

# BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2008-2009

16 DECEMBER 2008

## Voorstel van resolutie inzake de overleving van kinderen in ontwikkelingslanden

(Ingediend door mevrouw Sabine de Bethune c.s.)

### TOELICHTING

#### 1. De overleving van kinderen: waar staan we vandaag?

De jongste honderd jaar is er aanzienlijke vooruitgang geboekt op het vlak van de overleving van kinderen. In 1960 stierven jaarlijks nog 20 miljoen kinderen vóór hun vijfde verjaardag. In 1990 was dit aantal gedaald tot 12,7 miljoen (of 93 kinderen per duizend levendgeborenen). Uit recente cijfers van UNICEF blijkt dat de kindersterfte verder blijft dalen. In 2007 stierven er 68 kinderen per duizend levendgeborenen. Dat is een afname met 27% in vergelijking met 1990. Toch betekent dit dat er vandaag nog elk jaar 9,2 miljoen kinderen jonger dan vijf jaar sterven, meestal aan de gevolgen van eenvoudig te voorkomen ziektes. Hiervan halen 4 miljoen baby's zelfs hun eerste levensmaand niet. En 99% van alle overlijdens bij pasgeborenen komt voor in ontwikkelingslanden.

Er werd vooruitgang geboekt op verschillende vlakken dankzij het gebruik van goedkope, efficiënte en beschikbare middelen. Enkele voorbeelden:

— de uitroeiing van pokken en het aanzienlijk indijken van roedehond en polio werd mogelijk dankzij wereldwijde vaccinatie;

— het aanzienlijk verminderen van de ondervoeding in een aantal landen, is onder ander toe te schrijven aan een verbeterd voedingspatroon;

# SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2008-2009

16 DÉCEMBRE 2008

## Proposition de résolution relative à la survie des enfants dans les pays en développement

(Déposée par Mme Sabine de Bethune et consorts)

### DÉVELOPPEMENTS

#### 1. La survie des enfants: où en sommes-nous à ce jour?

En cent ans, des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine de la survie des enfants. En 1960, on enregistrait encore vingt millions de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans. En 1990, ce chiffre n'était plus que de 12,7 millions (soit 93 décès sur mille enfants nés vivants). Des chiffres récents de l'UNICEF montrent que la mortalité infantile continue à régresser. En 2007, la proportion était de 68 enfants sur mille nés vivants, soit une diminution de 27% par rapport à 1990. Pourtant, ces chiffres signifient qu'aujourd'hui encore, pas moins de 9,2 millions d'enfants meurent chaque année avant l'âge de cinq ans, généralement des suites de maladies facilement évitables. Parmi ceux-ci, 4 millions de bébés n'atteignent même pas l'âge d'un mois. Enfin, 99% de tous les décès de nouveau-nés surviennent dans les pays en développement.

Des progrès ont été engrangés dans différents domaines, grâce à l'utilisation de moyens peu coûteux, efficaces et disponibles. En voici quelques exemples:

— la variole a pu être éradiquée tandis que la rubéole et la polio ont pu être fortement endiguées grâce à une campagne de vaccination mondiale;

— la malnutrition a régressé de manière considérable dans plusieurs pays, notamment grâce à l'amélioration du modèle alimentaire;

— het aantal sterfgevallen tengevolge van diarree is aanzienlijk verminderd door de beschikbaarheid van drinkbaar water en sanitair te verbeteren en het gebruik van ORS (oraal rehydratiezout) te veralgemenen;

— het aantal kinderen tussen de 6 en 59 maand die minstens één dosis vitamine A hebben gekregen is met 50 % gestegen in vergelijking met 1999;

— het aantal sterfgevallen veroorzaakt door mazen is in sub-Sahara Afrika met 75 % verminderd sinds 1999 dankzij vaccinatie;

— een betere opvolging van de moeder tijdens de zwangerschap en tijdens de bevalling zorgt voor een merkbare daling in het kindersterftecijfer;

— de promotie van exclusieve borstvoeding heeft ertoe geleid dat er een aanzienlijke toename is in het aantal baby's dat de eerste zes maanden uitsluitend borstvoeding krijgt;

— er is merkbare vooruitgang op het vlak van HIV-aids preventie en het voorkomen van de transmissie van moeder op kind;

— het gebruik van geïmpregneerde muskietennetten en betere medicijnen heeft het aantal gevallen van malaria drastisch verminderd.

De minste vooruitgang inzake de overleving van kinderen de voorbije eeuw is het gevolg van een gebrekkige behandeling van de meest voorkomende kinderziektes: longontsteking en diarree. Andere stagnatie of achteruitgang is onder andere te wijten aan: een gebrekkige opvolging van de zwangerschap en bevalling; gebrekkige zorg voor de pasgeboren baby, ondervoeding (verantwoordelijk voor meer dan 30 % van de kindersterfte vandaag), HIV-aids en oorlog.

