

Publié en anglais, espagnol, français et portugais

N° 5 Disponible sur l'Internet à l'adresse suivante: <http://www.afro.who.int>

3 septembre 2010

PROGRAMME DE TRAVAIL PROVISoire, 5^{ème} JOUR :

Vendredi, 3 septembre 2010

09:00 09:30	Discours d'orientation	Intervention de Mme Joy Phumaphi, de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA)
09:30 10:00	Point 12.1	Discussions en panel: Accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (document AFR/RC60/PD/1)
10:00-10:30 <i>Pause-café</i>		
10:30 - 13:00 Point 12 (suite)		
13:00 - 15:00 <i>Pause-déjeuner</i>		
15:00 16:00	Point 15	Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC60/21)
16:00 17:00	Point 16	Clôture de la soixantième session du Comité régional.

Date et lieu de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique :

Abidjan (Côte d'Ivoire) - 2011



La ville d'Abidjan

SOMMAIRE

Page

Extraits des interviews des Ministres de la Santé du Mozambique et de la Côte d'Ivoire	2
Extraits des interviews des Ministres de la Santé du Nigeria, du Sénégal et du Cap-Vert	3
Photos souvenirs	4

EXTRAITS DU MESSAGE DU DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'OMS À L'OCCASION DE LA JOURNÉE DE LA SANTÉ DE LA FEMME

Demain, 4 septembre, marque la deuxième Journée de la Santé de la femme dans la Région africaine. Cette journée avait été adoptée par le Comité régional lors de sa 58^e session en 2008. C'est une journée de réflexion sur les préoccupations croissantes des États Membres relativement à la mauvaise santé de la femme afin d'identifier une solution durable pour y répondre. Le thème de cette année est: "Partenariats efficaces: la clé de l'amélioration de la santé de la femme".

Les femmes représentent plus de la moitié de la population de la Région africaine. Les principaux rôles qu'elles jouent sont essentiels pour l'existence, la survie et le développement des sociétés et montrent qu'elles sont le ciment qui maintient la cohésion des communautés.

A chaque étape de leur vie, les femmes supportent la plus grande charge de morbidité et de mortalité due à divers facteurs environnementaux, socioéconomiques et culturels. Des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines, ajoutées aux différentes maladies infectieuses et nutritionnelles, caractérisent la vie de la fillette. Les rôles liés au genre dans les ménages et les facteurs associés à la vulnérabilité sexuelle hors du domicile font en sorte qu'il soit difficile pour la fillette de continuer d'aller à l'école, au cas même où elle aurait été inscrite. L'adolescence est généralement caractérisée par le mariage précoce, la violence sexuelle entraînant les MST et le VIH, des grossesses non désirées et des avortements à risque. Les années reproductives représentent le moment le plus risqué de la durée de vie de la femme africaine, caractérisé par la probabilité très élevée de mourir en donnant la vie ou pendant la période post-partum.

L'OMD 5 vise à réduire le taux de la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015. Alors qu'il faudrait un taux de réduction annuel d'au moins 5,5% pour atteindre cet objectif, le taux de réduction et réel enregistré sur la période de 15 ans allant de 1990 à 2005 n'est que de 0,1%. Le taux de mortalité maternelle moyen de la Région africaine est de 900 pour 100 000 naissances vivantes. 13 pays sur 46 présentent des taux dépassant 1000 pour 100 000 naissances vivantes et 4 seulement sur 46 enregistrent des taux inférieurs à 300 pour 1000 naissances vivantes.

Le secteur de la santé ne peut à lui tout seul trouver solution au problème de la santé de la femme. Il est plutôt nécessaire d'adopter une approche globale et multisectorielle regroupant un large éventail d'acteurs clés.

A l'occasion de la deuxième Journée de la Santé de la femme 2010, je lance un appel à tous pour que nous oeuvrions en partenariat pour donner aux femmes les moyens de prendre le contrôle de leur propre santé, de bénéficier d'une éducation appropriée et de vivre décemment, d'être à l'abri de la violence et de ses effets sur la santé physique et mentale et de participer à la prise de décisions sur toutes les questions touchant leur santé et celle de leurs familles.



Publié en anglais, espagnol, français et portugais

N° 5 Disponible sur l'Internet à l'adresse suivante: <http://www.afro.who.int>

3 septembre 2010

PROGRAMME DE TRAVAIL PROVISoire, 5^{ème} JOUR :

Vendredi, 3 septembre 2010

09:00 09:30	Discours d'orientation	Intervention de Mme Joy Phumaphi, de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA)
09:30 10:00	Point 12.1	Discussions en panel: Accès universel aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (document AFR/RC60/PD/1)
10:00-10:30 <i>Pause-café</i>		
10:30 - 13:00 Point 12 (suite)		
13:00 - 15:00 <i>Pause-déjeuner</i>		
15:00 16:00	Point 15	Adoption du rapport du Comité régional (document AFR/RC60/21)
16:00 17:00	Point 16	Clôture de la soixantième session du Comité régional.

