

Partie 3. Travaux de comparaisons internationales et besoins de recherche en santé mentale

La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances et besoins d'actions

David Houéto¹, PhD

Résumé : La promotion de la santé (PS) en Afrique subsaharienne reste encore peu développée. L'auteur part de la situation actuelle préoccupante des indicateurs de santé et de développement du continent, comparés au reste de la planète, pour montrer l'intérêt et la place du concept de la PS dans la région africaine. Les efforts déployés dans la région pour le développement des systèmes de santé sont examinés. Un regard est jeté dans l'histoire, à travers l'analyse des facteurs pouvant expliquer « l'absence » actuelle de la PS en Afrique subsaharienne, dans le cadre de ces différents efforts d'amélioration des systèmes de santé. La place et le rôle des formes actuelles de partenariat, au niveau international entre les organisations internationales et les pays de la région, dans cette situation actuelle de la PS ont été également analysés. L'auteur explore enfin plusieurs pistes de solutions possibles pouvant aider, dans les meilleurs délais, à une valorisation de la PS dans le cadre des efforts de relance des systèmes de santé et du développement du continent en général. (Promot Educ 2008; Supp(1): 49-53)

Mots clés : promotion de la santé, développement des systèmes de santé, Afrique subsaharienne.

Points clés

- La promotion de la santé est peu connue en Afrique Subsaharienne pendant que les indicateurs de santé sont des moins reluisants;
- Les SSP et l'IB qui semblent bien « connus » n'ont pas été utilisés pour l'amélioration des indicateurs de santé de la région;
- Ce statut semble en lien avec l'héritage colonial et la mauvaise organisation du SS;
- Les pratiques des professionnels sans lien avec les avancées dans le secteur de la santé sont également en cause et méritent qu'on s'y penche dans le cadre de la valorisation de la PS en ASS.

Introduction

La situation actuelle de la Promotion de la santé (PS) en Afrique est l'un des paradoxes qu'on connaît sur le continent. L'Afrique est le continent qui affiche les indicateurs de santé les moins reluisants au monde (1). Cependant, malgré les avancées dans le développement des systèmes sanitaires de par le monde et surtout les aspects positifs apportés par la PS prenant en compte les déterminants sociaux dans la résolution des problèmes de santé des populations (2-4), rares sont les pays africains qui, à ce jour, se sont appropriés ce concept (5). Il est jusque là difficile d'appréhender avec précision les raisons pour lesquelles la PS n'est pas saisie au plus vite par ce continent, tant les facteurs sont multiples et multi-formes. Ceci dit, on se rendra compte dans la suite de ce texte que la situation est inégalement répartie à travers le continent (6). Les fondements d'une telle situation de retard vis-à-vis de la PS vont, à notre avis, au-delà du seul secteur de la santé. N'est-on pas tenté d'y voir le signe de la façon dont les pays sont gérés sur le continent?

Nous allons, avant d'aborder l'état actuel de la PS en Afrique, parler de sa situation sanitaire, faire un retour

sur l'histoire pour examiner le rôle de la colonisation dans cette situation actuelle de la santé en Afrique, puis à l'ère post-coloniale, jeter un regard sur les politiques publiques et le rôle des Organisations internationales dans l'évolution de la situation sanitaire en Afrique.

Situation sanitaire en Afrique

La situation sanitaire en Afrique subsaharienne (ASS) tient toujours le malheureux « leadership » dans les indicateurs de santé de par le monde (1,7-9). Vient s'y ajouter un état de pauvreté persistant, créant un cercle vicieux qui n'est pas aisé à briser du fait de l'ensemble des particularités du contexte africain. Ce contexte africain est marqué par nombre de fléaux parmi lesquels sont la pauvreté, l'analphabétisme, les guerres civiles, la mauvaise gouvernance, etc. qui sont autant de facteurs à prendre en compte, à notre avis, pour l'amélioration de la situation sanitaire des populations dans cette région (1,10,11). C'est cela qu'ont compris les Nations Unies, à travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en ciblant à la fois les grandes priorités en matière de santé et la situation économique des pays pauvres. Cependant, il est actuelle-