Er is duidelijk vooruitgang in het bestrijden van kindersterfte en dit in een aanzienlijk aantal landen. Voorbeelden zijn Laos, Bangladesh, Bolivia en Nepal. In deze landen is het aantal sterfgevallen onder kleine kinderen sinds 1990 met ruim de helft afgenomen. Ook in bepaalde delen in Afrika is er vooruitgang. Dit noopt tot optimisme en toont aan dat verandering mogelijk is. De oorzaken van kindersterfte zijn gekend, net als de middelen om kindersterfte te voorkomen. Er bestaan simpele, betrouwbare en betaalbare middelen om het leven van miljoenen kinderen te redden. De uitdaging bestaat erin ervoor te zorgen dat deze middelen ook effectief beschikbaar worden voor alle kinderen en moeders, in het bijzonder in de meest getroffen regio's (sub-Sahara Afrika en Zuid-Azië) en voor de armste en meest gemarginaliseerde gemeenschappen.

— le nombre de décès des suites de diarrhées a fortement diminué grâce à l'amélioration de la disponibilité de l'eau potable et des équipements sanitaires et à la généralisation de l'usage d'ORS (sel de réhydratation oral);

— le nombre d'enfants de 6 à 59 mois ayant bénéficié d'au moins une dose de vitamine A a augmenté de 50 % par rapport à 1999;

— le nombre de décès provoqués par la rougeole en Afrique subsaharienne a diminué de 75 % depuis 1999 grâce à la vaccination;

— un meilleur suivi de la mère pendant la grossesse et lors de l'accouchement permet de réduire de manière significative les chiffres de mortalité infantile;

— la promotion de l'allaitement maternel exclusif a entraîné une augmentation considérable du nombre de bébés nourris exclusivement au sein durant les six premiers mois;

— des progrès sensibles ont été enregistrés dans le domaine de la prévention du sida et de la lutte contre la transmission de la maladie de la mère à l'enfant;

— l'utilisation de moustiquaires imprégnées et l'amélioration de la qualité des médicaments ont permis une diminution drastique du nombre de cas de paludisme.

Les progrès enregistrés dans le domaine de la survie des enfants au cours du siècle passé ont été tempérés par l'insuffisance des traitements des maladies infantiles les plus répandues, à savoir la pneumonie et la diarrhée. Parmi les autres éléments qui ont provoqué une stagnation, voire une régression à ce niveau, citons entre autres le manque de suivi de la grossesse et de l'accouchement, l'insuffisance des soins aux nouveau-nés, la malnutrition (responsable aujourd'hui de plus de 30 % des cas de mortalité infantile), le sida et la guerre.

Nombre de pays, parmi lesquels le Laos, le Bangladesh, la Bolivie et le Népal, ont enregistré des progrès visibles dans la lutte contre la mortalité infantile. Dans ces pays, le nombre de décès d'enfants en bas âge a diminué de plus de la moitié depuis 1990. Des progrès sont également réalisés dans certaines régions d'Afrique, ce qui incite à l'optimisme et montre qu'un changement est possible. Les causes de la mortalité infantile sont connues, de même que les moyens permettant de la prévenir. Il existe des moyens simples, fiables et financièrement abordables pour sauver la vie de millions d'enfants. Le défi consiste à faire en sorte que ces moyens soient aussi disponibles de manière effective pour tous les enfants et toutes les mères, en particulier dans les régions les plus touchées (Afrique subsaharienne et Asie du Sud) et pour les communautés les plus pauvres et les plus marginalisées.

De kennis is aanwezig (gegevens, onderzoek, evaluatie) en de referentiekaders zijn duidelijk gedefinieerd (nastreven van lokale partenariaten, zorgcontinuüm verzekeren, versterken van basisgezondheidssystemen), er is nu nood om van de overleving van kinderen een absolute prioriteit te maken en MDG4 te realiseren: kindersterfte tegen 2015 doen dalen met twee derden in vergelijking met 1990. Dit betekent dat het kindersterftecijfer verder moet dalen van 9,2 miljoen vandaag tot minder dan 5 miljoen in 2015. Dit is niet mogelijk zonder bijkomende inspanningen om ook de andere milleniumdoelstellingen te behalen: armoede en ondervoeding bestrijden (MDG1), moedersterfte verminderen (MDG 5), HIV-aids, malaria en andere ziektes bestrijden (MDG 6) en toegang tot veilig drinkwater en sanitaire voorzieningen (MDG 7).

## 2. De overleving van kinderen in Afrika

Er is een enorm contrast tussen de kansen op overleving van kinderen in Noord-Afrika en in sub-Sahara Afrika. In Noord-Afrika stierven in 2006 35 kinderen vóór hun vijfde verjaardag per 1000 levendgeborenen. In sub-Sahara Afrika stierven in 2006 nog 160 kinderen vóór hun vijfde verjaardag op 1000 levendgeborenen.

Noord-Afrika lijkt er in te slagen MDG4 te bereiken terwijl in sub-Sahara Afrika het kindersterftecijfer het hoogst is van de hele wereld. Factoren die mee aan de basis liggen van de stagnatie en achteruitgang in sub-Sahara Afrika zijn: armoede, HIV/Aids, conflicten, gebrekkige infrastructuur, ondervoeding, gebrekkige basisgezondheidszorg.

De inspanningen in de strijd tegen kindersterfte zullen dus op de eerste plaats gericht moeten zijn op sub-Sahara Afrika, waar nog het meeste kinderen sterven, en dan in het bijzonder op West- en Centraal Afrika waar weinig vooruitgang werd geboekt sinds 1990 inzake de overleving van kinderen.

