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉ

Le budget est souvent perçu comme le secteur qui porte sur l'argent, et ceux qui établissent les budgets se concentrent sur les coûts de l'argent. Par conséquent, ils ont tendance à fermer les yeux sur le travail non rémunéré, travail qui est principalement à la charge des femmes qui portent, s'occupent et élèvent les enfants et soignent les travailleurs des autres familles et communautés. Le travail de soins non rémunéré comprend les travaux domestiques et le soin des enfants que les gens effectuent sans être rémunérés pour leurs propres familles. Aux fins de notre étude, et non des moindres, cela inclut également les soins non rémunérés des personnes malades.

Le Système de Comptabilité Nationale (SCN) est l'ensemble des règles acceptées au plan international qui édicte comment les pays doivent calculer leur Produit Intérieur Brut (PIB). Les règles SCN reconnaissent le travail non rémunéré comme « productif » et comme un « travail. » Cependant, ces règles stipulent que les services de soins non rémunérés ne doivent pas être inclus dans les calculs du PIB. Cela décourage les économistes et les planificateurs à prendre en compte le travail non rémunéré.

Il existe néanmoins plusieurs façons où les budgets du gouvernement sont financés par le travail non rémunéré. Par exemple, quand le gouvernement réduit les budgets publics des services de santé, ce sont les personnes (notamment les femmes) au foyer qui doivent compenser le déficit. Ces soins sont « gratuits » aux yeux du gouvernement mais imposent un coût à ceux qui les prodiguent et à leurs familles.

Une brochure de l'OMS destinée aux infirmières et aux sages-femmes indique que jusqu'à 90% des soins aux malades sont prodigués à domicile. Le besoin de soins augmentera si le pays est touché par le VIH/SIDA ou par d'autres épidémies de même nature. Cette situation s'intensifiera lorsque les personnes infectées seront de plus en plus malades et que le pays passera d'une épidémie de VIH à une pandémie de SIDA. Pourtant, les fonds largement valorisés disponibles pour le VIH/SIDA sont utilisés pour couvrir les coûts des traitements plutôt que les coûts des soins.

Afin de faire face à la demande croissante de services générée par le VIH/SIDA, des pays ont préféré se tourner vers les systèmes de soins à domicile (HBC). Dans ces systèmes, des travailleurs bénévoles ou à faible rémunération se rendent à domicile pour prodiguer les soins aux patients qui ne vont plus en consultation dans les cliniques ou les hôpitaux. Les avantages pour le budget de la santé semblent évidents. Par exemple, une étude a révélé que si tous les patients sidéens de Tanzanie étaient traités dans des structures de santé publiques et soignés avec les médicaments appropriés, les dépenses absorberaient la moitié du budget de la santé publique. Pourtant, les systèmes HBC sont en fait subventionnés par les travailleurs de santé qui se rendent à domicile. Ces programmes ne tiennent généralement pas compte du temps, des opportunités et des autres frais supportés par les membres de la famille. Une étude menée au Zimbabwe a mis en évidence que le coût pour le temps passé à s'occuper des malades représentait la majeure partie des coûts du ménage impliqués dans les soins des membres de la famille alités.

ENCADRÉ 9: LE COÛT DES SOINS À DOMICILE

En 2003, l'UNIFEM a financé et coordonné une étude au Botswana, au Mozambique et au Zimbabwe portant sur les coûts relatifs au temps et à l'argent subis par le gouvernement, les organisations et les soignants des organisations et des foyers pour le modèle de soins à domicile du VIH/SIDA. Cette étude a été planifiée et mise en œuvre par un consortium de représentants des gouvernements, des ONG impliquées dans le HBC, des ONG qui avaient travaillé au niveau budgétaire, des représentants d'organisations de femmes et des universitaires.

L'examen s'est appuyé sur une approche d'étude de cas composée de trois projets HBC dans trois pays. Les trois pays ont employé les mêmes outils de manière à faciliter la comparaison des résultats et à pouvoir en extraire plus facilement les enseignements pour les plaidoyers et leurs publics.

Au terme du projet, les chercheurs et les représentants des organisations des trois pays se sont réunis pour partager leurs résultats et établir des messages de plaidoyers régionaux basés sur le pays. Le groupe a défini les problèmes régionaux suivants :

- La participation très limitée des hommes dans le travail HBC ;
- Le manque total de motivations de certains travailleurs HBC, le faible niveau des motivations existantes et les disparités entre les travailleurs en termes des motivations reçues ;
- Un manque de reconnaissance du travail effectué par les travailleurs HBC, notamment de la part du gouvernement ;
- L'abus du travailleur HBC par certains bénéficiaires ;
- L'accès inégal aux soins à domicile pour ceux qui en ont besoin ;
- Le besoin d'approches plus intégrées au HBC, englobant une gamme d'acteurs et couvrant des facteurs sanitaires, nutritionnels, sociaux et financiers.

Les chercheurs ont calculé la valeur du travail effectué par un travailleur HBC ordinaire dans son pays en multipliant le nombre d'heures travaillées par le salaire moyen payé aux infirmières, aux travailleurs domestiques et autres. La valeur mensuelle était de 270 Pula au Botswana, 130 dollars américains au Mozambique et Z\$ 403 550 au Zimbabwe. Mais les chercheurs estiment qu'utiliser les salaires des infirmières et des travailleurs domestiques banalise le travail des travailleurs HBC étant donné la portée et la diversité des tâches HBC ainsi que le stress psychologique et autre. De plus, ils ont indiqué que les salaires de tous ces travaux sont basés sur des suppositions concernant le travail des femmes qui tendent généralement à sous-évaluer le travail qu'elles effectuent sur le marché ou à la maison.

Le travail de soins non rémunéré n'est pas seulement une considération du HBC et du VIH/SIDA. On le trouve, en cherchant bien, dans plusieurs autres programmes sociaux qui basent leurs opérations sur le travail non rémunéré effectué par le public.

ENCADRÉ 10: LE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉ DANS UN « VERRE DE LAIT »

Une initiative de BSG financée par l'UNIFEM dans la commune de Villa El Salvador, au Pérou, a calculé la valeur du travail non rémunéré effectué par des femmes qui livrent ce que la commune appelle des services « d'auto-gestion ». Un exemple de ce type de service est le programme Glass of Milk (verre de lait). Dans ce programme, la commune finance le matériel de base et le lait mais les femmes de la communauté fournissent le travail qu'impliquent l'organisation du programme et la distribution du lait aux bénéficiaires. Ce programme représente plus d'un tiers du budget municipal, soit 3 millions de dollars américains, au moment de l'étude.

L'équipe de recherche a interrogé les femmes pour savoir combien de temps elles passaient à travailler sur ce programme. Ils ont ensuite multiplié le nombre des heures par le salaire minimum au Pérou. En comparant ce montant au budget total du programme Glass of Milk, ils ont trouvé que si les femmes étaient rémunérées pour ce travail, il faudrait ajouter 23% au budget global. Ce travail de soins non rémunéré s'ajoutait aux contributions faites par la communauté concernant la couverture des dépenses pour le carburant, le sucre et les ustensiles.

En effet, dans ce programme les femmes subventionnent le budget du gouvernement. Si elles n'étaient pas prêtes à offrir leurs services gratuitement, le gouvernement devrait employer du personnel pour effectuer ce travail. Ce type de subventionnement se produit également lorsque les femmes prodiguent des soins de santé aux autres membres de leur foyer et de la communauté. Si ces soins n'étaient pas prodigués gratuitement par les femmes dans le cadre de leurs obligations familiales et communautaires, ceux qui sont malades iraient davantage consulter les services de santé du gouvernement, et augmenteraient donc le fardeau du budget gouvernemental.

Références : Andía-Pérez, B & Beltrán-Barco, A., "Analysis of the Public Budget with a Gender Approach: Villa El Salvador, Lima, Peru" in Bethsabé Andía-Pérez et. Al., *Gender-Sensitive Budgets in Latin America: Accountability for Equity and Transparency*, United Nations Development Fund for Women, 2004

Pearl, R., "The Andean Region: A multi-country program" in Budlender, D. & Hewitt, G. (eds), *Gender Budgets Make More Cents: Country studies and good practice*, Commonwealth Secretariat: London, 2002.

Références : Budlender, D., Why should we care about unpaid care work? Fonds de Développement des Nations Unies pour les femmes : Harare, 2004.

Ogden, J., Esim, S. & Grown, C., "Expanding the Care Continuum for HIV/AIDS: Bringing Carers into Focus," Centre International de la Recherche pour les Femmes: Washington DC, 2004.

UTILISER L'ANGLE DU BUDGET POUR FAIRE PROGRESSER D'AUTRES TRAVAUX

Cette section décrit comment l'approche BSG peut être utilisée pour renforcer les plaidoyers et l'efficacité d'un large éventail de programmes, de campagnes et d'activités variés. Les domaines d'utilisation de l'approche BSG possibles incluent les agendas nationaux pour le développement tels que les Documents de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) que l'on trouve dans plusieurs pays en développement et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il est également question de l'utilisation de l'approche BSG pour les travaux sur les problèmes spécifiques tels que la mortalité maternelle et la violence basée sur le genre. La dernière partie de cette section décrit comment les travaux de la BSG peuvent faire partie d'un agenda visant à augmenter la participation publique dans l'élaboration des politiques.

LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION, LE TRAVAIL BUDGÉTAIRE ET LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

La santé de reproduction dans les OMD

Les OMD constituent l'ensemble des engagements cibles pris par la communauté internationale pour éradiquer les différentes dimensions de l'extrême pauvreté d'ici à 2015. L'Objectif concerne la mortalité maternelle et la santé en matière de reproduction. Mais il n'existe pas d'OMD formel qui cible la santé sexuelle et reproductive au-delà de cela. Les adolescents ne sont absolument pas mentionnés dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies.

Le Projet du Millénaire des Nations Unies (www.unmillenniumproject.org) sert d'organisme consultatif au Secrétaire Général des Nations Unies. Les dix groupes de travail qui le composent rassemblent des participants des universités, du gouvernement, des agences des Nations Unies, d'IFI, d'ONG, d'agences donatrices et du secteur privé. Plusieurs de ces groupes de travail, et pas seulement celui pour l'Objectif 5, ont reconnu que l'accès aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction (SSR) et la protection des droits de reproduction sont importants pour la réalisation des autres OMD, comprenant la pauvreté et la faim, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, l'éducation primaire, l'environnement durable et l'amélioration de la qualité de vie des habitants des bidonvilles.

Le document qui résulte du Sommet Mondial de 2005 soulève les questions de la santé de reproduction sous le titre du VIH/SIDA et renvoie au besoin d'offrir « l'accès universel à la santé en matière de reproduction d'ici 2015, » conformément à l'objectif de la CIPD. Concernant les débats sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, le document renvoie au besoin d'assurer un « accès égal à la santé de la reproduction. »

Les annexes 1 et 2 du programme *Financer le Développement* du projet du Millénaire comprennent une variété d'interventions pertinentes en matière de santé sexuelle et reproductive. Des exemples incluent l'accès universel aux services et à l'information sur la santé en matière de sexualité et de reproduction (planification familiale, maternité sécurisée ainsi que prévention, traitement et soins des MST dont le VIH/SIDA) ; l'éducation et les services appropriés à l'âge ; l'attention à l'implication des hommes ; la santé reproductive des adolescents ; l'éducation parentale ; l'assurance du choix de la contraception ;

l'amélioration des conseils ; la lutte contre la violence de genre ; le découragement des mariages précoces ; l'élimination de la mutilation génitale des femmes et autres pratiques traditionnelles nocives ; l'étendue de l'accès à l'avortement dans des conditions sûres (lorsqu'il est autorisé par la loi) et l'examen de cette législation pour protéger la santé des femmes.

Le groupe de travail sur la santé maternelle et infantile

Le Groupe de Travail sur la Santé Maternelle et Infantile a mis en relief la nécessité d'introduire des changements fondamentaux dans les systèmes, y compris les budgets. Il a élaboré neuf recommandations clés dont la seconde aborde le financement. Le Groupe de Travail a indiqué que des fonds supplémentaires importants étaient nécessaires. Il a ajouté que les pays devraient augmenter les dotations consacrées aux secteurs de la santé et que les frais de contributions des bénéficiaires aux services de soins primaires devraient être abolis. La quatrième recommandation clé s'occupe des droits en matière de sexualité et de reproduction et affirme clairement qu'ils sont « essentiels » pour réaliser les OMD. Le Groupe de travail recommande que les initiatives sur le VIH/SIDA soient intégrées dans les programmes SR, que les adolescents devraient faire l'objet d'une attention particulière et que dans tous les pays les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour ce qui concerne la gestion des complications résultant d'un avortement. La sixième recommandation, sur la mortalité maternelle, plaide pour que les efforts d'établissement d'un « système de soins de santé primaires » incluent la fourniture de soins obstétricaux d'urgence. La dernière recommandation stipule que l'accès universel aux services de SR devrait être ajouté comme cible à l'OMD 5.

L'accent mis sur « l'universalité » est en accord avec les efforts constants du groupe de travail sur l'équité et les besoins des pauvres. Le groupe de travail note que même si les personnes pauvres connaissent des niveaux de maladies plus graves que les riches, ils ont un accès bien plus restreint aux services de santé. Il ajoute que le fait qu'une intervention particulière soit pratiquée sur une maladie qui est plus répandue chez les personnes pauvres ne signifie pas nécessairement qu'elle leur profitera le plus. Il faut donc mettre en place des stratégies spécifiques pour garantir cela.

Les analystes du budget se plaignent souvent de la part importante des budgets dépensée pour les salaires. Ils ignorent le fait que sans les travailleurs payés par ces salaires, aucun service ne serait disponible. À l'opposé de ces analystes, le groupe de travail déclare que les salaires, les parcours de carrière et les conditions de travail des prestataires de santé devraient être « substantiellement » augmentés. Ils pensent que cela peut contribuer à attaquer le problème de la « fuite des cerveaux » des infirmières et des médecins depuis les pays pauvres vers les pays riches, un exode qui transfère des compétences développées avec les enveloppes budgétaires du tiers monde vers les pays industrialisés.

Le groupe de travail aborde également certains autres aspects de la SSR et, notamment, le mouvement vers la privatisation. Il note que « même les plus ardents réformateurs du secteur de la santé ... reconnaissent que les réformes de marché basées sur la marchandisation des soins de santé finiront par ne pas atteindre les pauvres, qui n'ont simplement pas assez d'espèces ou d'actifs pour acheter les soins dont ils ont besoin. »

Références : Projet Millénaire, Groupe de Travail sur la Santé Maternelle et Infantile, "Who's got the power? Transforming health systems for women and children," version synthétisée, New York, 2005.

Programme de Développement des Nations Unies, "Population, Reproductive Health and the Millennium Development Goals: Messages from the UN Millennium Project Reports," June 2005.
<http://www.unmillenniumproject.org>

Projet de résolution dénommé Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée Générale à sa cinquante neuvième session du Sommet Mondial de 2005. A/60/L.1. Septembre 2005 Document du Sommet Mondial*

ENCADRÉ 11: LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE

La recommandation du Groupe de Travail du Projet du Millénaire d'inclure des soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans les services de soins de santé primaires reflète la prise de conscience croissante de l'importance des SOU pour combattre les taux élevés de mortalité maternelle que l'on trouve dans plusieurs pays.

L'ICD (la Classification Internationale des Maladies, Blessures et Causes de Décès) définit un décès maternel comme « décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours suivant sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite. »

Sur les 529 000 décès maternels estimés chaque année dans le monde, 99% se produisent dans les pays en développement. Pour chaque femme qui meurt des suites de complications liées à la naissance, environ 30 de plus souffrent de blessures, d'infections et d'infirmités telles qu'une incontinence urinaire ou fécale, d'infertilité et de dommages neurologiques. Les causes directes des décès maternels sont des hémorragies, des sepsies, un travail avec obstruction, une pré-éclampsie, ou des troubles d'hypertension pendant la grossesse et des complications suite à un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Les complications obstétriques directes affectent environ 15% des femmes pendant leur grossesse, en couches et en période post-partum. Les complications obstétriques indirectes sont provoquées par des maladies aggravées par la grossesse telles que l'anémie, la malaria, la tuberculose et le VIH/SIDA.

Les complications qui conduisent au décès maternel sont en général imprévisibles et inévitables. Les complications sont capables d'affecter aussi bien une femme enceinte en bonne santé qu'une femme enceinte en moins bonne santé. En cas de complications, des soins obstétricaux d'urgence (SOU) sont nécessaires pour sauver dans la plupart des cas la vie de la femme.

À la fin des années 1980, les experts pensaient que la planification familiale était la méthode la plus efficace pour réduire les décès maternels. La planification familiale diminue le nombre de fois qu'une femme tombe enceinte et décroît ce risque en ce sens. Mais la planification familiale n'a pas d'incidence sur le degré de risque une fois que la femme est enceinte.

Les soins anténataux sont basés sur l'approche « risque » pour prévenir les décès maternels par l'identification des femmes enceintes qui risquent le plus de complications. En 1934, FN Reynolds a écrit que plus de 80% des décès maternels étaient la conséquence de complications pour lesquelles aucune analyse anténatale n'était possible : Sepsie periparturienne, hémorragie post-partum et choc.

En 1987, l'OMS, l'UNFPA et la Banque Mondiale ont lancé l'Initiative Maternité sans risques. L'Initiative comprend des soins anténataux, des kits de naissance, l'accessibilité des services de planification familiale, la distribution de pilules de fer, la formation du personnel de santé et des sages-femmes traditionnelles, l'organisation de comités, le lancement de campagnes d'information et d'éducation et l'autonomisation des femmes. Cependant, les taux de décès maternels n'ont pas baissé de façon significative au cours de la décennie suivante. L'accent mis sur les SOU aurait pu être plus efficace. Pour sauver la vie des femmes, les systèmes de référence sanitaire, dont les SOU, forment le pilier des soins de santé de qualité.

Référence : Adaptation à partir des informations fournies par Marilen Danguilan, UNFPA

COÛT DES OMD

De nombreuses tentatives ont essayé d'évaluer les coûts des OMD. Ces initiatives sont destinées à informer à la fois les gouvernements nationaux et la communauté internationale des donateurs en ce qui concerne les montants qu'ils devront allouer dans leurs budgets nationaux ou de soutien. L'exercice d'évaluation des coûts s'est opéré à la fois sur un plan international et au niveau du pays. Il a aussi été effectué dans un but précis.

Les estimations globales

Les estimations globales sur les coûts qu'engendrera la réalisation des OMD couvrent un large spectre. Par exemple, Reddy & Heuty (2004) notent que le Rapport du High Level Panel on Financing for Development (le « Rapport Zedillo ») estimait le coût (international) pour la réalisation des objectifs de 2015 à environ 50 milliards de dollars américains par an, tandis que la Banque Mondiale a évalué les coûts des donateurs entre 35 et 76 milliards de dollars américains par an. Un document de fond pour le Rapport du Développement Humain 2003 de l'UNDP estimait le coût de réalisation de l'Objectif 1 uniquement à 76 milliards de dollars américains.

Le MYFF de l'UNFPA enregistre une estimation faite par la Banque Mondiale que 20 à 25 milliards de dollars par an seraient nécessaires pour atteindre tous les OMD liés à la santé. Cependant, le flux des ressources financières internationales en 2001 concernant l'assistance liée à la population s'élevait seulement à 2,5 milliards de dollars, ce qui est largement inférieur aux objectifs convenus.

Les estimations nationales

Le fait que le document de résultat du Sommet Mondial 2005 établit clairement le besoin d'instaurer l'accès universel à la santé de reproduction d'ici 2015 offre une occasion capitale pour discuter avec les gouvernements de leur façon d'implémenter cette recommandation. Une évaluation des coûts basée sur des données solides pourrait permettre de montrer aux gouvernements ce que la réalisation de cet objectif entraînerait.

Le Projet du Millénaire a développé des outils d'estimation de coûts destinés à aider les pays à évaluer les dépenses en termes de réalisation des OMD pour 2015. Des feuilles de calcul distinctes et des documents d'accompagnement sont disponibles pour les différents secteurs et/ou objectifs.

Le modèle d'évaluation des coûts de la SR est destiné à aider les pays à estimer les dépenses en termes d'accès universel à un ensemble de base de services de santé de reproduction. Le programme comprend dix interventions relatives à la planification familiale, cinq pour les soins anténataux et l'accouchement, sept pour les complications obstétriques, trois pour les autres conditions maternelles, trois pour les nouveau-nés et cinq pour les MST. Pour chaque intervention, le modèle calcule le coût par cas moyen, le nombre de bénéficiaires potentiels pour une année spécifique et le coût total annuel. Il contient l'apport du personnel, des médicaments et des autres fournitures requises pour proposer ces services. Il n'inclut pas le coût des structures, de l'équipement et des autres frais généraux.

Pour utiliser le modèle de façon efficace, les pays doivent disposer de cinq catégories de données :

- Des données démographiques, par exemple le nombre de femmes en âge de reproduction et le nombre de naissances ;
- Des données épidémiologiques, par exemple sur l'incidence des complications de la grossesse et des MST ;
- Des taux de couverture actuels pour les différents services ;
- Des informations sur les médicaments et les fournitures requises ;
- Des données financières relatives au personnel, aux médicaments et aux autres fournitures.

Le modèle offre des données par défaut pour 200 pays et pour la majorité de ces postes.

Coût de l'égalité de genre

Un module d'évaluation des besoins est disponible pour l'égalité des sexes. L'intégration d'un « secteur » genre distinct représente vraisemblablement une réponse partielle à l'inclusion d'un objectif genre dans les OMD. Cependant, le module des dépenses de genre dépasse l'objectif genre des OMD pour inclure des interventions sexospécifiques couvertes dans l'évaluation des besoins des autres secteurs. Ceci est en accord avec les observations d'un grand nombre d'observateurs que le genre ne devrait pas être confiné à l'objectif 3. Le module propose également d'évaluer les besoins de genre afin de savoir ce qui est nécessaire pour rendre les politiques de genre (comme les plans nationaux) opérationnelles. Ce dernier point permet aux auteurs du module de couvrir des éléments qui ne sont pas (totalement) couverts dans les évaluations des besoins pour les autres secteurs. Ce qui dépasse potentiellement les OMD. C'est ce qu'il nous faut si nous voulons intégrer le genre et les politiques de genre du pays dans les DSRP.

