

CONNAISSANCE, OBSERVATION ET COMPETENCES :
CHEVILLE OUVRIERE DE L'ACTION



Le troisième principe d'action de la Commission est :

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.

Une société concernée par la santé et l'équité en santé admet l'existence de tous ses citoyens et l'importance de leur bien-être. Elle mesure l'étendue des problèmes de santé et d'inégalités en santé ainsi que leurs déterminants, et a recours aux données probantes pour concevoir et ajuster les politiques et programmes, et améliorer ainsi au maximum la situation sanitaire de tous.

Le monde change rapidement et on ignore souvent quelles conséquences auront les changements sociaux, économiques et politiques sur la santé en général et sur les inégalités en santé dans les pays et dans l'ensemble du monde. L'action sur les déterminants sociaux de la santé sera plus efficace s'il existe des systèmes de données de base –

comme les statistiques d'état civil et les données obtenues par l'observation systématique des inégalités en santé et des déterminants sociaux de la santé – et des mécanismes permettant d'analyser les données et de les utiliser pour élaborer des interventions plus performantes.

La création de l'espace, du mandat et de la capacité organisationnels aux fins d'agir efficacement sur les inégalités en santé repose sur une meilleure compréhension – de la part des acteurs politiques, des professionnels de la santé et du public général – de la manière dont les déterminants sociaux de la santé influent sur la santé des populations. C'est à l'OMS d'aider à développer les moyens aux niveaux international, national et local, faire valoir son rôle de chef de file, en augmentant sa capacité de prodiguer des conseils quant aux politiques en faveur de l'équité en santé, et fournir un support technique concernant les déterminants sociaux de la santé. On peut affirmer que les données probantes sont suffisantes pour agir maintenant. Certainement, nous avons besoin d'efforts spécifiques pour renforcer et échanger les bases de données factuelles sur l'équité en santé et sur les déterminants sociaux de la santé pour pouvoir améliorer notre capacité d'agir.



CHAPITRE 16

Déterminants sociaux de la santé : Observation, recherche et formation

“Nous ne devons jamais oublier que les données probantes sont dotées d’un grand pouvoir stratégique et persuasif au niveau politique.”

Margaret Chan, Directeur général de l’OMS (Chan, 2007)

L’IMPORTANCE DE L’OBSERVATION, DE LA RECHERCHE ET DE LA FORMATION

L’élaboration des politiques relatives aux déterminants sociaux de la santé à partir de bases factuelles offre le meilleur espoir pour lutter contre les inégalités en santé (MEKN, 2007a). Il est nécessaire donc de disposer de données fiables selon l’ampleur du problème et des données probantes les plus récentes sur les déterminants et sur ce qui pourrait réduire les inégalités en santé. Il est également requis que les responsables du choix des politiques et les professionnels de la santé arrivent à comprendre les données probantes pour qu’ils puissent agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Observation

L’action sur les déterminants sociaux de la santé, visant à améliorer les résultats sur le plan sanitaire de manière générale et réduire les inégalités en santé, sera beaucoup plus efficace si des systèmes de données de base sont mis en place, aux niveaux national et international et s’il existe des mécanismes permettant d’analyser les données et de les utiliser pour élaborer des interventions plus performantes. Ces processus sont essentiels pour mesurer l’ampleur du problème, identifier les populations les plus affectées, estimer si la situation s’améliore ou au contraire se détériore et évaluer les points d’accès pour l’intervention et les conséquences des politiques (MEKN, 2007b). Des données bien présentées peuvent déclencher une action politique (CW, 2007). Les systèmes d’observation de la santé se situent à différentes phases de développement. Certains pays disposent de peu de données sanitaires, quel qu’en soit le genre, rassemblées méthodiquement sur le plan mondial. D’autres ont des systèmes d’informations méthodiques en matière de santé mais ne surveillent pas les inégalités en santé. D’autres encore mesurent les systèmes d’informations sanitaires systématiquement, mais manquent de données sur les inégalités en santé, de sorte que les points d’accès aux politiques ne peuvent pas être décelés (MEKN, 2007a). Quant aux pays où les problèmes sanitaires sont les plus graves, notamment les pays en proie à des conflits, ils disposent des données les moins bonnes.

Un système d’informations de base en matière de santé doit comporter un système d’enregistrement civil complet de qualité. Aussi, beaucoup de naissances et de décès demeurent-ils non enregistrés, en particulier dans les pays à revenu faible et moyen (UNICEF, 2005; UNICEF, 2007c) (Tableau 16.1). Au sein des pays, l’absence d’enregistrement des naissances est disproportionnellement élevée chez les ménages et les communautés défavorisés (UNICEF, 2007c). « Les problèmes auxquels les parents doivent faire face pour enregistrer la naissance de leurs enfants marquent des modèles plus généraux d’exclusion sociale et de manque d’accès aux services sociaux et se chevauchent souvent avec eux » (UNICEF, 2007c). Dans de nombreux pays, les coûts élevés de l’enregistrement des naissances constituent une raison importante pour le sous-enregistrement (UNICEF, 2007c).

Tableau 16.1

Naissances non enregistrées (en milliers) en 2003 par région et par niveau de développement

| Région | Naissances | Enfants non enregistrés, n (%) |
|---------------------------------|------------|--------------------------------|
| Ensemble du monde | 133 028 | 48 276 (36%) |
| Afrique subsaharienne | 26 879 | 14 751 (55%) |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord | 9790 | 1543 (16%) |
| Asie du Sud | 37 099 | 23 395 (63%) |
| Asie de l’Est et Pacifique | 31 616 | 5901 (19%) |
| Amérique latine et Caraïbes | 11 567 | 1787 (15%) |
| ECO/CEI et Etats baltes | 5250 | 1218 (23%) |
| Pays industrialisés | 10 827 | 218 (2%) |
| Pays en développement | 119 973 | 48 147 (40%) |
| Pays les moins développés | 27 819 | 19 682 (71%) |

ECO = Europe centrale et orientale ; CEI = Communauté des Etats Indépendants

Source: UNICEF, 2005

L’insuffisance des systèmes d’enregistrement des naissances, non seulement, viole le droit de l’enfant à avoir un nom et une nationalité (Convention des droits de l’enfant, article 7), mais est également lourde de conséquences pour la santé de l’enfant et son développement. Les enfants qui ne sont pas comptés ne comptent pas : ils ont des problèmes pour accéder aux services sanitaires indispensables et s’inscrire à l’école (UNICEF, 2005). Les systèmes d’enregistrement civil jouent un rôle juridique important. En établissant et protégeant l’identité et la citoyenneté, ils peuvent aider à la protection contre l’exploitation (par ex. le travail des enfants) et à la protection des droits de propriété. La mise en place et le maintien d’un système fonctionnel d’enregistrement des naissances comme faisant partie intégrante d’un système d’enregistrement civil complet protégeraient les enfants défavorisés des inconvénients supplémentaires qu’ils rencontreront tout au long de leur vie du fait qu’ils n’ont pas été enregistrés à la naissance (UNICEF, 2005). L’enregistrement des faits d’état civil s’est révélé être d’une grande importance pour le développement social et économique dans les premiers pays à s’être industrialisés (Szreter, 2007 ; Lundberg et al., 2007). On a assisté, au cours des 50 dernières années, à une légère amélioration dans ces systèmes au niveau des pays à revenu faible et moyen (Mahapatra et al., 2007).

Recherche

Bien qu’elles soient primordiales, les données de base n’indiquent pas ce qui agirait le mieux pour améliorer la santé et réduire les inégalités en santé. Les causes sous-jacentes à l’inégalité en santé doivent être connues et les bases factuelles sont nécessaires pour savoir quels types d’interventions sont à préconiser pour réduire le problème. Les bases factuelles sont à renforcer à bien des égards. Premièrement, la plupart des

recherches en santé (l'investissement) restent très lourdement centrées sur le biomédical, alors qu'on pourrait soutenir que les plus grandes améliorations en matière de santé proviennent des améliorations réalisées au niveau des déterminants sociaux de la santé (IUHPE/CEU, 1999; Woolf et al., 2004; Woolf et al., 2007; Szreter, 2002; Szreter, 1988). Il faudra mener davantage de recherches interdisciplinaires et multidisciplinaires sur les déterminants sociaux de la santé. La création de données scientifiques sur ce qui pourrait réduire les inégalités en santé est un processus complexe. Des essais contrôlés randomisés sont souvent pratiquement et/ou éthiquement irréalisables. En outre, les données scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé peuvent être tributaires du contexte. Les réponses aux inégalités reflèteront un large éventail de facteurs, dont la culture et l'histoire du pays, son environnement politique et la force de la société civile. Pour comprendre les effets du contexte sur les inégalités en santé et l'efficacité des interventions, il nous faut une base de données probantes riche qui engloberait des données à la fois qualitatives et quantitatives. Les données doivent être appréciées en fonction de leur conformité aux besoins, c'est-à-dire en déterminant si elles répondent ou non de manière convaincante à la question posée, plutôt que par rapport à la hiérarchisation classique des données (MEKN, 2007a).

Formation

Le programme des déterminants sociaux de la santé est fondamentalement politique et requiert par conséquent une action politique. Pourtant, les données probantes sont essentielles. La reconnaissance et la définition du problème ainsi que l'élaboration de solutions sont également cruciaux, de même pour la volonté politique. Les acteurs politiques doivent reconnaître et comprendre le problème de l'inégalité en santé, ses déterminants et ses solutions possibles, et sentir qu'ils disposent de l'espace et du mandat organisationnels ainsi que des ressources pour définir une action appropriée. Ceci exige un investissement dans la formation des responsables du choix des politiques et des conseillers, des personnels médicaux et de la santé et d'autres professionnels (par ex. des urbanistes) et dans la sensibilisation du public aux déterminants sociaux de la santé.

ACTION POUR RENFORCER LES CAPACITES D'OBSERVATION, DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION

Systèmes d'enregistrement des naissances

La Commission recommande que:

- 16.1 Les pouvoirs publics veillent à ce que tous les enfants soient enregistrés à la naissance sans frais pour les ménages. Ceci doit s'inscrire dans le cadre de l'amélioration de l'enregistrement civil pour les naissances et les décès (cf. Rec. 5.2 ; 14.1).**

L'amélioration de l'enregistrement des naissances doit figurer parmi les priorités les plus urgentes dans le renforcement des capacités pour une observation méthodique des inégalités en santé, notamment dans les pays à revenu faible et moyen (Braveman, 1998). Ceci nécessite que les pouvoirs publics accordent une plus grande priorité au développement des capacités et de l'infrastructure pour l'enregistrement civil, dans leurs plans de santé et de développement nationaux, y compris dans leur affectation de ressources financières et

humaines (Mahapatra et al., 2007; Setel et al., 2007). C'est aux autorités nationales qu'incombe la mise sur pied d'un système d'enregistrement des naissances qui s'inscrit dans un système d'enregistrement civil complet de bonne qualité. L'enregistrement des décès et de leur cause doit être renforcé en perfectionnant les enregistrements méthodiques ou (à court terme) en améliorant d'autres méthodes, par exemple, les autopsies verbales (Murray et al., 2007).

Le système de soins de santé peut jouer un rôle important. En effet, il assume une responsabilité dans la mise en place et le renforcement du système d'enregistrement civil. En œuvrant étroitement avec les organismes d'enregistrement et les bureaux nationaux de statistiques, il peut informer, favoriser et soutenir l'instauration et l'entretien d'un tel système (Setel et al., 2007). Les dispensateurs de soins de santé peuvent par exemple fournir des renseignements aux personnes qui prennent soin des enfants concernant l'enregistrement des naissances. De même, des informations en matière de santé et de développement de l'enfant peuvent être fournies aux parents lorsqu'ils enregistrent la naissance de leur enfant (UNICEF, 2005). La qualité de l'enregistrement de la cause du décès peut, de son côté, être améliorée en renforçant la formation des médecins et en les encourageant à compléter les certificats des causes de décès (Mahapatra et al., 2007).

Les tentatives de perfectionner les niveaux d'enregistrement doivent être combinées à des efforts spécifiques qui chercheraient à réduire les inégalités dans l'enregistrement des naissances entre les groupes sociaux et les régions au sein des pays (UNICEF, 2005). La cartographie du champ d'application des enregistrements pourra être utilisée afin de recenser les régions ayant les taux les plus élevés de sous-enregistrement et de planifier des campagnes d'enregistrement (UNICEF, 2005). Des dispositifs spécifiques pour améliorer le champ d'application et réduire les inégalités dans l'application seront mis en place selon la spécificité du contexte. La première priorité sera d'abolir les frais d'enregistrement et les pénalités pour l'enregistrement tardif. S'il s'agit d'un problème de distance, il sera utile de lancer des unités mobiles ou des campagnes d'enregistrement de porte-à-porte (UNICEF, 2005). Dans les zones où le problème réside dans l'insuffisance des connaissances, l'information et les campagnes de sensibilisation atteignant la totalité des régions et des groupes sociaux sont une option (UNICEF, 2005). Les gouvernements peuvent travailler avec les organisations de la société civile et d'autres organisations locales telles que les écoles et les centres de santé, ou les camps lorsqu'il s'agit de personnes déplacées à l'intérieur du pays, afin d'augmenter le champ d'application (UNICEF, 2005).

Améliorer les systèmes d'enregistrement civil requiert la confiance et la participation des citoyens (Setel et al., 2007). Il est primordial de protéger leur vie privée par des systèmes opérationnels de protection des données. Les individus, et, plus particulièrement, les groupes vulnérables, doivent être protégés de l'abus des gouvernements et d'autres lors de l'enregistrement civil (Setel et al., 2007).

L'instauration et le perfectionnement de systèmes d'enregistrement civil qui durent dans le temps exigent un engagement politique et financier soutenu, aux niveaux national et international, que ce soit de la part des gouvernements, des donateurs ou des organisations internationales (Setel et al., 2007). Les donateurs et les organismes internationaux doivent

OBSERVATION, RECHERCHE ET INTERVENTION : CHAMP D'ACTION 16.1

Veiller à ce qu'il existe aux niveaux local, national et international des systèmes d'observation méthodique de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.

reconnaître que l'enregistrement des naissances – faisant partie d'un système d'enregistrement civil complet et opérationnel – est un élément-clé de l'infrastructure du développement (Mahapatra et al., 2007). L'OMS endosse un rôle principal en fournissant aux pays le support technique. De plus, les efforts internationaux sont nécessaires pour améliorer la qualité et la comparabilité des statistiques d'état civil, comme par exemple le Réseau de métrologie sanitaire (Setel et al., 2007) ; Mahapatra et al., 2007: Health Metrics Network, nd). Le soutien à l'enregistrement civil doit également être fondé sur des projets financés par des organismes internationaux (Mahapatra et al., 2007). La Banque Mondiale, par exemple, pourrait l'insérer dans ses financements en faveur du développement et de la réforme des systèmes de santé, alors que l'UNICEF pourrait promouvoir de manière plus active l'enregistrement des décès en plus de ses efforts pour améliorer l'enregistrement des naissances (Mahapatra et al., 2007).

Systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé

La Commission recommande que:

16.2 Les autorités nationales instaurent des systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé qui recueillent méthodiquement des données sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en santé (cf. Rec. 10.3).

Un système de surveillance de l'équité en santé recueille, collationne et diffuse méthodiquement des renseignements sur la santé, les inégalités en santé et les déterminants de la santé, et ce, d'une façon cohérente. Nombreux sont les pays et les organisations internationales qui rassemblent déjà des données sur les déterminants sociaux de la santé sous une forme ou une autre. Les systèmes de surveillance de l'équité en santé nationaux et mondiaux peuvent construire sur ces tentatives existantes et ajouter deux éléments importants. Premièrement, alors que la plupart des systèmes de données existants présentent uniquement les moyennes des pays, un système de surveillance de l'équité en santé présenterait des données stratifiées par groupes sociaux au sein des pays et comprendrait les mesures des inégalités en santé et des déterminants dans ces groupes. Deuxièmement, au lieu que les données relatives aux différents déterminants sociaux de la santé soient dispersées à travers une multitude de systèmes d'informations, comme elles le sont actuellement, l'observatoire de l'équité en santé rassemblerait en un endroit les données relatives à un large éventail de déterminants sociaux de la santé.

Instaurer un système de surveillance minimale de l'équité en santé

Il est recommandé que tous les gouvernements nationaux œuvrent en vue d'instaurer un système complet de surveillance de l'équité en santé (cf. Encadré 16.3), si nécessaire, avec l'assistance technique de l'OMS. Un tel système pourrait être mis en place progressivement, en fonction de la phase de développement du pays et du système d'informations existant. La première exigence consiste à ce que les gouvernements garantissent la disponibilité des données de mortalité et de

morbidity de base, stratifiées par groupes socio-économiques et par régions au sein des pays. L'expérience acquise dans le travail pour l'UE montre invariablement que les pays dépourvus de données de base relatives à la mortalité et à la morbidité selon des indicateurs socio-économiques sont incapables d'avancer dans le programme de l'équité en santé (Mackenbach & Baker, 2003); on pourrait soutenir que ceci est aussi vrai pour les pays en dehors de l'UE. Vous trouverez dans l'Encadré 16.2 un cadre pour un système de surveillance minimale de l'équité en santé.

Pour instaurer un système de surveillance minimale de l'équité en santé, tous les pays doivent :

- élaborer immédiatement des statistiques de santé de façon méthodique là où elles n'existent pas; même dans les régions en proie à des conflits/ des situations d'urgence, des enquêtes relatives aux conditions de vie et de santé sur un échantillon en grappes pourraient être réalisables (Burnham, 2006; UNDP & Ministry of Planning and Development Corporation, 2005), bien que difficilement;
- améliorer les statistiques de la santé, recueillies méthodiquement, de sorte qu'il soit possible de suivre les tendances de santé et de mortalité séparément pour les hommes et les femmes et pour des couches sociales différentes, en utilisant les données nationales représentatives;
- là où l'on se réfère aux enquêtes, améliorer:
 - la représentativité – la représentativité nationale, tout en cherchant à régler le problème des données manquantes chez les groupes vulnérables tels les sans-abri, les groupes qui se déplacent, les peuples autochtones;
 - l'efficacité statistique – suffisante pour subdiviser la plupart des résultats sanitaires et des déterminants selon des couches sociales pertinentes et surveiller les tendances chronologiques en termes d'inégalités en santé ;
 - les données de qualité et les méthodes – méthodes de fiabilité, de justesse, d'échantillonnage et d'estimation, techniques statistiques;
 - la cohérence/ comparabilité de la collecte des données – afin de permettre les comparaisons dans le temps et entre les pays;
 - le géocodage – pour faciliter la liaison des données;
 - la fréquence à laquelle les enquêtes sont menées – idéalement au moins tous les cinq ans;
- développer les connaissances concernant la santé et la mortalité à tous les âges et dans toutes les couches sociales des pays défavorisés. Les données des enquêtes, notamment les EDS, se sont révélées d'une très grande valeur pour la description des inégalités en termes de mortalité infantile et de ses déterminants dans les pays à revenu faible et moyen. Leur usage répandu à travers le monde montre que ces enquêtes sont praticables dans ces pays. Il est important de mettre en place des systèmes qui fournissent également des informations sur la santé des adultes, par exemple par des EDS élargies.

ENCADRÉ 16.1: LES STATISTIQUES D'ÉTAT CIVIL SONT CRUCIALES POUR L'ÉLABORATION DES POLITIQUES

“En Afrique, l'Afrique du Sud représente l'un des cas les mieux documentés où l'absence de données fiables sur les causes des décès a permis pendant un certain temps à des politiques nationales faibles de durer et où l'utilisation de plus en plus perfectionnée des données existantes relatives aux événements démographiques a apporté des changements dans l'ordre des priorités par rapport à la politique et aux programmes... Au début des années 2000, les données disponibles liées aux événements démographiques de ces pays ont indiqué clairement une forte augmentation du nombre de décès parmi les adultes. Cependant, l'absence de renseignements

concernant les causes de ces décès a permis au gouvernement, qui était officiellement sceptique sur le SIDA, de continuer à émettre des doutes quant aux effets réels de l'épidémie dans le pays. Les autorités de la ville du Cap ont participé à l'analyse d'informations existantes sur les causes des décès, notamment le SIDA et les homicides, et ont apprécié la valeur des données générées localement pour la prise de décisions sur le plan local.”

Reproduit avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Setel et al. (2007).

L'observatoire de l'équité en santé doit être coordonné nationalement pour être utile aux responsables du choix des politiques liées à la santé aux niveaux national et local. Les gouvernements doivent fournir un financement de base suffisant et à long terme à un organisme central qui coordonne la surveillance nationale de l'équité en santé, et ceci, si nécessaire, avec l'aide des donateurs. L'OMS devra endosser un rôle crucial dans le soutien des systèmes de surveillance de l'équité en santé concernant les États Membres. Ceci devra englober la fourniture de support technique pour perfectionner les systèmes, améliorer la qualité et la comparabilité des données (entre les pays et au fil du temps) et développer les moyens au niveau national pour utiliser les données en vue de l'élaboration de politiques, de programmes de santé publique et d'analyses. Les initiatives telles que le Réseau de métrologie sanitaire peuvent également aider au développement de capacités techniques pour la surveillance de l'équité en santé (Health Metrics Network, nd). De plus, on peut profiter de l'expérience des initiatives déjà existantes pour surveiller l'équité en santé, comme le Programme de surveillance de la santé de l'UE (EU, 1997).

Vers un système de surveillance complet de l'équité en santé

Les données relatives aux principaux déterminants sociaux de la santé doivent être recueillies et analysées avec les données sur la santé. Le système de surveillance devra fournir des données sur une panoplie de déterminants sociaux de la santé le long de la trajectoire causale, s'étendant des conditions de vie quotidiennes jusqu'aux facteurs plus structurels des inégalités en santé (Solar & Irwin, 2007). Il faut que le système soit structuré de telle sorte qu'il soit possible de suivre l'évolution chronologique des déterminants sociaux de la santé séparément chez les hommes et les femmes et chez les différentes couches sociales.

L'Encadré 16.3 donne un exemple de ce à quoi pourrait ressembler un cadre pour la surveillance de l'équité en santé. Il devrait inclure des informations sur les inégalités en santé, les déterminants de la santé et les conséquences du mauvais état de santé. Les informations sanitaires devraient être présentées de manière stratifiée, à l'aide de critères de classification sociaux et régionaux. Si les informations sanitaires concernant certains

groupes sociaux spécifiques doivent être incluses, le niveau absolu de la santé des groupes défavorisés, en particulier, est un indicateur important pour les responsables des politiques. En outre, les mesures qui résument l'ampleur des inégalités en santé entre les groupes de population doivent y être signalées. Il est conseillé d'insérer à la fois des mesures d'équité en santé relatives et absolues, étant donné que ces types de mesure sont complémentaires et que les résultats dépendent du type utilisé. Lorsqu'ils interprètent les modèles et tendances des inégalités, les responsables du choix des politiques, les planificateurs et les chercheurs doivent être clairs quant au type de mesure sommaire ils sont en train d'utiliser. Les mesures simples des inégalités en santé – par exemple le ratio des taux et la différence des taux – peuvent, à des fins de recherche, être complétées par des mesures d'inégalités en santé plus complexes (par exemple l'index relatif de l'inégalité) (Kunst & Mackenbach, 1994; Mackenbach et al., 1997; MEKN, 2007b; Vågerö, 1995). Les informations relatives à la répartition de la population entre les groupes sociaux et régionaux doivent figurer dans le système de surveillance puisque la taille des groupes déterminera l'impact des inégalités en santé sur la population.

Le cadre dans l'Encadré 16.3 illustre des catégories larges de résultats sanitaires et de déterminants pour lesquels les indicateurs devront être développés à l'aide d'un processus de participation aux niveaux international et national. Les catégories larges sont issues du travail de la Commission, comme cela a été exposé dans le présent rapport. Le cadre décrit clairement l'importance de l'observation bien au-delà du secteur des soins de santé (CW, 2007). Théoriquement, un ensemble principal d'indicateurs comparables entre les pays devra être établi, sous l'égide de l'OMS et après consultation des parties prenantes aux niveaux national et international (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*, Rec. 15.1). Il faut que cet ensemble englobe des indicateurs de santé basés sur les droits de l'homme afin de permettre l'observation et l'évaluation d'une réalisation progressive du droit aux conditions de santé (UN, 2000a). Au niveau des pays, les modules et les indicateurs spécifiques pour une adaptation nationale et locale pourront être développés au sein de ce cadre cohérent.

ENCADRE 16.2: UN SYSTEME DE SURVEILLANCE MINIMALE DE L'EQUITE EN SANTE

Un système de surveillance minimale de l'équité en santé fournit des données de base sur la mortalité et la morbidité réparties en fonction des groupes socio-économiques et régionaux au sein des pays. Il est impératif que tous les pays disposent d'un minimum de données de base sur l'équité en santé représentatives à l'échelle nationale et comparables dans le temps. Théoriquement, la mortalité est estimée à partir des registres des événements d'état civil qui doivent être complets et de bonne qualité, alors que les données sur la morbidité pourraient être rassemblées grâce aux enquêtes par entrevue sur la santé (Kunst & Mackenbach, 1994). Dans bon nombre de pays à revenu faible et moyen, les enquêtes sur la santé demeurent une source importante de renseignements sur la mortalité dans le proche avenir.

Résultats sur le plan sanitaire :

mortalité : mortalité infantile et/ou mortalité des moins de cinq ans, mortalité maternelle, mortalité des adultes et espérance de vie à la naissance (EVN) ;

morbidité : au moins trois indicateurs de morbidité nationale pertinents, qui varieront selon les contextes des pays et qui pourraient inclure la prévalence de l'obésité, du diabète, de la

dénutrition et du VIH ;

auto-évaluation de la santé mentale et physique.

Mesures des inégalités :

En plus des moyennes des populations, les données sur les résultats sanitaires doivent être fournies de manière stratifiée, y compris la classification par :

sexe;

au moins deux marqueurs sociaux (par ex. instruction, revenu/ richesse, classe professionnelle, ethnique/ race) ;

au moins un marqueur régional (par ex. rural/ urbain, province).

Insérer au moins une mesure sommaire des inégalités en santé absolues entre les groupes sociaux et une mesure sommaire des inégalités en santé relatives entre les groupes sociaux (cf. Encadré 16.3).

Des données de bonne qualité concernant la santé des peuples autochtones doivent être disponibles, le cas échéant.

ENCADRE 16.3: VERS UN CADRE NATIONAL COMPLET DE LA SURVEILLANCE DE L'EQUITE EN SANTE

INEGALITES EN SANTE

Introduire des informations concernant :

les résultats sanitaires classés selon :

- le sexe
- au moins deux critères de classification socio-économique (instruction, revenu/ richesse, classe professionnelle) ;
- le groupe ethnique/ race/ indigénat ;
- d'autres critères de classification sociale pertinents selon le contexte ;
- le lieu de résidence (rural/ urbain et province ou autre unité géographique pertinente) ;

la répartition de la population dans les sous-groupes ;

une mesure sommaire de l'inégalité en santé relative: les mesures comprennent le ratio des taux, l'indice relatif d'inégalité, la version relative du risque attribuable à la population et l'indice de concentration;

une mesure sommaire de l'inégalité en santé absolue :

les mesures comprennent la différence de taux, l'indice de pente d'inégalité et le risque attribuable à la population.

RESULTATS SUR LE PLAN SANITAIRE

mortalité (toutes causes confondues, cause spécifique, âge spécifique) ;

DJE ;

santé mentale ;

morbidité et incapacité ;

auto-évaluation de la santé physique et mentale ;

résultats par cause.

DETERMINANTS, LE CAS ECHEANT, Y COMPRIS LES DONNEES CLASSIFIEES

Conditions de vie quotidiennes

comportements de santé :

- tabagisme ;
- consommation d'alcool ;
- activité physique ;
- régime alimentaire et nutrition ;

environnement physique et social :

- eau et assainissement ;
- conditions de logement ;
- infrastructure, transports et urbanisme ;
- qualité de l'air ;
- capital social ;

conditions de travail :

- substances de travail dangereuses ;
- stress ;

soins de santé :

- couverture ;
- infrastructure des systèmes de soins sanitaires ;

protection sociale :

- couverture ;
- générosité.

Facteurs structurels de l'inégalité en santé:

sexospécificité:

- normes et valeurs ;
- participation économique ;
- santé sexuelle et génésique ;

inégalités sociales:

- exclusion sociale ;
- répartition des revenus et des richesses ;
- instruction ;

contexte sociopolitique:

- droits civils ;
- conditions de l'emploi ;
- priorités de la gouvernance et des dépenses publiques ;
- conditions macroéconomiques.

CONSEQUENCES DU MAUVAIS ETAT DE SANTE

conséquences économiques ;

conséquences sociales.

Certains pays ont déjà développé des initiatives pour surveiller les inégalités en santé et les déterminants sociaux de la santé de manière globale (CW, 2007) (Encadré 16.4).

Le rôle des communautés dans l'observation de l'équité en santé

La participation des communautés locales est une partie intégrante du processus général de surveillance de l'équité en santé. Elle revêt une importance particulière du fait que si les réalités sur le terrain en matière d'équité doivent être évaluées avec précision, ce sont les personnes exclues qui pourront fournir les données probantes sur les changements, s'il y en a. L'observation axée sur la communauté peut, par exemple, dénoncer différentes conditions au niveau de la base, telles que le manque de services et de ressources pour le traitement lié au VIH (Encadré 16.5). Un autre exemple réside dans les questions touchant les tests de détermination du sexe et le déclin du sex-ratio féminin en Inde. C'étaient les groupes de santé communautaire et les organisations féminines qui avaient démasqué la pratique de détermination du sexe suivie de l'avortement, étant donné qu'ils avaient surveillé les

changements dans les naissances en fonction du sexe au niveau local.

L'observation exercée par la communauté fournit non seulement des données authentiques et fiables, mais elle permet l'émancipation de la population locale (Encadrés 16.5 et 16.6). L'accroissement des moyens pour recueillir et analyser les données est souvent un signe avant-coureur de l'action collective sur les déterminants sociaux de la santé et peut permettre aux communautés de faire des choix et de décider quant aux problèmes qui concernent leur vie. En donnant aux communautés l'accès, voire le contrôle, sur leurs propres données et la possibilité d'effectuer le suivi, on facilite l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Habituellement, les données sont rassemblées localement mais élevées vers les administrateurs et les responsables du choix des politiques et rarement rendues à la population locale. Cette dernière ne voit ni les changements effectués au cas où ils existent, ni comment la communauté se porte par rapport à d'autres. Cependant, il pourrait en être tout autrement (Encadré 16.6).

ENCADRE 16.4: OBSERVATION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ EN ANGLETERRE

Dans le cadre de la surveillance du progrès depuis l'enquête d'Acheson en 1997, le ministère de la Santé réexamine les tendances en matière d'inégalité et de déterminants sociaux de la santé. La révision comprend un certain nombre de résultats sanitaires répartis par classes sociales, avec des données sur une grande panoplie de déterminants sociaux allant des comportements de santé, passant

par les systèmes sanitaires et l'utilisation des soins de santé, jusqu'aux conditions matérielles, modalités de l'emploi et politiques sociales et économiques, en suivant sommairement le cadre exposé dans l'Encadré 16.3.

Source : Health Inequalities Unit, 200b; Department of Health, 2005

ENCADRE 16.5: UNE APPROCHE DE LA SURVEILLANCE BASEE SUR LA « JAUGE DE L'EQUITE »

La GEGA vise à réduire les inégalités en santé par une approche 'jauge equity' ou 'jauge de l'équité' qui inclut l'évaluation, l'observation, le plaidoyer et l'habilitation communautaire. La jauge de l'équité est actuellement active dans au moins 10 pays. Cette approche nécessite l'implication d'une diversité d'acteurs sociétaux, y compris les communautés, les organisations de la société civile, les chercheurs, les responsables du choix des politiques, les médias, les agents de santé et les autorités locales. Le suivi

des inégalités en santé est lié à la mobilisation sociale et politique. A titre d'exemple, la jauge de l'équité portant sur le VIH pour l'Afrique du Sud utilise la surveillance et l'évaluation communautaire pour estimer si les services et les ressources principaux du traitement lié au VIH sont existants. Les résultats de cette activité de surveillance servent à plaider en faveur de la communauté et à élaborer des solutions locales aux facteurs qui entravent la mise en fonction des services liés au VIH.

