

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixante-deuxième session  
Luanda, République d'Angola, 19–23 novembre 2012

Point 13 de l'ordre du jour

**PROMOTION DE LA SANTÉ : STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE**

**Rapport du Secrétariat**

**RÉSUMÉ D'ORIENTATION**

1. La promotion de la santé est définie dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) comme le processus qui permet aux individus d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer. Elle est considérée comme une démarche d'un bon rapport coût-efficacité et un investissement socialement justifiable.
2. L'augmentation du nombre de décès prématurés imputables à la double charge de morbidité due aux maladies transmissibles et aux maladies non transmissibles dans les pays de la Région africaine de l'OMS reste une source de préoccupation majeure, compte tenu du fait que de nombreuses causes de maladie sont évitables. En 2001, la cinquante et unième session du Comité régional de l'Afrique a entériné le document intitulé «Promotion de la santé : Stratégie de la Région africaine». Le rapport de situation sur la mise en œuvre de ladite stratégie a été présenté à la soixante et unième session du Comité régional de l'Afrique tenue en 2011. Ce rapport de situation fait ressortir les enjeux et défis qui se posent à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans les programmes et les secteurs. Par conséquent, le Comité régional a recommandé l'élaboration d'une stratégie actualisée qui tiendrait compte des approches actuelles de promotion de la santé.
3. La présente stratégie met l'accent sur les actions multisectorielles de promotion de la santé dans tous les problèmes, programmes et secteurs touchant à la santé publique. Ses interventions prioritaires consistent à : conforter le rôle de chef de file du ministère de la Santé; renforcer les capacités en matière de pratiques de promotion de la santé; garantir la bonne gouvernance sanitaire, y compris par l'élaboration de politiques, législations et réglementations propices à la santé publique; collecter des bases factuelles; consolider les partenariats, alliances et réseaux; et entreprendre le plaidoyer en faveur du financement durable des activités de promotion de la santé.
4. La stratégie définit également les rôles et responsabilités des États Membres, de l'OMS et des partenaires en matière de promotion de la santé. Le document évoque en outre les incidences en termes de ressources, et aborde le suivi et l'évaluation de la stratégie.

## SOMMAIRE

### Paragraphe

INTRODUCTION .....	1-9
ANALYSE DE SITUATION ET JUSTIFICATION .....	10-21
STRATÉGIE RÉGIONALE .....	22-40
SUIVI ET ÉVALUATION .....	41
CONCLUSION .....	42-43

## INTRODUCTION

1. La promotion de la santé est définie dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) comme le processus qui permet aux individus d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer<sup>1</sup>. Eu égard au fait que le but ultime des interventions efficaces de promotion de la santé est de parvenir à une génération en bonne santé et productive, la promotion de la santé est considérée comme un investissement socialement juste capable d'améliorer le développement social et économique. La Charte d'Ottawa identifie les conditions préalables qui doivent permettre aux individus et aux communautés d'atteindre des résultats de santé optimaux tels que la paix, le logement, l'éducation, l'alimentation, le revenu, la stabilité de l'écosystème, la viabilité des ressources, la justice sociale et l'équité.

2. La promotion de la santé permet aux individus, aux familles, aux ménages et aux communautés de parvenir au niveau de santé le plus élevé qu'ils sont capables d'atteindre, quels que soient l'âge, la race, les revenus, la situation géographique ou le niveau d'instruction. Elle consiste en un plaidoyer pour que les individus, les familles, les ménages et les communautés soient les principaux producteurs de leurs résultats sanitaires. La promotion de la santé prône l'intégration des activités dans tous les secteurs et encourage la collaboration multisectorielle.

3. La charge de morbidité, les incapacités et les décès prématurés continuent d'être anormalement élevés dans la Région africaine de l'OMS, alors que la majorité des causes de maladie sont évitables. Selon le rapport de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité (2008)<sup>2</sup>, cette charge est à l'origine de 58,8 millions de décès enregistrés dans le monde en 2004, dont 18,6 % dans la Région africaine. Près de 64,7 % des décès survenus dans la Région étaient imputables à des maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles, 27,6 % des décès étaient dus à des maladies non transmissibles (MNT) et 7,8 % des décès étaient causés par des traumatismes. En outre, il paraît évident que la majorité des pays de la Région n'atteindront pas les cibles convenues sur le plan international, en particulier les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)<sup>3</sup>.

4. Les actions de promotion de la santé sont déterminantes pour trouver une solution efficace aux problèmes de santé publique qui se posent, au nombre desquels figurent les maladies maternelles et infantiles, le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies tropicales négligées, les maladies non transmissibles, y compris la malnutrition. Les interventions ciblent l'adoption de comportements sains et l'autonomisation des individus, des familles, des ménages et des communautés pour leur permettre de prendre des mesures adaptées et de renforcer les changements structurels souhaités par des politiques, une législation et des réglementations.

