



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 19-23 juin 2006

Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire

CE138/16 (Fr.)

2 juin 2006

ORIGINAL : ESPAGNOL

PROMOTION DE LA SANTÉ : RÉALISATIONS ET LEÇONS APPRISSES DEPUIS LA CHARTE D'OTTAWA JUSQU'À LA CHARTE DE BANGKOK

La Charte d'Ottawa (1986) émane d'une profonde réflexion critique sur la santé publique, reconnaissant les facteurs sociaux et environnementaux et incluant les styles de vie comme éléments fondamentaux de la promotion de la santé. Son influence a été considérable pour la théorie de la santé publique dans la Région, contribuant au changement du paradigme biologique de la santé et créant les bases pour la compréhension profonde des déterminants sociaux de la santé. La Charte met l'accent sur le caractère intersectoriel de la promotion de la santé, ainsi que sur l'importance des politiques publiques et l'autonomisation de la communauté dans ce processus. Pendant ces vingt dernières années, la Charte d'Ottawa continue à être un guide d'inspiration politique de nombreux gouvernements, d'organismes internationaux, d'universités, de multiples secteurs, ainsi que de la société civile dans leur objectif d'améliorer les conditions de la santé et de promouvoir l'équité.

De multiples expériences de promotion de la santé se sont développées dans les environnements où les gens vivent, étudient et travaillent, ces derniers étant les exemples les plus reconnus de l'application des cinq actions stratégiques de la Charte d'Ottawa : l'établissement de politiques publiques saines approfondi à partir de la Déclaration d'Adelaïde (1988); la création d'environnements sains développée à partir de la Déclaration de Sundsvall (1991); la participation de la population à des actions de santé publique et de soins primaires, renforcée avec la Charte de Bogota; les capacités personnelles renforçant la communication sociale et l'éducation en santé approfondies dans la Charte des Caraïbes; et la réorientation des services de santé approfondie dans la Déclaration de Djakarta et celle de Mexico.

Le présent document contient une révision des leçons apprises à partir des Chartes et Déclarations d'Ottawa jusqu'à Bangkok, en utilisant quelques exemples de la Région des Amériques. Également, il met en relief les défis pour renforcer la promotion de la santé en tant que fonction essentielle et stratégie de la santé publique, en la positionnant dans un monde globalisé.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Antécédents et contexte régional	3
Réalisations et leçons apprises.....	5
Développement de politiques publiques saines	5
Création d’environnements favorables pour la santé.....	6
Renforcement de l’action communautaire et de la participation sociale	8
Développement des capacités personnelles et autonomisation	8
Réorientation des services de santé	8
Collaboration intersectorielle.....	9
Preuves et évaluation des résultats de la promotion de la santé	9
Coopération techniques des organismes internationaux.....	10
Positionnement de la promotion de la santé dans l’agenda de la santé	10
Défis dans le développement de la stratégie de promotion de la santé.....	11
Positionner la promotion de la santé dans un monde globalisé	12
Positionnement institutionnel	12
Renforcement de la capacité institutionnelle	13
Appui et suivi de l’OPS aux engagements de la Charte de Bangkok.....	13
Mesures à prendre par le Comité exécutif	14
Références bibliographiques	

Introduction

1. En 2005, les États Membres ont demandé que 20 ans après l'adoption de la Charte d'Ottawa (1986), soient évaluées l'évolution, les réalisations et les leçons apprises dans le renforcement de la promotion de la santé dans le contexte de la Région - depuis Ottawa jusqu'au dernier forum de promotion de la santé à Bangkok en 2005. Le présent document offre cette révision basée principalement sur l'information soumise par les pays dans deux enquêtes de la carte des capacités institutionnelles en matière de promotion de la santé, réalisées en 2002 et 2005. De plus, à travers l'information rassemblée, conjointement avec l'OPS/OMS, à l'occasion de réunions et d'événements auxquels l'OPS a participé. Le Canada et le Chili ont également contribué à une première ébauche préparée à la fin de 2005.

