

**BELGISCHE SENAAAT**

ZITTING 2008-2009

30 JUNI 2009

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

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE BUITENLANDSE BETREKKINGEN EN VOOR DE LANDSVERDEDIGING  
UITGEBRACHT DOOR  
MEVROUW TINDEMANS

De commissie heeft dit voorstel van resolutie besproken tijdens haar vergaderingen van 6 januari, 26 mei en 30 juni 2009.

In het kader van de bespreking van dit voorstel van resolutie heeft de commissie op 31 maart 2009, in samenwerking met AWEPA en UNICEF, een semi-

**SÉNAT DE BELGIQUE**

SESSION DE 2008-2009

30 JUIN 2009

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

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES RELATIONS EXTÉRIEURES ET DE LA DÉFENSE  
PAR  
MME TINDEMANS

La commission a examiné la proposition de résolution qui fait l'objet du présent rapport au cours de ses réunions des 6 janvier, 26 mai et 30 juin 2009.

Dans le cadre de la discussion de la présente proposition de résolution, la commission a organisé le 31 mars 2009, en collaboration avec l'AWEPA et

Samenstelling van de commissie / Composition de la commission :

**Voorzitter / Présidente** : Marleen Temmerman.**Leden / Membres :**

CD&V	Yves Leterme, Els Schelfhout, Miet Smet, Elke Tindemans.
MR	Alain Destexhe, Philippe Monfils, François Roelants du Vivier.
Open VLD	Margriet Hermans, Paul Wille.
Vlaams Belang	Jurgen Ceder, Karim Van Overmeire.
PS	Philippe Mahoux, Olga Zrihen.
sp.a	Guy Swennen, Marleen Temmerman.
CDH	Jean-Paul Procureur.
Écolo	Josy Dubié.

**Plaatsvervangers / Suppléants :**

Wouter Beke, Sabine de Bethune, Nahima Lanjri, Pol Van Den Driessche, Tony Van Parys.  
Jacques Brotchi, Alain Courtois, Marie-Hélène Crombé-Berton, Christine Defraigne.  
Nele Lijnen, Martine Taelman, Patrik Vankrunkelsven.  
Anke Van dermeersch, Freddy Van Gaeve, Joris Van Hauthem.  
Sfia Bouarfa, Joëlle Kapompolé.  
Bart Martens, Myriam Vanlerberghe, André Van Nieuwerkerke.  
Anne Delvaux, Marc Elsen.  
José Daras, Isabelle Durant.

*Zie :***Stukken van de Senaat :****4-1071 - 2008/2009 :**

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van mevrouw de Bethune c.s.  
Nr. 2 : Amendementen.

*Voir :***Documents du Sénat :****4-1071 - 2008/2009 :**

N° 1 : Proposition de résolution de Mme de Bethune et consorts.  
N° 2 : Amendements

narie gehouden over de thematiek van de overleving van kinderen. De tekst van dit seminarie is opgenomen als bijlage bij dit verslag.

### **I. Inleidende uiteenzetting door mevrouw de Bethune**

Dit voorstel van resolutie geniet brede steun van alle democratische fracties en is het resultaat van een ruim overleg waarbij ook deze deskundigen werden geconsulteerd.

Er werden wereldwijd reeds heel wat campagnes gevoerd ter promotie van de overlevingskansen van kinderen in ontwikkelingslanden, in het bijzonder in Sub-Saharaans Afrika. Volgens statistieken blijken de overlevingskansen van kinderen onder de vijf jaar er immers nog altijd zeer laag te zijn. De inspanningen in de strijd tegen kindersterfte moet dus in de eerste plaats gericht zijn op sub-Saharaans Afrika.

Mevrouw de Bethune onderstreept dat de problematiek van de overleving van kinderen een prioriteit voor de Belgische ontwikkelingssamenwerking moet zijn.

### **II. Bespreking van de amendementen**

Na het seminarie van 31 maart 2009 werden 17 amendementen ingediend. Deze amendementen werden besproken tijdens de vergaderingen van 26 mei en 30 juni 2009.

#### *A. Considerans*

##### Lid 18bis (nieuw)

Mevrouw de Bethune c.s. dienen het amendement nr. 4 dat ertoe strekt om na het 18e lid een nieuw lid in te voegen, luidende: «Overwegende dat het terugdringen van het aantal moedersterftes — MDG 5 — cruciaal is om de overlevingskansen van kinderen te vergroten.».

Mevrouw de Bethune stipt aan dat volgens Millenniumdoelstelling 5 in 2015 moedersterfte wereldwijd met driekwart moet zijn teruggebracht ten opzichte van 1990. Het is evident dat indien de nodige aandacht wordt besteed aan de overleving van moeders, dit ook de overlevingskansen van de kinderen vergroot.

##### Lid 18ter (nieuw)

Mevrouw de Bethune c.s. dienen het amendement nr. 5 in ten einde na het 18e lid nog een nieuw lid in te

l'UNICEF, un séminaire sur la thématique de la survie des enfants. Le texte de ce séminaire est reproduit en annexe au présent rapport.

### **I. Exposé introductif de Mme de Bethune**

La présente proposition de résolution bénéficie d'un large soutien de tous les groupes démocratiques et est le résultat d'une concertation approfondie au cours de laquelle ces experts ont également été consultés.

De très nombreuses campagnes ont déjà été menées dans le monde pour promouvoir les chances de survie des enfants dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne. Les statistiques révèlent qu'à l'heure actuelle, les chances de survie des enfants de moins de cinq ans y demeurent en effet très faibles. Il convient donc d'orienter en priorité vers l'Afrique subsaharienne les efforts accomplis pour lutter contre la mortalité infantile.

Mme de Bethune souligne que la problématique de la survie des enfants doit être une priorité pour la coopération belge au développement.

### **II. Discussion des amendements**

Après le séminaire du 31 mars 2009, 17 amendements ont été déposés. Ces amendements ont été examinés au cours des réunions des 26 et 30 juin 2009.

#### *A. Considérants*

##### Considérant 18bis (nouveau)

Mme de Bethune et consorts déposent l'amendement n° 4 visant à insérer, après le considérant 18, un considérant 18bis rédigé comme suit: «Considérant que la réduction de la mortalité maternelle — OMD 5 — est cruciale pour accroître les chances de survie des enfants.».

Mme de Bethune souligne que le 5e Objectif du Millénaire prévoit qu'en 2015, la mortalité maternelle dans le monde doit avoir été réduite de trois quarts par rapport à 1990. Il est évident que les chances de survie des enfants seront accrues si la survie des mères fait aussi l'objet de l'attention nécessaire.

##### Considérant 18ter (nouveau)

Mme de Bethune et consorts déposent l'amendement n° 5 visant à insérer, après le considérant 18bis

voegen, luidende: «Rekening houdend met het feit dat er, voornamelijk in sub-Saharaans Afrika en Zuid-Azië, een acuut tekort is aan goed opgeleide gezondheidswerkers en kwaliteitsvolle farmaceutische producten.».

Volgens mevrouw de Bethune zijn de regio's die het hardst getroffen zijn door een hoge kindersterfte, immers ook de regio's met een enorm tekort aan degelijk opgeleide gezondheidswerkers. Vaak ontbreekt ook de nodige medicatie. Er is een wanverhouding tussen het aantal zieken en het personeel dat nodig is om daaraan het hoofd te bieden.

#### Lid 19

Mevrouw de Bethune c.s. dienen het amendement nr. 6 in dat in de considerans, het 19e lid wil aanvullen met de woorden: «en het gebrek aan gezonde en evenwichtige voeding».

Mevrouw de Bethune onderstreept dat kindersterfte niet enkel te wijten is aan ondervoeding, maar ook aan slechte of onevenwichtige voeding.

#### Lid 21

Mevrouw Zrihen dient amendement nr. 1 in, dat lid 21 wil doen vervallen.

#### Lid 24

Mevrouw de Bethune c.s. dienen het amendement nr. 7 in dat ertoe strekt het 24e lid aan te vullen met de woorden: «en ondermeer verwijzend naar de enorme impact die seksuele en reproductieve vorming, geboortepanning, exclusieve borstvoeding, goede basishygiëne, zuiver water, enz. hebben op de overlevingskansen van kinderen.».

Volgens mevrouw de Bethune zijn dit eenvoudige en goedkope maatregelen die de overlevingskansen van kinderen aanzienlijk verhogen.

#### Lid 31

Mevrouw de Bethune stelt voor om het 31e lid van de considerans betreffende de verwijzing naar de Verklaring van Parijs en de Accra Agenda in te voegen na het 5e lid.

Volgens spreekster hoort de vermelding van de Verklaring van Parijs en de Accra Agenda logischer-

(nouveau), un considérant 18<sup>ter</sup> (nouveau), rédigé comme suit: «Tenant compte du fait que les professionnels de la santé correctement formés et les produits pharmaceutiques de qualité font cruellement défaut, surtout en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.».

D'après Mme de Bethune, les régions les plus durement touchées par une mortalité infantile élevée pâtissent également d'une très forte pénurie de professionnels de la santé dotés d'une formation sérieuse. De même, les médicaments requis font souvent défaut. Elles souffrent d'un déséquilibre entre le nombre de malades et le personnel nécessaire pour faire face à la situation.

#### Considérant 19

Mme de Bethune et consorts déposent l'amendement n° 6 visant à compléter le considérant 19 par les mots «et à l'absence d'une alimentation saine et équilibrée».

Mme de Bethune souligne que la mortalité infantile n'est pas uniquement imputable à la sous-alimentation mais aussi à une alimentation de mauvaise qualité ou déséquilibrée.

#### Considérant 21

Mme Zrihen dépose l'amendement n° 1 qui tend à supprimer le considérant 21.

#### Considérant 24

Mme de Bethune et consorts déposent l'amendement n° 7 visant à compléter le considérant 24 par les mots: «et renvoyant, entre autres, à l'impact énorme qu'ont l'éducation en matière de sexualité et de reproduction, le planning familial, l'allaitement maternel exclusif, une bonne hygiène de base, l'accès à l'eau potable, etc., sur les chances de survie des enfants.».

Selon Mme de Bethune, il s'agit de mesures simples et peu onéreuses qui permettent d'augmenter considérablement les chances de survie des enfants

#### Considérant 31

Mme de Bethune propose d'insérer le considérant 31 (la référence à la Déclaration de Paris et à l'agenda d'Accra) après l'alinéa 5.

Selon l'intervenante, la mention de la Déclaration de Paris et de l'agenda d'Accra doit logiquement venir

wijze bij de opsomming van de andere internationale verdragen en verklaringen ter zake.

De commissie stemt hiermee in.

#### Lid 32bis (nieuw)

Mevrouw Zrihen dient amendement nr. 2 in, dat een nieuw lid 32bis wil invoegen, luidend als volgt: «Overwegende dat de overleving van kinderen, ook al is die doelstelling heel specifiek en in de eerste plaats gericht op kinderen en moeders, duurzame gevolgen heeft, de basisgemeenschappen bij de kwestie betreft en responsabiliseert en georganiseerd is rond de bepalingen van sociale bescherming.»

Volgens mevrouw Zrihen moet er nog eens bevestigd worden dat ontwikkeling een geheel is dat ieders welzijn moet beogen, ongeacht de leeftijd, het geslacht, de overtuiging enz. Naast de specifieke middelen die worden ingezet voor de overleving van kinderen, dient dit initiatief ook in een ruimere context te worden bekeken omdat het positief kan inwerken op alle beoogde gemeenschappen.

#### B. Dispositief

##### Punt 1

Mevrouw de Bethune c.s. dienen het amendement nr. 8 in dat beoogt het punt 1 aan te vullen met de woorden: «In het bijzonder moet de strategienota «Eerbied voor de Rechten van het Kind in Ontwikkelingssamenwerking» (maart 2008) en de beleidsnota «Het recht op gezondheid en gezondheidszorg» (november 2008) geïmplementeerd worden.»

Mevrouw de Bethune onderstreept dat beide recente nota's de houding uitleggen die België in de internationale hulpverlening zou moeten aannemen en de samenwerking die het met zijn partners zou moeten ontwikkelen. Ze vormen het referentiekader voor de Belgische ontwikkelingssamenwerking ter zake.

##### Punt 2

Mevrouw de Bethune c.s. dienen het amendement nr. 9 in dat in punt 2, tussen het eerste en het tweede gedachtestreepje een nieuw gedachtestreepje wil invoegen, luidende: «— conform de Verklaring van Parijs, de projecten die de Belgische ontwikkelingssamenwerking ondersteunt of coördineert af te stemmen op het gezondheidsbeleid dat door het ontwikkelingsland zelf wordt uitgewerkt;».

dans la foulée de l'énumération des autres déclarations et conventions internationales en la matière.

La commission marque son accord sur cette proposition.

#### Considérant 32bis (nouveau)

Mme Zrihen dépose l'amendement n° 2 qui vise à introduire un nouveau considérant 32bis, rédigé comme suit: «Considérant que la survie des enfants, même en tant qu'objectif fortement spécifique et prioritairement centré sur les enfants et les mères, génère des effets durables, implique et responsabilise les communautés à la base et s'articule sur les dispositifs de protection sociale.»

Selon Mme Zrihen, il s'agit de réaffirmer que le développement est un tout qui doit envisager le bien-être de chacun, quels que soient son âge, son sexe, ses convictions ou autre. Au-delà de la spécificité des moyens engagés dans le cadre de la survie des enfants, il importe aussi de percevoir cette initiative dans un contexte plus large par les incidences positives qu'elle peut apporter à l'ensemble des communautés cibles.

#### B. Dispositif

##### Point 1

Mme Bethune et consorts déposent l'amendement n° 8 visant à compléter le point 1 du dispositif par la disposition suivante: «Il convient, en particulier, de mettre en œuvre la note stratégique sur le respect des droits de l'enfant dans la Coopération au développement (mars 2008) ainsi que la note politique sur le droit à la santé et aux soins de santé (novembre 2008)».

Mme de Bethune souligne que ces deux notes récentes présentent le point de vue que la Belgique devrait adopter en matière d'aide internationale ainsi que la coopération qu'elle devrait développer avec ses partenaires. Elles servent en l'espèce de cadre de référence à la coopération belge au développement.

##### Point 2

Mme de Bethune et consorts déposent l'amendement n° 9 visant à insérer au point 2 du dispositif, entre le premier et le deuxième tiret, un tiret nouveau rédigé comme suit: «— en alignant les projets soutenus ou coordonnés par la coopération belge au développement sur la politique de santé élaborée par le pays en développement lui-même et ce, conformément à la Déclaration de Paris;».

Mevrouw de Bethune c.s. dienen vervolgens het amendement nr. 10 in ten einde het derde gedachtestreepje aan te vullen met de woorden: «en fondsen beschikbaar te stellen voor parlementaire capaciteitsopbouw».

Volgens mevrouw de Bethune is het essentieel dat wij als donor ons zoveel mogelijk richten naar de procedures en het beleid van het land via een constructieve, maar kritische dialoog. Het *ownership* van onze partnerlanden dient versterkt te worden.

Het is ook belangrijk de parlementaire relaties met onze partnerlanden te optimaliseren en daar ook de nodige fondsen voor te voorzien.

Mevrouw de Bethune stelt vervolgens voor om dit punt 2 te verplaatsen en in te voegen na het bestaande punt 4.

De commissie stemt hiermee in.

#### Punt 4

Mevrouw de Bethune c.s. dienen de amendementen nrs. 11, 12, 13 en 14 in die ertoe strekken na het eerste gedachtestreepje vier nieuwe gedachtestreepjes in te voegen.

Amendement nr. 11 strekt ertoe te vermelden dat de projecten gemoduleerd en afgestemd moeten worden op de specifieke context van een bepaald land of regio. Immers, donoren hebben dikwijls de neiging ontwikkelingsprogramma's te veralgemenen in al de partnerlanden. Nochtans vergt elk land of regio een specifieke aanpak. Wat in één bepaald land werkt, kan in een ander land een totaal ander resultaat hebben.

Amendement nr. 12 beoogt prioriteit te verlenen aan eenvoudige en goedkope interventies met hoge impact die op grote schaal geïmplementeerd kunnen worden en de overleving van vele kinderen kunnen verzekeren. Het is belangrijk te focussen op eenvoudige interventies, zoals aandacht voor borstvoeding, zuiver water en goede basishygiëne, eerder dan dure en moeilijk toepasbare maatregelen te nemen.

Amendement nr. 13 heeft tot doel om in de projecten van de Belgische ontwikkelingssamenwerking 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.

Amendement nr. 14 beoogt de conclusies uit de kinderrechtenrapporten van het VN-Comité voor de Rechten van het Kind te integreren in de projecten. Deze conclusies zijn een cruciale bron van informatie

Mme de Bethune et consorts déposent ensuite l'amendement n° 10 visant à compléter le troisième tiret du même point du dispositif par les mots: «et en débloquent des fonds pour le développement de capacités parlementaires».

Selon Mme de Bethune, il est capital qu'en tant que donateurs, nous tenions compte le plus possible des procédures et de la politique du pays partenaire et ce, par le biais d'un dialogue constructif mais critique. Il faut renforcer le processus d'appropriation par nos pays partenaires.

Il est également important d'optimiser les relations parlementaires avec nos pays partenaires et d'y consacrer aussi les moyens nécessaires.

Mme de Bethune propose ensuite de déplacer ce point 2 et de l'insérer après le point 4 existant.

La commission marque son accord.

#### Point 4

Mme de Bethune et consorts déposent les amendements n°s 11, 12, 13 et 14 visant à insérer quatre nouveaux tirets après le premier tiret.

L'amendement n° 11 vise à préciser que les projets doivent être modulés et adaptés en fonction du contexte spécifique d'un pays ou d'une région. En effet, les donateurs ont souvent tendance à généraliser des programmes de développement à l'ensemble des pays partenaires. Or, chaque pays ou région requiert une approche spécifique. Ce qui est efficace dans un pays peut ne pas l'être du tout dans un autre.

L'amendement n° 12 vise à donner la priorité à des interventions simples, peu onéreuses et au potentiel élevé qui peuvent être mises en œuvre à grande échelle et qui permettent de garantir la survie de nombreux enfants. Plutôt que de prendre des mesures onéreuses et difficiles à mettre en œuvre, il importe de se concentrer sur des interventions simples, telles que la sensibilisation à l'allaitement, la mise à disposition d'eau pure, la promotion d'une bonne hygiène de base, etc.

L'amendement n° 13 vise à intégrer, horizontalement et verticalement, l'attention consacrée aux enfants dans les projets de la coopération belge au développement en matière de soins de santé de base et à offrir aux pays partenaires l'expertise du système existant en Belgique.

L'amendement n° 14 vise à intégrer dans les projets les conclusions des rapports relatifs aux droits de l'enfant établis par le Comité des droits de l'enfant des Nations unies. Ces conclusions sont une source

voor de donorlanden. De opmerkingen die het Comité formuleert zouden geïntegreerd moeten worden in de ontwikkelingsprojecten.

Mevrouw de Bethune c.s. dienen vervolgens het amendement nr. 15 in dat na het derde gedachte-streepje ook een nieuw gedachtestreepje wil invoegen, luidende: «- te investeren in de opleiding van gezondheidswerkers, kwaliteitsvolle medicijnen en een betere infrastructuur;». Volgens mevrouw de Bethune is een investering weinig nuttig indien niet wordt geïnvesteerd in deze drie basiselementen.

Amendement nr. 16 van mevrouw de Bethune c.s. strekt ertoe het vierde gedachtestreepje te schrappen.

#### Punt 5

Mevrouw de Bethune c.s. dienen het amendement nr. 17 in dat ertoe strekt om punt 5 te schrappen.

Mevrouw de Bethune legt uit dat de aanbeveling van punt 5 (de Belgische projecten inzake basisgezondheidszorg) in feite vervat zitten in de tekst van punt 4 (de doelstellingen).

#### Punt 5bis (nieuw)

Mevrouw Zrihen dient amendement nr. 3 in, dat een punt 5bis (nieuw) wil invoegen, luidende: «5bis. Die beleidsmaatregelen en initiatieven om de overlevingskansen van kinderen te vergroten, op te nemen in het kader van een ruimere holistische benadering die gericht is op de verdediging van de specifieke rechten van kinderen (recht op onderwijs, recht op sociale bescherming, recht op een stabiele en gezonde omgeving enz.).».

Volgens mevrouw Zrihen mag de overleving van kinderen niet alleen vanuit een gezondheidsoptiek worden bekeken. De situatie van kinderen overal ter wereld verbetert, wanneer men hun verschillende rechten nauwgezet in acht neemt.

### III. Stemmingen

De amendementen nrs. 1 tot 17 worden eenparig aangenomen door de 11 aanwezige leden.

Het aldus geamendeerde voorstel van resolutie wordt in zijn geheel eveneens eenparig aangenomen door de 11 aanwezige leden.

d'information essentielle pour les pays donateurs. Il faudrait que les observations formulées par ledit Comité soient intégrées aux projets de développement.

Mme de Bethune et consorts déposent ensuite l'amendement n° 15 visant à insérer, après le troisième tiret, un tiret nouveau rédigé comme suit: «- investir dans la formation des professionnels de la santé, dans des médicaments de qualité et dans une meilleure infrastructure;». Mme de Bethune est d'avis que si l'on n'investit pas dans les trois domaines fondamentaux précités, tout autre investissement n'aura que peu d'utilité.

L'amendement n° 16 de Mme de Bethune et consorts vise à supprimer le quatrième tiret.

#### Point 5

Mme de Bethune et consorts déposent l'amendement n° 17 visant à supprimer le point 5.

Mme de Bethune explique que la recommandation du point 5 (les projets belges en matière de soins de santé de base) figure en fait déjà dans le texte du point 4 (les objectifs).

#### Point 5bis (nouveau)

Mme Zrihen déposé l'amendement n° 3 qui tend à introduire un point 5bis (nouveau), rédigé comme suit: «5bis. D'inscrire ces politiques et initiatives visant à l'amélioration de la survie des enfants dans le cadre d'une approche holistique plus large liée à la défense des droits spécifiques des enfants en regard à leur situation (droit à l'enseignement, droit à la protection sociale, droit à un environnement stable et sain, etc.).».

Selon Mme Zrihen, l'objectif de survie des enfants ne peut se limiter à la seule perspective de santé. L'amélioration de la situation des enfants de par le monde est intimement liée au respect des différents droits qui leur échoient.

### III. Votes

Les amendements n°s 1 à 17 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents.

L'ensemble de la proposition de résolution ainsi amendée a également été adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteur voor het opstellen van dit verslag.

*De rapporteur,*  
Elke TINDEMANS.

*De voorzitter,*  
Marleen TEMMERMAN.

**Tekst aangenomen door de commissie  
(zie stuk Senaat, nr. 4-1071/4 - 2008/2009).**

Confiance a été faite à la rapporteuse pour la rédaction du présent rapport.

*La rapporteuse,*  
Elke TINDEMANS.

*La présidente,*  
Marleen TEMMERMAN.

**Texte adopté par la commission  
(voir doc. Sénat, n° 4-1071/4 - 2008/2009).**

**BIJLAGE****Seminarie****OVERLEVING VAN KINDEREN**

31 maart 2009

**Openingstoespraak door mevrouw Temmerman, voorzitter van de commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en voor de Landsverdediging**

Dit seminarie is tot stand gekomen dankzij het initiatief van senator Sabine de Bethune, in samenwerking met UNICEF en AWEPA. Naar aanleiding van het UNICEF-rapport *The State of the World's Children 2008 — Child Survival*, werd in de Senaat een resolutie opgesteld om duidelijke aanbevelingen te doen aan onze regering en in het bijzonder aan minister van Ontwikkelingssamenwerking, Charles Michel.

Investeren in de strijd tegen kinder- en moedersterfte is een belangrijke stap in de ontwikkeling van een land. Sinds 1990 zien we in vele landen een verbetering van de gezondheid van kinderen, maar feit is dat nog steeds 9,6 miljoen kinderen per jaar sterven vóór ze de leeftijd van vijf jaar bereiken. Er blijft nog werk aan de winkel, zeker als we de vierde Millenniumdoelstelling (MDG 4), namelijk de kindersterfte tussen 1990 en 2015 met twee derden terugdringen, willen realiseren. Een actie op verschillende fronten is nodig, want dit vergt nog een aanzienlijke daling van de kindersterfte met 4 miljoen per jaar. De belangrijke oorzaken van kindersterfte zijn bekend: pneumonie, malaria, slechte voeding, HIV. Eenvoudige, betrouwbare en goedkope oplossingen zijn in een aantal gevallen mogelijk. Alleen moeten we die kinderen kunnen bereiken en dat is niet altijd eenvoudig. Zowel regeringen, NGO's als donoren hebben hier een belangrijke rol in te spelen, alsook de civiele maatschappij.

**Inleiding van de heer Yves Wilmot, algemeen directeur UNICEF België**

Het feit dat dit seminarie over de rechten van kinderen, hun welzijn en overleving plaats vindt in het halfroond van de Senaat, illustreert het belang van het onderwerp en de interesse in de Senaat en bij de verschillende beleidsmakers voor de problematiek. Dit gebeuren is voor UNICEF België geen eindpunt, maar een belangrijke mijlpaal in het opwekken van meer belangstelling voor de rechten van kinderen en van een extra inzet op alle beleidsniveaus voor het welzijn van de kinderen en het respect voor de rechten van het kind.

UNICEF, het internationaal kindernoodfonds van de Verenigde Naties, werd na de Tweede Wereldoorlog opgericht voor de kinderen in onze gebieden en in Centraal- en Oost-Europa die door de oorlog waren getroffen.

UNICEF is in de loop der jaren uitgegroeid tot de meest bekende en meest actieve verdediger van de kinderrechten ter wereld, in de geïndustrialiseerde landen en in de ontwikkelingslanden.

De situatie van de kinderen in de wereld blijft bijzonder zorgwekkend, maar in de voorbije zestig jaar werd enorme vooruitgang geboekt op het gebied van overleving en bescherming van kinderen, gezondheid, strijd tegen ondervoeding en promotie van het recht op participatie van kinderen in de samenleving.

Die vooruitgang is indrukwekkend, maar de uitdagingen blijven groot. Uit de jongste gegevens over kindersterfte in de wereld blijkt dat jaarlijks 9,2 miljoen kinderen sterven vóór de leeftijd van vijf jaar.

**ANNEXE****Séminaire****SURVIE DES ENFANTS**

31 mars 2009

**Discours d'ouverture par Mme Temmerman, présidente de la commission des Relations extérieures et de la Défense**

Ce séminaire a été organisé à l'initiative de notre collègue Sabine de Bethune, en collaboration avec l'UNICEF et l'AWEPA. Une proposition de résolution a été déposée au Sénat sur la base du rapport de l'UNICEF intitulé *The State of the World's Children 2008 — Child Survival* afin de formuler des recommandations claires à notre gouvernement et particulièrement au ministre de la Coopération au Développement, Charles Michel.

La lutte contre la mortalité — infantile et maternelle — est importante pour le développement d'un pays. Depuis 1990, la santé des enfants s'est améliorée dans de nombreux pays, mais 9,6 millions d'enfants meurent encore chaque année avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans. Il reste donc du travail, surtout si nous voulons atteindre le quatrième objectif du millénaire (OMD 4) pour le développement: réduire de deux tiers d'ici à 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Une action doit être menée sur divers fronts, car cet objectif requiert une diminution du nombre de décès d'enfants de l'ordre de 4 millions par an. Les causes essentielles de la mortalité infantile sont les suivantes: pneumonie, malaria, mauvaise alimentation, VIH. Dans un certain nombre de cas, des solutions simples, fiables et abordables sont possibles. Le tout est de parvenir à atteindre ces enfants, ce qui n'est pas toujours évident. Les gouvernements, les ONG et les donateurs jouent un rôle important à cet égard, de même que la société civile.