5. La promotion de la santé implique la diffusion de l'information par de multiples canaux de communication en vue d'accroître les connaissances dans le domaine de la santé et la mobilisation sociale, et requiert l'adoption de politiques, d'une législation et de réglementations propices à la promotion de la santé. La mise en œuvre efficace d'activités de promotion de la santé nécessite également une planification adéquate, une bonne gestion, un suivi-évaluation systématique et l'établissement de partenariats entre de multiples secteurs de développement comme la santé, la société civile, le secteur privé, les ménages et les communautés.

6. Conscient de l'augmentation de la charge de morbidité, des incapacités, des décès prématurés imputables aux maladies évitables et des avantages inhérents à l'intensification des actions de promotion de la santé dans la Région, le Comité régional de l'Afrique a approuvé le document intitulé *Promotion*

---

<sup>1</sup> *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Première conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa, Canada. 21 novembre 1986.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé. *The global burden of disease: Update projections*. <http://www.who.int/evidence/bod>. Dernière consultation le 6 juin 2012.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Rapport de situation et perspectives (AFR/RC59/3)*. Brazzaville, 2009.

de la santé : *Stratégie de la Région africaine* et adopté la résolution AFR/RC51/R4<sup>4</sup> y afférente lors de sa cinquante et unième session tenue en 2001, afin de favoriser des actions visant à accroître le bien-être physique, social et affectif des populations.

7. Au cours de la période 2004-2010, l'OMS a fourni un appui technique à 16 pays<sup>5</sup> pour leur permettre d'élaborer leurs politiques nationales de promotion de la santé, et à 12 pays<sup>6</sup> pour les aider à formuler leurs plans stratégiques. Plusieurs lignes directrices<sup>7</sup> destinées à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé ont été élaborées. Des ateliers de formation à l'utilisation d'outils de promotion de la santé pour lutter contre les maladies non transmissibles ont été organisés au Bénin<sup>8</sup>, en Ouganda<sup>9</sup> et au Zimbabwe<sup>10</sup> entre 2007 et 2010. Ces ateliers ont fourni des informations aux participants et leur ont permis d'acquérir des compétences sur l'application des stratégies et outils de promotion de la santé afin d'agir sur les facteurs de risque et les déterminants des maladies non transmissibles (MNT).

8. Une série de conférences mondiales sur la thématique de la promotion de la santé organisées à l'initiative de l'OMS ont abouti à des déclarations qui appellent à des efforts concertés pour améliorer la santé des populations<sup>11</sup>. Dans le cadre du suivi de ces conférences, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA51.12 sur la *promotion de la santé*<sup>12</sup>, la résolution WHA57.16 sur la *promotion de la santé et les styles de vie sains*<sup>13</sup>, la résolution WHA60.24 sur la *promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*<sup>14</sup> et l'*Appel à l'action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en matière de promotion de la santé (2009)*<sup>15</sup>. En outre, les États Membres ont examiné, puis entériné, des déclarations politiques en rapport avec la promotion de la santé, notamment la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*<sup>16</sup> et la *Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles*<sup>17</sup>. Les États Membres ont fait des efforts importants pour appliquer les recommandations et les mesures proposées dans ces diverses résolutions et déclarations.

9. En dépit des repères importants évoqués ci-dessus, bon nombre de défis liés à la promotion de la santé doivent encore être relevés et des lacunes comblées sur divers plans : rôle moteur, fourniture des interventions, participation et autonomisation des communautés, production de bases factuelles, financement viable. Il est également reconnu que la pauvreté, les inégalités entre hommes et femmes, les catastrophes naturelles, les conflits, le changement climatique et la faiblesse des systèmes de santé limitent la portée des actions de promotion de la santé dans la Région. D'où la nécessité d'adopter une approche multisectorielle de promotion de la santé, telle que proposée dans la présente stratégie régionale.

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. «Résolution AFR/RC51/R4 intitulée *Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine*», in *Rapport final de la cinquante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique* (AFR/RC51/18), pp. 11-13, Brazzaville, République du Congo, 27 août – 1<sup>er</sup> septembre 2001. Brazzaville, 2001.

<sup>5</sup> Angola, Bénin, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Malawi, Namibie, Niger, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

<sup>6</sup> Afrique du Sud, Bénin, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Namibie, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone et Zimbabwe

<sup>7</sup> Lignes directrices pour le développement de la promotion de la santé dans la Région africaine de l'OMS; Lignes directrices pour la mise en œuvre de l'Initiative en faveur des écoles-santé (HPSI), Guide du facilitateur des réunions régionales d'orientation des points focaux nationaux de promotion de la santé et des HIP de la Région africaine de l'OMS.

<sup>8</sup> Les participants étaient issus des pays suivants : Algérie, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo.

<sup>9</sup> Les participants étaient issus des pays suivants : Érythrée, Éthiopie, Ghana, Kenya, Liberia, Ouganda, Sierra Leone et Tanzanie.

<sup>10</sup> Les participants étaient issus des pays suivants : Érythrée, Éthiopie, Gambie, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Nigeria, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

<sup>11</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. OMS, 2009.

