

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-septième session
Victoria Falls, République du Zimbabwe, 28 août-1^{er} septembre 2017

Point 12 de l'ordre du jour provisoire

**RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ PAR UNE ACTION
INTERSECTORIELLE SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ**

Rapport du Secrétariat

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1-8
ENJEUX ET DÉFIS	9-14
MESURES PROPOSÉES	15-28

ANNEXES

	Page
1. Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans, par quintiles le plus pauvre et le plus riche dans 41 pays	7
2. Couverture vaccinale antirougeoleuse (par le vaccin contenant une valence rougeole) chez les enfants âgés d'un an (en pourcentage) dans la Région africaine, sur la période 2000-2013, par niveau d'instruction de la mère.....	8
3. Pourcentage de la population résidant en milieu urbain et en zone rurale ayant accès à des sources d'eau potable gérées en toute sécurité dans la Région africaine	9
4. Pourcentage de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées par quintile dans la Région africaine.	10
5. Tableau mettant en évidence des exemples d'actions intersectorielles couronnées de succès dans la Région africaine.....	11

CONTEXTE

1. Les inégalités en matière de santé sont évitables¹. En effet, la santé de la population et les inégalités en matière de santé sont influencées par les circonstances dans lesquelles les individus naissent, vivent, grandissent et vieillissent. Les déterminants de la santé au sens large, qui sont basés sur les politiques, la structure de gouvernance, les facteurs politiques et économiques, ainsi que les problèmes environnementaux et de développement dans les pays, influent aussi sur la santé et peuvent créer des inégalités. La réduction des inégalités en matière de santé nécessite donc que l'on tienne compte de facteurs socioéconomiques et structurels plus larges et que l'on s'attaque aux causes profondes des maladies, à l'inaccessibilité aux services de soins de santé et à la pénurie de services de qualité.

2. Depuis 2008, l'OMS a lancé le Rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, adopté une série de déterminants sociaux internationaux de la santé et publié plusieurs déclarations visant à promouvoir la santé^{2,3,4,5,6,7}. Les résolutions WHA67.12 et WHA69.24 adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014 et 2016, respectivement, font valoir la nécessité pour l'OMS et les États Membres d'identifier les déterminants sociaux de la santé et d'agir en conséquence. Ces engagements montrent que l'on doit non seulement entreprendre des actions intersectorielles durables dans tous les secteurs, mais aussi adopter une approche pangouvernementale, ainsi qu'une approche de la santé dans toutes les politiques et assurer des prestations de services de santé intégrés axés sur la personne⁸, afin d'améliorer la santé des populations et l'équité en santé.

3. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable (ODD) fournissent un cadre de développement nécessitant une collaboration intersectorielle, des efforts accrus et une coordination dans tous les secteurs. Le Programme de développement durable et les objectifs de développement durable offrent au secteur de la santé une occasion d'agir sur les déterminants de la santé tout en prenant des actions pour promouvoir la santé dans tous les autres objectifs. Le récent document du Conseil exécutif⁹ (document EB140/32) a clairement déclaré que : « L'un des points forts du Programme 2030 tient au fait que l'ensemble des objectifs de développement durable offrent des possibilités d'améliorer la santé. Les éléments moteurs d'une bonne santé ne sont ni linéaires ni unidirectionnels ; les résultats en matière de santé dépendent plutôt de multiples facteurs qui sont communs à toutes les activités concourant aux autres objectifs, et il est fréquent que les résultats contribuent en retour aux facteurs initiaux ». Par ailleurs, la santé est une condition préalable des politiques visant à promouvoir le développement durable et un résultat de ces politiques.

¹ Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health (« Les concepts et principes de l'équité et de la santé »). Publié dans la revue *International Journal of Health Services* 22: 429-445.

² Organisation mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première Conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa, Canada, 21 novembre 1986.

³ Organisation mondiale de la Santé (2005). La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.

⁴ Organisation mondiale de la Santé (2011). Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011.

⁵ Organisation mondiale de la Santé (2011). Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles.

⁶ Organisation mondiale de la Santé (2013). Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques.

⁷ Organisation mondiale de la Santé (2016). Déclaration de Shanghai sur le rôle de la promotion de la santé.

⁸ Organisation mondiale de la Santé (2016). Cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne.

⁹ Organisation mondiale de la Santé (2017). Rapport établi par le Secrétariat, à l'intention du Conseil exécutif, intitulé *Progrès dans la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030* (document EB140/32). Genève, janvier 2017.

4. La promotion de la sécurité alimentaire fait partie des objectifs de développement durable et joue un rôle primordial dans l'atteinte de résultats sanitaires pour la population, en particulier pour les enfants. En 2016 par exemple, plus de 40 % des enfants de moins de cinq ans dans 19 pays sur 41 étaient d'un faible statut socioéconomique (quintile le plus pauvre) et souffraient donc de malnutrition chronique par rapport au quintile le plus riche, alors que la plupart des autres pays en comptaient moins de 20 % (voir l'annexe 1). Ces disparités découlent de l'indisponibilité, de l'inaccessibilité et du coût trop élevé des aliments nutritifs pour l'ensemble de la population. Les actions intersectorielles impliquant les secteurs des finances, de la santé, de l'agriculture et d'autres secteurs économiques sont nécessaires pour lutter contre la pauvreté, l'insécurité alimentaire et la malnutrition, comme cela a été souligné dans le cas du Ghana et du Kenya (voir l'annexe 5) qui affichent les résultats escomptés.