**Introduction de M. Yves Wilmot, directeur général d'UNICEF Belgique**

Que ce séminaire sur les droits des enfants, leur bien-être et leur survie se déroule dans l'hémicycle du Sénat prouve l'importance du sujet et l'intérêt que lui portent le Sénat et les responsables politiques. Cet événement n'est pas un aboutissement pour UNICEF Belgique mais une étape essentielle de la conscientisation aux droits des enfants et de l'encouragement à agir à tous les niveaux politiques pour le bien-être des enfants et le respect de leurs droits.

L'UNICEF, le Fonds des Nations unies pour l'enfance, a été créé après la deuxième guerre mondiale pour venir en aide aux enfants victimes de la guerre dans notre région, en Europe centrale et en Europe de l'Est.

Au fil du temps, l'UNICEF est devenu le défenseur des droits de l'enfant le plus connu et le plus actif à l'échelle mondiale, dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement.

La situation des enfants dans le monde reste particulièrement préoccupante mais, ces soixante dernières années, des progrès importants ont été réalisés, aux niveaux de la survie, de la protection des enfants, de la santé, de la lutte contre la malnutrition et de la promotion des droits à la participation des enfants dans la société.

Les progrès sont impressionnants mais les défis restent grands. Les dernières données relatives à la mortalité dans le monde parlent de 9,2 millions d'enfants qui décèdent chaque année avant l'âge de cinq ans.



Die droevige realiteit moet ons in actie doen komen. We mogen ons er niet bij neerleggen. Het grootste deel van de kinderen die sterven vóór de leeftijd van vijf jaar zou kunnen worden gered dankzij eenvoudige, goedkope en efficiënte technieken. Het gaat om acties op het gebied van basisgezondheidszorg, vaccinatie, voeding, promotie van borstvoeding, drinkwater, toegang tot sanitair en bevorderen van de hygiëne.

De overleving van kinderen is een absolute prioriteit geworden in het strategisch plan van UNICEF voor de volgende jaren. De strijd tegen kindersterfte eist een geïntegreerde aanpak. Voor optimale slaagkansen moet op drie domeinen tegelijk worden gehandeld: de overleving van hun kinderen, bescherming en ontwikkeling. Die aanpak veronderstelt een duidelijke planning van de samenwerking en overleg, met als leidraad het Verdrag inzake de Rechten van het Kind dat dit jaar twintig jaar bestaat, en de VN-Millenniumdoelstellingen voor de Ontwikkeling.

UNICEF-België voert sedert 2007 een specifieke campagne om de aandacht te vestigen op de kindersterfte en de overleving van kinderen. De slogan van de campagne voor 2007 «Samen vier miljoen baby's redden» verwees naar de vier miljoen baby's die elk jaar sterven vóór de leeftijd van één maand. In 2008 werd de campagne toegespitst op ondervoeding. Dit jaar leggen we de klemtoon op de WaSH-activiteiten, namelijk water, sanering en hygiëne. Elke dag sterven 5000 kinderen omdat ze geen toegang hebben tot drinkbaar water, sanering en goede hygiëne. De combinatie van besmet water, afwezigheid van toiletten en een slechte hygiëne leidt jaarlijks tot het overlijden van 1,5 miljoen kinderen. De meeste kinderen sterven aan dehydratie ten gevolge van diarree.

De cijfers spreken voor zich. Het is onaanvaardbaar dat 9,2 miljoen kinderen elk jaar sterven aan ziekten die te voorkomen zijn.

Er is echter ook reden tot optimisme. Regionale verschillen en verschillen tussen landen onderling tonen aan dat er wel degelijk vooruitgang mogelijk is indien de inspanningen worden opgedreven. De oorzaken zijn gekend en de middelen om de kindersterfte te lijf te gaan zijn beschikbaar: vaccinatie, zuiver drinkwater, muskietennetten en begeleiding van vrouwen tijdens zwangerschap en geboorte.

De uitdaging bestaat erin die middelen effectief ter beschikking te stellen van alle moeders en kinderen, in het bijzonder in de meest getroffen regio's. Daarvoor is ook politieke moed nodig. UNICEF België is dan ook bijzonder verheugd dit seminarie samen met de Senaat en AWEPA te mogen organiseren.

De strijd tegen kindersterfte is een van de Millenniumdoelstellingen van de Verenigde Naties. Het is een prioritair gegeven van de ontwikkelingsagenda en een absolute noodzaak om de andere Millenniumdoelstellingen te realiseren.

UNICEF België hoopt dat dit symposium ertoe kan bijdragen om van de overleving van kinderen een prioriteit te maken voor de beleidsmakers in ons land en om deze kwestie hoger op de agenda te plaatsen in de onderhandelingen en in de samenwerking met de partnerlanden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking.

#### **Inleiding van mevrouw Miet Smet, gemeenschapssenator en vice-voorzitter van AWEPA**

Het doel van AWEPA, de *Association of European Parliamentarians for Africa*, is opleiding geven aan de politiek verantwoordelijken in Afrika, vooral aan de parlementsleden. AWEPA heeft *memorandums of understanding* afgesloten met veel parlementen in verschillende Afrikaanse landen. We benaderen

Cette triste réalité doit nous pousser à l'action. Cette mortalité n'est pas une fatalité. La grande partie des enfants qui meurent avant l'âge de cinq ans pourrait être sauvée grâce à des techniques simples, efficaces et peu onéreuses. Il s'agit d'interventions aux niveaux des soins de santé de base, de la vaccination, de l'alimentation, de la promotion de l'alimentation maternelle, de l'eau potable, de l'accès aux installations sanitaires et de la promotion de l'hygiène.

La survie des enfants est devenue une priorité absolue du plan stratégique de l'UNICEF pour les années à venir. La lutte contre la mortalité infantile exige une approche intégrée. Pour optimiser les chances de succès, il faut agir simultanément sur trois terrains: la survie des enfants, leur protection et leur développement. Cette approche suppose une planification claire des collaborations et un travail de concertation, avec pour fil conducteur la Convention relative aux droits de l'enfant, dont nous fêtons cette année le vingtième anniversaire, et les Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations unies.

Depuis 2007, UNICEF Belgique mène une campagne spécifique afin d'attirer l'attention sur la mortalité infantile et la survie des enfants. Le slogan de la campagne de 2007, «Sauvons quatre millions de bébés», faisait référence aux quatre millions de bébés qui meurent chaque année avant d'atteindre l'âge d'un mois. En 2008, la campagne était centrée sur la malnutrition. Cette année, nous mettons l'accent sur les activités WaSH, à savoir l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Chaque jour, 5 000 enfants meurent parce qu'ils n'ont pas accès à l'eau potable, à l'assainissement et à une bonne hygiène. Chaque année, la combinaison d'eau contaminée, d'absence de toilettes et de mauvaise hygiène est responsable du décès de 1,5 million d'enfants. La majorité de ces décès est attribuable à la déshydratation causée par la diarrhée.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Il est inacceptable que 9,2 millions d'enfants meurent chaque année de maladies évitables.

Nous avons cependant aussi des raisons d'être optimistes. Les disparités entre les régions et les pays montrent que des progrès sont possibles moyennant des efforts plus soutenus. Les causes sont connues et les moyens de combattre la mortalité infantile sont disponibles: vaccination, eau potable, moustiquaires et suivi des femmes pendant la grossesse et à l'accouchement.

Le défi consiste à mettre effectivement ces moyens à la disposition des mères et des enfants, en particulier dans les régions les plus touchées. Cela nécessite également du courage politique. UNICEF Belgique se réjouit donc de pouvoir organiser ce séminaire en collaboration avec le Sénat et l'AWEPA.

La lutte contre la mortalité infantile est un des objectifs du Millénaire des Nations unies. C'est une priorité du programme de développement et une nécessité absolue pour la réalisation des autres objectifs du Millénaire.

UNICEF Belgique espère que ce symposium permettra de faire de la survie des enfants une priorité, et pour les décideurs politiques de notre pays, et dans les négociations et la collaboration avec les pays partenaires de la Coopération belge.

#### **Introduction de Mme Miet Smet, sénatrice de communauté et vice-présidente de l'AWEPA**

L'objectif de l'AWEPA, *Association of European Parliamentarians for Africa*, est de dispenser des formations aux responsables politiques d'Afrique, en particulier, aux parlementaires. L'AWEPA a des *memorandums of understanding* avec un grand nombre de parlements dans divers pays d'Afrique. Nous nous adressons

nu ook de regionale parlementen en werken zelfs samen met het lokale niveau. Voorts willen wij Afrika op de agenda van de verschillende Europese landen houden. Dat is ook de reden waarom wij verheugd zijn dat dit seminarie vandaag samen met AWEPA kan worden georganiseerd.

Wat de bescherming van kinderen betreft, hebben wij verschillende manifesten mee ondertekend, en in het bijzonder het *Manifesto for social protection of vulnerable children in Africa*. Daarin wordt vooral de nadruk gelegd op de noodzaak van een minimum aan sociale bescherming voor iedere persoon in Afrika en een minimuminkomen voor iedereen. Het kan worden vergeleken met onze sociale zekerheid. Die ontbreekt in Afrika met als gevolg dat vele Afrikaanse gezinnen uiterst arm zijn.

Een tweede manifest, *Vulnerable children*, handelt over kinderen waarvan een of beide ouders gestorven zijn aan aids en die daardoor uiterst zwak staan in de samenleving.

In de opleidingen die wij aan de Afrikaanse politici geven zijn aids en de gevolgen ervan voor de kinderen een van de hoofdthema's. Dat gebeurt in de vorm van inleidingen, discussies, rollenspellen en getuigenissen van gezondheidswerkers, van vrouwen en ook van ondernemers — we weten immers dat de Afrikaanse economie onder het aidsprobleem lijdt. We proberen het thema, en meer bepaald de positie van de kinderen, in al onze cursussen, seminars en workshops centraal te stellen.

Kinderen zijn immers de eerste slachtoffers. Het verheugt me dan ook dat de leden van de commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en voor de Landsverdediging het thema op de agenda hebben gezet. We zullen ernaar streven om aan de hand van dit manifest resultaten te boeken. De vraag is natuurlijk wat in de praktijk wordt gerealiseerd van alle teksten die worden opgesteld. Het is uitermate belangrijk dat de meest ontwikkelde landen — zoals de G20 — een duidelijk signaal geven aan onze Afrikaanse vrienden dat ze hen steunen en aandacht hebben voor hun problemen. De meeste Europese landen halen de vooropgestelde 0,7% voor ontwikkelingsamenwerking niet; enkele landen halen wel de norm. België hoort daar helaas niet bij, maar doet een inspanning.

### **Thema 1: Overleving van kinderen — situatieschets**

#### **1.1. Uiteenzetting van mevrouw Renée Van de Weerd, adviseur «Overleving van Kinderen», UNICEF**

I would like to discuss the important issues of child survival and the challenges we face globally and ways forward to achieve the Millennium Development Goals (MDG). I will go over these goals and look at the situation of children in the world, at the evidence based interventions, talk about progress, discuss the challenges and then debate on the way forward

In 2000, in New York, the Heads of State agreed on a set of goals to reduce the state of poverty and create a partnership that would reduce poverty by 2015, the so-called Millennium Development Goals. There are eight in total, with the fourth (MDG 4) specifically targeting child survival. Its aim is to reduce by two thirds the under five mortality rate by the year 2015, comparing them with the base line year which is 1990. The target has three indicators; the first being the under five mortality rate, secondly the infant mortality rate, and thirdly those of children immunized against measles.

If we look at the other MDG particularly those for fighting against poverty and reducing hunger and malnutrition, many things need to be done to achieve the MDG 4. The fifth goal (MDG 5), which is very important, refers to internal health. This is where many babies die very close after the delivery, so ensuring that mothers have access to health will also improve newborn

maintenant aux parlements régionaux et collaborons même avec le niveau local. En outre, nous voulons maintenir l'Afrique à l'agenda des différents pays européens. C'est également la raison pour laquelle nous nous réjouissons que le colloque d'aujourd'hui puisse être organisé avec l'AWEPA.

En ce qui concerne la protection des enfants, nous avons cosigné plusieurs manifestes, en particulier le *Manifesto for social protection of vulnerable children in Africa*. On y met surtout l'accent sur la nécessité d'un minimum de sécurité sociale pour chaque personne en Afrique et un revenu minimum pour tous. Cela peut être comparé à notre sécurité sociale. Celle-ci fait défaut en Afrique, avec pour conséquence que de nombreuses familles africaines sont extrêmement pauvres.

Un deuxième manifeste, *Vulnerable children*, traite des enfants dont un ou les deux parents sont morts du sida, et qui sont, de ce fait, extrêmement fragilisés.

Un des principaux sujets des formations que nous dispensons aux politiques africains est le sida et ses conséquences. Cela se fait sous la forme d'introductions, de discussions, de jeux de rôle et de témoignages de travailleurs du secteur de la santé, de femmes et également de chefs d'entreprise — nous savons en effet que l'économie africaine subit les conséquences du problème du sida. Nous essayons de mettre la situation des enfants au centre de tous nos cours, séminaires et ateliers.

Les enfants sont en effet les premières victimes. C'est pourquoi je me réjouis que les membres de la commission des Relations extérieures et de la Défense aient inscrit ce sujet à l'ordre du jour. Nous nous efforcerons d'obtenir des résultats grâce à ce manifeste. La question est naturellement de savoir ce qu'il advient de tous les textes qui sont rédigés. Il est d'un intérêt capital que les pays les plus développés — comme ceux du G20 — signalent clairement à nos amis africains qu'ils les soutiennent et sont attentifs à leurs problèmes. La plupart des pays européens n'atteignent pas les 0,7% prévus pour la coopération au développement; quelques-uns y arrivent. La Belgique n'en fait pas partie, mais elle fait un effort.

### **Thème 1<sup>er</sup> : Survie des enfants — esquisse de la situation**

#### **1.1. Exposé de Mme Renée Van de Weerd, conseillère «Survie des enfants», UNICEF**

I would like to discuss the important issues of child survival and the challenges we face globally and ways forward to achieve the Millennium Development Goals (MDG). I will go over these goals and look at the situation of children in the world, at the evidence based interventions, talk about progress, discuss the challenges and then debate on the way forward

In 2000, in New York, the Heads of State agreed on a set of goals to reduce the state of poverty and create a partnership that would reduce poverty by 2015, the so-called Millennium Development Goals. There are eight in total, with the fourth (MDG 4) specifically targeting child survival. Its aim is to reduce by two thirds the under five mortality rate by the year 2015, comparing them with the base line year which is 1990. The target has three indicators; the first being the under five mortality rate, secondly the infant mortality rate, and thirdly those of children immunized against measles.

If we look at the other MDG particularly those for fighting against poverty and reducing hunger and malnutrition, many things need to be done to achieve the MDG 4. The fifth goal (MDG 5), which is very important, refers to internal health. This is where many babies die very close after the delivery, so ensuring that mothers have access to health will also improve newborn

health. Of course fighting aids, malaria, and other infectious diseases is also important to be able to achieve the MDG 4 and the others. The MDG that aims at sustainable environment also refers to water and access to water and sanitation. As diarrhoea is still a significant cause of child death, it is important that women and children have access to clean water and good sanitation.

I will talk to you about the numbers, but here it is very important to understand that even if child survival is such a critical area, there is very little reliable data available, the poorest countries in the world often have the weakest information systems so the data we work with is often insufficient.

Looking at the map, each little red dot represents five thousand children who die before their fifth birthday. Clearly you can see that the African continent and Asia carry the heaviest burden of these unnecessary deaths. Another unfortunate pattern is the newborn who die within the first month of their birth. The rates show that the highest newborn death rates are to be found especially in Africa and Asia. For maternal deaths the pattern is the same for the geographical distribution with the Sub Saharan Africa showing 50% of deaths for both children under five and for maternal deaths.

If we look at the countries with the highest rates it is very striking to see that many are indeed African, and that many are affected by civil unrest or by war. If countries are affected by war then health systems are no longer operating and health workers, who could help save mothers and babies by simple interventions, are not being made available.

We now know not only where babies die but also what the main causes are. The sad news is that deaths of children under five are caused largely by infectious diseases, simple things as diarrhoea, pneumonia and measles. A lot of the newborn babies die from these infections. Clearly, the underlying cause is malnutrition, with almost 50% of undernourished children dying from diarrhoea and pneumonia alone. There is a lot of talk about tuberculosis, aids, and malaria but simple infectious diseases are still killing many children unnecessarily.

With regards to the newborn deaths, it is the first 24 hours that are important. Fifty percent die within hours of their birth and it is within the same timeframe that most mothers die early after the delivery. This makes it very important that programmes ensure that health workers are there when women are pregnant and when women deliver and immediately after. This is how many many lives can be saved.

In recent years there have been many publications in *The Lancet* and in many other medical journals that have highlighted the interventions that work. *The Lancet* broke down the key causes of disease and then looked at the most effective preventive measures, such as breast feeding, using insecticide treated nets, immunization, clean deliveries, simple things that will work and which can reduce many deaths. We have been successful with these simple interventions especially in the use of insecticide treated bed nets which have seen a dramatic increase in their usage for children under the age of five from 2006 to 2007.

Another success story is the fight against measles. In 2000, 750.000 children died of measles with the Sub-Saharan Africa recording the highest figures, but in 2007 this number fell to below 200.000. The progress that has been made in Africa is very significant. Today, measles is not an important cause of death for children under the age of five in this region.

There is both good news and bad news. If we look at coverage of this proven cheap and effective intervention in the continuum of care, looking at pre-pregnancy, pregnancy, delivery, newborn babies, into children growing up, we are doing well in the things that we can do preventively such as immunization, ante-natal care and the use of bed nets. Moreover, when it comes to interventions

health. Of course fighting aids, malaria, and other infectious diseases is also important to be able to achieve the MDG 4 and the others. The MDG that aims at sustainable environment also refers to water and access to water and sanitation. As diarrhoea is still a significant cause of child death, it is important that women and children have access to clean water and good sanitation.

I will talk to you about the numbers, but here it is very important to understand that even if child survival is such a critical area, there is very little reliable data available, the poorest countries in the world often have the weakest information systems so the data we work with is often insufficient.

Looking at the map, each little red dot represents five thousand children who die before their fifth birthday. Clearly you can see that the African continent and Asia carry the heaviest burden of these unnecessary deaths. Another unfortunate pattern is the newborn who die within the first month of their birth. The rates show that the highest newborn death rates are to be found especially in Africa and Asia. For maternal deaths the pattern is the same for the geographical distribution with the Sub Saharan Africa showing 50% of deaths for both children under five and for maternal deaths.

If we look at the countries with the highest rates it is very striking to see that many are indeed African, and that many are affected by civil unrest or by war. If countries are affected by war then health systems are no longer operating and health workers, who could help save mothers and babies by simple interventions, are not being made available.

We now know not only where babies die but also what the main causes are. The sad news is that deaths of children under five are caused largely by infectious diseases, simple things as diarrhoea, pneumonia and measles. A lot of the newborn babies die from these infections. Clearly, the underlying cause is malnutrition, with almost 50% of undernourished children dying from diarrhoea and pneumonia alone. There is a lot of talk about tuberculosis, aids, and malaria but simple infectious diseases are still killing many children unnecessarily.

With regards to the newborn deaths, it is the first 24 hours that are important. Fifty percent die within hours of their birth and it is within the same timeframe that most mothers die early after the delivery. This makes it very important that programmes ensure that health workers are there when women are pregnant and when women deliver and immediately after. This is how many many lives can be saved.

In recent years there have been many publications in *The Lancet* and in many other medical journals that have highlighted the interventions that work. *The Lancet* broke down the key causes of disease and then looked at the most effective preventive measures, such as breast feeding, using insecticide treated nets, immunization, clean deliveries, simple things that will work and which can reduce many deaths. We have been successful with these simple interventions especially in the use of insecticide treated bed nets which have seen a dramatic increase in their usage for children under the age of five from 2006 to 2007.

Another success story is the fight against measles. In 2000, 750.000 children died of measles with the Sub-Saharan Africa recording the highest figures, but in 2007 this number fell to below 200.000. The progress that has been made in Africa is very significant. Today, measles is not an important cause of death for children under the age of five in this region.

There is both good news and bad news. If we look at coverage of this proven cheap and effective intervention in the continuum of care, looking at pre-pregnancy, pregnancy, delivery, newborn babies, into children growing up, we are doing well in the things that we can do preventively such as immunization, ante-natal care and the use of bed nets. Moreover, when it comes to interventions

that need 24-hour care and interventions that need to change people's behaviour, then there has been a lot of progress. However, the post-natal period is where we unfortunately only reach 20 % of the babies.

The increase of these cheap, highly effective interventions has led to significant progress in the MDG 4. Comparing data of 2007 and the base line year of 1990 it can be seen that in every part of the world significant progress has been made. Unfortunately, Africa does lag behind with the mortality rate fluctuating at around 150 which is unacceptably high and that is why with UNICEF and other agencies it is very important to focus on Africa.

Even if we say progress has been made in reaching the MDG 4 there are still 9 million children who die before reaching their fifth birthday. The vast majority of countries and especially those undergoing civil strife and war are those which are struggling to reach the MDG.

For MDG 5 the story is less joyful. If we look at data from 2005 compared to the base line of 1990, there is little to no progress in every region of the world. We know that saving mothers is a little more difficult, requiring functional health systems able to transfer patients when there are problems. We are aware of this issue but so little progress has been made that it is just totally unacceptable.

I have already addressed the challenges of countries affected by war, of how their health systems are completely ruined. Of course the HIV epidemic does not help. Many of these countries struggle with acute human resources shortage. I did mention the early newborn period and how difficult it is for health workers to be present at delivery. Many women, especially in Africa, still give birth at home, so making sure that a health worker is there at the delivery is an essential package of care. Unfortunately, for the poor countries the global financial crisis and growing food prices are not going to help them.

Does this mean that nothing can be done? We have seen that from a few countries and many in the African region that this agenda can be met, that this is something that we can do. For us at UNICEF and with other partners for overseas aid, I think that building up programmes that have worked such as immunization and malaria control, are something we need to build onto. Clearly, we need to focus on the Sub-Saharan Africa where there is the highest burden of diseases and where the most children unnecessarily die. We are looking more and more into supporting community case management. We know that when community health workers are trained and supervised they can directly treat diarrhoea and pneumonia. By filling in the acute human resources gap, and by strengthening the community based approaches, this is the right way forward. Then of course we need to make inroads in maternal health, and to save the newborn by being there during the delivery.

We believe that with the political will, with additional financial resources, good policies in countries working in partnerships, with civil societies, with governments and with partner agencies, this is something we will achieve. Quoting Nelson Mandela «It always seems impossible until it is done», that is what we have to say when we look at MDG 4 and 5, this is something we can do, and if we fight together we will get there.

that need 24-hour care and interventions that need to change people's behaviour, then there has been a lot of progress. However, the post-natal period is where we unfortunately only reach 20 % of the babies.

The increase of these cheap, highly effective interventions has led to significant progress in the MDG 4. Comparing data of 2007 and the base line year of 1990 it can be seen that in every part of the world significant progress has been made. Unfortunately, Africa does lag behind with the mortality rate fluctuating at around 150 which is unacceptably high and that is why with UNICEF and other agencies it is very important to focus on Africa.

Even if we say progress has been made in reaching the MDG 4 there are still 9 million children who die before reaching their fifth birthday. The vast majority of countries and especially those undergoing civil strife and war are those which are struggling to reach the MDG.

For MDG 5 the story is less joyful. If we look at data from 2005 compared to the base line of 1990, there is little to no progress in every region of the world. We know that saving mothers is a little more difficult, requiring functional health systems able to transfer patients when there are problems. We are aware of this issue but so little progress has been made that it is just totally unacceptable.

I have already addressed the challenges of countries affected by war, of how their health systems are completely ruined. Of course the HIV epidemic does not help. Many of these countries struggle with acute human resources shortage. I did mention the early newborn period and how difficult it is for health workers to be present at delivery. Many women, especially in Africa, still give birth at home, so making sure that a health worker is there at the delivery is an essential package of care. Unfortunately, for the poor countries the global financial crisis and growing food prices are not going to help them.

Does this mean that nothing can be done? We have seen that from a few countries and many in the African region that this agenda can be met, that this is something that we can do. For us at UNICEF and with other partners for overseas aid, I think that building up programmes that have worked such as immunization and malaria control, are something we need to build onto. Clearly, we need to focus on the Sub-Saharan Africa where there is the highest burden of diseases and where the most children unnecessarily die. We are looking more and more into supporting community case management. We know that when community health workers are trained and supervised they can directly treat diarrhoea and pneumonia. By filling in the acute human resources gap, and by strengthening the community based approaches, this is the right way forward. Then of course we need to make inroads in maternal health, and to save the newborn by being there during the delivery.

We believe that with the political will, with additional financial resources, good policies in countries working in partnerships, with civil societies, with governments and with partner agencies, this is something we will achieve. Quoting Nelson Mandela «It always seems impossible until it is done», that is what we have to say when we look at MDG 4 and 5, this is something we can do, and if we fight together we will get there.

## 1.2. Uiteenzetting door de heer Patrick Kolsteren, hoofd van de Eenheid Voeding en Gezondheid van het Kind, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen

Naar mijn mening — maar het is natuurlijk mijn vakgebied — wordt er veel te weinig gewerkt rond mortaliteit bij kinderen en het belang van voeding.

I will talk to you about malnutrition especially in relationship with mortality. Here are a few figures to remind you how important mortality is in children in relationship to nutrition. About three and a half million deaths are due to undernutrition and malnutrition and 35 % of the disease burden found in children is also related to these factors, which is quite considerable. Moreover, 11 % of the total mortality and disability is related to malnutrition. We are in fact dealing with something which is very serious. This slide is probably the most central in the whole presentation showing what children mostly die from, pneumonia, diarrhoea, HIV/aids; but 60 % of the children who die are aggravated by their nutritional status because of malnutrition. So by attacking the nutritional status of children, improving nutrition you can have an enormous effect on decreasing mortality in kids.

The problem is highest in Africa, in Sub-Saharan Africa, South Asia, Central America and South East Asia. There are more children dying every year from malnutrition than from HIV/aids.

I know that HIV/aids is important, but we should always keep a certain perspective of things. If you look at what the international community is financing now, it is in large intervention areas such as malaria, tuberculosis, HIV/aids, but we are really forgetting a large group of children within this process.

I think when you talk about nutrition and malnutrition, it is important to explain what this is. When you talk about kids it means they are not growing very well, they become thin, they do not grow well in height, stay short, or there are deficiencies, micronutrient deficiencies in vitamin A, zinc, iron, and iodine.

I would like to show you how serious these issues are :

Stunting or being too short affects about 40 % of the children in the south. Most of the developing world has a very high prevalence rate of this growth deficiency, these children are just staying short, they are not dying as such but just not growing well.

Vitamin A deficiency increases the mortality rate by 15 to 20 % and it is one of major causes of blindness. Every year about one to two million kids lose one eye because of vitamin A deficiency.

Zinc deficiency affects linear growth and it affects immunity and resistance.

Mortality is important, but the whole spectrum is that there is a large effect on health through different mediators. The nutritional immune syndrome has always been well known, where the immune status is very depressed and children become very susceptible to infections. We always talk about measles, but what makes it so critical is that it is virulent in low income settings and the risk of death is very high due in part to poor nutrition.

Also, the nutritional status plays a significant role in delayed psycho- motor development. Children's school performance is low and many do not even finish the school programme. The IQ level is lower in the higher deficiency areas by as much as 15 points, which is enormous.

Based on information provided by UNICEF, the first level causes for maternal and child under-nutrition are diseases and inadequate food intake, at the secondary level are inadequate care and access to health care and then the more fundamental causes of the organization of the state, agricultural development and so forth.

