



Rapport de Deauville sur la redevabilité

Engagements du G8 pour la santé et la sécurité alimentaire :
bilan et résultats

**RAPPORT DE DEAUVILLE
SUR LA REDEVABILITÉ
*ENGAGEMENTS DU G8 POUR LA SANTÉ
ET LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE :
BILAN ET RÉSULTATS***

SOMMAIRE

Résumé	2
Introduction	5
Santé	10
1) Financement de la santé et renforcement des systèmes de santé	11
2) Santé maternelle et infantile	23
3) Lutte contre les maladies infectieuses.....	30
4) VIH/sida.....	31
5) Poliomyélite.....	34
6) Paludisme	36
7) Tuberculose	38
8) Rougeole.....	40
Sécurité alimentaire	41
1) Inverser la tendance à la baisse des investissements	43
2) Soutien aux plans régionaux et nationaux en faveur du développement de l'agriculture et de la sécurité alimentaire.....	50
3) Soutien à la coordination stratégique en matière de sécurité alimentaire, notamment par la réforme de l'architecture internationale de l'agriculture, de la sécurité alimentaire et de la nutrition.....	53
4) Engagements spécifiques pris à L'Aquila.....	54
Conclusions et recommandations	59
Acronymes	63

Annexes

- Fiches pays sur la sécurité alimentaire
- Fiches pays sur la santé et tableau sur la composition de l'APD consacrée à la santé

Les annexes sont disponibles sur CD-Rom et sur le site Internet :

www.g20-g8.com/g8/rapportdeauville2011

Sauf indication contraire, les montants en dollars sont en dollars américains.

RÉSUMÉ

Processus de redevabilité

→ Le G8 s'est engagé dans une nouvelle voie : celle de la transparence et du suivi de ses engagements. Il porte une attention particulière à la qualité de l'aide ainsi qu'à ses résultats.

Dès 2006, les pays du G8 ont reconnu l'importance de rendre compte des progrès accomplis au regard des engagements pris par les chefs d'État et de gouvernement. Depuis, le G8 a réalisé d'importants progrès sur la voie de la transparence : il a montré dans quelle mesure chaque pays a honoré ses engagements financiers et a mis en évidence les résultats concrets obtenus. Lors du Sommet de L'Aquila en 2009, les chefs d'État et de gouvernement du G8 ont appelé à « adopter d'ici 2010 un mécanisme de responsabilité mutuelle complet et global permettant d'évaluer nos progrès et de renforcer l'efficacité de nos actions ». Cet appel s'est concrétisé par un premier rapport de redevabilité présenté à Muskoka en 2010. Il s'agissait du rapport le plus complet à ce jour sur les progrès accomplis par les pays du G8 pour honorer leurs engagements.

Au titre de leur aide publique au développement, les pays du G8 interviennent dans plusieurs secteurs, dont notamment ceux de la santé et de la sécurité alimentaire. Dans le même temps, ils s'efforcent d'améliorer l'efficacité de l'aide. Sous la présidence française, le G8 s'est concentré sur le suivi des engagements clés en termes de santé et de sécurité alimentaire. Le G8 soutient une double approche de la redevabilité : d'une part, une approche quantitative reposant essentiellement sur un bilan transparent des décaissements au titre de l'aide publique au développement (APD) en utilisant des données fournies par diverses organisations, dont notamment l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), et d'autre part, une approche qualitative

fondée sur les principes de l'efficacité de l'aide, en mettant en évidence les résultats obtenus et en soulignant les bonnes pratiques.

Les défis qui nous attendent restent considérables. Le présent rapport constitue l'occasion de tirer des leçons importantes de l'action collective du G8. Les premières conclusions montrent qu'il est nécessaire de progresser en matière de santé et de sécurité alimentaire en s'appuyant sur le cadre agréé de l'efficacité de l'aide.

Aide publique au développement

→ Lors du Sommet de Gleneagles en 2005, les chefs d'État et de gouvernement du G8 et d'autres donateurs ont annoncé une série d'engagements sur l'augmentation de l'aide publique au développement. Chaque pays du G8 a pris des engagements spécifiques pour augmenter son APD. Sur la base de ces engagements et des engagements d'autres donateurs, l'OCDE a estimé que d'ici 2010, l'APD totale augmenterait de 50 milliards de dollars par rapport à 2004.

Depuis 2004, le G8 a fourni près de 70 % de l'APD totale provenant de l'ensemble des donateurs du Comité d'aide au Développement de l'OCDE¹. Durant cette période, le G8 a augmenté son APD de 31,2 milliards de dollars courants ce qui représente une augmentation de 54 %, tandis que l'APD totale de l'ensemble des donateurs du CAD de l'OCDE augmentait de plus de 48 milliards de dollars courants. En dépit de contraintes budgétaires, le G8 a maintenu son effort budgétaire avec une augmentation de son APD de 7,3 milliards de dollars courants entre 2009 et 2010. Cela représente 82 % de l'augmentation de 8,9 milliards de dollars de l'APD mondiale entre 2009 et 2010. Si nous reconnaissons que nous n'avons pas

1. La Russie n'est pas membre du CAD de l'OCDE.

tenu tous les engagements que nous avons pris à Gleneagles et qu'il subsiste des besoins pour financer le développement, le G8 se félicite de la forte augmentation de l'APD depuis 2004 ainsi que des résultats obtenus et des progrès accomplis dans ce domaine.

Les pays du G8 sont impliqués dans un grand nombre de secteurs, ils ont notamment fait des contributions significatives afin d'améliorer la santé et la sécurité alimentaire dans le monde tout en progressant en matière de respect des principes de l'efficacité de l'aide.

Pourtant, les défis qui nous attendent sont importants. Plusieurs initiatives sont lancées et des acteurs mobilisés pour y remédier. Il convient de poursuivre les actions entreprises dans les secteurs de la santé et de la sécurité alimentaire en s'appuyant sur le cadre agréé à l'efficacité de l'aide.

Santé

→ Au niveau mondial, les indicateurs de santé font apparaître un résultat mitigé. S'il existe des résultats positifs sur tous les continents, les défis et les inégalités demeurent considérables. Le fardeau lié aux décès causés par les principales maladies est inacceptable. Afin d'encourager les progrès et de soutenir la dynamique engagée, le G8 a annoncé depuis 2005 une série d'engagements pour aider les pays partenaires à améliorer la santé de leurs populations.

Conformément à l'engagement d'Heiligendamm en 2007, le rapport montre que le G8 a considérablement progressé afin de mobiliser 60 milliards de dollars sur la période 2008-2012. Plus de 40 % des fonds promis à cet effet ont été décaissés en 2008 et en 2009.

Depuis la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002, le G8 a fourni près de 80 % de l'ensemble des ressources du Fonds. Les actions soutenues par ce dernier ont directement contribué à limiter la propagation du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme. Le G8 participe activement à plusieurs partenariats public-privé et à des mécanismes de financement innovants. Ces outils sont particulièrement adaptés pour améliorer la santé dans les pays en développement en fournissant des ressources additionnelles et des solutions particulièrement efficaces. En partenariat

avec des pays en développement, le G8 participe à la veille sanitaire et à la mise en place de dispositifs d'alerte précoce.

Le G8 demeure préoccupé par le nombre insuffisant des personnels de santé dans les pays en développement, notamment en Afrique. À cet égard, les pays du G8 se sont engagés au niveau bilatéral et multilatéral avec les pays en développement afin d'accroître le nombre et les compétences des personnels de santé. Les pays du G8 participent à des plateformes spécifiques telles que l'Alliance mondiale pour les ressources humaines en santé afin de trouver des solutions durables.

Selon la méthodologie agréée durant le Sommet du G8 de Muskoka en 2010 concernant la santé maternelle, néonatale et infantile, environ 4,1 milliards de dollars ont été décaissés en 2008. À cette occasion, le G8 a lancé l'Initiative de Muskoka pour la santé maternelle, néonatale et infantile et s'est engagé à mobiliser collectivement à cet effet, d'ici 2015, 5 milliards de dollars supplémentaires par rapport à 2008. Pour assurer le suivi de cet engagement et de sa mise en œuvre, le G8 travaillera en concertation avec différents acteurs impliqués dans la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants. Le G8 prend acte des recommandations récentes de la « Commission information et redevabilité sur la santé des femmes et des enfants » et, en lien avec l'Organisation mondiale de la santé, contribuera à leur mise en œuvre. Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) sera l'un des principaux acteurs pour faciliter ce processus. Le G8 a déjà commencé à mettre en œuvre ses engagements.

Le G8 a également pris plusieurs engagements pour lutter contre certaines maladies : les maladies tropicales négligées, le VIH/sida, la poliomyélite, la tuberculose, le paludisme et la rougeole. Les mesures prises collectivement, notamment le soutien apporté par le G8, ont permis d'obtenir des résultats substantiels. Le G8 veille à ce que ses actions soient menées dans le respect des principes de l'efficacité de l'aide.

Sécurité alimentaire

→ Depuis le Sommet de L'Aquila en 2009, la sécurité alimentaire est au cœur des préoccupations du G8. En effet, près d'un milliard

de personnes dans le monde souffrent de la faim. L'envolée des prix alimentaires en 2007-2008 a plongé les personnes vulnérables dans une situation dramatique. Pour résoudre ce problème, les pays du G8 et d'autres partenaires ont lancé l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire et se sont engagés ensemble à mobiliser plus de 20 milliards de dollars en trois ans, afin de relever de manière stable le défi de l'insécurité alimentaire. Le présent rapport présente un tableau actualisé de la mise en œuvre de ces engagements, ainsi que des exemples concrets de projets et de programmes financés par le G8. Une analyse des données provisoires montre qu'environ la moitié des engagements pris dans le cadre de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire a été décaissée ou est formellement dans le circuit budgétaire pour être décaissée.

Au-delà des engagements financiers, le G8 soutient fermement les principes de Rome qui préconisent une approche commune de l'amélioration de la sécurité alimentaire : investir dans les processus nationaux et régionaux, encourager une coordination stratégique aux niveaux national, régional et mondial, s'efforcer d'adopter une approche globale, veiller à ce que le système multilatéral joue un rôle important et maintenir un engagement important et soutenu en matière d'investissement dans l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition.

Pour remédier aux causes profondes de l'insécurité alimentaire, il convient de renforcer à moyen et à long terme la coordination des donateurs et le soutien aux processus menés au niveau national et régional. Le G8 est fermement engagé dans cette voie, tout comme il est impliqué au niveau mondial dans la modernisation et la réforme de l'architecture multilatérale de l'agriculture, de la sécurité alimentaire et de la nutrition.

De plus, le G8 soutient l'innovation et la recherche, notamment par l'intermédiaire du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (CGIAR), afin d'accroître la productivité agricole. Le G8 soutient également les petits exploitants agricoles, et encourage notamment le dynamisme du secteur privé.

Conclusion

→ Les pays développés et les pays en développement sont mutuellement responsables en matière de développement,

même si la responsabilité première incombe aux pays en développement. Le G8 a été un acteur majeur de l'APD au niveau mondial. De plus, il a lancé un nombre important d'initiatives et a joué un rôle de catalyseur auprès d'un grand nombre d'autres acteurs.

Le présent rapport souligne l'engagement significatif du G8 pour améliorer la transparence et la redevabilité. Il fournit des informations détaillées sur la mise en œuvre des engagements liés à la santé, notamment ceux de l'Initiative de Muskoka pour la santé maternelle, néonatale et infantile et de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire.

Des actions sont en cours afin d'améliorer la sécurité alimentaire et la santé dans les pays en développement. Les pays du G8 doivent continuer de rendre compte de leurs progrès. Le G8 souligne par ailleurs la nécessité de poursuivre leurs actions dans le cadre de l'efficacité de l'aide. Le présent rapport souligne l'importance de progresser vers la redevabilité mutuelle et une approche axée sur les résultats. Ces deux éléments sont étroitement liés dans la mesure où pays en développement et pays développés assument ensemble la responsabilité du processus de développement.

INTRODUCTION

Processus de redevabilité du G8

➔ Depuis le Sommet de Saint-Petersbourg en 2006, où les chefs d'État et de gouvernement s'étaient engagés à assurer un suivi régulier des actions menées par le G8 pour lutter contre les trois principales maladies, le G8 a poursuivi ses efforts pour améliorer la transparence et l'efficacité de l'aide, notamment grâce à la publication de rapports sur le suivi des engagements en matière de santé, rédigés sous la présidence de l'Allemagne en 2007, du Japon en 2008 et de l'Italie en 2009. Lors du Sommet de L'Aquila en 2009, les chefs d'État et de gouvernement du G8 ont appelé à « adopter d'ici 2010 un mécanisme de responsabilité mutuelle complet et global permettant d'évaluer nos progrès et de renforcer l'efficacité de nos actions ».

Ce processus de redevabilité avait pour objectif d'assurer un suivi précis des engagements du G8 et de rendre compte de leur mise en œuvre. Depuis, des experts de haut niveau de chaque pays du G8 ont travaillé ensemble dans le cadre du Groupe de travail sur la redevabilité afin de publier le premier rapport du G8 sur la redevabilité, lors du Sommet de Muskoka (juin 2010) sous présidence canadienne.

Le rapport présenté à Muskoka en 2010 et intitulé : *Compte rendu des activités - Évaluation des actions et des résultats au regard des engagements liés au développement*² a concrétisé la nouvelle dynamique de transparence voulue par les chefs d'État et de gouvernement du G8. Il soulignait le rôle de catalyseur joué par le G8, l'un des principaux donateurs d'APD, dans neuf secteurs : aide et efficacité de l'aide, développement économique, santé, eau et assainissement, sécurité alimentaire, éducation, gouvernance, paix et sécurité, environnement et énergie.

Les chefs d'État et de gouvernement du G8 se sont félicités du rapport 2010 et ils ont appelé à poursuivre l'exercice en 2011 avec un deuxième rapport consacré à la santé et la sécurité alimentaire. Sur ces secteurs, deux initiatives phares, l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire et l'Initiative de Muskoka pour la santé maternelle, néonatale et infantile, ont été lancées ces deux dernières années.

Le Groupe de travail du G8 sur la redevabilité s'appuie sur l'expertise et la méthodologie de l'OCDE pour examiner les engagements des pays en termes d'APD. Pour rédiger le présent rapport, le Groupe de travail a procédé de la manière suivante :

première étape : recenser les principaux engagements pris par le G8 ;

deuxième étape : déterminer dans quelle mesure le G8 a honoré ses engagements et recenser les différents canaux (via des sources indépendantes et institutionnelles : OCDE, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, etc.) ;

troisième étape : recenser les résultats obtenus sur le terrain ;

quatrième étape : proposer des recommandations afin de renforcer l'efficacité des actions du G8.

Contexte général

➔ Au cours des dernières décennies, les pays du G8 ont joué un rôle majeur de catalyseur pour mobiliser les ressources et l'opinion en faveur des problématiques de développement, en prenant des engagements importants en faveur de la sécurité alimentaire et de la santé dans le monde. L'étendue de ces engagements montre que le G8 soutient activement la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et le développement durable. Le Sommet sur les OMD (septembre 2010) a conclu qu'il est encore possible

2. <http://www.canadainternational.gc.ca/g8/about-apospos/accountability-index-responsabilites.aspx?lang=fr>

d'atteindre les OMD d'ici 2015 grâce à des efforts collectifs de tous les partenaires, à un investissement soutenu et à des interventions ciblées. Les enjeux globaux tels que la préservation de la biodiversité, l'atténuation et l'adaptation au changement climatique, la démographie et les migrations, la sécurité sont également des défis communs et considérables pour l'ensemble des pays.

Le G8 soutient avec force le Consensus de Monterrey qui, depuis son adoption, est devenu une des principales références de la coopération internationale au développement. Le Consensus de Monterrey est le résultat de la Conférence internationale sur le financement du développement organisée à Monterrey (Mexique) par les Nations Unies en 2002. Il a été adopté le 22 mars 2002 par les chefs d'État et de gouvernement. Il mentionne six axes pour financer le développement :

- mobiliser des ressources financières nationales au service du développement ;
- mobiliser des ressources internationales au service du développement : investissements directs à l'étranger et autres flux financiers privés ;
- commerce international, moteur de la croissance et du développement ;
- renforcement de la coopération financière et technique internationale pour le développement ;
- dette extérieure ;
- règlement des problèmes systémiques : renforcement de la cohérence des systèmes monétaires, financiers et commerciaux internationaux d'appui au développement.

L'APD a un rôle important à jouer, aux côtés d'autres politiques et sources d'innovation et de financement, pour aider les pays partenaires dans leurs efforts de développement.

Au cours des dernières décennies, le paysage international du développement (tendances, acteurs, outils) a évolué rapidement. L'augmentation des ressources pour le financement du développement et le nombre accru d'intervenants, particulièrement dans le domaine de la santé, constituent une opportunité pour intensifier les efforts et réaliser des progrès rapides. Ce nombre croissant d'acteurs représente également un défi afin d'assurer l'efficacité et la cohérence des actions soutenues.

Depuis 2008, le monde a été confronté à une crise économique majeure, sans précédent depuis les années 1930. La récession économique a touché l'ensemble du monde, y compris les pays en développement. Durant cette période, les pays du G8 se sont efforcés de maintenir leurs efforts en termes d'APD afin d'éviter l'aggravation de la crise dans les pays en développement. En effet, l'APD totale des pays du G8 a augmenté de 27 % entre 2007 et 2010.

Au-delà de ses engagements, le G8 a également contribué à impulser une nouvelle dynamique, dans laquelle l'APD constitue l'un des nombreux outils au service du développement. Il a également soutenu des initiatives et des programmes ambitieux. Afin de guider l'action du G8, un cadre agréé au plan international pour l'efficacité de l'aide a été élaboré et approuvé en 2005 et en 2008 avec la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, complété par le Programme d'action d'Accra³.

Principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide

Appropriation : les pays en développement définissent leurs propres stratégies de réduction de la pauvreté, améliorent leurs institutions et luttent contre la corruption.

Alignement : les pays donateurs s'alignent sur ces objectifs et s'appuient sur les systèmes locaux.

Harmonisation : les pays donateurs se concertent, simplifient les procédures, partagent l'information et œuvrent pour une division du travail efficace afin d'éviter que leurs efforts ne fassent double emploi et accentuer la complémentarité des actions.

Résultats : les pays en développement se concentrent sur les résultats souhaités et leur évaluation.

Redevabilité mutuelle : les donateurs et les partenaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement.

Le G8 entend profiter de l'occasion qu'offre le quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (HLF4) qui se tiendra prochainement à Busan pour réaffirmer son engagement politique sur ce sujet. Par ailleurs, ce Forum permettra à

3. http://www.oecd.org/document/15/0,3746,fr_2649_3236398_37192719_1_1_1_1,00&&en-USS_01DBC.html

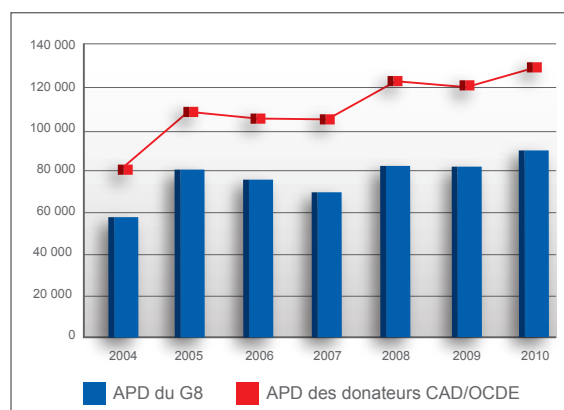
toutes les parties de se concentrer sur l'importance de l'aide comme catalyseur du développement et de renforcer l'attention portée aux résultats du développement.

Compte tenu de l'importance des défis qui restent à relever dans les pays en développement, il est impératif d'intensifier les efforts pour améliorer l'efficacité de l'aide, obtenir de meilleurs résultats dans les pays en développement. Le G8 soutient la dynamique engagée en faveur d'une recherche continue de méthodes plus efficaces et de résultats sur le terrain. Au regard du nouvel environnement mondial, il faut tirer les conclusions d'une gamme élargie d'approches, de meilleures pratiques et d'expériences diversifiées pour adapter nos processus et améliorer l'impact de l'aide à long terme.

L'APD et le G8

Selon les dernières données fournies par l'OCDE, l'APD du G8 représente environ 70 % de l'APD totale des donateurs de l'OCDE.

APD (décaissements) en dollars courants



Source : OCDE.

Les objectifs et engagements fixés par le G8, ainsi que l'approche collective, ont permis d'importants succès, principalement une augmentation de l'APD de l'ensemble des donateurs du CAD de l'OCDE de 48,9 milliards de dollars courants depuis 2004, dont une augmentation de 31 milliards de l'aide du G8. Cela représente une augmentation de l'APD de 61 % pour les donateurs du CAD de l'OCDE et de 54 % pour les pays du G8.

Décaissements au titre de l'aide publique au développement

(en millions de dollars courants)

Pays	2004	2010	Évolution par rapport à 2004		En pourcentage du RNB	
			En pourcentage	En absolu	2004	2010
Canada	2 599	5 132	97 %	2 533	0,27	0,33
France	8 473	12 916	52 %	4 443	0,41	0,5
Allemagne	7 534	12 723	69 %	5 189	0,28	0,38
Italie	2 462	3 111	26 %	649	0,15	0,15
Japon	8 922	11 045	24 %	2 123	0,19	0,2
Royaume-Uni	7 905	13 763	74 %	5 858	0,36	0,56
États-Unis	19 705	30 154	53 %	10 449	0,17	0,21
Russie	100	472	372 %	372	0,015	0,05
TOTAL G8	57 700	89 316	54 %	31 244	0,22	0,28
Total donateurs CAD	79 854	128 728	61 %	48 874	0,25	0,32
Institutions de l'Union européenne	8 704	12 986	49 %	4 282		

NB : Les chiffres pour 2010 sont des données provisoires.

Source : OCDE.

Cette augmentation en volume de l'APD a également été suivie par une augmentation mesurée en pourcentage du revenu national brut, qui est passée de 0,25 à 0,32 pour les donateurs du CAD. Pour le G8, ce pourcentage est passé de 0,22 à 0,28 entre 2004 et 2010, soit une augmentation de 27 %.

Malgré ces augmentations substantielles, il manque encore 1,27 milliard de dollars courants par rapport à l'engagement pris à Gleneagles (2005) d'augmenter l'APD mondiale de 50 milliards de dollars au profit des pays en développement selon la projection de l'OCDE. Cependant, cet écart représente seulement 2 % de la cible initiale. En dollars constants, l'OCDE estime qu'il manque 19 milliards de dollars dus par l'ensemble des donateurs. Sur cette base, les pays donateurs ont atteint les trois cinquièmes de la cible de l'OCDE.

Lors du Sommet de Gleneagles, il avait été estimé que les engagements pris par l'ensemble des donateurs permettraient d'augmenter l'APD au profit de l'Afrique de 25 milliards de dollars entre 2004 et 2010. L'APD des donateurs du CAD au profit de l'Afrique a augmenté de 56 % entre 2004 et 2010, passant de 29,5 milliards à 46 milliards de dollars courants (estimation); il manque donc environ 8,5 milliards de dollars, ce qui signifie que l'objectif a été atteint aux deux tiers. Le CAD de l'OCDE estime ce manque à environ 14,5 milliards de dollars en dollars constants de 2004. Cependant, la part de l'APD bilatérale des pays du G8 au profit de l'Afrique reste considérable.

Part de l'APD bilatérale consacrée à l'Afrique en 2010

Canada	37,50 %
France	53,82 %
Allemagne	25,72 %
Italie	54,59 %
Japon	25,64 %
Royaume-Uni	38,21 %
États-Unis	29,91 %
Russie	15,83 %
Institutions UE	42,88 %
TOTAL CAD	31,97 %

Source OCDE, sauf la Russie.

APD bilatérale consacrée à l'Afrique (en millions de dollars courants)

Donateur	2004	2010
Canada	632	1 446
France	3 728	4 156
Allemagne	1 400	2 061
Italie	393	510
Japon	838	1 877
Royaume-Uni	2 449	3 388
États-Unis	4 186	7 814
Institutions UE	3 587	5 467
Total pays CAD	19 362	29 255

N.B. : données provisoires pour 2010.

Source OCDE, sauf la Russie.

Sécurité alimentaire et santé dans les pays en développement

➔ Au cœur du développement humain, la sécurité alimentaire et la santé sont des éléments déterminants, pour les pays à faible revenu, afin de promouvoir la dignité et la sécurité humaines. Au niveau individuel, le manque d'accès aux services de santé et à une alimentation en quantité et en qualité suffisantes constitue un handicap majeur qui a des effets négatifs pour les personnes tout au long de la vie : faible niveau de vie, faibles capacités en termes d'accès à l'éducation et à un cycle de formation professionnelle, faibles opportunités économiques et sociales.

Au niveau macroéconomique, ces faiblesses empêchent les pays en développement d'assurer le bien-être national et de profiter des bénéfices potentiels de la mondialisation. Le G8 soutient les pays en développement dans leur volonté de remédier à ces difficultés et axe plus particulièrement ses efforts sur les pays qui sont le plus en retard dans l'atteinte des OMD.

Initiative en matière de sécurité alimentaire

→ Une forte hausse des prix des produits alimentaires et agricoles, notamment celle de 2007-2008 et la hausse actuelle aggrave les conditions de vie des groupes déjà en situation de pauvreté et de vulnérabilité.

