



Combl le fossé en une génération

Instaurer l'équité en santé en agissant
sur les déterminants sociaux de la santé





**Catalogage à la source:
Bibliothèque de l'OMS:**

Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé.

1. Facteur socioéconomique. 2. Gestion ressources santé. 3. Accessibilité service santé. 4. Défense malade. I. Commission des Déterminants sociaux de la Santé.

ISBN 978 92 4 256370 2
(NLM classification: WA 525)

Citation Proposée

Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé.

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Photos

OMS/Marko Kokic; OMS/Christopher Black; OMS/Chris de Bode
Les crédits photos peuvent être obtenus auprès de l'OMS.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication exprime les vues collectives de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé et ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

Traduit par l'École de traducteurs et d'interprètes de Beyrouth / Université Saint-Joseph.

Imprimé par Dar El Kotob - Liban

La Commission appelle à combler le fossé en une génération

La justice sociale est une question de vie ou de mort. Elle influe sur la façon dont les gens vivent et sur le risque de maladie et de décès prématuré auquel ils sont exposés. Si nous voyons avec émerveillement l'espérance de vie continuer à s'allonger et l'état de santé s'améliorer encore dans certaines parties du monde, c'est avec inquiétude que nous les voyons stagner dans d'autres. Une petite fille qui vient au monde aujourd'hui peut espérer vivre plus de 80 ans si elle naît dans certains pays, mais moins de 45 ans dans d'autres. On observe au sein même des pays de très grandes différences d'état de santé qui sont étroitement liées à la condition sociale. Des disparités de pareille ampleur, tant dans les pays qu'entre eux, ne devraient tout simplement pas exister.

Ces inégalités en santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. A leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques.

Les politiques sociales et économiques déterminent en grande partie les chances qu'a un enfant de se développer pleinement et de mener une vie épanouie. Les problèmes de santé que les pays riches et les pays pauvres doivent résoudre convergent de plus en plus. On peut juger du développement d'une société, qu'elle soit riche ou pauvre, d'après l'état de santé de

la population, la répartition plus ou moins équitable de la santé entre les différents échelons de la société et le degré de protection contre les désavantages résultant d'une mauvaise santé.

Dans un souci de justice sociale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a constitué en 2005 la Commission des Déterminants sociaux de la Santé afin de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action.

Parallèlement aux travaux de la Commission, plusieurs pays et organismes sont devenus des partenaires désireux d'élaborer des politiques et des programmes pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé et instaurer une plus grande équité en santé dans l'ensemble de la société. Ces pays et partenaires sont à l'avant-garde d'un mouvement mondial.

La Commission engage l'OMS et tous les gouvernements à agir partout dans le monde sur les déterminants sociaux de la santé pour instaurer l'équité en santé. Il est indispensable que les gouvernements, la société civile, l'OMS et d'autres organisations mondiales s'unissent maintenant dans l'action pour améliorer la vie des habitants de la planète. On peut instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération ; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir.

Please click inside the blue boxes below to access the chapters within.

Table des Matières

| | |
|--|-----------|
| RESUME ANALYTIQUE | 1 |
| PARTIE 1: PREPARER LE TERRAIN POUR UNE APPROCHE MONDIALE DE L'EQUITE EN SANTE | 25 |
| Chapitre 1: Un nouveau programme mondial – La Commission des Déterminants sociaux de la Santé | 26 |
| Chapitre 2: Inégalités en santé dans le monde – Il faut agir | 29 |
| Chapitre 3: Causes et solutions | 35 |
| PARTIE 2: ELEMENTS PROBANTS, ACTION, ACTEURS | 41 |
| Chapitre 4: La nature des éléments probants et de l'action | 42 |
| Réunir les éléments probants | 42 |
| Le cadre conceptuel de la Commission | 42 |
| Evaluer les éléments probants | 42 |
| Les champs d'action principaux et les recommandations de la Commission | 43 |
| Implications de différents acteurs | 44 |
| Mise en contexte des recommandations | 46 |
| PARTIE 3: CONDITIONS DE VIE QUOTIDIENNES | 49 |
| Chapitre 5: Equité dès le départ | 50 |
| Action en vue de plus d'équité dès le départ | 51 |
| Changer la mentalité | 51 |
| Une approche globale de la petite enfance sur le plan pratique | 52 |
| Le champ de l'éducation | 56 |
| Les obstacles à l'éducation | 58 |
| L'éducation des filles | 59 |
| Chapitre 6: Un environnement salubre pour une population en bonne santé | 60 |
| Action visant à promouvoir un milieu de vie épanouissant | 63 |
| Gouvernance participative urbaine | 63 |
| Amélioration des conditions de vie urbaine | 63 |
| Conception et aménagement urbains capables de promouvoir des comportements sains et une sécurité au niveau de la santé | 66 |
| Droits fonciers | 69 |
| Moyens de subsistance rurale | 69 |
| Infrastructure et services ruraux | 70 |
| Migration rurale-urbaine | 71 |
| Le milieu naturel | 71 |
| Chapitre 7: Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent | 72 |
| Créer des conditions d'emploi équitable et de travail décent | 76 |
| Environnement international de soutien | 76 |
| Représentation équitable des travailleurs lors de l'élaboration de politiques nationales | 77 |
| Normes du travail sûr et décent | 80 |
| Emploi précaire | 80 |
| Améliorer les conditions de travail | 82 |
| Chapitre 8: Protection sociale tout au long de l'existence | 84 |
| Action vers une protection sociale universelle | 87 |
| Systèmes de protection sociale tout au long de l'existence | 87 |
| Générosité des systèmes de protection sociale | 90 |
| Ciblage | 90 |
| Rendre les systèmes de protection sociale accessibles aux groupes exclus | 91 |