Source : GEGA, nd; Health Systems Trust, nd

ENCADRE 16.6: MOBILISATION DES COMMUNAUTÉS DANS LA MISE EN OEUVRE, L'INTERPRETATION ET LE SUIVI DES ENQUÊTES AUPRES DES MÉNAGES

Les organisations non gouvernementales peuvent jouer un rôle important dans la surveillance communautaire. Par exemple, l'ONG néerlandaise Connect International finance les organisations partenaires locales et leur facilite l'exécution des programmes de développement communautaire dans plusieurs pays africains. Les partenaires mènent des enquêtes auprès des ménages portant sur la santé et les déterminants sociaux de la santé dans les communautés au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie où ils travaillent. Les enquêtes servent à évaluer les programmes de

développement communautaire et fournir un aperçu des forces et des faiblesses de la santé et des déterminants sociaux dans chaque village impliqué. Les agents de santé locaux au niveau des villages et le personnel des organisations partenaires locales sont formés pour mener les enquêtes. Les résultats des enquêtes sont présentés aux communautés et discutés avec elles. Ces dernières participent activement à l'évaluation du progrès accompli et à l'établissement des priorités en vue d'améliorations ultérieures en partant des résultats obtenus.

Source : Connect International, nd

Système mondial de l'équité en santé

La Commission recommande que:

16.3 L'OMS dirige l'instauration d'un observatoire mondial de l'équité en santé qui s'inscrit dans une structure plus élargie de gouvernance mondiale (cf. Rec. 15.1).

Un observatoire mondial de l'équité en santé collationne systématiquement les données sur les inégalités en santé et sur les déterminants et les rend accessibles au public, pour tous les pays du monde. Il constitue un élément important d'une bonne gouvernance mondiale (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*). Un observatoire mondial de l'équité en santé se fonde sur les observatoires nationaux de la santé et s'ajoute à eux. Il peut être basé sur un cadre similaire à celui exposé dans l'Encadré 16.3 pour les systèmes nationaux de surveillance. En plus des inégalités au sein des pays, l'observatoire mondial devra surveiller les inégalités dans les résultats sanitaires entre

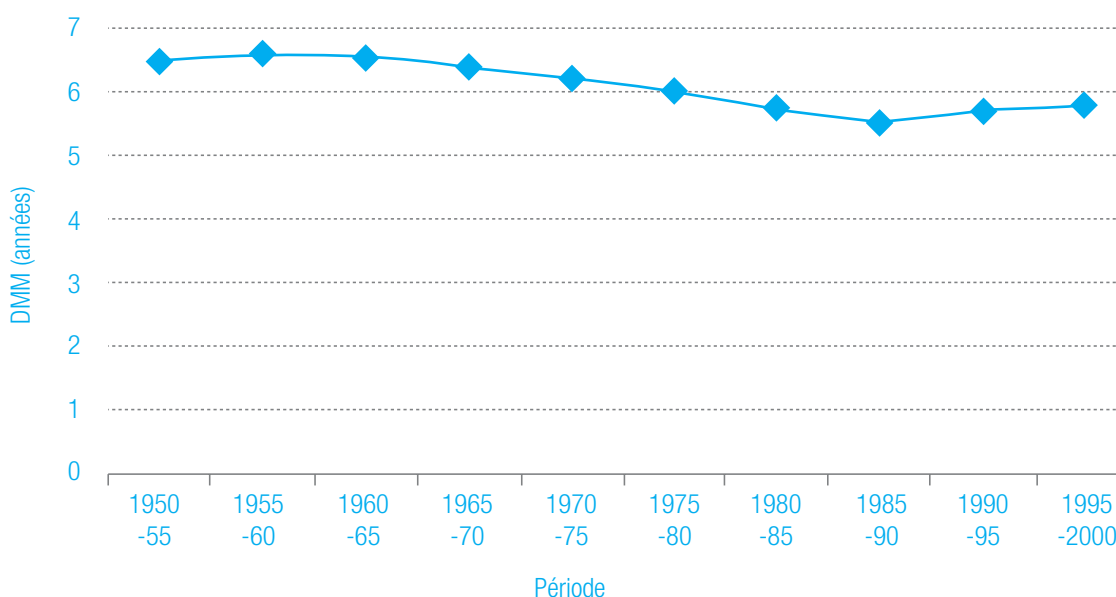
les pays (Encadré 16.7) et les déterminants de ces inégalités. Ces déterminants peuvent être retrouvés parmi d'autres au niveau de l'environnement mondial: dans les différences de richesses entre pays, le montant total des fonds mondiaux dépensés sur le travail sur les déterminants sociaux de la santé (comparés aux fonds consacrés à des maladies spécifiques), l'allocation de l'OMS en faveur de l'équité en santé et des déterminants sociaux du travail pour la santé, la mesure à laquelle les engagements de dépenses pour aide à l'étranger sont remplis et l'importance de l'allègement de la dette. Ceux-ci représentent des illustrations des déterminants des inégalités en santé entre pays. Il faut établir un cadre cohérent avec des indicateurs fondamentaux pour la surveillance mondiale de l'équité en santé, sous la houlette de l'OMS, et impliquer des parties prenantes au niveau des pays ainsi que des organisations internationales et des instituts de recherche (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

ENCADRE 16.7: MESURES DES INEGALITES EN SANTE AU NIVEAU MONDIAL

Plusieurs méthodes pour mesurer les inégalités en santé à l'échelle mondiale ont été élaborées récemment. Elles englobent la mesure de dispersion de la mortalité (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005), l'analyse typologique (Ruger & Kiml, 2006) et l'application de l'indice de pente d'inégalité – généralement utilisé pour mesurer les inégalités au sein des pays – utilisé pour mesurer les inégalités entre les pays (Dorling, Shaw & Davey Smith, 2006). En utilisant la mesure de dispersion de la mortalité par exemple, il a été démontré

que la convergence de la mortalité mondiale (de 1950-55 à 1985-90) a laissé place à la divergence depuis la moitié des années 1980 (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005) (Fig. 16.1). Des recherches supplémentaires doivent être effectuées en termes de moyens pour mesurer les inégalités en santé et leurs déterminants dans le monde. Il est important d'établir mondialement des objectifs pour réduire les inégalités en santé entre les pays et en leur sein, tout en exerçant une surveillance régulière du progrès

Figure 16.1 Tendence de la mesure de dispersion de la mortalité relative à l'espérance de vie à la naissance, 1950-2000



DMM = mesure de dispersion de la mortalité

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Moser, Shkolnikov & Leon (2005).

Le rôle de l'OMS et du système de l'ONU

L'observation et la surveillance de la santé de la population mondiale est l'une des fonctions principales de l'OMS. La Commission appuie l'instauration d'un observatoire mondial de la santé qui « recueille, collationne et diffuse les données sur les problèmes sanitaires prioritaires » (OMS, 2008a). Il est crucial que la surveillance mondiale de l'équité en santé soit un élément-clé d'un tel observatoire. Alors qu'il fait intervenir des parties prenantes des Etats Membres, des organisations internationales et des instituts de recherche, l'élément mondial spécifique de l'équité en santé d'un observatoire mondial de la santé pourrait effectuer plusieurs activités fondamentales : établir un cadre d'observation cohérent ayant les indicateurs principaux comparables entre les pays; élaborer des normes et des lignes directrices pour la surveillance de l'équité en santé; dresser des profils nationaux, régionaux et mondiaux interactifs et rapidement mis à jour des inégalités en santé et des déterminants sociaux de la santé, adaptés aux différentes audiences ciblées; et fournir une plate-forme de données transparentes et de faits probants qui peut être utilisée et améliorée par toutes les parties prenantes en tant que suggestions pour les politiques, les programmes ou la sensibilisation.

Prenant part à un processus plus élargi de l'ONU en vue d'une planification plus cohérente (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*), l'OMS peut diriger les améliorations en coordination et coopération entre les pays et les organismes internationaux aux fins de réduire la fragmentation et le dédoublement des demandes aux pays en matière de collecte et de communication des données (UNICEF, 2007c). Elle cherchera à : faciliter les discussions interinstitutions autour des questions techniques et méthodologiques, telles que la standardisation des indicateurs; identifier les lacunes principales dans la disponibilité des données; et élaborer des stratégies pour combler ces lacunes. Pareil rôle exige que l'OMS renforce sa capacité interne pour surveiller l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé.

Pour qu'un système mondial de surveillance de l'équité en santé soit efficace, il doit faire partie de l'ensemble du système de l'ONU et inviter les partenaires dans la société civile, le secteur privé et tous les niveaux de l'Etat (cf. Chapitre 15: *Bonne gouvernance mondiale*). Il incombe à l'OMS de défendre la collecte et la surveillance de données stratifiées sur les résultats sanitaires et les déterminants sociaux de la santé à travers le système de l'ONU. En réalité, dans le système de l'ONU, l'Assemblée générale et les DSRP nationaux pourraient se concentrer sur les inégalités en santé, et les OMD pourraient inclure un élément d'équité en santé. Le Bilan commun de pays, étant un

instrument commun dans le système de l'ONU pour surveiller et analyser le développement des pays, peut devenir un dispositif de surveillance important en insérant des indicateurs sur l'équité en santé et sur les déterminants sociaux de la santé. Les équipes de pays de l'ONU, formées d'organisations spécialisées dont l'OMS, pourront assurer tout un dispositif pour les réaliser. Dans le cadre du système mondial de surveillance de l'équité en santé, il est recommandé que le système de l'ONU crée un processus en vue d'un ensemble complet d'objectifs en matière d'équité en santé à long terme, qui soient acceptés mondialement avec des références provisoires (cf. Chapitre 17 : *Action durable au-delà de la Commission des Déterminants sociaux de la santé*).

Utilisation des données de surveillance pour l'élaboration des politiques

Dans le cadre des systèmes mondiaux et nationaux de surveillance, les données relatives aux inégalités en santé et aux déterminants doivent être rendues disponibles et accessibles au grand public et diffusées largement à des fins de sensibilisation et de soutien à l'élaboration cohérente des politiques. Ceci implique que les résultats soient rendus accessibles à une audience non spécialisée de façon systématique. Les données brutes doivent être publiquement accessibles pour des raisons de recherche. Les données nationales de surveillance de l'équité en santé doivent être soumises, entre autres, aux responsables du choix des politiques nationales et à l'OMS. Quant aux données mondiales de surveillance de l'équité en santé, elles doivent être communiquées au Conseil économique et social, à d'autres organismes internationaux et de nouveau aux autorités nationales (cf. Chapitre 15 : *Bonne gouvernance mondiale*).

La démarche devra être claire, avec une boucle de rétroaction, en partant des données sur les inégalités en santé jusqu'à l'élaboration des politiques, de sorte que les données soient utilisées dans l'établissement de politiques nationales et infranationales et dans la conception de programmes de santé publique (Encadré 16.8). Les conséquences politiques des modèles et des tendances sur le plan sanitaire (Braveman, 1998) observées pour tous les secteurs, non seulement dans le secteur des soins sanitaires, devront être évaluées en permanence. Les principaux acteurs devront être impliqués dans ce processus, y compris les responsables du choix des politiques, les professionnels dans différents secteurs, les chercheurs dans une variété de disciplines, la société civile et les organisations communautaires. Leurs savoir et expérience peuvent aider à l'interprétation des données, et leur implication est essentielle pour appliquer la politique ainsi que pour créer et soutenir la volonté politique (Braveman, 1998).

ENCADRE 16.8: MEXIQUE – UTILISATION DES DONNEES PROBANTES POUR REFORMER LE SYSTEME DE SANTE NATIONAL

Du temps de la réforme du système de santé au Mexique en l'an 2000, la moitié des familles mexicaines, dont la plupart dans un état de pauvreté, ne disposait d'aucune protection contre les conséquences financières d'un état de santé médiocre. La réforme du système de santé mexicain a fortement investi dans la création et l'application du savoir. Les comptes de santé nationaux ont montré que plus de la moitié des dépenses de santé au Mexique représentaient des dépenses directes. Comme conséquence, de nombreux ménages sont passés en-dessous du seuil de la pauvreté ou se sont engloutis plus profondément dans la pauvreté. Ces données probantes ont sensibilisé le public à une réalité qui avait été jusqu'à présent en dehors du débat politique: à savoir, les soins de santé pourraient devenir une cause directe de l'appauvrissement. Une réforme législative importante a été

lancée pour établir un système de protection en matière de santé et a été approuvée par toutes les parties politiques au sein du Congrès mexicain. Le nouveau plan public volontaire, intitulé Seguro Popular, a été mis en vigueur le 1er janvier 2004. Il s'étendra jusqu'à l'achèvement de la couverture universelle en 2010.

Le revenu national périodique et les analyses des enquêtes sur les dépenses montrent une réduction du nombre des ménages touchés par les paiements catastrophiques des soins de santé ainsi qu'une augmentation considérable dans l'utilisation des services de détection précoce de plusieurs maladies non transmissibles.

Source : MEKN, 2007a

Élargir la base de connaissance

La Commission recommande que :

16.4. Les organismes de financement des travaux de recherche consacrent un budget particulier à la production et à l'échange, au niveau mondial, de données probantes sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé, y compris la recherche sur l'intervention en équité en santé.

La portée de la recherche en santé publique

Les travaux de la Commission révèlent clairement l'importance d'élargir la portée de la recherche en santé publique et de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. Elle requiert que les organismes de financement de la recherche, y compris les conseils nationaux de la recherche en santé, médicale et sociale, investissent davantage dans la recherche sur les déterminants sociaux de la santé et dans la recherche multidisciplinaire et interdisciplinaire qui en découle, plutôt que d'investir dans la recherche prédominante actuellement, focalisée sur la recherche biomédicale sur une maladie spécifique (Global Forum for Health Research, 2006 ; Sanders et al., 2004 ; McCoy et al., 2004).

Les thèmes de tous les chapitres du présent rapport nécessitent davantage de recherche concernant les moyens de réduire les inégalités en santé (cf. Chapitre 17 : *Action durable au-delà de la Commission de Déterminants sociaux de la santé*). Trois grands domaines ont besoin d'un investissement particulier. Premièrement, la recherche sur les déterminants des inégalités en santé exige plus d'étude que celle qui porte sur les déterminants de la santé moyenne de la population. Deuxièmement, il faut effectuer plus de recherche sur les moyens de réduire les inégalités en santé, les circonstances et la meilleure façon de mettre en œuvre les interventions de sorte qu'elles contribuent à la réduction de ces inégalités (Encadré 16.9). Cette recherche doit tenir compte de la complexité de ces interventions. Une certaine expérience a été tirée de l'évaluation d'interventions complexes (telles que les programmes Head Start et Moving to Opportunity aux États-Unis et Health Action Zones au Royaume-Uni). Cependant, les fonds investis dans l'élaboration de méthodes appropriées à ces types d'évaluation ont été

négligeables, par rapport à ceux investis dans les sciences biomédicales. Le mouvement Villes-santé a constitué une large approche à l'amélioration de la santé, mais il y a eu peu d'évaluation systématique. Le troisième domaine qui requiert un investissement est le développement de méthodes pour mesurer et surveiller les inégalités en santé et pour évaluer l'impact des interventions au niveau de la population (MEKN, 2007b). L'OMS pourrait diriger un processus afin de réunir, à partir d'une diversité de formations disciplinaires, des chercheurs dotés d'une expérience dans l'utilisation des méthodes d'évaluation des interventions complexes. L'OMS pourrait également orienter l'investissement des gouvernements nationaux vers des études d'interventions multinationales qui se servent de méthodes adaptées au contexte, mais qui peuvent être comparées au-delà des frontières entre les pays.

Élargir la définition des éléments probants

Etablir une base de données probantes riche et variée sera le plus utile pour l'action sur les déterminants de la santé. Cette base devra englober les données probantes provenant de multiples disciplines et habitudes méthodologiques (Encadré 16.10), ainsi qu'un recueil systématique de connaissances et d'expériences des parties prenantes principales concernées, notamment les praticiens et les bénéficiaires visés par les interventions. Ceci revêt une importance particulière puisque les données sur les déterminants sociaux de la santé dépendent souvent du contexte. Les évaluations des interventions axées sur les déterminants sociaux de la santé exigent des données qualitatives abondantes afin de comprendre comment le contexte affecte l'intervention et où résident les raisons de son succès ou de son échec. Ce qui compte en tant que base factuelle légitime devrait être déterminé à partir de la 'conformité aux besoins' plutôt qu'à partir d'une simple hiérarchie des données probantes (qui place habituellement les essais contrôlés randomisés et les expériences de laboratoire au sommet) (MEKN, 2007a). Comme aucune approche simple à la production de données ne doit être privilégiée par rapport à d'autres, tous les types de données peuvent être évalués à l'aide des critères suivants : rendre explicites les questions de recherche spécifiques auxquelles les données probantes cherchent à répondre dans le cadre plus large des déterminants sociaux de la recherche en santé ; la

ENCADRE 16.9: MEXIQUE – ÉVALUATION DE L'ASSURANCE-MALADIE POPULAIRE (SEGURO POPULAR)

La réforme du système de santé mexicain a fortement investi dans la production et l'application des connaissances. L'expérience de l'évaluation d'impact établie dans le cadre du programme de transfert conditionnel des fonds au Mexique Opportunidades est en cours d'application dans la réforme du système sanitaire, qui a vu naître l'assurance-maladie populaire Seguro Popular. En plus de ses aspects techniques, l'évaluation rigoureuse est dotée d'une valeur politique pour assurer la continuité des innovations face à

des changements dans l'administration. Dans le cas d'Opportunidades, les données scientifiques ont persuadé le gouvernement non seulement de poursuivre le programme mais de l'élargir. Les résultats encourageants mis en évidence par l'évaluation continue de Seguro Popular peuvent servir une fois de plus à préserver la réforme dans les changements futurs du gouvernement.

Source : MEKN, 2007a

OBSERVATION, RECHERCHE ET INTERVENTION : CHAMP D'ACTION 16.2

Consentir les investissements nécessaires pour produire et communiquer de nouvelles données sur la façon dont les déterminants sociaux influencent la santé de la population et l'équité en santé et sur l'efficacité des mesures visant à réduire les inégalités en santé par une action sur les déterminants sociaux.

transparence (plus spécialement en explicitant toutes les formes de biais potentiels) ; et la pertinence pour différents groupes de population et contextes (MEKN, 2007a).

Lutter contre les partis pris sexistes dans le domaine de la recherche

La recherche médicale peut ne pas toujours traiter de façon objective des questions de parité entre les sexes (Begin, 1998). Il y a des partis pris sexistes dans un grand nombre de recherches, que ce soit au niveau des sujets d'études ou de la manière dont la recherche est menée (Williams & Borins, 1993; Eichler, Reisman & Borins, 1992). Les problèmes de santé qui touchent plus particulièrement les femmes, par exemple, tendent à être reconnus plus lentement que d'autres. Certaines plaintes de la part des femmes passent pour être psychologiques et sont exclues des recherches (Begin, 1998). L'interaction entre le sexe et d'autres facteurs sociaux est rarement prise en compte et les données ventilées par sexe sont rarement recueillies (Iyer, Sen & Östlin, 2007). Les méthodes utilisées en recherche médicale et dans les essais cliniques de nouveaux médicaments manquent parfois d'une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes et excluent les femmes des populations étudiées. Le sexisme comprend également un déséquilibre entre hommes et femmes dans les comités éthiques, le financement des travaux de recherche et les organes consultatifs, ainsi qu'un traitement différencié des femmes scientifiques (WGEKN, 2007).

Il faut élaborer des dispositifs et des politiques pour garantir que les partis pris sexistes soient évités et corrigés à la fois dans le contenu et les processus de la recherche en santé (WGEKN, 2007). Ces dispositifs et politiques se soucieront :

- d'assurer la collecte de données ventilées par sexe et selon d'autres critères dans le cadre de projets de recherche individuels ainsi qu'à travers des systèmes de données plus grands ;
- d'insérer les femmes en nombre approprié dans des essais cliniques et dans d'autres études sur la santé ;

- d'analyser les données produites par les essais cliniques et dans le cadre d'autres études sur la santé à l'aide d'outils et de méthodes sexospécifiques ;
- de renforcer le rôle des femmes dans la recherche sur la santé en luttant, entre autres, contre le déséquilibre homme femme dans les comités de recherche, le financement, la publication et les organes consultatifs.

Renforcer la production, la communication et l'accumulation de données probantes sur le plan mondial

La production et la synthèse de données probantes ainsi que les conseils fondés sur ces données en matière de déterminants sociaux de la santé nécessitent des ressources importantes. Il faudrait une collaboration internationale pour accumuler les connaissances et empêcher un dédoublement d'efforts inutiles. Les dispositifs qui visent l'échange et l'accumulation des connaissances à l'échelle mondiale doivent être améliorés, en créant par exemple un centre d'échanges pour fournir les bases factuelles sur les interventions au niveau des déterminants sociaux de la santé. L'observatoire mondial de la santé pourrait par exemple se charger de créer ce centre. En se basant sur l'expérience de la Commission, il ne devrait pas uniquement contenir des informations techniques mais profiter des praticiens, des décideurs politiques et de la société civile. Un centre d'échanges pourrait aussi aider à traduire les résultats concernant l'efficacité des interventions d'un cadre à un autre. Pour ce faire, le dialogue et l'échange d'expériences entre les gouvernements, les donateurs, les partenaires du développement et la société civile devraient être facilités. L'importance pour tous les pays d'accumuler et d'échanger des connaissances sur l'équité en santé justifie l'investissement international (EUROTHINE, 2007).

ENCADRE 16.10: LE POUVOIR DES DONNEES QUALITATIVES DANS LA COMPREHENSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Les données statistiques sont essentielles pour décrire l'étendue d'un problème de santé publique mais elles sont peu utiles pour exprimer le vécu de ce problème ou son impact sur la vie des gens. Toutefois, il est important de relater l'expérience vécue afin d'expliquer, de défendre et de donner aux politiciens et aux autres une histoire riche qui puisse toucher les cœurs et les esprits (Baum, 1995). Par exemple, les responsables du choix des politiques sont souvent dans le brouillard lorsqu'il s'agit d'expliquer pourquoi les gens fument malgré les preuves scientifiques des effets négatifs du tabac sur la santé. Graham a eu recours, en 1987, à une recherche qualitative afin de montrer que pour les femmes pauvres, le fait de fumer peut constituer un mécanisme d'adaptation

aux contraintes imposées par la vie de pauvreté et par la maternité. Les données qualitatives peuvent également aider à expliquer les résultats contre-intuitifs provenant des analyses statistiques. Par ailleurs, certaines recherches sur le capital social et la santé, par exemple, ont trouvé que la participation à la vie communautaire pouvait prévoir un état de santé plus médiocre. L'analyse statistique qui le révèle ne nous informe point sur les causes. Par contre, les données qualitatives complémentaires ont fourni des comptes sur la participation et ont laissé supposer que l'un des facteurs serait les conflits ayant lieu assez souvent lorsque les personnes font partie d'un groupe communautaire (Ziersch & Baum, 2004).

Formation et initiation aux déterminants sociaux de la santé**Former les personnels médicaux et les personnels de santé****La Commission recommande que:****16.5 Les établissements d'enseignement et les ministères concernés incluent les déterminants sociaux de la santé dans la formation des personnels médicaux et des personnels de santé de façon normalisée et obligatoire (cf. Rec. 9.3).**

Les membres des professions médicales et de santé, y compris les médecins, les infirmières, le personnel auxiliaire et les agents communautaires doivent être sensibilisés au problème de santé publique que constituent les inégalités en santé. Ils doivent également réaliser l'importance des facteurs sociaux qui influent sur le niveau de santé de la population et sur sa répartition. Malheureusement, dans la plupart des programmes d'études médicales et de santé, on laisse peu de place à la formation aux questions de déterminants sociaux de la santé.

Les ministères de la Santé et de l'Education, en collaboration avec les écoles de médecine, de sciences infirmières, de santé publique et de gestionnaires de la santé doivent inclure les déterminants sociaux de la santé dans les programmes d'études des personnels médicaux et de santé, de façon normalisée et obligatoire. Tous les membres des professions de santé doivent recevoir cette formation au minimum à un niveau de base. En outre, des groupes spécifiques pourront être formés à un niveau plus spécialisé de sorte qu'ils puissent, en tant que membres de la communauté de santé publique, porter cette question de l'avant.

Le secteur des soins de santé joue un rôle important de gestion dans l'AIS en faveur de l'équité en santé (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*). Il convient que les responsables du choix des politiques et les professionnels dans le secteur des soins de santé aient une connaissance approfondie de l'influence exercée par les déterminants sociaux sur la santé. Les personnels de santé doivent également comprendre comment le secteur des soins de santé,

dépendamment de sa structure, de son fonctionnement et de son financement, peut exacerber ou améliorer les inégalités en santé. Ils doivent être conscients de leur rôle de dispenser des soins de santé de façon équitable. Les personnels de santé et les autres professionnels, auront par exemple à suivre une formation afin de développer leurs compétences en termes de bonne communication et d'écoute, et de savoir adapter leur communication en vue de répondre aux besoins de leurs patients (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Il est nécessaire qu'ils soient conscients de l'influence qu'exerce la sexospécificité sur les résultats sanitaires et sur le comportement favorisant la santé. Ainsi il est requis d'intégrer la perspective de la sexospécificité dans le programme d'études du personnel de la santé, dans le cadre de la formation sur les questions de déterminants sociaux de la santé (Encadré 16.11).

La réorientation recommandée du secteur des soins de santé vers une prévention plus importante et une promotion de la santé (cf. Chapitres 9 et 10 : *Soins de santé universels; L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*) exige une réorientation des compétences, des connaissances et de l'expérience du personnel de la santé concerné, ainsi qu'un renforcement du statut professionnel et de l'importance de ces domaines. Il faudrait certainement accorder une plus grande place à la prévention et à la promotion de la santé dans le programme des études de médecine.

Inclure les déterminants sociaux de la santé dans la formation des membres des professions médicales et de santé de façon normalisée et obligatoire nécessite l'élaboration de manuels et de matériel d'enseignement à cette fin. Il est urgent de développer, entre autres, une base de données du matériel d'enseignement et de formation traitant d'une grande panoplie de déterminants sociaux de la santé, qui peut être téléchargée gratuitement. De même, les possibilités de formation interdisciplinaire et la recherche sur les déterminants sociaux de la santé sont nécessaires. Tout ceci pourrait avoir lieu dans les pays à revenu faible, par exemple à travers des centres de perfectionnement et/ou des modèles d'enseignement à distance (Encadré 16.12).

OBSERVATION, RECHERCHE ET INTERVENTION : CHAMP D'ACTION 16.3

Former les responsables des politiques, les parties prenantes et les professionnels de la santé aux questions de déterminants sociaux de la santé et investir dans l'action de sensibilisation.

ENCADRE 16.11: INTEGRATION DE LA SEXOSPECIFICITE DANS LE PROGRAMME DES ETUDES DE MEDECINE

Au cours des dix dernières années, des efforts ont été réalisés pour intégrer la dimension de la sexospécificité dans le programme des études médicales des établissements de formation dans un certain nombre de pays développés et en développement, y compris les Pays-Bas, la Suède, l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, les Philippines et l'Inde.

Aux Pays-Bas, par exemple, une initiative dans tout le pays pour intégrer la sexospécificité dans le programme d'étude des huit écoles de médecine a été mise en œuvre en 2002. En passant en revue cette initiative, il a été révélé que l'intégration avait largement réussi. Parmi les obstacles principaux figuraient la faible priorité qui a continué d'être accordée à la sexospécificité dans le programme des études médicales et les niveaux faibles de soutien à

l'initiative de la part des enseignants médicaux de sexe masculin.

En Inde, l'intégration d'une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes dans le Medical Education Project (projet d'enseignement médical) constitue une initiative importante qui non seulement cible les écoles de médecine, mais a aussi une vision plus élargie de l'intégration des questions d'équité entre les sexes, à travers une collaboration avec des professionnels de la santé et des organisations non gouvernementales. Le projet est censé sensibiliser les étudiants en médecine aux questions d'égalité entre les sexes, en incorporant cette perspective dans les manuels, ainsi que par la formation d'un groupe central de professeurs aux questions de sexospécificité.

Source : Govender & Penn-Kekana, 2007

La Commission recommande que:

16.6 Les établissements d'enseignement et les ministères concernés agissent afin que le personnel non médical et le grand public aient une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 10.2).

Former les autres professionnels et responsables du choix des politiques

La formation et l'enseignement portant sur les déterminants sociaux de la santé doit s'étendre pour inclure d'autres professionnels, responsables du choix des politiques et parties prenantes. Les professionnels tels que les urbanistes, les planificateurs de transport, enseignants et architectes occupent une position privilégiée pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. En améliorant la compréhension de ce qui affecte la santé de la population et le gradient social de la santé, on prépare le terrain à la compréhension et à l'application des éléments probants, constituant ainsi une base pour l'AIS. La formation des professionnels non médicaux requiert que les écoles de service social et les facultés d'éducation collaborent ensemble afin d'introduire la formation aux déterminants sociaux de la santé comme partie standard du programme d'études. Il est urgent d'établir une formation et un matériel d'enseignement qui montrent en substance que la santé des populations s'améliore non pas en agissant sur les individus à haut risque mais principalement par l'action qui aborde les caractéristiques de toutes les sociétés (Rose, 1985) et que le gradient de la santé est impliqué pour améliorer la santé des populations (Graham & Kelly, 2004).

Sensibiliser aux déterminants sociaux de la santé

Il faut que le grand public ait une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé dans un nouveau cadre de connaissances de base en santé. Ces connaissances comprennent « la capacité d'accès, de compréhension, d'évaluation et de communication d'informations, comme un moyen de promouvoir, de maintenir et d'améliorer la santé dans une diversité de situations,

tout au long de l'existence des personnes » (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). « Il s'agit d'une stratégie d'émancipation fondamentale pour accroître le contrôle des personnes sur leur propre santé, leur aptitude à chercher des informations et à assumer des responsabilités » (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Les connaissances de base en santé sont très réduites, même dans les pays à revenu élevé et contribuent selon toute vraisemblance aux inégalités en santé entre les groupes sociaux (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) (Encadré 16.3).

Le champ des connaissances en santé devrait être étendu pour inclure la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et de communiquer des informations sur les déterminants sociaux de la santé. L'amélioration de ces connaissances de base constitue un élément important des stratégies visant à réduire les inégalités en santé. Il convient par conséquent que les informations soient fiables, accessibles et adaptées aux besoins et circonstances de différents groupes sociaux (Kickbusch, Wait & Maag, 2006).

Les connaissances de base en santé ne concernent pas uniquement l'aptitude de l'individu à lire, comprendre et agir sur les informations sanitaires, mais aussi l'aptitude des acteurs des secteurs public et privé à communiquer les renseignements liés à la santé de manière pertinente et facile à comprendre. Ceci nécessite une plus grande prise de conscience et une meilleure connaissance des questions de santé chez les personnels de santé. Aussi, les politiques devraient-elles être élaborées en langage clair et en utilisant les moyens visuels dans les communications concernant la santé (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

Les initiatives permettant de fournir les connaissances de base en santé devraient théoriquement être établies en fonction de stratégies nationales coordonnées (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). Un investissement à long terme est ainsi nécessaire (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) (Encadré 16.3). Les pays peuvent créer un 'Conseil sur les connaissances de base en santé' formé par plusieurs parties prenantes, à bout de bras du gouvernement, et ceci dans le but de surveiller et d'évaluer le progrès, de favoriser les partenariats entre les organisations et d'assurer une orientation stratégique vers les connaissances de base en santé (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

ENCADRE 16.12: RENFORCEMENT DES CAPACITES CONCERNANT LE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT – UNIVERSITE VIRTUELLE POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE (ECDVU)

L'ECDVU aborde le renforcement de la direction et des capacités en ce qui concerne le DJE de manière novatrice. Il s'agit d'une institution Nord-Sud œuvrant actuellement de près avec des établissements universitaires au Ghana, Malawi, en République-Unie de Tanzanie et avec des groupes universitaires, gouvernementaux et non gouvernementaux dans d'autres parties d'Afrique subsaharienne, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Les fonds assurés par

les partenaires internationaux et locaux ont permis de dispenser des cours de direction sur internet et des cours individuels, conçus pour porter de l'avant les initiatives intersectorielles de DJE repérées au niveau national. Une évaluation externe à la conclusion du test a noté que l'ECDVU a « particulièrement réussi à atteindre voire dépasser tous ses objectifs».

Source : ECDKN 2007b

ENCADRE 16.13: FAIBLES CONNAISSANCES DE BASE EN SANTE – UN PROBLEME DANS LES PAYS RICHES AUSSI

Un adulte sur cinq au Royaume-Uni éprouve des difficultés au niveau des compétences de base nécessaires pour la compréhension d'informations toutes simples qui pourraient assurer une meilleure santé. Les groupes les plus défavorisés ont moins de

possibilités de chercher les informations ou de l'aide pour résoudre les problèmes de santé.