¹ Centre de Recherche pour le Développement de la Promotion de la Santé en Afrique (CREDEPSA), 07BP1411 Sainte-Rita, Cotonou, Bénin. (dhoueto@yahoo.fr)

ment impossible d'affirmer dans l'état actuel des indicateurs de santé et de développement de l'Afrique, qu'ils seront atteints (8,9,12). Selon Bryce et al. (9), sept pays parmi ceux en développement, étaient en voie d'atteindre les OMD si on tient compte de leur évolution en matière des indicateurs de santé et de développement en 2004. Parmi eux, aucun pays d'ASS n'y figure. En revanche, les pays dans lesquels les taux de mortalité infantile se sont aggravés entre 1990 et 2004, se retrouvent tous en ASS. Pour ces pays il est impossible d'envisager une quelconque atteinte des OMD en 2015. Sur le plan économique, le rapport de suivi mondial des OMD rapportait dans son édition 2004, les remarques ci-après faites par des institutions financières internationales (Banque Mondiale et Fonds Monétaire International): « *Selon la tendance actuelle, une grande partie des OMD ne seront pas atteints par la plupart des pays. L'objectif de réduction de la pauvreté devrait être atteint à l'échelle internationale, mais l'Afrique ne réussira pas à suivre.* » (13).

Cependant, en dépit de ce tableau quelque peu alarmant de la situation sanitaire en ASS, il faut reconnaître que des efforts sont déployés pour y faire face. Les autorités politiques et sanitaires de la région ASS ont, à plusieurs reprises, tenté de relever les grands défis de santé de la région à travers plusieurs rencontres et déclarations (14-17). L'une des explications possibles à cette situation d'échec dans l'amélioration des indicateurs de santé du continent est certainement à trouver dans le fait que les interventions sanitaires se sont surtout, jusque là, centrées sur les systèmes de santé (SS) et jamais sur les déterminants de la santé (DS) au moment où l'on sait que les SS ne peuvent prétendre, à eux seuls, contribuer véritablement à l'amélioration de l'état de santé (18-20). Bien d'autres explications, sans prétendre à l'exhaustivité, seront fournies dans la suite de ce texte, mais avant, voyons le rôle de la colonisation dans la situation actuelle des systèmes de santé en ASS.

Role de la colonisation dans la situation actuelle des systèmes de santé en Afrique

Normalement, les pays africains sont entrés dans le concert des nations il y a environ un demi-siècle après la période de la colonisation. A notre avis, parler de la situation actuelle de la PS en Afrique, amène à considérer brièvement cette

période de l'histoire. Car, comme le dit un adage du continent, « *c'est sur l'ancienne corde qu'on tisse la nouvelle* ». La colonisation est certainement une des explications à la présence des SS, et en plus, des SS qui ont été bâtis pour les colons ou pour les indigènes, mais dans une perspective colonisatrice. En effet, avant les années 1960, l'Afrique était dirigée par les pays colonisateurs et n'avait de voix que par ces auxquels les colonisés appartenaient. A cette époque, les SS étaient organisés pour que les colons soient soignés et que les indigènes puissent rester productifs pour l'exportation. Les problèmes de santé des populations n'étaient guère la préoccupation des colons. Les ressources humaines pensées et mises en place par le colon étaient hors normes et non-compétitives en dehors du continent comme le révèle l'expression « *médecin africain* » de cette époque. L'Afrique ne disposait pas de ressources humaines compétentes propres pour penser un SS qui colle à ses réalités (21,22). Dès les années 1960, les pays africains entrent dans l'ère des « indépendances ». Pendant qu'ils s'occupaient à relever leurs pays et affirmer leur souveraineté au niveau international, les problèmes de santé des populations faisaient déjà partie des grands défis à relever. Ces derniers sont dominés par les maladies transmissibles. Dans ce sens, l'organisation des SS donna la priorité aux soins curatifs et à la maîtrise des épidémies. L'avènement des soins de santé primaires (SSP) en 1978 venait à point nommé au moment où l'Afrique avait besoin de s'accrocher à une avancée mondiale pour régler les problèmes de santé auxquels elle est confrontée (23). Cependant, on peut se demander si l'appropriation effective des stratégies SSP est une réalité sur le continent. A ce jour, ils sont encore nombreux à rester accrochés aux SSP, mais sans grande adaptation aux réalités qui sont les leurs. Il y a certainement un lien à faire avec le manque de ressources humaines compétentes au lendemain des indépendances au moment où les SSP intervenaient. Cependant, certains pays sont tout de même allés plus loin en identifiant sur le continent des formes d'adaptation qui donneront naissance, dans le courant d'une décennie, à l'Initiative de Bamako (IB). En 1987, l'IB est adoptée par l'ensemble des pays africains et reconnue par la communauté internationale comme une innovation authentique capable de relever les défis auxquels sont confrontés les pays en voie de développement en matière de