Résolus à s'attaquer à la question du développement agricole durable à court, moyen et long terme, les chefs d'État et de gouvernement du G8 se sont réunis à L'Aquila en 2009 sous présidence italienne pour lancer l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire⁴. Les pays du G8 et les partenaires de cette Initiative ont promis plus de 20 milliards de dollars pour la période 2009-2012 afin d'améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition dans les pays en développement. Les participants de cette Initiative ont déjà mis en œuvre sur le terrain une partie significative de ces engagements. Si les partenaires de l'Initiative ont progressé dans la réalisation de leurs engagements, leurs efforts doivent néanmoins se poursuivre pour honorer l'intégralité de ces engagements d'ici 2012.

Au-delà de cet engagement financier significatif, les partenaires de l'Initiative ont maintenu la sécurité alimentaire parmi les priorités de l'action internationale. Ils ont également pris des engagements spécifiques en termes d'action politique et défendent une approche commune intégrée et globale pour améliorer la sécurité alimentaire.

Initiative pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile (MNCH)

→ En 2010, alors que le Canada accueillait le Sommet du G8, les chefs d'État et de gouvernement ont lancé l'Initiative de Muskoka⁵ pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. Le G8 et ses partenaires se sont engagés à répondre au problème spécifique et inacceptable de la mortalité maternelle et infantile dans les pays en développement en amont du sommet sur les Objectifs du millénaire pour le développement⁶ en septembre 2010. À la suite de cette initiative,

le secrétaire général des Nations Unies a lancé, durant le Sommet sur les OMD, une stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant⁷. Le G8 est activement impliqué dans cette initiative.

Contenu du rapport

→ Le présent rapport, consacré à la santé et à la sécurité alimentaire, énonce les engagements pris dans ces domaines prioritaires et analyse les progrès accomplis dans leur mise en œuvre. Il présente les réussites et bonnes pratiques dans ces deux secteurs en termes d'efficacité de l'aide. Il recense également les problèmes qui subsistent, met en évidence l'effet catalyseur du G8 et souligne l'importance d'une approche qualitative basée sur des résultats.

4. http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/LAquila_Joint_Statement_on_Global_Food_Security%5B1%5D,0.pdf

5. <http://www.canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/muskoka-declaration-muskoka.aspx?lang=fra>

6. <http://www.un.org/fr/mdg/summit2010/>

7. http://everywomaneverychild.com/press/20100914_gswch_fr.pdf?bcsi_scan_76859af71b923077=0&bcsi_scan_filename=20100914_gswch_fr.pdf

SANTÉ

Ces dernières années, le G8 a porté un intérêt accru aux questions de santé, en tant qu'élément clé de son soutien aux pays en développement, notamment en Afrique. Les engagements du G8, d'ordre politique et financier, ont joué un rôle essentiel dans l'augmentation considérable des ressources consacrées à la santé dans les pays en développement.

Durant la même période, les investissements dans la santé provenant de sources nationales mais aussi d'acteurs internationaux autres que le G8, d'origine publique ou privée (partenaires donateurs n'appartenant pas au G8, fondations, ONG, organisations confessionnelles, secteur privé...) ont également augmenté.

Le G8 demeure fermement résolu à soutenir les initiatives qui permettent d'obtenir des résultats concrets. Au-delà de l'engagement financier qui demeure crucial, le G8 doit accompagner ces initiatives afin qu'elles s'adaptent à un environnement en mutation.

Dans le prolongement des principes sur l'efficacité de l'aide énoncés à Paris et à Accra, divers processus destinés à améliorer la coordination et l'harmonisation de l'aide en matière de santé ont été lancés : groupe de travail du CAD de l'OCDE sur l'efficacité de l'aide, groupe sur la santé comme secteur témoin (TT-HATS), initiative sur l'harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) soutenue par H4+ (UNICEF, OMS, FNUAP, Banque mondiale et ONUSIDA).

Le Partenariat international pour la santé (IHP+) a été lancé à Londres en septembre 2007 et peut être considéré comme un moyen de développer les approches sectorielles (SWAP – Sector Wide Approach) dans le secteur de la santé. L'IHP+ rassemble des parties prenantes qui partagent le même objectif d'améliorer les services de santé et les résultats obtenus en la matière en mettant en pratique les Principes de Paris sur l'efficacité

de l'aide et le Programme d'action d'Accra. À ce jour, 50 membres ont signé le Pacte mondial : 25 pays en développement, 13 pays donateurs et 12 organisations internationales.

Acteur dynamique dans les processus bilatéraux et multilatéraux, le G8 joue un rôle moteur dans l'accélération du renforcement de l'efficacité de l'aide au profit de la santé au niveau national.

L'objectif du G8 est d'éviter de s'engager dans un dispositif supplémentaire spécifique de coordination et d'harmonisation au niveau national et international, mais de contribuer davantage aux mécanismes existants en fonction de leurs objectifs.

S'appuyant sur l'expertise que chacun des pays du G8 a développée dans différents pays en développement, l'aide est accordée au plus près des besoins des pays afin d'utiliser le plus efficacement possible ses ressources. Par ailleurs, le G8 cherche à mutualiser ses actions (réseaux d'experts et de conseillers, soutien aux centres d'excellence en Afrique).

Le G8 encourage également, avec ses partenaires, le concept de « responsabilité mutuelle et partagée » lorsqu'il évalue l'impact et les résultats des programmes de santé qu'il soutient directement ou indirectement dans les pays concernés.

La redevabilité des pays en développement concernant les décisions et la mise en œuvre des programmes doit avoir pour pendant celle des donateurs qui fournissent les ressources techniques et/ou financières.

Principales constatations

Au cours des 30 dernières années, l'espérance de vie a augmenté de 10 % dans le monde, passant de 62,5 ans en 1980 à 68,9 ans en 2008⁸. Dans les pays à faible revenu, elle est passée de 49,2 ans en 1980 à 57 ans en 2008, soit une

8. Source Banque mondiale : <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

hausse de 16 %. Malgré ces résultats positifs, des inégalités importantes subsistent d'un pays en développement à l'autre et à l'intérieur de chaque pays. L'Afrique reste la plus en retard, malgré une légère augmentation de l'espérance de vie de 48 à 52 ans. Dans les pays les plus touchés par la pandémie du VIH/sida, l'espérance de vie a même parfois reculé.

Principaux engagements

D'importants engagements ont été pris par les pays du G8 au cours des dix dernières années. Ils se décomposent de la façon suivante :

- 1. Financement pour la santé et renforcement des systèmes de santé ainsi que des personnels de santé**
 - Mobiliser 60 milliards de dollars pour lutter contre les maladies infectieuses et renforcer les systèmes de santé entre 2008 et 2012.
 - Soutenir le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
 - Renforcer les partenariats public-privé et les garanties d'achat futur.
 - Soutenir les pays les plus vulnérables en matière de surveillance des maladies et de systèmes d'alerte précoce.
 - Améliorer le nombre des personnels de santé.
- 2. Santé maternelle et infantile**
 - Intensifier les efforts pour améliorer la santé maternelle et infantile et de la planification familiale volontaire.
 - Initiative de Muskoka pour la santé maternelle, néonatale et infantile.
- 3. Lutte contre les maladies négligées**
 - Intensifier les efforts du G8 dans la lutte contre d'autres maladies que l'on peut prévenir, notamment en augmentant le volume et la qualité de la recherche médicale sur les maladies négligées dans les pays en développement.
- 4. VIH/sida**
 - Lutter contre toute forme de stigmatisation, de discrimination et de violations des droits de l'homme, et promouvoir les droits des

personnes handicapées et la suppression des restrictions au voyage dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH/sida.

- Élaborer et mettre en œuvre un paquet de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH.

5. Poliomyélite

- Soutenir l'éradication de la poliomyélite.

6. Paludisme

- Collaborer avec les pays africains pour accroître les interventions de lutte contre le paludisme.
- Élargir l'accès à des moustiquaires insecticides à imprégnation longue durée.

7. Tuberculose

- Soutenir le Plan mondial « Halte à la tuberculose », 2006-2015.

8. Rougeole

- Œuvrer pour faire baisser régulièrement le nombre de décès dus à la rougeole.

1. Financement de la santé et renforcement des systèmes de santé

Mobiliser 60 milliards de dollars pour lutter contre les maladies infectieuses et renforcer les systèmes de santé entre 2008 et 2012

Actions du G8

En 2008 et 2009, les pays du G8 ont décaissé environ 24,7 milliards de dollars⁹ pour améliorer la santé dans les pays en développement¹⁰.

9. Selon la méthodologie fournie par l'OCDE (cf. annexe sur CD-Rom)

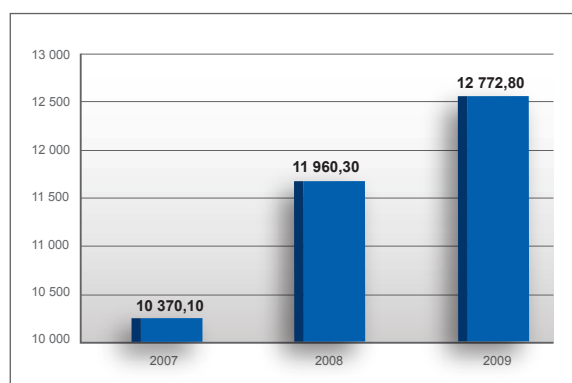
10. Les chiffres de l'APD dans le secteur de la santé en 2007 ne sont pas comptabilisés au titre de l'engagement d'Heiligendamm mais permettent de mettre en évidence l'augmentation des ressources mobilisées dans le secteur de la santé depuis cette date.

APD du G8 pour la santé 2007-2009 (en millions de dollars)

Pays	2007	2008	2009	TOTAL 2007-2009
Canada	510,5	630,4	614,6	1 755,5
France	684,7	1 046,3	859,6	2 590,6
Allemagne	758	948,8	956,5	2 663,3
Italie	641,2	552,3	304,2	1 497,7
Japon	759,7	847,2	802,2	2 409,1
Royaume-Uni	1 682	1 372,2	1 589,7	4 643,9
États-Unis	5 229,8	6 452,8	7 516,9	19 199,5
Russie	104,2	110,3	129,1	343,6
TOTAL	10 370,10	11 960,30	12 772,80	35 103,20
Institutions de l'Union européenne	748,8	868,9	851,4	2 469,1

Source : OCDE et membres du G8.

APD du G8 pour la santé 2007-2009 (en millions de dollars)



Source : OCDE et membres du G8.

Selon la méthodologie de l'OCDE, l'APD au profit de la santé comprend :

1. Soutien bilatéral : aide à la santé, aide à la santé de base, aide aux politiques et programmes démographiques et à la santé reproductive

2. Soutien multilatéral : contribution aux agences, programmes et fonds multilatéraux dans le secteur de la santé (par exemple : Fonds mondial, OMS (partie APD) et contributions volontaires de base de l'OMS, Alliance GAVI, ONUSIDA, FNUAP), contribution à d'autres institutions multilatérales (pourcentage imputé sur la santé) : Système des Nations Unies (UNICEF, PNUD), Groupe de la Banque mondiale (AID), Banques régionales de développement (FAD, Fonds de développement social de l'ASEAN, Fonds des opérations spéciales de la BID), autres institutions multilatérales.

3. Mécanismes de financement innovant pour la santé (flux indiqués comme de l'APD) : IFFIm, garanties d'achat futur, Debt2Health.

Modalités de mise en œuvre

Les engagements du G8 ont été mis en œuvre de quatre manières différentes :

- **au plan multilatéral** : l'ampleur et l'urgence des problèmes spécifiques de santé dans les pays en développement revêtent une importance mondiale. Une approche multilatérale coordonnée au plus haut niveau est donc indispensable ;
- **au plan bilatéral** : les pays du G8 aident les pays partenaires à renforcer leurs systèmes de santé, à mettre en place des programmes de santé et à soutenir les politiques de santé de manière bilatérale. L'objectif est également de créer ou de renforcer les synergies avec leurs engagements multilatéraux en étroite partenariat avec les pays en développement ;
- **développement de partenariats public-privé (PPP) et promotion des mécanismes de financement innovants** ;
- **amélioration de la recherche, de la mise en réseau, de la coordination et de la diffusion des bonnes pratiques.**

La majeure partie de ces ressources a été affectée dans les quatre grands domaines suivants :

- renforcement des systèmes de santé nationaux en soutenant des plans de santé nationaux et les grands piliers des systèmes de santé (gouvernance, systèmes d'information, infrastructures, ressources humaines, protection de la santé sociale et accès aux médicaments...);
- santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ;
- lutte contre les plus importantes maladies (VIH/sida, paludisme, tuberculose) ;
- recherche, services et soins concernant les maladies tropicales négligées.

Approche intégrée et globale

Ces quatre domaines sont étroitement liés. Une approche globale et intégrée est donc nécessaire pour améliorer la santé de manière durable dans les pays en développement. Soutenir cette approche signifie également agir sur les facteurs non liés à la santé et qui ne relèvent pas de la compétence des ministres de la santé.

À cet égard, le soutien à la nutrition et à la sécurité alimentaire, à l'éducation, à l'égalité des sexes,

au développement économique, à l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est essentiel pour contribuer à l'amélioration de la santé.

Bilan des bonnes pratiques

Les bonnes pratiques mises en évidence par l'expérience des pays du G8 mais aussi par d'autres réseaux et partenariats, peuvent se résumer de la manière suivante et doivent être renforcées par les pays du G8 et par les pays partenaires pour les années à venir :

➔ Renforcement des systèmes de santé nationaux

Aider les pays à améliorer la mise en place, la performance et l'efficacité de leurs systèmes de santé suppose : d'accroître et de renforcer les ressources humaines dans le secteur de la santé en garantissant aux personnels de santé la sécurité et la rémunération nécessaires, de contribuer à une répartition démographique équitable en encourageant le maintien en poste du personnel tout en garantissant leur liberté de circulation ; d'améliorer l'accès à des médicaments de qualité, à une prise en charge et à des soins par des personnels compétents ; de mettre au point des mécanismes de protection contre les risques par le financement de la santé. Le renforcement de la gouvernance locale est également essentiel pour consolider les interventions et faire en sorte que celles-ci se fassent de manière sûre, efficace et durable.

Italie – Au Mozambique, pays prioritaire de la coopération italienne, un soutien est apporté depuis plus de 30 ans, depuis la fin du conflit, notamment dans le secteur de la santé. L'accord bilatéral triennal actuellement en vigueur vise à investir dans la santé un montant de 30 millions d'euros. Depuis que l'Italie a rejoint le groupe international des partenaires pour la santé, elle passe progressivement des programmes à une approche sectorielle. Ce « panier commun » de soutien budgétaire au ministère de la santé constitue la modalité la plus efficace actuellement disponible au Mozambique et un exemple fort de financement harmonisé, dans le plein respect de la Déclaration de Paris et du Programme d'action d'Accra. Pour renforcer les ressources humaines dans le secteur de la santé, l'Italie finance également à hauteur de 7 millions d'euros des formations spécifiques conformes au Plan national.

➔ **Couverture des services de santé**

Les pays doivent s'efforcer d'améliorer les services et les soins de santé reproductive, de favoriser une accessibilité et une disponibilité effectives de ces soins et d'augmenter le nombre des personnes bénéficiant des services de santé essentiels de base de manière durable, équitable et peu coûteuse. Il convient également d'assurer une répartition équitable de l'aide pour faire en sorte que les systèmes de santé soient accessibles à tous, et mettre en place la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans les pays qui le souhaitent.

France – En Mauritanie, depuis 2002, le forfait obstétrical permet aux femmes de bénéficier, pour 17 euros, d'une assurance couvrant tous les coûts liés à la grossesse. Ce forfait, reposant sur le principe de la mutualisation du risque, permet d'assurer la qualité des soins et la durabilité de l'intervention. Dans les zones où il a déjà été mis en place, qui représentent 40 % de la population visée, ce forfait a permis de réduire de moitié la mortalité maternelle. Ce projet a également permis d'améliorer (i) l'accessibilité économique des soins, (ii) la disponibilité de personnels de santé et de médicaments, (iii) les statistiques en matière de santé. Face au succès rencontré par le forfait obstétrical dans les zones pilotes où il a été mis en place par la coopération française (2,1 millions d'euros depuis 2002), le ministère de la santé a décidé de transformer ce projet réussi en politique de santé publique, l'objectif étant que, d'ici 2015, 80 % des accouchements se déroulent avec l'aide de personnel compétent.

➔ **Partenariat**

Renforcer les partenariats pluri-acteurs à moyen terme, sur la base de la confiance, de la transparence et de la responsabilité commune.

➔ **Efficacité de l'aide**

- Être cohérent avec les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, du Programme d'action d'Accra¹¹ et du Partenariat international pour la santé.

- Soutenir une stratégie de santé nationale unique. Améliorer la manière dont les agences internationales, les donateurs et les pays en développement travaillent ensemble pour élaborer et mettre en œuvre des plans de santé nationaux.
- Adapter les interventions en passant d'un nombre de projets de santé dispersés à un nombre plus restreint de programmes, plus importants et mieux coordonnés.
- Promouvoir une cohérence accrue des politiques ainsi qu'une meilleure gouvernance mondiale par l'intermédiaire des agences de l'ONU, en particulier l'Organisation mondiale de la santé.

Le **Partenariat international pour la santé (IHP+)** est une initiative dont l'objectif est d'œuvrer en faveur d'une aide plus efficace à destination des politiques nationales de santé publique. L'IHP+ bénéficie du soutien des pays suivants du G8 : le Canada, la France, l'Allemagne, l'Italie, le Royaume-Uni et des institutions de l'Union européenne. Il compte au total 50 membres. Lancé en septembre 2007, l'IHP+ a pour objectif d'harmoniser les modalités de financement des donateurs et d'améliorer la manière dont les institutions internationales, les donateurs et les pays en développement travaillent ensemble pour élaborer et mettre en œuvre des plans de santé nationaux grâce à des évaluations communes des stratégies nationales. Aujourd'hui, le processus IHP+ bénéficie de la participation active de plus de 25 pays en développement, 13 pays donateurs et 12 organisations et coalitions internationales.

<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>

➔ **Partenariats public-privé et mécanismes innovants**

Les partenariats public-privé et les mécanismes de financements innovants (Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm), garanties d'achat futur, contribution internationale de solidarité sur les billets d'avion, Debt2Health, etc.) fournissent des ressources additionnelles pour améliorer la santé dans les pays en développement.

11. http://www.oecd.org/document/15/0,3746,fr_2649_3236398_37192719_1_1_1_1_00&&en-USS_01DBC.html

L'Initiative pour les médicaments innovants (IMI), plateforme de recherche préconcurrentielle entre les institutions de l'Union européenne et la Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (EFPIA), est soutenue par un engagement budgétaire de l'UE d'1 milliard d'euros (2008-2017). L'Initiative IMI est le plus important partenariat public-privé européen visant à accélérer le développement de médicaments de meilleure qualité et plus sûrs pour les patients grâce à des projets de recherche en collaboration avec des réseaux d'entreprises et universités. Les plateformes de recherche préconcurrentielles telles que l'IMI devraient améliorer de manière significative l'efficacité de la recherche et développement. Les progrès réalisés par les plateformes de recherche préconcurrentielles serviront à mettre au point une gamme de produits médicaux dans ce domaine médical particulier. Les appels à proposition en cours concernent le traitement de la tuberculose.

<http://www.imi.europa.eu/>

→ Interventions ciblées

Intensifier les interventions dans les régions les plus en retard pour atteindre les OMD d'ici 2015. Développer et élargir le champ des interventions lorsque les programmes et les politiques expérimentales réussissent en tenant compte des spécificités du contexte d'intervention.

Le Japon soutient la Tanzanie depuis 2001 pour créer un environnement propice à des services de santé décentralisés en renforçant les capacités des équipes régionales de gestion de la santé à transposer efficacement les politiques nationales en pratiques locales au niveau des districts. Il renforce le mécanisme de supervision pour faciliter la fourniture saine de services de santé et améliorer le mécanisme de suivi. Ces interventions étaient à l'origine conduites dans une région ; elles ont été désormais étendues aux 21 régions de la Tanzanie continentale.

→ Recherche et nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)

Soutenir l'innovation, la recherche et l'utilisation des NTIC pourrait permettre de réduire le coût des transactions, notamment dans les régions reculées, tout en permettant une large diffusion des bonnes pratiques.

Résultats

Le G8 a réalisé des progrès significatifs concernant l'engagement de mobiliser 60 milliards de dollars entre 2008 et 2012.

La mobilisation de ressources domestiques dans ce domaine est importante pour assurer l'efficacité à moyen terme des politiques de santé et contribuer à l'augmentation de l'espérance de vie. Les pays en développement ont pris plusieurs engagements pour améliorer la santé. Ainsi, les pays africains se sont engagés à allouer 15 % de leurs dépenses budgétaires au secteur de la santé (Sommet de l'UA à Abuja en 2010¹²). À côté de la mobilisation des ressources domestiques, l'APD du G8 joue également le rôle de catalyseur auprès d'un ensemble de partenaires. Elle a aussi pour objectif de contribuer à l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé et de l'efficacité des dépenses nationales dans ce domaine.

Soutenir Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Principales constatations

Au cours des dernières décennies, les principales pandémies se sont propagées dans le monde avec des conséquences dramatiques pour les pays en développement comme pour les pays développés. Près de cinq millions de décès sont dus chaque année au sida, à la tuberculose et au paludisme. La majorité de ces décès se produit dans les pays en développement et concerne des enfants et des femmes.

Ces trois maladies compromettent gravement la croissance des pays en développement.

12. http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf

Les conséquences humaines tragiques de ces maladies sont également un obstacle à l'efficacité de l'aide dans d'autres secteurs par les contraintes qu'elles font peser sur le développement humain et sur une croissance économique équilibrée et durable.

Actions du G8

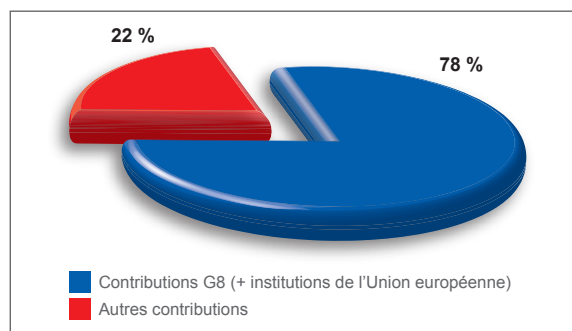
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose a été créé principalement avec le soutien du G8. Depuis sa création en 2002 suite à une proposition faite en l'an 2000 lors du Sommet de Kyushu-Okinawa, le G8 contribue pour plus de 78 % aux ressources du Fonds. Les contributions du G8 au Fonds mondial ont quadruplé depuis 2003 (source Fonds mondial www.theglobalfund.org).

Décassements du G8 au Fonds mondial 2002-2010 (en dollars courants)

Pays	2001-2010
Canada	843 809 308
Institutions de l'Union européenne	1 204 218 118
France	2 412 499 551
Allemagne	1 252 512 538
Italie	1 008 260 873
Japon	1 287 478 868
Russie	256 999 996
Royaume-Uni	1 377 368 624
États-Unis	5 130 190 263
TOTAL G8 + CE	14 773 338 139
TOTAL RESSOURCES	18 834 387 872
% par comparaison avec les ressources totales	78,44 %

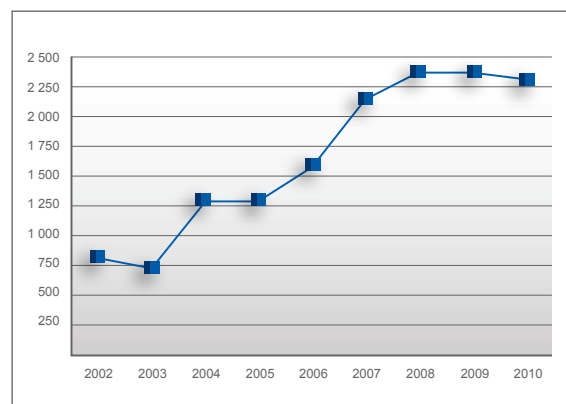
Source : Fonds mondial et pays du G8.

Contributions du G8 par rapport aux ressources totales du Fonds mondial



Contributions du G8 au Fonds mondial 2002-2010

(en millions de dollars courants)



Résultats du Fonds mondial

Le Fonds mondial encourage les partenariats entre pays donateurs et pays bénéficiaires, les entreprises, les fondations privées, la société civile et les populations affectées par ces maladies. Depuis sa création en 2002, le Fonds mondial a mobilisé des ressources qui ont permis des résultats concrets dans la lutte contre ces 3 maladies.

VIH/sida : 3 millions de personnes reçoivent un traitement antirétroviral, 150 millions de sessions de conseils et de tests sur le VIH ont été menées, 5 millions d'orphelins et d'enfants vulnérables ont bénéficié de soins de base et de services de soutien, et 1 million de femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement de prévention de la transmission mère-enfant.

Tuberculose : 7,7 millions de nouveaux cas de tuberculose infectieuse ont été détectés et traités, et le Fonds mondial a fourni en 2009 48 % des financements pour les programmes de détection et de traitement de la tuberculose à l'aide de traitements de courte durée sous surveillance directe.

Paludisme : 160 millions de moustiquaires ont été distribuées pour protéger les familles et 142,4 millions de traitements contre le paludisme ont été délivrés.

(source GFATM - <http://www.theglobalfund.org/fr/>)

Résultats

Le G8 a fait la preuve de son plein engagement en renforçant son soutien au Fonds mondial qui a obtenu des résultats sans précédent dans la lutte contre les trois maladies.

La 3^e reconstitution du Fonds mondial a permis de mobiliser des ressources en augmentation par rapport à la période de reconstitution précédente. Ainsi, 11,7 milliards de dollars ont été promis pour la période 2011-2013 par rapport aux 9,7 milliards de dollars pour la période précédente. Le défi aujourd'hui est de transformer ces engagements en contributions effectives pour que le Fonds mondial puisse continuer d'être un instrument efficace de la mobilisation collective. Ces engagements supplémentaires doivent permettre d'obtenir de nouveaux résultats importants dans la lutte contre ces trois maladies et jouer un rôle de catalyseur *via* une approche plus intégrée et mieux coordonnée s'inscrivant dans les stratégies nationales.