5. L'éducation et le lieu de résidence contribuent également aux inégalités. Par exemple, en 2016, les mères sans instruction étaient moins susceptibles de faire vacciner leurs enfants. Au demeurant, l'annexe 2 montre le taux de couverture vaccinale antirougeoleuse chez les enfants d'un an selon le niveau d'instruction des mères. Les disparités entre les communautés urbaines (70 %) et rurales (50 %), qui ont accès à des sources d'eau potable gérées en toute sécurité, se retrouvent aussi dans la plupart des pays (voir l'annexe 3). En effet, le quintile le plus riche dans la majorité des pays avait un taux d'accès à des installations d'assainissement améliorées supérieur à 50 % alors que la population la plus pauvre avait, elle, moins de 30 % d'accès (voir l'annexe 4). La distribution inéquitable de l'eau a des répercussions énormes sur l'assainissement et l'hygiène, ce qui se traduit souvent par un fardeau élevé de maladies telles que le choléra, la typhoïde, le paludisme et la fièvre jaune qui peuvent se propager au point d'atteindre des proportions épidémiques¹⁰.

6. Néanmoins, certains pays de la Région africaine de l'OMS ont des expériences intersectorielles positives qui contribuent à la santé et aux résultats d'autres secteurs. Par exemple, la Gambie et l'Afrique du Sud ont engagé une lutte antitabac couronnée de succès grâce au rôle moteur joué par les responsables politiques et à des actions multisectorielles à base élargie et aux partenariats stratégiques allant du niveau national jusqu'à l'échelon infranational, y compris la société civile. L'initiative d'assurance à assise communautaire lancée au Rwanda est un autre exemple d'action intersectorielle concrète dans laquelle le secteur de la santé collabore avec les Services de la Présidence, le ministère des Finances et de l'Économie, ainsi que les autorités locales pour accroître le budget de la santé et rechercher un soutien au financement de ce secteur (voir l'annexe 5).

7. Les États Membres de la Région africaine de l'OMS sont de plus en plus conscients de l'importance des déterminants de la santé et de la nécessité de l'alignement stratégique sur les politiques intersectorielles, afin de renforcer les actions qui s'attaquent durablement aux inégalités en matière de santé (voir l'annexe 5).

8. La Région africaine de l'OMS met en exergue les défis et propose des actions clés dans le cadre du programme d'action de l'OMS sur l'action intersectorielle pour la santé, lesquelles actions peuvent être entreprises par de multiples parties prenantes pour promouvoir les objectifs de développement durable (document EB140/32).

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. *Financement de l'accès universel de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans le cadre des objectifs de développement durable*. Rapport 2017 d'ONU-Eau sur l'analyse et l'évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS). Genève, 2017.

ENJEUX ET DÉFIS

Mise en place de cadres politiques, législatifs et réglementaires pour promouvoir la collaboration intersectorielle

9. L'action sur les déterminants de la santé en amont, tels que les politiques d'autres secteurs, reste un enjeu pour la plupart des pays qui ne disposent d'aucun cadre politique, législatif et réglementaire propice à la collaboration intersectorielle. Les programmes intersectoriels, tels que la lutte antitabac, le VIH/sida, la nutrition et les produits sains, la sécurité routière, la santé et la réglementation de la sécurité sociale, requièrent des cadres législatifs et réglementaires pour collaborer avec d'autres secteurs en vue d'obtenir les résultats sanitaires escomptés et de faire face aux conséquences des accords commerciaux, de la publicité en faveur du tabac, des migrations transfrontalières, ou encore de la réglementation de la circulation. La viabilité des actions intersectorielles devient un défi en cas d'inexistence de soutien de haut niveau du système de gouvernance.

10. Le secteur de la santé a besoin d'une approche intégrée pour collaborer avec d'autres secteurs en vue de lutter contre les inégalités en matière de santé et d'agir sur les déterminants de la santé, en tirant parti du nouveau cadre des objectifs de développement durable. Les principaux acteurs du développement, tels que les structures des collectivités locales, la société civile, le secteur privé et les secteurs autres que celui de la santé, doivent être impliqués pour fournir des équipements sociaux et l'infrastructure nécessaire pour la santé. La mise en commun des ressources en vue d'un appui technique et financier par l'alignement et la coordination intersectorielle permettra de s'attaquer aux problèmes de duplication des efforts, de fragmentation de l'impact et de dispersion des ressources.

Le leadership et l'engagement politique nécessaires pour identifier, assurer le suivi et consolider les données factuelles sur la santé et les inégalités

11. Le secteur de la santé joue souvent un rôle de réaction dans la prestation des services nécessaires concernant l'état de santé de la population. Toutefois, le défi réside dans la façon de traiter les causes profondes de la maladie qui ne relèvent pas du secteur de la santé. À cet effet, la plateforme des objectifs de développement durable offre au secteur de la santé une nouvelle occasion d'attirer l'attention sur la santé qui constitue le résultat du développement et une condition préalable à celui-ci, une thèse qui épouse la cause du développement durable sur lequel tout le monde compte.