Modifié avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Kickbusch, Wait & Maag (2006).

Renforcer les capacités d'évaluation d'impact sur l'équité en santé

La Commission recommande que :

16.7. Les pouvoirs publics renforcent les capacités des responsables du choix des politiques et des planificateurs concernant l'évaluation d'impact sur l'équité en santé (cf. Rec. 10.3; 12.1).

La sensibilisation des responsables du choix des politiques à l'importance des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé est importante mais pas suffisante en elle-même. Les conséquences sur la santé et l'équité en santé doivent être systématiquement prises en compte dans l'élaboration et l'application des politiques. L'évaluation d'impact sur l'équité en santé constitue l'un des outils recommandés par la Commission (cf. Chapitres 10 et 12 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques; Rôle du marché*). Cet outil aide les décideurs à évaluer systématiquement les effets potentiels des politiques, des programmes, des projets ou des propositions en matière d'équité en santé dans une population donnée, avec pour but d'accroître au maximum les bienfaits positifs sur l'équité en santé et réduire, dans la mesure du possible, les effets négatifs potentiels sur l'équité en santé (MEKN, 2007b).

L'évaluation d'impact sur l'équité en santé est importante pour différentes raisons. Premièrement, le degré auquel le secteur de la santé peut atteindre ses objectifs est influencé par d'autres secteurs. Pour cela il est crucial que l'impact sur la santé et l'équité en santé des politiques et des programmes au niveau de tous les secteurs, non seulement le secteur de la santé, soit évalué. Deuxièmement, même avec les meilleures intentions, les politiques et les programmes peuvent avoir des effets non intentionnés qui peuvent être prévenus après une évaluation systématique de l'impact sur l'équité en santé. Au bout du compte, les solutions pour améliorer la santé et réduire les inégalités en santé ne peuvent pas être universellement appliquées dans tous les contextes. Les politiques et programmes proposés doivent donc être passés en revue dans le contexte (MEKN, 2007a).

Il faut que l'évaluation d'impact sur l'équité en santé des

politiques et des programmes ait lieu automatiquement – c-à-d qu'il faut qu'elle constitue une procédure systématique dans l'élaboration des politiques. L'apprentissage que l'on peut acquérir du secteur de l'environnement et de l'examen des politiques environnementales fournissent une base solide: l'évaluation d'impact sur l'équité en santé peut assurer un outil concret qui permet à tous les responsables d'œuvrer ensemble afin d'élaborer des politiques et des programmes plus équitables.

Il existe trois éléments importants pour le renforcement des capacités d'évaluation d'impact sur l'équité en santé.

- *L'investissement dans la formation*, les outils et les ressources. L'examen méthodique des répercussions sur la santé et l'équité en santé dans l'élaboration des politiques nécessite le renforcement des capacités des responsables politiques et des planificateurs dans tous les secteurs, pas uniquement le secteur de la santé, aux niveaux local, national et international. Actuellement, peu de personnes sont à même d'évaluer les effets sur l'équité en santé et permettre un tel examen méthodique. La formation de professionnels dans l'évaluation d'impact sur l'équité en santé est donc urgente (Wismar et al., 2007). Les possibilités de formation doivent être répandues, les outils et les ressources sont à développer (Harris, 2007) (cf. Encadré 16.15). Il convient que les questions d'équité soient systématiquement incluses dans la formation portant sur l'évaluation d'impact sur l'équité en santé. Cette dernière peut également faire partie des cours de santé publique (Wismar et al., 2007).
- *La création de centres de soutien nationaux et régionaux*. Des centres nationaux ou régionaux peuvent être créés ou renforcés afin de soutenir l'évaluation d'impact sur l'équité en santé à l'aide d'une direction et de conseils techniques (Wismar et al., 2007). De plus, l'engagement organisationnel à l'évaluation d'impact sur l'équité en santé peut être favorisé grâce à des stratégies d'enseignement et de communication d'ordre général qui sensibilisent les utilisateurs et les parties prenantes principales à la portée et au but d'une telle évaluation (Wismar et al., 2007). L'OMS peut jouer un rôle dans la création et le renforcement de ces centres de soutien.
- *Assurer un budget pour l'évaluation d'impact sur l'équité en santé dans les départements*. L'examen méthodique des répercussions

ENCADRE 16.14 EVALUATION D'IMPACT SUR L'EQUITE EN SANTE

L'Australian Better Health initiative (Initiative australienne pour une meilleure santé) fait partie de l'ensemble des réformes du Conseil des gouvernements d'Australie, visant à améliorer la santé de tous les Australiens. Etant inscrite dans l'Implementation Plan for New South Wales (plan d'exécution de la Nouvelle-Galles du Sud), une Rapid Equity Focussed Impact Assessment (évaluation rapide d'impact sur l'équité) a été effectuée. Huit initiatives ont

été évaluées quant à leurs effets potentiels sur l'équité, l'examen ayant porté sur les inégalités selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence, l'origine ethnique et le statut socio-économique. Des recommandations concrètes ont été établies pour mieux viser l'équité et améliorer les conséquences positives possibles de l'initiative sur l'équité en santé.

Source : Harris, Harris & Kemp, 2006

ENCADRE 16.15 RENFORCEMENT DES CAPACITES POUR L'EVALUATION D'IMPACT SUR L'EQUITE EN SANTE

Un exemple de renforcement des capacités d'évaluation d'impact sur l'équité en santé nous est donné par l'approche 'apprendre sur le tas' qui faisait partie du New South Wales Health Impact Assessment Project (projet d'évaluation d'impact sanitaire en Nouvelle-Galles du Sud). L'apprentissage sur le tas comprend une formation régulière, un accès aux

ressources et au support technique, et une recherche continue de consensus par rapport à la portée de l'évaluation d'impact sanitaire. La notion d'équité doit être intégrée dans toutes les formations relatives à l'évaluation d'impact sur la santé.

Source : Harris, 2007

sur l'équité en santé exige qu'une telle évaluation soit dotée de ressources adéquates, étant prise en compte dans les plans de travail de chaque département (Wismar et al., 2007), avec des fonds à part pour les centres de soutien. Il y a des indications qui montrent que les bienfaits de l'évaluation d'impact sur l'équité en santé dépassent de loin les coûts (Wismar et al., 2007).

Renforcer les capacités de l'OMS

La Commission recommande que :

16.8. L'OMS renforce les moyens dont elle dispose pour soutenir l'action sur les déterminants sociaux de la santé, aux niveaux mondial, national et local (cf. Rec. 5.1 ; 9.1 ; 10.5 ; 15.3).

L'OMS joue un rôle de tutelle dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Afin qu'elle puisse réaliser ce rôle efficacement, elle a besoin de renforcer ses moyens institutionnels, aux niveaux mondial, régional et des pays, pour ce qui est des déterminants sociaux de la santé. Les Etats Membres peuvent renforcer l'OMS et d'autres organismes de l'ONU à l'aide de mandats relatifs aux déterminants sociaux de la santé, par un financement de base (budget ordinaire). Au sein de l'OMS, il est important que cette priorité soit prise en compte par l'affectation d'un financement de base considérable et proportionné. Cet engagement devrait englober une augmentation de la proportion du personnel spécialisé en sciences sociales et dans d'autres disciplines (PHM, Medact & GEGA, 2005). Le rôle de tutelle de l'OMS dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé implique une action spécifique touchant aux fonctions principales de l'OMS:

- Jouer un rôle directeur auprès des Etats Membres ainsi que des acteurs mondiaux et locaux concernant les actions visant à promouvoir des politiques publiques efficaces qui prennent en compte les déterminants sociaux de la santé.
- Articuler des initiatives fondées sur des éléments probants afin d'intégrer une démarche soucieuse des déterminants sociaux de la santé dans les gouvernements et les programmes de l'OMS.
- Inciter l'élaboration, la synthèse, la diffusion et la traduction de nouvelles connaissances en vue de soutenir la mise en œuvre intersectorielle des actions sur les déterminants sociaux de la santé au niveau national.
- Etablir des normes et des lignes directrices pour l'application politique de l'approche des déterminants sociaux de la santé et ce dans le but de réaliser l'équité en santé.
- Fournir un support technique et renforcer les moyens institutionnels durables des institutions gouvernementales et non gouvernementales dans un souci d'application du programme des déterminants sociaux de la santé (cf. Chapitre 10 : *L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques*).
- Observer les inégalités en santé aux niveaux mondial, régional et des pays et évaluer leurs tendances par rapport aux déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 16.3).

Certains mécanismes pourraient faciliter la réalisation et le renforcement des capacités de l'OMS par l'établissement de:

- groupes constitués des Etats Membres de l'OMS pour conseiller une cohérence politique de l'OMS concernant les déterminants sociaux de la santé, en lien étroit avec des stratégies plus élargies, telles que les soins de santé primaires, les droits de l'homme, les OMD et la stratégie liée à la santé et à la réduction de la pauvreté;
- groupes d'experts externes pour conseiller l'OMS autour des politiques fondées sur des données probantes;

- groupes techniques internes transversaux pour diriger l'intégration institutionnelle efficace des déterminants sociaux de la santé, tels que le PPHCKN (cf. Chapitre 15: *Bonne gouvernance mondiale*) (PPHCKN, 2007c).

La promotion du développement à travers une approche des déterminants sociaux de la santé, qui aborde plus particulièrement l'équité en santé, implique une action spécifique en accord avec le programme de l'OMS. L'OMS devrait :

- œuvrer avec les Etats Membres pour renforcer les systèmes de santé, de sorte qu'ils fournissent des soins de santé primaires et tertiaires de manière équitable et accessible pour les communautés, et aider les personnes et les organisations à agir sur les conditions qui touchent à la santé;
- exploiter les recherches, informations et données probantes sur les déterminants sociaux de la santé afin de guider les décisions portant sur les politiques et les programmes, aux niveaux national et local;
- renforcer les partenariats entre les organismes de l'ONU et d'autres organisations, donateurs, la société civile, le secteur privé et les membres des communautés, afin d'entreprendre une action fondée sur les données probantes et aborder les nécessités liées aux déterminants sociaux de la santé formulées par les pays et les communautés;
- améliorer le rendement de ses propres travaux en faveur de la promotion de l'approche portant sur les déterminants sociaux de la santé et de la performance de ses travaux techniques avec les pays, par un contrôle global des programmes et par une mesure du rendement.





PARTIE 6: Edifier un mouvement mondial

CHAPITRE 17

Mesures durables au-delà de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé

L'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé représente un programme ambitieux qui nécessite des défenseurs mondiaux, une direction engagée et une action énergique à tous les niveaux. Les fondements ont été posés. La Commission a été conçue dans l'intention de former un large partenariat entre ceux qui font les recherches, ceux qui appliquent la politique et ceux qui défendent et agissent. L'effet de l'engagement politique et de l'action politique en aval associé à l'action en amont des communautés et des groupes de la société civile a été appelé 'l'effet casse-noisette' (Fig. 17.1) (Baum, 2007).

Fondements pour une action durable

Dirigeants mondiaux

Il est essentiel que l'environnement politique international et mondial soutienne l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. A cette fin, les membres de la Commission – y compris les anciens chefs de gouvernement, les ministres de gouvernement, les responsables politiques nationaux et les conseillers internationaux; les dirigeants des organisations internationales; les principaux milieux universitaires; et les représentants de la société civile – constituent une ressource vitale. Ensemble, ils forment un groupe petit mais puissant de champions locaux qui défendent l'adoption d'une approche de la santé et de l'équité en santé fondée sur les déterminants sociaux de la santé. Le renforcement du rôle de direction au sein du système de l'ONU – au niveau de la gouvernance mondiale, de

l'élaboration des politiques et du financement du développement – et à travers des mouvements sociaux mondiaux concourra à donner la priorité à l'équité en santé dans l'agenda mondial pour le 21ème siècle.

OMS

La Commission a collaboré étroitement avec l'OMS aux niveaux national, régional et mondial. Bien que les opinions émises par la Commission soient indépendantes du processus de prise de décisions et des organes directeurs de l'OMS, il est évidemment crucial que l'OMS, en tant qu'organisme de l'ONU chargé des questions sanitaires au niveau mondial, porte les recommandations de l'avant.

Des signes positifs commencent à surgir. L'OMS a déjà pris des mesures pour institutionnaliser l'approche portant sur les déterminants sociaux de la santé dans tous ses secteurs opérationnels. Ceci a été exposé dans le cadre du plan stratégique à moyen terme, 2008-2013 (PSMT) (WHO, 2007a) – qui englobe l'objectif stratégique, « Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme – et des résultats escomptés à l'échelle de l'organisation qui sont utilisés pour mesurer l'accomplissement de l'objectif (Encadré 17.1). Selon le PSMT, l'objectif repose sur un budget approuvé situé autour de 66 millions \$US pour l'exercice biennal 2008-2009.

Figure 17.1 Casser la noisette de l'équité en santé.



Caricature signée Simon Kneebone. Réimprimée avec l'autorisation de l'éditeur, tirée de Baum (2007).

Afin de mettre en œuvre ces résultats escomptés à un niveau technique, l'OMS a suivi trois stratégies : l'intégration des approches soucieuses de l'équité en santé dans les programmes, le renforcement des fonctions transversales liées à l'équité en santé et la consolidation des moyens de surveillance existants. Dans le cadre de l'intégration du souci d'équité en santé, l'OMS a passé en revue la possibilité d'augmenter l'efficacité et l'équité au niveau des programmes en 2006 au titre d'un réseau interprogrammatique, le PPHCKN, qui considère les moyens d'incorporer les approches axées sur les déterminants sociaux de la santé et d'aborder les questions d'équité plus directement dans des programmes de santé nationaux et mondiaux. L'OMS a désigné des points focaux pour coordonner l'action sur les déterminants sociaux de la santé et soutenu l'analyse et la diffusion des données existantes, aux niveaux national et régional, selon une perspective d'équité.

La Commission appuie les objectifs de ces divers processus et appelle tous les pays à procéder à l'élaboration de plans d'action sur les déterminants sociaux de la santé en vue d'améliorer l'équité en matière de santé.

Pays partenaires

L'action au niveau des pays représente l'un des véhicules principaux permettant d'utiliser la base factuelle mondiale de la Commission, d'appliquer les recommandations de la Commission et d'assurer la sensibilisation auprès des dirigeants politiques, des ministres de la Santé et des parties prenantes principales et leur compréhension des déterminants sociaux de la santé.

La Commission a collaboré avec un certain nombre de pays partenaires et a soutenu l'élaboration de politiques nationales qui visent à réduire les inégalités en santé à l'aide d'une variété de mécanismes. Chacun des pays suivants: Brésil, Canada, Chili, République islamique d'Iran, Kenya, Mozambique, Sri Lanka, Suède et Royaume-Uni est devenu un 'pays partenaire' de la Commission à travers une démarche formelle consistant en une lettre écrite dans laquelle il s'engage à marquer des progrès dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, en vue d'améliorer l'équité en matière de santé. Tandis que les travaux de la Commission gagnaient du terrain, d'autres pays d'appui ont donné leur contribution à l'accumulation de travaux techniques sur la lutte contre les déterminants sociaux en faveur de l'équité en santé (par ex. la Norvège a fourni des études de cas concernant l'AIS) et à l'échange d'expériences et de conseils en termes d'amélioration de la cohérence des politiques dans ce domaine (par ex. en Thaïlande).

Les pays partenaires officiels de la Commission continuent à créer un dynamisme pour le changement, assorti de documents à l'appui (pour en savoir plus sur le champ de travail des pays, cf. CW, 2007). Certains pays ont mis l'accent sur la production d'intérêt politique dans les déterminants sociaux de la santé. D'autres, comme le Brésil, le Canada et le Chili, ont établi de nouveaux mécanismes et structures institutionnelles afin de promouvoir l'élaboration de politiques intersectorielles. Le Brésil, à titre d'exemple, a lancé une Commission nationale des déterminants sociaux de la santé en mars 2006. L'Agence de la santé publique du Canada a établi le Groupe de référence canadien, un groupe consultatif d'influence qui effectue des progrès politiques réels pour faire avancer le programme des déterminants sociaux de la santé au Canada et au niveau international. En Angleterre, le Scientific Reference Group prodigue des conseils en politique et a établi des indicateurs pour mesurer les inégalités en santé.

Les pays ont également utilisé une autre approche qui consiste à explorer les démarches en vue d'un échange de leçons entre les pays et d'initiatives de recherche conjointes (par ex. le Canada, le Chili, la Suède et le Royaume-Uni: Angleterre et Ecosse). Un groupe de référence nordique, rassemblant des représentants de cinq pays, a alimenté la base factuelle de la Commission sur les politiques nationales de cette région. Un groupe similaire a été établi en Asie orientale. Ces modèles de collaboration entre les pays de milieux sociopolitiques similaires peuvent être utiles partout ailleurs.

Les efforts communs de tous les pays partenaires de la Commission ont donné de l'ampleur à l'appel pour lutter contre les déterminants sociaux des inégalités en santé dans différentes instances de développement humain et de santé publique aux niveaux régional et mondial. D'autres pays suivront; l'Argentine, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Pologne et la Thaïlande ont tous exprimé leur enthousiasme. En Australie, une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé a été établie en tant qu'élément central dans le plan du gouvernement annoncé en 2007, visant à combler les disparités dans l'espérance de vie à la naissance entre les peuples autochtones et l'ensemble de la population en l'espace d'une génération (COAG, 2007). Le but pour l'avenir est qu'il y ait davantage de pays qui s'engagent politiquement dans l'approche mentionnée dans le présent rapport et que ce processus politique se traduise en politiques et programmes permettant d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités en santé de façon mesurable.

ENCADRE 17.1: OBJECTIF STRATEGIQUE (OS) NUMERO 7 DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ET RESULTATS CORRESPONDANTS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION

OS7 : « Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme. »

Résultat escompté 7.1 : Importance des déterminants sociaux et économiques de la santé reconnue dans toute l'Organisation et intégrée dans l'action normative de l'OMS et sa collaboration technique avec les Etats Membres et d'autres partenaires.

Résultat escompté 7.2: Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international, afin de traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction

de la pauvreté et le développement durable.

Résultat escompté 7.3: Collecte, synthèse et analyse de données économiques et sociales intéressant la santé ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, revenu et état de santé (maladie ou incapacité, par exemple).

Résultat escompté 7.4: Approches de la santé conformes aux principes d'éthique et de droits de l'homme promues au sein de l'OMS et aux niveaux national et mondial.

Résultat escompté 7.5: Analyse des spécificités de chaque sexe, démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes intégrée dans l'action normative de l'OMS et soutien aux Etats Membres pour élaborer des politiques et des programmes sexospécifiques.

Villes

En plus des villes représentées au niveau du KNUS, les villes de New York, Glasgow, Londres et la Nouvelle-Orléans ont toutes établi des liens avec la Commission et collaborent pour faire avancer l'agenda en se communiquant des données factuelles. Le mouvement Villes-santé (coordonné par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS) et le programme d'urbanisation saine du Centre OMS de Kobe sont tous deux de solides alliés.

Société civile

Les groupes de la société civile sont des protagonistes puissants dans le programme mondial pour l'équité en santé. Dès le début, la Commission a cherché activement à faire intervenir des représentants des groupes de la société civile en Afrique, en Asie, dans les Amériques et en Europe. Des membres de ces groupes se sont engagés dans les processus d'assemblage des connaissances de la Commission. Ils ont contribué à la réflexion de la Commission et seront des partenaires actifs du changement à l'avenir (pour en savoir plus sur le champ de travail des sociétés civiles, cf. CW, 2007)

Acquisition et mise en commun des connaissances

La Commission a constitué une base mondiale de données probantes afin de comprendre les déterminants sociaux de la santé et de concevoir des mesures efficaces pour promouvoir l'équité en santé. Pour soutenir cette démarche, la Commission a créé neuf Réseaux de connaissances composés d'universitaires et de praticiens venant d'universités, d'établissements de recherche, de ministères, d'organisations internationales et de la société civile du monde entier. Ces réseaux, dans une diversité de formes, continueront à produire des connaissances mondiales pour l'action. La Commission a conclu davantage de partenariats qui réunissent les données à travers deux réseaux régionaux continus (les réseaux nordique et asiatique) et avec des chercheurs dans d'autres domaines thématiques principaux tels que le vieillissement, les peuples autochtones, l'alimentation et la nutrition, la violence et les conflits et l'environnement. Les rapports établis par les réseaux de connaissances ainsi que l'ensemble des autres documents de référence et des rapports, y compris ceux des pays et de la société civile, sont disponibles sur le site Web de la Commission : www.who.int/social_determinants/fr/index.html.

Un programme inachevé

La liste des déterminants des inégalités sanitaires dressée par la Commission n'était pas exhaustive. D'autres domaines d'une importance capitale au niveau mondial, tel le changement climatique, n'ont pas été traités en détail. La Commission reconnaît l'importance de ce programme et la quantité de travaux en cours pour y remédier et s'aligne dans le sens des buts de développement équitable et durable.

Changement climatique

Le climat représente un domaine prioritaire à prendre en considération lorsqu'il s'agit des inégalités en santé. Le changement climatique, l'urbanisation, le développement rural, l'agriculture et la sécurité alimentaire sont des déterminants enchevêtrés de la santé des populations et de l'équité en santé. Il est crucial de tenir compte de l'équité en santé dans les réponses des politiques économiques et sociales au changement climatique et aux autres aspects de dégradation environnementale. Pourtant, il est nécessaire d'effectuer davantage d'analyses du rapport entre les déterminants sociaux, le changement environnemental et les inégalités en matière de santé, afin d'assurer les données pour l'élaboration des politiques et leur application. Le rapport de Stern a démontré de manière convaincante que si on n'agit pas, les coûts généraux du changement climatique seront équivalents à la perte annuelle d'au moins 5 % du PIB mondial (Stern, 2006). Pour cela, l'investissement qui aura lieu dans les 10 à 20 années à venir aura un effet profond et de longue durée non

seulement sur le climat, mais également sur la santé de nos enfants et de nos petits-enfants. Il est probable que les effets seront plus forts chez ceux qui sont socio-économiquement défavorisés.

Programme de recherche

La Commission a réuni une base de données factuelles mondiale sans précédent sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'action en faveur de l'équité en santé. Cependant, il est nécessaire d'étendre la portée des données à tous les domaines thématiques et aux contextes des pays. De plus, les facteurs sociaux et économiques des inégalités en santé sont dynamiques et changent avec le temps. Une révision régulière des lacunes de recherche principales peut aider à distinguer les nécessités de recherche les plus urgentes. Certaines nécessités générales de recherche ont été mises en lumière suite aux travaux de la Commission :

1. Les déterminants des inégalités en santé en plus des déterminants de la santé moyenne de la population :
 - comprendre les raisons qui sous-tendent la relation entre la stratification sociale et les résultats sur le plan sanitaire;
 - comprendre l'interaction entre les différences sociales (par ex. le sexe, l'origine ethnique et le revenu) et les inégalités en santé;
 - quantifier l'impact des systèmes politiques, économiques et sociaux supranationaux sur la santé et les inégalités en santé au sein des pays et entre eux.
2. Les interventions, allant du niveau mondial jusqu'au niveau local, portant sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé :
 - évaluer les répercussions de l'action au niveau sociétal (politiques et programmes) sur les inégalités en santé;
 - effectuer des recherches sur les coûts et les avantages sociaux, économiques et sanitaires issus de la réduction des inégalités en santé.
3. Analyse des politiques :
 - analyser les processus politiques orientés vers des interventions liées à l'équité en santé;
 - analyser ce qui, au niveau du contexte, bloque ou facilite l'AIS et comprendre la cohérence dans la gouvernance nationale et locale et dans l'élaboration des politiques;
 - identifier la bonne pratique actuelle et les outils qui se développent en vue de l'AIS.
4. Observation et mesure :
 - développer de nouvelles méthodologies pour mesurer et surveiller les inégalités en santé et pour évaluer l'impact des interventions au niveau de la population

Objectifs et cibles en vue de l'équité en santé

La Commission a émis ses recommandations et a défini les enjeux mondiaux. La progression vers l'équité en santé requiert des buts et des objectifs mesurables au fur et à mesure. Les objectifs et les cibles peuvent réorienter la politique, améliorer la répartition de ressources et les résultats de développement. La communication régulière de rapports du secteur public et l'élaboration de systèmes de données, à l'échelle mondiale et nationale, permettent au monde entier de se rendre compte des cibles qui ont été atteintes et des efforts supplémentaires à fournir.

Ceci a eu lieu avec les OMD. Ces derniers ont mis l'accent sur l'importance des bonnes statistiques dans l'établissement et l'observation des cibles principales dans la politique de développement. Pour réaliser les OMD et les cibles liés à la santé au niveau national, il faut réduire les inégalités sanitaires absolues entre les pays. Actuellement, ces objectifs n'incarnent pas une perspective d'équité en santé au sein des pays. En effet, les OMD

portant sur les résultats sanitaires sont formulés en termes de moyennes de populations, au lieu d'inclure la distribution des résultats sanitaires au sein des pays et entre eux.

Bien au-delà de la visée actuelle des OMD et de leur calendrier prévu pour 2015, la Commission s'intéresse certainement aux inégalités en santé entre les pays, mais également au gradient social de la santé au sein des pays à revenu élevé, moyen et faible et à leur incidence sur la mortalité des adultes due aux maladies transmissibles et non transmissibles et à la violence/aux traumatismes.

L'objectif auquel la Commission voudrait voir aspirer le monde – ses dirigeants, les organisations internationales, les gouvernements nationaux et les groupes de société civile – se résume par :

Comblent les inégalités en santé en l'espace d'une génération

La progression vers cet objectif auquel on aspire requiert au fil du temps une réduction du fossé entre les plus démunis et les plus aisés. Elle implique également un aplatissage progressif du gradient social par l'amélioration du niveau de santé de tous les groupes sociaux pour atteindre un niveau qui se rapproche de celui des plus avantagés.

Il incombe aux organismes internationaux et aux gouvernements nationaux d'établir des objectifs et des cibles détaillés pour l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé à travers des processus de consultation et d'instituer des plans d'action qui montrent clairement comment atteindre les cibles et quelles sont les ressources requises. Comme point de départ, la Commission propose trois cibles (voir ci-dessous). Ils posent un enjeu et illustrent l'ampleur du problème. Pourtant, si ces cibles sont traduites en action comme le recommande la Commission, un grand pas sera franchi vers l'objectif de combler le fossé des inégalités en santé en l'espace d'une génération. La Commission appelle l'OMS à développer ces cibles de l'équité en santé en collaboration avec d'autres et à prendre les devants pour les réaliser.

Cible 1: *Réduire en 10 ans, entre 2000 et 2040, les inégalités entre le tiers des pays ayant les taux les plus élevés en termes d'espérance de vie à la naissance et le tiers ayant les taux les plus bas, et ceci en nivelant par le haut les pays qui ont des taux faibles d'espérance de vie à la naissance.*

Réduire de moitié, entre 2000 et 2040 les inégalités en termes d'espérance de vie à la naissance entre les groupes sociaux au sein des pays, en nivelant par le haut l'espérance de vie à la naissance des groupes socio-économiques défavorisés.

Cible 2: *Réduire de moitié, entre 2000 et 2040, les taux de mortalité des adultes dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux au sein des pays.*

En réalité, atteindre cette cible signifie réduire de moitié les disparités en matière de mortalité des adultes entre les pays et en leur sein.

Cible 3: *Réduire de 90 % entre 2000 et 2040 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans tous les pays et les groupes sociaux au sein des pays, et réduire de 95 %, entre 2000 et 2040, le taux de mortalité maternelle dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux au sein des pays.*

En réalité, réaliser cette cible signifie réduire l'inégalité de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre les pays et en leur sein de 90 % et l'inégalité au niveau de la mortalité maternelle de 95 %.

Comme soutenu dans le Chapitre 1, alors que nous n'anticipons pas l'abolition absolue des disparités sanitaires en une génération, nous entrevoyons la possibilité de réduire énormément les inégalités au sein des pays et entre eux. Afin de définir les cibles mentionnées ici, il a fallu réexaminer les tendances des groupes de pays performants de par le passé. Dans le cas de la Cible 1 (espérance de vie à la naissance), la tendance entre 1950 et 1980 a été examinée; période durant laquelle il y a eu une réduction de l'écart dans l'espérance de vie à la naissance au niveau mondial. Dans certains cas, notamment en ce qui concerne les inégalités en espérance de vie au sein des pays, il y a eu peu de données disponibles pour servir de base à la définition de la cible. La Cible 3 projette les OMD 4A et 5A¹¹ plus ou moins pour 2040. Les Cibles 2 et 3 sont fondées sur le principe que les diminutions de la mortalité doivent être au moins proportionnelles entre les pays et entre les groupes sociaux au sein des pays. Plus spécifiquement, les pays et les groupes sociaux ayant les niveaux de mortalité les plus élevés doivent réaliser au moins la même diminution proportionnelle de mortalité que celle des pays et des groupes sociaux ayant des niveaux de mortalité plus bas. En réalisant ces cibles, avec le principe cité ci-dessus, les inégalités absolues en termes de mortalité entre les pays et entre les groupes sociaux au sein des pays diminueront. Les inégalités relatives resteront les mêmes ou fléchiront au cas où l'on assiste à une augmentation plus que proportionnelle de la mortalité. Plus ambitieusement encore, la Commission voudrait voir accélérer l'amélioration au sein des groupes sociaux et des pays ayant des résultats sanitaires médiocres.

Atteindre les cibles posera sans doute un défi. En premier lieu, il est bien connu que le monde fait face à de sérieuses difficultés concernant la réalisation des OMD 4 et 5, en particulier en Afrique subsaharienne, mais aussi dans des pays appartenant à d'autres régions. L'Inde, par exemple, n'est pas sur la bonne voie pour atteindre l'OMD 4 (Countdown Group, 2008). Dans le même ordre d'idées, ces pays et régions feront face à de grands problèmes pour ce qui est d'atteindre les réductions importantes en termes de mortalité mentionnées ci-dessus. Cependant, la responsabilité incombe au monde entier pour atteindre ces objectifs, notamment à cause du niveau mondial des déterminants des inégalités en santé entre les pays et en leur sein. Les fortes baisses de mortalité infantile entre 1950 et 1980 laissent supposer qu'il est possible d'atteindre l'OMD 4 et la Cible 3 relatifs à la mortalité des enfants de moins de 5 ans. En effet, certains pays sont performants au niveau des OMD 4 et 5. L'Indonésie et le Pérou, avec leur réduction annuelle moyenne de mortalité des moins de 5 ans, respectivement de 6,2 % et de 7,1 %, par exemple, s'acheminent vers la réalisation de l'OMD 4 (Countdown Group, 2008) ainsi que de la Cible 3 se rapportant à la mortalité des enfants de moins de 5 ans. La réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en Inde (moins de 3% par an) n'est cependant pas suffisante pour atteindre l'OMD 4 (Countdown Group, 2008).

La réalisation de ces Cibles requerra un engagement dans l'investissement durable au niveau des déterminants sociaux de la santé et sera possible uniquement dans le cas où de très grands efforts ciblés sont déployés, en accordant une attention toute particulière aux pays et aux régions dont on ne s'attend pas actuellement à ce qu'ils rejoignent les OMD.

Si l'atteinte des Cibles est très ambitieuse, elle est néanmoins possible en adoptant des mesures proactives suffisantes. En Inde, la mortalité maternelle était en 2005 de 450 pour 100 000 accouchements; en Chine, le taux est le dixième de celui de l'Inde, à savoir, 45 pour 100 000 accouchements (Countdown Group, 2008). La Cible 3 signifie que la mortalité maternelle en Inde en 2040 – plus de trois décennies à

11 OMD 4A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, la mortalité des enfants de moins de 5 ans. OMD 5A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

compter à d'aujourd'hui – devrait être de 22,5 pour 100 000 accouchements, en termes absolus pas très inférieure au taux de mortalité maternelle en Chine actuellement.

Ces Cibles sont proposées à titre de consultation et de développement supplémentaire. Le processus de définition des cibles, s'il est effectué de manière consultative, peut former des partenariats de collaboration qui soutiennent l'atteinte des résultats espérés (Kickbusch, 2003). Les étapes qui mènent à l'achèvement, et plus important encore, à l'observation des cibles, peuvent être entreprises maintenant, comme le soulignent les recommandations tout au long de ce rapport. Les pays et les organisations internationales sont invités à réévaluer les cibles existantes et y incorporer un élément d'équité. Le principe général notamment de la baisse proportionnelle de la mortalité dans les pays et les groupes sociaux peut être appliqué à travers un certain nombre de cibles existantes.