santé (24, 25). Il faut noter qu'au moment où les principes de l'IB se mettaient en place, le concept de PS s'initiait du côté des pays développés en 1986 (26). Par l'IB, on est tenté d'affirmer que l'Afrique a compris l'intérêt de réfléchir sur son SS afin de l'améliorer, au moment où le monde développé mettait en place, à travers la PS, des principes visant l'amélioration de l'état de santé des populations. Mais c'est trop vite aller en besogne, car l'IB subira le même sort que les SSP en ce qui concerne son appropriation par les pays. Tout ceci pose, à notre avis, le problème de la structuration des SS en Afrique et la place accordée au mécanisme de réflexion continue sur les pratiques en lien avec l'état de santé des populations. L'impression qu'on a est que le continent est au gré des vents de concepts, stratégies et autres objectifs, sans toujours avoir le temps de se les approprier afin d'en bénéficier réellement. L'engagement actuel observé au niveau des pays africains vis-à-vis des OMD semble confirmer cette impression (27). Tout porte à croire que les Africains sont prêts à changer de slogan demain si d'autres études, sous d'autres cieux, le proclament, car il semble qu'ils n'ont pas comme priorité de se consacrer à la documentation de leurs pratiques et à les confronter à celles qui se développent au niveau international (28). Comme l'a souligné Piette D. (2007, communication personnelle non publiée³), parlant de la documentation en santé en Afrique: « *... En dehors des documents OMS, il n'y a presque rien dans les bibliothèques (Universités, Ministères, ONG, etc.). Même les ONG Internationales ayant développé ou développant de grands projets de santé, ne laissent pas souvent de la documentation derrière elles...* » Ce constat nous amène à considérer le rôle des organisations internationales dans les politiques publiques en Afrique.

Politiques publiques en Afrique et le rôle des organisations internationales

Les temps ont évolué, le monde connaît actuellement une instabilité économique sans précédent, la mondialisation et le triomphe du libéralisme se sont traduits par des pressions accrues en faveur de la rentabilité et de systèmes de santé privés, tandis que le mode de vie est de plus en plus influencé par les grandes entreprises et les médias internationaux. Cet état de chose accroît la tendance à une culture universelle avec une seule approche de résolution des problèmes qui soit valable (29,30). Ces tendances

contribuent toutes à accroître les inégalités de tous ordres et surtout dans le domaine de la santé. Les SSP et l'IB ayant montré leurs limites dans l'atteinte des objectifs de l'amélioration de la santé des populations (31), le slogan actuel est celui des OMD. L'accent est désormais mis sur, entre autres, des problèmes particuliers de santé et du bien-être tels le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et la pauvreté. Le même constat de non-appropriation demeure en ce sens qu'aucun pays du continent africain ne s'est posé la question de savoir sur quelles bases ces objectifs permettraient-ils d'améliorer les conditions de vie de leurs populations et quels liens ont-ils avec les stratégies antérieures en passe d'être mises de côté au profit des OMD. Alors que la PS aborde la question du bien-être à travers une vision globale de la santé qui s'inspire de la stratégie des SSP, il faut se demander les raisons pour lesquelles la PS n'est pas plutôt l'option nouvelle choisie par la communauté internationale « se préoccupant de l'amélioration de la santé et du bien-être dans les pays en développement » (27).

