

# PARTIE 1 : Préparer le terrain pour une approche mondiale de l'équité en santé



## CHAPITRE 1

### Un nouveau programme mondial – La Commission des Déterminants sociaux de la Santé

Nos enfants ont une espérance de vie extrêmement variable selon l'endroit où ils naissent. Au Japon ou en Suède, ils peuvent espérer vivre plus de 80 ans ; au Brésil 72 ans ; en Inde 63 ans ; dans plusieurs pays africains, moins de 50 ans. Partout dans le monde, les différences d'espérance de vie sont énormes au sein des pays, même les plus riches. La proportion entre pauvreté et richesse peut varier dans les pays à revenu faible, mais il est toujours vrai que les personnes les plus aisées sont épanouies, alors que les moins aisées ne le sont pas.

Cette situation n'est pas inéluctable et il devrait en aller autrement. Il ne s'agit ni de malheureux événements aléatoires réunis, ni de différences de comportements individuels qui maintiennent l'état de santé de certains pays bien en deçà des autres. Les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses à l'échelle mondiale et au sein des sociétés sont tout bonnement injustes. C'est ce que nous entendons par inégalités en santé.

#### L'ÉQUITÉ EN SANTE ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

D'ordinaire, les sociétés attendent du secteur de la santé qu'il s'occupe des questions de santé et de maladies. La mauvaise répartition des soins de santé (le fait qu'ils ne soient pas prodigués à ceux qui en ont le plus besoin) est, à n'en pas douter, un déterminant social de la santé. Mais la lourde charge de morbidité à l'origine d'une mortalité prématurée tristement élevée est principalement due aux conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent – des conditions qui ensemble, assureraient la liberté dont les personnes ont besoin pour vivre une vie qu'elles valorisent (Sen, 1999; Marmot, 2004).

A leur tour, la médiocrité et la disparité dans les conditions de vie sont les conséquences de conditions structurelles profondes qui façonnent le modèle selon lequel les sociétés sont organisées : politiques et programmes sociaux insuffisants, modalités économiques injustes et stratégies politiques mal pensées. Ces 'facteurs structurels' fonctionnent à l'intérieur des pays sous les autorités publiques, mais également, de plus en plus au cours des 150 dernières années, entre les pays, sous l'effet de la mondialisation. Ces effets conjugués de politiques et d'économies mal pensées sont en grande partie responsables du fait que la plupart des habitants de la terre ne jouissent pas d'un bon état de santé qui est, biologiquement parlant, possible. Les conditions de vie quotidiennes, qui sont elles-mêmes la conséquence de ces facteurs structurels, constituent ensemble les déterminants sociaux de la santé.

Remédier à ces inégalités est une question de justice sociale. Pour la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (ci-après dénommée la Commission), réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. Le droit au plus haut niveau de santé possible est garanti dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et dans un grand nombre de traités internationaux (UN, 2000a). Mais le degré de respect de ces droits est extrêmement variable d'un endroit à l'autre du globe. L'injustice sociale tue à grande échelle.

#### UN NOUVEAU PROGRAMME POUR LA SANTE, L'ÉQUITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT

Au départ, il faut admettre qu'il n'est aucune raison biologique qui justifie qu'une fille en un point de la terre, comme le Lesotho, doive avoir une espérance de vie à la naissance inférieure de 42 ans, par rapport à une fille dans un autre pays, comme le Japon par exemple. De même, il n'est pas de raison biologique pour laquelle il doit y avoir une différence de 20 ans ou plus dans l'espérance de vie à la naissance, parmi des groupes sociaux d'un même pays donné. Le changement des déterminants sociaux de la santé engendrera sans conteste une nette amélioration en matière d'équité en santé.

Nous appelons à combler le fossé des disparités sanitaires en l'espace d'une génération. Ceci reflète notre jugement qu'une action menée aux niveaux social, politique et économique, aboutira à une nette diminution des différences en santé entre les pays et en leur sein. Nous ne prétendons pas que le gradient social de la santé dans les pays ou que les différences entre eux seront abolis dans les 30 années qui viennent, mais il s'agit d'appeler à ce que l'énorme injustice que nous voyons de par le monde soit en tête du programme de l'action mondiale, régionale et nationale. Les éléments probants, soulignés dans le présent rapport, à la fois sur la rapidité avec laquelle la santé peut s'améliorer et sur les moyens nécessaires pour réaliser un changement, nous font espérer que combler le fossé n'est pas loin d'être réalisable. Mais il faut passer du dire au faire immédiatement.

#### TROIS PRINCIPES D'ACTION POUR RÉALISER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

L'analyse de la Commission, suite aux déterminants sociaux de la santé résumés ci-dessus, mène à trois principes d'action :

- 1** Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
- 2** Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.
- 3** Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions de déterminants sociaux de la santé.

Bien que le rapport qui suit soit structuré autour de ces trois principes, il ne prévoit pas un ordre établi au niveau de l'action. Mesurer le problème et entreprendre une action pour le résoudre doivent aller de pair. Il faut agir simultanément sur les conditions de vie quotidiennes et sur les facteurs structurels. Ce ne sont pas des alternatives.

Les travaux de la Commission participent d'une nouvelle approche du développement. La santé et l'équité en santé ne sont peut-être pas le but de toutes les politiques sociales, mais elles en seront un résultat primordial. Prenons l'importance capitale accordée à la croissance économique : la croissance économique est sans conteste importante, en particulier pour les pays pauvres, car elle fournit des ressources avec lesquelles améliorer les conditions de vie de la population. Mais la croissance en elle-même contribue peu à l'équité en santé, sans politiques sociales conçues pour répartir les avantages de la croissance de façon relativement équitable.

Les systèmes sanitaires ont un rôle capital à jouer. Les ministères de la santé assument également une importante responsabilité de tutelle. Le secteur de la santé doit travailler de concert avec les autres secteurs de la société. La santé ainsi que l'équité en santé sont des mesures importantes pour garantir le succès des politiques sociales. Pourtant, au-delà du secteur sanitaire, l'action sur les déterminants sociaux de la santé doit faire intervenir l'ensemble des pouvoirs publics, la société civile<sup>1</sup>, les communautés locales, le monde des entreprises, les instances mondiales et les organismes internationaux.

Les processus de mondialisation nous rapprochent de plus en plus en tant que peuples et nations, et nous commençons à entrevoir l'interdépendance de nos aspirations – aspirations pour une sécurité humaine, comprenant la protection contre la pauvreté et l'exclusion, et aspirations pour la liberté de l'homme (Sen, 1999) – pas uniquement pour grandir et nous épanouir en tant qu'individus, mais pour grandir et nous épanouir ensemble. Nous sommes conscients des barrières qui entravent l'épanouissement commun mondial, notamment les intérêts bien établis de certains groupes sociaux et pays. Mais nous admettons aussi la valeur et la nécessité d'une action collective, à l'échelle nationale et mondiale, en vue de corriger les effets corrosifs de l'inégalité des chances d'épanouissement.

## DEUX DOSSIERS IMPORTANTS – EQUITE EN SANTE ET MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT

Il a été enfin admis, de manière généralisée, que le dérèglement et l'épuisement des systèmes environnementaux naturels, dont le changement climatique, ne se réduisent pas à une discussion technique entre experts en environnement mais ont de profondes conséquences sur le mode de vie de tous les êtres humains et de tous les êtres vivants. Il était au-dessus des pouvoirs et de la compétence de la Commission de concevoir un nouvel ordre économique international qui contrebalance les besoins en développement social et économique de toute la population mondiale, en équité en santé et en mesures que réclame de toute urgence le réchauffement de la planète. Cependant, le sentiment d'urgence et la bonne volonté pour se lancer dans des solutions innovatrices, forment l'esprit requis pour traiter de ces deux questions.

## LA COMMISSION ET L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

La Commission a été fondée par le regretté directeur général de l'OMS, Dr John Wook Lee, dans un esprit de justice sociale. Il a perçu dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé la voie pour réaliser l'équité en santé. Créée dans le but de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action, la Commission est un organisme de collaboration mondiale entre responsables du choix des politiques, chercheurs et société civile, dirigé par

des commissaires qui participent de leurs compétences dans les sphères politique et universitaire et dans le domaine de la sensibilisation. L'équité en santé est nécessairement un vrai programme mondial.

La directrice générale actuelle, Dr Margaret Chan, a accueilli la Commission avec enthousiasme ; elle a déclaré :

*« Personne ne doit être empêché d'avoir accès aux interventions de sauvetage ou de promotion de la santé pour des raisons injustes, y compris les facteurs économiques et sociaux. Ce sont ici quelques questions soulevées par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé... Lorsqu'il s'agit de santé, l'équité est vraiment une question de vie ou de mort. » (Chan, 2007)*

La directrice générale Dr Chan a engagé l'OMS à agir sur les déterminants sociaux de la santé, non seulement à cause du pouvoir dont elle est dotée, mais en raison de son autorité morale.

## STIMULER UN MOUVEMENT MONDIAL EN VUE DU CHANGEMENT

La Commission cherche à stimuler un mouvement mondial en vue du changement. Les indications sont claires : la santé est universellement estimée et la justice désirée. Dans le cadre des études qui ont été menées, on a remarqué un net souci de l'injustice dans les conditions de vie (YouGov Poll, 2007) qui sont à l'origine des différences dans les niveaux de santé (RWJF Commission, 2008). Nous avons déjà reçu un soutien considérable pour les conclusions fondamentales que nous avons tirées. Alors que l'OMS est un acteur central et d'une importance vitale pour la mise en action du programme d'équité en santé, le mouvement mondial est l'œuvre d'un grand nombre de parties prenantes. De même, il est clair que le changement des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé est un programme de longue haleine qui requiert appui et investissement soutenus.

## AU-DELA DE LA MENTALITE 'LES AFFAIRES SONT LES AFFAIRES'

Une des principales préoccupations de la Commission depuis sa formation était que l'instauration d'un changement effectif puisse être considérée comme peu réaliste et que les changements superficiels soient plus attirants pour les personnes qui préfèrent continuer selon 'les affaires sont les affaires'. Pourtant, les éléments probants confirment que cette notion des 'affaires sont les affaires' tend à être de moins en moins praticable. Au cœur de l'enthousiasme dans les travaux de la Commission, nous avons également reçu deux types de critiques concernant les déterminants sociaux de la santé : « Nous savons déjà tout » et « Vous n'avez aucun élément de preuve pour soutenir l'action ». Entre les deux critiques, la Commission cherche à se forger une nouvelle voie pour agir. Il est vrai que nous savons déjà beaucoup de choses à propos des déterminants sociaux de la santé, mais l'élaboration des politiques semble très souvent ignorer ces connaissances. Et nous ne savons pas encore assez. Il est impératif d'investir dans des recherches supplémentaires en rassemblant différentes disciplines et domaines de compétence, afin de se rendre compte de la manière dont les déterminants sociaux créent les inégalités en santé et comment l'action menée sur ces déterminants peut produire une santé meilleure et plus équitable.

La Commission est exceptionnelle dans le fait qu'elle a, dès sa

<sup>1</sup> La société civile fait référence à l'arène des actions collectives non coercitives autour d'intérêts, de buts et de valeurs partagés. Théoriquement, ses formes institutionnelles se distinguent de celles de l'Etat, de la famille et du marché, quoique les frontières entre Etat, société civile, famille et marché soient complexes. La société civile est souvent bondée d'organismes tels les organismes de charité enregistrés, les organisations de développement non gouvernementales, les groupes communautaires, les organisations féminines, les organismes confessionnels, les syndicats, les groupes d'entraide, les mouvements sociaux, les associations des gens d'affaires, les coalitions et les groupes de revendication.

formation, inspiré et appuyé l'action réelle dans le monde. En trois ans, plusieurs pays ont adhéré au projet de la Commission: Brésil, Canada, Chili, République islamique d'Iran, Kenya, Mozambique, Sri Lanka, Suède et Royaume-Uni. Ils sont devenus partenaires de la Commission et ont développé des politiques à travers les pouvoirs publics, visant à lutter contre les déterminants sociaux de l'équité en santé. D'autres pays suivront ; l'Argentine, le Mexique, la Pologne, la Thaïlande, la Nouvelle-Zélande et la Norvège ont tous exprimé le désir de se joindre à la Commission. Dans la liste des nations, le nombre des pays partenaires de la Commission est jusqu'à présent relativement réduit.

Dans plusieurs endroits les choses n'ont pas changé et prendront sans doute beaucoup de temps avant de commencer à changer. Mais nos pays partenaires sont une expression puissante d'une volonté politique et d'un engagement concret. Est-il possible de réaliser les choses différemment ? Oui. Ces pays le font déjà. Comme le montrent les parties 3 et 4 du présent rapport, les partenariats avec d'autres pays, la société civile, l'OMS, d'autres organismes internationaux et façonneurs d'opinion sont tous essentiels pour approfondir le programme des déterminants sociaux de la santé.