## 1.2. Exposé de M. Patrick Kolsteren, chef de l'Unité de Nutrition et de la Santé de l'Enfant, Institut de Médecine tropicale, Anvers

J'estime — mais c'est évidemment mon domaine professionnel — que l'on ne travaille pas suffisamment sur les questions de la mortalité chez les enfants et de l'importance de l'alimentation.

I will talk to you about malnutrition especially in relationship with mortality. Here are a few figures to remind you how important mortality is in children in relationship to nutrition. About three and a half million deaths are due to undernutrition and malnutrition and 35 % of the disease burden found in children is also related to these factors, which is quite considerable. Moreover, 11 % of the total mortality and disability is related to malnutrition. We are in fact dealing with something which is very serious. This slide is probably the most central in the whole presentation showing what children mostly die from, pneumonia, diarrhoea, HIV/aids; but 60 % of the children who die are aggravated by their nutritional status because of malnutrition. So by attacking the nutritional status of children, improving nutrition you can have an enormous effect on decreasing mortality in kids.

The problem is highest in Africa, in Sub-Saharan Africa, South Asia, Central America and South East Asia. There are more children dying every year from malnutrition than from HIV/aids.

I know that HIV/aids is important, but we should always keep a certain perspective of things. If you look at what the international community is financing now, it is in large intervention areas such as malaria, tuberculosis, HIV/aids, but we are really forgetting a large group of children within this process.

I think when you talk about nutrition and malnutrition, it is important to explain what this is. When you talk about kids it means they are not growing very well, they become thin, they do not grow well in height, stay short, or there are deficiencies, micronutrient deficiencies in vitamin A, zinc, iron, and iodine.

I would like to show you how serious these issues are :

Stunting or being too short affects about 40 % of the children in the south. Most of the developing world has a very high prevalence rate of this growth deficiency, these children are just staying short, they are not dying as such but just not growing well.

Vitamin A deficiency increases the mortality rate by 15 to 20 % and it is one of major causes of blindness. Every year about one to two million kids lose one eye because of vitamin A deficiency.

Zinc deficiency affects linear growth and it affects immunity and resistance.

Mortality is important, but the whole spectrum is that there is a large effect on health through different mediators. The nutritional immune syndrome has always been well known, where the immune status is very depressed and children become very susceptible to infections. We always talk about measles, but what makes it so critical is that it is virulent in low income settings and the risk of death is very high due in part to poor nutrition.

Also, the nutritional status plays a significant role in delayed psycho- motor development. Children's school performance is low and many do not even finish the school programme. The IQ level is lower in the higher deficiency areas by as much as 15 points, which is enormous.

Based on information provided by UNICEF, the first level causes for maternal and child under-nutrition are diseases and inadequate food intake, at the secondary level are inadequate care and access to health care and then the more fundamental causes of the organization of the state, agricultural development and so forth.

Taking you through the more immediate causes of malnutrition the first element is the low birth weight. A child with a low birth weight is already mortgaged from the beginning. Moreover, maternal nutrition also plays an important role, so the two elements cannot be separated. Whatever the mother is suffering from during her pregnancy is going to affect the newborn resulting in a low birth weight with a high risk of death in the first year of life. No breast feeding or not exclusive breast feeding is a major cause of malnutrition. After six months children should normally get other food, called complementary feeding. However, what we see is that the quality, quantity and energy level of the food is very low and as a result the children do not grow very well. They do not receive any fruit or vegetables which are rich in vitamins, minerals and anti oxidants. Later on, they will start eating the family dish which is also impacted by food insecurity issues, and lacks quality leading to micronutrient deficiencies.

Another element that is very important is the pressure from infection, where the passive immunity protection given at birth wanes and the child has to build up its own immune system and then it becomes exposed to a wide range of infections. This leads to a decrease in appetite and loss of weight and the child does not recover very well.

Environmental sanitation is another factor causing diarrhoea, worm infections and all kinds of parasites which aggravate further the problems. So there is a vicious cycle where if you are malnourished your immune system is lowered, you get more infections and due to infections your appetite decreases, you lose weight and then your malnutrition status gets worse. So the cycle continues. This is indeed a very intricate relationship, infection and malnutrition and vice versa.

So what works? A very good publication recently has reviewed all the evidence and it clearly promotes exclusive breast-feeding as working very well in the struggle against child mortality. Improving complementary feeding, making sure that kids get very well balanced diets with lots of micronutrients also work. Basic general hygiene, hand washing and good environmental sanitation have also enormous effect. Secondly, providing treatment for malnutrition, making sure that people in the field know how to treat well a severely malnourished child or the mother of a malnourished child, is essential to making progress in this matter. A few months ago I went to Uganda and visited a health service. There I saw some malnourished children being given antibiotics because they had respiratory tract infections, but nothing was being done to combat the root cause which was malnutrition.

What is lacking is access to good treatment and the ability to identify even moderately malnourished children. Vitamin A fortification has proven its worth as has iodisation of salt, zinc supplementation and improving maternal nutritional status during pregnancy. All these things do work. The figures show that for 99% of coverage there is about a 24% reduction in mortality by doing very basic interventions. If there is only 70% of coverage then that mortality rate is reduced by only 17,3%. The point is that we know what to do but we have to get it to the people and find ways to increase the coverage and to reach more people. Infrastructures do exist and there are health systems (though perhaps not functioning so well) outlets, first lines, health centres and outposts which need to be more efficient. Most of the interventions mentioned can be delivered through the health systems and they should really redefine their work and focus on child health and especially promotional activities on health.

Finally, we know what we have to do; no new things need to be done. The focus is on increasing coverage and to use the systems that exist. Furthermore, if some new investments have to be made adapted solutions have to be found for the local context. An initiative may work in one country very well but too quickly everyone wants to take it over and put it in a new country. Some things are very context specific, the way population is organised and the way social things are organised, so it is very important to

Taking you through the more immediate causes of malnutrition the first element is the low birth weight. A child with a low birth weight is already mortgaged from the beginning. Moreover, maternal nutrition also plays an important role, so the two elements cannot be separated. Whatever the mother is suffering from during her pregnancy is going to affect the newborn resulting in a low birth weight with a high risk of death in the first year of life. No breast feeding or not exclusive breast feeding is a major cause of malnutrition. After six months children should normally get other food, called complementary feeding. However, what we see is that the quality, quantity and energy level of the food is very low and as a result the children do not grow very well. They do not receive any fruit or vegetables which are rich in vitamins, minerals and anti oxidants. Later on, they will start eating the family dish which is also impacted by food insecurity issues, and lacks quality leading to micronutrient deficiencies.

Another element that is very important is the pressure from infection, where the passive immunity protection given at birth wanes and the child has to build up its own immune system and then it becomes exposed to a wide range of infections. This leads to a decrease in appetite and loss of weight and the child does not recover very well.

Environmental sanitation is another factor causing diarrhoea, worm infections and all kinds of parasites which aggravate further the problems. So there is a vicious cycle where if you are malnourished your immune system is lowered, you get more infections and due to infections your appetite decreases, you lose weight and then your malnutrition status gets worse. So the cycle continues. This is indeed a very intricate relationship, infection and malnutrition and vice versa.

So what works? A very good publication recently has reviewed all the evidence and it clearly promotes exclusive breast-feeding as working very well in the struggle against child mortality. Improving complementary feeding, making sure that kids get very well balanced diets with lots of micronutrients also work. Basic general hygiene, hand washing and good environmental sanitation have also enormous effect. Secondly, providing treatment for malnutrition, making sure that people in the field know how to treat well a severely malnourished child or the mother of a malnourished child, is essential to making progress in this matter. A few months ago I went to Uganda and visited a health service. There I saw some malnourished children being given antibiotics because they had respiratory tract infections, but nothing was being done to combat the root cause which was malnutrition.

What is lacking is access to good treatment and the ability to identify even moderately malnourished children. Vitamin A fortification has proven its worth as has iodisation of salt, zinc supplementation and improving maternal nutritional status during pregnancy. All these things do work. The figures show that for 99% of coverage there is about a 24% reduction in mortality by doing very basic interventions. If there is only 70% of coverage then that mortality rate is reduced by only 17,3%. The point is that we know what to do but we have to get it to the people and find ways to increase the coverage and to reach more people. Infrastructures do exist and there are health systems (though perhaps not functioning so well) outlets, first lines, health centres and outposts which need to be more efficient. Most of the interventions mentioned can be delivered through the health systems and they should really redefine their work and focus on child health and especially promotional activities on health.

Finally, we know what we have to do; no new things need to be done. The focus is on increasing coverage and to use the systems that exist. Furthermore, if some new investments have to be made adapted solutions have to be found for the local context. An initiative may work in one country very well but too quickly everyone wants to take it over and put it in a new country. Some things are very context specific, the way population is organised and the way social things are organised, so it is very important to

find local solutions. Unfortunately, if we look at the amount of money spent on grants, 99% is used to find new solutions which would only decrease mortality by 22% maximum. Then again, if we just increased coverage, the effect would be a reduction in mortality by 66%. Sadly, only 1% of the grant money is made available to increase this coverage.

### 1.3. Gedachtewisseling

Mevrouw de Bethune, senator. — Ik wil de twee sprekers hartelijk danken voor de interessante inleiding en wil graag inpikken op de laatste conclusie van professor Kolsteren. Voor mij, als niet-expert in medische aangelegenheden, is die conclusie bijzonder confronterend. We gebruiken 99% van de middelen om nieuwe oplossingen te vinden en maar 1% om de bestaande oplossingen te implementeren. Kan professor Kolsteren een paar voorbeelden geven van de manier waarop die 1% vandaag wordt aangewend door, bijvoorbeeld, het Instituut voor Tropische Geneeskunde of andere instellingen? Wat geldt als *good practice* bij het verspreiden van de bestaande strategieën en welke voorbeelden dienen veralgemeend te worden?

De heer Kolsteren, hoofd van de Eenheid Voeding en Gezondheid van het Kind, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen. — Het beste voorbeeld is de behandeling van ondervoeding. We weten wat we met ernstig ondervoede kinderen moeten doen en hoe we ze moeten begeleiden. De behandeling is eenvoudig en niet duur. We hebben richtlijnen nodig en we moeten mensen opleiden in districtshospitals of gezondheidscentra. De richtlijnen bestaan; de Wereldgezondheidsorganisatie heeft ze uitgewerkt. We merken echter dat ze niet naar het terrein worden vertaald.

Zo zag ik enkele weken geleden in Uganda een zwaar ondervoed kind op een hospitaalbed liggen. Aangezien er niets aan zijn ondervoeding werd gedaan, is de kans groot dat het zal sterven. Dat gebeurt met 30 tot 40% van de kinderen in dat geval. Terwijl we technisch weten wat we moeten doen en de behandeling niet veel geld kost. Eigenlijk hebben we niets nodig; we moeten alleen zorgen dat het nu gebeurt.

De heer Marc Van Boven, ondervoorzitter UNICEF België. — De overlevingskansen van een kind hangen ook af van de omstandigheden waarin het leeft. Een van de grote uitdagingen is dan ook het wijzigen van de omgevingsfactoren. Hoe geraken we uit de cirkel, bijvoorbeeld van het te groot aantal kinderen in een gezin, en hoe kunnen we die kinderen een betere toekomst geven? UNICEF hecht veel belang aan onderwijs. Ook de economische omstandigheden zijn heel belangrijk. Met andere woorden, de omgeving is de eerste *trap*, de eerste val.

De tweede *trap* is deze van de politiek, wat in dit forum alleszins aan bod moet kunnen komen. De politieke leiders dragen immers een grote verantwoordelijkheid, zowel in de rijke als in de armere wereld. Vrede vormt een belangrijke schakel.

De heer Jef Helsen, voorzitter CD&V Senioren Herenthout. — De rode draad is «gezond» water. Zuiver water leidt immers tot betere medicatie, vitamines en voedsel en als de kinderen gezond zijn, komen er meer middelen vrij voor de ouders.

Het is eveneens belangrijk om te luisteren naar die mensen. Het is onze taak naar hen te luisteren en niet omgekeerd. Zij zijn immers een nieuwe leven begonnen, na de kolonisatie en de te vlug gekomen zozegde bevrijding. We kunnen die mensen met weinig middelen gemakkelijk aan zuiver water helpen.

Wat doet de farmaceutische industrie overigens voor die landen? Wij betalen meer dan genoeg voor onze medicatie en

find local solutions. Unfortunately, if we look at the amount of money spent on grants, 99% is used to find new solutions which would only decrease mortality by 22% maximum. Then again, if we just increased coverage, the effect would be a reduction in mortality by 66%. Sadly, only 1% of the grant money is made available to increase this coverage.

### 1.3. Échange de vues

Mme de Bethune, sénatrice. — Je tiens à remercier chaleureusement les deux intervenants pour l'intéressante introduction et je désire enchaîner sur la dernière conclusion du professeur Kolsteren. Pour moi, qui ne suis pas experte en matières médicales, cette conclusion est particulièrement interpellante. Nous utilisons 99% des moyens pour trouver de nouvelles solutions et 1% seulement pour mettre en œuvre les solutions existantes. Le professeur Kolsteren peut-il donner quelques exemples de la manière dont ce 1% est aujourd'hui utilisé, par exemple par l'Institut de Médecine tropicale ou d'autres organismes? Quelles sont les bonnes pratiques pour diffuser les stratégies existantes et les exemples qui doivent être généralisés?

M. Kolsteren, chef de l'Unité de Nutrition et de la Santé de l'Enfant, Institut de Médecine tropicale, Anvers. — Le meilleur exemple est le traitement de la malnutrition. Nous savons ce que nous devons faire avec des enfants gravement sous-alimentés et comment nous devons assurer leur accompagnement. Le traitement est simple et peu coûteux. Nous avons besoin de directives et nous devons former du personnel dans des hôpitaux de district ou des centres de santé. Les directives existent; elles ont été élaborées par l'Organisation mondiale de la santé. Nous constatons cependant qu'elles ne sont pas transposées sur le terrain.

Voici quelques semaines, j'ai vu, en Ouganda, un enfant gravement sous-alimenté, gisant sur un lit d'hôpital. Étant donné que l'on ne faisait rien pour sa malnutrition, il risque fort de mourir. C'est ce qui arrive à 30 ou 40% des enfants qui se trouvent dans ce cas. Pourtant, nous savons techniquement ce que nous devons faire et le traitement est peu coûteux.

M. Marc Van Boven, sous-président UNICEF Belgique. — Les chances de survie d'un enfant dépendent également des conditions dans lesquelles il vit. C'est pourquoi un des grands défis est le changement des facteurs environnementaux. Comment éviter, par exemple, un trop grand nombre d'enfants dans une famille et comment donner à ces enfants un avenir meilleur? L'UNICEF accorde une grande importance à l'enseignement, ainsi qu'aux circonstances économiques. En d'autres mots, l'environnement est le premier piège.

Le deuxième piège, celui de la politique, doit parfaitement pouvoir être évoqué dans le cadre de ce forum. Les dirigeants politiques portent une lourde responsabilité tant dans les pays riches que dans les pays plus pauvres. La paix constitue un important maillon.

M. Jef Helsen, président CD&V Senioren Herenthout. — Le fil rouge est l'eau «saine». L'eau pure permet en effet une médication, des vitamines et une alimentation meilleures, et lorsque les enfants sont en bonne santé, davantage de moyens sont libérés pour les parents.

Il importe également d'écouter ces gens. C'est notre mission de les écouter, et non l'inverse. Ils ont en effet commencé une nouvelle vie après la colonisation et la soi-disant libération, venue trop vite. Avec peu de moyens, nous pouvons aider ces gens à accéder facilement à de l'eau pure.

Que fait d'ailleurs l'industrie pharmaceutique pour ces pays? Nous payons plus qu'assez pour nos médicaments. Il est donc

dus is het noodzakelijk dat de farmaceutische bedrijven geld stoppen in de ontwikkeling van die landen en dat ze de medicatie, noodzakelijk ter bevordering van de gezondheid van de kinderen, bijna gratis leveren. In die landen mogen ze niet op winstbejag uit zijn, zoals in Afrika altijd het geval was.

De heer Hugo De Vlieger, afdeling Kindergeneeskunde UZ Leuven. — Ik ben de Belgische afgevaardigde bij *EMEA Paediatric Committee* te Londen. Ik wil de nadruk leggen op de toegang tot gezondheidszorg in ontwikkelingslanden en de kostprijs ervan. De mensen kunnen er zelfs de toegang tot gezondheidscentra niet betalen. In België hebben we een uitstekende gezondheidszorg en gezondheidsverzekering. Het is onze verantwoordelijkheid om deze systemen te exporteren. Ik denk bijvoorbeeld aan een systeem in Rwanda dat vrij goed van start is gegaan. De vraag is: hoe kunnen we ons eigen systeem naar de ontwikkelingslanden overbrengen? Sinds de jaren zeventig is de verdeling van geneesmiddelen in de ontwikkelingslanden geprivatiseerd en dat was voor vele kinderen nefast.

Mevrouw Els Schelfhout, senator. — We hoorden zopas interessante feiten en cijfers. Ik las vanochtend in de krant dat België nooit zo veel aan ontwikkelingshulp uitgaf: 0,5% van het bruto nationaal product. We moeten dit toch enigszins relativeren, want we zijn nog ver af van de vooropgestelde 0,7%.

Ik heb een vraag over de efficiëntie van die hulp. Mevrouw Van de Weerd verwees naar de cijfers van *Child survival process*. Er is te weinig vooruitgang. Als we ons afvragen hoe dat komt, blijkt dat het vaak gaat om landen waar de overheid tekortschiet in de zorg voor de burgers, landen waar corruptie en conflicten heersen.

Er zijn nog andere belangrijke factoren, onder meer de strijd tussen de donoren. Op micro-niveau is er een strijd tussen de NGO's, ook zij die op sommige plaatsen voor de voedselverdeling moeten instaan. Op macro-niveau is er een strijd tussen de verschillende partnerlanden. De jongste jaren stellen we volgende attitude vast: als men geen beroep kan doen op het ene land, dan doet men beroep op het andere. De kinderen over wie we het vandaag hebben, zijn de slachtoffers.

Ook de *top-down* benadering speelt een belangrijke rol. Steunen we voldoende lokale initiatieven? De efficiëntie van de hulp moet grondig worden geanalyseerd, want de kinderen blijven het slachtoffer. We moeten ons eigen onvermogen durven te erkennen.

Mevrouw Julie Standaert. — Ik ben actief in Afrika in het kader van AWEPA.

Hoe moeten we het probleem van de weeskinderen en straatkinderen aanpakken die niet op een normale manier toegang krijgen tot de voorzieningen die eventueel voor andere kinderen beschikbaar zijn?

Is het niet aangewezen om samen met de Afrikanen methodes van geboortepanning te bespreken die aangepast zijn aan hun tradities en hun gebruiken, zodat de geboortepanning, die noodzakelijk is, kan worden toegepast?

Is het niet noodzakelijk om in de landen waar vruchtbare gronden zijn, samen met die landen een aangepast landbouwbeleid op te bouwen, opdat de landbouw effectief kan worden ontwikkeld?

De heer Alban Quenum, directeur Familiale Gezondheid, ministerie Gezondheidszorg Benin. — In Benin heeft de WHO richtlijnen gegeven voor het gebruik van zink tegen buikloop. UNICEF heeft zink ter beschikking gesteld van de kinderen van Benin. Zink wordt in combinatie met rehydratiezout gebruikt bij de behandeling van diarree. Kan de toevoeging van zink aan kindervoeding worden overwogen om hen te versterken en hun immuniteit te verhogen?

nécessaire que les entreprises pharmaceutiques injectent de l'argent dans le développement de ces pays et fournissent quasi gratuitement les médicaments nécessaires à l'amélioration de la santé des enfants. Dans ces pays, ils ne peuvent pas agir avec un but lucratif, comme cela a toujours été le cas en Afrique.

M. Hugo De Vlieger, département pédiatrie UZ Leuven. — Je suis le représentant belge d'*EMEA Paediatric Committee* à Londres. Je voudrais mettre l'accent sur l'accès aux soins de santé dans les pays en voie de développement et leur coût. Là-bas, la population n'a même pas accès aux centres de santé pour des raisons financières. En Belgique, nous disposons de soins de santé et d'une assurance soins de santé excellents. Il est de notre responsabilité d'exporter ces systèmes. Je songe notamment à un système qui a relativement bien démarré au Rwanda. La question qui se pose est: comment transposer notre système dans les pays en développement? Depuis les années septante, la distribution des médicaments est privatisée dans les pays en voie de développement, ce qui s'est révélé désastreux pour de nombreux enfants.

Mme Els Schelfhout, sénatrice. — Nous venons d'entendre des faits et des chiffres intéressants. J'ai lu ce matin dans le journal que la Belgique n'avait jamais autant donné à l'aide au développement: 0,5% du produit national brut. Nous devons toutefois quelque peu relativiser ce chiffre, car nous sommes encore loin du 0,7% préconisé.

Je m'interroge sur l'efficacité de cette aide. Mme Van de Weerd a fait référence aux chiffres de *Child survival process*. Il y a trop peu de progrès. Quand nous nous interrogeons sur les causes, il s'avère qu'il s'agit souvent de pays où les autorités n'assument pas leurs responsabilités en matière d'assistance aux citoyens, de pays où règnent la corruption et les conflits.

Il y a encore d'autres facteurs importants, entre autres les conflits entre pays donateurs. Au microniveau, il y a une rivalité entre les ONG, y compris entre celles qui assurent la distribution de nourriture à certains endroits. Au macroniveau, il y a une lutte entre les différents pays partenaires. Ces dernières années, nous constatons l'attitude suivante: si on ne peut pas faire appel à un pays, on fait appel à un autre. Les enfants dont nous parlons aujourd'hui sont les victimes.

L'approche *top-down* joue aussi un rôle important. Soutenons-nous suffisamment d'initiatives locales? L'efficacité de l'aide doit être analysée à fond, car les enfants demeurent les victimes. Nous devons oser reconnaître notre propre impuissance.

Mme Julie Standaert. — Je travaille en Afrique, dans le cadre de l'AWEPA.

Comment devons-nous aborder le problème des enfants orphelins et des enfants de la rue qui n'ont pas accès aux équipements éventuellement disponibles pour les autres enfants?

N'est-il pas indiqué de discuter, avec les Africains, de méthodes de planning familial adaptées à leurs traditions et à leurs coutumes, afin que le planning familial, qui est nécessaire, puisse être mis en pratique?

N'est-il pas nécessaire de mettre sur pied, dans les pays qui possèdent des terres fertiles et en concertation avec ces pays, une politique agricole adaptée afin que l'agriculture puisse effectivement être développée?

M. Alban Quenum, directeur de la Santé familiale, ministère de la Santé au Bénin. — Au Bénin, l'OMS a donné des directives pour l'utilisation du zinc contre la diarrhée. L'Unicef a mis le zinc à la disposition des enfants du Bénin. Le zinc est utilisé dans le traitement de la diarrhée, avec les sels de réhydratation. Un apport de zinc dans les aliments des enfants est-il envisageable pour fortifier ceux-ci, renforcer leur immunité bien avant l'apparition des maladies?



Mevrouw Renée Van de Weerd, adviseur Overleving van kinderen, UNICEF. — Het is uiteraard onmogelijk om een complex onderwerp, dat raakvlakken heeft met landbouw, vrede en met tal van andere aspecten, in vijftien minuten te bespreken.

Een eerste punt is geboortepanning. We moeten uiteraard geboortepanning nastreven. Het vorige rapport, over de overleving van kinderen, werd gevolgd door een rapport over de overleving van moeders. De belangrijkste methode om moedersterfte tegen te gaan, is het aantal geboortes verminderen. Daarvoor moet in Afrika vooral aandacht worden besteed aan tienerzwangerschappen, die een groot probleem vormen. Zwangere tieners lopen immers veel meer risico om zelf te sterven en hun baby's zijn ook veel gevoeliger. Geboortepanning is dus zeer belangrijk. In het nieuwe UNICEF-rapport over moedersterfte is geboortepanning één van de belangrijkste pilaren. Er moet niet *top down*, maar lokaal worden gewerkt. Voorbehoedsmiddelen kunnen niet zomaar van bovenaf worden opgelegd, maar moeten lokaal worden besproken.

Water is uiteraard belangrijk: zonder water geen voedsel, zonder water diarree. De Belgische UNICEF-campagnes hebben altijd veel aandacht voor water. Jammer genoeg kunnen we met water niet alles voorkomen. Er zullen altijd ziektes blijven, bijvoorbeeld longontsteking, waarvoor gezondheidszorg noodzakelijk is.

Er werd gevraagd waarom zo weinig geld vloeit naar de dingen die werken. Het voorbeeld van de farmaceutische producten is een heel goed voorbeeld. We krijgen ongelooflijk veel geld om producten te kopen, maar niet om mensen op te leiden, om in infrastructuur te investeren, om gezondheidsstructuren op te zetten, noch voor programma's ter bestrijding van diarree en longontsteking. Donoren willen graag hun eigen «dingetjes». Er worden graag muskietennetten gekocht, maar er is blijkbaar geen geld om gezondheidswerkers op te leiden of om families te waarschuwen voor de gevaren van malaria. Er gaat heel veel geld naar aids, wat natuurlijk uiterst belangrijk is, maar kinderen kunnen nog zoveel andere, banale ziektes krijgen. De mentaliteit van donoren om «dingetjes» te willen kopen, moet veranderen want hiermee zal men geen systemen verbeteren. Er is te weinig geld om gezondheidswerkers op te leiden, om te investeren in transport, supervisie, begeleiding en evaluatie. De bedragen die vandaag worden gegeven, volstaan niet om de ontwikkelingsdoelstellingen te realiseren.

Er was een vraag over de kostprijs van de gezondheidszorg. Een heleboel geografische en financiële obstakels belemmeren de toegang tot de gezondheidszorg. Één ervan is dat mensen vaak moeten betalen. Voor arme mensen is het inderdaad wellicht geen prioriteit om met hun kind naar een gezondheidspost te gaan.

Er worden vandaag wereldwijd debatten georganiseerd, waarbij onder andere het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen en andere universiteiten zijn betrokken, over de manier waarop gezondheidszorg financieel toegankelijk kan worden gemaakt. Om gezondheidszorg gratis te maken in ontwikkelingslanden zijn zeer hoge bedragen nodig. Sommige mensen stellen voor om één bedrag, bijvoorbeeld de *user fee*, weg te nemen. Dat is uiteraard belangrijk, maar het gaat om complexe systemen. Naast het financieel aspect, is een diepere analyse nodig om te begrijpen welke factoren een functioneel gezondheidssysteem toegankelijk maken.

De heer Patrick Kolsteren, hoofd van de Eenheid Voeding en Gezondheid van het Kind, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen. — Naast de gerichte vraag die nu wordt behandeld, zijn uiteraard nog andere elementen, zoals de toegang tot drinkbaar water of *family planning*, belangrijk. In 2050 zal de wereldbevolking schommelen rond de 9, 10 of 11 miljard mensen.

Vorig jaar is de voedseldistributie stilgevallen omdat de energiekost te hoog was en zijn er rellen uitgebroken in Kameroen,

Mme Renée Van de Weerd, conseillère Survie des enfants, UNICEF. — Il est bien entendu impossible de traiter en quinze minutes un sujet complexe associé à l'agriculture, à la paix et à bien d'autres aspects.