Il est crucial que les organisations internationales et les pays

intègrent des mesures d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé dans leurs systèmes d'observation existants. Les Cibles pour les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé auront besoin d'être définies selon le cadre souligné au Chapitre 16 (*Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation*)

Jalons vers l'équité en santé – réalisations attendues à court et moyen terme

Une fois les recommandations pour l'action proposées et les cibles suggérées, il est important de déterminer les jalons. Grâce à eux, il sera possible de surveiller le progrès de l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé sur la scène mondiale et nationale et d'aider à garantir que les institutions internationales, les gouvernements nationaux, la société civile et le secteur privé soient tenus responsables. Pour mettre en route un tel processus, la Commission souligne ci-dessous un calendrier des principaux résultats attendus quoique partiels.

Tableau 17.1: Jalons vers l'équité en santé

| Date | Jalons |
|---------------|---|
| Novembre 2008 | Conférence mondiale : «Comblent le fossé en une génération : Instaure l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé». |
| 2008–09 | Création d'une alliance mondiale après Commission pour mettre en œuvre le programme des déterminants sociaux de la santé en coopération avec l'OMS. |
| 2008–09 | Estimation des coûts économiques et sociaux des recommandations de la Commission et des coûts de l'inaction. |
| 2009 | Réunions des commissaires et des défenseurs des déterminants sociaux de la santé, et ceci pour faire avancer le plan mondial en vue de la diffusion et de l'application des recommandations de la Commission. |
| 2009 | Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé relative aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé. |
| 2008–13 | Les bailleurs de fonds de recherche consacrent davantage de ressources pour effectuer des recherches sur les déterminants sociaux de la santé, notamment dans les domaines soulignés par la Commission. |
| 2008–13 | Augmenter le nombre de pays qui adoptent une approche soucieuse de l'équité en santé fondée sur les déterminants sociaux de la santé et qui élaborent et appliquent des politiques portant sur les déterminants sociaux de la santé, de sorte que d'ici 2013, au moins 50 % de tous les pays à revenu faible, moyen et élevé établissent avec engagement un plan d'action visant à réduire les inégalités en santé, en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, tout en fournissant des données probantes sur sa mise en application. |
| 2009–10 | Avec le concours de l'OMS, le Conseil économique et social instaure un mécanisme interinstitutionnel au sein de l'ONU portant sur les déterminants sociaux de la santé, avec des groupes de travail dédiés aux domaines thématiques spécifiques, à priori le DJE, l'équité entre les sexes, les conditions d'emploi et de travail, les systèmes de soins de santé et la gouvernance participative, et comprenant tous les organismes multilatéraux et les parties prenantes de la société civile concernés. |
| 2010 | Avec le concours de l'OMS, le Conseil économique et social prépare en vue de soumettre à l'étude de l'ONU l'adoption de l'équité en santé en tant qu'objectif de développement fondamental, avec des indicateurs appropriés pour surveiller le progrès à la fois au sein des pays et entre eux. |
| 2010 | 1er Rapport sur l'équité en santé (rapport relatif aux indicateurs et aux cibles dans le cadre de la surveillance de l'équité en santé sur les plans mondial et national) et 1er Forum mondial des Etats Membres de l'ONU sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. |
| 2013 | Examen des progrès réalisés au niveau des cibles de l'OMS portant sur les déterminants sociaux de la santé. |
| 2015 | Date cible des OMD; examen du progrès à partir de la perspective de l'équité en santé: second Rapport et Forum mondial des 5 ans sur l'équité en santé dans le monde. |
| 2020–2040 | Examen effectué tous les 5 ans du progrès réalisé dans la réduction des inégalités en santé au sein des pays et entre eux. |



Annexe A: Liste de toutes les recommandations



RECOMMANDATION PRINCIPALE No. 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 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.

Chapitre 5 : L'équité dès le départ

Champ d'action 1 : S'engager et mettre en œuvre une approche globale des premières années de l'existence, en se basant sur les programmes de survie de l'enfant déjà établis et en étendant les interventions dans ces premiers stades de la vie pour y inclure le développement social/affectif et cognitif/apprentissage du langage.

La Commission recommande que :

- 5.1.** L'OMS et les Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) instaurent un mécanisme interinstitutions pour garantir la cohérence des politiques de développement du jeune enfant afin que l'ensemble des institutions appliquent une approche globale (cf. Rec. 15.2 ; 16.8).
- 5.2.** Les gouvernements établissent une couverture universelle de sorte que tous les enfants, toutes les mères et toutes les personnes qui s'occupent d'enfants bénéficient d'un ensemble complet de programmes et de services de développement du jeune enfant de bonne qualité, indépendamment de la solvabilité des bénéficiaires (cf. Rec. 9.1 ; 11.6 ; 16.1).

Champ d'action 2 : Étendre la couverture et le champ de l'enseignement pour y inclure les principes du DJE (développement physique, social, affectif et cognitif/apprentissage du langage).

La Commission recommande que :

- 5.3.** Les pouvoirs publics offrent aux enfants un enseignement de qualité, qui soit attentif au développement physique, social/affectif et cognitif/apprentissage du langage, en commençant par l'éducation préscolaire.
- 5.4.** Les gouvernements offrent à tous les garçons et les filles un enseignement primaire et secondaire obligatoire de qualité, sans considération de solvabilité ; recensent et suppriment les obstacles qui empêchent filles et garçons d'aller à l'école et de continuer leur scolarité ; et suppriment les frais de scolarité à l'école primaire (cf. Rec. 6.4 ; 13.4).

Chapitre 6 : Un environnement salubre pour une population en bonne santé

Champ d'action 1 : Faire de la santé et de l'équité en santé des préoccupations centrales dans l'urbanisme et l'administration des villes.

La Commission recommande que :

- 6.1.** Les autorités locales et la société civile, épaulées par les autorités nationales, établissent des mécanismes de gouvernance

participative localement qui permettent aux communautés et aux autorités locales de prendre part à l'édification de villes plus saines et plus sécurisées (cf. Rec. 14.3).

6.2. Les autorités nationales et locales, en collaboration avec la société civile, gèrent le développement urbain de façon à ce qu'il y ait davantage de logements d'un coût abordable. Avec l'appui de ONU-HABITAT lorsqu'il le faut, consentir les investissements nécessaires pour améliorer les conditions de vie dans les bidonvilles, notamment l'alimentation en eau et en électricité, l'assainissement et le pavage des rues, pour tous les ménages, indépendamment de leur solvabilité (cf. Rec. 15.2).

6.3. Les autorités locales et la société civile aménagent et conçoivent les zones urbaines afin de promouvoir l'activité physique en investissant dans les modes de transport actifs ; d'encourager l'alimentation saine en gérant le système de vente au détail, de façon à contrôler l'accès aux aliments qui contribuent à une mauvaise alimentation ; et de réduire la violence et la criminalité par un bon aménagement du milieu et par des contrôles réglementaires, y compris la limitation du nombre de points de vente d'alcool (cf. Rec. 12.3).

Champ d'action 2 : Promouvoir l'équité en santé entre zones urbaines et zones rurales par un investissement prolongé dans le développement rural, en allant à l'encontre des politiques et des processus d'exclusion qui conduisent à la pauvreté rurale, à la privation de terres et à l'exode.

La Commission recommande que :

6.4. Les autorités nationales et locales développent et mettent en place des politiques et des programmes qui interviennent au niveau de l'occupation des terres et des droits fonciers à la campagne ; des possibilités d'emploi tout au long de l'année ; du développement de l'agriculture et de l'impartialité dans les modalités de commerce international ; de l'infrastructure rurale y compris la santé, l'éducation, le réseau routier et les services ; et des politiques de protection des personnes qui migrent des campagnes vers les villes (cf. Rec. 5.4 ; 9.3).

Champ d'action 3 : Veiller à ce que les politiques économiques et sociales appliquées pour faire face au changement climatique et à d'autres problèmes de dégradation de l'environnement tiennent compte des considérations d'équité en santé.

La Commission recommande que :

6.5. Les organismes internationaux et les autorités nationales, en s'appuyant sur les recommandations du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, examinent les répercussions sur l'équité en santé des stratégies de l'agriculture, du transport, du carburant, du bâtiment, de l'industrie et des déchets, liées à l'adaptation et à la réduction des impacts du changement climatique.

Chapitre 7 : Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent

Champ d'action 1 : Faire du plein emploi, de l'équité en matière d'emploi et de conditions de travail décentes des objectifs qui se situent au cœur des politiques socio-économiques nationales et internationales.

La Commission recommande que :

7.1. Le plein emploi, l'équité en matière d'emploi et les conditions de travail décentes soient des objectifs communs aux

institutions internationales et se situent au cœur des politiques et des stratégies de développement nationales, avec une meilleure représentation des travailleurs lors de l'élaboration de politiques, de législations et de programmes portant sur l'emploi et le travail (cf. Rec. 10.2 ; 14.3 ; 15.2).

Champ d'action 2 : L'équité en santé passe par un travail sûr, sans danger et correctement rémunéré, des possibilités d'emploi tout au long de l'année et un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée pour tous.

La Commission recommande que :

7.2. Les instances gouvernementales nationales développent et mettent en œuvre des politiques sociales et économiques qui offrent des emplois sûrs suffisamment rémunérés pour tenir compte du coût réel et actuel d'une vie saine (cf. Rec. 8.1 ; 13.5).

7.3. Les capacités du public soient renforcées pour mettre en œuvre des mécanismes réglementaires permettant de promouvoir et de faire respecter les normes d'emploi équitable et de travail décent pour tous les travailleurs (cf. Rec. 12.3).

7.4. Les instances gouvernementales réduisent l'insécurité des personnes qui occupent un emploi précaire, y compris les travailleurs dans le secteur non structuré, les travailleurs temporaires, les travailleurs à temps partiel, et ce à travers une politique et une législation qui garantissent que les salaires prennent en considération le coût réel de la vie, la sécurité sociale et le soutien aux parents (cf. Rec. 8.3).

Champ d'action 3 : Améliorer les conditions de travail de tous les travailleurs afin qu'ils soient moins exposés aux risques physiques, au stress professionnel et aux comportements qui nuisent à la santé.

La Commission recommande que :

7.5. La politique et les programmes relatifs à la santé et à la sécurité au travail (SST) touchent tous les travailleurs – des secteurs tant structuré que non structuré – et qu'ils couvrent aussi les agents stressants et les comportements associés au travail ainsi que l'exposition aux risques physiques (cf. Rec. 9.1).

Chapitre 8 : Protection sociale tout au long de l'existence

Champ d'action 1 : Elaborer et renforcer des politiques de protection sociale universelle et globale qui assurent un niveau de revenu suffisant pour garantir une vie saine pour tous.

La Commission recommande que :

8.1. Les instances gouvernementales érigent des systèmes de protection sociale et en augmentent progressivement la générosité jusqu'à un niveau suffisant pour garantir une vie saine, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs (cf. Rec. 7.2; 11.1).

8.2. Les instances gouvernementales aient recours au ciblage seulement quand il s'agit d'assurer un soutien à ceux qui échappent au filet des systèmes universels, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs.

Champ d'action 2 : Faire profiter les personnes habituellement exclues des systèmes de protection sociale.

La Commission recommande que :

8.3. Les instances gouvernementales veillent à étendre la

protection sociale aux emplois précaires, y compris dans le secteur non structuré, au travail domestique ou à la garde d'autres personnes, et ce, si nécessaire, avec l'aide des donateurs et des organisations de la société civile et, si possible, de concert avec les employeurs (cf. Rec. 7.4, 11.1, 13.3).

Chapitre 9 : Soins de santé universels

Champ d'action 1 : Mettre en place des services de santé fondés sur les principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

La Commission recommande que :

9.1 Les instances gouvernementales locales, de concert avec la société civile et les donateurs, mettent en place des services de santé de bonne qualité et à vocation universelle, centrés sur les soins de santé primaires (cf. Rec. 5.2 ; 7.5 ; 8.1 ; 10.4 ; 13.6 ; 14.3 ; 15.2 ; 16.8).

Champ d'action 2 : Veiller à ce que le financement du système de santé soit équitable.

La Commission recommande que :

9.2. Les autorités locales renforcent le rôle directeur du secteur public dans le financement du système de santé, notamment par les cotisations et les impôts, pour garantir l'accès universel aux soins, sans considération de solvabilité, et pour réduire les dépenses de santé directes (cf. Rec. 10.4; 11.1; 11.2).

Champ d'action 3 : Constituer et renforcer les personnels de santé et développer leur capacité d'influer sur les déterminants sociaux de la santé.

La Commission recommande que :

9.3. Les instances gouvernementales nationales et les donateurs accroissent leurs investissements dans les personnels médicaux et les personnels de santé en veillant à équilibrer leur densité entre milieu rural et milieu urbain (cf. Rec. 6.4 ; 16.5).

9.4. Les agences internationales, les donateurs et les pouvoirs publics luttent contre la fuite des cerveaux en investissant surtout dans le développement et la formation des ressources humaines et en concluant des accords bilatéraux pour réguler les pertes et les gains.

RECOMMANDATION PRINCIPALE No. 2

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

Pour remédier aux inégalités sanitaires et aux disparités des conditions de vie quotidiennes, il faut s'attaquer aux inégalités dans le mode d'organisation de la société, par exemple entre hommes et femmes. La tâche exige un secteur public puissant, déterminé, capable et suffisamment financé. 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. A l'heure de la mondialisation, une gouvernance dévouée à l'équité s'impose depuis le niveau communautaire jusqu'aux institutions mondiales.

Chapitre 10 : L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques

Champ d'action 1 : Confier la responsabilité de l'action pour la santé et l'équité en santé aux plus hautes instances gouvernementales et veiller à ce que toutes les politiques y contribuent de façon cohérente.

La Commission recommande que :

- 10.1.** L'autorité législative et les organismes de contrôle équivalents se fixent pour objectif l'amélioration de l'équité en santé à travers une action sur les déterminants sociaux de la santé en l'incluant dans les critères de performance du gouvernement (cf. Rec. 13.2 ; 15.1).
- 10.2.** Les instances gouvernementales nationales mettent en place un mécanisme à l'échelle de l'ensemble de l'administration dont elles sont tenues de rendre compte devant le Parlement et qu'elles en confient la direction, autant que possible, aux plus hautes instances politiques (cf. Rec. 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6).
- 10.3.** Le contrôle des indicateurs relatifs aux déterminants sociaux et à l'équité en santé soit institutionnalisé et que les études d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé soient utilisées pour toutes les politiques gouvernementales, y compris celles des finances (cf. Rec. 12.1, 15.1, 16.2, 16.7).

Champ d'action 2 : Organiser le secteur de la santé – adopter un cadre d'après les déterminants sociaux de la santé pour toutes les fonctions politiques et programmatiques du ministère de la Santé et renforcer le rôle de tutelle de celui-ci pour que l'ensemble du gouvernement applique une approche fondée sur les déterminants sociaux.

La Commission recommande que :

- 10.4.** Le secteur de la santé, sous la houlette du ministère de

la Santé, étende ses politiques et ses programmes destinés à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux soins de santé afin d'y inclure l'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 9.1).

10.5. L'OMS encourage le développement des connaissances et des capacités des ministères nationaux de Santé pour qu'ils puissent œuvrer dans le cadre des déterminants sociaux de la santé et assurer un rôle de tutelle en soutenant une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé au niveau de l'ensemble du gouvernement (cf. Rec. 15.3; 16.8).

Chapitre 11 : Financement équitable

Champ d'action 1 : Augmenter les fonds publics pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

La Commission recommande que :

- 11.1.** Les donateurs, les agences multilatérales et les Etats Membres développent et renforcent la capacité nationale d'imposition progressive (cf. Rec. 8.1 ; 8.3 ; 9.2 ; 10.2).
- 11.2.** De nouveaux mécanismes de financement public soient instaurés à l'échelle nationale et mondiale, y compris des taxes sanitaires spéciales et des options fiscales mondiales (cf. Rec. 9.2; 10.2).

Champ d'action 2 : Augmenter les fonds internationaux consacrés à l'équité en santé et coordonner le financement supplémentaire ainsi obtenu en définissant un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

La Commission recommande que :

- 11.3.** Les pays donateurs honorent les engagements pris en portant l'aide à 0,7 % du PIB, qu'ils étendent l'initiative d'allègement de la dette multilatérale et qu'ils coordonnent l'utilisation des aides grâce à un cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 13.6 ; 15.2).
- 11.4.** Les institutions financières internationales fixent des conditions et des modalités transparentes applicables à toute opération internationale d'emprunt et de prêt afin d'éviter un futur endettement insoutenable.

Champ d'action 3 : Répartir équitablement les fonds publics consacrés à l'action portant sur les déterminants sociaux de la santé.

La Commission recommande que :

- 11.5.** Les instances gouvernementales, à l'échelle nationale et locale, et la société civile instaurent des mécanismes pour financer l'action de l'ensemble du gouvernement sur les déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 10.2)
- 11.6.** Les fonds publics soient équitablement répartis et contrôlés entre les régions géographiques et les groupes sociaux, en utilisant, par exemple, une jauge de l'équité (cf. Rec. 5.2; 14.3; 16.2).

Chapitre 12 : Rôle du marché

Champ d'action 12.1 : Institutionnaliser la prise en compte des conséquences sur la santé et l'équité en santé des politiques et des accords économiques nationaux et internationaux au moment de leur élaboration.

La Commission recommande que :

12.1. L'OMS, en collaboration avec d'autres organismes multilatéraux concernés et en appuyant les Etats Membres, institutionnalise l'évaluation des conséquences des accords économiques internationaux, régionaux et bilatéraux importants, au niveau mondial et national (cf. Rec. 10.3 ; 16.7).

12.2. Les instances gouvernementales chargées de l'élaboration des politiques, avec le concours de l'OMS, garantissent et renforcent la représentation de la santé publique dans les négociations des politiques économiques à l'intérieur du pays et au niveau international (cf. Rec. 10.2).

Champ d'action 12.2 : Renforcer le rôle de l'Etat dans la fourniture des services de base indispensables à une bonne santé (eau et assainissement par exemple) et dans la réglementation des biens et des services ayant des effets importants sur la santé (comme le tabac, l'alcool et les denrées alimentaires).

La Commission recommande que :

12.3. Les autorités nationales, en collaboration avec les organismes multilatéraux concernés, renforcent le rôle de direction du secteur public dans la fourniture des biens/ services de base indispensables à une bonne santé et le contrôle des marchandises ayant des effets indésirables sur la santé (cf. Rec. 6.3 ; 7.3).

Chapitre 13 : Equité entre les sexes

Champ d'action 13.1 : Combattre le sexisme dans les structures de la société, les lois et leur application, dans la manière dont les organisations sont dirigées, les interventions sont conçues et la performance économique d'un pays est mesurée.

La Commission recommande que :

13.1. Les gouvernements élaborent et appliquent une législation qui favorise l'équité entre les sexes et interdise la discrimination sexuelle (cf. Rec. 14.1).

13.2. Les instances gouvernementales et les institutions internationales établissent au sein de l'administration centrale une unité chargée de l'équité entre les sexes et lui assurent un financement adéquat et de longue durée. Cette unité devra analyser et agir sur les conséquences sur l'équité entre les sexes des politiques, des programmes et des modalités institutionnelles (cf. Rec. 10.2 ; 15.2).

13.3. Les gouvernements tiennent compte du travail domestique, de la garde d'autres personnes et du bénévolat dans les comptes nationaux et veillent à y inclure le travail dans le secteur non structuré (cf. Rec. 8.3).

Champ d'action 13.2 : Elaborer et financer des politiques et des programmes qui comblent les disparités d'éducation et de compétences et qui favorisent la participation économique des femmes.

La Commission recommande que :

13.4. Les gouvernements et les donateurs aident au développement des capacités des femmes, des jeunes filles et des filles en investissant dans la formation et l'enseignement réguliers et professionnels (cf. Rec. 5.4).

13.5 Les gouvernements et les employeurs soutiennent les femmes dans leurs rôles économiques en garantissant par la loi l'égalité de rémunération, en offrant les mêmes possibilités d'emploi à tous les niveaux et en mettant en place des politiques soucieuses de la famille, qui garantissent pour les femmes et les hommes des responsabilités égales en matière de soins (cf. Rec. 7.2).

Champ d'action 13.3 : Réaffirmer l'engagement en faveur de l'accès universel à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation.

La Commission recommande que :

13.6. Les pouvoirs publics, les donateurs, les organisations internationales et la société civile augmentent leur engagement politique et investissent davantage dans les services et programmes de santé sexuelle et génésique, en visant la couverture universelle (cf. Rec. 9.1 ; 11.3).

Chapitre 14 : Emancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer

Champ d'action 14.1 : Donner les moyens d'agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable à la prise de décisions sur le fonctionnement de la société, concernant notamment la façon dont il influe sur l'équité en santé, et instaurer durablement un cadre de participation sociale à l'élaboration des politiques.

La Commission recommande que :

14.1. Les autorités nationales renforcent les systèmes politiques et juridiques afin qu'ils œuvrent en faveur de la participation équitable de tous (cf. Rec. 13.1; 16.1).

14.2. Les autorités nationales reconnaissent, légitiment et soutiennent les groupes marginalisés, en particulier les peuples autochtones, au niveau de la politique, de la législation et des programmes qui leur donnent plus de pouvoir afin de faire valoir leurs besoins, revendications et droits.

14.3. Les autorités nationales et locales fassent en sorte qu'au titre du droit à la santé, les groupes et les communautés soient associés à la prise de décisions concernant la santé, aux programmes ultérieurs, à la prestation de services et à leur évaluation, et y participent de façon équitable (cf. Rec. 6.1; 7.1; 9.1; 11.6).

Champ d'action 14.2 : Permettre à la société civile de s'organiser et d'agir de façon à promouvoir et faire respecter les droits politiques et sociaux qui contribuent à l'équité en santé.

La Commission recommande que :

14.4. Le renforcement des moyens d'agir sur l'équité en santé selon des approches ascendantes et descendantes exige le soutien de la société civile, afin d'élaborer, de renforcer et de mettre en application des initiatives orientées vers l'équité en santé.

Chapitre 15: Bonne gouvernance mondiale

Champ d'action 15.1: Faire de l'équité en santé un objectif de développement mondial et adopter un cadre fondé sur les déterminants sociaux de la santé pour renforcer l'action multilatérale en faveur du développement.

La Commission recommande que :

15.1. D'ici 2010, le Conseil économique et social, avec le concours de l'OMS, prépare en vue de la soumettre à l'étude de l'ONU, l'adoption de l'équité en santé en tant qu'objectif fondamental du développement mondial et utilise des indicateurs appropriés pour mesurer les progrès accomplis, à la fois au sein des pays et entre eux (cf. Rec. 10.1; 10.3; 16.3).

15.2. D'ici 2010, le Conseil économique et social, avec le concours de l'OMS, prépare en vue de la soumettre à l'étude de l'ONU, la création de groupes de travail chargés d'étudier les déterminants sociaux de la santé par thème, initialement le développement du jeune enfant, l'équité entre les sexes, les conditions d'emploi et de travail, les systèmes de soins de santé et la gouvernance participative, y compris tous les organismes multilatéraux pertinents et les parties prenantes de la société civile, ces groupes devant soumettre des rapports régulièrement (cf. Rec. 5.1; 6.2; 9.1; 13.2).

Champ d'action 15.2 : Renforcer le rôle de chef de file de l'OMS dans l'action menée au niveau mondial pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé, en faisant de ces déterminants un fil conducteur pour tous les Départements et tous les programmes de pays de l'organisation.

La Commission recommande que :

15.3. L'OMS institutionnalise une approche des déterminants sociaux de la santé dans tous les secteurs en œuvre, en partant du Siège jusqu'au niveau des pays (cf. 10.5; 16.8).

RECOMMANDATION PRINCIPALE No. 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.

Chapitre 16 : Déterminants sociaux de la santé : observation, recherche et formation

Champ d'action 16.1 : Veiller à ce qu'il existe aux niveaux local, national et international des systèmes d'observation méthodique de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.

La Commission recommande que :

16.1. Les pouvoirs publics veillent à ce que tous les enfants soient enregistrés à la naissance sans frais pour les ménages. Ceci doit s'inscrire dans le cadre de l'amélioration de l'enregistrement civil pour les naissances et les décès (cf. Rec. 5.2; 14.1).

16.2. Les autorités nationales instaurent des systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé qui recueillent méthodiquement des données sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en santé (cf. Rec. 10.3).

16.3. L'OMS dirige l'instauration d'un observatoire mondial de l'équité en santé qui s'inscrit dans une structure plus élargie de gouvernance mondiale (cf. Rec. 15.1).

Champ d'action 16.2 : Consentir les investissements nécessaires pour produire et communiquer de nouvelles données sur la façon dont les déterminants sociaux influencent la santé de la population et l'équité en santé et sur l'efficacité des mesures visant à réduire les inégalités en santé par une action sur les déterminants sociaux.

La Commission recommande que :

16.4. Les organismes de financement des travaux de recherche

consacrent un budget particulier à la production et à l'échange, au niveau mondial, de données probantes sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé, y compris la recherche sur l'intervention en équité en santé.

Champ d'action 16.3 : Former les responsables des politiques, les parties prenantes et les professionnels de la santé aux questions de déterminants sociaux de la santé et investir dans l'action de sensibilisation.

La Commission recommande que :

16.5. Les établissements d'enseignement et les ministères concernés incluent les déterminants sociaux de la santé dans la formation des personnels médicaux et des personnels de santé de façon normalisée et obligatoire (cf. Rec. 9.3).

16.6. Les établissements d'enseignement et les ministères concernés agissent afin que le personnel non médical et le grand public aient une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé (cf. Rec. 10.2).

16.7. Les pouvoirs publics renforcent les capacités des responsables du choix des politiques et des planificateurs concernant l'évaluation d'impact sur l'équité en santé (cf. Rec. 10.3; 12.1).

16.8. L'OMS renforce les moyens dont elle dispose pour soutenir l'action sur les déterminants sociaux de la santé, aux niveaux mondial, national et local (cf. Rec. 5.1; 9.1; 10.5; 15.3).

Biographie des membres de la Commission

Michael Marmot, président de la Commission, est directeur de l'International Institute for Society and Health et chef du Département d'épidémiologie et de santé publique de l'University College de Londres. En 2000, il a été anobli pour sa contribution à l'épidémiologie et à l'étude des inégalités sanitaires.

Frances Baum occupe le poste de professeur et chef du Département de Santé publique à l'Université Flinders et elle est également directeur de la South Australian Community Health Research Unit. Elle copréside le Conseil mondial de coordination du People's Health Movement.

Monique Bégin professeur à l'École de gestion de l'Université d'Ottawa, a été nommée deux fois ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Elle fut la première Québécoise à être élue à la Chambre des Communes.

Giovanni Berlinguer est député européen. De 2001 à 2007, il a siégé au Comité international de bioéthique de l'UNESCO et assumé la fonction de rapporteur du projet de Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme.

Mirai Chatterjee est coordonnateur de la sécurité sociale pour la Self-Employed Women's Association, une organisation syndicale indienne qui regroupe plus de 900 000 femmes. Elle a été récemment nommée membre du Conseil consultatif national et de la Commission nationale pour le Secteur non structuré.

William H. Foegen est professeur émérite de Santé internationale à l'Université Emory. Il a été directeur des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis d'Amérique, chef du programme des CDC pour l'éradication de la variole et directeur exécutif du Centre Carter. Il a également été conseiller médical principal pour la Fondation Bill et Melinda Gates.

Yan Guo est professeur de santé publique, vice-présidente du Centre des sciences de la santé de l'Université de Beijing, vice-présidente de l'Association chinoise de santé en milieu rural et vice-directrice de l'Académie chinoise de politique sanitaire.

Kiyoshi Kurokawa est professeur à l'Institut universitaire national d'études politiques de Tokyo et membre du Comité des politiques scientifiques et technologiques du Cabinet Office. Il a également été président du Science Council du Japon et de la Pacific Science Association.

Ricardo Lagos Escobar est ancien président du Chili, ancien ministre de l'Éducation et ancien ministre des Travaux publics. Economiste et avocat de formation, il a également travaillé comme économiste pour les Nations Unies.

Alireza Marandi est professeur de pédiatrie à l'Université Shaheed Beheshti, en République islamique d'Iran. Il a été ministre de la Santé (et de l'Enseignement médical) pour deux mandats consécutifs et a également occupé les postes de vice-ministre et de conseiller ministériel. Il a récemment été élu député au parlement iranien.

Pascoal Mocumbi est haut représentant du Partenariat pour les essais cliniques en Europe et dans les pays en développement et ancien Premier ministre de la République du Mozambique. Avant d'assumer ces fonctions, il avait également été ministre des Affaires étrangères et ministre de la Santé.

Ndiuro Ndiaye est Directeur général adjoint de l'Organisation internationale pour les Migrations, après avoir été ministre du Développement social et ministre de la Femme, de l'Enfance et de la Famille du Sénégal.

Charity Kaluki Ngilu est ministre de la Santé du Kenya. Avant d'entrer en fonction, elle était membre de l'Assemblée nationale kényane, représentante du Parti démocrate. Depuis 1989, elle est une des responsables de l'organisation Maenbeleoya Wanawake, mouvement national des femmes.

Hoda Rashad est professeur et directeur du Centre de recherche sociale de l'Université américaine au Caire. Elle est membre du Sénat, l'un des deux organes parlementaires égyptiens, et fait partie du Conseil national pour la femme, qui est placé sous l'autorité du Président égyptien.

Amartya Sen est professeur à l'Université Lamont et professeur d'économie et de philosophie à l'Université de Harvard. Il a reçu le Prix Nobel d'économie en 1998.

David Satcher est directeur du Center of Excellence on Health Disparities et de la Satcher Health Leadership Institute Initiative. Il a aussi été Surgeon General et Assistant Secretary for Health aux Etats-Unis, ainsi que directeur des Centers for Disease Control and Prevention.

Anna Tibajuka est directeur exécutif d'ONU-HABITAT et président fondateur du Conseil indépendant des femmes de Tanzanie.

Denny Vågerö est professeur de sociologie médicale et directeur du CHES (Centre for Health Equities Studies) en Suède. Il est membre de l'Académie royale suédoise des sciences et de son comité permanent pour la santé.

Gail Wilensky est senior fellow pour Project HOPE, une fondation internationale d'éducation sanitaire, après avoir dirigé les programmes Medicare et Medicaid aux Etats-Unis et avoir présidé deux commissions chargées de conseiller le Congrès des Etats-Unis sur le programme Medicare.

Références

- Aboriginal and Torres Islander Social Justice Commissioner (2005). *Social justice report*. Sydney, Human Rights & Equal Opportunity Commission. (http://www.hreoc.gov.au/social_justice/sj_report/sjreport05/pdf/SocialJustice2005.pdf, accessed 20 February 2008).
- Abramson JH (1988). Community-oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Review*, 16:35–98.
- Acosta M (2006). *Identity rights, civil registration and asset accumulation*. Brookings/Ford Workshop Asset-based Approaches. Washington, DC, Brookings Institution (<http://www.brookings.edu/>, accessed March 2008).
- Action for Healthy Kids (2007). Action for Healthy Kids 2005–2006 Annual Report. Skokie, IL, Action for Healthy Kids. (http://www.actionforhealthykids.org/pdf/AFHK_report_FINAL_5_7_07.pdf, accessed 13 May 2008)
- Adlung R (2006). Public Services and the GATS. *Journal of International Economic Law*, 9:455–485.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *National Healthcare Disparities Report: inequality in quality exists*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/QUAL/nhdr03/nhdrsum03.htm#Inequality>, accessed 7 March 2008).
- Aiyer A (2007). The allure of the transnational: notes on some aspects of the political economy of water in India. *Cultural Anthropology*, 22:640–658.
- Akin JS et al. (2005). Changes in access to health care in China, 1989–1997. *Health Policy and Planning*, 20:80–89.
- Akin JS, Dow WH & Lance PM (2004). Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey. *Social Science and Medicine*, 58:293–304.
- Alam KR (2006). Ganokendras: an innovative model for poverty reduction in Bangladesh. *International Review of Education*, 52:343–352.
- Alliance for Healthy Cities (nd). *Alliance for Healthy Cities website*. Tokyo: Alliance for Healthy Cities (<http://www.alliance-healthycities.com>, accessed 10 April 2008).
- Ambrose S (2006). Preserving disorder: IMF policies and Kenya's health care crisis. *Pambazuka News*. (<http://www.pambazuka.org/en/category/features/3480>, accessed 27 May 2008).
- Arslanalp S & Henry PB (2006). Policy watch: debt relief. *Journal of Economic Perspectives*, 20:207–220.
- Artazcoz L et al. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:761–767.
- Baez C & Barron P (2006). *Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review*. Harare, EQUINET. (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf>, accessed 27 May 2008) (Discussion paper 39).
- Bajpai N, Sachs JD & Volavka N (2005). *India's challenge to meet the Millennium Development Goals*. New York, The Earth Institute at Columbia University. (http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai_indiamdchallenge.pdf, accessed 13 May 2008) (CGSD Working Paper No. 24).
- Balabanova D (2007). *Health sector reform and equity in transition*. Prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Barriento S, Kabeer N & Hossain N (2004). *The gender dimensions of the globalization of production*. Geneva, Policy Integration Department, World Commission on the Social Dimension of Globalization, International Labour Office.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*, 15:417–423.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2003). Health insurance reforms in Latin America – cream skinning, equity and cost containment. In: Haagh L & Helgo CT, eds. *Social policy reform and market governance in Latin America*. London, MacMillan, pp. 183–199
- Barrientos S & Smith S (2007). Do workers benefit from ethical trade? Assessing codes of labour practice in global production systems. *Third World Quarterly*, 28:713–729.
- Barrios S, Bertinelli L & Strobl E (2006). Climatic change and rural-urban migration: the case of sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Economics*, 60:357–371.
- Bartley M (2005). Job insecurity and its effect on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:718–719.
- Barton A et al. (2007). The Watcombe Housing Study: the short term health of residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:771–777.
- Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Diseases*, 4:368–375.
- Bauer PT (1981). *Equality, the third world, and economic delusion*. Cambridge, Harvard University Press.
- Baum F (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40:459–468.
- Baum F, ed. (1995). *Health for all: the South Australian experience*. Adelaide, Wakefield Press.
- Baum F (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health, *Promotion and Education*, 14:90–95.

