



Conseil économique et social

Provisoire
15 juillet 2009
Français
Original : anglais

Session de fond de 2009

Débat de haut niveau

Compte rendu analytique provisoire de la 12^e séance

Tenue au Palais des Nations, à Genève, le mercredi 8 juillet 2009, à 9 h 30

Présidente : M^{me} Lucas (Luxembourg)

Sommaire

Examen ministériel annuel : « Mise en œuvre des objectifs convenus et des engagements pris sur le plan international en matière de santé publique » (*suite*)

Manifestation spéciale sur l'Afrique et les pays les moins avancés : les partenariats et la santé – faire correspondre les résultats en matière de santé publique et le développement humain

Les rectifications au présent compte rendu doivent être rédigées dans l'une des langues de travail. Elles doivent être présentées dans un mémorandum et être également portées sur un exemplaire du compte rendu. Il convient de les adresser, *une semaine au plus tard à compter de la date du présent document*, au Groupe d'édition, bureau E.4108, Palais des Nations, Genève.

10-48442X (F)



Merci de recycler

La séance est ouverte à 9 h 40.

Examen ministériel annuel : « Mise en œuvre des objectifs convenus et des engagements pris sur le plan international en matière de santé publique » (suite) (E/2009/88 et E/2009/97)

Exposés nationaux volontaires (suite) (E/2009/88 et E/2009/97)

1. **La Présidente** invite M. Mettan, Chef du Club Suisse de la presse, à animer le débat sur les exposés nationaux volontaires.

2. **M. Kahandaliyanage** (Observateur de Sri Lanka), se félicitant du fait que le Conseil joue un rôle plus actif dans la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, dit que Sri Lanka a été l'un des premiers pays en développement à reconnaître l'importance de l'investissement dans les ressources humaines et de l'égalité entre les sexes dans l'optique du développement social. Une partie importante des dépenses publiques a été consacrée à améliorer le niveau de vie et assurer des niveaux de consommation minimums, dans le cadre d'un ferme engagement en faveur des valeurs démocratiques. Ces investissements ont porté leurs fruits et en général Sri Lanka a bien progressé dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

3. L'histoire toute récente de Sri Lanka infirme l'idée que les pays en conflit ou sortant d'un conflit soient les moins susceptibles d'atteindre les OMD. Malgré 30 années de terrorisme, auxquelles il a récemment été mis un terme, Sri Lanka continue à progresser dans son développement humain et social, en particulier dans le domaine des déterminants sociaux de la santé. Son système politique et démocratique, reposant sur l'universalité du droit de vote et sur la tenue régulière d'élections pluralistes, ainsi que son économie ont bien résisté aux menaces entraînées par le conflit.

4. Durant les 30 dernières années, Sri Lanka a été une société libérale, marchande, fortement attachée à la protection sociale. La proportion de ses habitants qui se trouvent en-dessous du seuil de pauvreté défini au plan national a diminué, de 26 % en 1990 à 15,2 % en 2006. Le nombre d'enfants inscrits dans les écoles primaires a régulièrement augmenté, et la scolarisation et l'achèvement des études primaires concernent près

de 100 % des enfants. L'espérance de vie et les taux d'alphabétisation sont élevés.

5. Une série de facteurs socioéconomiques, politiques et institutionnels expliquent le succès de Sri Lanka dans le secteur de la santé publique, en dépit de ressources relativement limitées. Le gouvernement investit systématiquement des fonds publics pour valoriser les ressources humaines et physiques de ce secteur, qui peut traiter 5 millions de patients hospitalisés et 43 millions de patients ambulatoires par an. La santé de la population s'est notablement améliorée et on constate une prise de conscience des avantages de la bonne santé.

6. Les soins de santé dispensés dans le secteur public sont gratuits et les établissements de soins sont situés à proximité des usagers, ce qui fait du principe de l'accès universel aux soins une réalité. Le secteur privé a été autorisé à se développer pour fournir d'autres points de traitement et réduire ainsi les coûts des soins de santé subis par le secteur public. Des systèmes autochtones de médication, dominés par la tradition ayurvédique, assurent une proportion importante des soins et reçoivent une part grandissante des fonds publics.

7. Les soins de santé ont contribué au développement humain tant sur le plan préventif que curatif. Les campagnes de prévention ont aidé à réduire l'incidence des maladies transmissibles ou parasitaires. Toutes celles que l'on peut éviter par la vaccination ont bien été éliminées ou sont maîtrisées dans le pays dans le cadre du programme de vaccination. L'amélioration des installations d'assainissement a aidé à propager des modes de vie sains. Des mesures ont été prises pour réduire la malnutrition des enfants et instruire les femmes enceintes et les mères. Le gouvernement a également appliqué un programme national de soins maternels et infantiles.

8. Une série de réformes a été instituée pour améliorer les soins dans les établissements publics, notamment par l'expansion des installations existantes et la création, dans les campagnes de tout le pays, d'installations offrant divers niveaux de soins. La baisse de la mortalité néonatale, infantile et maternelle est le signe que Sri Lanka est bien placé pour atteindre ceux des OMD qui ont trait à la santé publique. En 2006, l'espérance de vie atteignait en moyenne 74 ans. Des maladies comme la lèpre, la poliomyélite et la

rougeole ont été éliminées. La lutte contre le sida est relativement simple en raison de la faible prévalence du virus et de sa propagation limitée. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer l'état de santé de certains groupes sociaux dans toutes les régions, notamment en faisant en sorte que le logement, l'adduction d'eau et l'assainissement jouent un rôle dans la création d'un environnement favorable à la bonne santé.

9. Sri Lanka traverse une période de transition démographique caractérisée par un vieillissement de la population, de sorte que l'image épidémiologique du pays évolue : alors que les niveaux de morbidité résultant des maladies transmissibles demeurent élevés, les maladies non transmissibles représentent une part grandissante des dépenses de santé publique, ce qui impose un double fardeau au financement du système de santé. Les déséquilibres régionaux dans la fourniture de soins représentent un autre problème et les autorités sanitaires ont mis au point un plan directeur du secteur de la santé pour améliorer l'accès à des services de qualité.

10. Le secteur de la santé à Sri Lanka est financé par des fonds publics et privés; les fonds privés représentent une proportion un peu plus élevée que les fonds publics, ces derniers provenant surtout de l'impôt. Les établissements publics de soins desservent les groupes pauvres et à revenu moyen, tandis que les patients des classes plus riches sont encouragés à s'adresser à des cliniques privées.

11. Les faits montrent que son pays assure de manière efficace les soins dans les situations d'urgence ou de crise. En réponse au tsunami survenu en 2004, le secteur de la santé a démontré qu'il était prêt à faire face aux catastrophes naturelles. Pendant les 30 années de conflit avec le groupe terroriste connu sous le nom des Liberation Tamil Tigers of Ealam (LTTE), Sri Lanka a continué de dispenser des soins même dans les zones contrôlées par ce groupe. Les autorités mobilisent actuellement les ressources disponibles en coopération avec les organismes des Nations Unies et les ONG internationales pour assurer des soins à la population civile déplacée durant le conflit et pour reconstituer l'infrastructure de santé publique dans les régions du Nord et de l'Est de l'île.

12. Le principal enseignement à tirer est que des progrès appréciables en matière de développement humain peuvent être accomplis même dans les pays où

le revenu par habitant est encore faible en utilisant systématiquement des interventions bien planifiées de l'État, dans un contexte de vive croissance économique.

13. **M. Kazi** (Observateur du Bangladesh) dit que Sri Lanka a amplement démontré une ferme volonté d'assurer à tous les habitants des soins de santé de base. Les indicateurs de développement humain de Sri Lanka sont remarquables et montrent qu'un investissement soutenu dans le capital humain, même avec des ressources limitées, est très fécond. Malgré trois décennies de conflit violent, Sri Lanka s'est systématiquement placé à une place élevée sur l'échelle du développement humain par rapport aux autres pays de la région. Sa réalisation la plus éloquente est le maintien d'un taux d'alphabétisation élevé, qui n'a pas manqué d'avoir un effet positif sur le système de soins de santé. Il a démontré une capacité notable de relever les défis, comme l'atteste le progrès régulier vers la réalisation de la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement.

14. Le tsunami de 2004 a fortement sollicité le système de soins de santé à Sri Lanka, mais une bonne gestion de la crise a permis d'éviter une catastrophe sanitaire. Il voudrait savoir comment Sri Lanka a intégré ses stratégies de santé publique dans son dispositif de réduction des risques et de planification préalable en prévision de catastrophes.

15. La coexistence d'une médecine publique et d'une médecine privée à Sri Lanka offre des possibilités et présente des difficultés. Il souhaiterait savoir quels modèles de partenariat public-privé sont envisagés pour garantir l'efficacité du système de santé. Le gouvernement étudie-t-il des systèmes d'assurance-maladie, comme moyen de trouver des ressources privées?

