

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



STRATEGIE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE

Août 2014

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|------------------------------------|
| PREAMBULE | |
| LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS..... | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| I. MISSION DU SECTEUR DE LA SANTE ET RAPPEL DE LA PNS..... | 4 |
| 1.1 Mission du secteur de la santé | 4 |
| 1.2 Rappel de la politique nationale de santé | 4 |
| II. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE..... | 5 |
| 2.1 Contexte international..... | 5 |
| 2.2 Contexte régional | 6 |
| 2.3 Contexte national..... | 8 |
| 2.4 Problèmes prioritaires..... | 18 |
| III. VISION, FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS | 19 |
| 3.1 Vision | 19 |
| 3.2 Fondements | Erreur ! Signet non défini. |
| 3.3 Valeurs et Principes..... | 20 |
| IV. OBJECTIFS GLOBAUX..... | ERREUR ! SIGNET NON DEFINI. |
| V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES | 21 |
| 5.1 Amélioration des modes et des conditions de vie | 22 |
| 5.2 Renforcement du leadership, de l'action communautaire et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé..... | 22 |
| VI. PROGRAMMES..... | 23 |
| 6.1 Progr.1 : Développement des aptitudes individuelles favorables à la santé. | 23 |
| 6.2 Progr. 2 : Création d' environnements favorables à la santé..... | 23 |
| 6.3 Progr. 3 : Renforcement de la participation communautaire et des IBC | 25 |
| 6.4 Progr. 4 : Renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la PS | 25 |
| VII. FINANCEMENT DE LA STRATEGIE NATIONALE PS..... | 26 |
| VIII. MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION..... | 27 |
| 8.1 Mise en œuvre | 27 |
| 8.2 Dispositif de pilotage | 27 |
| 8.3 Suivi et évaluation | 27 |
| 8.4 Conditions de succès | 27 |

PREAMBULE

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés. Les résultats des enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité de l'ordre de 11,8‰ en 2006. Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles.

Généralement, les actions entreprises se sont limitées à des aspects parcellaires et superficiels sans prendre en compte ni tous les aspects ou facteurs en cause ni tous les acteurs potentiellement concernés par les problèmes visés.

La preuve est maintenant établie au niveau mondial et dans la région subsaharienne d'Afrique que la persistance des faibles indicateurs de santé et de développement est le fait de nombreux facteurs intrinsèquement liés et qui sont, pour la plupart, en dehors du secteur sanitaire. Ces facteurs ne sont pas souvent pris en compte dans leur entièreté et de façon simultanée dans les projets et programmes du Ministère de la Santé.

Le présent document se veut être la réponse du gouvernement burkinabè à la recommandation des Chefs d'Etat et de Gouvernement de la région africaine de l'OMS demandant à chaque pays de mettre en place les structures et les mécanismes nécessaires à la reconnaissance et à la mise en pratique de la Promotion de la santé. La vision de la stratégie nationale de promotion de la santé (SNPS) se décline comme suit : «Un bien-être de tous les burkinabé à travers un environnement propice, l'adoption de modes individuels de vie sains et des interventions à base communautaire performantes». Cette vision s'insère de ce fait dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 pour l'amélioration de l'état de santé des populations burkinabè.

Je souhaite vivement que ce document stratégique serve de guide à l'ensemble des acteurs de la pyramide sanitaire et à toutes les structures de développement de notre pays pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'interventions efficaces en appui aux prestations de soins.

Le Ministre de la Santé

Léné SEBGO
Officier de l'ordre national

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|-------|---|
| AGR | : Activités génératrices de revenu |
| ASBC | : Agent de santé à base communautaire |
| ASV | : Agent de santé villageois |
| AV | : Accoucheuse villageoise |
| CCC | : Communication pour le changement de comportement |
| CNHP | : Conseil national de l'hygiène publique |
| CSPS | : Centre de santé et de promotion sociale |
| CMA | : Centre médical avec antenne chirurgicale |
| SBC | : Service de santé à base communautaire |
| CHR | : Centre hospitalier régional |
| COGES | : Comité de gestion |
| DPS | : Direction de la promotion de la santé |
| DSS | : Déterminants sociaux de la santé |
| EDS | : Enquête Démographique et de Santé |
| EICVM | : Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages |
| IB | : Initiative de Bamako |
| IBC | : Interventions à base communautaire |
| IGR | : Intervention à gain rapide |
| INSD | : Institut national des statistiques et de la démographie |
| IRA | : Infections respiratoires aiguës |
| MENA | : Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation |
| OBC-E | : Organisation à base communautaire d'exécution |
| OMD | : Objectifs du millénaire pour le développement |
| OMS | : Organisation mondiale de la santé |
| ONG | : Organisation non gouvernementale |
| PIB | : Produit intérieur brut |
| PNDS | : Plan national de développement sanitaire |
| PNS | : Politique nationale de santé |
| PNUD | : Programme des nations unies pour le développement |
| PSP | : Poste de santé primaire |
| PTF | : Partenaires techniques et financiers |
| SCADD | : Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable |

SNIS : Système national d'information sanitaire
SNPS : Stratégie nationale de promotion de la santé
SSP : Soins de santé primaires
TIC : Technologie de l'information et de la communication
URSS : Union des Républiques socialistes et soviétiques
VAR : Vaccin anti-rougeoleux
VIH-SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine-Syndrome de l'immuno-déficience acquise

INTRODUCTION

Les systèmes de santé ont longtemps mis l'accent sur les seuls soins préventifs et curatifs à travers les actes médicaux. Cette option a montré ses limites dans l'atteinte de l'amélioration de la santé et du bien-être, d'où la nécessité de repenser ces systèmes en s'appuyant sur le modèle global de la santé.

En rappel, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La promotion de la santé s'inscrit dans cet entendement.

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire, elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être (OMS, 1986). Dès lors, les déterminants sociaux de la santé (DSS) apparaissent comme les facteurs essentiels sur lesquels doivent porter les interventions en promotion de la santé.

Dans cette perspective, en 2008, le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (DSS)¹ a évoqué trois principes pour l'action à savoir : « (i) *l'amélioration des conditions de vie quotidiennes des populations, (ii) la lutte contre les inégalités dans la répartition du pouvoir et des ressources, (iii) la mesure et l'analyse de l'ampleur des problèmes* ».

Ces principes invitent à une vision holistique dans la résolution des problèmes de santé. C'est pourquoi il est nécessaire de se doter de politiques à même de répondre efficacement aux préoccupations des populations.

Fort de cela, le Burkina Faso a élaboré ce document de stratégie nationale de promotion de la santé (SNPS) pour contribuer à relever les défis en matière de développement. Son élaboration a suivi un processus participatif, en s'inspirant du guide méthodologique d'élaboration des politiques sectorielles du Burkina Faso². Il s'articule autour des principaux points suivants :

- la mission du secteur de la santé et rappel de la politique nationale de santé ;
- l'analyse de la situation de la promotion de la santé ;
- la vision, les fondements, et les principes directeurs ;
- les objectifs globaux et les orientations stratégiques ;
- les programmes;
- le financement de la stratégie nationale de promotion de la santé ;
- les mécanismes de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

¹ OMS ; Commission des Déterminants sociaux de la Santé (2008) : Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

² Ministère de l'économie et des finances. (2010). *Guide méthodologique d'élaboration des politiques sectorielles*.

I. MISSION DU SECTEUR DE LA SANTE ET RAPPEL DE LA PNS

Mission du secteur de la santé

La mission du secteur de la santé est centrée sur les attributions du Ministère de la santé telles que définies par le décret n°2013-104/PRES/PM du 7 mars 2013, portant attributions des membres du gouvernement et le décret n° 2013-404/PRES/PM/SGG-CM du 23 mai 2013 portant organisation type des départements ministériels.