L'expérience des SSP, de l'IB et des OMD amène à affirmer que, pour qu'une politique publique soit connue en Afrique il faut un chemin particulier. On peut remarquer que les SSP, l'IB et les OMD ont fait l'objet de réunions impliquant les Africains dès leur adoption. La PS au départ n'a pas connu la participation d'africains à Ottawa (32). Depuis lors il n'y a pas eu de situations particulières les amenant dans les mêmes conditions que les SSP, l'IB et les OMD, à s'intéresser à la PS. Il faut tout de même noter les importantes actions menées par la région africaine de l'OMS, amenant les Chefs d'Etat et de gouvernement de la région en 2001 à s'engager à la prise en compte de la PS dans les systèmes nationaux de santé (3). L'impression qu'on a lorsqu'on considère la tendance de l'évolution des nouvelles idées relatives aux SS en ASS, est qu'elles trouvent un terrain fertile dès lors que les partenaires au développement les portent dans des conditions particulières incitant à leur adoption, même s'il n'y a aucune raison de les adopter. Une des explications possibles à cet état de choses est, à notre avis, l'absence, en ASS, d'une adéquation des SS avec les réalités qui sont propres aux populations et qui devraient éclairer les choix opportuns pour le développement de leur bien-être (10, 28, 33).

Les OMD constituent un exemple. Les préoccupations portées par les OMD sont pratiquement sans liens avec les

connaissances actuelles en santé publique, celles des DS (26, 27, 34). De l'analyse de Mestrum (34), les OMD constituent une régression de la stratégie des SSP (et de la PS). Il est incompréhensible, selon lui, que la communauté internationale retienne de tels objectifs sans des idées derrière la tête. Les stratégies proposées par la PS s'inspirant des SSP sont de nature à se baser essentiellement sur les DS. Les valeurs qui fondent la PS, à savoir, la participation, l'empowerment, le contextualisme, le multisectorialisme, la multistratégie, l'équité et la durabilité (35), sont en faveur d'une résolution efficace des problèmes que connaît le continent africain par exemple (5). Pourquoi le choix n'est-il pas la PS au lieu des OMD? Katz (31), quant à lui, voit à travers les OMD un complot international pour maintenir les pays pauvres dans le sous-développement: « *If "they" are to escape from poverty, all of "us" will have to find other ways to "develop"*. » On est bien tenté de donner raison à ces auteurs, quand on sait que les problèmes de santé ciblés par les OMD (ex. paludisme, Sida) ont déjà fait l'objet de recherches bien documentées situant le succès dans le cadre plus global que de simples objectifs (36-38) et qui ne pourront pas être atteints à échéance (9,12,27). Mais pourquoi alors les pays africains chantent-ils si aisément ce refrain? Une des explications possibles est l'impossibilité des SS d'ASS à opérer un « va et vient » entre leurs pratiques et les résultats qu'elles produisent afin de procéder à un réajustement fréquent et nécessaire aux politiques de santé. Pour ne pas être en mesure d'opérer ce « va et vient », il n'y a pas de visions d'avenir clairement établies et par conséquent, l'ASS est au vent des doctrines venant d'ailleurs. Quelqu'un d'autre peut-il s'occuper de votre développement à votre place?

La situation sanitaire de l'ASS, telle que décrite jusque là, trouve sa source en ASS elle-même. D'abord la situation politique du continent est des plus chaotiques depuis les indépendances à nos jours. Entre eux, les pays africains se limitent à des discussions de frontière et de légitimité d'Etat qui les conduisent à des guerres interminables. A notre avis, ils feraient mieux de regrouper leurs forces pour faire face au dénuement auquel ils sont confrontés, au lieu de rester des Etats sans vie et sans politiques propres pour leur développement (22, 29). La santé est de ce fait reléguée au dernier rang des préoccupations. Les ministères de la santé (MS) sont pour la plupart à moins de 10% des budgets des Etats (15-17). On n'est alors pas étonné

que des affections comme le paludisme continuent d'être depuis toujours la première cause de mortalité sur le continent avec une tendance à la hausse (9,39).