- Baum F (2008). *The new public health*. New York, Oxford University Press.
- Baum F, Fry D & Lennie I, eds. (1992). *Community health in Australia: practice and policy*. Sydney, Pluto Press.
- Baunggaard T & Keen M (2005). *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. Report No. WP/05/112. Washington, DC, International Monetary Fund.
- Bégin M (1998). Gender issues in health care. Presentation at the Symposium on Women Health in Women's Hands, Brandon, Manitoba, Canada, 2 May 1998.
- Benach J & Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:276-277.
- Bennett S & Gilson L (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policy*. London, Health Systems Resource Centre.
- Bettcher D, Yach D & Emmanuel Guindon G (2000). Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:521-534.
- Bhorat H (2003). A universal income grant scheme for South Africa: an empirical assessment. In: Standing G & Samson M, eds. *A basic income grant for South Africa*. Cape Town, UCT Press, pp. 77-101.
- Bidani B & Ravallion M (1997). Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of Econometrics*, 77:125-139.
- Bird G & Milne A (2003). Debt relief for low income countries: is it effective and efficient? *The World Economy*, 26:43-59.
- Birdsall N (2006). *The world is not flat: inequality and injustice in our global economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinki, World Institute for Development Economics Research.
- Black RE, Morris SS & Bryce J (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361:2226-2234.
- Black RE et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243-260.
- Bloom DE (2007). *Education, health, and development*. Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf, accessed 4 September 2007).
- Blouin C (2007). Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bulletin of the World Health Organization* 85:169-172.
- Blouin C et al. (2007). *Trade liberalisation*. Globalisation Knowledge Network synthesis paper 4. Background document of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Blumenthal D & Hsiao W (2005). Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 353:1165-1170.
- Bokhari F, Gottret P & Gai Y (2005). *Government health expenditures, donor funding and health outcomes*. Washington, DC, World Bank.
- Bond P & Dor G (2003). *A critique of uneven health outcomes and neoliberalism in Africa*. Johannesburg, EQUINET. (<http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS2trade.pdf>, accessed 26 March 2007) (Discussion Paper 2).
- Boone P (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review*, 40:289-328.
- Bourguignon F (2006). *The case for equity*. Francois Bourguignon was Senior Vice-President and Chief Economist of the World Bank between 2003 and 2007. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/XY6WQUQOZ0>, accessed 9 May 2008).
- Braveman P (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization (WHO/CHS/HSS/98.1).
- Budds J & McGranahan G (2003). Are the debates on water privatization missing the point? Experiences from Africa, Asia and Latin America. *Environment and Urbanization*, 15:87-114.
- Burnham G et al. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*, 368:1421-1428.
- Buss P & Carvalho A (2007). Health promotion in Brazil. *Promotion and Education*, 14:209-213.
- Caffery M & Frelick G (2006). *Attracting and retaining nurse tutors in Malawi. Health workforce "Innovative Approaches and Promising Practices" study: the Capacity Project*. (http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/242Malawi_Prompractices_Report_First_Official_Draft.doc, accessed 8 February 2007).
- Caldwell JC (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12:171-220.
- Campbell T & Campbell A (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health*, 84:i54-i64.
- Campbell-Lendrum D & Corvalan C (2007). Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity. *Journal of Urban Health*, 84:i109-i117.
- Canadian Health Services Research Foundation (2007). *Incorporate lay health workers to promote health and prevent disease*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. (http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost11_e.php, accessed 24 January 2008).
- Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10:799-811.
- CASEL (nd). *How evidence-based SEL programs work to produce greater student success in school and life*. Chicago, Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. (<http://www.casel.org/downloads/academicbrief.pdf>, accessed 1 February 2008).
- Catford J (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20:1-6.
- Chan M (2007). Speech to the Eleventh Global Forum for Health Research, Beijing, China, 29 October 2007. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/dg/speeches/2007/20071029_beijing/en/index.html, accessed 10 April 2008).

- Chan (2008). Speech to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Global Health and Care Forum 2008: primary health care starts with people, Geneva, 14 May 2008. (<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080514/en/index.html>, accessed 29 May 2008).
- Chandler MJ & Lalonde CE (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Horizons*, 10:68-72.
- Chen S & Ravallion M (2004). How have the world's poorest fared since the early 1980s? *The World Bank Research Observer*, 19:141-169.
- Chinyama V (2006). *Kenya's abolition of school fees offers lessons for the whole of Africa*. New York, UNICEF. (http://www.unicef.org/infobycountry/kenya_33391.html, accessed 5 February 2008).
- Choi S-H (2002). *Integrating early childhood into education: the case of Sweden*. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Paris, UNESCO. (http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=43971&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, accessed 3 April 2008).
- Chu KY, Davoodi H & Gupta S (2004). Income distribution and tax and government spending policies in developing countries. In: Cornia GA, ed. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalisation and structural adjustment*. Oxford, Oxford University Press.
- Cleland JG & Van Ginneken JK (1988). Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27:1357-1368.
- Clemens M, Radelet S & Bhavnani R (2004). *Counting chickens when they hatch: the short-term effect of aid on growth*. Washington DC, Center for Global Development (Working Paper 44).
- CMH (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization.
- COAG (2007). *Communique of the Working Group on Indigenous reform*. Canberra, Council of Australian Governments (<http://www.coag.gov.au/meetings/201207/index.htm#ind>, accessed 2 May 2008).
- Cobham A (2005). *Taxation policy and development*. Oxford, The Oxford Council on Good Governance (OCGG Economy Analysis no. 2).
- Cohen PN (2007). *Closing the gap: equal pay for women workers*. Statement prepared for the Health, Education, Labor, and Pensions Committee of the US Senate, 12 April 2007. (http://help.senate.gov/Hearings/2007_04_12/Cohen.pdf, accessed 5 May 2008).
- Collier P & Dollar D (2000). *Aid allocation and poverty reduction*. Washington, DC, World Bank (Policy Research Working Paper 2041).
- Collier P (2006). *Rethinking assistance for Africa*. Oxford, Institute of Economic Affairs.
- Connect International (nd). Connect International website. Leiden, Connect International (<http://www.connectinternational.nl>, accessed 9 May 2008).
- Côté R (2002/3). Pay equity at last in Quebec? *Labour Education*, 128:57-60 (<http://www.oit.org/public/english/dialogue/actrav/publ/ledpubl.htm>, accessed 5 May 2008).
- Countdown Group (2008). Countdown to 2015 for maternal, newborn, and survival: the 2008 report on tracking coverage and interventions. *Lancet*, 371:1247-1258.
- Cruz-Saco MA (2002). *Global insurance companies and the privatisation of pensions and health care in Latin America – the case of Peru*. Presented at the Globalism and Social Policy Programme (GASPP) Seminar, Dubrovnik, Croatia.
- CS (2007). *Civil society report*. Final report of the Civil Society work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Curriculum Corporation (nd). Mind Matters website. Melbourne, MindMatters (<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters>, accessed 13 May 2008).
- Cutler D & Lleras-Muney A (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. Ann Arbor, National Poverty Center (National Poverty Center Working Paper Series: # 06-19) (<http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper19/working-paper06-19.pdf>, accessed 25 September 2007).
- CW (2007). *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*. Report of the Country work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Dambisa Y, Modipa S & Legodi M (2005). *The distribution of pharmacists trained at the University of the North, South Africa*. Harare: EQUINET (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis31HRdambisa.pdf>, accessed 27 June 2007) (Discussion Paper 31).
- Das Gupta M et al. (2005). *Improving child nutrition outcomes in India: can the Integrated Child Development Services programme be more effective?* Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 3647).
- DAC (2005). Creditor Reporting System, Aid database. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development (http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_344_47_1_1_1_1_1,00.html, accessed 16 May 2008).
- Davies JB et al. (2006). *The world distribution of household wealth*. Research of the United Nations University (UNU-WIDER). Helsinki, World Institute for Development Economics.
- Davis KK, Scott Collins K & Hall AG (1999). *Community health centres in a changing US health care system*. New York, The Commonwealth Fund.
- de Ferranti D et al. (2004). *Inequality in Latin America & the Caribbean: breaking with history?* Washington, DC, World Bank.
- De Maeseneer J et al. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Deacon B et al. (2003). *Global social governance: themes and prospects*. Helsinki, Ministry of Foreign Affairs for Finland.
- Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41:113-158.
- Deaton A (2004). Health in an age of globalization. *Brookings Trade Forum*, 83-130.

- Deaton A (2006a). Global patterns of income and health. WIDER Annual Lecture. WIDER Angle Newsletter, 2:1-3. (http://www.wider.unu.edu/publications/newsletter/en_GB/angle-introduction/_files/78200687251423272/default/angle2006-2.pdf, accessed 20 March 2008).
- Deaton A (2006b). *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies*. Helsinki, WIDER Annual Lecture.
- Debbane AM (2007). The dry plight of freedom: commodifying water in the Western Cape, South Africa. *Antipode*, 39:222-226.
- Deere CD & Leon M (2003). The gender asset gap: land in Latin America. *World Development*, 31:925-947.
- Delhi Group on Informal Sector Statistics (nd). Delhi Group on Informal Sector Statistics website. New York, UN. (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/delhi.htm>, accessed 28 May 2008).
- Department for Communities and Local Government (2006). *Government action plan: implementing the Women and Work Commission recommendations*. London, Government Equalities Office (http://www.womenandequalityunit.gov.uk/publications/wwc_govtactionplan_sept06.pdf, accessed 5 May 2008).
- Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the Programme for Action*. London, Department of Health.
- Department of Health (2007). *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. London, Department of Health.
- Dervis K (2005). *The challenge of globalization: reinventing good global governance*. Keynote address. Washington, DC, George Washington Center for the Study of Globalization.
- Dervis K & Birdsall N (2006). A stability and social investment facility for high-debt countries. Washington, DC, Center for Global Development (CGD Working Paper No. 27).
- Devernam R (2007). On solid ground: preserving the quality of place. *Environmental Practice*, 9:3-5.
- DFID (2008). *Helping Bolivia's poor to access their rights*. London, Department for International Development (<http://www.dfid.gov.uk/news/files/south-america/bolivia-identity.asp>, accessed March 6 2008).
- DHS (nd). *Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, MEASURE DHS. (<http://www.measuredhs.com>, accessed 15 February 2008).
- Dixon J et al. (2007). The health equity dimension of urban food systems. *Journal of Urban Health*, 84:i118-i129.
- Doherty J & Govender R (2004). *The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature*. A background paper commissioned by the Disease Control Priorities Project. Washington, DC, World Bank.
- Dorling D, Shaw M & Davey Smith G (2006). Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ*, 332:662-664.
- Douglas M & Scott-Samuel A (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:450-451.
- Dreze J (2003). Food security and the right to food. In: Mahendra Dev S, Kannan K, Ramachandran N, eds. *Towards a food secure India: issues and policies*. New Delhi and Hyderabad, Institute for Human Development and Centre for Economic and Social Studies.
- Dummer TJB & Cook IG (2007). Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications. *Health Policy*, 83:1-16.
- Easterly W (2006). *Planners vs. searchers in foreign aid*. ADB Distinguished Speakers Program, Asian Development Bank, 18 January 2006.
- Eastwood R & Lipton M (2000). *Rural-urban dimensions of inequality change*. Helsinki, World Institute for Development.
- ECDKN (2007a). *Early child development: a powerful equalizer*. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- ECDKN (2007b). *Total environment assessment model for early child development*. Evidence report. Background document of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- ECOSOC (1997). Agreed Conclusions 1997/2, 18 July 1997.
- ECOSOC (nd). *Background information on the United Nations Economic and Social Council*. New York, United Nations (<http://www.un.org/ecosoc/about>, accessed 28 May 2008).
- Edward P (2006). The ethical poverty line: a moral quantification of absolute poverty. *Third World Quarterly*, 27:377-393.
- EFILWC (2007). *Industrial relations developments in Europe in 2006*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Eichler M, Reisman AL & Borins EM (1992). Gender bias in medical research. *Women and Therapy: a Feminist Quarterly*, 12:61-70.
- Elinder LS (2005). Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. *BMJ*, 331:1333-1336.
- EMCONET (2007). *Employment conditions and health inequalities*. Final report of the Employment Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Engle PL et al. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369:229-242.
- Epping-Jordan JE et al. (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 366:1667-1671.
- EU (1997). Decision No. 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001). *Official Journal of the European Communities*, 40:1-10.
- European Commission (1996). *A code of practice on the implementation of equal pay for work of equal value for women and men*. Brussels, European Commission (<http://aei.pitt.edu/3963/>, accessed 5 May 2008) (COM (96) 336 final, 17.07.1996).
- EUROTHINE (2007). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. EUROTHINE final report. Rotterdam, Department of Public Health, ErasmusMC University Medical Centre Rotterdam.

- Farley M (2006). 14 nations will adopt airline tax to pay for AIDS drugs. *Los Angeles Times*, 3 June.
- Farmer P (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89:486-1496.
- Fathalla MF et al. (2006). Sexual and reproductive health for all: a call for action. *Lancet*, 368:2095-100.
- Felstead A et al. (2002). Opportunities to work at home in the context of work-life balance. *Human Resource Management Journal*, 12:54-76.
- Fernald LC, Gertler PJ & Neufeld LM (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 371:828-37.
- Ferrie JE et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change of job security on self-reported health, minor psychiatry morbidity, psychological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:450-454.
- Forman L (2007). Right and wrong: what utility for the right to health in reforming trade rules on medicines. Briefings volume four: comparative program on health and society and Lupina Foundation Working Paper Series. Toronto, Munk Centre for International Studies.
- French HW (2006). Wealth grows, but health care withers in China. *New York Times*, January 14.
- Friedman M (1958). Foreign economic aid: means and objectives. *The Yale Review*, 47.
- Friel S, Chopra M & Satcher D (2007). Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335:1241-1243.
- Fröbel F, Heinrichs J & Kreye O (1980). *The new international division of labour*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Frumkin H, Frank L & Jackson R, eds. (2004). *Urban sprawl and public health: designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC, Island Press.
- Galea S & Vlahov D (2005). *Handbook of urban health*. New York, Springer.
- Galiani S, Gertler P & Schargrodsky E (2005). Water for life: the impact of the privatization of water services on child mortality. *Journal of Political Economy*, 113:83-120.
- Ganesh-Kumar A, Mishra S & Panda M (2004). Employment guarantee for rural India. *Economic and Political Weekly*, 39:5359-5361.
- Garau P, Sclar ED & Carolini GY (2005). *A home in the city*. UN Millennium Project: Taskforce on Improving the Lives of Slum Dwellers. London, Earthscan.
- GEGA (nd). The equity gauge: concepts, principles, and guidelines. Durban, Global Equity Gauge Alliance & Health Systems Trust (http://www.gega.org.za/download/gega_gauge.pdf, accessed 5 May 2008).
- Geiger H (1984). Community health centres. In: Sidel V, Sidel R, eds. *Reforming medicine: lessons of the last quarter century*. New York: Pantheon Books, pp. 11-31.
- Geiger H (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health*, 92:1713-1716.
- Gender Promotion Programme ILO (2001). Promoting gender equality – a resource kit for trade unions. Geneva, International Labour Organization. (http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eeo/tu/tu_toc.htm, accessed 5 May 2008).
- GKN (2007). *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution*. Final report of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Glasier A et al. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368:1595-607.
- Glenday G (2006). *Toward fiscally feasible and efficient trade liberalization*. Durham, NC, Duke Center for Internal Development, Duke University.
- Glewwe P, Zhao M & Binder M (2006). *Achieving universal basic and secondary education: how much will it cost?* Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (<http://www.amacad.org/publications/Glewwe.pdf>, accessed 4 September 2007).
- Global Forum for Health Research (2006). *Monitoring financial flows for health research: the changing landscape of health research for development*. Geneva, Global Forum for Health Research. (http://www.globalforumhealth.org/filesupld/monitoring_financial_flows_06/Financial%20Flows%202006.pdf, accessed 9 May 2008).
- Goetz A & Gaventa J (2001). *Bringing citizen voice and client focus into service delivery*. Brighton, UK, Institute of Development Studies. (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp138.pdf>, accessed 27 June 2007) (Institute of Development Studies Working Papers – 138).
- Gordon R & Lei W (2005). *Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation, 2005*. University of California San Diego and University of Virginia (<http://econ.ucsd.edu/~rogordon/puzzles16.pdf>, accessed February 2008).
- Gostin L (2007). The 'Tobacco Wars' – global litigation strategies. *JAMA*, 298:2537-2539.
- Gostin LO, Boufford JI & Martinez RM (2004). The future of the public's health: vision, values, and strategies. *Health Affairs*, 23:96-107.
- Gottret P & Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank.
- Govender V & Penn-Kekana L (2007). *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Government of Canada (2007). *Tripartite First Nations Health Plan*. Vancouver, The First Nations Leadership Council, Government of Canada and Government of British Columbia.
- Graham H (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25:47-56.
- Graham H & Kelly MP (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London, Health Development Agency. (<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502453>, accessed 5 May 2008).
- Graham WJ et al. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 363:23-27.

- Grantham-McGregor SM et al. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*, 338:1-5.
- Grantham-McGregor SM et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.
- Grimsrud B (2002). *The next steps. Experiences and analysis of how to eradicate child labour*. Oslo, Fafo.
- Grown C, Gupta GR & Pande R. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365:541-543.
- Gupta S, Verhoeven M & Tiongson ER (2003). Public spending on health care and the poor. *Health Economics*, 12:685-696.
- Gwatkin D & Deveshwar-Bahl (2001). *Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing countries*. New York, World Bank.
- Gwatkin D, Bhuiya A & Victoria C (2004). Making health care systems more equitable. *Lancet*, 364:1272-1280.
- Gwatkin D, Wagstaff A & Yazbeck A, eds. (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why*. Washington DC, World Bank.
- Gwatkin DR et al. (2007). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, World Bank.
- Halstead S, Walsh J & Warren K (1985). *Good health at low cost*. New York, Rockefeller Foundation.
- Hamdad M (2003). *Valuing households' unpaid work in Canada, 1992 and 1998: trends and sources of change*. Ottawa: Statistics Canada.
- Hanlon P, Walsh D & Whyte B (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- Hargreaves S (2000). Call for increased commitment to promote reproductive health of refugees. *Lancet*, 356:1910.
- Harris E (2007). *NSW Health HIA Capacity Building Program: mid-term review*. Sydney, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales.
- Harris E, Harris P & Kemp L (2006). *Rapid equity focused health impact assessment of the Australia Better Health Initiative: assessing the NSW components of priorities 1 and 3*. Sydney, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity.
- Hartmann H, Allen K & Owens C (1999). *Equal pay for working families; national and state data on the pay gap and its costs*. Washington, Institute for Women's Policy Research. (<http://www.aflcio.org/issues/jobseconomy/women/equalpay/EqualPayForWorkingFamilies.cfm>, accessed 28 May 2008).
- Hawkes C (2002). Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review. In: *Globalization, diets and non-communicable diseases*. Geneva, World Health Organization.
- Hawkes C et al. (2007). Globalisation, food and nutrition transitions. Background paper of the Globalisation Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Hayward D (2007). Tackling health inequalities in England – policy development and progress. Case study prepared by Department of Health UK for the Commission on Social Determinants of Health. London, Department of Health.
- Health Disparities Task Group (2004). Reducing health disparities – role of the health sector. Discussion paper. Ottawa, Public Health Agency Canada. (http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf, accessed 11 April 2008).
- Health Inequalities Unit (2008). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the Programme for Action*. London: Department of Health.
- Health Metrics Network (nd). *Assessing the National Health Information System: an assessment tool*. Geneva, Health Metrics Network (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html>, accessed 5 May 2008).
- Health Systems Trust (nd). *The South African equity gauge*. Durban, Health Systems Trust (<http://www.hst.org.za/generic/28>, accessed 9 May 2008).
- Healy J (2004). *Housing, fuel poverty and health. a pan-European analysis*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.
- HelpAge International (2006a). *Why social pensions are needed now*. London, HelpAge International (www.helpage.org/Resources/Briefings/main_content/LVqT/Pensionbriefing_web.pdf, accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (2006b). *Social pensions in Bolivia*. London, HelpAge International (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/Socialprotection/PensionWatch/Bolivia>, accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (2007). *Jakarta forum highlights importance of social protection*. London, HelpAge International (<http://www.helpage.org/News/Latestnews/KQKY>, accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (nd). *Social pensions in low and middle income countries*. London, HelpAge International. (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch/Feasibility>, accessed 5 May 2008).
- Heymann J (2006). *Forgotten families: ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. Oxford, Oxford University Press.
- HIFX (2007). Global foreign exchange turnover. Windsor: HIFX Foreign Exchange. (http://www.hifx.co.uk/marketwatch/market_news/headlines/uk_Daily_Global_Foreign_Exchange_turnover_rises_to_USD_3,-d-,2%20trillion.aspx, accessed 20 March 2008).
- Hillman D, Kapoor S & Spratt S (2006). *Taking the next step: implementing a currency transaction development levy*. Oslo, Norwegian Ministry of Foreign Affairs.
- Homedes N & Ugalde A (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71:83-96.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:745-754.
- Houweling TAJ (2007). *Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle income countries* [thesis]. Rotterdam, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam (<http://hdl.handle.net/1765/11023>, accessed 5 May 2008).

- Houweling TAJ et al. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich. A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 34:1257-1265.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an HSKN (2007). *Final report of the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- Huisman M, Kunst AE & Mackenbach JP (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*, 57:861-873.
- Hunt P (2003). *Panel discussion on the rights to sexual and reproductive health*. Ottawa: Action Canada pour la Population et le Développement. (<http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/csih/articleid/223>, accessed 17 April 2008).
- Hunt P (2006). *Economic, social and cultural rights: report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Addendum: mission to Uganda*. UN Economic and Social Council, New York, United Nations (http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Uganda.pdf, accessed March 08).
- Hunt P (2007). Right to the highest attainable standard of health. *Lancet*, 370:369-371.
- Hutchison B, Abelson J & Lavis JN (2001). Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20:116-131.
- Hutton G (2004). *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. London, DFID Health Systems Resource Centre.
- Huxley VH (2007). Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently. *Advances in Physiology Education*, 31:17-22.
- IDMC (2007). *Internal displacement: global overview of trends and developments in 2006*. Geneva, Internal Displacement Monitoring Centre.
- ILO (2002). *Women and men in the informal economy: a statistical picture*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2003). *ILO launches global campaign on social security for all*. Geneva, International Labour Organization (http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_005285/index.htm, accessed 8 May 2008).
- ILO (2004a). Resolution concerning the promotion of gender equality, pay equity and maternity protection. 92nd Session of the International Labour Conference. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2004b). *Breaking through the glass ceiling: women in management. Update 2004*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2005). *Decent work – safe work*. Introductory report to the XVIIth World Congress on Safety and Health at Work, 2005. Geneva, International Labour Organization (www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf, accessed 3 March 2008).
- ILO (2006a). *The end of child labour: within reach*. Global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work 2006. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2006b). Facts on labour migration. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007a). *The end of child labour: millions of voices, one common hope. World of work, No. 61*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007b). *The decent work agenda in africa: 2007-2015*. Report of the Director-General to the Eleventh African Regional Meeting, Addis Ababa, April 2007. Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--webdev/documents/publication/wcms_082282.pdf, accessed 5 May 2008).
- ILO (2008). *Global employment trends*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (nd). *In Africa*. Web page of the Social Security Department. Geneva, International Labour Organization. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/projects/africa.htm>, accessed 21 February 2008).
- ILOLEX (2007). International Labour Standards [online database]. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/ilolex/english/>, accessed December 2007).
- Indian Government (1992). The Constitution (Seventy-Second Amendment) Act, 1992. (<http://indiacode.nic.in/coiweb/fullact1.asp?tfm=73>, accessed March 08).
- Indigenous Health Group (2007). Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications. Presented at the Adelaide Symposium of the Commission on Social Determinants of Health.
- Ingleby D et al. (2005). The role of health in integration. In: Fonseca L & Malheiros J, eds. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 state of the art report. Lisbon, Centro de Estudos Geográficos.
- IOM (2006). *Migration health annual report 2006*. Geneva, International Office of Migration.
- IPCC (2007). *Climate change 2007: the physical science basis*. New York, Cambridge University Press.
- Irwin A & Scali E (2005). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. Background document for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- IUHPE (2007). Shaping the future for health promotion: priority actions. *Promotion and Education*, 14:199-202.
- IUHPE/CEU (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part 2 Evidence book*. Vanves: International Union for Health Promotion and Education.
- Iyer A, Sen G & Östlin P (2007). *The intersections of gender and class in health status and health care*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Jacobs G, Aeron-Thomas A & Astrop A (2000). *Estimating global road fatalities*. Wokingham: Transport Research Laboratory (TRL Report 445).

- Jaglin S (2002). The right to water versus cost recovery: participation, urban water supply and the poor in sub-Saharan Africa. *Environment and Urbanization*, 14:231-245.
- Jolly R (1991). Adjustment with a human face: a UNICEF record and perspective on the 1980s. *World Development*, 19:1807-1821.
- Jubilee Debt Campaign (2007). *Debt and education*. London, Jubilee Debt Campaign (<http://www.jubileedebtcampaign.org.uk/Debt%20and%20Education+3198.twl>, accessed 29 May 2008).
- JUNJI (nd). JUNJI website [in Spanish]. Santiago, Junta Nacional de Jardines Infantiles (<http://www.junji.cl>, accessed 14 May 2008).
- Kark SL & Kark E (1983). An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Israel Journal of Medical Science*, 19:707-713.
- Kelly MP et al. (2006). *Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health*. Background document of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Kemp M (2001). *Corporate social responsibility in Indonesia: quixotic dream or confident expectation?* Geneva, UNRISD (Technology, Business and Society Programme Paper Number 6).
- Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383-388.
- Kickbusch I (2007). Health promotion: not a tree but a rhizome. In: O'Neill M et al., eds. *Health promotion in Canada: critical perspectives*, 2nd ed. Toronto, Canadian Scholars Press Inc.
- Kickbusch I & Payne L (2004). *Constructing global public health in the 21st century*. Presented to the Meeting on Global Health Governance and Accountability, 2-3 June 2004, Harvard University, Cambridge, MA. (<http://www.ilonakickbusch.com/en/global-health-governance/GlobalHealth.pdf>, accessed 28 May 2008).
- Kickbusch I, Wait S & Maag D (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. London, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. (http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf, accessed 5 May 2008).
- Kida T & Mackintosh M (2005). Public expenditure allocation and incidence under health care market liberalization: a Tanzanian case study. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 17.
- Kim IH et al. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63:566-74.
- Kivimäki M et al. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158:663-668.
- Kivimäki M et al. (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:431-442.
- KNUS (2007). *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Koçak AA (2004). *Evaluation report of the Father Support Program*. Istanbul: Mother Child Education Foundation.
- Koivusalo M & Mackintosh M (2005). Health systems and commercialisation: in search of good sense. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, pp. 3-21.
- Korpi W (2001). Contentious institutions: an augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society*, 13:235-283.
- Korpi W & Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in Western countries. *American Sociological Review*, 63:661-687.
- Kunst AE & Mackenbach JP (1994). *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Kurowski C, Wyss K & Abdulla S (2007). Scaling up priority health interventions in Tanzania – the human resources challenge. *Health Policy and Planning*, 22:113-127.
- Lagarde M & Palmer P (2006). *Health financing. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access for poor people*. Presented to the meeting of the Alliance for Health Policy and Systems Research, Khon Kaen, Thailand. (<http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf>, accessed 4 May 2007).
- Landers C (2003). *Early learning and the transition to school: implications for girls' education*. New York, UNICEF.
- Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights (2007). *Shaking the movers: speaking truth to power: civil and political rights of children*. Ottawa, Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights.
- Lang T, Rayner G & Kaelin E (2006). *The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies*. London, Centre for Food Policy, City University.
- Langer A (2006). Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*, 368:1552-1554.
- Leon DA et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383-388.
- Levine R (2004). *What's worked? Accounting for success in global health*. Washington, DC, Centre for Global Development.
- Levine R et al. (2008). *Girls count: a global investment and action agenda*. Washington, DC, Center for Global Development.
- LHC (2000). *The London Health Strategy 2000*. London: London Health Commission.
- Lister J (2007). *Globalisation and health care systems change*. Background document of the Health Care Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health.
- Locke K (2004). Opportunities for inter-sector health improvement in new Member States. In: McKee M et al., eds. *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead,

Open University Press.

Locke K (2006). *Health impact assessment of foreign and security policy*. Background paper: the role of health impact assessment. London, Nuffield Foundation.

Loewenson R (2003). *Civil society – state interactions in national health care systems*. Annotated bibliography on civil society and health. Harare: WHO/Training and Research Support Center (TARSC). (<http://www.tarsc.org/WHOCESI/>, accessed 26 June 2007).

Loftus AJ & McDonald DA (2001). Of liquid dreams: a political ecology of water privatization in Buenos Aires. *Environment and Urbanization*, 13:179–200.

Logie DE (2006). An affordable and sustainable health service for Africa in the 21st century. Ottawa, International Development Research Center (http://www.crdi.ca/es/ev-99716-201-1-DO_TOPIC.html, accessed 28 May 2008).

Lokshin M et al. (2005). Improving child nutrition? The Integrated Child Development Services in India. *Development and Change*, 36:613–640.

Lopez A et al., eds. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Oxford: Oxford University Press and World Bank.

Luciano D, Esim S & Duvvury N (2005). How to make the law work? Budgetary implications of domestic violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean. *Journal of Women, Politics & Policy*, 27:123–133.

Lundberg O et al. (2007). *The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS)*. Report for the Commission on Social Determinants of Health. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS).

Lynch RG (2004). *Exceptional returns: economic, fiscal, and social benefits of investment in early childhood development*. Washington, DC, Economic Policy Institute.

McCoy D et al. (2004). Pushing the international health research agenda towards equity and effectiveness. *Lancet*, 364:1630–1631.

McDonald D & Smith L (2004). Privatising Cape Town: from apartheid to neo-liberalism in the mother city. *Urban Studies*, 41:1461–1484.

McGillivray M et al. (2005). *It works; it doesn't; it can, but that depends...: 50 years of controversy over the macroeconomic impact of development aid*. Helsinki, World Institute for Development Economics Research (Research Paper No. 2005/54).

Macinko J et al. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:13–19.

Mackenbach JP (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Rotterdam: ErasmusMC University Medical Center Rotterdam.

Mackenbach JP & Bakker MJ (2003). For the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: an analysis of recent European experiences. *Lancet*, 362:1409–1414.

Mackenbach JP & Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 44:757–771.

Mackenbach JP, Meerdink WJ & Kunst AE (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg: European Commission.

McKinnon R (2007). Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. In: *International Social Security Association. Developments and trends: supporting dynamic social security*. World Social Security Forum, 29th ISSA General Assembly, Geneva, International Social Security Association, pp. 31–37 (<http://www.issa.int/pdf/publ/2DT07.pdf>, accessed 5 May 2008).

