
L'ETAT DE SANTE

DES PAYS

LES MOINS AVANCES

DEUXIEME CONFERENCE DES NATIONS UNIES
SUR LES PAYS LES MOINS AVANCES

Paris, 3-14 septembre 1990

FORUM SANTE : Priorité aux plus démunis



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

GENEVE

1991

L'ETAT DE SANTE DES PAYS LES MOINS AVANCES
DEUXIEME CONFERENCE DES NATIONS UNIES SUR LES PAYS LES MOINS AVANCES
Paris, 3-14 septembre 1990.

TABLE DES MATIERES

1

Communiqué de presse
Genève, 31 août 1990.

5

Allocution du
Dr Hiroshi Nakajima,
Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
Paris, 4 septembre 1990.

Forum Santé-PMA "Priorité aux plus démunis"
Paris, 7 septembre 1990.

11

Exposé de
Monsieur Patrice Robineau,
assistant spécial du Secrétaire général adjoint,
Conférence des Nations Unies
sur le commerce et le développement (CNUCED).

13

Exposé du
Dr Michel Jancloes,
Chef du bureau de la Coopération internationale,
Organisation mondiale de la Santé (OMS),

17

Exposé de
Monsieur le Professeur Jean-François Girard,
Directeur général de la Santé,
Ministère de la Solidarité, de la Santé
et de la Protection sociale,
représentant la France.

L'ETAT DE SANTE DES PAYS LES MOINS AVANCES
DEUXIEME CONFERENCE DES NATIONS UNIES SUR LES PAYS LES MOINS AVANCES
Paris, 3-14 septembre 1990.

TABLE DES MATIERES (suite)

21

Exposé de
Son Excellence le Dr K. P. Morake,
Ministre de la Santé du Botswana,
représentant le Botswana.

25

Exposé de
Son Excellence le Dr Véronique Lawson,
Ministre de la Santé du Bénin,
représentant le Bénin.

31

Déclaration de Paris.

33

La santé dans les pays les moins avancés au cours des années 90,
défis et mesures proposées.

49

Résolution WHA43.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé.
**"Renforcement de l'appui technique et économique
aux pays confrontés à de graves difficultés économiques"**
Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,
OMS, Genève, 17 mai 1990.



OMS PRESSE

1

Communiqué de presse
Genève, 31 août 1990.

Communiqué OMS/44
31 août 1990

Conférence sur les pays les moins avancés:

NE PAS OUBLIER LA SANTE !

Dans les pays les moins avancés (PMA), tous les indicateurs socio-économiques sont au rouge: l'espérance de vie y est inférieure à 50 ans, contre 74 ans dans les pays développés; 120 enfants sur 1000 meurent avant l'âge d'un an, comparés à 15 dans les pays industrialisés. A peine deux accouchements sur cinq sont surveillés par un personnel qualifié. Il n'est pas étonnant dans de telles conditions que chaque année, dans les pays en développement 500 000 femmes perdent la vie en voulant la donner. De plus on peut s'attendre à ce que le SIDA ait des conséquences graves. Des 8 à 10 millions de cas d'infection à VIH à travers le monde, plus de 2,5 millions sont dans les pays les moins avancés. Ceci signifie qu'environ 1 sur 80 adultes dans les PMA est séropositif.

Lors de la Deuxième Conférence des Nations Unies sur les Pays les Moins Avancés (PMA), qui se tiendra à Paris du 3 au 14 septembre 1990, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) plaidera pour que, dans l'économie des pays en question, le secteur de la santé ne soit pas sacrifié sur l'autel des réajustements structurels et du service de la dette. L'OMS défendra la priorité pour la santé qu'elle entend promouvoir en faveur des populations les plus démunies dans les pays confrontés à de graves difficultés économiques.

L'amélioration de la santé et le développement socio-économique sont en effet indissociables. Rechercher l'un sans tenir compte de l'autre serait tout à fait illusoire et la crise économique ne fait que confirmer l'entêtement des faits. Il faut se rendre à l'évidence: le développement ne fera pas l'économie de la santé et ce n'est pas en diminuant sévèrement les budgets sanitaires que les pays les plus pauvres résoudront leurs problèmes, bien au contraire.

Car malgré quelques succès ponctuels ici ou là, l'échec est patent: au cours de la décennie qui vient de s'achever, non seulement les pays les moins avancés n'ont pas comblé leur retard, mais l'écart s'est même creusé avec le reste du peloton des pays en développement.

ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

BUREAU DE
L'INFORMATION

1211 GENEVE 27
SUISSE

TELEPHONE : 791 21.11

CABLES :
UNISANTE-GENEVE

TELEX : 415 416

FAX : 791 07 46

D'une décennie perdue à une décennie de promesses: la santé est productive

Tout en constatant que la décennie des années 80 fut une décennie perdue, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr Hiroshi Nakajima, lancera un appel aux participants à la Deuxième Conférence sur les PMA pour que la décennie des années 90 soit la décennie des promesses tenues. Ce sont les enfants, les femmes et les hommes des PMA qui en assureront le développement et pour cela ils devront être en bonne santé, bien nourris, logés et éduqués. Le secteur de la santé n'est pas seulement consommateur, il s'agit en réalité d'un secteur productif car ce qu'il produit c'est une population saine qui se trouve dans les conditions adéquates pour faire avancer l'économie du pays. Pour arriver à cette fin, il faudra aider les pays les moins avancés selon des formules mieux adaptées aux réalités que par le passé.

Selon le Directeur général, la coopération devra être graduée: "Dans les pays les moins avancés où les problèmes de santé sont complexes et nombreux et la nécessité d'une solution urgente, les modalités de la coopération technique internationale ne peuvent pas être uniformes. Il existe trois catégories d'intervention qui tiennent chacune compte de la possibilité limitée de ces pays d'assimiler l'aide extérieure. Premièrement, il faut identifier les problèmes d'urgence qui nécessitent une solution immédiate. Ensuite, il faut s'attacher aux questions de réhabilitation et à l'organisation des infrastructures essentielles. Enfin, une fois les deux premières catégories de besoins satisfaites, il faut s'atteler à la reconstruction sanitaire du pays."

Il ne faut pas se le cacher: les pays les moins avancés ne sont pas encore parvenus à satisfaire les besoins de base de leurs populations dans le domaine de la santé. Dans les années 1980, la demande de services de santé a augmenté alors même que l'offre diminuait. L'OMS considère qu'un pareil déséquilibre est inacceptable et qu'il faudra pour le combler procéder d'ici la fin du siècle à des investissements considérables en matière de santé dans les pays les moins avancés, alors que presque tous ont sensiblement réduit ces dernières années la part de leur budget qu'ils consacrent à la santé. Dans les pays les moins avancés le produit domestique brut par tête d'habitant est d'environ 250\$ des Etats-Unis contre environ 12 000\$ des Etats-Unis dans les pays développés. Les sommes dépensées pour la santé par tête d'habitant sont souvent inférieures à 5\$ des Etats-Unis, alors qu'elles dépassent souvent 2000\$ des Etats-Unis dans les pays industrialisés.

La plupart de ces pays ont peu avancé sur le plan économique en raison de difficultés socio-économiques, de catastrophes naturelles et d'une situation internationale défavorable. Lorsqu'ils parviennent malgré tout à réaliser un équilibre précaire entre leurs maigres ressources et leurs besoins nationaux, ces pays demeurent extrêmement vulnérables aux chocs d'origine intérieure ou extérieure. En outre, leur capacité à absorber et à utiliser des fonds additionnels provenant de sources extérieures est très limitée en raison même des carences de leurs infrastructures.

Si les soins de santé primaires restent le moyen privilégié permettant aux PMA d'avancer sur la voie de la santé pour tous, leur mise en oeuvre passe notamment par un engagement ferme des dirigeants politiques, au niveau le plus élevé, en faveur de la réduction des inégalités sociales, ainsi que par l'utilisation optimale de toutes les ressources disponibles et la mobilisation de nouveaux moyens. Mais comment espérer développer les soins de santé primaires lorsque les trois quarts des fonds disponibles pour la santé servent à financer les hôpitaux urbains, dont ne profite qu'une infime partie de la population?

Priorité aux plus démunis

Consciente des difficultés et des obstacles auxquels se heurtent les PMA lorsqu'ils tentent de mettre efficacement en oeuvre les soins de santé primaires, l'OMS a lancé une nouvelle initiative visant à concentrer les efforts sur les pays et les populations qui en ont le plus besoin. Il s'agit de mieux intégrer et coordonner les programmes de l'OMS au sein d'un pays et d'aligner plus étroitement leurs activités sur les priorités sanitaires nationales. Un accent particulier est mis sur la nécessité d'aider ces pays à augmenter leur capacité de traiter les aspects analytiques, gestionnaires, économiques et financiers des stratégies sanitaires.

Cette nouvelle approche de l'OMS présuppose que les autorités nationales s'engagent à jeter un regard nouveau et réaliste sur leurs priorités en matière de santé et sur les ressources dont ils disposent. Dans le cadre de cette coopération intensifiée, l'établissement par les autorités nationales de plans de santé rationnels, réalistes et cohérents, tenant compte des réalités en matière de disponibilité des ressources, fournit un canevas logique grâce auquel ces ressources seront utilisées de façon plus efficace dans l'intérêt du développement du pays.

L'OMS a d'ores et déjà analysé en profondeur la situation de 23 pays, dont 18 PMA, et des engagements techniques et financiers ont été conclus avec des pays tels que Djibouti, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Malawi, le Népal, la République Centrafricaine, le Soudan, le Tchad et le Yémen. A court terme, il s'agit notamment d'accélérer la lutte contre certaines maladies (méningite, paludisme, tuberculose, lèpre), de combler les insuffisances en équipement et en médicaments essentiels et d'apporter une expertise technique aux gouvernements sur des questions urgentes.

A moyen et à long terme, l'objectif est d'harmoniser les actions, de restaurer et de consolider le secteur de la santé dans l'économie nationale ainsi que de favoriser l'autonomie nationale des pays.

La conviction de l'OMS est qu'il n'y a aucun autre choix possible si l'on veut relever le défi que représente l'intolérable persistance de taux élevés de mortalité et de maladies évitables dans les pays les moins avancés. Persistance intolérable pour l'OMS, car elle contrecarre ses efforts en vue "d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible", comme le prescrit sa Constitution.

C'est pourquoi la communauté internationale doit s'engager davantage en mobilisant un partenariat volontaire et actif capable de briser le cercle vicieux "maladie-misère" et d'édifier à sa place une spirale "santé-développement".

L'Assemblée générale des Nations Unies a identifié 41* pays, dont 28 se trouvent en Afrique, comme étant les moins avancés des pays en développement, sur la base de leur très faible revenu par habitant, de leur très faible taux d'alphabétisation et de la faible contribution de l'industrie manufacturière de ces pays au PIB. Ces pays sont les suivants : Afghanistan, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Comores, Djibouti, Ethiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Kiribati, Lesotho, Malawi, Maldives, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République populaire lao, République-Unie de Tanzanie, République du Yémen, Rwanda, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tchad, Togo, Tuvalu et Vanuatu.

* Le nombre des PMA s'est trouvé ramené de 42 à 41 du fait que le 22 mai 1990, la République arabe du Yémen et la République démocratique populaire du Yémen ont fusionné en un seul Etat souverain portant le nom de République du Yémen.

DEUXIEME CONFERENCE DES NATIONS UNIES
SUR LES PAYS LES MOINS AVANCES

Allocution du
Dr Hiroshi Nakajima,
Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé
Paris, 4 septembre 1990.

Monsieur le Président, honorables Collègues, Mesdames et Messieurs,

Il est tout à fait approprié pour cette Conférence de se tenir au début d'une nouvelle décennie. Cela nous permet de passer en revue les événements de la décennie précédente, c'est-à-dire des années 1980.

Dans de nombreux pays en développement, il y a eu des progrès socio-économiques, même s'ils ont été lents, et une amélioration parallèle des indicateurs de santé. Malheureusement, parmi ces pays il y en a plusieurs où la situation, loin de s'améliorer, s'est en fait aggravée.

Dans ces pays les moins avancés, le produit intérieur brut par habitant est d'environ US\$ 250 contre environ US\$ 12 000 dans les pays développés. Le montant consacré à la santé y est généralement inférieur à US\$ 5 par habitant, alors qu'il excède souvent US\$ 2 000 dans les pays développés. L'espérance de vie à la naissance est de moins de 50 ans alors qu'elle atteint 74 ans dans les pays développés. Sur 1 000 enfants nés vivants, quelque 120 meurent avant d'atteindre l'âge d'un an, contre 15 dans les pays développés. Dans ces pays les moins avancés, à peu près 60 % de la population est analphabète, alors que cette proportion ne dépasse pas 3 % dans les pays développés.

En outre, la population s'accroît au rythme d'environ 2,7 % par an et continue à augmenter. Ce fait à lui seul pourrait mettre en échec une croissance économique éventuelle. En réalité, les statistiques montrent que pendant la décennie écoulée le produit intérieur brut par habitant a en fait diminué dans ces pays de 0,3 %.

En outre, le fardeau du SIDA, lui-même étroitement lié à la pauvreté et à l'ignorance, devrait encore accroître sensiblement ces effets négatifs. Sur un total estimatif de 8 à 10 millions de cas d'infection à VIH dans l'ensemble du monde, plus de 2,5 millions surviennent dans les pays les moins avancés, de sorte que dans ces pays, environ un adulte sur 80 est séropositif et si nous ne tenons compte que des pays les moins avancés d'Afrique, la proportion est alors d'environ un sur 40. Le nombre estimatif d'adultes séropositifs âgés de 15 à 49 ans est d'environ un sur 400 dans les pays développés et d'environ un sur 300 dans les pays en développement. Le total cumulé des cas de SIDA dans le monde est estimé à environ 800 000. Sur ce total plus de 575 000 sont dans des pays en développement, dont plus de 350 000 dans les pays les moins avancés.

Un tel contraste entre les pays industrialisés et les pays les moins avancés ne saurait surprendre lorsque l'on sait que les investissements consacrés aux pays en développement se sont effondrés, passant de US\$ 67 milliards en 1980 à US\$ 37 milliards en 1988. Ce qui est pire encore, c'est que le service de la dette pour les pays en développement a transformé une entrée nette de capitaux de US\$ 35 milliards en 1980, en une sortie de capitaux de US\$ 24 milliards en 1988.

Vous observerez, en lisant la documentation qui vous a été remise à l'occasion de cette réunion, que le nombre des pays les moins avancés est passé de 31 en 1981 à 42 en 1989, ce qui signifie que le fossé entre riches et pauvres s'élargit.

Compte tenu de tous ces indicateurs, il est difficile de ne pas considérer la décennie des années 80 comme "la décennie des occasions perdues".