Dans la plupart des pays, la recherche n'accompagne pas les actions (10,33). De ce fait, des pratiques délaissées depuis des lustres par les pays développés ont encore cours dans les SS africains. Certains « partenaires au développement » n'hésitent pas à les y encourager, eux trouvant leurs comptes dans cette myopie de leurs interlocuteurs comme le signale Piette D. (2007, communication personnelle non publiée). D'un autre point de vue, et comme on peut l'observer sous d'autres cieux, on ne trouve pas de regroupements de professionnels de la santé qui portent des fruits en termes d'effets sur le système national de santé et le bien-être des populations. Quand il y en a qui marchent, il faut être sûr que les fonds et les initiatives viennent de l'extérieur. Les activités qui les occupent sont celles identifiées par les partenaires dits au développement, car l'Etat subventionne à peine ces genres d'activités sur le continent.

Il est ainsi évident que le développement des SS en ASS n'est pas pour demain tant que les comportements des acteurs resteront à ce niveau de pratique. La recherche devrait permettre au SS de comprendre et répondre aux préoccupations des populations qu'il est censé servir (28). Le seul exemple sur le continent, en matière de politique publique, à notre connaissance, fut celui ayant conduit à l'IB. L'IB est actuellement en souffrance pour n'avoir pas bénéficié des mesures d'approfondissement nécessaires en vue de son adaptation. En cela, l'IB en visant l'amélioration des SSP s'est essentiellement orientée vers le SS en mettant moins bien l'accent sur les DS que les SSP. En passant des SSP à l'IB et en oubliant les DS, l'Afrique a ainsi perdu les deux éléments clefs de la PS, soit l'équité et les actions sur les DS. Mais quand on sait les conditions dans lesquelles l'IB a été adoptée (25), on comprend que l'Afrique n'a toujours pas le choix, sinon celui de suivre les instructions d'organisations internationales à cause du rôle et du poids de ces dernières dans la prise des décisions engageant le continent. Tout ceci explique la situation de la PS sur le continent.

Situation actuelle de la promotion de la santé en Afrique

La situation de la PS en Afrique est en lien avec le développement qui précède. Piette D. (2007, communication person-

nelle non publiée) confirme la prédominance de l'IECⁱⁱ sur le continent. « *Et comme si c'était une évolution, parce que l'IEC ne donnait pas les résultats souvent escomptés, ils (les pays) en sont arrivés à un autre slogan, la CCCⁱⁱⁱ. ... Les amener à accepter, croire et comprendre que la communication à elle seule n'est pas la solution « sainte » à tous les problèmes, n'est pas simple.* » Il y a très peu de pays en ASS qui ont intégré la PS dans leur SS. La situation est encore plus préoccupante dans sa partie francophone, pendant que les pays anglophones du continent connaissent quelques avancées en ce qui concerne la PS. Il y a dans ces derniers des universités qui enseignent la PS comme filière de santé publique (Afrique du Sud, Kenya, Ouganda, Zimbabwe, ...), ce qui n'est pas le cas pour la partie francophone (6, 19, 40). Toutefois, sans le savoir, certains pratiquent des aspects de la PS, mais de façon isolée, sans en avoir ni les fondements ni l'esprit véritable (6).

La pauvreté du système de documentation est l'autre cause de l'absence de la PS en ASS. Tout en traduisant un manque de volonté politique, l'absence de documentation explique en grande partie les raisons pour lesquelles les pays de la région ne sont pas connectés à la PS en particulier et à l'évolution de la science d'une manière générale. On comprend alors la présence de l'IEC et CCC, des méthodes que les pays développés n'utilisent plus, si ce n'est que dans le cadre global de la PS (3, 5).

Au regard de cette différence qu'affichent les pays d'ASS vis-à-vis de la PS selon leur appartenance linguistique, on est tenté une fois encore, de faire le lien avec la colonisation. Le constat est, en effet, que pour les pays d'Afrique, deux grandes tendances coloniales ont eu cours. Les relations avec les ex-colons, devenus partenaires privilégiés de ces pays, ont-elles quelque chose à voir avec la situation actuelle de la PS telle que décrite sur le continent? Toujours est-il que, et ce peut-être une pure coïncidence, la PS n'est pas bien connue et développée dans l'une des tendances ex-coloniales, celle francophone (19, 41, 42). Quand bien même l'ASS doit répondre de ses positionnements en matière de politique de santé, il n'est pas moins vrai que l'influence des partenaires privilégiés est et reste encore prépondérante.

