

PROCES-VERBAL DE LA PREMIERE SEANCE

Salle de conférences du Bureau régional, Manille
Lundi 18 septembre 2000

PRESIDENTE : Le Directeur régional pour le Dr José Alarcão TRONI (Macao)
 puis : Le Dr Viliami TANGI (Tonga)

TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
1. Ouverture de la session : remarques préliminaires du Directeur régional	52
2. Election du bureau : Président, Vice-Président et Rapporteurs	52
2.1 Election du Président	52
2.2 Election du Vice-Président	53
2.3 Election des Rapporteurs	53
3. Adoption de l'ordre du jour	53
4. Discours d'une personnalité invitée : M. Tadao Chino, Président, Banque asiatique de Développement	53
5. Rapport du Directeur régional	54
5.1 Activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental	54
ANNEXE	61

1. OUVERTURE DE LA SESSION : Point 1 de l'ordre du jour ; REMARQUES
PRELIMINAIRES DU DIRECTEUR REGIONAL : Point 6 de l'ordre du jour provisoire

Le DIRECTEUR REGIONAL dit qu'il ouvrira la session au nom du Président sortant, le Dr José Alarcão TRONI (Portugal).

Il dit que la session portera sur de nombreuses questions d'intérêt général. Premièrement, la question cruciale du lien entre la santé et la pauvreté fera l'objet de la table ronde ministérielle mercredi. Ce sera également le thème abordé par la personnalité invitée, le Dr Tadao CHINO, Président de la Banque asiatique de Développement.

Deuxièmement, un programme spécial Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental a été mis en place dans la Région depuis que le Comité régional a estimé, lors de sa dernière session, que la Région connaissait une crise due à la tuberculose.

Troisièmement, il estime que le Comité doit absolument s'attaquer au problème du diabète avant que celui-ci n'entraîne davantage de souffrance pour les individus et de difficultés économiques pour les pays de la Région.

Il a été décidé, lors de la dernière session, qu'on essaierait de rendre les sessions du Comité moins formelles, plus interactives et plus intéressantes. Le Secrétariat a fait de son mieux pour atteindre cet objectif. Un travail sérieux attend l'OMS et ses Etats Membres, mais il ne doute pas que la réunion sera à la fois fructueuse et agréable.

Il déclare ouverte la cinquante et unième session du Comité régional du Pacifique occidental.

2. ELECTION DU BUREAU : PRESIDENT, VICE-PRESIDENT ET RAPPORTEURS :
Point 3 de l'ordre du jour provisoire

- 2.1 Election du Président

Le Dr ROMUALDEZ (Philippines) propose que le Dr Viliami Tau TANGI (Tonga) exerce les fonctions de Président ; cette proposition est soutenue par M. TELEFONI (Samoa).

Décision : Le Dr TANGI (Tonga) est élu à l'unanimité.

Le Dr TANGI assume la présidence.

2.2 Election du Vice-Président

Le Professeur TRUYEN (Viet Nam) propose que le Dr Mohamad TAHA b. Arif (Malaisie) exerce les fonctions de Vice-Président ; cette proposition est soutenue par Dato' HAJI AHMAD MATNOR (Brunéi Darussalam).

Décision : Le Dr TAHA (Malaisie) est élu à l'unanimité.

2.3 Election des Rapporteurs

Le Professeur MATHEWS (Australie) propose que Mme Le Thi Thu HA (Viet Nam) exerce les fonctions de Rapporteur pour l'anglais ; cette proposition est soutenue par le Dr OTTO (Palaos).

Le Dr HOWELL (France) propose que le Dr ENG HUOT (Cambodge) exerce les fonctions de Rapporteur pour le français ; cette proposition est soutenue par le Dr BOUNKOUANG PHICHIT (République démocratique populaire lao).

Décision : Mme HA et le Dr ENG HUOT sont élus à l'unanimité.

3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 5 de l'ordre du jour provisoire (documents WPR/RC51/1 Rev.2 et WPR/RC51/1 (annoté))

Le PRESIDENT propose l'adoption de l'ordre du jour.

Décision : En l'absence de remarques, l'ordre du jour est adopté.