| | |
|--|------------|
| Chapitre 9: Soins de santé universels | 94 |
| Actions pour des soins de santé universels | 96 |
| Soins de santé primaires à vocation universelle | 96 |
| Soins de santé primaires – Engagement et autonomisation sur le plan communautaire | 96 |
| Prévention et promotion | 97 |
| Recours aux soins de santé ciblés pour instaurer une couverture universelle | 99 |
| Financement des soins de santé – impôts et cotisations | 100 |
| Aide aux personnels de santé | 105 |
| PARTIE 4: POUVOIR, ARGENT ET RESSOURCES | 109 |
| Chapitre 10: L'équité en santé dans tous les systèmes, programmes et politiques | 110 |
| Construire une approche cohérente pour l'équité en santé | 111 |
| Equité en santé en tant qu'indicateur de progrès sociétal | 111 |
| Cohérence des politiques – mécanismes pour soutenir la mise en œuvre de l'équité en santé dans toutes les politiques | 112 |
| Impact de la politique gouvernementale sur l'équité en santé | 114 |
| Action au sein du secteur de la santé | 116 |
| Renforcement des institutions | 116 |
| Secteur de la santé : un catalyseur au-delà du gouvernement | 118 |
| Chapitre 11: Financement équitable | 120 |
| Action pour un financement équitable | 123 |
| Imposition progressive | 123 |
| Taxes dans un monde globalisé | 124 |
| Aide au développement pour la santé | 126 |
| Cadre d'action fondé sur les déterminants sociaux de la santé en faveur de l'aide | 126 |
| Allègement de la dette | 129 |
| Responsabilité future à l'égard des dettes contractées | 129 |
| Répartition équitable | 130 |
| Chapitre 12: Rôle du marché | 132 |
| Actions pour une responsabilité du marché | 135 |
| Evaluation de l'impact des accords économiques sur l'équité en santé | 136 |
| Flexibilité dans les accords | 136 |
| Un secteur privé responsable | 142 |
| Chapitre 13: Equité entre les sexes | 145 |
| Action visant l'amélioration de l'équité entre les sexes en matière de santé | 147 |
| Législation | 147 |
| Démarche soucieuse d'équité entre les sexes | 148 |
| Inclure la contribution économique des femmes dans les comptes nationaux | 150 |
| Enseignement et formation | 151 |
| Participation économique | 152 |
| Santé et droits sexuels et génésiques | 153 |
| Chapitre 14: Emancipation politique – participation et possibilité de s'exprimer | 155 |
| Action en faveur de l'équité, de l'expression et de la participation | 158 |
| Législation et émancipation politique – droits et représentation | 158 |
| Participation équitable dans l'élaboration des politiques | 160 |
| Approches ascendantes de l'équité en santé | 162 |
| Chapitre 15: Bonne gouvernance mondiale | 166 |
| Actions en faveur d'une bonne gouvernance mondiale | 170 |
| L'équité en santé – un objectif mondial | 170 |
| Cohérence multilatérale | 170 |
| Les objectifs du Millénaire pour le développement | 171 |
| Champions de la gouvernance mondiale en matière de santé | 173 |

| | |
|---|------------|
| PARTIE 5: CONNAISSANCE, OBSERVATION ET COMPETENCES: CHEVILLE OUVRIERE DE L'ACTION | 177 |
| Chapitre 16: Déterminants sociaux de la santé: observation, recherche et formation | 178 |
| Action pour renforcer les capacités d'observation, de recherche et d'intervention | 179 |
| Systèmes d'enregistrements des naissances | 179 |
| Systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé | 180 |
| Système mondial de surveillance de l'équité en santé | 184 |
| Elargir la base de connaissance | 186 |
| Formation et initiation aux déterminants sociaux de la santé | 188 |
| PARTIE 6: EDIFIER UN MOUVEMENT MONDIAL | 193 |
| Chapitre 17: Mesures durables au-delà de la Commission des Déterminants sociaux de la santé | 194 |
| Fondements pour une action durable | 194 |
| Un programme inachevé | 194 |
| Objectifs et cibles en vue de l'équité en santé | 196 |
| Jalons vers l'équité en santé – réalisations attendues à court et moyen terme | 198 |
| ANNEXE A: LISTE DE TOUTES LES RECOMMANDATIONS | 200 |
| BIOGRAPHIES DES MEMBRES DE LA COMMISSION | 207 |
| REFERENCES | 208 |
| ACRONYMES | 225 |
| LISTE DES ENCADRES, DES FIGURES ET DES TABLEAUX | 227 |
| INDEX | 232 |

Remerciements

Le projet de la Commission a été défendu, renseigné et dirigé par le Président et les membres de la Commission.

Equipe de rédaction du rapport : Michael Marmot, Sharon Friel, Ruth Bell, Tanja AJ Houweling et Sebastian Taylor. L'équipe est reconnaissante envers tous ceux qui ont apporté leur contribution à l'élaboration de ce rapport : membres de la Commission, Réseaux de connaissances, pays partenaires, animateurs de la société civile et collègues dans l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Genève. Nous remercions spécialement Ron Labonte, Don Matheson, Hernan Sandoval (Conseiller spécial auprès de la Commission) et David Woodward.

Le secrétariat de la Commission (University College London) a été dirigé par Sharon Friel. L'équipe comprenait Ruth Bell, Ian Forde, Tanja AJ Houweling, Felicity Porritt, Elaine Reinertsen et Sebastian Taylor. Le Secrétariat de la Commission (OMS) a été dirigé par Jeanette Vega (2004-2007) et Nick Drager (2008). L'équipe de l'OMS qui a joué un rôle-clé dans le lancement et a servi de guide pour les champs de travail de la Commission était composée de : Erik Blas, Chris Brown, Hilary Brown, Alec Irwin, Rene Loewenson (consultant), Richard Poe, Gabrielle Ross, Ritu Sadana, Sarah Simpson, Orielle Solar, Nicole Valentine et Eugenio Raul Villar Montesinos. D'autres personnes ont également contribué aux travaux de l'équipe : Elmira Adenova, Daniel Albrecht, Lexi Bambas-Nolan, Ahmad Reza Hosseinpoor, Theadora Koller, Lucy Mshana, Susanne Nakalembe, Giorelley Niezen, Bongiwé Peguillan, Amit Prasad, Kumanan Rasanathan, Kitt Rasmussen, Lina Reinders, Anand Sivasanakara Kurup, Niko Speybroeck et Michel Thieren.