L'évaluation séparée des coûts des interventions de genre est destinée à souligner et à encourager ces interventions. Ce qui pourrait cependant potentiellement avoir l'effet inverse. Si les interventions de genre sont classées dans la catégorie « distincte », elles pourraient perdre des ressources lorsque celles-ci sont restreintes et que des choix s'imposent entre les différentes interventions. Le genre pourrait être perçu comme « un élément sympa » plutôt qu'une partie essentielle des politiques d'intégration. Une meilleure approche (qui soit en accord avec l'approche d'intégration) consisterait à vérifier que les interventions de genre font partie intégrante des interventions principales du secteur.

Références : Reddy. S. & Heuty, A., "Achieving the MDGs: A critique and a strategy," Mimeo, April 2004.

*Projet Millénaire des Nations Unies. Reproductive Health Costing Model
<http://www.unmillenniumproject.org/policy/needs03.htm>*

LE TRAVAIL BUDGÉTAIRE ET LES DSRP

En 1999, la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI) ont introduit l'idée des documents de stratégie de la réduction de la pauvreté (DSRP) comme l'une des conditions pré requises des pays pauvres pour accéder à l'allègement de la dette et aux prêts à conditions libérales des Pays pauvres hautement endettés (PPHE). L'idée des DSRP s'est plus tard étendue aux autres pays qui ne faisaient pas partie des PPHE. Au début 2005, les pays du PPHE qui possédaient des PRSP se composaient du Bénin, de la Bolivie, du Burkina Faso, du Cameroun, du Tchad, de l'Éthiopie, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, de la Guyane, du Honduras, du Laos, de Madagascar, du Malawi, du Mali, de la Mauritanie, du Mozambique, du Nicaragua, du Niger, du Rwanda, du Sénégal, de la Tanzanie, de l'Ouganda et de la Zambie. Les pays non PPHE qui possédaient des DSRP se composaient de l'Albanie, de l'Arménie, de l'Azerbaïdjan, de la Bosnie Herzégovine, du Cambodge, de Djibouti, de la Géorgie, du Kenya, du Kirghizstan, de la Moldavie, de la Mongolie, du Népal, du Pakistan, de la Serbie et Monténégro, du Sri Lanka, du Tadjikistan, du Vietnam et du Yémen. L'Angola, le Bangladesh, le Bhoutan, le Cap Vert, la Dominique, le Lesotho et la Macédoine étaient en cours de développement des DSRP.

Un DSRP présente le plan global de réduction de la pauvreté du gouvernement et devrait couvrir tous les secteurs du gouvernement, de l'économie et de la société. Un DSRP couvre une période de trois ans au terme de laquelle il fait l'objet d'une révision. Le développement de la stratégie initiale et toutes les révisions ont pour objectif d'impliquer une participation maximale à la fois de la société civile et des citoyens ordinaires.

Les institutions financières internationales et les donateurs bilatéraux décrivent le DSRP comme des stratégies « détenues par le pays » en raison de cette exigence de participation. Les critiques répondent que la participation et la propriété ne sont souvent pas réelles. Même les parlementaires n'ont pas vraiment leur mot à dire dans le DSRP car ils savent que s'ils insistent sur des changements significatifs du document, cela pourrait compromettre l'aide extérieure. La participation réelle au processus de prise de décision au-delà d'un petit groupe de personnes est restreinte par le fait que les Clauses de l'Accord de la Banque Mondiale et du FMI stipulent qu'ils devront seulement traiter directement avec les Ministères des Finances et les Banques Centrales.

Les détracteurs des DSRP notent également que les prescriptions politiques des DSRP sont remarquablement similaires d'un pays à un autre, en dépit des différences des conditions historiques, politiques, économiques et sociales. En 2005, le World Development Movement (WDM) a examiné la portée de neuf prescriptions politiques standards qui apparaissaient dans 42 DSRP accessibles au public. Aucune de ces prescriptions n'était directement liée au secteur de la santé bien que certaines, comme la privatisation (des services d'approvisionnement d'eau et d'autres domaines) et la libéralisation des échanges, auraient pu avoir des effets sur les services de santé. Le WDM a indiqué que 30 sur les 42 DSRP évoquaient l'extension de la libéralisation des échanges, 38 renvoyaient à la privatisation, 26 renvoyaient à la dérégulation de l'investissement et 40 à la rareté fiscale. Ce dernier point affecte directement les budgets en ce sens que les ressources d'argent consacrées aux dépenses pour le secteur social pourraient être moins disponibles. Le WDM a fait remarquer que les chiffres ci-dessous étaient sous-estimés car lorsque le DSRP ne contenait pas une politique, cela s'expliquait par le fait que le pays l'avait déjà introduite. Il existe très peu d'exemples de pays qui ont introduit des politiques « non orthodoxes » dans les neuf domaines étudiés.

Les analystes et les activistes de genre ont également critiqué les DSRP car ils n'intégraient pas les questions de genre. La division genre de la Banque Mondiale a produit un recueil de textes originaux détaillé qui décrit comment s'assurer que les DSRP sont sensibles au genre. Plusieurs DSRP décrivent quelques problèmes de genre tels que le faible niveau d'éducation des femmes ou la mortalité maternelle élevée. La plupart d'entre eux n'étudient pas systématiquement les différences de genre à travers tous les secteurs dans les solutions proposées. Il existe quand même des exceptions. Le DSRP du Rwanda, par exemple, est globalement perçu comme un succès en termes d'intégration de genre, ce qui est en grande partie dû à l'effort concerté des femmes dans le pays. Une partie de ce travail consiste à collecter et à incorporer des données désagrégées selon le sexe qui sont utilisées dans le rapport. Le travail de fond qui a décrit la situation des femmes, des hommes, des filles et des garçons dans les différents secteurs a été ultérieurement intégré dans l'Initiative Budgétaire de Genre du Rwanda.

Malgré leur faiblesse, les DSRP devraient servir de support pour le travail de la BSG dans tous les pays qui disposent d'une telle stratégie. Les DSRP étant destinés à fournir un cadre global de l'action du gouvernement (et des acteurs non gouvernementaux) doivent également être le moteur de direction derrière la forme du budget. Pour la BSG, cela signifie que si le genre n'est pas correctement intégré dans le DSRP, le budget sensible au genre sera difficile à réaliser. Et cela signifie que si le genre n'est pas intégré dans le système de contrôle et d'évaluation pour le DSRP, il ne fera probablement pas partie de l'évaluation de la mise en œuvre du budget.

Références : World Development Movement, "Denying Democracy: How the IMF and World Bank take power from people," London, 2005.

Whitehead, A., "Failing women, sustaining poverty: Gender in Poverty Reduction Strategy Papers," Report for the UK Gender and Development Network, 2003.

ENCADRÉ 12: LA SOCIÉTÉ CIVILE TRAQUE LA POLITIQUE EN MATIÈRE D'ÉDUCATION ET L'EXÉCUTION DU BUDGET AU MALAWI

La Coalition de la Société Civile pour la Qualité de l'Éducation de Base (CSCQBE) du Malawi a été établie en 2000. En 2005, elle se composait de 58 membres, dont des ONG, des organisations communautaires, des syndicats d'enseignants, des organisations religieuses et de 10 Réseaux de District. Dès le départ, le contrôle des politiques, plans et stratégies du gouvernement en matière d'éducation, ainsi que leurs mises en œuvre, sont devenus l'une des activités principales de la CSCQBE.

Chaque année, la CSCQBE conduit un exercice de suivi mis en place par ses organisations membres. Cet exercice vise à savoir si les ressources allouées à l'éducation de base sont suffisantes pour atteindre un changement mesurable en matière d'accès équitable, de qualité et de pertinence de l'éducation de base en tant que droit de tous les enfants. L'exercice sert également à responsabiliser le gouvernement et voir si la mise en œuvre est en accord avec la politique et si les ressources parviennent aux bénéficiaires désignés conformément au DSRP du pays.

Le rapport de 2004 couvre 322 écoles primaires répandues à travers six divisions éducatives du Malawi. Le questionnaire est principalement axé sur le suivi des « dépenses prioritaires de la pauvreté » du DSRP, à savoir les support d'enseignement et d'apprentissage, les besoins spécifiques, la formation et le recrutement des enseignants, la supervision et l'inspection des écoles et la réhabilitation et la construction d'écoles. Le suivi compare ce que la Coalition a découvert au niveau de l'école avec ce qui est prévu dans le budget. Ce suivi contient des questions de genre, par exemple l'inscription et l'abandon des études garçon/fille, la fourniture de matériels (comme les bureaux) perçue comme extrêmement importante pour retenir les filles, et des modèles de genre parmi les enseignants dans les écoles rurales et urbaines.

Référence : *Nsapato, L. (ed), "Are Public Funds making a Difference for Pupils and Teachers in Primary Schools. Report on Civil Society Basic Education Budget Monitoring For Financial Year 2003/4," Lilongwe, 2004.*

ENCADRÉ 13: LE MONITORING DU FONDS POUR LA PAUVRETÉ EN OUGANDA

Le Réseau sur la Dette de l'Ouganda (UDN) fut d'abord créé pour militer pour l'allègement de la dette de l'Ouganda à l'initiative du HIPC. En 1997-1998, après que l'Ouganda ait rejoint le HIPC, le gouvernement a créé le Fonds de Lutte contre la Pauvreté (PAF) comme moyen d'assurer que les ressources dégagées par l'allègement de la dette seraient dépensées dans les secteurs prioritaires pour la réduction de la pauvreté. En 2001-2002, le PAF représentait 35% du budget national. Les soins de santé primaires et le contrôle du VIH/SIDA sont compris dans les programmes financés par le PAF.

Les fonds du PAF sont alloués aux districts sous forme de prêts conditionnels et sont destinés à être dépensés selon les directives émises par les Ministères centraux. En 2000, l'UDN a commencé à établir des structures de base, appelées Comités de Contrôle du Fonds de lutte contre la pauvreté (PAFMC) de façon à garantir que ces fonds étaient bien perçus par les districts et utilisés correctement. Les comités sont composés de bénévoles des groupes de la société civile. En 2005, l'UDN soutenait les PAFMC dans sept districts du pays.

L'UDN propose des formations aux membres des comités. Les responsables des districts sont invités à des ateliers et des réunions de façon à échanger des informations. À la différence du contrôle au Malawi, le contrôle en Ouganda utilise principalement des méthodes qualitatives. Lorsque les comités découvrent des problèmes au niveau de la mise en œuvre du PAF, l'UDN les transmet aux autorités compétentes telles que le Commissaire aux Comptes Général, le Ministère de l'Éthique et de l'Intégrité, le Comité Parlementaire sur les Comptes Publics ou les responsables locaux. Les problèmes signalés au cours de la première année incluaient différentes formes de détournements de fonds et de corruption, de surplus de frais, de travaux de qualité inférieure des entrepreneurs sur des projets d'infrastructure.

Référence : *Uganda Debt Network, Monitoring of the Poverty Action Fund Annual Report May 2001–April 2002, Kampala.*

LE TRAVAIL BUDGÉTAIRE CONCENTRÉ SUR DES PROBLÈMES PARTICULIERS

La meilleure façon d'expliquer comment l'approche de la budgétisation sensible au genre peut être utilisée afin de renforcer le plaidoyer de problèmes spécifiques est de fournir des illustrations d'études de cas. Par conséquent cette partie inclut des exemples de travail budgétaire transnational sur la mortalité maternelle, et de travail budgétaire en cours dans un seul pays, l'Afrique du Sud, concernant la BSG.

ENCADRÉ 14: L'ARGENT POUR RÉDUIRE LA MORTALITÉ MATERNELLE

En novembre 2004 le Projet Budgétaire International, le Centre mexicain Fundar pour l'analyse et la recherche et le Conseil de la Population ont organisé conjointement un dialogue de trois jours entre experts et militants dans les domaines de la santé maternelle et de l'analyse budgétaire appliquée.

Les études de cas du Mexique, de la République d'Équateur, de l'Inde et de l'Ouganda ont illustré trois principaux défis à la réduction de la mortalité maternelle :

- les ressources humaines et les infrastructures nécessaires aux soins qualifiés ;
- l'équité à l'accès aux services ; et
- la provision d'un service efficace en vigueur.

Les participants ont jugé utile la discussion à travers les pays lorsque la méthodologie était suffisamment flexible. Mais ils ont souligné que les enquêteurs et les partisans devaient éviter de généraliser et de faire des comparaisons lors de grands écarts de situations entre pays.

Le travail de Fundar et d'autres organisations au Mexique est particulièrement intéressant pour deux motifs. Premièrement, Fundar a régulièrement essayé de faire son analyse budgétaire en collaboration avec d'autres organisations telles que l'organisation des femmes d'Equidad de Genero. Ceci renforce la possibilité pour les constatations d'avoir un large soutien derrière elles. Deuxièmement, la recherche effectuée par Fundar a débouché sur une réussite très concrète. En 2002, le montant alloué à Arranque Parejo en la Vida, un nouveau programme centré sur la santé maternelle qui implique un partenariat public-privé, a augmenté de presque 900%.

Référence : Keith-Brown, K., "Investing for Life: Making the link between public spending and the reduction of maternal mortality," 2004.

www.internationalbudget.org/Investingforlife.pdf

ENCADRÉ 15: QUEL EST LE COÛT POUR LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE CONJUGALE ?

L'examen par les ONG des dotations de budget contre la violence basée sur le genre a débuté au courant de la deuxième année de l'Initiative Budgétaire des Femmes d'Afrique du Sud (Women Budget Initiative, WBI), avec un chapitre dédié à la manière dont les budgets des Départements de Sécurité (Police) et de Justice adressent ce problème.

En 1999, l'Afrique du Sud a passé une amélioration de la loi contre la violence conjugale. En juin 1998, le Programme pour la Défense du Genre (Gender Advocacy Program, GAP) a organisé une séance d'informations pour les ONG sur le WBI et la façon dont les budgets gouvernementaux sont alloués. Au cours d'une deuxième séance, le GAP et ses partenaires ont décidé que des enquêtes étaient nécessaires pour voir combien d'argent le gouvernement allouait à l'application de la nouvelle loi.

L'enquête a trouvé qu'une nouvelle somme d'argent était allouée à la formation d'officiers de police et d'officiers judiciaires sur passage de la nouvelle loi. Le gouvernement allouait également de l'argent pour la production d'affiches et de dépliants et pour d'autres formes de publicité et d'éducation. Une grande partie de cet argent provenait de donateurs.

Trois ans plus tard, le Centre ONG pour l'Étude de la Violence et de la Réconciliation (Centre for the Study of Violence and Reconciliation, CSVr) a effectué une recherche dans laquelle ils demandaient aux officiels de la police combien d'argent ils attribuaient à l'application du travail lié à la violence basée sur le genre. À nouveau, les dotations étaient dédiées aux formations et à l'éducation. Mais il y'avait aussi des dotations générales, par exemple pour des infrastructures qui, selon la police, aideraient à appliquer la loi.

En 2005, le CSVr a décidé de savoir combien d'argent devrait être alloué pour appliquer la loi sur la violence conjugale. Pour cela, ils ont demandé à tous les différents responsables gouvernementaux impliqués dans l'application de cette loi combien de temps ils passaient sur un cas typique. Le temps était alors multiplié par le salaire correspondant, et le montant total pour un seul cas multiplié par le nombre de cas estimés dans le pays.

Référence : Vetten, L., *"Show Me the Money": A Review of Budgets Allocated towards the Implementation of South Africa's Domestic Violence Act,* *Politikon* 32(2), November 2005: 277-295.

LE TRAVAIL BUDGÉTAIRE, LA BONNE GOUVERNANCE ET LA PARTICIPATION

Certaines initiatives de la BSG se concentrent uniquement sur le contenu des budgets. D'autres incluent un accent sur le processus de budgétisation. Certaines de ces initiatives vérifient quelles sont les opportunités pour les membres législatifs, ainsi que pour les représentants élus de sociétés civiles, d'influencer le budget. Là où de telles opportunités existent, les initiatives de la BSG peuvent essayer d'assister les représentants (et les représentantes en particulier) à s'engager de façon significative en les aidant à comprendre les budgets et le processus budgétaire. Ainsi, le Forum pour les Femmes dans la Démocratie (Forum for Women in Democracy, FOWODE) en Ouganda a d'abord aidé les femmes à se présenter aux élections gouvernementales locales. Une fois élues, FOWODE a fourni une formation aux femmes conseillères en BSG afin qu'elles puissent représenter efficacement les intérêts des femmes dans leur nouveau rôle.

Certaines initiatives de la BSG examinent aussi les opportunités permettant aux organisations de société civile de commencer à utiliser des méthodes budgétaires. L'Ouganda est à nouveau un exemple de bon fonctionnement à ce sujet. Le gouvernement ougandais a établi des groupes de travail de secteur qui sont impliqués dès le début dans le cycle de planification et de budgétisation. Ces groupes de travail de secteur comportent des représentants d'organisations de société civile ayant de l'expérience dans le secteur. FOWODE est l'une des organisations de société civile qui fait partie d'un groupe de travail de secteur.

Il est plus courant cependant, pour le gouvernement, de fournir des opportunités de participation pour la société civile au niveau local plutôt qu'au niveau national. Pour la plupart, ces initiatives mettent l'accent sur le côté investissement du budget plutôt que sur le budget récurrent qui couvre des points tels que les salaires. L'Amérique Latine a été la tête de file pour la participation au niveau des gouvernements locaux. Certaines méthodes ne font pas d'efforts particuliers pour s'assurer que toutes les voix, surtout celles des femmes, soient entendues. Toutefois, il y a des exemples où des efforts particuliers ont été faits suite à des plaidoyers.

Un système qui permet à la société civile de participer à la planification du budget de façon claire offre de bonnes chances d'avoir un impact réel sur les dotations. L'étape de planification n'est pas, cependant, la seule étape pendant laquelle une participation peut et devrait s'effectuer. Lorsque la société civile a participé à l'étape de planification, cela doit être suivi par une vérification de sa mise en œuvre pour s'assurer que les ressources sont distribuées et utilisées comme prévu. Lorsque la société civile n'a pas encore gagné le droit de participer à l'étape de planification, elle peut tout de même jouer un rôle en influençant la façon dont l'argent distribué est utilisé. En vérifiant la mise en œuvre, la société civile récolte aussi des informations utiles qu'elle peut utiliser pour plaider en faveur de futures dotations.

Les initiatives de la BSG mettant l'accent sur la participation peuvent se baser sur des préoccupations générales. Ces initiatives peuvent aussi se baser sur l'article 7 du CEDAW. Cet article affirme de plus que les Etats Parties se doivent d'assurer le droit des femmes de « participer à la formulation de la politique gouvernementale et à sa mise en œuvre.

ENCADRÉ 16: LE GENRE ET LE BUDGET DE PARTICIPATION À RECIFE

En 1995, le gouvernement municipal de Recife, au Brésil, a introduit un système de consultation populaire sur le budget. Cependant, à son commencement, la participation à la méthode budgétaire était limitée aux membres d'organisations particulières et a largement échoué à répondre aux problèmes d'inégalité des genres.

En 2001, un gouvernement municipal nouvellement élu a mis en place Coordenadoria da Mulher (Groupe de Coordination des Femmes) pour coordonner les politiques de l'état liées au genre. Ce groupe travaille de paire avec un organisme de société civile, le Conseil Municipal des Femmes. Le nouveau gouvernement a également développé des moyens d'augmenter la participation au processus de budgétisation.

Le nouveau budget de participation a deux stratégies principales. Premièrement, des réunions de quartier sont organisées dans différents voisinages de la ville pour discuter des problèmes et des besoins budgétaires. Chaque région de la ville forme un forum régional des représentants des réunions de quartier. Deuxièmement, des forums thématiques ont été mis en place pour répondre à des problèmes tels que l'éducation et la santé. Deux représentants de chaque forum (régional et thématique) prennent part au Conseil Général du Budget Participatif.

En même temps, Coordenadoria da Mulher a introduit trois activités visant à augmenter la participation des femmes au processus de budgétisation avec participation :

1. Des espaces mobiles de récréation pour les enfants ont été installés là où les réunions budgétaires sont tenues afin de faciliter la participation des femmes qui ont des responsabilités parentales.
2. Des feuillets de propagande soulignant l'importance de la participation des femmes ont été distribués aux réunions de quartier pour promouvoir une plus grande représentation des femmes dans les forums régionaux et thématiques
3. Des réunions tenues spécialement pour les femmes ont été organisées avec des officiels du gouvernement, des membres du mouvement des femmes et des partisans s'occupant de problèmes raciaux, afin de trouver des moyens de réussir une mobilisation plus générale autour de la participation des femmes au budget. Les activités comprenaient la composition de musique pour des chaînes de radio communautaires. En 2002, la Réunion des Femmes est devenue l'un des forums thématiques du budget à participation. Ceci lui a donné de la voix dans la structure officielle du processus de budgétisation et lui a permis d'élire des membres au Conseil Général du budget participatif.

Référence : www.bridge.ids.ac.uk/dgb12.html#3

LES BUDGETS PARTICIPATIFS ET LE GENRE

L'UNIFEM (Fond de Développement des Nations Unies pour la Femme) a imaginé des propositions pour incorporer une perspective de genre dans les processus de budget participatifs sur le plan local. Les propositions se basent sur le travail fait par l'UNIFEM dans la région des Andes avec l'UNDP et le Conseil Présidentiel pour l'Égalité des Femmes de Colombie.

Le document de l'UNIFEM commence par remarquer que l'implication du public dans la budgétisation constitue un changement radical dans les rapports entre les communautés et le gouvernement et que par conséquent il faut mettre en place des mécanismes qui soutiennent la participation active. En particulier, il faudrait soutenir des groupes comme celui des femmes marginalisées, sensibiliser les communautés sur les sujets liés à la politique publique comme la redistribution et l'égalité qui vont au-delà des besoins individuels. Les communautés ont besoin de connaissances et d'outils qui leur permettent de discuter et de travailler sur les budgets. Elles ont aussi besoin d'acquérir un certain savoir-faire par en matière de négociation.

Le document met en avant plusieurs raisons pour lesquelles les femmes ne participeraient pas de façon adéquate aux processus participatifs à moins que de grands efforts soient fournis.