Date et lieu de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique :

Abidjan (Côte d'Ivoire) - 2011



La ville d'Abidjan

SOMMAIRE

Page

Extraits des interviews des Ministres de la Santé du Mozambique et de la Côte d'Ivoire	2
Extraits des interviews des Ministres de la Santé du Nigeria, du Sénégal et du Cap-Vert	3
Photos souvenirs	4

EXTRAITS DU MESSAGE DU DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'OMS À L'OCCASION DE LA JOURNÉE DE LA SANTÉ DE LA FEMME

Demain, 4 septembre, marque la deuxième Journée de la Santé de la femme dans la Région africaine. Cette journée avait été adoptée par le Comité régional lors de sa 58^e session en 2008. C'est une journée de réflexion sur les préoccupations croissantes des États Membres relativement à la mauvaise santé de la femme afin d'identifier une solution durable pour y répondre. Le thème de cette année est: "Partenariats efficaces: la clé de l'amélioration de la santé de la femme".

Les femmes représentent plus de la moitié de la population de la Région africaine. Les principaux rôles qu'elles jouent sont essentiels pour l'existence, la survie et le développement des sociétés et montrent qu'elles sont le ciment qui maintient la cohésion des communautés.

A chaque étape de leur vie, les femmes supportent la plus grande charge de morbidité et de mortalité due à divers facteurs environnementaux, socioéconomiques et culturels. Des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines, ajoutées aux différentes maladies infectieuses et nutritionnelles, caractérisent la vie de la fillette. Les rôles liés au genre dans les ménages et les facteurs associés à la vulnérabilité sexuelle hors du domicile font en sorte qu'il soit difficile pour la fillette de continuer d'aller à l'école, au cas même où elle aurait été inscrite. L'adolescence est généralement caractérisée par le mariage précoce, la violence sexuelle entraînant les MST et le VIH, des grossesses non désirées et des avortements à risque. Les années reproductives représentent le moment le plus risqué de la durée de vie de la femme africaine, caractérisé par la probabilité très élevée de mourir en donnant la vie ou pendant la période post-partum.

L'OMD 5 vise à réduire le taux de la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015. Alors qu'il faudrait un taux de réduction annuel d'au moins 5,5% pour atteindre cet objectif, le taux de réduction et réel enregistré sur la période de 15 ans allant de 1990 à 2005 n'est que de 0,1%. Le taux de mortalité maternelle moyen de la Région africaine est de 900 pour 100 000 naissances vivantes. 13 pays sur 46 présentent des taux dépassant 1000 pour 100 000 naissances vivantes et 4 seulement sur 46 enregistrent des taux inférieurs à 300 pour 1000 naissances vivantes.

Le secteur de la santé ne peut à lui tout seul trouver solution au problème de la santé de la femme. Il est plutôt nécessaire d'adopter une approche globale et multisectorielle regroupant un large éventail d'acteurs clés.

A l'occasion de la deuxième Journée de la Santé de la femme 2010, je lance un appel à tous pour que nous oeuvrions en partenariat pour donner aux femmes les moyens de prendre le contrôle de leur propre santé, de bénéficier d'une éducation appropriée et de vivre décemment, d'être à l'abri de la violence et de ses effets sur la santé physique et mentale et de participer à la prise de décisions sur toutes les questions touchant leur santé et celle de leurs familles.





EXTRAITS DE L'INTERVIEW DU MINISTRE DE LA SANTÉ DU MOZAMBIQUE

Quelle est la situation épidémiologique du cancer du col de l'utérus au Mozambique?

Le cancer du col de l'utérus est actuellement le cancer le plus fréquent chez la femme, suivi du Sarcome de Kaposi qui est malheureusement lié à l'infection par le virus du sida. La situation est grave dans mon pays. Les données montrent qu'au lieu de se stabiliser, la situation ne fait que s'aggraver. A mesure que le temps passe, nous diagnostiquons un nombre toujours plus grand de cancers du col de l'utérus. Par ailleurs, il s'agit d'un cancer qui affecte les jeunes femmes, dont quelques-unes de moins de trente ans. Et le nombre de cancers va encore augmenter. Ceci nous oblige à réfléchir et à définir une stratégie nationale de lutte contre le cancer du col de l'utérus qui, dans l'essentiel, est similaire à celle que le Comité régional a adoptée.

Quelles mesures souhaiteriez-vous proposer pour lutter contre ce problème dans la Région africaine?

