

VIII

Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté

Rehausser l'efficacité avec laquelle les activités menées dans le cadre de la coopération pour le développement concourent à l'amélioration de la santé des plus démunis est un moyen de faire reculer la pauvreté et de contribuer à la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement ayant trait à la santé. Un document sur la santé et la pauvreté paru en 2002 dans la série des Ouvrages de référence du CAD est consacré à l'examen de ces questions et propose un ensemble de recommandations concernant les moyens les plus efficaces d'encourager une approche de la santé favorable aux pauvres dans les pays partenaires. Cette section du Rapport en reprend les grandes lignes et fournit un aperçu de l'APD affectée par les membres du CAD au secteur de la santé.

1. Quelques informations concernant l'Ouvrage de référence du CAD sur la pauvreté et la santé

Le document de référence du CAD sur la pauvreté et la santé, publié conjointement par l'OCDE et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est le fruit de l'effort commun des membres du CAD collaborant au sein du Réseau du CAD sur la réduction de la pauvreté et de son sous-groupe sur la pauvreté et la santé. Il s'appuie sur les données d'expérience accumulées par les organismes bilatéraux et sur les travaux de grandes institutions comme l'OMS, la Banque mondiale et divers organismes des Nations Unies ainsi que d'organisations non gouvernementales (ONG). Il s'inspire également, sur certains points, des conclusions de la Commission macroéconomie et santé (CMS), à laquelle on doit l'étude la plus systématique et la plus récente des liens observables entre la situation sanitaire, d'une part, et le développement économique et le recul de la pauvreté, d'autre part. Il élargit et approfondit l'analyse présentée dans les *Lignes directrices du CAD pour la*

réduction de la pauvreté que les ministres de la Coopération pour le développement et les responsables des organismes d'aide des pays de l'OCDE ont entériné à la réunion du CAD à haut niveau en 2001. Cette section du Rapport reprend les grandes lignes de cet ouvrage de référence du CAD.

2. Introduction

La santé bénéficie aujourd'hui d'un rang plus élevé que jamais sur l'échelle des priorités internationales et le souci de la santé des pauvres devient un aspect essentiel de la problématique du développement. De fait, trois des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) visent l'obtention pour 2015 d'avancées précises dans le domaine de la santé, à savoir : réduire la mortalité infantile, les décès maternels, et la propagation du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose. (Le module spécial figurant à la fin de la section V contient la liste des cibles et indicateurs associés à ces objectifs et rend compte des progrès accomplis vers leur réalisation.)

Les nations du monde entier ont admis que bénéficier des meilleures conditions de santé possible est un droit fondamental pour chaque être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses convictions politiques, et sa situation économique et sociale. Abstraction faite de sa valeur intrinsèque au plan individuel, la santé est déterminante pour le développement général de l'être humain et le recul de la pauvreté.

Les pauvres sont en moins bonne santé et meurent plus jeunes que les autres. Dans cette catégorie de la population, les taux de mortalité infantile et maternelle et l'incidence de la maladie sont en moyenne plus élevés que dans d'autres catégories, avec un accès plus limité aux soins médicaux et aux dispositifs de protection sociale. Les femmes et les jeunes filles pauvres sont encore plus désavantagées, au plan sanitaire, que leurs homologues masculins en raison des inégalités prévalant entre les sexes. Pour les pauvres en particulier, la santé est aussi un atout économique de première importance. Elle est la clé de leur survie. Lorsqu'un pauvre tombe malade ou se blesse, la famille entière risque de se trouver piégée dans un cercle vicieux qui porte progressivement atteinte à ses sources de revenu face au coût élevé des soins médicaux.

L'investissement dans la santé est de plus en plus reconnu comme un vecteur important – bien que jusqu'ici négligé – de développement économique. Comme l'a montré la Commission Macroéconomie et Santé et de l'OMS, une sensible amélioration de leur situation sanitaire est un préalable indispensable pour permettre

aux pays en développement de rompre le cycle de la pauvreté¹.

La bonne santé de la population facilite le développement par le jeu de divers mécanismes, en partie interdépendants mais dont les effets se cumulent :

- *Augmentation de la productivité de la main-d'œuvre.* Les travailleurs en bonne santé sont plus productifs, sont moins souvent absents et gagnent des salaires plus élevés que les travailleurs malades. Il en résulte un accroissement de la production, une diminution du taux de rotation de la main-d'œuvre, plus de bénéfices pour les entreprises et une augmentation de la production agricole.

- *Accroissement de l'investissement intérieur et étranger.* Une forte productivité de la main-d'œuvre encourage l'investissement. Il est en outre vraisemblable que l'enraiment des maladies endémiques à caractère épidémique, telles que le sida, stimulera l'investissement étranger, du fait qu'il ouvre de meilleures perspectives de croissance pour les entreprises étrangères et qu'il réduit les risques sanitaires encourus par leur personnel.

- *Renforcement du capital humain.* Des enfants en bonne santé apprennent mieux. L'amélioration de la situation sanitaire s'accompagne d'une baisse de l'absentéisme scolaire et d'une diminution des abandons précoces ainsi que d'une augmentation du potentiel cognitif des enfants, ce qui, à terme, contribue à élargir la base de capital humain.

- *Accroissement du taux d'épargne intérieure.* Une population en bonne santé consacre plus de ressources à l'épargne et l'allongement de l'espérance de vie incite à épargner pour la retraite. Cette

1. OMS (2001), « *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique* », Rapport de la Commission macroéconomie et santé, OMS, Genève.

épargne vient elle-même accroître les fonds disponibles pour l'investissement dans des équipements.

- *Évolution démographique.* L'amélioration concomitante de la situation sanitaire et du niveau d'instruction entraîne une baisse des taux de fécondité et de mortalité. Au bout d'un certain temps, la fécondité en vient à diminuer plus vite que la mortalité, d'où un ralentissement de la croissance démographique et une réduction du rapport de dépendance économique (rapport entre le nombre d'actifs et celui d'inactifs). Il a été démontré que ce « dividende démographique » était une source importante de croissance du revenu par habitant dans les pays à faible revenu. (Cela dit, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire où l'incidence du VIH/sida est élevée, une forte mortalité prévaut dans la population d'âge actif, ce qui accroît le rapport de dépendance économique et réduit d'autant la croissance. En revanche, dans les pays à revenu élevé, les taux de natalité ne peuvent guère baisser davantage et le nombre de retraités augmente, de sorte que le rapport de dépendance économique s'accroît également.)

Abstraction faite de ses effets bénéfiques au plan macroéconomique, l'amélioration de la santé a des répercussions sur les générations suivantes qui ressortent clairement au niveau microéconomique, et surtout des ménages. Le « dividende démographique » est particulièrement important pour les pauvres, qui ont tendance à avoir plus d'enfants et à « investir » moins dans l'éducation et la santé de chaque enfant. La taille des familles diminuant à mesure que la situation s'améliore aux plans de la santé et de l'éducation, les enfants ont plus de chances d'échapper aux conséquences que les maladies infantiles peuvent avoir sur leurs capacités intellectuelles et physiques et obtiennent de

meilleurs résultats scolaires. Ils auront ensuite moins de risques de souffrir d'incapacités ou de handicaps, et donc moins de risques d'encourir des dépenses médicales excessives et plus de chances d'exploiter au mieux leur potentiel de gain. Une fois devenus adultes, ils disposeront de plus de ressources à investir dans la garde, la santé et l'éducation de leurs propres enfants.

3. Pauvreté et santé

La pauvreté dans ses divers aspects

Les *Lignes directrices du CAD pour la réduction de la pauvreté* (2001) donnent une définition pragmatique de la pauvreté en la replaçant dans le contexte plus général des facteurs qui en sont la cause et des mesures à prendre pour la vaincre. Les cinq dimensions essentielles de la pauvreté renvoient à la privation de diverses formes de capacité :

- *Capacité économique* – revenu, moyens de subsistance, travail décent.
- *Capacité humaine* – santé, éducation.
- *Capacité politique* – moyens d'action, droits, possibilité de s'exprimer.
- *Capacité socioculturelle* – statut, dignité.
- Et *capacité défensive* – insécurité, risque, vulnérabilité.

Inégalité homme-femme et santé

Des mesures tendant à favoriser l'égalité homme-femme et à protéger l'environnement sont essentielles à la réduction de la pauvreté sous tous ses aspects. Les *Lignes directrices du CAD* précisent que certaines catégories sociales sont les principales

victimes de la grande pauvreté, notamment les groupes indigènes, les minorités et les exclus de la société, les réfugiés et les personnes déplacées, les handicapés mentaux ou physiques et les personnes atteintes du VIH/sida. Ces groupes comptent parmi les plus pauvres d'entre les pauvres dans bien des sociétés et méritent une attention spéciale dans toute action stratégique visant à combattre la pauvreté.

Les inégalités entre hommes et femmes sont une cause majeure de pauvreté et de mauvaise santé. Les femmes pauvres sont moins bien loties sur les plans des avoirs et des droits, au sein du ménage et de la société. Les idées ancrées dans la société et la culture quant aux rôles respectifs des hommes et des femmes sont pour beaucoup dans ces inégalités. Les femmes et les jeunes filles pauvres risquent d'être encore plus que les autres privées d'accès aux ressources indispensables pour se soigner, qu'il s'agisse de liquidités ou d'autres sources de financement, de services ou de moyens de se faire entendre. Certaines catégories de femmes et d'enfants sont particulièrement vulnérables, comme les veuves âgées, les familles privées de tout soutien dont le chef est une femme ou un enfant, et les enfants des rues. En leur qualité de gestionnaire du ménage et d'aidant naturel, les femmes sont pourtant d'importants prestataires de soins. Or la santé, y compris génésique, des femmes et des jeunes

filles pauvres est compromise par l'inadéquation de leur régime alimentaire, la lourdeur des travaux qu'elles ont à accomplir et par une hygiène insuffisante, sans compter leur exposition aux abus sexuels et à la violence interpersonnelle. Tous ces éléments ont de graves répercussions sur le développement humain et la formation de capital humain. Des mesures tendant à remédier aux disparités entre hommes et femmes sont donc un volet essentiel de toute approche de la santé favorable aux pauvres.

4. Actions indispensables pour promouvoir une approche de la santé favorable aux pauvres

On trouvera ci-dessous un récapitulatif des mesures indispensables pour promouvoir une approche de la santé favorable aux pauvres. Les recommandations qui suivent s'adressent à tous les agents des organismes d'aide qui sont chargés, dans les services centraux ou sur le terrain, de la formulation et de la mise en œuvre des politiques relatives à tout un éventail de domaines d'intervention et fournissent des indications sur les moyens les plus efficaces d'encourager une approche de la santé favorable aux pauvres dans les pays partenaires.