L'origine et la finalité de la croissance et du développement, c'est l'homme. Pour que celui-ci joue le rôle d'un partenaire actif dans l'effort de croissance et de développement de son pays, il faut qu'il soit sain, bien nourri, éduqué et convenablement logé. Ainsi, le défi des années 1990 est pour nous de satisfaire ces besoins essentiels pour tous les peuples des pays les moins avancés.

Au milieu des années 1970, l'OMS et ses Etats Membres étaient déjà préoccupés par les inégalités dans la distribution des ressources sanitaires et par la disponibilité des soins de santé. Ces inégalités n'existent pas seulement entre pays mais aussi entre communautés à l'intérieur d'un même pays. La volonté de les éliminer a conduit à adopter un objectif que l'on a appelé "la santé pour tous d'ici l'an 2000". En 1978, l'approche des soins de santé primaires a été adoptée comme stratégie pour la réalisation de cet objectif lors d'une conférence internationale qui s'est tenue à Alma-Ata, en URSS.

On considère que les soins de santé primaires regroupent au moins huit éléments essentiels. Dans le domaine des soins de santé, les interventions purement curatives doivent faire place à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. En plus, les soins de santé primaires vont au-delà du strict domaine de la santé et se caractérisent aussi par un souci d'équité et de justice sociale.

De façon significative, pour témoigner leur engagement à atteindre cet objectif manifestement ambitieux, les Etats Membres de l'OMS ont mis au point un système d'information et de surveillance continue permettant de suivre les progrès réalisés. En 1988, une réunion tenue à Riga, URSS, a donné l'occasion de faire le bilan des réalisations des dix premières années. A cette réunion, il a été conclu que l'approche des soins de santé primaires demeurait la seule valable mais que sa mise en oeuvre avait été irrégulière et lente, bien que la plupart des Etats Membres aient pris des mesures à cet égard.

Les conclusions de Riga ont obligé l'OMS à revoir ses programmes et ses activités afin d'examiner comment on pouvait accélérer l'application des soins de santé primaires. Peut-être au cours des dix premières années, avons-nous eu trop tendance à rester dans le domaine des concepts et à rechercher la perfection en essayant de mettre sur pied des systèmes de soins de santé primaires complets. Certains aspects de l'approche ont été mal compris. C'est ainsi par exemple que les soins de santé primaires ne sont pas un système de soins de santé bon marché et, partant, de second choix. D'ailleurs, ils ont tout autant leur place dans les nations industrialisées que dans les pays en développement.

En ce qui concerne plus spécialement les pays les moins avancés où les problèmes de santé sont nombreux et complexes et la nécessité d'une solution urgente, je considère que nous devons envisager notre collaboration en trois étapes.

Premièrement, il nous faut recenser les problèmes que l'on peut considérer comme des cas d'urgence nécessitant une solution immédiate. Ensuite, il existe des besoins à court terme de remise en état pour être au moins en mesure de commencer à mettre en place les infrastructures essentielles. Enfin, ces deux premières étapes étant franchies, nous devons prendre en compte les besoins de reconstruction à long terme. Je suis persuadé qu'en instaurant un tel ordre de priorités, nous obtiendrons un impact optimal avec les ressources dont nous disposons. Nous éviterons ainsi le problème que pose, dans les pays les moins avancés, leur faible capacité d'absorption.

L'OMS a donc lancé une nouvelle initiative qui vise à surmonter les obstacles à une planification efficace et à la mise en oeuvre des soins de santé primaires, concentrant ses efforts sur les groupes de population et les pays les plus démunis. Cette initiative privilégie une intégration et une coordination plus poussées de tous les programmes de coopération d'un pays, ainsi qu'un alignement rigoureux des activités de l'OMS sur les priorités sanitaires nationales. Elle souligne également la nécessité d'intégrer le développement sanitaire dans le contexte socio-économique. On aide les pays à développer des analyses micro-économiques et macro-économiques, une planification financière et des modèles de gestion au service de la santé, afin de disposer d'une base plus durable pour le développement sanitaire. Il va de soi que le gouvernement est l'organe national à qui il incombe de coordonner la coopération extérieure et de l'intégrer dans un plan national cohérent, mais l'OMS entretiendra, à tous les niveaux de ses opérations, d'étroites relations de partenariat avec les organismes multilatéraux et bilatéraux de coopération pour le développement. L'accent sera mis sur l'élaboration d'un cadre de coopération fondé sur le plan national de santé. Ce cadre comportera une analyse des conditions posées par tous les partenaires ainsi qu'un système d'évaluation.

Dans les pays les moins avancés, la santé doit être l'affaire de tous, ce qui suppose un engagement politique au niveau le plus élevé, du chef d'Etat aux ministres du plan et des finances, de l'éducation, de la santé, de l'agriculture et de l'environnement. Le secteur de la santé doit être considéré comme un secteur économiquement productif, aussi capable qu'un autre de mobiliser des ressources nationales. Il faut créer un environnement qui favorise la prestation de soins de santé efficaces dans le cadre d'une infrastructure bien définie. Il est fondamental d'investir dans les ressources humaines pour développer les capacités nationales d'amélioration des services. Les agents de santé doivent être dotés des compétences nécessaires pour non seulement soigner mais aussi planifier, gérer et évaluer.

De même, il faut éduquer les membres de la communauté pour qu'ils puissent choisir en toute connaissance de cause des comportements et des modes de vie qui garantissent le maintien en bonne santé.

Les gouvernements donateurs et les institutions financières extérieures, tant publiques que privées, doivent reconnaître que les pays les moins avancés auront besoin de recevoir une aide financière extérieure suffisante et à long terme. Il faut élaborer des politiques internationales conçues de manière que les partenaires multilatéraux et bilatéraux travaillent conformément aux politiques d'un pays pour l'aider à réaliser ses priorités dans le secteur de la santé. Une programmation conjointe impliquant tous les partenaires autoriserait une meilleure coordination. Une programmation sur plusieurs années améliorerait les prévisions de ressources extérieures et favoriserait le succès des actions

entreprises. Les pays les moins avancés souffrent déjà d'une pénurie de ressources; tout gaspillage, lors du déploiement de ces ressources, pour satisfaire les besoins particuliers de tel ou tel bailleur de fonds, doit être évité.

Si j'ai décrit précédemment les années 1980 comme "la décennie des occasions perdues", je crois fermement que les années 1990 pourraient être "la décennie de tous les espoirs". Les malheureux événements récemment survenus dans le golfe Arabo-Persique peuvent en faire douter, mais j'estime que nous avons assez de temps devant nous, avec les connaissances permettant de définir les orientations de cette prochaine décennie, pour atteindre les objectifs de notre développement économique dont les cibles sanitaires sont une importante composante.

J'espère ardemment que cette Conférence parviendra à définir des stratégies qui permettront d'instaurer l'équité et la justice sociale pour tous. Alors seulement, chaque être humain pourra réaliser son propre destin et nous verrons l'avènement d'une véritable paix mondiale.

Le succès n'est possible que si nous tous - système des Nations Unies, organisations non gouvernementales, communautés des bailleurs de fonds et gouvernements des pays les moins avancés - oeuvrons de concert. L'OMS est prête à investir ses ressources techniques dans cet effort de collaboration. Nos vœux pour une décennie de tous les espoirs ne seront exaucés que si nous saisissons les occasions qui se présentent et agissons avec détermination.

- - -



FORUM SANTE

Priorité aux plus démunis

Consultation de l'Organisation mondiale de la Santé
au cours de la Deuxième Conférence des Nations Unies
sur les pays les moins avancés,
Paris, 7 septembre 1990

Exposé de
Monsieur Patrice Robineau
assistant spécial du Secrétaire général adjoint,
Conférence des Nations Unies
sur le commerce et le développement (CNUCED),

Merci Monsieur le Président, Madame et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les Ambassadeurs, Mesdames, Messieurs. Je suis très heureux de vous accueillir au nom de la CNUCED qui assume le secrétariat de cette seconde Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés. M. Berthelot, Secrétaire général adjoint, qui a d'autres engagements, me prie de vous transmettre ses excuses pour ne pas pouvoir prononcer ces mots de bienvenue mais il est de tout coeur avec vous et avec les réflexions que vous pourrez développer.

Nous estimons important qu'ainsi, puissent se tenir, parallèlement à de grandes conférences et comme le font d'ailleurs les organisations non gouvernementales, des rencontres stimulant la réflexion autour des thèmes qui sont abordés pendant la Conférence.

Je voudrais souligner combien la santé est importante dans le programme d'action. C'est, d'une façon générale, un impératif éthique car il n'est pas normal qu'on ne puisse pas trouver les moyens pour surmonter les grandes endémies - c'est vraiment de la non-assistance à personnes en danger - à l'échelle de populations entières. Le droit à la santé, c'est aussi une obligation sociale; dans le cadre des droits sociaux, cela a été répété maintes fois dans les textes internationaux et, enfin, il est de plus en plus reconnu que c'est aussi une nécessité économique car c'est un investissement pour la relance de la croissance et du développement.

Je voudrais brièvement terminer ces mots de bienvenue en situant ce secteur de la santé dans le cadre du programme d'action et en soulignant les quatre caractéristiques qui me semblent essentielles pour ce programme d'action.

La première: c'est qu'il doit être fondé sur des engagements concrets et réciproques; c'est ce que nous appelons le partenariat renforcé. Cette notion d'engagement est importante. Je crois que c'est la première fois, au niveau des Nations Unies, que l'on a cette vision qui permet d'une part, de définir les responsabilités, les politiques et les mesures qui doivent être prises par les pays eux-mêmes et, d'autre part, par la communauté internationale; donc réciprocity des engagements et responsabilités conjointes, c'est la première caractéristique.

Deuxième caractéristique originale de cette Conférence: c'est qu'elle se situe dans une vision intégrée et pas uniquement sectorielle, portant sur une catégorie de pays bien déterminés et tenant compte de la spécificité de cette catégorie, à savoir leur vulnérabilité vis-à-vis de l'extérieur et leur extrême fragilité au niveau interne.

Troisième caractéristique: c'est la pluralité des acteurs. Cette caractéristique est essentielle et c'est là qu'on en vient à la santé. Elle contient une priorité fondamentale qui est la valorisation des ressources

humaines et celle-ci fait l'objet de tout un chapitre. La santé occupe évidemment une place de choix au sein de ce chapitre. De plus, il y est bien indiqué qu'une société ne peut se développer que si tous les acteurs internes et externes, qui viennent en appui, peuvent se retrouver dans un même travail -selon une vision commune- et sont nommés explicitement: les gouvernements mais aussi les organisations non gouvernementales, les organisations internationales, les groupements de femmes et toutes les catégories de populations qui peuvent libérer leurs énergies et leurs talents au service du développement; donc, pluralité des acteurs.

Quatrième point important: c'est le suivi. Les engagements ne pourront être regardés qu'à la lumière de ces évolutions qui vont se faire et, pour pouvoir s'assurer qu'ils seront pris et adaptés aux circonstances de chaque pays, un suivi sérieux doit être engagé. Ce qui veut dire qu'il faut à la fois de l'imagination, compte tenu de la faiblesse des ressources et des difficultés particulières pour appliquer les engagements pris et, surtout, une volonté politique avec une certaine fermeté pour suivre les engagements puis les mettre en oeuvre.

Ici, j'en viendrai à ce dernier point qui concerne l'importance du suivi sectoriel qui vous intéresse plus particulièrement dans le domaine de la santé: dans le programme d'action, il est bien indiqué qu'il doit y avoir une articulation entre le suivi sectoriel et le suivi national et entre le suivi national et le suivi global. Je pense que l'OMS peut jouer ici un rôle déterminant pour appuyer les pays qui ont à prendre leurs responsabilités, pour les appuyer à la fois dans l'élaboration de leurs politiques et dans leurs activités opérationnelles, notamment en termes de coordination.

Un des traits de ce programme d'action est de mettre en valeur le suivi sectoriel et aussi le suivi national. Cela devrait permettre de voir régulièrement, comment les différentes politiques sectorielles ont pu être développées à partir des références du programme d'action et cela d'une façon intégrée. Le suivi global devrait en outre, s'accompagner d'échanges d'expériences entre les PMA.

Pourquoi ont-elles rencontré des difficultés au niveau des politiques ou au niveau opérationnel et quelles sont les contraintes?

Comment peut-on les surmonter et pourquoi, au contraire, les politiques, les indications, les orientations qui ont été données dans le programme d'action, pourquoi ont-elles marché?

Quels ont été les moyens mis en oeuvre et, ici, il y a toute une synergie à créer au niveau et à l'intérieur même des pays, à travers les suivis sectoriels, mais également dans ce groupe des pays les moins avancés qui présentent des caractéristiques communes.

Je m'arrêterai là, en souhaitant plein succès à ce séminaire afin que la santé prenne sa juste place dans cette dimension du développement intégré. Cela, c'est un travail de sensibilisation. Et aussi pour que vous puissiez conduire, comme le disait votre Président, une réflexion qui soit ouverte et franche, à la fois sur les politiques à définir et sur les moyens les plus efficaces d'en assurer la mise en oeuvre. Merci.

Exposé du
Dr Michel Jancloes,
Chef du bureau de la Coopération internationale,
Organisation mondiale de la Santé (OMS)

La santé de plus de 440 millions de personnes dans le monde s'est malheureusement détériorée au cours des dix dernières années et cette situation est inacceptable. C'est la raison pour laquelle nous nous retrouvons aujourd'hui autour de cette table. Je dois vous présenter les excuses du Directeur général adjoint de l'OMS, le Dr Abdelmoumène, qui devait présider cette séance et qui n'a pas pu se joindre à nous pour des circonstances indépendantes de sa volonté. Suite à une situation d'urgence, il ne pouvait quitter notre siège de Genève en l'absence du Directeur général. Je parlerai donc en son nom avec, j'espère, le même enthousiasme et le même esprit de fraternité qu'il aurait aimé développer avec vous.

A travers les nombreuses présentations des délégations qui ont été faites, il apparaît parfois que la dernière décennie aurait été une décennie perdue, comme cela a été dit, et ceci laisse un sentiment d'amertume qui risque peut-être, même si les faits correspondent à une réalité, de masquer certains motifs d'optimisme.

Cette dernière décennie a peut-être porté en germe de façon invisible la décennie à venir. Qu'entend-on par ce germe? Peut-être le courant potentiel d'une plus grande démocratisation, d'une plus grande capacité d'expression, une génération nouvelle de personnes qui constituent peut-être maintenant une masse critique de gens préoccupés par une meilleure gestion du bien public, pour une meilleure participation des communautés et des individus, par une décentralisation effective et par un souci de meilleure gestion.