16. En 2006 et 2007 à Sri Lanka, 97,6 % des accouchements ont été le fait d'accoucheuses qualifiées, ce qui a permis de réduire notablement la mortalité maternelle. Comment est-on parvenu à une proportion si élevée? Il aimerait avoir un complément d'informations sur la méthode suivie par Sri Lanka pour lutter contre les maladies non transmissibles et les caractéristiques de son plan directeur de santé publique – une pratique optimale qui pourrait être reproduite dans son propre pays.

17. **M. Alviarez** (Observateur de Cuba) dit que l'exposé de Sri Lanka donne une image claire des

efforts accomplis par ce pays pour réaliser la justice sociale et l'équité, lutter contre la pauvreté et encourager le développement. Tout cela a été réalisé en dépit d'obstacles nombreux, notamment des catastrophes naturelles, une guerre civile prolongée qui a fait beaucoup de morts, et le statut de Sri Lanka comme pays en développement fonctionnant dans un système économique et financier international injuste. Sri Lanka a systématiquement appliqué des politiques visant l'accès universel à la santé publique, à l'éducation et aux programmes de protection sociale, tout en obtenant de bons résultats dans le domaine du développement humain.

18. S'agissant de la santé publique, Sri Lanka a maîtrisé les maladies contagieuses et fait de la prévention et du traitement du sida une priorité. Le pays a avant tout lancé un plan directeur de santé publique, dont l'objectif est de garantir à tous l'accès à des soins modernes et de qualité, en mettant l'accent sur les besoins des groupes vulnérables et pauvres.

19. Le système de santé de Sri Lanka a montré sa capacité d'adaptation pendant la crise provoquée par le tsunami en 2004. Il voudrait à ce sujet souligner l'importance de la coopération internationale, non seulement pour atténuer les effets des catastrophes naturelles mais aussi pour exercer pleinement le droit au développement.

20. Sri Lanka a fait de bons progrès dans la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement. Son gouvernement a cependant admis que les progrès étaient inégaux dans le pays en fonction de la région et du niveau de revenu, et il prend des mesures pour rectifier cette situation. Il note avec satisfaction que le gouvernement a pris des mesures pour atteindre les objectifs 1, 3 et 7 des OMD et est en passe d'élaborer des stratégies permettant de réaliser les autres objectifs.

21. Les progrès appréciables réalisés par Sri Lanka dans le domaine du développement social, et notamment la santé publique, n'auraient pu avoir lieu sans la volonté politique manifestée par le gouvernement et sans des ressources financières adéquates. Il se demande à ce sujet si le niveau de l'aide internationale accordée à Sri Lanka est suffisant pour ses besoins, quel effet la crise financière et économique internationale a eu sur les fonds alloués à la santé publique, et quelles solutions le gouvernement envisage pour financer adéquatement les tâches

futures. Il aimerait avoir un complément d'informations sur les mesures prises à Sri Lanka pour assurer les soins au lendemain de la guerre civile récemment achevée et, en particulier, sur le niveau de l'aide internationale reçue par le pays pour l'aider dans cette tâche.

22. **M. Copinathan** (Inde) félicite Sri Lanka du succès des efforts faits pour atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international. Les réalisations dans le secteur de la santé publique – au milieu d'une longue guerre civile – sont remarquables non seulement dans la région, mais par rapport à certains pays développés. Il souhaite savoir quels sont les principaux éléments qui expliquent le succès du pays dans le secteur de la santé, et quelle a été la tendance des dépenses publiques de santé ces dernières années.

23. Sri Lanka se trouve maintenant face aux difficultés du lendemain d'un conflit, et doit notamment s'occuper des milliers de personnes déplacées, leur fournir des médicaments et du matériel et trouver du personnel qualifié. Il aimerait avoir des informations sur la façon dont Sri Lanka envisage de faire face à ces problèmes. Les ressources financières étant indispensables, il aimerait avoir des informations sur la quantité d'aide reçue par Sri Lanka de la communauté internationale.

24. **M. Chen Zhu** (Chine) dit que Sri Lanka a surmonté des difficultés appréciables pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement s'agissant par exemple de la santé maternelle et infantile, et qu'il est un exemple pour d'autres pays en développement. Tout comme Sri Lanka, la Chine se heurte aux problèmes des maladies non transmissibles et au vieillissement de la population. Il se demande quelles mesures Sri Lanka envisage à cet égard. Il espère pouvoir échanger des informations et des idées sur la progression des objectifs du Millénaire pour le développement.

25. **M. Alviarez** (Venezuela) félicite le Gouvernement sri lankais pour la situation des droits économiques, sociaux et culturels dans l'île, et en particulier le droit à la santé – droit fondamental et inaliénable, intrinsèque à la vie. Il encourage le gouvernement à continuer dans la voie qu'il a choisie et à se concentrer en particulier sur les questions de nutrition, de santé publique et d'éducation, de plein emploi et d'équipement. Il aimerait savoir quelle aide

financière et humanitaire Sri Lanka a reçue de la communauté internationale, en particulier des pays développés et des organismes internationaux compétents, pour pérenniser l'accord de paix récemment conclu et surmonter les effets du conflit armé qui a duré plus de 30 ans.

26. **M. Khan** (Pakistan) dit que grâce à un investissement soutenu dans les services publics, à l'enseignement gratuit, aux soins gratuits, aux subventions alimentaires et aux crédits subventionnés, Sri Lanka a pratiquement réalisé l'éducation primaire pour tous, des taux d'alphabétisation supérieurs à 90 % et une augmentation de l'espérance de vie, tout en étant en passe d'atteindre les OMD correspondants. Le retour à une situation normale après des décennies de conflit accélérera ce processus. Il apprécie le fait que tous, à Sri Lanka, ont accès à un centre de soins dans un rayon de trois kilomètres, et que presque toutes les maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination ont été éliminées ou effectivement maîtrisées. Il demande quelles mesures sont prises pour introduire la médecine ayurvédique traditionnelle dans le système général de soins de santé, et comment améliorer sa sécurité et son efficacité; comment le Gouvernement sri lankais envisage d'équilibrer des demandes concurrentes de financement de la santé publique dans un contexte de vieillissement de la population et d'alourdissement des effets des maladies non transmissibles, et si le rythme constant des dépenses publiques allant à la santé et à l'éducation s'explique par des dispositions qui se trouveraient dans la Constitution, par une stratégie à long terme ou plutôt par des décisions prises par les gouvernements successifs.

27. **M. Chebihi** (Algérie) dit que beaucoup de pays peuvent tirer des enseignements des succès de Sri Lanka, obtenus malgré 30 années de conflit. Il souhaiterait en savoir plus sur le montant de l'aide internationale reçue par Sri Lanka et demande à la communauté internationale d'augmenter son soutien pour aider Sri Lanka à surmonter les difficultés rencontrées, telles que le grand nombre de personnes déplacées par suite du conflit et les effets des catastrophes naturelles.

28. **M^{me} Jameel** (Observatrice des Maldives) dit que Sri Lanka montre que moyennant la volonté politique nécessaire presque toutes les difficultés peuvent être surmontées. Par exemple, Sri Lanka a beaucoup mieux surmonté les effets du tsunami que les Maldives. Elle

est convaincue que Sri Lanka se montrera à la hauteur face aux problèmes des personnes déplacées par le conflit. Elle pense que Sri Lanka devrait partager son expérience dans d'autres instances, pour le grand bien des pays qui connaissent des difficultés semblables. Enfin, elle demande comment Sri Lanka a intégré la médecine ayurvédique traditionnelle dans le système de soins de santé et comment le pays a pu fournir à sa population des soins gratuits.

29. **M^{me} Skalli** (Maroc) fait observer les progrès exemplaires de Sri Lanka dans la réalisation des OMD et demande un complément d'informations sur les résultats obtenus dans la réduction de la mortalité maternelle. Elle se demande si ce succès peut être attribué en partie aux efforts effectués pour éliminer la violence contre les femmes et assurer l'égalité des sexes. Elle souhaiterait avoir des informations sur la situation actuelle concernant l'interruption volontaire de grossesse. S'agissant du domaine politique, elle demande si les femmes sont bien représentées dans les instances nationales et locales et s'il y a une authentique participation aux affaires de gouvernement.

30. **M^{me} Basilio** (Philippines) dit que Sri Lanka a accompli des progrès remarquables dans la santé publique, dont les soins sont dispensés à tous les habitants, et aussi vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Elle est convaincue que Sri Lanka parviendra à répondre aux besoins des personnes déplacées dans le Nord et l'Est du pays et souhaite en savoir plus sur ce qu'il faut faire et comment la communauté internationale pourrait apporter son aide.

31. **M. Kahandaliyanage** (Observateur de Sri Lanka) dit qu'avec l'aide de partenaires comme la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé, son gouvernement a fait de la prévention des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé une priorité publique. S'agissant de la structure du système de santé, il dit que les soins privés sont accessibles à ceux qui peuvent les payer mais qu'il existe aussi un filet de sécurité en matière de soins. La volonté de Sri Lanka de créer un système complet de soins a joué un rôle majeur dans la réduction de la mortalité maternelle; par exemple, on compte une sage-femme pour 3 000 habitants. La mortalité maternelle est ainsi tombée de 4,3 pour 10 000 naissances vivantes en 1991 à 1,97 en 2003, et l'OMD correspondant sera assurément atteint. L'égalité des sexes est encouragée;

il existe un ministère de la condition féminine et du développement, et les femmes sont très bien représentées dans la vie politique à tous les niveaux des institutions de gouvernement.