Le document que nous avons approuvé ici à Malabo est un document d'orientation en matière de priorités. Il nous faut à présent avoir des priorités parmi les priorités. On parle de prévention primaire, de prévention secondaire et de prévention tertiaire. La prévention primaire repose sur un changement du comportement et sur la vaccination de masse des jeunes filles. La prévention secondaire nécessite un diagnostic précoce des lésions du col de l'utérus grâce auquel on peut éviter plus de 80% des cas de sarcome de Kaposi, et la prévention tertiaire n'est autre que le traitement des cas déjà à un stade avancé. Nous, qui avons la responsabilité de diriger ces processus en Afrique, savons que la prévention primaire est très difficile et très onéreuse. La prévention tertiaire est extrêmement coûteuse et n'est pas présentement à la portée des pays africains car elle dépend de la chimiothérapie. Donc, en matière de priorités, il nous faut comprendre que pour les pays africains, la priorité des priorités réside dans la prévention secondaire qui consiste à poser un diagnostic précoce.

Pour nous, Africains, le défi se trouve dans deux directions: l'une est celle de l'éducation pour la santé, afin de rendre un nombre toujours plus grand d'adolescentes et de femmes conscientes du danger. Il n'y a pas longtemps que nous faisons quelque chose en Afrique pour conscientiser les femmes. Pourtant, l'un des grands domaines doit être celui de l'éducation pour la santé, et l'autre, celui de créer les conditions pour généraliser le diagnostic précoce des lésions pré-cancéreuses. Ces deux actions ne demandent pas beaucoup d'argent, c'est pourquoi je pense que nous devons miser dessus. La solution du vaccin est très attrayante, mais nos pays ne peuvent se permettre un vaccin qui coûte plus de 200 dollars car nous ne possédons pas cette capacité financière. La prévention tertiaire, outre le fait qu'elle est tardive puisqu'il y a déjà cancer et souvent à un stade avancé, est très onéreuse et les résultats sont décourageants. Adoptons donc ce que l'on appelle la prévention secondaire qui est celle qui est à la portée des Africains et, dans le cadre de l'éducation primaire, dispensons une éducation pour la santé en expliquant les risques et en disant aux femmes quels sont les comportements qu'elles doivent adopter et ceux qu'elles doivent éviter pour se prémunir du cancer, et leur faire savoir que durant les années où elles peuvent procréer elles doivent se rendre fréquemment chez le médecin pour un dépistage des lésions du col. Voilà la voie réaliste pour les pays africains. Et je pense que nous devrions établir des partenariats, à l'intérieur du pays, pour une campagne d'éducation pour la santé, aussi bien avec les organisations de femmes, qui sont les premières intéressées, qu'avec le ministère de l'éducation et les moyens de communication.

Prof. Dr. Ivo Garrido
Ministre de la Santé du
Mozambique



EXTRAITS DE L'INTERVIEW DU MINISTRE DE LA SANTÉ DU MOZAMBIQUE

Quelle est la situation épidémiologique du cancer du col de l'utérus au Mozambique?

Le cancer du col de l'utérus est actuellement le cancer le plus fréquent chez la femme, suivi du Sarcome de Kaposi qui est malheureusement lié à l'infection par le virus du sida. La situation est grave dans mon pays. Les données montrent qu'au lieu de se stabiliser, la situation ne fait que s'aggraver. A mesure que le temps passe, nous diagnostiquons un nombre toujours plus grand de cancers du col de l'utérus. Par ailleurs, il s'agit d'un cancer qui affecte les jeunes femmes, dont quelques-unes de moins de trente ans. Et le nombre de cancers va encore augmenter. Ceci nous oblige à réfléchir et à définir une stratégie nationale de lutte contre le cancer du col de l'utérus qui, dans l'essentiel, est similaire à celle que le Comité régional a adoptée.

Quelles mesures souhaiteriez-vous proposer pour lutter contre ce problème dans la Région africaine?

Le document que nous avons approuvé ici à Malabo est un document d'orientation en matière de priorités. Il nous faut à présent avoir des priorités parmi les priorités. On parle de prévention primaire, de prévention secondaire et de prévention tertiaire. La prévention primaire repose sur un changement du comportement et sur la vaccination de masse des jeunes filles. La prévention secondaire nécessite un diagnostic précoce des lésions du col de l'utérus grâce auquel on peut éviter plus de 80% des cas de sarcome de Kaposi, et la prévention tertiaire n'est autre que le traitement des cas déjà à un stade avancé. Nous, qui avons la responsabilité de diriger ces processus en Afrique, savons que la prévention primaire est très difficile et très onéreuse. La prévention tertiaire est extrêmement coûteuse et n'est pas présentement à la portée des pays africains car elle dépend de la chimiothérapie. Donc, en matière de priorités, il nous faut comprendre que pour les pays africains, la priorité des priorités réside dans la prévention secondaire qui consiste à poser un diagnostic précoce.