Aux termes de ces décrets, le Ministère de la santé assure la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique du Gouvernement en matière de santé et de planification stratégique.

Toutefois, il est important de rappeler que la mission du secteur de la santé va au-delà du seul ministère en charge de la santé. En effet, le secteur est défini dans l'étude portant définition des secteurs de planification comme étant « *un domaine composite où interagissent un ensemble d'acteurs interdépendants concourant à réaliser des objectifs nationaux de développement* ».

Rappel de la politique nationale de santé

La vision de la santé découle de celle du Burkina Faso énoncée dans l'étude nationale prospective (ENP) « Burkina 2025 » « *une nation solidaire, de progrès et de justice qui consolide son respect sur la scène internationale* ». Cette vision de la santé se traduit comme étant « *le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant* ».

La PNS se fonde sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et des valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité, de redevabilité, d'éthique, de probité, de respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que de l'approche genre et de la bonne gouvernance.

Le but de la politique nationale de santé est de contribuer au bien-être des populations. Pour atteindre ce but, huit orientations stratégiques ont été retenues :

- le développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé ;
- l'amélioration des prestations de services de santé ;
- le développement des ressources humaines pour la santé ;
- la promotion de la santé et lutte contre la maladie ;
- le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
- l'amélioration de la gestion du système d'information sanitaire ;
- la promotion de la recherche pour la santé ;
- l'accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé vise les résultats suivants :

- le leadership et la gouvernance dans le secteur de la santé sont renforcés ;
- les services de santé sont plus performants et offrent des prestations de santé de meilleure qualité à toute la population aux différents niveaux du système de santé y compris au niveau communautaire ;
- les mortalités spécifiques sont réduites significativement par rapport à leur niveau de base renseigné par les données de l'enquête démographique et de santé (EDS) 2010.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé aura contribué à une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance, et à un meilleur bien-être des populations.

L'opérationnalisation de cette politique nationale de santé se fait à travers la déclinaison soit en politiques spécifiques, soit en programmes, soit en plans stratégiques. Au nombre de ces politiques, figure celle de la promotion de la santé qui inscrit la résolution des problèmes de santé au cœur de l'action concertée de plusieurs secteurs de développement.

II. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE

2.1. Contexte international

Après la Déclaration d'Alma Ata sur les SSP, en Union des Républiques socialistes et soviétiques (URSS) en 1978, la Charte d'Ottawa, proclamée à Ottawa au Canada, définit la promotion de la santé comme le « *processus qui confère aux populations, les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986)³. Ce référentiel de la promotion de la santé prévoit cinq (5) principales orientations stratégiques en vue de guider efficacement les nations désireuses de faire de la promotion de la santé, un cheval de bataille. Il s'agit de : (i) l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, (ii) la création d'environnements favorables à la santé, (iii) le renforcement de l'action communautaire, (iv) l'acquisition d'aptitudes et ressources individuelles, et (v) la réorientation des services de santé.

A la suite de la rencontre d'Ottawa, une série de conférences mondiales sur la promotion de la santé a été organisée sous l'initiative de l'OMS.

En 1988, lors de la conférence d'Adélaïde en Australie, il a été recommandé qu'il soit mis en place, des politiques publiques favorables à la santé.

³ OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première Conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa, Canada.

La Conférence de Sundsvall en Suède, en 1991 s'est attachée quant à elle, à mettre en exergue la nécessité de créer des milieux favorables à la santé, mettant ainsi en lumière le lien entre la santé et l'environnement.

Lors de la Conférence de Djakarta en Indonésie, en 1997, il a été énoncé les priorités⁴ en promotion de la santé, mais surtout les conditions des priorités d'adaptation de la promotion de la santé au 21^e siècle.

De son côté, la Conférence de Mexico (Mexique) en 2000, a invité les gouvernements à mettre l'accent sur le développement social et économique, l'équité et le support social comme des facteurs de protection.

En 2005, la Conférence de Bangkok en Thaïlande, a énoncé une deuxième charte dite « Charte de Bangkok » qui met l'accent sur l'action sur les DSS, en tenant compte du contexte de la mondialisation, des inégalités sociales et du partenariat public-privé. Par ailleurs, elle exhorte les gouvernements à allouer des ressources à la promotion de la santé, à établir des plans d'action et à en suivre l'exécution au moyen d'indicateurs et de cibles appropriés, afin de s'acquitter du devoir de redevabilité.

La Conférence qui s'est tenue en 2009 à Nairobi, au Kenya, a invité les gouvernements et leurs partenaires à l'action pour combler le fossé de la mise en œuvre en matière de promotion de la santé. Cette rencontre a été pour les gouvernements africains un appel à l'action sur les maladies transmissibles et non transmissibles par la promotion de la santé.

Lors de la Conférence de Helsinki en Finlande, en 2013, la pratique de la santé dans toutes les politiques nationales de santé a été rappelée.

D'une conférence à l'autre, des rencontres ou déclarations intermédiaires ont eu lieu soit pour opérationnaliser les orientations, soit pour prendre en compte le contexte sans cesse évolutif de la santé. Toute cette dynamique traduit une volonté manifeste des experts et des autorités gouvernementales issus de différents pays, de donner à la promotion de la santé sa place dans tout processus de développement de la personne.

2.2. Contexte régional

La 51^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Brazzaville au Congo en 2001, a adopté la résolution AFR/RC51/R4 portant stratégie régionale de promotion de la santé, en guise de riposte à l'émergence ou à l'expansion de maladies évitables par des actions de santé publique. Cette stratégie a pour objectif entre autres, d'élaborer des stratégies nationales comprenant des cadres de politiques et des plans d'action.

⁴Promouvoir la responsabilité sociale en matière de santé; accroître les investissements en faveur du développement sanitaire; renforcer et élargir les partenariats pour la santé; accroître les capacités communautaires et responsabiliser l'individu; mettre en place une infrastructure de promotion de la santé.

Selon le rapport⁵ sur la situation de la mise en œuvre de cette stratégie, des progrès ont été réalisés notamment la mise à disposition d'outils et de lignes directrices applicables à la promotion de la santé.

Cependant, ledit rapport a mis en évidence plusieurs lacunes à combler. Il s'agit notamment: (i) du faible leadership et de la faible impulsion donnée par les ministères de la santé en ce qui concerne la coordination intersectorielle des activités de promotion de la santé; (ii) du faible niveau d'implication de divers acteurs, en particulier la société civile et les communautés, dans les actions de plaidoyer visant à réglementer et à légiférer en faveur d'une bonne gouvernance sanitaire; (iii) de l'inadéquation des bases factuelles sur l'efficacité de la promotion de la santé; (iv) de l'absence d'un mécanisme de financement durable capable de soutenir les activités de promotion de la santé; et (v) de l'insuffisance d'une masse critique de praticiens de la promotion de la santé, y compris au niveau des communautés.

La déclaration de Ouagadougou sur les SSP et le renforcement des systèmes de santé en Afrique, stipule que « *les solides interrelations existant entre les déterminants de la santé, tels que le développement économique, la gouvernance, l'éducation, le genre, la sécurité alimentaire et la nutrition, l'environnement, la paix et la sécurité, soulignent la nécessité de s'attaquer aux déterminants de la santé en Afrique, en particulier dans les milieux pauvres en ressources où les inégalités en matière de santé et les problèmes d'accès aux soins de santé sont plus graves* » (OMS, 2008)⁶.