32. Avec l'aide des partenaires internationaux, le Gouvernement sri lankais satisfait les besoins de la population déplacée en matière de soins et entend parachever la réinsertion de celle-ci dans les six mois. La médecine ayurvédique traditionnelle est intégrée dans les systèmes de santé et il y a même un ministère distinct de la médecine traditionnelle. Le système de santé est financé par les secteurs privé et public, à 52 % et 48 % respectivement, tandis que 5 % de la part du secteur public vient de l'extérieur du pays.

33. Il souligne que Sri Lanka, dès les années 30, a recherché un système fondé sur le principe de l'enseignement gratuit et de la gratuité des soins, ainsi que sur le suffrage universel et la démocratie. Le pays a également profité d'une culture qui a toujours valorisé une pratique de bonne santé encouragée par des dirigeants traditionnels, avant même l'introduction de la médecine occidentale.

34. **M. Mettan** (Animateur) remercie les participants de ce fécond échange de vues. Il invite le Soudan à présenter sa communication au Conseil.

35. **M. Salih Fedail** (Soudan) remercie le Conseil du soutien qu'il apporte au Soudan pour surmonter les nombreuses difficultés qu'il connaît et pour l'occasion qu'il lui donne de faire une communication à ce sujet. Il souligne cependant que les difficultés comportent également des perspectives intéressantes : la fin du conflit dans le Sud du Soudan a par exemple permis d'y encourager le développement, de renforcer le secteur de l'éducation et d'y améliorer les soins de santé.

36. Il rappelle l'attachement de son gouvernement à la paix, base du développement de toutes les régions du Soudan. Même dans les zones déchirées par le conflit, son gouvernement a tout fait pour en atténuer les effets; par exemple, c'est grâce à cela qu'il n'y a pas eu d'épidémie au Darfour. L'aide apportée par les Nations Unies a été décisive dans la gestion des situations post-confliktuelles au Soudan, et pourtant moins d'un tiers de l'aide annoncée après l'accord de paix de 2005 a été reçue. De même, alors que près de 5 milliards de dollars avaient été annoncés à la Conférence des donateurs, tenue en 2008 à Oslo, une très faible partie en a été reçue à ce jour. Il dit que le peuple soudanais

doit pouvoir vivre dans la paix et qu'il faut pour cela une aide internationale.

37. **M^{me} Al Basher** (Soudan), accompagnant son exposé de diapositives informatisées, rappelle que le Soudan est un pays très vaste, qui a des frontières généralement ouvertes avec neuf pays, et dont la population est dispersée dans le territoire, les grandes agglomérations étant peu nombreuses. Il y a ainsi un exode interne de la population, causé par le conflit, la sécheresse, la désertification et les inondations. L'analphabétisme est important, en particulier chez les femmes, et la connaissance des problèmes de santé est généralement très faible.

38. Le système de santé comprend trois niveaux : le gouvernement fédéral formule des politiques et des stratégies, mobilise des ressources et assure le suivi, la coordination, la formation et les relations extérieures; les 25 États de la fédération appliquent des politiques nationales selon les directives fédérales en utilisant des fonds fédéraux; les administrations locales, plus de 200, appliquent les politiques nationales et celles des États et assurent les services de soins de santé primaires.

39. Les dépenses consacrées aux soins de santé sont faibles, 5 % environ du budget national. Le système de soins est fragmenté et dispensé par de multiples réseaux. Son gouvernement a néanmoins établi des conseils de coordination sanitaire à tous les niveaux du système de santé; tous les partenaires sont représentés afin d'améliorer la coordination des soins, surveiller l'évolution des politiques et suivre leur application. Avec 1,5 soignant pour 1 000 habitants, le Soudan manque cruellement de personnel soignant. Il faudrait beaucoup plus de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes et autres soignants. La situation est encore aggravée par une rotation rapide, en particulier pour les médecins et par la concentration des soignants dans l'État de Khartoum. Dans les autres États, le pourcentage de la population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de soins va de 32 à 98 %.

40. En ce qui concerne l'objectif 1 des OMD, l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim, elle dit que le pourcentage d'enfants dans les diverses régions du pays qui souffrent d'une grave insuffisance pondérale va d'un peu moins de 4 % à 20 %, avec une moyenne nationale de 9,4 %. Quant à l'objectif 2, l'éducation primaire universelle, elle dit que la scolarisation primaire va d'environ 12 % à 95 % avec

une moyenne nationale de 53,7 %. Une moyenne de 90,3 % des enfants terminent l'école primaire dans le pays, avec des taux situés entre 10 et près de 100 % dans les diverses régions du pays. Pour ce qui est de l'objectif 3, l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes, la proportion filles/garçons dans le primaire est de 0,93.

41. Quant à l'objectif 6, lutte contre le sida, le paludisme et d'autres maladies, elle dit que 4 % seulement de la population a une connaissance suffisante des moyens de prévenir la transmission du VIH; au niveau national, environ 49,4 % des enfants de moins de 5 ans dorment sous des moustiquaires imprégnés d'insecticides, la moyenne dans le pays allant de 28,8 % à 82,5 %. L'objectif 7 est la stabilité environnementale, elle dit que 56,1 % de la population a accès à une eau potable améliorée, avec des moyennes régionales allant de 22 à 80 %; la moyenne nationale pour l'accès aux installations d'assainissement est de 31,4 %, les moyennes régionales allant de 12 à 83 %.

42. Les statistiques qu'elle cite proviennent de l'Enquête de 2006 sur la santé des ménages au Soudan, qui est en fait la seule source de données nationales disponibles. Auparavant on ne disposait que de données régionales. Ce manque de données, en particulier de données à jour, fait qu'il est difficile de mesurer les tendances et les indicateurs. Pour ce qui est de l'objectif 4, réduction de la mortalité infantile, elle dit que ces indicateurs varient de 52,37 à 150,7 pour 1 000 naissances vivantes, avec une moyenne nationale de 80,77; la mortalité des moins de 5 ans, se situe entre 60 et 200 pour 1 000, avec une moyenne nationale de 112,18.

43. Quant à l'objectif 5, amélioration de la santé maternelle, elle dit que les contraceptifs sont très peu utilisés, de 2,1 à 22,4 % selon la région, avec une moyenne nationale de 7,8 %. En moyenne, 58,1 % des accouchements sont surveillés par du personnel qualifié, ce taux allant de moins de 20 % à près de 100 %. À ce sujet, elle précise que le niveau de formation dispensée aux sages-femmes au Soudan n'est pas suffisant pour en faire des accoucheuses qualifiées. Le taux de mortalité maternelle national, 1 106,7 pour 100 000, est le plus élevé de la région et l'un des plus élevés au monde, allant, à travers le pays, de 93,6 à 2 327,2 pour 100 000 naissances vivantes.

44. Pour améliorer cette situation, son gouvernement applique diverses politiques qui concernent la santé nationale, la santé procréative et la santé de l'enfance. Le gouvernement a par exemple décidé d'assurer la gratuité des soins de survie aux enfants de moins de 5 ans, des accouchements et des césariennes. Il révisé les programmes de formation des sages-femmes pour qu'elles aient une qualification suffisante comme accoucheuses qualifiées : les élèves infirmières peuvent recevoir une formation de deux ans pour devenir sage-femme, ou suivre un programme plus complet d'accoucheuse qualifiée d'une durée de quatre ans. En attendant le moment où toutes les sages-femmes seront qualifiées, l'actuel système continuera afin d'éviter une réduction de la proportion d'accouchements surveillés.

45. Plusieurs initiatives sont en cours pour améliorer la santé infantile et maternelle. Dans le cadre de l'initiative accélérée pour la survie de l'enfant du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et ses campagnes à forte impulsion initiale et à impulsions répétées, les enfants et les femmes en âge de procréer bénéficieront d'interventions dans des domaines tels que la vaccination, les suppléments nutritionnels et une éducation sanitaire élémentaire. Un projet prévoyant l'envoi de cliniques mobiles dans les zones mal desservies a été lancé et plus de 200 hôpitaux et centres de soins sont en train d'être modernisés. Un projet consistant à assurer un service centralisé d'ambulances a de même été lancé dans divers districts et 115 ambulances y participent actuellement.

46. On constate une volonté politique grandissante de s'occuper de la santé maternelle et infantile. Un haut conseil de la réduction de la mortalité infantile et maternelle a été créé; il comprend des représentants de tous les groupes intéressés, et des conseils semblables ont été créés dans chacun des États. Mais un soutien beaucoup plus important est nécessaire de la part des partenaires internationaux, notamment pour coordonner et allouer des ressources qui sont maigres. Un atelier a eu lieu en février 2007 pour faire des recommandations sur les moyens d'améliorer la santé maternelle et infantile.