Le planning familial, qu'il faut effectivement promouvoir, a souvent été évoqué. Le rapport précédent, relatif à la survie des enfants, a été suivi par un rapport consacré à la survie des mères. Le meilleur moyen de combattre la mortalité maternelle est de réduire le nombre de naissances. En Afrique, il faut surtout se concentrer sur les grossesses des adolescentes, qui constituent un grand problème. Les adolescentes enceintes risquent en effet beaucoup plus de perdre la vie et leurs bébés sont également bien plus fragiles. Le planning familial est donc très important. Il constitue l'un des principaux piliers du nouveau rapport de l'UNICEF consacré à la mortalité maternelle. Le travail doit être mené non pas de haut en bas, mais à l'échelon local. On ne peut imposer les contraceptifs sans en débattre préalablement sur le terrain.

La question de l'eau — sur laquelle les campagnes belges de l'UNICEF insistent toujours — est bien entendu importante. Sans eau, pas de nourriture. Sans eau, apparition de diarrhées. Elle ne permet malheureusement pas tout de prévenir. Certaines maladies, comme la pneumonie, requerront toujours des soins de santé.

La question de l'utilisation adéquate des fonds a été posée. L'exemple des produits pharmaceutiques me semble particulièrement illustratif. Nous recevons énormément d'argent pour acheter des produits, mais non pour former la population, pour investir dans les infrastructures, pour mettre sur pied des structures sanitaires, ni pour les programmes destinés à combattre la diarrhée et la pneumonie. Les donateurs aiment bien avoir leur «marchandise». On achète volontiers des moustiquaires, mais l'argent fait défaut lorsqu'il s'agit de former des professionnels de la santé ou de sensibiliser les familles aux dangers de la malaria. Des montants énormes sont consacrés au sida, et à raison, mais les enfants sont aussi confrontés à bien d'autres maladies, banales celles-là. Il faut faire évoluer la mentalité des donateurs, car ce n'est pas en achetant marchandises que l'on améliorera les systèmes. Nous manquons d'argent pour former des professionnels de la santé, pour investir dans le transport, la supervision, l'accompagnement et l'évaluation. Les montants actuellement octroyés pour atteindre les objectifs de développement sont loin d'être suffisants.

Une question a été posée concernant le coût des soins de santé. De nombreux obstacles géographiques et financiers entravent l'accès aux soins de santé. Le fait de souvent payer en est un. Pour une personne pauvre, emmener son enfant dans un centre de santé n'est peut-être pas une priorité.

Des débats sont organisés à l'échelon mondial, notamment en concertation avec l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et d'autres universités, concernant la manière de rendre les soins de santé financièrement accessibles. Des sommes énormes sont nécessaires pour assurer la gratuité de ces soins dans les pays en développement. D'aucuns proposent de supprimer certains frais, par exemple la contribution personnelle du patient. C'est important, mais il s'agit de systèmes complexes. Indépendamment de l'aspect financier, il faut procéder à une analyse approfondie pour comprendre quels facteurs favorisent l'accès à un système de soins fonctionnel.

M. Patrick Kolsteren, chef de l'Unité de Nutrition et de la Santé de l'Enfant, Institut de Médecine tropicale d'Anvers. — La question précise dont nous traitons est liée à d'autres éléments importants tels que l'accès à l'eau potable ou le planning familial. On estime en effet qu'en 2050, la population mondiale variera entre 9 et 11 milliards d'individus.

L'année dernière, l'arrêt de la distribution de nourriture causé par le coût trop élevé de l'énergie a provoqué des émeutes au

Senegal en de Filipijnen. Ik vrees dat dergelijke incidenten in de toekomst vaker zullen voorvallen.

Moeten we daarom aan lokaal aangepaste *family planning* doen? We beschikken over een aantal goede, algemeen aanvaarde middelen, maar de vrouwen moeten er wel toegang tot hebben. In veel landen hebben vrouwen daarover geen zeggenschap.

*Health care delivery* is zeer belangrijk. De investeringen van de jongste vijftig jaar maken dat de structuren voorhanden zijn. Het elan is er nu wat uit en men begint nu verticale programma's rond tuberculose, malaria, enzovoorts op te zetten. De gezondheidsstructuren storten dan in elkaar, omdat er geen aandacht meer aan wordt besteed.

Het resultaat van de input over een bepaalde periode moet aantoonbaar zijn: men wil bijvoorbeeld weten hoeveel *insecticide treated bed nets* zijn uitgedeeld of hoeveel mensen werden behandeld. Zo kan men de *cost effectiveness* berekenen. Het is eigenlijk een donorprobleem; donoren zijn vragende partij.

De toegang tot de gezondheidszorg in een bepaald district verhogen en kinderen een betere gezondheidszorg verschaffen, zijn echter veel moeilijker te meten. Het resultaat daarvan kan ik niet meer becijferen en daarom wil men met mij niet meer in zee gaan. De mentaliteit van de donoren zou moeten veranderen.

Ontwikkelingslanden investeren in landbouw veelal vanuit een industrieel perspectief. Sinds hun onafhankelijkheid zijn landbouwexportproducten immers vaak hun belangrijkste bron van deviezen. De overgang naar investeren in lokale landbouw en in de micro-economie wordt nog onvoldoende gemaakt.

Zo lang kleine boeren hun veld met een hak bewerken, zal hun productie laag blijven. Er is nood aan een andere visie, zoals destijds in Europa. Kleine landbouwbedrijven moeten fuseren of verdwijnen.

NGO's moeten verantwoording afleggen aan hun achterban en dus hun realisaties kunnen aantonen. Daartoe moeten ze de controle over hun activiteit behouden, waardoor conflicten kunnen ontstaan met een plaatselijke regering die andere doelen vooropstelt. De NGO voert aan dat het ingezamelde geld in de aangekondigde projecten moet worden geïnvesteerd, want anders zullen zijn steunverleners afhaken.

Het is mogelijk dat lokale werkrachten worden «afgeroomd». Zo bijvoorbeeld wanneer een NGO in Oeganda komt, zal ze de mensen die ze nodig heeft 1 500 of 2 000 euro per maand willen betalen, terwijl de overheid maar 600 euro betaalt aan een arts in een district. Het gevolg is dat die artsen weggaan. Een NGO start dus met een aantal mensen, maar na vijf maanden zijn ze vertrokken naar een andere NGO. De NGO's moeten dus zelf een inspanning leveren om alles te stroomlijnen en ervoor te zorgen dat ze de lokale structuren niet ondergraven met hun beleid.

Er werd gevraagd of zink versterkend werkt en de immuniteit kan verhogen. De vraag moet eerder als volgt worden geformuleerd: is het opportuun zink als versterkend middel toe te dienen? Volgens mij is dit niet echt een prioriteit. Men kan beter het tekort aan jodium controleren of investeren in foliumzuur. Zink is een uitstekend middel bij de behandeling van diarree, maar het lijkt me niet aangewezen mensen op basis van een behandeling met zink sterker te maken. Dat zou geen gunstig effect hebben.

Mevrouw Isabelle Durant, senator. — Ik wens te reageren op de vragen van onze genodigden over de mentaliteit van de donorlanden en van de NGO's van die landen. De overleving van kinderen vereist een algemene aanpak. De toekomst van kinderen hangt af van verschillende omgevingsfactoren, die hier door de

Cameroun, au Sénégal et aux Philippines. Je crains que la fréquence de tels incidents n'augmente à l'avenir.

Devons-nous dès lors prévoir un planning familial adapté? Nous disposons de moyens efficaces et généralement acceptés, mais encore les femmes doivent-elles pouvoir y accéder. Dans bien des pays, la femme n'a pas voix au chapitre.

La fourniture des soins de santé est essentielle. Grâce aux investissements de ces cinquante dernières années, les structures sont disponibles. À présent, l'élan s'est affaibli et l'on met en place des programmes verticaux relatifs à la tuberculose, la malaria, etc. Les structures sanitaires s'effondrent dès lors par manque d'attention.

Les efforts consentis durant une période déterminée doivent produire des résultats visibles: on veut par exemple connaître le nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide ayant été distribuées ou le nombre de personnes traitées. On peut ainsi calculer le rapport coût-efficacité. Cette question concerne les donateurs, lesquels sont demandeurs en la matière.

Il est toutefois beaucoup plus compliqué de mesurer l'augmentation de l'accessibilité aux soins dans une zone déterminée et l'amélioration des soins fournis aux enfants. Il est difficile de chiffrer ces résultats et la coopération s'en va dès lors à vau-l'eau. La mentalité des donateurs devrait changer.

Les pays en développement investissent souvent dans l'agriculture dans une perspective industrielle. Depuis l'indépendance, leurs produits d'exportation agricoles sont en effet souvent leur principale source de devises. On n'investit pas encore assez dans l'agriculture locale et dans la micro-économie.

Tant que les petits agriculteurs travailleront leur champ à la bêche, leur production restera limitée. Une autre vision s'impose, comme ce fut le cas en Europe. Les petites entreprises agricoles doivent fusionner ou disparaître.

Les ONG doivent se justifier auprès de leurs adhérents et pouvoir dès lors montrer leurs réalisations. Pour ce faire, elles doivent garder le contrôle de leurs activités, ce qui risque de provoquer des conflits avec un gouvernement local ayant d'autres objectifs en vue. L'ONG fait valoir que l'argent récolté doit être investi dans les projets annoncés, à défaut de quoi ses donateurs la lâcheront.

Les ONG risquent d'écrémer le marché local du travail. Par exemple, une ONG arrivant en Ouganda voudra payer les personnes dont elle a besoin 1 500 ou 2 000 euros par mois, alors que les autorités ne paient le médecin d'un district que 600 euros. Par conséquent, ces médecins s'en vont. Une ONG commence avec un certain nombre de personnes qui, après cinq mois, l'ont quittée pour une autre ONG. Les ONG doivent donc consentir un effort d'harmonisation et veiller à ne pas miner les structures locales par leur politique.

On a posé la question de savoir si le zinc permettait de fortifier une personne, de renforcer l'immunité. La question doit plutôt être formulée dans les termes suivants: est-il opportuun de commencer à fortifier une personne au moyen de zinc? Je pense que ce n'est pas vraiment une priorité. Si on veut fortifier quelqu'un, il est préférable de contrôler sa carence en iode ou d'investir dans l'acide folique. Traiter la diarrhée au moyen de zinc est excellent, mais il ne me semble pas judicieux de mettre en place des structures en vue de fortifier au moyen de ce remède, car je crains que l'effet ne soit pas optimal.

Mme Isabelle Durant, sénatrice. — Je tiens à réagir aux réponses de nos invités. Ils ont parlé de la mentalité des donateurs, y compris des ONG. À cet égard, il me semble utile d'avoir une approche un peu plus globale de la survie des enfants. En effet, l'avenir des enfants nés et à naître dépend très directement de

verantwoordelijken van UNICEF werden aangehaald, maar ook van de gezondheid en het welzijn van de moeder.

Vrouwen zijn een heel belangrijke doelgroep, vooral in bepaalde Afrikaanse landen waar men geen rekening houdt met hun fysieke of psychische integriteit. Ik denk vooral aan die vrouwen waarvoor vele Belgische senatoren zich inzetten, namelijk de vrouwen in Congo, in het bijzonder in Kivu, waar verkrachting als oorlogswapen wordt gebruikt.

Vrouwen, vooral de moeders, moeten bijzondere aandacht krijgen. Ze doen zwaar werk. Voor het aanbrengen van water en hout zijn ze vaak vele uren onderweg en dat heeft een weerslag op hun gezondheid. Via een geïntegreerde aanpak kunnen we zwangere of jonge moeders helpen hun kinderen beter te voeden. Ze kunnen worden bijgestaan in een reeks basisbehoeften, onder meer bij de fysiek zware taken die ze van 's ochtends tot 's avonds moeten vervullen.

De overleving van kinderen moet in de eerste plaats bekeken worden in het kader van de gezondheid en het welzijn van hun ouders, in het bijzonder de moeder.

Gezinnen moeten in hun dorp over behoorlijke voeding kunnen beschikken. Het is onbegrijpelijk dat landbouwers in ontwikkelingslanden slecht gevoed zijn, terwijl we in Europa overwegen onze wagens op biobrandstoffen te laten rijden.

Ik wil alleen benadrukken dat een algemene benadering van de mentale en fysieke gezondheid van de moeders, vooral inzake voeding en voedselsoevereiniteit, een tweede essentieel element is voor de overleving van kinderen.

## ***Thema 2 : Focus op Afrika***

### **2.1. Uiteenzetting van de heer Francisco Songane, voormalig minister van Gezondheid in Mozambique en expert inzake *Maternal, Newborn and Child Health***

I would like to thank everyone for this very important initiative, which I interpret as a continuation of a symposium in Antwerp last year to mark the 30 years of the Alma Ata Declaration on Primary Health Care. I see there is a commitment and dynamism to move forward involving the Belgian authorities, the parliament, the senate and the government.

What I want to point out is that amongst the countries with the highest burden of under five mortality, only sixteen countries are on track to meet the MDG 4, which is a very important message. This figure was obtained from the countdown group that conducts the evaluation and monitoring on how the countries are doing in MDG 4 and MDG 5.

Of the top ten countries making the most progress we could also add Eritrea which has made decided efforts to reduce the under five child mortality. Considering the African continent as a whole we have to take into account the underlying contexts where there are conflicts and the issues of HIV and aids. One such example is Zimbabwe which has a very high burden in terms of aids, and over the last three years the system has broken down due to the instability and the effects of the blockade strongly affecting the country's health system.

Two other countries experiencing conflict are the Democratic Republic of Congo and Chad. The conflict in Chad is related to the

différents facteurs environnementaux cités par le responsable de l'Unicef, mais aussi de l'intégrité de la santé de leur maman.

Les femmes sont des cibles extrêmement importantes, en particulier dans certains pays d'Afrique où elles ne sont respectées ni dans leur intégrité physique ni dans leur intégrité morale. Je pense notamment à toutes ces femmes — pour lesquelles beaucoup de sénateurs et sénatrices se sont mobilisés en Belgique —, notamment celles qui vivent au Congo et en particulier au Kivu, qui sont victimes d'attaques et de viols comme arme de guerre.

Les femmes, et les mamans en particulier, méritent une attention particulière. Elles accomplissent un travail considérable. Elles passent de nombreuses heures sur les routes à la recherche d'eau et de portage du bois, autant de moments où elles usent prématurément leur santé. Par une approche intégrée, on pourrait aider les jeunes mamans à mieux alimenter leurs enfants et à mieux les prendre en charge. Elles pourraient être assistées dans une série de besoins primaires, entre autres dans les tâches qui les occupent du matin au soir et qui sont extrêmement éprouvantes sur le plan physique.

La survie des enfants doit être envisagée avant tout dans le cadre de la santé et du bien-être de leurs parents, et en particulier de leur mère.

Il est indispensable que dans les villages, les familles puissent disposer d'une alimentation correcte. Il est inconcevable que dans les pays du sud, les agriculteurs soient les premiers à être mal nourris. Par ailleurs, en Europe notamment, nous envisageons de faire rouler nos voitures avec des produits alimentaires.

Je tenais simplement à insister sur une approche plus intégrée de la santé physique et mentale des mères et, en particulier, sur les volets alimentation et souveraineté alimentaire qui me semblent être un deuxième élément constitutif de la survie des enfants nés et à naître.

## ***Thème 2 : Réflexion sur l'Afrique***

### **2.1. Exposé de M. Francisco Songane, ancien ministre de la Santé du Mozambique et expert en matière de *Maternal, Newborn and Child Health***

I would like to thank everyone for this very important initiative, which I interpret as a continuation of a symposium in Antwerp last year to mark the 30 years of the Alma Ata Declaration on Primary Health Care. I see there is a commitment and dynamism to move forward involving the Belgian authorities, the parliament, the senate and the government.

What I want to point out is that amongst the countries with the highest burden of under five mortality, only sixteen countries are on track to meet the MDG 4, which is a very important message. This figure was obtained from the countdown group that conducts the evaluation and monitoring on how the countries are doing in MDG 4 and MDG 5.

Of the top ten countries making the most progress we could also add Eritrea which has made decided efforts to reduce the under five child mortality. Considering the African continent as a whole we have to take into account the underlying contexts where there are conflicts and the issues of HIV and aids. One such example is Zimbabwe which has a very high burden in terms of aids, and over the last three years the system has broken down due to the instability and the effects of the blockade strongly affecting the country's health system.

Two other countries experiencing conflict are the Democratic Republic of Congo and Chad. The conflict in Chad is related to the

neighbouring Sudan in the region of Darfur with many people moving into the area leading to outbreaks of conflict and putting an added stress on the health systems.

Another issue to factor in is better reporting and better provision of services to reach the people who were not reached before, this would be a step forward. Nonetheless, the situation is not all gloomy, and there are indeed success stories like that of Eritrea and certainly that of Tanzania which has had a 24% reduction in the under five mortality. The take home message from Tanzania is the courageous decision they took to delegate responsibilities to the districts, allocating the necessary resources and improving the management aspects, increasing the coverage of key child care interventions and using better the finances, all of which contributed to a better provision of services and a reduction in under five mortality. Tanzania has formally issued an integrated national plan to encompass maternal, newborn and child health.

Where there is a problem of maternal mortality there is to be found exactly at the same places high neonatal mortality. About 40% of the mortality rate of children under five is due to neonatal deaths, deaths occurring in the first month of life. This is due to a lack of care during the pregnancy, at child birth and the two days following the delivery. So it is evident that we need to address the two factors, not only because of the survival of the neonate, but also of the mothers who die leaving orphans behind who have a fivefold increased risk of not surviving or having poor health.

By protecting the survival of the mother we protect the survival of the children. This is a fundamental human right and it has been largely violated in many countries. Mothers and their children have to be protected. Africa is still contributing considerably in terms of absolute numbers of child deaths where countries such as Nigeria, Ethiopia, Democratic Republic of Congo, Tanzania, are among the top contributors together with other countries in Asia.

I would like to address the aspect of "Continuum of care", the importance of going through from pre-pregnancy, pregnancy, care at child birth, attention immediately after birth and until the child reaches the age of five; care should not be fragmented but offered in a comprehensive approach taking both, the mother and the child. The other dimension of the continuum is in terms of space: at each level, from the household to the most sophisticated hospital, interventions have to be conducted in an effective manner and with the appropriate quality. We need to act together to guarantee the survival of our children.

Other constraints such as lack of funding and lack of long-term planning are critical elements. Every country is going through cycles of changes, of getting a plan that is started and after two three years is abandoned or changed, and another one begins, and so forth. Whatever has been started is never completed due to a lack of coordination and absence of long term commitment. It is important to get the integration and to reinforce the systems and move away from just focusing on the diseases and be comprehensive.

A good coordination of the different initiatives is needed. There are many initiatives now and rightly so to address malaria, aids, HIV, tuberculosis etc. However, we do need to have a better utilization of the resources at the country level and addressing a country plan. This transition has to happen, to have the commitment and to have the required coverage of interventions. The low coverage of interventions and inequity are the two underlying reasons for not progressing in the MDG 4 and MDG 5.

We need to change the way we do business, to have accountability at all levels and make the countries meet this challenge to the highest political levels. Presidents and Prime ministers have to take the leadership and not just the ministers of Health and ministers of Education or other social sectors. The parliaments have to be informed about the situation and the figures have to be presented at the national levels.

neighbouring Sudan in the region of Darfur with many people moving into the area leading to outbreaks of conflict and putting an added stress on the health systems.

Another element to factor in is better reporting and better provision of services to reach the people who were not reached before, this would be a step forward. Nonetheless, the situation is not all gloomy, and there are indeed success stories like that of Eritrea and certainly that of Tanzania which has had a 24% reduction in the under five mortality. The take home message from Tanzania is the courageous decision they took to delegate responsibilities to the districts, allocating the necessary resources and improving the management aspects, increasing the coverage of key child care interventions and using better the finances, all of which contributed to a better provision of services and a reduction in under five mortality. Tanzania has formally issued an integrated national plan to encompass maternal, newborn and child health.

Where there is a problem of maternal mortality there is to be found exactly at the same places high neonatal mortality. About 40% of the mortality rate of children under five is due to neonatal deaths, deaths occurring in the first month of life. This is due to a lack of care during the pregnancy, at child birth and the two days following the delivery. So it is evident that we need to address the two factors, not only because of the survival of the neonate, but also of the mothers who die leaving orphans behind who have a fivefold increased risk of not surviving or having poor health.

By protecting the survival of the mother we protect the survival of the children. This is a fundamental human right and it has been largely violated in many countries. Mothers and their children have to be protected. Africa is still contributing considerably in terms of absolute numbers of child deaths where countries such as Nigeria, Ethiopia, Democratic Republic of Congo, Tanzania, are among the top contributors together with other countries in Asia.

I would like to address the aspect of "Continuum of care", the importance of going through from pre-pregnancy, pregnancy, care at child birth, attention immediately after birth and until the child reaches the age of five; care should not be fragmented but offered in a comprehensive approach taking both, the mother and the child. The other dimension of the continuum is in terms of space: at each level, from the household to the most sophisticated hospital, interventions have to be conducted in an effective manner and with the appropriate quality. We need to act together to guarantee the survival of our children.

Other constraints such as lack of funding and lack of long-term planning are critical elements. Every country is going through cycles of changes, of getting a plan that is started and after two three years is abandoned or changed, and another one begins, and so forth. Whatever has been started is never completed due to a lack of coordination and absence of long term commitment. It is important to get the integration and to reinforce the systems and move away from just focusing on the diseases and be comprehensive.

A good coordination of the different initiatives is needed. There are many initiatives now and rightly so to address malaria, aids, HIV, tuberculosis etc. However, we do need to have a better utilization of the resources at the country level and addressing a country plan. This transition has to happen, to have the commitment and to have the required coverage of interventions. The low coverage of interventions and inequity are the two underlying reasons for not progressing in the MDG 4 and MDG 5.

We need to change the way we do business, to have accountability at all levels and make the countries meet this challenge to the highest political levels. Presidents and Prime ministers have to take the leadership and not just the ministers of Health and ministers of Education or other social sectors. The parliaments have to be informed about the situation and the figures have to be presented at the national levels.

Governments have to change, to address the inequities to the benefit of the poor. Internationally we have to show solidarity as it is not just a donation, we have to work with the country when a contribution is given and get them out of this situation in the context of their own development strategies. We need to build up a spirit of solidarity similar to the one in Europe following the Second World War to get it back on its feet. We have to give the resources to revamp and to revitalize the countries which are impoverished in Africa and elsewhere in the world. It is the solidarity and working together which will help them move in the right direction. The Accra Agenda for action which is the follow up of the Paris Declaration, explains in detail all we have to do to gain success by reorientating all activities and approaches in terms of International cooperation.

## **2.2. Uiteenzetting door de heer Souleymane Diallo, UNICEF Benin**

We willen u deelgenoot maken van twee hoopgevende ervaringen: de promotie van borstvoeding en de preventie voor de overdracht van aids van moeder op kind. Aangezien het hier voornamelijk over voeding gaat, zullen we het in de ons toegemeten tijd uitsluitend over borstvoeding hebben.

Dokter Alban Quenum zal de uiteenzetting geven. We hopen tijdens de vraagstelling details te kunnen geven over de ervaringen in Benin.

## **2.3. Uiteenzetting door de heer Alban Quenum, directeur Familiale Gezondheid, ministerie Gezondheidszorg Benin**

Benin is een West-Afrikaans land met negen miljoen inwoners. Één inwoner op vijf is jonger dan 5 jaar. Bijna de helft van de bevolking leeft onder de internationale armoedegrens van 1,25 dollar. Er is veel ondervoeding: 38 % van de kinderen jonger dan 5 jaar heeft een groeiachterstand.

Benin heeft evenwel troeven in handen om borstvoeding en bijvoeding van goede kwaliteit te promoten. Het aantal kinderen dat na de geboorte borstvoeding krijgt, is gestegen van 23 % in 1996 naar 54 % in 2006. Het aantal kinderen jonger dan zes maanden dat uitsluitend borstvoeding krijgt, is gestegen van 10 % in 1996 naar 43 % in 2006. Dankzij borstvoeding en een betere bijvoeding is de kindersterfte gedaald van 167 in 1996 naar 125 in 2006.

Het voeden met uitsluitend borstvoeding is in Benin, net als in Ghana, opmerkelijk gestegen. In 1996 gebruikte men nog op grote schaal vervangmiddelen voor moedermelk. In 2006 werd bijvoeding evenwel sterk teruggedrongen. Veel minder kinderen onder de zes maanden kregen bijvoeding.

De continuïteit van de zorgen kwam hier uitgebreid aan bod. Voorafgaand onderzoek naar borstvoeding en bijvoeding is belangrijk voor het welslagen. Opinieleiders bij de voorlichtingcampagnes betrekken kan ertoe bijdragen om culturele barrières weg te werken en goede gewoonten in te voeren. Men kan ook de informatie verspreiden via de gebruikelijke kanalen zoals theater, gemeenschapsradio en spots, en een beroep doen op vrouwen-groepen die borstvoeding steunen.

In korte tijd werd forse vooruitgang geboekt. In 1996 gaven 19 % vrouwen uitsluitend borstvoeding; in 2002 was dat 60 %.

Succesfactoren zijn de politieke wil en een aangepaste benadering via het gezondheidstelsel. De politieke wil kan worden omgezet in een welomschreven voedingsbeleid. De aanpassing

Governments have to change, to address the inequities to the benefit of the poor. Internationally we have to show solidarity as it is not just a donation, we have to work with the country when a contribution is given and get them out of this situation in the context of their own development strategies. We need to build up a spirit of solidarity similar to the one in Europe following the Second World War to get it back on its feet. We have to give the resources to revamp and to revitalize the countries which are impoverished in Africa and elsewhere in the world. It is the solidarity and working together which will help them move in the right direction. The Accra Agenda for action which is the follow up of the Paris Declaration, explains in detail all we have to do to gain success by reorientating all activities and approaches in terms of International cooperation.

## **2.2. Exposé de M. Souleymane Diallo, Unicef Bénin**

Nous voulons partager deux de nos expériences porteuses d'espoir: la promotion de l'allaitement maternel et la prévention de la transmission du sida de la mère à l'enfant. Étant donné le temps qui nous est imparti, nous nous limiterons à un exposé relatif à l'allaitement maternel exclusif.

Le docteur Alban Quenum présentera cet exposé. À l'occasion des questions qui seront posées, nous espérons que nous pourrons fournir davantage de détails sur l'expérience du Bénin.

## **2.3. Exposé de M. Alban Quenum, directeur de la Santé familiale, ministère Santé Bénin**

Le Bénin est un pays d'Afrique occidentale qui compte neuf millions d'habitants. Un Béninois sur cinq a moins de cinq ans et près de la moitié de la population vit sous le seuil international de pauvreté fixé à 1,25 dollar. La malnutrition y est importante: 38 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance.

Le Bénin dispose toutefois d'atouts pour promouvoir l'allaitement maternel et l'alimentation de complément de bonne qualité. La proportion des enfants mis au sein dans l'heure suivant la naissance est passée de 23 % en 1996 à 54 % en 2006. La proportion des enfants de moins de six mois exclusivement allaités est passée de 10 % en 1996 à 43 % en 2006, ce qui a contribué, avec l'amélioration de l'alimentation complémentaire, à la réduction de la mortalité infanto-juvénile de 167 en 1996 à 125 en 2006.

Le Bénin a connu, comme le Ghana, une croissance remarquable de l'allaitement maternel exclusif. En 1996, on utilisait quantité de substituts du lait maternel. En 2006, cette utilisation était fortement réduite. Beaucoup moins d'enfants de moins de six mois recevaient une alimentation complémentaire.

On a beaucoup parlé de la continuité des soins. Une étude préalable de base sur les pratiques d'allaitement et d'alimentation constitue un facteur de succès. Il convient également de promouvoir une information de proximité en impliquant les leaders d'opinion, ce qui permet de vaincre les barrières culturelles et de favoriser l'adoption de bonnes pratiques. Il faut aussi utiliser les moyens traditionnels de diffusion de l'information — théâtres, radios communautaires, spots — et s'appuyer sur les groupes féminins qui soutiennent l'allaitement maternel.