Mesures indispensables pour promouvoir une approche de la santé favorable aux pauvres

DANS LES PAYS PARTENAIRES	ACTION	PAR LES ORGANISMES D'AIDE (rôle de soutien des efforts conduits par les partenaires)
1. Manifester une réelle volonté politique de lutter contre la pauvreté et d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé.	I. Stimuler la volonté des milieux politiques et mobiliser des ressources complémentaires en faveur de la santé	Aider à mieux comprendre en quoi une population en bonne santé peut contribuer à l'instauration d'une croissance et d'un développement favorables aux pauvres. Renforcer le dialogue sur les politiques suivies en matière de santé et dans d'autres domaines où une approche de la santé favorable aux pauvres appelle une action.
2. Mobiliser davantage de ressources intérieures au service de la santé grâce à des réaffectations budgétaires et à l'allègement des obligations de remboursement des pays pauvres très endettés. Améliorer l'efficacité des dépenses de santé. Rehausser la transparence des systèmes financiers.		Accroître l'aide accordée à la réalisation des OMD relatifs à la santé et à la réduction de la pauvreté.
3. Remplir les fonctions essentielles de formulation des politiques, de réglementation, de passation des marchés et de prestation de services qui incombent au secteur public dans le domaine de la santé.	II. Mettre en place des systèmes efficaces de santé favorables aux pauvres	Renforcer l'aptitude du ministère de la santé à s'acquitter de ses fonctions fondamentales.
4. Proposer des services de santé de qualité qui soient à la fois accessibles, d'un prix abordable et adaptés aux besoins.		Faciliter l'établissement d'une cartographie des maladies et le recensement des besoins sanitaires des pauvres et des groupes vulnérables.
5. Renforcer les systèmes de financement permettant l'accès équitable des pauvres aux services de santé.		Cœuvrer à l'amélioration des capacités d'analyse des effets sociaux, afin de contribuer à rendre les systèmes de santé plus accessibles aux pauvres, y compris au plan financier.
6. Étayer les politiques de santé par des mesures de décentralisation et d'amélioration des capacités de prestation de service à l'échelon local. Associer judicieusement les collectivités locales à l'action engagée.		Aider les organisations de la société civile et les représentants des collectivités locales à participer plus étroitement à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et des programmes de santé publique.
7. Nouer des partenariats avec le secteur privé et les ONG pour la prestation des services de santé.		Soutenir les stratégies propres à améliorer la prestation de services grâce, notamment, à des mesures destinées à rehausser la qualité des services publics et à l'instauration de partenariats avec le secteur privé en vue d'en élargir la couverture.
8. Faciliter la collaboration entre secteurs et l'harmonisation des objectifs poursuivis dans les divers secteurs pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé. Adapter en conséquence le mandat et les ressources des ministères concernés.	III. Centrer l'action sur les secteurs où une politique peut influencer sur l'état de santé des pauvres	Aider à mieux prendre conscience des retombées que peuvent avoir sur la situation sanitaire les politiques suivies dans des domaines tels que l'éducation, la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

Mesures indispensables pour promouvoir une approche de la santé favorable aux pauvres (suite)

DANS LES PAYS PARTENAIRES	ACTION	PAR LES ORGANISMES D'AIDE (rôle de soutien des efforts conduits par les partenaires)
9. Arrêter, faire leurs et mettre en œuvre des programmes complets pour le secteur de la santé et les intégrer dans leurs stratégies de lutte contre la pauvreté (SLP).		Promouvoir une plus grande maîtrise et une meilleure appropriation, par les pays partenaires, de l'élaboration et de la mise en œuvre des SLP et des programmes pour le secteur de la santé. Œuvrer à l'harmonisation des procédures d'acheminement de l'aide et d'évaluation.
10. Renforcer les liens et la cohérence entre les SLP et les programmes pour le secteur de la santé (ainsi qu'avec l'action menée dans d'autres domaines influant sur la santé).	IV. Œuvrer à travers des stratégies de lutte contre la pauvreté et des programmes pour le secteur de la santé pilotés par les pays partenaires, et suivre les progrès accomplis dans l'amélioration de la situation sanitaire	Se doter de capacités d'analyse de la pauvreté et de la problématique homme-femme en matière de santé.
11. Veiller à intégrer les initiatives mondiales en faveur de la santé dans les systèmes nationaux.		Veiller à ce que les initiatives mondiales en faveur de la santé encouragent l'appropriation locale et aillent dans le sens des politiques suivies par les pays partenaires.
12. Sélectionner un ensemble d'indicateurs permettant de suivre la performance des systèmes de santé et l'évolution de la situation sanitaire, en mettant l'accent sur l'équité (y compris entre hommes et femmes), l'accès, la qualité et les modalités de financement.		Contribuer au renforcement des capacités statistiques et des systèmes de suivi nationaux afin de faciliter l'évaluation des progrès accomplis vers les objectifs de santé et de réduction de la pauvreté. Accepter la nécessité de trouver un équilibre entre les besoins de suivi au plan national et au niveau international.
13. Participer à la fixation des priorités pour l'offre de biens publics mondiaux en matière de santé et intégrer ces priorités dans leurs SLP.		
14. Explorer toutes les possibilités qu'offrent les dispositions relatives aux ADPIC pour procurer aux pauvres des médicaments essentiels à un prix abordable.	V. Promouvoir l'offre de biens publics mondiaux et la cohérence des politiques au service de l'amélioration de la santé des pauvres	Promouvoir la cohérence des politiques – notamment en matière d'échanges et de migrations – au service de l'amélioration de la santé des pauvres. Donner suite à la <i>Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique</i> concernant l'accès des pays pauvres aux médicaments et vaccins essentiels à des prix abordables.

5. Définition et application d'une approche de la santé favorable aux pauvres

Compte tenu de l'ampleur des retombées que l'investissement dans la santé peut avoir pour le développement, il apparaît essentiel d'adopter une approche intégrée en faveur de la santé des pauvres. Les connaissances techniques nécessaires pour remédier aux principales causes de mauvaise santé sont là, mais les pauvres continuent de payer un écot disproportionné à la maladie. Pour parvenir à améliorer la santé des pauvres, il faut adopter une démarche résolument axée sur les plus démunis qui s'articule autour des grands éléments énumérés ci-dessous, et définir en conséquence les priorités de la coopération pour le développement.

Par approche de la santé favorable aux pauvres, il faut entendre une démarche qui privilégie la promotion, la protection et l'amélioration de la santé des pauvres. Une telle approche implique l'offre de services de santé publique et de soins personnels de qualité, s'appuyant sur des mécanismes de financement équitables. Elle passe par une action ne se limitant pas au seul secteur de la santé mais englobant des mesures dans divers domaines qui exercent une influence déterminante sur l'état de santé des pauvres, notamment l'éducation, la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Enfin, elle s'applique à susciter une action à l'échelle mondiale dans les domaines des échanges de services de santé, des droits de propriété intellectuelle et du financement de la recherche médicale compte tenu de l'impact que ces éléments ont sur la santé des pauvres dans les pays en développement.

Les composantes essentielles d'une approche de la santé favorable aux pauvres sont détaillées dans les paragraphes qui suivent.

Instaurer des systèmes de santé favorables aux pauvres

L'instauration de systèmes de santé favorables aux pauvres et leur bon fonctionnement exigent une amélioration de l'aptitude du secteur public à s'acquitter de ses fonctions fondamentales de formulation des politiques, d'élaboration des réglementations, de passation des marchés et de prestation de services de santé. Le contrôle de l'utilisation qui est faite des ressources et l'affinement des stratégies relatives aux ressources humaines requièrent en outre de solides capacités aux plans institutionnel et organisationnel. Ces exigences débordent le champ de compétence du seul ministère de la santé, d'où la nécessité d'inscrire la réforme du secteur de la santé dans le cadre plus général d'une refonte des structures de gouvernance.

La mise en place, dans le secteur public et le secteur privé, de services de qualité adaptés aux besoins sanitaires des pauvres est une priorité. Ceci nécessite un recentrage sur les maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le sida dont les pauvres sont les principales victimes, ainsi que sur la santé génésique et les maladies non transmissibles mais largement répandues parmi les pauvres, notamment celles liées au tabagisme. Parallèlement, des stratégies de ciblage des catégories pauvres et vulnérables doivent être élaborées et des dispositions prises pour susciter une demande accrue de services de santé en renforçant la confiance des communautés pauvres à l'égard des prestataires de ces services.

Tout cela implique que le point de vue des pauvres, ainsi que des ONG et des organismes de la société civile, soit pris en compte dans les processus de planification et de mise en œuvre.

Un resserrement du partenariat avec le secteur privé est essentiel. Les pauvres font souvent appel à des prestataires de services privés, à but lucratif ou non (ONG ou organismes religieux). Dans de nombreux pays en développement, le secteur public n'a pas les moyens d'assurer des services de santé à l'ensemble de la population ou de faire en sorte que les services de santé dispensés par le secteur privé aillent dans le sens de l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres. Le genre de partenariats susceptibles d'être noués avec les prestataires privés sera fonction des habitudes des patients ainsi que des atouts respectifs des différents types de prestataires privés et de la qualité de leurs services. Dans certains cas, les pouvoirs publics pourront choisir de sous-traiter certains services à des ONG, tandis que dans d'autres, ils pourront s'attacher à améliorer la qualité des services offerts dans le secteur privé à but lucratif. Quel que soit leur choix, ils devront être à même de concevoir des dispositifs réglementaires et des mécanismes de sous-traitance, de les mettre en œuvre et d'en assurer le contrôle.

La mise au point de systèmes de financement équitables est indispensable pour améliorer l'accès aux soins médicaux et mettre les pauvres à l'abri des coûts catastrophiques entraînés par un mauvais état de santé. Il faut donc trouver des stratégies efficaces de protection sociale, privilégiant la mutualisation des risques et les systèmes de prépaiement, et non la rétribution directe par le patient des prestataires de soins primaires, pratique qui

dissuade les pauvres de recourir à leurs services.

Centrer l'action sur les politiques sectorielles susceptibles d'améliorer la santé des pauvres

Faire en sorte que les pauvres aient accès à des services de santé de qualité et d'un prix abordable ne suffit cependant pas, en soi, à améliorer leur état de santé. La santé des pauvres dépend essentiellement de facteurs extérieurs au secteur de la santé. Il est donc primordial, pour commencer, de mettre en œuvre des politiques efficaces de croissance comme celles qui sont décrites dans les *Lignes directrices du CAD pour la réduction de la pauvreté*. Si leurs revenus ne progressent pas, les pauvres ne pourront pas payer les soins médicaux dont ils peuvent avoir besoin. Et si leurs recettes n'augmentent pas, les gouvernements ne pourront accroître les financements alloués à la santé. Parallèlement, les politiques suivies dans certains domaines, en particulier l'éducation, la sécurité alimentaire, l'accès à une eau salubre, l'assainissement et l'énergie, sont d'une importance déterminante. Protéger les pauvres des risques du tabagisme et de l'alcoolisme, ainsi que des accidents de la route ou autres et des effets dévastateurs des conflits et catastrophes naturelles, peut aussi contribuer à améliorer leur état de santé. Les gouvernements partenaires et les organismes d'aide doivent évaluer la mesure dans laquelle les politiques suivies dans des secteurs clés contribuent, ou au contraire nuisent, à la réalisation des objectifs de santé, et de lutte contre la pauvreté d'une manière plus générale. Ils doivent décider dans lesquels de ces secteurs il convient d'intervenir en priorité au vu de leur importance respective et de l'efficacité par rapport à son coût de toute action susceptible d'être engagée dans

chacun d'eux, puis prendre les dispositions qui s'imposent. Les efforts pourront ainsi se concentrer sur le renforcement, dans ces secteurs, des capacités indispensables pour atteindre les objectifs poursuivis en matière de santé.

La concrétisation des trois OMD relatifs à la santé dépend ainsi largement de la réalisation des objectifs d'égalité entre les sexes et d'universalisation de l'enseignement primaire. C'est de l'éducation des femmes, en particulier, que dépendent l'amélioration des soins prodigués aux enfants et à d'autres membres de la famille et de la collectivité, et la baisse des taux de fécondité. L'éducation est aussi l'une des armes les plus efficaces de prévention du VIH/sida. Réciproquement, l'état de santé intervient pour beaucoup dans les résultats scolaires car il influe directement sur les facultés cognitives et sur l'assiduité à l'école. L'intérêt bien compris de tous est donc de rechercher des modalités de collaboration au sein du système scolaire lui-même ou dans le cadre de structures parallèles.

La sécurité alimentaire et l'alimentation ont une influence capitale sur l'état de santé des pauvres. Près de 800 millions d'habitants de pays en développement souffrent en permanence de la faim. La malnutrition, avec ses effets sur le système immunitaire, accroît le risque de maladie et la gravité des infections, et, associée à d'autres facteurs, elle est la cause de plus de la moitié des décès infantiles. Les organismes d'aide doivent s'attacher à améliorer la sécurité alimentaire, dans les zones rurales comme dans les milieux urbains, grâce à des mesures visant à augmenter les revenus et élargir l'accès aux services sociaux, ainsi qu'à des programmes ciblés destinés à garantir la bonne alimentation des mères et des enfants.