4. DISCOURS D'UNE PERSONNALITE INVITEE : M. TADAO CHINO, PRESIDENT, BANQUE ASIATIQUE DE DEVELOPPEMENT : Point 8 de l'ordre du jour provisoire

Le Président invite M. Chino, Président de la Banque asiatique de Développement, à prendre la parole (voir Annexe).

5. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL : Point 9 de l'ordre du jour

5.1 Activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental, 1 juillet 1999-30 juin 2000 :

Point 9.1 de l'ordre du jour (documents WPR/RC51/2 et WPR/RC51/INF.DOC./3)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle tout d'abord aux représentants que lors de la session de l'année dernière à Macao, il a insisté sur le fait qu'il fallait absolument redynamiser l'OMS dans la Région du Pacifique occidental pour qu'elle puisse faire face aux enjeux du XXI^e siècle.

Le Comité régional a répondu à cet appel en adoptant plusieurs résolutions visant le long terme qui ont guidé l'activité de l'OMS au cours de l'année écoulée.

- Il a approuvé le document *L'OMS dans la Région du Pacifique occidental : un cadre d'action* en tant que fondement de l'activité de l'OMS dans la Région.
- Il a adopté d'importantes résolutions sur de sujets tels que l'éradication de la poliomyélite, les infections sexuellement transmissibles, l'infection à VIH et le SIDA, la tuberculose et le tabac.
- Il a défini de nouveaux critères et principes objectifs pour décider des crédits alloués aux pays dans le budget pour l'exercice 2002-2003.

Ce point de l'ordre du jour permettra à l'OMS et à ses Etats Membres de faire le bilan des progrès qu'ils ont accomplis depuis leur dernière réunion il y a 12 mois.

Le DIRECTEUR REGIONAL établit clairement dès le départ que la période de transition est terminée. La nouvelle structure est en place. Partant de 50 programmes, l'OMS dans la Région du Pacifique occidental a réorienté son activité pour se concentrer sur 17 domaines d'action. Il déclare encore que le rapport montre que chacun de ces 17 domaines a commencé à progresser. Illustrant ce point, il évoque quelques chapitres du rapport.

Les chapitres 1 à 5 couvrent les maladies transmissibles. Le rapport commence par l'éradication de la poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental. Une réunion historique aura lieu en octobre à Kyoto (Japon). Il semble très probable qu'à cette réunion, la Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite, présidée par le Dr Tony Adams (Australie), certifie la Région exempte de poliomyélite. Ce succès considérable est dû à l'engagement ferme de tous les Etats Membres, appuyés par la communauté internationale, et au travail acharné de milliers d'agents de santé pendant de nombreuses années consacrées aux campagnes de vaccination et à la surveillance.

Le Directeur régional rend donc hommage à ces vétérans dévoués et souvent méconnus de cette longue guerre que la Région a livrée contre la maladie.

Le chapitre 3 du rapport traite de l'initiative Halte à la tuberculose et de l'élimination de la lèpre. Comme le Directeur régional l'a fait remarquer l'année dernière, il est tout simplement inacceptable que l'OMS et ses Etats Membres commencent le nouveau millénaire avec la tuberculose en augmentation dans la Région. Le Comité a réagi en déclarant l'état d'urgence pour la tuberculose dans la Région du Pacifique occidental et a demandé au Directeur régional de faire de l'initiative Halte à la tuberculose un projet spécial de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental.

Le Directeur régional passe en revue ce que les Etats Membres et l'OMS ont fait au cours de l'année passée en réponse à cet état d'urgence.

Le vif renforcement de l'engagement dans la lutte contre la tuberculose, de la part des Etats Membres comme de la communauté internationale a constitué un progrès important, qui contraste avec la situation que l'on a observée dix ans plus tôt pour l'éradication de la poliomyélite. En 1990, l'OMS savait comment éradiquer la poliomyélite mais il lui manquait les financements et l'engagement des gouvernements nationaux comme des organismes partenaires. Le Directeur régional estime que l'OMS se trouve dans une meilleure situation au début du projet spécial Halte à la tuberculose.