L'OMS a soutenu la Commission de différentes manières. Nous tenons à remercier plus particulièrement l'ancien Directeur général JW Lee et l'actuel Directeur général Margaret Chan. La Commission remercie le Sous-Directeur général Tim Evans pour avoir plaidé pour notre travail au sein de l'Organisation, et les Directeurs régionaux pour leur support continu : Marc Danzon, Hussein Abdel-Razzak Al Gezairy, Nata Menabde, Shigeru Omi, Samlee Plianbangchang, Mirta Roses Periago et Luis Gomes Sambo. Nous remercions également les points focaux régionaux de l'OMS : Anjana Bhushan, Soe Nyunt-U (WPRO) ; Chris

Brown (EURO) ; Luiz Galvao, Marco Ackerman (OPS-AMRO); Davison Munodawafa, Than Sein (SEARO) ; Benjamin Nganda, Anthony Mawaya, Chris Mwikisa (AFRO) ; Sameen Siddiqi, Susanne Watts et Mohamed Assai (EMRO). Merci aussi aux nombreux collègues de l'OMS qui ont soutenu les travaux de la Commission, y compris les représentants des pays, Meena Cabral de Mello, Carlos Corvalan, Claudia Garcia-Moreno, Amine Kebe, Jacob Kumaresan et Erio Ziglio.

Nous sommes reconnaissants envers les pays partenaires de la Commission – les nombreux ministères et responsables gouvernementaux qui ont appuyé nos travaux avec des idées, des conseils d'experts, une critique de très grande valeur et aussi financièrement. Plus particulièrement, nous remercions Fiona Adsheed et Maggie Davies (Angleterre et Royaume-Uni) ; David Butler-Jones, Sylvie Stachenko, Jim Ball et Heather Fraser (Canada) ; Maria Soledad Barria, Pedro Garcia, Francisca Infante, Patricia Frenz (Chili) ; Paulo Buss, Alberto Pellegrini Filho (Brésil) ; Gholam Reza Heydari, Bijan Sadrizadeh, Alireza Olyaei Manesh (République islamique d'Iran) ; Stephen Muchiri (Kenya) ; Paulo Ivo Garrido, Gertrudes Machatine (Mozambique) ; Anna Hedin, Bernt Lundgren, Bosse Peterson (Suède) ; Palitha Abeykoon, Sarah Samarage (Sri Lanka) ; Don Matheson, Stephen McKernan, Teresa Wall (Nouvelle Zélande) ; et Ugird Jindawatthana, Amphon Milintangkul (Thaïlande).

Nous remercions les animateurs de la société civile qui ont à la fois procuré les informations pour les travaux de la Commission et utilisé sa base factuelle pour plaider mondialement en faveur d'une approche de la santé et de l'équité en santé portant sur les déterminants sociaux de la santé : Diouf Amacodou, Francoise Barten, Amit Sen Gupta, Prem John, Mwajima Masaiganah, Alicia Muñoz, Hani Serag, Alaa Ibrahim Shukrallah, Patrick Mubangizi Tibasimwa, Mauricio Torres et Walter Varillas. Nous sommes très reconnaissants envers les membres des Réseaux de connaissances pour s'être occupés de la collecte et de la synthèse des données probantes sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Nous remercions notamment les chefs et coordinateurs centraux des réseaux: Joan Benach, Josiane Bonnefoy, Jane Doherty, Sarah Escorel, Lucy Gilson, Mario Hernández, Clyde Hertzman, Lori

Irwin, Heidi Johnston, Michael P Kelly, Tord Kjellstrom, Ronald Labonté, Susan Mercado, Antony Morgan, Carles Muntaner, Pirooska Östlin, Jennie Popay, Laetitia Rispel, Vilma Santana, Ted Schrecker, Gita Sen et Arjumand Siddiqi.

Merci également aux 25 réviseurs des rapports finaux des Réseaux de connaissances et aux commentateurs sur les travaux de la Commission, y compris ceux qui ont assisté à la séance de Vancouver, en particulier Pascale Allotey, Sudhir Anand, Debebar Banerji, Adrienne Germain, Godfrey Gunatileke et Richard Horton. Nous avons aussi travaillé étroitement avec d'autres universitaires et chercheurs depuis la création de la Commission. Nous remercions spécialement Robert N Butler, Hideki Hashimoto, Olle Lundberg, Tony McMichael, Richard Suzman, Elizabeth Waters et Susan Watts.

Le symposium sur la santé des peuples autochtones tenu à Adélaïde en Australie, la séance Three Cities tenue à Londres au Royaume-Uni et celle tenue à la Nouvelle-Orléans aux États-Unis d'Amérique ont fourni des perspectives et des éléments probants de valeur à la Commission. Nous remercions notamment Nancy Adler, Clive Aspin, Sue Atkinson, Paula Braveman, Lucia Ellis, Daragh Fahey, Gail Findlay, Evangeline Franklin, Heather Gifford, Mick Gooda, Sandra Griffin, Shane Houston, Adam Karpati, Joyce Nottingham, Paul Plant, Ben Springgate, Carol Tannahill, Dawn Walker et David Williams.