12. En vue d'assurer un leadership efficace en matière de santé et de développement, le ministère en charge de la santé publique doit renforcer ses systèmes de données pour fournir des éléments scientifiques concrets sur les disparités en santé entre groupes de population, notamment les populations vulnérables et difficiles à atteindre. Les statistiques découlant des enquêtes démographiques nationales et des recensements doivent être régulièrement actualisées afin de suivre les progrès réalisés et d'évaluer l'impact des politiques et des programmes sur la santé de la population, en utilisant des données désagrégées suffisantes issues des systèmes d'information sanitaire du niveau infranational jusqu'au niveau national. Des ensembles de données fiables et des informations partagées entre les secteurs permettraient d'assurer une planification et une prise de décision efficaces dans le cadre de l'approche pangouvernementale de lutte contre les inégalités en matière de santé et d'action sur les déterminants de la santé.

13. L'investissement dans les systèmes d'information sanitaire, la recherche innovante, le renforcement des capacités, l'infrastructure et les outils de recherche est primordial pour comprendre les déterminants sous-jacents de la santé et permettre aux pays d'aller de l'avant et de combler les déficits de connaissances dans la recherche pour la santé publique. Les travaux de recherche visant à formuler la justification économique qui sous-tend le plaidoyer en faveur des déterminants sociaux des interventions axées sur la santé et les inégalités en la matière seront essentiels pour permettre aux États Membres de renforcer le dialogue et la collaboration systématiques avec d'autres secteurs et de faciliter la compréhension des différents programmes et autres approches de politique sectorielle.

Le paysage en mutation qui nécessite des efforts, des ressources et des capacités de collaboration

14. La Région africaine est confrontée à des enjeux exceptionnels qui comprennent un profil démographique des conditions environnementales en mutation rapide, un accroissement de la population jeune et des personnes âgées, la migration des zones rurales vers les centres urbains, le changement climatique et des problèmes de gouvernance. Ces facteurs contribuent à l'insécurité alimentaire, à l'agitation sociale et aux flambées épidémiques liées au climat à cause en partie d'une alimentation en eau insuffisante, d'un mauvais assainissement et d'un manque d'autres commodités sociales essentielles pour mener une vie en bonne santé. Il y a une distribution disproportionnée de ces commodités sociales entre riches et pauvres, hommes et femmes, résidents ruraux et populations urbaines, ce qui creuse encore les inégalités et accentue les injustices à l'intérieur des pays, eu égard à la faible préparation face à ces mutations rapides. Ce paysage changeant nécessitera des efforts de collaboration, des ressources et des capacités pour agir sur les principaux déterminants de la santé.

MESURES PROPOSÉES

Proposer des cadres politiques, législatifs et réglementaires susceptibles de renforcer la coordination et la collaboration intersectorielles pour agir sur les déterminants sociaux

15. Les États Membres devraient établir des mécanismes durables de coordination aux niveaux national et infranational pour permettre au secteur privé, à la société civile et aux autres secteurs d'intégrer la santé dans leurs politiques. Une démarche multisectorielle coordonnée contribuera effectivement à l'action sur les déterminants de la santé et garantira l'adoption d'une approche « pangouvernementale » pour réduire les inégalités en matière de santé dans la Région africaine.

16. Les États Membres devraient adopter et appliquer une approche intersectorielle pour faciliter les actions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et promouvoir une société inclusive, équitable, productive sur le plan économique et en bonne santé, moyennant la collaboration avec les partenaires multisectoriels, les groupes de la société civile, le secteur privé et les communautés.

17. Les États Membres devraient se doter de cadres de politique ou utiliser les cadres politiques, législatifs et réglementaires existants pour renforcer la collaboration intersectorielle entre les différents secteurs et promouvoir la bonne gouvernance en matière de santé et de développement dans tous les secteurs. Les structures et autorités des collectivités locales (c'est-à-dire les municipalités) jouent un rôle primordial dans la mise en œuvre d'actions intersectorielles qui traitent des facteurs influant sur la santé, y compris le fait de permettre aux divers groupes de population d'accéder aux services.

18. Les États Membres devraient prendre des mesures pour renforcer le dialogue et la collaboration systématiques avec les autres secteurs et pour comprendre les divers programmes d'action sectoriels et les approches de politique sous-tendant les interventions réalisées en temps voulu qui montrent l'impact positif des politiques publiques sur la santé de la population.

Renforcer le leadership en matière de santé et de développement

19. Les États Membres, en particulier le ministère chargé de la Santé, devraient s'appuyer sur le rôle de chef de file qu'ils jouent dans les questions de santé pour plaider en faveur de la santé dans tous les objectifs de développement durable, en tenant compte des contributions majeures que les politiques et les programmes d'autres secteurs apportent à l'action sur les déterminants de la santé pour tous les groupes de population.

20. Les États Membres devraient renforcer leur leadership en santé à tous les niveaux, plaider pour la réduction des inégalités en matière de santé dans toutes les fonctions programmatiques et favoriser la conception conjointe de la mise en œuvre des programmes avec d'autres secteurs, en gardant à l'esprit que les différents groupes d'intérêt tireraient mutuellement parti de l'action sur les déterminants de la santé dans le cadre d'une approche de la santé dans toutes les politiques.

21. Les États Membres devraient investir dans l'acquisition des capacités afin d'accroître les compétences en matière de leadership et de partenariat, ainsi que les ressources nécessaires pour entreprendre des actions concertées avec des partenaires multisectoriels.

Générer des bases factuelles, promouvoir l'innovation et la recherche scientifique

22. Les États Membres sont invités à renforcer ou à créer des systèmes nationaux et infranationaux de collecte de données pour assurer la collecte systématique de données ventilées précises pour surveiller les inégalités et les injustices en matière de santé, en particulier celles générées par les facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Les structures institutionnelles devraient améliorer le suivi des progrès et favoriser le partage d'informations afin de renforcer les actions intersectorielles sur les déterminants de la santé qui mettent l'accent sur l'innovation et la recherche scientifique dans tous les secteurs et départements.