- Le gouvernement présume souvent que quand il permet à la « communauté » de participer, tous les membres de cette communauté seront automatiquement représentés. Le gouvernement ne reconnaît pas que des relations de pouvoir inégales entre hommes et femmes et le rôle traditionnel des hommes en tant que dirigeants dans les organisations locales, signifieront que les voix des femmes ne seront pas beaucoup entendues.
- Les femmes sont moins habituées que les hommes à opérer sur la scène publique.
- Les femmes portent toujours la charge des tâches ménagères et n'ont donc pas autant de temps pour participer. C'est particulièrement difficile pour elles si les réunions se tiennent à des horaires tels qu'en début de soirée où beaucoup de femmes subviennent aux besoins de leurs enfants.
- Lorsque les femmes participent, elles passent souvent leurs besoins au second plan et ceux de leurs enfants, familles ou de la communauté en premier.

Les recommandations proposées pour assurer une perspective du point de vue du genre sur le processus participatif inclut des mécanismes pour augmenter la participation des femmes, promouvoir la hiérarchisation des projets réceptifs au genre et assurer l'utilisation d'une approche sensible au genre durant la mise en œuvre et le contrôle. Le document suggère que ces différents mécanismes soient institutionnalisés, par exemple, en les incluant dans les réglementations. Il recommande aussi l'existence de séances de sensibilisation pour les responsables du gouvernement afin qu'ils comprennent pourquoi la réceptivité au genre est nécessaire.

Les mécanismes suggérés pour augmenter la participation des femmes incluent :

- créer une liste des organisations de femmes et s'assurer qu'elles soient invitées à toutes les réunions ;
- fournir des facilités de garde d'enfants aux réunions et tenir les réunions à des heures qui conviennent aux femmes ayant des enfants en bas âge ;
- tenir des réunions séparées avec les femmes avant le processus principal pour leur permettre de définir leur propre agenda et d'acquérir des compétences budgétaires et de négociation ;
- S'assurer que les documents budgétaires utilisent un langage non-sexiste ; et
- Avoir des lois qui assurent une représentation égale des hommes et des femmes

En termes de hiérarchisation, les suggestions de l'UNIFEM incluent :

- Enregistrer le nombre de femmes et d'hommes qui appuient chaque proposition et donner la priorité aux projets jouissant d'un fort soutien féminin ; et
- Donner la priorité aux projets qui contribuent d'une certaine manière à la diminution des inégalités de genre ou autre, ou qui réduisent le travail de soins non rémunéré.

Pour assister la mise en œuvre, l'UNIFEM suggère le développement d'un guide explicatif qui requerrait explicitement des informations telles que le nombre de femmes et d'hommes bénéficiaires, l'impact probable sur les femmes et les hommes, et la contribution du projet à l'allègement du poids que constitue le travail non rémunéré. Pour le contrôle de l'exécution, l'UNIFEM suggère une variété d'indicateurs.

Référence : Cremades, R.C., "Propuestas y recomendaciones para incluir la perspectiva de genero en los procesos de presupuestos participativos," UNIFEM, February 2004.

ENCADRÉ 17: LE GENRE ET LE BUDGET DE PARTICIPATION À EL SALVADOR

À Villa El Salvador, au Pérou, la partie du budget utilisée pour mettre en œuvre le plan de développement a été préparée de façon participative depuis 2000. Les principaux acteurs du processus sont la municipalité, les comités d'administration territoriale et les commissions thématiques.

Le processus débute lorsque la municipalité détermine la distribution des fonds parmi les territoires. Ce qu'elle fait en se basant sur un critère de besoins de base insatisfaits, la taille de la population et le chiffre des impôts que paient les résidents. Ensuite, tous les citoyens de plus de 16 ans et toutes les organisations privées et publiques de la communauté sont invitées à participer à la création et l'approbation du budget, et plus tard à l'administration et l'évaluation de la mise en œuvre.

Les rôles de la municipalité incluent la coordination du processus de discussion, l'approbation et la mise en œuvre du budget participatif. Les comités d'administration territoriale déterminent, dans chaque territoire, les investissements de toute priorité qui doivent être faits avec le montant alloué au territoire. Ils doivent superviser les projets qui sont mis en œuvre et se tenir responsables des frais de maintenance.

Les commissions thématiques agissent en tant qu'organismes consultatifs pour des problèmes spécifiques. À présent, Villa El Salvador a six commissions thématiques : le commerce, la communauté saine, le genre, la jeunesse, l'éducation, et les petites et moyennes entreprises. La commission du genre se compose de la Fédération de Base des Femmes et d'un nombre d'ONG. Elle est sensée conseiller toutes les autres commissions sur comment incorporer une approche sensible au genre.

Ainsi, le budget participatif d'El Salvador fait déjà de la provision pour l'égalité des genres. Toutefois, les défenseurs du genre veulent aussi voir d'autres provisions. Ils voudraient avoir un quota minimum sur la participation des femmes au niveau de la direction administrative de chaque territoire, de la prise de décisions et de la mise en œuvre des projets. Ils ont aussi proposé qu'un indicateur de changement du fossé entre genres soit inclut dans le critère de sélection et d'approbation des projets.

Référence : Andía-Pérez, B., Beltrán-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutiérrez, M., Palán-Tamayo, Z & Zabalaga-Estrada, C., "Gender-Sensitive Budgets in Latin America: Accountability for Equity and Transparency. Fonds de développement des Nations Unies pour les femmes

www.idrc.ca/uploads/user-S/11281061151Gender-Sensitive_Budgets_in_Latin_America-_Accountability_for_Equity_and_Transparency.pdf

À QUOI RESSEMBLENT LES BUDGETS ?

Cette section introduit les différentes façons dont les budgets peuvent être présentés et formulés dans différents pays. Elle est sensée, premièrement, aider à démystifier la technicité des formats et de la présentation des budgets afin de les rendre moins intimidantes. Deuxièmement, elle décrit le problème lié aux différentes approches utilisées dans la création des budgets. En particulier, elle traite de la budgétisation basée sur la performance, ou l'activité, et des cadres de dépenses à moyen terme. Au cours des dernières années, ces deux approches ont été introduites de façon croissante dans les pays en développement, souvent en tandem. La section inclut une discussion des défis et des opportunités de la BSG que fournissent les différents formats et approches.

LA PRÉSENTATION DU BUDGET

Les différentes façons de présenter le budget

Puisque les documents comptables budgétaires contiennent beaucoup d'informations, les informations doivent être classées selon une méthode ou une autre. Les façons les plus communes de classer les dépenses dans un budget sont :

- Economique
- Administratif
- Fonctionnel
- Programmatique.

Souvent les gouvernements présentent le budget de plus d'une façon.

Classement économique

Les principales catégories de dépenses dans ce classement sont généralement les dépenses courantes et celles en immobilisations. Les dépenses courantes sont les dépenses en services et en biens qui sont à même de durer moins d'un an et qui sont nécessaires pour mener à bien les opérations gouvernementales. Elles incluent les salaires des employés du gouvernement, les subventions aux entreprises, aux ménages et aux particuliers, et la dépense de fonctionnement et d'entretien. Les dépenses en immobilisations sont celles de biens et de services qui serviront pour plus d'un an. Elles incluent les dépenses en assistance technique et en formation, ainsi qu'en terrain, bâtiments, infrastructure et fournitures telles que des livres.

Classement administratif

Ici les dépenses sont classées sous le nom de l'agence responsable de la dépense. Par exemple, les budgets nationaux seront classés selon les différents Ministères ou Départements. Habituellement, ce classement est utilisé en combinaison avec un autre classement.

Classement fonctionnel

Ce classement regroupe la dépense selon la fonction ou l'utilité pour laquelle elle a été faite. Il utilise les catégories de fonction courantes. Il y a habituellement une similarité entre les classements administratif et fonctionnels mais ils ne sont pas exactement les mêmes. Par exemple, il se peut que le Ministère de la Défense dépense de l'argent en services médicaux pour son personnel. Cette dépense sera classée sous la rubrique Santé dans le classement fonctionnel mais sous la rubrique Ministère de la Défense dans le classement administratif.

Classement programmatique

Un programme est un ensemble d'activités que le gouvernement entreprend pour atteindre un but. Souvent ce classement est utilisé ensemble avec le classement administratif, en ce que le budget de chaque agence est divisé en plusieurs programmes, chacun avec son propre budget. Quelquefois les programmes sont à nouveau sub-divisés en programmes auxiliaires ou en projets, ayant encore une fois leur budget propre.

ENCADRÉ 18: MODIFIER LES BUDGETS EN MATIÈRE DE SANTÉ DE REPRODUCTION AU PARAGUAY

Dans les deux classements, fonctionnel et programmatique, on s'aperçoit quelquefois que les catégories ne sont pas désagrégées de telle façon à permettre l'identification des montants alloués pour les domaines qui vous intéressent. En particulier, le domaine d'intérêt est quelquefois regroupé avec d'autres services.

La Commission du Sénat paraguayen sur l'Égalité, le Genre et le Développement social a rencontré ce problème lorsqu'elle a tenté de savoir combien d'argent était alloué à la santé sexuelle et de reproduction par le Ministère de la Santé Publique et de l'Aide Sociale. En soulevant ce problème, ils ont réussi à persuader le Ministère d'introduire une ligne de poste séparée pour les dotations concernant l'achat de contraceptifs. La Commission a constaté que les donateurs couvraient 100% du montant dépensé en contraceptifs.

La Municipalité d'Asuncion a été inspirée par ce qui a été accompli au niveau national et a demandé l'aide de l'UNFPA pour le travail de BSG au niveau municipal. Cette initiative a eu pour résultat la chute des frais d'usage des polycliniques municipales pour les soins prénataux et postnataux des adolescentes enceintes de moins de 20 ans. La municipalité a aussi augmenté de 300% le montant alloué pour les coûts des méthodes de planning familial.

Référence : www.presupuestoygenero.net/s28/paginas/iniciativas.htm

Combien de budgets ?

Dans beaucoup de pays en voie de développement, le budget est divisé en deux parties. Le budget récurrent, d'exploitation ou « des recettes » couvre principalement les dépenses d'exploitation. En effet, une très grande partie de ces budgets est faite de salaires et de subventions des fonctionnaires, mais elle devrait aussi subvenir aux dépenses d'exploitation (comme les médicaments et autres fournitures) et de maintenance des immobilisations. Le budget de développement ou d'investissement est sensé couvrir des dépenses à long terme, tels que les investissements d'immobilisations. En pratique, le budget de développement est souvent utilisé pour refléter principalement la partie donateur du budget, par exemple la partie financée par les subventions et les prêts des donateurs ainsi que n'importe quelle subvention complémentaire. Lorsque ceci se produit, le budget de développement inclut souvent des subventions pour les dépenses d'exploitation des différents projets de dons.

Des analystes de la BSG se sont concentrés sur le budget de développement en se basant sur le fait qu'il y a très peu de champ de manœuvre à l'intérieur du budget d'exploitation parce que les salaires le dominent. Par contraste, au Rwanda les fonctionnaires ont débattu sur l'idée qu'ils voulaient que l'initiative de la BSG se concentre en premier lieu sur le budget d'exploitation, vu que le gouvernement avait si peu de contrôle sur le budget de développement.

Le problème de ce type de séparation des budgets d'immobilisations et d'exploitation est que la planification ne répond pas aisément aux implications qu'un type de subvention engendre pour l'autre. Par exemple, il y a peu d'intérêt à budgétiser la construction d'une nouvelle clinique par le biais du budget de développement si le budget d'exploitation ne subvient pas aux dépenses d'exploitation de cette clinique. Autre problème, les budgets d'immobilisations et d'exploitation utilisent souvent des formats très différents, ce qui les rend plus difficiles à planifier et à analyser de manière sensée. À cause de cela et d'autres problèmes, au fil du temps la plupart des gouvernements passeront probablement à une seule budgétisation consolidée montrant à la fois les dépenses d'immobilisations et celles d'exploitation.

L'approche du budget de développement part du principe que tout financement provenant des donateurs devrait provenir du budget gouvernemental. En pratique, ce n'est généralement pas le cas. Pour une raison ou une autre, il se peut que les donateurs et les acteurs gouvernementaux évitent l'argent provenant de réseaux officiels.

LA FORMULATION DU BUDGET

Le budget classique

Traditionnellement, la création d'un budget était principalement un exercice incrémental. Chaque année, les officiels responsables prenaient les budgets de l'année précédente et ajustaient la plupart des subventions en utilisant un pourcentage similaire, par exemple un pourcentage égal au taux d'inflation. Une budgétisation incrémentale de ce type a tendance à promouvoir le statu quo. Elle traite la budgétisation comme s'il s'agissait d'un simple exercice de tenue des comptes.

Les nouvelles formes de budgétisation prennent au sérieux le fait que les budgets devraient être le reflet d'une politique, plutôt que d'une simple tenue des comptes. De plus, les nouvelles formes de budget reconnaissent que les politiques ne devraient pas être statiques mais devraient plutôt changer en même temps que la situation évolue, ou que les priorités du gouvernement changent, ou que la réflexion sur le meilleur moyen de répondre aux problèmes change aussi.

Le budget de base zéro

La budgétisation de base zéro est probablement la forme de budgétisation la plus radicale. Cette approche demande que chaque année l'on reparte de zéro et que l'on réfléchisse à chacune des subventions avant de les ajouter, plutôt que de simplement copier ce qui s'est produit l'année précédente. Ceci est évidemment un idéal. D'abord, le gouvernement ne peut pas arrêter soudainement le financement des programmes en cours tels que l'éducation, l'approvisionnement en électricité et ainsi de suite. Ensuite, le gouvernement n'a pas assez de temps et d'énergie pour reconsidérer annuellement chacune des dépenses.

Néanmoins, l'idée derrière la budgétisation de base zéro, c'est-à-dire que l'on ne devrait pas suivre le cours normal des choses chaque année, est une bonne idée. Le budget fonctionnel (comme détaillé ci-dessous) reflète cette idée du fait qu'elle nécessite que les budgets soient accompagnés d'un texte qui décrit l'évolution de la situation et les altérations des plans d'action et du fait qu'elle utilise ces données pour expliquer les décalages dans les budgets.

Le budget fonctionnel

Le programme de budgétisation fonctionnelle (quelquefois appelée budgétisation basée sur le rendement) est en train d'être introduit dans beaucoup de pays, souvent en même temps que les cadres de dépenses à moyen terme (medium-term expenditure frameworks). Ce style de budgétisation essaye d'adresser la plupart des points faibles de la budgétisation traditionnelle.

Lors d'une initiative BSG interne au gouvernement, le programme de budgétisation fonctionnelle peut fournir un **bon format pour produire des Rapports Genre** qui sont l'un des outils de Diane Elson. Apprendre à comprendre le programme de budgétisation fonctionnelle peut aussi être utile aux personnes extérieures au gouvernement (a) afin qu'elles sachent comment interpréter les budgets du gouvernement et les plans d'action qui leur sont liés (b) car certaines des idées peuvent s'avérer utiles pour le travail de BSG hors gouvernement.

Quand nous demanderons aux gouvernements de commencer à utiliser la BSG, il se peut qu'ils répondent qu'ils ont déjà trop de travail à faire et que le travail de BSG soit une corvée supplémentaire insoutenable. Les arguments suggérant que la BSG n'est pas synonyme d'une quantité de travail supplémentaire pour les responsables du gouvernement sont donc primordiaux. Si un pays utilise un format de budget fonctionnel, il est généralement plus facile d'incorporer le genre au format déjà existant qu'à un format traditionnel. On peut aussi argumenter que l'ajout de **l'élément genre « ajoute de la valeur »** aux objectifs que le gouvernement essaye déjà d'atteindre par le biais du budget fonctionnel.

Tout comme le budget fonctionnel est utile pour l'un des outils d'Elson, il reflète aussi habituellement au moins quatre des cinq étapes de la BSG mises à jour ailleurs dans ce guide pratique. Quelquefois, les résultats ne sont pas inclus dans le format parce qu'ils ne sont pas aisément mesurés annuellement.

Dans le système de budget fonctionnel, les planificateurs et les responsables des budgets du gouvernement sont sensés démarrer avec l'objectif du plan d'action et, à partir de là, passer à la détermination des subventions budgétaires et à l'évaluation de leur **Économie, Efficience et Efficacité** (les trois « E » auxquels les spécialistes budgétaires se réfèrent souvent). L'économie examine le lien entre l'argent et les ressources ; combien les ressources coûtent. L'efficience examine le lien entre les ressources et les rendements globaux ; combien de ressources sont utilisées pour produire chaque rendement. L'efficacité examine le lien entre les rendements et les résultats ; à savoir si ce qui est produit apporte vraiment une différence.

La budgétisation traditionnelle ignore un important **Quatrième E— l'Équité**. Tandis que l'Économie, l'Efficience et l'Efficacité sont chacune considérées uniquement à l'une des étapes, l'Équité doit être considérée à chaque étape. Par exemple, en utilisant un exemple de l'éducation, les professeurs hommes et femmes sont-ils payés le même salaire (des fonds aux ressources), y a-t-il un nombre égal d'étudiants garçons et filles (des ressources aux rendements), et les garçons et les filles sont-ils équipés à parts égales à la sortie de l'enseignement pour gagner de bons revenus et réussir dans le monde du travail (des rendements aux résultats) ?

Ajouter le genre au budget fonctionnel n'est pas difficile. La page budgétaire qui suit a été réalisée par les officiels du Ministère de la Santé au Rwanda durant l'une des premières années de leur utilisation du budget fonctionnel. La page budgétaire utilise un format qui s'est développé sur le format de norme du budget fonctionnel en utilisation au Rwanda en ajoutant une colonne pour « une dimension genre. » Les autres colonnes existaient déjà au format de norme. Ils ont été rendus sensibles au genre par la façon dont les articles étaient spécifiés sous chaque en-tête.

Référence: Rhonda Sharp, "Budgeting for Equity: Gender budget initiatives within a framework of performance oriented budgeting" (produced for UNIFEM, 2003).

Extrait de la section de la santé liée au genre de l'annexe au budget 2003 du Ministère de la Santé du Rwanda, présenté en sous le format de la budgétisation basée sur la performance

MINISTÈRE DE LA SANTÉ	DIMENSION GENRE	RÉSULTATS	ACTIVITÉS	INDICATEURS
1. Lutte contre le VIH/SIDA	<p>Pour des raisons biologiques les femmes et les jeunes filles sont plus sensibles au VIH/SIDA que les hommes.</p> <p>De plus, dans la majorité des cas, les femmes enceintes atteintes du SIDA transmettent le virus à leur bébé.</p> <p>Les relations de genre actuelles ne donnent pas aux femmes et aux jeunes filles beaucoup de moyens de se protéger elles-mêmes de relations sexuelles non protégées.</p> <p>La violence sexuelle dont sont constamment victimes de très jeunes filles les exposent ultérieurement à de forts risques d'infection.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le programme de transmission verticale est intégré en 10 centres de soins ; 2. En décembre 2003, 20 centres CTV avaient été ouverts ; 3. Soutien à la recherche sur le VIH/SIDA ; 4. Un suivi des cas de syphilis chez les femmes enceintes est effectué tous les ans ; 5. Une enquête nationale désintégrée sur les cas de VIH/SIDA positifs est entreprise chaque année ; 6. Le Laboratoire effectue une analyse de la biologie moléculaire du VIH, chaque année. 	<p>Le programme de prévention du VIH/SIDA qui vise spécifiquement les hommes, les femmes, les jeunes filles et les jeunes garçons.</p> <p>Entreprendre une étude de la fréquence du VIH au niveau national.</p> <p>Promouvoir l'accès aux préservatifs féminins et masculins.</p> <p>Entreprendre une étude de fréquence de la syphilis.</p> <p>Des programmes d'information en direction de personnes à risque comme les prostituées, les chauffeurs routiers, le militaires, etc.</p> <p>Rendre disponible le traitement aux hommes et aux femmes.</p> <p>Prendre les mesures nécessaires pour éviter la transmission verticale du VIH</p>	<p>Le pourcentage de femmes, jeunes filles, hommes et jeunes garçons infectés.</p> <p>Le nombre et le pourcentage de femmes/jeunes filles et hommes/jeunes garçons positif au VIH qui ont accès au traitement.</p> <p>Le nombre de femmes/jeunes filles et hommes/jeunes garçons qui font l'objet de mesures de prévention/ prise de conscience du VIH/SIDA</p> <p>La disponibilité et l'accessibilité (prix abordable) du préservatif féminin.</p>

LE CADRE DES DÉPENSES À MOYEN TERME (CDMT)

La budgétisation basée sur la performance est souvent lancée en même temps que le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT). Le CDMT est un système de budgétisation pluriannuel. Le corps législatif vote seulement sur les chiffres de l'année suivante, mais les estimations sont données pour 2 à 4 années « extérieures. » Cette forme de budgétisation vise à aider le gouvernement à faire une meilleure planification. Elle devrait également donner davantage de possibilités d'intervention au pouvoir législatif et aux membres de la société civile dans la mesure où les intentions du gouvernement sont connues à l'avance, y compris les objectifs de résultats qu'ils se fixent. D'un point de vue de l'approche BSG, le MTEF est utile pour calculer les montants prévus pour les programmes qui sont les plus importants pour l'égalité entre les genres. Il permet également de demander que les objectifs soient désagrégés par sexe lorsque nécessaire et que soient établis des systèmes de collecte des données nécessaires pour établir des rapports précis.

ENCADRÉ 19: BUDGÉTISATION BASÉE SUR LA PERFORMANCE AU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES AU PAKISTAN

Le gouvernement du Pakistan s'oriente actuellement vers la budgétisation à la performance avec un cadre des dépenses à moyen terme. Au niveau national, le Ministère des affaires sociales et de la santé a été retenu comme ministère pilote. Le MTEF du ministère des affaires sociales pour la période 2005–8 comportait les indicateurs de haut niveau suivants pour le Ministère (niveau national) et les départements des affaires sociales (provincial).