<sup>12</sup> Résolution WHA51.12 : Promotion de la santé.

<sup>13</sup> Résolution WHA57.16 : Promotion de la santé et styles de vie sains.

<sup>14</sup> Résolution WHA60.24 : La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.

<sup>15</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Appel à l'action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en matière de promotion de la santé*. 7<sup>ème</sup> conférence mondiale sur la promotion de la santé. Nairobi, Kenya, octobre 2009.

<sup>16</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011.

<sup>17</sup> Nations Unies. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. New York, 16 septembre 2011.

## ANALYSE DE SITUATION ET JUSTIFICATION

### Analyse de situation

10. La Région africaine de l'OMS continue de ployer sous une charge anormalement lourde due aux maladies transmissibles et non transmissibles, à la mortalité maternelle et infantile, à des menaces nouvelles et réémergentes pour la santé, qui requièrent toutes des interventions de promotion de la santé<sup>18,19</sup>. Les maladies transmissibles sont à l'origine de près de deux-tiers de la mortalité totale de la Région, et 88 % des décès enregistrés sont dus au VIH/sida, aux maladies diarrhéiques, au paludisme, à la tuberculose et aux maladies de l'enfant. Le VIH/sida à lui seul représente 38,5 % de la mortalité due aux maladies transmissibles. Par ailleurs, des maladies transmissibles telles que le choléra et la fièvre typhoïde demeurent courantes et requièrent l'adoption d'approches multisectorielles.

11. Les principales MNT de la Région africaine sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les affections respiratoires chroniques. D'autres maladies non transmissibles auxquelles il convient de s'attaquer sévissent dans la Région, notamment les maladies bucco-dentaires, la drépanocytose, la cécité, la surdité, les affections neurologiques et les troubles mentaux, sans oublier la violence, les traumatismes et les incapacités. Les maladies non transmissibles, troubles mentaux compris, représentent près de 60 % de la charge de morbidité mondiale actuelle. Dans la Région, il est estimé que les MNT sont à l'origine de trois millions de décès chaque année, dont 7,8 % imputables à des traumatismes. La charge mondiale croissante due aux MNT touche de manière disproportionnée les populations pauvres et désavantagées, en milieu rural comme en milieu urbain. Selon les projections, les MNT seront parmi les principales causes de mortalité au cours de la prochaine décennie.

12. La majorité des affections chroniques sont associées à des facteurs de risque pour la santé et à leurs déterminants. Les principaux facteurs de risque sont le tabagisme, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice physique et l'usage nocif de l'alcool. Les principaux déterminants de la santé comprennent la mondialisation, les échanges commerciaux, l'éducation, les facteurs environnementaux, l'urbanisation, l'eau et l'assainissement, la pauvreté, le vieillissement de la population, le genre, les valeurs et croyances comportementales et culturelles. L'exposition à ces facteurs de risque et à leurs principaux déterminants est aggravée par des inégalités et injustices croissantes à l'intérieur et entre des pays. La plupart de ces facteurs existent à l'extérieur du secteur de la santé. La situation est empir e par l'absence d'informations et le manque d'accès aux services de santé publique de prévention primaire, secondaire et tertiaire, en particulier pour les populations marginalisées.

13. Les affections maternelles et périnatales, dont la malnutrition, représentent 12,2 % de la mortalité régionale totale. Le risque de décès maternels reste très élevé dans la Région africaine, qui enregistre, selon des estimations, 500 décès de m res pour 100 000 naissances vivantes, contre 16 décès de m res pour 100 000 naissances vivantes dans la Région européenne<sup>20</sup>. La Région africaine n'est pas en bonne voie pour atteindre l'OMD 5<sup>21</sup>. La mortalité des enfants de moins de cinq ans de cette Région demeure la plus élevée au monde, et elle était estimée à 119 décès pour 1000 naissances vivantes en 2010<sup>22</sup>. Au cours de la même année, huit pays<sup>23</sup> sur les 46 de la Région africaine de l'OMS étaient en bonne voie pour atteindre l'OMD 4, qui vise à réduire de deux-tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des

<sup>18</sup> UNICEF, OMS, Banque mondiale, UNDESA. *Levels and trends in child mortality: Report 2011* – Estimations du Groupe interinstitutions des Nations Unies sur l'estimation de la mortalité de l'enfant, New York, UNICEF, 2011.

<sup>19</sup> *HIV/AIDS Sub-Saharan Summary Report: Epidemic update and Health Sector progress towards universal access, Progress report 2011*. OMS, ONUSIDA, UNICEF.

<sup>20</sup> *Trends in maternal mortality: 1990–2010*. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, 2012.

<sup>21</sup> Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation et perspectives* (document AFR/RC59/3). Brazzaville, Congo, 2009.

<sup>22</sup> UNICEF, OMS, Banque mondiale, UNDESA. *Levels and trends in child mortality: Report 2011* – Estimations du Groupe interinstitutions des Nations Unies sur l'estimation de la mortalité de l'enfant, New York, UNICEF, 2011.