### POURQUOI MAINTENANT ?

A sa naissance il y a 60 ans, l'OMS faisait des déclarations édifiantes, et de nouveau, il y a 30 ans, à Alma Ata. Ces déclarations sont conformes à l'appel que nous lançons aujourd'hui. Pourquoi les choses seraient-elles différentes maintenant ?

#### Une meilleure connaissance

Nous avons actuellement une meilleure connaissance, à l'échelle mondiale, à la fois de la nature du problème des inégalités en santé et de ce qui peut être fait pour aborder les déterminants sociaux de la santé.

#### Un meilleur développement

Le modèle de développement dominant est en train de changer. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) font référence à une préoccupation mondiale sans précédent pour effectuer un changement réel et durable dans la vie des populations des pays pauvres. La demande d'une nouvelle approche du développement social croît de jour en jour – une approche qui va au-delà de la croissance économique pour atteindre l'édification du bien-être, à travers les effets combinés de la croissance et de l'autonomisation (Stern, 2004).

#### Un leadership en santé plus vigoureux

En convoquant la Commission, l'OMS a émis son désir de faire les choses différemment. Ses Etats Membres appellent également, et de plus en plus, à élaborer un nouveau modèle de santé, du point de vue à la fois de la justice sociale et de la dépendance accrue et intenable du modèle classique des soins de santé.

#### Un statu quo non durable

Ce qui se passe maintenant dans une région du monde a un impact sur tout le reste du globe : crises financières, conflits, mouvements de populations, échange et travail, production alimentaire, sécurité alimentaire et maladies. L'ampleur des inégalités est simplement intenable. A la base de l'appel pour une justice humaine universelle, la réalité inéluctable du changement climatique et la dégradation de l'environnement

ont mis des limites nettes à un avenir basé sur le statu quo et incitent à une volonté mondiale accrue pour faire les choses autrement.

### PEUT-ON ESPÉRER UN CHANGEMENT ?

A cette question: 'Peut-on combler le fossé en l'espace d'une génération ?', il y a deux réponses claires. Si nous continuons comme maintenant, nous n'avons aucune chance d'y parvenir. Mais si nous voulons vraiment faire bouger les choses, si nous nous donnons pour dessein un monde meilleur et plus juste, où l'espérance de vie et l'état de santé d'un individu ne sont plus compromis par le hasard de son lieu de naissance, la couleur de sa peau ou le manque de possibilités offertes à ses parents, alors la réponse est : nous pouvons largement y contribuer.

La réalisation de ce projet nécessitera de grands changements au niveau des politiques sociales, des modalités économiques et de l'action politique. Au centre de cette action doit figurer le renforcement du pouvoir des individus, des communautés et des pays qui ne jouissent pas actuellement d'une part équitable. Les connaissances et les moyens pour opérer le changement sont à portée de main et sont exposés dans ce rapport. Ce qu'il nous faut maintenant, c'est la volonté politique pour mettre en œuvre ces changements difficiles mais réalisables.

Il s'agit d'un travail de longue haleine, qui nécessite d'investir à vie, dès maintenant. L'inaction sera considérée dans quelques décennies comme un refus massif d'assumer une responsabilité qui nous incombe à tous.

## CHAPITRE 2

### Inégalités en santé dans le monde - Il faut agir

#### DISPARITÉS EN SANTÉ DANS TOUS LES PAYS

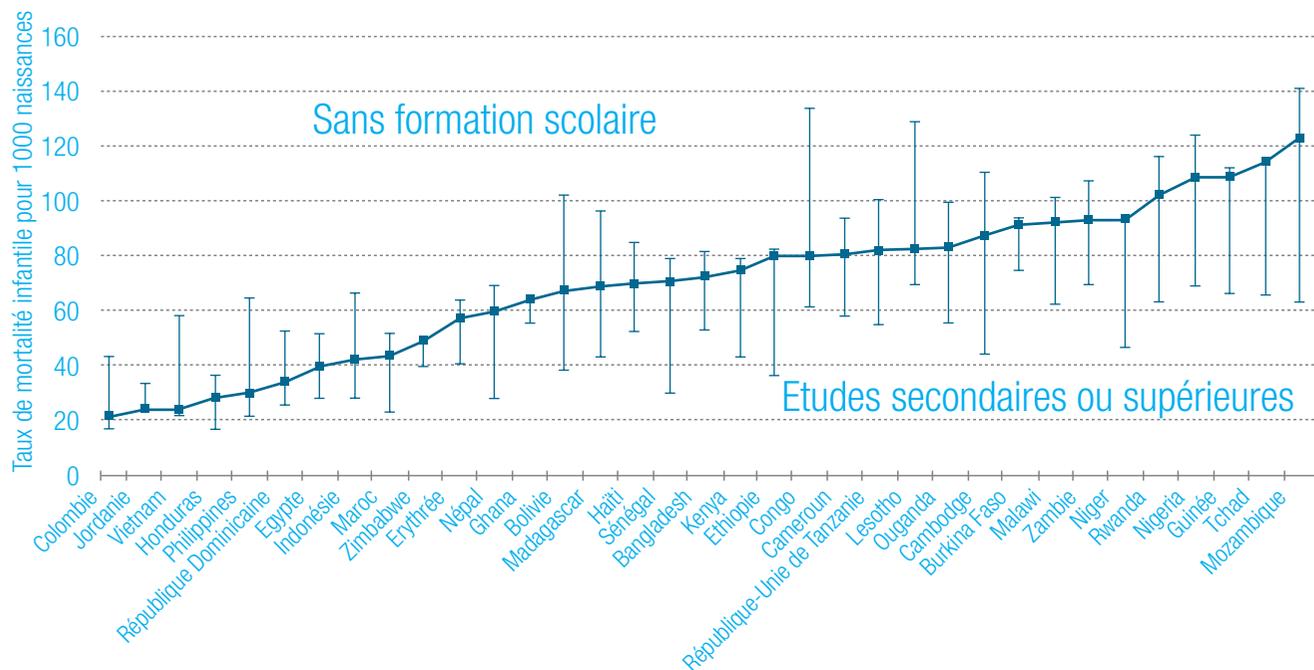
*“ Il n’y a pas de conditions de vie auxquelles l’homme ne peut s’habituer, spécialement lorsqu’il voit qu’elles sont acceptées par tout le monde autour de lui. ” (Tolstoï, 1877)*

Nous sommes tous devenus très habitués à la mortalité et à la morbidité prématurées et aux conditions qui les sous-tendent. Pourtant, une grande partie de ce fardeau de mortalité et de morbidité prématurées pourrait être évitée. Par conséquent, nous ne pouvons accepter cette situation, elle est tout simplement injuste. L'équité en santé se base sur deux éléments: améliorer la moyenne de la santé dans les pays et abolir les inégalités en santé que l'on peut éviter au sein des pays. Dans les deux cas (moyenne de santé des pays et répartition de la santé au sein des pays), il faut viser à élever l'état de santé des personnes les plus diminuées au meilleur niveau possible. Si le taux de mortalité infantile en Islande (WHO, 2007c) était appliqué au monde entier, seuls deux nourrissons mourraient pour 1000 nouveaux-nés, et il y aurait chaque année 6,6

millions de morts de nourrissons en moins.

La disparité dans la répartition de la mortalité infantile est très grande entre les pays et en leur sein. La Fig. 2.1 illustre la variation du taux de mortalité infantile entre les pays, allant de 20/1000 nouvelles naissances en Colombie à plus de 120 au Mozambique. Elle illustre également les énormes inégalités au sein des pays ; les chances de survie d'un enfant sont étroitement liées au niveau d'éducation de sa mère. En Bolivie, les bébés nés de mère n'ayant pas reçu de formation scolaire ont un risque de mortalité infantile supérieur à 100 pour 1000 naissances ; le taux de mortalité chez les bébés nés de mères ayant reçu au moins un enseignement secondaire, est inférieur à 40/1000. Dans tous les pays mentionnés dans la Fig. 2.1, les enfants nés de mère n'ayant pas reçu de formation scolaire ont une survie moindre que les autres. Si l'on considère qu'il est peu réaliste d'envisager un taux de mortalité infantile de 2 pour 1000 naissances dans les pays à revenu faible, nous devons au moins reconnaître l'importance de l'amélioration de la survie infantile que donne manifestement l'éducation des filles et des femmes.

**Figure 2.1:** Disparités dans les taux de mortalité infantile dans les pays et en leur sein, selon le niveau d'éducation de la mère.



Données pourvues par Demographic and Health Surveys (Enquêtes démographiques et sanitaires) (DHS,nd) tirées de STATcompiler. La ligne noire continue représente les taux moyens de mortalité infantile dans les différents pays ; les pointes des barres indiquent les taux de mortalité infantile pour les mères sans formation scolaire et pour les mères qui ont reçu un enseignement secondaire ou supérieur.

## INÉGALITÉS DES CONDITIONS DE SANTE

L'espérance de vie à la naissance chez les Australiens autochtones est considérablement inférieure (59,4 pour les hommes et 64,8 pour les femmes au cours des années 1996 à 2001) à celle des autres Australiens (respectivement de 76,6 et 82,0 durant les années 1998 à 2000) (Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner, 2005).

En Europe, l'excès de risque de mort parmi les adultes d'âge moyen dans les groupes socio-économiques les plus bas s'étend de 25% à 50% et même à 150% (Mackenbach, 2005).

Les inégalités dans le domaine de la santé s'observent chez les personnes les plus âgées. La prévalence des handicaps de longue durée chez les hommes européens âgés de plus de 80 ans est de 58,8% pour ceux qui ont reçu une formation scolaire réduite, versus 40,2% pour ceux qui ont reçu un enseignement supérieur (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003).

Aux États-Unis d'Amérique, on estime à 886 202 les morts qui pouvaient être évitées entre 1991 et 2000, en égalisant les taux de mortalité entre les Américains blancs et les Afro-Américains. Ceci souligne le contraste avec les 176 633 vies sauvées grâce aux progrès médicaux (Woolf et al., 2004).

Les maladies cardiovasculaires représentent le premier groupe des maladies causant la mort dans le monde. On estime à 17,5 millions le nombre de personnes décédées suite à une maladie cardiovasculaire en 2005, ce qui représente 30% des décès dans le monde. Plus de 80% des décès dus à ces maladies surviennent dans des pays à revenu faible et modéré (WHO, nd,a).

Parmi les personnes atteintes de diabète, 80% vivent dans des pays à revenu faible et modéré. Sans une action d'urgence, les décès dus au diabète sont susceptibles d'augmenter de plus de 50% dans les 10 prochaines années.

Les problèmes de santé mentale s'aggraveront. On pense que les troubles dépressifs unipolaires constitueront la cause majeure de morbidité dans les pays à revenu élevé en 2030, et constitueront respectivement la deuxième et la troisième cause de décès dans les pays à revenu moyen et élevé (Mathers & Loncar, 2005).

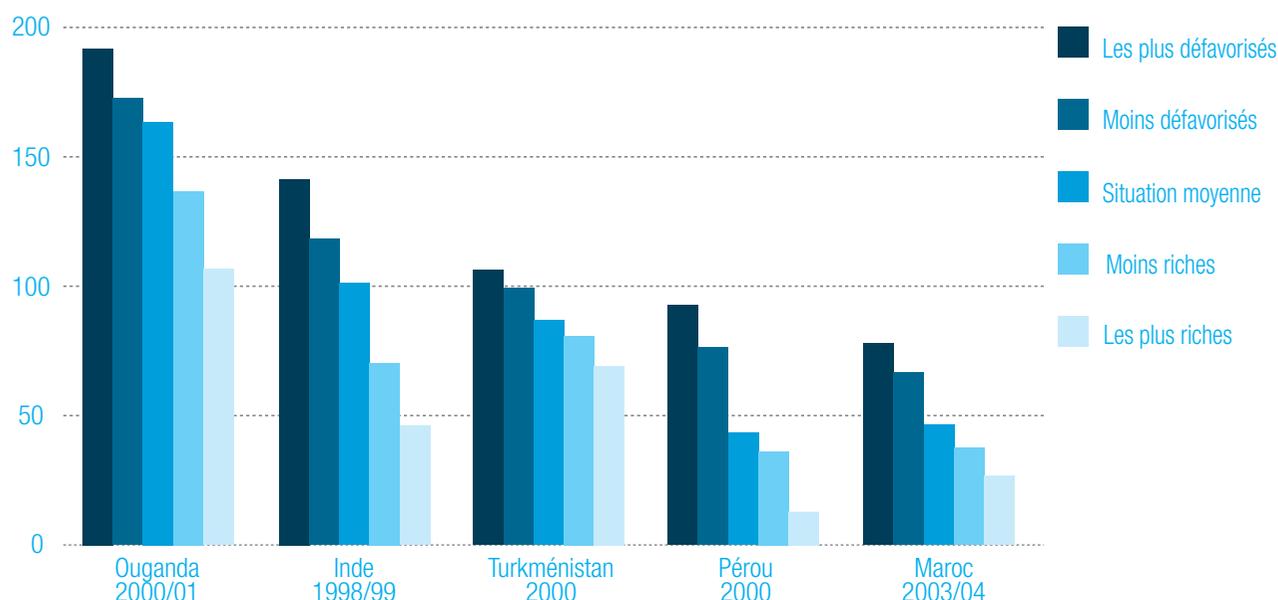
Le risque à vie de décès chez les mères est de 1 pour 8 en Afghanistan ; il est de 1 pour 17 400 en Suède, (WHO et al., 2007)

La mortalité maternelle en Indonésie est trois à quatre fois plus élevée chez les pauvres que chez les riches (Graham et al., 2004).