Pour nous, Africains, le défi se trouve dans deux directions: l'une est celle de l'éducation pour la santé, afin de rendre un nombre toujours plus grand d'adolescentes et de femmes conscientes du danger. Il n'y a pas longtemps que nous faisons quelque chose en Afrique pour conscientiser les femmes. Pourtant, l'un des grands domaines doit être celui de l'éducation pour la santé, et l'autre, celui de créer les conditions pour généraliser le diagnostic précoce des lésions pré-cancéreuses. Ces deux actions ne demandent pas beaucoup d'argent, c'est pourquoi je pense que nous devons miser dessus. La solution du vaccin est très attrayante, mais nos pays ne peuvent se permettre un vaccin qui coûte plus de 200 dollars car nous ne possédons pas cette capacité financière. La prévention tertiaire, outre le fait qu'elle est tardive puisqu'il y a déjà cancer et souvent à un stade avancé, est très onéreuse et les résultats sont décourageants. Adoptons donc ce que l'on appelle la prévention secondaire qui est celle qui est à la portée des Africains et, dans le cadre de l'éducation primaire, dispensons une éducation pour la santé en expliquant les risques et en disant aux femmes quels sont les comportements qu'elles doivent adopter et ceux qu'elles doivent éviter pour se prémunir du cancer, et leur faire savoir que durant les années où elles peuvent procréer elles doivent se rendre fréquemment chez le médecin pour un dépistage des lésions du col. Voilà la voie réaliste pour les pays africains. Et je pense que nous devrions établir des partenariats, à l'intérieur du pays, pour une campagne d'éducation pour la santé, aussi bien avec les organisations de femmes, qui sont les premières intéressées, qu'avec le ministère de l'éducation et les moyens de communication.

Prof. Dr. Ivo Garrido
Ministre de la Santé du
Mozambique



EXTRAITS DE L'INTERVIEW DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Monsieur le Ministre, pensez-vous que la stratégie sur les principaux déterminants de la santé, peut permettre d'atteindre les OMD d'ici 2015?

Il s'agit de mesures qui ont été proposées, mais je crois que l'état des lieux a été fait par le Directeur régional de l'OMS qui a été appuyé par la Directrice générale et les deux indiquent clairement qu'avec l'appui des partenaires, les différents gouvernements des pays de notre région ont réalisé des progrès.

Cependant, on observe qu'au rythme actuel des progrès réalisés, nos pays ne pourront pas atteindre les objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015.

Je crois que ce qui est fondamentalement mis en cause ici, c'est la pauvreté qui a gagné plusieurs de nos pays et qui aggrave la dégradation du système de santé. Les orientations qui sont proposées et qui consistent à aller vers un système de santé de qualité basé sur l'équité, vers une meilleure répartition des ressources humaines voire des richesses, est forcément une bonne solution. Dans le cas spécifique de la Côte d'Ivoire qui est dans une situation de sortie de crise, il faut ajouter à toutes ces mesures, une bonne couverture sociale.

Quelles actions concrètes proposez-vous pour faciliter la mise en oeuvre de cette stratégie?

Dans le cas spécifique de la Côte d'Ivoire, il y a lieu de renforcer notre système de santé à travers l'amélioration des équipements sociaux, le renforcement des systèmes d'approvisionnement en médicaments. Je crois fondamentalement que la meilleure façon de permettre à nos populations d'accéder aux soins de santé, c'est de mettre en place une bonne couverture sociale.

On peut l'appeler comme on veut, nous nous l'avons appelé Assurance Maladie universelle (AMU), mais peu importe le nom ou l'appellation, l'essentiel est de mettre en place une véritable couverture sociale, c'est l'une des conditions pour que la majorité des populations aient accès à la santé. Pour cela, les gouvernements devront faire des efforts pour mettre en oeuvre la recommandation d'Abuja qui veut que le budget de la santé soit supérieur ou égale à 15 % du budget national.



EXTRAITS DE L'INTERVIEW DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Monsieur le Ministre, pensez-vous que la stratégie sur les principaux déterminants de la santé, peut permettre d'atteindre les OMD d'ici 2015?

Il s'agit de mesures qui ont été proposées, mais je crois que l'état des lieux a été fait par le Directeur régional de l'OMS qui a été appuyé par la Directrice générale et les deux indiquent clairement qu'avec l'appui des partenaires, les différents gouvernements des pays de notre région ont réalisé des progrès.

Cependant, on observe qu'au rythme actuel des progrès réalisés, nos pays ne pourront pas atteindre les objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015.

Je crois que ce qui est fondamentalement mis en cause ici, c'est la pauvreté qui a gagné plusieurs de nos pays et qui aggrave la dégradation du système de santé. Les orientations qui sont proposées et qui consistent à aller vers un système de santé de qualité basé sur l'équité, vers une meilleure répartition des ressources humaines voire des richesses, est forcément une bonne solution. Dans le cas spécifique de la Côte d'Ivoire qui est dans une situation de sortie de crise, il faut ajouter à toutes ces mesures, une bonne couverture sociale.

Quelles actions concrètes proposez-vous pour faciliter la mise en oeuvre de cette stratégie?

Dans le cas spécifique de la Côte d'Ivoire, il y a lieu de renforcer notre système de santé à travers l'amélioration des équipements sociaux, le renforcement des systèmes d'approvisionnement en médicaments. Je crois fondamentalement que la meilleure façon de permettre à nos populations d'accéder aux soins de santé, c'est de mettre en place une bonne couverture sociale.