<sup>23</sup> Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Liberia, Madagascar, Malawi, Maurice et Seychelles.

enfants de moins de cinq ans. S'il est vrai que la mortalité des enfants de moins de cinq ans continue de diminuer dans la Région en raison d'efforts concertés visant la mise à l'échelle des programmes de vaccination et de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, il n'en demeure pas moins que des approches multisectorielles de promotion de la santé telles que la mobilisation sociale, la communication pour un changement social et comportemental, tout comme la participation communautaire s'avèrent nécessaires pour continuer à accélérer les progrès.

14. Les personnes âgées de 10 à 24 ans représentent le quart de la population mondiale. Dans la Région africaine, une grande majorité de jeunes sont exposés à l'infection à VIH, à l'usage nocif de l'alcool, au tabagisme et à la toxicomanie, aux grossesses précoces, aux violences et aux traumatismes. Ces situations préjudiciables affectent négativement l'éducation, la santé, les opportunités d'emploi et le bien-être social des personnes de cette tranche d'âge.

15. Les 2,6 millions de décès de jeunes enregistrés dans le monde sont généralement évitables. Les jeunes sont prêts à apprendre et à retenir de nouvelles informations ou à acquérir de nouvelles aptitudes en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Cependant, faute d'interventions, ils encourent le risque d'adopter des pratiques individuelles et sociales néfastes qui peuvent compromettre leur santé et celle de la société tout entière. La promotion de la santé dans des milieux tels que les écoles, les lieux de service et les communautés constitue une occasion de diffuser des informations sanitaires et d'inculquer des compétences essentielles aux individus pour leur permettre d'adopter des comportements sains qu'ils pourront appliquer tout au long de leur vie.

16. La Région africaine continue de subir des menaces nouvelles et réémergentes pour la santé publique. Ces menaces, qui sont liées à des facteurs sociaux, économiques, environnementaux, démographiques et politiques, comprennent les pandémies de grippe; les catastrophes naturelles et celles provoquées par l'homme telles que les inondations, les tremblements de terre, les sécheresses et les conflits; les fièvres hémorragiques virales; les agents pathogènes pharmacorésistants; et l'impact du changement climatique sur la santé.

17. Un rapport de situation sur la mise en œuvre de la *Stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine* au cours de la période 2001-2010 a été présenté à la soixante et unième session du Comité régional<sup>24</sup>. Le rapport identifie un certain nombre d'enjeux et de défis qui doivent encore être relevés, à savoir : a) la capacité insuffisante du ministère de la Santé à donner l'impulsion pour la coordination intersectorielle des activités; b) l'implication limitée des divers acteurs tels que les groupes communautaires, la société civile, les universitaires et les partenaires au développement dans les activités de plaidoyer et la promotion de la régulation et de la législation pour une bonne gouvernance sanitaire; c) la pénurie de ressources humaines pour réaliser des actions de promotion de la santé au niveau communautaire; d) l'application limitée de la recherche qualitative et quantitative en matière de promotion de la santé pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre et évaluer l'efficacité des interventions du programme; et e) l'absence de dispositifs viables de financement de la promotion de la santé. Un effort concerté a été fait pour renforcer les capacités aussi bien des spécialistes que des non-professionnels de la santé, à travers la formation et l'élaboration de politiques visant à combler les lacunes et à relever les défis. La priorité a été donnée à la promotion de la mobilisation communautaire, à la sensibilisation du public et à la mise en place de la riposte.

18. En matière de promotion de la santé, l'on estime que les résultats sanitaires sont déterminés par les conditions sociales dans lesquelles les individus naissent, vivent, travaillent et vieillissent, et aussi par les systèmes mis en place en vue de lutter contre la maladie. En 2009, *l'Appel à l'action de Nairobi pour*

---

<sup>24</sup> Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale de promotion de la santé* (document AFR/RC61/PR/4). Brazzaville, Congo, 2011.

comblent le fossé de la mise en œuvre en matière de promotion de la santé<sup>25</sup> a fait valoir la nécessité de renforcer le leadership dans la promotion de la santé, d'autonomiser les communautés et les individus et d'améliorer les processus participatifs de divers secteurs. La Région africaine de l'OMS a identifié six orientations stratégiques pour résoudre le problème posé par les affections de santé publique prioritaires, y compris à travers la promotion de la santé<sup>26</sup>. Plusieurs programmes de l'OMS ont intégré les actions de promotion de la santé dans leurs stratégies<sup>27</sup>.

## Justification

19. En dépit des efforts déployés par les gouvernements et les partenaires pour créer un environnement communautaire sain et sécurisé, élargir les services de prévention de qualité aussi bien en milieu clinique qu'en milieu communautaire et autonomiser les populations pour qu'elles opèrent des choix de vie sains tout en éliminant les disparités sur le plan de la santé, des lacunes et défis importants perdurent. Cependant, les facteurs de risque et leurs déterminants peuvent être surmontés par des actions intersectorielles, innovantes et pérennes de promotion de la santé.