Chaque jour, plus de 13 500 personnes dans le monde meurent à cause du tabagisme. Le nombre total de morts dues au tabac s'élèvera de 5 à 8 millions dans les 20 prochaines années. Bientôt, le tabagisme sera la cause principale de décès dans les pays en voie de développement (comme il l'est actuellement dans les pays à revenu élevé) (Mathers et Loncar, 2005).

Dans le monde entier, l'alcool entraîne 1,8 millions de décès (3,2% du total des décès). Les atteintes involontaires constituent à elles seules environ un tiers de ces 1,8 millions de morts (WHO,nd,b).

**Figure 2.2:** Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances, selon les niveaux de richesse des ménages.



Source: Gwatkin et al. (2007), en utilisant les données de DHS.

Le gradient social n'est pas limité aux pays pauvres. La Fig 2.3 affiche des données nationales dans certaines régions du Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) pour une population classifiée selon les conditions matérielles du quartier. Comme on le constate, le taux de mortalité varie sur un mode continu avec le degré de privation (Romeri, Baker & Griffiths, 2006). La fourchette est large : la différence de mortalité entre les plus défavorisés et les moins défavorisés dépasse les 2 fois et demi.

## LE GRADIENT

Les plus pauvres parmi les pauvres du monde souffrent d'une santé médiocre. Ceux qui se situent au niveau le plus bas dans la répartition des richesses mondiales et nationales, ceux qui sont marginalisés et exclus au sein des pays, et les pays qui sont défavorisés suite à leur exploitation au cours de l'Histoire et aux inégalités persistantes au niveau des pouvoirs et de l'élaboration des politiques, constituent une cause morale et concrète urgente pour laquelle il faudrait agir. Mais viser les plus défavorisés ou chercher à combler le fossé entre les plus démunis et le reste des populations ne donne qu'une réponse partielle. La Fig. 2.2 illustre les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, selon les niveaux de richesse des ménages. Le message ici est clair : la relation entre le niveau socio-économique et la santé est nivelée. Les personnes du deuxième quintile supérieur ont une progéniture dont la mortalité est plus élevée que celle du plus haut quintile. C'est ce que nous avons appelé gradient social de la santé (Marmot, 2004).

Le gradient social ne se limite pas aux pays les plus pauvres. La Fig 2.3 affiche des données nationales pour certaines régions du Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) de personnes classifiées selon le degré de privation de leur quartier. Comme on le constate, le taux de mortalité varie sur un mode continu avec le degré de privation (Romeri, Baker & Griffiths, 2006).

## LES PLUS PAUVRES PARMIS LES PAUVRES ET LE GRADIENT SOCIAL DE LA SANTE

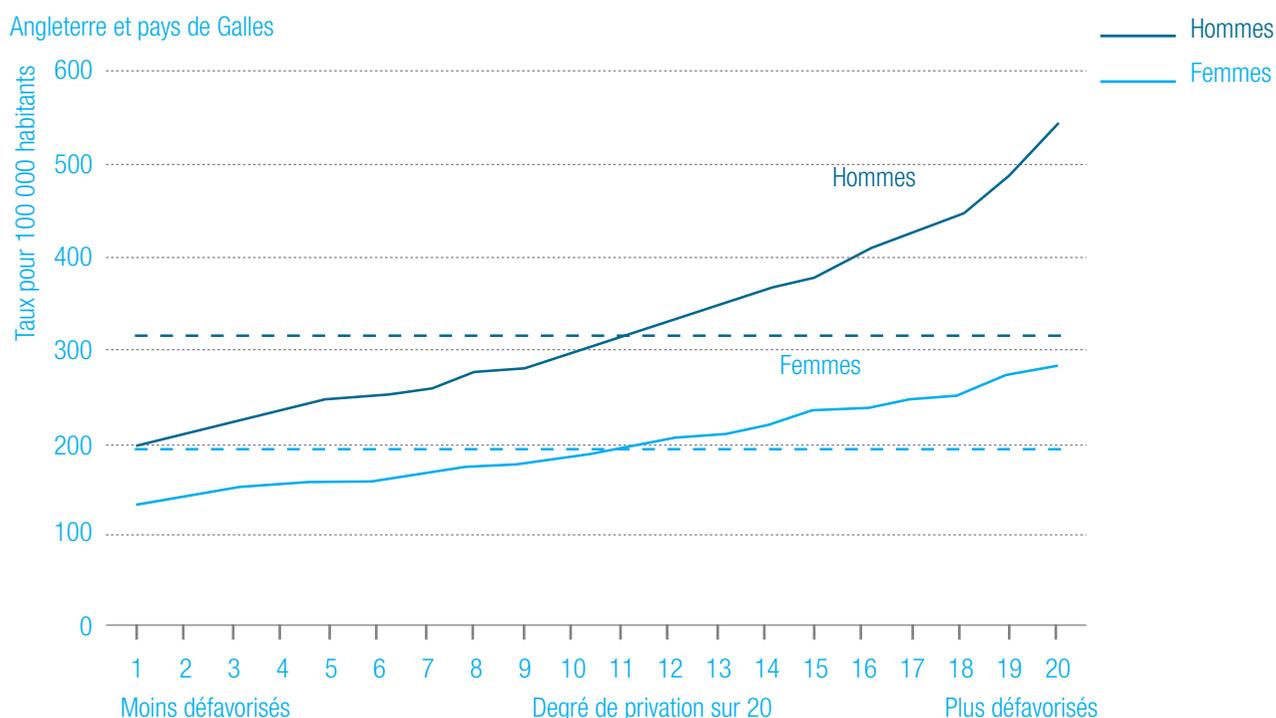
Les résultats des Fig. 2.1, 2.2 et 2.3 sont clairs. Nous devons nous occuper à la fois de la privation matérielle – les conditions matérielles de 40% de la population mondiale qui vit avec 2 \$US ou moins par jour – et du gradient social de la santé qui atteint les individus tant dans les pays riches que dans les pays pauvres.

La pauvreté n'est pas uniquement une question de manque de revenu. La conséquence à la fois du gradient social de la santé et de la santé médiocre des plus pauvres parmi les pauvres, est que les inégalités en santé sont causées par une répartition inégale des revenus, des biens et des services, et des possibilités qui en découlent de mener une vie épanouie. Cette disparité dans la répartition n'est en aucun cas un phénomène 'naturel' mais elle est le résultat de politiques qui priment les intérêts de certains par rapport à ceux des autres, le plus souvent les intérêts d'une minorité puissante et riche par rapport aux intérêts d'une majorité démunie.

Dans la Fig. 2.3, les personnes dans la tranche du bas sont considérées riches selon les normes mondiales. Elles vivent toutes avec bien plus de 2 \$US par jour. Elles disposent d'eau potable, de conditions de vie saines et de taux de mortalité infantile inférieurs à 10 pour 1000 naissances, quoi qu'elles présentent des taux de mortalité supérieurs à ceux de la classe socio-économique moyenne. Les personnes qui se situent dans la tranche du milieu ne sont certainement pas démunies matériellement dans le sens déjà décrit, mais elles aussi ont un taux de mortalité supérieur à la tranche qui précède. Plus le niveau social est défavorable, moins bon est l'état de santé. Le taux de variation du gradient change avec le temps et suivant les pays. Il est probable donc qu'en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, le gradient social de la santé soit réduit (Marmot, 2004).

Dans les pays riches, une situation socio-économique défavorable est synonyme de : éducation médiocre, manque d'équipements sociaux, chômage et insécurité de l'emploi, mauvaises conditions de travail et quartiers dangereux, en plus de leurs répercussions sur la vie de famille. Tout cela s'applique aux personnes socialement défavorisées dans les pays à faible revenu, ajouté à la charge importante des privations matérielles et de vulnérabilité aux catastrophes naturelles. Ainsi, ces dimensions du désavantage social – où la santé des plus diminués dans les pays à revenu élevé est dans certains cas pire que la santé moyenne dans quelques pays à revenu faible (Tableau 2.1) – sont d'une importance capitale pour

**Figure 2.3:** Taux de mortalité, âge standardisé, pour toutes les causes de décès, selon le degré de privation, pour des âges compris entre 15-64 ans, de 1999 à 2003, au Royaume Uni (Angleterre et Pays de Galles).



Les traits discontinus représentent les taux de mortalité moyens chez les hommes et les femmes dans certaines régions du Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles).

la santé.

**Tableau 2.1**

**L'espérance de vie masculine, les inégalités entre les pays et en leur sein, sélection de pays**

Lieu	Espérance de vie à la naissance
Royaume-Uni, Ecosse, Glasgow (Calton) <sup>b</sup>	54
Inde <sup>a</sup>	62
États-Unis, Washington DC (noirs) <sup>c</sup>	63
Philippines <sup>a</sup>	64
Lituanie <sup>a</sup>	65
Pologne <sup>a</sup>	71
Mexique <sup>a</sup>	72
Etats-Unis <sup>a</sup>	75
Cuba <sup>a</sup>	75
Royaume-Uni <sup>a</sup>	77
Japon <sup>a</sup>	79
Islande <sup>a</sup>	79
Etats-Unis, Comté de Montgomery (blancs) <sup>c</sup>	80
Royaume-Uni, Ecosse, Glasgow (Lenzie N.) <sup>b</sup>	82

a) Données nationales : Statistiques sanitaires mondiales 2005 (WHO, 2007c).

b) Données totalisées de 1998-2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).

c) Données totalisées de 1997-2001 (Murray et al., 2006).

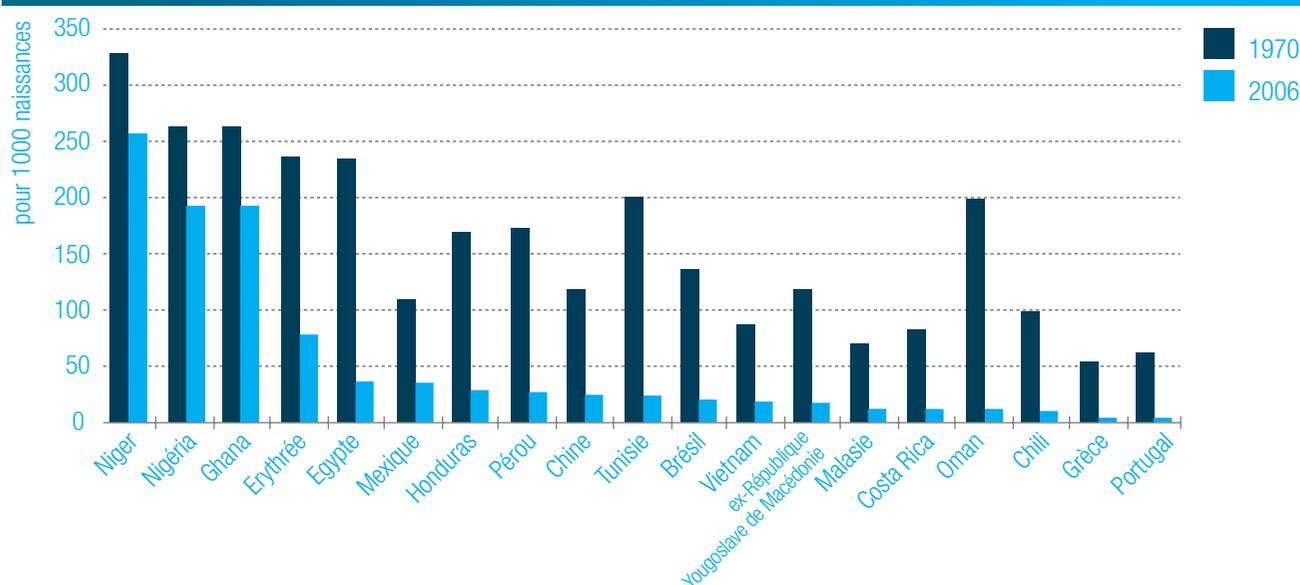
Comme le montrent les données plus haut, les inégalités en santé préoccupent tous les pays du monde. L'urgence de cette préoccupation est aggravée par le fait que les types de problèmes sanitaires que les pays rencontrent et qui appellent des solutions, soient convergents. Tandis que les pays les plus pauvres présentent un taux élevé de maladies transmissibles ainsi que des atteintes et des maladies non transmissibles, dans toutes les autres régions du monde, les maladies non transmissibles prédominent (WHO, 2005c). Les causes des maladies cardiaques, du cancer et du diabète sont les mêmes quel que soit l'endroit où ces maladies surviennent. Pour cela, l'action nécessaire pour les combattre sera probablement identique dans les pays riches et dans les pays pauvres. L'image globale des maladies transmissibles et non transmissibles impose le recours à un cadre cohérent pour une action sanitaire mondiale.