La qualité de l'environnement dans lequel ils vivent influe directement sur l'état de santé et la mortalité des pauvres. Il faut en tenir compte dans les politiques de développement. Souvent, les pauvres habitent dans les bas quartiers des villes, dans des villages éloignés ou sur des terrains excentrés, où les possibilités d'accès à une eau salubre et de raccordement aux réseaux d'assainissement sont limitées et où ils sont exposés à une pollution atmosphérique à l'intérieur comme à l'extérieur de leur logement. Ces conditions environnementales constituent à elles seules une des causes majeures de mauvaise santé et de décès chez les pauvres. L'importance de l'environnement doit être prise en compte dans les politiques de développement.

Œuvrer à travers des cadres stratégiques pilotés par les pays partenaires

La promotion des OMD relatifs à la santé doit donner lieu à l'instauration avec les pays partenaires d'une relation à long terme en vue d'obtenir dans le domaine de la santé des améliorations durables qui profitent aux pauvres. Cette coopération doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie convenue d'un commun accord, qui fixe les priorités de l'action à mener et les programmes à mettre en œuvre.

Des stratégies de lutte contre la pauvreté (SLP) que les pays partenaires font leurs car ils les ont eux-mêmes établies doivent constituer le cadre de référence pour la définition des grands axes des stratégies d'amélioration de la santé des pauvres. Ces SLP doivent être fondées sur une bonne compréhension des liens de cause à effet entre l'amélioration de la santé et la réduction de la pauvreté, et prévoir des objectifs en rapport direct avec la santé dans les principaux domaines qui influent sur l'état de santé des

pauvres. De cette façon, elles pourront contribuer à harmoniser les mesures visant la santé et celles concernant d'autres secteurs au service de l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres. Étant donné qu'il y a peu de place, dans les stratégies de lutte contre la pauvreté, pour une analyse sectorielle approfondie, il convient de les compléter par des programmes plus détaillés pour le secteur de la santé.

Un programme pour le secteur de la santé est essentiel non seulement pour évaluer et mobiliser le soutien dont le secteur de la santé a besoin, mais également pour ouvrir un dialogue sur les mesures et interventions propres à améliorer la santé des pauvres. Il tient également lieu de cadre, au plan national, pour acheminer l'aide extérieure, que celle-ci prenne la forme d'une coopération technique au renforcement des capacités, de grands projets, de financements d'envergure sectorielle, d'un soutien budgétaire de caractère général, d'allègements de dette ou de fonds provenant d'initiatives mondiales. Bien qu'une pléthore d'activités différentes financées par des sources extérieures risque d'avoir des coûts élevés et d'entraîner des décalages par rapport aux priorités nationales, il n'en reste pas moins que chaque instrument a ses avantages et ses inconvénients. Il s'agit avant tout de trouver un juste équilibre, compte tenu de la situation particulière de chaque pays partenaire.

L'approche sectorielle mérite de retenir l'attention du fait qu'il s'agit d'une démarche relativement nouvelle dans le domaine de la santé et qu'elle vise expressément à renforcer la coordination. Elle implique que les partenaires extérieurs adhèrent au programme du gouvernement pour le secteur de la santé et s'appliquent à en faciliter l'exécution par l'établissement de procédures communes de gestion, de

mise en œuvre et, à divers degrés, de financement. Utilisée à bon escient, l'approche sectorielle peut contribuer à une participation plus soutenue des acteurs locaux, à une plus grande prise de responsabilités par les pays partenaires, et au renforcement de leurs capacités. La décision de recourir à une approche sectorielle dans un pays donné n'en doit pas moins s'appuyer sur un examen attentif de ses politiques et de son environnement institutionnel. Ce genre de partenariat présuppose l'instauration d'un climat de confiance mutuelle, le renoncement des organismes d'aide à individualiser leur soutien, ainsi que l'acceptation du principe de la responsabilité conjointe et d'une plus grande prise de risques, financiers et institutionnels.

Dans le cadre des efforts de mise en œuvre de leurs stratégies de lutte contre la pauvreté et de leurs programmes pour le secteur de la santé, les pays partenaires doivent pouvoir évaluer la performance de leurs systèmes de santé et les progrès réalisés sur le plan de la situation sanitaire et apprécier dans quelle mesure ceux-ci profitent avant tout aux pauvres. Les organismes d'aide doivent donc considérer comme prioritaire le renforcement des systèmes nationaux de collecte des données, de suivi et d'évaluation, ainsi que d'analyse des statistiques, ces systèmes étant souvent mal adaptés à l'évaluation des progrès accomplis dans la poursuite des objectifs de santé et de réduction de la pauvreté.

Promouvoir la cohérence des politiques et l'offre de biens publics mondiaux

Les problèmes de santé des pauvres ne s'arrêtent pas aux frontières nationales. Un monde interdépendant est source de risques nouveaux en matière de santé

ainsi qu'en témoignent la rapide propagation du VIH/sida ou la menace de bioterrorisme. D'un autre côté, la mondialisation est aussi porteuse de moyens nouveaux pour prévenir, traiter et circonscrire les maladies. Les organismes d'aide et les pays partenaires doivent s'attacher à renforcer leur collaboration à l'échelle mondiale.

Une solution consiste à promouvoir la production de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé, qui profiteront durablement aux peuples de tous les pays. Pourraient par exemple être envisagées des activités de recherche et développement centrées sur les maladies dont les pauvres sont les premières victimes ou des mesures visant à freiner la propagation internationale des maladies transmissibles. Il est estimé que, sur l'ensemble des crédits alloués à la recherche médicale, moins de 10 % sont consacrés aux pathologies ou problèmes de santé responsables à plus de 90 % de la charge de morbidité à l'échelle mondiale, et largement moins de 10 % aux maladies qui affectent principalement les pays et les populations pauvres. Les organismes d'aide ont un rôle fondamental à jouer pour encourager les initiatives internationales axées sur la production de nouveaux médicaments, de vaccins et de connaissances susceptibles de remédier directement aux problèmes de santé des pauvres. Ils peuvent apporter des ressources financières essentielles, et mobiliser un soutien en faveur de la cohérence des politiques et d'autres formes d'aide dans leur propre pays. C'est ainsi qu'une plus large place pourrait être faite aux maladies des pays à faible revenu dans les budgets de recherche médicale des pays de l'OCDE, que des partenariats pourraient être instaurés avec le secteur privé et la société civile afin de dégager des fonds et des compétences pour la recherche sur ces maladies, et que les initiatives prises par les pays

de l'OCDE en faveur des « médicaments orphelins » pourraient être étendues à ces maladies.

Par ailleurs, les échanges de biens et services et les accords commerciaux multilatéraux ont des retombées grandissantes pour la santé des pauvres. A cet égard, les accords relatifs aux aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (ADPIC), les accords généraux sur le commerce des services (AGCS) et le commerce de substances dangereuses ont une importance particulière. Les organismes d'aide devraient inciter les gouvernements de leurs pays à assurer un suivi de la mise en œuvre des composantes de la Déclaration de Doha relatives aux ADPIC et à la santé publique afin de voir dans quelle mesure les pays en développement parviennent à tirer parti de l'Accord sur les ADPIC pour améliorer leur accès aux produits pharmaceutiques protégés par des brevets qui sont importants pour la santé des populations pauvres. Un problème, qui retient actuellement l'attention du Conseil de l'Organisation mondiale du commerce, tient en l'occurrence au fait que certains pays, qui ne disposent pas de capacités de production propres, ont du mal à faire jouer les clauses de licence obligatoire.

Les financements destinés aux biens publics mondiaux doivent se surajouter pour l'essentiel au soutien, indispensable, que les organismes d'aide apportent dans le cadre de leurs programmes par pays. L'accroissement global des financements extérieurs sera fonction des possibilités qui s'offrent de les utiliser efficacement. Il dépendra aussi du soutien public et politique qui pourra être mobilisé dans les pays de l'OCDE à l'appui des arguments, présentés ici et dans d'autres rapports, selon lesquels il est important et opportun de contribuer à améliorer la santé des pauvres.

6. Tenir compte du contexte prévalant dans le pays partenaire

Les moyens qui permettent aux organismes d'aide d'encourager une approche de la santé favorable aux pauvres sont fonction du contexte spécifique prévalant dans chaque pays partenaire. Les organismes d'aide doivent tenir compte du type de processus de transition dans lequel sont engagés les pays partenaires, ainsi que des facteurs, économiques, politiques et sociaux, susceptibles d'exercer une influence sur les actions propres à améliorer la santé des pauvres. La typologie générale qui suit, dérivée des travaux du CAD sur les « situations de partenariat difficile » évoqués dans la précédente section du présent Rapport, donne une idée de la manière dont le contexte national peut influencer sur les formes de soutien que peuvent proposer les organismes d'aide.

- *Les pays non tributaires de l'aide.* Entrent dans cette catégorie les pays à revenu intermédiaire dont les systèmes, publics ou privés, de sécurité sociale et de soins médicaux sont bien établis ou en passe de le devenir, mais dont les systèmes de santé produisent des résultats inégaux de sorte que certains besoins restent insatisfaits. Y entrent également les pays en transition qui abandonnent la planification centralisée au profit de l'économie de marché. Dans ces deux groupes de pays, les systèmes de santé présentent un caractère pluraliste et une part importante des services y est assurée par le secteur privé. Souvent, la pauvreté et l'inégalité y sont néanmoins source de graves problèmes. Qu'il s'agisse du secteur de la santé ou d'autres, dans ces pays, la coopération pour le développement a un rôle modeste à jouer au plan

financier mais un rôle souvent important pour faciliter l'adoption d'approches nouvelles et l'innovation. Elle peut par exemple aider ces pays à améliorer leurs stratégies ou à renforcer leur capacité d'orienter les ressources dévolues à la santé vers les pauvres et les groupes vulnérables.

- *Les pays à faible revenu dont les stratégies de lutte contre la pauvreté et d'amélioration des conditions sociales des pauvres sont relativement bonnes mais dont les capacités d'opérer les changements souhaités sont limitées.* Dans ces pays, les pouvoirs publics affichent une réelle volonté d'améliorer l'équité des systèmes de santé ainsi que la gestion et la transparence des dispositifs de protection sociale, et des politiques allant dans ce sens ont été arrêtées. Ces pays reçoivent par ailleurs une APD substantielle, laquelle alliera, dans le secteur de la santé, soutien budgétaire, programmes sectoriels et financement de projets. Parmi les principaux domaines sur lesquels l'aide peut être axée figurent le soutien de réformes systémiques propres à instaurer des modes de financement favorables aux pauvres, les ressources humaines, le ciblage et les dispositifs de protection sociale, de même que la sous-traitance à différents types de prestataires. L'aide pourra aussi viser à soutenir des initiatives tendant à associer la société civile et les citoyens pauvres aux consultations sur les services de santé ainsi qu'à la planification, à la gestion et au suivi de la performance de ces services.