La déclaration de Libreville au Gabon sur la Santé et l'Environnement en Afrique vise à assurer la sécurité sanitaire à travers un environnement sain (OMS, 2008).

En 2012, à Luanda (République d'Angola), la 62^e session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la stratégie régionale de promotion de la santé révisée⁷. Réaffirmant le rôle d'encadrement du Ministère de la santé et l'importance de la multisectorialité, ladite stratégie prône la création de dispositifs viables de financement innovant de la promotion de la santé. Elle rappelle avec insistance la nécessaire implication des Etats membres pour assoir un dialogue social et intégrer la santé dans toutes les politiques.

⁵OMS (2011) *Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale de promotion de la santé*, 61^e Session du Comité régional de l'Afrique ; Yamoussokro (CI)- AFR/RC61/PR/4 du 5 juillet 2011,

⁶ OMS. (2008). *Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: réaliser de meilleurs résultats pour la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire*. 30 avril 2008.

⁷ OMS. (2012). *Stratégie de promotion de la santé de l'OMS pour la région africaine*. Soixante-deuxième session. Luanda, République d'Angola, 19–23 novembre.

2.3. Contexte national

2.3.1. Données générales

Pays enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso couvre une superficie de 274 200 km². Le climat est de type tropical avec une saison pluvieuse de mai à septembre et une saison sèche d'octobre à avril. On note un phénomène croissant de déforestation et de désertification lié aux changements climatiques et à la pression de l'homme sur la végétation.

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes dont 49 communes urbaines, et compte 8228 villages (INSD, 2006)⁸.

Avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%, la population totale du Burkina Faso est estimée à 17 322 796 habitants en 2013. Cette population est en majorité jeune. En effet les adolescents et les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent 32,5 % de cette population. Le taux brut de natalité est de 46‰. L'indice synthétique de fécondité est de 6,0 enfants par femme selon l'EDS IV. Le taux global de fécondité générale est de 195‰ tandis que le taux de mortalité en baisse continue est de 11,8‰ (INSD, 2006).

La frange féminine représente 51,7% de la population globale qui est constituée de 46,4% de jeunes de moins de 15 ans, 17,38% d'enfants de moins de cinq ans et 23,56% de femmes en âge de procréer. L'espérance de vie à la naissance est passée de 32 ans en 1960 à 56,7 ans en 2006 (INSD, 2008), soit une augmentation de 24,7 ans. La majorité de la population vit en milieu rural et le pays compte environ 67 groupes ethnolinguistiques. Les principales religions sont l'islam (60,5%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%) (INSD, 2006). Le Burkina Faso est un pays de fortes migrations internes et surtout externes. Les récentes crises sociopolitiques dans les pays voisins ont drainé un flux important de réfugiés à l'intérieur du Burkina Faso, augmentant les besoins en santé, en éducation et en alimentation.

Au plan économique, le taux de croissance annuel du PIB était de 5,2% en 2010 contre 3,2% en 2009. Cette performance est imputable au dynamisme d'ensemble des trois secteurs primaire, secondaire et tertiaire. Selon le Programme des nations unies pour le développement (PNUD, 2013), l'indice de développement humain du Burkina Faso est 0.343, classant le pays au rang de 183^e sur 186. Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par personne et par an et la proportion de la population vivant en dessous de ce seuil de 43,9%. Cette pauvreté est plus marquée en milieu rural (50,7%) qu'en milieu urbain (19,9%) (EICVM-2009) et affecte particulièrement les enfants (45,3%) et les femmes (47,1%) (INSD-2011). Les écarts détermineraient la persistance des inégalités d'accès aux soins de santé.

⁸ Institut National de Statistiques et de la Démographie du Burkina Faso (INSD). (2006). *Recensement général de la Population et de l'Habitat*.

L'économie est dominée par les activités de subsistance avec un PIB relativement bas se traduisant par la pauvreté de la majorité des populations. La majorité de la population reste analphabète (71,3%).

En ce qui concerne l'éducation, le taux brut de scolarisation est passé de 45,9% en 2000-2001 à 79,6 % en 2011-2012. Le taux net de scolarisation était de 62,2%. Les indices de parité filles/garçons étaient de 0,98 pour le niveau d'admission et de 0,96 pour le niveau de scolarisation. (MENA⁹, 2012). Selon la même source, le taux d'achèvement scolaire est de 55,1%. Quant au taux d'alphabétisation, il est de 28,7% (INSD, 2007)

Pour ce qui est de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la volonté politique a été un facteur déterminant qui a permis de progresser significativement. En effet, le pays a adopté en décembre 2006 un Programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement (PN-AEPA) à l'horizon 2015. Selon le rapport grand public 2012, de 2007 à 2012, le taux d'accès à l'eau potable en milieu rural est passé de 52,8% à 63%. En milieu urbain, il est passé de 68% à 83%. S'agissant de l'assainissement des eaux usées et excréta, le taux d'accès à l'assainissement amélioré a augmenté, de 0,8% en 2010 à 3% en 2012 en milieu rural et en milieu urbain il est passé de 15% en 2007 à 27% en 2012.

En termes d'indicateurs de santé, la mortalité générale est de 11,8%. Pour les mortalités spécifiques, celle infanto-juvénile a diminué de 32% entre 2003 et 2010, passant de 184 à 129‰. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 484 à 341/100.000 naissances vivantes selon l'EDS IV. Selon l'annuaire statistique 2012 du Ministère de la santé, le profil épidémiologique est dominé par les endémo-épidémies y compris le VIH/SIDA. Les maladies les plus meurtrières sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques.

Dans le domaine de la nutrition, les efforts faits pour la prise en charge de la malnutrition aiguë et l'alimentation du nourrisson et de jeune enfant de même que la lutte contre les carences en micronutriments ont permis de faire baisser les prévalences des malnutritions. En effet, entre 2008 et 2013, la prévalence de la malnutrition aiguë est passée de 12,4% à 8,2% et la malnutrition chronique est passée de 41% à 31,5% ; en 2013, l'insuffisance pondérale est de 21%¹⁰.

Par ailleurs, on assiste à une émergence de maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle le diabète, les cancers et les cardiopathies. Ces pathologies pourraient être sous-tendues par les facteurs communs de risque au nombre desquels on peut citer le tabagisme, l'alcoolisme, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité. En 2011, l'OMS-Burkina estimait à 21% la mortalité proportionnelle des MNT. La même source indique que les prévalences estimées du surpoids et de l'obésité étaient respectivement de 12,5% et de 2,3% en 2008.

⁹ Ministère de l'Éducation nationale et de l'alphabétisation (MENA), (2012) ; Annuaire statistique de l'éducation nationale

¹⁰Ministère de la Santé. (2013). Enquête Nationale de Nutrition. Direction de la Nutrition

Globalement, la situation sanitaire est marquée par la faible performance du système de santé. Elle se traduit par une morbidité et une mortalité toujours élevées dans un contexte de persistance des comportements à risque pour la santé.

2.3.2. Cadre institutionnel

Le système de santé comprend une organisation administrative et une organisation de l'offre de soins.

L'organisation administrative du système de santé s'articule autour de trois niveaux : (i) le niveau central représenté par le cabinet du Ministre, le Secrétariat général et les structures centrales ; ce sont les organes de décisions politiques et les instances d'appui technique et stratégique aux régions; (ii) le niveau intermédiaire correspondant aux directions régionales de santé assure un appui technique aux districts et coordonne les activités de santé dans la région; et (iii) le niveau périphérique représenté par le district sanitaire, exécute et assure le suivi des programmes de santé.