Antécédents et contexte régional

2. Depuis la décennie des années 70, les progrès dans la décentralisation du secteur de la santé et les soins de santé primaires (SSP), et de nouveaux courants de pensée en santé publique ont établi des paramètres pour les discussions des problèmes de santé et les processus sociaux. Ces derniers ont donné origine aux politiques publiques qui déterminent les processus de santé-maladie¹. La nouvelle perspective sociale de la santé a influencé, sous des formes et avec une profondeur différentes, la pensée académique et certaines des politiques et des programmes de santé de certains pays de la Région. Au Brésil, cette pensée s'est concrétisée en processus de réforme sanitaire donnant lieu à la participation sociale, promouvant l'équité de l'accès aux services et considérant la santé comme résultat des conditions d'alimentation, du logement, de l'éducation, du revenu, du milieu ambiant, du travail, du transport, de l'emploi et de la liberté. La Constitution du Brésil inclut le droit à la santé comme une obligation de l'État et le résultat des conditions dignes de vie et d'accès universel et égalitaire aux actions et aux services de promotion, de protection et de récupération de la santé. Dans d'autres pays de la Région comme le Costa Rica, le Chili et Cuba, ont été développés des modèles de soins intégrés qui ont produit un impact positif sur la santé de la population. La Conférence d'Alma-Ata et les grandes lignes des soins de santé primaires (SSP) ont également eu une grande influence et une grande répercussion, renforçant une approche plus intégrale des interventions en santé publique. (i)

¹ Les contributions historiques de Villerme, Virchow, Winslow, Sigerist, de Black Report, de Foucault, Berlinguer, Lalonde, Terris, Laurell et autres auteurs ont contribué à cette nouvelle approche de la santé publique.

3. De cette façon, la Charte d'Ottawa et le mouvement de la promotion de la santé trouvent dans la Région un contexte dual². D'un côté, un développement conceptuel de la pensée de santé publique qui s'approche de sa nouvelle proposition de santé publique, et de l'autre, un contexte de développement social des pays, avec des inégalités profondes. La Charte de Bogota (1992), produit du premier événement régional de promotion de la santé, met l'accent sur les aspects de l'équité et de la violence, et s'oriente davantage vers une proposition de gestion intersectorielle de la santé avec leadership du secteur de la santé. Cette dernière perd sa légitimité en raison de la détérioration du secteur avec les réformes sanitaires. L'insertion de la promotion de la santé a été basée initialement sur des expériences et des propositions provenant d'un contexte de pays développés, pour une réalité de pauvreté et d'inégalités. Cependant cette contradiction avec la réalité des systèmes s'approfondit davantage dans la décennie des années 90, dans les pays soumis à des changements structurels des services de santé.

4. Dans un bilan historique de la promotion de la santé, on peut affirmer que la Charte d'Ottawa a renforcé les propositions des soins primaires de santé d'Alma-Ata, ainsi que les théories de détermination sociale d'Amérique latine de la décennie des années 80. De plus, elle a influencé de manière positive les politiques et les programmes de santé, en incluant tant les politiques publiques que l'action communautaire (ii). La Charte d'Ottawa affirme la conception de la santé comme un bien-être, central au développement durable. Vingt ans après, ses principes et domaines d'action, approfondis par les apports des cinq conférences mondiales postérieures, et trouvant leur apogée dans la Charte de Bangkok de 2005, sont encore en vigueur et vibrants pour orienter le travail de santé publique avec d'autres secteurs et la population sur la voie de l'équité en santé.

5. Au jour d'aujourd'hui, le grand défi de la promotion de la santé publique dans un monde globalisé exige qu'il faut aller au-delà du regard sectoriel traditionnel axé sur les soins de santé primaires et les systèmes de soins de santé, et les interventions en matière d'éducation et de communication sur les comportements ou les styles de vie des personnes. C'est le thème qui a précisément été abordé dans la Déclaration de Mexico³, qui demande que les Gouvernement exercent leur leadership actif et leur vision pour assurer l'engagement de tous les secteurs public et privé et de la société civile au développement de politiques publiques saines. Aujourd'hui, les propositions de la Charte d'Ottawa restent pertinentes pour positionner un nouveau paradigme de santé publique qui appuie la promotion de la santé comme une stratégie qui permet aux personnes et à la

² (« ...ce concept considère la décomposition du domaine de la santé en quatre vastes composantes : biologie humaine, milieu ambiant, style de vie et organisation des soins de la santé... ») dans Promotion de la Santé, une anthologie; OPS, Publication scientifique No. 557; 1996; 3-5.