- *Les pays à faible revenu peu soucieux, ou commençant à peine, d'élaborer des stratégies de lutte contre la pauvreté et d'amélioration des conditions sociales des pauvres et dont les capacités institutionnelles sont défailtantes.* Le plus souvent, il s'agit de pays impliqués dans un conflit violent de grande envergure ou se remettant d'un tel conflit. Entrent dans cette catégorie les états en

faillite où pratiquement aucune institution (à commencer par les marchés) ne remplit sa fonction et où les prestations de soins ne relèvent pas ou guère d'un système organisé, ainsi que les pays où les capacités qui pouvaient exister avant ont été gravement endommagées. Tous se caractérisent par une gestion des affaires publiques qui laisse à désirer et des systèmes de santé publique délabrés. Les pauvres y ont fréquemment recours à la médecine indigène et y ont rarement accès à des soins médicaux de qualité raisonnable. Les seuls soins de qualité raisonnable qui y soient assurés, généralement dans des zones bien circonscrites, le sont habituellement par des ONG. Parmi les domaines sur lesquels peut porter l'aide, on citera l'expérimentation de divers modèles de prestation de services associant des prestataires non publics (en particulier, mais pas seulement, les ONG) ainsi que les collectivités locales possédant des compétences suffisantes. Il est toutefois important de reconnaître que ces « structures parallèles » ont un coût en ce sens qu'elles risquent de freiner la mise en place de solutions institutionnelles durables. Les organismes d'aide peuvent soutenir des initiatives centrées sur le côté demande, celles qui favorisent la participation de groupes d'utilisateurs et de la société civile, par exemple, et renforcer les moyens essentiels de suivi grâce aux indicateurs d'amélioration de la santé des pauvres. Il est également important de trouver des moyens de réparer les équipements d'approvisionnement en eau et d'installation et le rétablissement de ces services essentiels. Des possibilités peuvent s'offrir de soutenir l'extension des campagnes de vaccination et de certains autres services de base, même à des régions plus ou moins complètement privées de tout

en matière de services de santé. De telles ouvertures peuvent survenir même au plus fort d'un conflit, grâce aux « journées de trêve » à l'occasion desquelles la société civile est mobilisée pour assurer ce genre de services le temps de la suspension des hostilités.

- *Les pays où la volonté politique et/ou les capacités font défaut mais où s'offrent de meilleures possibilités de renforcer le partenariat pour le développement. L'aide passera essentiellement par des projets. Ces pays feront encore largement appel, quoique dans une moindre mesure, à des structures parallèles de prestation de services, mais des efforts plus importants y seront déployés pour renforcer les capacités du secteur public d'assurer ces prestations et de remplir ses fonctions en matière de réglementation.*

7. Mobiliser des ressources au service de l'amélioration de la santé des pauvres

Engagements d'aide des membres du CAD en faveur de la santé

Filières bilatérales et multilatérales confondues, les engagements d'aide des membres du CAD en faveur de la santé ont totalisé en moyenne près de 3.7 milliards USD par an entre 1999 et 2001. Ainsi que le montre le tableau VIII-1, la part de l'APD allant à la santé est restée au niveau de 10 % ces dernières années, bien inférieure aux besoins de financement estimés de ce secteur.

Accroître les ressources financières allouées à la santé

Accroître les ressources financières allouées à la santé doit être une priorité. Sans argent pour acheter des vaccins et des

Tableau VIII-1.

**Aide publique au développement (APD) en faveur de la santé, 1996-2001 :
niveau annuel moyen des engagements et part dans l'aide ventilée par secteur***

	Millions USD		% de l'aide totale émanant du donneur considéré		% de l'APD totale destinée à la santé	
	1996-98	1999-01	1996-98	1999-01	1996-98	1999-01
Allemagne	163	125	7	5	5	3
Australie	83	124	11	17	2	3
Autriche	23	55	11	21	1	2
Belgique	56	66	19	19	2	2
Canada	36	69	6	13	1	2
Danemark	90	56	13	10	3	2
Espagne	117	92	22	13	4	3
États-Unis	733	1 108	25	18	22	30
Finlande	13	17	8	11	0	0
France	100	59	5	5	3	2
Italie	26	38	10	12	1	1
Japon	242	152	2	2	7	4
Norvège	42	92	10	13	1	3
Pays-Bas	140	145	11	13	4	4
Portugal	..	7	..	5	..	0
Royaume-Uni	233	500	16	21	7	14
Suède	73	73	10	13	2	2
Suisse	30	34	9	8	1	1
ENSEMBLE DU CAD	2 201	2 817	9	11	66	77
FAfD	59	66	11	9	2	2
FAsD	45	75	3	7	1	2
CE	83	162	8	9	3	4
IDA	893	529	16	9	27	14
BID (fonds spéciaux)	42	16	8	5	1	1
ENSEMBLE DES ORGANISMES MULTILATÉRAUX	1 122	848	12	9	34	23
TOTAL	3 323	3 665	10	10	100	100

* L'APD en faveur de la santé comprend la santé génésique. La Grèce, le Luxembourg et la Nouvelle-Zélande ne communiquent pas leurs données au SNPC, et l'Irlande ne le fait que depuis 2000. Les statistiques annuelles du CAD montrent que, sur la période 1999-2001, la Grèce a engagé en moyenne 4 millions USD (6 % du total), le Luxembourg 11 millions USD (24 %), la Nouvelle-Zélande 4 millions USD (7 %) et l'Irlande 22 millions (21 %). A peu près 65 à 70 % de l'APD bilatérale des membres du CAD sont ventilables par secteur. Les contributions dont la répartition entre les divers secteurs est impossible à déterminer (aide à l'ajustement structurel, soutien à la balance des paiements, initiatives liées à la dette, aide d'urgence, notamment) sont exclues du dénominateur afin que les chiffres rendent mieux compte du ciblage sectoriel des programmes des organismes d'aide. Les chiffres de l'OCDE ne comprennent ni l'aide bilatérale à des organismes des Nations Unies comme l'OMS et l'Unicef, ni les flux financiers aux conditions du marché. Les données rassemblées pour la CMS estiment à 6.7 milliards USD par an le total de l'aide au développement en faveur de la santé à la fin des années 1990 (y compris les financements provenant de fondations sans but lucratifs. Voir OMS (2001).

Source : OCDE.

médicaments, pour construire des installations sanitaires, les équiper et les doter du personnel voulu, pour gérer le système de santé et pour investir dans d'autres secteurs importants pour la santé, les pays à faible revenu seront dans l'impossibilité d'atteindre les OMD se rapportant à la santé. Tout cela implique que les pays partenaires augmentent les budgets affectés à la santé et que les partenaires extérieurs renforcent considérablement leur soutien au secteur de la santé.

Les organismes d'aide seront d'autant plus enclins à dégager des ressources supplémentaires au profit de l'amélioration de la santé des pauvres si :

- Le pays partenaire manifeste une indéniable volonté politique de définir et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre la pauvreté et un programme intégré en faveur du secteur de la santé.

- Des efforts résolus sont déployés pour mobiliser des ressources intérieures.

- Le pays affiche le souci de gérer les ressources de manière plus efficace.

- Les principales parties prenantes ont la possibilité de participer à la planification, à la gestion et à l'exécution des interventions. Dans les pays dont les politiques, les institutions et la gestion des affaires publiques laissent à désirer, un soutien en faveur du secteur de la santé et des autres services essentiels constituera, dans la mesure où il est possible, une protection pour les pauvres et les catégories vulnérables – ainsi qu'il est rappelé dans la note d'orientation du CAD sur les « situations de partenariat difficile » et dans la précédente section du présent Rapport.

Améliorer la santé des pauvres équivaut à un investissement dans la croissance et le développement économiques, et devrait être une priorité pour faire reculer la pauvreté. L'insuffisance des ressources allouées à la santé n'est pas le seul obstacle à la mise en œuvre effective de politiques d'amélioration de la santé des pauvres, mais elle représente un problème majeur qu'on ne peut ignorer. Le coût des services minimaux et des infrastructures correspondantes nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de base des pauvres se monterait, d'après les estimations, aux alentours de 30 à 40 USD par habitant (ce chiffre ne tient pas compte d'éléments aussi importants que les services de planning familial, les établissements de soins tertiaires et les services d'urgence, composantes incontournables de tout système de santé digne de ce nom).

En 2000, l'OMS était arrivée à un chiffre de 60 USD par habitant pour la mise en place de systèmes de santé plus complets². Or le chiffre moyen des dépenses de santé dans les pays les moins avancés est de 11 USD par an. Le niveau actuel de ces dépenses, dont une grande partie ne profite pas aux pauvres, est donc bien inférieur au minimum requis pour satisfaire les besoins essentiels. Sans argent pour acheter des vaccins et des médicaments, pour construire des établissements sanitaires, les équiper et les doter du personnel voulu, et pour gérer le système de santé, les gouvernements des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire seront dans l'impossibilité d'œuvrer à l'amélioration de la santé des pauvres.

2. OMS (2000), Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant, OMS, Genève.

Une augmentation des ressources s'impose, que celles-ci viennent de sources intérieures ou extérieures, publiques ou privées, y compris l'APD et les initiatives d'envergure mondiale en faveur de la santé. La plupart des pays partenaires peuvent envisager d'accroître leurs dépenses publiques de santé, qui plus, qui moins. Dans les budgets nationaux, le volume des ressources allouées à la santé et aux autres secteurs sociaux et la part des dépenses de santé allant à des activités susceptibles de profiter aux catégories les plus pauvres doivent refléter l'urgence qu'il y a à faire refluer la pauvreté et à améliorer la situation sanitaire. Un certain nombre de pays sont décidés à accroître la part des ressources affectée aux soins primaires, notamment en orientant vers la santé les sommes libérées par les allègements de dette résultant de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE).

Dans de nombreux pays partenaires, les ressources sont réparties de telle manière qu'elles profitent surtout aux services spécialisés, au détriment des soins primaires et des hôpitaux locaux. Les organismes d'aide se doivent d'engager un dialogue constructif afin d'encourager une répartition des ressources privilégiant les besoins des pauvres et des catégories socialement vulnérables. Cela dit, les ressources qu'il sera possible de dégager par ces divers moyens seront presque toujours insuffisantes par rapport aux besoins. Les pays les plus pauvres ne pourront trouver des ressources suffisantes pour atteindre l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres s'ils ne bénéficient pas de financements extérieurs nettement accrus.

8. Améliorer l'efficacité avec laquelle la coopération pour le développement concourt à la réalisation des objectifs d'amélioration de la santé des pauvres

Les organismes d'aide doivent s'interroger sur les moyens qui s'offrent à eux d'améliorer leur propre aptitude à soutenir les objectifs d'amélioration de la santé des pauvres et de lever les obstacles qui limitent l'efficacité de la coopération pour le développement, en portant une attention particulière aux éléments recensés dans les paragraphes qui suivent.

Renforcement des capacités et gestion des affaires publiques

L'aide à l'instauration de systèmes nationaux de santé efficaces est essentielle pour pouvoir transférer aux pays partenaires des responsabilités accrues dans la conception, la gestion et la mise en œuvre des politiques et programmes concernant la santé. Le renforcement des capacités ne doit pas se limiter, loin de là, au secteur de la santé. Une approche de la santé favorable aux pauvres appelle en effet une perspective plus large, s'étendant à la refonte des systèmes politiques et économiques, à la réforme de la fiscalité et des structures administratives, au renforcement de la participation et de la démocratie. L'APD doit être utilisée comme un catalyseur au service de tous ces objectifs afin que les investissements consentis dans la santé et la lutte contre la pauvreté puissent s'inscrire dans la durée.

Dialogue sur les orientations à suivre

Ce dialogue est une composante à part entière de la coopération pour le développement. Il ne nécessite aucun transfert direct de ressources mais est essentiel pour resserrer le partenariat autour d'objectifs communs et donner à l'amélioration de la santé des pauvres un rang plus élevé sur l'échelle des priorités politiques. L'amélioration de la situation sanitaire appelant une action dans divers secteurs, le dialogue doit être étendu à d'autres ministères (surtout ceux qui sont chargés de la gestion des ressources en eau, de l'assainissement, de la nutrition, des transports et de l'énergie) afin que soient prises en compte les implications macroéconomiques et trans-sectorielles de l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres.

Coordination

Cet élément est capital pour assurer que les ressources mobilisées sont mises au service des OMD et de l'objectif d'amélioration de la santé des pauvres. Une coordination des partenaires extérieurs orchestrée par les autorités locales rehausse d'autant l'efficacité des programmes de coopération pour le développement car ce résultat incite les organismes d'aide à étoffer et compléter leurs programmes visant les objectifs définis dans la stratégie de lutte contre la pauvreté et le plan d'action en faveur du secteur de la santé qui y est associé.