On peut l'appeler comme on veut, nous nous l'avons appelé Assurance Maladie universelle (AMU), mais peu importe le nom ou l'appellation, l'essentiel est de mettre en place une véritable couverture sociale, c'est l'une des conditions pour que la majorité des populations aient accès à la santé. Pour cela, les gouvernements devront faire des efforts pour mettre en oeuvre la recommandation d'Abuja qui veut que le budget de la santé soit supérieur ou égale à 15 % du budget national.



Quels avantages peut-on tirer de la stratégie sur les déterminants sociaux de la santé pour le renforcement des systèmes de santé ?

Cette stratégie est extrêmement importante car elle attire l'attention des responsables sur le fait que la santé n'est pas un facteur isolé, mais

qu'elle fait partie d'un tout beaucoup plus vaste, et que pour résoudre les problèmes du secteur de la santé, il faut faire appel à la participation d'autres secteurs. Dans ce contexte, les stratégies d'action des déterminants sociaux de la santé indiquent trois domaines dans lesquels agir: améliorer constamment le niveau de vie des populations, mieux répartir les ressources et les moyens d'action dans la société, et enfin mieux connaître ou être à même de connaître et de discerner les problèmes.

Le Cap-Vert a réussi à tenir dûment compte des déterminants de la santé. Nous faisons partie du groupe de pays africains qui sont près d'atteindre les OMD, non seulement ceux liés à la santé en tant que telle, mais également dans d'autres domaines. Nous avons adopté une politique ferme de décentralisation pour ce qui est de la construction des infrastructures de santé et de l'allocation des ressources. Nous avons réussi à placer les structures et les services de santé le plus près possible de la population. Dans la distribution des ressources, nous avons prévu la construction d'installations non seulement dans les zones urbaines mais aussi à la campagne. Aujourd'hui, plus de 80 % de la population capverdienne se trouve à moins de 30 minutes d'une unité de santé. Nous avons installé les ressources humaines et les équipements très près de la population, nous avons fait de gros investissements dans la construction des routes pour rendre l'accès aux unités de santé facile et rapide. Plus de 80 % des Capverdiens ont accès à l'eau potable, et ceci dans un pays qui doit recourir au dessalement ou au forage. Nous n'avons pratiquement pas d'enfants de moins de 14 ans ne fréquentant pas l'école. Le taux d'analphabétisme chez les jeunes est proche de zéro. Grâce à ceci, nous avons une population informée qui s'occupe mieux de sa santé. Nous avons également une politique du logement car nous estimons qu'un logement convenable est nécessaire à un bon état de santé. Toutefois, il est fondamental qu'il y ait une coordination entre les différents secteurs de la société pour que la santé puisse s'améliorer de manière durable et influencer sur la qualité de vie des êtres humains.

Comment faites-vous, Monsieur le Ministre, pour amener d'autres secteurs à aborder les facteurs déterminants de la santé de manière coordonnée?

La santé est un secteur important au Cap-Vert. Depuis l'indépendance, il est considéré comme secteur prioritaire. Le Gouvernement capverdien investit toujours dans l'homme. L'éducation et la santé occupent à ce jour une place spéciale dans les politiques et les investissements. En termes d'investissements, l'éducation est le premier secteur avec 22 % du budget, elle est suivie par la santé qui reçoit 9 %. L'investissement dans la santé est une tradition et une gageure au Cap-Vert afin que tous les Capverdiens jouissent de conditions leur permettant de travailler et de vivre dans la dignité. Mon poste de Ministre d'État me donne une certaine influence au sein du gouvernement et ainsi la santé peut bénéficier de la priorité qui lui a été attribuée depuis l'indépendance.



Quelle appréciation pouvez-vous faire du développement de la santé en Afrique suite à la présentation du rapport d'activités du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique?

C'est un excellent rapport. Un rapport exhaustif qui a passé en revue l'ensemble des problématiques sanitaires de

notre Région. Pour chaque point développé, une stratégie cohérente a été dégagée, des idées fortes ont été émises et qui rencontrent pour l'essentiel, l'adhésion des pays membres du groupe AFRO de l'OMS. J'ai trouvé un travail très fouillé, un travail en profondeur a été fait par le Bureau régional pour l'Afrique. C'est un rapport qui reprend l'essentiel des problématiques qui sont débattues à travers le continent.

Quelles sont les stratégies que les États Membres de l'OMS/AFRO devraient mettre en oeuvre pour améliorer la situation sanitaire de leurs populations?

Pour chaque problématique de la santé, une stratégie existe. Si vous prenez les déterminants sociaux de la santé, il reste clair que la santé elle-même n'a de sens que lorsqu'on l'intègre dans le cadre d'un système où l'intersectorialité est de rigueur. Nous ne pouvons pas gérer les problèmes de santé des populations si nous ne gérons pas les questions relatives à la potabilité de l'eau, à l'assainissement, à un environnement sain, à la sécurité alimentaire, à la prise en charge des enfants dès le bas âge pour leur inculquer des valeurs favorables à la santé, sans une sensibilisation plus accrue des populations pour les emmener à avoir de bons comportements hygiéniques.