### PEUT-ON COMBLER LE FOSSE EN L'ESPACE D'UNE GÉNÉRATION ?

Les différences sanitaires illustrées ci-dessus sont si grandes, qu'envisager de combler le fossé en l'espace d'une génération pourrait sembler non crédible. Le fait est que la santé peut changer considérablement en un temps très court. Avec l'équité en santé, ce qui peut empirer peut s'améliorer ; les données le montrent. Un taux de mortalité infantile aussi élevé que 50 pour 1000 est inacceptable. La situation était telle en Grèce et au Portugal, il y a 40 ans (Fig. 2.4). Les dernières études ont montré que ces deux pays se situent juste au-dessus des taux de l'Islande, du Japon et de la Suède. L'Égypte serait peut-être l'exemple le plus frappant de changement rapide : de 235 à 35 sur 1000 en 40 ans. Actuellement, les chiffres en Égypte sont inférieurs à ceux de la Grèce et du Portugal il y a 40 ans.

Cependant, comme les choses peuvent s'améliorer avec une rapidité remarquable, elles peuvent également se détériorer très vite. Durant la période de 30 ans s'étalant de 1970 à 2000, la mortalité infantile a diminué en Russie et à Singapour, mais l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 10 ans à Singapour et a diminué de 4 ans en Russie. La divergence est principalement due à la hausse de la mortalité adulte en Russie, une hausse associée aux changements opérés par la 'thérapie

**Figure 2.4:** Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances, sélection de pays, années 1970 et 2006



Cependant, comme les choses peuvent s'améliorer avec une rapidité remarquable, elles peuvent également se détériorer très vite. Durant la période de 30 ans s'étalant de 1970 à 2000, la mortalité infantile a diminué en Russie et à Singapour, mais l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 10 ans à Singapour et a diminué de 4 ans en Russie. La divergence est principalement due à la hausse de la mortalité adulte en Russie, une hausse associée aux changements opérés par la 'thérapie de choc' dans les systèmes politique, économique et social du pays depuis 1992. La Fig. 2.5 montre comment l'ampleur du gradient social de la santé peut aussi empirer rapidement, en rapport avec le niveau d'éducation.

Source: (UNICEF, 2007c).

de choc' dans les systèmes politique, économique et social du pays depuis 1992. La Fig. 2.5 montre comment l'ampleur du gradient social de la santé peut aussi empirer rapidement, en rapport avec le niveau d'éducation.

### EDIFIER SUR DES FONDEMENTS SOLIDES : EXPERIENCE HISTORIQUE

La présentation de l'action mondiale pour l'équité en santé sous la rubrique des déterminants sociaux de la santé est nouvelle, mais les idées qui la sous-tendent ne le sont pas. Que cette rubrique ait pris ce nom ou un autre, il y a une longue expérience liée à nos préoccupations actuelles. Tout au long des siècles, les actions collectives telles que l'émancipation des femmes, le droit de vote universel, le mouvement ouvrier et le mouvement pour la défense des droits civiques ont contribué à l'amélioration des conditions de vie et de travail de millions de personnes sur la planète. Bien qu'ils ne soient pas directement concernés par la santé, de pareils mouvements ont fait progresser la capacité des gens, sur le plan mondial, à mener une vie prospère.

La bonne santé dans les pays nordiques a longtemps attiré l'attention. L'analyse des améliorations de santé vues dans ces pays depuis la dernière partie du XIXe siècle, a reconnu l'importance des droits civils, politiques et sociaux (Lundberg et al., 2007). Les caractéristiques importantes de l'expérience nordique comprennent l'application de politiques universalistes basées sur l'égalité des droits aux avantages sociaux et aux services, le plein emploi, l'équité entre les sexes et les niveaux faibles d'exclusion sociale. Ces caractéristiques sont liées à une répartition de revenus relativement étroite et à l'absence de grandes disparités dans le niveau de vie entre les individus et les groupements de population.

Certains pays à revenu faible comme le Costa Rica, la Chine, l'Inde (Etat du Kerala) et le Sri Lanka ont atteint un niveau de bonne santé hors de proportion, par rapport aux attentes fondées sur leur niveau de revenu national. Ce qui suggère fortement que la santé bonne et équitable ne dépend pas d'un

niveau relativement élevé de richesse nationale. Le Cuba en est un autre exemple. Les leçons à tirer de l'expérience de ces pays mettent l'accent sur cinq facteurs politiques communs (Irwin & Scali, 2005) :

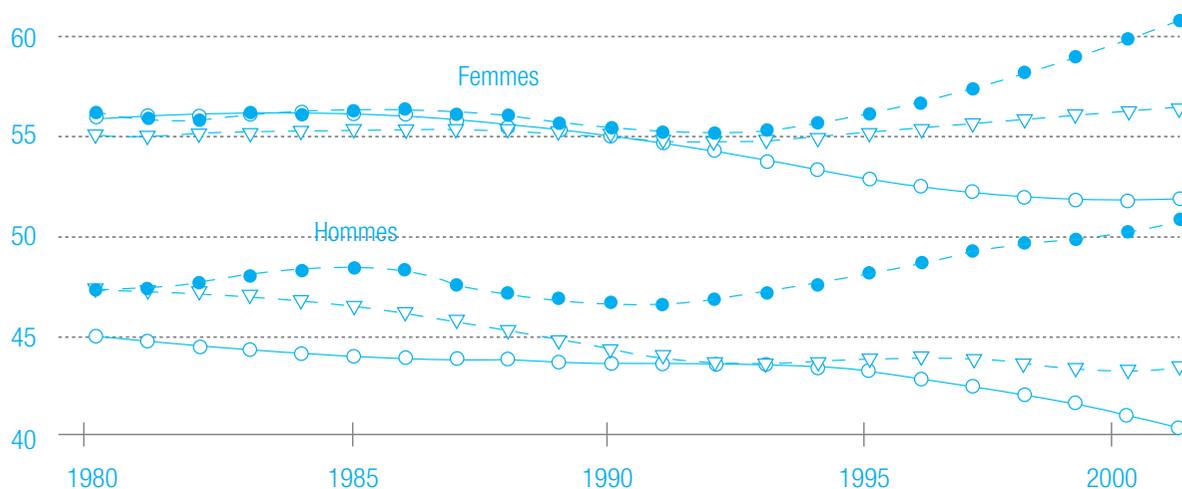
- l'engagement historique pour la santé en tant qu'objectif social ;
- l'orientation de l'aide sociale vers le développement ;
- la participation de la communauté aux processus de prise de décision relatifs à la santé ;
- la couverture universelle des services de santé pour tous les groupes sociaux ;
- les liens intersectoriels pour la santé.

Fondée en 1948, l'OMS a adopté une nouvelle vision de la santé mondiale, définissant la santé comme : « un état de bien-être complet physique, mental et social et non seulement l'absence de maladies ou d'infirmité ». Trente ans plus tard, en 1978, la communauté internationale s'est réunie de nouveau à Alma Ata, où le directeur général Halfdan Mahler a avancé son projet : « Santé pour tous » qui signifie aussi bien ôter les obstacles à la santé que résoudre les problèmes purement médicaux.

La déclaration d'Alma Ata (WHO & UNICEF, 1978) a promu les soins de santé primaires (SSP) comme moyen principal pour arriver à un état de santé mondial bon et équitable, non seulement les services de santé au stade des soins primaires (quoique cela soit important), mais plutôt un modèle de système de santé qui agirait aussi sur les causes sous-jacentes de mauvaise santé, de nature sociale, économique et politique.

Pourtant, dans les décennies qui ont suivi, on n'a pas souvent vu en pratique un modèle social de santé (Irwin & Scali, 2005). Ni l'action intersectorielle (AIS) ni des soins de santé primaires (SSP) globaux n'ont réellement été mis en

**Figure 2.5:** Tendence de l'espérance de vie chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans, selon le niveau d'éducation, en Russie.



Niveau d'éducation: ○ élémentaire (cercles), ▽ intermédiaire (triangles), et ● universitaires (disque). Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Murphy et al. (2006).

pratique. Sous la pression d'un ensemble mondial dominant de politiques économiques axées sur le marché, y compris la réduction significative du rôle de l'Etat et des niveaux de dépenses et d'investissements publics, un modèle de développement différent a été suivi depuis les années 80. Ce modèle a été à juste titre la cible de nombreuses critiques méritées. Les programmes d'ajustement structurel, suite au consensus de Washington, ont eu et continuent d'avoir, sous forme de politiques et de programmes différents, une confiance excessive dans les marchés pour résoudre les problèmes sociaux, confiance qui s'est révélée nuisible. Il a été également noté que l'ensemble des principes économiques promus dans les pays à revenu faible n'était pas identique à celui adopté dans les pays à revenu élevé (Stiglitz, 2002 ; Stiglitz, 2006).

Les promoteurs de la santé pour tous n'ont pas disparu. Ils demeurent nombreux et se font entendre partout dans le monde. Le mouvement des soins de santé primaires a ses défenseurs puissants. En effet, celui-ci joue un rôle principal dans le programme actuel de l'OMS et constitue le point de mire du Rapport sur la santé dans le monde 2008. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986 et son renouvellement à Bangkok en 2005 ont souligné la vision globale de l'action sur le secteur de la santé publique et l'importance de l'approche des déterminants sociaux (WHO, 1986 ; Catford, 2005). Le Mouvement de médecine sociale de l'Amérique latine, le Mouvement des soins de santé primaires pour la communauté qui a débuté en Afrique du sud avant l'apartheid (Kark & Kark, 1983) et s'est étendu vers le Canada, Israël, les États-Unis et le Royaume Uni (Pays de Galles) (Abramson, 1988), le Mouvement de santé communautaire aux États-Unis (Geiger, 1984 ; Geiger, 2002 ; Davis et al., 1999), au Canada (Hutchison, Abelson & Lavis, 2001) et en Australie (Baum, Fry & Lennie, 1992 ; Baum 1995), les Agents de santé de village (Sanders, 1985) et le Mouvement pour la santé des peuples, l'Observation générale du droit à la santé et la large vision sociale des objectifs du Millénaire pour le développement, tous réaffirment l'importance primordiale de la santé, la nécessité d'une action sociale et participative sur la santé et la valeur humaine fondamentale de l'équité en santé (Tajer, 2003 ; PHM, 2000 ; UN, 2000a ; UN, 2000b). La Commission est très reconnaissante envers ces mouvements et s'appuie sur leurs réalisations et leur ambition continue.

## CHAPITRE 3

### Causes et solutions

Les disparités en santé entre les pays et en leur sein peuvent sans doute changer rapidement. Nous jugeons que de meilleures modalités économiques et sociales sont à même d'encourager ce processus.

#### POLITIQUES SOCIALES ET ECONOMIE EN FAVEUR DES PERSONNES

La création de conditions dans lesquelles les personnes peuvent mener une vie prospère et épanouie est au centre de nos préoccupations. En effet, les hommes ont besoin de bonnes conditions matérielles pour mener une vie épanouie ; ils ont besoin de tenir les rênes de leur propre existence ; les personnes, les communautés et les pays ont besoin de s'exprimer politiquement (Sen, 1999). Les gouvernements peuvent créer des conditions favorisant une santé bonne et juste en utilisant les politiques et les normes sociales et politiques avec prudence. L'équité en santé se réalisera à travers l'ensemble des pouvoirs publics soutenu par un environnement politique international qui valorise tant le développement social global que la croissance économique. L'argent reste crucial, bien qu'il ne procure pas la solution entière. Il est vrai que le ministre des finances peut avoir davantage d'influence sur l'équité en santé que le ministre de la santé, et l'architecture financière mondiale sur l'aide internationale pour les soins de santé.