³ La Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé (2000), envisage d'aborder les déterminants sociaux de la santé, de renforcer les mécanismes de collaboration entre tous les secteurs et à tous les niveaux de la société, et préconise l'établissement de politiques publiques saines dans tous les pays, à la recherche de l'équité. Elle convient de l'établissement de plans d'action nationaux pour la promotion de la santé avec l'appui de l'expérience de l'OMS et de ses bureaux régionaux.

communauté d'exercer un contrôle plus grand sur les déterminants sociaux et leur état de santé afin d'améliorer la qualité de leur vie. De même, dans l'objectif de mettre en œuvre l'action en santé publique qui renforce le potentiel de santé des personnes avec une approche écologique, en appliquant les principes d'équité, de justice, de démocratie, d'autonomisation et d'intersectorialité.

Réalisations et leçons apprises

6. La Déclaration de Mexico établit un engagement à positionner la promotion de la santé comme une stratégie fondamentale dans l'agenda politique et de développement, engagement réaffirmé dans la Charte de Bangkok en 2005, et dans diverses résolutions de l'OMS et de l'OPS. En conformité à la Déclaration de Mexico et la résolution CD43.R11 (2001), une analyse des progrès dans la promotion de la santé dans la Région des Amériques a été effectuée (3). La version préliminaire de cette analyse a été présentée au Forum du Chili en 2002, et la carte des capacités parachevée en 2005 a été présentée à l'occasion de la Conférence de Bangkok. En général, les pays ont progressé dans quelques domaines d'action de la promotion de la santé, toutefois, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir⁴. Par exemple, dans 44% des pays de la Région, la promotion de la santé occupe une place significative dans la politique publique nationale, les pays disposant d'un cadre politique ou juridique qui appuie la promotion de la santé étant moins de la moitié. (4).

Développement de politiques publiques saines⁵

7. Les pays des Amériques ont adopté différentes approches pour plaider en faveur du développement et de la mise en œuvre de politiques publiques saines qui répondent à différentes circonstances sociales, politiques et économiques. En général, ce domaine en est encore à ses premiers balbutiements, mais avec une différence considérable entre l'époque d'Ottawa (1986) et celle de Bangkok (2005). Le Brésil a consolidé le système unique de santé, incluant le budget participatif, et a pris des actions pour adapter et mettre en œuvre des domaines de démonstration de politiques publiques saines au niveau des municipalités, avec l'appui des conseils de secrétaires municipaux et de l'État à la santé. L'Argentine a tenu un débat intense concernant l'impact de l'économie sur ses

⁴ Trente pays ont présenté des rapports de progrès dans la promotion de la santé en 2002; dans la carte des capacités institutionnelles pour la promotion de la santé réalisée en 2005 ont participé 28 pays de la Région, ce qui correspond à un pourcentage de réponse de 77%.

⁵ Recommandations d'Adelaïde en politiques publiques saines (Australie, 1988), la deuxième Conférence internationale sur la promotion de la santé reconnaît le défi des progrès sur la voie d'une nouvelle santé publique réaffirmant la justice sociale et l'équité comme conditions préalables indispensables pour la santé. Elle réaffirme les cinq domaines d'action de la promotion de la santé identifiés à Ottawa, et approfondit le premier d'entre eux, la construction de politiques publiques saines, comme l'axe central pour améliorer les déterminants de la santé, et inclut les exemples suivants de politiques publiques saines : santé de la femme; aliments et nutrition; tabagisme; alcool; et création d'environnements durables.

déterminants de la santé et en réponse, elle a renforcé ses politiques sociales. Le Chili a mis en œuvre la politique de promotion de la santé connue sous le nom de « Vida Chile », avec une approche intersectorielle destinée à améliorer les déterminants sociaux. Le Canada, le Pérou et le Paraguay ont mis en place des politiques spécifiques pour les risques sanitaires tels que le tabac, l'alcool et la sécurité routière. À la Barbade, des mécanismes de participation sociale ont été mis en place pour l'établissement de politiques à travers des consultations publiques tant au niveau national qu'au niveau communautaire. Aux États-Unis d'Amérique, plus de 11.000 commentaires ont été reçus des citoyens pour l'établissement de leur politique publique connue sous le nom de « *Healthy People 2010* » (*personnes saines 2010*). À Trinité-et-Tobago, des arrêtés et des politiques à niveau national ont été approuvés pour promouvoir la santé.