Le G8 soutiendra le Fonds mondial pour accompagner et renforcer ses efforts de réforme, notamment en matière de contrôle fiduciaire, afin que les ressources soient utilisées de manière plus efficace et plus responsable.

Renforcer les Partenariats public-privé et les garanties d'achat futur
pour encourager la mise au point de vaccins, de microbicides et de médicaments contre le sida, le paludisme et la tuberculose et d'autres maladies négligées

Principales constatations

Les Partenariats public-privé (PPP) et les mécanismes de financement innovant constituent deux types de réponses spécifiques qui sont particulièrement adaptées aux enjeux mondiaux de la santé. En effet, ils peuvent apporter des ressources additionnelles pour la santé, proposer des solutions pertinentes et impliquer des partenaires cruciaux.

Actions du G8

À cet égard, plusieurs pays du G8 ont créé et mis en œuvre un certain nombre de PPP et des mécanismes de financement innovants qui ont permis d'enregistrer des résultats considérables. D'autres améliorations substantielles sont anticipées et nécessaires.

Contributions du G8 à l'Alliance GAVI (en milliers de dollars)

Pays	Financement direct 2000-2010	Versements IFFIm (2007-2010)	Versements garanties d'achat futur à ce jour	Contributions totales
Canada	148 728		125 100	273 828
France	18 659	190 511		209 170
Allemagne	22 066			22 066
Italie		115 290*	158 190	273 480
Russie			16 000	16 000
Royaume-Uni	137 445	151 862	22 200	311 507
États-Unis	646 725			646 725
Institutions de l'Union européenne	57 869			57 869
Total	1 031 492	457 663	321 500	1 810 645

* Ce chiffre inclut les contributions de 2006.

Source : Alliance GAVI.

➔ **G8 et Alliance GAVI**

L'Alliance GAVI est un PPP innovant qui réunit les grands acteurs (pays donateurs, organisations internationales, universités, entreprises) pour accélérer l'introduction de vaccins nouveaux ou sous-utilisés dans les pays en développement de manière à atteindre le quatrième OMD (réduire la mortalité infantile, améliorer la santé infantile). Le coût des nouveaux vaccins est en partie pris en charge par les pays en développement. Le cofinancement est un exemple concret de leur engagement en faveur de la santé infantile. Par ailleurs, la vaccination est l'instrument ayant le meilleur rapport coût-efficacité dans le domaine de la santé. Le G8 a soutenu l'Alliance GAVI depuis sa création en apportant plus d'un milliard de dollars de contributions budgétaires directes. Les contributions du G8 à l'Alliance GAVI jusqu'en 2010 s'élèvent à 1,81 milliard de dollars grâce aux financements innovants. Les engagements et les contributions des donateurs du G8 à l'Alliance GAVI, représentent environ 80 % de la totalité des engagements et contributions durant cette période.

<http://www.gavialliance.org/>

➔ **Garanties d'achat futur**

Des pays du G8 (Italie, Canada, Russie et Royaume-Uni) ont joué un rôle déterminant dans la réussite du mécanisme pilote de garanties d'achat futur pour un vaccin contre le pneumocoque, lancé à Rome en février 2007 avec la Norvège et la Fondation Bill et Melinda Gates. Les contributions des pays du G8 représentent 93,2 % du montant mobilisé de 1,5 milliard de dollars. Ils ont versé 321,5 millions de dollars à la Banque mondiale depuis 2009 (93,4 % des versements pour les garanties d'achat futur).

L'objectif de la garantie d'achat futur pour le pneumocoque est de favoriser le développement et la fabrication de vaccins à un coût abordable pour les pays en développement. Le prix prévisible permet aux laboratoires de signer des engagements à long terme pour la fourniture des vaccins et d'accroître leurs capacités de production. Ce prix prévisible permet également aux gouvernements des pays en développement de budgétiser et de planifier des programmes de vaccination avec l'assurance que les vaccins seront disponibles en quantité suffisante, à un coût abordable. Le succès de cette garantie a été confirmé à la fin de 2010 lors de l'introduction des vaccins dans plusieurs pays en développement (Nicaragua, Kenya, Yémen,...)

quelques années seulement après l'arrivée de ces vaccins dans les pays industrialisés. Sans cette incitation et à son impact sur le marché, les enfants d'Afrique et des pays en développement risquaient d'être privés de ce vaccin vital pendant de nombreuses années.

<http://www.vaccineamc.org/about.html>

➔ **IFFIm**

La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) est un mécanisme de financement innovant qui conjugue anticipation, prévisibilité et financement. Il a joué un rôle déterminant dans le doublement des ressources de l'Alliance GAVI.

En effet, les résultats de l'Alliance GAVI ont été rendus possibles par le lancement de l'IFFIm (France, Royaume-Uni et Italie pour le G8 et plusieurs autres donateurs) en 2006 et la collecte de grandes quantités d'argent. L'IFFIm collecte des fonds en émettant des obligations sur les marchés de capitaux et convertit ainsi les engagements à long terme des États en ressources disponibles immédiatement. Les engagements à long terme des États servent à rembourser les obligations. Cela constitue une source prévisible de financement pour les plans nationaux de santé et de vaccination des pays en développement.

À ce jour, les donateurs du G8 ont fourni environ 80 % de l'ensemble des contributions à l'IFFIm. Entre novembre 2006 et début 2011, l'IFFIm a collecté environ 576 millions de dollars auprès du G8 et d'autres donateurs pour mobiliser 3,4 milliards de dollars sur les marchés de capitaux mondiaux dans le cadre de sept grandes opérations destinées aux investisseurs institutionnels et individuels, permettant de sauver des millions de vies.

<http://www.iff-immunisation.org/>

➔ **La contribution internationale de solidarité sur les billets d'avion**

Depuis 2006, sept pays (la France, le Chili, Madagascar, le Mali, le Niger, Maurice, la Corée du Sud) ont décidé d'appliquer une contribution internationale de solidarité sur les billets d'avion dont les recettes sont affectées à la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose grâce à l'Initiative UNITAID. La Norvège alloue à UNITAID une partie de sa taxe sur les émissions de CO₂ du kérosène. Environ 900 millions de dollars ont été collectés et donnés à UNITAID entre 2006

et 2010 grâce à ce mécanisme innovant adossé sur la vente de billets d'avion, et 400 millions ont été mobilisés dans le cadre de contributions budgétaires. Depuis la création d'UNITAID, la contribution du Royaume-Uni représente 21 % de l'ensemble des financements, et celle de la France, 60 %. UNITAID a la capacité de s'engager en faveur de projets à long terme ayant un impact significatif sur le marché des médicaments parce que ses financements proviennent essentiellement de sources durables et prévisibles telles que la contribution sur les billets d'avion. Le modèle d'UNITAID repose sur des engagements de financements à long terme et l'achat de grandes quantités de médicaments et de moyens de diagnostic. Cela encourage la hausse de la production et crée des économies d'échelle qui font baisser les prix. De ce fait, UNITAID et ses partenaires peuvent fournir davantage de médicaments et de traitements à budget constant.

➔ **Debt2Health**

Debt2Health est un partenariat entre créanciers et pays bénéficiaires de subventions dans le cadre duquel le Fonds mondial propose un accord tripartite. Dans ce cadre, les créanciers renoncent au remboursement d'une partie de leur dette à condition que le pays bénéficiaire investisse en contrepartie un montant agréé dans le domaine de la santé par le biais de programmes approuvés par le Fonds mondial.

L'Allemagne a été le premier créancier à adhérer à ce programme. Le premier accord tripartite a été signé entre l'Allemagne, l'Indonésie et le Fonds mondial pour la conversion de 72,6 millions de dollars qui serviront à des investissements urgents et vitaux destinés à des services concernant le VIH et à des actions de santé publique en Indonésie.

Depuis 2000, l'Italie soutient un partenariat public-privé pour la santé en Afrique orientale, conformément aux principes de la coopération italienne, qui encourage le développement du système de santé publique et considère que le partenariat avec le secteur privé est déterminant pour améliorer l'accessibilité, l'efficacité et l'équité en matière de santé. En 2009, conformément au principe de l'accès universel à la santé et dans le respect de la nouvelle politique de santé nationale, l'Italie a soutenu en Ouganda la conception d'un plan de renforcement des services de santé publique et privée, dans la région de Karamoja, en coopération avec l'UNICEF et des acteurs privés, internationaux et locaux. En Ouganda, durant la première année d'activité, 1 346 centres ont été concernés, 30 124 vaccinations ont été effectuées, 5 000 mères ont bénéficié de la première visite prénatale et plus de 4 000 mères ont été inscrites dans un programme de prévention de la transmission du sida de la mère à l'enfant.

Le Partenariat entre pays européens et pays en développement sur les essais cliniques (EDCTP) rassemble les institutions de l'Union européenne, **14 États membres de l'UE, la Suisse, la Norvège, et 47 pays d'Afrique subsaharienne**, dont l'objectif est de développer de nouvelles interventions cliniques pour lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, et de créer et maintenir ces capacités en Afrique subsaharienne. Il est doté d'un budget global de 400 millions d'euros (2003-2015). Ce partenariat a servi d'exemple à d'autres Initiatives prises par le G8, telles que l'Initiative pour un partenariat en matière d'éducation médicale qui soutient un réseau de 30 institutions de recherche en Afrique subsaharienne, à laquelle sont associés les ministères de la santé et de l'éducation. Cette Initiative a été lancée par le gouvernement américain dans le prolongement des Sommets du G8 de L'Aquila et de Muskoka.

<http://www.edctp.org>

L'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH

La contribution du **Canada** à l'Initiative mondiale en faveur d'un vaccin contre le VIH/sida est une coopération de cinq ans entre le gouvernement du Canada et la Fondation Bill et Melinda Gates. C'est une contribution significative du Canada aux efforts mondiaux pour développer un vaccin sûr, efficace, peu coûteux et mondialement accessible contre le VIH. Entre 2007 et 2017, le Canada investit jusqu'à 111 millions de dollars canadiens dans cette initiative. Depuis son lancement en 2007, 51 millions de dollars canadiens ont été engagés en faveur de la recherche nationale et internationale, de l'amélioration de la coopération entre chercheurs au Canada et dans le reste du monde, et du renforcement des capacités concernant les essais de vaccins, l'élaboration des politiques et l'engagement des communautés concernées. La recherche canadienne sur les vaccins génère de nouvelles connaissances, renforce les capacités de recherche et forme la nouvelle génération de chercheurs dans ce domaine.

<http://www.chvi-icvv.gc.ca/index-fra.html>

<http://www.hivvaccineenterprise.org>

La **Russie** soutient les efforts mondiaux déployés pour développer un vaccin efficace et peu coûteux contre le VIH et contribue à l'Initiative mondiale en faveur d'un vaccin contre le VIH/sida en intensifiant les recherches dans ce domaine. Entre 2007 et 2010, la Russie a investi 38 millions de dollars dans la recherche d'un vaccin contre le VIH et la coordination de ses travaux avec des institutions partenaires dans la Communauté des États indépendants. Cela a permis de développer plusieurs candidats-vaccins qui subissent actuellement les différentes phases d'essais précliniques et cliniques. Les informations sur les résultats de la recherche sont largement partagées avec la communauté internationale, notamment par la coopération avec l'Initiative mondiale en faveur d'un vaccin contre le VIH/sida. Pour permettre de renforcer les capacités de recherche futures dans la région, la Russie met l'accent sur l'échange d'informations entre les milieux scientifiques de l'Europe orientale et de l'Asie centrale et le recrutement de jeunes scientifiques dans des programmes de recherche internationaux.

➔ Résultats

Le G8 a lancé plusieurs initiatives réussies concernant des mécanismes innovants tels que l'IFFIm, les garanties d'achat futur, la contribution de solidarité sur les billets d'avion et Debt2Health. Les divers exemples présentés dans ce chapitre montrent également que de nombreux partenariats public-privé sont mis en œuvre par les pays du G8.

Soutenir les pays les plus vulnérables en matière de surveillance des maladies et de systèmes d'alerte précoce et renforcer les capacités de diagnostic et la recherche sur les virus

Principales constatations

Les maladies émergentes et leurs conséquences négatives s'affranchissent des frontières nationales et géographiques. Soutenir les pays les plus vulnérables en matière de surveillance des maladies et de systèmes d'alerte précoce, et renforcer les capacités de diagnostic et la recherche sur les virus est particulièrement pertinent. Les pays en développement sont des acteurs importants de la chaîne pour stopper la propagation de certaines maladies.

Pour prévenir ce risque et apporter une réponse de santé publique à la propagation des maladies à l'échelle mondiale tout en évitant les ingérences dans les échanges internationaux, 194 pays du monde ont décidé de mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005). Cet instrument contraignant de droit international est entré en vigueur le 15 juin 2007. En vertu du règlement sanitaire international, les États sont tenus de renforcer la surveillance de base et leurs capacités d'action au niveau élémentaire, intermédiaire et national, ainsi que dans les ports, les aéroports et aux postes-frontières désignés.

Actions du G8

Le G8 est particulièrement préoccupé par cette question et est fermement engagé aux côtés des pays partenaires dans le renforcement de leurs capacités nationales de surveillance et d'action afin de mieux détecter, évaluer et notifier les événements, et de répondre aux urgences qui constituent un risque de dimension internationale en terme de santé publique.

L'application du Règlement sanitaire international est essentielle pour la surveillance des maladies et les systèmes d'alerte précoce. Le bureau de l'OMS à Lyon (France) joue un rôle important à cet égard. Il a pour mission d'aider les pays à renforcer leurs capacités nationales de surveillance et d'action afin de mieux détecter, évaluer et notifier les événements et de répondre aux urgences qui constituent un risque de portée internationale pour la santé publique en vertu du Règlement sanitaire international. La France a alloué 2,6 millions d'euros à la sécurité sanitaire internationale et au Règlement sanitaire international.

La France apporte également son soutien à cinq sous-régions en développant des instituts de surveillance en Afrique centrale, en Asie du Sud-Est, dans les Antilles françaises et dans la région méditerranéenne. Ces instituts et réseaux contribuent aux mécanismes de surveillance et de détection des maladies émergentes, en étroite coopération avec les entités nationales.

Le gouvernement **allemand**, solidaire de la communauté internationale, a apporté une contribution totale de 39,46 millions de dollars pour soutenir la préparation à la pandémie de la grippe dans les pays à faible revenu. Environ 23,14 millions de dollars ont été versés directement à l'OMS en décembre 2009 au profit de son Plan de riposte mondiale à la grippe H1N1 et de la distribution de vaccins dans les pays en développement. Le reste, soit environ 16,32 millions de dollars, a été alloué à des mesures de soutien bilatéral. L'Initiative allemande de préparation à la pandémie, lancée en septembre 2009, est chargée de gérer la contribution bilatérale et de soutenir le renforcement des capacités de base pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international et la préparation aux pandémies, y compris la surveillance des maladies et les systèmes d'alerte précoce. Cette initiative, qui repose sur une approche par la demande, soutient les acteurs pertinents dans les pays partenaires. Début avril 2011, 29 propositions émanant de 17 pays ont été approuvées pour bénéficier d'un financement et en sont à différentes phases de mise en œuvre.

En 2006-2009, en réponse à la menace d'une grippe pandémique, la **Fédération de Russie** a versé 45,8 millions de dollars à un programme global de renforcement des capacités des systèmes de surveillance dans la CEI, de manière à permettre aux pays partenaires de lutter contre la menace des maladies émergentes. Une quarantaine de laboratoires de 7 pays de la CEI ont été dotés d'équipements modernes et de moyens de diagnostic, 200 spécialistes ont été formés au diagnostic et à la surveillance de la grippe. Ainsi, les pays partenaires ont mis en œuvre des plans d'action pour renforcer la surveillance de la grippe et les systèmes de riposte. La Russie a contribué de manière importante au renforcement des capacités dans la CEI en matière de diagnostic et de recherche sur les virus. Les effets positifs du programme se sont fait sentir durant la pandémie de H1N1 en 2009 et ils ont mis en évidence les capacités accrues des pays partenaires en matière de lutte contre les répercussions de la maladie sur les populations. Par ailleurs, la Russie, en étroite coopération avec l'OMS, s'efforce également d'aider les pays de la CEI et les pays africains à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (RSI).

Accroître le nombre de travailleurs du secteur de la santé pour atteindre l'objectif fixé par l'OMS de 2,3 pour 1 000 habitants, en priorité avec les pays africains dans lesquels nous intervenons actuellement et qui connaissent une pénurie aiguë dans ce domaine.

Principales constatations

L'accès aux infrastructures de santé et aux médicaments essentiels est déterminant pour répondre aux besoins en termes de santé, à condition que les systèmes de santé puissent produire les outils de diagnostic adéquats et offrir des services de santé de qualité. La capacité à fournir des outils de diagnostic et des services dépend naturellement de l'effectif des personnels de santé, qui reste particulièrement faible et inégal d'un pays en développement à l'autre et à l'intérieur de ces pays.

Plus de 50 pays font face à une pénurie chronique en personnel de santé. En effet, les besoins sont de l'ordre de 4,2 millions de personnel de santé, dont 1,5 million pour l'Afrique. Pour remédier à ce problème, il faut accroître le nombre de professionnels de santé formés, mais aussi améliorer la qualité, la performance et la gestion de l'ensemble des ressources humaines, en prévoyant des incitations pour fidéliser ces personnes.

Actions du G8

Convaincu par la nécessité de résoudre ce défi, le G8 s'est engagé à augmenter les effectifs des personnels de santé, notamment en partenariat avec les pays africains, en adoptant une double approche, quantitative et qualitative, qui consiste à augmenter les effectifs, mais aussi à promouvoir une formation professionnelle de qualité. Le G8 travaille dans les pays concernés pour susciter et encourager des actions destinées à pallier le manque de ressources humaines dans le secteur de la santé afin d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement dans le domaine de la santé et garantir la santé pour tous.

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé a été créée en 2006 sous la forme d'une plateforme d'action commune visant à surmonter la crise des ressources humaines dans le secteur de la santé. Cette Alliance est un partenariat entre des gouvernements nationaux, la société civile, des organisations internationales, des institutions financières, des chercheurs, des éducateurs et des associations professionnelles qui s'efforce d'identifier, de préconiser et de mettre en œuvre des solutions. Elle est soutenue par la France, le Japon, les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada, l'Allemagne et les institutions de l'Union européenne. Le deuxième Forum mondial des ressources humaines pour la santé organisé par l'Alliance mondiale pour les personnels de santé a insisté sur la redevabilité mutuelle ; en effet, le soutien international doit être totalement complémentaire, aligné sur les besoins des pays, prévisible à long terme et flexible ; il faut par ailleurs prévoir des investissements dans la formation, ainsi que le déploiement équitable et la fidélisation des personnels de santé dans l'ensemble de la filière de soins.

<http://www.who.int/workforcealliance/fr/>

Le Japon travaille avec le Ghana depuis 2006 afin de développer la planification et les services de santé de base communautaires (CHPS) dans la région du Haut Ghana occidental. La stratégie du CHPS a été adoptée par le gouvernement pour assurer la fourniture de services. Celui-ci en a fait une priorité, notamment dans les zones où l'accès aux services de santé est limité. Le Japon a formé jusqu'à présent 265 responsables communautaires de santé au bénéfice des populations rurales. Il a également renforcé les capacités de gestion de l'administration locale de la santé (au niveau de la région et du district), contribuant au développement des services de santé de base dans la région.

Royaume-Uni – Au cours des cinq dernières années, avec l'appui du Royaume-Uni et d'autres donateurs, plus de 34 000 personnels de santé ont été formés et déployés sur le territoire éthiopien, qui compte 80 millions d'habitants. Ces personnels, qui sont principalement des femmes, fournissent un ensemble de services de base à la communauté dans laquelle ils vivent, notamment en matière de planification familiale, de vaccination, de nutrition, de prévention et de traitement du paludisme. Les dernières données du ministère éthiopien de la santé montrent qu'au cours des cinq dernières années, le pourcentage des femmes bénéficiant de soins prénataux est passé de 50 à 71 %, celui des femmes bénéficiant de soins postnataux a plus que doublé, passant de 16 à 36 %, et le taux d'acceptation de la contraception est passé de 37 à 62 %.

Depuis 2008, l'Italie, dans le cadre de sa politique de développement de la santé, a encouragé le développement de partenariats public-privé dans le secteur de la santé dans quelques pays d'Afrique orientale (Mozambique, Éthiopie, Ouganda, Congo, Soudan et Kenya). L'accent est plus particulièrement mis sur le développement des ressources humaines, c'est-à-dire sur les professionnels de santé de niveau intermédiaire, tels que les sages-femmes et les infirmiers, qui fournissent des services essentiels liés aux OMD. Des actions ont aussi été menées pour promouvoir des mécanismes de fidélisation des personnels de santé pour remédier à la fuite des cerveaux.

Résultats

Le G8 a agi pour renforcer les systèmes de santé dans les pays en développement et financer la formation du personnel médical et paramédical. Il a soutenu la résolution consensuelle portant adoption par l'OMS du Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé.

2. Santé maternelle et infantile

Intensifier les efforts pour combler les lacunes dans le domaine de la protection maternelle et infantile et de la planification familiale volontaire, environ 1,5 milliard de dollars

Principales constatations

→ Santé infantile

Des progrès substantiels ont été accomplis dans la lutte contre la mortalité infantile ces vingt dernières années. Depuis 1990, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement a reculé de 28 %, passant de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes à 72 en 2008¹³. Au niveau mondial, le nombre total de décès des enfants de moins de cinq ans a reculé de 30 %, passant de 12,5 millions en 1990 à 8,8 millions en 2008. Cela signifie que 10 000 enfants par jour ont été sauvés par rapport à 1990. Cependant, cette diminution est inégale selon les régions. Elle est beaucoup plus lente en Afrique subsaharienne où le taux de mortalité infantile a reculé de 22 % depuis 1990.

→ Santé maternelle

La proportion de femmes des pays en développement qui bénéficient d'une aide qualifiée lors de l'accouchement est passée de 53 % en 1990 à 63 % en 2008. Des progrès ont été accomplis dans toutes les régions, mais ils ont été particulièrement significatifs en Afrique du Nord (74 %) et en Asie du Sud-Est (63 %). Des progrès ont également été constatés en Asie méridionale. Cependant, la couverture reste inégale, notamment en Afrique subsaharienne. Lors de l'accouchement, moins d'une femme sur deux dans ces régions bénéficie de l'aide d'un personnel de santé qualifié. La discrimination envers les femmes, leur statut juridique incertain et les inégalités entre hommes et femmes ont des effets négatifs sur le niveau d'éducation et la santé des femmes et des filles.

13. Source : *Rapport 2010 sur les Objectifs du millénaire pour le développement* - <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports.shtml>

Actions du G8

L'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile est un engagement fort des pays du G8. Les pays partenaires ont bénéficié de programmes de soutien et de fonds qui ont un impact sur la santé maternelle et infantile (Fonds mondial, Alliance GAVI, UNITAID, etc.). D'autres acteurs tels que l'OMS et les institutions des Nations Unies qui sont chargées d'agir dans ce domaine (FNUAP, UNICEF) bénéficient également du soutien du G8. La contribution des pays du G8 au titre de l'aide au développement dans le domaine de la santé maternelle et infantile était estimée à 4,1 milliards de dollars en 2008.

Bonnes pratiques et leçons tirées de l'expérience

- **Assurer la continuité des soins en matière de santé maternelle**, néonatale et infantile en améliorant la qualité des services de santé et l'accès à ces services : soutenir l'offre de services de santé pour les soins prénataux, augmenter le nombre d'accouchements effectués par des personnels de santé qualifiés, améliorer la nutrition, améliorer et moderniser les établissements de santé, faciliter des partenariats entre administrations de la santé, les fournisseurs de soins de santé et les communautés locales, introduire et diffuser des manuels sur la santé maternelle et infantile.

Le **Japon** soutient le modèle « EMBRACE » (Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care - garantir un accès régulier aux soins pour les mères et les bébés) lors du Sommet sur les OMD en septembre 2010. Il s'agit d'un paquet efficace de mesures de prévention et d'interventions cliniques en faveur de la survie maternelle et néonatale au niveau des communautés locales et des établissements de soins. Son objectif est de créer des liens entre communautés et établissements de soins en introduisant des stratégies innovantes et de développer les interventions à fort potentiel en faveur de la protection maternelle et infantile pour assurer la continuité des soins avant la grossesse et jusqu'après la naissance. Ce modèle souligne l'importance des partenariats renforcés entre tous les acteurs et d'une approche intégrée comprenant diverses mesures : amélioration des infrastructures, eau potable et assainissement, et d'autres formes de développement social.

- **Mettre l'accent sur le développement d'hôpitaux** accueillants pour les femmes et des services destinés aux jeunes, et sur leur financement tiré par la demande.

Allemagne – Au Kenya, un nombre important de femmes pauvres n'a pas accès à des services de santé adéquats. C'est pourquoi la plupart des enfants naissent à la maison et seulement 42 % de l'ensemble des accouchements bénéficient de l'aide de personnel médical. Des mesures ciblées telles que l'introduction de « bons de santé » subventionnés facilitent l'accès des femmes issues des groupes les plus pauvres à des services de santé de haute qualité assurés par des fournisseurs publics et privés. Plus de 60 000 femmes pauvres ont déjà bénéficié de ces bons et ont accouché dans de bonnes conditions sous supervision médicale.