23. Les États Membres devraient développer une culture de la recherche fondée sur des bases factuelles à l'effet d'éclairer la prise de décision à tous les niveaux, en tenant compte des causes profondes des problèmes de santé dans les systèmes de santé et dans tous les domaines programmatiques et de mettre au point des outils de communication avec les partenaires et les parties prenantes pour agir sur les déterminants de la santé et les inégalités.

24. Les États Membres devraient utiliser l'évaluation d'impact pour élaborer des politiques, ou les outils conçus par l'OMS tels que l'Outil d'évaluation de l'équité en santé en milieu urbain et d'intervention (Urban HEART)¹¹, l'outil de suivi des inégalités en matière de santé¹², la série de dossiers d'information sur les politiques ayant trait aux actions intersectorielles pour la santé¹³ ou la liste de contrôle pour l'évaluation de la fonction des

¹¹ http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/

¹² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf

¹³ http://www.who.int/social_determinants/publications/SDH6.pdf

partenariats intersectoriels, afin de pouvoir influencer efficacement sur le programme de développement et d'agir sur les déterminants de la santé.

Renforcer la coopération internationale en vue du partage des connaissances et des compétences

25. Les États Membres devraient s'engager dans une coopération Sud-Sud et internationale dans le cadre d'accords bilatéraux, régionaux, sous-régionaux ou interrégionaux pour créer et renforcer les capacités technologiques existantes, partager leurs connaissances et leurs compétences grâce au renforcement des capacités et mettre en commun leur expertise, ainsi que leurs ressources, afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé tout en réalisant des progrès pour atteindre les objectifs de développement durable. De tels efforts concertés nécessitent la participation et l'engagement actifs de tous les partenaires, afin de s'assurer que les problèmes de santé sont pris en compte dans les approches pangouvernementales et dans celles qui mobilisent l'ensemble de la société.

S'adapter à l'évolution de la situation

26. Les États Membres devraient collaborer dans tous les secteurs pour rechercher des occasions d'agir sur les déterminants de la santé, en particulier ceux ayant trait à l'urbanisation, aux mutations démographiques rapides et au nouveau paysage de l'interconnexion entre le développement social, économique et sanitaire. Ils devraient nouer des partenariats avec les autorités locales, les organismes de protection sociale et les autorités législatives pour combattre les inégalités et les injustices existantes entre les groupes de population et favoriser la participation active de multiples parties prenantes à la création d'un cadre propice permettant à la population de jouir d'une vie saine et durable.

27. En sa qualité de secrétariat de ce programme, l'OMS fournira un appui technique, des orientations et des outils pour faciliter les actions intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé. L'Organisation joue un rôle clé dans la création de la plateforme de dialogue politique et de collaboration avec des partenaires de tous les secteurs pour soutenir l'action intersectorielle au niveau des pays. Ces partenaires sont le secteur privé, la société civile, y compris les équipes de pays des Nations Unies, les partenaires au développement et les experts concernés. Dans le cadre des actions mondiales sur les déterminants de la santé et consistant à lutter contre les inégalités en matière de santé, l'OMS collaborera avec les institutions du système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales dans des domaines tels que le plaidoyer, la recherche, le renforcement des capacités et l'appui technique direct à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et contre les inégalités.

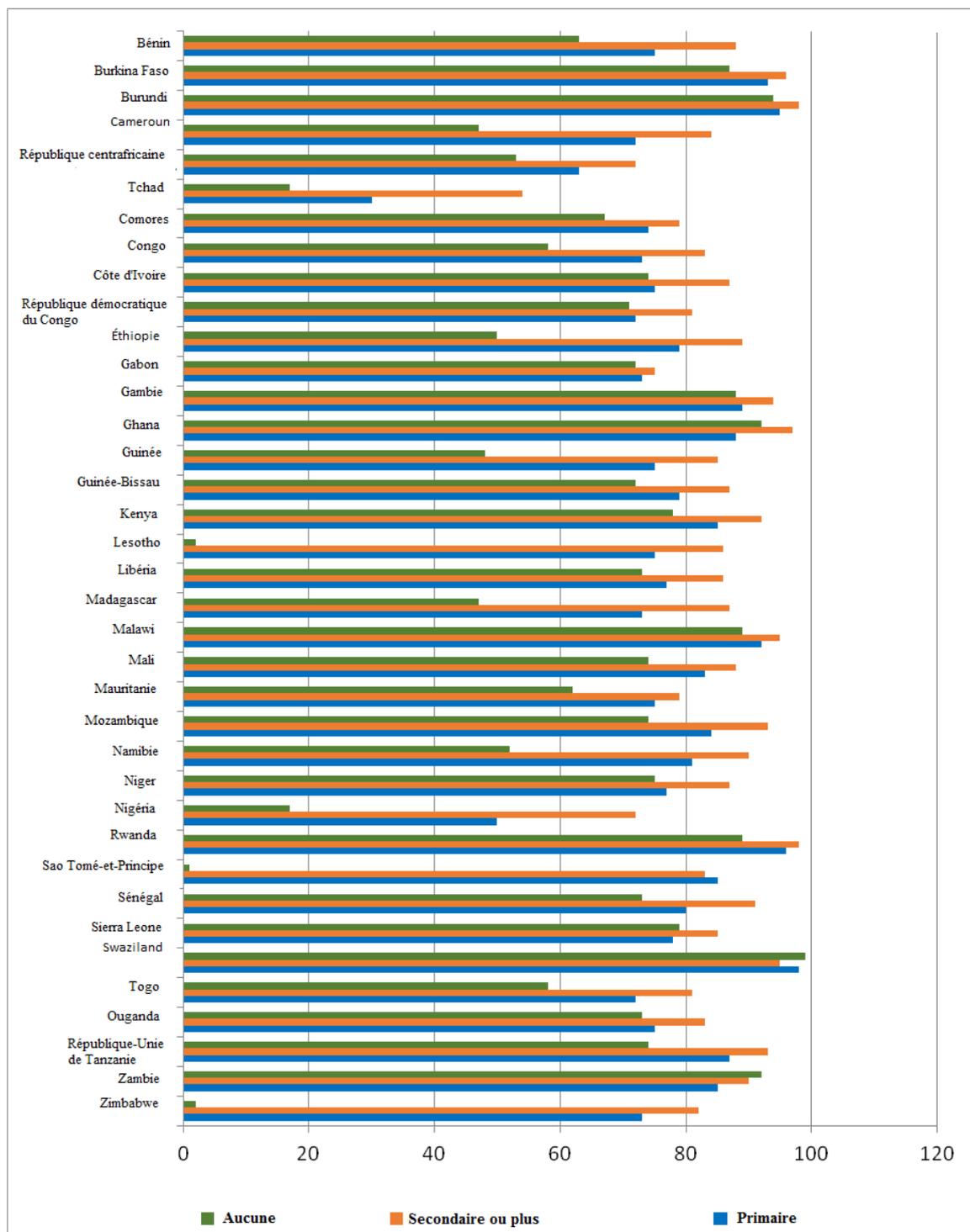
28. Le Comité régional est invité à examiner le document et à approuver les mesures proposées.