Création d'environnements favorables pour la santé⁶

Municipalités et communautés saines (5)

8. La création d'environnements favorables pour la santé a été l'un des domaines qui a accompli le plus de progrès, atteignant au cours des 10 dernières années une grande expansion de ces environnements favorables dans l'ensemble de la Région. Dans 95% des pays, il y a une initiative en route pour créer des environnements sains. De même, dans 70 % des pays, il existe un plan stratégique au niveau municipal pour créer des environnements sains. Cette initiative se fonde tant sur l'engagement politique des maires et autres autorités locales, que sur la participation active des citoyens pour définir les besoins ressentis et établir des plans stratégiques pour y répondre (6). Des plans qui doivent être abordés de manière intersectorielle et avec la participation communautaire à part entière(7). Le suivi, l'évaluation et la construction de preuves dans ce domaine continuent à constituer un défi important. Seulement 35% des pays indiquent que les initiatives pour créer des environnements sains ont été évaluées(8). L'établissement de réseaux et d'alliances a été un facteur clé pour la diffusion et l'échange d'expériences entre les municipalités et les pays. Dans 75% des pays, il existe des réseaux qui plaident en faveur de la promotion de la santé. Le réseau régional a été difficile à soutenir, mais les réseaux nationaux en Argentine, au Chili, au Costa Rica, à Cuba, au Mexique, au Paraguay et au Pérou ont été des réussites.

⁶ La Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables pour la santé (Suède, 1991), fait un appel à tous pour s'engager dans l'établissement d'environnements favorables, en se référant à l'environnement tant social que physique. La proposition pour action considère deux principes fondamentaux : équité et renforcement de l'action publique. La Déclaration en appelle à l'OMS et au Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) pour qu'ils intensifient leurs efforts et développent des guides pour la gestion de composantes nuisibles à la santé et à l'environnement, et qu'ils développent des manuels de procédures fondées sur le développement durable.

Initiative régionale d'écoles promotrices de la santé⁽⁹⁾

9. L'initiative favorise le développement de connaissances, de capacités et d'aptitudes dans le milieu scolaire afin de minimiser les comportements à risque et d'appuyer l'adoption de styles de vie sains. Conformément aux résultats d'une enquête réalisée en 2001, 53% ont fait état du développement de cette stratégie. Des pays tels que le Canada, le Chili, la Colombie, El Salvador et le Mexique ont mis en œuvre l'initiative au niveau national; le Salvador a atteint une couverture de 124 écoles dans un Département en 1996, et une couverture de 3 593 écoles dans 14 Départements en 1999. En fonction de l'information obtenue à partir de l'enquête, le plan d'action 2003-2012 a été développé pour l'initiative régionale des écoles promotrices de santé, et il a été adopté par les réseaux des écoles promotrices de la santé (EPS) lors de leur troisième réunion annuelle à Quito en Équateur de 2002(10). Les pays participants à l'initiative procèdent au développement de guides de procédures pour l'homologation et l'accréditation des écoles promotrices de la santé. En matière d'évaluation, 47% des pays ont indiqué qu'ils disposaient de méthodes qualitatives et de processus. L'initiative a renforcé les réseaux des EPS au niveau national et sous-régional.

Logements salubres

10. L'initiative des logements salubres a contribué à promouvoir et protéger la santé des populations plus vulnérables à risque dans le logement et a contribué au développement local intégré. Selon les estimations, le déficit au niveau de l'habitat en Amérique latine et dans les Caraïbes est d'environ 23 et 28 millions d'unités respectivement. Cette situation de précarité du logement affecte la santé des personnes, en particulier les plus pauvres et les plus vulnérables tels que les enfants, les handicapés et les adultes âgés qui passent la plus grande partie de leur temps dans le logement. Le réseau VIVSALUD compte des réseaux nationaux dans 12 pays, diffusant, avec le programme des Nations Unies pour les établissements humains (UN-HABITAT) et la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), les grandes lignes pour les autorités nationales et locales des principales composantes de la stratégie de logement salubre. Un plaidoyer a été fait en faveur de l'exécution au niveau régional du programme communautaire originaire de Colombie « HACIA UNA VIVIENDA SALUDABLE, ¡Que viva mi hogar! » (« VERS UN LOGEMENT SAIN, Vive mon logement ! ») en fonction duquel ont été formés plus de 300 professionnels et techniciens en architecture bioclimatique, construction durable, élimination des vecteurs et logement salubre. L'agence canadienne « Canada Mortgage and Housing Corporation » (CMHC) favorise le concept des logements salubres et développe des guides et des prospectus pour rendre les logements plus salubres.