Une coalition solide de partenaires a été établie, de même qu'un groupe consultatif technique sur la tuberculose. Sa première réunion qui a fait date a eu lieu au Bureau régional en février 2000. A côté des objectifs du projet Halte à la tuberculose qui ont été soigneusement et précisément énoncés, le groupe consultatif a également approuvé un plan stratégique et pratique de grande ampleur pour lutter contre la tuberculose dans la Région du Pacifique occidental. Un autre événement important a suivi cette réunion : la première réunion des Iles du Pacifique, en Nouvelle-Calédonie sur le thème Halte à la tuberculose, en association avec le Secrétariat de la Communauté du Pacifique.

Bien qu'il s'agisse là de réalisations importantes, ce n'est que le commencement. De nombreuses années de travail acharné attendent tous ceux qui sont présents. Néanmoins, la récompense sera à la mesure des efforts. Si l'OMS réussit à réaliser l'objectif du groupe consultatif, à savoir diminuer de moitié en 10 ans la morbidité et la mortalité imputables à la tuberculose dans la Région, plus de cinq millions de personnes auront échappé à cette maladie et 900 000 vies environ auront été sauvées. Le poids économique que cette maladie a fait peser sur de nombreux pays en

développement diminuera de manière importante. Le projet spécial Halte à la tuberculose est désormais en route et la tâche de l'OMS consiste à garder le pied au plancher tant que les objectifs ne sont pas atteints.

Le Directeur régional passe ensuite aux chapitres 6 à 10 du rapport. La prévalence du tabagisme représente l'un des plus gros obstacles à l'établissement de communautés et de populations saines dans la Région. Il s'agit là d'un domaine d'activité particulièrement difficile parce que l'OMS est confrontée à des groupes de pression extrêmement puissants, principalement l'industrie multinationale du tabac, qui a ciblé la Région du Pacifique occidental pour l'augmentation de ses ventes à l'avenir. Au sein même de la Région existent également de puissants intérêts bien enracinés qui font obstacle à une lutte efficace contre le tabac : ministères des finances préoccupés par la baisse des revenus provenant des taxes sur les tabacs et revendeurs de cigarettes. Prendre l'avantage sur ces groupes de pression sera une bataille épuisante mais que l'OMS doit pourtant gagner. A moins que l'OMS ne réduise d'une manière importante la prévalence du tabagisme, notamment chez les jeunes, l'impact potentiel sur les services de santé de la Région sera énorme. L'OMS et ses Etats Membres ne peuvent pas rester passifs et espérer que le problème disparaisse de lui-même. Cela n'arrivera pas. Si l'OMS et ses Etats Membres ne travaillent pas ensemble, ils laisseront à nos descendants un désastre sanitaire qu'il leur faudra affronter.

Malgré toutes les difficultés à venir, le Directeur régional se sent encouragé par les progrès enregistrés au cours des 12 derniers mois. Il est heureux de signaler que l'OMS a appuyé très activement la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) dans la Région. Les profils des pays que l'OMS a publiés cette année ont montré également d'une manière très claire et novatrice l'ampleur du problème du tabac dans chaque pays, les coûts sanitaires suscités par la consommation du tabac, les mesures de lutte contre le tabac et la réceptivité de chaque pays à la Convention-cadre.

En ce qui concerne les pays de la Région, le Directeur régional sait qu'un grand nombre de ministres se sont intéressés personnellement à l'Initiative pour un monde sans tabac et ont déployé des efforts particuliers pour défendre la cause de la lutte antitabac avec des collègues des autres services gouvernementaux. Les résultats ont été très positifs, notamment en Chine, à Fidji, aux Palaos, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Philippines, au Tonga et au Viet Nam, pays qui tous ont mis en place très récemment une politique ou une législation nationale de lutte antitabac.

Autre exemple, le diabète, qui touche 30 millions de personnes dans la Région et qui, selon toutes probabilités, devrait atteindre le nombre stupéfiant de 55 millions d'ici à 2025. Il déclare qu'on

ne peut pas laisser la maladie continuer à provoquer des dégâts personnels et économiques en restant pratiquement inaperçue. En juin 2000, l'OMS, la Fédération internationale du diabète et le Secrétariat de la communauté du Pacifique se sont réunis à Kuala Lumpur pour préparer la Déclaration de la Région du Pacifique occidental sur le diabète. Cette réunion a abouti à un consensus professionnel sur la riposte à organiser contre l'épidémie. Les participants ont demandé que des partenariats élargis soient instaurés au sein du secteur de la santé et en dehors. Pour que cette Déclaration ait un impact maximal sur la santé publique dans la Région, il a été demandé au Directeur régional de faire en sorte qu'elle soit approuvée par le Comité régional. C'est pourquoi il prie instamment le Comité de relever ce défi lorsque la lutte contre les maladies non transmissibles seront à l'ordre du jour, vers la fin de la semaine.