Annexe 1 Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans, par quintiles le plus pauvre et le plus riche dans 41 pays

Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans	Quintile le plus pauvre	Deuxième quintile	Quintile intermédiaire	Quatrième quintile	Quintile le plus riche
Algérie (2012)	12,6	12,1	11	11,7	10,6
Bénin (2006)	49,5	48,3	47,2	39,2	28,8
Burkina Faso (2010)	41,9	37	37,6	33,2	18,6
Burundi (2010)	70	59,1	59,8	56,5	41,4
Cameroun (2011)	26,1	18	11,6	8,8	2,8
République centrafricaine (2010)	45,3	44,7	41,4	39,4	30,3
Tchad (2010)	38,3	42,7	41,3	40,8	29,7
Comores (2012)	38,2	32,5	25,9	27	21,9
Congo (2012)	34,5	27,6	26,9	17	9,3
Côte d'Ivoire (2011)	38,5	35,5	27,7	24,2	15,5
République démocratique du Congo (2013)	49,7	48,3	45,8	41,4	22,9
Guinée équatoriale (2011)	28,4	28,7	35,2	26,5	19
Érythrée (2010)	56,6	57,2	59	46,9	26,5
Éthiopie (2011)	49,2	47,7	45,6	45	29,7
Gabon (2012)	29,9	18,8	12,3	11,9	5,8
Gambie (2013)	29,5	27,2	25,2	22,4	15,2
Ghana (2014)	24,8	25,5	17,9	14,4	8,5
Guinée (2012)	33,8	41,1	33,8	25	15,4
Guinée-Bissau (2010)	41,9	36,7	31,1	23,6	18
Kenya (2014)	36,9	30,2	25,4	20,7	13,8
Lesotho (2014)	45,6	38,1	34,8	28,2	13,4
Libéria (2013)	35,3	35,2	35,3	27,7	19,9
Madagascar (2009)	47,6	54	52,5	51	43,6
Malawi (2013)	48,7	43,9	43,6	39,1	33,6
Mali (2013)	46,4	44,4	42,4	33,9	21,2
Mauritanie (2011)	33,8	29,5	25,4	19,7	13,7
Mozambique (2011)	51,1	48	46,4	37,4	24,1
Namibie (2013)	31,3	28,8	24,2	16,8	8,7
Niger (2012)	46,9	48	41,8	46,7	34,5
Nigéria (2013)	53,8	46,1	35,1	26,3	18
Rwanda (2014)	48,6	44,7	37,5	30,2	20,9
Sao Tomé-et-Principe (2009)	38,2	34,9	32,2	20,5	17,6
Sénégal (2014)	28,8	21,7	15,5	13,4	8,4
Sierra Leone (2013)	42,6	40,4	38,1	35	28,1
Soudan du Sud (2010)	31,3	34,1	32	31,7	26,5
Swaziland (2010)	41,9	32,3	33,4	26,3	14
Togo (2013)	33,4	37,5	32,5	19,4	10,6
Ouganda (2011)	37,3	30,9	45	30,5	20,8
République-Unie de Tanzanie (2010)	20,4	19,5	16,5	13,7	8,9
Zambie (2013)	47,3	41,7	40,2	37,6	28,4
Zimbabwe (2014)	33,4	31,3	28,3	27	15