Description	Objectif juin 2008	Mesure de la performance		La stratégie en bref
		Juin 05	Juin 06	
Nombre estimé des utilisateurs de contraceptifs (millions)	10.757	7.748	8.716	Augmentation des services mis à disposition et amélioration de la qualité soutenus par une campagne énergique de promotion des droits
Taux de fertilité global (enfants par femme)	3.37	3.90	3.73	Augmentation des services mis à disposition, activités de recherche pour la promotion de droits et le contrôle de la fertilité
Taux d'utilisation des préservatifs	44.9	38.4	40.6	Promotion et communication interpersonnelles grâce à des services locaux et l'extension et l'amélioration de la mise à disposition de ces services
Taux de croissance démographique	1.72	1.92	1.83	Tous les éléments susmentionnés contribuent à atteindre cet objectif

En termes d'objectifs physiques pour la mise à disposition des services, le MTEF propose ce qui suit :

Interventions	2005-6	2006-07	2007-8
Centres de soins pour les familles	2,436	2,626	2,803
Centres de santé de la reproduction	176	218	269
Unités de vasectomie	14	18	21
Unités de services mobiles	294	298	302
Intervenants auprès des hommes	5,280	5,980	6,324
HoHD/PLDs	6,811	6,916	7,011
RMP/Hakeem/Homeo	48,995	49,860	50,935

Cette section donne des exemples des différents cadres et outils utilisés dans les initiatives BSG de par le monde. Elle inclue des exemples de la façon dont ils ont été utilisés par rapport à la santé de la reproduction ou autres sujets qui intéressent l'UNFPA.

Les cadres et les outils ne doivent pas être perçus comme des “règles” qui régiraient la façon d’aborder le travail par la BSG. Au contraire, ils doivent être pris comme des idées de départ. Lorsque cela est nécessaire, les différents cadres et outils peuvent être utilisés simultanément. Il existe aussi une palette d’autres outils qui ne sont pas intégrés ici. Cette section souligne donc le besoin d’utiliser les structures existantes comme bases de départ et sources d’idées plutôt que comme un calque.

LA MÉTHODE DES TROIS CATÉGORIES DE SHARP

Le budget pour les femmes d’Australie du Sud des années 80 utilisait un modèle de trois catégories élaboré par l’économiste Rhonda Sharp, qui aidait le gouvernement dans ses efforts. Cette approche en trois catégories était conçue pour aider les représentants du gouvernement à effectuer leur analyse budgétaire et aider à la présentation des rapports budgétaires annuels. Elle ne visait pas à servir de base à l’élaboration des budgets. Ces trois catégories ont depuis été utilisées pour d’autres initiatives de BSG. Le gouvernement sud-Australien présentait un Rapport Genre tous les ans lors de la présentation du budget qui divisait les dépenses en trois catégories comme suit :

- Les dépenses spécifiques en direction des femmes : les programmes spécifiquement ciblés en direction des femmes et jeunes filles. Parmi ceux-ci par exemple les initiatives de santé pour les femmes aborigènes, et des programmes pour améliorer l’accès des jeunes femmes à des formations professionnelles non traditionnelles ;
- Égalité des chances dans le service public : des dotations visant des fonctionnaires en poste ou futurs pour promouvoir l’égalité de représentation dans la gestion et la prise de décision, l’égalité des rémunérations et des conditions de travail. Par exemple il s’agissait de programmes de soutien pour les femmes fonctionnaires et l’examen des descriptifs de postes pour supprimer la discrimination basée sur le genre ;
- Dépenses générales ou principales: toutes les autres dotations non incluses dans les deux catégories précédentes. Par exemple, celles qui touchaient à l’identification des usagers des services de santé, de l’aide juridique et les bénéficiaires des contrats publics.

Des initiatives ultérieures qui ont utilisé l’approche en trois catégories ont remplacé la catégorie “femmes” par « genre. » La première catégorie pouvait ainsi couvrir, par exemple des dotations pour les points focaux genre aussi bien que pour des initiatives destinées à traiter des problèmes particuliers que rencontrent les hommes.

Certaines initiatives de BSG se sont focalisées sur la première catégorie parce qu'elles sont plus lisibles et plus aisées à mesurer. Ces dotations peuvent être importantes en tant que forme « d'action positive » ou « de discrimination positive » dans les cas de différences, de disparités et de résistances flagrants. Cependant, se concentrer sur la première catégorie revient à s'occuper des miettes pendant que quelqu'un d'autre mange le gâteau.

Certaines initiatives de BSG ont réinterprété la deuxième catégorie pour identifier la proportion des salaires et dotations qui sont perçus par les femmes et les hommes. Etant donné qu'une grande partie du budget est consacrée aux salaires, surtout dans des secteurs comme la santé, ce problème semble important. Cependant, ce n'est pas la question principale en termes budgétaires dans la mesure où le premier objectif du budget est de mettre à disposition des services et de promouvoir le bien-être de la population tout entière et non pas de la classe moyenne d'où sont issu(e)s les candidats à la majorité des postes de fonctionnaires.

Pour la santé, toutefois, il y a souvent des questions à poser en ce qui concerne les personnes qui travaillent dans ce secteur. Dans d'autres rubriques de ce Guide Pratique ressources, nous examinons le travail à domicile et le travail au niveau des communautés de base effectué auprès de ceux qui sont atteints par le VIH/SIDA dans les pays d'Afrique australe et la manière dont ceux qui fournissent ces services sont mal payés ou pas payés du tout. Dans certains pays les personnels de santé au niveau des villages sont souvent majoritairement composés de femmes. Le travail de BSG se doit de vérifier si ces personnels sont correctement rémunérés pour le travail qu'ils effectuent et s'ils travaillent dans des conditions décentes. Dans d'autres pays les questions de rémunération et de conditions de travail pour le personnel soignant « ordinaire » peuvent également se poser. De façon générale, le métier d'infirmière est un métier essentiellement de femmes dans la plupart des pays ; la façon dont elles sont rémunérées est une question politique importante, non seulement pour payer correctement ces personnels pour le travail qu'ils font mais aussi parce que les bas salaires et les mauvaises conditions de travail actuels poussent nombre de ces personnels à aller travailler à l'étranger, ce qui laisse le citoyen de base sans soins adéquats.

ENCADRÉ 20: CONTENU LIÉ AU GENRE, EXPLICITE ET IMPLICITE

Déterminer ce qui est réellement lié au genre et sensible au genre et ce qui ne l'est pas n'est pas toujours évident. La recherche sur la BSG financée par l'UNIFEM sur les plans et le budget du Metropolitan District Authority de Quito a établi une distinction entre les programmes et projets qui ont un contenu lié au genre « explicite » et ceux qui ont un contenu lié au genre « implicite. » Dans le secteur de la santé, cette recherche recense comme contenu explicite les initiatives qui visent des améliorations « en termes d'égalité entre la ville et les campagnes, d'égalité entre les genres et les générations, les services de prévention pour protéger la santé physique et psychologique. » Sur le contenu lié au genre implicite, l'étude reprend une initiative destinée à promouvoir la formation de sages-femmes et d'assistants de santé primaire, particulièrement dans les zones rurales, sans doute parce que ces personnels ont toutes les chances d'être des femmes et s'occupent essentiellement de femmes.

Référence : Palán-Tamayo, Z., "Gender Analysis of The Budgets, Plans and Programs of the Quito Metropolitan District Municipality" in Andia-Perez et al. Al., Gender-Sensitive Budgets in Latin America: Accountability for Equity and Transparency," UNIFEM, 2004.

LES CINQ ÉTAPES DE L'ANALYSE DU BUDGET

L'initiative de BSG d'Afrique australe a mis au point une approche en cinq étapes des politiques et de l'analyse budgétaires qui a depuis été reprise pour d'autres initiatives. Cette approche s'accorde bien avec l'approche orientée sur la budgétisation basée sur la performance. L'étape 2 correspond aux « activités » en langage budgétaire, l'étape 3 aux « ressources » l'étape 4 aux « produits » et l'étape 5 au « résultats. » Cette approche s'intègre également bien à l'approche fondée sur les droits. Les cinq étapes sont :

1. Une analyse de la situation de femmes, des hommes, des jeunes filles et des jeunes garçons dans un secteur donné ;
2. Une évaluation de la mesure dans laquelle la politique sectorielle répond à la situation (liée au genre) décrite à la première étape. Cette étape comporte une évaluation de la législation, des programmes et politiques. Elle intègre également une évaluation de la politique retenue comme telle et de la politique implicite que révèle l'action gouvernementale. Elle peut également inclure une évaluation de la façon dont la législation, les programmes, les politiques et actions correspondent aux droits socio-économiques, droits des femmes et autres droits dont disposent les citoyens ;
3. Une évaluation de l'adéquation des dotations budgétaires avec la mise en œuvre de la politique considérée comme effectivement liée au genre à l'étape 2 ;
4. Un suivi pour vérifier que l'argent a été dépensé comme prévu, ce qui a été mis à disposition et à qui ;
5. Une évaluation pour voir si la politique mise en œuvre a modifié la situation décrite à l'étape 1 dans le sens de l'amélioration de l'égalité entre les genres.

Les deux premières étapes avaient en commun un travail lié au genre avant même l'introduction de la BSG. Les troisièmes, quatrièmes et cinquièmes étapes ont permis d'améliorer la perception des budgets et ressources.

ENCADRÉ 21: DES SOLUTIONS AU PROBLÈME RECENSÉ À L'ÉTAPE 4 À MEXICO

Depuis 2003, l'ONG mexicaine Fundar porte un projet qui analyse les sommes consacrées au VIH/SIDA par les pouvoirs publics. Lorsque Fundar a pris connaissance du budget fédéral pour 2005, l'organisation a découvert que le gouvernement versait des fonds VIH/SIDA à certains hôpitaux publics alors que certains de ces hôpitaux n'étaient pas spécialisés dans le traitement de cette épidémie. L'organisation a dès lors décidé de vérifier comment l'argent était utilisé.

En 2005 Fundar a eu recours au IFAI (Institut fédéral pour l'accès à l'information, Federal Institute of Access to Information) pour présenter plus de 200 demandes motivées d'information auprès du Département des Finances, du Ministère fédéral de la Santé, du Centre national contre le SIDA et de la Commission Nationale pour le Secours Populaire). Fundar a demandé aux institutions qui ont bénéficié de fonds pour la lutte contre le VIH/SIDA de justifier l'usage des fonds reçus. L'objectif principal de l'organisation était de lancer une campagne publique pour informer les personnes qui ont besoin de services de santé liés au VIH/SIDA de la disponibilité de ressources supplémentaires dans les hôpitaux.

Après analyse des informations recueillies auprès de ces établissements, Fundar s'est rendu compte que le Ministère de la santé avait affecté une partie des fonds destinés à la lutte contre le VIH/SIDA à des hôpitaux qui subissaient des coupes sombres dans leurs dépenses de fonctionnement, même s'ils ne traitaient pas le VIH/SIDA. Souvent, ces hôpitaux n'utilisaient pas ces fonds à des fins de lutte contre le VIH/SIDA. Trois des sept institutions qui ont bénéficié de ressources répertoriées lutte contre le VIH/SIDA ont intégré ces fonds dans leurs « Services généraux. » Ils ont donc consacré l'argent de la lutte VIH/SIDA à des services financiers, le ménage ou la sécurité ainsi que l'entretien des bâtiments et véhicules.

Fundar a alors utilisé une stratégie militante au moment où le Ministre des Finances a présenté son projet de budget pour 2006. Cette stratégie comportait une collaboration avec IFAI ainsi qu'avec l'Auditeur Interne et les commissions du Congrès, ainsi que d'autres organismes de la société civile.

Leur militantisme a débouché sur des augmentations sensibles des fonds affectés au VIH/SIDA. Parmi celles-ci, une augmentation de 71 millions de pesos pour la recherche sur le VIH/SIDA ainsi que pour le programme de traitement des Instituts nationaux pour les maladies respiratoires et le cancer. Ces deux instituts avaient travaillé avec Fundar et les autres organisations qui expliquent leurs travaux et la nécessité de mettre à disposition des services adaptés. Il y a eu aussi 100 millions de pesos for CENSIDA, le Centre national de lutte contre le SIDA, affectés à la prévention. Outre ces fonds supplémentaires, Fundar espère que sa campagne permettra à l'avenir que l'utilisation des fonds alloués au VIH/SIDA soit plus étroitement contrôlée.

Source : Personal communication, Helena Hofbauer

ETAPES ET QUESTIONS POUR LA BSG FORMULÉES PAR LE BUREAU DE L'UNIFEM DANS LES ANDES

Lorsque des groupes de pays de la région andine ont entrepris des travaux de BSG au niveau local, ils ont adapté les outils qui avaient été utilisés dans d'autres pays. Ils se sont rendu compte qu'ils ne pouvaient pas utiliser certains outils pour manque d'information. Avec d'autres outils, ils ont considéré qu'il y avait de graves lacunes à combler.

En particulier, les chercheurs ont considéré que les outils standard ne couvraient pas des questions institutionnelles comme le processus budgétaire, la manière dont les budgets sont présentés que ce soit au plan centralisé ou décentralisé, ou encore les mécanismes de mise en œuvre des dépenses publiques. Ils souhaitaient également voir dans quelle mesure les différentes dépenses étaient affectées (par exemple parce qu'il y avait déjà un établissement doté d'un personnel important ou parce que le gouvernement central avait édicté la façon dont l'argent devait être dépensé), ou bien disposaient de la latitude de réaffecter des ressources à des priorités liées au genre.

Pour ce qui est du cadre institutionnel, les chercheurs ont suggéré les questions suivantes que l'on peut considérer comme un outil supplémentaire :

- Quels sont les systèmes de gestion financière et comment sont-ils reliés ?
- Quel est le cadre légal du système d'établissement du budget ?
- Quel type d'information est fourni par le système d'élaboration budgétaire ? Comment le budget est-il présenté (par rubrique, par programme, etc.) et dans quelle mesure est-il désagrégé ?
- Quelles sont les étapes de l'élaboration budgétaire ?
- Comment fonctionne le processus d'élaboration budgétaire et son approbation ? (calendrier, parties prenantes et leurs domaines de compétence officiels)
- Est-ce que la présentation du budget comporte des mécanismes de répartition par zones ? (Par exemple, est-ce que des indicateurs de pauvreté sont pris en compte ?)
- Quelle est la méthode utilisée pour rédaction du budget (par dépenses, par programmes ou autres) ?
- Quels sont les mécanismes disponibles pour des correctifs budgétaires ? (Dès lors que le budget initial est approuvé quels sont les mécanismes qui permettent de le réviser ?)
- Quelles sont les conditions requises pour mettre en œuvre des projets avec participation de capitaux privés ou extérieurs ? (par exemple, faut-il une contrepartie de l'état et si oui dans quelles proportions ?)
- Quels mécanismes de contrôle budgétaire et de surveillance publique existent-ils ?

Ils ont également suggéré un ensemble de questions à poser dans le cas d'un gouvernement décentralisé. En outre, des questions sur la participation de la société civile et la participation des femmes en particulier dans l'élaboration, la perspective et l'évaluation du budget ont été suggérées.

Andía-Pérez, B., Beltrán-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutiérrez, M., Palán-Tamayo, Z & Zabalaga-Estrada, C., "Gender-Sensitive Budgets in Latin America: Accountability for Equity and Transparency," UNIFEM, 2004.

LE GUIDE MEXICAIN DE LA FORMULATION DES BUDGETS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

En 2004, le Ministère mexicain de la santé a publié son Guide pour l'élaboration des budgets liés au genre dans le secteur de la santé. Ce guide était le résultat d'un projet commun entre le ministère et deux ONG mexicaines : Fundar, une organisation d'analyse des budgets et Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo e Familia, une organisation de promotion des droits de la femme. Le guide avait pour but d'aider les planificateurs de l'état à élaborer des politiques et budgets sensibles au genre.

L'introduction de ce guide explique clairement que la formule « budgets sensibles au genre » ne porte pas sur le bilan des montants dépensés pour des services destinés aux femmes. Il s'agit au contraire de la façon d'allouer de l'argent aux activités qui suppriment les obstacles liés au genre (essentiellement les femmes) et à (certains) hommes qui ont recours aux services de santé.

Ce guide propose six étapes — deux dans chacune des trois catégories— pour l'élaboration des budgets sensibles au genre :

- Diagnostic 1: Révision, d'un point de vue du genre, du diagnostic fait par le Ministère de la santé sur un problème de santé donné
- Diagnostic 2: Analyse des inégalités liées au genre qui ne sont pas prises en compte
- Programmation 1: Définition des éléments de programme et d'actions à retenir pour aborder les inégalités recensées
- Programmation 2: Définition des priorités fondées sur le diagnostic genre des questions de santé
- Budgétisation 1: Allocation de ressources pour combattre les inégalités de genre
- Budgétisation 2: Mise au point d'indicateurs de mesure et de suivi des résultats

Les trois catégories de ce cadre correspondent de près aux trois premières étapes de la démarche en cinq étapes. Toutefois, ici, les étapes sont plus clairement définies comme éléments à prendre en compte par les fonctionnaires lors de l'établissement des budgets, alors que l'approche en cinq étapes vise une analyse tout autant que la présentation des budgets.

Le guide mexicain souligne la mise en priorité des stratégies et actions qui auront la plus forte incidence sur l'égalité de genre. Le guide fait remarquer que, surtout dans les premières étapes de la BSG, il ne s'agit pas de reformuler complètement les programmes en cours. Il s'agit par contre de petit à petit intégrer les critères d'égalité de genre à chaque étape et à long terme pour que les étapes ultérieures prennent en compte le genre. Le guide propose plusieurs questions susceptibles d'aider à intégrer la composante genre dans ce qui existe déjà. Il s'agit de :

- En quoi les rubriques existantes peuvent permettre d'inclure le financement d'actions dirigées vers l'égalité de genres ?
- Dans quelle mesure les éléments déclarés du budget peuvent-ils inclure de nouvelles rubriques (ou sous-programmes) pour permettre des dotations en faveur de l'égalité de genres ?
- Il est indispensable d'affecter des ressources à la production de données (que ce soit dans les systèmes d'information existants ou à venir) qui puissent refléter les inégalités de genre susceptibles d'influencer la santé sous ses aspects pris en compte par le programme ?
- Est-ce que des ressources devraient être directement affectées à des groupes particuliers pour répondre à leurs besoins spécifiques ?

Référence : Fragoso, L.P., & Granados, R.L.R., "Guide for the Formulation of Public Budgets in the Health Sector using a Gender Perspective," Ministry of Health, Mexico City, 2004.

LA CATÉGORISATION POUR L'ANALYSE DE GENRE DES PROGRAMMES DU VIH/SIDA

En 2002, une consultation de l'Organisation Mondiale de la Santé a proposé un cadre pour l'analyse de genre concernant les activités liées au VIH/SIDA. Ce cadre ne fait pas directement référence aux budgets mais pourrait toutefois être utile pour l'analyse de la BSG.

Il suggère qu'il existe un continuum des approches de genre dans les programmes du VIH/SIDA allant de nuisibles à autonomisantes comme suit :

- les interventions qui sont nuisibles du fait du renforcement des stéréotypes de genre qui directement ou indirectement alimentent l'épidémie ;
- les interventions sensibles au genre qui reconnaissent que les besoins des hommes et des femmes divergent souvent et qui cherchent des moyens de répondre à ces besoins de façon différente ;
- les interventions transformatives de genre qui abordent les différences de genre mais qui vont plus loin en créant les conditions où les hommes et les femmes peuvent expérimenter de nouveaux comportements afin d'établir plus de rôles et de relations équitables ;
- les interventions structurelles et transformatives qui vont plus loin que des interventions de santé de façon à autonomiser les femmes et les filles et ainsi modifier la dynamique socio-économique des rôles et des relations de genre.

La publication de l'OMS qui présente ce cadre reconnaît que « dans toutes les sociétés, il existe plusieurs types de masculinité et de féminité qui varient selon la classe sociale, l'ethnie, la sexualité et l'âge. » Le rapport souligne les dommages potentiels engendrés par la création d'interventions qui traitent les femmes et les hommes de façon absolument identique, et ignorent les différences entre leurs situations, leurs besoins et leurs responsabilités.

Référence : Organisation Mondiale de la Santé, "Integrating Gender into HIV/AIDS Programs," Consultation d'experts, 3-5 juin 2002, Genève, 2002.

QUELQUES OUTILS PROPOSÉS POUR L'ANALYSE DE GENRE DES BUDGETS

Les six outils de Diane Elson

Au milieu des années 1990, le Secrétariat du Commonwealth a chargé Diane Elson de développer des « outils » pour l'analyse de la BSG. Elson a étudié la documentation à ce sujet et mis au point les six fiches-outils suivantes :

Une **Évaluation sexospécifique des politiques**: implique l'évaluation du budget et de la politique et pratique associées. L'évaluation se base en général sur un secteur particulier. Elle implique une analyse à la fois qualitative et quantitative. Cet outil est couramment utilisé par les groupes de la société civile. Il peut également servir au gouvernement quand il établit, par exemple, son rapport à la CEDAW. Cet instrument est utile au début de l'initiative de la BSG car il fournit une « image » globale du secteur.

L'Évaluation des bénéficiaires: est une méthode participative qui se met à l'écoute des citoyens (et des non citoyens) afin d'évaluer leur appréciation des services proposés par le gouvernement. L'évaluation comprend idéalement des bénéficiaires potentiels ainsi que des bénéficiaires réels qui permettent de comprendre pourquoi certaines personnes n'ont pas accès aux services. L'évaluation peut porter sur des services en particulier ou peut demander aux citoyens de s'exprimer sur les services qu'ils estiment importants. Elle peut utiliser des méthodes à la fois qualitatives et quantitatives. Le gouvernement et la société civile peuvent utiliser cet outil.

L'Analyse de l'incidence des dépenses publiques désagrégées selon le sexe implique une analyse quantitative qui multiplie le coût unitaire du service par le nombre d'unités délivrées aux bénéficiaires hommes et femmes. Une analyse plus complexe qui associe le genre à d'autres variables telles que les quintiles des dépenses. Cette approche est difficile à établir par rapport aux services qui ne sont pas proposés aux individus, comme l'eau et l'électricité. Elle dépend également des données disponibles sur l'utilisation des services, par exemple les données obtenues à partir d'une étude du foyer. Cette analyse est souvent conduite par des groupes de recherche ou par la Banque Mondiale.