47. Il existe pourtant des interventions efficaces de réduction de la mortalité maternelle : à la maternité d'Omdurman par exemple, le taux de mortalité maternelle a été ramené de l'équivalent de 216 pour 100 000 naissances vivantes en 2003 à 28 pour 100 000

naissances vivantes en 2007. Elle engage donc la communauté internationale à aider le Soudan à dispenser des soins de qualité aux mères et aux enfants et, ce faisant, à saluer la mémoire de tous les Soudanais qui sont morts prématurément faute de soins.

48. **M. Chen Zhu** (Chine) note avec intérêt les efforts déployés par le Soudan pour prévenir et maîtriser les maladies infectieuses et améliorer la santé des Soudanais. Le Soudan a fait des progrès considérables dans la réalisation des OMD relatifs à la santé publique en dépit des problèmes qu'il rencontre au niveau de l'infrastructure et des ressources humaines. Beaucoup reste encore à faire pour renforcer les services médicaux au Soudan. L'expérience de la Chine a montré que la réforme et la croissance économique ne conduisent pas automatiquement à un développement du système de soins de santé. Le Soudan doit tirer parti de ses bons résultats économiques pour améliorer les soins et les établissements sanitaires, et notamment les soins de santé primaires. Cela lui permettra de faire face aux nouvelles maladies infectieuses et de lutter contre les maladies chroniques. Il demande quel pourcentage du produit intérieur brut est consacré aux éléments physiques du service de soins de santé du Soudan, et comment les médecins sont répartis dans la population. La communauté internationale doit accroître son aide au Soudan pour lui permettre de résoudre les problèmes du secteur de la santé.

49. **M. Jazaïry** (Algérie) dit que si certains progrès ont bien été faits, s'agissant par exemple de l'accès à l'eau potable propre, le Soudan continue à avoir du mal à réaliser les OMD et, en particulier, à éliminer la pauvreté. Dans le Nord du pays, 50 à 60 % de la population est pauvre, et ce pourcentage est encore plus élevé dans le Sud. La mortalité maternelle demeure élevée et le Soudan a du mal à dispenser des soins adéquats à une population très dispersée. Néanmoins, il salue les efforts considérables faits par le Gouvernement soudanais dans des circonstances difficiles et l'assure de son appui sans réserve, pour sa stratégie de développement national et son plan quinquennal de développement à moyen terme 2007-2011. Le conflit au Darfour a détourné l'attention du gouvernement de la nécessité de réduire les disparités régionales et la pauvreté, et cela a ralenti le développement du pays. Il encourage le gouvernement à poursuivre les efforts qu'il déploie pour éliminer la pauvreté et la sous-alimentation et atteindre les buts

fixés d'éducation primaire pour tous, d'égalité entre les sexes et de défense des droits des femmes, de réduction de la mortalité infantile et de l'amélioration de la santé maternelle, de lutte contre le sida et autres maladies, de préservation de l'environnement et de création d'un partenariat international pour le développement. La croissance remarquable du produit intérieur brut, qui s'élevait à 11 % en 2007, a dégagé des avantages qui ne sont pas également répartis pour entraîner une réduction durable de la pauvreté. Des ressources financières supplémentaires doivent être consacrées à l'élimination de la pénurie de capacités institutionnelles et humaines et à assurer l'universalité des soins, en améliorant l'accès à ceux-ci et le système de santé lui-même. La communauté internationale doit apporter au Soudan une aide suffisante pour l'aider à résoudre les difficultés mentionnées dans son rapport.

50. **M. Pino Álvarez** (Observateur de Cuba) dit qu'en dépit du conflit qui, depuis de nombreuses années, dévaste le pays, le Gouvernement soudanais s'est efforcé d'éliminer la pauvreté, de réduire la mortalité maternelle et infantile et de lutter contre les maladies infectieuses comme le sida. L'essentiel est de manifester la volonté politique de réaliser les OMD. Dans les pays en développement, l'aide publique au développement et la coopération internationale sont des moyens importants d'atteindre les OMD. Il demande dans quels domaines particuliers de son programme de santé publique, le Soudan utiliserait au mieux un complément de coopération internationale et de ressources. Il accueille avec satisfaction l'information donnée dans les diapositives montrées sur le projet de cliniques mobiles, qui est un bon exemple que d'autres pays en développement pourraient imiter. Il demande comment ce projet fonctionne en pratique.

51. **M. Miyagawa** (Japon) suggère que le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine, qui a exécuté un certain nombre de projets par le canal du Programme des Nations Unies pour le développement, pourrait aider, avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), à lancer un projet de "maternité sans risque" au Soudan. Il demande si, de l'avis du Gouvernement soudanais, un tel projet serait viable.

52. **M^{me} Basilio** (Philippines) salue les politiques suivies par le Soudan pour améliorer l'état nutritionnel de la population. Elle note que le programme élargi de vaccination atteint désormais le chiffre remarquable de

83,9 % de la population. Elle accueille aussi avec intérêt les réformes qui ont été instituées pour améliorer les compétences du personnel soignant, par exemple par la refonte de la formation des sages-femmes. Elle encourage le Gouvernement soudanais à continuer à coopérer avec la communauté internationale et avec les divers organismes des Nations Unies pour améliorer la santé des Soudanais.

53. **M^{me} Bered de Corms** (Brésil) dit que les difficultés rencontrées par le Soudan pour améliorer son système de soins de santé sont compréhensibles étant donné l'étendue du territoire et le caractère dispersé de la population du pays. Elle espère que le Soudan persévéra dans l'amélioration des services de soins et, en particulier, qu'il parviendra à réaliser les OMD relatifs à la mortalité infantile et maternelle. Elle demande quelles mesures supplémentaires la communauté internationale pourrait prendre pour aider le Soudan à cet égard.

54. **M. Hackett** (Barbade) dit que le Soudan a choisi son action sagement en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et qu'il a fait de remarquables progrès en dépit des énormes difficultés avec lesquelles il est aux prises. Le Conseil devrait peut-être appeler à un partenariat plus large entre le Soudan et la communauté internationale comme moyen de l'aider à réaliser les OMD relatifs à la santé publique.

55. **M. St Aimee** (Sainte-Lucie) rappelle que le Soudan, qui a présidé le récent Sommet de l'Union africaine, a souligné alors la nécessité d'assurer la sécurité sur son territoire. Il faudrait adopter une méthode préventive en matière de nutrition et d'éducation pour aider à améliorer la sécurité.

56. **M^{me} Aitimova** (Kazakhstan) dit que le Soudan accomplit des efforts héroïques pour pourvoir à ses besoins sociaux en dépit d'une insécurité grave. Elle se joint à l'appel exhortant les États Membres à s'acquitter de leurs obligations à l'égard du Soudan. L'assistance coordonnée demandée par le Soudan doit-elle venir principalement de la communauté internationale ou des organismes des Nations Unies?

57. **M^{me} Al Basher** (Soudan), s'inspirant des observations et des questions des autres délégations, répond qu'un soutien coordonné est nécessaire pour améliorer le système de santé et ce soutien, pour attirer des ressources extérieures, doit venir des organismes et programmes mentionnés dans la présentation des diapositives, en particulier l'Alliance mondiale pour

les vaccins et la vaccination (GAVI). Il est impératif que le Soudan réduise la mortalité maternelle et infantile. Quant à la répartition du personnel soignant dans le pays, le Soudan a récemment amorcé un processus de "rotation des soignants" pour éliminer les inégalités entre les régions et assurer ainsi une couverture universelle des soins.

58. **M. Salih Fedail** (Soudan) ajoute que l'information fournie dans le rapport a été réunie en 2006, un an seulement après la fin d'une longue guerre, délai trop court pour que l'on perçoive des différences. De plus, certaines régions ont été affectées plus que d'autres par la guerre, ce qui explique les divergences considérables dans les statistiques des diverses parties du pays dans tous les secteurs, notamment la santé. La prochaine enquête sur les ménages, en 2010, devrait donner des indicateurs nouveaux et fiables. Le Gouvernement soudanais s'efforce actuellement de réaliser un développement équilibré. Il remercie le Japon pour sa contribution, dont la forme est exemplaire et pourrait servir de modèle à d'autres pays.

Manifestations spéciales sur l'Afrique et les pays les moins avancés : les partenariats et la santé – faire correspondre les résultats en matière de santé et le développement humain

59. **La Présidente** invite M. Diarra, Secrétaire général adjoint, Conseiller spécial pour l'Afrique et Haut Représentant pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral, les petits États insulaires en développement, à coprésider la manifestation spéciale sur l'Afrique et les pays les moins avancés, et M^{me} Mafubelu, Sous-Directrice générale pour la santé familiale et communautaire à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à animer le débat. Elle accueille les participants au groupe d'étude (panel), M. Daraloy, Ministre de la santé de la République démocratique populaire lao et M. Yankey, Ministre de la santé du Ghana.