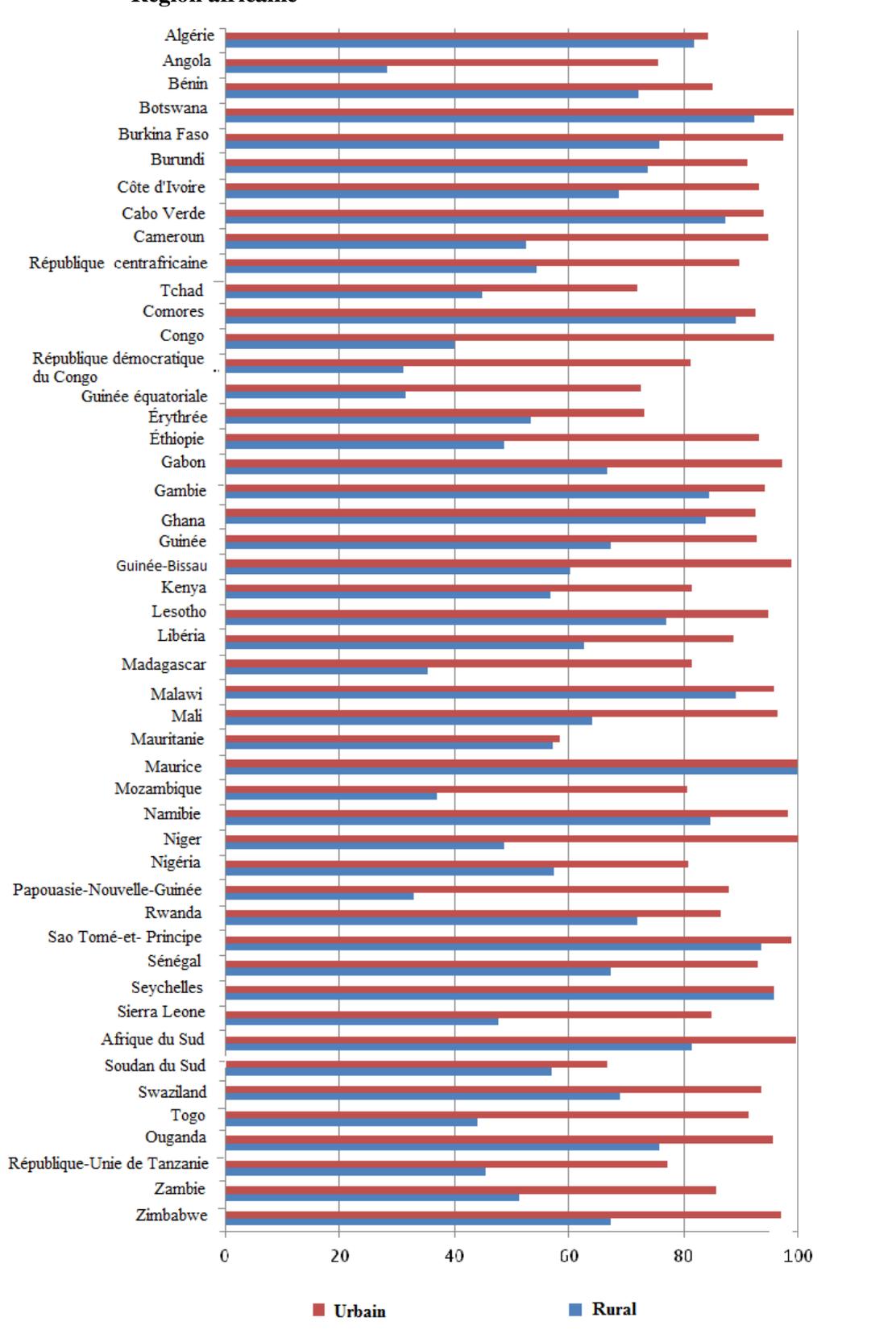
Source des données – Les données sont tirées de la dernière enquête démographique (enquête par grappes à indicateurs multiples, enquête démographique et sanitaire). Les bases de données des enquêtes démographiques telles que les enquêtes démographiques et sanitaires ou les enquêtes par grappes à indicateurs multiples comprennent des données désagrégées et 41 pays disposaient de données entièrement ventilées selon les quintiles de richesse. Les quintiles de richesse sont développés à l'aide d'indicateurs sociaux et économiques. Ont été exclus de l'analyse, les pays dont les données ne sont pas désagrégées ou qui ne possèdent pas de données sur les indicateurs socioéconomiques.

Annexe 2 Couverture vaccinale antirougeoleuse (par le vaccin contenant une valence rougeole) chez les enfants âgés d'un an (en pourcentage) dans la Région africaine, sur la période 2000-2013, par niveau d'instruction de la mère



Source des données – Données tirées du dernier Atlas des statistiques sanitaires de la Région africaine 2016, qui comprend des données issues d'enquêtes démographiques (enquêtes par grappes à indicateurs multiples, enquêtes démographiques et sanitaires). Les pays sans indicateurs ni données pertinents ont été exclus de l'analyse.

Annexe 3 Pourcentage de la population résidant en milieu urbain et en zone rurale ayant accès à des sources d'eau potable gérées en toute sécurité dans la Région africaine



Source de données – Rapport de l'OMS sur les statistiques sanitaires mondiales, 2017 – On peut y accéder en suivant le lien http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/fr/.