20. Le système de santé doit être réorienté pour être mieux adapté aux besoins de toutes les populations, en particulier les groupes pauvres et vulnérables, en utilisant l'approche des soins de santé primaires<sup>28</sup>. La promotion de la santé doit par conséquent être intégrée dans l'ensemble des politiques et des programmes nationaux de santé et bénéficier d'une masse critique de personnes formées, adossée sur des structures et des ressources viables.

21. En 2011, la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS a recommandé l'actualisation du document intitulé *Promotion de la santé : Une stratégie pour la Région africaine*, en guise de riposte à la charge de morbidité croissante due à des affections de santé publique évitables. La stratégie actualisée comprend ainsi un ensemble d'interventions prioritaires avérées et éprouvées visant à relever ces défis, et s'inscrit par ailleurs en cohérence avec les récents développements survenus au plan mondial.

## STRATÉGIE RÉGIONALE

### But, objectifs et cibles

22. La présente stratégie couvre une période de dix (10) ans. Son but est de poursuivre et d'intensifier les actions de promotion de la santé afin de contribuer à la réduction des principales causes évitables de maladie, des incapacités et des principales affections imputables aux maladies transmissibles et aux

---

<sup>25</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Appel à l'action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en matière de promotion de la santé*. 7<sup>ème</sup> conférence mondiale sur la promotion de la santé. Nairobi, Kenya, octobre 2009.

<sup>26</sup> Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine : Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015*. Brazzaville, 2010.

<sup>27</sup> Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Prévention du VIH dans la Région africaine : Stratégie d'intensification et d'accélération (AFR/RC56/8)*. Brazzaville, Congo, 2006; Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Élimination de la rougeole d'ici 2020 : Stratégie pour la Région africaine (AFR/RC61/8)*. Brazzaville, Congo, 2011; Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Prévention et contrôle du diabète : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (AFR/RC57/7)*. Brazzaville, Congo, 2007; Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Prévention et lutte contre le cancer : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (AFR/RC58/4)*. Brazzaville, Congo, 2008; Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Agir sur les principaux déterminants de la santé : Une stratégie pour la Région africaine (AFR/RC60/3)*. Brazzaville, Congo, 2010; Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Sécurité sanitaire des aliments et santé : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (AFR/RC57/4)*. Brazzaville, Congo, 2007; Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Réduction de l'usage nocif de l'alcool : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS (AFR/RC60/4)*. Brazzaville, Congo, 2010; Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Santé environnementale : Une stratégie pour la Région africaine (AFR/RC52/10)*. Brazzaville, Congo, 2002.

<sup>28</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève, Suisse, 2008.

maladies non transmissibles, à la violence et aux traumatismes, à des affections maternelles et infantiles, ainsi qu'à des menaces nouvelles et réémergentes pour la santé dans la Région africaine.

### Objectifs

23. Les objectifs de la présente stratégie actualisée, intitulée *Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine*, sont les suivants :

- a) favoriser les activités multisectorielles telles que la participation communautaire, la concertation sociale, les partenariats et le financement innovant pour promouvoir et protéger la santé des différents groupes de populations;
- b) renforcer la capacité des États Membres à élaborer, appliquer, suivre et évaluer les stratégies et politiques de promotion de la santé, tout comme les cadres réglementaire et législatif touchant aux facteurs de risque et aux déterminants des maladies transmissibles et non transmissibles, à la violence et aux traumatismes, aux affections sanitaires maternelles et infantiles, ainsi qu'aux menaces nouvelles et réémergentes pour la santé;
- c) renforcer l'établissement de partenariats, réseaux et alliances efficaces entre les spécialistes et non-professionnels de la santé, le gouvernement, le secteur privé, la société civile, de multiples secteurs et communautés de développement, afin de tirer le meilleur parti de nouvelles ressources techniques et financières.

### Cibles

24. D'ici fin 2013, la Région africaine devrait avoir élaboré une plateforme régionale pour évaluer la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions prioritaires de promotion de la santé.

25. D'ici fin 2015 :

- a) au moins 30 pays de la Région africaine devraient avoir élaboré ou révisé leurs politiques ou plans d'action stratégiques de promotion de la santé;
- b) au moins 15 pays de la Région africaine devraient avoir créé une association nationale ou un réseau national de praticiens de la promotion de la santé;
- c) au moins 10 pays de la Région africaine devraient avoir engagé un dialogue multisectoriel en vue de la mise en place de dispositifs de financement innovant grâce à une taxe spéciale;
- d) au moins 10 instituts de formation académique de la Région africaine devraient avoir inclus des modules essentiels de formation en promotion de la santé dans leurs programmes d'enseignement.