Des progrès ont été réalisés en très peu de temps. Nous sommes partis d'un taux de 19 % d'allaitement maternel exclusif en 1996 pour arriver à 60 % en 2002.

Les facteurs de succès sont la volonté politique et l'appropriation de l'approche par le système de santé. La volonté politique s'est exprimée à travers la définition d'une politique d'alimentation

van het gezondheidssysteem heeft gevolgen op nationaal, departementaal en gemeentelijk vlak omdat de actoren hebben bijgedragen tot het stimuleren van borstvoeding.

De bekwaamheid van de dienstverleners werd verhoogd. Op grote schaal werden opleidingen georganiseerd. De vernieuwing kwam tot stand dankzij de participatie van de gemeenschap en een holistische visie op de voeding.

Het succes in het testdepartement verspreidde zich over het hele land.

Er zijn twee uitdagingen: fundamentele ingrepen in de zuigelingenvoeding en de voeding van jonge kinderen met als perspectief de integratie van bijstand op het vlak van voeding in het gezondheidssysteem en, vooral, de oprichting van een Hoge Raad voor voeding en voedsel, belast met de coördinatie. De coördinatie is een uitdaging, want voeding gaat samen met landbouw, gezondheid, familie. De Hoge Raad zal onder het toezicht staan van de president van de Republiek.

#### **2.4. Uiteenzetting door de heer Youssouf Cissé, expert in Water, Sanitation and Hygiene (WaSH), NGO CREPA Mali**

Mali is een ingesloten land in West-Afrika. Het is een groot land, met een oppervlakte van 1 241 238 vierkante kilometer, en telt 12,3 miljoen inwoners. De bevolkingsdichtheid is zeer verschillend, gaande van 90 inwoners per vierkante kilometer in de Nigerdelta tot minder dan 5 inwoners per vierkante kilometer in het Saharaanse gebied in het noorden.

Water en waterzuivering zijn belangrijk voor de overleving van het kind. In dit kader zal ik het in de eerste plaats hebben over de dekking van de sanitaire voorzieningen. Hierover zijn heel weinig studies gemaakt. De weinige beschikbare gegevens zijn partieel of niet actueel. Mijn collega-arts heeft veel cijfergegevens aangehaald, maar voor de sector water en sanering bestaan die bijna niet.

Voor de afvoer van regenwater zijn de voorzieningen volstrekt ontoereikend. Er zijn wel enkele zeldzame voorzieningen in de stedelijke gebieden, maar in het algemeen zijn ze volstrekt ontoereikend. Stagnatie van regenwater is de oorzaak van een van de meest voorkomende ziekten in ons land: malaria.

De gebrekkige afvoer van uitwerpselen en het gebrek aan hygiëne liggen aan de basis van het merendeel van de besmettelijke ziekten. In de stedelijke centra zijn er latrines waarin de uitwerpselen kunnen worden opgevangen en waarlangs ze op een hygiënische manier kunnen worden verwijderd. In ontwikkelde landen gebeurt dat via riolen.

Uit de enquête over de demografie en de gezondheid (EDSM) bleek dat 61% van de huishoudens zeer rudimentaire sanitaire installaties gebruikt; 7% gebruikt aangepaste latrines, die als voldoende worden beschouwd; 30% beschikt over geen enkele vorm van toilet. Dat cijfer loopt op tot 39% in de landelijke gebieden. Er is dus een zeer duidelijk verschil tussen landelijke en stedelijke gebieden.

In de stedelijke gebieden wordt het huishoudwater afgevoerd via conventionele systemen zoals septische putten en zinkputten, die individuele voorzieningen zijn. Collectieve voorzieningen zijn zeer zeldzaam.

Het afvalwater van de industrie en de nijverheid wordt op grote schaal afgevoerd; zowel het volume als het beheer vormen een probleem.

In landelijke gebieden wordt het huishoudafval zeer vaak gebruikt om te bodem te verrijken. In stedelijke gebieden is de afvoer een zeer groot probleem. De gemeenten hebben niet altijd de middelen om die taak aan te pakken.

et de nutrition; l'appropriation s'est réalisée aux niveaux national, départemental et communautaire parce que les acteurs du système ont contribué à la promotion de l'allaitement maternel.

Il fallait renforcer les capacités des prestataires; on a donc organisé des cascades de formation. L'aspect innovant résulte d'une analyse de la situation participative avec l'implication de la communauté et d'une vision holistique de la nutrition.

Les succès du département pilote ont été diffusés dans tous le pays.

Il y a deux défis: des interventions essentielles pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant avec comme perspective l'intégration des interventions nutritionnelles dans le système de santé et, surtout, la création du Haut Conseil de la nutrition et de l'alimentation chargé de la coordination. Cette coordination est un défi car la nutrition relève de plusieurs secteurs: l'agriculture, la santé, la famille. Ce Haut Conseil sera placé sous la tutelle de la présidence de la République.

#### **2.4. Exposé de M. Youssouf Cissé, expert en Eau, Assainissement et Hygiène (WaSH), ong CREPA Mali**

Le Mali est un pays enclavé en Afrique de l'Ouest. Ce pays est vaste, sa superficie est de 1 241 238 kilomètres carrés et il est habité par 12,3 millions d'habitants. La densité de population est extrêmement variable passant de 90 habitants par km<sup>2</sup> dans le delta du Niger à moins de 5 habitants par km<sup>2</sup> dans la région saharienne du Nord.

L'eau et l'assainissement sont liés à la survie de l'enfant. Dans ce cadre, je parlerai en premier lieu de la couverture en ouvrage d'assainissement. Très peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. Les quelques données disponibles sont partielles et non actuelles. Mon collègue médecin a cité de nombreux chiffres mais, pour le secteur de l'eau et de l'assainissement, ils sont quasi inexistantes.

Pour l'évacuation des eaux pluviales, les ouvrages sont très largement insuffisants. On trouve quelques rares réalisations dans les centres urbains mais, généralement, elles sont très insuffisantes. La stagnation des eaux pluviales est à l'origine d'une des maladies les plus importantes dans notre pays: le paludisme.

La plupart des maladies transmissibles sont également liées à la mauvaise évacuation des excréments et au manque d'hygiène. Dans les centres urbains, des latrines permettent d'accumuler les excréments et de les évacuer de façon saine, contrairement aux pays développés où il existe des réseaux d'égouts.

L'enquête démographique et de santé (EDSM) révèle que 61% de l'ensemble des ménages utilisent des installations sanitaires très sommaires; 7% utilisent des latrines aménagées, considérées comme adéquates; 30% ne disposent d'aucun type de toilettes. Ce chiffre se ramène à 39% dans le monde rural. Il y a donc une différence très nette entre le monde rural et le milieu urbain.

En milieu urbain, les eaux usées domestiques sont évacuées grâce à des systèmes conventionnels, notamment des puisards et des fosses septiques, qui sont des ouvrages individuels. Les ouvrages collectifs restent assez rares.

Les eaux usées industrielles et artisanales sont rejetées en grande quantité; elles posent problème du point de vue de leur qualité et de leur gestion.

Les ordures ménagères sont fortement utilisées en milieu rural pour l'enrichissement des sols. En milieu urbain, leur évacuation est très problématique. Les municipalités n'ont pas toujours les moyens de faire face à cette tâche.

Sommige gebuiken gaan ook in tegen een goed beheer van afvalwater en uitwerpselen. Ze liggen voor een deel aan de basis van de besmettelijke ziekten in ons land. Een eerste voorbeeld is de ontlasting in open lucht. In sommige landelijke gebieden zijn er zeer weinig latrines en ontlasten veel mensen zich nog in de open lucht. De incidentie van ziekten die door fecaliën worden veroorzaakt, toont aan hoe schadelijk dit gebruik is voor de volksgezondheid.

De opslag van vuilnis, voor het naar de velden wordt vervoerd, is een probleem in de landelijke gebieden, maar zorgt door het gebrek aan middelen ook in de steden voor problemen. Het overmatige gebruik van plastic verpakking is een moeilijk te bestrijden vervuilingbron. De opstapeling van niet-afbreekbare materialen in de natuur veroorzaakt aanzienlijke schade.

Bovendien wordt in de steden het afvalwater in goten geloosd. Hierdoor staat het afvalwater stil in de goten, wat bijdraagt tot de verspreiding van malaria.

Ik wil het even hebben over enkele ziekten die te wijten zijn aan onzuiver water en verontreiniging van het milieu.

In Mali zijn de meest voorkomende ziekten malaria, diarree en ziekten aan de luchtwegen.

Malaria blijft de belangrijkste ziekte en de belangrijkste doodsoorzaak onder de meest zwakkeren, zoals kinderen onder de vijf jaar en zwangere vrouwen. Dat blijkt uit de EDSM-IV van 2006.

Omdat diarree onder andere tot uitdroging en ondervoeding leidt, is het rechtstreeks of onrechtstreeks een van de belangrijkste doodsoorzaken bij jonge kinderen in de ontwikkelingslanden, vooral in Mali. Dat blijkt ook uit de EDSM. In de EDSM-IV van 2006 werd de mortaliteit bij kinderen en jongeren op 191 per 1000 geschat. Van de kinderen onder vijf jaar had meer dan 13 % in de twee weken voorafgaand aan de studie diarree gehad, bij de kinderen tussen 6 en 11 maanden was dat 20 % en bij de kinderen tussen 12 en 23 maanden was dat 22 %.

Naast deze aandoeningen komt ook schistosomiasis vaak voor in bepaalde, vooral landelijke, gebieden.

Het merendeel van de ziekten bij kinderen en jongeren zijn te wijten aan de slechte hygiënische omstandigheden en gebuiken. Een verbetering van de hygiëne en de sanitaire voorzieningen is de beste manier om de ziekten bij kinderen en jongeren in Mali terug te dringen.

Wat doen de NGO's en de regering om die problemen op te lossen?

Wij hebben al enkele actierreinen van de NGO's besproken. Het komt er in de eerste plaats op aan de beschikbaarheid van water en sanitaire voorzieningen te verbeteren. De NGO's ondersteunen het nationale beleid inzake water en sanitaire voorzieningen en het beleid dat de regering ter zake heeft uitgewerkt.

Wat de toegang tot het water betreft wil de regering één waterpunt per 400 personen.

Het boren en saneren van putten is een van de voornaamste activiteiten van de NGO's, evenals de oprichting van beheercomités voor de waterbevoorrading. Het is immers gebleken dat de aanwezigheid van waterpunten niet voldoende is, maar dat ze correct moeten worden beheerd en onderhouden. Ook moet men de bevolking informeren en erop wijzen dat er niet meer mag worden geput uit niet-drinkbare bronnen aangezien dat water niet geschikt is voor consumptie.

Certains comportements vont aussi à l'encontre d'une bonne gestion des eaux usées et des excréta. Ils sont partiellement à l'origine des maladies transmissibles dans notre pays. Citons d'abord la défécation en plein air. Dans certaines zones rurales, le manque de latrines est particulièrement criant, et de nombreuses populations se soulagent encore dans la nature. L'incidence des maladies liées aux matières fécales révèle toute l'importance de cette pratique néfaste pour la santé publique.

Le stockage des ordures avant leur transport dans les champs constitue un problème en zone rurale, mais également en milieu urbain étant donné l'insuffisance de moyens des municipalités. L'utilisation abusive d'emballages en plastique est une source de pollution difficile à combattre. L'accumulation de ces matières non biodégradables dans l'environnement cause de sérieux dommages.

Par ailleurs, le déversement des eaux usées dans les caniveaux, pratique courante en milieu urbain, engendre des stagnations d'eaux usées dans les caniveaux et contribue à l'incidence du paludisme.

Je voudrais aborder quelques maladies liées à l'eau et à l'insalubrité du milieu.

Au Mali, les affections les plus fréquentes sont le paludisme, les maladies diarrhéiques et les maladies respiratoires.

Le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité parmi les groupes les plus vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. C'est ce que révèle l'enquête EDSM-IV de 2006.

Du fait de leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en voie de développement, particulièrement au Mali. C'est également ce qui ressort de l'enquête EDSM. La mortalité infanto-juvénile a été estimée à 191 pour 1000 par l'enquête EDSM-IV de 2006. Treize pour cent des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. 20 % des enfants de 6 à 11 mois et 22 % des enfants de 12 à 23 mois souffrent de diarrhée.

Outre ces affections, il faut également noter les nombreux cas de schistosomiase dans certaines zones du pays, surtout rurales.

La plupart des maladies infanto-juvéniles sont liées aux mauvaises conditions d'assainissement et pratiques d'hygiène. L'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement est la meilleure voie pour réduire l'incidence des maladies infanto-juvéniles au Mali.

Que font les ONG et le gouvernement pour résoudre les problèmes évoqués?

Nous avons noté quelques axes d'intervention des ONG. Il s'agit tout d'abord d'améliorer la couverture en eau et en assainissement. Les ONG accompagnent la politique nationale en matière d'eau et d'assainissement, ainsi que les stratégies arrêtées par le gouvernement.

En matière de couverture en eau, le gouvernement souhaite avoir un point d'eau par groupe de 400 personnes.

La création et la réhabilitation des forages est un des axes fondamentaux d'intervention des ONG. La mise en place de comités de gestion des points d'eau en est un autre. Il a en effet été prouvé que l'existence de points d'eau ne suffit pas mais qu'il faut également les gérer correctement, assurer leur pérennité, éduquer la population et l'informer en vue de l'abandon des sources non potables, puisque des eaux non potables sont également consommées.

Ook het gebruik van latrines wordt aangemoedigd, vooral in de landelijke gebieden: de regering en de NGO's komen tussen in de aanleg van Sanplat-latrines en ecologische sanitaire latrines.

Privé-initiatieven voor het beheer van huishoudelijk afval worden ondersteund; economische belangengroepen met hoofdzakelijk werkloze jongeren houden zich al sinds 1990 met die sector bezig.

De hygiënische en sanitaire omstandigheden in de scholen worden verbeterd door de aanleg van latrines en waterpunten, door informatie en opvoeding en door het beheer van huishoudelijk afval.

## 2.5. Uiteenzetting van mevrouw Marie-Claire Kikontwe, senator Democratische Republiek Congo

In de spreektijd die ik hier vanochtend krijg, kan ik niet mijn volledige uiteenzetting naar voren brengen, maar ik wil u wel de lectuur ervan aanbevelen opdat u een totaalbeeld zou krijgen van de situatie van kinderen in de DRC, die het toneel was van wat door sommigen de «eerste Afrikaanse wereldoorlog» wordt genoemd.

Alle menselijke ontwikkelingsindicatoren staan in het rood, zoals blijkt uit de nationale enquête over de situatie van kinderen en vrouwen die in 2001 door UNICEF werd uitgevoerd. Flagrant schendingen van kinderrechten zijn legio, zowel binnen het gezin, op school, op het werk, op straat of in het kader van de gewapende conflicten.

Om deze enorme uitdaging het hoofd te bieden, sluit de DRC zich bij de internationale inspanningen aan door de ratificatie van verschillende internationale instrumenten over de bescherming van de rechten van het kind. Het Congolese parlement heeft verschillende wetteksten gewijzigd om ze te doen overeenstemmen met de geratificeerde teksten. De regering doet haar best om in samenwerking met de internationale agentschappen en de NGO's het leed van de kinderen in de DRC enigszins te verzachten.

Van alle kinderen die in erbarmelijke omstandigheden overleven zijn de wezen en andere kwetsbare kinderen (OEV) er het ergst aan toe.

Het *Rapid Assessment, Analysis and Action Planning* (RAAAP) programma, dat door het ministerie van Sociale zaken in november 2007 is opgestart met de financiële en technische steun van UNICEF, heeft aangetoond hoe groot het aantal wezen en andere kwetsbare kinderen wel is en hoezeer de opvang van die kinderen tekortschiet. Het pleit voor een meer gecoördineerd optreden en voor meer kwaliteit in de hulpverlening.

Om dat proces te begeleiden werd een OEV *task force* opgericht, die geleid wordt vanuit het ministerie van Sociale Zaken en het overkoepelend nationaal programma voor de strijd tegen aids, het PNMLS. Daarin zitten de voornaamste actoren die te maken hebben met de problematiek van de OEV in de DRC, namelijk de regering, de ministeries van Gender, Volksgezondheid, Mensenrechten, enz., vertegenwoordigers van het middenveld en de agentschappen voor bi- en multilaterale samenwerking.

Op basis van het onderzoek naar demografie en gezondheid van 2007 wordt geraamd dat één op vier Congolese kinderen OEV is, dat zijn er dus meer dan 8,2 miljoen. Het grote aantal wezen is een chronisch probleem op lange termijn.

Weeskinderen hebben meer dan andere kinderen te maken met ondergewicht: 30% tegen 24%. Ze worden meer dan anderen achtergesteld op school: 81% tegen 63%. Veel wezen zeggen dat ze gediscrimineerd worden in het gezin of in de gemeenschap. Aangezien adoptie weinig gangbaar is in de DRC, is de fysieke en

On encourage aussi l'usage de latrines, surtout en milieu rural: le gouvernement et les ONG interviennent pour la construction de latrines à dalle Sanplat et de latrines d'assainissement écologique.

Les initiatives privées pour la gestion des ordures ménagères bénéficient d'un accompagnement: il existe des groupements d'intérêt économique, essentiellement constitués par des jeunes sans emploi qui s'intéressent à ce secteur depuis 1990.

L'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement en milieu scolaire se concrétise par la construction de latrines, la création de points d'eau, l'information, l'éducation et la gestion des ordures ménagères.

## 2.5. Exposé de Mme Marie-Claire Kikontwe, sénatrice Républicaine Démocratique du Congo

Compte tenu du temps qui m'a été imparti, il ne m'est pas possible de vous présenter le texte intégral de mon intervention. Je vous recommande cependant de le lire, afin d'avoir une vue d'ensemble de la situation des enfants en RDC où vient de se dérouler ce que certains appellent déjà la «première guerre mondiale africaine».

Tous les indicateurs de développement humain sont dans le rouge, ainsi que l'indique l'enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes menée en 2001 par l'UNICEF. Les violations flagrantes des droits des enfants y sont légion, que ce soit en famille, à l'école, au travail, dans la rue ou sur la scène des conflits armés.

Pour faire face à tous ces défis, la RDC s'inscrit dans la démarche mondiale en ratifiant plusieurs instruments internationaux relatifs à la sauvegarde des droits de l'enfant. Le parlement congolais a modifié plusieurs textes législatifs pour les mettre au diapason des textes ratifiés. Le gouvernement quant à lui, en synergie avec les agences de la Communauté internationale et les ONG, s'évertue à soulager quelque peu les souffrances des enfants de la RDC.

Dans cet océan de misère, les OEV, les Orphelins et autres Enfants Vulnérables, sont particulièrement misérables.

L'analyse RAAAP — *Rapid Assessment, Analysis and Action Planning* — initiée par le ministère des Affaires sociales en octobre 2007 avec l'appui financier et technique de l'UNICEF, a montré l'importance du nombre d'Orphelins et autres Enfants Vulnérables, l'insuffisance de leur prise en charge et prôné l'amélioration de la coordination et de la qualité des réponses apportées aux besoins ressentis.

Pour coordonner le processus, une *task force* OEV a été mise en place, sous la présidence du ministère des Affaires sociales et la vice-présidence du Programme SIDA, le PNMLS. Elle est composée des acteurs clés impliqués dans la problématique des OEV en RDC, à savoir le gouvernement, les ministères du Genre, de la Santé, des Droits humains, etc., les représentants des organisations de la société civile et des agences de coopération bilatérale et multilatérale.

L'étude de démographie et santé menée en 2007 estime qu'un enfant congolais sur quatre est un OEV, ce qui représente plus de 8,2 millions d'enfants. Ce nombre élevé d'orphelins constitue un problème chronique et à long terme.

Les enfants OEV présentent une insuffisance pondérale plus élevée que les autres: 30% contre 24%. Ils sont désavantagés sur le plan scolaire: 81% contre 63%. De nombreux orphelins déclarent être victimes de discriminations au sein de la famille ou de la communauté. L'adoption étant peu courante en RDC, les



psychische onzekerheid van weeskinderen groot omdat ze door hun opvanggezin kunnen verstoten worden indien de voogd het zo beslist.

OEV zijn meer blootgesteld aan het gevaar voor economische en seksuele uitbuiting, wat weer een verhoogd risico op besmetting met HIV/aids of een andere soa met zich meebrengt.

Wat de hulpverlening door de voornaamste actoren betreft, bereikt de Congolese staat via de provinciale directies 36 % van de OEV die worden opgevangen. Er wordt ook veel gedaan door de grote ziekenhuizen, zoals het kinderziekenhuis van Kalembelembe in Kinshasa, de universitaire ziekenhuizen van Kinshasa, Sendwe en Lubumbashi, het ziekenhuis van Panzi te Bukavu en het ziekenhuis van Goma.

Vanuit de Congolese civiele maatschappij zijn er veel initiatieven voor de opvang van OEV, vooral via de katholieke en protestantse geloofsgemeenschappen en de gespecialiseerde NGO's. Er wordt gewerkt in vier domeinen, naar gelang van de financiële mogelijkheden: gezondheid en vooral de strijd tegen HIV/aids, onderwijs, sociaaleconomische integratie en voedselhulp. Bij het RAAAP-programma zijn 320 organisaties betrokken, waaronder 301 nationale.

Ook de internationale gemeenschap vervult een belangrijke rol.

Omdat de nationale begrotingen vrij gering zijn, wordt gebruik gemaakt van externe financiering voor de uitvoering van steunprogramma's. Tot de multilaterale donoren behoren de Wereldbank, het Wereldfonds voor de bestrijding van HIV/aids, tuberculose en malaria, UNICEF, het Wereldvoedselprogramma, het VN-Bevolkingsfonds UNFPA, Het VN-Ontwikkelingsfonds voor vrouwen UNIFEM, enz.

De bilaterale samenwerking verloopt via USAID-PEPFAR en de Belgische, Franse, Japanse, Duitse en Britse ontwikkelings-samenwerking.

De belangrijkste internationale NGO's zijn *Save the Children UK*, *World Vision*, *Christian Aid* en de *Clinton Foundation*.

Onze aanbeveling aan de internationale gemeenschap is dat zolang de toestand in de DRC niet gestabiliseerd is, alle actoren erbij betrokken moeten kunnen worden en hun werkterrein moeten kunnen uitbreiden zodat de nodige middelen ter plaatse zijn en de begrotingen of de bijdragen kunnen verhoogd worden ten behoeve van projecten die goedgekeurd zijn, maar op financiering wachten.

Voor de komende vijf jaar worden vanuit de overheid, meer bepaald het ministerie van Gender en Gezin de volgende maatregelen ten aanzien van kinderen overwogen, naar gelang van de beschikbare middelen:

- toepassing van de wetgeving inzake kindbescherming;
- uitstippeling van het nationaal beleid voor jonge kinderen van 0 tot 8 jaar;
- uitvoering van het actieplan met betrekking tot elke vorm van geweld tegen kinderen;
- toepassing, met de steun van UNICEF, van de Kaapstad-principes om de rekrutering van kindsoldaten tegen te gaan.

Wat de toegang van elk kind tot het basisonderwijs betreft, bevelen we het volgende aan:

- verhoging van de hulp aan Congolese NGO's, zoals het katholieke ORPER, of aan internationale NGO's, zoals *World Vision*, die hun sporen verdiend hebben inzake de opvang van

orphelins vivent dans une grande insécurité physique et psychologique puisqu'ils peuvent être rejetés par leur famille d'accueil selon le bon vouloir du tuteur.

Les OEV sont plus exposés aux risques d'exploitation économique et sexuelle, cette dernière accroissant encore la menace de contracter le VIH/SIDA ou d'autres IST.

En ce qui concerne les réponses fournies par les acteurs clés, l'État congolais touche, essentiellement par le biais de ses directions provinciales, 36 % des OEV jouissant d'un encadrement. Il faut noter également la prestation des grands hôpitaux, comme l'hôpital pédiatrique de Kalembelembe à Kinshasa, les cliniques universitaires de Kinshasa, Sendwe de Lubumbashi, l'hôpital de Panzi à Bukavu et l'hôpital de Goma.

La société civile congolaise est très dynamique dans l'encadrement des OEV, essentiellement via les confessions religieuses, catholique et protestante en tête, et les ONG spécialisées. Les actions menées sont focalisées sur quatre types de soutien, selon les disponibilités financières: la santé et particulièrement la lutte contre le VIH/SIDA, l'éducation, la réinsertion socioéconomique et l'aide alimentaire. 320 organisations ont été recensées dans le processus RAAAP, dont 301 nationales.

La Communauté internationale joue également un rôle important.

Compte tenu de la modicité des budgets nationaux, le pays recourt au financement extérieur pour mettre en œuvre des programmes d'appui. Parmi les donateurs multilatéraux, on compte la Banque Mondiale, les Fonds mondiaux de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'UNICEF, le PAM, le FNUAP, l'UNIFEM, etc.

L'appui de la coopération bilatérale est assuré notamment par l'USAID-PEPFAR, les coopérations belge, française, japonaise, allemande et britannique.

Les ONG internationales les plus représentées sont *Save The Children UK*, *World Vision*, *Christian Aid*, *Fondation Clinton*.

Nos recommandations à la Communauté internationale sont que, tant que la situation de la RDC ne sera pas stabilisée, elle nécessite que tous les intervenants puissent s'y intéresser, tant en élargissant leur champ d'activité de manière à donner les moyens aux opérateurs de terrain, qu'en assurant l'accroissement des budgets ou contributions pour les projets validés mais en attente de financement.

Pour les cinq ans à venir, le gouvernement et particulièrement le ministère Genre et Famille, envisage, pour le volet enfant, selon la mobilisation de ses ressources:

- la mise en œuvre du Code de protection de l'enfant;
- l'élaboration en cour de la politique nationale sur la petite enfance, de 0 à 8 ans;
- la mise en œuvre du Plan d'action sur toutes les formes de violence faites à l'enfant;
- la mise en œuvre, avec l'appui de l'UNICEF, des principes du Cap, pour enrayer les mécanismes de recrutement des enfants soldats.

En ce qui concerne l'accès de tous les enfants à l'éducation de base, nous recommandons:

- l'accroissement de l'aide aux ONG nationales — comme l'ONG ORPER des catholiques — ou internationales — comme *World Vision* — qui ont fait leurs preuves dans l'encadrement des

weeskinderen, zodat ze nog meer middelen kunnen inzetten op onderwijs;

— financiering van beroepsopleidingscentra en de uitrusting en bouw van weeshuizen.

Inzake primaire gezondheidszorg vragen we :

— steun voor de uitvoering van het nationaal programma voor de gezondheid van de jeugd (PNSA), dat gericht is op de preventie van soa's en HIV/aids en de promotie van de reproductieve gezondheid;

— de verhoging van de financiële steun voor de geïntegreerde aanpak van kinderziekten (PCIME) die tot doel heeft de kindersterfte onder de leeftijd van vijf jaar te halveren;

— steun voor de uitwerking van het nationaal strategisch kader voor HIV/aidspreventie bij jongeren.

In verband met de justitiehervorming voor minderjarigen bevelen we meer steun aan voor de NGO's die actief zijn op het vlak van ontwikkeling en mensenrechten, de verspreiding en de vertaling in lokale talen van de juridische documentatie over mensenrechten en de versterking van de mogelijkheden van het gerechtelijk personeel.

We denken ook dat er meer hulp moet gaan naar de NGO's die weeshuizen beheren of OEV bijstaan en die al bewezen hebben wat ze waard zijn inzake humanitaire inzet en goed beheer.