Annexe 4 Pourcentage de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées par quintile dans la Région africaine

Accès à des installations d'assainissement améliorées	Quintile le plus pauvre	Deuxième quintile	Quintile intermédiaire	Quatrième quintile	Quintile le plus riche
Algérie (2012)	61,4	60,1	65,7	72,2	62,3
Bénin (2011)	9,3	23,2	22,7	36,4	38,7
Burkina Faso (2015)	33,5	16,5	32,2	28,3	22,1
Burundi (2010)	36,5	39,7	49	40,6	49,4
Cameroun (2011)	28,6	52,1	57,7	40,6	55,7
République centrafricaine (2010)	16,4	23,4	30,2	44,5	52,2
Tchad (2010)	18,8	15,2	25,2	36,5	63,3
Congo (2012)	71,5	65,7	63,4	34,3	49,2
Côte d'Ivoire (2011)	14,3	20,8	26,4	46,3	36,3
République démocratique du Congo (2013)	31,2	39	34,6	48,8	51,2
Éthiopie (2011)	3	7,8	5,7	11,7	6,1
Gabon (2012)	40,6	47,8	54,8	52	58,1
Gambie (2013)	47,7	51,2	61,9	27	55,4
Ghana (2011)	53,1	44,7	61,7	„	„
Guinée (2012)	12,1	36,8	32,5	56,3	68,6
Guinée-Bissau (2010)	27,9	26,2	31,2	53,7	
Kenya (2014)	47,9	49,3	51,7	61,6	59,3
Libéria (2013)	37	60,8	55	58,4	85,4
Madagascar (2009)	32,5	29,5	39,4	51,8	68
Malawi (2013)	38,7	39,4	51	48,9	59,3
Mali (2013)	9,9	32,8	22,7	54,8	33,3
Mauritanie (2011)	16,5	28,4	33,1	43,3	42,7
Mozambique (2011)	17,1	12		12,7	11
Niger (2012)	5,5	8,1	3,8	5	34,8
Nigéria (2013)	36,5	25,2	42,5	49,9	45,9
Sao Tomé-et-Principe (2009)	72	18,5	81	57,9	„
Sierra Leone (2013)	37,9	50,3	34,2	53	63,9
Soudan du Sud (2010)	17,5	28,9	23,5	41,3	53,3
Swaziland (2010)	57	49,9	58	69	75,8
Togo (2013)	27,8	46	36,8	43	49,1
Ouganda (2011)	40,3	42,7	55	45,2	62,6
Zambie (2013)	46,2	39,7	48,1	59,9	72,4
Zimbabwe (2014)	27,4	32,5	34,5	42,3	46,2

Source de données – Données d'enquête sur la population (Enquêtes par grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires). Les pays sans données ventilées par paramètres sociaux ont été exclus de l'analyse.

Annexe 5. Tableau mettant en évidence des exemples d'actions intersectorielles couronnées de succès dans la Région africaine

Exposition/ Déterminant de la santé	Action intersectorielle : exemples d'actions clés prises au-delà du secteur de la santé	Impact clé
Pauvreté, insécurité alimentaire et nutrition (Ghana, Kenya ¹⁴)	<ul style="list-style-type: none"> • Action intersectorielle impliquant les secteurs des finances, de la santé, de l'agriculture et d'autres secteurs économiques, montrant un exemple d'intégration de la santé dans une politique et une activité économiques plus larges • Collaboration intersectorielle en matière de nutrition des enfants dans les habitats non structurés à Mombasa (Kenya). Actions intersectorielles impliquant la santé et l'agriculture • Le gouvernement a introduit le Programme intersectoriel de relance économique – pisciculture ou aquaculture – pour faire face à l'insécurité alimentaire, stimuler la croissance économique grâce au rôle moteur des ministères des Finances, de l'Agriculture, de la Pêche 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Au Kenya, les résultats des enquêtes ont indiqué une meilleure sécurité alimentaire, doublée d'une meilleure nutrition. Par exemple, 42,4 % des personnes interrogées ont signalé une disponibilité accrue de vivres et 57,6 % ont fait état d'une amélioration de la nutrition dans les ménages ✓ Le projet de pisciculture a créé des emplois (56,1 %) et généré des revenus (43,9 %) ✓ À Mombasa, la malnutrition a baissé dans les familles pauvres vivant dans des habitats non structurés et chez les communautés vivant dans les bidonvilles ✓ Le renforcement de la collaboration intersectorielle et consolidation du partenariat public-privé dans les initiatives de sécurité alimentaire ✓ Une volonté politique accrue
Tabac (Gambie ¹⁵ et Afrique du Sud ¹⁶)	<ul style="list-style-type: none"> • La loi nationale de lutte antitabac 2016 est une loi complète conforme à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT-OMS), élaborée à la suite d'une large participation et d'un partenariat stratégique entre le ministère de la Santé et de la Protection sociale et d'autres secteurs (environnement et changement climatique, ressources en eau, affaires étrangères, agriculture, finances et affaires économiques, société civile et autres acteurs clés) sous la direction et l'orientation techniques de l'OMS • Un leadership et un engagement politique forts ont conduit à une action multisectorielle lancée en 2012 pour contrôler l'épidémie croissante de tabagisme en Gambie et en Afrique du Sud • Une politique triennale de taxation du tabac introduite entre 2013 et 2015 et reconduite pour la période allant de 2017 à 2019 • Élaboration d'une politique nationale de lutte antitabac, d'une stratégie et d'un plan d'action pour 2013-2018 • Renforcement des capacités en matière de taxation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La prévention de différentes maladies non transmissibles imputables aux produits du tabac ✓ La politique de taxation du tabac a entraîné une baisse du volume d'importation des produits du tabac de 1,12 million de kilogrammes à 0,44 million de kilogrammes (soit une diminution estimative de 60 %), mais les revenus sont passés de 155,32 millions de dalasis à 4206 millions de dalasis (ce qui représente un taux de croissance nominale de 170 %) entre 2012 et 2016 ✓ L'élaboration de deux lois de lutte antitabac – Loi sur l'interdiction de fumer (dans les lieux publics) de 1998 et Projet de loi 2003 interdisant la publicité sur le tabac ✓ L'établissement d'un réseau de

¹⁴ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Addressing determinants of health through intersectoral collaboration: Fish farming project in South Imenti constituency in Meru County, Kenya*. Brazzaville, 2013.