- **Assurer une meilleure coordination entre le traitement du VIH/sida et la santé reproductive en général.** Promouvoir des mesures visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH/sida et un traitement adéquat pour les femmes enceintes. Fournir un appui technique aux stratégies nationales de développement sur la santé sexuelle et reproductive et sur les droits qui y sont liés.

- **Promouvoir l'égalité des sexes dans les projets** : aider les femmes et les filles à faire valoir et à exercer leurs droits dans ce domaine tout en contribuant à assurer leur santé sexuelle et reproductive.
- Inclure systématiquement le **soutien aux programmes de vaccination dans les plans essentiels de vaccination**. La prévention des maladies infectieuses (hépatite B, rougeole, rotavirus, infections à pneumocoque et poliomyélite notamment) est également essentielle.

- **Mettre en œuvre des mesures ciblées de prévention** pour les mères et les enfants de manière à dépister, prévenir ou traiter à un stade précoce les problèmes tels que la malnutrition ou les retards de développement de l'enfant.

Résultats obtenus par l'Alliance GAVI

Grâce aux contributions et aux engagements des donateurs du G8 à l'Alliance GAVI, notamment par des mécanismes de financement innovants tels que l'IFFIm et les garanties d'achat futur, l'Alliance GAVI a déjà pu vacciner 288 millions d'enfants et empêcher plus de 5 millions de décès prématurés dans 72 pays en développement. Durant cette période, la couverture vaccinale systématique dans les pays à faible revenu est passée de 66 % à 79 % dans la plupart des pays.

Les programmes de vaccination sont importants pour réduire la mortalité infantile et sont reconnus par le G8 comme étant essentiels pour atteindre l'OMD 4. En effet, la diarrhée et la pneumonie sont les deux premières causes de mortalité infantile dans les pays à faible revenu : elles sont responsables de 36 % des décès d'enfants de moins de cinq ans (OMD4). La vaccination est l'un des meilleurs outils de la santé publique et il est avéré qu'elle produit des effets économiques, sociaux et démographiques positifs.

Les vaccins financés par l'Alliance GAVI peuvent contribuer également à réduire le cancer. L'hépatite B est une infection virale qui cause plus de 80 % des quelque 610 000 décès dus chaque année au cancer du foie. L'Alliance GAVI a empêché plus de 3 millions de décès prématurés grâce à la prévention de l'hépatite B. Entre l'an 2000 et la fin de 2010, l'Alliance GAVI et ses partenaires ont vacciné environ 266,6 millions d'enfants supplémentaires contre l'hépatite B.

http://www.gavialliance.org/performance/global_results/index.php

Depuis le début de la guerre civile en Somalie, le renforcement du système de santé du pays a été l'une des priorités de la coopération **italienne**, l'accent étant mis plus particulièrement sur les services d'urgence sanitaire pour les mères et les enfants. Cet engagement a mobilisé des investissements de plus de 10 millions d'euros au cours des 5 dernières années. Grâce à ces fonds, l'Italie a permis le fonctionnement de 12 hôpitaux dans le Centre et le Nord de la Somalie, au profit de près de 2 millions de personnes. En outre, l'Italie a traité par l'intermédiaire de l'UNICEF les besoins nutritionnels des enfants en soutenant la fourniture d'un paquet complet de services nutritionnels, notamment pour la gestion de la malnutrition aiguë. L'an dernier, plus de 30 000 enfants de moins de 5 ans ont été examinés et 6 400 hospitalisés. 4 000 femmes ont été assistées pendant l'accouchement, dont la moitié avec des complications, avec un taux de mortalité inférieur à 1 %. 8 000 enfants sous-alimentés (20 % des besoins totaux) ont été pris en charge et ont bénéficié d'une alimentation optimale avec des soins et des micronutriments dispensés à 10 900 couples mère-enfant.

Pour réduire la mortalité infantile, le **Canada** a longtemps été l'un des principaux donateurs en micronutriments dans les pays en développement. Il a ainsi fourni plus de 324 millions de dollars de soutien à l'Initiative pour les micronutriments, à l'UNICEF et à l'Association Hellen Keller International depuis 2005. Le soutien du Canada à l'Initiative pour les micronutriments a permis au programme sénégalais de supplément en vitamine A de donner 2 doses de vitamines A à 1,8 million d'enfants en 2009 (dose requise pour protéger les enfants de moins de 5 ans contre une déficience en vitamine A). En 2009, la couverture était estimée à 95 % pour les deux campagnes menées lors des Journées Survie de l'enfant, en hausse considérable par rapport à 2007 où la couverture n'était que de 83 %. Les niveaux élevés de distribution de la vitamine A devraient réduire d'environ 23 % la mortalité infantile, toutes causes confondues.

- **Campagnes d'information** pour améliorer la santé des nouveau-nés (réduire le risque de naissance prématurée et de bébés de faible poids lorsque les mères sont malades durant la grossesse ou sont contraintes de faire un travail dur), planification familiale et prévention du VIH.
- Il est indispensable de disposer de **ressources humaines qualifiées** au niveau des communautés locales pour enrayer la mortalité infantile et maternelle.
- **Activités de sensibilisation** : agir sur les croyances et pratiques traditionnelles telles que les mutilations génitales féminines. Les tabous alimentaires et les pratiques qui nuisent à la santé des enfants sont également abordés lorsque les parents consultent les centres de conseil.
- **Afin d'améliorer la santé maternelle et infantile, il est essentiel de privilégier une approche transversale en intervenant dans différents secteurs : l'éducation, l'eau et l'assainissement, l'hygiène, la bonne gouvernance, etc. Exemple, éducation** : augmenter la durée de l'enseignement et l'accès au niveau secondaire, en particulier pour les filles, peut contribuer à retarder les mariages précoces et par conséquent, réduire la mortalité maternelle. De plus, il est prouvé que l'éducation des mères a un impact significatif sur la santé des enfants.

*Initiative de Muskoka pour la santé maternelle, néonatale et infantile*¹⁴

Lors du Sommet de Muskoka en 2010, le G8 s'est engagé à mobiliser 5 milliards de dollars supplémentaires d'ici 2015 pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile en lançant l'Initiative de Muskoka. Les gouvernements des Pays-Bas, de la Nouvelle-Zélande, de la Norvège, de la République de Corée, de l'Espagne et de la Suisse, la Fondation Bill et Melinda Gates et les fondations des Nations Unies ont adhéré à l'Initiative de Muskoka en apportant des financements supplémentaires de 2,3 milliards de dollars qui seront versés durant la même période. Il est estimé que ce soutien aidera les pays en développement à sauver 1,3 million d'enfants supplémentaires de moins de 5 ans, à sauver 64 000 mères supplémentaires et à permettre à 12 millions de couples supplémentaires d'avoir accès aux méthodes modernes de planification familiale.

Comme indiqué dans la Déclaration du G8 de Muskoka, les pays du G8 prévoient que, durant la période 2010-2015, sous réserve de leurs procédures budgétaires respectives, l'Initiative de Muskoka mobilisera des ressources significativement supérieures à 10 milliards de dollars.

L'Initiative de Muskoka contribuera de manière significative à l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile. Cette initiative constitue également un progrès en matière de redevabilité et de transparence. En effet, la méthodologie précise très clairement le caractère additionnel des ressources mobilisées par cette initiative. Le G8 a recensé les dépenses existantes en matière de santé maternelle, néonatale et infantile en élaborant une méthodologie de référence avec l'aide de l'OCDE et de l'OMS pour identifier les méthodologies existantes dans ce domaine. Le G8 continuera de travailler avec ces organisations et avec d'autres organisations pour suivre les dépenses futures dans ce secteur.

Cette initiative du G8 contribue également à la Stratégie mondiale du secrétaire général des Nations Unies pour la santé des femmes et des enfants¹⁵. Elle devrait encourager d'autres

14. http://canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/mnch_isne.aspx?lang=fr

15. http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf

donateurs à prendre des engagements dans le cadre de cette Stratégie mondiale. Pour assurer le suivi de ces engagements dans le cadre de l'Initiative de Muskoka et de leur mise en œuvre, le G8 travaillera en concertation avec différents acteurs impliqués dans la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, notamment avec la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé des femmes et des enfants. Le G8 prend acte des recommandations récentes de la Commission et s'efforcera d'aider l'OMS à contribuer à leur mise en œuvre. Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) sera l'un des principaux acteurs pour faciliter ce processus.

Dans la mise en œuvre de leurs engagements concernant l'Initiative de Muskoka et la Stratégie mondiale, les pays du G8 reconnaissent la nécessité de réduire les inégalités d'un pays à l'autre et à l'intérieur de ces pays par des mesures ciblées en faveur des plus pauvres. Les rapports de l'UNICEF montrent qu'une approche fondée sur l'équité peut permettre d'obtenir les meilleurs résultats.

Donateur	Engagement financier	Calendrier	Champ d'application
Canada	1,1 milliard de dollars canadiens	2010-2011 à 2014-2015	L'accent sera mis sur trois domaines liés : renforcer les systèmes de santé, réduire le fardeau des maladies et améliorer la nutrition.
France	500 millions d'euros	2011-2015	Prévisions par an : 25 millions d'euros via les institutions de l'ONU (OMS, FNUAP, UNICEF, ONU-Femmes, etc.) 50 millions d'euros via l'Agence française de développement, 60 millions d'euros (soit 27 millions selon la méthodologie de Muskoka) via le Fonds mondial : - soutien à la planification familiale ; - renforcement des systèmes de santé par le financement de la santé (mutualisation des risques, ressources humaines qualifiées, accès aux médicaments et à la vaccination) ; - soutien à d'autres secteurs (eau, assainissement).
Allemagne	400 millions d'euros	2011-2015	Essentiellement droits et santé sexuelle et reproductive, santé maternelle, planification familiale volontaire.
Italie	75 millions de dollars	2011-2015	Système de santé, nutrition, contrôle des maladies infectieuses, services de conseil sur les pratiques traditionnelles.
Japon	50 milliards de yens (500 millions de dollars)	2011-2015	Le Japon s'attachera à lever les obstacles au renforcement des systèmes de santé et, sur la base de programmes, il fournira un ensemble de mesures cliniques et de prévention pour la santé maternelle et néonatale au niveau des communautés locales et des équipements sanitaires, il créera des liens entre ces communautés et équipements en appliquant des stratégies innovantes et intensifiera les actions à forte incidence sur la santé des enfants.
Russie	75 millions de dollars	2011-2015	Par des canaux bilatéraux et multilatéraux, l'effort portera sur les mesures probantes qui agissent sur les causes fondamentales de la mortalité maternelle et infantile, telles que le VIH/sida, le paludisme, la poliomyélite et d'autres infections, la faible couverture vaccinale des enfants, les mauvaises conditions sanitaires. Apporter un appui technique aux pays partenaires et remédier à la pénurie en sages-femmes qualifiées et aux difficultés d'accès aux établissements de soins obstétricaux.
Royaume-Uni	2,1 milliards de livres (3,4 milliards de dollars)	2010-2015	L'aide du Royaume-Uni devrait sauver au moins 50 000 femmes enceintes et parturientes, 250 000 nouveau-nés, et permettre à 10 millions de couples d'accéder à des méthodes modernes de planification familiale au cours des 5 prochaines années (2011- 2015).
	Sur ce total, l'engagement du RU est de dépenser 588 millions de livres pour la santé maternelle, des nouveaux-nés et des enfants en 2010 (soit 196 millions de plus par rapport aux 392 de 2008). 294 millions de livres de plus par rapport à 2011 et 392 (soit le double) à compter de 2012-2015. Les premiers chiffres pour 2010 suggèrent que l'engagement pour cette année sera probablement honoré. Les chiffres définitifs seront publiés dès qu'ils seront disponibles.		
États-Unis	1,346 milliard de dollars	Années budgétaires 2010 et 2011	Programmation liée directement à la santé maternelle et infantile : programmes de base pour la santé maternelle et infantile, paludisme (89 % du total) et planification familiale.
	Les États-Unis réexamineront leur engagement de Muskoka une fois déterminés les fonds affectés à la santé maternelle et infantile et à la lutte contre le paludisme. Comme il avait été indiqué lors du Sommet de Muskoka, l'engagement de 1,346 milliard de dollars supplémentaires par rapport à 2008 est le montant que les États-Unis prévoient de fournir en 2010 et 2011 pour des programmes liés directement à la santé maternelle et infantile, à la lutte contre le paludisme (89 % du total) et à la planification familiale en sus des financements de référence 2008 pour ces programmes, sous réserve des dotations correspondantes du Congrès. Le Congrès a finalement alloué 700 millions de dollars de moins que demandé dans le budget présidentiel pour l'année 2011, et la répartition entre les mesures en faveur de la santé maternelle et infantile et la lutte contre le paludisme est toujours en cours d'arbitrage.		
Institutions de l'Union européenne	70 millions de dollars	2010-2013	OMD 4 et 5

Pays partenaires (à ce jour)	Partenaires multilatéraux (à ce jour)
Afghanistan, Bangladesh, Éthiopie, Haïti, Mali, Malawi, Mozambique, Nigeria, Soudan, Tanzanie.	Initiative pour les micronutriments H4 (UNICEF, OMS, FNUAP et Banque mondiale), Alliance GAVI, Fonds mondial
Afrique subsaharienne, essentiellement les 14 pays prioritaires de l'APD française Bénin, Burkina Faso, Comores, Tchad, République démocratique du Congo, Ghana, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, Sénégal, Togo. + Afghanistan et Haïti.	Alliance GAVI, Fonds mondial, ONU-Femmes, FNUAP, UNICEF, OMS, GWHA
Développement des programmes et activités existants dans les pays partenaires.	Alliance GAVI, Fonds mondial, IPPF, FNUAP, etc.
Pays prioritaires 2011-2013 : Niger, Soudan, Kenya, Éthiopie, Somalie, Érythrée, Mozambique, Irak, Bolivie, Équateur, Afghanistan, Vietnam, Birmanie. Attention spéciale aux États sortant d'un conflit et aux États fragiles.	Partenaires possibles : Fonds mondial, UNICEF, OMS, FNUAP et Alliance GAVI
Bangladesh, Ghana, Sénégal et d'autres pays.	UNICEF, etc.
Attention particulière portée aux pays de la CEI en Asie centrale et à des pays de l'Afrique subsaharienne, notamment l'Éthiopie, la Zambie, le Mozambique, l'Angola, le Kenya et la Namibie.	Fonds mondial, OMS, IMEP, Banque mondiale, ONUSIDA, UNICEF
Nigeria, République démocratique du Congo, Éthiopie, Kenya, Somalie, Afrique du Sud, Malawi, Zimbabwe, Ghana, Zambie, Sierra Leone, Tanzanie, Soudan, Ouganda, Mozambique, Rwanda, Liberia, Inde (surtout États les plus pauvres), Pakistan, Bangladesh, Népal, Birmanie, Cambodge (liste non-exclusive).	FNUAP, OMS, UNICEF, ONU-Femmes, Banque mondiale, CE, Alliance GAVI, Fonds mondial
Les programmes américains pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile sont mis en œuvre dans le cadre de l'Initiative pour la santé mondiale, partout où les États-Unis consacrent des dépenses à la santé mondiale. Des efforts accrus seront déployés dans un groupe de pays bénéficiant de l'Initiative pour la santé mondiale offrant des possibilités importantes en termes d'impact, d'évaluation et de partenariat avec le gouvernement du pays concerné. Huit de ces pays ont déjà été désignés : Bangladesh, Éthiopie, Guatemala, Kenya, Mali, Malawi, Népal et Rwanda.	FNUAP, OMS et ses bureaux régionaux, UNICEF, Banque mondiale, Alliance GAVI
Afrique, Caraïbes et Pacifique	Alliance GAVI, Fonds mondial

3. Lutte contre les maladies infectieuses

Intensifier les efforts du G8 dans la lutte contre d'autres maladies que l'on sait prévenir, notamment en augmentant le volume et la qualité de la recherche médicale sur les maladies négligées dans les pays en développement

Principales constatations

Les maladies négligées sont responsables chaque année d'une morbidité et d'une mortalité élevées dans les pays à faible revenu. En raison du manque de vaccins et de traitements sûrs et efficaces à un coût abordable, il est urgent de renforcer l'arsenal thérapeutique existant contre ces maladies.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies négligées sont des maladies cachées car elles touchent presque exclusivement les populations extrêmement pauvres qui vivent dans des régions reculées à l'écart des services de santé. Les maladies négligées causent des handicaps et des malformations graves et permanentes et touchent environ 1 milliard de personnes dans le monde, entraînant plus de 20 millions d'années de vie vécues avec un handicap (56,6 millions selon les estimations du Lancet revues à la hausse) et d'importantes pertes socio-économiques. Des mesures efficaces et pragmatiques urgentes sont nécessaires au niveau national et international. Le coût des soins et des traitements est trop élevé pour les pauvres.

Actions du G8

Les maladies tropicales négligées sont généralement traitées dans le cadre du soutien aux systèmes de santé, et non comme une question à part. Le G8 apporte son soutien pour mettre au point de nouveaux traitements et les rendre plus accessibles. L'attention croissante portée à d'autres maladies ne doit pas dissimuler les souffrances que les maladies négligées causent à des millions de personnes dont beaucoup n'ont accès au mieux qu'à des médicaments archaïques, parfois toxiques, inefficaces ou difficiles à administrer.

L'Initiative médicaments contre les maladies négligées (DNDi) est une organisation à but non lucratif de coopération en matière de recherche et développement sur les médicaments axés sur les besoins des patients. Cette organisation met au point de nouveaux traitements contre le paludisme, la leishmaniose viscérale, la maladie du sommeil et la maladie de Chagas. Elle complète la recherche et le développement existants sur les médicaments fondamentaux afin de lutter contre ces maladies en coopération avec la communauté internationale des chercheurs, le secteur public, l'industrie pharmaceutique et d'autres partenaires intéressés. La France, le Royaume-Uni, l'Allemagne et la Commission européenne soutiennent cette initiative. À titre d'exemple, des essais récents ont montré que les polythérapies courtes de la leishmaniose viscérale, également connue sous le nom de kala-azar, sont efficaces et sûres et permettent de réduire la durée de la thérapie. Cela facilite l'acceptation du traitement et réduit ainsi l'émergence de parasites résistants.

<http://www.dndi.org>

Depuis 2006, le **gouvernement des États-Unis** a fourni 1,5 milliard de dollars pour lutter contre les maladies négligées que l'on sait prévenir. Grâce au programme de l'agence USAID contre les maladies négligées, il a créé d'importants partenariats public-privé avec les laboratoires pharmaceutiques pour soutenir la distribution massive de médicaments afin de lutter contre ces maladies partout dans le monde. Durant la première année de mise en œuvre, ce programme a distribué plus de 36 millions de traitements à plus de 14 millions de personnes. Tirant les leçons des points forts et des points faibles de la première année, il a distribué environ 57 millions de traitements à plus de 27 millions de personnes la deuxième année. À ce jour, le programme a fourni plus de 387 millions de traitements à environ 169 millions de personnes. Les programmes actuels concernent le Burkina Faso, le Cameroun, la République démocratique du Congo, le Ghana, le Mali, le Niger, l'Ouganda, la Sierra Leone, le Sud-Soudan, la Tanzanie, le Togo, Haïti, le Bangladesh et le Népal.

En 2009, la **Russie** a alloué 21 millions de dollars pour intensifier, sur la période 2009-2012, la recherche sur les maladies tropicales négligées et aider les pays partenaires en Afrique et en Asie centrale à renforcer leurs capacités en termes de surveillance, de moyens de diagnostic et de prévention et de ces maladies, notamment la leishmaniose, la schistosomiase, le trachome granuleux, etc. Cela a permis de développer de nouveaux moyens de diagnostic et de prévention des maladies tropicales négligées, et de fournir des kits de tests et du matériel de laboratoire aux pays les plus touchés. En 2010, des accords bilatéraux dans ce domaine ont été signés avec les ministères de la santé du Kirghizistan et du Tadjikistan, et une évaluation des besoins des systèmes de santé nationaux en termes de lutte contre les maladies tropicales négligées a été menée au Kirghizistan, au Tadjikistan et en Éthiopie. Environ 40 spécialistes de la santé du Kirghizistan et du Tadjikistan ont été formés en Russie au diagnostic en laboratoire et au suivi des maladies tropicales négligées. Plus d'une centaine de spécialistes de la santé des pays partenaires seront formés au cours des deux années à venir.

Les institutions de l'Union européenne ont financé la recherche sur les maladies infectieuses négligées en étroite partenariat avec des scientifiques des pays en développement à hauteur de 94 millions d'euros pour la période 2005-2010. Ainsi, le projet DENCO (2,5 millions d'euros pour la période 2005-2009) a considérablement amélioré la gestion de la dengue qui est l'une des maladies infectieuses qui se propage le plus vite dans les pays en développement. Comme il n'existe pas actuellement de traitement spécifique contre la dengue, la gestion des cas repose uniquement sur des soins cliniques parfaitement adaptés, ce qui rend la méthode de classification des patients essentielle pour déterminer lesquels d'entre eux présentent un risque élevé de maladie grave. Grâce à une aide réalisée dans plusieurs centres de sept pays en Asie du Sud-Est et en Amérique latine, le projet a aidé l'OMS à mettre au point un système de classification révisée sur une base empirique, qui s'appuie sur la gravité clinique de la maladie et qui permettra également d'améliorer le système de signalement, la surveillance et la détection précoce des épidémies de cette maladie émergente.

4. VIH/sida

Lutter contre toute forme de stigmatisation, de discrimination et de violation des droits de l'homme, et promouvoir les droits des personnes handicapées et la suppression des restrictions au voyage dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH/sida.

Élaborer et mettre en œuvre un paquet de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH, avec l'objectif, aussi proche que possible, d'un accès universel aux traitements du VIH/sida d'ici à 2010

Principales constatations

Le nombre de personnes infectées par le VIH en 2008 a été estimé à 2,6 millions, soit moins que les 3,1 millions de personnes infectées en 1999. En 2009, 1,8 million de personnes sont décédées des suites de maladies liées au sida, soit 20 % de moins qu'en 2004 (2,1 millions de personnes)¹⁶. Dans au moins 56 pays, le taux de nouvelles infections par le VIH s'est stabilisé ou a fortement diminué. La propagation de l'épidémie de sida a ralenti comme la progression du VIH partout dans le monde. Le nombre de nouvelles infections par le VIH a reculé de près de 20 % en dix ans. Au cours des 5 dernières années, les décès liés au sida ont diminué de près de 20 % en cinq ans et le nombre total de personnes vivant avec le VIH se stabilise. L'impact du VIH sur la mortalité maternelle dans les pays à forte prévalence nécessite des mesures de prévention et des traitements accessibles et ciblés en particulier sur les femmes et les filles. Malgré des progrès significatifs, il est essentiel de poursuivre les efforts pour obtenir de meilleurs résultats.

Actions du G8

Les ressources allouées à cette maladie sont impressionnantes et montrent que le VIH/sida constitue une priorité absolue du G8.

16; Source : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010 - http://unaid.org/documents/20101123_PR_GlobalReport_fr.pdf

Contributions du G8 au Fonds mondial, allouées à la lutte contre le VIH/sida

Année	En dollars courants
2003	382 216 180
2004	732 498 201
2005	693 218 064
2006	821 576 940
2007	1 321 442 728
2008	1 393 511 041
2009	1 108 191 327
2010	1 189 148 283
TOTAL	7 641 802 765

Source : Fonds mondial.

Malgré ses efforts substantiels, le G8 reconnaît que l'objectif de parvenir, aussi prêt que possible, à un accès universel n'a pas été atteint. Les pertes humaines dues à cette pandémie restent élevées et un grand nombre de personnes n'ont pas accès aux traitements et aux soins. Cependant, le G8 a été et reste directement impliqué et déterminé à promouvoir et à garantir les droits des personnes vivant avec le VIH/sida.

Bonnes pratiques et leçons tirées de l'expérience

- **Soutenir la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH** en renforçant les systèmes de santé et en fournissant un soutien budgétaire bilatéral et des contributions ciblées au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- **Une expertise technique** doit être apportée en plus de l'aide financière. Un soutien financier aux actions et activités mises au point **par les partenaires non gouvernementaux est également nécessaire.**
- **Renforcer la société civile des pays en développement et promouvoir les droits de l'homme sont essentiels pour la lutte contre les maladies infectieuses.** Promouvoir activement et garantir la liberté de mouvement et de résidence des personnes vivant avec le VIH/sida. Soutenir une approche pluridisciplinaire et divers projets de recherche sur les vaccins, l'accès aux soins, aux traitements et à la prévention.
- Pour renforcer la lutte contre le VIH/sida, le G8 soutiendra la lutte contre toutes les formes de discrimination contre les populations vulnérables et condamnera la criminalisation de l'homosexualité.
- **La prévention du VIH** est un enjeu transversal et la lutte contre le VIH doit s'effectuer **de manière intégrée** et être associée à des mesures qui encouragent les droits sexuels et les droits liés à la santé reproductive tout en renforçant les systèmes de santé afin d'assurer la sécurité des transfusions sanguines. L'inégalité entre hommes et femmes, et notamment entre adolescents et jeunes filles, doit être prise en compte dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des mesures de lutte contre le VIH. Outre les mesures de prévention de la transmission mère-enfant, une attention particulière doit être accordée aux adolescents dans les pays à fort taux de prévalence, ainsi qu'à des traitements adéquats et durables pour les femmes enceintes.
- **Atténuer les conséquences sociales** du sida par un soutien aux familles pauvres, aux orphelins du sida et aux enfants vulnérables.
- Apporter un soutien pour l'acquisition de médicaments contre le sida afin de renforcer les systèmes de santé. Fournir des préservatifs et d'autres contraceptifs à grande échelle et promouvoir des comportements sexuels sûrs.
- **Renforcer la sensibilisation** afin de prévenir les infections opportunistes et diffuser les services de conseils et de tests sur la base du volontariat. Améliorer la sensibilisation à la prévention, aux soins et au soutien aux personnes infectées et aux malades. Encourager le marketing social en créant un réseau pour partager les bonnes pratiques afin d'intégrer le suivi du VIH dans toutes les politiques de développement, avec l'appui technique de l'ONUSIDA.