Besoins d'actions pour le développement de la ps en Afrique

La PS se présente comme « la nouvelle santé publique », car elle prend en compte les DS et vise le bien-être global

de l'individu (43). Plusieurs investigations menées et en cours, se basant sur la multiplicité des facteurs à la base des problèmes de santé (20,36), tentent de démontrer l'efficacité de la PS à atteindre cet objectif de bien-être global (30,44-46). Jusqu'à quand l'Afrique résistera-t-elle à adopter dans son SS la PS ? L'Afrique, est cependant à notre avis, le continent qui a le plus besoin de la PS de par ses caractéristiques actuelles (47). Pour s'en convaincre, prenons l'exemple du paludisme, un des grands défis qui se posent à elle. Houéto et al. (48) ont montré que les approches adoptées à ce jour n'ont pas réussi à reculer ce fléau à cause de l'exclusivité des acteurs que sont les professionnels de la santé. Les populations victimes du paludisme ont des caractéristiques culturelles, socioéconomiques et environnementales propres, vivent dans des conditions bien précises qui ont nécessairement un rôle à jouer dans la lutte contre cette maladie (36-38). A partir d'une expérience locale basée sur la PS, ils ont montré le succès de la collaboration de divers acteurs concernés par le paludisme de l'enfant. Ce constat est valable pour le VIH/Sida, la tuberculose et même la lutte contre la pauvreté et devrait inciter à l'adoption de la PS sur le continent. Dans ce sens, un certain nombre d'actions s'imposent pour tenter de trouver les justes solutions.

D'abord il s'agira, à notre avis, de trouver des mécanismes appropriés pour renforcer le plaidoyer en faveur de la PS en ASS. Les éléments de réponse apportés dans ce texte à la situation actuelle de la PS, devraient permettre de renforcer le plaidoyer auprès des autorités politiques et des MS pour l'adoption de la PS. Afin de mener à bien cette action de plaidoyer, il y a à assurer le développement des ressources humaines compétentes en PS. En ce qui concerne la région francophone, il est certainement important d'assurer des formations diplômantes et en cours d'emploi pour l'ensemble de la région. A l'image des pays développés qui ont la pratique de la PS, les pays de la région ASS devraient voir dans quelle mesure créer un cadre de recherche qui contribue fondamentalement à la formulation des questions de recherche et de propositions de réponses en lien avec les contextes, dans le sens de la résolution des problèmes de santé auxquels les populations sont réellement confrontées.

Les partenariats pour le développement de la santé et du développement tout court. Le partenariat est une des valeurs de la PS du fait des grands DS, et les différents

acteurs de la santé et du développement devront saisir cette opportunité pour conjuguer leurs efforts dans la lutte contre les problèmes à résoudre (3,35). La mise en place des partenariats devrait intervenir sur la base des besoins des pays de la région, ce qui suppose la mise en place d'un processus de leur documentation pour une précision dans les demandes à formuler. La résolution des problèmes de santé reste un processus dépendant du contexte, comme le stipulent les valeurs de la PS (35). Les pays ont ainsi le devoir de mener des investigations sur les différents problèmes de santé qui se posent à eux dans la perspective de la PS et du contexte qui leur est propre en lien avec les avancées de la science.

La réorganisation des SS donnant, entre autres, la priorité à la recherche qui permet l'adaptation des actions aux caractéristiques des populations et qui accompagne toute décision en leur faveur dans la perspective de la PS.

Pour finir et sans avoir été exhaustif, nous devons vivement souhaiter que l'Afrique commence à réfléchir à la PS et à son développement en général, dans une perspective de régionalisation sans laquelle, à notre avis, il y aura très peu de chance de s'en sortir dans l'état actuel des indicateurs de développement et de santé des pays pris individuellement. N'est-ce pas l'occasion pour penser véritablement aux différentes tentatives de regroupement qui ont du mal à émerger depuis des décennies sur le continent?