60. **La Présidente** dit que le système des Nations Unies constate avec préoccupation le retard mis par l'Afrique et les pays les moins avancés à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé avant 2015. La lenteur des progrès, s'agissant des objectifs relatifs à la santé publique, s'explique par de graves lacunes dans d'autres secteurs du développement, par la fragilité et le caractère fragmentaire des systèmes de santé, par une crise dans le recrutement des soignants et la

persistance de l'inégalité dans l'accès à des soins vitaux.

61. L'incidence de la crise économique mondiale sur la santé publique se fait sentir tout particulièrement en Afrique et dans les pays les moins avancés, et cela s'aggraverait si l'aide publique au développement et les autres parts de financement du développement diminuent. Le manque de soignants qualifiés et suffisamment rémunérés est un problème qu'il faut résoudre d'urgence, de même que la nécessité de trouver durablement des médicaments et des vaccins et de disposer de systèmes d'information fiables pour suivre les tendances sanitaires et épidémiologiques. Un système de santé efficace dépend de la fourniture de soins adaptés aux patients, à tous les niveaux, d'une gouvernance équitable et participative ainsi que d'une utilisation judicieuse des ressources. La communauté internationale a une occasion sans précédent de porter au maximum l'intérêt des partenariats mondiaux pour l'Afrique et les PMA de façon à répondre aux grands problèmes de santé publique. Les partenariats réunissant des acteurs multiples sont en effet la clef de la réalisation des OMD et assurent une réponse cohérente et concertée aux problèmes sanitaires.

62. **M. Diarra** (Secrétaire général adjoint, Conseiller spécial pour l'Afrique et Haut Représentant du Secrétaire général pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement) dit que la communauté internationale est bien consciente des besoins pressants des pays les plus pauvres et les plus vulnérables ainsi que de l'énormité de la tâche qu'ils ont à accomplir pour réaliser ceux des OMD qui concernent la santé publique. Malgré les progrès constants réalisés à cet égard et malgré les extraordinaires efforts de coordination, la réalisation des autres OMD demeurerait hors de portée sans une réflexion bien ciblée sur les besoins sanitaires des plus pauvres.

63. Une discussion franche sur l'état des soins de santé en Afrique et dans les PMA est indispensable pour tout vrai débat sur la santé publique dans le monde. Le débat doit porter sur : la nécessité de renforcer les systèmes de santé; l'élimination des écarts critiques de l'accès aux soins, ce qui suppose la mise en œuvre de mesures d'élimination de la pauvreté et de stratégies nationales de développement pour réaliser les OMD; la crise du personnel soignant, aggravée par l'exode des compétences vers les pays plus riches; et l'impératif d'un partenariat à acteurs

multiples répondant bien aux besoins de l'Afrique et des PMA. Il est également essentiel que les donateurs honorent les engagements pris, en dépit de la récession économique mondiale.

64. La communauté internationale doit continuer à lutter contre le sida, le paludisme et la tuberculose, sans oublier les maladies chroniques non transmissibles et les maladies apportées par le changement climatique. Ces dernières ne pourront qu'alourdir le fardeau déjà lourd qui pèse sur les systèmes de soins en Afrique et dans les PMA.

65. Le Conseil est dans une position unique d'exercer un effet catalyseur au niveau ministériel, en encourageant la réalisation des OMD liés à la santé publique et l'adoption d'une conception des soins qui soit favorable au progrès socioéconomique.

66. **M^{me} Mafubelu** (Organisation mondiale de la santé – OMS), Animatrice, dit que le temps presse devant la date butoir pour la réalisation des OMD, qui tous ont des incidences pour la santé publique. La communauté internationale ne doit pas oublier qu'environ 97 % du fardeau de morbidité maternelle et de mortalité infantile concernent les pays en développement, surtout en Afrique et dans les PMA. Il est donc essentiel de réfléchir aux moyens de renforcer les systèmes de soins, d'atténuer les écarts de la couverture des soins et de maximiser la coopération. Elle encourage les deux participants au groupe d'étude (panel) à limiter leur exposé à cinq minutes pour laisser au Conseil assez de temps pour un dialogue.

67. **M. Dalaloy** (Observateur de la République démocratique populaire lao) dit que dans un monde globalisé, postindustriel, le développement durable dépend d'une bonne intégration des politiques sanitaires et environnementales. Beaucoup de pays ont sagement investi dans l'une et l'autre en dépit de la crise économique mondiale. Des initiatives sanitaires à l'échelle mondiale supposent des ressources suffisantes, une organisation et une infrastructure adéquates, mais dans les pays en développement les systèmes de soins et la participation locale demeurent fragiles.

68. La République démocratique populaire lao a réussi à se doter de capacités en matière de santé publique et à atteindre les cibles fixées grâce à une vue claire, des objectifs précis, des stratégies appropriées et aux méthodes d'application proposées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le

paludisme dans le pays. Le Gouvernement lao, pour sa part, a fait de son mieux pour encourager un sentiment d'appropriation, la transparence, l'efficacité et la responsabilité mutuelle. Cependant, les diverses initiatives sanitaires mondiales sont mal intégrées dans son pays et dans le système de soins de celui-ci, le sentiment d'appropriation est faible, et il est difficile d'harmoniser les critères appliqués avec d'autres pays; il se pose aussi des problèmes liés à la composition du mécanisme national de coordination.

69. La situation est compliquée par le fait que son pays a une population pluriethnique, peu nombreuse, que le niveau de développement y est très variable, et qu'il y a de nombreuses langues, coutumes et modes de vie. Environ 80 % du peuple lao vit à la campagne, dans des régions montagneuses difficiles d'accès. Dans la période de transition qui a suivi le conflit, la pauvreté reste encore très courante en raison de l'absence d'accès aux marchés, d'une éducation insuffisante et de soins de santé défectueux. Les superstitions et tabous locaux ont encore compliqué les efforts déployés pour remédier aux urgences sanitaires. Il est impératif de renforcer l'instruction sanitaire élémentaire pour surmonter, dans le domaine de la santé publique, les difficultés soit préexistantes soit nouvelles liées au changement des modes de vie. L'information, l'éducation et la communication sont donc des éléments essentiels pour améliorer la participation locale et renforcer les systèmes de soins à partir de la base. Des stratégies ont été conçues pour abandonner l'agriculture sur brûlis et encourager le développement rural. Les piliers du développement du pays sont l'agriculture, les communications, l'éducation et la santé, et cette dernière est essentielle pour réduire la pauvreté et la superstition. Un projet de village modèle sain, centré sur la mère et l'enfant dans la famille et à l'école, comporte la distribution de trousseaux médicaux de village à des volontaires appartenant à des tribus nomades, le remplacement des accoucheuses traditionnelles par des sages-femmes qualifiées, des soins de planification familiale et des soins prénatals, la promotion de l'allaitement maternel, la gestion intégrée des maladies de l'enfance, l'adduction d'eau potable et l'assainissement. Dans le cadre des efforts entrepris pour encourager des conditions de vie hygiéniques, les habitants sont invités à abandonner la pratique consistant à abriter à la fois les hommes et les animaux dans un même espace, et à utiliser des moustiquaires imprégnés d'insecticides pour écarter le risque de paludisme et de dengue. La

malnutrition devrait être éliminée dans le cadre d'initiatives de planification préalable en prévision des catastrophes naturelles et des épidémies et, à cette fin, il est essentiel d'organiser une instruction sanitaire élémentaire et la participation de la population locale. Les écoles, la société civile, les dirigeants religieux, les dirigeants d'opinion et la presse ont aussi un rôle critique à jouer dans la transmission des messages relatifs à la santé publique.

70. Les cibles des OMD relatives à la santé de l'enfant sont réalisables en RDP lao, mais celles relatives à la santé maternelle demeurent difficiles à atteindre en raison de l'insuffisance de formation des sages-femmes. Le système de santé lao a été correctement conçu, mais il subsiste une grave pénurie de soignants qualifiés au niveau des villages. Une aide technique et financière est nécessaire pour renforcer le système de santé publique et son gouvernement est prêt à coopérer avec de nouvelles initiatives sanitaires mondiales à cette fin.

71. **M^{me} Mafubelu** (animatrice du débat) invite le deuxième participant au groupe d'étude (panel), M. Spia-Adjah Yankey, Ministre de la santé du Ghana à faire son exposé.

72. **M. Spia-Adjah Yankey** (Observateur du Ghana) dit que l'Afrique et le reste du monde en développement devront faire une utilisation durable de la science et la technologie pour atteindre les OMD. La technologie est en quelque sorte l'application du savoir à la satisfaction des besoins fondamentaux. Il y a eu des progrès remarquables dans la connaissance médicale élémentaire et de pointe, dans les traitements et les techniques médicales, mais la question est de savoir si cette évolution a en fin de compte amélioré les soins pour tous et, si ce n'est pas le cas, comment on doit procéder. Alors que ces avancées ont amélioré les soins dans les pays développés, on ne peut dire la même chose de l'Afrique et du reste des pays en développement. Trop nombreux sont les enfants qui meurent de maladies évitables qui peuvent être facilement guéries, et des jeunes mères continuent à mourir pendant l'accouchement ou de maladies qui sont éradiquées depuis longtemps dans certaines parties du monde.