Mais les pouvoirs publics ne doivent pas être les seuls à agir. Là où ils manquent de capacités ou de volonté politique, il doit y avoir un soutien technique et financier extérieur et une pression de l'action populaire. Lorsque les populations s'organisent - se réunissent et construisent leurs propres organisations et mouvements - les gouvernements et les responsables des choix politiques répondent en élaborant des politiques sociales.

#### INÉGALITÉS DES CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES

Parmi les 3 milliards de personnes qui vivent dans les milieux urbains, il existe environ un milliard qui vivent dans les bidonvilles. C'est le cas dans la plupart des pays africains, où la majorité des populations urbaines habite dans des bidonvilles. Au Kenya, par exemple, cette population constitue 71% de la population urbaine et en Éthiopie, 99%. Il suffit de 10 à 20 ans seulement pour que la population urbaine double dans plusieurs pays africains (World Bank, 2006b).

La moitié de la population rurale du Mozambique doit effectuer une marche de plus de 30 minutes pour avoir de l'eau. Seuls 5% de la population ont accès à l'eau sous conduite. (DHS, nd).

On dénombre environ 126 millions d'enfants âgés entre 5 et 17 ans qui travaillent dans des conditions périlleuses (UNICEF, nd, a).

En Inde, 86% des femmes et 83% des hommes travaillant dans des domaines en dehors du secteur agricole ont un emploi informel (ILO, 2002).

En Afrique, la protection des revenus de pension de vieillesse couvre moins de 10% de la population active (ILO, nd).

Plus de 900 médecins et de 2200 infirmiers formés au Ghana travaillent dans des pays à revenu élevé. Le Ghana a 0,92 infirmiers pour 1000 personnes ; le Royaume-Uni, 13 fois plus (WHO, 2006).

Un partenariat avec le secteur de la santé est évidemment nécessaire pour les programmes de lutte contre les maladies et le développement des systèmes sanitaires. En prêtant attention aux déterminants sociaux de la santé, y compris les soins de santé, les services de santé seront probablement plus efficaces. Ce secteur jouera également un rôle de leadership et de défenseur dans l'élaboration de politiques qui se chargeront des déterminants sociaux de la santé. Cependant, le manque de soins sanitaires n'est pas à l'origine de la lourde charge mondiale de morbidité. Les maladies d'origine hydrique ne sont pas causées par une pénurie d'antibiotiques mais par l'eau polluée et par les forces politiques, sociales et économiques qui ont échoué à rendre l'eau propre disponible pour tous ; la maladie cardiaque n'est pas causée par un manque d'unités de soins coronariens mais par la vie que les gens mènent, une vie modelée par l'environnement dans lequel ils vivent ; l'obésité n'est pas causée par une fragilité morale chez les individus mais par l'existence à profusion d'aliments à forte teneur en lipides et en glucides. Ainsi, l'action principale sur les déterminants sociaux de la santé doit venir d'en dehors du secteur de la santé.

En considérant la santé et sa répartition équitable comme indicateur de développement social et économique, les conséquences s'en trouveront profondes. Là où les politiques dans n'importe quel champ d'action visent l'amélioration du bien-être de la population, la santé constitue un critère de succès pour ces politiques. L'équité en santé est une mesure du degré auquel ces politiques sont capables d'arriver pour répartir le bien-être équitablement.

Un des groupes de recommandations de la Commission traite des circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Cependant, la vie des personnes est façonnée par un ensemble plus vaste de forces : l'économie, les politiques sociales et la politique. Celles-ci doivent être également abordées, et elles le sont dans une bonne partie du présent rapport et de ses recommandations.

Nous avons soutenu que les effets conjugués de politiques sociales insuffisantes, de modalités économiques injustes et de politiques mal pensées sont responsables en grande partie des inégalités en santé. Dans les pays à revenu faible et dans certaines communautés défavorisées de pays riches, cela se traduit en privation matérielle : manque de conditions matérielles pour mener une vie décente. Toute personne ayant expérimenté la vie dans les bidonvilles abritant un milliard de la population du monde, et toute personne ayant été témoin du manque de possibilités qu'ont les paysans pauvres du monde pour subsister économiquement, ne peut douter de l'importance de lutter contre la pauvreté. Les effets conjugués cités plus haut sont eux aussi responsables du gradient social de la santé de ceux qui sont au-dessus du niveau de privation matérielle mais qui manquent toujours d'autres biens et services nécessaires pour mener une vie épanouie.

## FACTEURS STRUCTURELS DES INÉGALITÉS EN SANTÉ

Le cinquième supérieur de la population mondiale vivant dans les pays riches profite de 82% de l'expansion du commerce d'exploitation et de 68% des investissements étrangers directs alors que le cinquième inférieur ne profite pas de plus de 1% (UNDP, 1999).

En 1999, le monde en voie de développement a dépensé 13 \$US sur le remboursement des dettes pour chaque 1 \$US reçu en subvention (World Bank, 1999).

20% de la population des pays développés consomment 86% des biens mondiaux (UNDP, 1998).

En 1997, la crise financière de l'Asie orientale a été déclenchée par le renversement de flux de capitaux d'environ 105 milliards \$US, une somme relativement faible à l'échelle mondiale, mais équivalente à 10% de l'ensemble du produit intérieur brut (PIB) régional. Depuis cette période, des chocs semblables ont atteint la Russie et le Brésil (ODI, 1999).

Depuis 1990, les conflits ont causé la mort de 3,6 millions de personnes (UNICEF, 2004). Il y a eu 5,4 millions de déplacés au Soudan, 3 millions en Colombie, 2 millions en Ouganda, 1,7 millions au Congo et 1,3 millions en Irak (UNHCR, 2005).

Dans de nombreux pays, les dépenses militaires excèdent les dépenses sur la santé. L'Erythrée est un exemple extrême où 24% du PIB ont été dépensés dans le domaine militaire et seulement 2% dans la santé. Le Pakistan dépense moins sur la santé et l'éducation ensemble, que dans le domaine militaire (UNDP, 2007).

Chaque vache européenne attire une subvention de plus de 2 \$US par jour, dépassant ainsi le revenu journalier de la moitié de la population mondiale. Ces subventions coûtent aux contribuables de l'Union Européenne (UE) environ 2,5 milliards par an. La moitié de cet argent est dépensé sur les subventions à l'exportation, ce qui nuit aux marchés locaux dans les pays à revenu faible (Oxfam, 2002).

### ENCADRE 3.1: INÉGALITÉS ET PEUPLES AUTOCHTONES – EFFETS CONJUGUÉS DES POLITIQUES

Partout dans le monde, les peuples autochtones risquent de manière irrévocable de perdre terres, langue, culture et moyens de subsistance, sans leur consentement, ni leur contrôle. Cette perte permanente est différente du cas des populations immigrantes où la langue et la culture restent préservées dans le pays d'origine. Les peuples autochtones sont uniques de par leur culture, histoire, écologie, géographie et politique, et ce en raison de leur statut de nation d'origine ancestrale et de longue date, de l'usage et de l'occupation effective des terres. La colonisation a dépourvu les peuples autochtones de leurs territoires et leur a imposé des structures sociales, politiques et économiques sans leur consultation, leur consentement ou le respect de leurs choix.

La vie des peuples autochtones est encore soumise à des lois spécifiques et particulières ainsi qu'à des règlements qui ne sont pas appliqués aux autres membres des états civils. Les peuples autochtones vivent sur des territoires délimités ou séparés et sont souvent au cœur des divisions entre les niveaux d'administration, notamment en ce qui concerne l'accès aux affectations financières, programmes et services. Les peuples autochtones en tant que tels ont un statut distinct et des besoins spécifiques par rapport aux autres. Le statut unique de ces peuples doit donc être examiné séparément des discussions portant sur les exclusions sociales généralisées ou plus universelles.

### CROISSANCE ECONOMIQUE ET POLITIQUES SOCIALES

Les richesses sont importantes pour ce qui est de la santé. La relation entre le revenu national et l'espérance de vie à la naissance est illustrée dans la Fig. 3.1 – la courbe de Preston (Deaton, 2003 ; Deaton, 2004). A des niveaux bas de revenu national, la relation entre le revenu et l'espérance de vie à la naissance suit une courbe rapidement ascendante. Ceci est en accord avec le fait que les bénéfices de la croissance économique améliorent les chances d'épanouissement et la santé. Mais il faut noter deux oppositions importantes. En premier lieu, il y a peu de relation entre le revenu national et l'espérance de vie à la naissance, à des niveaux de revenu élevé, environ supérieurs à 5000 \$US à parité de pouvoir d'achat. En second lieu, on note une grande marge de variation autour de la ligne. Comme il a été décrit précédemment, il existe des exemples notables de pays et d'Etats relativement pauvres, comme le Costa Rica, l'Inde (Kerala), le Sri Lanka, qui ont atteint une excellente santé sans qu'il n'y ait une grande aisance nationale. Parmi les leçons à tirer de l'expérience de ces pays, citons l'importance d'une politique sociale correcte laissant une grande place à l'éducation, particulièrement celle des filles et des femmes.

La croissance économique donne la possibilité d'assurer des ressources à investir dans l'amélioration des vies des personnes. Mais la croissance à elle seule, sans des politiques appropriées, n'apporte aucun bienfait à la santé. Selon l'économiste Angus Deaton, « la croissance économique est hautement souhaitable car elle atténue la pauvreté matérielle écrasante chez une grande partie de la population mondiale. Mais la croissance économique à elle seule ne suffira pas à améliorer la santé de la population, du moins dans un délai acceptable. ... Tant qu'il s'agit de la santé, le marché ne remplace pas l'action collective » (Deaton, 2006a ; Deaton, 2006b). La croissance associée à une répartition équitable des bénéfices constitue la clé. L'action collective peut être réalisée en donnant corps à des institutions sociales et en adoptant des règlements qui à la fois, assurent les besoins des personnes au niveau logement, éducation, nourriture, protection de l'emploi, protection et assainissement de l'environnement, sécurité sociale, et corrigent l'inefficacité du marché (Stiglitz, 2006).

### LA CROISSANCE ECONOMIQUE ET SA REPARTITION

Pour tous les pays et plus particulièrement pour les pays à revenu faible, la croissance économique offre la possibilité de tirer de grands profits. Il y a déjà eu jusqu'à présent une énorme croissance mondiale en termes de richesse, de technologie et de niveau de vie. Le problème pour le monde ne réside pas dans son besoin de croissance économique afin de remédier à la pauvreté et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Pour y arriver, les richesses et les revenus sont disponibles en abondance. La question est comment ces richesses et revenus sont-ils répartis et utilisés.

Premièrement, les bénéfices de la croissance économique des 25 dernières années, considérées comme une période de mondialisation rapide, n'ont pas été partagés de manière équitable entre les pays. Le tableau 3.1 montre qu'en 1980 les pays les plus riches, contenant 10% de la population mondiale, ont eu un revenu national brut atteignant 60 fois celui des pays les plus pauvres, contenant 10% de la population mondiale. Avant 2005, ce taux s'était élevé à 122 fois.