Les réunions de la Commission au Brésil, Canada, Chili, Chine, Égypte, Inde, République islamique d'Iran, Japon, Kenya, Suisse et aux États-Unis n'auraient été possibles sans l'appui des dirigeants politiques, des responsables gouvernementaux, des bureaux de l'OMS, des universitaires et du personnel des organisations non gouvernementales qui nous ont assistés au cours de nos visites. La Commission et ses champs de travaux variés sont très reconnaissants envers ces organismes et pays qui leur ont assuré un soutien financier : le Centre de recherches pour le développement international, l'Open Society Institute, l'Agence de la Santé publique du Canada, la Fondation Purpleville, la Fondation Robert Wood Johnson, l'Institut national suédois de la santé publique, le gouvernement du Royaume-Uni et l'OMS.

Note du Président

La Commission des Déterminants sociaux de la Santé a été mise sur pied par l'ancien Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, JW Lee. Elle était chargée de réunir et de synthétiser l'ensemble des données probantes sur les déterminants sociaux de la santé et leur impact sur les inégalités en santé ainsi que d'émettre des recommandations pour remédier à ces inégalités.

Les membres de la Commission, le Secrétariat et toutes les personnes en lien avec ladite Commission étaient d'accord sur les trois questions suivantes : la vraie passion pour la justice sociale, le respect des éléments probants et la frustration de se rendre compte du peu d'actions entreprises sur les déterminants sociaux de la santé. Pour nous en assurer, il y a eu des exemples de pays qui ont fait des progrès remarquables dans le domaine de la santé, dont quelques-uns au moins pourraient être attribués à l'action sur les conditions sociales. Ces exemples nous ont certainement encouragés. Toutefois le spectre de l'inégalité en santé hante la scène internationale. La Commission s'est fixé pour but principal de stimuler un mouvement mondial sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'équité en santé. Les signes que nous percevons ne font que nous encourager.

Nous estimons qu'il existe une connaissance suffisante pour recommander l'action dès aujourd'hui, alors qu'il est nécessaire d'établir un programme de recherche active sur les déterminants sociaux de la santé. Le Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé présente des champs d'action clés - des conditions de vie quotidiennes et des facteurs structurels qui les sous-tendent - au niveau desquels il faudra agir. Il fournit une analyse des déterminants sociaux de la santé et des exemples concrets de types d'actions entreprises ayant fait preuve d'efficacité en matière d'amélioration de la santé et de l'équité en santé dans les pays, à tous les niveaux de développement socio-économique.

La Partie 1 définit le cadre, en exposant les raisons d'un mouvement mondial pour faire avancer l'équité en santé à travers l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Elle illustre l'étendue du problème entre les pays et en leur sein, décrit ce qui selon la Commission constitue les causes des inégalités sociales et indique l'endroit où résideraient les solutions.

Les membres de la Commission

Michael Marmot
Frances Baum
Monique Bégin
Giovanni Berlinguer
Mirai Chatterjee

William H. Foege
Yan Guo
Kiyoshi Kurokawa
Ricardo Lagos Escobar
Alireza Marandi

La Partie 2 souligne l'approche que la Commission a retenue portant sur les éléments probants et sur la valeur indispensable de connaître et d'utiliser la richesse des différents types de connaissance. Elle décrit les raisons de la sélection des déterminants sociaux pour l'étude et propose, au moyen d'un cadre conceptuel, la façon dont ces déterminants pourront interagir.

Les Parties 3, 4, et 5 établissent de manière plus détaillée les conclusions et les recommandations de la Commission. Les chapitres de la Partie 3 traitent des conditions de vie quotidiennes - les aspects les plus visibles de la naissance, de la croissance et de l'éducation ; de la vie et du travail ; de l'utilisation des soins de santé -. Les chapitres de la Partie 4 se penchent de près sur les conditions structurelles - les politiques sociales et économiques qui modèlent la croissance des personnes, leur vie et leur travail; les rôles relatifs du gouvernement et du marché pour concourir à une meilleure santé et à l'équité en santé ; les conditions internationales et mondiales qui peuvent aider ou entraver les actions nationales et locales en faveur de l'équité en santé -. La Partie 5 met l'accent sur l'importance cruciale des données - il ne s'agit pas d'une recherche conventionnelle simple, mais d'une preuve vivante de progrès ou de dégradation dans la qualité de vie et de santé des personnes qui peut être uniquement atteinte à travers l'engagement et la capacité de surveiller et d'observer l'équité en santé.

Enfin la Partie 6 porte sur les réseaux mondiaux - les liens régionaux à la société civile de par le monde, les groupes grandissants de pays partenaires qui portent de l'avant le programme des déterminants sociaux de la santé, les programmes de recherche vitale et les possibilités de changement au niveau de la gouvernance mondiale et des institutions internationales - que la Commission a établis et desquels dépendra l'avenir d'un mouvement mondial en faveur de l'équité en santé.

Nous adressons nos remerciements, en particulier aux membres de la Commission pour leur engagement et leurs contributions inestimables et apparemment inépuisables. Leurs conseils collectifs et le rôle de direction qu'ils ont endossé sont à la base de tout ce que la Commission a pu accomplir.



Michael Marmot, *Président*

Commission des Déterminants sociaux de la Santé

Pascoal Mocumbi
Ndioro Ndiaye
Charity Kaluki Ngilu
Hoda Rashad
Amartya Sen

David Satcher
Anna Tibaijuka
Denny Vågerö
Gail Wilensky

Un nouveau programme mondial pour l'équité en santé

Nos enfants ont une espérance de vie extrêmement variable selon l'endroit où ils naissent. Au Japon ou en Suède, ils peuvent espérer vivre plus de 80 ans ; au Brésil, 72 ans ; en Inde, 63 ans ; dans plusieurs pays africains, moins de 50 ans. Partout dans le monde, les différences d'espérance de vie sont énormes aussi à l'intérieur des pays. Chez les plus pauvres parmi les pauvres, les taux de morbidité et de mortalité prématurée sont élevés. Mais il n'y a pas que les plus démunis qui soient en mauvaise santé. Dans tous les pays, quel que soit le niveau de revenu national, la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne.