ENCADRÉ 22: PROBLÈMES DE GENRE DANS LES DÉPENSES DE SANTÉ AU MAROC

Le Rapport Économique et Financier du Maroc pour l'année budgétaire 2006 comprend pour la première fois un chapitre entier sur le genre. Dans la discussion concernant le Ministère de la Santé, le chapitre présente l'analyse d'incidence de la santé publique. Globalement, l'étude a révélé que les femmes touchent en moyenne 114 dirhams de bénéfice de la part de l'investissement infrastructurel tandis que les hommes touchent un montant de 93 dirhams. Par contre, et excepté les soins de santé primaires, les femmes les plus pauvres sont moins avantagées par les dépenses de services de santé que les hommes. Par exemple, les femmes les plus pauvres bénéficient seulement de 7% des dépenses hospitalières qui parviennent aux femmes alors que les hommes les plus pauvres bénéficient de 12 à 13% des dépenses hospitalières qui parviennent aux hommes. D'un point de vue global, le cinquième des femmes les plus pauvres ne reçoit que 11% de toutes les dépenses de santé qui parviennent aux femmes tandis que le cinquième des plus riches reçoit 40%.

L'Analyse ventilée par sexe de l'impact des budgets sur l'utilisation du temps s'interroge sur la façon dont le budget et les services qu'ils paient affectent comment les femmes et les hommes, les filles et les garçons passent leur temps. L'évaluation précise de l'impact nécessite des données sur l'utilisation du temps. Si les données en matière d'utilisation du temps ne sont pas disponibles, une évaluation moins précise sera effectuée sur la base d'une analyse logique. Cette analyse sera généralement conduite au sein de la société civile mais devrait également être établie par le gouvernement.

Par le terme **Plan de politique économique sexospécifique à moyen terme**, Elson faisait référence à deux outils sous-jacents. Le premier outil sous-jacent implique d'insérer des éléments de genre dans les modèles macroéconomiques utilisés par plusieurs pays pour déterminer quelles sont les ressources disponibles au début du cycle budgétaire, et définir quel sera l'impact économique des différentes politiques macroéconomiques aux niveaux global, industriel, des ménages et individuel. Le genre peut être intégré dans le modèle en ventilant les variables de la main-d'œuvre disponible. Si les données en matière d'utilisation du temps sont disponibles, le modèle peut être également amendé pour y inclure l'économie de soins non rémunérés. Les modèles macroéconomiques sont en général couverts par les gouvernements ou leurs agences. Le second outil implique un Plan de politique économique sexospécifique à moyen terme, en d'autres termes une approche budgétaire multi-annuelle qui prend en compte les considérations de genre. Dans la mesure où l'introduction d'un cadre budgétaire à moyen terme (MTBF) s'effectue en même temps que l'introduction d'une budgétisation basée sur la performance, il est important de développer des indicateurs de rendements et de résultats sensibles au genre pour utiliser cet outil sous-jacent.

Les Énoncés de budget sexo-spécifique (Rapport Genre) sont généralement développés par le gouvernement qui propose un budget journalier. Les analyses de ce type forment un outil de responsabilité qui permet au gouvernement de présenter aux parlementaires et à la société civile ses actions pour la promotion de l'égalité des sexes. Le discours budgétaire peut utiliser des informations émanant de nombreux autres outils. Ce discours a plus de chance d'être institutionnalisé s'il existe un format défini. Il est plus facile à réaliser lorsque le gouvernement utilise la budgétisation basée sur la performance.

Les autres outils utilisés pour l'analyse de genre des budgets

Elson destinait ces outils à donner des idées d'implantation de la BSG dans différents pays. D'autres analystes ont développé d'autres méthodes pour mener une analyse de genre des budgets. L'analyse des coûts est une approche quantitative qui vise à obtenir une estimation de ce qu'une politique ou un programme spécifique coûte ou devrait coûter. Cette estimation peut ensuite être comparée aux dépenses réelles du gouvernement sur un problème ou un service particulier. L'utilisation de l'analyse des coûts relative aux OMD est abordée dans un autre chapitre de ce guide pratique. Voici un exemple d'une analyse des coûts plus spécifique relative à l'imposition d'interdictions aux termes de la Loi sud-africaine sur la Violence Domestique.

ENCADRÉ 23: L'ANALYSE DES COÛTS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI SUD-AFRICAINE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

En 1999, le parlement sud-africain a voté la Loi sur la Violence Domestique (LVD). La mesure de protection la plus importante prévue par la Loi est l'interdiction que la personne abusée peut obtenir contre l'auteur de l'abus. Au début de l'année 2005, le Centre d'Étude de la Violence et de la Réconciliation (CSVR) a mené une étude auprès de neuf tribunaux et commissariats dans trois provinces de façon à connaître combien de temps (et donc combien d'argent du gouvernement) était consacré à la mise en place des interdictions. Le CSVR a interviewé des greffiers, des magistrats, des procureurs et des membres de la police sur les activités de mise en œuvre de la LVD, et combien de temps prenait chaque activité. Il en découle que les principales activités couvertes sont :

- Les greffiers aident principalement les requérants à remplir les formulaires. Les officiers de police aident parfois les femmes dans leurs requêtes d'ordonnance de protection.
- Le magistrat décide d'accorder ou non une ordonnance de protection provisoire.
- À la date de retour, le magistrat organise une audience si les deux parties sont présentes et décide d'accorder ou non l'ordonnance finale.
- Un shérif ou la police présente l'ordonnance au défendeur et au requérant. Le requérant règle en générale les frais du shérif sauf si elle peut prouver qu'elle est très pauvre.
- La police arrête et inculpe les hommes qui ne respectent pas l'ordonnance de protection.
- Les magistrats et les procureurs jouent un rôle au moment de l'audience des hommes qui ont violé l'ordonnance.

Pour calculer le coût engendré par la mise en œuvre de la LVD par le gouvernement, le CSVR a multiplié le temps moyen nécessaire à chaque activité par le pourcentage des cas auxquels elles s'appliquent et par le coût du personnel impliqué. Le montant s'élève à R245,03 par cas. Ce montant ne couvre que les dépenses liées au personnel. Mais il ne couvre pas les dépenses pour les fournitures de bureau, la location et le personnel de soutien. Le Centre prend en compte le niveau de salaire le plus faible du personnel dans chaque activité.

Les tribunaux et les commissariats des neuf sites ont ensemble dépensé environ R6,4 millions pour traiter les quelques 26 000 demandes d'ordonnance de protection en 2004. Les dossiers du gouvernement indiquent que 114 142 ordonnances de protection ont été accordées en Afrique du Sud entre mars 2004 et février 2005. Ce qui a dû coûter au gouvernement environ R28 millions pour les services des tribunaux et de la police. Mais c'était encore trop peu pour réaliser l'objectif de la LVD pour l'élimination de la violence domestique dans le pays.

Le CSVR a présenté les résultats de la recherche aux différentes agences responsables de la mise en œuvre de la LVD ainsi qu'au Trésor. Tous ont exprimé leur intérêt à travailler avec l'organisation sur la création de directives permettant d'assurer la mise en œuvre correcte de la Loi et la dotation de budgets adéquats pour y parvenir.

Référence : *Vetten, L., Budlender, D. & Schneider, V., "The Price of Protection: Costing the implementation of the Domestic Violence Act," Centre d'Étude de la Violence et de la Réconciliation, Programme Genre, Policy Brief No 02, Johannesburg, October 2005.*

Le système de contrôle par la communauté (CBMS) est une forme de contrôle local de la communauté et du bien-être des ménages qui a été développé en réponse au besoin d'une source régulière d'informations à jour au niveau local. Le système a été développé avec le soutien financier et technique du Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI) et implémenté dans 14 pays à partir de l'année 2005. Dans la plupart de ces pays, le gouvernement joue un rôle moteur bien que la communauté soit plus ou moins impliquée dans le processus. À la fin de l'année 2004, l'UNIFEM et le CRDI ont réuni leurs partenaires pour discuter de la façon dont pourrait être utilisé le CBMS afin de faciliter la BSG au niveau local. Les idées développées au cours de ces conversations sont pilotées au Sénégal et aux Philippines.

Même si la méthode et les instruments diffèrent quelque peu d'un pays à l'autre, les principaux outils CBMS utilisés dans tous les pays sont les questionnaires au niveau des ménages et de la communauté. Une des fonctions du pilote CBMS-BSG est par conséquent de considérer comment adapter ces instruments (a) pour les rendre plus sensibles au genre et (b) pour qu'ils offrent des informations pertinentes aux fins de la planification et de la budgétisation.

Les exemples qui suivent indiquent certaines des méthodes par lesquelles le questionnaire administré aux ménages a été changé au Sénégal. En termes de santé, le questionnaire contient des questions concernant l'utilisation des services de santé par les individus. Une question supplémentaire demande qui accompagne qui dans la recherche d'une assistance sanitaire. Il s'agit d'une perspective de genre car c'est traditionnellement une tâche réservée aux femmes. L'option maladies reproductives a été ajoutée pour la question portant sur les raisons qui poussent à rechercher des soins de santé. L'option soins prodigués par les autres à domicile a été ajoutée pour la question demandant pourquoi la personne, bien que malade, ne se rend pas dans les structures de santé. La section relative à la migration a été modifiée afin de couvrir la migration interne et internationale. Ce qui devrait rendre le questionnaire plus sensible au genre en raison des facteurs sociaux entre autres. Les femmes sénégalaises sont probablement moins susceptibles de migrer vers un pays étranger que les hommes sénégalais. Les questions sur le travail ont été reformulées pour y inclure des possibilités qui reflètent davantage les types de travail informels et non standards que les femmes accomplissent en général. En ce qui concerne les enfants dont la mère et le père ne vivent pas dans le même foyer, le questionnaire fait maintenant la distinction entre le cas où le parent vit ailleurs et le cas où le parent est décédé. Les caractéristiques dans ce cas tendent à diverger s'il s'agit de la mère ou du père. Dans une région du Sénégal, un module basé sur la gestion du temps a également été ajouté au CBMS.

Référence : Budlender, D., Reyes, C. & Melesse, M., "Gender-Responsive Budgeting through the CBMS Lens: Implementing the Community-Based Monitoring System in a way that facilitates gender-responsive budgeting," 2005.

LETTRES CIRCULAIRES (OU LETTRE DE CADRAGE) ET RAPPORTS GENRE

Plusieurs des outils décrits ci-dessus impliquent une analyse du budget selon le genre. Ce type d'analyse sous-tend la majorité des travaux sur la BSG. Cependant, on devra finalement aller plus loin que l'analyse et l'influence des budgets. Pour cela, les lettres circulaires sensibles au genre et Rapports Genre constituent deux outils importants. Les lettres circulaires sont des notifications officielles émises par le Ministère des Finances ou son équivalent pratiquement au début de chaque cycle budgétaire. Cette lettre circulaire est adressée à toutes les agences de dépenses (ministères, départements, autres institutions financées par le gouvernement). La circulaire mentionne en général aux agences le « plafond » budgétaire de l'année qui suit, c'est-à-dire combien le Ministère des Finances prévoit d'allouer à cette agence. Elle précise également d'autres instructions aux agences sur la construction et le format à respecter lors de l'établissement de leur projet budgétaire pour l'année suivante et la façon de présenter leurs motivations pour ce budget. Les agences utilisent ensuite ce format pour établir leur soumissions de budget qui sont inspectées par et négociées avec le Ministère des Finances après soumission et avant d'aller au Cabinet.

Le format des soumissions budgétaires diffère largement selon les pays. Certaines soumissions se composent principalement de tableaux de chiffres. D'autres, notamment si le pays se dirige vers une budgétisation basée sur la performance, contiennent beaucoup de textes. Ces documents ne sont pas rendus publics, ce sont des documents de travail internes au gouvernement. Mais si la lettre circulaire indique que le genre devrait être inclus dans les soumissions et qu'il représentera un critère important au cours des négociations, ce facteur pourra motiver les agences à intégrer une approche de genre dans leur budget. Plus la circulaire précisera clairement comment spécifier l'aspect genre, plus les agences auront tendance à considérer attentivement cette question et à indiquer clairement ce qu'elles envisagent de faire.

Plusieurs pays ont à présent entrepris les démarches nécessaires pour intégrer le genre dans leur lettre circulaire. Certains d'entre eux indiquent aux agences de spécifier seulement leurs plans en faveur des femmes. D'autres disent simplement que le « genre doit être pris en considération. » Dans l'idéal, toute lettre circulaire qui mentionne le genre doit contenir la documentation et le plan de renforcement des capacités qui aideront les directeurs d'agences à « appliquer les instructions relatives au genre. »

ACTEURS, ACTIVITÉS ET PRIORITÉS

Cette section porte sur les différents acteurs qui pourraient être impliqués dans les activités liées à la BSG et présente quelques options concernant les priorités du travail budgétaire. Tandis que certaines sections traitent des priorités en termes de problème, la présente section s'intéresse spécifiquement au champ d'application (secteurs, niveau du gouvernement etc.) ainsi qu'aux activités (recherche, conseils, etc.). Enfin, la section met l'accent sur les étapes types du cycle budgétaire et suggère des interventions possibles à différents stades, pour la société civile en particulier.

ACTEURS ET ACTIVITÉS

L'objectif fondamental de la BSG est que les budgets et les programmes mis en œuvre par un pays prennent en compte les besoins des hommes et des femmes, des filles et des garçons. À ce jour, aucun pays ne dispose d'un budget parfaitement sensible au genre mais la BSG a permis à certains pays de développer des budgets qui sont plus sensibles au genre qu'ils ne l'étaient auparavant, au moins à certains égards.

Pour atteindre cet objectif essentiel, le travail de la BSG implique une gamme de stratégies, d'outils et d'activités différents. Certaines de ces activités impliquent différentes formes d'analyse qui montrent à quel point le budget et les programmes sont sensibles au genre. L'analyse peut s'effectuer en dehors du gouvernement, par des chercheurs, des universitaires ou des organisations de la société civile. Elle devrait également être réalisée par les parlementaires et les hauts fonctionnaires du gouvernement chargés de l'élaboration des budgets.

Les activités de la BSG impliquent parfois de définir des systèmes et des processus qui permettent de révéler dans quelle mesure les programmes et les budgets sont sensibles au genre et d'aider les personnes qui souhaitent se tourner vers la qualité de genre. La société civile peut plaider pour des systèmes et des processus qui sont sensibles au genre mais c'est le gouvernement et le parlement qui, en dernier ressort, les établissent.

Par exemple, le Rapport Genre est un document de responsabilité produit par le gouvernement qui définit ce que font les programmes et les budgets pour la perspective de genre. Le Rapport Genre ne signifie pas en soi que le gouvernement a un Budget Sensible au Genre. Cependant, les hauts fonctionnaires du gouvernement peuvent prendre conscience des écarts dans leurs actions au cours de l'élaboration du Rapport Genre. Par ailleurs, à la lecture du Rapport Genre, les parlementaires et le public peuvent constater ses forces et ses faiblesses et entreprendre les actions nécessaires comme des plaidoyers pour traiter les faiblesses.

Les objectifs des initiatives de la BSG étant variés les activités pour les atteindre le sont également. Les activités de la BSG ne comportent pas toutes les activités, mais une initiative devra généralement contenir plus d'une seule activité pour pouvoir réussir.

Les activités courantes des initiatives de la BSG incluent :

- La recherche : Conduite généralement en dehors du gouvernement et formant la base du plaidoyer ;
- Le plaidoyer : Conduit généralement en dehors du gouvernement mais les acteurs au sein du gouvernement et du parlement peuvent plaider pour la BSG ;
- Le contrôle : Il s'agit d'un rôle important du parlement, mais le gouvernement lui-même en est responsable dans le cadre de ses fonctions de gestion, tandis que la société civile voudra contrôler la mise en place du budget ;
- La formation : La formation peut impliquer tous les acteurs, mais elle s'organisera dans différents ateliers en raison des connaissances et des fonctions diverses des différents acteurs ;
- La prise de conscience : Elle s'adresse généralement à ceux qui ne sont pas supposés jouer un rôle clé mais dont le soutien est nécessaire. Les cibles peuvent donc comprendre le public (auprès duquel on cherche un soutien pour les demandes de plaidoyers) et les hauts fonctionnaires du gouvernement (pour obtenir l'adhésion pour l'activité de la BSG au sein de leurs agences) ;
- Analyse et conception de la politique : C'est le rôle du gouvernement. La BSG est une forme d'analyse de la politique et l'un des objectifs de la majorité des initiatives de la BSG est de faire institutionnaliser la BSG par le gouvernement dans ses activités quotidiennes et annuelles liées au budget.

Comme l'illustre la liste ci-dessus, les acteurs de la BSG comprennent le gouvernement, le parlement, la société civile, l'université et les acteurs internationaux tels que les donateurs et les Institutions Financières Internationales (IFI). Chacune de ces catégories contient des sous-catégories. Par exemple, au sein du gouvernement, les initiatives de la BSG peuvent impliquer le Ministère des Finances, les ministères des femmes/du genre et les ministères concernés. À l'intérieur des ministères concernés, les initiatives peuvent impliquer les décideurs de premier rang, les responsables du budget, les législateurs et les points focaux genre.

Qui est impliqué dans un pays donné dépendra, entre autres facteurs, de qui est à l'origine de la BSG, de ses objectifs, des principales questions de genre du pays, des forces et des faiblesses des différents électors du pays, de la position en matière politique et genre des différents électors et des initiatives de développement existantes. Trouver les bonnes personnes et les aider au besoin à acquérir une spécialisation feront partie de l'objectif plus général des agences des Nations Unies et des autres agences visant à augmenter la responsabilisation du pays sur le processus de développement.

ENCADRÉ 24: CHOISIR QUI MÈNERA LA RECHERCHE

La publication sur le travail de l'analyse de la BSG dans divers pays andins reflète les forces et les faiblesses que comprend l'emploi de différents acteurs dans le rôle de chercheurs. Elle révèle que les documents de haute qualité produits par des consultants externes pouvaient cependant avoir un impact politique et une durabilité limités car le gouvernement et les organisations de la société civile percevaient ce travail de recherche comme une source « extérieure. » Le travail de recherche produit par les ONG présentait parfois une qualité d'un niveau moins « spécialisé » mais était considéré comme plus durable car les ONG tendent à poursuivre le travail même après l'arrêt des financements. À Cuenca, où un élu municipal faisait partie des chercheurs, le projet a pu accéder à une plus vaste source d'informations. Malgré cela, cet élu disposait d'un temps limité à consacrer au projet en raison de ses autres responsabilités.

Référence : Andía-Pérez, B., Beltrán-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutiérrez, M., Palán-Tamayo, Z & Zabalaga-Estrada, C., "Gender-Sensitive Budgets in Latin America: Accountability for Equity and Transparency," UNIFEM, 2004.

ENCADRÉ 25: LES REPRÉSENTANTS PUBLICS NE SONT PAS TOUJOURS EN FAVEUR DE LA TRANSPARENCE

Mazdoor Kisan Shakti Sangathan (MKSS) est une organisation de paysans et de travailleurs basée dans le Rajasthan Central, l'état le plus vaste de l'Inde. L'une des stratégies de la MKSS est d'organiser des audiences publiques au cours desquelles les résidents discutent sur les fonds de développement dépensés dans les projets parrainés par le gouvernement au sein de leurs communautés. Avant l'audience, la MKSS rassemble les informations, puis, grâce à des bénévoles, les transmettent de maison en maison pour les partager et vérifier qu'elles correspondent à ce que savent les villageois. Après chaque audience, la MKSS prépare un rapport formel qu'elle envoie aux hauts fonctionnaires du gouvernement, aux médias et autres groupes engagés dans la campagne.

En dépit du fait qu'ils soient supposés représenter les citoyens, les représentants élus du Rajasthan Central ne sont pas toujours satisfaits du travail de la MKSS. En 2002, 300 représentants élus de village manifestèrent devant l'assemblée législative en demandant que la loi sur le droit à l'information soit rejetée. Ils déclarèrent que les citoyens utilisaient la loi pour les « harceler. »

Mais le gouvernement d'état soutient l'action de la MKSS. Il a introduit une condition selon laquelle les audiences publiques des villages devaient se tenir tous les ans. Dans le cadre de ces audiences, les résidents des villages ont voté une résolution visant à vérifier que les projets de développements de leur village ont été mis en place avec succès.

Référence : Ramkumar, V., "Case Study, Part 2: The Right to Know Movement in India." Making Change Happen, Just Associates, 2002.

<http://www.justassociates.org/MKSS%20Case%20Study%20Section%20II.pdf>

PRIORITÉS DE LA BSG

En plus des divers acteurs et activités, les initiatives de la BSG peuvent avoir diverses priorités. Les uns portent sur le processus budgétaire et les participants des différentes phases. Les autres considèrent le processus budgétaire en termes de pertinence des activités à chaque étape, mais ne voient pas la participation comme leur préoccupation majeure. Certaines initiatives de la BSG axent leur priorité sur le budget national tandis que d'autres examinent les budgets au niveau sous national. Certains se penchent sur le budget total à un niveau spécifique, tandis que d'autres étudient un secteur particulier (comme la santé) ou une question particulière (comme le VIH/SIDA ou la VBG) qui peuvent impliquer des parties du budget de diverses agences.

Certaines initiatives de la BSG examinent le budget total du secteur. D'autres sélectionnent quelques programmes à traiter. Par exemple, au Rwanda, l'initiative de la BSG s'est penchée sur 4 ministères. Au sein de chaque ministère, les responsables du gouvernement ont identifié les 6 sous programmes auxquels était alloué le montant le plus important et les ont analysés du point de vue du genre. On a opté pour cette approche pour s'assurer que le travail sur la BSG consistait vraiment à traquer où allait l'argent et non pas à réaliser de nombreuses analyses de quelques « fragments » qui pourraient être alloués à un projet de genre.

La principale priorité du travail de la BSG est les budgets du gouvernement. Il est pourtant essentiel, surtout dans un secteur comme celui de la santé, de comprendre le rôle des prestataires non gouvernementaux. Qui peuvent être des fournisseurs privés à but lucratif comme des fournisseurs à but non lucratif. Les aspects à examiner incluent la gamme relative et la qualité des services fournis par les différents acteurs, qui utilisent les différents services, quelles subventions sont fournies par le gouvernement aux différents fournisseurs pour les différents services, de quelles façons le gouvernement règlemente les autres fournisseurs et les contributions aux frais des utilisateurs pour les différents fournisseurs et services.