Conclusion

La PS reste, vingt ans après son adoption, très peu connue en ASS en général et dans sa partie francophone en particulier. Pendant ce temps, les indicateurs de santé et de développement du continent semblent indiquer un grand besoin de ce concept. Les raisons profondes sont en relation, entre autres, avec l'héritage colonial et la pauvre organisation des SS de la région, ces derniers n'étant pas véritablement adéquatement connectés aux problèmes de santé des populations. Des efforts en cours pour faire valoir la PS dans la région mériteraient d'être soutenus dans le cadre global de la réforme des SS, en les dotant de structures de recherche et particulièrement celles de formation et de la recherche en PS en vue de les rendre plus performants.

Notes

- i. Reproduite avec l'autorisation de l'auteur.
- ii. Information, Education et Communication
- iii. Communication pour le changement de comportement

Remerciements

Nous sommes reconnaissants à la contribution de Valéry Ridde, Awa Seck et Symphorien Oduwo pour la version initiale de ce texte. Également nous remercions le Professeur Danielle Piette pour nous avoir autorisé à utiliser ses propos.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006. Genève: OMS, 2006.
2. Flynn MAT, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obes Rev* 2006, 7 (Suppl. 1), 7–66.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine. Brazzaville: OMS, 2002.
4. Raeburn J, Akerman M, Chuengsatiansup K, Mejia F, Oladepo O. Building community capacity to promote health. Technical report for 6th Global Conference on Health Promotion. Track 4 Sustainable Action: Leadership, Partnership and Mobilization, Bagkok, Thailand, 2005.
5. Nyamwaya D. Health promotion in Africa: Strategies, players, challenges and prospects. *Health Promot Int* 2003, 18(2), 85–7.
6. Gnahoui-David B, Houéto D, Nyamwaya D. Health promotion Capacity mapping in Africa. WHO 6th Global World Conference on Health Promotion, 7th-11th August 2005, Bangkok (Thailand).
7. Bryce J, Arifeen SE, Lanara C, Pariyo G, Gwatkin D, Habicht JP et al. Reducing child mortality: Can public health deliver? *Lancet* 2003, 362: 159–64.
8. Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005, 365, 2193–2200.
9. Bryce J, Terreri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA, et al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet* 2006, 368, 1067–76.
10. Dujardin B. Politiques de santé et attentes des patients: vers un nouveau dialogue. Paris: Karthala/Charles Léopold Mayer, 2003.
11. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
12. Campbell P. Millennium development holes. *Nature* 2007, 446 (7134), 347.
13. Commission Economique Africaine (Nations Unies). Les Objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique: Progrès accomplis et défis à relever. 2005. Accès le 2.7.07. URL:http://www.uneca.org/omd/MDGs_in_Africa_FR.pdf.
14. Organisation de l'Unité Africaine. Déclaration de Harare de l'OUA sur la prévention et la lutte contre le paludisme dans le cadre de la relance économique et du développement de l'Afrique. Harare (Zimbabwe), 4 juin 1997.
15. Organisation de l'Unité Africaine. Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. Addis-Abeba: Organisation de l'Unité africaine, 2001.
16. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Abuja sur le projet « Faire reculer le paludisme ». Abuja (Nigeria), 25 avril 2000, Brazzaville, OMS/AFRO, 2000.
17. Union Africaine. Déclaration de Maputo sur le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses connexes. Addis-Abeba, UA, 2003.
18. Department for International Development. Working together for better health. London (UK): DFID, 2007.
19. Ridde V, Seck A. Quelques défis de la mise en oeuvre de la charte de Bangkok en Afrique francophone. In: van Steenberghe E, St-Amand D. editors. La charte de Bangkok: ancrage pour de meilleurs pratiques en promotion de la santé? Montréal (Québec): Collection REFIPS, 2006: p.57–61.
20. Syme SL. Social determinants of health: The community as an empowered partner. *Prev Chronic Dis* 2004, 1(1), 1–5.
21. Dozon JP. Frères et sujets: la France et l'Afrique en perspective. Paris: Flammarion, 2003.