Voilà un peu l'ensemble des mesures qui devraient nous permettre d'avoir une bonne stratégie en ce qui concerne les principaux déterminants sociaux de la santé. Sur l'alcool, il reste clair que la consommation abusive de l'alcool constitue un problème de santé. Nous ne disons pas qu'il ne faut pas consommer l'alcool, mais nous disons qu'il ne faut pas en abuser. Nous pensons que la meilleure façon pour ne pas en abuser c'est de faire de telle sorte que le produit soit le moins accessible possible. Pour cela une meilleure taxation des produits comme l'alcool, le tabac, pour pouvoir emmener ceux qui sont riches à ne pas greffer leur budget pour de l'alcool, et emmener ceux qui sont pauvres à ne pas s'adonner du tout à la consommation abusive de l'alcool, me semble être une bonne piste. Et les taxes retirées du tabac et de l'alcool devraient pouvoir être réinvesties dans le domaine des infrastructures de la santé, dans le secteur des équipements et aussi dans la prise en charge de la gratuité de certaines problématiques de santé comme les césariennes, la santé des personnes âgées, celle des enfants, l'acquisition des anti-rétroviraux, des médicaments antituberculeux.

Pour la vaccination de routine par exemple, les approches doivent être intégrées. Donc il faut une approche régionale ou du moins sous-régionale comme les journées nationales de vaccination synchronisées.



Le Nigeria a été en mesure de réduire la transmission du poliovirus sauvage de plus de 90 %. Quelles leçons souhaitez-vous partager?

Le Nigeria a réduit la transmission du poliovirus sauvage de 90 %. Ceci est donc très positif et la cible pour le Nigeria est que nous ayons à la fin de cette année une transmission nulle, si bien que de cette

façon, nous serons en passe d'être déclarés pays exempt de polio. Nous avons été en mesure d'y parvenir, parce que nous avons reconnu par la suite la nécessité d'impliquer les communautés et de faire en sorte qu'elles s'approprient le programme. L'éradication de la polio au Nigeria a pris du retard, parce qu'il y a eu des idées erronées dans certaines régions du Nigeria. Nous nous sommes préoccupés de la culture et de la religion. Dès que nous en avons pris conscience et que nous avons eu recours aux chefs traditionnels, aux institutions traditionnelles, aux organisations basées sur la foi, aux chefs religieux et dès que ces intervenants l'ont bien compris (nous avons mené un sérieux plaidoyer), ils ont été à leur tour capables d'amener les gens à admettre que la vaccination contre la polio est sûre et vraiment utile. Dès que nous y sommes parvenus, les intervenants se sont appropriés le programme, ils ont pris en main le poste de pilotage et avec nos partenaires internationaux pour le développement, y compris, l'OMS, le CDC, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Banque mondiale, entre autres, nous sommes à présent sur la bonne voie pour éradiquer la polio au Nigeria. Ce sont les leçons dont nous pensons pouvoir faire part au reste du monde, en particulier, à des pays africains, à savoir que dans tout programme, nous devons impliquer la communauté, mobiliser la communauté jusqu'à son dernier homme ou femme.

Comment votre pays utilise-t-il les interventions de PEV pour renforcer le système de santé national?

Le Nigeria a été en mesure d'améliorer notre système de surveillance. En fait, la récente catastrophe que nous avons eu au Nigeria, dans le cadre d'activités minières illégales d'extraction d'or dans l'État de Zafara a été découverte grâce à notre mécanisme pour la polio. Nous utilisons également pour stimuler d'autres aspects des OMD 4 et 5 et notamment, les vaccinations systématiques et la santé maternelle. Le Nigeria a lancé un programme de services de sages-femmes, si bien que nous autorisons nos sages-femmes qui ont été formées dans le cadre de ce programme à administrer également le VPO et les encourageons à aborder également d'autres aspects de la santé maternelle et infantile. Nous ne voulons pas élaborer d'autres programmes verticaux, mais utiliser les programmes existants comme moyen d'intégrer horizontalement tous nos programmes.

Qu'en est-il des interventions multisectorielles? Comment persuadez-vous d'autres ministres de renforcer le système de santé?

Le Nigeria est un État fédéral et je suis le Ministre fédéral de la Santé, mais au niveau des États, nous avons des Commissaires pour la Santé et au niveau de l'administration locale, des médecins du service de santé. Ces trois échelons ont été intégrés sous l'égide du Conseil économique national. Grâce à ce Conseil, une équipe spéciale nationale a été créée pour stimuler et accélérer la réalisation des OMD. Après quoi, en termes de collaboration intersectorielle, nous avons un comité interministériel qui propose des politiques, mais suit et évalue également les progrès qui ont été réalisés en ce qui concerne les OMD.