ENCADRÉ 26: LA PRISE DE DÉCISION DANS UN SYSTÈME DÉCENTRALISÉ

En 2000, L'Initiative du budget pour les Femmes sud-africain a produit un document qui examine comment les gouvernements nationaux, provinciaux et locaux sont liés les uns aux autres en termes de prise de décision, de budgétisation et de mise en place des nouvelles politiques liées à la santé. Le document fut rédigé six ans après la fin de l'apartheid, alors que des changements s'opéraient encore au niveau des politiques et de la structure gouvernementale. Le document a noté que la plupart des changements s'opéraient à travers des structures qui fonctionnaient de façon descendante. Ce qui implique une dimension de genre car les personnes « subordonnées » de la structure sont principalement des femmes alors que les hommes sont regroupés au niveau supérieur.

Le document observe les relations et le pouvoir à la fois au sein des services de santé et entre les fournisseurs de services et les utilisateurs. Il se demande qui prend les décisions et s'interroge en particulier sur les ressources financières. Il cherche à savoir si les processus de prise de décision sont transparentes; si les personnes sont valorisées à tous les niveaux et si leur expérience et leur savoir sont pris en compte.

Référence : Klugman, B & McIntyre, D. "From Policy, through Budgets, to Implementation: Delivering quality health care services," Initiative budgétaire des femmes: Le Cap, 2000.

LE CYCLE BUDGÉTAIRE ET LES OPPORTUNITÉS D'INTERVENTION

Pourquoi il est important de comprendre le cycle budgétaire

Les budgets forment des outils politiques. Le processus de création de ces budgets implique plusieurs acteurs et chacun d'eux favorisera ses propres préoccupations. L'un des objectifs essentiels des initiatives de la BSG est de promouvoir une plus grande participation dans le processus budgétaire, notamment de la part des personnes ordinaires qui vivent dans le pays mais aussi des parlementaires, et notamment des femmes parlementaires. Une participation plus importante des parlementaires (femmes), des groupes sur la santé de reproduction et d'autres groupes sensibles au genre permettrait de soulever les questions de genre à un stade plus précoce.

En ce qui concerne les initiatives qui s'intéressent à une croissance de la participation, il est primordial de comprendre le processus budgétaire en vigueur et d'explorer les opportunités d'une plus grande participation. L'examen du processus budgétaire (ou « cycle ») est également utile aux initiatives sur la BSG ayant d'autres objectifs afin de savoir où sont les opportunités d'intervention, et éviter d'abandonner l'intervention jusqu'à ce qu'il soit trop tard et d'utiliser la seule option disponible qui est la critique.

Les descriptions du cycle budgétaire ne sont pas les mêmes selon la personne qui les décrit. Par exemple, le Ministère des Finances décrira généralement un processus où il tient un rôle central mais ne mentionnera pas les autres acteurs qui peuvent jouer ou jouent un rôle important. Les acteurs spécifiques ne sont pas les mêmes selon le pays. Par exemple, dans certains pays, la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International ont des rôles puissants, même s'ils n'apparaissent pas dans les descriptions du processus budgétaire formel.

Les étapes standards du processus budgétaire national

La présentation du budget au parlement est le moment le plus public du processus. Cependant, cette présentation ne constitue qu'une seule étape du processus budgétaire.

Dans tous les pays, le processus budgétaire national comprendra les étapes suivantes :

- L'estimation de la recette disponible pour l'année suivante par le Ministère des Finances. La recette disponible est basée sur la situation macroéconomique du pays et sur ce que le pays peut obtenir comme recettes avec les taxes, les subventions, les prêts et les autres sources. La recette disponible, couplée avec une décision sur le déficit budgétaire, définit le « plafond » de l'argent disponible pour les dépenses.
- Envoi d'une « lettre circulaire » du Ministère des Finances à toutes les agences (ex.: les ministères et les autres institutions publiques), en leur demandant de soumettre des propositions budgétaires pour l'année suivante. La lettre circulaire indique souvent un « plafond » budgétaire pour chacune des agences. Dans certains cas, des lettres circulaires distinctes seront adressées pour les budgets de développement et les budgets récurrents, le Ministère des Finances se chargera des dépenses récurrentes et la Commission de la Planification ou un organisme similaire se chargera du budget du développement.
- Préparation des propositions de budget par les agences, et négociations avec le Ministère des Finances (et peut-être la Commission de Planification ou une agence du même type) sur celles-ci.
- Révision par le Cabinet de la proposition consolidée préparée par le Ministère des Finances (et peut-être la Commission de la Planification).
- Proposition et discussion du budget au parlement, suivies par le vote de la Loi sur le Budget.
- Mise en œuvre des programmes et des projets par les agences gouvernementales, avec l'aide des fonds alloués.
- Audit des dépenses par le Commissaire aux Comptes Général.

Les opportunités de participation au processus budgétaire

La majorité des processus budgétaires offrent des opportunités de participation limitées. Même les responsables des ministères chargés de l'exécution trouvent souvent qu'ils disposent de peu de marge de manœuvre. Ils font remarquer que le « plafond » budgétaire donné par le Ministère des Finances est difficilement modifiable. Ils soulignent qu'un large pourcentage de ce montant sera nécessaire pour couvrir les salaires des fonctionnaires existants et qu'il reste par conséquent très peu d'argent « discrétionnaire » pour progresser. Ce qui est particulièrement vrai pour ce qui concerne le budget récurrent.

Les parlementaires ont également l'impression qu'ils n'ont pas beaucoup d'occasions d'influencer les budgets. La première fois qu'ils découvrent le budget est souvent le jour du vote du budget. Il reste ensuite très peu de temps pour en débattre avant que le prochain exercice comptable ne commence. Dans beaucoup de pays, il existe des limites sur le type de changements que les parlements peuvent présenter. Dans certains pays, ils sont obligés soit d'accepter le budget tel qu'il est proposé ou de le rejeter complètement. Peu de gouvernements souhaitent rejeter un budget dans sa totalité car cela voudrait dire la fin de ce gouvernement ! Dans d'autres pays, les parlementaires peuvent effectuer des changements uniquement si ceux-ci ne modifient pas les dépenses totales ou la distribution des dépenses entre les Ministères.

Pour la société civile, les opportunités sont encore moins nombreuses. La société civile peut parfois faire des présentations au cours des audiences budgétaire du parlement. Dans quelques pays, le Ministère des Finances consulte des groupes d'intérêt particuliers au moment de l'établissement du budget. Cependant, ces groupes d'intérêts représentent en général une entreprise ou d'autres groupes d'intérêt puissants plutôt que les gens ordinaires.

Exemples de participation de la société civile dans le processus budgétaire

Il existe néanmoins des opportunités de participation dans certains pays que l'on peut essayer d'obtenir dans d'autres pays. Par exemple:

- En Ouganda et au Kenya, le gouvernement a créé des groupes de travail par secteur pour les différents ministères. Ces groupes se composent de représentants de la société civile, y compris des groupes de femmes. Les groupes rencontrent les responsables du ministère pour discuter des politiques et des programmes qui devraient être budgétisés avant la soumission de la proposition du ministère chargé de l'exécution au Ministère des Finances.
- Dans certains pays, chaque comité de portefeuille du parlement organise des audiences concernant le budget du ministère en question auxquelles il invite les acteurs intéressés à commenter le budget. Il y a parfois une disposition pour les soumissions écrites, soit spontanée soit par invitation.
- Dans certains pays, le Ministère des Finances présente son cadre fiscal global au parlement plusieurs mois avant la fin de l'exercice fiscal. Ce cadre définit la forme globale du budget prévu pour l'année suivante, ou même pour plusieurs années si le gouvernement a un Cadre des dépenses à moyen terme (MTEF ou CDMT). Cette proposition anticipée permet aux parlementaires et aux membres de la société civile de démarrer plus tôt leur plaidoyer. Dans le cas d'un MTEF, le plaidoyer peut axer son action sur les changements à apporter aux prochains exercices fiscaux.
- Dans les pays comme l'Ouganda, l'Inde, le Brésil et le Malawi, les groupes de la société civile et les citoyens ordinaires ont trouvé les moyens de contrôler les dépenses de l'argent, comme par exemple en tenant des audiences publiques auxquelles les responsables du gouvernement sont invités à rendre compte, en menant des recherches sur les structures et en organisant des comités de contrôle locaux.

Le dernier exemple montre en particulier que la société civile n'a pas besoin d'attendre d'être invitée. Elle ne devrait pas baisser les bras si le système officiel ne fournit pas les méthodes formelles pour s'engager dans le processus. Si la société civile réussit à obtenir des bons points en dehors du processus officiel, ses idées pourraient bien être reprises par ceux qui ont une place dans le système officiel. L'efficacité dépendra en partie de la façon dont la société civile cadrera les messages en fonction des publics cibles. L'efficacité nécessite également que la société civile agisse au moment opportun dans le processus budgétaire, quand les acteurs ciblés sont plus susceptibles de réfléchir aux problèmes et ont une plus grande opportunité d'insérer les opinions de la société civile.

DU POINT DE VUE DE LA RECETTE

Cette section aborde le point de vue de la recette fiscale. La recette n'a pas autant l'objet de l'intérêt de la BSG que les dépenses, notamment dans les pays en développement. Mais ce chapitre décrit un certain nombre d'aspects du point de vue de la recette fiscale auquel nous devons nous intéresser si nous souhaitons établir des budgets sensibles au genre dans le domaine de la santé reproductive. La section commence par une courte description des sources principales du financement de la santé. Elle est suivie par une discussion sur les contributions aux frais des utilisateurs, qui sont introduites de façon courante dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Les sous-sections suivantes abordent les différents aspects du financement par donation qui représente une source majeure du financement de la santé dans les pays en développement. La dernière partie dédiée aux relations fiscales intergouvernementales traite des questions liées au flux d'argent entre les différents niveaux du gouvernement. Ce thème a une importance capitale dans les pays où les services de santé sont en cours de décentralisation.

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Les questions relatives au thème du « financement de la santé » ou aux moyens de collecter les recettes afin de répondre aux coûts des services de soins de santé sont variées. Le projet des Droits et des Réformes de la réforme du secteur sanitaire a étudié ces questions en Asie, en Afrique et en Amérique Latine. Il a permis d'identifier les mécanismes suivants en matière de financement du secteur de la santé : recette fiscale, assurance maladie et sociale, frais d'utilisation, assurance maladie privée (à but lucrative) et fonds communautaires. La recette fiscale et l'assurance maladie et sociale constituent des sources de financement « publiques » tandis que les autres sont privées. Pour compliquer les choses, il peut exister des financements privés (ex. : contributions aux frais de santé par les utilisateurs) pour les services de santé du secteur public et des financements publics (ex. : assurance sociale) pour les services de santé du secteur privé.

La recette fiscale peut être collectée par des taxes directes sur le revenu de personnes ou de sociétés, ou par des taxes indirectes comme la taxe sur les ventes (y compris la taxe sur la valeur ajoutée [TVA]), les cotisations sociales, les taxes à l'importation et les impôts sur l'exportation. Dans les pays en développement, les taxes indirectes sont de loin la source de recettes la plus importante par rapport aux taxes directes car la population n'est pas assez nombreuse et n'a pas assez d'argent pour payer les taxes. Dans certains pays, une portion des recettes issues de taxes spécifiques, telles que celle sur l'alcool et les cigarettes, peut être « bien définie » pour le secteur de la santé. Les hommes étant plus susceptibles de consommer des cigarettes et de l'alcool, ceci peut constituer un transfert implicite des hommes vers les femmes.

L'assurance maladie s'établit souvent sous la forme d'un fonds public créé par le gouvernement. Au milieu des années 1990, huit pays subsahariens disposaient d'une certaine forme d'assurance maladie et sociale et sept envisageaient d'en avoir une. L'adhésion est généralement obligatoire pour toutes les personnes qui ont un emploi officiel avec des contributions à la fois des employeurs et du travailleur concernés. Le montant du règlement est calculé sur le montant gagné par le salarié mais les avantages

sont identiques pour tout le monde. Ce qui conduit à l'inter-financement des salariés les moins payés par les salariés mieux payés. En revanche, comme les femmes ont moins de chance de trouver un emploi officiel, elles seront moins susceptibles de bénéficier de l'assurance maladie et sociale. Certaines femmes sont couvertes comme personnes à charge d'hommes employés qui sont adhérents. Cependant, dans des pays comme le Sénégal, un homme marié ne peut être couvert comme personne à charge de son épouse salariée. En Algérie, le mari peut être couvert mais pas les enfants. Dans un faible nombre de pays, les salariés d'un secteur non officiel peuvent choisir de faire partie du fonds.

Les contributions aux frais par les utilisateurs (frais d'utilisation) se retrouvent essentiellement dans le secteur privé bien qu'elles peuvent être payées à travers l'assurance ou d'autres fonds. Des frais d'utilisation sont également demandés pour les services du gouvernement même si souvent dans ce cas elles ne couvrent pas tous les frais du service fourni. Les gouvernements définissent cela comme le « partage des coûts. » Les frais d'utilisation sont susceptibles de décourager les gens, notamment les pauvres, à utiliser ces services. Ce qui est particulièrement vrai pour les services de prévention où le besoin de services immédiats n'est pas évident. Par conséquent, les femmes éviteront de subir des examens anténataux si ceux-ci sont payants.

Dans le cadre de la contribution aux frais pour les services du gouvernement, il existe parfois un programme d'exonération pour des groupes de personnes spécifiques. Ces programmes d'exonération ne fonctionnent pas souvent de façon efficace. Premièrement, les personnes admissibles n'en connaissent souvent pas les règles et donc ne réclament pas leurs droits. Deuxièmement, les prestataires essaient parfois de donner le minimum d'exonération qu'ils le peuvent, notamment si la structure de santé peut conserver tout l'argent qu'elle obtient des frais d'utilisation.

Plans d'assurance privés à but lucratif tels que les plans d'aide médicale qui demandent aux individus ou parfois à l'individu et à son employeur de régler l'assurance. Les plans peuvent couvrir soit certains types, soit tous les types de services de santé ou seulement un certain pourcentage. La contraception est parfois exclue des plans. Les plans d'assurance privés refusent parfois des personnes dans certaines conditions, comme les personnes séropositives ou sidéennes, à souscrire à leur plan ou leur demandent des frais plus élevés que les autres membres.

Les fonds communautaires fonctionnent par adhésion basée sur le ménage qui paye un montant fixe chaque mois pour donner accès aux membres du ménage à la gamme des services de santé. Certains fonds sont organisés par le gouvernement et d'autres fonds par des organisations à but non lucratif. Les ménages les plus pauvres de la communauté ne font souvent pas partie de ces fonds car ils ne peuvent pas se permettre de payer les frais d'adhésion même s'ils sont très faibles.

Le financement par les partenaires au développement est une autre source très importante de revenu pour plusieurs pays en développement. Nous devons examiner cette source de financement même si notre priorité est comment le gouvernement utilise son propre argent. L'aide est fongible, ce qui veut dire qu'un dollar ou un shilling ou un peso dépensé dans un objectif précis ressemble exactement au dollar, au shilling ou au peso dépensé dans un autre but. Par conséquent, si les contributions des donateurs pour la santé augmentent, le gouvernement sera en mesure d'allouer moins de ses propres recettes à la santé. De la même façon, si les donateurs font une contribution pour les questions d'égalité des sexes en particulier, le gouvernement pourrait allouer moins d'argent pour ces mêmes questions. Si les fonds « économisés » grâce aux dépenses des donateurs dans un domaine spécifique sont utilisés de façon

productive pour un autre secteur, cette fongibilité n'est pas nécessairement un problème. La question clé est que se passera-t-il lorsque l'argent des donateurs ne sera plus disponible ?

L'examen du financement par les partenaires au développement est également important en raison de l'influence exercée par les donateurs et les institutions financières internationale sur la façon dont sont utilisés leurs propres fonds et comment les gouvernements gèrent, de façon plus générale, leurs dépenses.

Références: Ravindran, T.K., "Health financing reforms in Asia and the impact on reproductive and sexual health services," paper prepared for the Initiative for Sexual and Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, South Africa, 2003.

Mackintosh, M. & Tibandebage, P., "Gender and Health Sector Reform: Analytical perspectives on African Experience" in Razavi, S. & Hassim, S. (eds) Gender and Social Policy in a Development Context: Mothers, workers and citizens, Palgrave: Basingstoke, Publication à venir.

LES FRAIS D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les frais d'utilisation des services du gouvernement transforment ces services d'un bien et d'un droit public en une « marchandise ».

Les partisans des contributions aux frais d'utilisation disent qu'elles génèrent plus d'argent pour le secteur de la santé ce qui permet d'offrir plus de services et de meilleure qualité. Ils affirment que les personnes pauvres peuvent en être exemptées pour ne pas les accabler de façon draconienne. Ils plaident également que les frais imputés décourageront les gens d'utiliser les services de santé lorsque cela n'est pas nécessaire et que cela évitera donc de surcharger les services et rendra disponible les ressources pour les services qui en ont vraiment besoin.

Les détracteurs des contributions aux frais d'utilisation soulignent que ces contributions ne génèrent qu'une faible proportion de l'argent. Ils avancent que les efforts dépensés à collecter l'argent ainsi que les conséquences négatives qu'ils peuvent entraîner n'en valent pas la peine. Ces contributions peuvent être particulièrement nuisibles aux femmes car elles sont moins susceptibles que les hommes à maîtriser les dépenses du ménage. Les exemptions ont un usage très limité car elles ne sont en général pas correctement indiquées et les prestataires font tout leur possible pour que les gens ne les obtiennent pas.

Certaines exemptions sont basées sur le revenu, c'est-à-dire que ce sont des tests sur les « moyens. » Dans les pays tels que la Tanzanie, les maladies comme le VIH/SIDA et la tuberculose peuvent être soignées gratuitement, peu importe que l'on soit riche ou pauvre. Dans plusieurs pays, les jeunes enfants et les bébés, les femmes enceintes et les mères allaitantes accèdent gratuitement aux services. Cependant, d'autres types de services sur la santé reproductive comme la contraception ne font pas l'objet d'exonération.

ENCADRÉ 27: LA PREUVE DE L'IMPACT DES FRAIS D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN AFRIQUE

- Au Kenya, l'introduction d'une faible contribution pour les visites des malades externes dans un centre de santé a conduit à une réduction de 52% de ce type de visite. Lorsque la contribution a été levée, les visites ont augmenté de 41%.
- En Tanzanie, la fréquentation de trois hôpitaux publics de district a chuté de 53% après l'introduction des frais d'utilisation.
- Au Nigeria, les décès maternels ont augmenté de 56% et les accouchements à l'hôpital ont chuté de 46% après l'introduction des frais d'utilisation. En Tanzanie, une étude de la Duke University a révélé que de plus en plus de personnes subissaient le test de dépistage, qu'elles étaient de plus en plus nombreuses à prendre conscience de leur état de séropositivité et qu'elles devenaient plus impliquées dans les efforts de prévention lorsque les tests d'analyse du VIH étaient gratuits. L'Université a mené une expérience en collaboration avec les femmes de l'ONG KIWAKKUKI, à laquelle elle a offert des tests de dépistage gratuits du VIH au lieu de demander les frais standards aux bénéficiaires de 1 000 shillings tanzaniens. Au cours de cette expérience, le nombre de personnes qui s'est rendu à la clinique pour subir le test est passé de 4 à 15 par jour. Au terme de cette expérience, l'Université a utilisé les résultats pour plaider en faveur d'un financement qui permette à la KIWAKKUKI de poursuivre l'offre de test gratuit.

Référence : <http://usinfo.state.gov/xarchives/display.html?p=washfile-english&y=2006&m=January&x=20060131131831cmretrop0.3781549&t=livefeeds/wf-latest.html>

Au cours des années 1990, la Banque Mondiale s'est tournée vers le support de l'élimination des frais d'inscription pour l'éducation de base mais a continué à plaider pour les contributions aux frais en matière des services de santé. Vers la fin de l'année 2000, la Banque Mondiale a annoncé qu'elle ne favoriserait plus les frais d'utilisation pour les soins de santé primaires.

Référence: Braam, T., "The impact of health sector financing reforms on sexual and reproductive health services in Africa," Paper prepared for Rights and Reforms. www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/training.htm

LE FINANCEMENT DES DONATEURS

Le MYFF de l'UNFPA note que le Programme d'Action de la CIPD estimait qu'un budget de \$18,5 milliards serait nécessaire pour l'année 2005 pour mettre en place les programmes de base spécifiques de la santé reproductive ainsi que pour collecter et analyser les données de base. Qui plus est, les systèmes de santé, les soins obstétricaux d'urgence et le traitement et soins du VIH/SIDA devaient être renforcés. Le Programme d'Action de la CIPD a estimé qu'environ un tiers de ce budget, soit \$6,1 milliards en 2005, devraient provenir de sources externes.

Le MYFF de l'UNFPA note que l'organisation devra se concentrer sur la façon dont la santé reproductive et les questions y afférentes peut être intégrée dans les principales approches utilisées par les plus importants donateurs si l'agenda de la CIPD devait se réaliser. Ces approches incluent les DSRP, les OMD ainsi que les approches sectorielles (SWAp) au financement.

Cette observation dans le MYFF est importante car au fil des années, les financements par les partenaires au développement se sont de plus en plus éloignés des projets vers d'autres modalités. Actuellement, les modalités majeures sont :

- L'approche sectorielle (SWAp), qui implique le développement d'un cadre complet de politique, stratégie et dépenses du secteur ainsi qu'un cadre de gestion, de planification et de rapport. Les partenaires au développement participant à l'élaboration de la politique, des stratégies et du cadre et investissent leur argent dans « l'équipe » qui sera utilisée pour le financer ;
- Le financement commun à partir d'un fonds unique (basket funding) qui implique différents donateurs contribuant à un compte commun réservé à des fins particulières, en général au sein d'un secteur spécifique. L'utilisation des fonds est convenu entre le gouvernement et les donateurs contributeurs ;
- Le Support Budgétaire Direct qui implique des donateurs contribuant au programme d'un gouvernement tel que la réduction de la pauvreté, l'ajustement fiscal, la réforme du processus budgétaire ou la réforme d'un secteur particulier. La différence entre ce support et les autres formes de support par donation est que l'argent fait partie des fonds généraux du gouvernement et est géré par les systèmes budgétaires généraux.