Ce courant, je dirais, cette accélération de l'histoire qui s'est passée durant la dernière décennie, je crois, ne permet pas de dire que ce fut une décennie perdue. Elle constitue certainement un potentiel pour la décennie nouvelle. Ceci se répercute dans les grands mouvements dont nous observons les effets sur l'évolution des systèmes de santé dans les pays les moins avancés. C'est cette toile de fond qui sous-tend l'engagement politique de l'Organisation mondiale de la Santé et qui explique pourquoi, aujourd'hui, nous tenons à associer à cette vision tous les partenaires qui déjà ont exprimé leur volonté de collaborer à ce mouvement.

Durant les deux prochaines heures, je vous inviterai donc à saisir l'occasion que nous aurons pour explorer et préciser toutes les voies et moyens à notre disposition pour améliorer le plus vite possible la santé et le bien-être de ces 440 millions de personnes dont le nombre augmente de jour en jour. Leur état de santé, comme en témoignent les indicateurs, est inacceptable.

L'amélioration de la situation sanitaire, à laquelle ces populations ont droit et pour laquelle notre condition humaine nous impose un sursaut de solidarité, devrait contribuer à la croissance et au développement de leurs sociétés et, ce faisant, de l'humanité. Nous devons poser un jalon nouveau sur notre agenda d'actions futures et concentrer nos réflexions sur ce que le Président François Mitterrand, Président de la République française, a appelé un "Contrat de solidarité" pour consolider tous nos efforts.

L'Organisation mondiale de la Santé, sur la demande de ses Etats membres, a révisé ses programmes et a réorienté ses priorités politiques de manière à pouvoir réallouer ses ressources d'une façon plus pertinente.

Les pays et les populations des pays les moins avancés constituent une de ces grandes priorités et j'ai l'honneur de vous informer que, pour traduire cette décision politique dans les faits, le Directeur général a lancé une initiative spécifique visant à coordonner tous les programmes de l'OMS, tant au niveau central qu'au niveau régional, afin de concentrer un appui technique et financier à ces pays. Cette initiative a déjà démarré depuis un an et demi dans une quinzaine de pays.

Cette approche a permis de développer l'esquisse d'un nouveau mode de partenariat international avec les agences d'aide au développement de façon à soutenir les priorités nationales définies par ces pays.

C'est une initiative qui repose sur une stratégie par pays et non pas par programme. Elle a suscité très vite une réaction positive, un mouvement de solidarité internationale auquel de nombreux pays se sont déjà associés et je suis heureux de pouvoir dire que la France, le Japon, l'Italie et de nombreuses organisations telles que le PNUD et la Banque mondiale s'y sont déjà associées concrètement et que d'autres ont exprimé leur désir de pouvoir s'associer à travers des missions et des actions conjointes, pour des activités futures dans ces pays ou dans d'autres pays.

Cet effort de partenariat s'est déjà développé avec succès en Guinée-Bissau, au Népal, au Tchad, au Viet Nam, en Afghanistan pour n'en citer que quelques uns.

Selon une approche intégrée et orientée vers les objectifs bien ciblés, ces actions visent à renforcer les programmes nationaux fondés sur les services de soins de santé primaires. Cette initiative, dans son déroulement, est en train de générer des modalités nouvelles de coopération internationale.

Parmi les actions à portée immédiate, je peux signaler la lutte contre certaines maladies, certaines épidémies, la méningite, les endémies telles que le paludisme, la tuberculose, le SIDA, la lèpre. Elle a permis déjà de promouvoir des actions immédiates d'éducation pour la santé à travers les réseaux scolaires, de combler certaines insuffisances en équipements et en médicaments essentiels et d'apporter une expertise technique sur les questions urgentes.

En ce qui concerne les actions immédiates, mais à visée à plus long terme, les efforts ont porté principalement sur le réajustement de plans d'action qui permettent de définir un cadre politique pour la coopération internationale et, ce faisant, de renforcer une capacité nationale en matière de coordination. Je voudrais à cet égard vous faire partager trois observations que nous pouvons faire sur la base d'une première évaluation préliminaire de cette initiative et qui constituent autant de messages pour cette conférence.

La première observation: elle porte sur le besoin d'intégrer le développement sanitaire dans les réalités macro- et micro-économiques. Il existe de toute évidence des liens étroits indissociables entre les

secteurs sociaux et économiques. L'état de santé des populations et la capacité de croissance économique des pays sont inexorablement interdépendants tout comme le sont les politiques nationales de santé et les politiques macro-économiques.

Il y a donc un intérêt croissant pour établir un dialogue ouvert et soutenu entre les responsables politiques, les ministères des finances, de la planification, du budget, de la santé publique, des affaires sociales et des autres ministères impliqués dans le développement sanitaire pour une approche intégrée des stratégies prioritaires.

En second lieu, les pays et les agences de coopération au développement qui ont marqué un grand intérêt pour l'analyse conjointe de l'approche doivent maintenant passer à un stade d'actions conjointes structurées. Les moyens technologiques et financiers - et ceci est peut-être paradoxal - sont potentiellement disponibles dans beaucoup de pays. Cependant, une concertation réelle et soutenue, pour la mise en application opérationnelle des plans d'action, mérite d'être plus structurée et mieux organisée. A travers des réunions régulières de concertation au niveau du pays, des tables rondes, des consultations sectorielles, un appui devrait être donné aux pays pour l'élaboration de projets garantissant les conditions de gestion pour la coordination entre les différents intervenants (partenaires économiques et mobilisation des ressources), en étroite collaboration avec toutes les agences concernées localement, y compris les organisations non gouvernementales.

Enfin, nous réalisons combien il est nécessaire d'avoir une approche systémique, capable de créer un environnement de travail et une gestion qui permettent des prestations de services effectives et de qualité. Cet environnement de travail dans les pays les moins avancés ne peut être promu que dans la continuité, la persévérance et la solidarité internationale. Cette solidarité doit être soutenue de façon cohérente, sans interruption et sans hiatus pour la décennie à venir.

Des politiques d'investissements à travers la coopération internationale devraient être élaborées de telle sorte que les partenaires multi- ou bilatéraux travaillent dans le cadre politique du pays aidé pour lui permettre d'atteindre, à long terme, ses objectifs prioritaires.

C'est dans cette approche de coopération technique intégrée que l'Organisation mondiale de la Santé attache une importance particulière à la gestion économique du secteur de la santé avec une attention spéciale pour les problèmes de financement, les nouveaux mécanismes de recouvrement des coûts, de budgétisation et également de décentralisation dans l'utilisation des ressources pour en garantir la bonne gestion.

Honorables délégués, nous pensons que la programmation conjointe impliquant toutes les parties concernées devrait améliorer la coordination de la coopération internationale et ainsi mobiliser toutes les énergies et ressources disponibles. Des revues de suivis devraient permettre des réajustements organisationnels et financiers, qui s'imposent en cours d'exécution, de manière à garder la flexibilité requise pour pouvoir remédier, quand il le faut, aux imperfections observées.

L'OMS est prête à jouer davantage son rôle d'aide à la coordination tant pour la programmation que pour la concertation entre les partenaires et la mobilisation des ressources.

En ces temps où l'attention du monde est souvent détournée de vos préoccupations et de votre développement, il va de soi que nous devons redoubler d'énergie pour nous accorder ici, à Paris, sur des approches adéquates de coopération. Nous devons, de par nos échanges et par nos contacts - qu'ils soient personnels ou institutionnels - lutter avec un acharnement redoublé pour établir un contrat de solidarité solide, capable de résister à des intérêts divergents.

Toutes les forces venant des quatre points cardinaux, du Nord, de l'Ouest, du Sud et de l'Est - aujourd'hui l'apaisement des conflits idéologiques nous permet de l'espérer - doivent être mobilisées. Il s'agit de développer un partenariat où la stabilité, la liberté et la paix du monde ne peuvent se concevoir sans l'amélioration de la santé des hommes, des femmes et des enfants de tous les pays.

Exposé de
Monsieur le Professeur Jean-François Girard,
Directeur général de la Santé,
Ministère de la Solidarité, de la Santé
et de la Protection sociale,
représentant la France.

Monsieur le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs, je suis très honoré d'être parmi vous aujourd'hui pour participer à cette consultation sur la santé dans les pays les moins avancés intitulée "Priorité aux plus démunis". Permettez-moi de vous remercier pour votre invitation.

L'équation générale - 41 pays, 440 millions d'habitants - prend toute sa valeur si l'on précise qu'au cours des vingt dernières années le nombre de pays a doublé, le nombre d'habitants a triplé. Le monde évolue, il évolue vite, les réalités changent considérablement et ce qui se passe quelque part dans le monde n'est pas sans conséquence sur le reste du monde. Comme cela est évident maintenant pour le secteur de l'économie, la réflexion sur le développement procède d'une approche mondialiste, et la santé des enfants, des femmes, des hommes fait partie intégrante du développement. Tout le monde est concerné en même temps car le développement est indissociable du bien-être de tous.

Il n'est pas tolérable de savoir qu'en ce moment même près d'un milliard d'êtres humains se trouvent encore en dessous du seuil de subsistance, c'est-à-dire qu'ils souffrent de malnutrition, sont sans abri. Ils meurent de faim ou de maladie.

Il n'est pas tolérable pour les responsables politiques, et a fortiori pour les responsables de la santé, d'assister à des injustices face à la santé telles que des taux de mortalité infantile huit fois plus élevés dans les pays les moins avancés que dans un pays comme la France et des taux de mortalité maternelle deux cent fois supérieurs.

Il n'est pas tolérable non plus d'assister à des mesures d'austérité économique affectant les plus démunis.

Sous la contrainte de la dette, par exemple, réaliser des économies en réduisant les dépenses du secteur de la santé est dramatique. La preuve est faite que très vite ces quelques économies coûteront cher et entraîneront des situations catastrophiques pour le développement économique et social des nations, et toujours au détriment des personnes. Le développement envisagé sans la santé n'est pas le développement. C'est un raisonnement à courte vue que d'imaginer le secteur de la santé comme un secteur improductif.

Il est vrai qu'il n'est pas facile de mesurer l'impact de la santé dans les bilans comptables d'une économie nationale. Les données manquent pour évaluer les conséquences de l'absentéisme à l'école ou au champ, au bureau - absentéisme dû à la maladie -, les données manquent pour mesurer l'efficacité au travail par rapport à une alimentation inadéquate ou encore pour estimer l'impact d'une fécondité mal maîtrisée sur la santé des populations.

Que signifierait le développement sans la santé de la population et donc sans les artisans même du développement?

Que signifie l'abandon des services de santé, des infirmiers, des médecins, de la formation, de l'approvisionnement en médicaments dans un plan de développement ? Et enfin, comment ne pas reconnaître le rôle fondamental des ressources humaines ou la nécessité d'accroître les flux de ressources internes et externes ? La santé pour tous, bien sûr, le mot d'ordre est connu. Allons plus loin. La santé d'abord. La politique de la santé est une priorité. Les programmes de réajustement structurel, qui ne tiennent pas compte des secteurs sociaux, ne peuvent pas avoir de succès. Ces plans seront amputés d'une grande partie de leur efficacité. Le coût humain et social à payer risque d'être insupportable pour de nombreux pays. La nouvelle approche doit donner aux politiques d'ajustement la dimension sociale en tant que valeur intrinsèque de l'économie.

Nous sommes ici pour relever un défi, réussir un nouveau mode de croissance économique et sociale, en particulier dans les pays où cette croissance est la plus lente ou la plus compromise.

Nous avons à fonder l'avenir et l'enjeu est de taille. Pour reprendre une des formules de l'Organisation mondiale de la Santé : "penser globalement et agir localement" - formule qui convient bien à l'esprit qui nous anime ici - pour généraliser l'approche économique du secteur de la santé, nous devons nous mettre d'accord sur un cadre général dans lequel la santé doit être solidairement ancrée dans la continuité.

Nous voulons soutenir les pays pour qu'ils puissent s'armer contre les conséquences sanitaires et sociales de la pauvreté. A cette fin, le secteur de la santé doit être maintenant reconnu comme une priorité dans la politique de coopération de la France pour la mobilisation de ressources et la mise en oeuvre d'actions identifiées par les pays.

La nouvelle stratégie, orientée vers des pays et les populations qui en ont le plus besoin, initiée par l'Organisation mondiale de la Santé, correspond parfaitement aux enjeux du futur.

C'est une approche courageuse et pragmatique, fondée sur les réalités du terrain, et surtout sur la responsabilité des pays en direction des populations les plus démunies. Cette approche implique la création d'un nouveau partenariat propice, à nos yeux, au progrès social et économique des pays les moins avancés.

La France, dans le cadre de son contrat de solidarité vis-à-vis des pays les moins avancés, tel que l'a annoncé Monsieur le Président de la République française lors de la séance inaugurale, approuve et soutient l'effort entrepris par l'OMS pour intensifier l'appui technique et économique aux pays les plus démunis et contribue déjà en appuyant par des actions concrètes son rôle de coordinateur.

Comme l'a exprimé Monsieur Evin, Ministre français de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, en mai dernier, lors de l'ouverture de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale à Genève, nous approuvons l'orientation choisie pour deux raisons principales : en premier lieu, elle repose sur la définition d'une démarche concrète qui se nourrit des résultats obtenus sur le terrain; en second lieu, la nouvelle stratégie prend pour appui l'espace national. Ce cadre seul permet en effet la mise en oeuvre d'un véritable partenariat où chacun, entre pays récipiendaires, organisations mondiales et pays donateurs, exerce sa responsabilité, toute sa responsabilité.

Améliorer la gestion, mieux former le personnel et généraliser l'approche économique du secteur de la santé deviennent dans cette optique les principaux axes d'action.

La France est, pour sa part, prête à cet effort justifié par la gravité de la situation. Elle l'a montré en entreprenant dès 1989 une action de partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé et plusieurs pays gravement touchés dans leur situation sanitaire par la crise. Je tiens - et je cite toujours Monsieur le Ministre chargé de la Santé en France - à renouveler l'appui apporté par la France à l'Organisation mondiale de la Santé dans cette nouvelle phase et à adresser un appel aux autres pays donateurs pour qu'ils nous rejoignent dans cette démarche novatrice et pleine d'espoir.

Exposé de
Son Excellence le Dr K. P. Morake,
Ministre de la Santé du Botswana,
représentant le Botswana.

Mesdames et Messieurs, je tiens à remercier tous les organisateurs de la présente réunion et en particulier le Dr Nakajima, Directeur général de l'OMS, de m'avoir invité à prononcer cette allocution. C'est un grand honneur, tant pour moi-même que pour mon pays.

Monsieur le Président, mon pays, le Botswana, est l'un des moins avancés. C'est un pays sans littoral, situé au centre du plateau de l'Afrique australe; d'une étendue de 550 000 km², il est relativement peu peuplé puisqu'il ne compte que 1,3 million d'habitants. Il est semi-aride, la région du Kalahari semi-désertique recouvrant une bonne partie du territoire national.