Quels avantages peut-on tirer de la stratégie sur les déterminants sociaux de la santé pour le renforcement des systèmes de santé ?

Cette stratégie est extrêmement importante car elle attire l'attention des responsables sur le fait que la santé n'est pas un facteur isolé, mais

qu'elle fait partie d'un tout beaucoup plus vaste, et que pour résoudre les problèmes du secteur de la santé, il faut faire appel à la participation d'autres secteurs. Dans ce contexte, les stratégies d'action des déterminants sociaux de la santé indiquent trois domaines dans lesquels agir: améliorer constamment le niveau de vie des populations, mieux répartir les ressources et les moyens d'action dans la société, et enfin mieux connaître ou être à même de connaître et de discerner les problèmes.

Le Cap-Vert a réussi à tenir dûment compte des déterminants de la santé. Nous faisons partie du groupe de pays africains qui sont près d'atteindre les OMD, non seulement ceux liés à la santé en tant que telle, mais également dans d'autres domaines. Nous avons adopté une politique ferme de décentralisation pour ce qui est de la construction des infrastructures de santé et de l'allocation des ressources. Nous avons réussi à placer les structures et les services de santé le plus près possible de la population. Dans la distribution des ressources, nous avons prévu la construction d'installations non seulement dans les zones urbaines mais aussi à la campagne. Aujourd'hui, plus de 80 % de la population capverdienne se trouve à moins de 30 minutes d'une unité de santé. Nous avons installé les ressources humaines et les équipements très près de la population, nous avons fait de gros investissements dans la construction des routes pour rendre l'accès aux unités de santé facile et rapide. Plus de 80 % des Capverdiens ont accès à l'eau potable, et ceci dans un pays qui doit recourir au dessalement ou au forage. Nous n'avons pratiquement pas d'enfants de moins de 14 ans ne fréquentant pas l'école. Le taux d'analphabétisme chez les jeunes est proche de zéro. Grâce à ceci, nous avons une population informée qui s'occupe mieux de sa santé. Nous avons également une politique du logement car nous estimons qu'un logement convenable est nécessaire à un bon état de santé. Toutefois, il est fondamental qu'il y ait une coordination entre les différents secteurs de la société pour que la santé puisse s'améliorer de manière durable et influencer sur la qualité de vie des êtres humains.

Comment faites-vous, Monsieur le Ministre, pour amener d'autres secteurs à aborder les facteurs déterminants de la santé de manière coordonnée?

La santé est un secteur important au Cap-Vert. Depuis l'indépendance, il est considéré comme secteur prioritaire. Le Gouvernement capverdien investit toujours dans l'homme. L'éducation et la santé occupent à ce jour une place spéciale dans les politiques et les investissements. En termes d'investissements, l'éducation est le premier secteur avec 22 % du budget, elle est suivie par la santé qui reçoit 9 %. L'investissement dans la santé est une tradition et une gageure au Cap-Vert afin que tous les Capverdiens jouissent de conditions leur permettant de travailler et de vivre dans la dignité. Mon poste de Ministre d'État me donne une certaine influence au sein du gouvernement et ainsi la santé peut bénéficier de la priorité qui lui a été attribuée depuis l'indépendance.



Quelle appréciation pouvez-vous faire du développement de la santé en Afrique suite à la présentation du rapport d'activités du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique?

C'est un excellent rapport. Un rapport exhaustif qui a passé en revue l'ensemble des problématiques sanitaires de

notre Région. Pour chaque point développé, une stratégie cohérente a été dégagée, des idées fortes ont été émises et qui rencontrent pour l'essentiel, l'adhésion des pays membres du groupe AFRO de l'OMS. J'ai trouvé un travail très fouillé, un travail en profondeur a été fait par le Bureau régional pour l'Afrique. C'est un rapport qui reprend l'essentiel des problématiques qui sont débattues à travers le continent.

Quelles sont les stratégies que les États Membres de l'OMS/AFRO devraient mettre en oeuvre pour améliorer la situation sanitaire de leurs populations?

Pour chaque problématique de la santé, une stratégie existe. Si vous prenez les déterminants sociaux de la santé, il reste clair que la santé elle-même n'a de sens que lorsqu'on l'intègre dans le cadre d'un système où l'intersectorialité est de rigueur. Nous ne pouvons pas gérer les problèmes de santé des populations si nous ne gérons pas les questions relatives à la potabilité de l'eau, à l'assainissement, à un environnement sain, à la sécurité alimentaire, à la prise en charge des enfants dès le bas âge pour leur inculquer des valeurs favorables à la santé, sans une sensibilisation plus accrue des populations pour les emmener à avoir de bons comportements hygiéniques.