Recours à l'aide-programme

Ce mode d'intervention est particulièrement efficace pour remédier à des problèmes d'envergure sectorielle et assurer la mise en œuvre de programmes intersectoriels intégrés comme ceux que nécessite l'amélioration de la santé des pauvres. Il n'est toutefois possible que dans les pays partenaires fermement résolus à œuvrer à l'amélioration de la santé des pauvres et dotés de dispositifs transparents de gestion financière et comptable. L'harmonisation des procédures des organismes d'aide peut, dans ce contexte, contribuer à abaisser les coûts de transaction et à alléger la charge qu'impose aux pays partenaires la nécessité de se plier à une multitude de consignes, souvent différentes. Dans les autres pays, les organismes d'aide devront recourir à un éventail d'instruments adaptés à la situation locale.

Suivi et évaluation

Afin de susciter l'engagement durable des organismes d'aide et d'assurer la mobilisation de ressources nouvelles, une attention particulière doit être portée au suivi de la performance des systèmes de santé et des avancées obtenues au niveau de la situation sanitaire, ainsi qu'à la mesure dans laquelle ce sont avant tout les pauvres qui en ont bénéficié.

Glossaire des principaux termes et concepts

(Les termes en MAJUSCULES renvoient aux entrées à consulter).

AIDE : Dans la présente publication, le terme « aide » désigne uniquement les apports qui peuvent être considérés comme une AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT (APD) ou une AIDE PUBLIQUE (AP).

AIDE LIÉE : DONS ou PRÊTS d'origine publique ou bénéficiant d'un soutien public, servant à financer des achats de biens et services dans le seul pays donneur ou dans un groupe de pays qui ne comprend pas la quasi-totalité des pays bénéficiaires de l'aide. Les prêts et crédits d'aide liée ainsi que les FINANCEMENTS MIXTES sont soumis à certaines règles de discipline en ce qui concerne le NIVEAU DE CONCESSIONNALITÉ, les pays auxquels ils peuvent être accordés et l'utilité pour le développement, de façon à éviter que des fonds d'aide soient utilisés pour des projets qui seraient commercialement viables moyennant un financement aux conditions du marché et à s'assurer que les pays bénéficiaires reçoivent la meilleure contrepartie possible de l'argent dépensé. Pour plus de précisions, se reporter aux **Rapports sur la coopération pour le développement** 1987 (pp. 204-208) et 1992 (pp. 11-13).

AIDE NON LIÉE : Aide publique au développement servant à financer des achats de biens et services qui peuvent être effectués en totalité et librement dans la quasi-totalité des pays.

AIDE PARTIELLEMENT DÉLIÉE : Aide publique au développement servant à financer des achats de biens et services qui doivent être affectés soit dans le pays donneur soit parmi un groupe restreint d'autres pays, lequel doit toutefois comprendre la quasi-totalité des pays bénéficiaires.

L'aide partiellement déliée est soumise aux mêmes règles de discipline que les crédits d'AIDE LIÉE et le FINANCEMENT MIXTE.

AIDE PUBLIQUE (AP) : Apports qui répondraient aux critères d'inclusion dans l'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT, mais dont les bénéficiaires figurent à la partie II de la liste des bénéficiaires de l'aide établie par le CAD (voir PAYS ET TERRITOIRES BÉNÉFICIAIRES).

AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT : PRÊTS ou DONS accordés aux pays et territoires figurant dans la partie I de la liste des bénéficiaires de l'aide établie par le CAD (pays en développement) :

- Par le secteur public.
- Dans le but principalement de faciliter le développement économique et d'améliorer les conditions de vie.
- A des conditions financières libérales (dans le cas des prêts, l'ÉLÉMENT DE LIBÉRALITÉ doit être d'au moins 25 %).

Outre les apports financiers, l'aide englobe la COOPÉRATION TECHNIQUE. Les dons, prêts et crédits consentis pour des motifs militaires ne sont pas pris en compte. Pour le traitement des remises de dettes au titre de prêts initialement accordés à des fins militaires, voir plus loin les « Notes sur les définitions et questions de mesure ».

AMORTISSEMENT : Remboursements du principal d'un PRÊT. Ne comprend pas les versements d'intérêts.

APPORT ASSIMILABLE A UN DON : Transaction pour laquelle le pays donneur

conserve le droit formel au remboursement mais a exprimé dans son ENGAGEMENT l'intention de conserver le produit du remboursement dans le pays emprunteur pour l'y utiliser au profit de ce pays.

APPORTS NETS : Montant total des VERSEMENTS effectués au cours d'un exercice comptable, déduction faite des remboursements de principal sur les PRÊTS en cours, hors intérêts.

APPORTS DU SECTEUR PRIVÉ : Apports aux conditions du marché financés par le secteur privé (c'est-à-dire variation des actifs privés à LONG TERME détenus par les résidents du pays auteur de la notification) et dons privés (c'est-à-dire dons d'organisations non gouvernementales, nets des subventions reçues du secteur public). Dans les présentations axées sur l'APPORT TOTAL NET DE RESSOURCES aux pays bénéficiaires, les apports aux conditions du marché sont ventilés comme suit :

- **Investissement direct** : Investissement effectué pour acquérir ou augmenter des intérêts durables dans une entreprise d'un pays figurant sur la liste des bénéficiaires de l'aide établie par le CAD (voir PAYS ET TERRITOIRES BÉNÉFICIAIRES). La notion d'intérêt durable implique l'existence d'une relation à long terme, dans laquelle l'investisseur direct exerce une influence notable sur la gestion de l'entreprise, du fait qu'il en détient au moins 10 % du capital, ou l'équivalent sous forme de droits de vote ou autres moyens de contrôle. Dans la pratique, la valeur d'un investissement direct est donnée par la variation de la valeur nette pour la société-mère d'une filiale dans un pays bénéficiaire telle qu'elle figure dans la comptabilité de ladite société-mère.

- **Prêts bancaires internationaux** : PRÊTS nets aux pays figurant sur la liste des bénéficiaires de l'aide, consentis par des banques dans les pays de l'OCDE. Les prêts consentis par les autorités monétaires centrales sont exclus. Les obligations et les prêts bancaires garantis sont inclus dans ces présentations sous la rubrique AUTRES APPORTS PRIVÉS ou EMPRUNTS OBLIGATAIRES (voir ci-dessous).

- **Emprunts obligataires** : Émissions nettes d'obligations internationales par les pays figurant sur la liste des bénéficiaires de l'aide établie par le CAD.

- **Autres apports privés** : Essentiellement acquisitions notifiées de titres émis par des entreprises de pays bénéficiaires de l'aide.

Dans les présentations axées sur les sorties de fonds des pays donateurs, les apports du secteur privé autres que les investissements directs renvoient uniquement aux prêts ayant une ÉCHÉANCE supérieure à un an et sont généralement ventilés entre les éléments suivants :

- **Crédits privés à l'exportation** : voir CRÉDITS A L'EXPORTATION.

- **Titres d'organismes multilatéraux** : Opérations du secteur privé bancaire et non bancaire portant sur des obligations, titres de créances, etc., émises par des institutions multilatérales.

- **Investissements bilatéraux de portefeuille et autres** : Englobent des prêts bancaires ainsi que les achats d'actions, d'obligations et de biens immobiliers.

APPORT TOTAL NET DE RESSOURCES : Dans l'apport de ressources aux pays bénéficiaires de l'aide (voir le tableau I de l'annexe statistique) sont inclus, outre le FPD, les CRÉDITS A L'EXPORTATION publics et privés et les opérations à COURT ou à LONG TERME du secteur

privé (voir APPORTS DU SECTEUR PRIVÉ). Le total de ces ressources est mesuré net des paiements d'AMORTISSEMENT et des capitaux rapatriés par les investisseurs privés. Les apports *bilatéraux* sont ceux consentis directement par un pays donneur à un pays bénéficiaire de l'aide. Les apports *multilatéraux* sont ceux qui sont acheminés par l'intermédiaire d'une organisation internationale ayant des activités dans le domaine du développement (comme la Banque mondiale ou le PNUD). Les tableaux où figure l'apport total net de ressources aux pays bénéficiaires recensent les apports des organismes multilatéraux à ces pays et non les contributions que lesdits organismes ont reçues des donneurs.

AUTRES APPORTS DU SECTEUR PUBLIC (AASP) : Apports financés par le secteur public au profit de pays figurant sur la liste des bénéficiaires de l'aide qui ne répondent pas aux critères de définition de l'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT ou de l'AIDE PUBLIQUE, soit parce que leur objectif principal n'est pas le développement, soit parce qu'ils comportent un ÉLÉMENT DE LIBÉRALITÉ inférieur à 25 %.

BILATÉRAL : Voir APPORT TOTAL NET DE RESSOURCES.

CAD (COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT) : Comité de l'OCDE qui traite des questions de coopération pour le développement. On trouvera en frontispice de ce volume la description de ses objectifs et la liste de ses membres.

CENTRES FINANCIERS OFFSHORE : Pays ou territoires dont les institutions financières traitent essentiellement avec des non résidents.

COOPÉRATION TECHNIQUE : Englobe a) les subventions à des ressortissants de pays bénéficiaires de l'aide qui reçoivent un enseignement ou une formation dans leur pays ou à l'étranger, et b) les paiements destinés à défrayer les consultants, conseillers et personnels analogues, de même que les enseignants et administrateurs, en mission dans les pays bénéficiaires (y compris le coût du matériel correspondant). L'aide de ce type fournie spécifiquement pour faciliter l'exécution d'un projet d'équipement est englobée dans les dépenses relatives aux projets et programmes bilatéraux et n'est pas identifiée séparément en tant que coopération technique dans les statistiques des apports globaux.

CRÉANCE : Droit d'un créancier au remboursement d'un PRÊT ; par extension, le prêt lui-même ou son encours.

CRÉDITS A L'EXPORTATION : PRÊTS accordés pour les besoins du commerce extérieur et qui ne sont pas matérialisés par un instrument négociable. Ces crédits peuvent être octroyés par le secteur public ou le secteur privé. Dans ce dernier cas, ils peuvent être assortis d'une garantie publique.

COURT TERME : S'entend des PRÊTS d'une durée inférieure ou égale à un an.

DIFFÉRÉ D'AMORTISSEMENT : voir ÉLÉMENT DE LIBÉRALITÉ.

DONS : Transferts effectués en espèces ou en nature et qui ne sont assortis d'aucune obligation de remboursement.

ÉCHÉANCE : Date à laquelle est dû le dernier remboursement d'un PRÊT ; par extension, durée de vie de ce prêt.

ÉLÉMENT DE LIBÉRALITÉ : Cette notion rend compte des *conditions financières* d'un ENGAGEMENT : taux d'intérêt, ÉCHÉANCE et différé d'amortissement (délai jusqu'au premier remboursement de principal). Elle mesure la libéralité d'un PRÊT, autrement dit l'écart, en pourcentage, entre la valeur actualisée de l'ensemble des remboursements prévus et le montant des remboursements qui auraient résulté de l'application d'un taux d'intérêt de référence donné. Par convention, le taux de référence est fixé à 10 % dans les statistiques du CAD. Ce taux a été choisi comme indicateur de l'efficacité marginale de l'investissement domestique, c'est à dire du coût d'opportunité pour le donneur de mettre les fonds à la disposition du pays bénéficiaire. Par conséquent, l'élément de libéralité est nul pour un prêt dont le taux d'intérêt est de 10 % ; il est de 100 % pour un DON ; pour un prêt à un taux inférieur à 10 %, il se situe entre ces deux extrêmes. Pour obtenir *l'équivalent don* d'un prêt, il suffit de multiplier sa valeur nominale par son élément de libéralité (voir NIVEAU DE CONCESSIONNALITÉ). (Note : la notion d'élément de libéralité ne s'applique pas aux opérations réalisées par les banques multilatérales de développement à des conditions non libérales, c'est-à-dire dans le cadre de leurs « guichets non libéraux ».)