McMichael AJ et al. (2007). Food, livestock production, energy, climate change and health. *Lancet*, 370:55–65.

McMichael AJ et al. (2008). Global environmental change and health: impacts, inequalities, and the health sector. *BMJ*, 336:191–194.

Macpherson AK et al. (2002). Impact of mandatory helmet legislation on bicycle-related head injuries in children: a population-based study. *Pediatrics*, 110:e60–e65.

Madsen PR (2006). Contribution to the EEO Autumn Review 2006 'Flexicurity'. Denmark: European Employment Observatory.

Magnussen L, Ehiri J & Jolly P (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23:167–176.

Mahapatra P et al. (2007). Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 370:1653–1663.

Mandel S (2006). *Debt relief as if people mattered: a rights-based approach to debt sustainability*. London, New Economics Foundation.

Marmot M (2004). *The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy*. London, Bloomsbury.

Marmot M (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370:1153–1163.

Marmot M & Wilkinson RG, eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.

Marshall TH (1950). *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press.

Martens J (2007). Strengthening domestic public finance for poverty eradication. *Development*, 50:56–62.

Mathers CD & Loncar D (2005). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: data sources, methods and results*. Evidence and information for Policy Working Paper. Geneva, World Health Organization.

MDG Report (2007). The Millennium Development Goals report 2007. New York, United Nations (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, accessed 13 May 2008).

Mehta L & Madsen BL (2005). Is the WTO after your water? The General Agreement on Trade in Services (GATS) and poor people's right to water. *Natural Resources Forum*, 29:154–164.

MEKN (2007a). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

MEKN (2007b). *Constructing the evidence base on the social*

- determinants of health: a guide*. Background document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Meng Q (2007). *Developing and implementing equity-promoting health care policies in China*. Background paper for the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Mercado S et al. (2007). Urban poverty: an urgent public health issue. *Journal of Urban Health*, 84:i7-i15.
- Micheletti M & Stolle D (2007). Mobilizing consumers to take responsibility for global social justice. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 611:157-175.
- Millennium Villages Project (nd). Millennium Promise website. New York, Millennium Promise (<http://www.millenniumpromise.org>, accessed 8 February 2008)
- Mills A (2007). *Strategies to achieve universal coverage*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Ministries of the Economy (2006). *Solidarity and globalisation*. Paris Conference on Innovative Development Financing Mechanisms, 28 February-1 March 2006. Paris, Government of France.
- Mishra P & Newhouse D (2007). *Health aid and infant mortality*. Washington, DC, IMF (Working Paper 07/100).
- Mitlin D (2007). Finance for low-income housing and community development. *Environment and Urbanization*, 19:331.
- Mizunoya S et al. (2006). *Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: first results of a modelling exercise*. Issues in Social Protection, Geneva, Social Security Department, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1527sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Discussion paper 17).
- Mongella G (1995). Address by the Secretary-General of the 4th World Conference on Women at the formal opening of the Plenary Session 4th September 1995 (<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/conf/una/950904201423.txt>, accessed 5 May 2008).
- Montgomery MR et al., eds. (2004). *Cities transformed: demographic change and its implications in the developing world*. London, Earthscan.
- Morris JN & Deeming C (2004). Minimum incomes for healthy living (MIHL): next thrust in UK social policy? *Policy & Politics*, 32:441-454.
- Morris JN et al. (2000). A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:885-889.
- Morris JN et al. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*, 36:1300-7.
- Moser K, Shkolnikov V & Leon DA (2005). World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:202-209.
- Muntaner C et al. (1995). Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. *American Journal of Epidemiology*, 142:183-190.
- Murphy M et al. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *American Journal of Public Health*, 96:1293-1299.
- Murray CJL et al. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3:1513-1525.
- Murray CJ et al. (2007). Validation of the symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLoS Medicine*, 4:e327.
- Murthy R (2007). *Accountability to citizens on gender and health*. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Musgrove P (2006). *Disability in late middle age and after in low and middle-income countries: a summary of some findings from the Disease Control Priorities Project (DCPP)*. Paper prepared for the Behavioral and Social Research Program. Washington, DC, National Institute on Aging.
- Mustard JF (2007). Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In: Young ME, Richardson LM, eds. *Early child development: from measurement to action*. Washington, DC, World Bank, pp. 43-71.
- Musuka G & Chingombe I (2007). *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa*. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- NAS Panel on Aging (2006). Panel on Aging of the National Academies Committee on Population, convened for the Commission on Social Determinants of Health, August 2006. Washington, DC, National Institute on Aging.
- National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>, accessed 7 March 2008).
- Newman L et al. (2007). *A rapid appraisal case study of South Australia's Social Inclusion Initiative*. Paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- NHF (2007). *Building health. Creating and enhancing places for healthy, active lives: blueprint for action*. London, UK National Heart Forum.
- NHS (2000). *The London Health Strategy*. London, NHS Executive London Regional Office.
- Nicholson A et al. (2005). Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women—a life course approach. *Social Science and Medicine*, 61:2345-54.
- Nissanke M (2003). Revenue potential of the Tobin Tax for Development Finance: a critical appraisal. In: Atkinson A, ed. *New sources of development finance*. Oxford, Oxford University Press for UNU-WIDER.
- NNC (2001). *Smart growth for neighborhoods: affordable housing and regional vision*. USA, National Neighborhood Coalition.
- O'Donnell O et al. (2005). *Who benefits from public spending on health care in Asia?* Rotterdam and Colombo: Erasmus University and IPS. (<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP3.pdf>, accessed 12 October 2006) (EQUITAP Project Working Paper #3).
- O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending

- on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93-123.
- ODI (1999). *Global governance – an agenda for the renewal of the United Nations*. London, Overseas Development Institute.
- OECD (2001). *Starting strong: early childhood education and care*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OECD (2005). *From employment to work*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Office of the Mayor (2007). Mayor Bloomberg and major philanthropic foundations unveil size, scope, and schedule of Opportunity NYC, the nation's first-ever conditional cash transfer program. Press release, 29 March. New York: Office of the Mayor. (<http://www.nyc.gov>, accessed 5 May 2008).
- Ogawa S, Hasegawa T & Carrin G (2003). Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18:270-278.
- Oldfield S & Stokke K (2004). *Building unity in diversity: social movement activism in the Western Cape Anti-Eviction Campaign*. A case study for Globalisation, Marginalisation and New Social Movements in post-Apartheid South Africa. Durban, University of KwaZulu-Natal. (<http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Oldfield%20&%20Stokke%20WCAEC%20Research%20Report.pdf>, accessed March 2008)
- Ooi GL & Phua KH (2007). Urbanization and slum formation. *Journal of Urban Health*, 84:i27-i34.
- Ooms G & Schrecker T (2005). Viewpoint: expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet*, 365:1821-1823.
- Oxfam (2002). *Milking the CAP: how Europe's dairy regime is devastating livelihoods in the developing world*. London, Oxfam. (Briefing Paper 34).
- Oxfam Great Britain (2000). *Tax havens: releasing the hidden billions for poverty eradication*. Oxford, Oxfam.
- Paes de Barros R et al. (2002). *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. Santiago: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- PAHO (2001). *Investment in health*. Washington, DC, Pan-American Health Organization (Social and Economic Returns Scientific and Technical Publication No.582).
- PAHO (2005). PAHO Healthy Municipalities, Cities and Communities. *Bulletin of the Healthy Settings Units*, 1 (<http://www.paho.org/English/ad/sde/municipios.htm>, accessed 10 May 2008).
- PAHO (2006). *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela*. Caracas, Pan-American Health Organization.
- PAHO (2007). *Renewing primary health care in the Americas*. A position paper of the Pan American Health Organization. Washington, DC, Pan-American Health Organization (<http://www.paho.org/English/AD/THS/primaryHealthCare.pdf>, accessed 27 June 2007).
- Pal K et al. (2005). *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/1023sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, discussion paper 13).
- Palmer N et al. (2004). Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370.
- Parent-Thirion A et al. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Partnership for Child Development (nd). A FRESH start to improving the quality and equity of education. London, Partnership for Child Development. (www.freshschools.org, accessed 13 May 2008).
- Pasha O et al. (2003). The effect of providing fansidar (sulfadoxine-pyrimethane) in schools on mortality on school-age children in Malawi. *Lancet*, 361:577-578.
- Patel V et al. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*, 328:820-823.
- Paul J & Nahory C (2005). *Theses towards a democratic reform of the UN Security Council*. New York, Global Policy Forum.
- Paxson C & Schady N (2007). *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*. Washington, DC, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/03/000016406_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf, accessed 5 May 2008) (Impact Evaluation Series No. 15. World Bank Policy Research Working Paper 4226).
- Petchesky RP & Laurie M (2007). *Gender, health and human rights in sites of political exclusion*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PHAC (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- PHAC & WHO (2008). *Enhancing health and improving health equity through cross-sectoral action: an analysis of national case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- PHM (2000). *People's charter for health*. Cairo: People's Health Movement.
- PHM, Medact & GEGA (2005). *Global Health Watch, 2005-2006: an alternative world health report*. London, Zed Books.
- Picciotto R (2004). *Institutional approaches to policy coherence for development*. OECD Policy Workshop May 2004. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Pierson P (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94:251-267.
- Pierson P (2001). Investigating the welfare state at century's end. In: Pierson P, ed. *The new politics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press, pp. 1-14.
- Pogge T (2008). Growth and inequality: understanding recent trends and political choices. *Dissent Magazine* [online], (<http://dissentmagazine.org/article/?article=990>, accessed 10 April 2008).
- PPHCKN (2007a). *Inequities in the health and nutrition of children*. Report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007b). *Alcohol and social determinants of health*. Report from the alcohol node to the Priority Public Health

- Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007c). Interim report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007d). *Social determinants of mental disorders*. Report from the mental health node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Prince M et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370:859-877.
- Prüss-Üstün A & Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization.
- Public Health Agency of Canada (nd). *Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-eng.php>, accessed 14 May 2008).
- Quan J (1997). *The important of land tenure to poverty eradication and sustainable development in Africa. Summary of findings*. Chatham, UK, National Resources Institute (<http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/landrights/downloads/quanpov.rtf>, accessed 30 April 2008).
- Quartey P (2005). *Innovative ways of making aid effective in Ghana: tied aid versus direct budgetary support*. Helsinki, UNU-WIDER (WIDER Research Paper No. 2005/58).
- Rajan R & Subramanian A (2005). *Aid and growth: what does the cross-country evidence really show?* Washington, DC, IMF (IMF Working Paper 05/127).
- Randel J, German A & Ewing D, eds. (2004). *The reality of aid 2004: an independent review of poverty reduction and development assistance, the Reality of Aid Project*. London, IBON Books Manila/Zed Books.
- Ranson M, Hanson K & Oliveira Cruz V (2003). Constraints to expanding access to health interventions: an empirical analysis and country typology. *Journal of International Development*, 15:15-39.
- Ravindran T & de Pinho H, eds. (2005). *The right reforms? Health sector reforms and sexual and reproductive health*. Johannesburg: The Initiative for Sexual and Reproductive Rights and Health Reforms (www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/globalvolume.htm, accessed 27 March 2007).
- Ravindran TKS & Kelkar-Khambete A (2007). *Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Rifkin S & Walt G (1986). Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Social Science and Medicine*, 23:559-566.
- Rihani MA (2006). *Keeping the promise: 5 benefits of girls' secondary education*. Washington, DC, AED Global Learning Group (http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Summary_Book_Girls_Education_MayRIHANI.pdf, accessed 24 September 2007).
- Ritakallio V-M & Fritzell J (2004). *Societal shifts and changed patterns of poverty*. New York: Luxembourg & Syracuse (LIS Working Paper Series, no. 393).
- Roberts H & Meddings DR (2007). *What can be done about the social determinants of violence and unintentional injury*. Background paper of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Rodrik D (2001). *The global governance of trade as if development really mattered*. New York, United Nations Development Programme.
- Romeri E, Baker A & Griffiths C (2006). Mortality by deprivation and cause of death in England and Wales, 1999-2003. *Health Statistics Quarterly*, 32:19-34.
- Rootman I & Gordon-El-Bihbety D (2008). *A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14:32-38.
- Ross CE & Wu C-L (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60:719-745.
- Ruger JP & Kim HJ (2006). Global health inequalities: an international comparison. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:928-936.
- RWJF Commission (2008). *Perceived health challenges in the United States*. National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Sachs J (2004). Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals (MDGs). *Bulletin of the World Health Organization*, 82:947-952.
- Sachs J (2007). Beware false tradeoffs. *Foreign Affairs* [online], (http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs, accessed 14 March 2008).
- Sachs J (2005). *The end of poverty: how we can make it happen in our lifetime?* London, Penguin Books.
- Saltman R, Busse R & Figueras J, eds. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, UK, Open University Press.
- Sanders D (1985). *The struggle for health: medicine and the politics of underdevelopment*. London, Macmillan.
- Sanders D et al. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:757-763.
- Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. London: Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies.
- Schirnding YE (2002). Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet*, 360:632-637.

- Schneider A (2005). Aid and governance: doing good and doing better. *IDS Bulletin*, 36(3).
- Schubert B (2005). *The pilot social cash transfer scheme, Kalomo District – Zambia*. Manchester, Insitute for Development Policy and Management/Chronic Poverty Research Centre (Chronic Poverty Research Centre Working Paper 52).
- Schurmann A (2007). *Microcredit, inclusion and exclusion in Bangladesh*. Background paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Schweinhart L (2004). *The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions*. Ypsilanti, High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart LJ, Barnes HV & Weikart DP (1993). *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age 27*. Ypsilanti, High/Scope Press.
- Scott-McDonald K (2002). Elements of quality in home visiting programmes: three Jamaican models. In: Young ME, ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 233–253.
- SEKN (2007). *Understanding and tackling social exclusion*. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Sen A (1999). *Development as freedom*. New York, Alfred A Knopf Inc.
- Setel PW et al. (2007). A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 370:1569–77.
- SEWA Bank (nd). SEWA Bank web page. Ahmedabad, Self-employed Women's Association (<http://www.sewa.org/services/bank.asp>, accessed 7 April 2008).
- SEWA Social Security (nd). Childcare section of the SEWA Social Security web page. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (<http://www.sewainsurance.org/childcare.htm#Childcare>, accessed 5 May 2008).
- Shaw M (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25:397–418.
- Sheuya S, Howden–Chapman P & Patel S (2007). The design of housing and shelter programs: the social and environmental determinants of inequalities. *Journal of Urban Health*, 84:i98–i108.
- Sibal B (2006). People's power in people's hands: the lesson we need to learn. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:521.
- Siegel P, Alwang J & Canagarajah S (2001). *Viewing microinsurance as a social risk management instrument*. Washington, DC, World Bank (Social Protection Discussion Paper Series, no. 0116).
- SIGN (2006). Newsletter of the Schoolfeeding Initiative Ghana–Netherlands, issue 1. Amsterdam, Schoolfeeding Initiative Ghana–Netherlands (http://www.sign-schoolfeeding.org/_dynamic/downloads/Augustus_2006.doc, accessed 30 April 2008).
- Simmons R & Shiffman J (2006). Scaling up health service innovations: a framework for action. Chapter 2. In: Simmons R, Fajans P & Ghiron L, eds. *Scaling up health services delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Geneva, World Health Organization (<http://www.expandnet.net/volume.htm>, accessed 26 June 2007).
- Smith L & Haddad L (2000). *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute (Research Report No.111).
- Solar O & Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Son M et al. (2002). Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:798–799.
- Stähl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health and the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Standing Committee on Nutrition (nd,a). United Nations System Standing Committee on Nutrition website. Geneva, Standing Committee on Nutrition (<http://www.unsystem.org/SCN/Default>, accessed 4 May 2008).
- Standing Committee on Nutrition (nd,b). *Strategic framework*. Geneva: Standing Committee on Nutrition Secretariat (<http://www.unsystem.org/SCN/Publications/SCN%20Strategic%20Framework%20130407.pdf>, accessed 8 May 2008).
- Stansfeld S & Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:443–462.
- Starfield B (2006). State of the art research on equity in health. *Journal of Health Politics Policy Law*, 31:11–32.
- Starfield B, Shi L & Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83:457–502.
- Stern N (2006). *Stern review: the economics of climate change*. London, HM Treasury.
- Stern N, Dethier J–J & Rogers H (2004). *Growth and empowerment: making development happen*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Stiglitz JE (2002). *Globalization and its discontents*. London, Penguin Books.
- Stiglitz JE (2006). *Making globalization work*. New York, WW Norton.
- Strazdins L, Shipley M & Broom DH (2007). What does family-friendly really mean? Well-being, time, and the quality of parents' jobs. *Australian Bulletin of Labour*, 33:202–225.
- Svensson J (2000). Foreign aid and rent-seeking. *Journal of International Economics*, 51:437–461.
- Swaminathan M (2006). *2006–7 Year of Agricultural Renewal*. 93rd Indian Science Congress, Hyderabad.
- Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850–1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1–37.
- Szreter S (2002). Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92:722–725.

- Szreter S (2004). Health, economy, state and society in modern Britain: the long-run perspective. *Hygiea Internationalis*, 4:205–228 (special issue).
- Szreter S (2007). The right of registration: development, identity registration, and social security—a historical perspective. *World Development*, 35:67–86.
- Tajer D (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93:2023–2027.
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56:295–303.
- Tanzi V (2001). Globalization and the work of fiscal termites. *Finance and Development*, 38.
- Tanzi V (2002). Globalization and the future of social protection. *Scottish Journal of Political Economy*, 49:116–127.
- Tanzi V (2004). Globalization and the need for fiscal reform in developing countries. *Journal of Policy Modeling*, 26:525–542.
- Tanzi V (2005). Social protection in a globalizing world. *Rivista di Politica Economica*, 25–45.
- Tax Justice Network (2005). *Briefing paper – the price of offshore*. Tax Justice Network, UK [online] (http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore.pdf), accessed 27 February 2008).
- The Age (2008). *Text of PM Rudd's 'sorry' address*. Melbourne, The Age (<http://www.theage.com.au/news/national/bfull-textb-pms-sorry-address/2008/02/12/1202760291188.html>), accessed 28 May 2008).
- The Hindu (2008). *Lifeline for the rural poor*. Chennai, The Hindu (<http://www.hindu.com/2008/01/25/stories/2008012555601000.htm>), accessed 30 January 2008).
- Thorson A, Long NH & Larsson LO (2007). Chest X-ray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39:33–37.
- Tolstoy L (1877). *Anna Karenina*. London, Allen Lane/Penguin, 2000.
- Townsend P (2007). *The right to social security and national development: lessons from OECD experience for low-income countries*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.int/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1595sp1.pdf>), accessed 5 May 2008 (Issues in Social Protection, Discussion Paper 18).
- Tudor Hart J (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1:405–12.
- UIS (2008). *75 million children out of school, according to new UIS data*. Paris, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (http://www.uis.unesco.org/ev_en.php?ID=7194_201&ID2=DO_TOPIC), accessed 20 May 2008).
- UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948 (<http://www.un.org/Overview/rights.html>), accessed 28 May 2008).
- UN (2000a). *General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council ([http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)), accessed 1 March 2008).
- UN (2000b). *Millennium Development Goals*. New York, United Nations.
- UN (2001). Africa's capacity to deliver is huge. *Africa Recovery* 15:12 (<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aids3.htm>), accessed 16 May 2008).
- UN (2005). Resolution 60/1 adopted at the World Summit 2005 (60th Session of the General Assembly of the UN). New York, United Nations.
- UN (2006a). *General comment no. 7: implementing child rights in early childhood*. Geneva, United Nations Committee on the Rights of the Child (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>), accessed 8 May 2008).
- UN (2006b). The Status of Women in the United Nations System. United Nations Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/Fact%20sheet%2028%20september.pdf>), accessed 21 February 2008).
- UN Millennium Project (2005). *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. London, Earthscan.
- UNCTAD (2004). *Economic development in Africa – debt sustainability: oasis or mirage*. New York and Geneva, United Nations.
- UNCTAD (2006). *Trade and Development Report 2006: global partnership and national policies for development*. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development.
- UNDESA (2006). *World economic situation and prospects, 2006*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- UNDESA, *Population Division (2006). Population ageing 2006*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>), accessed 5 May 2008).
- UNDP (1998). *Human development report. Consumption for human development*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP (1999). *Human development report. Globalization with a human face*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP (2007). *Fighting climate change: human solidarity in a divided world*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP & Ministry of Planning and Development Cooperation (2005). *Iraq Living Conditions Survey 2004*. Volume I: tabulation report. Baghdad, Central Organisation for Statistics and Information Technology, Ministry of Planning and Development Cooperation.
- UNESCO (2001). *Handbook on effective implementation of continuing education at the grassroots*. Bangkok, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Principal Regional Office for Asia and the Pacific.
- UNESCO (2006a). *Water: a shared responsibility*. The United Nations World Water Development Report 2. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2006b). *Strong foundations: early childhood*

- care and education. EFA Global Monitoring Report 2007. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>, accessed 5 May 2008).
- UNESCO (2007a). *Education for All by 2015: will we make it?* EFA Global Monitoring Report 2008. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2007b). Literacy Initiative for Empowerment LIFE 2006–2015. Vision and strategy paper. Hamburg, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Lifelong Learning.
- UN-HABITAT (2006). *State of the world's cities 2006/7. The millennium development goals and urban sustainability*. Nairobi, UN-HABITAT.
- UN-HABITAT (2007a). UN-HABITAT website. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/>, accessed 10 Dec 2007).
- UN-HABITAT (2007b). *The emerging global order: the city as a catalyst for stability and sustainability*. Address by Executive Director Anna Tibaijuka. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=5389&catid=14&typeid=8&subMenuId=0>, accessed April 30, 2008).
- UNHCR (2005). *Measuring protection by numbers*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (2007). The United Nations Refugee Agency website. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (<http://www.unhcr.org>, accessed December 2007).
- UNICEF (1997). *The role of men in the lives of children*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2000). *The state of the world's children 2001*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2001). *We the children: meeting the promises of the World Summit for Children*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2004). *The state of the world's children 2005: childhood under threat*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2005). *The 'rights' start to life 2005: a statistical analysis of birth registration*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2006). *The state of the world's children 2007. Women and children: the double dividend of gender equality*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007a). *Progress for children: a world fit for children*. New York, United Nations Children's Fund (Statistical Review, Number 7).
- UNICEF (2007b). *Can the Kenyan State put the 300,000 most vulnerable children in the country on a cash transfer programme by the end of 2010?* New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007c). *The state of the world's children 2008: child survival*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (nd,a). *Child protection information sheets*. New York, UNICEF.
- UNICEF (nd,b). Life skills website. New York, UNICEF (<http://www.unicef.org/lifeskills>, accessed 1 May 2008).
- UNICEF (nd,c) *Life skills: a special case for HIV/AIDS preventions*. New York, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7323.html, accessed 1 May 2008).
- UNICEF (nd,d). *Child friendly schools*. New York, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7260.html, accessed 20 March 2008) and *Fact Sheet: The CRC@ 18: its impact on a generation of children*. New York, UNICEF (http://www.unicef.org/media/files/Fact_Sheet.doc, accessed 20 March 2008).
- US Social Security Administration (2004). Social security is important to women. Fact Sheet. Baltimore, MD, Press Office of the Social Security Administration (<http://ssa.gov/pressoffice/factsheets/women.htm>, accessed 5 May 2008).
- Vågerö D (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness*, 17:1–19.
- Van Ginneken W (2003). *Extending social security: Policies for developing countries*. Geneva, International Labour Organization (ESS Paper No. 13).
- Vega J & Irwin A (2004). Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:482–483.
- Vega-Romero R & Torres-Tovar M (2007). *The role of civil society in building an equitable health system*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Victora CG et al. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356:1093–1098.
- Victora CG et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 371:340–357.
- Villaveces A et al. (2000). Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 283:1205–1209.
- Vincent I (1999). Collaboration and integrated services in the NSW public sector. *Australian Journal of Public Administration*, 58:50–54.
- Vlahov D et al. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84:i16–i26.
- Voas RB et al. (2006). A partial ban on sales to reduce high-risk drinking south of the border: seven years later. *Journal of Studies of Alcohol*, 67:746–753.
- Wagstaff A (2003). Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Social Science and Medicine*, 57:1529–1538.
- Wagstaff A (2007). Social health insurance reexamined. Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 4111).
- Wagstaff A et al., (1999). Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics* 72:25.
- Waring M (1988). *If women counted: a new feminist economics*. San Francisco, HarperCollins.
- Waring M (1999). *Counting for nothing: what men value and what women are worth*. Toronto: University of Toronto Press.
- Waring M (2003). Counting for something! Recognizing

- women's contribution to the global economy through alternative accounting systems. *Gender and Development*, 11:35-43.
- Watts S et al. (2007). *Social determinants of health in countries in conflict and crises: the eastern Mediterranean perspective*. Background paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- WGEKN (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient – gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002a). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002b). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005a). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005b). *World health report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005c). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005d). *Bangkok Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005e). *The Health and Environment Linkages Initiative*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/heli/risks/risksmaps/en/index5.html>, accessed May 2008).
- WHO (2006). *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007a). *Medium-term Strategic Plan 2008-2013*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html, accessed 14 February 2008).
- WHO (2007b). *Women's health and human rights: monitoring the implementation of CEDAW*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007c). *World health statistics*. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>, accessed 28 March 2008).
- WHO (2007d). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007e). *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008a). *Monitoring of health-related Millennium Development Goals*. EB 122/33. Executive Board, 122nd session, 22 January 2008. Agenda Item 4.14,.
- WHO (2008b). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008c). *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies and governments can help*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (nd,a). *Cardiovascular diseases: what are cardiovascular diseases?* Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>, accessed 17 March 2008) (Factsheet No 317).
- WHO (nd,b). *Management of substance abuse: alcohol*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html, accessed 15 March 2008).
- WHO (nd,c). *Quick diabetes facts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/diabetes/en/>, accessed 17 March 2008).
- WHO (nd,d). *Child and adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>, accessed 4 May 2008).
- WHO & PHAC (2007). *Improving health equity through intersectoral action*. Geneva, World Health Organization and Public Health Agency of Canada Collaborative Project.
- WHO & UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 28 May 2008).
- WHO et al. (2007). *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, World Health Organization. (http://www.who/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf, accessed 16 July 2008).
- WHO Healthy Cities (nd). *Healthy Cities website*. Copenhagen, World Health Organization (<http://www.euro.who.int/healthycities>, accessed April 10, 2008).
- Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London, Routledge.
- Williams K & Borins EF (1993). *Gender bias in a peer-reviewed medical journal*. *Journal of the American Medical Women's Association*, 48:160-162.
- Wiltshagen T, Tros F & van Lieshot H (2003). *Towards 'flexicurity': balancing flexicurity and security in EU member states*. Invited paper for the 113th World Congress of the International Industrial Relations Association, Berlin.
- Wirth M et al. (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York; CIESIN and UNICEF.
- Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Women and Work Commission (2006). *Shaping a fairer future*. London, Government Equalities Office (http://www.equalities.gov.uk/publications/wwc_shaping_fairer_future06.pdf, accessed 30 April 2008).
- Wood A (2006). *IMF macroeconomic policies and health sector budgets*. Amsterdam: Wemos Foundation.
- Woodward D (2005). *The GATS and trade in health services: implications for health care in developing countries*. *Review of International Political Economy*, 12:511-534.
- Woodward D & Simms A (2006a). *Growth isn't working: the unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth*. London, New Economics Foundation (<http://>

www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwty502022006112929.pdf, accessed 5 May 2008).

Woodward D & Simms A (2006b). *Growth is failing the poor: the unbalanced distribution of the benefits and costs of global economic growth*. New York, United Nations (ST/ESA/2006/DWP/20), based on Woodward D & Simms A (2006a).

Woolf SH et al. (2004). The health impact of resolving racial disparities: an analysis of US mortality data. *American Journal of Public Health*, 94:2078-2081.

Woolf SH et al. (2007). Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *American Journal of Public Health*, 97:679-683.

World Bank (1997). Designing effective safety net programmes. *Poverty Lines*, 7:1-2. (http://www.worldbank.org/html/prdph/lsm/research/povline/pl_n07.pdf, accessed 5 May 2008).

World Bank (1999). *Global development finance*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2006a). *Global monitoring report 2006*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2006b). *World development indicators, 2006*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2007). *Global economic prospects 2007: managing the next wave of globalization*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2008). *The world development report 2008 – agriculture for development*. Washington, DC, World Bank.

World Bank Independent Evaluation Group (2006). *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington, DC, World Bank.

World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004). *A fair globalization: creating opportunities for all*. Geneva, International Labour Organization.

WorldWatch Institute (2007). *State of the world 2007: our urban future*. Washington DC, The WorldWatch Institute.

Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26:972-983.

YouGov Poll (2007). Commissioned by the Fabian Society. London, YOUGOV (<http://www.yougov.com/uk/archives/pdf/fabian%20toplines.pdf>, accessed 20 March 2008).

Young ME (2002). Ensuring a fair start for all children: the case of Brazil. In: Young ME ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 123-142.

Yusuf S et al. (2001). Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104:2746-2753.

Zedillo E et al. (2001). *Recommendations of the High-level Panel on Financing for Development*. New York, United Nations (A/55/1000).

Ziersch A & Baum F (2004). Involvement in civil society groups: is it good for your health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:493-500.