Ook zien we aanzienlijke verschillen tussen landen onderling. Zo zijn er een aantal landen in de regio die wel degelijk aanzienlijke vooruitgang hebben geboekt op het vlak van de overleving van kinderen: in Malawi, Mozambique, Niger en Ethiopië daalde het kindersterftecijfer sinds 1990 met meer dan 40 %.

De kloof die ontstaan is tussen Noord-Afrika en sub-Sahara Afrika en tussen een aantal landen in de regio onderling toont aan dat het wel degelijk mogelijk is om het kindersterftecijfer terug te dringen indien aan volgende voorwaarden wordt voldaan: geconcentreerde actie, solide strategieën, voldoende middelen en politieke wilskracht die systematisch gericht is op de

Le savoir nécessaire est présent (données, études, évaluation) et les cadres de référence sont clairement définis (rechercher à mettre en place des partenariats locaux, garantir la continuité des soins, renforcer les systèmes de santé de base), mais il faut maintenant faire de la survie des enfants une priorité absolue et réaliser l'OMD 4, c'est-à-dire réduire la mortalité infantile de deux tiers par rapport à 1990 à l'horizon 2015. Cela signifie qu'il faudra ramener les chiffres de mortalité infantile de 9,2 millions actuellement à moins de 5 millions en 2015, ce qui ne pourra se faire qu'en consentant des efforts supplémentaires en vue d'atteindre des buts relevant aussi d'autres objectifs du Millénaire, à savoir: lutter contre la pauvreté et la malnutrition (cf. OMD 1), réduire la mortalité maternelle (cf. OMD 5), combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (cf. OMD 6) et assurer l'accès à une eau potable sûre et à des installations sanitaires cf. (OMD 7).

## 2. La survie des enfants en Afrique

Il y a un contraste énorme entre les chances de survie des enfants en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne. En Afrique du Nord, 35 enfants sur 1000 nés vivants sont décédés avant l'âge de cinq ans en 2006. La même année, ce chiffre était de 160 sur 1000 nés vivants en Afrique subsaharienne.

L'Afrique du Nord semble parvenir à réaliser l'OMD 4, alors que l'Afrique subsaharienne possède le taux de mortalité infantile le plus élevé au monde. Les facteurs à l'origine de la stagnation et de la régression en Afrique subsaharienne sont la pauvreté, le sida, les conflits, le manque d'infrastructures, la malnutrition et les carences des soins de santé de base.

Les efforts déployés dans le cadre de la lutte contre la mortalité infantile devront donc être axés avant tout sur l'Afrique subsaharienne, qui détient encore le record de la mortalité infantile, et en particulier sur l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, où l'on n'a enregistré que peu d'avancées en matière de survie des enfants depuis 1990.

L'on constate également des différences considérables entre les divers pays. Certains pays de la région ont considérablement progressé sur le plan de la survie des enfants: au Malawi, au Mozambique, au Niger et en Éthiopie, le taux de mortalité infantile a diminué de plus de 40 % depuis 1990.

Le fossé qui s'est creusé entre l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne et entre certains pays de la région montre qu'il est bel et bien possible de réduire le taux de mortalité infantile si les conditions suivantes sont remplies: action concentrée, stratégies solides, moyens suffisants et volonté politique axée systématiquement sur l'aide à la santé de la mère et de l'enfant.

ondersteuning van de gezondheid van moeder en kind. Kindersterfte terugdringen is mogelijk als het basisgezondheidssysteem in Afrika versterkt wordt en er nieuwe interventies mogelijk worden.

We weten zelfs hoeveel het gaat kosten om de kindersterfte in Afrika terug te dringen. Volgens het UNICEF-rapport «*The State of Africa's Children 2008: child survival*» kunnen de 4,9 miljoen kinderen die jaarlijks nog sterven in Afrika gered worden met een bijkomende 10 US \$ per inwoner per jaar, of minder dan 2000 US \$ per gered kinderleven.

Sabine de BETHUNE.  
François ROELANTS du VIVIER.  
Margriet HERMANS.  
Olga ZRIHEN.  
Marleen TEMMERMAN.  
Jean-Paul PROCUREUR.  
Isabelle DURANT.  
Miet SMET.  
Alain DESTEXHE.

\*  
\* \*

## VOORSTEL VAN RESOLUTIE

---

De Senaat,

Verwijzend naar de VN-Millenniumdoelstellingen (MDG's: *Millennium Development Goals*) die door België werden ondertekend en waarin als vierde doelstelling opgenomen is dat de kindersterfte met twee derden moet worden teruggedrongen tegen 2015 in vergelijking met cijfers van 1990.

Verwijzend naar het rapport van de Verenigde Naties uit 2008 (*The Millennium Development Goals Report*) dat een tussentijdse evaluatie maakt van de Millenniumdoelstellingen en waaruit blijkt dat er dringend bijkomende maatregelen nodig zijn om de doelstellingen tegen 2015 te realiseren.

Verwijzend naar de Top van Kopenhagen van 1999 waar de 20/20-norm werd voorgesteld: ten minste 20% van respectievelijk de regeeringsuitgaven in de landen van het Zuiden en het budget voor ontwikkelingssamenwerking in de geïndustrialiseerde landen moet voorbehouden worden aan programma's voor basisvoorzieningen die kinderen ten goede komen.