Les réformes récemment opérées au niveau du Ministère de la santé ont abouti à la création d'une Direction en charge de la promotion de la santé (DPS) par décret N°2013-926/PRES/PM/MS portant organisation du ministère de la santé du 10 octobre 2013.

Du point de vue de l'offre des soins de santé, le système est organisé en trois sous-secteurs : public, privé et traditionnel.

Le sous-secteur public, a une organisation pyramidale et comprend trois niveaux :

- le 1^{er} niveau, représenté par le district sanitaire, est subdivisé en deux échelons : (i) Le premier échelon, le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et le centre médical, constituent la porte d'entrée du système de santé. On y dispense un paquet minimum d'activités composé de soins curatifs, préventifs, réadaptatifs et promotionnels ;(ii) Le deuxième échelon, le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) ou hôpital de district, vient en complément au premier échelon en dispensant le paquet complémentaire d'activités.
- le 2^{ème} niveau de soins est représenté par le centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA.
- le 3^{ème} niveau, le plus élevé, assure des soins spécialisés. Il est composé de centres hospitaliers universitaires (CHU) et d'un hôpital national.

Le sous-secteur sanitaire privé (principalement présent dans les grandes villes) est en pleine expansion tout comme le sous-secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

Les évacuations sanitaires à l'extérieur du pays complètent l'offre de soins.

2.3.3. Cadre législatif et réglementaire

D'une manière globale, il existe des textes de référence qui règlementent les interventions de promotion de la santé. On peut noter essentiellement :

- la Constitution qui confère aux burkinabés une égalité de jouissance des droits civiques, sociaux et politiques ;
- la Loi n° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la Santé publique qui définit en son article premier, les droits et les devoirs inhérents à la protection et à la promotion de la santé dont il reconnaît l'objectif comme étant de donner à l'individu et à la collectivité un niveau de santé qui lui permette de mener une vie socialement acceptable, économiquement productive.
- la Loi n°043/96/ADP du 13 novembre 1996 portant Code pénal qui en ses articles 380 et 381, réprime le fait de porter atteinte à l'organe génital de la femme par ablation, excision, infibulation, insensibilisation ou par tout autre moyen ;
- la Loi N°022-2005/AN du 24 Mai 2005 portant code de l'hygiène publique au Burkina Faso qui consacre une part importante à la promotion de la santé en responsabilisant les collectivités territoriales dans la gestion des déchets solides et la création de la police de l'hygiène publique ;
- la loi N° 049-2005/AN du 21 décembre 2005 portant santé de reproduction qui protège les individus contre la propagation consciente des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH-SIDA ;
- la loi N°030-2008/ AN du 20 mai 2008 portant lutte contre le VIH/SIDA et la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA, elle prévoit des dispositions condamnant les actes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA afin de leur garantir une place dans la vie sociale.
- la Loi 040-2010/AN du 25 novembre 2010 portant lutte contre le tabac au Burkina Faso et ses textes d'application qui protège les enfants et les autres individus fragiles contre l'absorption passive de la fumée provenant de la combustion du tabac ;
- la Loi n°006 /2013/AN du 02 avril 2013 portant code de l'environnement ; faisant une halte sur la nécessité de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'élimination des déchets urbains en collaboration avec les municipalités ;
- le décret n° 2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 3 mars 2009 portant transfert de compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé ;le décret 2009-269/PRES/PM/MS/MEF du 4 mai 2009 portant sur la contractualisation des activités de santé avec les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations à base communautaire d'exécution (OBC-E).

Il est important de noter toutefois une insuffisance dans l'application de ces textes.

2.3.4. Analyse des déterminants sociaux de la santé

Selon l'OMS (2008), les DSS sont « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». A l'origine de toutes les inégalités sociales de santé, les DSS sont décrits comme des facteurs dont le contrôle permet de rétablir l'équilibre à tous les niveaux. De manière pratique, les DSS peuvent être distingués en trois groupes : les environnements, les habitudes de vie et comportements, et les services de santé.

En rapport avec les environnements, on distingue, l'environnement physique, l'environnement socioéconomique, l'environnement législatif et l'environnement culturel.

Relativement à l'environnement physique, on peut mentionner l'insalubrité prononcée dans les villes et les campagnes. Les travaux d'intérêt commun qui comprennent le nettoyage, la collecte et l'élimination des déchets urbains ne retiennent pas suffisamment l'attention des collectivités territoriales, de la société civile, des communautés et des familles. On note également une insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux et industriels. En dépit de l'existence de schémas directeurs de gestion des déchets solides et des plans stratégiques de gestions des ordures ménagères dans quelques grandes villes du pays, il est nécessaire de renforcer la lutte contre l'insalubrité.

Pour les nuisances telle que la pollution atmosphérique, notre pays est en proie à des difficultés. En effet, une étude sur la qualité de l'air qui a été conduite dans la ville de Ouagadougou en 2007, a révélé que les concentrations pour les polluants mesurés (SO₂, NO, poussières en suspension, CO₂) ont affiché des valeurs préoccupantes. Les poussières émises restent la pollution principale de la ville avec une concentration moyenne journalière de 176µg/m³ et des pics pouvant atteindre 600µg/m³ contre une norme OMS de 70µg/m³. Cette pollution est responsable d'environ 15% d'augmentation des maladies respiratoires.

Pour ce qui concerne les ouvrages d'assainissement des eaux usées et excréta, leur réalisation a connu un essor ces dernières années avec la mise en œuvre de la politique et des stratégies en matière d'assainissement. Toutefois, on note une faible utilisation et un mauvais entretien de ces ouvrages aussi bien au niveau des ménages que dans les lieux publics (écoles, centres de santé, marchés, gares...).

La gestion des eaux pluviales est lourdement compromise par l'insuffisance des ouvrages d'assainissement autonomes et collectifs et l'incivisme des riverains qui font des caniveaux collecteurs, des dépotoirs d'ordures.

C'est dans ce contexte que le ministère de la santé à travers des programmes spécifiques, lutte sans relâche contre des fléaux tels le paludisme, les épidémies de choléra et les autres maladies transmissibles. Malgré tout, on assiste à une

persistance des maladies endémo-épidémiques. Dès lors, il convient de partager cette pensée d'un célèbre spécialiste de santé publique qui disait : « *il ne sert à rien de soigner les gens s'ils doivent retourner dans les milieux qui les ont rendus malades*¹¹ ».

Les lois portant Code de l'environnement et Code de l'hygiène publique prévoient qu'un soin particulier soit apporté à l'environnement physique afin de le rendre propice à la vie et à l'épanouissement de l'homme. Malheureusement, la mise en œuvre de certaines dispositions de ces lois connaît des insuffisances au nombre desquelles on peut retenir la non effectivité de la mise en place des démembrements des organes déconcentrés du conseil national de l'hygiène publique (CNHP) et de la police de l'hygiène.

L'environnement socioéconomique est marqué par une pauvreté, un chômage, et un sous-emploi structurels. Par ailleurs, le manque d'autonomie financière de certains groupes vulnérables ainsi que l'absence de mesures protectrices spécifiques, limitent l'accès aux soins de santé de qualité. Pour cela, des efforts sont consentis dans le sens de l'amélioration des conditions de vie des populations, notamment par la création de fonds d'appui aux petites et moyennes entreprises, l'accroissement de micro-financements, le développement des activités génératrices de revenus et la lutte contre le chômage. Mais ces actions restent insuffisantes.

Sur le plan éducatif, le Burkina Faso connaît des avancées significatives depuis la dernière décennie. Toutefois, beaucoup reste à faire pour atteindre l'objectif de l'éducation pour tous et de l'alphabétisation fonctionnelle.