73. L'espoir pour l'Afrique et les autres pays en développement réside dans leur aptitude à comprendre la pertinence de techniques simples actuellement disponibles pour les politiques et programmes de santé

publique. Manifestement, si ces pays ont beaucoup de mal à atteindre les OMD c'est parce qu'ils manquent des ressources voulues pour acquérir et déployer les techniques nécessaires. L'énorme fardeau de morbidité qui continue à frapper les PMA ponctionne leurs ressources, et pourtant il n'y a pas d'autres choix que de dépenser encore plus pour maîtriser les maladies. Au Ghana, le paludisme à lui seul coûte 732 millions de dollars par an si on inclut le coût du traitement et les pertes indirectes pour l'économie. Le développement de l'infrastructure sanitaire est en retard faute d'investissements suffisants dans le secteur et cette situation est aggravée par la récession mondiale. Dans beaucoup de villages, il n'y a toujours pas de centres de soins élémentaires et cela compromet gravement la capacité du Ghana d'atteindre les OMD.

74. Le monde a enfin compris la nécessité d'aider l'Afrique et les PMA dans les efforts qu'ils font pour mettre au point des systèmes de santé et déployer des interventions à appliquer à chaque maladie. Les partenaires mondiaux de l'œuvre sanitaire ont été très utiles en fournissant au Ghana et à d'autres pays africains un soutien financier et technique, et le Ghana les remercie de cet effort. Il faut maintenant peut-être réexaminer la question de savoir comment procéder pour aider ces pays à mettre au point leur propre système de soins de santé, faute de quoi il ne peut y avoir de lutte réussie contre certaines maladies précises.

75. Le moment est venu pour l'Afrique et les PMA d'utiliser toutes les technologies disponibles pour atteindre les OMD. Des techniques simples, comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide et le vaccin contre le paludisme actuellement à l'essai, pourraient être utilisées pour enrayer des maladies qui tuent des enfants dans toute l'Afrique, et réduire ainsi la mortalité infantile. Au Ghana, un tiers des décès d'enfants de moins de 5 ans sont causés par le paludisme; grâce à l'utilisation massive de ces interventions, le taux de mortalité infantile a diminué de 30 % entre 2003 et 2008; si ces interventions étaient augmentées, ce taux pourrait encore diminuer. Le Ghana s'emploie aussi à encourager une planification sanitaire au niveau local en faisant appel à la population locale pour fournir des soins dans les zones rurales. Des locaux ont été aménagés dans ces zones pour que les soignants entreprennent des activités d'ouverture à la population en fournissant les traitements; et il est prévu de construire 1 000 locaux

de ce type dans le pays au cours des quelques prochaines années.

76. Le Ghana progresse également dans la lutte contre le sida : grâce à un effort d'éducation au sujet de la maladie, les gens sont plus disposés à consulter et à se protéger. Dans le régime national d'assurance-maladie, le paiement d'une petite cotisation annuelle donne un accès gratuit aux traitements et aux médicaments, et il est prévu de passer à un régime où la prime n'est payée qu'une fois. Ainsi, le Ghana s'efforce de mettre en place un dispositif de soins de santé pour tous. Il organise aussi un programme visant à encourager une modification des modes de vie pour assurer une protection contre les maladies non-transmissibles.

77. Pourtant, le Ghana se heurte à des problèmes qui demeurent redoutables et que les ressources disponibles ne suffisent pas à résoudre, de sorte qu'il continue à dépendre de l'aide des partenaires mondiaux en matière de santé publique et des donateurs. Il demande aux pays développés d'aider l'Afrique et les PMA à atteindre les OMD et à assurer la santé de leur population, de façon qu'à leur tour l'Afrique et les PMA aident les pays avancés à protéger l'avenir du monde.

78. **M^{me} Mafubelu** (Animatrice des débats) invite M. Liesinger, Président et Directeur général de la Fondation Novartis pour un développement durable, à faire des observations sur les problèmes posés par les exposés précédents. M. Liesinger a une longue expérience professionnelle de l'Afrique et un travail universitaire de premier ordre à son actif sur les politiques de santé publique et les politiques sociales des PMA, ce qui le place dans une position unique pour contribuer au présent débat.

79. **M. Liesinger** (Fondation Novartis pour un développement durable) dit que des progrès remarquables ont été réalisés au cours des 10 dernières années dans l'amélioration de la santé des pauvres dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, grâce au concours de l'action d'acteurs motivés membres de la communauté internationale, des organismes des Nations Unies, des organismes tels que le Fonds mondial, des gouvernements, des ONG et du secteur privé. Cependant, les progrès sont inégalement répartis entre pays et dans les pays. Des différences dans les institutions de gouvernement, dans la répartition de ressources rares et dans le rapport coût-

efficacité expliquent des disparités importantes des résultats du développement et de la santé publique. En outre, beaucoup de pays riches n'ont pas été en mesure d'honorer leurs engagements. Étant donné l'effet de la crise actuelle et le fait que la population mondiale va encore augmenter de 3 milliards au cours des 50 prochaines années, il est à craindre que les progrès demeureront insuffisants.

80. Il est donc important d'appliquer les pratiques optimales et les enseignements dégagés, d'être conscient des responsabilités des sociétés développées et d'utiliser au mieux la coopération afin de tirer parti des synergies et de l'ensemble des ressources, des compétences et de l'expérience disponibles. Le secteur privé doit contribuer à résoudre le problème, par une concurrence intègre et en veillant à la viabilité environnementale tout en maintenant la rentabilité. Le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la lutte contre la pauvreté et la réalisation des OMD suppose la mise au point de meilleurs médicaments et de nouveaux vaccins. Dans le cadre d'une coopération avec les autres acteurs, des compagnies pharmaceutiques éclairées offriront une tarification préférentielle pour les médicaments essentiels et contribueront gratuitement à la recherche et au financement, tandis que les nations éclairées institueront des incitations pour les entreprises pharmaceutiques qui apportent les solutions tant attendues. Si tous ces acteurs joignent le geste à la parole dans les conférences internationales et dans leurs déclarations publiques et s'ils coopèrent de bonne foi, il sera possible de réaliser les OMD.

81. **M^{me} Mafubelu** (Animatrice) invite M. Boyd, Directeur général par intérim de la Fédération internationale des associations de fabricants de produits pharmaceutiques (IFPMA), à faire des observations sur les problèmes soulevés et les possibilités qui se présentent à l'industrie pharmaceutique internationale et locale en Afrique subsaharienne et dans les PMA.

82. **M. Boyd** (IFPMA) dit qu'au cours des 10 dernières années les liens entre le monde développé et l'Afrique, en particulier dans le domaine de la santé publique, se sont resserrés et que la participation de l'industrie pharmaceutique à l'amélioration de la santé dans les PMA, en s'appuyant sur la recherche, a pareillement progressé. Entre 2000 et 2007, les compagnies pharmaceutiques ont fourni une assistance médicale suffisante pour traiter 1 750 millions de

personnes, surtout en Afrique; en 2005, une aide évaluée à 1,5 milliard de dollars, soit 11 % de l'ensemble de l'aide au développement à caractère sanitaire, a été fournie par les gouvernements membres de l'OCDE.

83. L'industrie pharmaceutique a lancé un grand nombre de programmes dans différents pays : en Ouganda, par exemple, elle distribue des médicaments antirétroviraux à des prix préférentiels et organise des programmes de prévention de la transmission materno-fœtale du sida, traite les enfants malades et enseigne aux soignants africains les moyens de traiter au mieux la maladie. Dans l'ensemble de l'Afrique, l'industrie pharmaceutique lutte contre le paludisme et d'autres maladies tropicales. Ses efforts de recherche-développement sur les maladies propres aux pays en développement augmentent : en 2005, les compagnies pharmaceutiques travaillaient sur 32 nouveaux projets de médicaments pour traiter 10 grandes maladies du monde en développement; en 2009, le nombre de ces projets est passé à 75. Elles ont également mis en œuvre des programmes de santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies chroniques, et elles s'emploient à renforcer les soins de santé primaires et l'infrastructure sanitaire en Afrique par la création de capacités et d'autres initiatives.