Les problèmes liés au développement du secteur de la santé sont traités dans les chapitres 11 à 14 du rapport. Dans le rapport de l'année passée, il a reconnu qu'il y avait encore beaucoup à faire pour améliorer le soutien de l'OMS à la réforme du secteur de la santé dans la Région.

La première tâche de l'OMS a été de renforcer sa capacité interne. Dans la période couverte par son rapport, le Directeur régional a considérablement renforcé son équipe dans quatre domaines essentiels : le financement des soins de santé, la réforme des systèmes de santé, la mise en place de politiques sanitaires et la réduction de la pauvreté. Cela a permis à l'équipe d'intensifier le soutien de l'OMS aux pays et de mettre en place des outils pouvant être utilisés à l'échelon régional.

Comme exemple du soutien intensifié de l'OMS en faveur des pays, il mentionne le séminaire sur l'assurance maladie qui a eu lieu le mois précédent dans les Etats Fédérés de Micronésie. Il est clair que l'assurance maladie a des implications qui s'étendent bien au-delà du secteur de la santé et le Directeur régional se réjouit de ce que, en plus des représentants des ministères de la santé et des finances, des législateurs et des représentants de la communauté aient participé à cette réunion. Le développement du secteur de la santé est un domaine à multiples facettes, au point que l'OMS a dû s'assurer qu'on obtiendrait le soutien de tous les acteurs concernés. Si l'OMS veut améliorer les secteurs de la santé dans la Région, toutes les parties doivent se sentir concernées dès le départ.

En plus de renforcer la capacité interne de l'OMS, il était essentiel de regarder à l'extérieur de l'Organisation, pour en tirer des idées. Un groupe consultatif technique (GCT) sur le développement du secteur de la santé a donc été mis en place. Ce groupe s'est réuni pour la première fois au Bureau régional en juin 2000 et a émis un certain nombre de recommandations avisées et concrètes. Selon le Directeur régional, cette importante réunion a marqué la fin de l'approche fragmentée et désorganisée

qui a caractérisé, par le passé, le soutien de la communauté internationale au développement du secteur de la santé.

Le Directeur régional poursuit sur le thème "Faire connaître l'action de l'OMS", et plus particulièrement sur le chapitre 16, Relations extérieures. Au cours des 12 derniers mois, l'OMS a renforcé ses relations avec les partenaires existants et a créé un grand nombre de nouveaux liens.

Le Directeur régional explique que, en dépit de la complexité des accords multipartites auxquels il s'est référé, certaines réalisations ont été constatées dans ce domaine. Il donne comme exemple le prêt de la Banque mondiale en faveur de la lutte contre la tuberculose en Chine, qui arrive à échéance au milieu de l'année 2001. Pour s'assurer qu'il n'en résultera pas un manque de fonds considérable, l'OMS a joué un rôle important en facilitant la mise en place d'un groupe de trois organisations qui collaboreront avec le gouvernement chinois lorsque le prêt viendra à échéance. Le gouvernement du Japon par l'intermédiaire de l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) et le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni assureront une coordination avec la Banque mondiale pour faire en sorte qu'à la fin du prêt d'origine de celle-ci, les activités de prévention et de lutte contre la tuberculose pourront non seulement se poursuivre mais être plus soutenues que jamais.

Pour finir, il parle d'un aspect de l'activité de l'OMS qui ne s'est reflété qu'indirectement dans son rapport. Depuis qu'il est Directeur régional, son équipe et lui-même ont travaillé dur pour réformer les méthodes de travail. Cette réforme revêt plusieurs aspects, notamment réduire la paperasserie administrative, permettre aux femmes d'accéder à des postes de directeurs ou de représentants de l'OMS dans l'Organisation, rationaliser et simplifier les opérations de l'OMS et instaurer un style de direction plus transparent et ouvert. Ces réformes ont permis au personnel de construire une organisation plus réactive et plus souple qui pourra fournir un meilleur soutien aux Etats Membres dans le futur.