Cette situation n'est pas inéluctable et il devrait en aller autrement. Les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses sont tout bonnement injustes. C'est ce que nous entendons par inégalités en santé. Comblent ces inégalités – les énormes différences sanitaires que l'on peut niveler entre pays et dans les pays – est une question de justice sociale. Pour la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (ci-après dénommée la Commission), réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle.

Les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé

Créée dans le but de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action, la Commission est un organisme de collaboration mondiale entre responsables du choix des politiques, chercheurs et société civile dirigé par des commissaires possédant une palette unique de compétences dans les sphères politique et universitaire et dans le domaine de la sensibilisation. Point important, son champ d'investigation englobe les pays de tous niveaux de revenu et de développement : le Sud et le Nord. L'équité en santé est une question qui concerne tous les pays et sur laquelle le système économique et politique mondial a une grande influence.

La Commission envisage les déterminants sociaux de la santé dans leur ensemble. Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir. La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel : elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées. Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays.

La communauté internationale peut redresser la situation, mais pour cela, elle doit agir au plus vite et durablement aux niveaux mondial, national et local. Les profondes inégalités dans les rapports de force et dans les systèmes économiques à l'échelle mondiale ont une importance considérable pour l'équité en santé. Il ne faut pas pour autant ignorer les autres niveaux d'action. Les autorités nationales et locales peuvent faire beaucoup et la Commission a été impressionnée par la puissance de la société civile et des mouvements locaux, qui à la fois offrent une aide directe au plan local et incitent les pouvoirs publics à faire changer les choses.

Par ailleurs, le changement climatique a d'importantes conséquences sur le système mondial et modifie la façon dont celui-ci influe sur les modes de vie et sur la santé des hommes et de la planète. Il faut rapprocher les dossiers de l'équité en santé et du changement climatique. La communauté internationale doit trouver un juste équilibre entre le nécessaire développement socio-économique de la population mondiale, l'équité en santé et les mesures que réclame de toute urgence le changement climatique.

Une nouvelle approche du développement

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

D'ordinaire, la société attend du secteur de la santé qu'il s'occupe des questions sanitaires. La mauvaise répartition des soins de santé (le fait qu'ils ne sont pas prodigués à ceux qui en ont le plus besoin) est, à n'en pas douter, un déterminant social de la santé. Mais la lourde charge de morbidité à l'origine d'une mortalité prématurée tristement élevée est principalement due aux conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. A leur tour, la médiocrité et la disparité des conditions de vie sont les conséquences de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées. L'action sur les déterminants sociaux de la santé doit donc faire intervenir l'ensemble des pouvoirs publics, la société civile, les communautés locales, le monde des entreprises, les instances mondiales et les organismes internationaux. Les politiques et programmes doivent englober tous les grands secteurs de la société sans s'en tenir au seul secteur de la santé. Le ministre de la santé et son ministère doivent néanmoins jouer un rôle crucial dans le changement mondial. Ils peuvent militer au plus haut niveau de la société pour une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé, mener une action efficace en suivant de bonnes pratiques et inciter les autres ministères à concevoir des politiques qui contribuent à l'équité en santé. En tant qu'organisme mondial chargé de la santé, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) doit faire de même sur la scène internationale.

Comblent les inégalités en santé en une génération

La Commission appelle à combler les inégalités en santé en l'espace d'une génération. C'est une aspiration et non un pronostic. D'énormes progrès ont été faits dans le domaine de la santé ces 30 dernières années au niveau mondial et dans les pays. Nous sommes optimistes : nous avons les connaissances nécessaires pour allonger considérablement l'espérance de vie et contribuer ainsi à une bien plus grande équité en santé. Nous sommes réalistes : il faut agir dès maintenant. Les clés pour abolir les inégalités flagrantes entre les pays et dans les pays se trouvent dans le rapport de la Commission.

Recommandations générales de la Commission

1 Améliorer les conditions de vie quotidiennes

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

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

Pour remédier aux inégalités sanitaires et aux disparités des conditions de vie quotidiennes, il faut s'attaquer aux inégalités dans la façon dont la société est organisée, 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

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 oeuvrer 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.

Trois principes d'action

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

Ces trois principes sont repris dans les trois recommandations générales ci-après. La suite du résumé analytique et le rapport final de la Commission sont structurés d'après ces trois principes.

1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes

A cause du manque d'équité dans la façon dont les sociétés sont organisées, les possibilités de s'épanouir et d'être en bonne santé ne sont pas réparties équitablement entre sociétés et en leur sein. Les inégalités s'observent dans les conditions de vie pendant la petite enfance, dans la scolarisation, la nature de l'emploi et les conditions de travail, les caractéristiques physiques de l'environnement bâti et la qualité de l'environnement naturel. Selon la nature de ces environnements, les conditions matérielles, le soutien psychosocial et les schémas comportementaux ne sont pas les mêmes pour tous les groupes et les rendent plus ou moins vulnérables aux problèmes de santé. La hiérarchie sociale crée aussi des disparités dans l'accès et le recours aux soins, avec pour conséquence des disparités dans la promotion de la santé et du bien-être, la prévention de la maladie, les chances de rétablissement et de survie.