Lorsque la Grande-Bretagne a accordé en 1966 son indépendance au Botswana, celui-ci était si pauvre que seules des subventions lui permettaient d'équilibrer son modeste budget. Il n'avait pas même les moyens de financer ses services publics. Mais, Monsieur le Président, le sort de mon pays a changé, a connu un véritable bouleversement au cours des 24 années écoulées depuis l'indépendance. Le lancement d'exploitations minières au début des années 70 et notamment l'ouverture de mines de diamants ont permis au Botswana de connaître une croissance économique régulière, jusqu'à atteindre aujourd'hui un PIB de US\$ 2 400 par habitant. Il n'en demeure pas moins qu'il est l'un des pays les moins avancés du monde par suite de plusieurs facteurs et en particulier du fait que l'économie est fortement tributaire d'un produit unique, le diamant.

En dépit des vigoureux efforts du gouvernement, la diversification de l'économie a été lente en raison de diverses difficultés. Elle reste donc très vulnérable à des facteurs extérieurs sur lesquels le gouvernement n'a aucune prise, à savoir les relations économiques entre les nations.

La diversification de l'économie et les créations d'emplois qu'elle permet sont devenues la toute première priorité de notre gouvernement pour la période du Septième plan national de développement qui démarrera en 1991. Ce sont là, nous en avons la conviction, les principaux moyens de venir à bout de la misère et de réaliser la santé pour tous.

Monsieur le Président, je fais appel à votre indulgence; mais en parlant tant de mon pays, je mets, me semble-t-il, en évidence les difficultés auxquelles se heurtent les PMA dans la voie du développement. Aujourd'hui, ces difficultés sont très intimement liées au climat économique international, lequel, à son tour, influe fortement sur les perspectives de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le Gouvernement du Botswana s'est efforcé d'utiliser les ressources financières provenant de la vente de ses produits miniers pour mettre en place une infrastructure et des services sociaux dans les zones rurales, où vit la majorité de la population. Il a tout particulièrement mis l'accent sur les structures sanitaires ainsi que sur les écoles et l'approvisionnement en eau. Les infrastructures de base - par exemple l'énergie et le logement - ont aussi été dûment prises en compte. Tous ces investissements ont eu pour but d'améliorer la qualité de vie de la population et de contribuer à faciliter l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Pour apprécier l'étendue de quelques-unes des réalisations du Botswana, il importe de savoir qu'au moment de l'indépendance, il n'existait virtuellement rien.

Aujourd'hui, 85% des habitants vivent à 15 km au plus, ou à une heure de voyage, d'une formation sanitaire; 100% des citoyens et plus de 70% des ruraux ont accès à une eau saine et le pourcentage des moins de cinq ans sous-alimentés, qui était de 30% au cours des années 70, est tombé en moyenne à 15% au cours des cinq dernières années. Le taux de mortalité infantile est actuellement estimé à 37 pour mille; il était de 100 en 1971 et de 71 en 1981.

Nous avons vu d'autres PMA remporter des succès similaires, puis les perdre par suite de la crise économique qui sévit actuellement dans le monde. Notre population souffre encore de la misère structurelle propre aux sociétés du tiers-monde; les tableaux de morbidité et de mortalité en font foi. En dépit de la richesse relative qui est la nôtre - compte tenu du niveau moyen de revenu des PMA - nous n'avons pas encore eu l'impact souhaitable sur la pauvreté par suite de ces problèmes de structure. En ce qui concerne la santé, notre souci, c'est au moins maintenir ce que nous avons acquis.

Monsieur le Président, l'interdépendance entre la santé et le développement est bien connue et démontrée. L'impact de la dette et de la stagnation économique - que connaissent de nombreux pays en développement - sur l'état de santé des populations la mettent abondamment en évidence.

Notre continent, l'Afrique, est toujours cité comme constituant l'exemple le plus flagrant de ce phénomène. La stagnation économique africaine a gravement compromis les progrès dans la voie de la santé pour tous et si des mesures draconiennes ne sont pas prises, cet objectif social ne sera certainement pas réalisable sur notre continent d'ici l'an 2000.

Les pays développés ont la possibilité d'aider les PMA à renverser cette tendance. Nous ne demandons pas l'aumône, mais une aide pour aborder une phase de développement durable. En premier lieu, les pays en développement ont besoin de l'équité commerciale; nous devons recevoir un juste prix pour nos produits de base et pouvoir accéder aux marchés pour nos produits finis. Il nous faut des capitaux et des technologies, non à titre de dons, mais dans le cadre d'une coopération où les pays développés trouveraient aussi leur compte. L'investissement c'est cela. En tant qu'africain, je déclare que nous aimerions voir les pays développés investir dans les nôtres et retirer de leur placement un bénéfice équitable, tout en favorisant un développement durable de nos pays.

A la suite des bouleversements survenus en Europe orientale, nous craignons tous que les investissements et l'aide, déjà faibles, que l'Afrique reçoit des pays occidentaux ne prennent une autre direction. Nous reconnaissons, après tout, que les pays de l'Est disposent d'une infrastructure développée ainsi que des ressources humaines qui tendront à rendre les placements plus rentables. Pendant la brève période écoulée depuis le début des changements dans cette région du monde, des milliards ont déjà été mobilisés par les pays occidentaux pour revigorer les économies des pays de l'Est. Seul, l'appât du gain suscite un très vif intérêt à l'égard de l'Europe orientale, reléguant l'Afrique à l'arrière-plan.

J'ai la conviction, Monsieur le Président, que les pays développés ont le devoir moral d'aider les PMA, particulièrement ceux d'Afrique qui

sont les plus touchés, à se remettre de la stagnation et à entrer à nouveau dans une période de développement. Une Afrique stable et prospère, intégrée au système économique international à titre de partenaire égale, se révélera également payante pour les pays développés.

Monsieur le Président, je ne suis pas économiste, mais j'ai entendu parler du Nouvel ordre économique international. Si l'on entend par là des pratiques commerciales équitables et une coopération en vue du transfert de technologies et de capitaux destinées à atténuer la pauvreté et à créer davantage de richesses, alors je suis un fervent partisan de ce mouvement.

En tant que Ministre de la Santé, je ne suis pas sans savoir que mon secteur est considéré comme un secteur de service social et non un secteur productif, mais sans santé il n'est pas de développement possible et la santé est aussi un produit du développement.

C'est dans cette optique que l'initiative prise par l'OMS au sujet d'une conférence sur les pays les moins avancés est éminemment louable. Il faut espérer que les débats sur les économies, sur les programmes d'ajustement structurel et des questions similaires permettront d'en apprécier pleinement la dimension sanitaire.

Il faut également se féliciter de l'initiative de l'OMS concernant une coopération spéciale avec chacun des pays les plus durement touchés par la crise économique, car elle est de nature à remettre de nombreux pays sur la voie de la santé pour tous.

Puis-je terminer, Monsieur le Président, en exprimant l'espoir de ne plus voir s'allonger la liste des pays les moins avancés. Une évolution contraire serait un triste témoignage sur la nature humaine. Merci, Monsieur le Président.

Exposé de
Son Excellence le Dr Véronique Lawson,
Ministre de la Santé du Bénin,
représentant le Bénin.

Monsieur le Président, Monsieur le représentant du Secrétaire adjoint de la CNUCED, Monsieur le représentant du Ministre de la Santé publique de la France, distingués délégués, Mesdames, Messieurs :

C'est avec plaisir et émotion que je prends la parole devant vous, éminents délégués de la communauté internationale ce jour, 7 septembre 1990, à Paris, à l'occasion de la tenue de la Deuxième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés.

La Première Conférence, tenue ici même à Paris en 1981 avait pour objectif de promouvoir un développement autonome et l'instauration de normes minimales en matière de santé, notamment dans les pays les moins avancés. Je crois ne pas me tromper en affirmant que les espoirs attendus, suite à cette première conférence, n'ont pas porté leurs fruits. Ainsi, les marchés à l'exportation de produits en provenance des pays les moins avancés se sont rétrécis dangereusement. Les flux des ressources financières des pays avancés vers les pays les moins avancés se sont inversés à la faveur de l'effondrement des prix des matières premières produites par ces mêmes pays les moins avancés, et ceci à la faveur des fluctuations des monnaies d'échange.

Une telle situation économique désastreuse a contribué à libérer les énergies des peuples qui, de par le monde entier, ont exprimé leur aspiration à davantage de liberté, davantage de démocratie. A l'est, tout comme en Afrique, notamment en République du Bénin, mon pays, ce vent a soufflé. Nous avons assisté à l'écroulement d'un régime autoritaire dans ces pays, à la détente est-ouest et au libéralisme économique croissant. La condition semblait on ne peut plus favorable pour autoriser un contrôle efficace de la crise économique internationale.

Pourtant, malgré l'existence d'indicateurs de contrôle de l'Afrique économique dans les pays avancés, les pays les moins avancés se trouvent dans une situation économique critique qui se caractérise par une paupérisation de plus en plus grande. L'accroissement constant du niveau de la dette extérieure de ces pays avec souvent un taux intolérable en est un témoin éloquent. Appelées au chevet de ces économies malades, les institutions internationales telles que le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale proposent des mesures dont les répercussions socio-politiques sont souvent imprévisibles.

Distingués délégués, Mesdames, Messieurs, affirmer ici que la santé économique du monde et notamment celle des pays les moins avancés est dangereusement altérée est une évidence criante. Si, comme j'en suis convaincue et comme le propose l'OMS, la finalité du développement économique est bel et bien l'accession de l'homme à un état de complet bien-être physique, mental et social, qu'il me soit permis de dire qu'aucun développement économique intégral ne peut se concevoir en dehors d'une amélioration de l'état de santé de celui qui est au centre du développement économique, c'est-à-dire l'homme.

Quelle agriculture peut-on promouvoir avec un homme amoindri par des parasitoses handicapantes dues à un environnement malsain ? Quelle alimentation saine peut-on faire assurer par une mère qui passe le clair de

son temps entre la maternité où elle accouche et l'hôpital où ses enfants, victimes de malnutrition, de paludisme, de diarrhée ou de méningite, etc., sont hospitalisés ? Quel surcroît de production de biens et de services peut-on attendre d'une jeunesse que la pandémie du SIDA s'est juré de décimer à la vitesse d'une irradiation atomique ?

Notre conviction est que le développement économique d'un pays passe par l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment dans les pays les moins avancés.

Comme vous le savez tous, distingués délégués, Mesdames, Messieurs, il n'y a pas de développement sans un bon état de santé et j'ajouterai qu'il n'y a pas de santé sans un minimum de développement. Voilà la vérité. A Alma-Ata, en 1978, la communauté internationale a proposé une approche nouvelle de la résolution des problèmes de santé en passant par la stratégie des soins de santé primaires, notamment pour les pays les plus démunis.

Cette stratégie, dont les composantes et activités sont clairement définies, visait, dans le souci d'une justice sociale, à faire atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Malgré la pertinence pour promouvoir rapidement un développement sanitaire fondé sur des soins complets accessibles à toutes les communautés, les résultats attendus de Alma-Ata sont en dessous de nos espérances. L'analyse des tenants et des aboutissants d'une telle situation nous a conduits à situer une fois encore la responsabilité des uns et des autres face au crucial problème de l'accession de tout être humain à ce droit fondamental qu'est le droit à la santé.

Au niveau national, l'accélération de la mise en oeuvre de tels soins de santé primaires doit passer par l'engagement communautaire dans la gestion de la santé des individus, des familles, notamment des groupes vulnérables que constituent les femmes et les enfants et des collectivités ainsi que l'a suggéré l'Initiative de Bamako.

L'Initiative de Bamako, rappelons-le, a vu le jour lors de la trente-septième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique tenue à Bamako au Mali le 9 septembre 1987. A cette session, les gouvernements des Etats membres ont demandé à l'OMS et à l'UNICEF de contribuer à accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau des districts en accordant la priorité aux femmes et aux enfants.

Cette initiative a pour objectif essentiel le renforcement des actions sanitaires à la base communautaire pour améliorer et assurer la survie et la qualité de vie des femmes et des enfants en particulier et en mettant en place un système de financement communautaire. Ce financement communautaire a pour objectif d'améliorer l'efficacité des soins de santé primaires en doublant ou en triplant la couverture sanitaire par le renforcement de la capacité de gestion au niveau local.

Les représentants de la communauté et les agents de santé participent ensemble activement à la planification et suivent la mise en oeuvre des stratégies définies pour protéger la santé des populations.

Ce financement communautaire est basé sur l'accession des populations à des prix modiques à des fournitures et à des médicaments essentiels sous nom générique à partir d'un stock initial gratuitement mis à la disposition d'informations sanitaires par les partenaires au développement. Les

revenus provenant de cette vente permettent d'une part de renouveler le stock de médicaments essentiels, d'autre part d'assurer la prise en charge de certaines dépenses de fonctionnement.

Pour ce faire, un environnement propice à la réalisation de prestations sanitaires efficaces dans le contexte de gestion décentralisée de la santé doit être créé et mon pays, la République du Bénin, s'y est résolument engagé depuis un bon moment.

La promotion de l'autogestion communautaire, sans être parfaite certes, a tout de même déjà atteint un niveau de développement remarquable et apparaît la seule alternative fiable pour sortir mon pays de son sous-développement socio-économique. Si elle est soutenue, encouragée et maintenue, l'enjeu en vaut la peine. L'exemple du projet de développement communautaire autogéré de Pao qui est un village de chez nous, est éloquent, et celui de Pikine par exemple, au Sénégal, font figure de leaders dans la Région.

La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako couvre près de 80 % des 86 districts sanitaires de la République du Bénin, tous organisés conformément au cadre du scénario africain de développement sanitaire. Plusieurs partenaires au développement nous aident dans la mise en oeuvre de cette Initiative à travers différents projets et nous leur rendons un hommage mérité.

Il s'agit par exemple du projet bénino-allemand de soins de santé primaires, du projet bénino-néerlandais, du projet bénino-suisse, du projet élargi de vaccination soins de santé primaires et depuis mars 1990, du projet de développement des services de santé sous financement Banque mondiale et coopération suisse. Plusieurs autres Etats et Organisations internationales nous accordent leur appui.

Nous citons par exemple le Programme des Nations Unies pour le Développement - le PNUD, le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population - le FNUAP, le Fonds Européen de Développement - le FED, le Fonds d'Aide et de Coopération - le FAC, la Communauté Economique Européenne - la CEE, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance - l'UNICEF et, bien entendu, l'Organisation mondiale de la Santé - l'OMS. Mais il reste encore beaucoup à faire et nous attendons de vous que d'autres projets et programmes de santé puissent être initiés afin de sortir mon pays du sous-développement et assurer un minimum de santé aux populations.