Avant le Comité régional, le rapport était, par définition, essentiellement centré sur le passé. Cependant, à chaque chapitre du rapport, l'OMS s'est tournée vers les futurs enjeux. Si elle veut rester l'organisation de santé publique dominante dans la Région, elle doit se préparer et préparer ses Etats Membres à l'évolution de la santé publique. Ainsi, l'OMS devra être capable de réagir à la fois aux occasions et aux enjeux suscités par les avancées technologiques de la médecine. Elle doit prendre des mesures pour exploiter au mieux les résultats de la recherche en matière de séquençement et de clonage du génome humain. Elle doit également optimiser l'utilisation des nouvelles techniques de

communication, notamment dans le domaine de la télésanté. Toutefois, pour importants que soient les progrès scientifiques, l'OMS ne peut pas compter uniquement sur la science pour résoudre tous ses problèmes. La pauvreté subsistera. L'inégalité dans les prestations des services de santé persistera. Le XXI^e siècle va soulever un grand nombre de défis, les anciens et des nouveaux, mais le Directeur régional maintient que si l'OMS doit préparer le terrain pour les générations futures, elle doit le faire sans attendre.

La séance est levée à 11 h 25.

ALLOCUTION D'OUVERTURE DE M. TADA0 CHINO,
PRESIDENT DE LA BANQUE ASIATIQUE DE DEVELOPPEMENT
A LA CINQUANTE ET UNIEME SESSION ANNUELLE DU
COMITE REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL
MANILLE, 18 SEPTEMBRE 2000

Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général, Dr Shigeru Omi, Directeur régional pour le Pacifique occidental, Mesdames et Messieurs les Représentants des Pays Membres de la Région OMS du Pacifique occidental, chers collègues de l'OMS,

C'est pour moi un honneur et un plaisir d'être invité à prendre la parole à la cinquante et unième session annuelle du Comité régional de l'OMS. J'aimerais aujourd'hui vous faire part de quelques réflexions sur ce qu'il est possible de faire pour améliorer la santé et lutter contre la pauvreté dans la Région de l'Asie et du Pacifique.

1. Introduction

La Banque asiatique de Développement (BAD) est une banque régionale de développement créée en 1966 et dont le siège se trouve ici à Manille, aux Philippines. La BAD appartient à 59 gouvernements membres, dont 43 sont de la région de l'Asie et du Pacifique. Au début, la BAD a principalement investi dans le développement des infrastructures, partant du principe que la croissance économique était indispensable au développement socioéconomique en général. Par la suite, cependant, la BAD a accordé une plus grande importance aux dimensions sociales du développement. Elle est devenue une institution de développement au sens large qui encourage les réformes politiques et institutionnelles ainsi que la coopération régionale en mettant l'accent sur le développement social, l'environnement, le renforcement des capacités institutionnelles et la gestion des affaires publiques. Aujourd'hui, l'objectif primordial de la BAD est de lutter contre la pauvreté en favorisant le progrès économique et social dans la Région Asie-Pacifique.

En tant que banque de développement, la BAD s'intéresse à la santé et joue un rôle actif dans ce secteur car elle sait que la santé est étroitement liée au développement économique et à la lutte contre la pauvreté. Il est généralement admis qu'une main d'oeuvre en bonne santé et suffisamment

Annexe

instruite contribue énormément à l'industrialisation et au développement économique. Il est clair qu'une amélioration du statut sanitaire et nutritionnel de la population se traduit par une plus grande productivité et, si l'on prend le cas des étudiants, leur permet de suivre les cours plus régulièrement et développe leurs capacités d'apprentissage.

A l'inverse, une mauvaise santé et un faible niveau d'instruction sont associés à la pauvreté. Le travail manuel est la principale, voire la seule source de revenu des pauvres. La maladie les prive d'une grande partie de leurs maigres ressources et entraîne en plus des frais médicaux. Mauvaise santé et pauvreté forment ainsi un cercle vicieux.