Verwijzend naar de «Abuja-Verklaring over HIV-aids, tuberculose en andere infectieziekten», aange-

Il est possible de diminuer la mortalité infantile en renforçant le système de santé de base en Afrique et en y rendant possibles de nouvelles interventions.

Nous savons même quel sera le coût de la réduction de la mortalité infantile en Afrique. Selon le rapport de l'UNICEF intitulé «La situation des enfants en Afrique 2008: la survie de l'enfant», un effort supplémentaire de 10 USD par habitant et par an permettrait de sauver les 4,9 millions d'enfants qui meurent encore chaque année en Afrique, ce qui représenterait moins de 2000 USD par vie d'enfant sauvée.

\*  
\* \*

## PROPOSITION DE RÉOLUTION

---

Le Sénat,

Renvoyant aux objectifs du Millénaire pour le Développement (MDG: *Millennium Development Goals*) définis par les Nations unies, qui ont été signés par la Belgique et dont le quatrième objectif prévoit que, d'ici à 2015, la mortalité infantile doit avoir diminué de deux tiers par rapport aux chiffres de 1990.

Renvoyant au rapport des Nations unies de 2008 (Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement) qui procède à une évaluation intermédiaire de l'état de réalisation des objectifs du Millénaire et d'où il ressort que des mesures complémentaires doivent être prises d'urgence pour pouvoir atteindre les objectifs en 2015.

Renvoyant au Sommet de Copenhague de 1999, lors duquel avait été proposée la norme 20/20 prévoyant qu'au moins 20% des dépenses gouvernementales dans les pays du sud et 20% du budget de la coopération au développement dans les pays industrialisés doivent être réservés à des programmes sociaux de base en faveur des enfants.

Renvoyant à la «Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses

nomen door de Afrikaanse staatshoofden en de Organisatie van Afrikaanse Eenheid (OAU) op 26-27 april 2001 en waarbij gesteld wordt dat 15% van nationale overheidsfondsen moet voorbehouden worden voor gezondheid.

Verwijzend naar het Kinderrechtenverdrag dat door België werd geratificeerd in 1991 en waarin het recht van elk kind op een overleving is opgenomen (artikel 6) alsook het recht van elk kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid (artikel 24).

Verwijzend naar de wet van 25 mei 1999 inzake de Belgische internationale samenwerking waarin sinds 2005 kinderrechten als transversaal thema zijn opgenomen in het gewijzigd artikel 8 (*Belgisch Staatsblad* van 19 juli 2005), alsook naar de strategienota kinderrechten (overgezonden door de minister van Ontwikkelingssamenwerking aan het parlement in maart 2008) die aangeeft op welke manier deze aandacht voor kinderrechten kan gerealiseerd worden binnen de Belgische ontwikkelingssamenwerking.

Verwijzend naar het Belgisch ontwikkelingsbeleid dat zich concentreert op een aantal landen met een hoog kindersterftecijfer, met name Niger, de Democratische Republiek Congo, Rwanda, Burundi en Mali;

Verwijzend naar de gegevens en aanbevelingen uit het UNICEF rapport «*The State of The World's Children 2008: child survival*» en «*The State of Africa's Children 2008: child survival*».

Verwijzend naar de Lancet Studies over «*child survival en newborn health*»;

Verwijzend naar het rapport «*Countdown to 2015: Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival- the 2008 report*». Uit dit rapport blijkt dat de meeste partnerlanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking onvoldoende vooruitgang boeken in de strijd tegen kindersterfte (met name Benin, Mozambique, Niger, Senegal, Tanzania en Oeganda); dat enkele landen zelfs geen enkele vooruitgang boeken (met name Burundi, de Democratische Republiek Congo, Mali, Rwanda en Zuid-Afrika) en dat slechts een minderheid vandaag «on track» is om MDG4 tegen 2015 te behalen (Bolivia, Marokko, Peru) (4 partnerlanden zijn niet in deze vergelijking opgenomen omdat ze niet behoren tot de prioriteitenlanden van het Countdown-rapport).

Verwijzend naar het «*Manifesto for social protection of vulnerable children in Africa*» van AWEPA, UNICEF, STOP AIDS NOW! en IAVI waarin gesteld wordt dat de overleving van kinderen niet zal gerealiseerd worden zonder een gestructureerde uitroeiing van de armoede en waarbij het systeem van sociale

connexes», adoptée par les chefs d'État africains et l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) les 26-27 avril 2001, et prévoyant que 15% des budgets nationaux doivent être réservés au secteur de la santé.

Renvoyant à la Convention internationale des droits de l'enfant, qui a été ratifiée par la Belgique en 1991 et qui consacre notamment le droit de chaque enfant à la survie (article 6) et le droit de chaque enfant à jouir du meilleur état de santé possible (article 24).

Renvoyant à la loi du 25 mai 1999 relative à la coopération internationale belge, dont l'article 8 modifié mentionne, depuis 2005, le respect des droits de l'enfant en tant que thème transsectoriel (*Moniteur belge* du 19 juillet 2005), ainsi qu'à la note stratégique sur les droits de l'enfant (transmise au parlement par le ministre de la Coopération au Développement en mars 2008) qui précise comment cette attention aux droits de l'enfant peut être concrétisée dans le cadre de la coopération belge au développement.