Nous avons donc, dans le cadre de notre programme d'ajustement structurel avec le FMI et la Banque Mondiale, réprécisé notre politique de développement sanitaire en fonction de la situation épidémiologique du pays en définissant des objectifs à atteindre qui tiennent compte du contexte socio-économique national et international.

Un accent particulier a été mis sur le renforcement de la planification, de la programmation et de la coordination des activités sanitaires à partir d'un système efficace d'information et de rétro-information aux trois niveaux périphérique, intermédiaire et central du système béninois de santé.

Par contre, distingués délégués, Mesdames et Messieurs, ce que nous attendons de nos partenaires dans le cadre de notre coopération bilatérale ou multilatérale, c'est une aide efficace à la mobilisation des ressources indispensables pour la promotion de la santé de l'ensemble des pays les moins avancés en général et de mon pays, la République du Bénin en

particulier, afin de permettre l'accroissement des richesses et le décollage économique. L'appui prioritaire au financement des réformes structurelles indispensables pour mener à bien nos programmes de santé constitue une préoccupation constante pour nous et nous voudrions y associer la communauté internationale.

Désireux de conjuguer avec celle-ci nos efforts pour l'instauration effective d'un mécanisme institutionnel capable d'accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires dans cette dernière décennie du vingtième siècle, la République du Bénin, dans son programme de développement des services de santé, a d'ores et déjà mis en place, le 12 octobre 1989, le Comité national de suivi de l'exécution et d'évaluation des programmes de santé.

Les niveaux intermédiaire et périphérique n'ont pas été oubliés dans le cadre de cette politique de décentralisation. C'est ainsi que des Comités départementaux de suivi de l'exécution et d'évaluation des programmes de santé ont été mis en place pour le niveau intermédiaire.

La caractéristique fondamentale de ce Comité est sa composition intersectorielle réunissant aux côtés du secteur santé les ministères du plan et de la statistique, des finances, de l'éducation nationale, du travail et des affaires sociales, de l'équipement et des transports, de la justice et de la législation, des affaires étrangères et de la coopération, du développement rural et de l'action coopérative, de l'information et des communications et, enfin, la défense nationale car rien ne peut se faire sans un développement intégré.

Il existe également un cadre réglementaire de concertation de toutes les organisations non gouvernementales intervenant dans le secteur de la santé en République du Bénin, ce qui permet une harmonisation des différents efforts déployés par nos partenaires au développement du secteur.

Mon pays s'est également engagé pour une politique de régulation et d'espacement des naissances à travers les activités du projet de bien-être familial financé par le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population, le FNUAP, car nous restons convaincus qu'il n'y a pas de développement sans maîtrise de l'accroissement démographique. Mais ici, j'aimerais bien dire à nos distingués délégués que l'accroissement démographique dont il est question aujourd'hui est, dans une mesure, le fruit de l'effort que l'on consent dans le domaine de la santé.

Nous luttons contre les maladies infantiles; la vaccination permet aux enfants de survivre et c'est la raison pour laquelle il y a cet accroissement. Mais, convaincus que nous sommes qu'il faut le maîtriser, nous mettons tout ce qu'il faut pour parvenir à un certain équilibre.

Tout ceci est concrétisé par un plan triennal à horizons glissants du secteur, où tous les efforts tant nationaux qu'internationaux ou bilatéraux sont ordonnancés, ce qui permet aux cadres de mon département de suivre avec objectivité le développement de ce secteur d'activités.

Par conséquent, mon pays, la République du Bénin, comme vous le constatez, a concentré d'énormes efforts pour la mise en place de toutes ces réformes dans le secteur de la santé dont j'ai la charge. Mais la situation économique désastreuse laisse présager que, sans le soutien des partenaires au développement que vous êtes, ces acquis ne pourront durer que le temps d'une hausse. Ce soutien sera bien évidemment associé aux

efforts de nos gouvernements et de nos populations, je veux parler des pays les moins avancés, et à leur esprit d'entraide et de coopération.

Je voudrais ici souligner avec force le rôle essentiel des femmes qui doivent être soutenues et encouragées dans leur lutte quotidienne pour la conquête de leur liberté. Elles pourront ainsi s'engager activement dans les structures politiques, culturelles et socio-économiques et apporter leur précieuse contribution au développement de leur pays.

La République du Bénin, qui a opté résolument pour la démocratie, est devenue un Etat de droit pour la liberté sans garantie mais c'est un pays délabré dont l'économie est gangrénée. Mon équipe et moi-même travaillons d'arrache-pied pour consolider les quelques acquis dans le domaine sanitaire. Nous vous invitons à venir constater sur place dans notre petit pays ce que nous avons et que nous sommes en train de réaliser.

Mais sans un soutien technique et financier de la part de la communauté internationale que vous représentez ici, honorables délégués, Mesdames et Messieurs, ces efforts risquent de sombrer dans le néant. Les pays les moins avancés ont besoin de votre appui sans lequel les fruits de tant de sacrifices consentis par la communauté internationale et les populations démunies des pays les moins avancés seraient perdus à jamais du fait de l'essoufflement inévitable causé par une lutte vaine et sans espoir.

Les investissements ultérieurs nécessaires pour redresser une telle situation seraient alors beaucoup plus importants que ce qu'on n'aurait pas voulu réaliser au départ. La facture sera alors beaucoup plus lourde.

Distingués délégués, Mesdames, Messieurs, c'est pour solliciter votre concours qui, par avance, j'en suis convaincue, ne nous fera pas défaut que j'ai répondu favorablement à cet honneur que vous m'avez fait et que le Directeur général de l'OMS a bien voulu me faire en m'invitant à prendre la parole ce jour devant cette illustre assemblée. Je vous en suis très reconnaissante.

Je sollicite votre soutien et je fais appel à votre esprit de solidarité pour tendre la main aux pays les moins avancés en général et à la République du Bénin en particulier, afin de nous aider à concrétiser notre volonté et notre lutte pour émerger du gouffre où nous nous trouvons et votre volonté à aider les peuples à promouvoir leur propre état de santé.

La République du Bénin a fait les efforts nécessaires et, grâce au renouveau démocratique intervenu depuis mars 90, une autopsie de la situation nous a permis de comprendre que l'une des causes de nos maux réside dans une mauvaise gestion de nos ressources. Le Gouvernement de transition dont je fais partie s'est résolument engagé à améliorer la gestion de tous les secteurs d'activités et à créer un cadre propice pour une gestion saine et transparente. Aujourd'hui, les conditions sont remplies pour un nouveau départ. Nous sommes dans un Etat de droit. Nous nous sommes mis au travail et nous voulons nous rendre encore plus utiles à notre communauté africaine et internationale, mais l'état sanitaire des pays les moins avancés, et du Bénin en particulier, freine cette avancée qui risque d'être définitivement bloquée si vous n'intervenez pas maintenant.

Distingués délégués, Mesdames, Messieurs, si vous nous abandonnez et si nous nous abandonnons nous-mêmes à la marginalisation, si nous ne conjugons pas nos efforts, le désastre qui découlerait des hésitations des uns et des autres risquerait de coûter beaucoup trop cher à la communauté internationale. Si les pays les moins avancés ne portent aucun espoir en eux, ils deviendront l'ennemi des gens qui n'ont plus rien à perdre. Ils harcèleront la conscience des pays riches et le seront en permanence devant leur porte, mendiants ou agressifs.

Aidons donc les peuples des pays les moins avancés à rester chez eux. Aidons les peuples des pays les moins avancés et ceux des pays développés à s'aimer sincèrement et maintenant, tout de suite. Vive la communauté internationale ! Vive les Nations Unies ! Vive la solidarité entre les peuples du monde ! Vive le Bénin ! Je vous remercie.

Nous, participants à la deuxième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés, réunis à Paris du 3 au 14 septembre 1990, sommes convenus de mesures concrètes rassemblées dans un Programme d'action afin de relancer le développement de ces pays.

Par cette Déclaration, nous prenons l'engagement solennel de mettre en oeuvre ce Programme, tout au long de la nouvelle décennie.

Nous estimons que la dégradation de la situation économique, sociale et écologique de la plupart des pays les moins avancés au cours des années 1980 n'est pas une fatalité. Elle peut être inversée si ces pays et tous leurs partenaires, mettant à profit le nouveau climat de confiance dans les relations internationales, unissent leurs efforts dans le cadre d'une véritable solidarité, notamment à travers de nouvelles formes de coopération, pour redonner aux pays les moins avancés la perspective d'un développement soutenu et durable, inséré dans la croissance de l'économie mondiale.

Ce programme d'action manifeste notre détermination unanime à promouvoir une politique de développement ambitieuse. Son succès repose sur l'efficacité des politiques nationales, un environnement économique international favorable et un partenariat renforcé fondé sur un engagement mutuel :

- Celui des gouvernements des pays les moins avancés, responsables au premier chef de leur développement, à définir et mettre en oeuvre des politiques appropriées assurant la participation des populations aux décisions prises, aux efforts demandés et aux résultats obtenus;
- Celui de leurs partenaires de dégager, à l'appui de ces politiques et efforts, des ressources suffisantes, d'améliorer la qualité de cette aide et de mieux l'adapter aux besoins.

Pour inspirer l'action nationale des pays les moins avancés dans leur lutte contre la pauvreté, nous avons défini cinq priorités dans notre Programme d'action :

- Mener une politique macro-économique, prenant en compte les signaux du marché et visant à accélérer la croissance et le développement à long terme, avec le souci de la situation des groupes les plus vulnérables de la population.
- Mettre en valeur les ressources humaines, en faisant des populations, homme et femmes, les acteurs et les bénéficiaires du développement, dans le respect des droits de l'homme et de la justice sociale, et en appliquant des politiques efficaces concernant la démographie, la santé, l'éducation, la formation et l'emploi.
- Inverser la tendance à la dégradation de l'environnement, le gérer dans la perspective d'une utilisation efficace et durable des ressources naturelles et renforcer la lutte contre les catastrophes.
- Promouvoir une politique intégrée de développement rural orientée vers l'accroissement de la production alimentaire, l'augmentation des revenus paysans et l'expansion des activités non agricoles.

- Développer un secteur productif diversifié, s'appuyant sur l'initiative privée, des entreprises publiques performantes, la coopération régionale, un accès plus large au marché mondial et une action internationale dans le domaine des matières premières.

Pour contribuer à la réalisation de ces priorités, nous convenons de la nécessité de soutenir les efforts des pays les moins avancés par des mesures d'appui extérieur.

En complément des efforts nationaux faits pour mobiliser l'épargne intérieure et créer un climat favorable aux investisseurs étrangers, nous reconnaissons le rôle essentiel de l'aide publique au développement pour les pays les moins avancés. Son montant doit être substantiellement accru. La majeure partie de l'aide doit être accordée sous forme de dons et gérée de façon efficace et transparente.

Nous sommes déterminés à poursuivre nos efforts en vue d'adopter et de mettre en oeuvre diverses mesures dans le cadre de la stratégie internationale de la dette, afin de donner leur pleine efficacité à toutes les actions engagées pour relancer la croissance dans ces pays.

Nous sommes de même déterminés à contribuer à l'amélioration de l'environnement économique international et à l'intégration des pays les moins avancés dans le système commercial mondial, afin de mieux les associer aux bénéfices de l'expansion des échanges.

Nous invitons les organisations non gouvernementales compétentes à unir leurs efforts à ceux des gouvernements des pays les moins avancés et de la communauté internationale pour contribuer au succès du Programme d'action.

Pour assurer la mise en oeuvre effective de nos engagements, nous convenons d'un système de suivi national, régional et mondial garantissant le caractère opérationnel, adaptable et évolutif du Programme d'action; nous entendons y associer tous les gouvernements, les institutions internationales, à commencer par la CNUCED, les organisations régionales de développement et les organisations non gouvernementales.

Le refus de la marginalisation des pays les moins avancés constitue un impératif éthique. Il correspond aussi aux intérêts à long terme de la communauté internationale. Dans un monde de plus en plus interdépendant, le maintien, voire l'approfondissement du fossé entre les nations riches et pauvres contient de graves germes de tension. Notre monde ne connaîtra pas de paix durable sans respect de la Charte des Nations Unies, des engagements internationaux et sans développement partagé. Tels sont les objectifs de notre Programme d'action.

La santé dans les pays les moins avancés au cours des années 90,
défis et mesures proposées.

Document préparé par l'Organisation mondiale de la Santé pour la
Deuxième conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés

LES DEFIS

Pour la plupart des habitants des pays les moins avancés, la situation économique et sociale s'est dégradée depuis dix ans de manière spectaculaire, si bien que, dans les zones rurales surtout, les besoins fondamentaux d'une grande partie de la population - eau de boisson sûre, logements sains, soins de santé essentiels, alimentation adéquate, niveau minimal de productivité économique - restent non satisfaits. Les services de santé des pays les moins avancés ont connu ces dernières années un déclin de qualité, notamment au niveau périphérique, et les inégalités sociales entre ville et campagne en ce qui concerne la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé n'ont pas diminué.

A l'aube des années 90, il est urgent pour les pays les moins avancés de prendre sur divers fronts des mesures qui seront l'assise de changements futurs susceptibles de conduire à la croissance et de faire diminuer la pauvreté.

C'est avec les enfants, les femmes et les hommes des pays les moins avancés que l'on bâtira cette assise. C'est avec eux en effet que commencent et que finissent la croissance et le développement. Ils doivent participer activement aux efforts de leurs pays pour assurer dans l'avenir cette croissance et ce développement. Pour cela, il faut qu'ils soient en bonne santé, bien nourris, logés et éduqués. Le défi des années 90, pour les pays les moins avancés, comme pour le monde en général, sera de satisfaire les besoins fondamentaux de ces enfants, de ces femmes et de ces hommes dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation et du logement.

Les pays les moins avancés ne sont pas encore parvenus à satisfaire les besoins de base dans le domaine de la santé. Dans les années 80, la demande de services de santé a augmenté, alors que l'offre diminuait. Pareil déséquilibre est inacceptable. Le graphique ci-joint fait apparaître, grâce à un certain nombre d'indicateurs, le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays les moins avancés et autres pays en développement d'une part, et les pays industrialisés de l'autre. Il est clair que pour combler ce fossé, il faudra, au cours des années 90, faire en matière de santé des investissements considérables dans les pays les moins avancés.

Les concepts et principes des soins de santé primaires, définis en 1978 à Alma-Ata par les gouvernements et réaffirmés à Riga (URSS) en mars 1988, restent valables pour la décennie qui s'ouvre. Les éléments fondamentaux des soins de santé primaires comprennent :

1. une information et une éducation concernant la santé
2. la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
3. un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base
4. la protection maternelle et infantile
5. les vaccinations
6. la prévention et le contrôle des endémies
7. le traitement des maladies et lésions courantes
8. la fourniture de médicaments essentiels.