Aujourd'hui, près de 1,3 milliard de personnes dans le monde vivent en dessous du seuil de pauvreté ; les deux tiers d'entre elles vivent dans la Région de l'Asie et du Pacifique. La pauvreté ne se limite pas au manque de ressources, loin de là. Elle prive les individus de leurs droits fondamentaux en leur interdisant l'accès à la santé, à l'éducation et à d'autres moyens d'accroître leurs revenus et d'améliorer leur qualité de vie. Elle les prive également des moyens d'influer sur leur propre destinée et sur celle de leurs enfants.

Depuis plusieurs dizaines d'années, la pauvreté recule dans la Région, mais pas partout et pas assez rapidement. Beaucoup sont laissés pour compte. En outre, la crise économique et financière asiatique a eu pour effet d'accroître considérablement le nombre de pauvres. On estime que plus de 10 millions de personnes sont retombées dans la pauvreté alors qu'elles venaient tout juste d'en sortir. De plus, la pauvreté fait son apparition dans certains pays comme ceux qui passent d'une économie planifiée à une économie de marché.

Il est de plus en plus admis que la croissance économique ne suffit pas forcément à elle seule à réduire pour de bon la pauvreté. Elle n'apporte pas automatiquement non plus une meilleure qualité de vie. Il faut adopter des politiques de développement diversifiées pour que tous les éléments de la société profitent largement des bienfaits de la croissance économique et pour lutter efficacement contre la pauvreté. Des programmes de développement social permettront aux défavorisés de mieux exploiter les possibilités qu'offre la croissance économique.

2. La lutte contre la pauvreté; but de la BAD

S'étant fixé pour objectif primordial la lutte contre la pauvreté, la BAD réoriente et remodèle ses stratégies de développement et ses approches. Elle est en train d'élaborer pour chacun des pays en

Annexe

développement membres de la BAD une stratégie de lutte contre la pauvreté reposant sur trois piliers : croissance économique durable et favorable aux pauvres, développement social et bonne gestion des affaires publiques.

Une croissance économique durable et favorable aux pauvres sort ceux-ci de la pauvreté en leur offrant des opportunités. La croissance accroît également les fonds publics destinés à l'amélioration de l'infrastructure de base et des services sociaux dont les pauvres ont tant besoin. La croissance économique doit profiter à tous parce qu'il importe non seulement de réduire la pauvreté mais aussi de maintenir la stabilité et la cohésion sociales. Toutefois, comme je l'ai déjà dit, la croissance économique ne suffit pas à elle seule à réduire la pauvreté.

Elle doit aller de pair avec le développement social. Le développement social englobe : (i) le développement du capital humain de manière que chacun ait accès à l'enseignement de base, aux soins de santé primaires et autres services essentiels, (ii) des mesures destinées à rompre le lien entre famille nombreuse et pauvreté auto-entretenu, (iii) le développement du capital social de façon à donner les moyens aux pauvres de participer aux rouages de la société, (iv) la place des femmes dans le développement et (v) les systèmes de protection sociale.

La bonne gestion des affaires publiques, autre pilier de notre stratégie de lutte contre la pauvreté, consiste à faire en sorte que, bien conçus et bien gérés, les programmes profitent à tous, notamment aux pauvres, et favorisent la croissance et l'équité.

3. Politique de la BAD concernant le secteur de la santé

Le secteur de la santé joue un rôle crucial dans la lutte contre la pauvreté et les conditions sanitaires en Asie se sont considérablement améliorées au fil des années. Mais il reste encore beaucoup à faire. Une forte mortalité infantile, de nombreux problèmes de nutrition, l'importance disproportionnée de la maladie chez les personnes vulnérables, en particulier la tuberculose, la diarrhée, les maladies respiratoires aiguës et la morbidité maternelle, des taux élevés de fécondité qui peuvent retarder le développement économique et social, et le VIH/SIDA comptent parmi les problèmes auxquels est confrontée la Région. Vu l'ampleur de ces problèmes, la plupart des gouvernements manquent cruellement de ressources financières.

Notre politique concernant le secteur de la santé est d'aider les pays en développement membres de la BAD à combattre ces problèmes de manière plus efficace et plus efficiente et à garantir

Annexe

l'accès à des services de santé de base qui soient efficaces, rentables et abordables. L'avantage tout distinctif de la BAD est son aptitude à soutenir les réformes sectorielles et les changements d'organisation et de système. C'est pourquoi la BAD a adopté une approche intégrée en vue de renforcer les capacités des systèmes de santé. Ses activités dans le secteur de la santé s'organisent autour de cinq axes stratégiques : (i) soins de santé primaires et groupes vulnérables tels que les pauvres, les femmes, les enfants et les populations autochtones, (ii) résultats tangibles et mesurables, (iii) appui pour la diffusion rapide des nouvelles technologies, (iv) aide à la réforme du secteur de la santé et (v) investissement dans le renforcement des capacités du secteur public.