Les SWAp forment un moyen pour les donateurs de s'assurer que leur argent est dépensé dans le secteur de la santé lorsqu'ils ne sont pas certains que la santé occupera une position adéquate dans le support budgétaire général. En 2005, l'UNFPA participait aux SWAp dans 27 pays et au financement commun dans sept pays.

Le Sommet Mondial de septembre 2005 aux Nations Unies a avalisé la **Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide** qui demandait instamment aux donateurs d'augmenter le montant de l'aide. La déclaration édicte également quatre principes d'une nouvelle approche à l'aide, à savoir (a) l'appropriation par le pays, (b) alignement de l'aide avec les plans et les budgets du pays, (c) l'harmonisation des actions des donateurs avec celles des autres donateurs, et (d) la responsabilité mutuelle des donateurs et des pays destinataires. Bien que ces principes recouvrent plusieurs aspects positifs, l'approche dissimule un danger pour l'égalité de genre dans la mesure où l'alignement de l'aide avec les budgets d'un pays signifiera que les donateurs ne pourront plus aider à compenser les faiblesses dans la façon dont le pays concerné traite des questions de genre aussi facilement que de par le passé.

Le financement par donation s'accompagne souvent de conditionnalités. La forme de la conditionnalité dépend en quelque sorte de la modalité. Par exemple, quand il existe un support de prêts ou de budget général, la conditionnalité peut être qu'il faut réduire le déficit fiscal (la différence entre les dépenses et les recettes) ou qu'il faut allouer un certain pourcentage des dépenses publiques aux secteurs sociaux. Les conditionnalités qui ne disent absolument rien de spécial sur les services de santé peuvent néanmoins avoir un impact. Par exemple, la réduction du déficit sera possible en rendant moins d'argent disponible pour la provision des services de santé ou en appliquant des frais d'utilisation. Lorsque les donateurs offrent leur support dans un secteur précis, ils peuvent stipuler qu'une certaine partie des propres recettes du gouvernement soit allouée à ce même secteur ou qu'une contribution aux frais soit imposée ou que certaines institutions ou services soient privatisés. Les implications de ces conditionnalités sont souvent plus faciles à voir que celles du support général au budget.

Références : Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide

<http://www.aidharmonization.org/ah-wh/secondary-pages/Paris2005#declaration>

UNIFEM, "Promoting Gender Equality In New Aid Modalities and Partnerships, March 2006.

http://unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=64

L'APPROCHE SECTORIELLE

Les SWAp forment un moyen pour les donateurs de s'assurer que leur argent est dépensé dans le secteur de la santé lorsqu'ils ne sont pas certains que la santé occupera une position adéquate dans le support budgétaire général. Les SWAp sont également destinés à améliorer la gestion financière, à renforcer l'efficacité et à réduire le double emploi, et à minimiser la bureaucratie et l'établissement de rapports. Grâce à une stratégie unique coordonnée, les résultats devraient être meilleurs.

Le programme sectoriel financé est généralement établi par le Ministère de la Santé en collaboration avec les donateurs, et peut-être d'autres actionnaires, tels que des personnes et des groupes du pays. La faiblesse de certains SWAp du secteur de la santé est que les ONG ne sont pas impliquées alors qu'elles jouent un rôle-clé dans la fourniture des services de santé. Un des donateurs est désigné comme étant le « pilote » d'un SWAp en particulier. L'UNFPA a piloté plusieurs des SWAp du secteur de la santé.

Les SWAp offrent de nombreuses opportunités à l'UNFPA et aux plaidoyers de genre et de santé reproductive :

- Il existe la possibilité d'influencer l'approche nationale à l'égard de la santé reproductive et du genre, plutôt que l'approche d'un seul projet ;
- Il existe la possibilité d'augmenter la visibilité des questions en matière de santé reproductive et de genre au sein des responsables et des donateurs du secteur de la santé ;
- Il existe la possibilité de traiter les questions englobant le système qui entravent les progrès de la santé reproductive pour tous ; et
- Il existe la possibilité de sécuriser le financement pour des postes particuliers d'un budget, tels que les contraceptifs.

Cependant, les SWAp présentent également des défis. Le premier implique dans quelle mesure les donateurs adhèrent à l'idée. Il y a presque toujours des donateurs, très souvent l'USAID et l'Agence de Coopération Internationale du Japon, qui refusent de faire partie du SWAp et continuent de financer les programmes et les projets de leurs choix. Même les donateurs qui contribuent aux SWAp voient leurs financements partir via d'autres « modalités » dans le même secteur simultanément. Pour élargir la métaphore, ils ne mettent pas tous leurs œufs dans le même panier. Un autre problème est que souvent des montants importants de l'argent du SWAp ne sont pas déboursés par le système gouvernemental. Ce financement hors budget semble contradictoire à l'idée d'un plan coordonné.

Il existe souvent des problèmes de « transition » lorsque les pays passent d'un financement vertical (projet) à un financement commun. Ces problèmes tendent à affecter les programmes verticaux qui s'occupent des maladies telles que la tuberculose, la malaria et le VIH/SIDA, et seront plus susceptibles d'affecter davantage les pauvres que les riches. Globalement, les donateurs sont en général satisfaits du changement vers les SWAp. Les gouvernements peuvent être plus ambivalents. En particulier, les SWAp tendent à donner aux donateurs encore plus de pouvoir qu'avant, dans la mesure où ils peuvent influencer le programme global du secteur au lieu de quelques parties de celui-ci.

Enfin, les SWAp peuvent présenter des difficultés lorsque l'on tente d'adresser des questions intersectorielles telles que la violence à l'égard des femmes, car ils ne se concentrent que sur un seul secteur. Cela peut engendrer une faiblesse importante étant donné que les questions de genre recouvrent souvent plusieurs secteurs.

Certains SWAp ont donné lieu à une hausse du financement pour les soins primaires plutôt que curatifs, et pour une meilleure couverture et utilisation. Ces développements sont positifs d'un point de vue de l'équité, et probablement aussi au plan du genre. Cependant, les SWAp peuvent également conduire à une réduction de l'argent des donateurs canalisé vers des prestataires non gouvernementaux comme les ONG tournées vers les services. C'est très mauvais pour les personnes pauvres qui comptent souvent très fortement sur les ONG pour accéder aux services de soins primaires.

Références : HLSP Institute, "Sector Wide Approaches: A resource document for UNFPA staff," Prepared for UNFPA, United Kingdom, September 2005.

Ravindran, T.K.S. & Maceira, D., "Health financing reforms," in Ravindran, T.K.S. & de Pinho, H. (eds), Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health: The right reforms?" Projet de Santé des Femmes: Parktown, 2005.

UNFPA, "Being effective in the new aid environment: Leading the ICPD Agenda. Issues and Recommendations from the UNFPA Workshop on SWAp and Budget Support 8–10 June 2005," Geneva, July 2005..

LES INITIATIVES PARTICULIÈRES DES DONATEURS SUR LE VIH/SIDA

La pandémie du SIDA a déclenché tout un panel d'initiatives de financement destinées à assister les pays qui sont les plus gravement touchés. Cette section récapitule les principaux aspects des initiatives les plus connues, en particulier, quel est leur champ d'application, par exemple le type d'activités financées et les pays couverts. Ces récapitulatifs contiennent certaines des critiques qui ont été émises sur certains aspects particuliers de ces initiatives.

Le programme multinational VIH/SIDA de la Banque Mondiale pour l'Afrique (MAP)

En 2002, la Banque Mondiale a présenté son Programme multinational VIH/SIDA pour l'Afrique (MAP). L'objectif des cinq premières années consistait à établir des mécanismes institutionnels, à construire de la main-d'œuvre pour mettre en place des programmes d'envergure pour la prévention, les soins, le traitement et la recherche, et la généralisation des programmes existants. La Banque a alloué une enveloppe de \$500 millions pour le MAP en septembre 2000 et une enveloppe supplémentaire de \$500 millions en février 2002. À la fin de 2003, les projets MAP étaient approuvés pour 24 pays.

Une évaluation du MAP au début de l'année 2004 a révélé que « grâce à toutes les mesures, dans son concept et sa conception, le Programme MAP est un succès majeur. » Il existe quand même quelques faiblesses. L'une d'entre elle est le leadership politique. Les Conseils Nationaux de lutte contre le VIH/SIDA (NAC) n'ont pas fourni le leadership escompté. Certains pays n'avaient pas alloué les 5% du financement de contrepartie requis.

Deuxièmement, depuis la création du MAP, on assistait à l'émergence de beaucoup d'autres initiatives de financement, telles que le Global Fund, l'US PEPFAR et des fondations privées comme la Gates Foundation. «Cependant, des donateurs n'utilisaient pas la structure commune. Par exemple, le Global Fund employait un mécanisme de coopération national distinct pour la soumission des propositions de financement. Certains des financements semblaient également se focaliser sur le traitement et négliger d'autres aspects des soins.

Troisièmement, le processus d'approbation des programmes communautaires conduisaient souvent à des retards et même à la corruption. Quatrièmement, alors que le programme parlait d'une action « multisectorielle », plusieurs agences gouvernementales se concentraient sur des programmes dirigés vers leurs propres employés plutôt que vers les membres du public général. Cinquièmement, alors que le MAP parlait du besoin d'adapter le programme au pays en question, les projets étaient très semblables d'un pays à un autre à des stades très différents de l'épidémie. Dernièrement, les partenaires d'un seul pays sur les six qu'avait visité l'équipe d'évaluation ont mentionné le genre.

Référence : World Bank, "Interim Review of the Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa," 2004.
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFR-REGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20450745~menuPK:717173~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html>

Les « Trois Principes »

Le 25 avril 2004, l'UNAIDS, le Royaume-Uni et les États-Unis ont co-organisé une réunion de haut niveau à laquelle les donateurs ont exprimé à nouveau leur engagement pour le renforcement des réponses nationales au SIDA qui sont menées par les pays affectés. Les donateurs ont approuvé les « Trois Principes » qui pouvaient, selon eux, conduire à une utilisation rapide, efficace et efficiente des ressources, à savoir :

- Un cadre d'action commune de lutte contre le VIH/SIDA afin de coordonner le travail de tous les partenaires ;
- Un organisme national commun de coordination du SIDA, avec un mandat multisectoriel.
- Un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelle nationale.

Les Trois Principes ne signifient pas donner encore de l'argent, mais au contraire comment les donateurs pensent pouvoir garantir que le « nouvel argent » mis à disposition pourrait être utilisé encore plus efficacement.

En 2005, l'initiative des Trois Principes offrait un support à 12 pays qui sont considérés comme étant à un stade critique de leur épidémie ou à un stade critique en termes de développement d'une réponse nationale. Les 12 pays se composaient de l'Éthiopie, d'Haïti, de l'Inde, de l'Indonésie, du Kenya, du Malawi, du Mali, de la Mozambique, de la Tanzanie, de l'Ukraine, du Vietnam et de la Zambie.

Référence : <http://www.unaids.org/Unaid/EN/About+UNAIDS/What+is+UNAIDS/UNAIDS+at+country+level/The+Three+Ones.asp#top>

Le fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et la malaria (GFATM)

En avril 2001, lors de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, le Secrétaire Général Kofi Annan a appelé à créer un « fonds de guerre » pour lutter contre la pandémie. Peu de temps après sa déclaration les pays du G8 décidèrent d'établir le Fonds Mondial comme partenariat public-privé indépendant et international dans le but de collecter de nouveaux fonds de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria. Le GFATM a été lancé en 2002. Le principe "public-privé" opère à la fois du côté des donations et du côté de la réception en ce sens que le Fonds accepte les demandes au niveau national des gouvernements et des agences non gouvernementales, ainsi que les groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le Cadre du GFATM stipule que les propositions sont financées sur la base des « normes scientifiques et techniques les plus appropriées qui prennent en compte les réalités locales et les priorités. »

Au cours de ses deux premières années de financement, le Fonds a approuvé le financement de 160 programmes liés au VIH, à la tuberculose ou à la malaria dans 85 pays dans le monde. Au milieu de l'année 2002, le GFATM avait collecté plus de \$2 milliards mais il lui manquait \$1,6 milliard de ce qui était nécessaire pour la troisième année.

Les donateurs ont affirmé que l'argent pour le Fonds Mondial serait additionnel au fonds existant pour les soins de santé. En pratique, cela n'a pas toujours été le cas.

D'un point de vue international, un audit genre du GFATM pourrait impliquer la surveillance des opérations de négociation afin d'examiner à la fois les propositions approuvées et rejetées sur une ou plusieurs années et voir dans quelle mesure les propositions tiennent compte des questions relatives au genre et aux femmes. Au niveau national, une Évaluation sexo-spécifique des politiques pourrait regarder la façon dont les fonds sont utilisés pour traiter les questions de genre et s'intégrer à la stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA.

Référence : www.theglobalfund.org

Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR)

En janvier 2003, le Président américain Bush a annoncé la dotation de 15 milliards de dollars américains sur cinq ans pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA au-delà des frontières des États-Unis. Il a déclaré que l'argent du PEPFAR serait adressé aux pays les plus touchés en Afrique et aux Caraïbes. Le Congrès a approuvé le plan et le financement en mai 2003. Le Congrès a indiqué que « l'accent sera mis sur les besoins des familles avec des enfants (y compris la prévention de la transmission mère-enfant), des femmes, des jeunes, et des enfants (comme l'accompagnement des enfants mineurs et des orphelins). » Les États-Unis ont prévu de dépenser 17,5 milliards de dollars américains dans le pays-même pour l'année 2005 seulement.

Le Congrès a déclaré que plus de la moitié (55%) de l'argent du PEPFAR serait utilisé pour le traitement (notamment les antirétroviraux), 15% pour les soins palliatifs, 20% pour la prévention et 10% pour l'aide aux orphelins et aux enfants vulnérables. Au moins un tiers de l'argent pour la prévention devait être dépensé pour promouvoir l'abstinence avant le mariage.

Avant l'annonce de la création du PEPFAR, le gouvernement américain donnait déjà des financements pour la lutte contre le SIDA au moyen des fonds bilatéraux de pays-à-pays. Ce financement a été intégré au PEPFAR. Globalement, 5 milliards de \$US de l'argent du PEPFAR représenteraient la continuité du financement antérieur, 9 milliards de dollars américains représenteraient le nouveau financement et 1 milliard de dollars américains serait donné au Fonds Mondial.

Le Président Bush et le Congrès ont affirmé que 15 millions de dollars américains seraient alloués. Cependant, la budgétisation s'effectue annuellement, et non pas pour une période de cinq ans, par conséquent le montant final pourrait être plus ou moins de 15 milliards de dollars américains. En 2004, Bush a proposé une enveloppe de 1,9 milliards de dollars américains pour le VIH/SIDA, la tuberculose et la malaria, mais le Congrès a augmenté ce chiffre à 2 milliards de dollars américains.

Quatorze pays ont été choisis comme pays « d'intérêt » pour le PEPFAR. Ils se composent du Botswana, de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie, de la Guyane, d'Haïti, du Kenya, du Mozambique, de la Namibie, du Nigeria, du Rwanda, de l'Afrique du Sud, de la Tanzanie, de l'Ouganda et de la Zambie. En 2004, le Congrès a décidé que le Vietnam devrait être ajouté à la liste. Le PEPFAR finance également le travail de lutte contre le VIH/SIDA dans d'autres pays.

Le Président Bush et le Congrès ont tous deux défini des objectifs pour le PEPFAR, par exemple le nombre de personnes devant recevoir l'ART. Les objectifs n'ont pas été atteints au cours de la première période, en partie parce que l'argent initial a été déboursé tardivement. En ce qui concerne les périodes ultérieures, les chiffres indiquent que les résultats du PEPFAR sont meilleurs dans plusieurs pays. Cependant, les chiffres peuvent être trompeurs. Par exemple, les chiffres reportés comprennent un tiers de tous les chiffres du Fonds Mondial sur la base qu'un tiers de l'argent du Fonds Mondial provient des États-Unis. Dans certains pays, comme le Botswana, les personnes qui reçoivent un traitement sont réclamées par le PEPFAR même si le PEPFAR n'a participé que faiblement à ces programmes.

Le PEPFAR ne financera que les médicaments qui ont été avalisés par les agences de réglementation aux États-Unis, au Canada, au Japon et en Europe de l'Ouest. Il indique que la pré-qualification des médicaments par l'Organisation Mondiale de la Santé ne suffit pas. Les documents du PEPFAR indiquent que l'argent peut être utilisé pour acheter des médicaments génériques (qui sont habituellement beaucoup moins chers) mais la majorité des génériques n'ont obtenu que la pré-qualification de l'OMS.

Le gouvernement brésilien a refusé 40 millions de dollars américains du PEPFAR en mai 2005 parce que le PEPFAR a dit qu'il ne proposerait pas d'assistance aux organisations qui ne s'opposent pas explicitement à la prostitution et au trafic sexuel. Le gouvernement brésilien a affirmé que s'il acceptait cette règle, cela l'empêcherait d'aider les travailleurs de l'industrie du sexe à se protéger eux-mêmes et leurs clients.

Les organisations ne sont pas obligées de publier des détails concernant l'argent reçu du PEPFAR. Le PEPFAR lui-même a publié quelques informations mais n'est pas entré dans les détails.

Référence : <http://www.avert.org/pepfar.htm>

ENCADRÉ 28: LES CONDITIONS DU PEPFAR IMPOSENT DES COÛTS INUTILES

Le Groupe Commun de Surveillance de la Société Civile en Afrique du Sud a réuni plusieurs ONG concernées par la surveillance du déploiement des antirétroviraux dans le pays. Les ONG travaillent ensemble avec des donateurs et des responsables gouvernementaux. Lors de sa réunion en novembre 2005, le Groupe a été informé que l'argent du PEPFAR était alloué à deux conditions : que (a) l'organisation destinataire devait présenter une déclaration signée indiquant qu'elle ne soutient pas l'industrie du sexe ; et (b) que les fonds ne pourront être uniquement utilisés pour les médicaments approuvés par la US Federal Drug Authority. La réunion a décidé de demander au PEPFAR également d'autoriser l'achat de médicaments approuvés par le Conseil de Contrôles des Médicaments sud-africain (South African Medicines Control Council) car il a approuvé des génériques qui sont bien moins chers que les médicaments approuvés par les États-Unis.

Référence : www.hst.org.za

L'Initiative 3 par 5 de l'Organisation Mondiale de la Santé

Lors de la Journée Mondiale SIDA en décembre 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont fait paraître un plan pour offrir le traitement antirétroviral à 3 millions de personnes vivant avec le Sida dans les pays en développement et les pays en transition d'ici la fin de l'année 2005. C'est devenu l'Initiative "3 x 5".

L'OMS et l'ONUSIDA ont choisi de se concentrer sur les antirétroviraux car ces médicaments peuvent transformer le VIH/SIDA d'une mort certaine en une maladie chronique gérable. Cependant, même si les ARV ont permis aux pays développés de réduire de 70% le nombre de décès du VIH/SIDA, les pays en développement et en transition sont loin de ces résultats.

L'Initiative « 3 x 5 » est basée sur cinq « piliers » :

- Outils simplifiés et normalisés pour délivrer les ARV ;
- Un service qui assure un approvisionnement fiable des médicaments et des diagnostics ;
- Identification, diffusion et application rapides des nouvelles connaissances et stratégies ;
- Soutien rapide et durable aux pays ; et
- Leadership, partenariat et plaidoyer internationaux.

Afin de distribuer les ARV à 3 millions de personnes dans les pays en développement, l'OMS estimait que 100 000 professionnels de la santé devaient être formés, et qu'il fallait développer les systèmes, les infrastructures et les normes sanitaires. En 2005, l'OMS a estimé qu'il lui manquait encore 5,5 milliards de dollars américains pour atteindre son but.

Référence : www.who.int/3by5/about/initiative/en/index.html

L'Initiative de la lutte contre le SIDA de la Fondation William J Clinton

La Fondation Clinton a fait de la lutte contre le VIH/SIDA une des orientations principales de sa fondation. Les fonds sont alloués aux pays de façon à les aider à planifier et à mettre en œuvre des programmes intégrés d'envergure de soins, de traitement et de prévention. Cette Initiative a mis un accent particulier sur l'approvisionnement en ARV.

La Fondation a déjà apporté un soutien financier au Lesotho, au Mozambique, au Rwanda, à l'Afrique du Sud, à la Tanzanie, à la Chine, à l'Inde, à l'Organisation des Etats de la Caraïbe Orientale, aux Bahamas, à la République Dominicaine, à Haïti et à la Jamaïque.

Référence : <http://www.clintonfoundation.org/programs-hs-ai.htm>

La fondation Melinda et Bill Gates

Le soutien de la Fondation Gates s'attache à aider à prévenir la transmission du virus plutôt qu'à offrir des soins. Elle alloue des fonds pour :

- développer un vaccin fiable, efficace et abordable contre le VIH ;
- développer des microbicides sous la forme de gels ou de crèmes que les femmes peuvent utiliser pour se protéger contre les infections acquises sexuellement ;
- étendre l'accès aux instruments de prévention existants du VIH ; et
- plaider en faveur du soutien d'une approche basée sur la science afin d'enrayer l'épidémie.

Parmi plusieurs projets, la Fondation a alloué 200 millions de dollars américains pour son Initiative SIDA en Inde, Avahan, qui travaille avec des groupes à haut risque et la population en général. Elle a également soutenu la création d'un Groupe de Travail International de Prévention contre le VIH qui rassemble environ 50 experts du SIDA qui discutent de la politique et de la pratique de prévention du VIH.

Référence : http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri_Diseases/HIVAIDS/default.htm

ENCADRÉ 29: S'ASSURER QUE LES FEMMES ONT ACCÈS AUX MÉDICAMENTS

Le Centre pour la Santé et l'Égalité des genres a mis au point une liste de questions afin de garantir que les femmes reçoivent un accès équitable aux médicaments fournis par les initiatives de traitement financées par les États-Unis :

- S'assurer que les critères d'éligibilité reflètent à la fois les vulnérabilités biomédicales et socio-économiques ;
- S'assurer que les critères d'éligibilité ne discriminent pas les femmes enceintes ;
- S'assurer que les critères et les méthodes d'élargissement de l'accès sont transparents ;
- Développer un prix équitable des médicaments ;
- S'assurer que les programmes d'adhérence aux médicaments sont sensibles au genre ;
- S'assurer que les systèmes de santé primaires sont développés et améliorés ;
- Investir dans la qualité des soins et les efforts d'élimination des préjugés au sein du système de soins de santé ;
- Élargir les services de soutien sensible au genre dans le cadre des programmes de traitement et de prévention ;
- Garantir l'équité de l'accès à la thérapie par ARV au moyen de mécanismes plus sensibles de financement de la santé ;
- Aborder les inégalités de genre avec le personnel de la santé et dans les politiques du personnel ;
- S'assurer que les services ARV sont offerts dans le cadre d'un système de soins de santé intégrés et complets ;
- S'assurer que toutes les femmes, les adolescentes et les adolescents ont accès à des services et à une éducation complets en matière de santé sexuelle et reproductive, comprenant les efforts pour traiter la violence basée sur le genre ; et
- Assurer l'accès aux technologies de prévention contrôlées par les femmes.