Les principes qui sont à la base de cette philosophie sont les suivants :

1. l'équité
2. l'accès universel aux soins de santé
3. l'accent mis sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie
4. l'action intersectorielle
5. la participation communautaire
6. la décentralisation de la prise des décisions dans les questions d'ordre sanitaire
7. l'intégration des programmes de santé.

Dans la plupart des pays, ces concepts - et les stratégies pour les mettre en oeuvre - ont été exprimés de façon suffisamment claire et opérationnellement détaillée dans les politiques et plans de santé nationaux. Le défi des années 90 est de les mettre en pratique.

L'expérience acquise ces dix dernières années en matière de soins de santé primaires, a permis de dégager un certain nombre de défis sanitaires spécifiques et de savoir de quelles ressources il fallait disposer pour les relever. Le premier défi est d'assurer un engagement continu en faveur du développement sanitaire. Cela exigera, entre autres, un engagement au niveau le plus élevé des dirigeants politiques pour réduire les inégalités sociales, l'engagement des individus à mieux prendre en charge leur propre santé, et l'engagement des professionnels de la santé à appliquer les principes des soins de santé primaires.

Le deuxième défi, c'est qu'il est nécessaire de renforcer encore l'infrastructure sanitaire, en se fondant sur les principes des soins de santé primaires. L'attention devra se porter particulièrement sur l'adéquation du personnel, des compétences, de la technologie, des ressources et des systèmes d'orientation-recours. On devra privilégier spécialement les niveaux de la communauté et du district. Les effets de la croissance démographique et la demande de ressources pour les soins de santé sont déjà importants, et continueront à l'être. De nouvelles maladies

telles que le SIDA et la recrudescence de "vieilles" maladies comme le paludisme pèsent sur l'infrastructure sanitaire existante. De nombreux pays, à tous les niveaux de développement, ne se rendent pas bien compte de la rentabilité de l'approche soins de santé primaires, ou ne savent pas en profiter; en maints endroits par exemple, la surconcentration des soins à base hospitalière a encore augmenté.

Le troisième défi est d'assurer l'utilisation optimale de toutes les ressources dont peut disposer la santé (ressources humaines, matérielles, technologiques et financières) et la mobilisation de nouveaux moyens. Le niveau des dépenses consacrées à la santé est encore très différent dans les pays développés et les pays en développement; bien qu'il ne soit pas l'unique mesure des efforts requis pour améliorer les niveaux de santé, il faudrait qu'il y ait un seuil minimal que les pays devraient être capables de respecter. Il est clair que le maintien des progrès de la santé, notamment dans les pays les moins avancés, exigera des ressources dépassant de beaucoup le niveau actuel. Dans la majorité des pays (groupant au moins 65 % de la population mondiale), les dépenses de santé représentent de 1 à 3 % du PNB. Trouver des moyens nouveaux de s'adapter aux nouvelles réalités économiques exige de la créativité et des compétences politiques pour accroître la participation des individus et des collectivités, des organisations non gouvernementales et du secteur privé, dans un esprit de partenariat avec les gouvernements. Le personnel de santé doit être techniquement qualifié, socialement motivé, et capable de répondre aux besoins sanitaires et sociaux des individus. Il est important aussi de prévoir pour les agents de santé des incitations à fournir des soins de qualité qui ne soient pas trop coûteux. Le renforcement de la recherche - développement dans le domaine de la santé représentera un soutien très important à la mise en oeuvre des stratégies sanitaires nationales.

Le quatrième défi est d'améliorer les capacités gestionnaires, en prenant des mesures pour assurer la justesse des décisions et des politiques, et en veillant davantage à ce que les priorités et les objectifs soient fondés sur une information valable. Il faudra renforcer considérablement l'aptitude des pays à procéder en permanence aux évaluations et projections des besoins et des tâches dans le domaine de la santé, à développer ou réorienter les programmes et stratégies de santé, enfin à surveiller et apprécier les progrès et les résultats. Il faudrait mettre les ministères de la santé mieux en mesure de réaliser une analyse économique des choix de santé.

Les ressources réelles nécessaires dans le secteur de la santé et pour les actions sanitaires connexes seront notablement plus importantes au cours de la décennie qui vient que dans les dix dernières années. Il y a un montant optimal que les pays et les individus devraient dépenser pour maximiser les progrès sanitaires, mais il est difficile, sinon impossible, de le quantifier avec précision. Si la proportion du PNB consacrée aux services de santé est, en moyenne mondiale, inférieure à 5 %, elle atteint près de 12 % dans certains pays, tandis que dans d'autres elle n'arrive pas à 2 %. Au minimum, au cours de la prochaine décennie, le pourcentage du PNB réservé à la santé devra probablement être doublé dans certains pays. Une grande partie de cette augmentation correspondra à des problèmes de santé négligés par le passé et qui représentent pour la société un fardeau socio-économique accru. Dans les pays nantis, les taux traditionnels de croissance économique engendreront des ressources suffisantes dans l'avenir; là aussi toutefois, il sera nécessaire d'apporter certaines modifications aux systèmes de prestations et de financement. Dans les pays pauvres et en développement, une transformation des priorités en faveur des

soins de santé primaires aidera à libérer certaines des ressources nécessaires. La réforme des systèmes de financement et de prestations permettra également de dégager des ressources internes qui seront alors orientées vers les problèmes sanitaires prioritaires. Malgré tout, pour que les niveaux de santé et de développement humain augmentent au cours des dix prochaines années dans les pays les moins avancés, il faudra une situation économique mondiale favorable et d'importantes réformes dans la gestion, les prestations et le financement. En outre, les pays les moins avancés auront besoin dans l'avenir immédiat d'une assistance extérieure financière supplémentaire.

MISE EN OEUVRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES : MESURES PROPOSEES POUR LES ANNEES 1990

L'objectif fondamental des stratégies sanitaires, pour les années 90, reste la réalisation des buts fixés et adoptés par les gouvernements à Alma-Ata en 1978 et réaffirmés à Riga (URSS) en 1988. On trouvera dans l'annexe 1 une analyse détaillée des indicateurs mondiaux pour la surveillance des progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs, sur la base des informations fournies par les pays eux-mêmes.

La mise en oeuvre efficace des soins de santé primaires passe par le partenariat entre les pays les moins avancés, l'Organisation mondiale de la Santé et les membres de la communauté internationale. Il est indispensable que dans cette coopération, chaque partenaire assume ses propres responsabilités et mette en oeuvre des mesures spécifiques.

MESURES INCOMBANT AUX PAYS LES MOINS AVANCES

La santé doit être considérée comme l'affaire de chacun. Cela va exiger un engagement politique au niveau le plus élevé, au sein des ministères de la planification et des finances, comme dans les ministères de l'éducation et de la santé. Il faut créer un environnement adéquat, qui favorise une prestation efficace et efficiente des soins de santé, avec des mesures d'incitation appropriées et la création de l'infrastructure physique voulue. Cette création de capacités et cet investissement dans les individus pour améliorer la fourniture des services de santé seront essentiels. Tout en développant les capacités, il faudra mettre l'accent sur la décentralisation des décisions, pour permettre de mieux répondre aux besoins des individus et faciliter la participation locale à la planification et à la réalisation des activités. Le secteur de la santé a sur le plan économique des caractères particuliers, mais il doit être perçu comme un secteur économiquement productif et, à ce titre, pouvoir obtenir une part adéquate des ressources intérieures de l'Etat. Enfin, ayant élaboré les politiques et stratégies appropriées, le gouvernement doit s'assurer que tous les partenaires extérieurs travaillent ensemble dans ce cadre, de telle sorte que les investissements externes viennent compléter le mieux possible les dépenses internes.

MESURES RELEVANT DES GOUVERNEMENTS DONATEURS

Il faut bien admettre que les pays les moins avancés auront longtemps besoin d'un soutien financier externe supplémentaire, et que des changements fondamentaux dans les modalités de l'aide apportée au secteur de la santé sont indispensables, autant pour limiter la dépendance des pays les moins avancés, que pour augmenter l'efficacité de l'aide fournie.

On pourrait élaborer des politiques internationales visant à assurer que les partenaires (multilatéraux et bilatéraux) travaillent en commun pour aider les gouvernements à répondre à leurs priorités sanitaires. L'aide sera mieux coordonnée si les donateurs procèdent à une programmation conjointe en consultation avec le gouvernement et en conjugaison avec l'Organisation mondiale de la Santé. Pour permettre aux pays de mieux absorber la coopération technique intersectorielle, il faudrait élargir le soutien concernant les dépenses locales et renouvelables. On ne doit pas négliger le rôle des organisations non gouvernementales dans le renforcement des capacités d'absorption. L'assistance extérieure doit être cohérente et continue. Programmer l'assistance sur plusieurs années rendrait les prévisions plus faciles.

MESURES A PRENDRE PAR L'OMS

L'OMS a lancé une nouvelle initiative visant à renverser les obstacles qui s'opposent à une mise en oeuvre efficace des soins de santé primaires, initiative où les efforts se concentrent sur les pays et les populations qui en ont le plus besoin.

Cette initiative, axée sur les pays, vise à mieux intégrer et coordonner les programmes OMS au sein d'un pays, et à aligner plus étroitement les activités de l'OMS sur les priorités sanitaires nationales. Elle insiste particulièrement aussi sur la nécessité d'aider les pays à augmenter leur capacité de traiter les aspects analytiques, gestionnaires, économiques et financiers des stratégies sanitaires.

Cette approche de l'OMS présuppose l'engagement des autorités nationales du pays à jeter un regard nouveau et réaliste sur les priorités de santé et les ressources disponibles, en vue de repartir à zéro. Le gouvernement doit être prêt à refondre ses plans de santé nationaux, ou à les modifier, et à redéployer les ressources existantes, si la nouvelle évaluation en montre la nécessité.

En même temps, l'OMS, en consultation avec le gouvernement intéressé, doit s'engager à réétudier la répartition de ses propres ressources, afin de procéder aux redéploiements éventuellement nécessaires.

Les résultats de ce processus différeront évidemment d'un pays à l'autre. On peut cependant s'attendre, dans la plupart des cas, à l'élaboration de plans de développement sanitaire nationaux mieux intégrés, bien coordonnés et plus réalistes, ainsi qu'à la constitution d'une infrastructure sanitaire et de systèmes de santé correspondant aux disponibilités réelles de ressources humaines et financières.

Dans la nouvelle initiative, à chaque niveau structurel de l'OMS (monde, région, pays) revient un rôle vital et complémentaire. Tandis que le Siège, conservant la responsabilité de la politique générale, fournit avec les Bureaux régionaux un appui technique approprié et joue un rôle majeur dans la recherche et la coordination de ressources supplémentaires pour l'initiative, les Bureaux régionaux sont le point central de coordination et de gestion des activités de l'initiative dans les différents pays de la Région. Dans chaque pays, la tâche du représentant de l'OMS, en tant que coordonnateur de tous les programmes de l'OMS dans le pays, est de la plus grande importance pour le succès de la nouvelle entreprise. L'OMS examine les moyens de renforcer la capacité des bureaux de ses représentants pour apporter au ministère de la santé un soutien plus efficace dans les domaines techniques et jouer un rôle actif de coordonnateur en matière de santé internationale. Mettant l'accent sur une meilleure

intégration au niveau des pays et une plus grande efficacité des bureaux de l'OMS dans les pays, la nouvelle initiative offre une excellente base pour le lancement au niveau des pays de relations de travail plus efficaces et mutuellement bénéfiques entre l'OMS et les agences coopérantes.

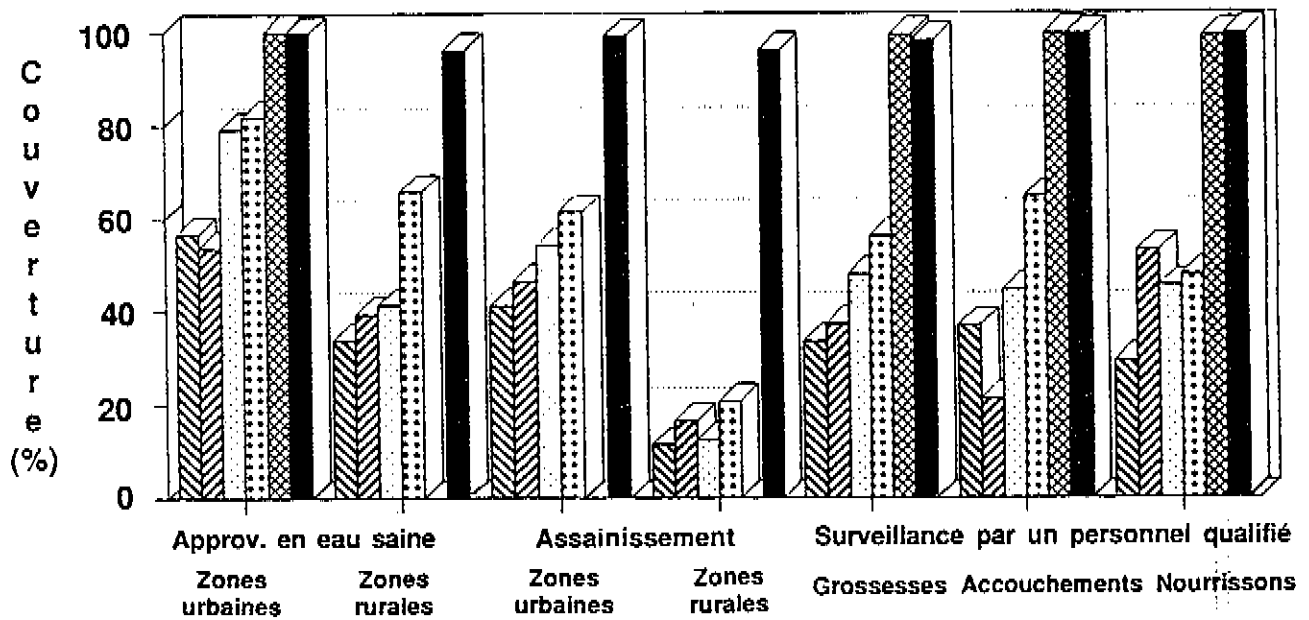
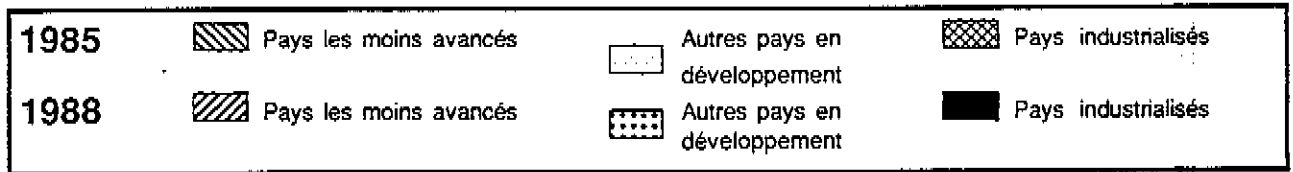
Les activités menées au titre de l'initiative auront un résultat important sur le développement de la capacité de planification, de programmation et de gestion dans le secteur de la santé. Cela sera évidemment à l'avantage direct des pays intéressés, mais aussi garantira une plus grande capacité d'absorption et d'utilisation efficace des ressources fournies, tant par les organisations coopérantes que par l'OMS.