Renvoyant à la politique belge de développement, qui se concentre sur plusieurs pays où le taux de mortalité infantile reste élevé, à savoir le Niger, la République démocratique du Congo, le Rwanda, le Burundi et le Mali.

Renvoyant aux données et recommandations des rapports de l'UNICEF «*La situation des enfants dans le monde 2008: la survie de l'enfant*» et «*La situation des enfants en Afrique 2008: la survie de l'enfant*».

Renvoyant aux études publiées dans le «*Lancet*» sur «*la survie de l'enfant*» et sur «*la santé du nouveau-né*»;

Renvoyant au rapport «*Compte à rebours 2015: Suivi des progrès dans le domaine de la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant — Rapport 2008*», d'où il ressort que la plupart des pays partenaires de la coopération belge au développement (Bénin, Mozambique, Niger, Sénégal, Tanzanie et Ouganda) ne progressent pas suffisamment dans la lutte contre la mortalité infantile, que plusieurs pays (Burundi, République démocratique du Congo, Mali, Rwanda et Afrique du Sud) n'enregistrent même aucune avancée et que seule une minorité d'entre eux (Bolivie, Maroc, Pérou) sont aujourd'hui en voie de réaliser l'OMD 4 pour 2015 (quatre pays partenaires ne figurent pas dans cette comparaison parce qu'ils ne font pas partie des pays prioritaires du rapport *Compte à rebours 2015*).

Renvoyant au «*Manifesto for social protection of vulnerable children in Africa*» de l'AWEPA, de l'UNICEF, de STOP AIDS NOW! et de l'IAVI, selon lequel la survie des enfants ne sera possible que moyennant une éradication structurée de la pauvreté et dans lequel le système de protection sociale, incluant

bescherming, met inbegrip van inkomensondersteuning voor gezinnen en kwetsbare kinderen (vergelijkbaar met ons systeem van sociale zekerheid) voorgesteld wordt als een belangrijk, innovatief middel.

Verwijzend naar de «*Decision on promotion of maternal, infant and child health and development*» van de Vergadering van de Afrikaanse Unie van februari 2008.

Verwijzend naar het *International Health Partnership* (IHP) dat op 5 september 2007 werd gelanceerd en dat als doel heeft de samenwerking te verbeteren tussen internationale agentschappen, donoren en ontwikkelingslanden bij het uitwerken en implementeren van gezondheidsplannen en het oprichten en verbeteren van gezondheidsdiensten om zoveel mogelijk levens te redden en waar verschillende donorlanden reeds bij zijn toetreden (het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen, Duitsland, Canada, Italië, Nederland, Frankrijk en Portugal).

Rekening houdend met het feit dat elk jaar 9,2 miljoen kinderen sterven nog vóór ze vijf jaar geworden zijn.

Rekening houdend met het feit dat vier miljoen baby's zelfs hun eerste levensmaand niet halen.

Overwegend dat 80 % van alle kindersterfte plaats heeft in sub-Sahara Afrika en Zuid-Azië.

Overwegend dat 98 landen er aan het huidig ritme niet zullen in slagen om tegen 2015 MDG 4 te behalen.

Rekening houdend met het feit dat het terugdringen van de kindersterfte een noodzakelijke voorwaarde is om de andere millenniumdoelstellingen te behalen.

Rekening houdend met de huidige voedselcrisis en de stijgende voedselprijzen en de impact die dit heeft op ondervoeding bij kinderen. En rekening houdend met het feit dat vandaag reeds meer dan de helft van de kindersterfte toe te schrijven is aan de rechtstreekse of onrechtstreekse gevolgen van ondervoeding.

Overwegend dat een vijftigtal ontwikkelingslanden vandaag een toestand van voedselonzekeerheid kennen, en dat volgens de FAO voedsel 60 tot 80 % van de uitgaven vertegenwoordigt in ontwikkelingslanden, en slechts 10 tot 20 % in ontwikkelde landen.

Overwegend dat de toegang tot grondstoffen zoals water een bron van conflicten en instabiliteit is, die nog verergerd wordt door de klimaatverandering.

une aide au revenu en faveur des familles et des enfants vulnérables (comparable à notre système de sécurité sociale) est présenté comme un important moyen novateur.

Renvoyant à la «*Decision on promotion of maternal, infant and child health and development*» de l'Assemblée de l'Union africaine de février 2008.

Renvoyant au Partenariat international pour la Santé (PIS), qui a été lancé le 5 septembre 2007 dans le but d'améliorer la collaboration entre les agences internationales, les donateurs et les pays en développement dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes de santé et dans le cadre de la création et de l'amélioration de services de santé en vue de sauver un maximum de vies, et auquel plusieurs pays donateurs ont déjà adhéré (Royaume-Uni, Norvège, Allemagne, Canada, Italie, Pays-Bas, France et Portugal).

Tenant compte du fait que 9,2 millions d'enfants meurent encore chaque année avant l'âge de cinq ans.

Tenant compte du fait que quatre millions de bébés n'atteignent même pas l'âge d'un mois.

Considérant que 80 % de l'ensemble de la mortalité infantile concerne l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud.

Considérant qu'au rythme où vont les choses actuellement, 98 pays ne parviendront pas à atteindre l'OMD 4 d'ici à 2015.

Tenant compte du fait que la réduction de la mortalité infantile est une condition nécessaire à la réalisation des autres objectifs du Millénaire pour le développement.