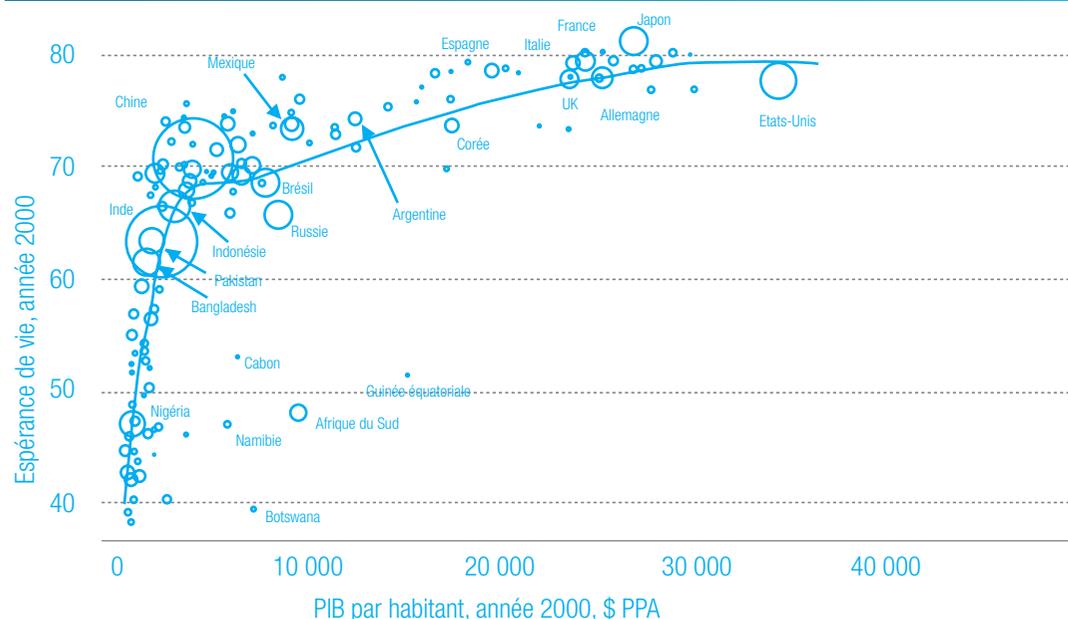
**Tableau 3.1**  
**Augmentation des inégalités des revenus entre les pays**

Année	Revenu national brut par habitant en dollars historiques		
	Pays les plus riches*	Pays les plus pauvres	Ratio
1980	US\$ 11 840	US\$ 196	60
2000	US\$ 31 522	US\$ 274	115
2005	US\$ 40 730	US\$ 334	122

\*Contenant 10% de la population mondiale. Données provenant du tableau 1 des rapports de la Banque mondiale sur le développement dans le monde (World Bank's World Development Reports) respectivement des années 1982, 2002 et 2007 et les taux de change du marché dans les années correspondantes. Les ratios entre ces prix nominaux en \$US peuvent être comparés selon les années.

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Pogge (2008).

**Figure 3.1:** La courbe de Preston en 2000.



Les cercles ont un diamètre proportionnel à la taille de la population. Le PIB par habitant est exprimé en dollars 'parité de pouvoirs d'achat' (PPA).

<sup>2</sup> Un taux de change assurant la parité des pouvoirs d'achat équivaut au pouvoir d'achat de différentes monnaies dans leur pays d'origine pour un panier alimentaire donné.

Deuxièmement, les flux d'aide internationale manifestement inappropriés et nettement inférieurs aux niveaux promis par les pays donateurs de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 1970, sont écrasés par le tarif des obligations de remboursement des dettes de nombreux pays pauvres (UNDESA, 2006). Il en résulte dans plusieurs cas une sortie financière des pays pauvres vers les pays riches, ce qui présente une situation vraiment alarmante. Ces flux financiers sont minimes par rapport aux volumes massifs des flux de capitaux dans les marchés financiers mondiaux – à un taux de 3,2 billions \$US par jour en 2007 (HIFX, 2007) – avec un potentiel énorme capable de dérégler, à travers la fuite des capitaux, le développement socio-économique des pays à revenu faible et moyen.

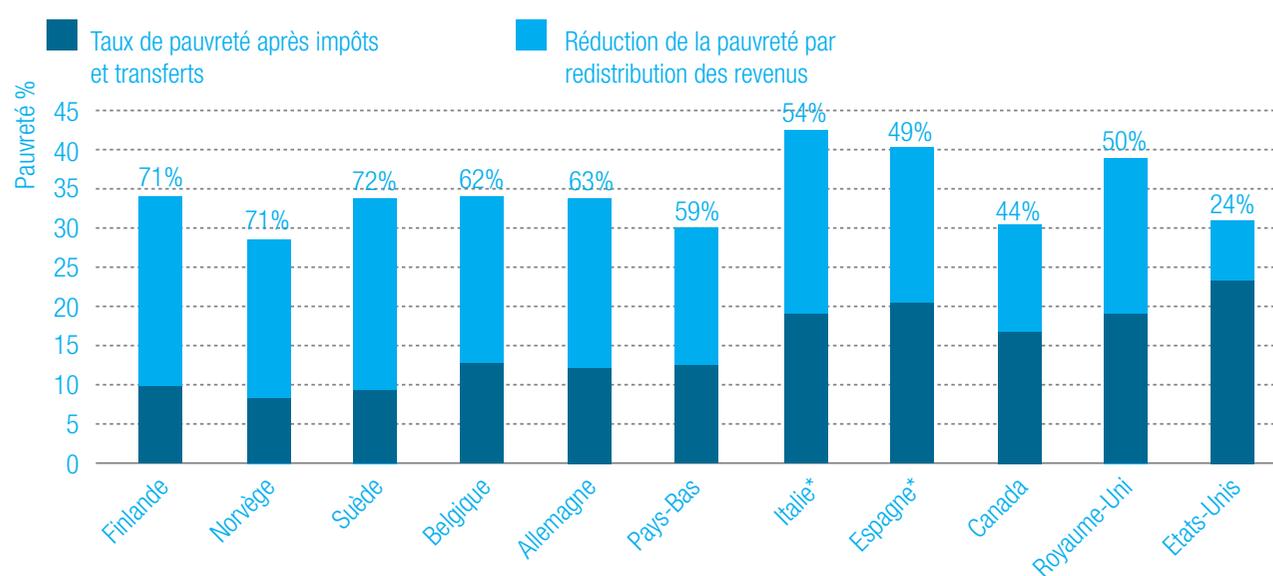
On a calculé que le coût annuel pour faire monter les 40% de la population actuellement en dessous des 2 \$US par jour une ligne plus haut, se situe autour de 300 milliards \$US, donc moins de 1% du revenu national brut des pays à revenu élevé (Pogge, 2008). Nous démontrerons tout au long de ce rapport que l'argent à lui seul ne constitue pas le point central. Le plus important est la manière avec laquelle l'argent est utilisé pour une répartition équitable des biens et des services et pour la construction d'institutions au sein des pays à revenu faible. Mais ce calcul simple montre que le monde n'est pas à court d'argent.

Troisièmement, l'inégalité des revenus n'existe pas uniquement entre les pays mais également à l'intérieur d'un même pays. La tendance des 15 dernières années était, pour le quintile le plus pauvre dans de nombreux pays, d'avoir une part décroissante dans la consommation nationale (MDG Report, 2007). La question de savoir si les inégalités des revenus constituent une contribution importante pour le niveau de la santé dans un pays, a été débattue vigoureusement (Wilkinson, 1996 ; Deaton, 2003).

Pourtant, les inégalités des revenus sont un indicateur de la répartition inégale des biens et des services. La préoccupation face aux inégalités croissantes des revenus est par conséquent empiriquement fort justifiée. Les gouvernements ont le pouvoir de réduire les effets des inégalités des revenus avant impôts. La Fig. 3.2 illustre, pour un certain nombre de pays à revenu élevé, les effets de la politique sur la pauvreté (Lundberg et al., 2007). Elle établit une définition relative de la pauvreté comme étant inférieure à 60% du revenu moyen et montre que la politique fiscale dans les pays nordiques aboutit à une prévalence de la pauvreté nettement inférieure à celle du Royaume-Uni ou des États-Unis. La politique fiscale compte.

Pour les pays à revenu national faible, il devrait être évident que plus l'effet de la croissance économique sur l'insuffisance de revenu sera minime, plus les inégalités des revenus augmentent. Le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a estimé qu'au Kenya, à titre d'exemple, selon les taux de croissance économique actuels et avec le niveau actuel des inégalités des revenus, la famille moyennement pauvre ne franchira le seuil de pauvreté qu'en 2030. Doubler la part de croissance économique qui profite aux pauvres signifie que la réduction de la pauvreté aura lieu avant 2013. En d'autres termes, les OMD pour réduire la pauvreté exigent d'accorder une attention particulière à la répartition des revenus, pas seulement à la croissance économique.

**Figure 3.2:** Taux relatifs de l'état de pauvreté avant et après la redistribution des richesses dans plusieurs pays



Seuil de pauvreté = 60% du revenu disponible d'équivalence médian.

\*Pour ces pays, le seuil de pauvreté avant la redistribution est calculé en fonction des revenus des impôts sur les revenus nets. Données provenant du Luxembourg Income Study.

Réimprimé avec l'autorisation des auteurs, tiré de Lundberg et al. (2007) citant Ritakallio & Fritzell (2004).

## RENDEMENT DES INVESTISSEMENTS EN SANTE

A l'instar de la croissance économique et de sa répartition qui sont d'une importance vitale pour la santé, les investissements dans la santé et ses déterminants constituent une bonne stratégie pour relancer le développement économique.

L'élévation de l'état de santé des personnes situées au bas de la hiérarchie sociale, même jusqu'au niveau de santé moyen, aurait un impact énorme sur la santé en général et améliorerait la productivité de toute une nation (Encadré 3.2) (Health disparities Task Group, 2004, Mackenbach, Meerding & Kunst, 2007).

### ENCADRE 3.2 : RENDEMENT DE L'INVESTISSEMENT DANS LA SANTE AU CANADA

Une étude faite au Canada montre que la réduction des disparités en santé peut procurer des profits économiques importants, suite à la réduction des besoins en matière de soins de santé et des coûts de productivité manquée.

Les dépenses sur les soins de santé au Canada se situent autour de 120 milliards de dollars canadiens par an (26 milliards de dollars canadiens pour la population institutionnalisée et 94 milliards de dollars canadiens pour les ménages). Le quintile du revenu le plus faible des ménages représente environ 31% des 94 milliards de dollars canadiens, approximativement le double de l'utilisation du quintile de revenu le plus élevé.

L'étude indique que si l'état de la santé et l'accès aux soins de ceux qui se situent dans les catégories de revenu faible sont équivalents à ceux qui sont dans les catégories de revenu moyen, il est possible de faire des économies considérables dans les coûts des soins sanitaires.

De plus, l'étude a montré qu'un meilleur état de santé permet à un plus grand nombre de personnes de participer à l'économie. La réduction de 10 à 20% des coûts de productivité manquée peut ajouter des milliards de dollars à l'économie.

Source : Health Disparities Task Group, 2004



## PARTIE 2: Éléments probants, action, acteurs



## CHAPITRE 4

### La nature des éléments probants et de l'action

#### REUNIR LES ELEMENTS PROBANTS

Les valeurs qui rendent compte des approches de la Commission de sa tâche ont été définies dans la partie 1 : l'importance de la justice sanitaire et sociale et l'idée que tous les individus doivent être traités avec la même dignité. Du point de vue politique, si important soit l'impératif éthique, les valeurs à elles seules sont insuffisantes. Il est nécessaire de souligner les bases factuelles de l'action et ce qui pourrait fonctionner pratiquement afin d'améliorer la santé et de réduire les disparités en santé.

Une décision anticipée sur ce qui constituait les faits probants était nécessaire. Dans le domaine médical, la hiérarchie de ces preuves est assez claire. Une nouvelle intervention médicale fonctionnerait-elle mieux que les thérapies existantes ? En exposant cette intervention à l'essai contrôlé randomisé de référence, elle fournirait une estimation non biaisée des effets dans des conditions bien contrôlées.

Pour ce qui est des déterminants sociaux de la santé, deux problèmes y sont liés et font de la bonne santé un idéal peu réaliste : la nature de l'intervention et le manque de données probantes dans les régions. Selon notre jugement, comme présenté dans le présent rapport, les modalités économiques mondiales et nationales ainsi que les politiques sociales sont critiques pour les conditions de vie et de travail des personnes et donc pour l'équité en santé. Pour un grand nombre de ces régions, il est difficile d'estimer combien les essais contrôlés randomisés peuvent être possibles. Les pays ne se prêtent pas à la randomisation. Les interventions telles que le développement et la mise en vigueur de lois qui protègent, par exemple, l'équité entre les sexes, ne peuvent pas être randomisées dans les pays. Si la Commission avait déjà pris la décision de se baser uniquement sur le témoignage à partir d'expériences bien contrôlées, ce rapport serait un rapport court avec des recommandations fondées sur les données biomédicales probantes et la conclusion que des recherches supplémentaires devraient être effectuées. L'équité et la justice sociale, voire la santé, n'auraient pas beaucoup progressé.

De nouvelles recherches sont effectivement nécessaires. Même en tenant compte de la nature des interventions que ce rapport examine dans les Parties 3 à 5, juste une petite partie ressemblerait à un essai médical contrôlé randomisé. Mais ce manque ne constitue pas un obstacle à la prise de décisions à partir des éléments probants disponibles. La Commission a considéré de manière plus élargie ce qui constituait les éléments probants (Kelly et al., 2006). Dans ce rapport, le lecteur trouvera des éléments probants provenant d'études par observation (comprenant des expériences dans des conditions naturelles et des études en tous terrains), d'études de cas et de visites sur les lieux, selon une base de connaissance dirigée et experte et d'essais d'intervention communautaire, là où ils ont été possibles. Tandis que la Commission s'est efforcée de réunir les éléments probants représentatifs sur le plan mondial, il y a eu des lacunes inévitables, notamment dans les pays à revenu faible et moyen, probablement parce que les informations n'ont pas existé, n'ont pas été publiées d'une manière accessible ou n'ont pas été disponibles en anglais, qui est la langue de travail de la Commission.