26. D'ici fin 2018 :

- a) tous les pays de la Région africaine devraient avoir élaboré ou révisé leurs politiques ou plans d'action stratégiques de promotion de la santé;
- b) au moins 15 autres pays de la Région africaine devraient avoir créé une association nationale ou un réseau national de praticiens de la promotion de la santé;
- c) au moins 10 autres pays de la Région africaine devraient avoir engagé un dialogue multisectoriel en vue de la mise en place de dispositifs de financement innovant grâce à une taxe spéciale;
- d) au moins 10 autres instituts de formation académique de la Région africaine devraient avoir inclus des modules essentiels de formation en promotion de la santé dans leurs programmes d'enseignement.



27. D'ici fin 2017 et fin 2022, la Région africaine devrait avoir réalisé l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale de la mise en œuvre de la présente stratégie régionale.

### Principes directeurs

28. La stratégie défend les principes de promotion de la santé ci-après :

- a) **l'appropriation** des programmes par les individus et les communautés, à travers leur participation à l'ensemble des activités;
- b) **l'équité en santé**, en vue de garantir l'accès et la disponibilité de services de promotion de la santé abordables financièrement pour tous;
- c) **les droits de l'homme et l'égalité entre hommes et femmes**, en vue de protéger les groupes vulnérables;
- d) **la collaboration et la coordination intra-sectorielles et intersectorielles** des divers acteurs, afin de promouvoir la santé;
- e) **la responsabilisation mutuelle et la responsabilité partagée** entre les gouvernements nationaux, les prestataires de services, les institutions de financement et les bénéficiaires ciblés, qui permet de suivre, en se fondant sur des bases factuelles, les progrès réalisés dans la mise en œuvre, y compris la gestion financière et le respect des engagements.

### Interventions prioritaires

29. Les interventions de promotion de la santé proposées pour la Région africaine reposent sur des approches multisectorielles de lutte contre les affections prioritaires de santé publique. Ces interventions ciblent les causes évitables de maladie, d'incapacité et de décès prématurés dans toutes les couches sociales de la Région tout au long du cycle de vie. Les résultats escomptés sont une sensibilisation, une participation et une autonomisation accrues des populations par rapport aux questions qui touchent à leur santé; des changements positifs dans les comportements liés à la santé et dans les structures sociales; et des politiques et législations fondées sur des bases factuelles.

30. **Renforcement du rôle d'encadrement du ministère de la Santé.** Le rôle d'encadrement englobe la coordination et le plaidoyer pour faire de la promotion de la santé un axe majeur de l'action de tous les départements ministériels, du secteur privé, de la communauté et de la société civile. Cela favorisera l'allocation de ressources humaines, financières et infrastructurelles suffisantes. Des cadres politiques, législatifs et réglementaires visant à promouvoir et à protéger la santé dans la lutte contre les affections de santé publique prioritaires doivent être élaborés. Les traités existants doivent être pleinement appliqués, par exemple la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac<sup>29</sup>. Toutes les politiques nationales, dans les différents secteurs, doivent protéger et défendre les valeurs et croyances sociales et culturelles jugées bénéfiques pour la société, en particulier l'égalité entre hommes et femmes, et lutter contre des valeurs et croyances préjudiciables pour la santé.

31. **Renforcement de la capacité technique nationale de promotion de la santé.** La formation en promotion de la santé doit être dispensée à des spécialistes ou à des non-professionnels de la santé, avant l'entrée en service, sur le tas, à titre continu ou dans le cadre de l'enseignement postuniversitaire. Les programmes de formation en promotion de la santé doivent doter les étudiants d'un large éventail de connaissances, notamment des aptitudes pratiques à gérer les aspects sociaux, culturels et comportementaux de la santé. Les gouvernements et les partenaires au développement doivent fournir aux institutions de formation et académiques un appui pour leur permettre de recruter et de fidéliser un personnel enseignant qualifié, et d'intégrer des modules essentiels sur la promotion de la santé dans les programmes de formation existants afin d'améliorer les programmes d'études en promotion de la santé.

---

<sup>29</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Suisse, 2003.

32. **Maintien de la capacité institutionnelle à assurer la promotion de la santé aux niveaux national, régional et local.** Le ministère de la Santé doit créer une structure organisationnelle durable aux niveaux national et infranational pour coordonner et gérer les activités de promotion de la santé entre les programmes et les secteurs. Au niveau national, une structure organisationnelle de promotion de la santé dotée de ressources humaines et financières suffisantes doit être mise en place, tout comme un dispositif efficace de coordination et d'exécution au niveau infranational. L'infrastructure de promotion de la santé doit : a) fournir une orientation à l'élaboration et à l'application des politiques et programmes de promotion de la santé; b) coordonner les actions d'éducation et de sensibilisation à la santé publique; c) nouer et consolider des partenariats, alliances et réseaux de promotion de la santé, et suivre les progrès réalisés en la matière; et d) garantir une planification adéquate pour mener des actions multisectorielles fondées sur des bases factuelles.