Dat geldt voor de volgende organisaties :

— *Amocongo* en *Femmes Plus*, die zich bezighouden met aidsbestrijding;

— REEJER en ORPER, die straatkinderen begeleiden;

— *Anges du Ciel*, die werken met kindheksen;

— het *Centre Tabitha*, dat hulp verleent aan gehandicapte kinderen;

— CAFES en GRAMID, die actief zijn inzake onderwijs;

— CNOS, AASD, AFRED en ASAMIR, die ijveren voor socio-economische integratie;

— *Réseau Action Femmes*, dat juridische bijstand verleent.

Een gedeelte van de steun die aan deze organisaties wordt gegeven, moet ten goede komen van de opvanggezinnen waarmee ze samenwerken, want die gezinnen bieden een totaalbegeleiding die niet tot één sector beperkt blijft.

## 2.6. Uiteenzetting door de heer Karel Gyselinck, expert Gezondheid, Belgische Technische Coöperatie

Voor mijn uiteenzetting van vandaag heb ik inspiratie gezocht in de zeer recente beleidsnota over de gezondheidszorg die eind 2008 werd goedgekeurd onder de titel « *Het recht op gezondheid en gezondheidszorg* ». Die nota werd vorig jaar opgesteld onder leiding van DGOS en legt de houding uit die België in de internationale hulpverlening zou moeten aannemen en de samenwerking die het met zijn partners zou moeten ontwikkelen. Die nota geeft ook het internationale kader en de referentieverklaringen weer.

orphelins, en vue d'accroître leur capacité d'intervention dans le domaine de l'éducation;

— le financement de nouveaux centres de formation aux métiers, l'équipement et la construction des orphelinats.

S'agissant de l'accès aux soins de santé primaires, nous préconisons :

— l'appui de la mise en œuvre du Programme National de la Santé des Adolescents — PNSA — visant notamment la prévention contre les IST et le VIH/SIDA et la promotion de la santé de reproduction;

— l'accroissement du soutien financier aux activités relatives à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance — PCIME — visant la réduction à 50 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans;

— l'appui à l'élaboration du cadre stratégique national de prévention du VIH/SIDA dans le milieu des jeunes.

Concernant la mise en œuvre de la réforme de la justice pour mineurs, nous recommandons un accroissement de l'aide aux ONG actives dans le domaine du développement et des Droits de l'homme, la distribution et la reproduction en langues locales de la documentation juridique relative aux Droits humains et le renforcement des capacités du personnel judiciaire.

Nous recommandons également un accroissement de l'aide aux ONG gérant des orphelinats ou apportant un appui aux OEV qui ont fait leurs preuves d'engagement humanitaire et de bonne gouvernance.

C'est le cas des organisations suivantes :

— AMOCONGO et Femmes PLUS, actives dans le domaine de la lutte contre le sida;

— le REEJER et l'ORPER qui assurent l'encadrement des enfants de la rue;

— les Anges du Ciel qui encadrent les enfants sorciers;

— le Centre Tabitha qui offre un encadrement aux enfants handicapés;

— le CAFES et la GRAMID, actifs dans le domaine de l'éducation;

— le CNOS, l'AASD, l'AFRED, l'ASAMIR qui veillent à l'insertion socioéconomique;

— le Réseau Action Femmes qui offre un encadrement juridique.

Une partie de l'appui à apporter à ces organisations devrait profiter aux familles d'accueil avec lesquelles elles ont un partenariat car celles-ci offrent un encadrement plus complet et non sectoriel.

## 2.6. Exposé de M. Karel Gyselinck, expert Santé, Coopération Technique Belge

Pour mon exposé d'aujourd'hui, je me suis inspiré de la toute récente note de politique en matière de santé, approuvée fin 2008 et intitulée *Le droit à la santé et aux soins de santé*. Cette note a été élaborée l'année dernière sous la conduite de la DGCD et explique la position que la Belgique devrait adopter dans l'aide internationale et la collaboration qu'elle devrait développer avec ses partenaires. Cette note présente également le cadre international et les déclarations de référence.

De grote troef van de nota is dat ze is voorafgegaan door uitvoerig participatief werk. Het conceptuele kader werd gezamenlijk uitgewerkt door alle Belgische organisaties die actief zijn in de internationale gezondheidszorg, met de hulp van het *Platform Be-cause Health*. Dat in 2007 uitgewerkte conceptuele kader heeft als titel: *Investeren in gezondheid voor een beter welzijn*.

Het betreft als het ware een swap op zijn Belgisch. Wij moedigen altijd de swaps in partnerlanden aan, maar door zelf de oefening te maken hebben wij veel geleerd. Vanuit soms erg uiteenlopende standpunten zijn we tot een consensus gekomen. Het was niet gemakkelijk om dat proces op te zetten, maar het bleek erg interessant te zijn en is een les voor de toekomst.

Als ik de nadruk leg op die nota, is dat omdat ik denk dat ze een referentiekader vormt. In ieder geval steunt BTC op die nota voor haar acties op het vlak van gezondheidszorg. Elke andere nota inzake gezondheidszorg zou zich daarnaar moeten richten en de uitvoering van deze resolutie zou daarop geïnspireerd moeten zijn.

Drie basisprincipes tonen ons de weg. Het eerste is de focus op het recht op gezondheid. Verschillende van de vorige sprekers hebben de nadruk gelegd op dat recht. Dat is belangrijk omdat gezondheid verder reikt dan de technische aspecten. De kinderrechten zijn een transversaal thema van de Belgische ontwikkelingssamenwerking. De gezondheidsproblematiek overstijgt de problematiek van de gezondheidszorg. Gezondheid wordt geconditioneerd door een veelheid van factoren. De vorige sprekers hebben al het belang van de opvoeding en de gezondheid van de moeders onderstreept, evenals de hygiëne en het onderwijs, maar ook van de politieke, sociaal-economische en klimatologische context. Het is vanuit die gezichtshoek dat gezondheid moet worden benaderd. Op haar beurt is gezondheid een voorwaarde voor een evenwichtige sociaal-economische ontwikkeling. De bevordering van de gezondheid vergt een holistische visie en een multisectorale aanpak.

Het tweede principe is de nadruk op het welzijn. We mogen ons niet beperken tot de strijd tegen een bepaalde ziekte. Mensen moeten worden verzorgd vanuit een perspectief van psychisch, fysiek en sociaal welzijn, zowel op individueel als op familiaal en gemeenschapsvlak. Dat heeft gevolgen voor de te verstrekken zorg. Het volstaat niet kwaliteitsvolle curatieve zorg te verstrekken. Er moet ook brede aandacht gaan naar preventie en naar emanciperende en herstelgerichte zorgverlening.

Het derde principe is de nadruk op de duurzame ontwikkeling van de gezondheidssector en zijn zorgsysteem. Het heeft betrekking op het kader waarin de zorgverlening gebeurt. Dat zorgsysteem beperkt zich niet tot horizontale zorgverlening maar bevat ook verticale zorgverstrekking. Die moeten op elkaar afgestemd zijn en elkaar versterken.

In alle landen waar BTC werkt, proberen wij dat systeem te ondersteunen en voorrang te geven aan kinderen als een van de kwetsbare groepen. Wij doen geen specifieke interventies, maar het doel is zowel aandacht te hebben voor kwetsbare groepen als voor andere groepen. Dat veronderstelt een operationele integratie van de zorgverlening aan kinderen. Het gaat er dus om zo te handelen dat de zorgverlening aan kinderen optimaal kan worden geïntegreerd in het gezondheidszorgsysteem en niet om het systeem aan te passen ten behoeve van de gezondheidszorg voor kinderen. Op het terrein gaan vele klachten over de verticale vaccinatiecampagnes. Die hebben ook een opportuniteitsaspect omdat ze mensen van de courante gezondheidsverlening wegtrekken. Mensen kunnen ziek worden of sterven wanneer een arts of verpleegster niet aanwezig is op zijn of haar gezondheidscentrum. Er moet altijd worden gehandeld met respect voor het systeem.

Wat zijn de implicaties van die drie beginselen? Ze vormen de leidraad voor een basisstrategie, met name de keuze voor een

L'atout particulier de cette note est qu'elle a été précédée par un vaste travail participatif. Son cadre conceptuel a ainsi été élaboré conjointement par toutes les organisations belges actives dans le domaine international de la santé, avec l'aide de la Plate-forme *Be-cause Health*. Ce cadre conceptuel, élaboré en 2007, est intitulé *Investir dans la santé pour un meilleur bien-être*.

Il s'agit en quelque sorte d'un swap à la belge. On encourage toujours les swaps dans les pays partenaires mais en nous livrant nous-mêmes à l'exercice, nous avons appris beaucoup. À partir de points de vue parfois très divergents, nous sommes parvenus à un consensus. Le processus n'a pas été facile à mettre en place mais il s'est révélé très intéressant et constitue une leçon pour l'avenir.

Si j'insiste sur cette note, c'est parce que je pense qu'elle est un cadre de référence. En tout cas, la CTB s'en inspire pour ses actions dans le domaine de la santé. Toute autre note relative à la santé devrait s'y référer et la mise en œuvre de cette résolution devrait s'en inspirer.

Trois principes de base nous guident. Le premier est le focus sur les droits à la santé. Parmi les orateurs précédents, plusieurs ont insisté sur les droits. C'est important parce que la santé va au-delà des aspects techniques. Les droits des enfants sont un thème transversal de la coopération belge. La question de la santé dépasse celle des soins de santé. La santé est conditionnée par une multitude de facteurs. Les orateurs précédents ont déjà souligné l'importance de la formation et de la santé des mères, de l'hygiène et du secteur de l'éducation mais aussi du contexte politique, socio-économique et climatologique. C'est sous cet angle qu'il faut aborder la santé. À son tour, la santé est une condition pour un développement socio-économique équilibré. La promotion de la santé implique la nécessité d'une vision holistique et d'une approche multisectorielle.

Le deuxième principe est le focus sur le bien-être. On ne peut se limiter à la lutte contre une maladie spécifique. Lorsqu'on soigne les gens, c'est dans une perspective de bien-être physique, psychique et social et ce, non seulement au niveau individuel mais également familial et communautaire. Cela a des implications pour les soins que l'on dispense. Il ne suffit pas de dispenser des soins curatifs de qualité, il faut également accorder une large attention à la prévention ainsi qu'aux soins promotionnels et réhabilitatifs.

Le troisième principe est le focus sur le développement durable du secteur de la santé et son système de soins. Il a trait au cadre dans lequel les soins seront dispensés. Ce système de soins ne se limite pas aux services de santé horizontaux mais comprend également des services verticaux qui doivent s'articuler entre eux et se renforcer mutuellement.

Dans tous les pays dans lesquels la CTB travaille, nous tentons d'appuyer le système et de privilégier l'accès des enfants comme un des groupes vulnérables. Nous ne procédons pas à des interventions spécifiques mais le but est d'accorder une attention aux groupes vulnérables comme aux autres groupes. Cela suppose une intégration au niveau opérationnel des soins aux enfants. En d'autres termes, il s'agit de faire en sorte que les soins des enfants puissent s'intégrer de manière optimale dans le système de santé et non d'adapter le système en fonction de soins de santé pour les enfants. Sur le terrain, de nombreuses plaintes concernent les campagnes de vaccination verticales qui ont aussi un coût d'opportunité parce qu'elles drainent les gens des services courants. Des cas de maladie ou de mortalité peuvent en effet survenir alors qu'un médecin ou une infirmière est absent de son centre de santé. Il faut toujours agir dans le respect du système.

Quelles sont les conséquences de ces trois principes? Ils nous guident pour une stratégie de base, notamment le choix de soins de

globale gezondheidszorg voor iedereen, gericht op de begunstigen en het systeem, met onderliggende waarden als billijkheid, participatie, autonomie en efficiëntie. Dat is iets anders dan een aanpak die exclusief is gericht op de ziekten, de ziekenhuizen en de technologie. Er is meer oog voor de doeltreffendheid met de bedoeling tot een groter welzijn te komen.

Gelet op de cijfers die we hebben gehoord, rijst de vraag of een specifiek programma nodig is om de resultaten te verbeteren. Ik verwijst naar een uiteenzetting van Nick Lorenz, professor aan het Zwitserse Instituut voor tropische geneeskunde. Nadat hij in alle *Global Health Partnerships* de efficiëntie van de verticale programma's had geanalyseerd, stelde hij vast dat, zelfs als een behandeling doeltreffend is voor een patiënt, bepaalde determinanten van het systeem, zoals de aanwezigheid van geneesmiddelen en uitrusting, de beschikbaarheid van gemotiveerd en bekwaam personeel, het rekening houden met sociaal-culturele aspecten en de problemen van toegankelijkheid, een rem zetten op de doeltreffendheid waardoor deze daalt van 98% tot 25%. Hij beveelt dan ook aan om voor alles te werken op de determinanten van het systeem, hetgeen gelijk loopt met wat verschillende sprekers hebben gezegd: als het bestaande systeem wordt versterkt, kan men ver geraken.

Welke uitdagingen zijn er voor de gezondheidszorg? Die vraag werd geanalyseerd binnen het conceptuele kader en hernomen in de beleidsnota. De vaststellingen sluiten goed aan bij de aanbevelingen van prof. Lorenz.

Er zijn eerst en vooral onvoldoende kwaliteitsvolle farmaceutische en voor consumptie geschikte producten. Zo heeft enkele jaren geleden een siroop tegen luchtwegeninfecties de dood van 115 kinderen in Haïti veroorzaakt. Dat is misschien niet in de Europese pers gekomen, maar wij noemen dat « stille doders ». Er is dus een probleem van kwaliteitsvolle geneesmiddelen.

Er is ook een tekort aan gekwalificeerd personeel. Als men gemotiveerd en bekwaam personeel wil hebben dat echt operationeel is, moeten die drie voorwaarden vervuld zijn.

Wat de beschikbaarheid betreft, stelt men vast dat er door de *brain drain* en HIV-aids dat vele mensen doodt, een wanverhouding ontstaat tussen het aantal zieken en het personeel dat nodig is om daaraan het hoofd te bieden.

Omwille van het grote aantal verticale programma's worden opleidingen georganiseerd. In Congo heeft men bijvoorbeeld vastgesteld dat een arts, die dikwijls de enige practicus is van het ziekenhuis, gedurende honderd dagen per jaar afwezig is. Dat betekent dat, indien een keizersnede moet worden uitgevoerd, er niemand is om dat te doen. Soms is een geoefende verpleegster aanwezig en kan ze iets doen, maar in de meeste gevallen betekent zoiets een ramp.

Een andere uitdaging vormen de belemmeringen van de toegang tot de gezondheidszorg en de toegenomen complexiteit van de internationale hulp, waar dikwijls parallelle systemen bestaan.

Ik wijs ook op het onvoldoende *ownership* op nationaal en lokaal niveau, het ontbreken van een realistisch nationaal plan voor de gezondheidssector en een onvoldoende, niet-duurzame en voorzienbare financiering die wordt gekenmerkt door een incoherente toewijzing.

De analyse wijst ook op een gebrek aan samenhang tussen de verschillende door de geldverschaffers voorgestelde hulpkanalen.

Die analyse leidt ons tot de volgende vraag: zijn wij, om in samenwerking met onze partnerlanden de goede werking van de gezondheidssector en de organisatie van een gezondheidssysteem dat rekening houdt met de behoeften van de kinderen, hun familie en hun gemeenschap te verbeteren, bereid om:

santé globaux pour tous, orientés vers les bénéficiaires et le système, avec des valeurs sous-jacentes comme l'équité, la participation, l'autonomie et l'efficacité. C'est autre chose qu'une approche exclusivement ciblée sur les maladies, les hôpitaux et la technologie, qui vise davantage l'efficacité et ce, en vue de promouvoir un meilleur bien-être.

En fonction des chiffres que nous avons entendus, on peut s'interroger sur la nécessité d'un programme spécifique pour améliorer les résultats. Je me réfère ici à une présentation de Nick Lorenz, professeur à l'Institut suisse de médecine tropicale. Ayant analysé, dans tous les *Global Health Partnerships*, l'efficacité des programmes verticaux, il a constaté que même si un traitement est efficace pour un patient, certains déterminants du système, comme la présence des médicaments et des équipements, la disponibilité d'un personnel motivé et compétent, la prise en compte des aspects socioculturels et des problèmes d'accès, freinent en fait son efficacité, ramenant celle-ci de 98% à 25% seulement. Il recommande dès lors de travailler avant tout sur les déterminants du système, ce qui coïncide avec les propos de plusieurs orateurs: si on renforce le système existant, on peut aller très loin.

Quels sont les défis pour le système des soins de santé? Cette question a été analysée dans le cadre conceptuel et reprise dans la note politique. Les constats rejoignent très bien les recommandations du professeur Lorenz.

Il y a tout d'abord une disponibilité insuffisante de produits pharmaceutiques et consommables de qualité. Ainsi, voici quelques années, un sirop contre les infections respiratoires a causé le décès de 115 enfants à Haïti. Ce fait n'a peut-être pas été répercuté dans la presse en Europe, mais nous appelons cela des « tueurs silencieux ». Il se pose donc un problème de bonne qualité des médicaments.

Ensuite, on constate un manque de ressources humaines qualifiées. Si on veut avoir du personnel disponible, motivé et compétent, qui soit vraiment opérationnel, ces trois conditions doivent être réunies.

Pour ce qui est de la disponibilité, on constate qu'avec le *brain drain* et le HIV-Sida, qui tue beaucoup de personnes, on note un déséquilibre entre le nombre de maladies et le personnel nécessaire pour y faire face.

En outre, vu le nombre important de programmes verticaux, des formations sont organisées. On a ainsi constaté qu'au Congo, par exemple, un médecin qui est bien souvent le seul praticien de l'hôpital est absent pendant cent jours par an. Cela signifie que si une césarienne doit être pratiquée, personne ne peut effectuer l'intervention. Une infirmière entraînée est parfois présente et peut agir, mais dans la plupart des cas, c'est la catastrophe.

Parmi les autres défis, nous trouvons les barrières à l'accès aux soins de qualité, la complexité accrue de l'aide internationale, où apparaissent souvent des systèmes parallèles.

Citons en outre aussi une appropriation insuffisante au niveau national et local, l'absence d'un plan national réaliste pour le secteur de la santé et un financement insuffisant, non durable et prévisible, caractérisé par une allocation incohérente.

L'analyse épingle enfin un manque de cohérence dans les différents canaux d'aide proposés par les bailleurs.

Cette analyse nous amène à nous demander si, en vue de promouvoir, en collaboration avec nos pays partenaires, le bon fonctionnement du secteur de la santé et l'organisation d'un système de soins qui prenne en compte les besoins des enfants, de leur famille et de leur communauté, nous sommes prêts à:

— ons zo veel mogelijk te richten naar de procedures en het beleid van het land via een constructieve, maar kritische dialoog die wordt ondersteund door wetenschappelijke en technische argumenten;

— de verbrokkeling van de hulp te reduceren en voorzichtig en selectief de internationale instellingen of programma's te steunen die een echte versterking van het systeem beogen;

— het *ownership* te versterken door, enerzijds, het sectoraal plan als uitgangspunt van de dialoog te nemen en, anderzijds, te zorgen voor een actieve betrokkenheid van de lokale gemeenschappen door ons af te stemmen op de behoeften op het terrein;

— conform Parijs en Accra, onze institutionele cultuur te wijzigen, onze procedures te vereenvoudigen en de modaliteiten van de hulp te versoepelen om de harmonisering en de begeleiding van het systeem te vergemakkelijken;

— een voldoende en voorzienbare financiering te garanderen, met als doel de 0,7% te bereiken, en, op een langere termijn van 15 à 20 jaar, programma's te waarborgen in synergie met de verschillende Belgische actoren met respect voor de autonomie en een duurzame financiering om het systeem te versterken;

— de complexiteit van de dynamiek en van de processen te aanvaarden binnen het systeem in plaats van ons op de korte termijn te richten. Ik geef als voorbeeld het probleem van het personeel;

— de toegevoegde waarde te versterken van de Belgische ontwikkelingssamenwerking in de geïntegreerde strijd tegen de verwaarloosde prioritaire ziekten om aldus bij te dragen aan de versterking van het beleid van een land binnen operationele resultaatgerichte strategieën. De uitdaging bestaat erin om de bestaande plannen operationeel te maken. Om dat te doen moet de band met het terrein worden behouden, de wetenschappelijke documentatie en de kapitalisatie op het niveau van het partnerland worden aangemoedigd en een institutioneel geheugen op Belgisch niveau worden gecreëerd door gerichte onderzoeken op het terrein; ook het werken in netwerken en de onderzoeksplatformen moeten worden versterkt;

— de toegang te bevorderen tot kwaliteitsvolle farmaceutische, diagnostische en verbruiksproducten door onderzoek en ontwikkeling te steunen, de TRIPS-akkoorden soepel toe te passen en kwaliteit na te streven. In dat kader hebben een twintigtal Belgische organisaties eind december het handvest over de kwaliteit van de geneesmiddelen *Be-cause Health* ondertekend om ongevallen zoals die met de siroop in Haïti te voorkomen. Ik wil ook de Belgische wet betreffende de uitvoer van geneesmiddelen aanhalen die ver vooruitloopt op de rest van Europa, maar die nog moet worden geconsolideerd.

## 2.7. Gedachtewisseling

De heer Jef Helsen, voorzitter CD&V Senioren Herenthout. — We nemen soms te veel hooi op de vork. Het is beter kleinschalig te beginnen in de lokale gemeenschappen. We moeten ervoor zorgen dat de lokale gemeenschappen zich kunnen ontplooiën. Als de kinderen makkelijker kunnen worden opgevoed, kunnen de volwassenen meer tijd besteden aan landbouw en ondernemen op kleine schaal.

Dat is veel belangrijker dan rechtstreeks geld te geven aan de regeringen. Onder andere in Congo is de rechtstreekse financiering van de regering falikant afgelopen. Denk maar aan de oorlog in Oost-Congo.

Mevrouw Marleen Temmerman, senator. — First of all I would like to congratulate the speakers for their interesting talks. I am pleased that focus has been placed on the health of women. Indeed

— nous aligner le plus possible sur les procédures et sur les politiques du pays, par la voie d'un dialogue constructif mais critique étayé par des arguments scientifiques et techniques;

— réduire la fragmentation de l'aide et appuyer prudemment et sélectivement les institutions internationales ou les programmes qui visent un véritable renforcement du système;

— renforcer l'appropriation, d'une part, en prenant le plan sectoriel comme point de départ du dialogue et, d'autre part, en veillant à l'implication active des communautés locales, en nous alignant sur les besoins du terrain;

— modifier, suivant Paris et Accra, notre culture institutionnelle, simplifier nos procédures et rendre plus flexibles les modalités d'aide afin de faciliter l'harmonisation et un accompagnement du système;

— nous engager à garantir un financement suffisant, avec une cible à 0,7%, prévisible et à plus long terme — 15 ou 20 ans — de programmes en synergie avec les différents acteurs belges dans le respect de l'autonomie, ainsi qu'un financement durable en vue de renforcer le système;

— accepter la complexité des dynamiques et des processus au sein d'un système au lieu de ne cibler que le court terme. Je citerai comme exemple la question des ressources humaines;

— renforcer la valeur ajoutée de la coopération belge dans la lutte intégrée contre les maladies prioritaires négligées, afin de contribuer à renforcer les politiques d'un pays dans des stratégies opérationnelles orientées vers les résultats. Le défi consiste en effet à rendre opérationnels les plans existants. Pour ce faire, il y a lieu de maintenir le lien avec le terrain, de promouvoir la documentation scientifique et la capitalisation au niveau du pays partenaire, mais aussi de créer une mémoire institutionnelle au niveau de la Belgique, par des recherches orientées sur le terrain; il faut aussi renforcer le travail en réseau et les plates-formes de recherche;

— enfin, favoriser l'accès à des produits pharmaceutiques, diagnostiques et consommables de qualité en appuyant la recherche et le développement, l'utilisation des accords TRIPS de manière flexible et la qualité. Dans ce cadre, une vingtaine d'organisations belges ont signé fin décembre la charte de qualité des médicaments *Be-cause Health* pour éviter la survenue d'accidents tels que celui du sirop à Haïti. Je voudrais aussi mentionner la loi belge relative à l'exportation des médicaments, une loi très en avance par rapport au reste de l'Europe mais qui mérite encore d'être consolidée.

## 2.7. Échange de vues

M. Jef Helsen, président CD&V Senioren Herenthout. — On voit souvent trop grand. Il est préférable de commencer dans les communautés locales. Nous devons veiller à ce que les communautés locales puissent se développer. Si les enfants peuvent être élevés plus facilement, les adultes pourront consacrer plus de temps à l'agriculture et aux petites entreprises.

C'est bien plus important que de donner directement de l'argent aux gouvernements. Au Congo notamment, le financement direct du gouvernement a été un échec. Pensez par exemple à la guerre dans l'Est du Congo.

Mme Marleen Temmerman, sénatrice. — First of all I would like to congratulate the speakers for their interesting talks. I am pleased that focus has been placed on the health of women. Indeed

if mothers are getting sick or dying, then the risk for the children having serious problems is very high. Within the assembly of the Senate last year a resolution was approved to pay more attention to maternal mortality and to try to reduce it.

Every year this Commission around Mother's Day organizes an activity called "Mother's Night", with Senators and Parliamentarians from all the different democratic parties to commemorate/remember all those mothers who did not make it to Mother's Day because they had died during child birth, or during pregnancy. Also this year many activities are going on in the assembly and of course everyone is invited. We will give some fliers and some information.

De heer Yves Willemot, algemeen directeur UNICEF België. — Namens UNICEF België dank ik alle sprekers.

Het treft mij dat er eigenlijk een vrij grote consensus bestaat. Men is het grosso modo eens over de analyse van de situatie, over de beschikbare oplossingen en over de uitdagingen om grotere groepen van kinderen, vrouwen en moeders toegang te geven tot de beschikbare technieken.

Als de consensus aanwezig is, hoe komt het dan dat we er vandaag niet of onvoldoende in slagen om die consensus op het terrein efficiënter te realiseren? Waarom kunnen we op het terrein niet het verschil maken?

De heer Ludo Welffens. — Mijn vraag is gericht tot Patrick Kolsteren en Renée Van de Weerd. Volgens hen weten we niet of er in 2050 negen dan wel elf miljard mensen op de aarde zullen zijn. Welke gevolgen heeft die onzekerheid voor onze strategieën en onze politieke verantwoordelijkheden inzake gezondheid voor iedereen?

De heer Youssef Cissé, expert in Water, Sanitation and Hygiene (WaSH), NGO CREPA Mali — Een spreker vroeg zich af wat de oorzaak is van deze toestand. Er is vandaag immers een consensus over de kwestie van de overleving van kinderen. Maar we vinden dat de financiering nog niet op de juiste plaats terechtkomt. Om de gezondheid te verbeteren moet men niet in de eerste plaats geneesmiddelen verspreiden en in verzorging voorzien, maar wel het milieu saneren. De kinderen die we elk jaar verzorgen komen uit een ongezond leefmilieu. Daarom moet aandacht besteed worden aan hygiëne en sanering, die de voorwaarden vormen voor een betere gezondheid.

Vandaag wordt veeleer geïnvesteerd in verzorging dan in de verbetering van de leefomstandigheden. Dit moet bijgestuurd worden en de financiering moet naar de prioritaire acties gaan. Er is momenteel een te geringe beschikbaarheid van drinkwater. In mijn land leven sommige mensen met minder dan vijf liter water per dag. Het is zeer moeilijk om in dergelijke omstandigheden een gezondheidsbeleid te voeren. Ook analfabetisme heeft een negatieve invloed op gezondheid en hygiëne.