#### LE CADRE CONCEPTUEL DE LA COMMISSION

Le renforcement de l'équité en santé, mondialement et au sein des pays, implique d'aller au delà de la concentration contemporaine sur les causes directes de la maladie.

La Commission se concentre, plus que tout autre effort mondial dans le domaine de la santé, sur l'origine des causes : les structures mondiales et sociales fondamentales de la hiérarchie sociale et les conditions déterminées socialement qu'elles créent, conditions dans lesquelles les personnes grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. La Fig. 4.4 illustre le cadre conceptuel qui a été développé pour la Commission (Solar & Irwin, 2007). Ce cadre suppose que les interventions axent l'action sur :

#### Les circonstances de la vie quotidienne :

- les expositions différentielles aux causes des maladies durant l'enfance, les environnements sociaux et physiques ainsi que l'emploi, associés à la stratification sociale. Selon la nature de ces influences, différents groupes auront des expériences de conditions matérielles, un soutien psychosocial et des options comportementales différents. Ainsi, ils sont rendus plus ou moins vulnérables à la faible santé.
- les réponses des soins de santé à la promotion de la santé, à la prévention et au traitement des maladies ;

#### Et les facteurs structurels :

- la nature et le niveau de stratification sociale, l'ampleur des disparités tout au long des dimensions listées ;
- les déviations, normes et valeurs à l'intérieur de la société ;
- l'économie mondiale et nationale et la politique sociale ;
- les processus de gouvernance aux niveaux mondial, national et local.

Un grand nombre de déterminants sociaux, étudiés par la Commission sont, de par leur nature, relativement loin dans l'espace et dans le temps, de l'expérience des individus et de celle de la santé. C'est un défi, des deux points de vue conceptuel et empirique, que de tenter d'attribuer une causalité et de démontrer l'efficacité de l'action sur l'équité en santé. En choisissant la tranche des déterminants sociaux à viser, la sélection de la Commission était basée sur la cohérence au niveau de la base des éléments probants mondiaux – c'est à dire sur un mélange de plausibilité conceptuelle, de disponibilité de données empiriques probantes et de cohérence de relations entre les populations et en leur sein, ainsi que sur la démonstration que ces déterminants se prêtent à l'intervention. De plus, on a identifié que quelques déterminants, ayant déjà une relation plausible et puissante avec les disparités en santé, manquent toujours d'éléments probants sur ce qu'il faut faire pour effectuer un changement.

Sur cette base, et en fonction du cadre conceptuel, le champ de travail intellectuel de la Commission a été établi en premier lieu autour de neuf réseaux de connaissances, dont les thèmes ont inclus des problèmes mondiaux, des problèmes concernant les niveaux de systèmes de santé et une approche de la santé tout au long de l'existence. Les réseaux de connaissances ont centré leur travail sur le développement du jeune enfant (ECD) (ECDKN), les conditions d'emploi (ECOMNET), le milieu urbain (KNUS), l'exclusion sociale (SEKN), l'équité entre les femmes et les sexes (WGEKN), la mondialisation (GKN), les systèmes de santé (HSKN), les conditions de santé publique prioritaires (PPHCKN), la mesure et les éléments probants (MEKN). Les problèmes au niveau de l'équité entre les sexes ont été systématiquement considérés dans chacun des autres thèmes.

D'autres questions concernant la santé et la nutrition, les facteurs ruraux, la violence et la criminalité, le changement climatique, n'ont pas fait l'objet d'un réseau de connaissances particulier, mais elles sont reconnues comme des facteurs importants pour l'équité en santé. La Commission les évoque dans les chapitres ultérieurs, émettant des recommandations d'ordre général, sans soulever dans les détails les étapes spécifiques que l'action doit suivre.

### EVALUER LES ÉLÉMENTS PROBANTS

L'élaboration des recommandations de la Commission concernant ce qu'il faut faire pour améliorer l'équité en santé mondiale, a impliqué de soupeser l'utilisation de différents types d'éléments probants, tout en tenant compte de leur but, leur intégralité et de l'estimation du niveau dans lequel l'action sur ces déterminants sociaux de la santé s'est montrée possible et efficace. Les recommandations émises par la Commission sont : a) étayées par un cadre conceptuel étiologique, b) appuyées par une vaste base de témoignage mondial qui démontre une influence sur l'action au niveau de ces déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé (efficacité), c) appuyées par les données probantes sur la faisabilité de l'application dans différents scénarios et d) appuyées par les éléments probants montrant l'uniformité des effets de l'action dans divers groupements de population et de pays ayant différents niveaux de développement économique national.

### LES CHAMPS D'ACTION PRINCIPAUX ET LES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Sur le plan mondial, on comprend mieux maintenant, plus qu'à tout autre moment de l'Histoire, comment les facteurs sociaux affectent la santé et l'équité en santé. Alors que l'information est toujours partielle et que la nécessité d'avoir de meilleurs éléments probants demeure, nous avons la connaissance requise pour guider l'action efficacement. En liant notre compréhension de la pauvreté au gradient social, nous sommes en train de faire valoir les questions communes qui sous-

tendent les disparités en santé.

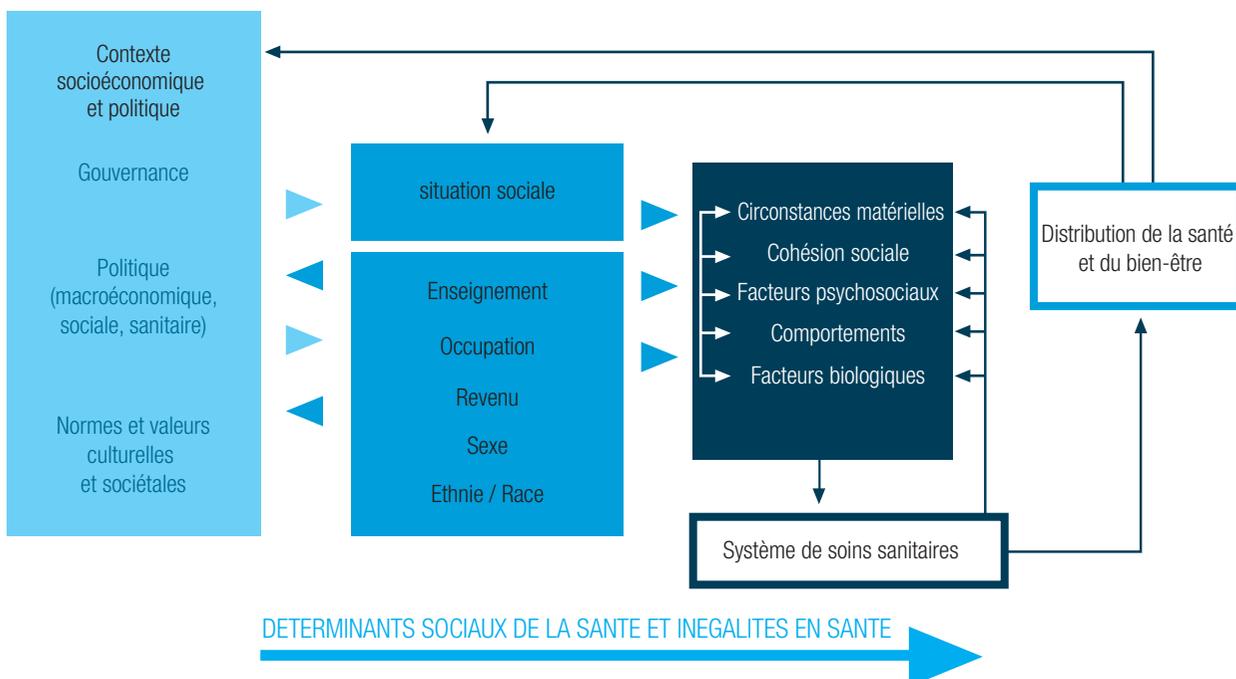
En reconnaissant la nature et l'étendue des maladies transmissibles et non transmissibles, nous démontrons les liens inextricables entre les pays, tant riches que pauvres. Il faut agir sur les déterminants de la santé, depuis les conditions structurelles de la société jusqu'aux conditions de vie quotidiennes dans lesquelles les personnes grandissent, vivent et travaillent, à tous les niveaux, du mondial au local, à travers les pouvoirs publics et en englobant toutes les parties prenantes de la société civile et du secteur privé.

Au fur et à mesure que nous avons poursuivi notre travail, nous avons été convaincus qu'il est possible de combler les inégalités en santé en l'espace d'une génération. Cela demandera un effort énorme mais c'est réalisable. Les chapitres qui suivent dans les Parties 3 à 5 montrent qu'il est urgent d'effectuer un changement, dans la manière de comprendre les causes des disparités en santé, dans la façon de travailler ensemble et dans les différents types d'action à mettre en œuvre afin de lutter contre les disparités en santé, aux niveaux mondial et national. L'action pour effectuer ces interventions sera entreprise aux niveaux mondial, national, local et individuel.

Dans le Chapitre 1, nous avons statué que l'analyse de l'action mène vers trois principes d'action :

- 1 Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
- 2 Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.
- 3 Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé.

**Figure 4.1 CADRE CONCEPTUEL DE LA COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE**



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

Les trois principes d'action identifiés par la Commission sont traduits dans les trois recommandations générales ci-dessous. Si l'action est réalisée en accord avec ces recommandations et celles qui seront plus détaillées dans les chapitres suivants, il sera possible d'appliquer de manière plus équitable les droits aux conditions nécessaires pour atteindre le niveau de santé le plus élevé possible.

## RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES DE LA COMMISSION

### 1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes

Veiller au bien-être des filles, des jeunes filles et des femmes et améliorer les circonstances dans lesquelles les femmes mettent leurs enfants au monde, privilégier le développement du jeune enfant et l'éducation des filles et des garçons, améliorer les conditions de vie et de travail, adopter une politique de protection sociale qui profite à tous et créer des conditions permettant de bien vieillir. Les politiques conçues pour atteindre ces objectifs doivent faire intervenir la société civile, les pouvoirs publics et les institutions mondiales.

### 2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources

Dans le but de remédier aux inégalités en santé et dans les conditions de vie quotidiennes, il est impératif de remédier aux inégalités dans la société telle qu'elle est organisée, comme par exemple les inégalités entre hommes et femmes. Un secteur public fort est requis. Il doit s'engager, être compétent et financé de manière adéquate. Pour qu'il ait ces atouts, il faut plus que renforcer les instances gouvernementales, il faut renforcer la gouvernance : légitimité, latitude dans l'action (« espace ») et soutien de la société civile, d'un secteur privé responsable et de tous les membres de la société pour défendre l'intérêt commun et réinvestir dans l'action collective. À l'heure de la mondialisation, une gouvernance dévouée à l'équité s'impose depuis le niveau communautaire jusqu'aux institutions mondiales.

### 3. Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action

Reconnaître qu'il y a un problème et en mesurer l'ampleur au niveau des pays et au niveau mondial sont des étapes indispensables avant d'agir. Avec le concours de l'OMS, les gouvernements et les organisations internationales devraient instaurer des observatoires nationaux et mondiaux de l'équité en santé pour suivre systématiquement l'évolution des inégalités sanitaires et des déterminants sociaux de la santé, et devraient évaluer l'incidence des politiques et des actions sur l'équité en santé. Pour créer l'espace et la capacité organisationnels nécessaires pour œuvrer efficacement en faveur de l'équité en santé, il faut investir dans la formation des responsables du choix des politiques et des professionnels de la santé et faire bien connaître les déterminants sociaux de la santé au public. Il faut aussi accorder une plus grande place aux déterminants sociaux de la santé dans la recherche en santé publique.