La **Russie** est impliquée dans la lutte contre le VIH/sida en Europe orientale et en Asie centrale, notamment pour aider les pays de la CEI dans le domaine de la prévention et de la surveillance du VIH. En 2006, en 2008 et en 2009, la Fédération de Russie a, en partenariat avec l'ONUSIDA et le Fonds mondial, organisé et accueilli un grand forum régional, la Conférence sur le VIH/sida en Europe orientale et en Asie centrale, visant à sensibiliser à la prévention, au traitement et au soutien des personnes infectées. Le gouvernement russe a été l'un des principaux donateurs pour cette conférence. La Russie préside le Conseil de la CEI sur le VIH/sida dans le cadre de la politique de développement et de la création de partenariats internationaux. Deux programmes quinquennaux consécutifs de lutte contre le VIH/sida dans les pays de la CEI ont été élaborés sous la direction de la Russie et approuvés par les chefs d'État et de gouvernement des pays de la CEI (2002-2006 et 2009-2013).

- **Travailler avec les producteurs** pour réduire les coûts de fabrication et améliorer la qualité des principaux médicaments contre le sida. À cet égard, UNITAID a apporté des résultats positifs en permettant une meilleure couverture de l'accès aux traitements antirétroviraux. UNITAID a lancé en 2010 une Fondation pour la communauté de brevets afin de permettre à des laboratoires de fabriquer à moindre coût des génériques de nouveaux médicaments sous brevet en créant un espace commun pour les titulaires d'un brevet leur permettant de délivrer des licences en échange d'une redevance. Cela stimulera la concurrence et permettra de réduire le prix des principaux médicaments nouveaux et efficaces, en suscitant l'espoir chez des millions de malades. Cette initiative bénéficie du soutien de la France et du Royaume-Uni et facilite la production de médicaments génériques à un coût abordable.

Confrontées à la gravité particulière de la situation en Afrique australe et sur la base des ressources significatives que l'Europe consacre à la lutte contre le VIH, les délégations de l'UE dans dix pays d'Afrique australe (Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) gèrent depuis 2006 un réseau comprenant une assistance technique régionale pour échanger des idées et des bonnes pratiques, ainsi que pour développer une approche collective. Cette intervention simple mais innovante a considérablement amélioré les capacités et la volonté des délégations de l'UE de rationaliser et d'améliorer l'efficacité de leurs activités de lutte contre le VIH.

La **France** a créé un réseau composé de conseillers régionaux de santé et d'experts dans des équipes multinationales de l'OMS dont le rôle est d'assurer le suivi de la conception et de la mise en œuvre des politiques nationales de lutte contre le VIH/sida. Le réseau ESTHER (partenariats hospitaliers) participe à cet effort en développant des actions dans les pays en développement, notamment en Afrique occidentale et centrale et en Asie du Sud-Est. La France intervient également afin de réduire la transmission mère-enfant du VIH/sida (soutien financier et technique à l'ONUSIDA, à la campagne « Naître sans le VIH » lancée par Mme Carla Bruni-Sarkozy, et au lancement du kit de prévention mère-bébé par l'ONUSIDA et l'UNICEF).

Dans le cadre de l'Initiative pour la santé mondiale, le **gouvernement des États-Unis** a réaffirmé son engagement historique en faveur de la prévention, de la prise en charge et du traitement pris avec le Plan d'urgence du président pour la lutte contre le sida (PEPFAR-www.pepfar.gov). En 2010, le plan PEPFAR prévoyait :

- un soutien direct au traitement ARV qui sauve pour plus de 3,2 millions de personnes dans le monde ;
- un soutien à la prophylaxie ARV pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH pour plus de 600 000 femmes enceintes séropositives, permettant à plus de 114 000 bébés de naître sans le VIH ;
- de faire bénéficier de soins plus d'1,1 million de personnes, ainsi que près de 3,8 millions d'orphelins et d'enfants vulnérables.

Le gouvernement des États-Unis continue de travailler pour atteindre les objectifs suivants : traiter plus de 4 millions de personnes, prévenir plus de 12 millions de nouvelles infections par le VIH et prendre en charge plus de 12 millions de personnes, dont 5 millions d'orphelins et d'enfants vulnérables.

5. Poliomyélite

Soutenir l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, par la poursuite ou l'accroissement de nos contributions en visant l'objectif de 829 millions de dollars d'APD et par la mobilisation d'autres donateurs.

Principales constatations

Le nombre de pays endémiques est passé de plus de 125 en 1988 à seulement 4 : Afghanistan, Inde, Nigeria et Pakistan. Le nombre de cas de polio dans le monde a baissé de plus de 99 %, en passant de 350 000 cas en 1988 à moins de 2 000 cas en 2009. Néanmoins, dans certains pays en développement, de nouveaux cas de polio apparaissent. L'objectif d'éradication de la poliomyélite n'est pas terminé.

Actions du G8

Depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 1988, 9 milliards de dollars ont été investis. Sur ces 9 milliards, plus de 4 milliards de dollars ont été directement fournis par les membres du G8, soit plus de 45 % des ressources totales. D'autres organisations multilatérales, soutenues par le G8, contribuent également à cette initiative.

Résultats

Le financement apporté par le G8 ainsi que celui des autres donateurs ont directement contribué à la réduction de 99 % du taux de prévalence de la polio. Ces résultats positifs ne doivent pas faire oublier le fait que la poliomyélite continue de tuer et qu'il existe un risque qu'elle se propage à nouveau.

Sur la période 2006-2008, les contributions du G8 à l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite s'élevaient à plus de 930 millions de dollars, ce qui signifie que l'engagement consistant à atteindre l'objectif de 829 millions de dollars d'APD a été tenu.

Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (en millions de dollars courants)

Pays	2006	2007	2008	2009	2010	2006-2010
États-Unis	132,4	133,05	133,5	133,2	133,8	665,95
Royaume-Uni	59,74	57,46	42,76	42,27	25,08	227,31
Japon	14,09	20,32	21,12	21,44	39,03	116
Allemagne	14,74	24,89	73,67	155,06	26,26	294,62
Canada	42,45	9,07	32,56	29,27	29,18	142,53
Institutions de l'Union européenne	28,18	37,27	8,22	0,9	1,05	75,62
France	12,8			2,65		15,45
Italie	5,85		11,95	2,09	1,35	21,24
Fédération de Russie	3	3	8,94	5,06	2	22
Total G8	313,25	285,06	332,72	391,94	257,75	1 580,72
Total donateurs	680,1	679,36	824,36	880,3	897,05	3 961,17
Part du G8 dans les ressources globales	46,06 %	41,96 %	40,36 %	44,52 %	28,73 %	39,91 %

Source : site - www.polioeradication.org

Au cours des deux dernières années, le **Royaume-Uni** a fourni des financements pour aider l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite à vacciner plus de 400 millions d'enfants en utilisant plus de 1,2 milliard de doses de vaccin, à améliorer la formation des équipes chargées des vaccinations et à mettre en place des solutions pour surmonter les difficultés rencontrées pour vacciner les enfants des dernières zones du monde touchées par la polio.

Outre l'aide apportée par le biais de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, les **institutions de l'Union européenne** ont soutenu directement les actions d'éradication de la poliomyélite au Nigeria en fournissant 85 millions d'euros entre 2004 et 2010. Un financement supplémentaire de 15 millions d'euros est prévu au Nigeria pour la période 2011-2013. Les institutions de l'Union européenne considèrent la vaccination intégrée et les interventions spécifiques dans les pays cibles comme essentielles à l'éradication de la maladie. Par conséquent, elles fournissent une aide bilatérale au Nigeria s'élevant à 15 millions d'euros (2011-2013) et soutiennent la plupart des pays partenaires grâce à une aide budgétaire destinée au renforcement de l'offre de services de santé. Le Nigeria continue d'enregistrer des niveaux très faibles de transmission du PVS1 et du PVS3 encore jamais atteints, avec une réduction de 95 % des cas en 2010 par rapport à 2009 (21 cas en 2010 contre 388 cas en 2009).

Depuis 2000, le **Canada** a investi plus de 330 millions de dollars canadiens pour lutter contre la poliomyélite et contribué à la vaccination de millions d'enfants sur la planète. Le Canada est déterminé à soutenir les mesures d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. Le Canada est actuellement le premier donateur dans ce domaine. À ce jour, les progrès réalisés grâce à l'aide du Canada sont les suivants : vaccination en cours de 7 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans dans tout le pays ; localisation du poliovirus dans le sud ; amélioration du système de surveillance et de dépistage par le biais d'une collaboration transfrontalière avec le Pakistan ; renforcement du réseau de volontaires mis en place pour la polio et d'autres services sanitaires. En décembre 2009, l'Afghanistan est devenu le premier pays au monde à utiliser un nouveau vaccin bivalent contre la poliomyélite plus efficace, qui traite deux souches à la fois.

Outre les contributions financières directes à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (33 millions de dollars depuis 2002), le financement fourni jusqu'à présent par la **Russie** comprend une part importante destinée aux actions en faveur de la vaccination dans les pays de la CEI, notamment le renforcement des capacités des laboratoires, le soutien à l'analyse des apparitions de la maladie, la formation et l'appui méthodologique, la conduite de recherches dans la zone de surveillance des entérovirus. L'Institut russe de poliomyélite et d'encéphalite virale est le laboratoire régional de référence de l'OMS pour les pays de la CEI. En réponse à l'apparition de la polio en 2010 en Asie centrale, le gouvernement russe a alloué 5 millions de dollars supplémentaires pour 2011-2012 afin de fournir une aide bilatérale à la mise en œuvre des programmes nationaux d'éradication de la polio dans les pays de la CEI, notamment par l'assistance technique, la formation, la fourniture de VPO et l'amélioration de la capacité des laboratoires.

6. Paludisme

Travailler avec les pays africains pour intensifier la lutte contre le paludisme, pour atteindre 85 % des populations vulnérables dans le cadre de grandes campagnes qui permettront de sauver 600 000 enfants par an d'ici 2015 et de réduire le poids du fléau pour les économies africaines.

Continuer de développer l'accès aux moustiquaires à imprégnation longue durée, dans l'objectif de fournir 100 millions de moustiquaires grâce à l'aide bilatérale et multilatérale, en partenariat avec d'autres acteurs d'ici la fin 2010.

Principales constatations

Le nombre de cas de paludisme est passé de 233 millions en 2000 à 244 millions en 2005, pour revenir à 225 millions en 2009¹⁷. On estime que le nombre de décès dus au paludisme est passé de 985 000 en 2000 à 781 000 en 2009. La diminution la plus importante a été observée en Afrique. En 2009, les décaissements ont atteint un niveau jamais égalé auparavant, soit 1,5 milliard de dollars. L'augmentation des financements a permis d'énormes progrès dans l'amélioration de l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide au cours des 3 dernières années.

Fin 2010, environ 289 millions de moustiquaires auront été fournies en Afrique subsaharienne, suffisamment pour couvrir 76 % des 765 millions de personnes risquant de contracter le paludisme. On estime qu'à la mi-2010, 42 % des foyers africains possédaient au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide et 35 % des enfants dormaient sous une moustiquaire.

Actions du G8

Le G8 a contribué à l'amélioration de l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide au cours des 3 dernières années grâce à sa contribution

17. Source : *Rapport mondial sur le paludisme* - http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/fr/index.html

au Fonds mondial. Le Fonds mondial a distribué 163 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide (*source : Fonds mondial*).

Contributions du G8 au Fonds mondial, allouées à la lutte contre le paludisme

Année	En dollars courants
2003	156 261 630
2004	275 125 194
2005	390 289 265
2006	483 276 398
2007	432 524 188
2008	544 201 580
2009	870 349 078
2010	694 705 037
TOTAL	3 846 732 369

Source : Fonds mondial.

Les actions soutenues par le G8 ont permis de réduire de manière significative les taux d'incidence et de mortalité du paludisme, notamment chez les enfants dans plusieurs pays endémiques africains. Les pays du G8 sont également impliqués sur le plan bilatéral et ont par ailleurs mis en œuvre différents programmes destinés à assurer des services de soin et de prévention, à fournir des médicaments et à conduire des recherches sur cette maladie.

Allemagne – Les mesures mises en œuvre par le Fonds pour l'environnement mondial et financées, entre autres, par l'Allemagne jouent un rôle essentiel dans la lutte contre le paludisme. Des produits de remplacement de l'insecticide dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT) ont été développés en collaboration avec l'OMS. Des initiatives de remplacement du DDT par d'autres méthodes antipaludiques sont mises en œuvre en Afrique, dans le sud du Caucase et au Moyen-Orient. L'Allemagne contribue à la lutte contre le paludisme à travers le Fonds mondial et le Programme d'action européen pour lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. L'aide bilatérale allemande n'est pas seulement axée sur le paludisme, elle fait partie intégrante d'actions en faveur du renforcement des systèmes de santé.

Au Kenya, l'aide apportée par le **Royaume-Uni** comprend l'achat et la distribution de 15 millions de moustiquaires et de 5 millions de kits de retraitement, le lancement de traitements combinés du paludisme et un programme de communication. On estime que ces interventions ont contribué à une réduction de 44 % de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans dans les zones à fort risque de paludisme. Au Nigeria, le Royaume-Uni contribue à hauteur de 50 millions de livres sterling, pour la période 2008-2013, au programme national de contrôle du paludisme afin d'en favoriser la mise en œuvre. Dans les États de Kano et d'Anambra, où le Royaume-Uni a distribué des moustiquaires, la présence des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les foyers est passée de moins de 10 % à 70 %.

Dans le cadre de l'Initiative pour la santé mondiale (Global Health Initiative), le **gouvernement des États-Unis**, à travers l'Initiative contre le paludisme lancée par le président Obama, tente de réduire le fardeau du paludisme de 50 % pour les 450 millions de personnes représentant 70 % de la population à risque en Afrique. Dans les 6 pays bénéficiant de la PMI où ont été effectuées des études nationales sur les ménages (Ghana, Kenya, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Zimbabwe), des réductions substantielles de la mortalité toutes causes confondues des enfants âgés de moins de 5 ans ont été rapportées, ces réductions allant de 19 à 36 %. Ces résultats sont la conséquence de l'effet cumulé du financement de la lutte contre le paludisme par la PMI, par le gouvernement des États-Unis avant la PMI, par les gouvernements nationaux et par les autres donateurs. Tandis qu'une grande diversité de facteurs peut avoir une influence sur la baisse du taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans, il semble de plus en plus évident que la prévention et le traitement du paludisme contribuent de façon majeure à ce phénomène.

<http://www.fightingmalaria.gov/countries/index.html>

La **Russie** a, dans le cadre du Programme renforcé de lutte contre le paludisme de la Banque mondiale, cofinancé les actions de l'Association internationale de développement de la lutte contre le paludisme en Zambie et au Mozambique à hauteur de 15 millions de dollars pour la période 2008-2010. Ces fonds ont contribué à renforcer l'impact sur le paludisme, notamment en Zambie, grâce à l'achat d'environ 300 000 moustiquaires insecticides à imprégnation longue durée et au renforcement de la campagne de traitement résiduel à base d'insecticide. Des investissements conjoints ont permis que le paludisme ne soit plus la première cause de mortalité infantile en Zambie. Grâce à des efforts conjoints, 70 % des enfants âgés de moins de 5 ans dorment désormais sous des moustiquaires (cela concernait 24 % d'entre eux en 2006) et 70 % des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent contre le paludisme dans le cadre des soins prénataux habituels (cela concernait 59 % d'entre elles en 2006). La Fédération de Russie, qui cofinance l'IDA, a contribué aux progrès accomplis dans le domaine sanitaire en Zambie : le nombre de décès annuels dus au paludisme a chuté d'au moins 50 % et, en ce qui concerne les moins de 5 ans et les nouveau-nés, la mortalité a été réduite de 29 % et 26 % respectivement.

7. Tuberculose

Soutenir le Plan mondial « Halte à la tuberculose », 2006-2015

Principales constatations

On estime à 1,7 million le nombre de décès dus à la tuberculose en 2009, dont une large part survient en Afrique. Chaque personne atteinte de tuberculose active est susceptible d'infecter en moyenne entre 10 et 15 personnes chaque année. Le problème de la tuberculose multirésistante constitue une difficulté croissante dans la gestion actuelle de la maladie, notamment en termes de coûts¹⁸.

Actions du G8

Mettre en œuvre une série de mesures pour lutter contre la tuberculose, telles que la prévention des infections, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement continu ; soutenir des interventions ciblées dans les pays où l'état de prolifération est très avancé, tels que ceux désignés par l'OMS comme prioritaires concernant la tuberculose ; améliorer les capacités de gestion de la stratégie DOTS (traitement de courte durée sous surveillance directe) du niveau central au niveau local et renforcer les capacités des laboratoires.

En s'appuyant sur le Plan mondial 2006-2015 « Halte à la tuberculose »¹⁹, le Japon soutient la mise en œuvre et la promotion d'une série de mesures de lutte contre la tuberculose, comme la prévention des infections, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement continu. Ce soutien vise les pays où l'état de prolifération est très avancé, notamment ceux désignés par l'OMS comme prioritaires concernant la tuberculose. En juillet 2008, 5 organismes privés et publics ont travaillé en collaboration sur les mesures de lutte contre la tuberculose dans les pays en développement en faisant appel à l'expérience et aux technologies dont dispose le Japon grâce à son programme national de lutte contre la tuberculose.

Pour soutenir le Plan mondial « Halte à la tuberculose », le Canada s'est engagé à verser plus de 150 millions de dollars au profit des activités de diagnostic et de traitement de la tuberculose sur la période 2010-2015. Ce soutien comprend des programmes tels que le programme « TB REACH » consacré aux interventions visant à améliorer le dépistage dans les populations difficiles à atteindre ou marginalisées ; le soutien au Département Halte à la tuberculose de l'OMS pour améliorer le contrôle de la tuberculose, le diagnostic et la situation dans les domaines de la tuberculose et du VIH dans plusieurs pays ; et le soutien à la Facilité mondiale d'accès aux médicaments antituberculeux qui vise à améliorer l'accès aux médicaments antituberculeux qui sauvent des vies, aux diagnostics et aux activités connexes de renforcement des capacités.

18. Source OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html>

19. <http://www.stoptb.org/global/plan/>

Contributions du G8 au Fonds mondial, allouées à la lutte contre la tuberculose

Année	En dollars courants
2002	417 905 311
2003	191 383 284
2004	262 741 977
2005	188 670 747
2006	470 329 170
2007	366 841 367
2008	385 343 678
2009	346 928 538
2010	396 172 010
TOTAL	2 630 144 071

Source : Fonds mondial.

Parallèlement au soutien apporté aux organisations multilatérales (ex. Fonds mondial), l'**Allemagne** participe à la lutte contre la tuberculose grâce à des programmes bilatéraux s'appuyant sur l'approche DOTS (traitement de courte durée sous surveillance directe) et la stratégie « Halte à la tuberculose ». Les actions sont menées principalement dans deux régions (le sud du Caucase et l'Asie centrale) et au Pakistan. Dans le cadre des programmes régionaux, la formation transnationale est privilégiée. La mise en réseau et le transfert de connaissances entre les pays affectés sont également renforcés. Parallèlement, l'Allemagne soutient directement les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose pour assurer l'accès aux médicaments (en collaboration avec la Facilité mondiale d'accès aux médicaments antituberculeux), l'établissement et l'équipement de laboratoires de référence nationaux et locaux, ainsi que d'un réseau de laboratoires de base, en soutenant leurs activités par des jumelages avec des laboratoires de référence allemands supranationaux, et la réhabilitation et l'équipement de structures de traitement en coordination avec l'OMS, le Fonds mondial et les autres intervenants de la lutte contre la tuberculose.

Royaume-Uni – En Inde, le gouvernement britannique s'est engagé à verser 51,2 millions de livres sterling sur 6 ans (2005-2011) afin de soutenir le nouveau programme national indien de contrôle de la tuberculose. Cet appui permet d'acheter la moitié des médicaments de première intention tout en garantissant l'absence de rupture de stock. On estime que le soutien apporté par le Royaume-Uni au programme national indien de lutte contre la tuberculose permet d'éviter 180 000 morts par an, ce qui équivaut à 500 vies sauvées chaque jour en Inde.

France – L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTMR), une ONG française présente dans 80 pays, est un centre d'excellence technique reconnu dans le monde entier dans le domaine de la tuberculose. Mis en œuvre par l'UICTMR, le soutien de l'Agence française de développement (AFD) a pour but d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la tuberculose dans 5 pays africains (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo et Togo), par le renforcement des capacités et la gestion technique des programmes nationaux, ainsi que par la consolidation d'un réseau d'experts. Le projet de renforcement des capacités complète et renforce l'efficacité des financements provenant du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

<http://www.theunion.org>

La lutte contre la tuberculose est de longue date une priorité de la politique de développement de l'**Italie**. Au cours des dix dernières années, l'Italie a fourni 19 millions d'euros, par l'intermédiaire de l'OMS, pour contrôler cette maladie en Afrique subsaharienne et en Asie (Afghanistan), en s'attachant notamment à la formation et au renforcement des capacités. Outre l'aspect multilatéral, des programmes ont également été financés de manière bilatérale, notamment en Afrique du Sud et en Tanzanie. En Afrique du Sud, l'accent a été mis sur l'intégration des services tuberculose-sida dans le système de santé de la province du Cap Est. En Tanzanie, le programme a porté sur le renforcement des capacités de diagnostic en modernisant les laboratoires et en introduisant la technique de croissance bactérienne.

8. Rougeole

Ouvrer pour la réduction progressive du nombre de décès liés à la rougeole, progresser en vue de stopper la propagation de la rougeole et de l'éliminer à terme

Principales constatations

Entre 2000 et 2008, l'amélioration de la couverture de la vaccination systématique associée à la fourniture d'une deuxième dose de vaccin a conduit à une réduction de 78 % du nombre de décès dus à la rougeole dans le monde, de 733 000 décès en 2000 à 164 000 en 2008²⁰.

Récemment, le financement des activités de lutte contre la rougeole a diminué et de nombreux pays prioritaires font face à des déficits de financement pour ce qui concerne les campagnes de vaccination. Les projections montrent que sans mesures supplémentaires de vaccination dans ces pays, la mortalité risque d'augmenter rapidement, pour causer environ 1,7 million de décès liés à la rougeole entre 2010 et 2013.

Actions du G8

Le G8 apporte un soutien au contrôle de la rougeole en renforçant les systèmes de santé et l'aide budgétaire et au moyen de contributions ciblées à l'Alliance GAVI et d'interventions bilatérales.

Le Japon a construit une unité de fabrication de vaccins contre la rougeole grâce à un programme de subventions au Vietnam. Il a contribué, en mettant sur pied un projet de coopération technique sur la période 2006-2010, au renforcement des capacités nationales de production de vaccins. Cette unité de fabrication produit annuellement 7 500 000 doses, conformément à la norme de l'OMS visant à répondre à la demande nationale.

Le gouvernement des États-Unis est le premier contributeur à l'Initiative contre la rougeole et depuis 2001, plus de 950 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole. Des campagnes de vaccination soutenues par l'Initiative contre la rougeole ont été menées dans 26 pays en 2010, touchant ainsi 188 millions d'enfants. Elles servent souvent de plateforme pour fournir des services intégrés : vaccinations contre d'autres maladies (notamment polio, rubéole, fièvre jaune), distribution de moustiquaires insecticides à imprégnation longue durée pour la prévention du paludisme, traitements vermifuges, doses de vitamine A et vaccins combinés rougeole-rubéole. Le renforcement des capacités des laboratoires en termes de dépistage du virus est essentiel pour améliorer la surveillance mondiale et nationale, afin de détecter rapidement les phénomènes d'importation de la maladie. À la fin 2010, 151 pays étaient en mesure de fournir des données de surveillance mensuelle.

<http://www.measlesinitiative.org/>

Le Canada poursuit son action en faveur de la vaccination contre la rougeole en contribuant au renforcement des systèmes de vaccination de routine. De 1998 à 2010, le Canada a versé 178 millions de dollars canadiens pour renforcer les activités de vaccination de routine grâce à l'Initiative canadienne d'immunisation internationale (ICII). Grâce aux campagnes de vaccination de l'ICII notamment, près de 700 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole entre 2000 et 2008, ce qui a permis d'éviter, selon les estimations, 4,3 millions de décès dus à la rougeole dans le monde. Ces actions ont contribué à la réduction des décès dus à la rougeole dans le monde entier. En outre, le Canada a versé plus de 17,5 millions de dollars canadiens, sur la période 2005-2009, à un projet contre la rougeole et le paludisme mise en œuvre par l'UNICEF en Éthiopie qui a permis de fournir à plus de 11 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans des vaccins contre la rougeole et d'acheter plus de 9 millions de doses de vaccin contre la rougeole.

<http://ciii.cpha.ca/fr/default.aspx>

Résultats du G8

Les exemples ci-dessus illustrent des mises en œuvre réussies par les pays du G8 et ayant conduit à une réduction significative de l'incidence de la rougeole.

20. Source OMS - http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/measles_mdg_20091203/fr/index.html

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Introduction

Principales constatations

Comme le précise la « Déclaration commune de L'Aquila sur la sécurité alimentaire mondiale »²¹, adoptée lors du sommet du G8 de L'Aquila le 10 juillet 2009, l'effet conjugué d'un sous-investissement de longue date dans l'agriculture et la sécurité alimentaire, de la volatilité et du niveau historiquement élevé des prix alimentaires et de la crise économique et financière a contribué à une aggravation de la faim et de la pauvreté dans les pays en développement. À l'heure actuelle, selon la FAO, près d'1 milliard de personnes dans le monde souffre de la faim et de la malnutrition de façon chronique.