Kortom, we moeten de financiering beter besteden en de problemen bij de wortel aanpakken, voor we ons inspannen om de gevolgen ervan aan te pakken.

De heer Diallo Souleymane, UNICEF Benin. — Ik zou willen antwoorden op de vraag van de voorzitter van UNICEF België.

De moeilijkheden zijn gekend. Het eerste element houdt verband met onze aanpak. Het is moeilijk de ontwikkeling van iemand te verzekeren zonder dat die persoon effectief wordt betrokken. Er is een participatieve aanpak nodig om de problemen te identificeren en een oplossing te zoeken.

In die aanpak moet rekening worden gehouden met de culturele en sociale dimensie. Ze wordt niet vaak genoeg gebruikt; ze vraagt tijd. Onze projecten hebben geen tijd. Ze gaan over een periode van drie tot vijf jaar. Dat laat niet genoeg ruimte voor verandering.

if mothers are getting sick or dying, then the risk for the children having serious problems is very high. Within the assembly of the Senate last year a resolution was approved to pay more attention to maternal mortality and to try to reduce it.

Every year this Commission around Mother's Day organizes an activity called "Mother's Night", with Senators and Parliamentarians from all the different democratic parties to commemorate/remember all those mothers who did not make it to Mother's Day because they had died during child birth, or during pregnancy. Also this year many activities are going on in the assembly and of course everyone is invited. We will give some fliers and some information.

M. Yves Willemot, directeur général d'UNICEF Belgique. — Je remercie tous les orateurs au nom d'UNICEF Belgique.

Je me réjouis qu'il existe un consensus relativement important sur l'analyse de la situation, les solutions disponibles et les défis visant à permettre à de plus grands groupes d'enfants, de femmes et de mères d'accéder aux techniques disponibles.

Si le consensus existe, comment se fait-il que nous ne parvenions pas aujourd'hui, ou pas suffisamment, à concrétiser ces décisions de manière plus efficiente? Pourquoi ne pouvons-nous faire la différence sur le terrain?

M. Ludo Welffens. — Ma question s'adresse à Patrick Kolsteren et Renée Van de Weerd. Ils ont indiqué que nous ne savons pas si, en 2050, la Terre comptera neuf ou onze milliards d'habitants. Quelles sont les conséquences de cette incertitude pour nos stratégies et nos responsabilités politiques en faveur de la santé pour tous?

M. Youssef Cissé, expert en Eau, Assainissement et Hygiène (WaSH), ong CREPA Mali. — Un orateur s'est interrogé sur la cause de cette situation. Certes, les questions relatives à la survie de l'enfant font aujourd'hui l'objet d'un consensus. Nous estimons toutefois que les financements ne sont pas encore très bien orientés. Pour améliorer la santé, il ne faut pas commencer par distribuer des médicaments et dispenser des soins, mais par améliorer le milieu. Les enfants que nous soignons chaque année viennent en effet d'un milieu hostile à leur santé. Il convient donc d'améliorer les conditions d'hygiène et d'assainissement qui constituent le soubassement de la santé.

Or, aujourd'hui, les investissements sont davantage consacrés aux soins qu'à l'amélioration des conditions d'hygiène et de santé. Il faut combattre ce mal en orientant mieux les financements vers les actions prioritaires. La couverture en eau potable est actuellement très faible. Dans mon pays, certaines personnes vivent avec moins de cinq litres d'eau par jour. Promouvoir la santé dans un tel contexte est extrêmement difficile. L'analphabétisme constitue également un facteur défavorable à la promotion de la santé et de l'hygiène.

En conclusion, il faut mieux orienter les financements et s'intéresser à la base même des problèmes avant de vouloir s'atteler à résoudre leurs conséquences.

M. Diallo Souleymane, UNICEF Bénin. — Je voudrais répondre à la question du président de l'Unicef Belgique.

Les contraintes sont bien connues. La première contrainte tient à l'approche que nous adoptons. Il est difficile d'assurer le développement de quelqu'un sans son implication effective. Il faut donc une approche participative à l'identification des problèmes et à la recherche de leur solution.

Cette approche-là qui doit prendre en compte la dimension culturelle et sociale n'est pas suffisamment utilisée: elle demande du temps. Nos projets n'ont pas de temps. Nos projets se déroulent sur trois ou cinq ans. Cela ne nous donne pas la latitude d'avoir un

De meest duurzame resultaten worden behaald via gedragsverandering, maar dat vergt tijd.

Het tweede belangrijke element is het lokale bestuur. Het parlementslid dat hier het woord heeft genomen, had het over de rol die de lokale gemeenschappen kunnen spelen. De steun die we de lokale gemeenschappen, dorpen en wijken kunnen bieden om hun problemen te herkennen en samen oplossingen te zoeken, is cruciaal. Ook dat vergt tijd en middelen.

Het derde element zijn onze acties op het terrein. Onze programma's zijn kortlopend. Laten we programma's opstellen met een langer perspectief, vijf tot tien jaar, en laten we dan zien hoe de zaken evolueren. Dan zullen we ook meer marge hebben om onze prioriteiten vast te leggen.

Er moet prioriteit worden gegeven aan de sociale diensten. Benin zegt: «Alle meisjes naar school». De regering heeft ook beslist dat onderwijs gratis is. Alle kinderen gaan dus naar school, maar er zijn geen leraars. De regering heeft niet genoeg financiële middelen om leraars te betalen. De gemeenschappen hebben vervolgens besloten leraren aan te werven; men noemt ze gemeenschapsleraren maar ze hebben geen opleiding gehad. De kinderen komen naar school. Ze zitten soms op de grond, maar de leraars zijn niet in staat kwaliteitsvol onderwijs te geven. Leraren opleiden vergt tijd. We moeten dus investeren in het beleid.

Voor de vroedvrouwen geldt hetzelfde probleem. Om de moedersterfte terug te dringen willen we meer gekwalificeerde vroedvrouwen. De vroedvrouwen nu zijn echter niet opgeleid, noch gemotiveerd. De motivatie en de prestaties van de gezondheidswerkers zijn een bepalende factor om de moedersterfte te verminderen.

Ten slotte is er de vorming. Daarin wordt onvoldoende geïnvesteerd. Wat is de inhoud ervan? We geven onderricht, maar slechts zelden vorming. Nochtans leiden opvoeding en vorming tot gedragsverandering.

De factoren die we hebben besproken en de participatieve aanpak vormen de basis om eenvoudige technieken ingang te doen vinden, zoals borstvoeding, handen wassen, het gebruik van geïmpregneerde muskietennetten en de identificatie van gezondheidproblemen door de moeder opdat ze haar kinderen naar een gekwalificeerde gezondheidswerker in een gezondheidscentrum zou sturen. Als we de nadruk leggen op het gedecentraliseerde niveau, dan zullen we iets meer kunnen bereiken.

De heer Karel Gyselinck, expert Gezondheid, Belgische Technische Coöperatie. — Ik zou willen reageren op de vraag over de banden met het werk op het terrein.

Het is zeer belangrijk dat men zich op het terrein concentreert. Men neigt op dit ogenblik in de wereld steeds meer naar ontwikkelingssamenwerking in de vorm van budgettaire steun en de meeste geldschieters laten die steun afhangen van politieke en strategische motieven. Dat veroorzaakt soms een onevenwicht in het nadeel van de ontwikkelingssamenwerking en de aanwezigheid op het terrein. Een van de toegevoegde waarden van de Belgische ontwikkelingssamenwerking is het behoud van de band met het terrein.

Volgens mij hebben NGO's die in nauw contact staan met de praktijk, hier een belangrijke rol te vervullen.

Ik stel ook vast dat de programma's van BTC een strategie met een dubbele verankering bevoordelen. Men wil zo dicht mogelijk bij het terrein blijven, maar veel dwingende zaken kunnen niet op het lokale niveau worden opgelost. Vandaar het belang van de band tussen het terrein en het nationale niveau.

changement. Les résultats les plus durables sont obtenus par un changement de comportement, mais ceci prend du temps.

Le deuxième élément important est la gouvernance locale. Le parlementaire qui vient de s'exprimer, a parlé du rôle que pourraient jouer les communautés locales. L'appui que nous devons apporter aux communautés locales, aux villages, aux quartiers pour que les gens puissent identifier leurs problèmes et prendre leurs décisions, est un élément clef. Cela prend également du temps et demande des ressources.

Le troisième élément ce sont les interventions que nous menons sur le terrain. Nos programmes sont de court terme. Envisageons des programmes sur des perspectives plus longues, sur dix ou quinze ans et regardons comment nous évoluons. Cela nous donnera davantage de latitude pour fixer nos priorités.

Il faut accorder une priorité aux services sociaux. Au Bénin, on a dit: «Toutes les filles à l'école». Le gouvernement a décidé en outre que la scolarité est gratuite. Tous les enfants viennent donc à l'école mais il n'y a pas d'enseignants. Le gouvernement n'a pas les ressources pour payer les enseignants. Les communautés ont alors décidé d'engager des enseignants, on les appelle des enseignants communautaires mais ils ne sont pas formés. Les enfants viennent à l'école. Ils s'asseyaient à même le sol parfois mais les enseignants ne sont pas en état de leur donner un enseignement de qualité. Former ces enseignants prend du temps. Il faut donc investir dans le soutien aux politiques que nous menons.

Le problème est identique pour les sages-femmes. Pour la réduction de la mortalité maternelle, nous voulons donner du poids à la sage-femme qualifiée. Mais ces sages-femmes ne sont pas formées ni motivées. Or la motivation et les performances des agents de santé sont déterminants pour diminuer la mortalité maternelle.

Je terminerai en parlant de l'éducation. On n'investit pas assez pour l'éducation. Quel est le contenu des enseignements? Nous donnons de l'instruction mais rarement de l'éducation. Pourtant l'éducation fait changer le comportement.

Les facteurs que nous avons décrits et l'approche participative seront les éléments clefs pour mettre en œuvre les technologies simples comme l'allaitement maternel, le lavage des mains, l'utilisation de moustiquaires imprégnées, l'identification des problèmes de santé par la mère pour qu'elle envoie son enfant au centre de santé voir un agent qualifié. Si nous mettons l'accent sur le niveau décentralisé, nous aurons un peu plus d'impact.

M. Karel Gyselinck, expert en Santé, Coopération technique belge. — Je voudrais réagir à la question portant sur les liens avec le travail sur le terrain.

Il est très important de se concentrer sur le terrain. Pour l'instant dans le monde, la tendance est de plus en plus à faire de la coopération en offrant des appuis budgétaires et la plupart des bailleurs de fonds définissent ces appuis en fonction de raisons politiques et stratégiques. Parfois, cela engendre un déséquilibre en défaveur de la coopération et de la présence sur le terrain. Une des valeurs ajoutées de la coopération belge est de garder ce lien de terrain.

Selon moi, les ONG, qui sont proches du terrain, ont un rôle important à jouer en la matière.

Je constate également que les programmes de la CTB privilégient une stratégie à double ancrage. On essaie d'être près du terrain, mais de nombreuses questions contraignantes ne peuvent pas être résolues au niveau local. Il importe donc d'établir le lien entre le terrain et le niveau national.

De loskoppeling van het terrein is een van de redenen waarom men niet helemaal operationeel kan zijn. We moeten de beleidslijnen die op het nationale niveau werden geformuleerd, uittesten om na te gaan hoe ze op het terrein kunnen worden toegepast. We moeten steun bieden aan het onderzoek rond acties, experimenten documenteren, het centrale niveau feedback verstrekken over de mechanismen en strategieën op het terrein en nagaan hoe het nationaal beleid kan worden verbeterd. Dat proces is heel belangrijk.

Dr. Alban Quenum, directeur Familiale Gezondheid, ministerie Gezondheidszorg Benin. — Benin onderhoudt goede contacten met België en ik wil van deze gelegenheid gebruik maken om BTC te bedanken. Wat haar vertegenwoordiger zonet verklaarde, is correct. Er moet een band zijn tussen het nationale niveau en het veld. Ik ben het met de vertegenwoordiger van UNICEF eens dat wij onze aanpak in de loop van de jaren zullen verbeteren om meer invloed te hebben en meer resultaten te boeken.

Mevrouw Marie-Claire Kikontwe, senator Democratische Republiek Congo. — Ik kom terug op de vraag van UNICEF en zal het hebben over het akkoord en over de blijkbaar ontoereikende hulp in de DRC.

De realisaties van de Verenigde Naties in Congo zijn uiteraard niet alleen negatief. De vaccinatiecampagnes lopen bijvoorbeeld heel goed, in die mate zelfs dat polio is uitgeroeid. De enkele gevallen die zich nog voordoen, vinden hun oorsprong in de negen buurlanden die een ander vaccinatiebeleid voeren.

De ambtenaren van de Verenigde Naties en de Congolese regering werken heel goed samen, maar de hulp is onvoldoende. Het gaat immers om een uitgestrekt gebied en om enorme en aanhoudende problemen. De jongste oorlog van het CNDP in Noord-Kivu veroorzaakte een volksverhuizing van één miljoen mensen. De internationale hulp is ontoereikend en wordt ondoeltreffend. De MONUC spendeert bijvoorbeeld 1 miljoen dollar per dag, maar kan geen einde maken aan de opstand; het Rwandese leger heeft moeten ingrijpen. Men kan zich bepaalde vragen stellen, maar niet alles is negatief.

Volgens mij moet algemeen en diepgaand worden nagedacht over de manier waarop hulp wordt geboden. Soms lopen zaken dubbel en is de hulp niet meer efficiënt.

De heer Francisco Songane, voormalig minister van Gezondheid in Mozambique en expert inzake *Maternal, Newborn and Child Health*. — I would like to respond to the question of whether we should give money to the government or to the community. The problem is more how these two work together. Taking my experience in Mozambique, we had a country that was transformed into a sort of partition, each district and each province would with groups of NGO's and donors compete with each other on who was running the programme, and who was putting the money where. Each one had a different plan. What we need is to get a guiding document which is a Country Plan and the way it is prepared has to be in an open, comprehensive and transparent manner.

That is where leadership and stewardship of the Governments come in, to be open to getting all the stakeholders and all the donors round the table to prepare this plan, so that each and every player is the owner of the plan and gives the relevant input. If the plan has to be adapted then every two years it should be adjusted in collaboration with all the stakeholders participating. Whatever is done in a particular community since it is so specific and needs to be done by a particular NGO or community group then this has to be addressed in the Plan. The importance is that there has to be consistency that we are all doing the same thing rather than partition and proliferation.

Une des raisons pour lesquelles on ne peut pas être tout à fait opérationnel est la déconnexion avec le terrain. Il faut tester les politiques formulées au niveau national pour voir comment les appliquer sur le terrain. Il faut aussi assurer un appui à la recherche action, documenter les expériences, donner un feed-back au niveau central des mécanismes et des stratégies sur le terrain, et voir comment on peut améliorer les politiques nationales. Ce cycle est très important.

Dr Alban Quenum, directeur de la Santé Familiale, ministère Santé Bénin. — Le Bénin entretient de bons rapports avec la Belgique, et je voudrais profiter de l'occasion pour remercier la CTB. Ce que son représentant vient de dire est exact. Il faut un lien entre le niveau national et le terrain. Je crois qu'au fil des années, comme l'a dit le représentant de l'UNICEF, nous améliorerons l'approche pour avoir un impact plus grand et davantage de résultats.

Mme Marie-Claire Kikontwe, sénatrice République Démocratique du Congo. — Je voudrais rebondir sur la question de l'Unicef et parler du consensus qui existe et de l'aide qui semble inefficace en RDC.

Bien sûr, il n'y a pas que du négatif dans les réalisations des Nations unies au Congo. Les campagnes de vaccination, par exemple, fonctionnent très bien, au point que l'on est parvenu à éradiquer la poliomyélite. Les quelques cas qui se produisent encore trouvent leur origine dans les neufs pays voisins qui ne mènent pas la même politique de vaccination.

Par ailleurs, malgré le consensus parfait entre les agents des Nations unies et le gouvernement congolais, l'aide est inefficace vu l'immensité du territoire et des problèmes énormes et persistants. La dernière guerre du CNDP au Nord-Kivu a directement provoqué le déplacement d'un million de personnes et d'enfants, ce qui a engendré de graves problèmes. L'aide internationale est insuffisante et devient inefficace. La MONUC, par exemple, dépense un million de dollars par jour mais ne parvient pas à mettre fin à la rébellion; l'armée rwandaise a dû intervenir. On peut ainsi s'interroger sur de nombreux points, même si tout n'est pas négatif.

Selon moi, il conviendrait de mener une réflexion générale et intégrée afin de dégager un consensus sur la manière d'aider. Les doubles emplois sont fréquents, et l'aide devient inefficace.

M. Francisco Songane, ancien ministre de la Santé à Mozambique et expert en matière de *Maternal, Newborn and Child Health*. — I would like to respond to the question of whether we should give money to the government or to the community. The problem is more how these two work together. Taking my experience in Mozambique, we had a country that was transformed into a sort of partition, each district and each province would with groups of NGO's and donors compete with each other on who was running the programme, and who was putting the money where. Each one had a different plan. What we need is to get a guiding document which is a Country Plan and the way it is prepared has to be in an open, comprehensive and transparent manner.

That is where leadership and stewardship of the Governments come in, to be open to getting all the stakeholders and all the donors round the table to prepare this plan, so that each and every player is the owner of the plan and gives the relevant input. If the plan has to be adapted then every two years it should be adjusted in collaboration with all the stakeholders participating. Whatever is done in a particular community since it is so specific and needs to be done by a particular NGO or community group then this has to be addressed in the Plan. The importance is that there has to be consistency that we are all doing the same thing rather than partition and proliferation.



Another element linked to this is the reinforcement of the capacity of the government institutions and all the institutions involved in the implementation of the programmes. If we do not do this then after ten years, even with good effective working NGO's we will not get the problems solved. Nowadays we have this practice of going by waves, this time it is HIV aids and tomorrow it is malaria, and the first NGO is abandoned by the donors. We need to get the sustainability into perspective. In addition the community has to be reflected in a very strong civil society. The civil society is paramount, it has to be organized to know what it stands for, that it has the right information. We have weak civil societies which cannot place the arguments in front of their parliaments and governments to do the right thing because they are not informed; the kind of discussions/conferences we have internationally has to be done in country, down to the community, certainly adjusted to the context.

Another comment on the consensus of what we are going to do. Last year was an enriching year showing top leadership on health relating matters. Evaluating how we are reaching the MDG's at the UN High Level Special Session was indeed extraordinary. Never before did we have so many top leaders talking about the importance of health, and especially of women and children, as a key for investment and change. That is a momentum we have to secure, to build on and move forwards.

Three important documents were released last year: the World Health Report which was on primary health care, then the report on Social Determinants of Health and Global Health Watch Two from the People's Health Movement. These documents were complementary although taking different perspectives. The social determinants of health are there on the table and we have to make sure that the leadership addresses this, to stress the importance of moving from the minister of Health to the Prime minister or the President. The role of the minister of Health is to provide the information, guiding where things have to go, but it is the President, the Prime minister and the Parliament who have to lead and ensure coordination among the different departments in Government and streamline health across all sectors.

On the point of Consensus to effect change. To do this we have to have clear communication between the different strata. What we decide at the higher levels is not cascaded down to the different representatives and stakeholders in the same way up to the country level. You find that a specific direction is agreed on but in country X this is not addressed as the local representatives question the practical aspects or are not informed at all. This communication has to be improved on to synchronize and to have consistency.

I repeat again the Accra Agenda for action which is a follow up to the Paris Declaration, everything is there on how we have to do business and effect the change. Solidarity is the attitude to be adopted.

Mevrouw Christiane Vienne, senator. — Een fundamenteel aspect volgens mij niet aan bod gekomen. Een volksgezondheidsbeleid vereist namelijk een rechtsstaat met een regering die gezag heeft.

Ik heb vaak het woord «holistisch» gehoord, maar in het beoogde werkkterrein, moet ook rekening worden gehouden met het politieke aspect van de steun die de Europese Unie biedt aan versterking van de rechtsstaat in de landen waarin ze aan ontwikkelingsamenwerking doet. Die twee zaken moeten gelijktijdig gebeuren, anders is daar op het vlak van de volksgezondheid nooit een beleid mogelijk.

Another element linked to this is the reinforcement of the capacity of the government institutions and all the institutions involved in the implementation of the programmes. If we do not do this then after ten years, even with good effective working NGO's we will not get the problems solved. Nowadays we have this practice of going by waves, this time it is HIV aids and tomorrow it is malaria, and the first NGO is abandoned by the donors. We need to get the sustainability into perspective. In addition the community has to be reflected in a very strong civil society. The civil society is paramount, it has to be organized to know what it stands for, that it has the right information. We have weak civil societies which cannot place the arguments in front of their parliaments and governments to do the right thing because they are not informed; the kind of discussions/conferences we have internationally has to be done in country, down to the community, certainly adjusted to the context.

Another comment on the consensus of what we are going to do. Last year was an enriching year showing top leadership on health relating matters. Evaluating how we are reaching the MDG's at the UN High Level Special Session was indeed extraordinary. Never before did we have so many top leaders talking about the importance of health, and especially of women and children, as a key for investment and change. That is a momentum we have to secure, to build on and move forwards.

Three important documents were released last year: the World Health Report which was on primary health care, then the report on Social Determinants of Health and Global Health Watch Two from the People's Health Movement. These documents were complementary although taking different perspectives. The social determinants of health are there on the table and we have to make sure that the leadership addresses this, to stress the importance of moving from the minister of Health to the Prime minister or the President. The role of the minister of Health is to provide the information, guiding where things have to go, but it is the President, the Prime minister and the Parliament who have to lead and ensure coordination among the different departments in Government and streamline health across all sectors.

On the point of Consensus to effect change. To do this we have to have clear communication between the different strata. What we decide at the higher levels is not cascaded down to the different representatives and stakeholders in the same way up to the country level. You find that a specific direction is agreed on but in country X this is not addressed as the local representatives question the practical aspects or are not informed at all. This communication has to be improved on to synchronize and to have consistency.

I repeat again the Accra Agenda for action which is a follow up to the Paris Declaration, everything is there on how we have to do business and effect the change. Solidarity is the attitude to be adopted.

Mme Christiane Vienne, sénatrice. — Nous avons entendu énormément de choses pertinentes et intéressantes ce matin. Il me semble toutefois qu'un aspect fondamental n'a pas été abordé. Pour mener une politique de santé publique, il faut un État de droit avec un gouvernement qui a du pouvoir.

On a utilisé à plusieurs reprises le terme «holistique» mais, dans le champ d'action envisagé, il faut également tenir compte de l'aspect éminemment politique du soutien, apporté par l'Union européenne, pour renforcer l'État de droit dans les nations où elle mène de la coopération au développement. Les deux doivent se faire en parallèle. Sinon, il ne sera jamais possible de mener une politique de santé publique dans ces pays.

Gezondheid is immers meer dan het ontbreken van ziekten, het is een lichamelijk en geestelijk evenwicht. Een goede gezondheid vereist een bepaalde context. Er werd in het debat gewezen op het belang van de essentiële voorwaarden voor de gezondheid, namelijk water, huisvesting en hygiëne. Op dat niveau moet zeker actie worden gevoerd.

Men kan een beleid voeren dat een breed toepassingsveld heeft, dat wil zeggen holistisch van opvatting, en dat tegelijkertijd doelgroepengericht is. Als men over weinig middelen beschikt, moeten er prioriteiten worden gesteld en dat is niet gemakkelijk.

Bij gebrek aan een gecoördineerd beleid en een follow-up daarvan in de tijd, zullen plagen als malaria, tuberculose en HIV-besmetting blijven toenemen.

Ik wil niemand provoceren, maar als men voor aids wereldwijd geen massale uitdeling van condooms en geen preventiebeleid organiseert, zullen de gevolgen voor de wereldbevolking dramatisch zijn. Hier moet dus over nagedacht worden.

Men moet zich bovendien baseren op de plaatselijke mogelijkheden. Geen enkel beleid werkt zonder de medewerking van de bevolking.

Er werd ook weinig gezegd over de ziekenfondsen die in Congo goed lijken te werken. De overheid zou de kosten van de volksgezondheid ten laste kunnen nemen, zoals men bij ons na de oorlog heeft gedaan.

Tot slot moeten de overheden instaan voor de coördinatie van de acties. Men kan een operator — UNICEF bijvoorbeeld — niet vragen de verschillende beleidsvormen inzake volksgezondheid in een bepaald land te coördineren. Dat is de rol van de staten. Zonder coördinatie is er geen volksgezondheidsbeleid. Er worden soms bijzonder efficiënte acties gevoerd, die echter zodanig verspreid zijn dat ze elkaar zouden kunnen tegenwerken.

U zult het er zeker mee eens zijn dat wij als parlementsleden ook de taak hebben onze collega's in de betrokken landen te steunen. We kunnen samenwerken op het politieke niveau — ik weet dat onze minister ook die mening is toegedaan — en de rechtsstaat versterken. We kunnen ook de coördinatie aanmoedigen.

Het is dus belangrijk eerst de beschikbare middelen beter te besteden en dan bijkomende middelen toe te kennen.

### **3. Voorstelling van de resolutie «Overleving van kinderen in ontwikkelingslanden» door mevrouw Sabine de Bethune, senator**

De resolutie zal worden behandeld in de commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen en voor de Landsverdediging. We zullen rekening houden met wat we hier hebben vernomen. Er zullen heel wat amendementen worden uitgewerkt. De leden die hier aanwezig zijn kunnen hun opmerkingen aan de organisatoren van dit colloquium of aan de commissieleden bezorgen, zodat over deze tekst van gedachten kan worden gewisseld.

In de resolutie willen we focussen op MDG 4, de overleving van kinderen. We gingen graag in op de uitnodiging van onze partners UNICEF en AWEPA, maar waarden uiteraard ook alle andere experts en organisaties die op dit thema hun licht wilden doen schijnen. Het is onze bedoeling te focussen op het Belgische beleid op middellange termijn en te kijken hoe wij onze bijdrage kunnen leveren om MDG 4 wel te bereiken. In hun uiteenzettingen hebben de experts duidelijk aangetoond dat het risico bestaat dat die doelstelling tegen 2015 niet wordt gehaald. In België bestaat duidelijk de politieke wil om een bijdrage te leveren om die doelstelling wel te halen.

La santé, ce n'est pas que l'absence de maladie, c'est un équilibre physique et mental. Il faut un contexte qui permette d'être en bonne santé. Dans le débat, on a pointé l'importance des déterminants de la santé, notamment de l'eau, du logement et de l'hygiène. Il est évident qu'il faut agir à ce niveau.

On peut à la fois mener des politiques à spectre large, c'est-à-dire très holistiques dans leur conception, et qui ont des cibles. En effet, si l'on dispose de peu de moyens, il faut se fixer des priorités, ce qui n'est pas facile.

En l'absence de politiques coordonnées et suivies dans le temps, les fléaux que représentent le paludisme, la tuberculose et le virus HIV ne cesseront de croître.

Je ne veux provoquer personne mais, en ce qui concerne le sida, si l'on n'organise pas de distribution massive de préservatifs et des politiques de prévention partout dans le monde, les effets sur la population seront dramatiques. Il y a donc une réflexion à mener en la matière.

En outre, il faut s'appuyer sur les potentialités locales. Aucune politique ne fonctionne sans l'accord des populations.

On a peu parlé ici des mutuelles de santé qui semblent bien fonctionner au Congo. Il peut y avoir une prise en charge financière de la santé de la population comme cela s'est fait chez nous dans l'après-guerre.

En conclusion, plusieurs orateurs l'ont souligné, la coordination des actions relève des pouvoirs publics. On ne peut pas demander à un opérateur — l'Unicef ou autre — de coordonner les politiques de santé publique sur un territoire. Ce rôle incombe aux États. Sans coordination, il n'y a pas de politique de santé publique. Des actions très efficaces sont parfois menées, mais de manière éparse et elles peuvent ainsi devenir concurrentes.