L'ÉQUITÉ DÈS LE DÉPART

Le développement du jeune enfant, à la fois physique, social, affectif et cognitif/apprentissage du langage, a une influence déterminante sur l'espérance de vie et sur la santé plus tard au cours de l'existence, car il met en jeu l'acquisition de compétences, l'instruction et les possibilités d'emploi. Directement et par ces mécanismes, la petite enfance influe sur le risque ultérieur d'obésité, de malnutrition, de problèmes de santé mentale, de cardiopathies et de délinquance. Au moins 200 millions d'enfants dans le monde ne se développent pas pleinement (Grantham-McGregor et al., 2007) et cette perte

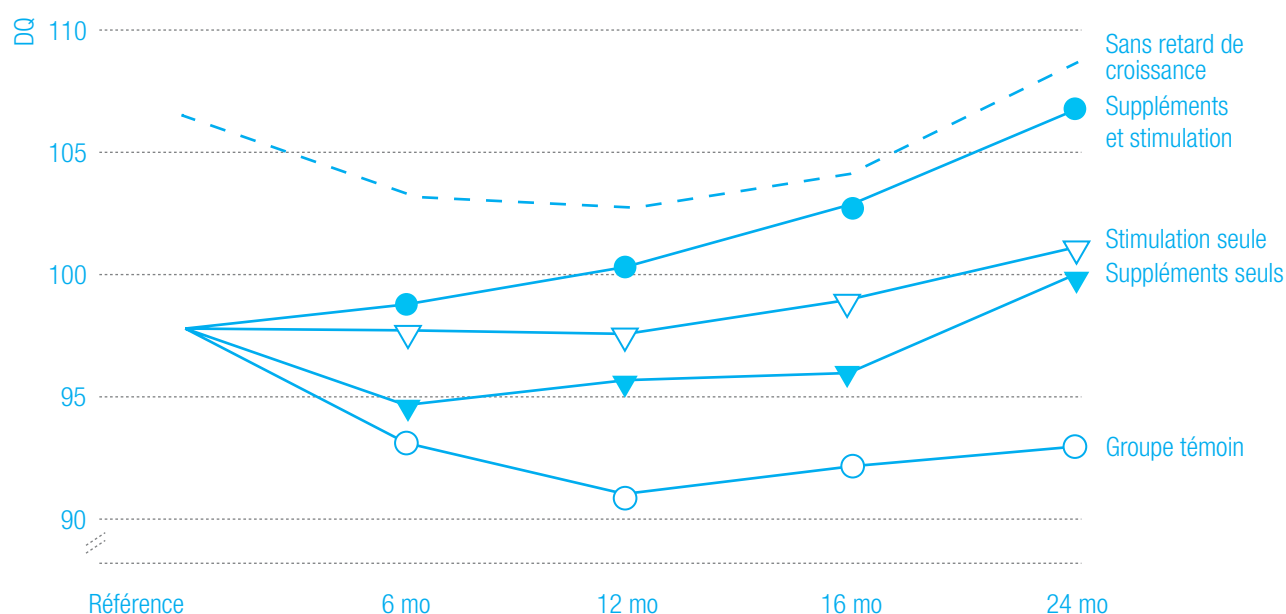
de potentiel a d'énormes conséquences sur leur santé et sur l'ensemble de la société.

Bases factuelles de l'action

L'une des mesures qui offrent les meilleures chances de réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence. Le vécu pendant la petite enfance (du développement du fœtus jusqu'à l'âge de huit ans) et pendant l'éducation initiale et ultérieure jette les bases de toute l'existence. La science du développement du jeune enfant révèle que le développement du cerveau est très sensible aux influences extérieures pendant la petite enfance et que celles-ci peuvent avoir des effets permanents.

Une bonne nutrition est cruciale et commence in utero, la mère devant être correctement nourrie. La mère et l'enfant ont besoin de soins dispensés en continu avant et pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant les premiers jours et les premières années de la vie. Les enfants ont besoin d'un milieu sûr, sain et protecteur, et de soins attentifs favorisant leur épanouissement. Les programmes d'éducation préscolaires et l'école, qui font partie de l'environnement général contribuant au développement de l'enfant, peuvent jouer un rôle capital dans le développement de ses capacités. Il faut aborder de façon plus globale les premiers stades de la vie en s'appuyant sur les programmes existants de survie de l'enfant et en élargissant les interventions prévues pendant les premières années de l'existence au développement social, affectif et cognitif / apprentissage du langage.

Effets d'une intervention conjuguant des suppléments alimentaires et une stimulation psychosociale sur les enfants ayant un retard de croissance dans le cadre d'une étude de 2 ans en Jamaïque^a.



^a Degré de développement (DD) moyen de groupes ayant un retard de croissance ajusté sur l'âge et le degré initial comparé à celui d'un groupe sans retard de croissance ajusté sur l'âge seulement, selon l'échelle de développement mental de Griffiths adaptée pour la Jamaïque.

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Grantham-McGregor et al. (1991).

Ce qu'il faut faire

Une approche globale des premières années de l'existence demande des politiques cohérentes, une volonté et un leadership aux niveaux international et national. Elle nécessite aussi un ensemble complet de programmes et de services de développement du jeune enfant et d'éducation pour tous les enfants du monde.

Prendre position en faveur d'une approche globale des premiers stades de la vie et appliquer cette approche en s'appuyant sur les programmes existants de survie de l'enfant et en élargissant les interventions prévues pendant les premières années de l'existence au développement social, affectif et cognitif/ apprentissage du langage.

- Instaurer un mécanisme interinstitutions pour garantir la cohérence des politiques de développement du jeune enfant afin que l'ensemble des institutions appliquent une approche globale.
- Faire en 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.

Etendre la couverture et le champ de l'enseignement pour y inclure les principes du développement du jeune enfant (développement physique, social, affectif et cognitif/ apprentissage du langage).

- Offrir à tous les garçons et les filles un enseignement primaire et secondaire obligatoire de qualité, sans considération de solvabilité. Recenser et supprimer les obstacles qui empêchent filles et garçons d'aller à l'école et de continuer leur scolarité, et supprimer les frais de scolarité à l'école primaire.

UN ENVIRONNEMENT SALUBRE POUR UNE POPULATION EN BONNE SANTÉ

Le cadre de vie influe sur la santé et les chances de s'épanouir. En 2007, pour la première fois, la majorité des habitants de la planète vivaient en milieu urbain. Près d'un milliard vivent dans des bidonvilles.