Tenant compte de la crise alimentaire actuelle et de la hausse des prix des denrées alimentaires, ainsi que de leur impact en termes de malnutrition chez les enfants. Et tenant compte du fait qu'actuellement, plus de la moitié de la mortalité infantile est déjà due aux conséquences directes ou indirectes de la malnutrition.

Considérant qu'une cinquantaine de pays en voie de développement connaissent actuellement une situation d'insécurité alimentaire, et que d'après la FAO, l'alimentation représente entre 60 et 80 % des dépenses de consommation dans les pays en développement mais seulement 10 à 20 % dans les pays développés.

Considérant que l'accès aux ressources telles que l'eau, est une source de conflits et d'instabilité, situation aggravée par le changement climatique.

Overwegend dat de voedselsoevereiniteit en -zekerheid basisvoorwaarden zijn voor het realiseren van de Milleniumdoelstellingen voor de Ontwikkeling in hun geheel, en van Milleniumdoelstelling nr. 4 in het bijzonder.

Rekening houdend met de economische en sociale gevolgen van kindersterfte.

Overwegend dat de oorzaken gekend zijn die de overleving van kinderen verhinderen en dat de remedies en middelen beschikbaar zijn om de overleving van kinderen te verzekeren en kindersterfte terug te dringen en dat deze middelen goedkoop, efficiënt en beschikbaar zijn.

Verwijzend naar bepaalde landen en regio's die aantonen dat het mogelijk is de kindersterfte aanzienlijk in te dijken. Zo zijn Laos, Bangladesh, Bolivia en Nepal erin geslaagd om het kindersterfecijfer met meer dan 50% te doen dalen sinds 1990. In sub-Sahara Afrika slaagden Malawi, Mozambique, Niger en Ethiopië er in om het kindersterfecijfer in diezelfde periode te doen dalen met meer dan 40%.

Rekening houdend met het feit dat de kostprijs voor het terugdringen van de kindersterfte binnen ons bereik ligt, want volgens berekeningen van UNICEF is er ongeveer 59 miljard euro extra per jaar nodig.

Rekening houdend met het feit dat het verzekeren van de overleving van kinderen niet enkel een morele verplichting is, maar ook economisch rendabel is, want verschillende onderzoeken (van UNICEF en de Wereldbank) wijzen immers uit dat voor elke euro die geïnvesteerd wordt in de ontwikkeling van jonge kinderen de maatschappij in haar geheel uiteindelijk zevenmaal zoveel bespaart.

Rekening houdend met het feit dat de overleving van kinderen niet enkel bekeken moet worden vanuit een gezondheidsperspectief, maar gekaderd moet worden in een bredere, holistische rechtenbenadering. Basisgezondheidszorg is een recht, maar gezondheid en overleving gaat ook over zuiver drinkwater, educatie, sociale bescherming, een gezond milieu en een veilige omgeving. De overleving van kinderen verzekeren, vraagt onder meer het uitbouwen van al deze basisdiensten en de bescherming van de meest kwetsbare kinderen moet er een centrale doelstelling van zijn.

Rekening houdend met de toegenomen kwetsbaarheid van kinderen in gewapende conflicten ten gevolge van fysieke mishandeling en het verlies van gezinsleden door oorlog en geweld, en op de gevolgen ervan voor hun gezondheid.

Overwegend dat van de 33 landen die tussen 2002 en 2008 het meest getroffen werden door gewapende conflicten, er twintig zijn die weinig of geen vooruit-

Considérant que la souveraineté et la sécurité alimentaires constituent un des pré-requis à la réalisation de l'ensemble des OMD et de l'OMD n° 4.

Tenant compte des conséquences économiques et sociales de la mortalité infantile.

Considérant que les obstacles à la survie des enfants sont connus, que des remèdes et des moyens existent pour assurer la survie des enfants et réduire la mortalité infantile, et que ces moyens sont peu coûteux, efficaces et disponibles.

Se référant à certains pays et régions qui font la preuve qu'il est possible d'endiguer considérablement la mortalité infantile. Ainsi, le Laos, le Bangladesh, la Bolivie et le Népal sont parvenus à réduire le taux de mortalité infantile de plus de 50% depuis 1990, tandis qu'en Afrique subsaharienne, le Malawi, le Mozambique, le Niger et l'Éthiopie ont réussi à le faire baisser de plus de 40% au cours de la même période.

Tenant compte du fait que le coût de la réduction de la mortalité infantile est à notre portée, car selon les calculs de l'UNICEF, il faudrait environ 59 milliards d'euros supplémentaires par an.

Tenant compte du fait qu'assurer la survie des enfants est non seulement une obligation morale mais aussi un objectif économiquement rentable, étant donné que, selon diverses études (de l'UNICEF et de la Banque mondiale), chaque euro investi dans le développement des jeunes enfants permet en définitive à la société dans son ensemble d'économiser sept fois plus.

Compte tenu du fait que la survie des enfants doit être envisagée non seulement sous l'angle de la santé, mais aussi dans le cadre d'une approche holistique plus large des droits. Les soins de santé de base sont un droit, mais la santé et la survie passent également par l'accès à une eau potable pure, par l'éducation, par la protection sociale et par un environnement sain et sûr. Assurer la survie des enfants requiert entre autres le développement de tous ces services de base, dont la protection des enfants les plus vulnérables doit constituer un objectif primordial.