84. **M. Omaswa** (Directeur exécutif du Centre africain pour la santé mondiale et la transformation sociale (ACHEST)) dit qu'en Afrique les pauvres citent généralement leur mauvaise santé comme cause et conséquence de leur pauvreté. Bien souvent, un corps sain est tout ce qu'a un jeune homme et une jeune femme pour gagner sa vie et celle de sa famille. Le temps perdu du fait de la maladie, chez lui ou dans sa famille, devrait au contraire être mis à profit pour améliorer la productivité économique ou s'instruire et participer à une activité sociale. Les maladies chroniques et aiguës prélèvent en Afrique un tribut énorme. En sa qualité d'ancien membre d'une équipe de chirurgiens se déplaçant d'un centre de soins rural éloigné à un autre pour effectuer des opérations, il se souvient d'avoir été accablé par le nombre de patients présentant de graves malformations, de femmes souffrant d'une fistule ou d'énormes fibromes utérins, ou de jeunes enfants souffrant de très graves malformations congénitales non corrigées. Ces gens acceptent souvent la mort, dans leur groupe, comme un phénomène normal, souvent comme un acte de Dieu. Et pourtant, tous ces décès représentent des échecs du

système de santé; ils n'ont pas lieu dans des sociétés mieux organisées comme le Japon. Réaliser les OMD relatifs à la santé signifie donc, d'abord, transformer une mentalité qui voit la maladie comme inévitable.

85. Il propose plusieurs interventions qui permettraient d'améliorer l'état de santé des Africains. D'abord, il faut mener une vigoureuse campagne de sensibilisation pour rejeter l'idée d'une fatalité de la maladie et du décès prématuré et pour soutenir un renforcement efficace des systèmes de santé desservant les pauvres. Deuxièmement, l'État doit prendre la direction du secteur de la santé publique et le Ministère de la santé doit pouvoir, par une réforme institutionnelle, animer ce secteur. Troisièmement, le personnel médical, dans les pays africains, mérite que l'on s'intéresse à lui d'urgence de façon à constituer une masse critique de médecins qualifiés désireux de servir les zones rurales et bien payés pour leur travail. Enfin, les moyens de financement, par l'acheminement des fonds à des programmes de santé publique, doivent d'une part, aider à organiser la fourniture intégrée des soins individuels et collectifs et, d'autre part, avoir la capacité de planifier, appliquer et suivre l'action entreprise. En outre, les pays africains doivent trouver les moyens de lever localement des fonds pour une action sanitaire prioritaire.

86. **M. Kazatchkine** (Directeur exécutif du Fonds mondial) dit que l'énorme tribut prélevé par la maladie en Afrique justifie entièrement l'intérêt particulier que le Conseil porte à ce continent. Deux tiers des 33 millions de personnes vivant avec le VIH ou le sida dans le monde sont des Africains; trois quarts de ceux qui vivent avec une maladie liée au sida sont également des Africains, tout comme 33 % des femmes vivant avec le VIH ou le sida et 90 % des enfants infectés. Le Fonds mondial a déjà alloué 9,2 milliards de dollars à des subventions à 40 pays subsahariens pour lutter contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Le Fonds aide également 75 % des habitants de l'Asie qui souffrent du VIH ou du sida à recevoir un traitement. De ce fait, on observe depuis trois ans une baisse notable de la mortalité pour ces trois maladies. Dans plus de 10 pays impaludés subsahariens, la réduction des taux de mortalité dus au paludisme va de 40 à 80 %; et grâce à l'expansion du programme de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) les traitements de la tuberculose ont doublé au cours des cinq dernières années.

87. La crise économique et financière mondiale introduit désormais un risque grave que les donateurs renoncent à leurs engagements et que les pays en développement ne soient pas capables de préserver leurs propres investissements sociaux. Cela compromettrait les perspectives de traitement du VIH/sida pour 4 millions de personnes qui en ont un besoin urgent, les programmes d'augmentation du nombre de moustiquaires, la polythérapie à base d'artémisinine (ACT) pour tous ceux qui sont exposés au risque de paludisme, et compromettrait aussi l'extension du traitement DOTS et le diagnostic des cas de tuberculose pharmaco-résistants.

88. Parmi les enseignements dégagés depuis la création du Fonds mondial il faut évoquer la possibilité de mener des interventions à grande échelle contre les maladies contagieuses et l'intérêt des partenariats pour faire aboutir une action donnée. Les partenariats fonctionnent bien quand les pays en prennent l'initiative, conçoivent eux-mêmes leurs plans et leurs stratégies avant de recevoir l'aide du système multilatéral, tout en travaillant avec l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale, le FNUAP, le GAVI ou ONUSIDA. Les partenariats public-privé peuvent également être efficaces, il en va de même de la société civile, de la participation des patients et de la rotation des tâches entre les soignants. Il importe de renforcer les capacités des systèmes de santé et du personnel soignant de mener des activités de suivi, d'évaluation et d'achat, de permettre aux pays de dispenser des soins et de créer ainsi des réseaux de protection sociale, notamment l'assurance-maladie. Sur les ressources du Fonds mondial, 35 % sont consacrées au soutien des systèmes de santé et 25 % à la formation du personnel soignant. Le Fonds reconstituera ses ressources en 2010. Pour conclure, il affirme qu'il n'est pas du tout utopique d'espérer atteindre ceux des OMD qui concernent la santé publique.

89. **M^{me} Skalli** (Maroc) dit que le potentiel de développement des pays les moins avancés est compromis par le manque d'aide publique au développement, l'insuffisance des infrastructures, la faible participation de ces pays au commerce mondial, leur vulnérabilité prononcée au changement climatique et la propagation des maladies endémiques. Elle engage instamment la communauté internationale à honorer ses engagements d'APD et les promesses de radiation de la dette, comme d'ouvrir les marchés des pays développés aux marchandises exportées par les

pays les moins avancés, en particulier africains. Le Maroc a lancé plusieurs partenariats avec des PMA africains pour l'équipement, l'agriculture, la santé publique, l'éducation, le transport et les communications. Le Maroc a annulé des dettes bilatérales contractées par ces pays et il leur accorde l'accès en franchise à ses propres marchés. Elle espère qu'au moment où les Nations Unies tiendront la Quatrième Conférence sur les pays les moins avancés en 2011, des mesures précises auront été prises pour les aider à atteindre leurs objectifs de développement.

90. **M^{me} Kaur** (Inde) dit que la Déclaration de Delhi et le Cadre indo-africain de coopération, adoptés par le Sommet pour le Partenariat Inde-Afrique en avril 2008, portent sur les domaines de la santé publique, la sécurité alimentaire, la création de capacités, l'agriculture, l'équipement et la coopération technologique. L'Inde a offert à l'Afrique subsaharienne un satellite spécialisé pour assurer la connectivité électronique afin d'apporter un télé-enseignement et une télé-médecine de qualité. Ce satellite dessert le projet panafricain d'informatisation, auquel se sont déjà joints 30 pays. Il reliera 53 hôpitaux et 53 centres universitaires en Afrique à 12 hôpitaux indiens spécialisés et à sept universités indiennes, afin d'assurer en ligne et en différé des consultations médicales, des diagnostics, une formation médicale et une formation clinique à plus de 100 praticiens et 200 soignants en Afrique chaque année. Le Cadre indo-africain de coopération vise à renforcer la coopération en matière de santé publique par la formation et la création de capacités des soignants, par le partage de données d'expérience au sujet des systèmes de soins de santé et des programmes de santé communautaires, par des liens entre les centres d'excellence dans le secteur de la santé publique, par l'amélioration de l'accès universel aux soins médicaux adéquats au moyen de l'équipement et de la technologie de la télé-médecine, par le renforcement des capacités locales de fabrication de médicaments avec notamment une grande disponibilité de médicaments essentiels à un prix abordable, par la lutte contre le sida, la tuberculose, le paludisme et autres maladies transmissibles, et par la production locale de moyens de réhydratation par voie orale et la coopération à la lutte contre les médicaments de contrefaçon.

91. L'Inde est le plus important producteur et exportateur de médicaments génériques et plus de 60 % des importations africaines de médicaments génériques

viennent de l'Inde. Malheureusement, des cargaisons de médicaments génériques fabriqués dans certains pays en développement et destinées à d'autres pays en développement ont récemment été saisies dans des ports européens, ce qui rend leur obtention impossible dans les pays destinataires, contrairement à la Déclaration de Doha relative à l'accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique, et contrairement à la notion de territorialité telle qu'elle est conçue dans cet accord. Elle engage tous les pays à respecter la territorialité telle qu'elle est définie dans l'accord, et de ne pas faire obstacle à des améliorations d'importance critique de la santé publique. L'Inde est prête à coopérer avec les pays africains au renforcement des autorités de contrôle de la qualité des médicaments. Une législation contre les contrefaçons ne doit pas être l'occasion de compromettre l'offre de médicaments génériques authentiques d'un prix raisonnable.

92. **M. Abdalhalee Mohamad** (Soudan), parlant de la mondialisation des problèmes sanitaires, souligne le fait que la plupart des pays les moins avancés, ceux où les risques sont les plus grands, se trouvent en Afrique. Il faut prêter attention au développement des médicaments traditionnels et à la promotion des plantes médicinales et aromatiques locales. Parmi les autres aspects importants il y a les communications, les liaisons par satellite et la télé-médecine. Les OMD relatifs à la santé publique devraient figurer systématiquement à l'ordre du jour de toutes les conférences portant sur les OMD et à celui de la Quatrième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés.