Bases factuelles de l'action

Les maladies infectieuses et la dénutrition persisteront dans certaines régions et dans certains groupes de par le monde. Mais l'urbanisation modifie les problèmes de santé de la population, en particulier des populations urbaines indigentes, en favorisant les maladies non transmissibles, les traumatismes accidentels et résultant d'actes de violence, ainsi que la mortalité et la morbidité dues aux catastrophes écologiques.

Les conditions de vie quotidiennes ont une grande incidence sur l'équité en santé. L'accès à un logement et à un hébergement de qualité, à de l'eau propre et à des services d'assainissement est un droit de l'homme et une condition de base pour mener une vie saine. La motorisation, le changement d'affectation des terres pour faciliter le trafic routier et l'inconfort croissant des modes de transport non motorisés ont des répercussions sur la qualité de l'air au niveau local, les émissions de gaz à effet de serre et la sédentarité. La conception et l'aménagement du milieu urbain ont d'importantes conséquences pour l'équité en santé car ils influent sur les comportements et la sécurité.

La part de l'habitat rural et de l'habitat urbain varie énormément d'un pays à l'autre : l'habitat urbain représente

moins de 10 % au Burundi et en Ouganda, mais 100 % ou presque en Belgique, dans la Région administrative spéciale de Hong Kong, au Koweït et à Singapour. Du fait des politiques et des choix d'investissement basés sur un modèle de croissance essentiellement urbain, les communautés rurales du monde entier, y compris les peuples autochtones, pâtissent de la diminution progressive des investissements dans les infrastructures et les équipements en milieu rural, avec pour résultat des taux de pauvreté disproportionnés et des conditions de vie médiocres, qui contribuent en partie à l'exode vers les centres urbains.

Le modèle actuel d'urbanisation pose d'importants problèmes d'environnement, notamment les changements climatiques, qui ont plus de répercussions dans les pays à faible revenu et sur les groupes de population vulnérables. Actuellement, les émissions de gaz à effet de serre résultent principalement des modes de consommation dans les villes du monde développé.

Les transports et les bâtiments représentent 21 % des émissions de CO₂ et l'agriculture un cinquième environ. Or les récoltes dépendent en grande partie des conditions climatiques. Les perturbations du climat et l'épuisement progressif des ressources sont à prendre en compte si l'on veut réduire les inégalités en santé dans le monde.

Ce qu'il faut faire

Des communautés et des quartiers où l'accès aux biens élémentaires est garanti, où la cohésion sociale est bonne, qui sont aménagés de façon à promouvoir l'exercice physique et le bien-être psychologique et qui respectent l'environnement naturel sont indispensables pour l'équité en santé.

Faire de la santé et de l'équité en santé des préoccupations centrales dans l'urbanisme et l'administration des villes.

- Gérer le développement urbain de façon à ce qu'il y ait davantage de logements d'un coût abordable ; 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.
- Veiller à ce que l'urbanisme encourage de façon équitable les comportements sains et sans danger en investissant dans les modes de transport actifs, en gérant le système de vente au détail de façon à contrôler l'accès aux aliments qui contribuent à une mauvaise alimentation, par un bon aménagement du milieu et par des contrôles réglementaires, y compris la limitation du nombre de points de vente d'alcool.

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.

- Combattre les inégalités qu'engendre la croissance urbaine en intervenant dans le domaine de l'occupation des terres et des droits fonciers à la campagne, en garantissant des moyens de subsistance en milieu rural qui soient propices à un mode de vie sain, en investissant suffisamment dans les infrastructures rurales et en appliquant des politiques d'aide aux personnes qui migrent des campagnes vers les villes.

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.

Pratiques équitables en matière d'emploi et travail décent

L'emploi et les conditions de travail ont une grande incidence sur l'équité en santé. Quand les conditions d'emploi sont bonnes, elles offrent une sécurité financière, garantissent une condition sociale correcte, favorisent le développement personnel, les relations sociales et l'estime de soi et protègent contre les risques physiques et psychosociaux. L'action visant à améliorer l'emploi et les conditions de travail doit être menée aux niveaux mondial, national et local.