Vous en conviendrez certainement, en tant que parlementaires, notre rôle est aussi de soutenir nos collègues dans les pays concernés. Nous pouvons travailler ensemble sur le plan politique — je sais que notre ministre est sensible à cet aspect — et renforcer l'État de droit. Nous pouvons aussi encourager la coordination.

Enfin, avant d'obtenir des moyens supplémentaires, il importe de mieux utiliser ceux que l'on possède.

### **3. Présentation de la résolution «Survie des enfants dans les pays en voie de développement» par Mme Sabine de Bethune, sénatrice**

La résolution devra encore faire l'objet d'un débat en commission des Affaires étrangères. L'objectif est de prendre en compte tout ce que nous avons appris ce matin. La commission des Affaires étrangères élaborera de nombreux amendements et j'invite les membres ici présents à transmettre leurs remarques aux organisateurs de ce colloque ou aux membres de la commission, tous partis confondus, puisque nous allons tous ensemble discuter de ce texte.

Dans la résolution, nous nous sommes concentrés sur l'OMD 4, la survie des enfants. Nous avons répondu volontiers à l'invitation de nos partenaires, l'UNICEF et l'AWEPA, mais nous apprécions bien entendu également la présence des experts et organisations qui tenaient à apporter leurs éclaircissements. Nous voulons nous focaliser sur la politique belge à moyen terme et examiner la manière dont nous pouvons contribuer à atteindre l'objectif 4. Les experts ont clairement indiqué ce matin que celui-ci pourrait ne pas être atteint d'ici 2015. En Belgique, il y a une réelle volonté politique de contribuer à atteindre cet objectif.

Tot slot richt ik me tot de minister van Ontwikkelingssamenwerking, de heer Charles Michel.

De voluntaristische houding van de minister inzake kinderrechten is gekend. We verwachten veel van zijn slottoespraak. Het probleem van de overleving van kinderen is een belangrijk punt in ons beleid op het vlak van ontwikkelingssamenwerking. We weten dat de minister zijn bijdrage zal leveren in het debat over hetgeen ons land in de toekomst kan doen.

#### 4. Slotwoord van de heer Charles Michel, minister van Ontwikkelingssamenwerking

Ik prijs het initiatief van de Senaat om personen samen te brengen die echt ervaring hebben met dit essentiële thema. Het verheugt mij dat hiermee een politieke bezorgheid in een ruime context kan worden geplaatst.

Ieder jaar sterven wereldwijd negen miljoen kinderen, dat betekent 25 000 per dag, één kind elke vier seconden. Vertaald naar België komt dat neer op duizend kleuterklassen. We mogen uiteraard niet werkloos toekijken en doen alsof het ons niet aanbelangt.

De oorzaken zijn bekend: ondervoeding, malaria, de overdracht van HIV door de moeder, onvoldoende toegang tot geschikte sanitaire voorzieningen, enz. Het aantal overlijdens is des te tragischer omdat, indien men dat echt wil, extreme armoede actief kan worden bestreden en die hoge cijfers kunnen worden teruggedrongen.

Deze vreselijke loterij treft de kinderen op zeer uiteenlopende wijze, want naar gelang van de plaats waar ze geboren worden, is de situatie immers zeer verschillend. In Niger en Angola sterft één kind op vier voor zijn vijfde verjaardag. In België is die mogelijkheid vijftien maal kleiner. Het sterftecijfer van kinderen jonger dan vijf jaar bedraagt 253 per duizend in Niger, in België vier per duizend.

We moeten de situatie rationeel bekijken, een juiste, heldere diagnose stellen om verder te kunnen gaan dan uitlatingen, holle frasen, symposia en studiedagen, en concrete antwoorden te bieden op het terrein.

In dat opzicht zie ik een vleugje hoop. Sedert 2006, het jaar waarin de VN begonnen zijn met het bijhouden van statistieken, is het aantal overlijdens van kinderen jonger dan vijf jaar gedaald tot minder dan tien miljoen per jaar. Het kindersterftecijfer is met 60% gedaald ten opzichte van de jaren 1960. In die periode haalden ongeveer twintig miljoen kinderen hun vijfde verjaardag niet. Met degelijke maatregelen kan dus vooruitgang worden geboekt, die weliswaar onvoldoende, maar toch bemoedigend is. Die vaststelling moet ons ertoe aanzetten meer inspanningen te leveren opdat alle gezinnen toegang zouden krijgen tot kwalitatieve gezondheidszorg.

Ik ben het uiteraard eens met de analyse dat voorrang moet worden gegeven aan een totale aanpak die gericht is op het zorgcontinuüm.

Informatie over gezinsplanning en contraceptie, medische begeleiding tijdens de zwangerschap en de geboorte, postnatale zorg en bijzondere medische interventies, moeten worden gebaseerd op de nationale gezondheidssystemen en in dat opzicht heb ik ten eerste geapprecieerd wat over Accra werd gezegd.

We moeten bijzonder nauwlettend toezien op de gezondheid van moeders en kinderen, want als we geen aandacht besteden aan hun gezondheid, ondermijnen we alle inspanningen die worden

Je conclurai en parlant de notre ministre de la Coopération, M. Charles Michel.

M. le ministre, votre volontarisme est connu en matière de droits des enfants et nous attendons beaucoup de votre discours de clôture. Cette question constitue un point important dans la politique de coopération de notre pays. Nous savons que nous pouvons compter sur vous pour la suite des débats puisque nous allons débattre ensemble de ce que notre pays pourra faire dans les années à venir.

#### 4. Conclusions de M. Charles Michel, ministre de la Coopération au Développement

Je salue l'initiative prise par le Sénat de réunir les personnes qui disposent d'une véritable expérience sur un sujet aussi essentiel. Je me réjouis de l'opportunité de renforcer une préoccupation politique dans un contexte large.

Neuf millions d'enfants meurent chaque année de par le monde, soit 25 000 par jour, un toutes les quatre secondes. À l'échelle de la Belgique, cela représente mille classes de maternelle. Nous ne pouvons évidemment pas rester les bras ballants en faisant comme si nous n'étions pas concernés.

Les causes sont bien connues: malnutrition, paludisme, transmission du VIH par la mère, manque d'accès à un assainissement adéquat, etc. Ces morts sont d'autant plus tragiques que si la volonté existe, il est possible de lutter activement contre l'extrême pauvreté et de réduire par conséquent ces terribles chiffres.

Cette effroyable loterie frappe les enfants de manière très différenciée. Selon l'endroit où ils naissent, la situation est en effet sensiblement différente. Au Niger et en Angola, un enfant sur quatre mourra avant de fêter son cinquième anniversaire. En Belgique, cette probabilité est soixante-cinq fois moins élevée. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 253 pour mille au Niger, il est de quatre pour mille en Belgique.

Il importe de porter un regard rationnel, de poser un diagnostic juste, lucide afin de pouvoir apporter, au-delà des discours, des déclamations, des colloques ou des séminaires, des réponses concrètes sur le terrain.

À cet égard, je tiens à relever l'une ou l'autre touche d'espoir. Depuis 2006, année où les Nations unies ont commencé à établir des statistiques, le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans est passé sous la barre des dix millions par an. Par rapport aux années 1960, le taux de mortalité infantile a diminué de 60%. À cette époque, près de vingt millions d'enfants ne vivaient pas jusqu'à leur cinquième anniversaire. Des progrès, certes insuffisants mais très encourageants, peuvent donc être réalisés moyennant une forte mobilisation. Ce constat doit nous inciter à redoubler d'efforts pour que toutes les familles puissent accéder à des soins de santé de qualité.

Je partage évidemment l'analyse selon laquelle les approches globales axées sur le continuum des soins de santé doivent être privilégiées.

Nous devons nous appuyer sur les systèmes de santé nationaux — à cet égard, j'ai beaucoup apprécié ce qui a été dit sur Accra — depuis l'information sur la planification familiale et la contraception, le suivi médical durant la grossesse et l'accouchement, y compris les soins post-nataux, sans oublier les interventions médicales particulières.

La santé maternelle et infantile doit mériter une vigilance forte et particulière, car il est certain que faire fi de la santé des enfants et des mères revient tout simplement à entraver tous les efforts

geleverd om de ontwikkelingslanden te helpen uit de armoede te geraken.

De meest duurzame manier om gezondheidszorg voor kinderen en moeders te waarborgen, bestaat er volgens mij in de basisgezondheidszorg voor die groep nog te verbeteren. In dat opzicht is de totale versterking van de gezondheidssystemen de *conditio sine qua non* om de Millenniumdoelstellingen inzake ontwikkeling te kunnen bereiken. Ik denk aan de MDG 4, 5 en 6, en in het algemeen aan alle doelstellingen die tegen 2015 moeten worden bereikt.

De onderlinge samenhang tussen de Millenniumdoelstellingen voor de ontwikkeling vereist een multidisciplinaire benadering. De gezondheid speelt hierin een essentiële rol en andere sectoren en subsectoren beïnvloeden de resultaten in meer of mindere mate. Ondervoeding blijft natuurlijk een belangrijk obstakel voor de verbetering van de gezondheidstoestand.

Het gebrek aan drinkbaar water of een degelijke woning kunnen ook gezondheidsproblemen veroorzaken. Het opleidingsniveau van de moeder bepaalt in belangrijke mate de gezondheidstoestand van het kind. Ook de gewapende conflicten, migratie, natuurrampen en klimaatverandering hebben een nefaste invloed op de gezondheid.

De gezondheid heeft ook een belangrijke invloed op diverse domeinen en sectoren. Gezondheid is een noodzakelijke voorwaarde voor de ontwikkeling en het fysieke en mentale welzijn van kinderen. Gezondheid heeft ook een belangrijke invloed op de economische ontwikkeling en de demografische groei en gezondheidskosten kunnen bijvoorbeeld zwaar wegen op de begroting. Vele families komen vaak in armoede terecht door de hoge kostprijzen van de medische behandelingen die ze moeten ondergaan.

Ondanks de inspanningen van de afgelopen jaren blijft de financiering van het gezondheidssysteem een belangrijk probleem. Om de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg te verzekeren en de dekking ervan uit te breiden, moeten nog meer inspanningen worden gedaan, onder meer via nieuwe financieringsmechanismen. Het oprichten van een socialezekerheidsstelsel is complex, maar vormt ook de basisvoorwaarde voor een universeel recht op gezondheid. België neemt actief deel aan de gesprekken en aan de oprichting van een ondersteunend kader voor de universele dekking van ziekterisico's in alle partnerlanden. Ze ijvert voor het plaatsen van die items op de agenda van de Europese Commissie.

Het platform *Be-cause Health* heeft de financiering van de gezondheidssystemen en de sociale zekerheid als hoofdthema's van het jaarlijks colloquium gekozen.

De concretisering van het recht op gezondheid vergt een engagement van alle betrokken partijen, zowel van de donoren als van de partnerlanden.

Voor de donoren is de doelstelling van de financiële middelen een essentieel element. De wil om tegen 2015 0,7% van het BBP te bereiken, moet centraal blijven.

België heeft zich als extra doelstelling opgelegd dit percentage tegen 2010 te bereiken. Gisteren heeft de OESO de inspanningen van de verschillende landen op het vlak van ontwikkelingshulp gecontroleerd en met enige trots — die ik deel met alle parlementen- en regeringsleden — kan ik melden dat de Belgische ontwikkelingshulp in 2008 met 13% is gestegen, waardoor ons land tot de groep van landen behoort waar de ontwikkelingshulp het meest is gestegen. Ik denk wel dat 2009 in dat opzicht ook een belangrijk jaar zal zijn.

Naast de financiële middelen moeten de kinderrechten ook een systematische transversale doelstelling blijven bij de uitwerking van initiatieven inzake ontwikkelingssamenwerking.

déployés pour aider ou soutenir les pays en développement afin qu'ils sortent de la pauvreté.

La manière la plus durable de garantir les soins de santé des enfants et des mères est, selon moi, de les prendre en considération plus fortement encore dans les soins de santé de base. À cet égard, le renforcement global des systèmes de santé est la condition *sine qua non*, la condition sans laquelle il ne sera pas possible d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Je pense aux objectifs 4, 5 et 6 et, de manière générale, à l'ensemble des objectifs qui sont identifiés à l'horizon 2015.

La cohérence réciproque entre les objectifs du Millénaire pour le développement exige une approche multidisciplinaire. La santé y joue un rôle essentiel et d'autres secteurs et sous-secteurs influencent plus ou moins les résultats. La sous-alimentation demeure naturellement un obstacle pour l'amélioration de l'état de santé.

L'absence d'eau potable et de logement correct peut également avoir des répercussions sur la santé. Le niveau d'éducation de la mère détermine en grande partie l'état de santé de l'enfant. Les conflits armés, la migration, les catastrophes naturelles et les changements climatiques ont également une influence néfaste sur la santé.

La santé est essentielle pour le développement et le bien-être physique et mental des enfants. Elle a également une grande influence sur le développement économique et la croissance démographique. Le coût des soins de santé peut grever lourdement le budget. De nombreuses familles tombent dans la pauvreté en raison du coût élevé des traitements médicaux qu'elles doivent subir.

Malgré les efforts réalisés ces dernières années, le financement du système des soins de santé reste un problème crucial. D'importants efforts doivent encore être consentis pour garantir l'accessibilité aux soins de santé et élargir leur couverture, notamment par le biais de nouveaux mécanismes de financement. La mise en place d'un système de sécurité sociale est complexe, mais elle est à la base d'un droit universel à la santé. La Belgique participe activement aux discussions et à la création d'un cadre d'accompagnement pour la couverture universelle des risques de maladie dans tous les pays partenaires. Elle milite pour l'inscription de ces points à l'agenda de la Commission européenne.

La plate-forme *Be-cause Health* a choisi pour thème principal du colloque annuel le financement du système de santé et de la sécurité sociale.

Concrétiser le droit à la santé nécessite un engagement de toutes les parties prenantes, les bailleurs mais aussi les pays partenaires.

Pour les bailleurs, l'objectif des moyens financiers est un élément fondamental. La volonté d'atteindre les 0,7% du PIB avant 2015 doit rester centrale.

La Belgique s'est fixé un objectif supplémentaire en avançant l'échéance à 2010. Hier, l'OCDE a pointé les efforts en matière d'aide au développement consentis par les différents pays et je suis fier — fierté que je peux partager avec l'ensemble des membres du parlement et du gouvernement — d'annoncer que l'aide publique belge au développement a progressé de 13% en 2008, ce qui nous place parmi les pays qui enregistrent la plus forte progression de leur aide au développement. Je mesure bien que 2009 sera aussi une année importante et fondamentale à cet égard.

Bien entendu, il faut aussi, à côté des moyens financiers, que la question des droits de l'enfant demeure un objectif transversal systématique dans la mise en œuvre des initiatives de la coopération au développement.

Zoals u weet, vond ik het wenselijk dat het parlement spoedig kon debatteren over de strategische nota betreffende de kinderrechten, die in maart 2008 werd ingediend en besproken werd met alle actoren in ons land die dit debat een toegevoegde waarde kunnen geven. Dat betekent dat het thema kinderrechten wel degelijk de rode draad is in ons handelen. Ik zou willen dat dit document niet louter een zoveelste verslag is, maar dat het de kern is van een coherent, zo operationeel mogelijk beleid. Ik hoop dat België daardoor op internationaal gebied een voorbeeldrol kan spelen bij de concretisering van de initiatieven die de situatie van de kinderen in de wereld moet verbeteren, ook op het vlak van gezondheid.

Naast de inspanningen die landen als het onze moeten leveren, vind ik dat ook de partnerlanden een grote verantwoordelijkheid moeten dragen, zowel de civiele maatschappij als de regeringen en de openbare overheden.

Ik wil deze gelegenheid dan ook te baat nemen om te zeggen hoe fundamenteel het ons lijkt dat de landen die in 2001 in Abuja beloofd hebben hun budgettaire middelen voor gezondheid aanzienlijk te verhogen, die belofte ook werkelijk nakomen. De vergadering van de staatshoofden van de lidstaten van de Afrikaanse Unie was een belangrijke stap, maar de beloften moeten worden omgezet in daden.

Partnerlanden, donoren en internationale organisaties moeten worden gemobiliseerd in een partnerschap dat steunt op de bekende principes die in Parijs werden uitgesproken en enkele maanden geleden in Accra, Ghana, verder werden uitgewerkt: afstemming, harmonisering, eigenaarschap, capaciteitsopbouw, duurzame en voorspelbare financiering, enz. Die verschillende elementen moeten de hoeksteen vormen van het Belgisch beleid inzake gezondheidszorg, alsook een prioriteit van het internationaal partnerschap inzake gezondheid.

Ik bevestig nogmaals dat ik België wens te laten deelnemen aan dit internationaal partnerschap inzake gezondheid. Binnen mijn administratie werd daarover nagedacht, en ik kan nu al zeggen dat ik de principiële beslissing genomen heb eraan deel te nemen. We kunnen samen met het parlement en de actoren de voorwaarden voor onze acties op dat gebied vastleggen om deze beslissing te concretiseren.

Vooraleer te besluiten, wil ik met u nog enige beschouwingen delen over de internationale financiële en economische situatie.

België ontsnapt niet aan de moeilijkheden. Ons land, de Europese Unie en de hele wereld zullen worden geconfronteerd met een fundamentele, zelfs existentiële keuze, als dit al niet gebeurd is. De begrotingen van de donorlanden vertonen tekorten die elke week toenemen en de diverse instanties die belast zijn met de economische vooruitzichten, worden steeds pessimistischer over de financiële en economische situatie van ons land. Misschien zullen sommigen onder ons geneigd zijn zich ten behoeve van de publieke opinie enigszins simplistisch uit te laten, te wijzen op de noodzaak om het bijkomstige te scheiden van het noodzakelijke, en dus voor te stellen de middelen voor ontwikkelingssamenwerking te besteden aan het herstel van onze economie, de strijd tegen de werkloosheid, de ondersteuning van de koopkracht van onze burgers.

Uit budgettair oogpunt zal dit de komende weken en maanden een fundamentele vraag zijn.

Ik ben er vrij trots op dat onze regering, gesteund door het parlement, niet voor deze gemakkelijke weg heeft gekozen. Bij de begrotingscontrole heeft ze immers de middelen bestemd voor ontwikkelingssamenwerking en voor de ondersteuning van de ontwikkeling in de partnerlanden bevestigd. Ik denk in het bijzonder aan Afrika.

Comme vous le savez, j'ai souhaité que le parlement puisse rapidement débattre de la note stratégique sur les droits de l'enfant qui lui a été soumise dès le mois de mars 2008 et a été discutée avec tous les acteurs de notre pays susceptibles d'apporter une valeur ajoutée à ce débat. Cela prouve que le thème des droits de l'enfant constitue bien le fil rouge de notre action. Je souhaite que ce document ne soit pas simplement un rapport de plus mais qu'il constitue le cœur d'une politique cohérente, la plus opérationnelle possible. J'espère qu'il permettra à la Belgique de jouer un rôle d'exemple sur la scène internationale quant à la concrétisation des initiatives visant à améliorer la situation des enfants dans le monde, y compris pour ce qui concerne la santé.

En plus des efforts que des pays comme le nôtre doivent consentir, il me semble que les pays partenaires ont eux aussi une grande responsabilité à assumer, qu'il s'agisse de la société civile ou des gouvernements et autorités publiques.

Je voudrais donc profiter de l'occasion qui m'est donnée ici pour dire à quel point il nous paraît fondamental que les pays qui se sont engagés en 2001, à Abuja, à augmenter sensiblement la part de leur budget consacrée à la santé, honorent cet engagement. Cette réunion des chefs d'État des pays membres de l'Union africaine a constitué une étape importante mais il faut que les engagements se traduisent en actes.

Pays partenaires, pays bailleurs de fonds, organisations internationales doivent être mobilisés dans un partenariat fondé sur des concepts bien connus, exprimés à Paris et précisés à Accra, au Ghana, voici quelques mois: l'alignement, l'harmonisation, l'appropriation, le renforcement des capacités, la garantie d'un financement durable et prévisible, etc. Ces différents éléments doivent constituer la pierre angulaire de la politique belge dans le domaine des soins de santé, ainsi qu'un axe prioritaire du partenariat international sur la santé.

Je tiens d'ailleurs à réaffirmer ma volonté de faire participer la Belgique à ce partenariat international sur la santé. Une réflexion à ce sujet a été lancée au sein de mon administration mais je vous fais aujourd'hui les témoins de ma décision de principe d'y adhérer. Avec le parlement et l'ensemble des acteurs, nous aurons l'occasion de définir les modalités de nos actions dans ce domaine pour concrétiser cette décision.

Avant de conclure, je voudrais encore partager avec vous quelques considérations sur la situation financière et économique internationale.

La Belgique n'échappe pas aux difficultés. Notre pays, l'Union européenne et même le monde entier vont être confrontés, si ce n'est déjà le cas, à un choix fondamental, voire existentiel. Dans un contexte difficile, les budgets des pays bailleurs de fonds présentent des déficits qui s'aggravent de semaine en semaine et les diverses instances chargées des prévisions économiques se montrent de plus en plus pessimistes quant à la situation financière et économique de notre pays. Sans doute certains d'entre nous seront-ils tentés d'adresser à l'opinion nationale un discours un peu simpliste, insistant sur la nécessité de distinguer l'essentiel de l'accessoire et de proposer d'affecter les moyens consacrés à l'aide au développement à la relance de notre économie, à la lutte contre le chômage, au soutien du pouvoir d'achat de nos concitoyens.

Du point de vue budgétaire, cette question sera fondamentale dans les semaines et les mois qui viennent.

Je suis plutôt fier que, jusqu'à présent, le gouvernement belge, soutenu par le parlement, ait choisi de ne pas s'engager dans cette voie facile. Au contraire, dans le cadre du contrôle budgétaire, il a confirmé les budgets destinés à la coopération au développement, les budgets destinés à soutenir le développement dans les pays partenaires. Je pense en particulier au continent africain.

Aan hen die menen dat de onderontwikkeling van dat continent het probleem of één van de problemen van deze financiële en economische crisis zou zijn, zeg ik dat de ontwikkeling in Afrika wellicht een deel van de oplossing is voor een economisch en zelfs financieel herstel op internationaal gebied.

We moeten goed beseffen dat we niet op een eiland leven, ver weg van alles, want we zijn hier rechtstreeks bij betrokken. Het gaat in de eerste plaats om waardigheid, menselijkheid en zelfs vrijgevigheid. Voor degenen die niet overtuigd zouden zijn door het eerste argument, voeg ik eraan toe dat het een kwestie is van wederzijds belang. We hebben er alle belang bij dat de ontwikkelingslanden in staat zijn om de weg in te slaan naar welvaart en de verbetering van de levensomstandigheden van hun bevolking.

Ik wens nog een tweede element te benadrukken, waarover ik het eens ben met mevrouw Vienne. De capaciteit om ervoor te zorgen dat de wisselwerking tussen de verticale en de horizontale logica inzake gezondheid ten volle operationeel is op het terrein, de capaciteit om ervoor te zorgen dat men door preventie maar ook door concrete actie actief de strijd kan aanbinden tegen malaria of de verspreiding van HIV/aids — in dat opzicht ben ik voorstander van het blijven verstrekken van voorbehoedsmiddelen — heeft uiteraard maar zin en kans op slagen als er vrede is en veiligheid op politiek gebied.

Overal ter wereld stellen we vast dat gebieden die geconfronteerd worden met conflicten, oorlog, onzekerheid, instabiliteit, de miskennis van de meest fundamentele mensenrechten, niet meer over hetzelfde vermogen beschikken om samenlevingen uit te bouwen die rekening houden met dit minimale element van waardigheid. Daarom kan men geen debat als het huidige of andere debatten inzake ontwikkelingswerking overwegen zonder een sterke politieke visie, in de positieve betekenis van het begrip politiek, op de wijze waarop België, samen met andere landen, samen met de Europese Unie, overal ter wereld verantwoordelijkheid kan dragen en een rol kan spelen in het streven naar vrede en stabiliteit.

Ik sta helemaal open voor wat mevrouw Kikontwe gezegd heeft over Congo en de regio van de Grote Meren. Namens de Belgische regering verklaar ik dat wij ons ten volle willen inzetten om alle positieve krachten te steunen die « strijden » voor vrede en voor veiligheid. Kofi Annan heeft terecht gezegd dat er geen ontwikkeling mogelijk is zonder vrede en veiligheid. Omgekeerd is er ook geen vrede en veiligheid mogelijk zonder ontwikkeling.

Tot besluit geef ik u een uitspraak van de Amerikaanse schrijver Paul Auster mee tot bezinning : « Als we geen zorg dragen voor de kinderen, vernietigen we onszelf. We bestaan maar in het heden als we vertrouwen stellen in de toekomst. Laten we vertrouwen hebben in de toekomst. »

À ceux qui considèrent que le sous-développement de ce continent serait le problème ou l'un des problèmes dans cette crise financière et économique, je rétorque que le développement africain est sans doute une partie de la solution dans la perspective d'un redéploiement économique voire financier sur le plan international.

Il faudra toute la vigilance de ceux qui ont la conviction que nous ne vivons pas dans une bulle, au milieu de nulle part. Au contraire, nous sommes très directement concernés. C'est d'abord une question de dignité, d'humanité voire de générosité. J'ajoute pour celles et ceux qui ne seraient pas convaincus par le premier argument que c'est aussi une question d'intérêt mutuel. Nous avons tout à gagner à la capacité des pays en développement à s'orienter vers des logiques de succès sur le plan de leur prospérité et de l'amélioration des conditions de vie des populations.

Je voudrais mettre un deuxième élément en évidence, et je partage à cet égard les propos de Mme Vienne. Tout ce qui a été évoqué, la capacité de faire en sorte que le maillage entre la logique verticale et la logique horizontale en matière de santé soit pleinement opérationnel sur le terrain, la capacité de faire en sorte que par la prévention mais aussi par une action concrète on puisse lutter activement contre la malaria ou contre la propagation du VIH/sida — à cet égard, je partage l'idée qu'il faut continuer à distribuer des préservatifs — tout cela n'a évidemment de sens et de chances réelles de succès que s'il y a la paix et la sécurité sur le plan politique.

Partout dans le monde, lorsque des territoires sont confrontés aux conflits, à la guerre, à l'insécurité, à l'instabilité, à la négation des libertés individuelles les plus fondamentales, on constate qu'il n'y a plus la même capacité de bâtir des sociétés qui prennent en considération cet élément minimum de dignité. C'est la raison pour laquelle on ne peut envisager un débat comme celui-ci ou d'autres débats en termes de coopération au développement sans avoir un regard politique très fort, au sens positif du concept politique, sur la manière de soutenir tous les efforts, partout dans le monde où la Belgique, avec d'autres, avec l'Union européenne, peut assumer des responsabilités et assurer un rôle en direction de la paix, de la stabilité.

J'ai été très sensible aux propos de Mme Kikontwe sur le Congo et la Région des Grands Lacs. Au nom du gouvernement belge, je tiens à dire que nous souhaitons nous mobiliser pleinement pour soutenir toutes les forces positives qui « combattent » en faveur de la paix et de la sécurité. Kofi Annan l'a dit avec des mots tellement justes : il n'y a pas de développement possible sans paix et sécurité. Inversement, il n'y a pas de paix et de sécurité possibles sans développement.

Pour conclure, je soumets à votre réflexion ces propos de l'écrivain américain Paul Auster : « Négliger les enfants, c'est nous détruire nous-mêmes. Nous n'existons dans le présent que dans la mesure où nous mettons notre foi dans le futur. Ayons foi dans le futur. »