Considérant que la vulnérabilité accrue des enfants en situation de conflits armés suite aux crimes physiques et pertes familiales qui leur sont imposées par la violence et la guerre ainsi que les conséquences sur leur état de santé.

Considérant que dans les 33 pays les plus touchés par les conflits armés de 2002 à 2008, vingt d'entre eux n'ont pas fait de progrès, ou peu, en matière de

gang geboekt hebben op het vlak van het terugdringen van de kindersterfte bij kinderen van minder dan vijf jaar.

Verwijzend naar de Verklaring van Parijs en de Accra-agenda over de doeltreffendheid van hulp die poogt om de impact van ontwikkelingshulp te vergroten door doeltreffender partnerschappen te promoten tussen donorlanden en begunstigde landen.

Overwegende dat er vandaag onvoldoende politieke wil getoond wordt om van de overleving van kinderen een prioriteit te maken.

Rekening houdend dat het thans niet mogelijk is om een eenduidig overzicht te hebben van het budget dat de Belgische overheid vrijmaakt in de strijd tegen kindersterfte.

Vraagt de Belgische regering :

1. Om van de overleving van kinderen, in het bijzonder in Afrika, een prioriteit te maken in de Belgische ontwikkelingssamenwerking.

2. Om harmonisering in dit kader na te streven door :

— de complementariteit en coherentie van de verschillende gezondheidsprojecten die door België gesteund worden in de partnerlanden te verbeteren en te streven naar een betere integratie van de gezondheidsprogramma's in de gezondheidsdiensten met het oog op een betere geografische spreiding en een grotere efficiëntie van de interventies;

— de Belgische ontwikkelingssamenwerking beter af te stemmen met de verschillende donoren op het internationale toneel en de wereldwijde partnerschappen rond gezondheid. Het is dan ook aan te bevelen dat België zou toetreden tot het *International Health Partnership*.

— de bevordering van de parlementaire relaties met de partnerlanden, met als doel het monitoren van de besteding van de ontwikkelingsfondsen om zo te komen tot een efficiëntere hulp.

3. Meer financiële middelen vrij te maken voor de overleving van kinderen, in het bijzonder in Afrika, en een duurzame financiering na te streven door

— enerzijds een efficiënter gebruik van de kinder-rechtenmarker om zo een duidelijker beeld te krijgen van het geïnvesteerde budget voor de overleving van kinderen;

— en anderzijds de nationale overheden en parlementen in de partnerlanden aan te sporen tot bijkomende financiering van gezondheidsuitgaven, met een bijzondere aandacht voor kinderen. Dit in overeenstemming met de 20/20-norm van Kopenhagen inzake basisvoorzieningen en de « Abuja-Verklaring »

réduction de la mortalité infantile parmi les enfants de moins de cinq ans.

Renvoyant à la Déclaration de Paris et à l'Agenda d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide, qui vise à accroître l'impact de l'aide au développement en promouvant des partenariats plus efficaces entre les pays donateurs et les pays bénéficiaires.

Considérant que la volonté politique de faire de la survie des enfants une priorité est aujourd'hui insuffisante.

Tenant compte du fait qu'il n'est actuellement pas possible d'avoir un aperçu univoque du budget que l'État belge consacre à la lutte contre la mortalité infantile.

Demande au gouvernement belge :

1. De faire de la survie des enfants, en particulier en Afrique, une priorité de la coopération belge au développement.

2. De tendre à l'harmonisation dans ce cadre :

— en améliorant la complémentarité et la cohérence entre les divers projets de santé soutenus par la Belgique dans les pays partenaires et en tendant à une meilleure intégration des programmes de santé dans les services de santé, afin de mieux répartir géographiquement les interventions et d'améliorer leur efficacité;

— en adaptant mieux la coopération belge au développement aux divers donateurs sur la scène internationale et aux partenariats internationaux en matière de santé. Il serait dès lors recommandé que la Belgique adhère au Partenariat international pour la Santé;

— en stimulant les relations parlementaires avec les pays partenaires, dans le but de surveiller l'affectation des fonds de développement et d'accroître ainsi l'efficacité de l'aide.

3. De libérer davantage de moyens financiers pour la survie des enfants, en particulier en Afrique, et de tendre à un financement durable

— d'une part, en faisant un usage plus efficace de l'indicateur relatif aux droits de l'enfant afin d'avoir une idée plus précise du budget investi dans la survie des enfants;

— et, d'autre part, en incitant les pouvoirs publics et les parlements nationaux des pays partenaires à intervenir davantage dans les dépenses de santé, en accordant une attention particulière aux enfants, et ce conformément à la norme 20/20 de Copenhague en matière de services de base et à la « Déclaration



van de Organisatie van Afrikaanse Eenheid inzake gezondheidszorg.