ENGAGEMENT : Obligation ferme, exprimée par écrit et appuyée sur les fonds nécessaires, prise par un donneur public de fournir une aide déterminée à un pays bénéficiaire ou à une organisation multilatérale. Les engagements bilatéraux s'expriment par le montant total du transfert prévu, quel que soit le temps nécessaire pour achever les VERSEMENTS. Les engagements vis-à-vis d'organisations multilatérales correspondent à la somme i) des versements éventuellement effectués au cours de l'année considérée qui n'avaient

pas antérieurement été notifiés sous forme d'engagements et ii) des versements prévus au cours de l'année suivante.

FINANCEMENT MIXTE : Conjugaison d'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT, sous forme de DONS ou de PRÊTS, avec tout autre financement pour constituer une enveloppe financière. Les financements mixtes sont assujettis aux mêmes critères de concessionnalité, d'utilité pour le développement et concernant les pays bénéficiaires auxquels ils peuvent être accordés, que les crédits d'AIDE LIÉE.

FINANCEMENT PUBLIC DU DÉVELOPPEMENT (FPD) : Ce concept, qui sert à mesurer les apports de ressources aux pays bénéficiaires, couvre a) l'APD bilatérale, b) les DONS et les PRÊTS au développement, assortis ou non de conditions libérales, consentis par les institutions financières multilatérales, et c) les AUTRES APPORTS DU SECTEUR PUBLIC jugés contribuer au développement (y compris les prêts de refinancement) mais dont l'ÉLÉMENT DE LIBÉRALITÉ est trop faible pour qu'ils puissent être assimilés à une APD.

LISTE DU CAD : Voir PAYS ET TERRITOIRES BÉNÉFICIAIRES.

LONG TERME : Se dit des PRÊTS dont la durée est, à l'origine ou après prorogation, supérieure à un an.

NIVEAU DE CONCESSIONNALITÉ : Indicateur de la « libéralité » d'un crédit rendant compte de l'avantage consenti à l'emprunteur par rapport au taux du marché (voir aussi ÉLÉMENT DE LIBÉRALITÉ). Techniquement, il est donné par la différence entre la valeur nominale d'un crédit d'AIDE LIÉE et la valeur du service de la dette à la date du décaissement, calculée au taux d'actualisation applicable à la

monnaie de la transaction et exprimée en pourcentage de la valeur nominale.

NON DÉCAISSÉS : Montants engagés mais non encore dépensés. Voir aussi ENGAGEMENT, VERSEMENT.

ORGANISMES MULTILATÉRAUX : Dans les statistiques du CAD, cette appellation recouvre les institutions internationales ayant pour membres des États, qui consacrent la totalité ou une grande partie de leurs activités au développement et aux pays bénéficiaires de l'aide. Ils englobent les banques multilatérales de développement (Banque mondiale, banques régionales de développement, par exemple), les organismes des Nations Unies et certains groupements régionaux (certains organismes de la Commission européenne ou certaines organisations arabes, par exemple). La contribution d'un membre du CAD à un organisme de ce genre est qualifiée de multilatérale dès lors qu'elle se fonde avec les contributions des autres membres de l'organisme et que celui-ci décide seul de l'affectation de ces ressources. Sauf indication contraire, les souscriptions au capital des banques multilatérales de développement sont présentées sur la base des dépôts, c'est-à-dire pour le montant de la lettre de crédit ou de l'instrument négociable correspondant et à la date du dépôt de cet instrument. Peu de données sont disponibles sur la base des encaissements c'est-à-dire des montants tirés à diverses dates par l'organisme sur l'instrument déposé.

PAYS ET TERRITOIRES BÉNÉFICIAIRES : La liste des bénéficiaires de l'aide, établie par le CAD, et utilisée pour les statistiques dans cet ouvrage, est reprise à la fin du volume. On trouvera plus loin, dans les « Notes sur les définitions et questions de mesure », des détails sur les modifications récemment apportées à cette liste. Depuis

le 1^{er} janvier 2000, la partie I de la liste comprend les catégories suivantes (le terme « pays » comprend les territoires) :

- **PMA** : Pays les moins avancés. Groupe défini par les Nations Unies. Sont classés dans ce groupe, les pays qui se situent en dessous de seuils fixés de revenu, de diversification économique et de développement social. En cas de modification du groupe des PMA, une mise à jour est immédiatement apportée à la liste du CAD.
- **Autres PFR** : Autres pays à faible revenu. Ce groupe comprend tous les pays, autres que les PMA, dont le PNB par habitant était inférieur ou égal à 760 dollars en 1998 (sur la base de l'Atlas de la Banque mondiale).
- **PRITI** : Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Ce sont les pays dont le PNB par habitant (sur la base de l'Atlas) se situait entre 761 et 3 030 dollars en 1998. Les pays qui appartiennent à la fois aux PMA et aux PRITI sont montrés en tant que PMA, et non en tant que PRITI.
- **PRITS** : Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Ce sont les pays dont le PNB par habitant (sur la base de l'Atlas) se situait entre 3 031 et 9 360 dollars en 1998.
- **PRÉ** : Pays à revenu élevé. Ce sont les pays en développement dont le PNB par habitant (sur la base de l'Atlas) était supérieur à 9 360 dollars en 1998.

La partie II de la liste comprend les « Pays en transition ». Elle inclut i) les pays les plus avancés d'Europe centrale et orientale et les plus avancés des nouveaux États indépendants de l'ex-Union soviétique ; et ii) les pays en développement les plus avancés. Voir aussi AIDE PUBLIQUE.

PRÊTS : Transferts qui impliquent un remboursement. Seuls les prêts d'une durée

de plus d'un an sont inclus dans les statistiques du CAD. Les chiffres relatifs aux prêts nets fournissent le montant des prêts déduction faite des remboursements de principal (mais non des paiements d'intérêts) au titre de prêts antérieurs. Par conséquent, lorsqu'un prêt est entièrement remboursé, son effet sur les apports totaux nets est nul sur l'ensemble de la durée du prêt.

RÉAMENAGEMENT (ou RESTRUCTURATION) DE LA DETTE : Toute mesure convenue entre un créancier et son débiteur qui modifie officiellement les conditions précédemment fixées pour le remboursement. Il peut s'agir d'une *remise de la dette* (extinction du PRÊT) ou d'un *rééchelonnement* passant soit par une révision de l'échéancier de remboursement soit par l'octroi d'un nouveau prêt de *refinancement*. Voir aussi les « Notes sur les définitions et questions de mesure », ci-après.

TRANSFERTS NETS : Dans les statistiques du CAD, les APPORTS NETS déduction faite des paiements d'intérêts.

VERSEMENT : Mise à la disposition d'un bénéficiaire de fonds ou 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. Dans

le cas d'activités réalisées dans le pays donneur telles que programmes de formation, d'administration ou de sensibilisation du public, le versement est considéré comme effectué lorsque les fonds ont été transférés au prestataire de services ou au bénéficiaire. Ils peuvent être comptabilisés *bruts* (montant total versé au cours d'une période comptable donnée) ou *nets* (déduction faite de tous les remboursements de principal ou des restitutions de dons intervenus pendant la même période).

VOLUME (termes réels) : Les chiffres sur les apports fournis dans la présente publication sont exprimés en dollars des EU. Pour donner une idée plus réaliste de l'évolution dans le temps du volume des apports, certains chiffres sont donnés à prix et taux de change constants, par rapport à une année de référence précise. Autrement dit, un ajustement a été opéré pour tenir compte à la fois de l'inflation de la monnaie du donneur entre l'année considérée et l'année de référence et des variations du taux de change entre cette monnaie et le dollar des États-Unis au cours de la même période. On trouvera dans l'annexe statistique un tableau récapitulatif des facteurs de conversion (déflateurs) à appliquer pour convertir en dollars de l'année de référence (« prix constants ») tous les chiffres exprimés en dollars courants dans le Rapport (tableau 36).

Notes sur les définitions et questions de mesure

La couverture des données présentée dans le Rapport a changé ces dernières années. Les principaux aspects à retenir sont les suivants :

Modification du concept d'APD et de la portée du PNB/RNB

Si la définition de l'aide publique au développement ne s'est pas modifiée depuis 1972, des changements d'interprétation ont eu tendance à en élargir la portée. Parmi les principaux, on citera la comptabilisation dans l'APD des coûts administratifs (depuis 1979), de la part des subventions aux systèmes d'enseignement correspondant au coût de l'enseignement dispensé aux étudiants originaires de pays bénéficiaires de l'aide (laquelle est ressortie depuis 1984), et l'inclusion de l'assistance fournie par les pays donateurs aux réfugiés provenant de pays bénéficiaires de l'aide pendant leur première année de séjour (qui pouvait être notifiée depuis le début des années 80 mais ne l'est de façon généralisée que depuis 1991).

Il est difficile de chiffrer précisément les incidences de ces modifications, car souvent les changements apportés aux méthodes de collecte et à la couverture des données ne sont pas directement observables dans les notifications statistiques adressées par les membres. Les montants en cause peuvent cependant être importants. Ainsi, la notification du Canada en 1993 comprend pour la première fois un chiffre relatif à l'aide aux réfugiés dans ce pays, chiffre (184 millions de dollars) qui

représente près de 8 % de l'APD totale du Canada. D'autre part, les apports d'aide notifiés par l'Australie à la fin des années 80, étaient plus élevés d'environ 12 % que s'ils avaient été calculés selon les règles et procédures applicables quinze ans auparavant*.

La couverture du revenu national s'est elle aussi élargie du fait de l'inclusion de nouveaux domaines d'activité économique et de l'amélioration des méthodes de collecte des données. Le nouveau Système de comptabilité nationale (SCN) préconisé conjointement par l'OCDE et d'autres grandes organisations internationales donne une définition plus large que le précédent du PNB, qui y est rebaptisé revenu national brut, ou RNB. Cela tend à entraîner une diminution des rapports APD/RNB des donateurs. A titre d'exemple, les rapports APD/RNB de la Norvège et du Danemark ont baissé de 6 à 8 % lorsque ces pays sont passés au nouveau SCN au milieu des années 1990. Ceux de la Finlande et de l'Australie ont eux aussi ultérieurement affiché un recul, mais moins important – entre 2 et 4 %. A présent, tous les pays membres du CAD se fondent sur le nouveau SCN.

Pays bénéficiaires pris en compte

Depuis 1990, les pays et groupes de pays suivants ont été ajoutés à la liste des bénéficiaires de l'APD aux dates indiquées : les communautés noires d'Afrique du Sud (1991, maintenant désignées par le simple libellé Afrique du Sud) ; le Kazakhstan,

* S. Scott, « Some Aspects of the 1988/1989 Aid Budget », in *Quarterly Aid Round-up*, n° 6, AIDAB, Canberra, 1989, pp. 11-18.

la République kirghize, le Tadjikistan, le Turkménistan et l'Ouzbékistan (1992) ; l'Arménie, la Géorgie et l'Azerbaïdjan (1993) ; les zones sous administration palestinienne (1994), le Moldova (1997). L'Érythrée, qui faisait anciennement partie de l'Éthiopie, est considérée comme un pays distinct depuis 1993. Pour leur part, les Territoires des îles du Pacifique anciennement sous tutelle des États-Unis, ont été remplacés au fil du temps par leurs États successeurs, à savoir les États fédérés de Micronésie et les îles Marshall (1992) et les îles Mariannes du Nord et Palaos (1994).

Au cours de la même période, les pays et territoires suivants ont été retirés de la liste des bénéficiaires de l'APD : Portugal (1991) ; Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion et Saint-Pierre et Miquelon (1992) ; Grèce (1994).