L'augmentation régulière de la demande mondiale ainsi que la forte volatilité et la hausse actuelle des prix des denrées alimentaires agricoles produisent des effets néfastes sur la capacité des pays pauvres, notamment les pays importateurs nets de produits alimentaires, à assurer la sécurité alimentaire de leurs populations. Des facteurs du côté de l'offre (retard d'investissement, contrôle des exportations, déficits liés à la météo) ont également une incidence négative sur la capacité des pays en développement à assurer la sécurité alimentaire.

Les catastrophes naturelles (inondations, sécheresses, tempêtes et séismes), ainsi que d'autres situations exceptionnelles (conflits, situations d'après-conflit, instabilité politique et déplacements de populations), engendrent une baisse importante de la production agricole et de l'approvisionnement alimentaire et conduisent à une augmentation des prix alimentaires et par conséquent, en bout de chaîne, à des privations pour les populations les plus vulnérables.

En dépit de certaines améliorations à l'échelle mondiale, l'insécurité alimentaire reste un problème majeur, en particulier dans les pays à faible revenu. Les progrès accomplis ont été inégaux et trop lents. Cependant, certaines zones géographiques, comme le sud-est asiatique, enregistrent des résultats positifs dans le domaine de la sécurité alimentaire.

À l'échelle mondiale, la part des personnes souffrant de la faim a diminué, passant de 20 à 16 % entre 1990 et 2008. Néanmoins, en termes absolus, une hausse de 10 % a été enregistrée depuis la période 1990-1992. Dans les pays en développement, la part des enfants âgés de moins de 5 ans dont le poids est inférieur à la normale est passée de 31 % à 26 % entre 1990 et 2008²².

Tout en reconnaissant les bienfaits des investissements à moyen et long terme, des solutions pour éradiquer la faim doivent être trouvées à brève échéance. Afin de traiter le problème de la sécurité alimentaire, le G8 soutient une approche globale, comprenant une approche par chaînes de valeur pour une production agricole durable. L'augmentation de la population mondiale nécessitera une hausse de 70 % de la production alimentaire d'ici 2050²³.

En outre, afin de garantir un développement agricole durable, il convient de mettre en œuvre une série de mesures liées à l'adaptation et l'atténuation concernant le changement climatique, la gestion durable de l'eau, de la terre, des sols et d'autres ressources naturelles, notamment la protection de la biodiversité.

La sécurité alimentaire est un enjeu mondial qui relève de la responsabilité tant des pays développés que des pays en développement.

21. http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/LAquila_Joint_Statement_on_Global_Food_Security%5B1%5D,0.pdf

22. Source : *Rapport 2010 sur les OMD* - <http://www.un.org/fr/mdg/summit2010/>

23. Source : *FAO – Comment nourrir le monde en 2050* – Forum d'experts de haut niveau 12-13 octobre 2009 - <http://www.fao.org/wsfs/forum2050/wsfs-forum/fr/>

Par exemple, tous les pays ont la responsabilité de réduire les pertes après récoltes, les rebuts et les déchets.

Même si les défis à relever sont considérables, le G8 est convaincu que les efforts soutenus par l'ensemble des partenaires permettront d'obtenir des résultats positifs en matière de sécurité alimentaire. Les améliorations de la productivité agricole doivent être complétées par une approche plurisectorielle à différents niveaux du développement rural afin de renforcer l'accès aux produits alimentaires.

Approche du G8

Pour traiter la question de la sécurité alimentaire mondiale, les chefs d'État et de gouvernement du G8 se sont réunis lors du sommet de G8 à L'Aquila avec 19 autres pays et 15 organisations internationales²⁴ pour adopter la Déclaration commune de L'Aquila sur la sécurité alimentaire mondiale et lancer l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire. Cette dernière constitue un processus ouvert et inclusif. La déclaration entérine

cinq principes essentiels qui ont ensuite été adoptés lors du Sommet mondial de l'alimentation à Rome en novembre 2009. Aujourd'hui appelées « Principes de Rome », ces recommandations constituent le fondement d'une action collective et mondiale en matière de développement agricole et de sécurité alimentaire.

Les engagements pris conformément à l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire fournissent une réponse structurée aux problèmes mondiaux posés par la sécurité alimentaire, sur la base de ces principes.

Afin d'inverser la tendance à la baisse des investissements dans le secteur de l'agriculture observée ces dernières années et de répondre aux effets de la crise alimentaire de 2008, les partenaires de l'Initiative de L'Aquila ont pris l'engagement de mobiliser collectivement plus de 20 milliards de dollars sur une période de trois ans au profit du développement agricole durable. L'engagement du G8 représente plus de 85 % du total des engagements des partenaires de l'Initiative de L'Aquila.

Les 5 principes du Sommet mondial de l'alimentation

Principe 1 : investir dans des plans conçus et appropriés par les pays, visant à affecter les ressources à des programmes et des partenariats bien conçus et axés sur les résultats.

Principe 2 : stimuler une coordination stratégique aux niveaux national, régional et mondial pour améliorer la gouvernance, favoriser une meilleure allocation des ressources, éviter les chevauchements d'efforts et identifier les insuffisances des réponses.

Principe 3 : s'efforcer d'adopter une double approche globale de la sécurité alimentaire consistant en : 1) une action directe visant à remédier immédiatement à la faim dont souffrent les plus vulnérables et 2) des programmes à moyen et long termes dans les domaines de l'agriculture durable, de la sécurité alimentaire, de la nutrition et du développement rural visant à éliminer les causes profondes de la faim et de la pauvreté, en particulier grâce à la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate.

Principe 4 : veiller à ce que le système multilatéral joue un rôle important grâce à des améliorations continues au regard de l'efficacité, de la réactivité, de la coordination et de l'efficacité des institutions multilatérales.

Principe 5 : garantir un engagement soutenu et substantiel, de la part de tous les partenaires, à l'investissement dans l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition, avec mise à disposition rapide et fiable des ressources nécessaires, dans le cadre de plans et de programmes pluriannuels.

<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/Meeting/018/k6050f.pdf>

24. Les membres de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire sont, hormis les membres du G8 : l'Afrique du Sud, l'Algérie, l'Angola, l'Australie, le Brésil, la République populaire de Chine, la République de Corée, le Danemark, l'Égypte, l'Espagne, l'Éthiopie, l'Inde, l'Indonésie, la présidence de l'Union africaine, le Mexique, le Nigeria, les Pays-Bas, le Sénégal, la Turquie, l'AIE, la Banque mondiale, la Commission de l'Union africaine, l'équipe spéciale de haut niveau de l'ONU sur la crise mondiale de la sécurité alimentaire formée par le secrétaire général, la FAO, le FIDA, le FMI, l'OCDE, l'OIT, l'OMC, le PAM, l'Alliance pour une révolution verte en Afrique, le Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale-Biodiversité (CGIAR), le Forum mondial sur la recherche agronomique (FMRA) et la plate-forme mondiale des donateurs pour le développement rural.

Les partenaires de l'Initiative de L'Aquila se sont engagés à améliorer la coordination et l'alignement de leur action sur les programmes agricoles et de développement rural au plan national et régional afin de renforcer l'efficacité des interventions sur le terrain en matière de sécurité alimentaire.

Pour améliorer la coordination stratégique et la gouvernance à tous les niveaux, les partenaires de l'Initiative de L'Aquila entendent soutenir activement les réformes en cours dans le cadre du Comité de la sécurité alimentaire mondiale (CSA) de la FAO et du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (CGIAR). Ils sont également déterminés à faire progresser le Partenariat mondial pour l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition.

Parallèlement à un appui financier important, les partenaires de l'Initiative de L'Aquila ont pris l'engagement de lutter contre la faim et la pauvreté en modifiant leur pratique commerciale et en adoptant une série d'engagements pratiques en matière de gouvernance alignés sur les programmes nationaux d'investissement opérationnels fondés sur un partenariat avec les pays touchés par l'insécurité alimentaire, en soutenant l'innovation et en modernisant les capacités multilatérales afin de permettre une réponse efficace des institutions multilatérales agissant dans le domaine de la sécurité alimentaire mondiale. Le G8 préconise une approche globale, qui intègre l'ensemble des éléments déterminants pour la sécurité alimentaire.

Les partenaires de l'Initiative de L'Aquila ont également renouvelé leur engagement de soutenir le système multilatéral pour assurer une réponse efficace des institutions multilatérales dans le domaine de la sécurité alimentaire mondiale. Cette conception commune en vue d'éradiquer la faim a été approuvée en 2009 lors du Sommet mondial sur la sécurité alimentaire.

À partir du large éventail d'engagements non-financiers pris par les membres de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire et afin d'illustrer l'approche globale et la volonté d'avoir une réponse multilatérale forte à la question de la sécurité alimentaire, le présent rapport fait le point sur i) **le soutien aux petits exploitants agricoles**, notamment par des **partenariats public-privé**, et sur ii) **l'innovation et la recherche**.

1. Inverser la tendance à la baisse des investissements

Selon un document d'analyse de l'aide à l'agriculture publié par l'OCDE (« Measuring Aid to Agriculture »), depuis le milieu des années 80, la part de l'aide à l'agriculture des programmes d'aide des membres du CAD a chuté de façon importante pour passer de 17 % à la fin des années 80 à 6 % au cours des dernières années²⁵. Sur la période 2003-2008, les aides à l'agriculture concernaient d'abord l'Afrique subsaharienne (31 %) et l'Asie méridionale et centrale (22 %). Les pays les moins avancés et d'autres pays à faible revenu ont reçu plus de la moitié de l'aide totale attribuée à l'agriculture. Récemment, la tendance est à la hausse : sur la période 2003-2008, l'aide bilatérale à l'agriculture a augmenté à un taux annuel de 13 % en termes réels.

Institutions de l'Union européenne – En décembre 2010, à la suite de son examen à mi-parcours, le Programme thématique de sécurité alimentaire (FSTP) a été mis à jour et un nouveau programme indicatif pluriannuel pour 2011-2013 a été adopté, pour un budget global de 750 millions d'euros. Pour les 3 prochaines années, le FSTP aura trois priorités essentielles : i) la recherche, le transfert de technologie et l'innovation pour améliorer la sécurité alimentaire ; ii) le renforcement des approches de la gouvernance en matière de sécurité alimentaire ; et iii) le traitement de la question de la sécurité alimentaire des populations pauvres et vulnérables en situation de fragilité.

http://ec.europa.eu/europeaid/how/finance/dci/food_fr.htm

Dans le rapport sur la redevabilité, présenté à Muskoka en 2010, intitulé *Évaluation des actions et des résultats au regard des engagements liés au développement*²⁶, le G8 et les autres donateurs de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire ont fourni des informations détaillées concernant leurs contributions (par période, multilatérale/bilatérale, sous-secteur), afin de permettre un

25. Source : publication de l'OCDE – *Measuring Aid to Agriculture* - <http://www.oecd.org/dataoecd/54/38/44116307.pdf>

26. <http://www.canadainternational.gc.ca/g8/about-apropos/accountability-index-responsabilites.aspx?lang=fra>

suivi rigoureux et transparent des engagements financiers pris à L'Aquila.

Le G8 est aujourd'hui en mesure de fournir pour la première fois un rapport détaillé sur la mise en œuvre des contributions et des versements correspondant aux engagements pris dans le cadre de l'Initiative de L'Aquila. Le suivi de la mise en œuvre des engagements financiers, dans le cadre de l'Initiative de L'Aquila, a été réalisé en partenariat avec l'OCDE, à partir des données fournies par les membres de l'Initiative eux-mêmes.

Royaume-Uni – Le Royaume-Uni s'est engagé à verser 1,7 milliard de dollars en faveur de la sécurité alimentaire et de l'agriculture. L'aide de 20 millions de livres sterling sur 4 ans (2007-2011) accordée pour augmenter la production agricole et développer les marchés des engrais, des semences et du maïs au Malawi est un exemple d'une bonne utilisation des financements. En 2010-2011, plus de 2 millions de personnes ont d'ores et déjà bénéficié de maïs à haut rendement et de semences de légumes grâce à cette aide.

Les pays membres de l'Initiative de L'Aquila, y compris les pays du G8, ont des périodes d'engagement différentes. Certains se sont engagés pour la période 2009-2011, d'autres pour la période 2010-2012. Certains ont utilisé les années civiles, d'autres se sont fondés sur des années budgétaires précises en décalage par rapport aux années civiles. Le champ d'application, ainsi que la composition des engagements, varient également d'un donateur à l'autre. Ces différences rendent complexes le suivi de cette Initiative et la comparaison entre les pays.

Des efforts importants ont été consentis pour fournir des informations sur les versements effectués à ce jour sur la mise en œuvre des engagements et la répartition des crédits. Les donateurs de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire, y compris les membres du G8, s'efforcent de tenir leurs engagements financiers.

Même si les progrès réalisés sont inégaux, les membres du G8 prévoient que la totalité des sommes promises seront affectées à l'issue de la période fixée par l'Initiative de L'Aquila. Selon les informations fournies par les pays membres de l'Initiative de L'Aquila, environ la moitié de la somme promise est officiellement en cours de

décaissement, ou a déjà été décaissée, depuis le Sommet de L'Aquila ; 22% de cette somme ont déjà été versés et 26% sont en voie de l'être.

La mise en œuvre de ces engagements pris par les membres de l'Initiative de L'Aquila, et les investissements des pays bénéficiaires, contribueront à inverser la tendance à la baisse des investissements dans le secteur de l'agriculture, à l'issue la période d'engagement de l'Initiative.

Italie – 27,85 millions de dollars ont été mobilisés par la coopération italienne en faveur du programme national de solidarité pour renforcer la capacité des communautés afghanes en matière de définition, de planification, de gestion et de suivi de leurs propres projets de développement. Les conditions de vie des communautés rurales de 7 provinces afghanes se sont améliorées et la structure des collectivités locales a été consolidée. 900 000 personnes issues de 879 communautés rurales ont bénéficié d'une aide financière et technique pour la réalisation de 1 188 microprojets d'interventions sur les infrastructures, dans des secteurs tels que l'accès à l'eau et à l'assainissement, les transports, l'irrigation, la production d'électricité, la maintenance, l'éducation, le développement rural et les moyens de subsistance.

Le **Japon** a financé la Coalition pour le développement du riz africain (CARD – Coalition for African Rice Development), dont l'objectif est de doubler la production de riz dans les pays africains sur 10 ans d'ici 2018 et de s'aligner sur le processus du Programme intégré pour le développement de l'agriculture en Afrique (CAADP). Depuis le lancement de l'Initiative de la CARD, 14 pays ont élaboré leur propre Stratégie nationale de développement rizicole (SNDR). Au total, le Japon a mis en œuvre 31 projets, dont 29 projets de coopération technique, 1 programme de subvention et 1 prêt, dans le cadre de la CARD.

<http://www.riceforafrica.org>

Il est à noter que le soutien à l'agriculture, à l'industrie agroalimentaire, à la forêt et à la pêche est le secteur d'intervention pour lequel la plupart des aides financières ont été engagées ou versées. Le G8 se félicite du fait que le développement agricole durable, en ce qui concerne notamment la production alimentaire, soit une priorité de l'Initiative de L'Aquila.

Le Programme mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire est un mécanisme multilatéral global et axé sur les résultats, conçu pour fournir un financement à long terme aux pays à faible revenu ayant fait preuve d'un engagement national en faveur du développement agricole. En moins d'un an, le fonds a recueilli près d'1 milliard de dollars d'engagements et alloué 337 millions de dollars à 8 pays pour soutenir des programmes d'investissement dans l'agriculture au Bangladesh, en Éthiopie, en Haïti, en Mongolie, au Niger, au Rwanda, en Sierra Leone et au Togo. Au 30 septembre 2010, le **Canada** et les **États-Unis** avaient fourni respectivement 230 millions de dollars et 66,6 millions de dollars au Programme mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire, soit plus de 65 % du total des contributions.

Le fonds tient pleinement compte de la Déclaration de Paris et des Principes de Rome en mutualisant les ressources des donateurs et en les alignant sur les programmes de sécurité alimentaire pilotés par les pays. Les pays bénéficiaires et les États membres contributeurs sont à égalité au sein du Comité de pilotage du Programme, tandis que la société civile participe pleinement aux discussions qui y sont menées. Afin de poursuivre ses efforts de renforcement de la responsabilité et de la transparence, le Programme mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire a mis en place un cadre de résultats dont l'objectif est de suivre les résultats de manière très précise à travers des évaluations d'impact approfondies.

<http://www.gafspfund.org>

En tout état de cause, une évaluation complète et précise de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire ne sera possible qu'à l'issue de la période d'engagement, après 2012.

France – L'Office du Niger est l'une des rares zones au Mali à permettre un développement économique qui entraîne la diminution de la pauvreté et favorise une croissance équitable et durable. Les partenaires traditionnels de l'Office du Niger (Pays-Bas, France, Allemagne, États-Unis, Canada, Banque mondiale, institutions de l'Union européenne, BOAD, BAD, UEMOA) ont associé leurs aides et leurs interventions afin de consolider les changements institutionnels au sein de l'Office. Depuis 2005, l'Agence française de développement (AFD) a fourni un total de 25 millions d'euros afin d'augmenter la production agricole dans cette région grâce à la mise en place de services publics d'eau. La production annuelle de paddy est passée de 600 à 700 000 tonnes, soit la moitié de la production nationale du Mali. Depuis 1980, la surface des zones cultivées a augmenté de 80 % et la production de 200 %.

<http://www.afd.fr/jahia/Jahia/home/Qui-Sommes-Nous/Filiales-et-reseau/reseau/pid/1105>

Convaincus que le suivi des engagements est essentiel mais qu'il ne se limite pas à la responsabilité financière, les partenaires de l'Initiative de L'Aquila, pour laquelle le G8 joue un rôle pilote, ont également pris des mesures pour dépasser l'approche quantitative basée uniquement sur la mise en œuvre des engagements budgétaires. Pour utiliser les fonds plus efficacement, le G8 privilégie une approche basée sur les résultats.

Afin d'appliquer une approche plus globale de l'aide en matière de sécurité alimentaire, la **Russie** a lancé un programme alimentaire social dans la région eurasiennne pour renforcer et adapter la politique nationale d'alimentation collective (écoles, hôpitaux, etc.) à la situation actuelle et assurer la qualité nutritionnelle. Ce programme vise à limiter les effets de la crise économique et sociale sur les ménages vulnérables, en leur assurant l'alimentation et en améliorant l'accès à l'éducation, aux soins médicaux, etc. Le projet pilote actuellement mis en œuvre en Arménie en coopération avec le PAM fournit des repas équilibrés à 50 000 enfants fréquentant les écoles primaires des quartiers les plus vulnérables et affectés par l'insécurité alimentaire, et soutient l'élaboration d'une politique nationale durable en matière d'alimentation scolaire, à un coût raisonnable, qui s'inscrit dans les priorités et les budgets nationaux. La Russie prévoit de lancer des programmes alimentaires sociaux au Kirghizstan et au Tadjikistan pour la période 2011-2012.

À L'Aquila, l'**Allemagne** s'est engagée à verser un total de 3 milliards de dollars en faveur du développement rural, de l'agriculture et de la sécurité alimentaire entre 2010 et 2012. Environ 90 % de ces investissements seront versés dans le cadre de programmes de coopération bilatéraux avec des pays partenaires en Afrique, en Asie et en Amérique latine. En 2010, un engagement juridiquement contraignant d'environ 300 millions de dollars (911 millions au total) a été pris en faveur de 5 pays africains : la République démocratique du Congo, le Cameroun, l'Ouganda, le Kenya et le Bénin. Afin d'assurer la sécurité alimentaire sur le long terme, il est primordial de promouvoir le développement rural. L'Allemagne fonde ses programmes de coopération dans le domaine du développement rural sur quatre éléments essentiels : le renforcement de l'économie rurale et de l'agriculture ; la gestion durable des ressources naturelles ; la fourniture de services sociaux et d'infrastructures techniques ; et l'amélioration des cadres politique et juridique.

Les partenaires de l'Initiative de L'Aquila travaillent actuellement sur une approche basée sur les résultats dans le domaine de la sécurité alimentaire, afin d'améliorer la qualité de l'exécution de l'engagement pris à L'Aquila. L'Initiative de L'Aquila doit permettre en permanence de lancer des idées innovantes pour améliorer la sécurité alimentaire. Un groupe de travail a été formé par l'Allemagne. Celui-ci est chargé de définir un processus qui permettrait aux partenaires de l'Initiative d'atteindre deux objectifs principaux : rendre compte collectivement des résultats atteints par les pays membres et partenaires (qu'ils soient financiers ou non financiers) et promouvoir plus largement les principes et les méthodologies en matière de gestion des résultats et d'efficacité de l'aide. Cela servira de base aux travaux entrepris en 2012 dans le cadre de cette initiative.

Mise en œuvre des engagements et des versements (en millions de dollars)

Pays	Mise en œuvre des engagements = C ¹ Versements = D ²	Période de référence	Engagements APD		Période couverte (AB: année budgétaire)	Décomposition par canal et secteur										Total			
			Total	Additionnel		par voie multilatérale					par voie bilatérale								
						Contributifs volontaires de base	Fonds affectés et fonds fiduciaires	Agriculture, industries agro-alimentaires, sylviculture, pêche (311, 32161, 312, 313)	Nutrition (12240)	Aide au développement alimentaire/aide alimentaire (520)	Transport et stockage (210)	Filets de sécurité sociale (services de protection sociale) (16010)	Développement rural (43040)	Autres (préciser)					
Australie	C	Années budgétaires 2009-2010 à 2012-2013	360	360	AB 2010/2011	20		10					1			4	5	2	42
	D				AB 2009/2010	8		4						4	8	3	31		
Canada	D	Années budgétaires 2008-2009 à 2010-2011	1 034	526	AB 2008-2009 à 2010-2011	160	285	474											919
Institutions de l'Union européenne	C	2010-2012	3 800	742	2010	25		805	47	262	572	56	253						2 020
	C	2009-2011	2 161	365	2009-2010	28	14	839	4	125	84		57				187		1 337
France	D				2009	14	14	387,51	4	60			43				84		606,23
	C	2010-2012	3 000	1 000	2010	95		228,4		25			90				479		916,6
Italie	D	2009-2012	428	180	2009-2010	121,7	39,8	65,9	0,9	40,8	7,5	19,2	41,1				12,2		349,1
Japon	C	2010-2012	3 000	600	2010			530			470								1 000
Pays-Bas	D	2009-2011	2 000	139	2010	271	37	290	9	58	26	81	117				612		1 501
	C	2009-2011	330	139	2009-2010	32	158	3	5	40									238
Russie	D				2009-2010	20	133	1	5	40									199
	D	2009-2010	696	696	2009-2010	641													641
Suède	D	2010-2012	522	14	2010	60													60
Royaume-Uni	D	Années budgétaires 2009-2010 à 2011-2012	1 718	312	AB 2009/2010	117,9	74,2	181,4		41,3	13,7		80,4						509
	C	Années budgétaires 10/2009 à 09/2012	3 500	1 751	AB 2010		66,6	1304,7			10,9		2,8						1 385
États-Unis	D				AB 2010		66,6	6,8											73,4
	C				AB 2010		66,6	6,8											73,4

1. Un engagement est pris par un gouvernement ou une institution officielle, avec réservation ou affectation des fonds nécessaires, pour fournir à un pays ou une institution multilatérale bénéficiaire des ressources dans des conditions financières et à des fins spécifiques.

2. Un décaissement a lieu lorsque les crédits sont effectivement dépensés dans le cadre d'un budget engagé. Pour plus d'informations, le glossaire du CAD de l'OCDE définit un versement comme la mise à la disposition d'un bénéficiaire de fonds ou l'achat pour son compte de biens ou de services ; par extension, le montant ainsi dépensé. Les versements correspondent aux transferts internationaux effectifs de ressources financières, ou de biens et de services, évalués à leur coût pour le donneur.

Australie : dans le cadre des engagements de L'Aquila, le montant versé par l'Australie équivaut à 17% de ses dépenses totales en matière de sécurité alimentaire et de développement rural pour l'année 2009 (197 millions de dollars australiens) et à 15% du total de ses dépenses pour l'année 2010 (333 millions dollars australiens). Les chiffres relatifs aux engagements financiers sont regroupés et publiés dans le cadre du système budgétaire australien pour chaque exercice budgétaire (de juillet à juin). Il est à noter en particulier que la contribution de l'Australie au Programme mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire dépasse largement les engagements pris dans le cadre de l'Initiative de L'Aquila. Il apparaît que ces chiffres ne sont pas comptabilisés dans le tableau, étant donné qu'ils ne font pas partie de l'engagement initial.

En raison d'un mouvement des taux de change, la valeur en dollars des dépenses de l'Australie pour 2010 se situe en deçà des montants présentés (les calculs sont basés sur les taux de change au moment de l'engagement). La valeur du dollar australien (AUD) a augmenté de 17% : le taux de change avec le dollar était d'1,28 en 2009 contre 1,09 en moyenne en 2010.

La colonne « Autres » concerne principalement les dépenses de l'Agence australienne pour le développement international (AUSAID) nécessaires pour assurer la sécurité alimentaire à travers des mesures de soutien budgétaire au développement rural (soit le montant de l'engagement de L'Aquila).

Les engagements de l'Australie dans le cadre de l'Initiative de L'Aquila sont prévus comme suit (convertis en dollars en utilisant les taux de 2009) : 30 millions pour 2009-2010 ; 41 millions pour 2010-2011 ; 113 millions pour 2011-2012. La conclusion est que l'Australie respecte à la fois ses engagements et son calendrier.