Acronymes

| | | | |
|-------------|--|-------|--|
| ABG | Appui budgétaire général | ESCAP | Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique |
| ACDI | Agence canadienne de développement international | EURO | Bureau régional de l'Europe (OMS) |
| ADPIC | Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle | EVAS | Espérance de vie ajustée sur la santé |
| ADS | Aide au développement pour la santé | EVN | Espérance de vie à la naissance |
| AFRO | Bureau régional de l'Afrique (OMS) | FAO | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture |
| AGCS/ GATS | Accord général sur le commerce des services | FMI | Fonds monétaire international |
| AGTDC/ GATT | Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce | FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la population |
| AIS | Action intersectorielle | G7/8 | Groupe des Sept/Huit |
| AOD | Aide officielle au développement | GEGA | Alliance Mondiale de l'équité sociale |
| BAD | Banque asiatique de développement | GEIEC | Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat |
| CCLAT | Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac | GHI | Initiatives mondiales pour la santé |
| CEDAW | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes | GKN | Réseau de connaissances sur la mondialisation de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé |
| CMS | Commission Macroéconomie et Santé | HCNUR | Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés |
| CNUCED | Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement | HEIA | Evaluation d'impact sur l'équité en santé |
| CPN | Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies | HSKN | Réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé |
| DALY | Années de vie ajustées sur l'incapacité | IDH | Indice du développement humain |
| DFID | Département du développement international | IED | Investissement étranger direct |
| DJE | Développement du jeune enfant | INB | Investissement national brut |
| DSRP/ CSLP | Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté/ Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté | IST | Infektions sexuellement transmissibles |
| DSS | Déterminants sociaux de la santé | KN | Réseau de connaissances |
| ECDKN | Réseau de connaissances sur le développement du jeune enfant de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé | KNUS | Réseau de connaissances sur les milieux urbains de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé |
| ECOSOC | Conseil économique et social | MEKN | Réseau de connaissances sur les instruments de mesure et les éléments d'appréciation de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé |
| EDS | Enquêtes démographiques et sanitaires | MGF | Mutilation génitale des femmes |
| EIS | Evaluation de l'impact sanitaire | MTEF | Cadres de dépenses à moyen terme |
| EMCONET | Réseau de connaissances sur les conditions d'emploi de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé | OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| EMRO | Bureau régional de la Méditerranée orientale (OMS) | OIM | Organisation internationale pour les migrations |
| | | OIT | Organisation internationale du Travail |
| | | OMC | Organisation mondiale du Commerce |

| | |
|-------------|---|
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONU | Nations Unies |
| ONU-HABITAT | Programme des Nations Unies pour les établissements humains |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| OPS | Organisation panaméricaine de la santé |
| PAM | Programme alimentaire mondial |
| PAS | Programme d'ajustement structurel |
| PCIME | Stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance |
| PEPFAR | Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PNB | Produit national brut |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le développement |
| PPHCKN | Réseau de connaissances sur les affections prioritaires en santé publique de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé |
| PPTE | Pays pauvres très endettés |
| SEARO | Bureau régional de l'Asie du Sud-Est (OMS) |
| SEKN | Réseau de connaissances sur l'exclusion sociale de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé |
| SEWA | Association indienne des femmes indépendantes |
| SSP | Soins de santé primaires |
| SST | Santé et sécurité au travail |
| UE | Union européenne |
| UNESCO | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| UNRISD | Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social |
| UNSNA | Système des Nations Unies des comptes nationaux |
| VIH/SIDA | Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise |
| WGEKN | Réseau de connaissances sur la femme et l'équité entre les sexes de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé |
| WPRO | Bureau régional du Pacifique occidental (OMS) |

LISTE DES ENCADRES, DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Encadrés

| | | | |
|---------------|---|---------------|---|
| Encadré 3.1 : | Inégalités et peuples autochtones – Effets conjugués des politiques | Encadré 6.6: | Le projet London congestion charge (péage urbain de Londres) |
| Encadré 3.2: | Rendement de l'investissement dans la santé, au Canada | Encadré 6.7: | Healthy by design (salubre de par sa conception) à Melbourne en Australie : un outil de planification innovateur pour le développement d'environnements sûrs, accessibles et attrayants |
| Encadré 5.1: | Exemple de mécanisme interinstitutions- Le Comité permanent de la nutrition (CPN) du système des Nations Unies | Encadré 6.8: | Le Forum de sécurité alimentaire, d'agriculture et d'animaux d'élevage de Nairobi et de ses alentours (NEFSALF) |
| Encadré 5.2: | Encourager la lecture à haute voix aux États-Unis | Encadré 6.9: | Mobilisation de la communauté contre la violence au Brésil |
| Encadré 5.3: | Une approche globale pour aborder les défis du développement du jeune enfant en Jamaïque | Encadré 6.10: | Agriculture durable en Inde |
| Encadré 5.4: | Commencer les interventions avant la conception – Les services intégrés de développement de l'enfant (ICDS) en Inde | Encadré 6.11: | Le comité du Bangladesh pour le développement rural (Bangladesh rural advancement committee – BRAC) et les microcrédits |
| Encadré 5.5: | Atteindre les communautés marginalisées aux Philippines | Encadré 6.12: | Services de santé ruraux en Thaïlande |
| Encadré 5.6: | Services universels de développement de l'enfant à Cuba | Encadré 7.1: | Travail et santé chez les paysans sans terre et les petits agriculteurs du Brésil |
| Encadré 5.7: | S'appuyer sur des programmes et des services existants pour le développement du jeune enfant | Encadré 7.2: | Népal – Travail des enfants |
| Encadré 5.8: | Elaboration du programme de développement du jeune enfant axé sur la structure des villages dans la République démocratique populaire du Laos | Encadré 7.3: | Programme national indien de garantie de l'emploi en zones rurales |
| Encadré 5.9: | Les objectifs de l'éducation pour tous de l'Unesco | Encadré 7.4: | Salaire de base pour une vie saine |
| Encadré 5.10: | Approches nationales de l'éducation préscolaire | Encadré 7.5: | Flexibilité et apprentissage tout au long de la vie au Danemark |
| Encadré 5.11: | Ecoles amies des enfants | Encadré 7.6: | Renforcement du contrôle gouvernemental de la sous-traitance |
| Encadré 5.12: | Au Kenya – Suppression des frais de scolarité | Encadré 7.7: | Fair-wear – Action des travailleurs et de la société civile |
| Encadré 5.13: | Nécessité d'une éducation de qualité en Afrique subsaharienne | Encadré 7.8: | Action à l'échelle nationale pour résoudre les problèmes liés au stress professionnel |
| Encadré 6.1: | Amélioration des conditions de vie et sécurité d'occupation des terres en Thaïlande | Encadré 8.1: | Renforcement des systèmes de protection sociale en cas de crise économique – Le cas de la République de Corée |
| Encadré 6.2: | Programme de dégrèvement fiscal en Californie | Encadré 8.2: | Stratégie nationale pour l'éradication de la pauvreté infantile au Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord |
| Encadré 6.3: | Côte sud de l'Angleterre : un essai randomisé d'amélioration et d'assainissement des logements | Encadré 8.3: | Pension sociale universelle – Bolivie |
| Encadré 6.4: | Assainissement des taudis en Inde | Encadré 8.4: | Promotion de la responsabilisation vis-à-vis des personnes âgées et allocation de pensions – Bangladesh |
| Encadré 6.5: | Amélioration à travers toute la ville en Tanzanie | Encadré 8.5: | Revenu minimum pour une vie saine |
| | | Encadré 8.6: | Oportunidades – Transfert en espèces soumis à des conditions |
| | | Encadré 8.7: | Système de pension sociale universelle au Lesotho |

| | | | |
|----------------|--|----------------|--|
| Encadré 8.8: | Mise en place d'un système de sécurité sociale contributif en Inde | Encadré 11.1: | Croissance économique mondiale et répartition favorable aux pauvres |
| Encadré 9.1: | Thaïlande – Assurer des soins de santé universels | Encadré 11.2: | Aide mondiale et besoin mondial |
| Encadré 9.2: | Soins de santé primaires, niveau de soins primaire et santé de la population | Encadré 11.3: | Volatilité de l'aide |
| Encadré 9.3: | Exemples de stratégies d'autonomisation sociale | Encadré 11.4: | Aide et VIH/SIDA |
| Encadré 9.4: | Soins de santé primaires sur le plan urbain – Bangladesh | Encadré 11.5: | Allègement de la dette et dépenses sociales |
| Encadré 9.5: | Action gouvernementale pour une reddition des comptes dans les soins de santé | Encadré 11.6: | Renforcer les impôts nationaux et les taxes internationales |
| Encadré 9.6: | Brésil – Le programme de santé familiale (PSF) | Encadré 11.7: | Concurrence fiscale et 'termes fiscaux' |
| Encadré 9.7: | Equité et protection | Encadré 11.8: | La Facilité internationale de financement pour la vaccination |
| Encadré 9.8: | Financement progressif des soins de santé – Données factuelles des pays à revenu moyen | Encadré 11.9: | Améliorer la cohérence de l'aide – Opter pour l'appui budgétaire général |
| Encadré 9.9: | Assurance maladie obligatoire au Ghana | Encadré 11.10: | Renforcer le Document de Stratégie pour la réduction de la pauvreté |
| Encadré 9.10: | Thaïlande – Soins de santé universels financés par les impôts | Encadré 11.11: | Financer l'action portant sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé |
| Encadré 9.11: | Assurance sociale maladie | Encadré 11.12: | Répartir les fonds équitablement – Approche basée sur la jauge de l'équité |
| Encadré 9.12: | Ouganda – Imposition et abolition des frais payés par l'utilisateur | Encadré 12.1: | Représentation au sein de la commission du Codex Alimentarius |
| Encadré 9.13: | Dépenses directes et équité en santé | Encadré 12.2: | Privatisation de l'eau en Argentine et Bolivie |
| Encadré 9.14: | Juguler la fuite interne des cerveaux en Thaïlande | Encadré 12.3: | Les coûts du tabagisme |
| Encadré 9.15: | Allègement de la dette, réduction de la pauvreté et salaires des personnels de santé | Encadré 12.4: | Organisation mondiale de la Santé: outils de diagnostic et manuel d'accompagnement sur le commerce et la santé – une priorité pour 2008/2009 |
| Encadré 9.16: | Initiatives mondiales pour la santé | Encadré 12.5: | Evaluation de l'impact sanitaire (EIS) en Thaïlande |
| Encadré 9.17: | Options politiques pour mettre un terme à la fuite des cerveaux des personnels de santé | Encadré 12.6: | Slovénie – Evaluation de l'impact sanitaire (EIS) des politiques d'agriculture, d'alimentation et de nutrition |
| Encadré 10.1: | Action intersectorielle sur l'obésité | Encadré 12.7: | Accord général sur le commerce des services (AGCS) |
| Encadré 10.2: | Comité zambien de portefeuille parlementaire pour la santé, le développement communautaire et l'aide sociale | Encadré 12.8: | Accord de l'Organisation mondiale du Commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce |
| Encadré 10.3: | Action intergouvernementale sur les inégalités sanitaires au Royaume-Uni | Encadré 12.9: | Sauvegarde de la santé et de l'équité en santé dans les accords |
| Encadré 10.4: | Sri Lanka – Une approche sectorielle cohérente en faveur de la santé | Encadré 12.10: | Participation des autorités de la santé aux négociations commerciales – Gouvernement, société civile et régions |
| Encadré 10.5: | Plan national brésilien pour l'alimentation et la nutrition (PNAN) | Encadré 12.11: | Conception des tarifs d'eau en faveur de l'équité |
| Encadré 10.6: | Approche STEPwise de surveillance de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques | Encadré 12.12: | Règlementation de l'assurance maladie en faveur de l'équité |
| Encadré 10.7: | Contrôler les inégalités sanitaires en Nouvelle-Zélande | Encadré 12.13: | Transformation de l'exploitation de l'industrie textile – Bangladesh |
| Encadré 10.8: | Evaluation de l'impact sanitaire (EIS) de la stratégie pour la santé de Londres | Encadré 12.14: | Protection des moyens de subsistance dans le secteur de l'agriculture |
| Encadré 10.9: | Cuba – Outils pour contrôler et évaluer l'efficacité de l'action intersectorielle | Encadré 12.15: | Règlementation du marché et nutrition – Boissons non alcoolisées |
| Encadré 10.10: | Engagement actif de la communauté touchée – Travailleuses du sexe de Calcutta | Encadré 12.16: | La Convention-cadre pour la lutte |
| Encadré 10.11: | Mouvement à Gerbangmas dans le district de Lumajang en Indonésie – Relance des soins de santé primaires dans le nouveau contexte économique de l'Indonésie | | |

| | | | |
|----------------|--|----------------|--|
| | antitabac (CCLAT) | Encadré 14.9: | Soutien juridique pour un renforcement communautaire – Sewa, Inde |
| Encadré 12.17: | Stratégies de lutte antitabac – Thaïlande | Encadré 14.10: | Japon – Le pouvoir de la communauté |
| Encadré 12.18: | Données à l'appui de la réglementation sur l'alcool | Encadré 14.11: | Participation communautaire au Bangladesh |
| Encadré 12.19: | Stratégies de réglementation sur l'alcool | Encadré 14.12: | Agir sur les droits et le commerce : cas des médicaments anti sida |
| Encadré 12.20: | Renforcer la responsabilité sociale des entreprises – Approche en amont | Encadré 15.1: | Mondialisation – Répercussions politiques qui menacent l'équité en santé |
| Encadré 12.21: | Société civile – Influencer les parties prenantes | Encadré 15.2: | Financement mondial |
| Encadré 13.1: | Correction des mesures sexistes dans le droit de la famille au Kenya | Encadré 15.3: | Conflit mondial |
| Encadré 13.2: | Etablissement de budget pour l'application de lois sur la violence domestique en Amérique latine | Encadré 15.4: | Migration mondiale |
| Encadré 13.3: | Sensibilisation de la société civile sur le droit à la propriété en République-Unie de Tanzanie | Encadré 15.5: | Réforme du Conseil de sécurité |
| Encadré 13.4: | Modification législative concernant les cas de viol au Pakistan | Encadré 15.6: | Il est temps de repenser l'influence économique mondiale |
| Encadré 13.5: | Changement des normes relatives à la mutilation génitale féminine | Encadré 15.7: | Le Conseil économique et social |
| Encadré 13.6: | 'Stepping stones' en Afrique du sud | Encadré 15.8: | L'équité en santé au cœur de la gouvernance mondiale de la santé – Les objectifs du Millénaire pour le développement |
| Encadré 13.7: | Mainstreaming – une stratégie en faveur de la parité des sexes en Suède | Encadré 15.9: | Exclusion sociale – 'Méthode ouverte de coordination' de l'Union européenne |
| Encadré 13.8: | Intégration d'une démarche soucieuse de l'équité entre les sexes dans le gouvernement chilien – Programme d'amélioration de la gestion | Encadré 15.10: | L'Organisation mondiale de la Santé et ONU-habitat |
| Encadré 13.9: | Plaidoyer en faveur de l'équité entre les sexes | Encadré 15.11: | L'Organisation panaméricaine de la santé et l'Organisation internationale du Travail |
| Encadré 13.10: | Estimation du travail non rémunéré à Statistique Canada | Encadré 15.12: | Cadre de l'action unifiée de l'ONU |
| Encadré 13.11: | Les Ganokendras – Centres d'apprentissage populaires au Bangladesh | Encadré 15.13: | Envoyé spécial pour le VIH/SIDA en Afrique |
| Encadré 13.12: | Aider les femmes à renforcer leurs compétences et planifier leur carrière au Royaume-Uni | Encadré 15.14: | Le droit à la santé – Le droit aux bonnes conditions de santé |
| Encadré 13.13: | Le droit à l'égalité de rémunération au Québec, Canada | Encadré 15.15: | Changements institutionnels au niveau des déterminants sociaux dans l'Organisation mondiale de la Santé |
| Encadré 13.14: | Prestation de services d'aide à l'enfance en Inde | Encadré 16.1: | Les statistiques d'état civil sont cruciales pour l'élaboration des politiques |
| Encadré 14.1: | Identité et droits en Bolivie | Encadré 16.2: | Un système de surveillance minimale de l'équité en santé |
| Encadré 14.2: | Législation indienne en faveur des femmes | Encadré 16.3: | Vers un cadre national complet de la surveillance de l'équité en santé |
| Encadré 14.3: | Canada : plan tripartite pour la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique | Encadré 16.4: | Observation des déterminants sociaux de la santé en Angleterre |
| Encadré 14.4: | Constitution ougandaise et participation des citoyens | Encadré 16.5: | Une approche de la surveillance basée sur la « jauge de l'équité » |
| Encadré 14.5: | 'Social inclusion initiative' en Australie-Méridionale | Encadré 16.6: | Mobilisation des communautés dans la mise en œuvre, l'interprétation et le suivi des enquêtes auprès des ménages |
| Encadré 14.6: | Plan de participation statutaire au Royaume-Uni | Encadré 16.7: | Mesures des inégalités en santé au niveau mondial |
| Encadré 14.7: | Budget participatif à Porto Alegre au Brésil | Encadré 16.8: | Mexique – Utilisation des données probantes pour réformer le système de santé national |
| Encadré 14.8: | Barrio Adentro – le droit à la santé et à la participation sociale en République bolivarienne du Venezuela | Encadré 16.9: | Mexique – Utilisation des données probantes pour réformer le système de santé national |

| | | | |
|----------------|---|------------|---|
| Encadré 16.10: | Le pouvoir des données qualitatives dans la compréhension des déterminants sociaux de la santé | Fig. 7.2: | Variation régionale du pourcentage de la population active vivant avec 2 \$US par jour ou moins |
| Encadré 16.11: | Intégration de la sexospécificité dans le programme des études de médecine | Fig. 7.3: | Statut de l'emploi en pourcentage par rapport à l'emploi total dans toutes les régions en 2007. |
| Encadré 16.12: | Renforcement des capacités concernant le développement du jeune enfant – Université virtuelle pour le développement de la petite enfance (ECDVU) | Fig. 7.4: | Aide au développement pour la santé 1973–2004, moyenne mobile sur 5 ans, engagement. |
| Encadré 16.13: | Faibles connaissances de base en santé – Un problème dans les pays riches aussi | Fig. 7.5: | Inégalités entre les sexes dans les conditions de travail. |
| Encadré 16.14: | Evaluation d'impact sur l'équité en santé | Fig. 8.1: | Mauvaise perception de la santé chez les plus de 50 ans et accumulation des facteurs de risques socio-économiques tout au long de l'existence chez les hommes et femmes russes en 2002. |
| Encadré 16.15: | Renforcement des capacités pour l'évaluation d'impact sur l'équité en santé | Fig. 8.2: | Taux de pauvreté relative dans trois «catégories de risque social» dans 11 pays, vers 2000. |
| Encadré 17.1: | Objectif stratégique (OS) numéro 7 de l'Organisation mondiale de la Santé et résultats correspondants escomptés à l'échelle de l'organisation | Fig. 8.3: | Générosité de la politique familiale et pauvreté de l'enfant dans 20 pays, vers 2000. |
| Figures | | Fig. 9.1: | Espérance de vie ajustée sur la santé (EVAS) et dépenses du secteur privé en pourcentage par rapport au total des dépenses de santé en 2000. |
| Fig. 2.1: | Disparités dans les taux de mortalité infantile dans les pays et en leur sein, selon le niveau d'éducation de la mère. | Fig. 9.2: | Services effectifs de la couverture universelle. |
| Fig. 2.2: | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances, selon les niveaux de richesse des ménages. | Fig. 9.3: | Extension des prestations aux pauvres grâce au plan de couverture universelle. |
| Fig. 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). | Fig. 11.1: | Proportion des recettes douanières par rapport au revenu total par région, 1980–1998. |
| Fig. 2.4: | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances, sélection de pays, années 1970 et 2006. | Fig. 11.2: | Versements de l'aide officielle au développement pour la santé dans certains pays. |
| Fig. 2.5: | Tendance de l'espérance de vie chez les hommes et les femmes âgés de 20 ans, selon le niveau d'éducation, en Russie. | Fig. 11.3: | Changements dans les dépenses allouées dans le cadre du Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), 2004–2006. |
| Fig. 3.1: | La courbe de Preston en 2000. | Fig. 11.4: | Taxation en Asie de l'Est et en Afrique sub-saharienne, 1970–79, 1980–89, 1990–99 |
| Fig. 3.2: | Taux relatifs de l'état de pauvreté avant et après la redistribution des richesses dans plusieurs pays. | Fig. 11.5: | Aide au développement pour la santé 1973–2004, moyenne mobile sur 5 ans, engagements. |
| Fig. 4.1: | Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. | Fig. 11.6: | Montant total de la dette extérieure des pays pauvres très endettés, 1970–2004 (milliards de dollars). |
| Fig. 5.1: | Les effets de l'association d'un supplément nutritionnel et d'une stimulation psychosociale sur les enfants avec un arrêt de développement, au cours d'une enquête de 2 ans en Jamaïque. | Fig. 12.1: | Consommation de repas-minute (1995 et 1999) dans une sélection de pays. |
| Fig. 6.1: | Décès dus au changement climatique. | Fig. 12.2: | L'eau de Johannesburg – courbe convexe des tarifs et courbe concave de système idéal de tarification. |
| Fig. 6.2: | Variations des pourcentages de décès suite aux accidents de la route depuis 1987. | Fig. 13.1: | Niveau des salaires des femmes comparé à celui des hommes dans certaines régions sélectionnées. |
| Fig. 7.1: | Nombre de décès suite à l'exposition sur le lieu de travail à des substances dangereuses dans différents pays et régions. | Fig. 13.2: | Proportion des femmes qui prennent les |

- décisions concernant leurs propres soins de santé, années 2001–2005.
- Fig. 14.1: Taux nets de fréquentation des écoles secondaires chez les garçons et les filles.
- Fig. 14.2: Mortalité ajustée sur l'âge chez les hommes et les femmes en République de Corée selon le niveau d'instruction, 1993–1997.
- Fig. 14.3: Taux de vaccination complète chez les quintiles de population, le plus pauvre et le plus riche (moyennes régionales).
- Fig. 14.4: Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations, selon les facteurs de continuité culturelle.
- Fig. 15.1: Espérance de vie à la naissance (en années) par région, 1950–2005.
- Fig. 15.2: Conditions de santé publique prioritaires – Trajectoires causales pour l'action dans le domaine de la santé.
- Fig. 16.1: Tendances de la mesure de dispersion de la mortalité relative à l'espérance de vie à la naissance, 1950–2000.
- Fig. 17.1: Casser la noisette de l'équité en santé.

Tableaux

- Tableau 2.1: L'espérance de vie masculine, les inégalités entre les pays et en leur sein, sélection de pays.
- Tableau 3.1: Augmentation des inégalités des revenus entre les pays.
- Tableau 6.1: Ménages dans les zones urbaines et les bidonvilles, vers 2003.
- Tableau 8.1: Pensions sociales dans les pays à revenu faible et moyen.
- Tableau 9.1: Santé mentale – déterminants et interventions.
- Tableau 16.1: Naissances non enregistrées (en milliers) en 2003 par région et par niveau de développement.
- Tableau 17.1: Jalons vers l'équité en santé

Index

A

accidents de la route 62

Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle (ADPIC) 137, 138, 164, 165

Accord général sur le commerce des services (AGCS ou GATS) 136-137, 138

Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (AGTDC ou GATT) 142

accords commerciaux 12

développer des accords commerciaux préférentiels 123

évaluation d'impact sur l'équité en santé 135-136

flexibilité 136-137

inégalités en santé 167-168

négociations mondiales inéquitables 132

pratiques équitables en matière d'emploi 76

représentation de la santé publique 137-138

accords économiques 12

évaluation d'impact sur l'équité en santé 135-136

négociations mondiales inéquitables 132

recommandations 205

représentation de la santé publique 137-138

voir aussi accords commerciaux

acronymes 225-226

action (sur les déterminants sociaux de la santé)

acteurs 22-23, 44-46

champs d'action principaux 2, 26-27, 43-44

durable 194-198

évaluation d'impact 20-21, 44, 206

intersectorielle voir intersectorielle, action

soutien financier 116

action intersectorielle (AIS) 10, 110, 160

adaptation au contexte 112-114

besoins de formation 116, 189

dans le secteur de la santé 116

engagement de la communauté 117, 118, 119

financement 114, 130, 131

obésité 110, 111

renforcement institutionnel 116-118

activité physique 62, 66, 67-68

Afghanistan 154

Afrique du Sud

approvisionnement en eau 14, 138, 139

équité entre les sexes 149

médicaments contre le SIDA 164, 165

perception des impôts 124

surveillance 180, 183

agences/institutions internationales 73

emploi équitable/travail décent 76

fuite des cerveaux des ressources humaines du secteur de la santé 105

incidences des recommandations 202-203, 205

intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes 148-149

services de santé sexuelle et génésique 153-154

Agents de santé de village 34

agriculteurs, petits 77

agriculture

changement climatique et 62

développement et soutien 69-70

durable 69

petits agriculteurs 77

protéger les moyens de subsistance 140, 141

aide 12, 121-122

liée à la santé voir développement pour la santé,

aide personnels/travailleurs de la santé 105

cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé 126-129

croissance économique et 126

déboursement des aides promises 121-122, 126

flux internationaux 38

protection sociale 91-92

recommandations 204

renforcement de la cohérence 127-129

volatilité 122

voir aussi donateurs

aide publique au développement (APD) 120, 121-122, 126

aide sociale voir protection sociale

« ajustement structurel » 166-1667

alcool 30, 62

aspects de l'urbanisme 66, 68

marchés 134-135

- réglementation 142, 143
- alimentation
 - accès à une alimentation saine 68
 - cohérence des politiques 110
 - marchés 134-135
 - réglementation du marché 140, 141
 - repas-minute 134-135
 - sécurité 68, 70
- alimentation saine, promotion d'une 66, 67-68
- allaitement 50
- Alliance Mondiale de l'équité sociale (GEGA) 130, 183
- Alma Ata, déclaration de, (1978) 28,33
- alphabétisation
 - femmes 145, 151
 - santé 189
 - stimulation précoce 53
- Angleterre voir Royaume-Uni
- approche des 'Cadres sains' 63
- approche interinstitutions, développement du jeune enfant 52
- approche Start du programme FRESH 58
- approche STEPwise ,OMS 114
- Arabie Saoudite 141
- Argent
 - flux entre les pays 36, 38
 - répartition inéquitable 10-19, 44, 109, 204-205
 - voir aussi financement
- Argentine 133, 195
- ascendantes, approches 162-165
- asile, demandeurs d' 86-87
- Association indienne des femmes indépendantes (SEWA) 92, 153, 162-163
- assurance-maladie 100-103, 116
 - évaluation 186
 - privée, réglementation de l' 139
 - sociale 102, 103
- assurance-maladie sociale 102, 103
- Australie 195
 - évaluation d'impact sur l'équité en santé 190
 - cohérence politique 112
 - conception et aménagement urbains 67
 - interventions en milieu scolaire 58
 - peuples autochtones 160
 - social inclusion initiative 160-161
- autonomie 159-160
- B**
- Bangladesh
 - alphabétisation des femmes 151
 - Comité du Bangladesh pour le développement rural (BRAC) 70
 - industrie textile 140
 - participation communautaire 164
 - pensions sociales 89
 - projet soins de santé primaires sur le plan urbain 97
- Banque Mondiale
 - allègement de la dette 129
 - besoin de changement 169, 170
 - emploi équitable 76
 - systèmes d'enregistrement civil 180
- Barrio Adentro, Venezuela 163
- Baum, Frances 207
- Bégin, Monique 207
- Bénin 82
- Berlinguer Giovanni 207
- bidonvilles 35, 60
 - assainissement 64-65, 66
 - définition 60
 - proportion des habitants des 60, 61
- biens publics 120
 - mondiaux 124, 170
- biens publics mondiaux 124, 170
- bilan commun de pays 185
- billets d'avion, taxes sur les 124
- boissons non alcoolisées 141
- Bolivie 89, 124, 133, 159
- Bourguignon F. 120
- Brésil 195
 - gouvernance participative 162
 - lutte contre la criminalité et la violence 68, 69
 - Mouvement des paysans sans terre (MST) 77
 - plan national pour l'alimentation et la nutrition (PNAN) 113-114
 - programme de santé familiale (PSF) 99, 100
 - réglementation du marché de l'alimentation 141
- budget, établissement de
 - évaluation d'impact sur l'équité en santé 190-191
 - initiatives en faveur de l'équité en santé 147
 - participative 162
 - voir aussi financement
- bureau britannique pour la santé et la sécurité 83
- C**
- cadre conceptuel de la Commission 42-43
- cadre de dépenses à moyen terme (MTEF) 105

- Californie, programme de dégrèvement fiscal 65
- Canada 39, 195
- conditions de travail 82, 83
 - égalité de rémunération pour les femmes 152
 - financement de l'action intersectorielle 114
 - mesure du travail non rémunéré 150, 151
 - Premières nations 157, 159-160
 - pauvreté 85
 - sécurité des cyclistes 10
- capacités, renforcement des
- développement du jeune enfant 189
 - évaluation d'impact sur l'équité en santé 190-191
 - ministères de la santé 116
 - voir aussi formation
- carburant, insuffisance de, 64
- « cascade de normes » 164, 165
- Castells, M 155
- centres financiers offshore 124
- Chan, Margaret 27, 94, 178
- changement
- mouvement mondial pour le 27
 - possibilité de 28
- changement climatique 63, 196, 202
- réduire l'impact 71
- urbanisme et 4, 60-62
- charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1968) 34
- Chatterjee, Mirai 207
- Chili 58, 139, 150, 195
- Chine 33, 132, 134, 197
- chômage 88
- Chumthontai, Fondation 64
- cibles, équité en santé 196-198
- cohérence multilatérale 170-171
- Colombie 71
- comblé le fossé en une génération 1, 26, 197-198
- possibilité de 23, 28, 32-33
- Comité permanent de la nutrition (CPN) 52
- comités de développement communautaire (CDC), Arusha, République-Unie de Tanzanie 66
- Commerce
- cohérence des politiques 110
 - droits de douane 76, 121, 124
 - droits de l'homme et 164, 165
 - gouvernance mondiale 168-169
 - inégalités 36
 - libéralisation 121, 134-135, 166-168
 - outil de diagnostic et manuel d'accompagnement de l'OMS 135
- Commission Codex Alimentarius 132, 133
- Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation 169
- Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé 1
- cadre conceptuel 42-43
 - recommandations voir recommandations de la Commission
 - trois principes d'action 2, 26-27, 43-44
- Communautés
- action intégrée en faveur de la santé 111
 - émancipation 160-161, 162-164
 - surveillance de l'équité en santé 183
 - plans d'assurance-maladie 102
- comportements, promouvoir des comportements sains 66-68
- comptes nationaux, équité entre les sexes 150
- conception, interventions avant la 54, 55
- conditions de vie quotidiennes 3-9
- comme cible pour l'action 42
 - inégalité dans les 26, 35
 - recommandations 44, 202-203
- Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED) 129, 136
- conflits armés 36, 71, 157, 168
- connaissances
- élargissement des 186-187
 - renforcement et communication des 196
 - voir aussi données probantes
- Connect International 183
- Conseil de sécurité 160
- Conseil économique et social 160, 169, 170-171, 172-173, 198, 205
- contributions économiques des femmes, mesure des 150
- Convention des droits de l'enfant 52, 178
- Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) 142
- Corée du Sud 18, 87
- corruption 125
- Costa Rica 33, 96
- courbe de Preston 37
- criminalité 62, 66, 68, 69
- crises économiques, protection sociale durant les 87
- crises financières 168
- croissance économique 1, 27, 37-39
- aide et 126
 - politiques sociales et 37
 - rendement de l'investissement en santé 39
 - répartition 37-38, 120, 121
- Cuba 33, 55, 116
- Cyclisme 10, 67-68

D

Danemark 79

Deaton, Angus 37

décès, systèmes d'enregistrement des 178, 179–180

Déclaration sur les peuples autochtones 159–160

Déclaration Universelle des droits de l'homme 84, 173

défavorisés socialement

- dans les pays riches 31–32
- développement du jeune enfant, interventions 54–55
- enseignement préscolaire 57, 58
- transmission de génération en génération 50

dénutrition/malnutrition 68

déplacés voir réfugiés et déplacés

dépression 62–63

Dervis, K 166

déterminants sociaux de la santé 1, 26

dettes 120, 122–123

- allègement 105, 123, 125, 129
- approche basée sur le principe du revenu net possible 129
- remboursement 36, 38
- responsabilité 129
- tendances 129, 130

développement des compétences 116–117, 152

développement du jeune enfant (DJE) 3–4, 50–59

- approche globale 56, 57
- approche pour toute la vie 54
- bienfaits de l'investissement en matière de 51
- cadre stratégique intégré 52–53
- changer la mentalité 51–52
- couverture universelle 55
- données probantes pour l'action 3
- engagement de la communauté 56, 57
- priorité aux défavorisés socialement 54–55
- promotion de l'équité entre les sexes 56
- recommandations 4, 202
- renforcement des compétences 189
- utilisation de programmes/services de santé existants 56
- voir aussi éducation

développement pour la santé, aide au (ADS) 120, 122–123, 126, 127

développement, aide publique au (APD) 120, 121–122, 126

- voir aussi aide

Diabète 30

dirigeants mondiaux 194

discrimination sexuelle

- législation 147–148

- voir aussi équité entre les sexes

dispersion de la mortalité, mesure de la 19, 184

document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) 52, 69, 105, 128–129, 185

donateurs 12

- cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé 126–129
- déboursement des aides promises 121–122, 126
- incidences des recommandations 203, 204
- plan de protection sociale 87, 89, 90, 91–92
- soins de santé 103, 105
- soins de santé universels 96
- soutenir l'imposition progressive 123

données probantes

- besoin de 178–179
- collaboration internationale 187
- collecte des 42
- élargissement de la définition de 186–187
- évaluation des 43
- qualitatives 187
- sources 42
- voir aussi recherche

données qualitatives 187

droits 158–159

- enfants 52, 178
- femmes 153–154
- identité civique légale 158, 159
- peuples autochtones 159–160
- santé 158, 165, 173, 174

droits de l'homme voir droits

droits fonciers 69

E

Eau

- accès équitable 14, 138, 139
- inégalité d'accès 35, 133
- privatisation 133

écoles 51

- amies des enfants 58
- promotion de la fréquentation des 58–59
- voir aussi éducation