En résumé, l'établissement par les autorités nationales de plans de santé rationnels, réalistes et cohérents, tenant compte des réalités en matière de disponibilité de ressources, constituent un canevas logique grâce auquel les ressources seront utilisées plus efficacement dans le cadre du processus de développement global du pays.

Tout au long du processus décrit ci-dessus, l'Organisation se tiendra, à tous les niveaux, en relations de travail étroites avec les organismes de coopération multilatérale et bilatérale pour le développement. La nouvelle approche présuppose la reconnaissance du gouvernement en tant qu'organisme national responsable de la coordination, de la coopération extérieure dans le domaine de la santé et de l'intégration de cette coopération dans un plan national cohérent. L'OMS coopérera avec les ministères pour renforcer leurs capacités à cet égard. On insistera sur la définition d'un canevas de coopération qui aura pour base le plan de santé national et qui comportera une analyse des conditions exigées par tous les partenaires en cause, ainsi qu'un plan d'évaluation. Il faudra aider les gouvernements à faire en sorte que tous les partenaires extérieurs fonctionnent dans le cadre de ce canevas. L'objectif est de mobiliser les ressources nationales et extérieures appropriées pour combler les lacunes identifiées, et garantir ainsi le financement des programmes et activités prioritaires. L'OMS devra aider les gouvernements à se doter de la capacité analytique voulue pour prévoir les besoins en ressources, justifier ces besoins, prévoir les disponibilités et évaluer l'impact et l'efficacité de leur coopération reçue. L'Organisation devra également aider les gouvernements dans leurs efforts pour mobiliser des ressources et coordonner l'assistance, en les aidant, par exemple, à mettre au point une stratégie de coopération en santé et à participer aux négociations pertinentes, et par la fourniture d'un appui technique et logistique lors des réunions avec les organismes de financement.

Cette initiative de coopération intensifiée avec les pays devrait rendre la coopération en matière de santé plus efficace, plus efficiente, plus opportune et plus adaptée aux problèmes de chaque pays. Il n'y a actuellement aucun autre choix possible, dans la tentative mondiale pour répondre au défi représenté par la persistance de taux élevés de mortalité et de maladies que l'on pourrait éviter dans les pays les moins avancés. Cette approche, mieux intégrée et mieux centrée, de la mise en oeuvre des soins de santé primaires par les pays, permettra à l'OMS et à la communauté internationale d'ouvrir la voie à des progrès importants dans l'état de santé des populations des pays les moins avancés.

Moyenne pondérée de certains indicateurs par degré de développement des pays 1985* et 1988*



* date du rapport

ANNEXE 1

PAYS OU TERRITOIRE	Vaccination des nourrissons (% de couverture pour 1985* - 1988*)						Vaccination anti-tétanique des femmes enceintes (2d)#			
	DTC		Rougeole		Polio		BCG			
	1985	1988	1985	1988	1985	1988	1985	1988	1985	1988
AFGHANISTAN	15	25	14	31	15	25	17	27	11	6
BANGLADESH	2	9	1	6	2	8	2	14	2	7
BENIN	17	52	23	38	16	52	27	67		8
BHOUTAN	10	27	11	23	11	27	21	38	3	10
BOTSWANA	68	86	68	91	68	88	68	99		40
BURKINA FASO		34	38	68		34	17	67	4	26
BURUNDI		73		58		76		89	18	49
CAP-VERT		45		59		58		99		
COMORES		71	18	71		73		97	10	26
DJIBOUTI	30	60	27	61	30	60	58	42	10	10
ETHIOPIE	6	16	12	13	6	6	11	27	4	7
GAMBIE	77	77	75	82	55	83	92	90	83	85
GUINEE		2		9		1		6		7
GUINEE EQUATORIALE	3	3	12	12	4	4		29	17	17
GUINEE-BISSAU	18	56	35	60	18	54	33	98	10	22
HAITI	19	28	21	23	19	28	57	45		31
KIRIBATI	37	37	7	7	15	15	49	49		2
LESOTHO		77		79		77		84		
MALAWI	52	55	51	53	46	50	87	92	18	20
MALDIVES	3	6	30	9	5	6	52	60	15	2
MALI		3		5		3		15		3
MAURITANIE		32		69		61		91	12	
MOZAMBIQUE	29	29	39	39	25	25	47	47	40	40
MYANMAR	16	23		14	3	13	45	45	20	24
NEPAL	31	46	45		20	40	67	78	10	15
NIGER		5								3
UGANDA	14	39	17	48	13	40	37	74	5	13
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	20	24	23	30	20	24	34	53		20
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE LAO	28	71	33	70	28	71	8	77		62
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	67	81	74	88	64	65	90	94	37	54
RWANDA	50	67	52	78	56	86	83	92	21	
SAMOA	92	89	89	81	92	93	97	97		21
SAO TOME-ET-PRINCIPE	42	66	35	59	45	65	75	90	42	59
SIERRA LEONE		30		50		30		73		59
SOMALIE	22	25	34	29	22	25	31	33	14	6
Soudan	8	29	6	22	8	29	12	46	3	12
TCHAD		13		16		13		31		15
TOGO		41		48		40		66		64
TUVALU	97	58	92	65	97	73	99	92		13
VANUATU	30	31	26	25	27	31	83	75		16
YEMEN	10	14	11	15	10	14	20	28	3	2
YEMEN DEMOCRATIQUE	7	25	14	35	7	25	17	41	3	8
Moyenne de pays notifiant pour les deux années	31	42	33	44	28	41	48	63	17	23

Source: Chiffres de l'OMS/PEV en 1985 et 1988

* date du rapport

2 doses

PAYS OU TERRITOIRE	Surveillance par un personnel qualifié (%)					
	Grossesses		Accouchements		Nourrissons	
	1985*	1988*	1985*	1988*	1985*	1988*
AFGHANISTAN	5.0	8.0	5.0	8.0		
BANGLADESH		12.0		5.0		
BENIN	27.2	63.7	34.3	44.6		
BHOUTAN	3.4	16.0	3.4	7.0		38.0
BOTSWANA		74.0		79.0		54.0
BURKINA FASO	40.0	10.3		30.0	30.0	20.0
BURUNDI	13.6	30.0	12.0	16.0	14.2	
CAP-VERT	96.0	99.0	10.0		85.0	100.0
COMORES	69.4	69.4	24.0	24.0		
DJIBOUTI	50.0	76.0	73.0	79.0	15.0	62.0
ETHIOPIE	14.0		58.0	9.0	10.0	15.0
GAMBIE	90.0	90.0	80.0	54.0		
GUINEE		36.0		25.0		
GUINEE EQUATORIALE						
GUINEE-BISSAU		29.0		38.7		92.5
HAITI	44.8	41.0	20.0	40.0		33.0
KIRIBATI						
LESOTHO	40.0	50.0	28.0	40.0		80.0
MALAWI	73.8	37.0	58.6	45.0	64.0	98.0
MALDIVES	47.0					
MALI		20.0		16.0		
MAURITANIE	58.0	26.5	22.6	20.0	60.0	47.0
MOZAMBIQUE	46.0	43.0	28.0	30.0	17.0	23.0
MYANMAR	90.9	75.0	97.4	25.0		71.0
NEPAL	17.0	9.0	10.0	6.0	10.0	
NIGER	46.5		46.5		17.9	
UGANDA		86.0				
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE		68.5		65.7		67.6
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POP. LAO						
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	98.0	90.0	74.0	60.0		90.0
RWANDA		85.0		22.0		
SAMOA	92.0	50.0	52.0	95.0	97.0	50.0
SAO TOME-ET-PRINCIPE	60.0	64.0		86.0	3.5	80.0
SIERRA LEONE	30.0		25.0		30.0	
SOMALIE	2.0	2.0	2.0	2.0		
SOLDAN	20.0	40.0	20.0	60.0	70.0	70.0
TCHAD						
TOGO						
TUVALU	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
VANUATU	90.0	75.0	72.0	86.0		
YEMEN	21.0		12.0	12.0		
YEMEN DEMOCRATIQUE	10.0	10.0	10.0	10.0		
Moyenne de pays notifiant pour les deux années	51.5	49.0	39.0	37.9	50.1	60.5

Source: Rapports nationaux OMS de surveillance et d'évaluation
1985 et 1988

* date du rapport

PAYS OU TERRITOIRE	PNB/PIB par habitant US\$	
	1985*	1988*
AFGHANISTAN	202	205
BANGLADESH	123	147
BENIN	290	349
BHOUTAN	80	110
BOTSWANA	648	1500
BURKINA FASO	240	200
BURUNDI	180	240
CAP-VERT	341	
COMORES	300	300
DJIBOUTI	276	276
ETHIOPIE	120	
GAMBIE	250	
GUINEE	300	320
GUINEE EQUATORIALE	180	
GUINEE-BISSAU	160	200
HAITI	300	330
KIRIBATI		324
LESOTHO	623	400
MALAWI	262	170
MALDIVES	407	348
MALI	120	170
MAURITANIE	185	235
MOZAMBIQUE	270	105
MYANMAR	170	239
NEPAL	170	160
NIGER	240	250
OUGANDA	230	164
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	280	
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POP. LAO	202	202
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	270	270
RWANDA	236	301
SAMOA		299
SAO TOME-ET-PRINCIPE	264	
SIERRA LEONE	320	300
SOMALIE	290	270
SOUUDAN	375	105
TCHAD	80	158
TOGO	264	
TUVALU	360	334
VANUATU	529	115
YEMEN	530	520
YEMEN DEMOCRATIQUE	408	430
Moyenne de 33 pays notifiant pour les deux années	284	286
Etendue	80 - 648	105 - 1500

Source: Rapports nationaux OMS de surveillance et d'évaluation,
1985 et 1988

*: date du rapport

PAYS OU TERRITOIRE	Taux d'alphabétisation des adultes			
	Hommes		Femmes	
	1985*	1988*	1985*	1988*
AFGHANISTAN	33.0	50.0	6.0	10.0
BANGLADESH	39.7		18.8	
BENIN	25.1		9.5	
BHOUTAN	36.8	36.8	10.0	10.0
BOTSWANA	32.0	62.0	36.0	64.0
BURKINA FASO	18.0	16.6	5.0	6.3
BURUNDI	35.4	46.0	15.7	35.0
CAP-VERT	54.0		34.0	
COMORES		56.3		41.5
DJIBOUTI	34.0	34.0	14.0	14.0
ETHIOPIE				
GAMBIE		20.0		20.0
GUINEE	35.0		14.0	
GUINEE EQUATORIALE				
GUINEE-BISSAU				
HAITI		40.0		35.0
KIRIBATI				
LESOTHO		50.0		50.0
MALAWI	48.0	52.0	25.0	31.0
MALDIVES	81.5		81.8	
MALI	19.0		8.0	
MAURITANIE				
MOZAMBIQUE	44.2		12.3	
MYANMAR	86.0	85.8	76.0	71.6
NEPAL	31.7	51.8	9.2	18.0
NIGER	14.0		6.0	
OUGANDA	63.0		38.0	
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE				
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POP. LAO				
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE			18.0	
RWANDA	49.5	61.0	30.5	33.0
SAMOA				
SAO TOME-ET-PRINCIPE	73.2		42.5	
SIERRA LEONE	31.0	32.0	17.0	25.0
SOMALIE	61.0	18.0	48.0	7.0
SOUDAN	44.0	47.0	17.0	20.0
TCHAD	35.0		8.0	
TOGO	33.0		20.0	
TUVALU				
VANUATU				
YEMEN	16.0	42.0	1.0	7.0
YEMEN DEMOCRATIQUE		59.0		25.0
Moyenne de 14 pays notifiant les taux d'alphabétisation des hommes et de 14 pays notifiant les taux d'alphabétisation des femmes pour les deux années	39.7	45.4	22.2	25.1
ETENDUE: minimum	14.0	16.6	1.0	6.3
maximum	86.0	85.8	81.8	71.6

Source: Rapports nationaux OMS de surveillance et
d'évaluation, 1985 et 1988

* date du rapport

PAYS OU TERRITOIRE	Population (en milliers)		
	1980	1985	1990
AFGHANISTAN	16,063	14,519	16,557
BANGLADESH	88,219	101,147	115,593
BENIN	3,494	4,050	4,741
BHOUTAN	1,245	1,362	1,516
BOTSWANA	902	1,078	1,285
BURKINA FASO	6,959	7,882	9,007
BURUNDI	4,100	4,721	5,451
CAP-VERT	296	330	379
COMORES	381	444	519
DJIBOUTI	300	350	406
ETHIOPIE	38,750	42,271	46,743
GAMBIE	641	745	858
GUINEE	5,407	6,075	6,876
GUINEE EQUATORIALE	352	392	440
GUINEE-BISSAU	809	889	987
HAITI	5,413	5,922	6,504
KIRIBATI	59	64	68
LESOTHO	1,339	1,538	1,774
MALAWI	6,091	7,141	8,428
MALDIVES	155	183	215
MALI	7,023	8,082	9,362
MAURITANIE	1,551	1,766	2,024
MOZAMBIQUE	12,100	13,720	15,663
MYANMAR	33,821	37,544	41,675
NÉPAL	14,858	16,915	19,143
NIGER	5,311	6,115	7,109
OUGANDA	13,119	15,491	18,442
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	2,298	2,576	2,913
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POP. LAO	3,205	3,594	4,071
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	18,867	22,751	27,328
RWANDA	5,163	6,102	7,232
SAMOA	155	163	170
SAO TOME-ET-PRINCIPE	85	97	112
SIERRA LEONE	3,263	3,665	4,151
SOMALIE	5,352	6,398	7,555
SOUDAN	18,681	21,818	25,195
TCHAD	4,477	5,018	5,678
TOGO	2,554	2,960	3,455
TUVALU	8	8	9
VANUATU	117	142	164
YEMEN	5,995	6,888	8,017
YEMEN DEMOCRATIQUE	1,861	2,137	2,491