33. **Communication, mobilisation sociale et plaidoyer.** L'utilisation de divers moyens et processus de communication est une condition préalable pour accroître la sensibilisation, l'intérêt et induire un changement positif de comportement chez les individus, dans les familles, les ménages et au sein de la communauté. Il faut tirer parti des moyens de communication classiques (télévision, radio, affiches, brochures, panneaux d'affichage, vidéo) et nouveaux (messagerie par téléphone, internet et médias sociaux) pour autonomiser les individus, les ménages et les communautés et les doter de connaissances et de compétences indispensables à un changement comportemental et structurel. La participation d'autres parties prenantes, parmi lesquelles des citoyens de renom (champions), pour entreprendre le plaidoyer auprès de responsables gouvernementaux et d'entreprises privées est vivement encouragée. Les individus, les familles, les ménages et les communautés doivent participer à la production et à la distribution d'informations visant à promouvoir la santé. La communication doit chercher à améliorer l'information sanitaire, à promouvoir un comportement sanitaire positif et des stratégies d'adaptation adéquates.

34. **Collecte et diffusion de bases factuelles sur les meilleures pratiques et les approches efficaces de promotion de la santé.** Cela inclut le suivi des tendances dans la mise en œuvre des approches de promotion de la santé, le renforcement des capacités nationales et institutionnelles, l'allocation des ressources et la consignation des changements structurels résultant de politiques, d'une législation et de réglementations sur des secteurs tels que les industries de l'alimentation, du tabac et de l'alcool. Des informations qualitatives et quantitatives doivent être collectées et analysées pour faire ressortir l'efficacité et l'efficacités des actions de promotion de la santé.

35. **Création de dispositifs viables de financement innovant de la promotion de la santé pour financer comme il se doit les interventions dans les programmes.** Les dispositifs viables de financement de la promotion de la santé comprennent : a) l'allocation équitable de ressources financières à la promotion de la santé dans le budget public; b) l'affectation d'une proportion du budget de chaque programme à des actions de promotion de la santé; et c) la création d'un fonds de promotion de la santé, alimenté par un impôt spécial (taxe hypothéquée ou impôt à objet désigné) sur l'alcool, le tabac ou autres. Le fonds de promotion de la santé devrait être régi par une loi du parlement. À cet égard, les expériences de pays tels que l'Australie<sup>30</sup>, la Thaïlande<sup>31</sup> et le Zimbabwe<sup>32</sup> peuvent s'avérer fort utiles.

---

<sup>30</sup> VicHealth Foundation, Victoria, Australie. La première fondation pour la promotion de la santé a été créée en 1987 grâce à un prélèvement de 5 % sur les produits du tabac. Les informations y relatives sont disponibles sur : [www.vichealth.vic.gov.au/](http://www.vichealth.vic.gov.au/). Dernière consultation le 26 février 2012.

<sup>31</sup> ThaiHealth Promotion Foundation, Thaïlande. Cette fondation a été créée en 2001 grâce au prélèvement d'une surtaxe de 2 % sur la taxe sur l'alcool et les droits d'accise sur l'alcool. Les informations y relatives sont disponibles sur : <http://en.thaihealth.or.th/>. Dernière consultation le 26 février 2012.

<sup>32</sup> *Zimbabwe AIDS Levy*. Le prélèvement pour la lutte contre le sida au Zimbabwe a été créé par le gouvernement zimbabwéen en 1999 en utilisant un prélèvement de 3 % sur tous les revenus imposables. Les informations y relatives sont disponibles sur : [http://www.who.int/hiv/HIVCP\\_ZWE.pdf](http://www.who.int/hiv/HIVCP_ZWE.pdf). Dernière consultation le 26 février 2012.

36. **Renforcement des partenariats, alliances et réseaux fonctionnels.** Il faut impérativement renforcer le partenariat entre le gouvernement et les individus, les communautés, la société civile, les institutions académiques et de recherche, ainsi que le secteur privé, pour promouvoir la santé. Ces partenariats, alliances et réseaux doivent être dénués de tout conflit d'intérêt. La mise en place d'associations nationales et régionales ou de réseaux de promotion de la santé devrait créer des plateformes permettant à divers praticiens de la promotion de la santé d'échanger des expériences et des connaissances actualisées sur les derniers développements concernant les normes et standards professionnels de promotion de la santé. Il faut définir clairement le rôle des organisations nationales, régionales et mondiales et des associations de santé publique qui militent pour la promotion de la santé.

37. **Renforcement des capacités communautaires de promotion de la santé.** Ce renforcement des capacités pourrait être acquis par une participation communautaire active à travers un engagement effectif à la conception, à la planification et à la mise en œuvre des interventions, ainsi qu'à l'évaluation des résultats. La promotion du dialogue social sur la santé, de même que la consolidation des partenariats et des alliances, constituent des mécanismes d'appropriation communautaire des actions de promotion de la santé. De tels mécanismes doivent être mis en place pour garantir que la voix et les aspirations de la communauté sont prises en considération dans tout le cycle de planification et de mise en œuvre<sup>33</sup>. Cela aura un impact positif et contribuera aux changements attendus dans les résultats sanitaires au niveau communautaire. Une évaluation régulière impulsée par la communauté sera nécessaire.