économie informelle 81, 82

économie, besoin d'une économie plus équitable 35

éducation 50, 56–59

- des plus âgés 30
- déterminants sociaux de la santé 188–191, 206

- effet de l'accès inéquitable 18, 155, 156, 157
- en zones rurales 70
- espérance de vie à la naissance 33
- filles et femmes 59, 151-152, 205
- maternelle 29
- obstacles à l' 58-59
- portée 56, 58
- préscolaire 57,58
- primaire 58,59
- recommandations 4, 202
- secondaire 58, 59
- voir aussi développement du jeune enfant
- éducation de base 58
- éducation pour tous, stratégie de l' 58, 59, 151
- effet casse noisette 194
- effets de la transmission de génération en génération 50, 84
- Egypte 32
- élaboration des politiques
 - évaluation d'impact sur l'équité en santé 190-191
 - participation équitable 160-162
 - utilisation des données de surveillance 185
- émancipation/autonomisation
 - femmes 151, 154, 162-163
 - politique voir politique, émancipation
 - soins de santé primaires (SSP) 96-97
- Emirats Arabes Unis 141
- émissions de gaz à effet de serre 60-62, 63, 66, 71
- emploi 5-6, 72-83
 - conditions 72
 - données probantes pour l'action 5
 - égalité de chances 152-153
 - environnement international de soutien 76
 - équitable 76-83
 - modalités 73-74, 75
 - plein 78
 - politiques soucieuses de la famille 153
 - recommandations 6, 202-203
 - voir aussi emploi ; travail
- énergétique, rendement 64, 65
- enfance, dénutrition de l' 3, 53-54
- enfant, garde d' 145, 153
- enfants
 - développement du jeune enfant voir développement du jeune enfant
 - droits 52, 178
 - nutrition 3, 50, 52, 53-54, 55
 - pauvreté 7, 88
 - protection sociale 88
 - travail des 35, 74, 77
- enfants de moins 5 ans, taux de mortalité
 - cible proposée 197
 - inégalités 30, 31, 32, 50
- engagement de la communauté
 - action intersectorielle 117, 118, 119
 - développement du jeune enfant 56, 57
 - lutte contre la violence 69
- Enquête d'Acheson (1998) 111, 113, 183
- Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) 157, 180
- enquêtes sur les ménages 183
- enregistrement civil, systèmes d' 20, 178, 179-180, 206
- ensemble du gouvernement, approches de l' 112-114, 115, 160
 - voir aussi action intersectorielle
- entreprises, responsabilité sociale des 142-144
- environnement
 - changement 27
 - dégradation 66, 71
 - développement du jeune enfant et 51
 - voir aussi milieu de vie
- Envoyé spécial
 - pour l'équité en santé 173
 - pour le VIH/SIDA en Afrique 173
- Equateur 91
- équité entre les sexes 16-17, 145-154
 - action vers l'amélioration de, 147-154
 - comptes nationaux 150
 - données probantes pour l'action 16
 - droits fonciers 69
 - émancipation politique 159
 - enseignement 56, 59, 151-152
 - législation 147-148
 - plaidoyer en faveur de, 150
 - participation économique 152-153
 - premières années de la vie 50, 51, 56
 - programmes d'études médicales 188
 - protection sociale 91, 152
 - recherche 187
 - recommandations 16, 205
 - santé sexuelle et reproductive 153-154
 - soins de santé 97, 145, 146
 - travail/emploi 74, 75, 145, 146, 152-153
 - voir aussi femmes
- équité entre les sexes, intégration d'une démarche soucieuse de, 148-149, 150
- équité entre les sexes, unité chargée de, proposée 148-149

- esclavage 74
 Espagne 5
 espérance de vie
 dépenses du secteur privé 94, 95
 gradient social 32
 niveau d'instruction 33
 espérance de vie à la naissance (EVN) 26, 167
 changements dans le temps 32-33
 cible proposée 197
 disparités au sein des pays 30
 mesure de dispersion de la mortalité 19, 184
 revenu national et 37
 systèmes de protection sociale 85
 essais contrôlés randomisés 42, 179
 Etats-Unis
 développement du jeune enfant, interventions 53, 58
 logement 64, 65
 mouvement antisweatshop 82
 réglementation portant sur les boissons non alcoolisées 141
 soins de santé 94
 taux de pauvreté 38, 85
 évasion fiscale 124, 127
 exclusion sociale 171, 172
 exercice voir activité physique
 existence, approche tout au long de l'
 développement du jeune enfant 54
 protection sociale 84-92
 Externalisation 81, 82
- F**
- Facilité internationale de financement pour la vaccination (FIFV) 127, 128
 facteurs politiques, santé bonne et équitable 33
 facteurs structurels 26, 36, 109
 comme cible pour l'action 42
 femmes 16-17
 mesure des contributions économiques 150
 mouvements 149, 150
 âgées 86
 droits 153-154
 droits légaux 147, 148
 égalité de rémunération garantie par la loi 152, 205
 égalité des possibilités d'emploi 152-153
 émancipation 151, 154, 162-163
 émancipation politique 159
 engagement dans la recherche 187
 enseignement et formation 151-152, 205
 protection sociale 91, 152
 services de santé sexuelle et génésique 153-154
 travailleurs 140
 travailleurs/personnels de santé 104
 veuves 86
 violence à l'encontre des 145, 147, 153
 voir aussi équité entre les sexes ; filles
 filles 16-17
 enseignement 59, 151-152, 205
 garde de frères et de sœurs plus jeunes 56, 153
 voir aussi femmes
 Financement 12-13, 120-130
 action intersectorielle 114, 130, 131
 action sur les déterminants sociaux de la santé 116
 aide et allègement de la dette 121-123
 croissance économique et 120, 121
 données probantes pour l'action 12
 équitable 123-130, 131
 participation à l'élaboration des politiques 162
 publique, importance 120-121
 recommandations 13, 204
 revenus domestiques 121
 soins de santé 100-103, 104
 voir aussi aide ; budget ; argent
 « flexicurité », système de, Danemark 79
 Foegen, William H. 207
 Fondation Gates 174
 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) 51, 52, 58
 recommandations 202
 systèmes d'enregistrement civil 180
 Fonds monétaire international (FMI)
 besoin de changement 169, 170
 emploi équitable et 76
 financement des soins de santé 105, 128, 129
 Formation 20-21, 179, 188-191
 autres praticiens et acteurs politiques 116, 189
 évaluation d'impact sur l'équité en santé 190
 femmes 151-152, 205
 personnels médicaux et de la santé 188
 pour le travail 79
 recommandations 21, 206
 voir aussi éducation
 formation professionnelle 79
 Forum de sécurité alimentaire, d'agriculture et d'animaux de Nairobi et de ses alentours (NEFSALF) 68
 fuite des capitaux 124, 127

fuite des cerveaux, travailleurs de santé 35, 105, 106

G

Ganokendras, Bangladesh 151

Ghana 70, 82, 101, 124

Gouvernance

mondiale voir gouvernance mondiale

participation équitable 160-162, 163

gouvernance financière mondiale 168-169

gouvernance mondiale 19, 166-174

actions en faveur d'une bonne 170-174

besoin de changement 169-170

besoin renouvelé 168-169

champions de 173

recommandations 19, 205

gouvernement local

action intersectorielle, implication dans l' 118, 119

améliorer les conditions de logement 64-65

conception et aménagement urbains 66-68

développement rural 69-71

gouvernance participative au niveau local 63

incidences des recommandations 22, 45, 202, 204, 205

participation équitable 160

politique des transports 66

répartition équitable des budgets 130

gouvernements (nationaux)

amélioration de l'équité en santé 111

amélioration des conditions de logement 64-65

développement rural 69-71

émancipation politique 159, 160

évaluation d'impact sur l'équité en santé 190-191

gouvernance participative urbaine 63

incidences des recommandations 22, 45, 202-206

intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes 148-149

législation en faveur de l'équité entre les sexes 147-148

plans de protection sociale 87, 90, 91

politique des transports 66

politique des, voir politiques

pratiques en matière d'emploi et de conditions de travail 78, 81

reddition de comptes publics en matière de soins de santé 97

régulation des marchés 138-142

répartition équitable des budgets 130

services de santé sexuelle et reproductive 153-154

soins de santé 96, 103, 105

systèmes de surveillance de l'équité en santé 180-181

contribution des femmes dans les comptes nationaux 150

développement du jeune enfant et 50-51, 202

systèmes d'enregistrement civil 179-180

gradient social de la santé 30, 31-32

changement avec le temps 32-33

dans les pays riches 31-32

gradient social voir gradient social de la santé

Grèce 32

groupes de travail, proposés 172-173

Guo, Yan 207

H

handicapés 97

protection sociale 86, 88

zones rurales 66

harcèlement sexuel, lieu de travail 153

hébergement 64-65

hommes, changement des attitudes 148, 149

Hunt, Paul 173, 174

I

identité civique légale 158, 159

impact sanitaire, évaluation de l', (EIS) 115, 136

impact sur l'équité en santé, évaluation d' 114-115

accords économiques 135-136

recommandations 206

renforcement des capacités 190-191

Inde 197

action intersectorielle 117

assainissement des taudis 65

coûts du tabagisme 134

développement du jeune enfant, interventions 55

émancipation des femmes 159

programme de garantie de l'emploi en zones rurales 78

programmes de développement rural 69-70

services de garde d'enfants 153

surveillance de l'équité en santé 183

système de sécurité sociale 92

Indicateurs 171-172

de développement 181

Indonésie 82, 119, 154, 197

industrie textile 82, 140

inégalité en santé mondiale 167-168

inégalités en santé 1, 26, 29-34

causes et solutions 35-39
 dans les conditions sanitaires 30
 entre les pays et en leur sein 29, 167-168
 facteurs structurels voir facteurs structurels
 gradient social 31
 mesure et compréhension des 20-21, 44, 206
 mondiales 167-168
 plus pauvres parmi les pauvres 31-32
 possibilité de changement 32-33
 inégalités en santé, combler voir combler le fossé en une
 génération
 infirmières voir travailleurs/personnels de santé
 informations sanitaires, systèmes d', 178
 infrastructure rurale 70-71
 Initiative des villes amies des aînés 63
 Initiative du commerce éthique 142
 initiatives mondiales pour la santé (GHI) 105
 Institut de développement des organisations communautaires
 (CODI) 64
 investissement, négociations inéquitables 132
 Iran, République islamique d' 195
 Irlande, République d' 64, 154

J

jalons vers l'équité en santé 198
 Jamaïque 3, 54
 Japon 163-164
 jauge de l'équité, approche 130, 131, 183
 juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée 80
 justice sociale 26

K

Kenya 59, 68, 125, 147, 195
 Kerala, Inde 33
 Kickbusch, I 110
 Kurokawa, Kiyoshi 207

L

Lagos Escobar, Ricardo 207
 Laos, République démocratique populaire du 56, 57
 Lee, Jong Wook 27
 législation
 émancipation politique 158-160
 équité en santé 147-148
 « les affaires sont les affaires », au-delà de la mentalité 27-28
 Lesotho, pensions sociales 89, 92
 Lewis, Stephen 173

Logement 64-65, 66, 202
 loi des soins inversés 95
 London Development Agency 68
 Londres
 péage urbain 67
 plan de participation statutaire 161
 stratégie pour la santé 115

M

Machell, G 50
 Mahler, Halfdan 33
 maladie cardiaque 35
 maladies cardiovasculaires 30
 maladies chroniques, prévention des 114
 maladies d'origine hydrique 35
 maladies non transmissibles 62-63
 maladies, prévention des 97, 116
 Malaisie 138
 Malawi 125
 Mali 125
 Mandela, Nelson 50
 Marandi, Alireza 207
 Marché commun de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe
 138
 Marchés 14-15, 132-144
 données probantes pour l'action 14
 intégration mondiale 132
 multinationales, influence des 133
 pratiques en matière d'emploi et 76
 recommandations 15, 205
 réglementation du secteur privé 133-135
 réglementations du secteur public 138-142
 voir aussi accords économiques
 Marmot, Michael 207
 maternité, protection de la 94
 médecine, études de 188
 médecins voir travailleurs/personnels de santé
 Mégavilles 60
 Mencken, HL 72
 mesure et compréhension des inégalités en santé 20-21, 44, 206
 méthodes de financement des soins de santé basées sur le
 prépaiement 100-102
 Mexique 141, 195
 réforme du système sanitaire 185
 Oportunidades 89, 90-91, 186
 micro-assurance maladie, plans de 102
 microcrédits, plans de 70

- migrants
internationaux 80, 86-87
internes 71
voir aussi réfugiés et déplacés
- migration
gouvernance mondiale 169
mondiale 168
travailleurs/personnels de santé 35, 105, 106
- milieu de vie 4, 60-71
inégalités en santé 60-63
interventions pour l'amélioration du
voir aussi zones rurales, zones urbaines
- militaires, dépenses 36
- Millenium Villages Project 70
- ministères de l'Education 188, 206
- ministères de la Santé 116-118, 188, 204
- ministre de la Santé 116
- minorité ethnique, groupes de 30
- Mocumbi, Pascoal 207
- modèle de Tanahashi, soins de santé 99
- mondialisation 14-15, 19, 27
effets inégaux 132
imposition et 124-126
pauvreté et 167
possibilités et menaces 166-167
protection sociale et 86-87
- Mongella, G 145
- mortalité des adultes, taux de 31, 197
- mortalité des moins de 5 ans, taux de, voir aussi enfants de moins de 5 ans
- mortalité infantile, taux de 29, 85, 86
- mortalité maternelle 30, 154, 197
- mortalité, taux de
cibles proposées 197-198
inégalités 29, 30, 31, 32
voir aussi mortalité des adultes; enfants de moins de 5 ans; mortalité infantile; mortalité maternelle
- mouvement de santé communautaire 34
- mouvement des soins de santé primaires pour la communauté 34
- Mouvement Gerbangmas, Indonésie 119
- mouvement mondial en vue du changement 27
- mouvement pour la santé des peuples 34, 165
- Mouvement Villes-santé 63, 111, 186, 196
- mouvements féministes 149, 150
- mouvements sociaux 165
- Mozambique 113, 183, 195
- multinationales
conditions d'emploi et de travail 73, 80
influences du marché 133, 134-135
taxation 123, 125, 127
- mutilation génitale féminine 148, 149
- naissances, systèmes d'enregistrement des 20, 178, 179-180, 206
- ## N
- Nations Unies (ONU)
Comité permanent de la nutrition (CPN) 52
cadre de l'action unifiée 173
Département des affaires économiques et sociales 136
développement du jeune enfant et 51-52
réforme 169
surveillance de l'équité en santé 185
- Ndiaye, Ndioro 207
- Népal 77, 125, 197
- Ngilu, Charity Kaluki 207
- Niger 59
- normes sociétales, changement des 148, 149
- Norvège 153, 195
- Nouvelle Zélande 115, 195
- nutrition
avant la conception 54, 55
petite enfance 3, 50, 52, 53-54, 55
transition de 62
- ## O
- Obésité 35, 62, 110, 111
- Objectifs du Millénaire pour le développement 28, 34, 171-172
cible de santé génésique 154
cibles de l'équité en santé et 196-197
équité entre les sexes 151
objectifs en matière d'emploi et de travail 78
soins de santé universels et 8
- objectifs, équité en santé 196-198
- Observation générale du droit à la santé 34
- Oman 141
- ONU-HABITAT 60, 64-65, 172, 202
- opérations en devises, taxes sur 124-126
- Opportunitades 89, 90-91
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) 51, 133, 136, 141
- Organisation fiscale internationale, proposée 125-126
- Organisation internationale du Travail (OIT)
équité entre les sexes 152, 153
normes de travail 80

- protection sociale 89, 172
- rôle du marché 136, 139
- Organisation Mondiale de la Santé 1, 27, 28
 - approche STEPwise 114
 - bonne gouvernance mondiale 170, 171, 172–173, 174
 - changements institutionnels 174, 175
 - cibles en vue de l'équité en santé proposées 197–198
 - Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (CCLAT) 142
 - déclaration d'Alma Ata (1978) 28, 33
 - définition de la santé 33
 - développement du jeune enfant, rôle du 51–52
 - évaluation d'impact sur l'équité en santé 135
 - incidences des recommandations 22, 44–45, 202, 204, 205, 206
 - interventions pour une urbanisation saine 172
 - mise en œuvre de l'action 194–195
 - outil de diagnostic et manuel d'accompagnement sur le commerce et la santé 135
 - plan stratégique à moyen terme pour 2008–2013 (PSMT) 194, 195
 - programmes Safe Communities 68
 - recherche sur l'intervention 186
 - renforcement des capacités 191
 - rôle de tutelle 181, 184, 191
 - soutien aux ministères de la Santé 117–118
 - Stratégie pour l'alimentation et l'activité physique 118
 - systèmes de surveillance de l'équité en santé 181, 184–185
- Organisation Mondiale du Commerce (OMC) 76, 133, 137, 138, 141, 165
- Organisation Panaméricaine de la santé (OPS) 172
- organisations non gouvernementales (ONG)
 - s'entraîner pour travailler 79
 - surveillance communautaire 183
- organismes multilatéraux
 - besoin de changement 169–170
 - cadre d'action portant sur les déterminants sociaux de la santé 126–129
 - évaluation d'impact sur l'équité en santé 135–136
 - incidences des recommandations 22, 44, 204, 205
 - propositions pour une bonne gouvernance mondiale 171–174
 - soutenir l'imposition progressive 123
- Ouganda 59, 103, 125, 160
- paiements directs, soins de santé 103, 104
- Pakistan 138, 148
- partage des frais 131
- participation communautaire
 - amélioration des conditions de vie urbaine 64
 - effet d'autonomisation 162–164
 - élaboration des politiques 160–162
 - modèle de soins de santé primaires (SSP) 96–97
 - soutien financier 162
- participation économique, équité entre les sexes 152–153
- participation sociale 18, 158–165, 205
- parties prenantes, influence des 144
- Pauvreté 35
 - dans les pays à revenu élevé 38, 85
 - dépenses de santé catastrophiques causant la 95
 - effets sur le cours de la vie 84
 - enfant 7, 88
 - flux financiers pour réduire la 120, 121
 - mondialisation et 167
 - nationale 157
 - répartition des revenus et 38
 - travailleurs 73
- pays à revenu élevé
 - aide au développement 120
 - facteurs structurels des inégalités en santé 36
 - faibles connaissances de base en santé 189
 - gradient social de la santé 31–32
 - inégalité des conditions sanitaires 30
 - revenus intérieurs 121
 - systèmes de protection sociale 85
 - taux de pauvreté 38, 85
- pays à revenu faible
 - action intersectorielle (AIS) 110
 - ayant une bonne santé 33
 - emploi équitable/travail décent 78, 80, 81
 - facteurs structurels 36
 - financement des services publics 12, 120, 121, 124
 - gradient social de la santé 31
 - inégalité dans les conditions sanitaires 30
 - négociations commerciales, capacité de 132
 - obstacles à l'éducation 58–59
 - personnes âgées 86, 88, 89
 - protection sociale 87, 88, 89, 90, 91–92, 93
 - soins de santé 99, 101
- pays à revenu moyen
 - action intersectorielle 110
 - allègement de la dette 129

P

paiements directs par l'utilisateur, soins de santé 103

- facteurs structurels 36
- financement des soins de santé 101
- financer les services publics 121
- inégalité dans les conditions sanitaires 30
- personnes âgées 86, 88, 89
- protection sociale 88, 89, 90, 91-92, 93
- Pays de Galles voir Royaume-uni
- pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) 78, 167, 169
- pays nordiques 33, 38, 85, 195
- pays partenaires 27-28, 195
- Pays pauvres très endettés (PPTÉ) 105, 123, 129, 130
- Pays-Bas 183
- péage urbain 66, 67
- pensions
 - disponibilité 86
 - équité entre les sexes 152
 - sociales 88, 89, 91-92, 93
- pères, implication 56
- personnes âgées
 - inégalités en santé 97
 - pensions sociales 88, 89, 91-92, 93
 - soins de santé 97
 - vulnérabilité économique 35, 86
 - zones rurales 60
- personnes les plus âgées 30
- peuples autochtones 4, 36, 157
 - émancipation politique 159-160
 - identité et droits 159
 - recommandations 205
- Philippines 55
- Plaidoyer 97, 150
- Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) 122, 123, 124
- planification familiale 154
- plus pauvres parmi les pauvres 31-32
- politique
 - besoin d'améliorations 35
 - équité entre les sexes 145
 - politique, émancipation 18, 155-165
 - approches ascendantes 162-165
 - données probantes pour l'action 18
 - législation 158-160
 - participation à l'élaboration des politiques 160-162
 - recommandations 18, 205
- politiques
 - cohérence des 10-11, 110, 112-114
 - identifier les solutions bénéfiques à tous 112
 - impact sur l'équité en santé 114-115
 - recommandations 11, 204
 - représentation des travailleurs 77
- politiques sociales
 - besoins d'améliorer les 35
 - croissance économique 37
- pollution de l'air 62, 66
- Pologne 195
- populations vulnérables
 - emploi 74
 - protection sociale 86
- Portugal 32
- pouvoir 155-165
 - déséquilibre de, manifestations 155-157
 - distribution inéquitable 10-19, 44, 109, 204-205
 - inégalités en santé et 155-157
 - voir aussi émancipation
- pratiques de dumping 76
- prestations en cas de maladie 88
- prévention des maladie 97, 116
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) 52, 55, 56
- privation matérielle 31-32, 35
- Processus de Helsinki sur la mondialisation et la démocratie 169
- proche, actes de violence perpétrés par un 145, 147, 153
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) 38
- promotion de la santé 97, 116
- propriété intellectuelle, droits de (DPI) 137
- protection sociale 7, 84-92
 - action vers une protection sociale universelle 87-92
 - aspects de la mondialisation 86-87
 - ciblée ou sous conditions de ressources 90-1
 - données probantes pour l'action 7
 - équité entre les sexes 91, 152
 - générosité 90-91
 - groupes exclus 91-92
 - projets pilotes 89
 - recommandations 7, 203
 - santé et 84-87, 172
 - systèmes contributifs 92
 - systèmes financés par les impôts et par les aides 91-92
 - tout au long de la vie 84-86
 - universelle 87-89, 90-91, 92

R

- rapport de Stern (2006) 196
- Rapporteur spécial sur le droit à la santé 173, 174
- Rashad, Hoda 207
- Reach Out and Read 53
- recherche 20-21, 178-179, 186-187
- besoins de 196
 - institutions de 23, 45-46
 - partis pris sexistes 187
 - portée 186
 - recommandations 21, 206
 - voir aussi données probantes
- recommandations de la Commission 2, 43-44, 202-206
- conceptualisation 46
 - implications de différents acteurs 22-23, 44-46
 - voir aussi action
- réfugiés et déplacés 71, 86-87, 168
- voir aussi migrants
- régime alimentaire
- aspects de l'aménagement urbain 66, 67-68
 - voir aussi alimentation
- renforcement institutionnel 116-118
- Réseau de connaissances sur l'exclusion sociale (SEKN) 42
- Réseau de connaissances sur la femme et l'équité entre les sexes (WGEKN) 42
- Réseau de connaissances sur la mondialisation (GKN) 42, 137
- Réseau de connaissances sur le développement du jeune enfant 42
- Réseau de connaissances sur les conditions d'emploi (EMCONET) 42
- Réseau de connaissances sur les conditions prioritaires de santé publique (PPHCKN) 42, 97, 98, 99, 117, 174, 175, 195
- Réseau de connaissances sur les instruments de mesure et les éléments d'appréciation (MEKN) 42
- Réseau de connaissances sur les milieux urbains (KNUS) 42, 196
- Réseau de connaissances sur les systèmes de santé (HSKN) 42
- Réseau de métrologie sanitaire 180, 181
- Réseaux de connaissances 42-43, 196
- ressources
- évaluation d'impact sur l'équité en santé 190-191
 - répartition équitable 130, 131
 - répartition inéquitable 10-19, 44, 109, 204-205
 - mise en commun 131
 - voir aussi financement ; travailleurs/personnels de santé
- ressources humaines, santé voir travailleurs de santé
- revenu/salaire
- de base pour une vie saine 78, 79, 90
 - espérance de vie à la naissance et 37
 - protection voir protection sociale
 - redistribution 85, 87
 - répartition inéquitable 31, 37-38
 - sécurité 84
- Rodrik, D 132
- rôle de tutelle
- ministères de la santé 117-118
 - OMS 181, 184, 191
 - secteur de la santé 111-112
- Royaume-Uni 195
- action intersectorielle 113
 - améliorer l'équité en santé 111, 113
 - gradient social de la santé 31, 32
 - logement 65
 - plan de participation statutaire 161
 - programme de formation adressé aux femmes 152
 - salaire vital pour une vie saine 79
 - stratégie pour l'éradication de la pauvreté infantile 88
 - stress professionnel 83
 - surveillance de l'équité en santé 183
 - taux de pauvreté 38, 85
 - voir aussi Londres
- Russie 32-33, 135

S

- Safe Communities programmes 68
- salaire, vital 78, 79
- sans terre, paysans 77
- santé
- définition de l'OMS 33
 - droit à la 158, 165, 173, 174
 - populations urbaines 62-63
 - rendements de l'investissement en 39
 - santé et sécurité au travail (SST) 80, 81, 82-83, 203
 - santé et sécurité professionnelle voir santé et sécurité au travail
 - santé génésique, services de 153-154, 205
 - santé mentale 30, 62-63, 98
 - « Santé pour tous », approche 33, 34
 - santé sexuelle et génésique 153-154, 205
 - santé, connaissances de base en 189
 - santé, équité en 110-119
 - approche cohérente 10-11, 111-118
 - comme objectif mondial 170, 171
 - en tant qu'indicateur de progrès sociétal 111-112

- intégration 195
- jalons vers 198
- objectifs et cibles 196-198
- secteurs et acteurs impliqués 110-111
- Satcher, David 207
- secteur de santé 117
 - action au sein du 116
 - recommandations 204
 - réforme 95, 185
 - représentation dans les accords commerciaux 137-138
 - rôle de tutelle 111-112
- secteur privé
 - action pour l'équité en santé 118
 - dépenses des soins de santé 94, 95
 - incidences des recommandations 23, 45
 - réglementation 133-135
 - responsabilité sociale des entreprises 142-144
- sécurité sociale voir protection sociale
- Sen, Amartya 207
- Sénégal 82, 149
- sensibilisation du public 189
- services de santé ruraux 70-71
- services de santé sexuelle et génésique 153-154
- services intégrés de développement de l'enfant (ICDS), Inde 55
- sexe, tests de détermination du 183
- sexe, travailleuses du 117
- SIDA voir VIH/SIDA
- Singapour 32
- Slovénie 136
- société civile 196
 - conception et aménagement urbains 66-68
 - incidences des recommandations 22-23, 45, 202, 204, 205
 - plans de protection sociale 87, 89, 90, 91
 - amélioration des conditions de logement 64-65
 - conditions d'emploi 81-82
 - définition 27
 - développement du jeune enfant, interventions 51, 53
 - émancipation politique 160, 162, 165
 - gouvernance participative locale 63
 - questions d'équité entre les sexes 147, 148
 - reddition de comptes du secteur privé et 144
 - répartition équitable des budgets 130
 - services de santé sexuelle et génésique 153-154
 - soins de santé universels 96
- socio-économique, situation 30
 - approche portant sur les déterminants sociaux de la santé 116
 - ciblés 99
 - égalité entre les sexes 97, 145, 146
 - financement 8, 100-103, 104
 - modèle de Tanahashi 99
 - reddition de comptes publics 97
 - réglementation du secteur privé 133-134
 - réglementation pour garantir l'équité 139
 - répartition inéquitable 94
 - soins de santé 94-106
 - universelle voir soins de santé universels
- soins de santé primaires (SSP) 96-97
 - engagement et autonomisation/habilitation de la communauté 96-97
 - modèle 8, 33, 94, 96
 - mouvement 34
 - relance en Indonésie 119
 - universels 96
- soins de santé universels 8-9, 95, 96-106
 - données probantes pour l'action 8-9
 - recommandations 9, 203
- soins de santé, dépenses sur les 36
- soins de santé, systèmes de 95
 - enregistrement civil et 179
 - développement du jeune enfant, rôle du 50, 56
 - rôle 27, 35
- soins primaires 96
- sous-traitance 81
- Sri Lanka 33, 113, 138, 195
- statistiques d'état civil 178, 179-180
- stimulation psychosociale, jeunes enfants 53-54
- Stratégie pour l'alimentation et l'activité physique, OMS 118
- stress professionnel 5, 83
- subsistance rurale 69-70
- subventions 36
- Suède 149, 195
- suicide 157
- surveillance de l'équité en santé, système de 180-185
 - complet 181-183
 - minimal 180-181
 - mondial 184-185
 - national 180-183
 - recommandations 206
 - rôle des communautés 183
 - utilisation des données pour l'élaboration des politiques 185
- surveillance, systèmes de voir équité en santé, systèmes de surveillance
- surveillance/observation 20-21, 178

évaluation d'impact sur l'équité en santé 114-115
 recommandations 21, 204, 206
 renforcement des capacités de 179-185
 sweatshops 82
 syndicats ouvriers 77, 81-82, 112, 144, 152
 syndicats voir syndicats ouvriers
 Système des Nations Unies des comptes nationaux (UNSNA)
 150
 systèmes de protection sociale universelle 87-89, 90-91, 92

T

tabac
 comme source de financement 116
 coûts liés à la santé 134
 décès liés au 30
 marchés 134-135
 réglementation 142
 tabagisme 30, 134
 voir aussi tabac
 Tanzanie, République-Unie de 10, 66, 125, 183
 taux d'homicide 69
 taxation/imposition 12
 directe et indirecte 124, 126
 financement de la protection sociale 91-92
 financement des soins de santé 100-103
 mondialisation et 124-126
 progressive 123-124
 recommandations 13, 204
 renforcement des systèmes 123-124, 125, 127
 tabac et alcool 142, 143
 taxes sanitaires spéciales 124
 taxe sur le marché de devises pour le développement 125-126
 taxe Tobin 124-125
 Tchad 125
 termites fiscales 127
 Thaïlande 195
 assainissement des taudis 64
 évaluation d'impact sur l'équité en santé 136
 promotion d'une alimentation saine 68
 réglementation portant sur le tabac 142
 répartition des professionnels de la santé 104
 services de santé ruraux 70
 soins de santé universels 95, 96, 102
 taxes sanitaires 124
 Tibajuka, Anna 60, 207
 Tolstoï, Léo 29

transfert en espèces, programmes de 89, 90-91
 transnationales voir multinationales
 transport motorisé, pollution de l'air 62, 66
 Traumatismes 62-68
 travail
 aspects de la mondialisation 167
 des enfants 35, 74, 77
 forcé 74
 normes de réglementation 80, 134, 139
 réglementation du marché 139-140
 voir aussi emploi ; travail
 travail 5-6, 72-83
 conditions 72-73, 82-83, 134
 dangereux 72
 dans le secteur non structuré 35, 73, 80-82, 150
 décent 76-83
 données probantes pour l'action 5
 égalité de rémunération pour les femmes 152, 205
 équité entre les sexes 74, 75, 145, 146, 152-153
 formation 79
 inégalités en santé et 72-74
 non rémunéré 150, 151
 normes 80
 précaire 72, 73, 74, 80-82, 91
 recommandations 6, 202-203
 temporaire/à temps partiel 72, 74
 zones rurales 70, 78
 voir aussi emploi ; travail
 travailleurs
 organisations 77, 81-82
 protection sociale 86, 88
 représentation équitable 77
 rôle des 139, 140
 salaire vital pour une vie saine 78, 79
 travailleurs/personnels de santé 103-105
 aide aux 105
 formation 188
 fuite des cerveaux 35, 105, 106
 répartition entre milieu rural et milieu urbain 103-104
 travailleurs/personnels de santé communautaire 104
 UNESCO 136
 éducation pour tous, stratégie 57, 151
 Initiative pour l'alphabétisation 151
 Union européenne
 lutte contre l'exclusion sociale 171, 172

mesures de protection sociale 88
 modalités d'emploi 74, 75
 systèmes de surveillance de l'équité en santé 180, 181
 Université virtuelle pour le développement de la petite enfance
 (ECDVU) 189
 urbanisation 60, 63

V

Vaccination 128, 156, 157
 Vagerö, Denny 207
 Venezuela 99, 162, 163
 veuves 86
 vieillissement sain 9
 VIH/SIDA
 aides allouées 122, 123, 124
 cohérence des politiques 112
 engagement de la communauté 117
 envoyé spécial pour l'Afrique 173
 fourniture de médicament 164, 165
 prévention 58
 questions d'équité entre les sexes 147, 149
 Villes 196
 voir aussi zones urbaines
 viol 148
 violence 62
 par un proche (domestique) 145, 147, 153
 questions de conception et d'aménagement urbains 66, 68, 69

voir aussi zones rurales ; zones urbaines
 zones rurales 4, 63
 conditions de vie quotidiennes 35
 délaissement relatif 60
 droits fonciers 69
 emploi 70, 78
 infrastructure et services 70–71
 investissement dans le développement 68–71
 migration en dehors des 71
 milieu naturel 71
 moyens de subsistance 69–70
 paysans sans terre et petits agriculteurs 77
 recommandations 4, 202
 soins de santé 103–104
 zones urbaines 4, 196
 améliorer les conditions de vie 63–66
 aménagement et conception 66–69, 110
 conditions de vie quotidiennes 35
 croissance dans les 60, 61
 données probantes pour l'action 4
 gouvernance participative 63, 202
 migration vers 71
 préoccupations en termes de santé 62–63
 recommandations 4, 202
 travailleurs/personnels de la santé 103–104
 vulnérabilité 60–62

W

Wilensky, Gail 207

Z

Zambie 112, 183
 ZFE voir zones franches d'exportation
 Zimbabwe 124
 zones franches d'exportation (ZFE) 125, 134
 zones géographiques
 répartition des ressources 130, 131

Pour La Commission des
Déterminants sociaux de la
Santé, réduire les inégalités
en santé est un impératif
éthique. L'injustice sociale
tue à grande échelle.