Par ailleurs, force est de constater que l'accroissement démographique contribue à ralentir les efforts entrepris par le gouvernement et les partenaires au développement.

Les habitudes de vie et comportements sont influencés par des pesanteurs socioculturelles fortement ancrées dans les us et coutumes. La faible connaissance des modes d'installation et des moyens de préventions de la maladie ainsi que la faible appréciation des conséquences de ces affections constituent des facteurs prédisposant l'individu à des comportements à de risques pour la santé. Selon l'EDVS IV, 75% des ménages disposent d'un endroit pour se laver les mains. Cependant, 46 % ne disposaient ni d'eau, ni de savon, ni d'un quelconque produit nettoyant. Seulement 15 % des ménages disposent de toilettes améliorées et non partagées (42 % en milieu urbain et 6 % en milieu rural). La proportion des mères et gardiennes d'enfants qui utilise les toilettes ou latrines comme moyen pour se débarrasser des selles est de 0,9%.

¹¹Michael Marmot, OMS, 2006

Au cours de ces dernières années, on assiste à l'émergence de certaines pathologies tels le diabète, l'asthme et l'hypertension artérielle. Quoiqu'ayant une base biologique, ces pathologies sont en grande partie favorisées par les habitudes et modes de vie. Par ailleurs, les choix alimentaires, la consommation de la drogue, du tabac et d'autres substances addictives ainsi que l'abus de l'alcool sont autant de fléaux qui minent la santé de la jeunesse.

Cet état de fait est souvent renforcé par les comportements peu recommandés des professionnels et de certaines personnes « modèles » de la communauté.

Des efforts importants ont été engagés, notamment en matière de communication pour le changement de comportement (CCC) en vue de pallier les insuffisances de connaissances et promouvoir l'adoption d'habitudes de vie saines. Toutes ces actions éducatives ne parviennent pas jusque-là à inverser les tendances.

De manière spécifique, des milieux tels que les écoles, les universités, les lieux de travail, les établissements pénitentiaires ne font pas suffisamment l'objet de diagnostic participatif à l'effet d'engager des processus concertés de planification et de mise en œuvre d'actions visant la restauration et le maintien de la santé.

Les services de santé. Il est important de noter que le système actuel ne prend pas suffisamment en compte le niveau communautaire comme partie intégrante. Toute chose qui rend difficile, la coordination des interventions à base communautaire et leur valorisation dans la dynamique d'amélioration de la santé.

Les prestations de soins telles qu'assurées ne facilitent pas une pleine participation du patient et de la communauté à la recherche et au maintien de la santé. La communication soignant-soigné reste insuffisante et les soins sont quasiment centrés sur la maladie, omettant souvent de prendre en compte l'ensemble des déterminants pour aboutir à une santé durable.

Le ministère de la santé s'est doté d'un système de santé intégré qui prend en compte tous les trois sous-secteurs (public, privé et traditionnel) ainsi que d'une réforme hospitalière et d'un mécanisme de contractualisation avec la société civile à travers les interventions à gain rapides (IGR). Malgré tout cela notre système de santé connaît encore des insuffisances tant aux niveaux organisationnel, de la collaboration intersectorielle que de la participation communautaire.

Certaines insuffisances constatées dans nos services tels que l'insalubrité, le faible développement du volet promotion sociale et la faible participation communautaire constituent aussi des facteurs défavorables à la santé.

2.3.5. Analyse des stratégies antérieures

Le Burkina Faso a adopté, le 14 mars 1979, les SSP comme la stratégie de développement de la santé. Cette stratégie vise la promotion de la santé des populations en donnant à l'individu, à la famille et à la collectivité la responsabilité de sa santé, avec le soutien du système national de santé. Elle peut se définir comme un ensemble de prestations préventives, promotionnelles, curatives et réadaptatives qui visent à élargir l'accès aux soins de santé à tous. Les actions des structures chargées de la mise en œuvre de la stratégie de la promotion de la santé étaient limitées à l'information, l'éducation et la communication.

L'année 1985, a vu la mise en place des postes de santé primaires (PSP) qui représentaient le premier niveau du système de santé et étaient tenus par des agents de santé communautaires (ASC) dont un agent de santé villageois (ASV) et une accoucheuse villageoise (AV). Cependant, la stratégie n'a pas connu le succès escompté à cause de l'insuffisance de communication, de l'absence d'étude de faisabilité et de motivation avant son implémentation. .

L'initiative de Bamako (IB) (OMS, 1989)¹² adoptée par le Burkina Faso en juillet 1993 a permis de renforcer les SSP, à travers la déconcentration du système de santé, l'autonomie de gestion octroyée aux formations sanitaires et la mise en place du système de recouvrement des coûts considéré comme l'élément central de la participation communautaire. Les populations participent ainsi à la gestion des formations sanitaires, par l'entremise des comités de gestion (COGES) qui sont devenus des auxiliaires importants du système de santé. Cependant, le fonctionnement de ces comités ne se limite qu'à la gestion financière. Ainsi, le recouvrement des coûts a pris le pas sur l'habilitation des individus, des familles et des communautés, et du coup sur l'équité d'accès aux soins de santé.

Depuis les années 80, des actions de promotion de la santé sont intégrées dans de nombreux programmes de santé:

- dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, de nombreuses actions ont été entreprises et ont permis d'améliorer les principaux indicateurs amenant les taux de mortalité maternelle et néonatal respectivement de 484 décès en 1998 à 341 décès pour cent mille naissances vivantes en 2010 et de 31 décès en 1998 à 28 décès pour mille naissances vivantes en 2010 selon les EDS 1998 et 2010. L'implication des acteurs communautaires (ONG, associations, agents de santé à base communautaire), des leaders coutumiers et religieux, des autorités politiques et administratives a été déterminante.
- les efforts faits, pour la prise en charge de la malnutrition aiguë et l'alimentation du nourrisson et de jeune enfant de même que la lutte contre les carences en

¹² Organisation mondiale de la santé (OMS). (1989). *Relance des SSP : Initiative de Bamako*.

micronutriments ont permis de baisser les prévalences des malnutritions. En effet, entre 2008 et 2013, la prévalence de la malnutrition aiguë est passée de 12,4% à 8,2% et la malnutrition chronique est passée de 41% à 31,5%.

- le programme élargi de vaccination est également conduit avec succès, faisant passer le taux de couverture en DTCP 3 entre 2000 et 2012, de 54% (Données des formations sanitaires) à 102,9% (annuaire statistique 2012). Pour la même période, la couverture en vaccin anti-rougeoleux (VAR) est passée de 56,17% à 100,2% en 2012 selon les mêmes sources;
- dans le cadre de la lutte contre le VIH-SIDA, on peut rappeler avec satisfaction que, la multisectorialité, la combinaison des stratégies et la simultanéité ont été des touches particulières ayant permis à notre pays de ramener la séroprévalence de 7,17% en 1997 à 1,12% en 2012 selon l'ONUSIDA;
- dans les domaines de traitement de masse des maladies tropicales négligées, pour ce qui est de la filariose lymphatique, celui-ci a été arrêté dans 39,92% des districts sanitaires du pays pour raison d'interruption de la chaîne de transmission. En outre, les populations bénéficient régulièrement de traitement de masse contre la schistosomiase, des vers intestinaux ;
- dans le domaine de la lutte contre le ver de Guinée, le Burkina Faso a obtenu la certification de son éradication.
- dans le domaine de la lutte contre le paludisme et la tuberculose, des programmes spécifiques existent et développent des stratégies à base communautaire,
- en matière de lutte contre certaines maladies épidémiques comme la méningite, le choléra, la fièvre jaune ; des résultats encourageants ont été obtenus ;
- dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, des résultats ont été enregistrés en termes de réglementation de l'usage du tabac et de sensibilisation des populations. C'est un bel exemple de promotion de la santé au Burkina Faso dans la mesure où la commémoration de la Journée y relative voit une forte implication des organisations de la société civile ;
- l'approche contractuelle a été développée dans les régions sanitaires avec une forte implication des ONG et associations pour l'atteinte des objectifs de santé ;
- la médecine traditionnelle a été promue à travers l'organisation et l'accompagnement des tradipraticiens de santé dans le cadre de la collaboration entre les médecines moderne et traditionnelle.