Renforcement de l'action communautaire et de la participation sociale

11. Quatre-vingt-dix pour cent des pays font état de mécanismes et d'opportunités pour la participation active de leurs citoyens et membres de la communauté. Les mécanismes ou formes les plus communes de participation citoyenne se font à travers les tables de dialogue, les forums et les consultations publiques; à partir du moment où les citoyens participent principalement au diagnostic des besoins de promotion de la santé. Au cours des 20 dernières années, l'émergence d'organisations non gouvernementales (ONG) assumant des fonctions de santé publique s'est énormément développée, devenant un élément indispensable de la définition, l'approche, le suivi et l'évaluation des priorités. Le Canada dispose d'une initiative nationale de participation des communautés à la santé (initiative du secteur volontaire). Le Brésil, le Chili et l'Équateur ont fait des progrès importants dans l'incorporation de la participation communautaire et de la société civile dans le système de santé.

Développement des capacités personnelles et autonomisation

12. En dépit du développement de nouvelles stratégies d'éducation en santé, les progrès sur ce thème ne sont pas évidents. Les maladies avec la plus grande influence des comportements personnels ont pris la première place au niveau du fardeau de la maladie. Les dépendances, l'obésité, le sédentarisme, l'alimentation inadéquate et la violence au sein du foyer, sont certains des facteurs de risque dont la sévérité a augmenté. Quelques rares pays ont entrepris des activités en vue de changer les tendances de comportement. Et ceci, malgré les multiples programmes d'éducation en santé et les campagnes de communication sociale. Les styles de vie sédentaires, l'obésité, la violence, les accidents de la circulation, les dépendances et d'autres risques continuent à augmenter. Cette situation se doit en partie à la persistance d'approches verticales et linéaires, à faible participation et centrées sur un seul facteur. Le modèle médical continue à influencer de manière démesurée une approche par maladie et par risque, sous-estimant l'influence des conditions et les déterminants sociaux.

Réorientation des services de santé

13. Quatre-vingt-dix pour cent des pays indiquent qu'il existe une politique ou une initiative dans les services de santé pour promouvoir la santé au-delà de la prévention et du traitement de la maladie. La formulation et l'application de modèles de « *soins intégrés de santé* » ont été disséminées dans différents pays, essentiellement au niveau sous-national. L'approche du « *Cycle de vie* » a été incorporée progressivement dans la réorganisation des réseaux de base de services.

14. Au Nicaragua et au Costa Rica, ainsi que dans le District fédéral de Mexico et dans la ville de Bogota en Colombie, entre autres, des modèles de soins intégrés sont incorporés dans les plans de santé et/ou de développement social. Le principe de

« *l'intégralité des soins* » oriente la réforme sanitaire brésilienne et est l'axe central de la stratégie de santé de la famille. Le « Programme pont » du Chili, et le « Programme ensemble » récemment mis en œuvre au Pérou intègrent des services de soins de santé primaires à d'autres services sociaux destinés à la famille. FOROSALUD, une vaste fédération d'organisations de la société civile au Pérou, et les Congrès pour la santé et la vie en Équateur, revendiquent activement la réorientation des services de santé avec une vision intersectorielle et intégrale.

15. Pourtant ces processus affrontent de multiples défis, depuis le manque de ressources adéquates jusqu'aux limitations de la profonde fragmentation opérationnelle des services en des sous-réseaux multiples, désarticulés, parallèles, faisant double emploi et superposés, dans un contexte dans lequel augmente la segmentation institutionnelle et organisationnelle des systèmes de santé dans la Région.

Collaboration intersectorielle

16. Le dégagement de consensus intersectoriels est fondamental pour la promotion de la santé. Trente-cinq pour cent des pays de la Région disposent d'un conseil ou d'un comité intersectoriel. Les expériences du Canada, de l'Argentine, du Brésil, du Costa Rica, de Cuba, du Mexique et du Pérou, *Healthy People 2010*, « *Vida Chile* » et d'autres offrent des exemples de comités, de consortiums et d'autres formes de collaboration et d'alliances entre organisations sociales et organismes d'état pour mettre en œuvre des politiques publiques et autres actions stratégiques de promotion de la santé (11). Malgré les efforts et les progrès, la collaboration intersectorielle a fait face à plusieurs défis. En partie à cause des structures sectorielles de l'administration publique dans les pays et les départements et les programmes verticaux, ainsi qu'en raison de la formation disciplinaire et peu propice aux activités interdisciplinaires. Un autre facteur qui a été identifié est la difficulté des secteurs à travailler ensemble vers un objectif commun.