Un cadre opérationnel pour une aide globale dans le domaine des soins de santé de base, y compris les soins de santé génésique, la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, l'instruction et la protection sociale, devrait constituer le fondement de la lutte contre la pauvreté.

4. Expérience de la BAD dans le secteur de la santé

Depuis 1978, la BAD a financé 38 projets sanitaires pour un montant de 1,5 milliard de dollars. L'aide de la BAD dans ce secteur a complètement changé de nature, passant de l'investissement dans le matériel à l'appui en matière de logiciels. Elle est également passée des soins hospitaliers de niveau secondaire et tertiaire aux soins de santé primaires, et du développement des équipements à la réforme sectorielle.

Les projets de pays de la BAD sont classés par ordre de priorité et conçus de concert avec les gouvernements sur la base d'études sectorielles et moyennant une concertation sur les options, des prêts d'investissement et un appui au renforcement des capacités.

Cette approche s'est révélée efficace. Par exemple, en Mongolie, pays en prise aux difficultés que présente le passage d'un système planifié à un système davantage orienté sur le marché, la BAD aide le gouvernement et la société à réformer le système de santé pour le rendre plus efficace, plus équitable et plus durable. Les réformes politiques, l'élaboration de cadres juridiques, réglementaires et gestionnaires et la préparation à la prestation de services de santé par le secteur privé font l'objet d'un prêt accordé en fonction des politiques suivies, tandis que le renforcement des capacités fait l'objet d'un prêt consenti à un projet.

La BAD essaie également de répondre aux besoins sanitaires urgents de ses pays membres en développement. Lors de la crise asiatique, par exemple, elle a aidé le gouvernement indonésien à

Annexe

maintenir des services de soins de santé primaires de qualité, notamment à l'intention des pauvres. Cet appui a permis non seulement d'atténuer les effets les plus graves de la crise, mais aussi d'encourager des changements d'orientation et une réforme structurelle à long terme. Les fonds ont été directement versés aux centres de santé et aux sages-femmes sous la forme de subventions forfaitaires laissant davantage de latitude aux centres de santé afin qu'ils puissent mieux cibler les pauvres.

La BAD a par ailleurs soutenu des projets sanitaires dans plusieurs autres pays de la Région OMS du Pacifique occidental. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, elle soutient les réformes capitales entreprises dans le système de prestation des services de santé dans le but de garantir l'accès universel à des soins de santé primaires de qualité. Au Viet Nam, nous soutenons le projet Population et Santé de la Famille. Aux Philippines, le projet Santé de la Femme et Maternité sans risques et le projet Services intégrés de Santé communautaire soutiennent la prestation de services de soins de santé primaires en privilégiant la santé génésique. Toujours aux Philippines, la BAD finance un projet de développement du jeune enfant en collaboration avec la Banque mondiale.

Presque tous les projets de la BAD tiennent compte du développement des capacités. Les projets sanitaires de la BAD visent principalement à améliorer la qualité des services, dans laquelle les qualifications du personnel de santé jouent un rôle crucial. Les projets de la BAD accordent aussi toute l'attention voulue aux bénéficiaires, à la participation communautaire et aux partenariats public-privé en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services de soins de santé.

En sus des projets sanitaires spécialement destinés aux pays en développement, la BAD a dégagé de grands thèmes correspondant aux problèmes de santé que connaît la Région. Il s'agit de la nutrition, du développement du jeune enfant, du paludisme, de la tuberculose, de la vaccination et du VIH/SIDA.

La malnutrition est plus répandue en Asie que partout ailleurs dans le monde. Un écolier sur trois souffre d'un retard de croissance. Soixante-dix pour cent des enfants malnourris dans le monde se trouvent dans la Région. Les effets permanents de la malnutrition sur la santé compromettent le développement du capital humain et la productivité de la main d'oeuvre.