2.3.6. Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la promotion de la santé

L'analyse de la situation fait ressortir d'une part des forces et des faiblesses et d'autre part des opportunités et des menaces qui se résument ainsi qu'il suit :

Forces

Parmi les facteurs favorables à la promotion de la santé, on peut citer entre autres :

- la volonté politique en faveur de la promotion de la santé ;
- l'existence d'une direction chargée de la promotion de la santé ;

- le transfert de compétences et de ressources de l'Etat aux collectivités territoriales dans le domaine de la santé dans le cadre de la communalisation intégrale;
- l'existence d'un secteur privé de santé dynamique ;
- la mise en œuvre d'une politique de contractualisation des interventions à base communautaire;
- l'existence d'expériences réussies en matière de promotion de la santé dans les domaines de lutte contre les maladies transmissibles et endémo-épidémiques (IST/VIH/SIDA, tuberculose, ver de Guinée, paludisme, filariose lymphatique, maladies cible du PEV, etc.) ;
- l'existence de réseaux sociaux, d'ONG et d'associations intervenant dans le domaine de la santé;
- l'accompagnement des partenaires techniques et financiers (PTF) pour le développement des interventions à base communautaire (IBC) dans le domaine de la santé.

Faiblesses

Au nombre des faiblesses, on peut retenir entre autres :

- l'insuffisance de coordination des interventions de promotion de la santé dans les différents programmes et projets des secteurs de développement ;
- l'insuffisance d'intégration des prestations ainsi que des données sanitaires du secteur privé de santé y compris la médecine et la pharmacopée traditionnelles ;
- l'insuffisance de la prise en compte systématique du volet communautaire dans le système d'information sanitaire ;
- la faible promotion de la pratique de l'activité physique ou sportive de maintien ;
- la faible participation communautaire dans la gestion des problèmes de santé ;
- l'insuffisance de personnes ressources formées en promotion de la santé ;
- l'insuffisance dans l'application des lois et textes en faveur de la santé ;
- la faible autonomisation financière des populations pour le choix des soins de santé ;
- la faible accessibilité des populations à l'eau potable et à l'assainissement de base ;
- le faible niveau d'alphabétisation des populations.

Opportunités

Pour ce qui est des opportunités, on note :

- l'importance accordée à la promotion de la santé dans la perspective de l'agenda post 2015 ;
- la création d'un département chargé de la promotion de la santé à l'OMS AFRO ;
- l'existence de bases factuelles en matière de promotion de la santé à l'échelle internationale;
- l'existence d'une stratégie régionale de promotion de la santé dans la région Africaine de l'OMS;
- l'existence d'un cadre régional de formation en promotion de la santé.

Menaces

Les menaces qui pèsent sur la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé sont :

- les crises institutionnelles aux plans régional et international;
- la survenue de catastrophes ;
- la non application de la Déclaration de Paris.

2.4. Problèmes prioritaires

Sur la base des insuffisances/faiblesses découlant de l'analyse, les problèmes prioritaires suivants ont été retenus:

- les environnements socio-économique, physique et législatif sont peu favorables à la santé ;
- le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les DSS reste faible;
- la participation communautaire et les interventions à base communautaire sont insuffisantes ;
- l'offre de services en faveur de la promotion de la santé est insuffisante.

Problème prioritaire n°1

Les environnements socio-économique, physique et législatif sont peu favorables à la santé. Cette situation se caractérise par une extrême pauvreté des populations, un cadre de vie peu salubre, des conditions climatiques peu favorables et des textes législatifs et réglementaires peu appliqués. Cela est lié à la faiblesse des revenus, du niveau d'instruction et du taux d'alphabétisation des populations. Il y a aussi l'action négative de l'Homme sur l'environnement, le faible niveau d'assainissement, l'insuffisance des textes et leur méconnaissance par les populations. Les conséquences qui en découlent sont la persistance/émergence de certaines maladies transmissibles et non transmissibles et le risque élevé de morbidité et de mortalité dans un contexte déjà précaire.

Problème prioritaire n°2

Le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les DSS reste faible; cela se traduit par une insuffisance de prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles. Cette situation est due essentiellement à l'insuffisance de compétences en promotion de la santé. Il en résulte une faible, voire une absence d'intégration du volet santé dans les missions des autres secteurs, la persistance et la recrudescence des cas morbides et une mortalité toujours élevée.

Problème prioritaire n°3

La participation communautaire et les interventions de santé à base communautaire sont insuffisantes. Cela se manifeste par une insuffisante couverture en IBC et une faible appropriation des IBC par les populations. Cette situation s'explique par : (i) une faible compétence des ASBC, (ii) une inadéquation du profil et une absence des mécanismes harmonisés de motivation des ASBC, (iii) une faible couverture de l'approche de contractualisation, (iv) une faible implication des populations dans la gestion de leur propre santé, (v) une faible pérennisation des actions et (vi) une insuffisance dans la coordination des interventions de santé à base communautaire des différents projets et programmes de développement.

Il en résulte une insuffisance dans l'offre, l'accès, l'utilisation des services de santé à base communautaire (SBC) de qualité et la création des conditions favorables à la santé au niveau communautaire, se traduisant par une morbidité et une mortalité élevées au sein des populations.

Problème prioritaire n°4

L'offre de services en faveur de la promotion de la santé est insuffisante. En effet, le système de santé met plus l'accent sur les soins préventifs et curatifs. Cela s'explique d'une part, par une faible intégration des actions de promotion de la santé aux services de santé offerts aux populations et d'autre part, par une faible participation autonomisante de celles-ci et une insuffisance de données probantes en matière de promotion de la santé. Il en résulte une faible performance du système de santé dans l'amélioration de l'état de santé des populations.

III. FONDEMENTS, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

3.1. Fondements

La stratégie nationale de promotion de la santé trouve ses fondements dans plusieurs Chartes, déclarations et des documents de référence.

On peut citer entre autres, la Déclaration d'Alma Ata sur les SSP, les Chartes d'Ottawa et de Bangkok sur la promotion de la santé, la déclaration du Millénaire

sur les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)¹³ et le rapport de la Commission sur les DSS.

Elle s'appuie également sur des textes fondamentaux proclamés à l'échelle sous régionale africaine comme la Déclaration d'Addis-Abeba sur la santé communautaire (OMS, 2006)¹⁴, la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement, et de Ouagadougou sur les SSP et les systèmes de Santé en Afrique. Les stratégies africaines relatives à l'action sur les principaux DSS et sur la promotion de la santé.

Au niveau national, la stratégie nationale se fonde sur des référentiels tels que la Constitution l'étude nationale prospective Burkina 2025, la SCADD, la Politique nationale de santé et le PNDS.

3.2. Vision

La vision de la stratégie nationale de promotion de la santé se décline comme suit : « un bien-être des populations à travers un environnement propice à la santé, l'adoption de modes individuels de vie sains et l'offre de services de santé à base communautaire performante».