Canada : l'engagement du Canada dans le cadre de l'Initiative de L'Aquila consiste essentiellement en versements en faveur du développement agricole durant les années budgétaires 2008-2009 et 2010-2011. Les données pour le Canada se rapportent à chaque année budgétaire, qui court d'avril à mars. Les chiffres présentés dans le tableau sont incomplets pour l'année budgétaire 2010-2011, qui n'était pas close à la date de préparation du tableau.

France

L'aide au développement international apportée par la France en matière de sécurité alimentaire est principalement assurée par :

- l'Agence française de développement (AFD) pour la mise en œuvre de l'aide bilatérale ;
- les centres de recherche français (CIRAD, INRA et IRD) pour les activités liées à la recherche ;
- les ministères de l'agriculture, des finances, des affaires étrangères et européennes pour le soutien aux organisations internationales et aux banques multilatérales de développement ;
- la stratégie française de sécurité alimentaire s'articule autour de la mise en œuvre des trois piliers du Partenariat mondial pour l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition lancé en 2008 ;
- les données relatives aux contributions volontaires sont les suivantes : Organisation mondiale de la santé animale, Fonds international pour le développement agricole, groupe de travail de haut niveau sur la sécurité alimentaire, CGIAR ;
- les soutiens dans le cadre du fonds fiduciaire sont les suivants : FAO, CAADP et PAM ;
- les données dans la rubrique « Autres (préciser) » dont l'objectif principal est d'améliorer la sécurité alimentaire comprennent :
 - CRS Code 14020, CRS Code 24040 CRS Code 23040 CRS Code 24030,
 - Assistance technique, soutien spécifique aux ONG.

Allemagne : les données concernant l'aide bilatérale correspondent aux engagements (sauf pour l'aide alimentaire pour le développement). La catégorie « Autres » comprend les services sociaux et les infrastructures rurales, les entreprises et les financements ruraux, la gestion des ressources et la gouvernance.

Italie

- 1 Les montants totaux présentés dans le tableau comprennent les chiffres provisoires pour 2010. La collecte d'informations auprès des institutions italiennes autres que le ministère des affaires étrangères et le ministère de l'économie et des finances est toujours en cours.
- 2 Les chiffres des contributions volontaires de base dans le cadre de l'aide multilatérale prennent en compte la contribution de l'Italie au PAM, au FIDA, à la FAO, au CGIAR, au CIHEAM,

au CIHEAM-IAM et à l'UNICEF (prorata des contributions volontaires allouées à des activités en faveur de la sécurité alimentaire).

- 3 Les contributions au secteur bilatéral « Transport et stockage (210) » correspondent uniquement aux données concernant l'Initiative de L'Aquila tandis que les chiffres figurant dans le secteur « Autres » ne représentent que les engagements et versements pour 2009 (données 2010 non encore disponibles). La colonne « Autres » comprend 30 % des ressources financières globales dans le secteur de l'eau (140) et de l'environnement (410) et 50 % des contributions globales à des activités de déminage.

Japon : les engagements du Japon couvrent la période 2010-2012. Les données sont basées sur les engagements. Les données concernant l'année 2010 sont provisoires.

Suède : le montant total comprend les versements bilatéraux s'élevant à 88 millions de dollars, la répartition par secteur n'étant pas encore disponible. Les données ne couvrent pas, notamment, environ 30 millions de dollars d'aide d'urgence (qui ne sont pas comptabilisés dans le cadre des engagements de L'Aquila) fournis entre autres par le biais du PAM.

Royaume-Uni : le montant « additionnel » précisé dans les engagements est une estimation des prévisions de dépenses par rapport au chiffre de référence. Les chiffres des dépenses multilatérales sont provisoires et rapportés à un pourcentage des dépenses en matière de sécurité alimentaire et d'agriculture via les grandes institutions multilatérales. Le chiffre des « contributions volontaires de base » comprend la Banque mondiale, le Fonds de développement arabe, le Fonds de développement social de l'ASEAN, la FAO, le FIDA, le CGIAR et les institutions des Nations Unies. Le chiffre des « fonds affectés » comprend les contributions à la CE.

États-Unis

- 1 Les montants des engagements de L'Aquila sont soumis à l'autorisation et aux crédits budgétaires du Congrès. En raison du cycle budgétaire du Congrès pour l'exercice 2010, les fonds destinés aux engagements de L'Aquila n'ont pas été disponibles avant mi-2010.
- 2 L'ensemble des données est conforme aux ressources de l'année budgétaire 2010 (au 18 février 2011) allouées aux engagements de L'Aquila par le gouvernement des États-Unis.

Les programmes compris dans ces montants totaux auront un impact direct sur les objectifs et les indicateurs de l'initiative du gouvernement des États-Unis « Feed the Future ». Ces fonds sont un sous-ensemble de l'aide publique au développement du gouvernement des États-Unis dans le secteur de l'agriculture dont les chiffres sont publiés selon les procédures habituelles du CAD/OCDE.

- 3 Lors de l'année budgétaire 2010, 27 pays ou régions ont présenté des programmes nationaux d'investissement (PNI) à un examen externe et la majorité de ces pays ou régions ont soumis des projets de financement au Programme mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire. Le gouvernement des États-Unis répond à ces demandes en procédant à des investissements ciblés attribués à un nombre limité de PNI. Comme les calendriers de conception, de mise en œuvre et de financement des PNI varient, les versements du gouvernement des États-Unis augmenteront rapidement lorsque les activités entreprises seront au stade de la mise en œuvre.
- 4 Bien que la nutrition fasse partie intégrante de la stratégie « Feed the Future » et que les engagements s'élèvent au total à 66,8 millions de dollars pour l'année budgétaire 2010, les fonds correspondants ne sont pas comptabilisés dans le cadre de l'engagement de L'Aquila.
- 5 Les États-Unis fournissent des ressources importantes à la fois pour l'aide alimentaire d'urgence et l'aide non urgente, dont 769 millions de dollars dans la catégorie du CAD de l'aide alimentaire au développement pour l'année budgétaire 2010. Cependant, ces programmes ne sont pas pris en compte dans l'engagement de L'Aquila.

Russie : les engagements russes couvrent la période 2009-2011. L'aide russe par le biais de programmes et de fonds d'affectation spéciale comprend le PAM, la Banque mondiale (crise des prix alimentaires, riposte rapide), CIM-O. Les contributions volontaires de base de la Russie comprennent la FAO et le CGIAR. L'aide bilatérale comprend la politique agricole et la gestion administrative passe essentiellement par l'ECFS (centre eurasiatique pour la sécurité alimentaire).

2. Soutien aux plans régionaux et nationaux en faveur du développement responsable de l'agriculture et de la sécurité alimentaire

Conformément à la Déclaration de Paris, le G8 soutient les différents principes d'efficacité de l'aide. Ces derniers sont particulièrement importants dans le contexte de la sécurité alimentaire. Ils sont la pierre angulaire de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire. Ces principes sont fondamentaux pour répondre à la préoccupation du G8 qui est d'éviter toute mesure redondante ou contre-productive dans son soutien à la sécurité alimentaire.

Les pays du G8 ont progressé en matière de mise en cohérence des programmes nouveaux et existants avec les plans de développement de l'agriculture et de la sécurité alimentaire des pays bénéficiaires. Cette coordination au niveau national correspond aux principes de l'efficacité de l'aide.

Ainsi, plusieurs membres du G8, notamment les États-Unis, le Canada, le Japon, la France et les institutions de l'Union européenne, se sont engagés à soutenir le cadre d'investissement éthiopien (PIF) sur la sécurité alimentaire. Sous la présidence éthiopienne du groupe de travail sur le développement économique rural et la sécurité alimentaire et en pleine cohérence avec le PIF, les donateurs ont réparti le travail dans le respect des principes de Rome. Cette coordination stratégique, qui permet aux pays du G8 d'adapter les programmes existants et nouveaux en cohérence avec les plans nationaux, est mise en œuvre dans de nombreux pays, notamment au Bangladesh, en Haïti, au Ghana et au Rwanda.

Le G8 soutient également les initiatives nationales et régionales d'amélioration de la sécurité alimentaire, notamment par l'intermédiaire du Programme intégré pour le développement de l'agriculture en Afrique (**CAADP**²⁷) et de ses quatre principaux piliers : gestion durable des terres et des ressources en eau, accès au marché, sécurité alimentaire et lutte contre la faim, et enfin recherche

agricole. Le CAADP est le programme agricole du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) de l'Union africaine (UA).

Le G8 soutient le CAADP : par l'intermédiaire du Fonds d'affectation spéciale multidonateurs (FASM). Ainsi, des institutions agricoles africaines au niveau national, régional et continental sont renforcées pour leur permettre de mener, de planifier et de mettre en œuvre des programmes de développement agricole et d'investissement grâce à une assistance technique et à une aide financière et concrète. En outre, les pays du G8 font progresser le CAADP en soutenant le Système d'analyse stratégique et de gestion des connaissances (SAKSS). Ce système compile, analyse et diffuse des données, des informations et des outils à l'appui de la conception, de l'application, du suivi et de l'évaluation des programmes et des plans d'investissement du CAADP.

Depuis 2008, l'Italie finance, par l'intermédiaire de la FAO, le « Programme de sécurité alimentaire par la commercialisation des produits agricoles » (FSCA) en Afrique de l'Ouest (Guinée-Bissau, Guinée, Gambie, Libéria, Mali, Sénégal et Sierra Leone), avec un budget de 21,3 millions de dollars. Le Canada a quant à lui fourni 3 millions de dollars canadiens pour soutenir ce programme au Sénégal. Il a été conçu dans le cadre du processus du NEPAD et des programmes d'investissement à moyen terme du CAADP.

Ce programme vise à favoriser la compétitivité et la modernisation de l'agriculture. En 2011, les principaux résultats du premier examen tripartite au Sénégal et en Guinée-Bissau étaient les suivants : le lancement d'activités à valeur ajoutée avec des possibilités de commercialisation, le renforcement avec des organisations d'agriculteurs, notamment des organisations de femmes, dans la production et la gestion, l'implication des autorités locales dans la création d'un environnement favorable et le développement de partenariats public et privé.

27. <http://www.nepad-caadp.net/francais/index.php>

Le **Royaume-Uni** soutient la mise en œuvre du Programme intégré pour le développement de l'agriculture en Afrique (CAADP) du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) au moyen d'une aide non remboursable de 10 millions de livres sterling allouée à un fonds fiduciaire multidonateurs, avec la Banque mondiale.

L'**Allemagne** travaille avec l'Union africaine et le secrétariat du NEPAD pour renforcer le secteur agricole aux niveaux continental, régional et national par le biais de mesures spécifiques de renforcement des capacités et de mise en réseau pour une meilleure gestion des connaissances entre les pays, notamment les communautés économiques régionales. L'un des résultats attendus de la coopération allemande à ce niveau est le renforcement des capacités pour une gestion axée sur les résultats permettant une prise de décision judicieuse en matière de développement agricole et rural pour assurer la sécurité alimentaire.

Le CAADP concentre ses efforts sur l'amélioration de la sécurité alimentaire, la nutrition et l'accroissement des revenus dans les économies africaines qui reposent dans une large mesure sur l'agriculture. D'une manière générale, l'objectif du CAADP est de lutter contre la faim et d'éliminer la pauvreté grâce à l'agriculture. Le CAADP appuie les pays africains qui souhaitent s'engager sur la voie d'une croissance économique renforcée par un développement axé sur l'agriculture. Les objectifs du CAADP sont d'accroître la productivité agricole d'au moins 6 % par an et faire passer les investissements publics dans l'agriculture à 10 % des budgets annuels par an. Le CAADP s'attache à rassembler différents acteurs clés – aux niveaux continental, régional et national – pour améliorer la coordination, partager les connaissances, les succès et les échecs, s'encourager mutuellement et promouvoir des mesures communes ou distinctes afin de réaliser les objectifs du CAADP.

À ce jour, 30 pays participent à des processus dans le cadre du CAADP, 24 pays ont signé des contrats nationaux, des plans d'investissement ont été mis au point pour 19 pays et 13 réunions d'affaires ont été organisées. Au plan régional, la Communauté économique des États de l'Afrique

de l'Ouest (CEDEAO) a élaboré un pacte et un plan d'investissement, le Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA) et la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) sont en train de rédiger des contrats. La Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC) lancera cette année son processus de développement dans le cadre du pacte régional.

Aux niveaux continental et sous-régional, le **Canada** consacre la plus grande partie de son aide au pilier IV, recherche agricole, avec des contributions au Forum africain de recherche agricole (FARA), à l'Association pour le renforcement de la recherche agricole en Afrique centrale et orientale (ASARECA) et au Conseil ouest et centrafricain pour la recherche et le développement agricole (WECARD). Au niveau national, le Canada fournit une assistance technique et une aide financière pour la mise en œuvre des programmes nationaux d'investissement dans des pays africains et consacre une partie significative de son aide à l'agriculture et à la sécurité alimentaire.

Le G8 soutient fermement ce type d'initiative menée par l'Afrique. C'est la raison pour laquelle le groupe de l'Initiative de l'Aquila sur la sécurité alimentaire a tenu une réunion en Afrique (3-5 décembre 2010 à Addis-Abeba, Éthiopie). Ce groupe prévoit d'organiser une seconde réunion en Afrique au cours du troisième trimestre 2011. En outre, les pays du G8 ont, sous l'égide de l'équipe de travail du CAADP, décidé de travailler en 2011 selon les axes suivants :

- améliorer la qualité des plans d'investissement et des programmes de développement nationaux et régionaux ;
- promouvoir et développer l'engagement du secteur privé et des acteurs non étatiques,
- renforcer la capacité des organisations africaines ;
- renforcer les systèmes de suivi, d'évaluation et de redevabilité mutuelle.

Ces travaux alimenteront les réunions de l'Initiative de L'Aquila en 2011 et 2012.

Au niveau régional, les institutions de l'Union européenne soutiennent le développement et la mise en œuvre de politiques et de stratégies de sécurité alimentaire ainsi que le travail des principales organisations et plates-formes concernées. En Afrique, il s'agit d'organisations œuvrant au sein du **Programme intégré pour le développement de l'agriculture en Afrique** (CAADP) telles que la Commission de l'Union africaine (CUA), le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), la Planning and Coordination Agency (NPCA), les différentes communautés économiques régionales ainsi que des organisations thématiques comme le Forum africain de recherche agricole (FARA). La Commission européenne soutient également le renforcement des organisations d'agriculteurs et leur participation aux processus du CAADP.

Japon – La première réunion ministérielle de l'APEC sur la sécurité alimentaire s'est tenue en octobre 2010 à Niigata (Japon) sous la présidence du ministre japonais de l'agriculture, de la pêche et des forêts. Les ministres sont convenus que les économies de l'APEC (Forum de coopération économique Asie-Pacifique) poursuivraient collectivement les objectifs communs (1) du développement durable du secteur agricole et (2) de la facilitation de l'investissement, des échanges et des marchés qui comprend notamment le soutien à l'investissement agricole responsable. Les ministres ont également approuvé un Plan d'action de l'APEC sur la sécurité alimentaire définissant des activités spécifiques à mettre en œuvre par les économies de l'APEC pour renforcer la sécurité alimentaire régionale²⁸.

Un exercice de mapping a été lancé par la plate-forme SUN (Scale-Up Nutrition) pour améliorer la coordination entre donateurs finançant des programmes dans le domaine de la nutrition et améliorer l'harmonisation avec les pays et les régions qui sont sévèrement confrontés à ce problème. Le processus SUN est soutenu par une pluralité de parties prenantes, notamment les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada, les institutions de l'Union européenne, la France et le Japon. Dans le cadre de l'action SUN, les donateurs sont également convenus de renforcer

et d'harmoniser leur coordination en soutien aux mesures entreprises par les pays pour lutter contre la sous-alimentation. Une matrice de réalisations a été élaborée pour suivre les progrès accomplis.

Lors du Sommet des OMD de septembre 2010, la **secrétaire d'État américaine**, Hillary Clinton, et le ministre irlandais des affaires étrangères, Micheál Martin, ont lancé le « Mouvement des 1 000 jours », initiative pour attirer l'attention de la communauté internationale sur l'importance de la nutrition pendant les 1 000 jours qui s'écoulent entre le début d'une grossesse et le deuxième anniversaire de l'enfant. C'est au cours de cette période que l'alimentation permet le plus de sauver des vies et qu'elle exerce la plus forte influence sur le développement cognitif et physique de l'enfant. Soutenue par plus d'une douzaine de ministres et de responsables d'organisations, cette initiative invite également les pays à améliorer la situation alimentaire de leurs populations en mille jours, entre le Sommet des OMD de septembre 2010 et juin 2013. Elle soutient également le mouvement SUN qui mène une action en profondeur, mobilise et accroît les ressources et établit des partenariats pour réduire la sous-alimentation des mères et des enfants dans le monde. Par le soutien et les ressources qu'ils apportent au niveau mondial et les efforts que déploient les gouvernements, les donateurs, la société civile et d'autres parties prenantes, SUN et le Mouvement des 1 000 jours améliorent à l'échelle nationale la planification et la mise en œuvre en matière de nutrition.

Les États-Unis se sont associés à l'Allemagne, au Royaume-Uni et à d'autres partenaires du CAADP pour soutenir le NEPAD en organisant plusieurs ateliers régionaux portant sur des espaces communs d'investissement. Les premiers ateliers, organisés en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest en octobre et novembre 2010, privilégiaient des approches par chaînes de valeur et ont fait intervenir des représentants des pouvoirs publics, des donateurs, de la société civile et du secteur privé. Des ateliers de suivi devraient mettre l'accent sur la vulnérabilité chronique, la nutrition, les changements climatiques et la gestion des ressources naturelles. L'objectif de ces ateliers est de transformer les engagements pris en actions et de définir les programmes à partir des expériences de terrain.

28. http://www.apec.org/en/Groups/Other-Groups/~link.aspx?_id=9105CAEECE704E28BAFFB2CFA9E657DD&_z=z

3. Soutien à la coordination stratégique en matière de sécurité alimentaire, notamment par la réforme de l'architecture internationale de l'agriculture, de la sécurité alimentaire et de la nutrition

Au niveau mondial, le G8 s'est engagé à promouvoir la gouvernance de la sécurité alimentaire en soutenant la réforme du Comité de la sécurité alimentaire mondiale (CSA)²⁹ afin qu'il puisse servir de forum pour renforcer la coordination et améliorer la cohérence des politiques en matière de sécurité alimentaire. Le Comité de la sécurité alimentaire mondiale deviendra l'organe central du Partenariat mondial pour l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition.

Le Comité de la sécurité alimentaire mondiale et ses organes directeurs constituent une importante plate-forme politique de discussion et offrent des orientations générales en matière de stratégies, de directives et d'actions sur la sécurité alimentaire, notamment par l'analyse des meilleures pratiques. Les réformes de 2009 ont redéfini la vision et le rôle du CSA afin qu'il se consacre aux défis majeurs de l'élimination de la faim. L'un des rôles fondamentaux du Comité est de promouvoir la coordination et la cohérence des actions à tous les niveaux. En 2010, le CSA a tenu sa première réunion depuis la réforme en cours et les membres ont constaté qu'il était devenu une instance plus compétente, à l'écoute de ses membres avec également la participation équitable des trois organisations ayant leur siège à Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), Fonds international de développement agricole (FIDA) et Programme alimentaire mondial (PAM).

Les partenaires de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire ont joué un rôle clé dans l'élaboration des questions prioritaires que devront

traiter le CSA et d'autres enceintes internationales. Compte tenu de l'importance pour la sécurité alimentaire de la question foncière et des investissements internationaux dans l'agriculture, le CSA accorde une attention particulière à ces aspects *via* le lancement de consultations et un processus pilote de travail sur ces principes, de concert avec la FAO, la Banque mondiale et d'autres organisations. Les préoccupations immédiates concernent la volatilité des prix des produits alimentaires et les moyens d'endiguer ce phénomène. Au sein du CSA, le sujet de la validité est étudié par le groupe d'experts de haut niveau (HLPE) créé en octobre 2010. Ce groupe est un élément essentiel de la réforme du CSA et un partenaire scientifique du Partenariat mondial pour l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition.

L'objectif du groupe d'experts de haut niveau est d'améliorer la solidité, la continuité et la cohérence du processus de décision en fournissant au CSA des conseils indépendants et détaillés. Le groupe d'experts de haut niveau s'emploie à : (i) analyser la situation actuelle en matière de sécurité alimentaire et de nutrition ainsi que les causes sous-jacentes, (ii) fournir des analyses et des conseils sur des questions spécifiques à partir des données scientifiques les plus récentes et les mieux documentées et (iii) identifier les problèmes émergents et aider les membres à définir les actions prioritaires dans les secteurs clés.

Les pays du G8 préconisent un renforcement du rôle du Comité permanent de la nutrition des Nations Unies, forum de coopération avec les institutions des Nations Unies (PAM, UNICEF, OMS et FAO), les partenaires bilatéraux et la société civile. Pour renforcer la coordination inter-institutions, le Comité permanent de la nutrition a été invité à faire partie du groupe consultatif du CSA. Le Comité de l'aide alimentaire³⁰ a également lancé en décembre 2010 une réforme importante de la Convention relative à l'aide alimentaire qui devrait pouvoir fournir une contribution significative à la communauté internationale dans sa lutte contre la faim et la malnutrition.

29. <http://www.fao.org/cfs/accueil-de-la-csa/fr/>

30. <http://www.foodaidconvention.org/fr/index/aboutthefac.aspx>

4. Engagements spécifiques pris à L'Aquila

4.1 Recherche et innovation

Le G8 est impliqué dans le domaine de la recherche et de l'innovation et dans le soutien à la réforme du système multilatéral de recherche. Le soutien à l'innovation et à la recherche agricole pour le développement représente une étape cruciale pour traiter les problèmes nouveaux et complexes que rencontre le développement agricole durable.

En décembre 2009, les donateurs et les acteurs du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale³¹ (CGIAR), dont les membres du G8, ont adopté un nouveau modèle institutionnel destiné à améliorer la transmission des résultats de la recherche dans un environnement externe en mutation rapide : un programme de recherche davantage axé sur des résultats, des partenariats renforcés, une clarification des responsabilités dans l'ensemble du CGIAR, une gouvernance et des programmes rationalisés. L'objectif est de donner à la recherche une plus grande influence grâce à l'action collective des centres du CGIAR et avec des partenaires extérieurs. L'objectif recherché consiste également à aboutir à une meilleure coordination, concentration et hiérarchisation des

donateurs à travers un nouveau Fonds mondial des donateurs.

La réforme du CGIAR a donné naissance à un consortium mondial dont le siège se trouve maintenant à Montpellier (France). Ce consortium a en charge un portefeuille de programmes de recherche, définis dans une approche globale et mise en œuvre par les 15 centres de recherche du CGIAR.

Les investissements dans le CGIAR et son réseau de centres de recherche soutiendront les objectifs suivants : réduction de la pauvreté et de la faim, amélioration de la santé et de la nutrition humaines et accroissement de la résistance des écosystèmes par le biais d'une recherche agricole internationale de grande qualité, du partenariat et du leadership. Ces investissements permettent une amélioration du rendement des terres arables et la mise en œuvre de solutions permettant de faire face dans la mesure du possible aux conséquences des changements climatiques. Chaque dollar investi par le CGIAR dans la recherche produit l'équivalent de 9 dollars de produits alimentaires supplémentaires dans les pays en développement³².

Les **donateurs du CGIAR** incluent des pays développés et des pays en développement mais aussi des fondations, des organisations internationales et des organisations régionales. Entre 2006 et 2009, **la contribution des pays du G8 a représenté plus d'1 milliard de dollars.**

Financement de la recherche du CGIAR (en millions de dollars courants)

Pays	2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009
États-Unis	54,8	60,7	59,5	58	78,9	311,9
Royaume-Uni	44,2	44,1	44,6	45,4	41,6	219,9
France	5	7,1	4,2	8,1	5,3	29,7
Italie	7,5	4,8	6,6	7,6	6,3	32,8
Allemagne	15,4	15,3	15,7	19,3	23,8	89,5
Japon	10,9	9,1	8,9	12,3	16,1	57,3
Institutions de l'Union européenne	30,6	6,6	62,4	32,6	40,7	172,9
Canada	30,31	26,99	31,1	34,1	42,4	164,9
TOTAL G8	198,71	174,69	233	217,4	255,1	1 078,9
TOTAL des contributions	450	426	495	531	606	2 508

Source : Rapport financier complet du CGIAR, 2009.

31. <http://www.cgiar.org/languages/lang-french.html>

32. Source : R. E. Evenson and D. Gollin (eds), *Crop Variety Improvement and its Effect on Productivity — The Impact of Agricultural Research*, CABI Publishing, UK.

Au niveau pratique, le CGIAR soutient les activités menées par ses 15 centres de recherche, en étroite collaboration avec des centaines d'organisations partenaires, en particulier des instituts de recherche nationaux et régionaux, des organisations de la société civile, des universités et le secteur privé.

L'Allemagne soutient de manière constante les 15 centres internationaux de recherche agricole du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (CGIAR) depuis leur création au début des années 1970. L'Allemagne a notamment apporté un soutien politique et financier au processus de réforme du CGIAR lancé en décembre 2007 visant à associer de nouveaux partenaires et à améliorer l'utilisation des résultats de la recherche dans le système agricole.

Grâce aux recherches menées en collaboration au sein du CGIAR, de nouvelles variétés de cultures, des connaissances et autres résultats de la recherche sont, au titre de biens publics mondiaux, largement mis à la disposition des particuliers et des organisations œuvrant en faveur d'un développement agricole durable et de la réduction de la pauvreté dans le monde. Le CGIAR contribue également à résoudre les problèmes des déficiences en micronutriments, de la rareté de l'eau et des changements climatiques.