4. Om in de gezondheidsprojecten die door België gesteund worden een aantal doelstellingen na te streven :

— het uitbouwen van lokale capaciteit en de participatie van lokale gemeenschappen;

— het uitwerken van een zorgcontinuüm : dit is de noodzaak om essentiële diensten aan te bieden op alle sleutelmomenten in het leven van een kind : vanaf de zwangerschap, tijdens de bevalling, vlak na de geboorte en tijdens de kindertijd;

— samenhang creëren tussen de verschillende plaatsen waar zorg kan verleend worden : tussen het gezin, de gemeenschap, straathoekwerk, dienstverlening in primaire gezondheidsfaciliteiten en regionale ziekenhuizen;

— fondsen beschikbaar te stellen voor parlementaire capaciteitsopbouw en het monitoren van ODA voor wezen en kinderen die kwetsbaar zijn ten gevolge van aids.

5. In de projecten van de Belgische ontwikkelings-samenwerking inzake basisgezondheidszorg aandacht voor kinderen te integreren, horizontaal en verticaal, en de expertise van het systeem bestaande in België aan de partnerlanden aan te bieden.

6. Het data-, onderzoeks- en referentiebestand inzake de gezondheid van moeder en kind te helpen uitbreiden. Dit kan gekaderd worden in een algemene herziening van de gegevensvergaring van de Belgische ontwikkelingsamenwerking.

7. Bijzondere aandacht te besteden aan het lot van kinderen in gewapende conflicten om hun veiligheid te waarborgen, hen te beschermen tegen iedere vorm van geweld en hen toegang te geven tot medische zorg, voedsel en water; en in de Verenigde Naties te eisen dat specifieke maatregelen worden genomen tegen degenen die kinderrechten schenden tijdens gewapende conflicten zodat een einde wordt gemaakt aan de straffeloosheid die zij genieten.

8. Te eisen dat de mensenrechten en de voedselsoevereiniteit in acht worden genomen, door iedereen toegang te geven tot voedsel en door, via een duurzaam gebruik van natuurlijke rijkdommen, de voedselproductie van de boerenlandbouw te ontwikkelen voor de binnenlandse markt, zodat de armste landen minder afhankelijk worden van de wereldmarkt, en in het bijzonder de ondervoeding van vrouwen en kinderen bestreden wordt.

9. Om het « *Manifesto for social protection of vulnerable children in Africa* » van AWEPA, UNICEF, IAVI en STOP AIDS NOW! te ondertekenen en op het internationale toneel, inclusief de EU, druk uit te

d'Abuja» de l'Organisation de l'Unité africaine concernant les soins de santé.

4. De poursuivre, dans le cadre des projets de santé soutenus par la Belgique, les objectifs suivants :

— le développement de la capacité locale et la participation des communautés locales;

— l'élaboration d'un continuum de soins, c'est-à-dire la nécessité d'offrir des services essentiels à tous les moments clés de la vie d'un enfant : à partir de la grossesse, pendant l'accouchement, immédiatement après la naissance et pendant l'enfance;

— assurer la cohérence entre les différents endroits où des soins peuvent être dispensés : la famille, la communauté, le travail de rue, les dispensaires primaires et les hôpitaux régionaux;

— le déblocage de fonds pour le développement de capacités parlementaires et le contrôle de l'APD pour les orphelins et les enfants rendus vulnérables par le sida.

5. D'intégrer, horizontalement et verticalement, l'attention aux enfants dans les projets de la coopération belge au développement en matière de soins de santé de base et d'offrir aux pays partenaires l'expertise du système existant en Belgique.

6. D'aider à développer le fichier de données, de recherche et de références concernant la santé de la mère et de l'enfant. Cela peut s'inscrire dans le cadre d'une réforme générale de la collecte de données de la coopération belge au développement.

7. D'être particulièrement attentif au sort des enfants dans le cadre de conflits armés afin d'assurer leur sécurité, de les préserver de toute forme de violence et de leur assurer l'accès à des soins médicaux, à la nourriture et à l'eau; et d'exiger auprès des Nations unies que des mesures spécifiques soient prises à l'encontre de ceux qui violent les droits de l'enfant dans le cadre des conflits armés afin de mettre fin à l'impunité dont ils bénéficient.

8. D'exiger le respect des droits humains et de la souveraineté alimentaire, en garantissant un accès à la nourriture pour tous et le développement, avec une utilisation durable des ressources naturelles, de la production alimentaire issue de l'agriculture paysanne pour le marché intérieur afin de permettre aux pays les plus pauvres de devenir moins dépendants du marché mondial, et ce notamment pour lutter contre la malnutrition des femmes et des enfants.

9. De signer le « *Manifesto for social protection of vulnerable children in Africa* » de l'AWEPA, l'UNICEF, l'IAVI et de STOP AIDS NOW! et de faire pression sur la scène internationale, y compris au sein

oefenen om het voorstel om via sociale bescherming — met inbegrip van inkomensondersteuning voor gezinnen en kwetsbare kinderen — armoede structureel te bestrijden en de overleving van kinderen op langere termijn te verzekeren, te ondersteunen en te implementeren.

24 november 2008.

Sabine de BETHUNE.  
François ROELANTS du VIVIER.  
Margriet HERMANS.  
Olga ZRIHEN.  
Marleen TEMMERMAN.  
Jean-Paul PROCUREUR.  
Isabelle DURANT.  
Miet SMET.  
Alain DESTEXHE.

de l'UE, pour que l'on soutienne et mette en œuvre la proposition visant à combattre la pauvreté de manière structurelle et à garantir la survie des enfants à long terme par le biais d'une protection sociale incluant une aide au revenu en faveur des familles et des enfants vulnérables.

24 novembre 2008.