Voilà un peu l'ensemble des mesures qui devraient nous permettre d'avoir une bonne stratégie en ce qui concerne les principaux déterminants sociaux de la santé. Sur l'alcool, il reste clair que la consommation abusive de l'alcool constitue un problème de santé. Nous ne disons pas qu'il ne faut pas consommer l'alcool, mais nous disons qu'il ne faut pas en abuser. Nous pensons que la meilleure façon pour ne pas en abuser c'est de faire de telle sorte que le produit soit le moins accessible possible. Pour cela une meilleure taxation des produits comme l'alcool, le tabac, pour pouvoir emmener ceux qui sont riches à ne pas greffer leur budget pour de l'alcool, et emmener ceux qui sont pauvres à ne pas s'adonner du tout à la consommation abusive de l'alcool, me semble être une bonne piste. Et les taxes retirées du tabac et de l'alcool devraient pouvoir être réinvesties dans le domaine des infrastructures de la santé, dans le secteur des équipements et aussi dans la prise en charge de la gratuité de certaines problématiques de santé comme les césariennes, la santé des personnes âgées, celle des enfants, l'acquisition des anti-rétroviraux, des médicaments antituberculeux.

Pour la vaccination de routine par exemple, les approches doivent être intégrées. Donc il faut une approche régionale ou du moins sous-régionale comme les journées nationales de vaccination synchronisées.



Le Nigeria a été en mesure de réduire la transmission du poliovirus sauvage de plus de 90 %. Quelles leçons souhaitez-vous partager?

Le Nigeria a réduit la transmission du poliovirus sauvage de 90 %. Ceci est donc très positif et la cible pour le Nigeria est que nous ayons à la fin de cette année une transmission nulle, si bien que de cette

façon, nous serons en passe d'être déclarés pays exempt de polio. Nous avons été en mesure d'y parvenir, parce que nous avons reconnu par la suite la nécessité d'impliquer les communautés et de faire en sorte qu'elles s'approprient le programme. L'éradication de la polio au Nigeria a pris du retard, parce qu'il y a eu des idées erronées dans certaines régions du Nigeria. Nous nous sommes préoccupés de la culture et de la religion. Dès que nous en avons pris conscience et que nous avons eu recours aux chefs traditionnels, aux institutions traditionnelles, aux organisations basées sur la foi, aux chefs religieux et dès que ces intervenants l'ont bien compris (nous avons mené un sérieux plaidoyer), ils ont été à leur tour capables d'amener les gens à admettre que la vaccination contre la polio est sûre et vraiment utile. Dès que nous y sommes parvenus, les intervenants se sont appropriés le programme, ils ont pris en main le poste de pilotage et avec nos partenaires internationaux pour le développement, y compris, l'OMS, le CDC, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Banque mondiale, entre autres, nous sommes à présent sur la bonne voie pour éradiquer la polio au Nigeria. Ce sont les leçons dont nous pensons pouvoir faire part au reste du monde, en particulier, à des pays africains, à savoir que dans tout programme, nous devons impliquer la communauté, mobiliser la communauté jusqu'à son dernier homme ou femme.

Comment votre pays utilise-t-il les interventions de PEV pour renforcer le système de santé national?

Le Nigeria a été en mesure d'améliorer notre système de surveillance. En fait, la récente catastrophe que nous avons eu au Nigeria, dans le cadre d'activités minières illégales d'extraction d'or dans l'État de Zafara a été découverte grâce à notre mécanisme pour la polio. Nous utilisons également pour stimuler d'autres aspects des OMD 4 et 5 et notamment, les vaccinations systématiques et la santé maternelle. Le Nigeria a lancé un programme de services de sages-femmes, si bien que nous autorisons nos sages-femmes qui ont été formées dans le cadre de ce programme à administrer également le VPO et les encourageons à aborder également d'autres aspects de la santé maternelle et infantile. Nous ne voulons pas élaborer d'autres programmes verticaux, mais utiliser les programmes existants comme moyen d'intégrer horizontalement tous nos programmes.

Qu'en est-il des interventions multisectorielles? Comment persuadez-vous d'autres ministres de renforcer le système de santé?

Le Nigeria est un État fédéral et je suis le Ministre fédéral de la Santé, mais au niveau des États, nous avons des Commissaires pour la Santé et au niveau de l'administration locale, des médecins du service de santé. Ces trois échelons ont été intégrés sous l'égide du Conseil économique national. Grâce à ce Conseil, une équipe spéciale nationale a été créée pour stimuler et accélérer la réalisation des OMD. Après quoi, en termes de collaboration intersectorielle, nous avons un comité interministériel qui propose des politiques, mais suit et évalue également les progrès qui ont été réalisés en ce qui concerne les OMD.



Les délégués du RC60



S.E. le Président de Guinée équatoriale avec les Délégués



Les délégués du RC60



S.E. le Président de Guinée équatoriale avec les Délégués



L'équipe de rédaction du Journal du CR60



L'équipe des rédacteurs du rapport



L'équipe de rédaction du Journal du CR60



L'équipe des rédacteurs du rapport



Les récipiendaires



Vue des participants



Les récipiendaires



Vue des participants



Les traducteurs



Le pool de secrétariat



Les traducteurs



Le pool de secrétariat