22. Ki-Zerbo J, Hostenstein R. À quand l'Afrique? Genève: Editions de l'aube, 2003.
23. Gaye JJ. D'Alma Ata à Bamako. 2007. URL:<http://www.bioltrop.fr/00-entete/ib.htm>. Consulté le 22.08.07.
24. Soucat A, Levy-Bruhl D, De Bethune X, Gbedonou P, Lamarque JP, Bangoura O, et al. Affordability, cost-effectiveness and efficiency of primary health care: the Bamako Initiative experience in Benin and Guinea. *Int J Health Plann Manage* 1997, 12, S81-S108.
25. Fonds des nations unies pour l'enfance. Initiative de Bamako. New York: UNICEF, 1987.
26. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario), 21 novembre 1986.
27. Lapeyre L. Objectifs du Millénaire pour le développement: outils de développement ou cheval de Troie des politiques néolibérales? *Alternatives Sud*, 13–2006 (1), 9–26.
28. Council on Health Research for Development (COHRED). A health research perspective on the African Regional Health. Report Research for Health Briefing, 2007, 5.
29. Airhihenbuwa CO. On being comfortable with being uncomfortable: centering an Africanist vision in our gateway to global health. *Health Education & Behaviour* 2007, 34(1), 31–42.
30. Raeburn J, Rootman I. People-Centred Health Promotion. Chichester (England): John Wiley & Sons, 1998.
31. Katz A. The Sachs report: Investing in health for economic development – or increasing the size of the crumbs from the rich man's table? *International Journal of Health Services* 2004, 34(4), 751–773.
32. Kickbusch I. The dynamics of health promotion: from Ottawa to Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online*. 2005. Accès le 27.07.07: URL:<http://www.rhpeo.org/reviews/2005/1/index.htm>
33. Olivier de Sardan JP, Jaffré Y. Une médecine inhospitalière: Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris: Karthala, 2003.
34. Mestrum F. Les chiffres de la santé et la santé des chiffres. In: A. Katz, & J. Duchatel (sous la direction). La santé pour tous ! Se réapproprié Alma Ata (pp. 41–55). Genève, Suisse: CETIM, PubliCetim 2007, n°s 27–29.
35. World Health Organization/Europe. Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen, 1998.
36. Jones COH, Williams HA. The social burden of malaria: what are we measuring? *Am J Trop Med Hyg* 2004, 71 (Suppl 2), 156–161.
37. Williams HA, Jones COH. A critical review of behavioral issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: what contributions have social scientists made? *Soc Sci Med* 2004, 59, 501–523.
38. Mwenesi H. Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: An overview. *Acta Trop* 2005, 95, 292–297.
39. Muhe L. Community involvement in rolling back malaria. Geneva: Roll Back Malaria/World Health Organization, WHO/CDS/RBM/2002.42, 2002.
40. Houéto D. La charte de Bangkok dans le contexte africain francophone était-elle nécessaire? In: van Steenberghe E, St-Amand D editors. La charte de Bangkok: ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé? Montréal (Québec): Collection REFIPS, 2006: p. 49–56.
41. Fassin D. Faire de la santé publique. Rennes: Editions de l'ENSP, 2005.
42. Ridde V. Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France: l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches Sociographiques* 2004, XLV(2), 343–364. URL:<http://www.erudit.org/revue/rs/2004/v45/n2/index.html>.
43. Kickbusch I. The move towards a new public health. *Promot Educ* 2007, suppl.2, 9.
44. McQueen DV, Anderson LM. Utiliser des données probantes pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé: quelques enjeux fondamentaux. *Promot Educ* 2004, Hors Série (1), 11–16.
45. Moodie R. Mesurer l'efficacité des politiques de promotion de la santé: quelles leçons tirer des succès australiens? *Promot Educ* 2004, Hors série 1, 28–32.
46. Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promot Int* 2000, 15(4), 355–367.
47. Nilsen Ø. Community health promotion: concepts and lessons from contemporary sociology. *Health Policy* 1996, 36, 167–183.
48. Houéto D, d'Hoore W, Ouendo EM, Charlier D, Deccache A. Malaria control among children under five in sub-Saharan Africa: The role of empowerment and parents' participation besides the clinical strategies. *Rural Remote Health* 2007, 7(4), 840.