Depuis 1993, plusieurs PECO/NEI en transition sont inclus dans la partie II de la nouvelle liste des bénéficiaires de l'aide (cette liste est reproduite à la fin du présent ouvrage). L'aide consentie aux pays de la partie II est comptabilisée dans « l'aide publique » et non dans l'APD. Pour éviter des chevauchements, la partie II de la nouvelle liste ne comprend pas les PECO/NEI classés dans les bénéficiaires de l'APD.

A compter de 1996, les pays à revenu élevé suivants ont été reclassés de la partie I à la partie II de la liste : Bahamas, Brunei, Émirats arabes unis, Koweït, Qatar et Singapour. A partir de 1997, sept autres pays à revenu élevé ont été transférés dans la partie II, à savoir : Bermudes, îles Caïmans, Chypre, îles Falkland, Hong-Kong (Chine), Israël et Taipei chinois. Depuis le 1^{er} janvier 2000, les pays et territoires suivants ont été transférés à la partie II : Antilles néerlandaises, Aruba, Corée, Gibraltar, Libye, Macao, Mariannes du Nord, Nouvelle-Calédonie, Polynésie

française, îles Vierges (RU). En 2001, le Sénégal a été transféré dans le groupe des PMA et les îles Mariannes du Nord ont été retirées de la liste.

Les chiffres de l'aide totale aux pays de la partie I (APD) et aux pays de la partie II (AP) renvoient à la liste des bénéficiaires pour l'année correspondante. Lorsqu'un pays est ajouté ou supprimé d'un groupe de revenu de la partie I, les totaux relatifs aux groupes affectés sont ajustés rétroactivement afin de rendre aussi bonne que possible la comparabilité dans le temps sur la base de la liste en vigueur.

Pays donateurs

L'Espagne et le Portugal ont adhéré au CAD en 1991, le Luxembourg en 1992 et la Grèce en 1999. Leur aide est désormais comptée dans le total du CAD. Les montants des apports d'APD de ces pays avant leur adhésion au CAD ont été ajoutés aux données des années précédentes lorsqu'ils étaient disponibles. L'accession de chaque nouveau membre a augmenté l'APD totale du CAD mais réduit le rapport APD/PNB global, les programmes de ces pays étant généralement plus récents, et plus limités par rapport au PNB, que ceux des donateurs de plus longue date.

Traitement des remises de dettes

Le traitement de l'annulation des prêts non initialement comptabilisés dans l'APD a varié dans le passé. Jusqu'en 1992 inclus, lorsque l'annulation d'une dette non issue de l'APD répondait aux critères de l'APD, elle pouvait être notifiée comme APD. De 1990 à 1992 inclus, elle restait notifiable dans le cadre de l'APD d'un pays, mais était exclue du total du CAD. Depuis 1993, l'annulation de dettes initialement

accordées à des fins militaires peut être comptabilisée dans les autres apports du secteur public (AASP), tandis que l'annulation d'autres dettes non issues de l'APD (principalement des crédits à l'exportation) comptabilisée dans l'APD est incluse à la fois dans les données du pays et dans l'APD totale du CAD comme elle l'était jusqu'en 1989.

L'annulation du principal d'un prêt en cours initialement comptabilisé dans l'APD ne donne pas lieu à un nouveau versement

net d'APD. Statistiquement, l'avantage de cette annulation se traduit par le fait que les remboursements annulés n'ayant pas lieu, ils ne viennent pas réduire les versements nets d'APD.

Année utilisée pour le calcul des données

Sauf indication contraire, toutes les données contenues dans cette publication portent sur les années civiles.

Liste des bénéficiaires de l'aide établie par le CAD pour les apports en 2001

Partie I : Pays et territoires en développement (Aide publique au développement)					Partie II : Pays et territoires en transition (Aide publique)		
PMA	PFR (PNB par habitant < \$760 en 1998)	PRIT1 (PNB par habitant \$761-\$3 030 en 1998)	PRITS (PNB par habitant \$3 031-\$9 360 en 1998)	PRE (PNB par habitant >\$ 9 360 en 1998) ¹	PECO et NEI	Pays et territoires en développement plus avancés	
Afghanistan	* Arménie	Afrique du Sud	* Ouzbékistan	Botswana	Malte ¹	* Bélarus	● Antilles néerlandaises
Angola	* Azerbaïdjan	* Albanie	Papouasie- Nlle-Guinée	Brésil	Slovénie ¹	* Bulgarie	● Aruba
Bangladesh	Cameroun	Algérie	Paraguay	Chili		* Estonie	● Bahamas
Bénin	Chine	Belize	Pérou	Cook, îles		* Hongrie	● Bermudes
Bhoutan	Congo, Rép.	Bolivie	Philippines	Croatie		* Lettonie	● Brunei
Burkina Faso	Corée,	Bosnie- Herzégovine	Sri Lanka	Gabon		* Lituanie	● Caïmans, îles
Burundi	Rép. dém.	Colombie	St-Vincent et Grenadines	Grenade		* Pologne	● Chypre
Cambodge	Côte d'Ivoire	Costa Rica	Suriname	Liban		* Rép. slovaque	● Corée
Cap-Vert	Ghana	Cuba	Swaziland	Malaisie		* République tchèque	● Émirats arabes unis
Centrafricaine, Rép.	Honduras	Dominicaine, Rép.	Syrie	Maurice		* Roumanie	● Falkland, îles
Comores	Inde	Dominique	Thaïlande	● Mayotte		* Russie	● Gibraltar
Congo, Rép. dém.	Indonésie	Égypte	● Tokelau	Mexique		* Ukraine	● Hong-Kong, Chine
Djibouti	Kenya	El Salvador	Tonga	Nauru			● Israël
Érythrée	* Kirghize, Rép.	Équateur	Tunisie	Palaos, îles			● Koweït
Éthiopie	* Moldova	Fidji	● Wallis et Futuna	Panama			● Libye
Gambie	* Tadjikistan	* Géorgie	Yougoslavie, Rép. fédérale	● Ste-Hélène			● Macao
Guinée	Timor oriental	Guatemala	Zones sous administration palestinienne	Ste-Lucie			● Nouvelle- Calédonie
Guinée-Bissau	* Turkménistan	Guyana		Trinité et Tobago			● Polynésie française
Guinée équatoriale	Viêt-nam	Irak		Turquie			● Qatar
Haïti	Zimbabwe	Jamaïque		Uruguay			● Singapour
Kiribati		Jordanie		Venezuela			● Taipei chinois
Laos		* Kazakhstan					● Vierges, îles (RU)
Lesotho		Macédoine (ex-Rép. yougoslave)					
Liberia		Maroc					
Madagascar		Marshall, îles					
Malawi		Micronésie, États fédérés					
Maldives		Namibie					
Mali		Niue					
Mauritanie							
Mozambique							
Myanmar							
Népal							
Niger							
Ouganda							
Rwanda							
Salomon, îles							
Samoa							
São Tomé et Príncipe							
Sénégal							
Sierra Leone							
Somalie							
Soudan							
Tanzanie							
Tchad							
Togo							
Tuvalu							
Vanuatu							
Yémen							
Zambie							

* Pays d'Europe centrale et orientale et Nouveaux États indépendants de l'ex-Union soviétique (PECO/NEI).

● Territoires.

1. Ces pays et territoires seront reclassés parmi les pays les plus avancés le 1^{er} janvier 2003.

En juillet 2002, les **pays pauvres très endettés (PPTÉ)** sont : Angola, Bénin, Bolivie, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Congo (Rép.), Congo (Rép. dém.), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guyana, Honduras, Kenya, Laos, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Nicaragua, Niger, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, São Tomé et Príncipe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad, Togo, Viêt-nam et Zambie.

Liste des abréviations¹

AASP	AUTRES APPORTS DU SECTEUR PUBLIC
ACI	APPEL A LA CONCURRENCE INTERNATIONALE
ACP	PAYS D'AFRIQUE, DES CARAÏBES ET DU PACIFIQUE
ADPIC	ASPECTS DES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE QUI TOUCHENT AU COMMERCE
AERA²	INITIATIVE DE SECOURS ET DE REDRESSEMENT ACCÉLÉRÉS EN ASIE
ANASE	ASSOCIATION DES NATIONS DE L'ASIE DU SUD-EST
APD	AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT
ASS	AFRIQUE SUBSAHARIENNE
ATRC	ASSISTANCE TECHNIQUE ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DANS LE DOMAINE DU COMMERCE
BafD	BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT
BasD	BANQUE ASIATIQUE DE DÉVELOPPEMENT
BERD	BANQUE EUROPÉENNE POUR LA RECONSTRUCTION ET LE DÉVELOPPEMENT
BID	BANQUE INTERAMÉRICAINNE DE DÉVELOPPEMENT
BIRD	BANQUE INTERNATIONALE POUR LA RECONSTRUCTION ET LE DÉVELOPPEMENT
BMD	BANQUES MULTILATÉRALES DE DÉVELOPPEMENT
BRI	BANQUE DES RÈGLEMENTS INTERNATIONAUX
CAD	COMITÉ D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT
CCA²	BILAN COMMUN DE PAYS
CCE	COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
CCI	CENTRE DU COMMERCE INTERNATIONAL
CCNUCC	CONVENTION-CADRE DES NATIONS UNIES SUR LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES
CDE²	DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES DANS LE DOMAINE DE L'ENVIRONNEMENT
CDI	CADRE DE DÉVELOPPEMENT INTÉGRÉ
CE	COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE
CEDAW²	CONVENTION SUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION CONTRE LES FEMMES
CEI	COMMUNAUTÉ DES ÉTATS INDÉPENDANTS
CFA	COMMUNAUTÉ FINANCIÈRE AFRICAINE
CI	CADRE INTÉGRÉ POUR L'ASSISTANCE TECHNIQUE LIÉE AU COMMERCE DANS LES PAYS LES MOINS AVANCÉS
CIPD	CONFÉRENCE INTERNATIONALE DU CAIRE SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT (1994)
CNUCED	CONFÉRENCE DES NATIONS UNIES SUR LE COMMERCE ET LE DÉVELOPPEMENT
CNUED	CONFÉRENCE DES NATIONS UNIES SUR L'ENVIRONNEMENT ET LE DÉVELOPPEMENT, RIO DE JANEIRO, 1992
CSLP	CADRE STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ
CT	COOPÉRATION TECHNIQUE
DCD	DIRECTION DE LA COOPÉRATION POUR LE DÉVELOPPEMENT
DTS	DROIT DE TIRAGE SPÉCIAL
ECDPM²	CENTRE EUROPÉEN DE GESTION DES POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT
ECHO²	OFFICE HUMANITAIRE DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE
EPIN²	CRITÈRES POUR L'ÉVALUATION DES POLITIQUES ET INSTITUTIONS DES PAYS