La Russie, en association avec le CGIAR et la Banque mondiale, a lancé l'Initiative russe de coopération et d'aide au développement de l'agriculture visant à améliorer la sécurité alimentaire dans la région eurasiennne et dans le monde, et également à accroître la durabilité environnementale de la production agricole, en réponse notamment aux changements climatiques et à la volatilité des prix des produits alimentaires. Cette nouvelle initiative se concrétise par des programmes de recherche sur la région de l'Asie centrale pour lesquels la Russie contribue au Fonds du CGIAR et à l'ECFS (Centre eurasienn pour la sécurité alimentaire). La contribution au CGIAR s'élève à 15 millions de dollars pour la période 2010-2014. Cette somme est allouée au Programme collaboratif de recherche et de renforcement des capacités pour le développement de systèmes de production agricole durables et résistants dans des conditions de changements climatiques.

On estime que sans les investissements du CGIAR dans la recherche agricole internationale, la production agricole mondiale serait de 4 à 5 % inférieure, les pays en développement produiraient de 7 à 8 % moins de produits alimentaires, les prix mondiaux des denrées alimentaires et des céréales fourragères seraient supérieurs de 18 à 21 % et il y aurait 13 à 15 millions d'enfants de plus qui souffriraient de malnutrition³³.

Bilan du CGIAR

Conséquence des recherches sur l'amélioration des cultures menées au sein ou en dehors du CGIAR : 65 % de la surface totale consacrée aux 10 plus importantes cultures dans le monde sont occupées par des variétés améliorées. Les taux de retour sur les investissements du CGIAR dans toute la recherche sur l'amélioration des cultures vont, selon les estimations, de 39 % en Amérique latine à plus de 100 % en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Tous les deux ans, le CGIAR lance une Conférence mondiale sur la recherche agricole pour le développement (GCARD) dont un des objectifs est d'identifier les possibilités de partenariat et de recherche pour le développement axée sur la demande. La première GCARD s'est tenue à Montpellier en mars 2010. Elle a permis de définir la première série de programmes de recherche du CGIAR.

Actuellement, le Forum mondial sur la recherche agronomique (GFAR) travaille avec le CGIAR à la coordination de cette réunion. C'est une plateforme de facilitation de la recherche agricole pour le développement dans le monde à laquelle participent de nombreux acteurs (notamment des organisations d'agriculteurs et des organisations de la société civile) et qui permet de discuter de la définition d'un programme mondial de recherche agricole pour le développement.

La prochaine Conférence aura lieu en 2012. Des discussions préliminaires intenses ont déjà eu lieu entre de nombreux acteurs dans le cadre du G8, du G20 et de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire afin de préparer cette prochaine manifestation qui sera décisive pour de nouvelles initiatives mondiales.

33. *The impacts of CGIAR research: A review of recent evidence*. Food Policy, Volume 35, Issue 5, October 2010, Pages 391-402, Mitch Renkow and Derek Byerlee.

En Ouganda, le **Japon** a offert des installations et des équipements, notamment des machines agricoles, à l'Institut national de recherche sur les ressources en matière de cultures. Cet Institut sert de centre de recherche et de formation pour le développement du « Nouveau riz pour l'Afrique » (NERICA) par le biais du Projet pour la construction du centre de recherche et de formation sur le riz. L'aide du Japon devrait permettre d'améliorer la recherche et la formation sur la culture du riz, aider à mettre en valeur les ressources humaines, promouvoir la culture du riz en Ouganda et contribuer enfin à accroître la productivité rizicole.

En 2010, les **États-Unis** ont lancé une nouvelle stratégie pour les investissements dans la recherche agricole mettant l'accent sur un nouveau paradigme d'intensification durable afin de catalyser la croissance économique fondée sur l'agriculture. Cette stratégie sera régie par trois objectifs : repousser la frontière de la productivité, transformer les systèmes de production et améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition. Dans la mise en œuvre de cette stratégie de recherche, les États-Unis considéreront les priorités nationales, renforceront les capacités humaines et institutionnelles, intensifieront les partenariats avec des universités américaines et autres, le secteur privé et les instituts nationaux et internationaux de recherche et appliqueront le principe de redevabilité.

4.2 Soutien aux petits exploitants agricoles, notamment par l'engagement du secteur privé

La plupart des populations démunies et souffrant de la faim dans le monde vivent dans des zones rurales où l'agriculture – notamment les cultures, l'élevage, la pêche et la sylviculture – constitue la principale activité économique. Les petites exploitations prédominent : 85 % environ des agriculteurs des pays en développement exploitent moins de 2 hectares de terre. Les petites exploitations mixtes culture/bétail assurent la moitié environ de la production alimentaire mondiale.

Les donateurs, les pays bénéficiaires et les organisations internationales spécialisées dans ce secteur doivent associer dans une large mesure les petits exploitants agricoles, les femmes en particulier, à la conception et à la mise en œuvre des programmes nationaux d'investissement.

Le Programme de développement rural (RDP) de la région de Keita (Niger), qui avait bénéficié d'un financement **italien** de plus de 100 millions d'euros s'étendant sur plus de 20 ans, s'est achevé en 2009. Ce programme avait pour objectifs : (i) la promotion de la croissance économique dans les zones rurales par le renforcement des capacités de commercialisation des petites exploitations ; (ii) la lutte contre la désertification ; (iii) la diminution de la pauvreté rurale par la mise à disposition d'infrastructures rurales. Le RDP a réhabilité 36 000 hectares de terres, 20 millions d'arbres ont été plantés, 313 km de routes rurales construites, 708 puits et 40 barrages réalisés, 329 associations d'agriculteurs (« groupements ») créées regroupant 13 600 membres actifs. Au total, 400 000 personnes ont directement, ou indirectement, bénéficié de ce programme.

La production locale durable à petite échelle de denrées alimentaires et le développement des collectivités constituent ainsi l'un des piliers forts de l'action du G8 pour améliorer la sécurité alimentaire. En effet, les petites exploitations agricoles sont en mesure d'améliorer les revenus

et la capacité d'adaptation des producteurs ruraux, de fournir des denrées alimentaires aux consommateurs et de maintenir ou d'améliorer la qualité de l'environnement.

En coopération avec différents partenaires de la société civile, par des dispositifs bilatéraux et multilatéraux, les actions du **Canada** ont permis des résultats significatifs dans le domaine de la sécurité alimentaire grâce au développement agricole durable. En Afghanistan, le Canada aide 30 000 familles à accroître leurs revenus par l'horticulture et l'élevage, ce qui diminue dans le même temps la dépendance à l'égard de la production d'opium. En Éthiopie, le Canada a apporté son soutien à l'introduction de nouvelles techniques agricoles, a aidé les agriculteurs à augmenter les rendements agricoles, à obtenir des prix plus élevés pour les récoltes vendues sur les marchés et à nouer des liens avec les marchés locaux. Les financements canadiens ont permis à plus de 4 millions de foyers, dont 58 % d'entre eux tenus par des agricultrices, d'avoir accès à des semences améliorées (en 2009 et 2010),

Le G8 soutient également des approches durables et écologiquement efficaces respectant les différentes fonctions de l'agriculture. Cela signifie notamment l'optimisation des intrants agricoles, l'intégration des systèmes de gestion des organismes nuisibles, le renforcement des capacités pour les transferts et la diffusion de technologie, l'amélioration des infrastructures, de la gestion des sols et des eaux et des variétés de cultures résistantes au stress. Pour assurer le succès de cette approche, il convient de considérer la production dans un contexte de chaînes de valeur, avec un accès adéquat aux financements. Il convient également d'apporter un appui approprié aux marchés, au sein desquels les petites et moyennes entreprises et la micro-finance rurale peuvent jouer un rôle déterminant.

Dans la province pakistanaise du Penjab, le **Japon** soutient conjointement le renforcement des capacités pour donner davantage de poids aux organisations d'agriculteurs et le développement d'infrastructures comme les installations d'irrigation. L'aide concrète du Japon devrait permettre d'utiliser plus efficacement l'eau, d'améliorer la productivité agricole et d'augmenter les revenus des petits exploitants agricoles.

Les initiatives visant à réduire les pertes après récoltes, à améliorer les capacités de stockage et à traiter les problèmes de sécurité alimentaire et de santé animale devraient également être soutenues. Pour assurer la durabilité de ces approches, il faut veiller à ce que les petits exploitants agricoles disposent de solides droits de propriété et de l'accès à la terre et aux ressources en eau.

Le Fonds d'affectation spéciale russe de réponse rapide à la crise alimentaire, doté de 15 millions de dollars pour 2008-2011, a été créé par la **Russie** et la Banque mondiale dans l'objectif principal de réduire les effets négatifs de la hausse et de la volatilité des prix alimentaires sur la vie des populations pauvres, d'aider les gouvernements à élaborer des politiques durables en matière d'agriculture et de sécurité alimentaires, notamment par le renforcement des capacités locales et régionales, et de soutenir la productivité et la participation au marché dans le domaine agricole, pour garantir un approvisionnement durable en produits alimentaires dans la région eurasiennne. L'initiative, actuellement mise en œuvre au Tadjikistan, a permis à 94 000 foyers d'accroître leur production alimentaire et de réduire les pertes de bétail, à 4 000 foyers installés dans des zones isolées de recevoir des semences de pommes de terre et des engrais, et à 65 coopératives de production de voir le jour.

Les partenariats public-privé jouent un rôle important dans la revitalisation de la productivité agricole et doivent être soutenus. Les acteurs privés apportent des ressources, des compétences et des innovations supplémentaires. Ils contribuent de la sorte à réduire les écarts en matière d'aide au développement, apporter des synergies, assurer des effets de levier et jouer un rôle de catalyseur à côté des interventions des pouvoirs publics.

Le **Royaume-Uni** soutient le Fonds d'appui africain pour le développement de l'entreprise (AECF). L'AECF apporte des financements complémentaires au secteur agro-alimentaire pour qu'il développe des produits et des services innovants permettant d'accroître les revenus des agriculteurs. Depuis son lancement en 2008, le Fonds a intensifié son action pour atteindre 100 millions de dollars. Le Royaume-Uni a alloué plus de 60 millions de dollars à l'AECF. L'Agence australienne pour le développement international (AUSAID), le Fonds international de développement agricole (FIDA) et le ministère néerlandais des affaires étrangères contribuent également à l'AECF. <http://www.aecfafrica.org>

Le Fonds d'investissement pour l'agriculture en Afrique (FIAA), principal fonds de placement sur la zone, se consacre exclusivement à la production de denrées alimentaires sur l'ensemble du continent. Il a réalisé une première levée de fonds de 151 millions de dollars. L'**Agence française de développement** y contribue à hauteur de 40 millions de dollars. Ses investissements prioritaires concerneront la production et la distribution de denrées alimentaires ainsi que les agroservices en Afrique subsaharienne. Le fonds cherche à acquérir des intérêts majoritaires et minoritaires significatifs dans des sociétés susceptibles d'être détenues en portefeuille et encouragera la création d'un fonds PME. Un mécanisme d'assistance technique, doté d'environ 14 millions de dollars, financera des études et le renforcement de capacités pour de petites entreprises et des systèmes de type coopératives/petits exploitants. http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/ELEMENTS_COMMUNS/AFD/Communiqués/Announcement%20Final%20-%20AAF%20First%20close.pdf

Reconnaissant que cette coopération renforce la productivité en apportant des capacités et des ressources supplémentaires et en combinant ces ressources de manière créative, les **États-Unis** établissent des alliances avec divers partenaires. En 2010, plus de 150 partenariats public-privé ont été constitués avec l'aide du gouvernement des États-Unis. Ces derniers travaillent également avec les organisations locales d'agriculteurs et de producteurs afin d'améliorer leur capacité à fournir des services techniques et l'accès de leurs membres aux marchés. Une action destinée à améliorer l'accès au marché des semences en Afrique de l'Ouest est un exemple des efforts déployés par le passé. USAID/West Africa a apporté une aide à Seedpac, à l'Association ghanéenne de négociants de produits agricoles, à l'Association nigériane des semences, à des associations locales dans la région de Maradi au Niger et à l'Association de négoce des semences du Mali. L'aide américaine consiste en contributions financières ou en l'organisation d'ateliers ou la participation à ces ateliers. Ce projet a facilité l'établissement de relations entre entreprises de semences, groupes de producteurs et entreprises multinationales de semences en Afrique de l'Ouest.

CONCLUSIONS & RECOMMANDATIONS

Bilan des recommandations de l'an passé

➔ Le rapport de 2010 sur le suivi des engagements du G8 avait défini deux grandes recommandations : (i) préciser le périmètre des engagements, (ii) poursuivre la dynamique de la redevabilité. Le G8 respecte ces recommandations. Le rapport de Deauville est une étape positive dans ce processus dynamique de redevabilité.

■ (i) Le rapport de redevabilité de Muskoka : *Évaluation des actions et des résultats au regard des engagements liés au développement* aboutit à un certain nombre de conclusions visant à améliorer la capacité d'identifier, de suivre et de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements du G8. Cela inclut, entre autres :

- des objectifs clairs, définis ;
- des échéances avec des dates claires de début et de fin ;
- dans le cas d'éléments financiers, une année de référence définie ;
- l'accent mis sur les données effectives, sur la base des résultats identifiés par le G8 ;
- des indicateurs de mesure des progrès accomplis incluant le cas échéant des objectifs de résultats ;
- une différenciation s'il y a lieu entre des fonds précédemment engagés et des sommes supplémentaires allant au-delà des engagements existants en cours ;
- et des informations sur la date à laquelle le G8 rendra compte de ses engagements et de quelle manière.

Les paragraphes X, XI et XII de la Déclaration de Muskoka lançant l'Initiative de Muskoka constituent une étape importante pour le respect de ces recommandations.

Déclaration du G8 de Muskoka : pour la reprise et un nouveau départ Muskoka, Canada, 25-26 juin 2010

X. À cette fin, le G8 s'engage à mobiliser dès aujourd'hui 5 milliards de dollars de financements supplémentaires qui seront versés au cours des cinq prochaines années. L'aide du G8 a un effet de catalyseur. Nous prenons nos engagements dans l'objectif de susciter un effort collectif plus important des donateurs bilatéraux et multilatéraux, des pays en développement et d'autres acteurs, afin d'accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des OMD 4 et 5. Par conséquent, nous nous félicitons de la décision prise par d'autres États et fondations d'adhérer à l'Initiative de Muskoka. Les gouvernements de la République de Corée, de l'Espagne, de la Norvège, de la Nouvelle-Zélande, des Pays-Bas et de la Suisse, sous réserve de leurs procédures budgétaires respectives, ainsi que la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation des Nations Unies, ont pris l'engagement, aujourd'hui ou récemment, de fournir des financements supplémentaires de 2,3 milliards de dollars qui seront versés durant la même période.

XI. Nous prévoyons que, durant la période 2010-2015, sous réserve de nos procédures budgétaires respectives, l'Initiative de Muskoka mobilisera des ressources significativement supérieures à 10 milliards de dollars.

XII. L'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale estiment que, du fait des engagements pris dans le cadre de l'Initiative de Muskoka, ce soutien aidera les pays en développement à : i) sauver 1,3 millions d'enfants supplémentaires de moins de 5 ans ; ii) sauver 64 000 mères supplémentaires ; et iii) permettra à 12 millions de couples supplémentaires d'avoir accès aux méthodes modernes de planification familiale. Ces résultats seront atteints de manière cumulative entre 2010 et 2015. Nous vérifierons que les engagements sont bien tenus dans le cadre de nos rapports qui, en 2011, seront axés sur la santé et la sécurité alimentaire. Conformément au principe de responsabilité mutuelle, nous espérons que ces engagements encourageront les pays en développement à intensifier leurs propres efforts en ce qui concerne la santé maternelle et infantile, ce qui permettra de sauver des millions de vies supplémentaires parmi les femmes, les nouveaux-nés et les enfants.

Le G8 soutient également les recommandations de l'OCDE sur les bonnes pratiques en matière d'engagements. Les propositions suivantes ont été présentées lors de la réunion de haut niveau du CAD qui s'est tenue les 6 et 7 avril 2011 à Paris.

Recommandations de l'OCDE sur les bonnes pratiques en matière d'engagements

Conscients de la nécessité de garantir la crédibilité, la faisabilité et le suivi adéquat des engagements pris par les donateurs en matière d'aide, les membres du CAD s'efforceront de respecter dans toute la mesure du possible les principes suivants dans leur pratique future concernant les engagements financiers à l'égard des pays en développement.

1. Clarté. Les engagements devraient préciser tous les paramètres pertinents pour en évaluer la réalisation. Cela inclut, entre autres, la date ou la période couverte, la source et les modalités de financement et les données de base qui serviront à évaluer d'éventuelles demandes de compléments par rapport à des flux ou à des engagements existants.

2. Comparabilité. Les engagements globaux pris par la communauté des donateurs devraient correspondre à la somme des engagements des donateurs individuels et ces engagements devraient autant que possible être compatibles dans leurs modalités, dates, données de base et unités de mesure.

3. Réalisme. Les engagements devraient être pris pour des périodes et des montants sur lesquels leurs auteurs exercent un degré approprié de contrôle et d'autorité. Les engagements devraient être raisonnables et réalisables compte tenu de la situation budgétaire et économique du donateur.

4. Mesurabilité. Les engagements devraient dans la mesure du possible être pris sur la base de mesures d'aide et autres flux de ressources existants. Dans le cas où les données nécessaires pour contrôler un engagement ne sont pas encore disponibles, il conviendra de spécifier les modalités de suivi.

5. Redevabilité et transparence. Les engagements devraient répondre en temps utile et de manière efficace aux besoins prioritaires définis par les bénéficiaires de l'aide et les donateurs devraient fournir des informations suffisantes pour permettre aux bénéficiaires et aux tierces parties d'en évaluer l'efficacité.

- (ii) Le rapport de l'an passé a préconisé de développer le processus de redevabilité, notamment avec d'autres organisations comme l'OCDE, pour améliorer la transparence et le suivi des engagements passés. Le rapport de Muskoka a conclu que pour mettre pleinement en œuvre « l'engagement de redevabilité de L'Aquila et les mandats définis par les dirigeants, notamment pour développer un mécanisme global de redevabilité, davantage de travail était nécessaire ».

Parallèlement à l'examen des engagements pris avant le Sommet de Muskoka en juin 2010, ce rapport précise les détails des engagements de l'Initiative de Muskoka pour chaque pays du G8. Pour ce qui est de la sécurité alimentaire, ce rapport fournit des données provisoires et intermédiaires concernant l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire.

Principales constatations

➔ Le rapport a permis de présenter un bilan des engagements du G8 depuis 2005, en matière de santé et de sécurité alimentaire. La dynamique de la redevabilité, de L'Aquila à Deauville en passant par Muskoka, souligne les progrès accomplis par le G8 en termes de respect et de transparence de ses engagements.

L'APD du G8 a joué un rôle déterminant de catalyseur, via un ensemble d'outils et de partenariats, dans les secteurs de la santé et de la sécurité alimentaire. Le G8 fournit 70 % environ de l'aide publique au développement (APD) des donateurs de l'OCDE. Les pays du G8 ont déployé des efforts significatifs pour fournir l'aide d'une manière efficace, en particulier dans les secteurs de la santé et de la sécurité alimentaire, depuis l'adoption de la Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra.

Les engagements du G8 représentent plus de 85 % du total des engagements de l'Initiative de L'Aquila sur la sécurité alimentaire. Environ la moitié des sommes promises a déjà été décaissée ou est officiellement dans le circuit pour être décaissée. De plus, le G8 a montré sa détermination pour mettre en œuvre de manière efficace les engagements pris dans le cadre de l'Initiative de Muskoka avec d'autres pays partenaires et organisations internationales.

Néanmoins, le développement ne dépend pas que de l'aide financière. Il exige d'abord l'impulsion

déterminante de l'État et des autorités locales ainsi que la participation de tous les acteurs du développement, notamment le secteur privé et les organisations de la société civile dans les pays en développement. Le développement est un processus complexe qui dépend d'un ensemble de variables économiques, sociales et politiques. La principale responsabilité du développement incombe aux pays en développement eux-mêmes et dépend de la qualité des orientations qu'ils adoptent.

Recommandations destinées à promouvoir le processus de redevabilité

➔ Dans l'esprit de ce rapport qui met en lumière certaines réussites et meilleures pratiques, le G8 suggère de s'orienter vers une approche qualitative basée sur l'impact de l'aide et ses résultats. L'examen des engagements financiers paraît essentiel mais non suffisant.

Le G8 réitère son soutien aux initiatives, cadres et institutions visant à améliorer l'efficacité de l'aide. À cet égard, le G8 se félicite de l'action du Partenariat international pour la santé (IHP+) et d'autres initiatives similaires dans le secteur de la santé. Le G8 rappelle sa détermination à appliquer les principes de Rome dans la mise en œuvre de ses engagements financiers de L'Aquila et il continuera d'améliorer la transparence de ces engagements en 2012. En outre, les pays du G8 continueront de soutenir le CAADP dans le cadre d'un engagement bilatéral et en coopérant avec l'équipe de travail du CAADP en 2011.

Le G8 réaffirme son adhésion aux principes sur l'efficacité de l'aide énoncés dans la Déclaration de Paris et complétés par le Programme d'action d'Accra. Parmi l'ensemble de ces principes et lignes directrices, le G8 entend mettre l'accent sur la redevabilité mutuelle et une approche basée sur les résultats.

Appropriation : les pays en développement définissent leurs propres stratégies de réduction de la pauvreté, améliorent leurs institutions et luttent contre la corruption.

Alignement : les pays donateurs s'alignent sur ces objectifs et s'appuient sur les systèmes locaux.

Harmonisation : les pays donateurs se concertent, simplifient les procédures, partagent l'information et œuvrent pour une division efficace du travail pour éviter que leurs efforts ne fassent double emploi et pour accentuer la complémentarité des actions.

Résultats : les pays en développement et les donateurs se concentrent sur les résultats du développement et les résultats sont mesurés.

Responsabilité mutuelle : donateurs et partenaires doivent rendre compte des résultats du développement.

Dans la perspective du quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui se tiendra à Pusan (Corée du Sud) à la fin de l'année 2011, le G8 se félicite des progrès accomplis en matière d'aide depuis l'adoption des Déclarations de Rome et de Paris et du Programme d'action d'Accra. Au cours de la réunion de Pusan sur l'efficacité de l'aide, le G8 souhaite plus particulièrement évoquer les résultats du développement et l'impact de l'aide.

La responsabilité mutuelle et l'approche axée sur les résultats sont étroitement liées. L'efficacité de l'aide et l'obtention de résultats en termes de développement sont des préoccupations et des responsabilités communes des pays donateurs et bénéficiaires. Une meilleure définition de la responsabilité mutuelle permettra de faire avancer notre travail commun et de mettre l'accent sur les résultats du développement et leur mesure.

Le G8 et ses partenaires ont encore une marge pour améliorer la redevabilité mutuelle et leur approche axée sur les résultats. L'amélioration de ces deux éléments devrait permettre de faire progresser l'efficacité du développement. À cet égard, le processus en cours sur la redevabilité effectuée par les partenaires de l'Union africaine et le « Rapport de Deauville sur la redevabilité » sont des étapes positives. Le G8 et les pays africains doivent s'efforcer de progresser sur la voie de la redevabilité mutuelle en renforçant leur dialogue sur les résultats respectifs de ces exercices de

redevabilité et en définissant une compréhension commune des objectifs et des approches sur des sujets d'intérêt commun.

Recommandations spécifiques

- Le Groupe de travail du G8 sur la redevabilité recommande aux pays du G8 de continuer à renforcer le suivi et l'évaluation et de veiller à ce que les orientations politiques, la planification des programmes et les décisions d'investissement s'appuient sur les résultats de ces évaluations. Le groupe de travail du G8 sur la redevabilité recommande d'améliorer la transparence de l'information sur l'aide, en particulier en rendant publique les informations sur les crédits alloués, les dépenses et les résultats.
- Le Groupe de travail du G8 sur la redevabilité recommande aux initiatives et institutions internationales compétentes de définir un ensemble commun de critères de performance de l'aide multilatérale ainsi que des recommandations pour réduire la fragmentation de l'aide multilatérale.
- Le Groupe de travail du G8 sur la redevabilité recommande aux acteurs concernés de préparer un mapping des fonds verticaux et des bailleurs multilatéraux dans le secteur de la santé, ainsi que des recommandations pour rationaliser l'architecture de l'aide dans ce domaine, en coopération avec l'OMS et les initiatives existantes, afin d'améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé.
- Le Groupe de travail du G8 sur la redevabilité recommande aux institutions compétentes d'intensifier les évaluations de l'impact de l'aide internationale avec les pays bénéficiaires pilotes intéressés. L'importance de l'aide comme moyen de levier pour d'autres financements du développement sera également examinée dans le cadre de la cohérence des politiques.

ACRONYMES

Alliance GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
APD	Aide publique au développement
CAADP	Programme intégré pour le développement de l'agriculture en Afrique
CAD	Comité d'aide au développement (OCDE)
CGIAR	Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale
CSA	Comité de la sécurité alimentaire mondiale
DOTS	Traitement de courte durée sous surveillance directe
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GCARD	Conférence mondiale sur la recherche agricole pour le développement
HLPE	Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition
IDA	Association internationale de développement
IFFIm	Facilité internationale de financement pour la vaccination
IHP+	Partenariat international pour la santé
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
MNCH	Santé maternelle, néonatale et infantile
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPP	Partenariat public-privé.
TB	Tuberculose
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