Preuves et évaluation des résultats de la promotion de la santé

17. Dans 60% des pays de la Région il existe un système de surveillance lié aux facteurs de risque pour la santé. L'Argentine, le Brésil, Cuba, le Mexique et le Pérou ont adopté des méthodologies et développé des initiatives pour l'évaluation de la promotion de la santé. Le Canada, le Chili, la Colombie, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Guatemala et le Venezuela travaillent à l'établissement d'un système de surveillance d'indicateurs sociaux et épidémiologiques des déterminants de la santé, ainsi que des facteurs de risque sociaux et de comportement. Au cours des cinq dernières années, le Programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé (UIPS/OMS/CDC) a donné une grande impulsion au renforcement de la capacité à évaluer les initiatives de la promotion de la santé ainsi qu'une plus grande diffusion aux bonnes pratiques en matière de promotion de la santé.

Coopération technique des organismes internationaux

18. En matière de promotion de la santé, la contribution de l'OPS est ample, que ce soit dans la définition des agendas et la contribution matérielle dans les conférences mondiales, en particulier dans la 5^e Conférence mondiale de promotion de la santé au Mexique en 2000. De même, l'OPS a apporté un soutien actif aux réunions régionales de promotion de la santé, telles que celle de Bogota en 1992, des Caraïbes en 1993, et le Forum du Chili en 2002. La stratégie de promotion de la santé a été introduite dans l'agenda des Organes directeurs à travers la résolution CD37.R14 et le « Plan d'action régional pour la promotion de la santé dans les Amériques » CE113/15 (OPS 1994); ainsi que la résolution CD43.R11 et le document sur la « Promotion de la Santé CD43/14 (OPS 2001). Il convient de souligner également le positionnement de la promotion de la santé dans les processus d'intégration sous-régionaux tels que la réunion des Ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD) XVIII COR-1-5, 2002 et la réunion des Ministres de la Santé des pays andins (REMSAA) #386, 2002.

19. La coopération technique directe a contribué à l'expertise nationale dans la formulation des politiques; et elle a facilité l'échange entre les pays à travers des réseaux de personnes et d'institutions impliquées dans les environnements sains : municipalités, écoles, logements, le réseau de Centres collaborateurs et d'excellence dans la promotion de la santé, comme le Consortium interaméricain d'universités pour renforcer la formation et le développement de professionnels dans la promotion de la santé. Le développement de guides méthodologiques pour la planification stratégique et l'évaluation des actions de promotion de la santé sont des domaines qui ont été eux aussi des thèmes de collaboration avec les pays, ainsi que dans l'élaboration de rapports sur les progrès et les capacités institutionnelles en promotion de la santé réalisés en 2002 et en 2005. D'autres organismes ont également contribué à la promotion de la santé, parmi eux le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO) et le Programme alimentaire mondial (PAM) qui ont contribué à l'initiative des écoles promotrices de la santé; ainsi que l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) dont l'accord avec l'OPS a contribué à la formation enseignante pour améliorer l'éducation en santé et les aptitudes pour la vie dans les écoles. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a contribué au renforcement de l'action communautaire et a appuyé le développement local, ainsi que le Programme des Nations Unies pour le milieu ambiant (PNUMA) qui a contribué à améliorer l'assainissement de base et la santé environnementale.

Positionnement de la promotion de la santé dans l'agenda de la santé

20. Durant ces 20 années, des progrès considérables ont été accomplis concernant la reconnaissance de la promotion de la santé en tant que stratégie et fonction essentielle de la santé publique. L'avancée considérable de son positionnement dans l'agenda du

propre secteur de la santé et dans les plans de développement a été difficile. Toutefois, le développement de plans nationaux de promotion de la santé convenu dans la Déclaration de Mexico, a signifié des efforts importants dans ce sens. « Vida Chile », est considéré comme l'exemple le plus complet dans les pays latino-américains, et le Chili est le seul pays qui a mis en route un plan national d'action pour la promotion de la santé, dans l'esprit de la Déclaration de Mexico. L'Uruguay a établi son plan national de promotion de la santé. Le Canada dispose d'un système décentralisé dans lequel de nombreuses provinces ont des plans provinciaux de promotion de la santé, avec des ressources et des programmes très créateurs et intégrés. Le Pérou ainsi que d'autres pays qui ont développé des politiques et des stratégies sans atteindre la catégorie d'un plan national, se distinguent par leur engagement important aux lignes d'action de la promotion de la santé.