3.3. Principes Directeurs

La SNPS est basée sur les principes tels que définis dans les documents fondamentaux qui orientent la promotion de la santé.

3.3.1. Équité en santé

Elle requiert l'adaptation des interventions aux besoins des bénéficiaires notamment les personnes les plus pauvres/vulnérables. Elle nécessite également une répartition adéquate des ressources permettant l'adoption de modes de vie sains et l'amélioration des conditions de vie favorables à la santé pour tous.

3.3.2. Participation universelle

Les individus, les familles et les communautés doivent s'engager pour exercer un contrôle sur les facteurs qui influencent leur santé. La participation est efficace lorsque les citoyens déterminent eux-mêmes leurs besoins communs, exercent un contrôle sur les activités qu'ils choisissent et en assument le leadership.

Ce principe est la clé de réussite des programmes de promotion de la santé.

¹³Organisation des Nations Unies. (2000). Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Sommet du Millénaire, 6 au 8 septembre, New-York.

¹⁴ ONUSIDA, UNICEF, Banque mondiale & OMS (OMS). (2006). *Déclaration d'Addis-Abeba sur la santé communautaire dans la région africaine*. Conférence internationale conjointe sur la santé communautaire. Addis Abéba, 20 au 22 novembre.

3.3.3. Empowerment

L'empowerment ou l'habilitation favorise l'appropriation des actions de santé par les individus et la communauté et garantit leur pérennité. Lorsque ces derniers disposent de pouvoir pour agir, ils prennent conscience de leurs responsabilités dans la promotion de leur propre santé, se mobilisent et s'approprient les initiatives qui améliorent leur santé. Ils sont aussi capables de faire valoir leurs droits à la santé auprès des décideurs de santé, de manière organisée et constructive, à travers une recherche constante de l'amélioration du fonctionnement des services de santé.

3.3.4. Collaboration et partenariat

La collaboration intra-sectorielle et intersectorielle renvoie au recours à plusieurs approches pour résoudre les grands problèmes liés aux DSS qui sont de nature multifactorielle. Elle stimule la création d'alliances et de partenariats entre plusieurs secteurs de développement ou entre différents individus qui travaillent ensemble pour trouver des solutions aux problèmes communs liés à ces DSS. La collaboration offre ainsi l'avantage d'une vision plus holistique de la santé sous le leadership du ministère en charge de la santé.

3.3.5. Droits de l'homme et justice sociale

Ce principe reconnaît la santé comme un droit commun à tous les individus. Il implique le respect de la diversité, combat les inégalités et protège toutes les couches sociales contre la stigmatisation, le harcèlement, l'exclusion sociale et les préjugés socioculturels basés sur le genre.

IV. OBJECTIFS DE LA STRATEGIE NATIONALE PS

La stratégie nationale de promotion de la santé se propose comme objectifs de :

- améliorer les modes et les conditions de vie,
- développer le leadership du secteur de la santé en matière d'action sur les DSS
- renforcer l'action communautaire pour la promotion de la santé,
- renforcer l'offre de services en faveur de la promotion de la santé.

V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La stratégie nationale de promotion de la santé repose principalement sur deux orientations stratégiques qui sont :

- l'amélioration des modes et des conditions de vie ;
- le renforcement du leadership, de l'action communautaire et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé.

Ces orientations stratégiques contribueront de façon importante à l'amélioration de la santé des populations. Avec la participation active de toutes les parties prenantes, leur mise en œuvre devrait contribuer à l'accélération de l'atteinte des OMD et de l'agenda post-2015.

5.1. Amélioration des modes et des conditions de vie

Cette orientation alliera la communication, la mobilisation sociale, le plaidoyer et des actions d'hygiène et d'assainissement ainsi que les interventions visant l'amélioration du statut socioéconomique et du cadre de vie des populations. A cette fin, un partenariat actif avec les autres secteurs sera développé. En outre, il s'agira d'appuyer l'application des dispositions légales et réglementaires favorables à la santé en rapport notamment avec la sécurité civile et la protection de l'environnement, l'utilisation et la consommation des produits prohibés, la promotion des droits humains, etc.

5.2. Renforcement du leadership, de l'action communautaire et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé

Le leadership s'opérera à travers le renforcement du rôle d'encadrement du Ministère de la santé en matière de coordination et de plaidoyer en vue de la prise en compte de la santé dans toutes les politiques sectorielles.

Le renforcement de l'action communautaire implique une couverture nationale adéquate en services de santé à base communautaire et la disponibilité des ressources humaines performantes et motivées. Avec un cadre institutionnel et réglementaire approprié et la participation active de la communauté et des partenaires au développement, la mise en œuvre de cette orientation constitue un moyen d'accélérer l'atteinte des OMD et de l'agenda post 2015. Il s'agira de stimuler l'auto-assistance, le soutien social et d'instaurer des systèmes appropriés susceptibles de renforcer la participation de la communauté pour un meilleur contrôle sur la santé.

Le renforcement des services de santé consiste à une meilleure intégration du secteur privé de santé y compris la médecine et pharmacopée traditionnelles ainsi qu'en la prise en compte du niveau communautaire comme partie intégrante du système de santé. Cela contribuera à une meilleure organisation des SBC à travers la participation de la communauté à la détermination des priorités, à la planification, à la mise en œuvre des actions communautaires, au suivi-évaluation et à la prise de décisions.

La présente orientation implique un changement d'attitudes et d'organisation des services de soins pour prendre en considération les besoins essentiels de la population en matière de santé à tous les niveaux du système.

VI. PROGRAMMES

Dans le but d'atteindre les objectifs globaux de la SNPS, quatre (04) programmes seront mis en œuvre dont les deux premiers et les deux derniers relèvent respectivement des orientations stratégiques 1 et 2.

- **Programme 1** : le développement des aptitudes individuelles favorables à la santé ;
- **Programme 2** : la création d' environnements favorables à la santé ;
- **Programme 3** : le renforcement de la participation communautaire et des interventions à base communautaire
- **Programme 4** : le renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé .

6.1. Programme 1 : Développement des aptitudes individuelles favorables à la santé.

Ce programme comprend les axes d'intervention suivants:

- Le renforcement de la communication, de la mobilisation sociale et du plaidoyer;
- Le renforcement des capacités des acteurs.

6.1.1. *Renforcement de la communication, de la mobilisation sociale et du plaidoyer*

Cet axe consiste à : (i) élaborer et mettre en œuvre des plans de communication en appui aux programmes ; (iv) développer des supports et matériels de communication ; (ii) développer des interventions de promotion de la santé en milieux ciblés ; (iii) renforcer l'utilisation des médias classiques et les technologies de l'information et de la communication (TIC) en faveur de la promotion de la santé.

6.1.2. *Renforcement des capacités des acteurs*

Ce renforcement consiste à : (i) intégrer dans les curricula de formation des acteurs, des modules sur la promotion de la santé; (ii) renforcer les compétences des acteurs par les formations continue et diplômante (iii) renforcer l'équipement des acteurs (iv) promouvoir les échanges d'expériences nationales et internationales.

6.2. Programme 2 : Création d' environnements favorables à la santé

La mise en œuvre de ce programme passe par deux axes d'intervention qui sont:

- l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement en milieux de vie et de travail ;
- le développement de partenariats multisectoriels.

6.2.1. Amélioration de l'hygiène et de l'assainissement en milieux de vie et de travail

Il s'agira ici de : (i) développer les compétences en matière d'hygiène publique ; (ii) promouvoir l'hygiène des cadres de vie et de travail ; (iii) promouvoir la gestion adéquate des déchets (biomédicaux, industriels, ménagers, etc.) ; (iv) renforcer les capacités opérationnelles des organes du CNHP ; (v) développer des actions sectorielles d'adaptation aux changements climatiques ; (vi) contribuer à la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement, (vii) améliorer la qualité et la sécurité sanitaire des aliments.