Les Parties 3 à 5 du rapport sont structurées selon ces trois principes. Alors que les recommandations de la Commission tendent dans leur ensemble à remédier aux conditions de vie quotidiennes et aux facteurs structurels dont dépendent ces dernières, dans chacun des chapitres thématiques (5 à 16 dans les Parties 3 à 5), les recommandations sont en relation avec l'action qui veut s'attaquer aux facteurs structurels et aux causes

immédiates des inégalités au niveau de ces thèmes. Elles varient de par leur caractère, depuis la gouvernance et les questions politiques jusqu'à l'action communautaire ; une combinaison d'approches descendantes et ascendantes aux niveaux mondial, régional, national et infranational

## IMPLICATIONS DE DIFFÉRENTS ACTEURS

Alors que la Commission défend fortement le rôle central du gouvernement et du secteur public dans l'exécution de l'action sur les déterminants sociaux de la santé en vue de l'équité en santé, elle reconnaît aussi la pluralité des acteurs sur le terrain : les institutions et les organismes mondiaux, les autorités (nationales et locales), la société civile, le monde de la recherche et de l'enseignement et le secteur privé. Chacun de ces acteurs doit pouvoir se retrouver clairement dans les chapitres suivants dans les Parties 3 à 5 ainsi que dans les implications au niveau des recommandations pour l'action. Une vue d'ensemble des domaines clés de l'action et des recommandations pour chaque acteur est donnée ci-dessous, vous indiquant les recommandations spécifiques à trouver dans chacun des prochains chapitres thématiques :

### Organismes multilatéraux

L'une des recommandations générales de la Commission est de veiller à la cohérence intersectorielle, à la fois dans l'élaboration des politiques et dans l'action, pour mieux influencer sur les déterminants sociaux de la santé et instaurer une plus grande équité en santé. Collectivement, les organismes spécialisés et les organismes de financement multilatéraux peuvent agir bien plus efficacement sur les déterminants sociaux de la santé, notamment par :

- *La cohérence de la surveillance et de l'action mondiales* : Faire de l'équité en santé un objectif fondamental commun et utiliser un ensemble commun d'indicateurs valables au plan mondial pour suivre le progrès ; et collaborer au sein des groupes de travail thématiques interinstitutions pour mener une action cohérente dans le domaine des déterminants sociaux de la santé.
- *Un financement cohérent et la responsabilisation des bénéficiaires* : Veiller à ce que les suppléments d'aide et les allègements supplémentaires de la dette financent des politiques et une action cohérente entre les gouvernements bénéficiaires, ceux-ci devant rendre compte de leur performance en utilisant des indicateurs de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.
- *Une plus grande participation des Etats Membres de l'ONU à la gouvernance mondiale* : Favoriser une participation équitable des Etats Membres et d'autres parties prenantes au sein des instances mondiales chargées d'élaborer des politiques.

### OMS

L'OMS est l'institution chargée des questions sanitaires au niveau mondial. Il est temps qu'elle renforce son rôle de chef de file en agissant dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Il lui faut notamment :

- *Assurer la cohérence des politiques aux niveaux mondial et national* : Endosser un rôle de tutelle qui, dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, facilite le renforcement des moyens d'action et la cohérence des politiques des organismes partenaires au sein du système multilatéral ; renforcer les capacités techniques au niveau mondial et dans les Etats Membres pour que la santé publique soit représentée dans toutes les grandes instances multilatérales ; et fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils mettent en place des mécanismes garantissant la cohérence des politiques et de l'action intersectorielle dans le domaine des

déterminants sociaux de la santé.

- *Mesurer et évaluer* : Contribuer à ce que les pays, faisant de l'équité en santé l'un de leurs principaux objectifs de développement, se fixent des buts dans ce domaine et suivent les progrès accomplis en leur sein et entre eux ; appuyer la création de systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé et mettre en place les capacités techniques nécessaires dans les pays ; fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils conçoivent et utilisent des outils pour mesurer les effets sur l'équité en santé et d'autres outils du même type, par exemple un baromètre de l'équité au niveau national ; et organiser régulièrement une réunion mondiale pour faire le point sur la situation dans le monde.
- *Renforcer les capacités de l'OMS* : Renforcer les capacités de l'ensemble de l'Organisation dans le domaine des déterminants sociaux de la santé (Siège, bureaux régionaux, et programmes de pays).

### Autorités nationales et locales

A la base de l'action dans les domaines de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé, il faut un secteur puissant qui s'appuie sur les principes de justice, de participation et de collaboration intersectorielle. Cette condition exige de renforcer les fonctions essentielles des instances gouvernementales et des institutions publiques, aux niveaux national et infranational, notamment la coordination des politiques, la gouvernance participative, la planification, l'élaboration et l'application de réglementations et la fixation de normes. Le ministère de la santé doit, pour sa part, assumer un rôle de direction et de tutelle, avec le concours de l'OMS. L'action gouvernementale comprend notamment :

- *La cohérence de l'ensemble des politiques gouvernementales* : Confier la responsabilité de l'action pour la santé et l'équité en santé aux plus hautes instances gouvernementales et veiller à ce que les politiques de tous les ministères et départements y contribuent de façon cohérente.
- *Le renforcement de l'action menée en faveur de l'équité* : S'engager à mettre progressivement en place des services de santé universels ; créer une unité centrale chargée des questions de parité pour promouvoir l'équité entre les sexes dans toutes les politiques gouvernementales ; en milieu rural, améliorer les moyens de subsistance, investir dans les infrastructures et développer les services ; améliorer les conditions de vie dans les bidonvilles et faciliter la participation locale à un urbanisme soucieux de la santé des populations urbaines ; mettre en place des politiques et des programmes de plein emploi et garantissant un travail décent ; investir dans le développement du jeune enfant ; tendre vers l'offre universelle, sans considération de solvabilité, de services et de programmes de base visant les déterminants sociaux de la santé, parallèlement à un programme universel de protection sociale ; et instaurer un cadre national pour le contrôle réglementaire des biens ayant des effets sanitaires indésirables.
- *Le financement* : Réorganiser le financement international reçu (aide, allègement de la dette) en définissant un cadre d'action sur les déterminants sociaux de la santé qui mette en œuvre la responsabilité de façon transparente ; augmenter les recettes fiscales en améliorant le système d'imposition progressive ; et collaborer avec les autres Etats Membres à l'instauration de nouvelles sources de fonds publics internationaux aux niveaux régional ou mondial.
- *L'évaluation et la formation* : Tendre vers l'enregistrement de toutes les naissances ; définir des indicateurs de performance pour apprécier l'action de l'ensemble du gouvernement dans le cadre d'un système national de surveillance de l'équité en santé ; être capable d'utiliser l'évaluation des effets sur l'équité en santé comme protocole standard pour

l'élaboration de toutes les grandes politiques ; former les professionnels de la santé et les responsables politiques aux questions de déterminants sociaux de la santé ; et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé.

### Société civile

Etre intégré dans la société dans laquelle on vit est une condition essentielle de l'émancipation matérielle, psychosociale et politique sur laquelle reposent le bien-être social et l'équité en santé. Membres de la communauté, militants locaux, prestataires de services et de programmes, agents chargés de mesurer la performance – les acteurs de la société civile, depuis le niveau local jusqu'au niveau mondial, font le trait d'union entre les politiques et les plans, d'un côté, et, de l'autre, les changements concrets et l'amélioration de la vie de tous. En aidant différents protagonistes au sein des communautés à s'organiser et à faire entendre leur voix, la société civile peut défendre avec force la cause de l'équité en santé. Bon nombre des actions énumérées plus haut résulteront, du moins en partie, des pressions et des encouragements de la société civile ; bien des étapes sur la voie qui mène à l'équité en santé en l'espace d'une génération seront franchies (ou ne seront pas) sous l'œil attentif des acteurs de la société civile. La société civile peut contribuer dans une large mesure à influencer sur les déterminants sociaux de la santé par :

- *La participation aux politiques, à la planification, aux programmes et à l'évaluation* : Participer à l'élaboration des politiques, à la planification, à l'exécution des programmes et aux évaluations portant sur les déterminants sociaux de la santé, à la fois au niveau mondial, au sein des instances intersectorielles nationales et au niveau local (évaluation des besoins, fourniture des services et appui) ; et évaluer la qualité, l'équité et l'impact des services.
- *Le contrôle de la performance* : Suivre l'évolution de certains déterminants de la santé, en rendre compte et faire campagne pour plus d'équité – amélioration des conditions de vie et fourniture de services dans les bidonvilles, conditions d'emploi dans les secteurs structuré et non structuré, travail des enfants, droits des peuples autochtones, équité entre les sexes, services de santé et d'éducation, activités des sociétés, accords commerciaux et protection de l'environnement.

### Secteur privé

Le secteur privé a une grande influence sur la santé et le bien-être. Si la Commission insiste sur le rôle crucial de chef de file que le secteur public doit jouer dans l'action en faveur de l'équité en santé, les activités du secteur privé n'en sont pas moins importantes. Il faut cependant reconnaître qu'elles peuvent avoir des effets néfastes qui appellent une réglementation. Pour autant que les effets indésirables sont maîtrisés, la vitalité du secteur privé peut beaucoup contribuer à la santé et au bien-être. Il faut notamment :

- *Responsabiliser* : Reconnaître et appliquer de façon responsable les accords, normes et codes de bonnes pratiques en matière d'emploi en vigueur au niveau international ; garantir des conditions d'emploi et de travail équitables aux hommes et aux femmes ; réduire et supprimer le travail des enfants et veiller au respect des normes de sécurité et de santé au travail ; au titre des conditions d'emploi, soutenir les programmes d'enseignement et de formation professionnelle, en privilégiant ceux destinés aux femmes ; veiller à ce que les activités du secteur privé et les services qu'il assure (production et brevetage de médicaments indispensables, systèmes d'assurance-maladie) contribuent à l'équité en santé au lieu de lui nuire.

- *Investir dans la recherche* : S'engager en faveur de la recherche et le développement de traitements contre les maladies négligées et les maladies de la pauvreté et échanger des connaissances dans les domaines vitaux (par exemple les brevets pharmaceutiques).

### Monde de la recherche

La connaissance – de la situation sanitaire aux niveaux mondial, régional, national et local, de ce qu'il est possible de faire pour l'améliorer et des moyens efficaces pour combler les inégalités en santé en influant sur les déterminants sociaux de la santé – est le fondement de la Commission et sous-tend toutes ses recommandations. Il faut faire des recherches. Mais plus que de simples exercices académiques, il faut entreprendre des travaux qui donnent de nouvelles informations et mettre ces informations à la portée de tous les acteurs énumérés plus haut. La recherche et le savoir sur les déterminants sociaux de la santé et sur les moyens de favoriser l'équité en santé nécessiteront l'engagement continu du monde universitaire et des professionnels de la santé ainsi que de nouvelles méthodes (accepter et utiliser différents types de données scientifiques, être conscient du parti pris sexiste dans les procédés de la recherche et reconnaître l'utilité des réseaux de connaissance élargis à l'échelle mondiale). Le monde de la recherche doit notamment :

- *Générer et diffuser des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé* : Veiller à ce que des fonds pour la recherche soient consacrés aux travaux sur les déterminants sociaux de la santé ; soutenir l'observatoire mondial de la santé et les travaux intersectoriels entrepris aux niveaux multilatéral, national et local en mettant au point et en expérimentant des indicateurs relatifs aux déterminants sociaux de la santé et en évaluant l'impact des interventions ; créer des réseaux et des centres d'échange d'informations virtuels ou renforcer ceux qui existent déjà, organisés selon le principe d'accès libre et gérés de façon à ce qu'ils soient facilement accessibles dans tous les pays à revenu élevé, moyen ou faible ; contribuer à endiguer la fuite des cerveaux des pays à revenu faible ou moyen ; supprimer les partis pris sexistes dans les équipes de chercheurs ainsi que dans les projets, les modèles, les pratiques et les rapports de recherche.

## MISE EN CONTEXTE DES RECOMMANDATIONS

Un défi principal de la Commission naît de la nature envahissante des inégalités en santé. Elles sont plus répandues dans certains pays que dans d'autres, mais il est certain qu'elles sont considérablement généralisées. Comme nous le verrons dans les chapitres suivants dans les Parties 3 à 5, des principes généraux seraient applicables dans tous les pays. Par conséquent, des politiques différentes seront nécessaires pour les pays à revenu faible et moyen. Les chapitres traitent d'une certaine manière de cette question. L'expérience montre que, bien que les principes soient généraux, l'élaboration des solutions politiques de nature précise doit se faire dans un contexte national et local.

Pour que les propositions de la Commission soient bénéfiques pour la santé dans les pays les plus défavorisés et par conséquent pour l'équité en santé sur le plan mondial, des changements dans l'environnement économique mondial seront requis. Il faudra agir pour alléger les pressions économiques externes, étendre le champ d'action de la politique nationale pour atteindre l'égalité en santé, lutter contre les contraintes

financières du secteur public, améliorer l'infrastructure et les ressources humaines sur le plan national et renforcer et améliorer les programmes d'enseignement dédiés aux femmes. Pour réaliser les recommandations de la Commission, il faut effectuer des changements dans le fonctionnement de l'économie mondiale afin d'empêcher les pressions du marché et les engagements internationaux de constituer un obstacle pour leur mise en application ou d'engendrer des effets nuisibles involontaires.