¹⁵ <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07>

¹⁶ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Intersectoral case study: successful tobacco legislation in South Africa*. Brazzaville, 2013.

	<p>du tabac en 2012 et en 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lois sur le tabac promulguées – Loi 2016 sur la lutte antitabac • Élaboration de lignes directrices cliniques sur l'arrêt de la consommation de tabac suivies d'un renforcement des capacités pour leur mise en œuvre en 2016 • Ratification du Protocole sur le commerce illicite des produits du tabac en 2016 	<p>champions de la lutte antitabac</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La ratification de la CCLAT-OMS par la Gambie en 2007 ✓ La création d'un groupe de travail technique chargé de surveiller l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques ✓ La création d'un groupe de travail multisectoriel sur la lutte antitabac et la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles en 2012
Réduction l'apport en sel (Maurice, Nigéria et Afrique du Sud) ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Le gouvernement travaille avec les producteurs et distributeurs de denrées alimentaires et les communautés pour susciter une prise de conscience et créer un environnement favorable • Maurice a élaboré une stratégie nationale axée sur l'étiquetage des denrées alimentaires et la collaboration avec les boulangeries et les distributeurs auprès de supermarchés pour surveiller la teneur en sel dans le pain • L'Afrique du Sud a élaboré une stratégie nationale visant à réduire l'apport en sel grâce à une reformulation obligatoire visant à réduire la quantité de sel dans les aliments transformés • Le Nigéria a formulé des lignes directrices sur l'apport en sel et travaille avec les communautés à la sensibilisation à la consommation abusive de sel 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La baisse de l'hypertension (en d'autres termes, les données factuelles montrent que les régimes alimentaires riches en sel sont liés à l'augmentation de la pression artérielle – un facteur majeur de risque pour les cardiopathies et bien d'autres maladies)
Déparasitage en milieu scolaire (Kenya) ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Des liens étroits existent entre la santé des enfants et les résultats sociaux et éducatifs, notamment l'accessibilité à une éducation de qualité sur l'état de santé de l'individu et de la famille. Cet acquis a été possible grâce à une action intersectorielle impliquant les ministères de la Santé et de l'Éducation. Les enseignants (16 000) ont été formés pour administrer les comprimés de déparasitage et pour assurer l'éducation sanitaire des parents et des élèves dans leurs écoles respectives. • Au Kenya, 70 % des enfants d'âge scolaire âgés de 13 à 14 ans enregistraient la plus forte prévalence de l'infection par les vers, en général les géohelminthiases. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le déparasitage massif en milieu scolaire réduit de 25 % l'absentéisme à l'école, y compris l'amélioration de l'état de santé, ce qui entraîne un accroissement de la productivité, une amélioration des résultats scolaires, l'allongement de l'espérance de vie, la réalisation d'économies et d'investissements et une diminution des dettes et des dépenses en soins de santé. ✓ Le déparasitage de 3,5 millions d'enfants dans 8000 écoles, ce qui a permis d'atteindre une cible de 70 % du point de vue de la portée et de la rentabilité. Le programme de déparasitage a coûté environ US \$0,3 par enfant par an.
Écoles de promotion de la santé (Afrique du Sud)	<ul style="list-style-type: none"> • Action intersectorielle entre les secteurs de l'éducation, de la santé et d'autres secteurs pour prévenir les facteurs qui rendent les apprenants vulnérables, tels que la pauvreté, la violence, la sécurité routière, l'hygiène personnelle, l'abus de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La promotion de la santé ✓ L'augmentation de la fréquentation scolaire

¹⁷ Muthuri SK, Oti SO, Lilford RJ, Oyebo O (2016). *Salt Reduction Interventions in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review*. Article publié dans PLoS ONE 11(3): e0149680. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149680>.

¹⁸ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Improved school-based deworming coverage through intersectoral coordination: the Kenya experience*. Brazzaville, 2013.

	substances, l'infection à VIH et la nutrition	
Financement de la santé et filet de protection sociale (Rwanda) ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Action intersectorielle menée dans le cadre d'une initiative communautaire d'assurance-maladie. Secteurs impliqués : les Services de la Présidence, le ministère des Collectivités locales et le ministère des Finances et de la Planification économique, y compris les maires des districts • Les autres initiatives intersectorielles prises sont : la « Girinka Munyarwanda » (Une vache par famille pauvre), le projet du ministère de l'Agriculture pour l'appui au secteur rural, les souscriptions subventionnées à l'assurance-maladie communautaire et les services sociaux en nature gérés par le ministère du Genre et de la Promotion de la Famille et le ministère de la Santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La santé et le bien-être ✓ La réduction de la pauvreté ✓ Le renforcement du filet de protection sociale
De nombreux déterminants de la santé et inégalités en matière de santé au sein des populations ont des origines sociales et économiques qui échappent à l'influence directe du secteur de la santé et des politiques de santé.		

¹⁹ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Improving health through inter-sectoral actions: lessons from health financing in Rwanda*. Brazzaville, 2013.