6.2.2. Développement de partenariats multisectoriels

Cet axe permettra de : (i) promouvoir l'autonomie financière des couches vulnérables ; (ii) promouvoir la pratique de l'exercice physique et du sport de maintien, (iii) promouvoir la sécurité routière , (iv) promouvoir l'éducation pour tous et l'alphabétisation fonctionnelle, (v) accompagner l'assurance maladie universelle, (vi) promouvoir les droits humains et l'éducation civique, (vii) renforcer le cadre législatif et réglementaire en faveur de la santé ; (viii) renforcer la résilience des individus et des communautés ; (ix) promouvoir la santé et sécurité au travail.

6.3. Programme 3 : Renforcement de la participation communautaire et des IBC

La mise en œuvre de ce programme renvoie à deux axes d'intervention à savoir :

- l'accroissement de l'accès aux SBC de qualité ;
- le renforcement de l'appropriation des interventions de promotion de la santé par les communautés.

6.3.1. Accroissement de l'accès aux services de santé à base communautaire de qualité

Cet axe d'intervention consistera à : (i) assurer une meilleure disponibilité des SBC de qualité, (ii) promouvoir l'assurance-qualité des services de santé à base communautaire, (iii) renforcer la coordination des IBC.

6.3.2. Renforcement de l'appropriation des interventions de promotion de la santé par les communautés

Cet axe vise à : (i) renforcer les compétences des représentants de la communauté en matière de santé communautaire, (ii) promouvoir le partenariat intercommunautaire, (iii) promouvoir l'engagement des leaders d'opinion, des élus locaux et des réseaux communautaires en matière de promotion de santé, (iv) améliorer les mécanismes de planification, de mise en œuvre, de coordination et de suivi/évaluation des IBC.

6.4. Programme 4 : Renforcement du leadership et de l'offre des services en faveur de la promotion de la santé

Trois axes d'interventions concourent à la mise en œuvre de ce programme :

- le développement du leadership du Ministère de la santé et d'une vision multisectorielle de la santé ;
- le renforcement des capacités des services de santé en faveur de la promotion de la Santé ;
- la promotion de la recherche.

6.4.1. Développement du leadership du Ministère de la santé et d'une vision multisectorielle de la santé

Il consistera spécifiquement à : (i) renforcer le plaidoyer en faveur de la prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles publiques, privées et communautaires. (ii) promouvoir la prise en compte du Genre dans les politiques de développement ; (iii) favoriser l'allocation des ressources financières, humaines, infrastructurelles suffisantes (iv) améliorer la planification des interventions en santé, (v) renforcer les mécanismes de coordination des interventions de promotion de la santé.

6.4.2. Renforcement des capacités des services de santé en faveur de la promotion de la Santé

A ce niveau, il s'agira de : (i) renforcer le système de santé par la prise en compte effective du niveau communautaire ainsi qu'une meilleure prise en compte du secteur privé y compris la médecine et pharmacopée traditionnelles; (ii) renforcer les capacités des institutions de formation en matière de promotion de la santé ; (iii) intégrer dans les services cliniques de santé des prestations de promotion de la santé.

6.4.3. Promotion de la recherche et renforcement du système d'information sanitaire

Dans le domaine de la recherche en promotion de la santé, il importera de : (i) développer des recherches en promotion de la santé, (ii) renforcer la collecte et l'analyse des données de routine sur les interventions de promotion de santé, (iii) documenter les interventions de promotion de santé.

VII. FINANCEMENT DE LA SNPS

La mise en œuvre de la SNPS requiert la mobilisation de ressources financières importantes. Le financement de la politique sera assuré par le budget de l'état, les collectivités, les communautés et les PTF.

Un plaidoyer sera fait auprès des autres secteurs de développement en vue de l'allocation des ressources pour la mise en œuvre de leurs actions. Ce plaidoyer concernera aussi, les collectivités territoriales, les communautés et les PTF. Il sera envisagé d'autres modes de financements innovants tels que la création d'une fondation pour la promotion de la santé.

VIII. MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

8.1. Mise en œuvre

La SNPS sera mise en œuvre à travers des plans stratégiques qui définiront les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes. La tutelle technique de la mise en œuvre de stratégie sera assurée par le Ministère de la santé, à travers la DPS. La transversalité des missions assignées à cette direction commande que les orientations définies dans la SNPS soient prises en compte dans les plans stratégiques et opérationnalisées dans les plans d'action annuels des parties prenantes. Cette politique sera largement diffusée pour favoriser son appropriation par l'ensemble des acteurs.

8.2. Dispositif de pilotage

Le pilotage de la SNPS sera assuré par le comité de suivi du PNDS 2011-2020, à travers ses sessions. Pour ce faire, la commission thématique relative aux prestations de soins, promotion de la santé et lutte contre la maladie, prévoira une sous-commission « promotion de la santé » en son sein. Celle-ci regroupera les représentants de toutes les parties prenantes dans le développement de la promotion de la santé.

8.3. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de cette stratégie s'intègrent dans le système actuel du Ministère de la santé. Toutefois, un mécanisme de suivi et d'évaluation sera mis en place et impliquera les autres secteurs, les collectivités territoriales, les , organisations de la société civile, les partenaires techniques et financiers et les autres acteurs de développement.

Pour le suivi, des données seront collectées à travers le système national d'information sanitaire (SNIS) et des enquêtes spécifiques pour informer les acteurs de la mise en œuvre des activités opérationnelles de promotion de la santé. Des évaluations périodiques seront conduites afin d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs de la SNPS.

8.4. Conditions de succès

Il s'agit des conditions nécessaires pour le succès de la mise en œuvre des actions consignées dans la Politique.

8.4.1. Environnement international

Les différentes chartes et déclarations ont réaffirmé le rôle de la SNPS dans l'amélioration de la santé et le bien-être des populations. Cet environnement est favorable à l'adhésion des pouvoirs publics et à la mise en œuvre de politiques y afférentes.

Tout changement d'intérêt lié à l'émergence de nouvelles priorités aussi bien aux plans international, régional que national pourrait compromettre la mise en œuvre de cette politique.

8.4.2. Adhésion des partenaires techniques et financiers

Le financement de la SNPS nécessitera la contribution des PTF. De fait, leur pleine adhésion aux actions définies dans cette politique représente une condition essentielle à l'implémentation des plans stratégiques de sa mise en œuvre. A l'opposé, leur manque d'adhésion ou le maintien de la verticalité de leurs programmes d'intervention pourrait compromettre l'atteinte des résultats escomptés du fait d'une faible mobilisation des ressources.

8.4.3. Engagement des parties prenantes

L'engagement de toutes les parties prenantes à tous les niveaux est une des conditions de succès pour la mise en œuvre de cette stratégie. A l'inverse, la non-appropriation de la SNPS par les acteurs, en particulier les communautés, pourrait compromettre l'atteinte des objectifs visés.

8.4.4. Dispositif institutionnel

La réussite de la mise en œuvre de la SNPS repose sur un dispositif institutionnel performant. A ce titre, la stabilité et le renforcement des capacités des différentes structures responsables de la coordination et de la mise en œuvre sont fondamentaux pour l'opérationnalisation des missions qui leur sont assignées.

A contrario, les changements structurels et/ou la perte des attributs ainsi que la mobilité des intervenants limiteront l'atteinte des objectifs de la SNPS.