Défis dans le développement de la stratégie de promotion de la santé

21. Les progrès de la promotion de la santé dans la Région montrent l'importance de tous les processus générés à partir de la Charte d'Ottawa, ainsi que la diversité des résultats conformément au contexte de chacun des pays; il existe cependant des limitations et des difficultés qui doivent être examinées en profondeur pour établir des stratégies et des mécanismes en vue de leur consolidation et de leur viabilité dans la Région.

22. Une difficulté réside dans le domaine de l'activité de la promotion de la santé. Comme il s'agit d'un « nouveau paradigme », partant du concept de l'OMS de la santé considérée comme un bien-être et non seulement comme l'absence de maladie, il élargit son champ d'action dans une perspective multisectorielle qui va au-delà du secteur de la santé à un moment où la réforme de l'état a affaibli la position de la santé vis-à-vis des autres secteurs⁷. Il arrive encore couramment que les professionnels et les politiques ont des difficultés à différencier les spécificités du domaine de la promotion de la santé des actions de prévention des maladies. Dans de nombreux pays, les programmes sont appelés « promotion de la santé et prévention de la maladie » comme s'ils n'étaient qu'une seule chose. Quelle est la différence, où se termine la prévention et où commence la promotion ? Y a-t-il une limite entre l'approche individuelle ou collective, y a-t-il une limite entre l'approche de la maladie et le risque et l'approche de la santé comme perspective positive ?

⁷ En relation au concept de l'OMS « un concept tellement global cependant, court le risque de se transformer en l'objectif approprié de toute l'activité humaine (par laquelle il est certainement affecté). Il ne laisse pas de place à un domaine d'activité identifiable séparément, axé spécifiquement sur la santé. » (Evans, T. et al. *Challenging Inequities in Health*. Oxford U. Press, 2001).

23. Un autre aspect porte sur l'identification du rôle du secteur de la santé dans le développement de la promotion de la santé. Dans la Déclaration de Bogota (12) se pose la promotion de la santé en tant que stratégie pour rechercher les conditions qui garantissent le bien-être général comme objectif fondamental du développement. Par conséquent, le défi de la promotion de la santé en Amérique latine cherche à transformer ces relations, en conciliant les intérêts économiques avec les objectifs sociaux de bien-être pour tous, ainsi que l'encouragement de la solidarité et de l'équité sociale. Le secteur de la santé a un rôle vital de collaboration avec d'autres secteurs dans l'exécution des actions stratégiques de la promotion de la santé améliorant la qualité de la vie et l'équité.

Positionner la promotion de la santé dans un monde globalisé

24. L'intersectorialité et les politiques publiques sont les bases de la promotion de la santé. Cependant, ces ressources sont rarement utilisées dans le secteur de la santé pour promouvoir des actions intersectorielles, et il est très difficile d'influencer les politiques publiques qui évoquent généralement la santé publique. Les gouvernements et les centres d'excellence dans les pays, que ce soit aux niveaux régional, sous-régional et national, requièrent l'application d'actions de promotion de la santé qui répondent aux déterminants de la santé.

Positionnement institutionnel

25. Les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) sont une grande opportunité pour accroître l'investissement dans la promotion de la santé et améliorer l'équité en santé. Le travail de la Commission mondiale sur les déterminants de la santé offre une opportunité unique de développer et mettre en œuvre des politiques publiques cadrant avec la Charte d'Ottawa et les documents qui lui ont succédé jusqu'à Bangkok.

- Les ministères de la santé doivent exercer leur responsabilité de directeurs nationaux de la santé publique dans des environnements intersectoriels pour promouvoir la santé et maintenir les initiatives et les bonnes pratiques, en particulier les initiatives des environnements et espaces sains.
- Dans le cadre d'Ottawa, il est indispensable d'investir dans la réorientation des services de santé pour qu'ils puissent avoir une plus grande capacité à impulser depuis le secteur, la promotion de la santé et la santé publique.