93. **M^{me} Matsau** (Observatrice de l'Afrique du Sud) dit combien il est important d'améliorer les systèmes de santé. La cybersanté est un instrument précieux à cet égard, mais qui appelle une coordination soignée des télécommunications et du matériel clinique dans des localités différentes. Des progrès ont été réalisés dans la réduction des prix des médicaments essentiels mais il importe aussi que ces médicaments soient fabriqués localement chaque fois que cela est possible. Une autre question à débattre concerne les brevets pharmaceutiques; il n'y a pas de bonne raison pour que des médicaments fabriqués grâce à des recherches demeurent sous brevet pendant une période aussi longue que 20 ans. Enfin, les progrès réalisés par les pays en développement dans la formation des médecins

et des infirmières sont compromis par le recrutement de ceux-ci dans les pays développés. Le code de pratique de l'OMS sur le recrutement international de personnel soignant doit être respecté.

94. **M. Kazi** (Observateur du Bangladesh) dit que l'exposé fait par le Ministre laotien de la santé a bien montré que les PMA ont fait des progrès limités vers la réalisation des OMD, tout en soulignant qu'il faut que la communauté internationale entretienne l'élan ainsi acquis. Le Ministre ghanéen de la santé a également soulevé une question pertinente, celle des techniques élémentaires qui peuvent contribuer à l'émancipation des habitants des pays pauvres. Le Bangladesh a une expérience directe du fait que des techniques simples, telles que la thérapie de réhydratation par voie orale ou les filtres à eau solaires, peuvent protéger et sauver des vies à grande échelle.

95. Cependant, alors que l'aide au développement est une question souvent discutée à propos de l'Afrique et des pays les moins avancés, il n'en va pas de même du transfert de technologie. La communauté internationale pourrait étudier les moyens de renforcer les capacités de ces pays pour qu'ils entreprennent leur propre recherche et mettent en œuvre leurs propres activités de développement. À ce sujet, les négociations en cours sur la stratégie mondiale de la santé publique, de l'innovation et la propriété intellectuelle doivent prendre en considération les problèmes de l'Afrique et des PMA. La discussion est actuellement centrée sur les OMD à réaliser avant 2015, mais les PMA doivent ne pas oublier que l'exemption dont ils profitent aux dispositions de l'accord sur les ADPIC viendra à expiration en 2016. Garantir l'accès universel aux médicaments et renforcer la capacité des PMA de fabriquer leurs propres médicaments sont des objectifs auxquels la communauté internationale doit donner son appui.

96. Enfin, il évoque un aspect positif des migrations de personnel soignant, à savoir créer une diaspora, qui peut à son tour être utilisée pour mobiliser des spécialistes et des ressources au bénéfice du pays d'origine.

97. **M. Kenneth** (Observateur du Kenya) dit que la présente réunion est une importante occasion de faire connaître largement les besoins des Africains et des PMA, et qu'il faut qu'elle se reproduise. Les participants sont tous tombés d'accord sur la question des ressources; il faut adresser un message ferme au

Groupe des Huit (G-8) et au Groupe des Vingt (G-20), pour que leurs membres fournissent des ressources supplémentaires substantielles comparables aux sommes offertes, dans le cadre du programme de relance après la crise, aux sociétés du secteur privé; ces ressources sont nécessaires pour réaliser des OMD. Une fois les ressources obtenues, comme dans le cas du Ghana, des progrès appréciables peuvent être réalisés. Il incombe aux pays à revenu intermédiaire et aux pays développés de créer un tel dispositif afin de résoudre les problèmes de l'Afrique et des pays les moins avancés.

98. **M. Mwakyusa** (Observateur de la République-Unie de Tanzanie) dit que le maigre budget de beaucoup de pays en développement subsahariens dépend encore de financements fournis par les donateurs; souvent la santé publique n'est pas une priorité. L'engagement d'Abuja a établi une cible de 15 % du budget d'un pays qui doit être consacré à la santé publique; dans son pays, cette part est de 11,6 %. Il importe de souligner l'indispensable autonomie nationale à ce sujet : les donateurs fournissent plus de 38 % du budget tanzanien de la santé, malgré l'introduction de plusieurs redevances, dispositifs de paiement et caisses.

99. Il faut aussi que les ressources, qui sont rares, soient dépensées effectivement et dans la plus grande transparence. Les pays subsahariens ont leurs propres plans, programmes et agendas et cherchent à combler le déficit des ressources budgétaires grâce aux donateurs pour augmenter leurs capacités. Les pays donateurs doivent reconnaître et exploiter l'ensemble considérable des connaissances locales et les structures existant dans ces pays et faire en sorte que leurs dons soient dépensés au mieux dans les pays bénéficiaires.

100. **M. Chebihi** (Algérie) dit que dans le monde les populations les plus pauvres souffrent plus que les autres des conséquences de la crise financière et économique mondiale. La crise fait réparaître le spectre de l'exclusion, de la misère et de la faim, éclipsant les espoirs des dernières années et rendant plus précaire encore la vie de 1 milliard d'hommes. Les moyens dont disposent les PMA pour réaliser les OMD continuent à diminuer avec la montée du protectionnisme, la contraction de l'aide au développement, la rareté grandissante des crédits et la diminution des envois de fonds des travailleurs migrants. Les pays concernés se heurtent à de nombreuses difficultés, notamment à une absence de

solidarité de la part de leurs partenaires de développement. L'Algérie approuve tout ce qui peut être fait pour remédier aux effets négatifs de la crise mondiale sur l'Afrique et dans les PMA et appelle les pays développés à manifester la plus grande volonté d'aider à réaliser les OMD, essentiels pour que le monde soit plus stable, plus juste et plus équitable.

101. **M. Albuquerque** (Portugal) souligne l'importance de la convocation d'une manifestation spéciale sur l'Afrique et les PMA centrée sur les systèmes de santé. L'aide au développement à elle seule ne suffira pas pour atteindre les OMD; les progrès sont retardés par le manque de ressources humaines et l'exode des compétences, notamment des soignants, à partir de l'Afrique subsaharienne en particulier. Le Portugal considère que la coopération en matière de santé publique est un élément essentiel de son aide publique au développement et il a institué le Plan stratégique de coopération sanitaire pour la communauté et les pays lusophones, 2009-2012 (PECS-CPLP) en juin 2008.

102. En partenariat avec l'Ordre portugais des médecins, le CPLP a lancé une importante initiative en créant un centre de formation médicale spécialisée au Cap-Vert, qui offrira un enseignement et une formation à l'intention des médecins et des soignants, et homologuera les techniques cliniques et le transfert de technologie. Ce partenariat pourrait se révéler fécond et économique au-delà des limites de l'aide publique au développement.

103. **M. Diarra** (Secrétaire général adjoint, Conseiller spécial pour l'Afrique et Haut Représentant pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement) dit que la plupart des 68 pays prioritaires pour ce qui est de la réduction de la mortalité maternelle et infantile sont des pays africains et des PMA. Les questions sanitaires relèvent des OMD 4, 5 et 6, mais tous les objectifs sont liés entre eux et doivent être abordés simultanément. L'Afrique et les PMA se heurtent au fardeau considérable de la morbidité et ils doivent résoudre les autres problèmes de santé publique avec de maigres ressources. La technique médicale a beaucoup progressé ces dernières années mais les progrès sont inégalement répartis entre les pays et dans les pays. De plus, les engagements d'aide publique n'ont pas toujours été honorés.

104. Il faut qu'il existe au niveau national une forte impulsion pour appliquer les bons choix et maîtriser les politiques suivies. En outre, les collectivités locales doivent participer, à tous les niveaux, à l'organisation des structures de fourniture de soins, à la prise de conscience, à la prévention et à l'action d'instruction sanitaire élémentaire. En plus, la recherche-développement menée dans l'intérêt général doit être encouragée et il faut développer des médicaments peu coûteux. À ce sujet, il se réjouit de la contribution du Global Health Council à la santé de plus de 3 millions de personnes vivant avec le VIH/sida et félicite le Conseil d'avoir consacré 30 % de ses ressources à l'Afrique.

105. Il faut continuer à mobiliser les industries pharmaceutiques pour qu'elles s'intéressent aux maladies tropicales et aux maladies négligées. Deux questions connexes doivent être étudiées : la mise au point de médicaments génériques par d'autres pays en développement, et les brevets des médicaments dans le contexte de la création de capacités locales de fabrication de produits pharmaceutiques. Parallèlement, il faut mettre l'accent sur le renforcement des systèmes de santé, notamment les soignants, les ressources, l'infrastructure et les produits jetables. Il convient d'utiliser les technologies sanitaires, voire les plus élémentaires, de manière efficace. Il faut créer des capacités de prévention et des filets de protection sociale pour les personnes vulnérables et renforcer les partenariats – public-privé, bilatéraux, multilatéraux et avec la société civile. Enfin, il se félicite de l'engagement de certains pays en développement, dont le Maroc et l'Inde, à aider l'Afrique et les pays les moins avancés.

La séance est levée à 14 h 10.