Source: UN - World Population Prospects, 1988

PAYS OU TERRITOIRE	Espérance de vie - Hommes			Espérance de vie - femmes		
	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1980-1985	1985-1990	1990-1995
AFGHANISTAN	40.0	41.0	43.0	41.0	42.0	44.0
BANGLADESH	49.1	51.1	53.1	48.1	50.4	52.6
BENIN	42.4	44.9	46.9	45.6	48.1	50.2
BHOUTAN	46.6	48.6	50.6	45.1	47.1	49.4
BOTSWANA	53.0	55.5	58.0	59.0	61.5	64.0
BURKINA FASO	43.7	45.6	47.6	46.8	48.9	50.9
BURUNDI	44.9	47.4	49.3	48.1	50.7	52.7
CAP-VERT	57.3	59.3	61.3	60.8	62.8	64.8
COMORES	48.3	50.3	52.2	51.7	53.8	55.8
DJIBOUTI	43.4	45.4	47.4	46.6	48.7	50.7
ETHIOPIE	38.4	39.4	41.4	41.6	42.6	44.6
GAMBIE	39.4	41.4	43.4	42.6	44.6	46.6
GUINEE	38.7	40.6	42.6	41.8	43.8	45.8
GUINEE EQUATORIALE	42.4	44.9	46.9	45.6	48.1	50.1
GUINEE-BISSAU	41.4	43.4	45.4	44.6	46.6	48.7
HAITI	51.2	53.1	55.0	54.4	56.4	58.3
KIRIBATI						
LESOTHO	49.0	51.5	54.0	58.0	60.5	63.0
MALAWI	44.4	46.3	48.4	45.7	47.7	49.7
MALDIVES						
MALI	40.4	42.4	44.4	43.6	45.6	47.6
MAURITANIE	42.4	44.4	46.4	45.6	47.6	49.7
MOZAMBIQUE	42.9	44.9	46.9	46.1	48.1	50.2
MYANMAR	55.8	58.3	60.8	59.3	61.8	64.3
NEPAL	49.0	51.5	54.0	47.5	50.3	53.0
NIGER	40.9	42.9	44.9	44.1	46.1	48.1
OUGANDA	47.4	49.4	51.4	50.7	52.7	54.7
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	41.4	43.9	45.9	44.6	47.1	49.1
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POP. LAO	44.5	47.0	49.5	47.5	50.0	52.5
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	49.3	51.3	53.3	52.7	54.7	56.7
RWANDA	44.9	46.9	48.8	48.1	50.2	52.2
SAMOA						
SAO TOME-ET-PRINCIPE						
SIERRA LEONE	37.5	39.4	41.4	40.6	42.6	44.6
SOMALIE	41.4	43.4	45.4	44.6	46.6	48.6
SOUDAN	46.6	48.6	50.6	49.0	51.0	53.0
TCHAD	41.4	43.9	45.9	44.6	47.1	49.1
TOGO	48.8	51.3	53.2	52.2	54.8	56.8
TUVALU						
VANUATU						
YEMEN	46.9	49.5	52.0	49.9	52.4	54.9
YEMEN DEMOCRATIQUE	46.9	49.4	51.9	49.9	52.4	54.9
Moyenne de 36 pays	45.1	47.2	49.3	48.0	50.2	52.3
Etendue: minimum	37.5	39.4	41.4	40.6	42.0	44.0
maximum	57.3	59.3	61.3	60.8	62.8	64.8

Source: UN - World Population Prospects, 1988

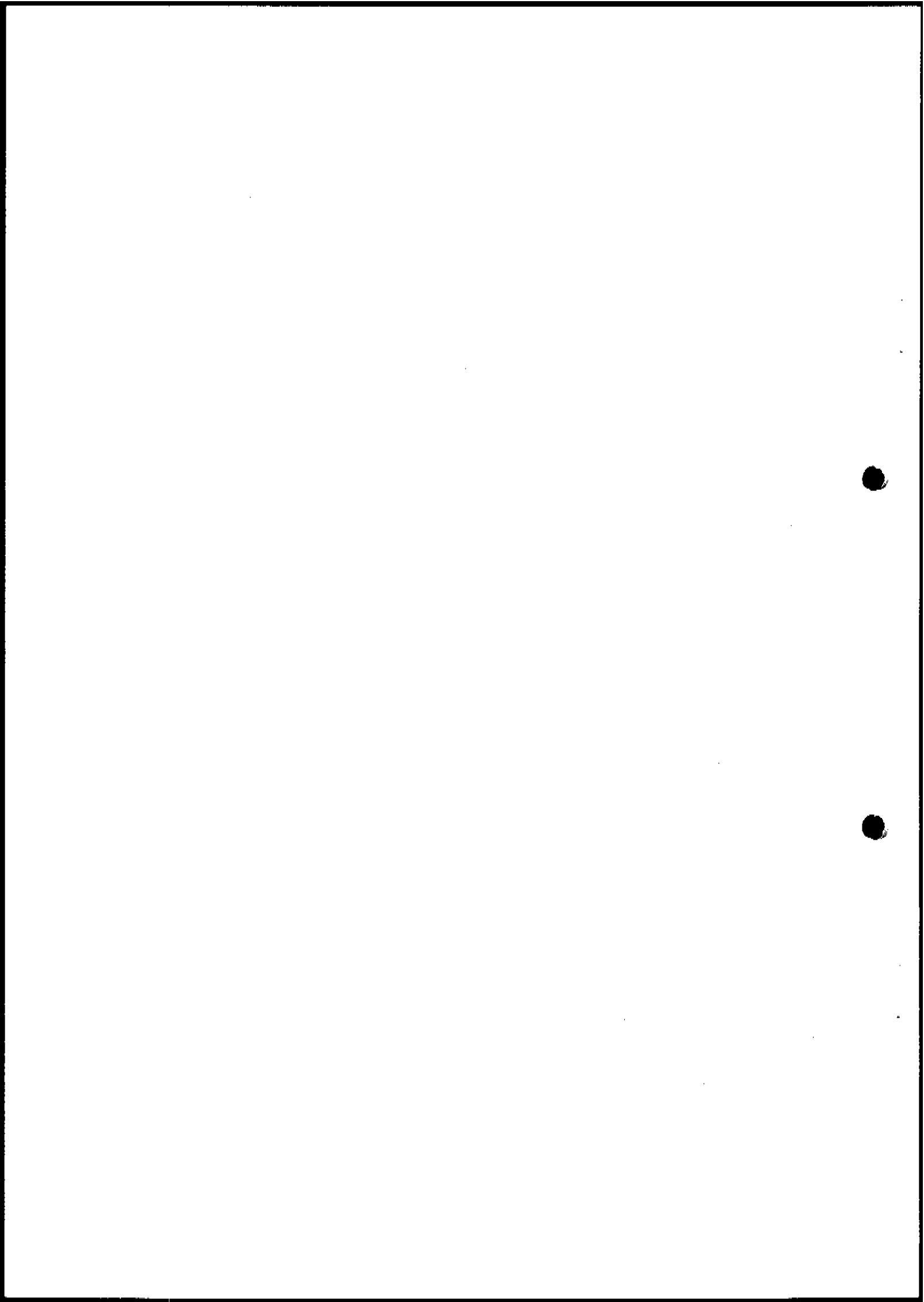
PAYS OU TERRITOIRE	Taux de mortalité infantile		
	1980-1985	1985-1990	1990-1995
AFGHANISTAN	183.0	172.1	162.4
BANGLADESH	128.2	119.2	107.5
BENIN	120.1	110.0	101.0
BHOUTAN	138.7	128.2	118.2
BOTSWANA	76.0	67.0	58.0
BURKINA FASO	149.4	137.6	126.5
BURUNDI	124.1	111.9	102.7
CAP-VERT	74.8	65.6	56.7
COMORES	88.3	79.8	71.7
DJIBOUTI	132.0	121.6	111.9
ETHIOPIE	159.0	154.3	142.8
GAMBIE	154.3	142.8	132.0
GUINEE	159.1	147.4	136.2
GUINEE EQUATORIALE	137.3	127.0	117.0
GUINEE-BISSAU	142.8	132.0	121.6
HAITI	128.0	117.0	106.0
KIRIBATI			
LESOTHO	111.0	100.0	89.0
MALAWI	163.0	150.5	138.3
MALDIVES			
MALI	179.5	169.0	159.0
MAURITANIE	137.3	126.6	116.6
MOZAMBIQUE	153.5	141.5	130.1
MYANMAR	80.0	70.2	59.1
NEPAL	138.7	128.2	118.2
NIGER	145.7	134.6	124.1
UGANDA	112.0	102.7	93.8
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	142.0	132.0	122.0
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POP. LAO	122.5	110.0	97.0
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	115.0	105.6	96.6
RUANDA	132.0	121.6	111.9
SAMOA			
SAO TOME-ET-PRINCIPE			
SIERRA LEONE	166.5	154.3	142.8
SOMALIE	142.9	132.0	121.7
SOUDAN	117.6	108.1	99.1
TCHAD	142.8	132.0	122.0
TOGO	102.3	93.8	85.3
TUVALU			
VANUATU			
YEMEN	129.9	115.7	102.3
YEMEN DEMOCRATIQUE	134.9	120.4	106.5
Moyenne de 36 pays	132.3	121.7	111.3
Etendue: minimum	74.8	65.6	56.7
maximum	183.0	172.1	162.4

Source: UN - World Population Prospects, 1988

PAYS OU TERRITOIRE	Couverture en eau saine (%)				Couverture en services d'assainissement adéquats (%)			
	Zones urbaines		Zones rurales		Zones urbaines		Zones rurales	
	1985*	1988*	1985*	1988*	1985*	1988*	1985*	1988*
AFGHANISTAN	30	38	10	17		5		
BANGLADESH	29	25	43	66	21	20	2	6
BENIN	45	79	9	35	45	60	4	10
BHOUTAN	40	100	14	24		100		7
BOTSWANA	98	100	72	33	79	90	13	25
BURKINA FASO	50		26		38	38	5	5
BURUNDI	33	92	22	27	90	90	25	15
CAP-VERT	99	100	21	49	36	41	9	
COMORES	99		52			90		80
DJIBOUTI	53	50	20	21	43	94	19	50
ETHIOPIE	93		42				5	
GAMBIE	100		33					
GUINEE	91	62	2	15	54		1	
GUINEE EQUATORIALE	47				28			
GUINEE-BISSAU	21	19	37	22	21	29	13	18
HAITI	73	59	25	32	54	42	12	14
KIRIBATI								
LESOTHO	37		14	40	22		11	20
MALAWI	82	66	54	49				
MALDIVES	53	91	8	17	69	100	1	2
MALI	58	48	20	17	90	100	5	
MAURITANIE	80		16		7			
MOZAMBIQUE	82	50	2	12		80		40
MYANMAR	36	37	21	27	34	35	15	26
NEPAL	71	77	11	24	16	54	1	1
NIGER	48		34		36		3	
UGANDA	45	45	12	12	40	40	10	10
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	24		5		36		9	
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POP. LAO								
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	85	80	47	38	91	90	76	78
RWANDA	55		60		60		60	
SAHOA								
SAO TOME-ET-PRINCIPE								
SIERRA LEONE	58	86	8	20	43	86	10	20
SOMALIE	60	57	20	22	60	44	5	5
SOUDAN		90		20	20	40	1	5
TCHAD	27		30					
TOGO	68		26		34		8	
TUVALU	100	100	100	100				
VANUATU						95		35
YEMEN	100	90	21	30	75	66		
YEMEN DEMOCRATIQUE	73	86	39	35	69	70	33	30
Moyenne de pays notifiant pour les deux années	63	68	26	31	52	61	14	19

Source: Rapports nationaux OMS de surveillance et d'évaluation
1985 et 1988

* date du rapport



Résolution WHA43.17 de l'Assemblée mondiale de la Santé.
**"Renforcement de l'appui technique et économique
 aux pays confrontés à de graves difficultés économiques"**
 Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,
 OMS, Genève, 17 mai 1990.

La Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant note du rapport du Directeur général sur le renforcement de l'appui technique et économique aux pays confrontés à de graves difficultés économiques;

Consciente des effets des programmes d'ajustement structurel de ces pays sur leurs secteurs sociaux et, en particulier, celui de la santé;

Rappelant les résolutions WHA42.3 et WHA42.4;

Consciente de la nécessité de soutenir les efforts de ces pays pour atteindre les objectifs de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 adoptée par l'OMS et d'adapter à cette fin les structures de leurs systèmes de santé d'une manière compatible avec le contexte social, culturel et économique de chacun;

Soulignant que le financement du secteur de la santé doit être considéré comme un investissement dans le potentiel productif futur des pays, et que les ressources nationales et internationales doivent être utilisées de manière optimale pour avoir un effet maximum sur la santé des populations;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres qui ne l'ont pas encore fait :

- 1) à évaluer leurs structures sanitaires - tant gouvernementales que non gouvernementales - et la manière dont elles sont financées, et à définir des options réalistes pour déployer les ressources disponibles le plus efficacement et équitablement possible compte tenu des priorités de développement nationales;
- 2) à développer leur capacité d'analyser les liens entre les divers secteurs en rapport avec la santé, et leur influence sur le secteur de la santé, pour pouvoir recommander des stratégies appropriées face aux changements rapides qui se produisent;
- 3) à renforcer leur capacité d'analyser, de planifier et d'opérer, là où cela est nécessaire, des ajustements structurels dans le secteur de la santé, compte tenu des ressources intérieures et extérieures disponibles, ainsi que des priorités nationales;
- 4) à renforcer les activités de formation appropriées pour accroître les capacités nationales mentionnées ci-dessus;

2. DEMANDE à la communauté internationale :

- 1) d'intensifier son appui aux pays et aux populations qui en ont le plus besoin;
- 2) de soutenir, par tous les moyens disponibles, les efforts des pays pour assurer le développement durable de leurs systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires dans le contexte de leurs politiques nationales d'ajustement économique;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir un appui aux Etats Membres pour renforcer et développer encore leurs systèmes de santé et recenser des ressources et des approches nouvelles;
- 2) de faire en sorte que l'OMS prenne, notamment à l'intérieur du système des Nations Unies, la direction de la coordination des activités de coopération dans le domaine de la santé, conformément à sa Constitution, avec tous les pays, mais plus particulièrement avec les pays et les groupes de population qui en ont le plus besoin;

- 3) de doter l'OMS, au moyen des ressources disponibles, de la capacité de surveiller les effets des conditions économiques extérieures et des programmes nationaux d'ajustement structurel sur le secteur de la santé au niveau des pays, afin d'aider ces pays à parer aux conséquences néfastes des conditions économiques extérieures et des ajustements structurels;
- 4) de chercher des méthodes pour sensibiliser la communauté internationale à la possibilité d'un accord sur les priorités sanitaires et économiques, en recourant à toutes les approches possibles, y compris la participation des dirigeants au niveau politique le plus élevé;
- 5) de mobiliser un engagement et un appui extrabudgétaire à ces fins;
- 6) de déterminer comment faire rapport de manière efficace et selon une périodicité appropriée sur l'état de santé dans le monde et les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution.

Quatorzième séance plénière, 17 mai 1990 -

- - -