26. Une action fondamentale de la promotion de la santé est la capacité de convocation, pour réaliser les forums citoyens et académiques qui aident à insérer cette perspective dans l'agenda de santé publique et de développement. Au niveau communautaire, il faut insister sur la nécessité d'articuler les actions de promotion de la santé avec d'autres actions des services de santé, ainsi que renforcer les mécanismes de

participation de la communauté (le capital social) en vue de son autonomie et son autonomisation.

27. S'il est bien vrai que dans la Région de multiples initiatives et résolutions ont été établies pour aborder d'une manière ou d'une autre les déterminants sociaux de la santé (pauvreté, éducation, alimentation et services de base), il est tout aussi vrai que les conditions sociales, économiques, culturelles, environnementales et politiques, ainsi que les inégalités, continuent à constituer un défi important pour tous les pays. L'établissement récent de la Commission mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que les engagements de la Charte de Bangkok ont positionné ce thème important dans l'agenda de la promotion de la santé.

Renforcement de la capacité institutionnelle

28. Les États Membres continuent à demander l'appui et le suivi technique de l'OPS pour renforcer leur capacité institutionnelle en matière de promotion de la santé. À partir de la Conférence de Djakarta, les efforts ont été intensifiés pour forger des alliances intersectorielles dans le but de donner plus d'efficacité aux actions de promotion de la santé. Depuis la Conférence de Mexico, les efforts ont augmenté pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé et l'impact des politiques publiques sur la santé. La visibilité de l'opinion des citoyens a été renforcée comme instrument de changement des conditions et des modes de vie, stimulant également la participation sociale pour mettre en œuvre des actions éducatives et de communication destinées à promouvoir des comportements sains. Des efforts ont également collaboré à la réorientation des services de santé pour que ces derniers incorporent des actions de promotion de la santé.

Appui et suivi de l'OPS aux engagements de la Charte de Bangkok

29. Le Secrétariat propose d'entreprendre un vaste processus de consultation pour développer un plan d'action futur, qui renforce la capacité institutionnelle des États Membres à promouvoir la santé. Ce plan d'action doit inclure des mécanismes de suivi et d'évaluation de l'exercice sur la base d'indicateurs et d'objectifs convenus. La Charte de Bangkok encourage tous les gouvernements, les communautés, les professionnels de la santé, le secteur privé et toutes les personnes impliquées à travailler ensemble à la promotion de la santé dans un effort mondial pour réaliser les engagements en faveur de la santé pour tous : obtenir que la promotion de la santé soit une composante primordiale de l'agenda du développement mondial, une responsabilité essentielle de l'ensemble du gouvernement, un objectif fondamental des communautés et de la société civile, et une condition préalable des bonnes pratiques des entreprises.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

30. Le Comité exécutif est prié de réviser les progrès réalisés dans la promotion de la santé dans les États Membres, et de formuler des recommandations pour la voie à suivre dans la construction d'un agenda de promotion de la santé dans un monde globalisé.

Références bibliographiques

- (1) Documento de posición de OPS en APS, OPS/OMS, Washington, DC, Mayo 2005.
- (2) Promoción de la Salud. DC43/14, OPS/OMS, Washington, DC, 2001
- (3) Cerqueira, MT; et al. Promoting Health in the Americas, A Review of Progress on the Mexico Ministerial Statement; PAHO/WHO; Washington, DC (in press)
- (4) Cerqueira, MT; De La Torre, A. Mapa de capacidades Institucionales y Análisis Comparativo 2002-2005, OPS/OMS, Washington, DC (en proceso).
- (5) Municipios Saludables. Serie Comunicación para la Salud, No. 11; OPS/OMS, 1997
- (6) Planificación Local Participativa. Serie PALTEX No. 41, OPS/OMS, 1999
- (7) Guía de los Alcaldes para Promover Calidad de Vida. Municipios y Comunidades Saludables. OPS/OMS; 2002
- (8) Guía para la Evaluación Participativa. Municipios y Comunidades Saludables. OPS/OMS; 2003
- (9) Escuelas Promotoras de Salud. Serie Comunicación en Salud, No. 13; OPS/OMS, 1998
- (10) Escuelas Promotoras de la Salud. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, Serie Promoción de la Salud No.4, OPS/OMS, 2003.
- (11) Presentación de la Experiencia de Chile. Ministerio de Salud de Chile, Santiago de Chile, Enero 2006
- (12) Declaración de Santa Fe de Bogota, 1992