Le développement du jeune enfant suppose une association efficace d'interventions destinées à améliorer l'état de santé, le statut nutritionnel et le niveau d'instruction des enfants vulnérables, depuis la conception jusqu'à l'âge préscolaire. Une approche intégrée donne de bons résultats en

Annexe

termes de synergie. Les pays qui enregistrent des taux élevés de malnutrition et de mortalité maternelle et infantile prennent des mesures actives dans ce domaine. Elles ont permis de réduire les taux de mortalité, d'améliorer la cognition et la capacité d'apprentissage, et de rendre les pauvres plus productifs.

Le paludisme fait de nombreuses victimes en Asie et dans le Pacifique, en particulier dans la zone du Grand Mékong. En collaboration avec l'initiative mondiale de l'OMS Faire reculer le paludisme, la BAD s'emploie à diffuser des informations sur la lutte antipaludique dans cette zone.

La tuberculose touche les pauvres de manière disproportionnée. La BAD estime que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose est d'adopter une approche intégrée de la santé. Dans le cadre d'un projet pilote couvrant la tuberculose, le paludisme, les maladies respiratoires aiguës et la diarrhée, nous avons lancé en Indonésie une approche intégrée de lutte contre les maladies transmissibles.

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces. Pourtant, chaque année, 20 millions d'enfants n'en bénéficient pas. Près de deux millions d'entre eux, pauvres pour la plupart, et la moitié en Asie, meurent avant l'âge de 5 ans de maladies courantes de l'enfance telles que la rougeole et le tétanos. La plupart de ces décès pourraient être évités pour la somme modique de deux dollars par enfant vacciné. La BAD s'attache par conséquent à mettre en place des programmes durables de vaccination systématique et à fournir de nouveaux vaccins éprouvés tels que celui contre l'hépatite B. En coordination avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), la BAD a lancé l'Initiative asiatique de vaccination (AVI) en vue d'aider les pays membres à maintenir ou améliorer la couverture vaccinale et à obtenir des vaccins de qualité en quantité suffisante.

Enfin, la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA revêt une importance cruciale pour la Région et pour la BAD. Contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres parties du monde en développement, la prévalence du VIH/SIDA demeure faible dans la plus grande partie de la Région Asie-Pacifique. Néanmoins, étant donné l'importance de la population asiatique, le nombre de personnes touchées ou exposées est très grand même si la prévalence est faible. L'épidémie de VIH/SIDA dans la Région n'est pas seulement grave du point de vue de la santé, elle a aussi d'importantes conséquences économiques et sociales. D'un point de vue macroéconomique, ceux qui risquent le plus d'être infectés par le VIH/SIDA sont les jeunes adultes à l'âge où ils sont les plus productifs, d'où une perte immense de capital humain et de revenus potentiels. Mais le VIH/SIDA est

Annexe

clairement lié aussi à la pauvreté. La BAD a financé plusieurs programmes régionaux d'aide technique destinés à développer la coopération en matière de lutte contre le VIH/SIDA et à contribuer à la prévention dans les populations mobiles de la zone du Grand Mékong. Des mesures ont été prises en vue d'intégrer les activités d'information et de prévention du VIH/SIDA dans tous les grands projets d'infrastructure. La BAD s'occupe également des facteurs qui contribuent à la propagation du VIH/SIDA, y compris la prévalence des infections sexuellement transmissibles. Grâce au renforcement des capacités en matière d'éducation pour la santé, les gouvernements seront mieux à même d'inciter la population à changer de comportement pour se prémunir contre le VIH/SIDA et d'autres maladies nouvelles liées au mode de vie.

5. Conclusion

La route est longue, mais nous avons un itinéraire, des ressources, et surtout la volonté de réduire la charge de morbidité qui pèse sur les pauvres. La BAD peut se révéler un partenaire solide pour les gouvernements des pays en développement, pour l'OMS et pour les agents de santé de la Région qui entendent libérer les pauvres du fardeau disproportionné que font peser sur eux la maladie et un mauvais état de santé. Mon voeu le plus cher est de voir se resserrer la collaboration et les partenariats entre l'OMS et la BAD. Par nos efforts concertés, nous contribuerons grandement à améliorer l'état de santé de la population de la Région Asie-Pacifique.

Merci.