## Rôles et responsabilités

### États Membres

38. Les États Membres doivent :

- a) créer, au ministère de la Santé, aux niveaux national et infranational, des structures dotées de ressources humaines et financières suffisantes pour assurer la coordination et la gestion des actions multisectorielles et pluridisciplinaires de promotion de la santé dans l'ensemble des programmes et des secteurs;
- b) renforcer la capacité des spécialistes et non-professionnels de la santé à planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les actions de promotion de la santé aux niveaux national et infranational et à plaider pour des cadres législatifs, des politiques et des plans d'action stratégiques de promotion de la santé;
- c) constituer/renforcer des partenariats, réseaux et alliances de promotion de la santé pour tirer parti de ressources techniques et financières additionnelles destinées à la promotion de la santé;
- d) renforcer les processus et les actions d'information, d'éducation et de communication pour améliorer la mobilisation sociale, l'autonomisation des communautés et le plaidoyer en faveur de la promotion de la santé auprès des populations;
- e) allouer des ressources financières suffisantes aux activités de promotion de la santé à partir du budget de l'État et tenir compte des changements dans les options de financement, y compris l'adoption d'une loi relative à l'utilisation de taxes spéciales à objet désigné sur le tabac, l'alcool et d'autres sources;
- f) suivre l'évolution de la mise en œuvre des interventions prioritaires de promotion de la santé, notamment en consignand et en diffusant les enseignements tirés par des études de cas, des enquêtes et la recherche.

### OMS et autres partenaires

39. L'OMS et les partenaires doivent :

<sup>33</sup> Fawcett S, et al. (2010). *Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi*. «Global Health Promotion, journal 17(4): 52–56».

- a) fournir un appui aux États Membres pour leur permettre de renforcer la capacité des spécialistes et non-professionnels de la santé à mettre en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les programmes prioritaires de santé publique;
- b) renforcer le rôle d'encadrement du gouvernement pour améliorer la participation communautaire, le dialogue social entre divers acteurs et intégrer la santé dans toutes les politiques;
- c) favoriser l'établissement des partenariats, réseaux et alliances de promotion de la santé afin de tirer parti des ressources techniques et financières destinées à la promotion de la santé;
- d) élaborer des indicateurs et outils de suivi aussi bien des progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions que des tendances concernant les comportements liés à la santé et les changements structurels, et soutenir la recherche à travers des institutions et associations nationales et régionales de santé publique.

### **Incidences en termes de ressources**

40. Les actions identifiées dans la présente stratégie nécessitent un investissement (financier, humain, matériel et en temps) des États Membres, de l'OMS et des partenaires. Selon des estimations, dans la majorité des pays de la Région africaine, le budget national alloué à la prévention et aux services de santé publique, plus particulièrement à la promotion de la santé, atteindra 23 % de la dépense totale de santé<sup>34</sup>. Actuellement, le niveau plancher est estimé à 8 %, et le plafond à 36 %. Le niveau moyen de la dépense de santé totale réelle par habitant pour la prévention et les services de santé publique, y compris la promotion de la santé, est estimé à US \$3,2 et se situe dans une fourchette comprise entre US \$2,2 et US \$47,2. Il est proposé d'accroître cette marge et de prendre en considération aussi bien la part du budget de l'État consacrée au secteur de la santé que la dépense de santé par habitant pour combler les besoins en services de santé essentiels. Le Secrétariat de l'OMS aura besoin, pour chaque exercice biennal, d'une enveloppe de US \$3 millions pour soutenir la mise en œuvre de la présente stratégie.

### **SUIVI ET ÉVALUATION**

41. Pour suivre la mise en œuvre de chaque intervention proposée, une plateforme assortie d'un ensemble d'indicateurs du rendement sera élaborée. L'efficacité et l'efficience des actions de promotion de la santé dans des programmes de santé publique sélectionnés seront évaluées tous les trois ans, en collaboration avec des experts et partenaires nationaux, régionaux et internationaux. Les politiques, les mesures législatives et l'utilisation de ressources financières seront suivies et évaluées selon qu'il conviendra. Un rapport de situation sera présenté au Comité régional tous les trois ans.

### **CONCLUSION**

42. En vue de mettre en œuvre efficacement les interventions prioritaires multisectorielles identifiées, une action politique forte, une participation élargie et un plaidoyer constant s'avèrent nécessaires. Cela passe par l'implication de divers acteurs, au nombre desquels le gouvernement, le secteur privé, la société civile, les médias et les communautés. Le gouvernement doit impérativement jouer un rôle moteur dans la coordination du dialogue social, la promotion de la participation communautaire et l'établissement des partenariats.

43. Le Comité régional a examiné et adopté la présente stratégie.

---

<sup>34</sup> <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>. Dernière consultation le 3 avril 2012.