Le document précise ce que chacun de ces points implique. Même si certains d'entre eux nécessitent un soutien financier spécial ou supplémentaire, la majorité requiert simplement que les allocations existantes soient dépensées d'une façon sensible au genre.

Center for Health and Gender Equity, "Gender, AIDS, and ARV Therapies: Ensuring that Women Gain Equitable Access to Drugs within U.S. Funded Treatment Initiatives."

LA RÈGLE UNIVERSELLE DU SILENCE

La règle du bâillon mondial a été annoncée la première fois par l'Administration Reagan à la Conférence Internationale sur la Population des Nations Unies en 1984 à Mexico. Elle est parfois dénommée la « Politique de Mexico. » La Règle du bâillon mondial stipule que les ONG qui reçoivent des fonds de l'USAID n'ont pas le droit de les utiliser pour offrir des services d'avortement (légaux ou illégaux), pour faire pression sur leurs gouvernements afin de réformer la loi sur l'avortement ou pour fournir une éducation publique ou des conseils sur l'avortement. Elle n'empêche pas les groupes anti-choix de faire pression pour obtenir des lois anti-avortement plus strictes. En 1993, l'Administration Clinton a mis fin à la Règle du bâillon mondial sur ordonnance exécutive. Mais le 22 janvier 2001, le premier jour de son investiture, le Président George Bush a réimposé la Règle du bâillon mondial.

La règle du bâillon mondial est particulièrement sérieuse car les ONG qui sont restreintes par cette règle sont souvent les seuls prestataires de soins de santé des régions rurales éloignées. Cette règle n'empêche pas explicitement les ONG de pratiquer des avortements de sauvetage ou des soins post-avortement si ces pratiques sont légales dans un pays. Mais les ONG choisiront d'arrêter de fournir ces services car elles craignent que l'USAID interrompe leurs aides financières car elles ont un lien avec l'avortement. D'autres donateurs bilatéraux peuvent aussi être concernés par cette règle parce que les ONG qu'ils financent ne peuvent pas travailler sur des projets liés à l'avortement si elles reçoivent également un soutien financier de la part de l'USAID.

En 2003, les ONG d'au moins 56 pays ont été touchées par cette règle. La règle limite leur droit au discours libre et à la participation publique. Elle empêche également les prestataires de répondre à l'éthique médicale de base qui consiste à fournir une gamme complète de services et d'informations disponibles. En Éthiopie, au Kenya, en Zambie et en Roumanie, et peut-être dans d'autres pays, certaines communautés se sont retrouvé sans aucun prestataire de soins de santé suite à la règle du bâillon mondial. Dans d'autres pays, les organisations de planification familiale ont perdu leur approvisionnement en contraceptifs de l'USAID y compris les préservatifs. Au Kenya, Marie Stopes International a fermé une clinique de santé de reproduction dans la province qui compte le taux le plus élevé de VIH/SIDA suite à une crise du financement.

En août 2003, le Président Bush a émis une Ordonnance Exécutive stipulant que les fonds internationaux de lutte contre le SIDA des États-Unis seraient exempts de la règle du bâillon. Cependant, en novembre 2005 les responsables du gouvernement américain ont indiqué que le Président Bush envisageait d'étendre la règle du bâillon à ceux qui recevaient un financement du PEPFAR. Le Washington Post a alerté Bush qu'il « sacrifiait [une] partie de l'aide pour la lutte contre le SIDA sur l'autel de politiques controversées sur l'avortement.... [et] qu'il laissait les considérations d'une politique intérieure troubler l'intérêt du travail d'urgence à portée de main. » Néanmoins, la règle du bâillon entraine dans les critères d'éligibilité pour les financements du PEPFAR au Kenya et probablement ailleurs.

Les responsables du gouvernement ont proposé un compromis par lequel les agences pourraient recevoir des fonds d'aide de lutte contre le SIDA si elles scindaient totalement le travail de la planification familiale et le travail consacré au SIDA. Cela empêcherait les cliniques de traiter des maladies liées au SIDA et les problèmes de la santé de reproduction dans la même structure. Les femmes seront particulièrement touchées car elles devront trouver l'argent et le temps de se rendre dans différentes structures pour trouver les soins adaptés à leurs besoins et aux besoins des personnes dont elles prennent soin également. En différenciant les cliniques de traitement du SIDA, la stigmatisation augmentera probablement et les personnes qui viendront se faire soigner dans ces cliniques seront facilement identifiables.

Au début de l'année 2006, le Département britannique pour le Développement International (DFID) a annoncé qu'il contribuait à hauteur de £3 millions dans un nouveau financement, le Programme International de l'Avortement non Dangereux. Ce fonds serait utilisé dans l'objectif précis d'augmenter l'accès à des services d'avortement non dangereux et à des groupes de soutien qui avaient été obligés de réduire leurs services de santé reproductive à cause de la règle du bâillon.

Références : Clark, C., Sprenger, E., Veneklasen, L., Duran, L.A. & Kerr, J., "Where is the Money for Women's Rights? Resources and the role of donors in the promotion of rights and the support of women's rights organizations," Association for Women's Rights in Development, October 2005.

Stevens, A. 10 "Bush Extends Global Gag Rule to AIDS Funds," Washington Lookout, November 2005. <http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/1233>

"UK Government announces support to help combat threat to women's health in developing world," DFID press release, 6 February 2006. <http://www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/reproductive-health060206.asp>

LES RELATIONS FISCALES INTERGOUVERNEMENTALES

Les relations fiscales intergouvernementales est le terme utilisé pour décrire comment l'argent circule entre les différents niveaux du gouvernement, c'est-à-dire national, provincial ou étatique, ainsi qu'entre les différents niveaux du gouvernement local. Les relations fiscales intergouvernementales concernent non seulement la quantité d'argent collectée et dépensée à chaque niveau mais également qui décide du montant qui est alloué aux différentes unités de chaque niveau, et qui prend les décisions sur l'argent dépensé à chaque niveau.

Les transferts s'opèrent pour la plupart du gouvernement national vers les niveaux inférieurs car ces derniers détiennent habituellement moins de pouvoir pour collecter les recettes que le gouvernement national. C'est une très bonne chose à plusieurs égards car elle permet au gouvernement national de redistribuer les ressources des régions riches vers des personnes plus pauvres et moins bien desservies.

Il existe deux principaux types de transfert : inconditionnel et conditionnel. Les transferts inconditionnels sont constitués par des règlements forfaitaires qui sont répartis au niveau inférieur qui peut décider comment utiliser l'argent. Les transferts conditionnels ne peuvent être utilisés que pour l'objectif spécifié par le niveau qui exécute le transfert.

Les deux types de transferts peuvent comprendre une composante genre. Dans plusieurs pays, le montant du transfert inconditionnel est basé sur une formule. Les variables utilisées dans la formule peuvent explicitement ou implicitement avoir un fort parti pris pour le genre. Un exemple d'un parti pris explicite en faveur des femmes est la formule utilisée par l'Afrique du Sud au milieu des années 1990 pour décider du montant forfaitaire qui serait alloué à chaque province. Cette formule prenait en compte le nombre de femmes et de jeunes enfants dans la province parce que ces groupes étaient connus pour être plus enclins à avoir besoin des services de santé que d'autres groupes. Un exemple de parti pris implicite serait le poids accordé à la composante de la formule liée à la santé en raison du besoin plus important des femmes à recourir à ces services.

Les questions de genre sont même encore plus claires avec des subventions conditionnelles où le niveau de « don » spécifie plus exactement dans quoi l'argent doit être dépensé.

Avec les transferts conditionnels et inconditionnels, le montant alloué n'est pas nécessairement suffisant pour couvrir les besoins d'une localité en particulier. On assiste alors à ce qui est parfois dénommé des "missions" non-financées ou sous-financées où le niveau inférieur du gouvernement est responsable d'une fonction que les fonds qui lui sont alloués ne suffisent pas à remplir de façon adéquate. Dans le cas des dotations basées sur une formule, le montant alloué à une localité en particulier pourrait, si les variables de la formule étaient correctement sélectionnées, refléter les besoins relatifs de cette localité par rapport aux autres. Cependant, le montant total peut ne pas être suffisant pour répondre aux besoins absolus. Dans d'autres cas, des dotations égales sont données à chaque localité. Ces dotations "égales" sont, cependant, loin d'être "équitables" car les localités présentent des besoins très différents.

ENCADRÉ 30: FLEXIBILITÉ RESTREINTE DE LA PRISE DE DÉCISION

Les chercheurs de l'étude sur la BSG de Villa El Salvador au Pérou ont découvert que jusqu'en 2002, 70% des transferts du gouvernement central vers les autorités locales devaient être utilisés dans les investissements. Les responsables utilisaient le terme « investissement » pour parler des infrastructures. Les chercheurs sur la BSG avancent qu'investir dans les capacités humaines ou améliorer l'accès aux services devraient être également considérés comme des secteurs « d'investissements. »

Andía-Pérez, B., Beltrán-Barco, A., Coello-Cremades, R., Gutiérrez, M., Palán-Tamayo, Z & Zabalaga-Estrada, C., "Gender-Sensitive Budgets in Latin America: Accountability for Equity and Transparency," UNIFEM, 2004.

Cette section aborde l'importance des statistiques dans le travail sur la BSG. Elle précise néanmoins que le manque de statistiques adéquates ne devrait pas empêcher d'entreprendre des travaux sur la BSG. Elle propose des moyens créatifs permettant à la fois de travailler avec ce qui est disponible et d'encourager l'amélioration des statistiques au fil du temps.

UTILISER LES STATISTIQUES DANS LE TRAVAIL DE BSG

La BSG fait souvent l'objet d'une critique commune qui est le manque de données relatives au genre. Les statistiques liées au genre comprennent des données désagrégées par sexe ainsi que des données sur des questions importantes depuis une perspective de genre (telle que la VBG ou la mortalité maternelle) qui peuvent affecter uniquement un sexe. Les données concernant la gestion du temps sont souvent absentes ou désuètes. Ce qui a pour conséquence de ne pouvoir effectuer des mesures quantitatives de l'impact des politiques gouvernementales et de budgets associés en matière de travail de soins non rémunéré effectué par les femmes et les hommes.

L'absence de données désagrégées selon le sexe ne devrait pas empêcher d'engager le travail. Néanmoins, de bonnes statistiques sont très utiles à la BSG et aux différentes étapes du processus, depuis la description initiale de la situation jusqu'à la surveillance et l'évaluation.

La BSG peut ensuite axer son travail sur l'exploration des données existantes et permettre d'en créer des nouvelles. Par rapport à ce dernier point, cela pourrait impliquer des activités telles que la conduite d'une étude exclusive. Mieux encore, cela pourrait impliquer la création de systèmes qui génèrent des données pertinentes de genre sur une base continue. Les indicateurs de rendement devraient idéalement provenir d'un système administratif car ils seraient ainsi plus rapidement accessibles que les résultats d'une étude. C'est important car les indicateurs de rendement doivent être associés à l'année pendant laquelle l'argent est dépensé, c'est-à-dire l'exercice fiscal qui vient de se terminer. Pour les indicateurs de résultats, la vitesse n'est pas un facteur aussi déterminant car les résultats ne sont pas révélés instantanément et ne sont généralement pas étroitement liés à une activité ou un programme spécifique.

Il est en général plus facile d'utiliser des indicateurs standards car les données pour ces indicateurs seront probablement disponibles et parce que les autres comprendront davantage vos arguments si vous utilisez des concepts reconnus. Les indicateurs standards ne devraient pas être acceptés sans questionnaire. Par exemple, plusieurs pays et organisations mesurent les taux de prévalence contraceptive en se basant uniquement sur les femmes mariées en âge de procréer (généralement entre 15 et 45 ans). Ils semblent présupposer que les relations sexuelles n'arrivent que pendant le mariage et uniquement dans le groupe d'âge de procréation défini. Ceci pourrait indiquer que les questions de moralité et de légalité déforment la perception de la situation réelle dans le pays ainsi que les besoins réels des personnes qui y vivent.

Au stade du plaidoyer, le travail sur la BSG doit être extrêmement attentif à la façon dont les statistiques sont utilisées. Les partisans recherchent parfois les chiffres les plus impressionnants et les plus choquants comme moyen de persuader les gens de la nécessité de dépenser plus d'argent. Cette tactique peut être dangereuse car si les détracteurs parviennent à démontrer qu'un ou deux chiffres présentés est faux, cela peut mettre en doute le reste de l'argumentaire.

La désagrégation des données budgétaires

Enfin, nous devons ajouter un mot sur les données désagrégées dans les principaux chiffres budgétaires. Les analystes de la BSG frustrés par le fait que l'information budgétaire est présentée d'une façon qui rend très difficile, si ce n'est impossible, la séparation des dotations qui les intéressent. Par exemple, il est peu probable de trouver un poste budgétaire distinct dans un budget de police sur les interdits en matière de violence domestique, puisque c'est le même personnel de police qui s'occupent de ces interdits et des autres problèmes. Ils utilisent également pour la plupart les mêmes bureaux. De la même façon, si vous vous intéressez au montant alloué pour les services de consultation de santé relatifs au VIH/SIDA, vous trouverez certainement des dotations distinctes pour des postes particuliers, tels que les antirétroviraux, les tests ou des campagnes de sensibilisation. Cependant, les dépenses consacrées au personnel, aux matériels et aux autres choses nécessaires au traitement des personnes souffrant d'infections à germes opportunistes ne seront pas séparées des dépenses pour le traitement d'autres maladies. Ce point est d'autant plus vrai si, comme nous l'avons expliqué plus haut, les services du VIH/SIDA sont intégrés dans les services de soins de santé primaires et de reproduction. Dans ces cas, un poste budgétaire distinct pourrait défavoriser l'intégration de la dimension genre et doit donc être évité.

Le fait qu'il n'existe pas de poste budgétaire distinct ne signifie pas qu'il nous est impossible de contrôler si le gouvernement utilise son budget afin de gérer nos questions de priorité. Le moyen d'y parvenir est de demander des indicateurs de ressources et de rendement liés aux questions de priorité. Par exemple, pour ce qui concerne les interdits, l'on peut demander un indicateur sur le nombre de femmes qui ont été assistées. Pour ce qui concerne le VIH/SIDA, l'on peut demander des indicateurs liés aux différents types de test, traitement et soins prodigués.

ENCADRÉ 31: MÉTHODES CRÉATIVES D'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

Les responsables des politiques justifient souvent l'absence de politiques ou de budgets relatifs à des problèmes spécifiques par le fait qu'ils n'affectent qu'un petit nombre de personnes, et ne constituent donc pas une priorité. Ceci s'avère notamment avec les questions concernant la violence basée sur le genre qui sont difficiles à comptabiliser puisqu'elles sont « cachées. » Il est possible de renforcer le plaidoyer pour la BSG concernant ces questions en établissant des méthodes créatives de générer des données qui sont difficilement contestables.

Les institutions de recherche gouvernementales et non gouvernementales en Afrique du Sud collaborent dans un projet d'étude nationale sur le meurtre des femmes. Elles utilisent des données collectées dans les morgues pour parvenir à des estimations du taux national de fémicide et les facteurs associés aux assassinats. Après l'étape de l'identification de cas, les chercheurs interrogent l'officier de police chargé de l'enquête. Elles consignent également des informations relevées dans les rapports d'observation et les dossiers post-mortem. L'entretien avec la police permet aux chercheurs d'identifier les cas où la femme a été tuée par un partenaire intime, par exemple son ex ou actuel petit ami ou partenaire, ou le même partenaire sexuel.

Les données pour l'année 1999 révèlent que 8,8 femmes sur 100 000 âgées de 14 ans et plus ont été tuées par des partenaires intimes au cours de cette année-là. Les femmes tuées par des partenaires intimes étaient sensiblement plus jeunes que d'autres femmes assassinées, tandis que les auteurs des fémicides étaient sensiblement plus âgés. Les peines de prison infligées aux auteurs des crimes ou au fémicides intimes étaient légèrement plus courtes que celles infligées aux meurtres non intimes. 2% des victimes féminines d'assassinat étaient enceintes au moment du meurtre et 15% avaient été sexuellement agressées.

En plus de ces caractéristiques, les chercheurs ont découvert des imperfections dans les systèmes policiers, juridique et autres qui traitent ces cas. Les plaidoyers en cours s'appuient sur ces imperfections.

Référence : <http://www.mrc.ac.za/gender/projects.htm#femicide>

LES MODÈLES DÉMOGRAPHIQUES ET LEURS IMPLICATIONS POUR LES BUDGETS

La démographie et les statistiques sur la population sont des questions clés pour l'UNFPA. Dans la plupart des pays, le recensement est la source de données la plus importante pour établir une estimation à long terme des tendances dans la population. L'analyse du recensement peut mettre à jour un panel de modèles qui ont des implications pour le budget. La question sur les indices de masculinité est discutée ci-dessous. Dans certains pays en développement, il existe un processus en cours dénommé « vieillissement » de la population. On a souvent tendance à rapprocher ce terme à la portion la plus élevée de personnes âgées dans la population. Ceci a des implications de genre en ce sens où généralement (a) la majorité des personnes âgées sont des femmes et (b) ce sont principalement les femmes (plus jeunes ou d'âge moyen) qui soignent les personnes âgées. Mais le vieillissement de la population a un sens plus large. Il signifie également que la proportion d'enfants dans la population sera plus faible et la proportion des adultes plus jeunes et d'âge moyen sera plus importante. Cela peut également impliquer que le montant du budget alloué à l'éducation sera moins important et que celui consacré à d'autres secteurs comme la santé sera plus important. Dans les pays touchés par l'épidémie de VIH/SIDA, le modèle est différent : le nombre de personnes dans les principaux groupes d'âges productifs et reproductifs étant disproportionnellement bas.

Le recensement est mené environ tous les dix ans, ou au mieux, tous les cinq ans. De plus, le recensement semble se composer d'un petit nombre de questions car il est impossible d'avoir un long entretien avec chaque foyer du pays. De nombreux pays procèdent à des enquêtes démographiques et sanitaires périodiques (DHS) de façon à fournir plus d'informations détaillées entre les recensements.

La majorité de ces DHS reçoivent le soutien de Macro International et sont basées sur un questionnaire et une méthode standard. Les pays peuvent modifier le questionnaire de façon à l'adapter à leurs besoins spécifiques et à enquêter sur des questions précises. En Afrique du Sud, la DHS de 1999 comportait des questions supplémentaires qui portaient sur la prise de décision au sein du foyer.

ENCADRÉ 32: L'EXPLORATION DES TAUX DE MASCULINITÉ ET LEUR SIGNIFICATION

Les indices de masculinité mesurent le nombre d'hommes dans une population pour chaque femme. Biologiquement, on s'attend à plus de naissances de garçons que de filles, mais les taux de mortalité des nouveau-nés et des jeunes enfants de sexe masculin seront supérieurs à ceux des nouveau-nés et des enfants de sexe féminin. Biologiquement, on s'attend également à une espérance de vie des femmes plus longue que celle des hommes.

Si ces modèles sont introuvables, comme c'est le cas dans plusieurs pays d'Asie du Sud, plusieurs raisons peuvent être avancées. Une des raisons peut être l'impact de l'inégalité des sexes, par exemple, lorsque les mères enceintes choisissent d'avorter car elles portent une fille plutôt qu'un fils, lorsque les filles et les femmes reçoivent une nutrition et des soins sanitaires moins importants que les garçons et les hommes, lorsque les taux de mortalité maternels sont élevés. Une autre raison peut être que les outils, comme les enquêtes et les recensements utilisés pour établir des statistiques de la population tendent à sous-évaluer les femmes, à cause des partis pris de la part à la fois des intervieweurs et des interviewés. Bien que ces deux raisons soulèvent des problèmes, elles nécessitent des réponses politiques différentes et comportent des implications budgétaires différentes.

Les statistiques suggèrent que l'indice de masculinité pour les naissances a augmenté en faveur du sexe masculin au cours de ces dernières années, ce qui semble indiquer une croissance du taux d'avortement de fœtus de sexe féminin. En avril 2001, des ONG en Inde ont déposé un cas d'intérêt public devant la Cour Suprême à l'encontre des gouvernements central et étatique leur demandant ce qu'ils faisaient concernant ce problème. Par voie de conséquence, le Ministère de la Santé et du Bien-Être a renforcé le Test de Diagnostic Prénatal et persuadé le gouvernement étatique de faire payer les personnes impliquées dans un foeticide féminin. Le gouvernement, les agences internationales, les ONG et les médias ont également créé un réseau pour sensibiliser le public sur le problème.

Référence : Zaman, W. & Chaudhury, R.H. (eds), "Engendering Population Census in South and West Asia: Collected Papers," UNFPA Country Technical Services Team for South and West Asia, Kathmandu, 2004.

POUR CONCLURE

Comme nous l'avons souligné au début, il n'existe pas de modèle unique de BSG. En revanche, la BSG représente une perspective et une approche pour l'intégration de la dimension genre qui pose la question suivante : « Quel est l'impact des budgets gouvernementaux sur les femmes et les hommes, les filles et les garçons ? »

Ce guide pratique rassemble des matériels et des idées provenant d'un large éventail de régions différentes et de questions variées. Une sélection pertinente de matériels et d'idée permettront d'élaborer une initiative particulière pour un pays particulier. Le guide pratique est donc proposé comme un outil d'aide qui soulève des questions et des perspectives, qui développe des idées permettant d'aider les EAT de l'UNFPA à savoir comment la perspective de la BSG pourrait être utilisée par les pays pour faire progresser l'égalité des sexes.