EPP	ÉVALUATION DE PROGRAMME PAR PAYS
EPT	ÉDUCATION POUR TOUS
FafD	FONDS AFRICAIN DE DÉVELOPPEMENT
FAsD	FONDS ASIATIQUE DE DÉVELOPPEMENT
FAS	FACILITÉ D'AJUSTEMENT STRUCTUREL
FED	FONDS EUROPÉEN DE DÉVELOPPEMENT
FIDA	FONDS INTERNATIONAL DE DÉVELOPPEMENT AGRICOLE
FMI	FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL
FNUAP	FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION
FPD	FINANCEMENT PUBLIC DU DÉVELOPPEMENT
FRPC	FACILITÉ POUR LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ ET LA CROISSANCE
FSAP²	PROGRAMME D'ÉVALUATION DU SECTEUR FINANCIER (FMI/Banque mondiale)
GÉANT	GRUPE D'EXPERTS SUR L'ACCÈS AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES
GII	GRUPE INFORMEL INTERSECRÉTARIATS
HCR	HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS
ICDF²	FONDS INTERNATIONAL DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT
IDA²	ASSOCIATION INTERNATIONALE DE DÉVELOPPEMENT
IDA1²	INTEGRATED DEVELOPMENT ACTIVITY INFORMATION
IDE	INVESTISSEMENT DIRECT ÉTRANGER
IPH	INDICATEUR DE LA PAUVRETÉ HUMAINE
JBIC²	BANQUE JAPONAISE DE COOPÉRATION INTERNATIONALE
JITAP²	PROGRAMME INTÉGRÉ CONJOINT D'ASSISTANCE TECHNIQUE
KfW²	BANQUE POUR LA RECONSTRUCTION ET LE DÉVELOPPEMENT (Allemagne)
NEI	NOUVEAUX ÉTATS INDÉPENDANTS (de l'ex-Union soviétique)
NEPAD²	NOUVEAU PARTENARIAT POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'AFRIQUE
MICs	MESURES CONCERNANT LES INVESTISSEMENTS LIÉS AU COMMERCE
OCDE	ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
OID	OBJECTIFS INTERNATIONAUX DE DÉVELOPPEMENT
OIT	ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL
OMC	ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE
OMD	OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT
OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
ONG	ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE
OSC	ORGANISATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE
PAM	PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL
PDGG²	DÉVELOPPEMENT PARTICIPATIF ET LA BONNE GESTION DES AFFAIRES PUBLIQUES
PECO	PAYS D'EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE
PED	PAYS EN DÉVELOPPEMENT
PFR	PAYS A FAIBLE REVENU
PMA	PAYS LES MOINS AVANCÉS
PNUD	PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT
PNUE	PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR L'ENVIRONNEMENT

PPTE	PAYS PAUVRES TRÈS ENDETTÉS (voir liste des bénéficiaires)
PRE	PAYS A REVENU ÉLEVÉ
PRITI	PAYS A REVENU INTERMÉDIAIRE, TRANCHE INFÉRIEURE
PRITS	PAYS A REVENU INTERMÉDIAIRE, TRANCHE SUPÉRIEURE
PSA	PARTENARIAT STRATÉGIQUE POUR L'AFRIQUE (auparavant, Programme spécial d'assistance à l'Afrique)
RBM²	GESTION AXÉE SUR LES RÉSULTATS
RNB	REVENU NATIONAL BRUT
S-21	STRATÉGIE POUR LE XXI ^e SIÈCLE
SFI	SOCIÉTÉ FINANCIÈRE INTERNATIONALE
SGP	SYSTÈME GÉNÉRALISÉ DE PRÉFÉRENCES
SCN	SYSTÈME DE COMPTABILITÉ NATIONALE
SNDD	STRATÉGIES NATIONALES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE
SNPC	SYSTÈME DE NOTIFICATION DES PAYS CRÉANCIERS
SSB	SERVICES SOCIAUX DE BASE
SWAps²	APPROCHES SECTORIELLES
TIC	TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION
UE	UNION EUROPÉENNE
UNDAF²	PLAN-CADRE DES NATIONS UNIES POUR L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT
UNESCO²	ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE
UNICEF²	FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
WID²	PARTICIPATION DES FEMMES AU DÉVELOPPEMENT
WSSD²	SOMMET MONDIAL SUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL (Copenhague, 1995) SOMMET MONDIAL SUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (Johannesburg, 2002)

1. Cette liste n'est pas exhaustive. Elle fournit les abréviations les plus courantes relatives à la coopération pour le développement, y compris celles utilisées dans le présent rapport. Les sigles concernant les ministères et organismes d'aide sont fournis dans la section IV.
2. Sigle dans la langue d'origine.

Préface du Secrétaire général de l'OCDE	3
Avant-propos du Président du CAD	5
Vue d'ensemble du Président du CAD	11

Partie I
L'efficacité de l'aide

I	Plan d'action pour améliorer l'efficacité de l'aide	29
	1. Introduction	29
	2. Travaux menés actuellement par le CAD et la DCD sur l'efficacité de l'aide	30
	3. Orientations des travaux futurs	32
	4. Conclusion	36
II	Pour une gestion axée sur les résultats du développement et sur l'efficacité de l'aide	39
	1. Introduction	39
	2. Contexte stratégique	40
	3. Vers une gestion axée sur les résultats au niveau opérationnel	41
	4. La gestion des résultats dans le cadre de la réforme du secteur public dans les pays en développement	48
	5. Implications pour la gestion	52
	6. Principales conclusions du Forum	56
III	Pour l'harmonisation des pratiques des donateurs au service de l'efficacité d'acheminement de l'aide	59
	1. Introduction	59
	2. Enquête sur les besoins	60
	3. Cadre pour la coopération entre les donateurs	63

Partie II
Les efforts des donateurs

IV	L'examen par les pairs : un instrument de coopération et de changement	77
	1. Une méthode de travail de l'OCDE	77
	2. Le processus d'examen par les pairs du Comité d'aide au développement	86
V	Point sur les efforts et politiques des donateurs	93
	1. Évolution de l'APD en 2001	93
	2. Perspectives d'évolution de l'APD après Monterrey	96
	3. Délitement de l'APD aux pays les moins avancés	97
	4. Notes relatives aux différents membres du CAD	102
	Allemagne	103
	Australie	104
	Autriche	105
	Belgique	106
	Canada	107
	Communauté européenne	109
	Danemark	111
	Espagne	112
	États-Unis	114
	Finlande	117
	France	118
	Grèce	119
	Irlande	122

Italie	123
Japon	124
Luxembourg	125
Norvège	126
Nouvelle-Zélande	127
Pays-Bas	128
Portugal	129
Royaume-Uni	130
Suède	131
Suisse	132
5. Notes sur les programmes d'aide des pays de l'OCDE non membres du CAD	133
Corée	133
Islande	134
Mexique	134
Pologne	135
République slovaque	136
République tchèque	136
Turquie	137
Module spécial : Les Objectifs du millénaire pour le développement : progrès accomplis au cours des années 1990	139

Partie III

Pour une mondialisation sans exclus

VI	Concrétisation du programme de Doha dans le domaine du renforcement des capacités commerciales	155
	1. Introduction	155
	2. La base de données sur le renforcement des capacités commerciales.....	157
	3. Atelier régional sur le « Renforcement des capacités commerciales dans le contexte africain »	158
VII	Œuvrer pour le développement dans des situations de partenariat difficile	171
	1. Introduction	171
	2. Atelier conjoint CAD/Banque mondiale/CE/PNUD sur le thème « Œuvrer pour le développement dans des situations de partenariat difficile », 28-29 octobre 2002.....	171
	3. Réunion d'experts du CAD sur le thème « Reconstruction et reprise en Afghanistan : imaginer l'avenir », 2 et 3 mai 2002.....	179
VIII	Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté	185
	1. Quelques informations concernant l'Ouvrage de référence du CAD sur la pauvreté et la santé	185
	2. Introduction	185
	3. Pauvreté et santé	187
	4. Actions indispensables pour promouvoir une approche de la santé favorable aux pauvres	188
	5. Définition et application d'une approche de la santé favorable aux pauvres.....	191
	6. Tenir compte du contexte prévalant dans le pays partenaire.....	196
	7. Mobiliser des ressources au service de l'amélioration de la santé des pauvres	197
	8. Améliorer l'efficacité avec laquelle la coopération pour le développement concourt à la réalisation des objectifs d'amélioration de la santé des pauvres	200

IX

Promouvoir les services de distribution d'eau et d'assainissement dans les pays en développement	203
1. Introduction	203
2. L'aide au secteur de la distribution d'eau et de l'assainissement : aperçu statistique.....	204
3. Fournir des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les villes en expansion rapide	211
4. Gestion des ressources en eau et égalité entre hommes et femmes.....	216

Partie IV
Le CAD et ses travaux

1. Le Comité d'aide au développement (CAD)	223
Mission du CAD.....	223
Activités essentielles.....	224
Structure et composition du CAD et de ses organes subsidiaires en 2002	226
2. La Direction de la Coopération pour le développement (DCD)	238
Structure de la Direction de la coopération pour le développement en 2002	240
Personnel de la Direction de la coopération pour le développement	241
Thèmes et alias du site Web CAD/DC	244
Annexe statistique	245

<i>Notes techniques</i> (y compris les principaux termes, définitions, abréviations et Liste des bénéficiaires de l'aide établie par le CAD)	347
---	-----

Tableaux

Tableau III-1. Les facteurs de contrainte selon le classement donné par les personnes interrogées.....	61
Tableau III-2. Mesures proposées pour améliorer la gestion de l'aide	62
Tableau IV-1. Vue d'ensemble du processus des examens de l'aide	88
Tableau V-1. Apports nets d'aide publique au développement consentis par les membres du CAD en 2000 et 2001	94
Tableau VIII-1. Aide publique au développement (APD) en faveur de la santé, 1996-2001 : niveau annuel moyen des engagements et part dans l'aide ventilée par secteur	198
Tableau IX-1. Aide au secteur de la distribution d'eau et de l'assainissement par donneur	207

Graphiques

Graphique V-1. APD nette des membres du CAD en 2001.....	95
Graphique IX-1. Aide au secteur de la distribution d'eau et de l'assainissement, engagements 1973-2001 : moyenne mobile sur cinq ans	206
Graphique IX-2. L'aide dans le domaine de la distribution d'eau et de l'assainissement par sous-secteur, 1997-2001	208
Graphique IX-3. Répartition géographique de l'aide au secteur de la distribution d'eau et de l'assainissement, engagements 1996-2001	209
Graphique IX-4. L'aide au secteur de la distribution d'eau et de l'assainissement par bénéficiaire – Vue d'ensemble de la répartition au regard des besoins des populations	210

Encadrés

Encadré II-1.	La gestion axée sur les résultats au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni	45
Encadré II-2.	L'orientation vers les résultats à la Banque mondiale	47
Encadré II-3.	Réforme du secteur public en Tanzanie	49
Encadré II-4.	PARIS21	55
Encadré III-1.	Principes directeurs d'une aide au développement mieux coordonnée	65
Encadré III-2.	Un exemple de partenariat entre les donateurs et les gouvernements partenaires : le cas de l'Ouganda	67
Encadré III-3.	Le programme conjoint de soutien macro-financier au Mozambique.....	68
Encadré III-4.	Exemples de collaboration entre les donateurs en Inde et au Viêt-nam	71
Encadré III-5.	L'adoption de procédures communes : cas du Cambodge et du Viêt-nam	72
Encadré III-6.	Examiner les facteurs faisant obstacle à l'adoption de méthodes de travail plus souples	74
Encadré V-1.	Enquête auprès des utilisateurs des examens de l'aide	99
Encadré V-2.	Examen de l'aide du Canada par le CAD, 15 novembre 2002	108
Encadré V-3.	Examen de l'aide de la Communauté européenne par le CAD, 6 juin 2002	110
Encadré V-4.	Examen de l'aide de l'Espagne par le CAD, 9 avril 2002	113
Encadré V-5.	Examen de l'aide des États-Unis par le CAD, 22 octobre 2002	115
Encadré V-6.	Examen de l'aide de la Grèce par le CAD, 12 mars 2002.....	120
Encadré VI-1.	Instantané sur l'assistance technique et le renforcement des capacités dans le domaine du commerce (AT/RCDC) en 2001	159
Encadré VI-2.	Renforcement des capacités commerciales dans le contexte africain	164
Encadré VII-1.	Approches à suivre dans des situations de partenariat difficile.....	173
Encadré IX-1.	Réformer les services des eaux : principales priorités du point de vue institutionnel	212
Encadré IX-2.	Faciliter l'accès des pauvres à des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement d'un prix abordable	215
Encadré IX-3.	Mettre en place des systèmes de distribution d'eau et d'assainissement de qualité et viables : pourquoi l'égalité entre femmes et hommes est importante	217
Encadré IX-4.	La participation des femmes au Projet pour l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement en milieu rural réalisé à Lombok.....	219



Extrait de :

Development Co-operation Report 2002

Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/dcr-2002-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2003), « Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté », dans *Development Co-operation Report 2002 : Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/dcr-2002-11-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.