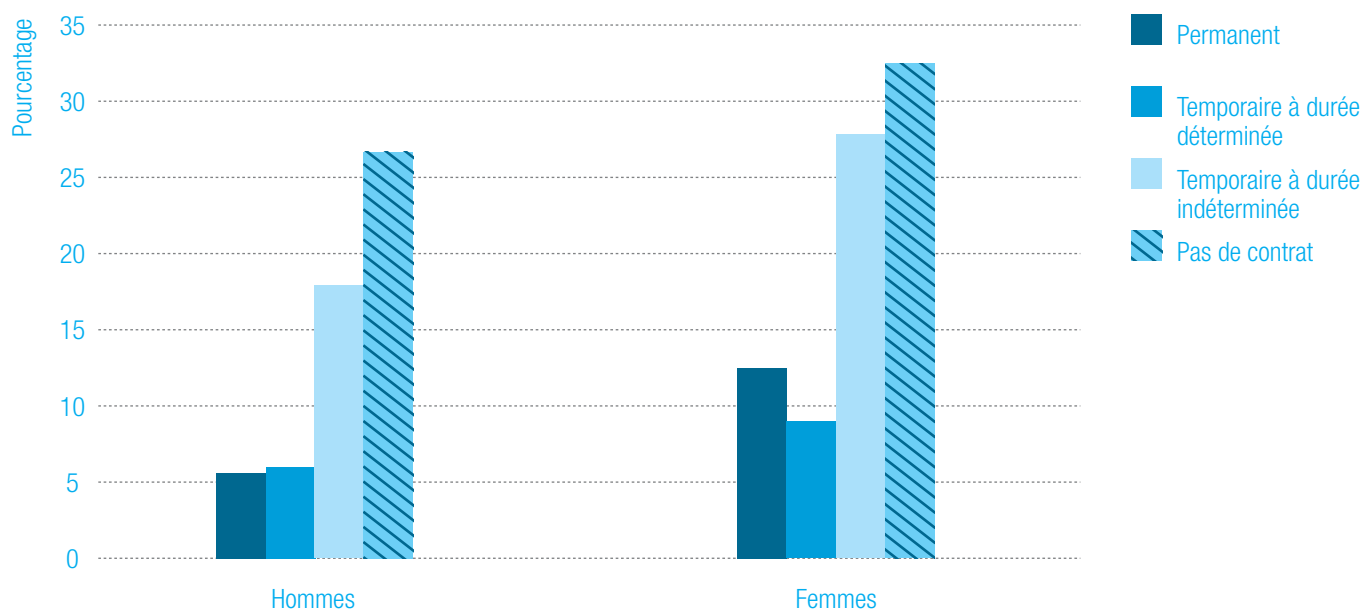
Bases factuelles de l'action

Nombre d'éléments qui ont une grande influence sur la santé sont liés au travail et tiennent à la fois aux conditions d'emploi et à la nature du travail. La flexibilité de la main-d'œuvre contribue à la compétitivité économique mais elle n'est pas

sans effets sur la santé. D'après les données dont on dispose, la mortalité est sensiblement plus élevée chez les travailleurs temporaires que chez les travailleurs permanents. Il y a une corrélation entre les problèmes de santé mentale et la précarité de l'emploi (contrats de travail temporaires, travail sans contrat et travail à temps partiel, par exemple). La précarité de l'emploi perçue par les travailleurs nuit de façon sensible à leur santé physique et mentale.

Les conditions de travail influent elles aussi sur la santé et l'équité en santé. Les personnes qui travaillent dans de mauvaises conditions peuvent être exposées à un ensemble de risques physiques et occupent généralement des emplois peu qualifiés. Les conditions de travail obtenues de haute lutte dans les pays à revenu élevé après des années d'action organisée et grâce à la réglementation sont loin d'être aussi bonnes dans nombre de pays à revenu faible ou moyen. Le stress professionnel est associé à une augmentation de 50 % du risque de cardiopathie coronarienne, et les données dont on dispose montrent invariablement qu'une forte demande d'emplois, le manque de contrôle et un travail qui n'est pas récompensé à sa juste valeur constituent des facteurs de risque de problèmes de santé physique et mentale.

Prévalence des troubles de santé mentale chez les travailleurs manuels en Espagne selon le type de contrat



Source: Artazcoz et al., 2005

Ce qu'il faut faire

Par la garantie de pratiques équitables en matière d'emploi et de conditions de travail décentes, les pouvoirs publics, les employeurs et les travailleurs peuvent contribuer à éradiquer la pauvreté, à atténuer les inégalités sociales, à limiter l'exposition aux risques physiques et psychosociaux et à créer des conditions plus propices à la santé et au bien-être. En outre, une main-d'oeuvre en bonne santé est plus productive.

Faire du plein emploi, de l'équité en matière d'emploi et de conditions de travail décentes des objectifs centraux des politiques socio-économiques nationales et internationales.

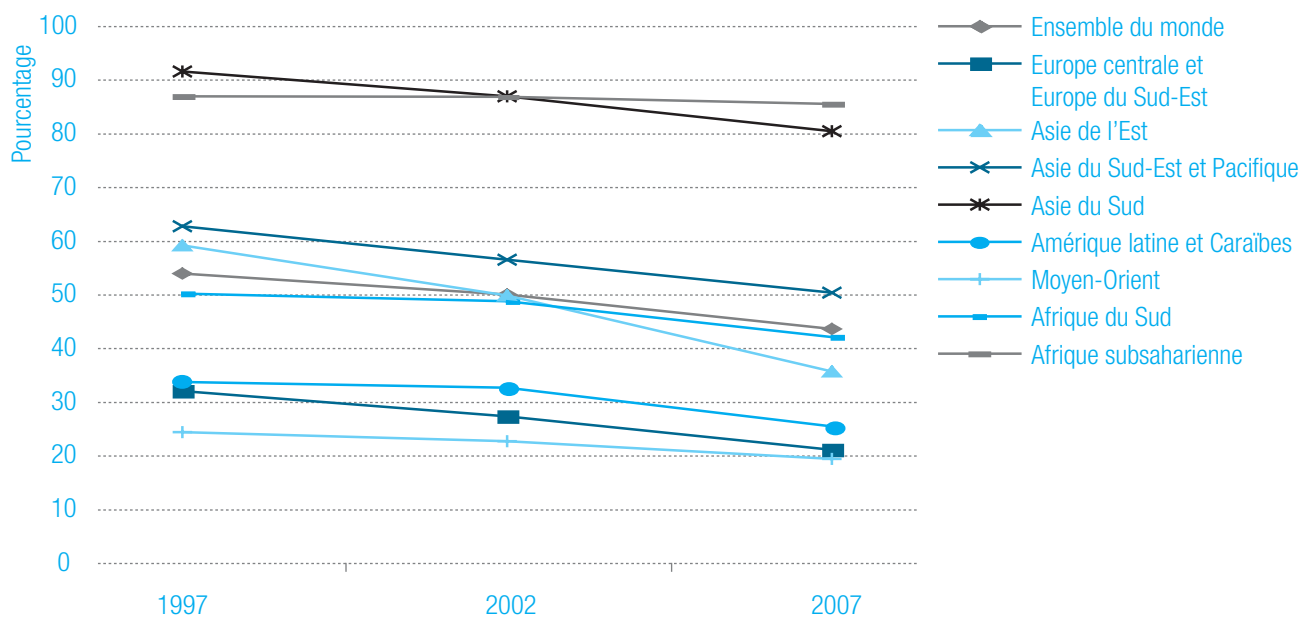
- Le plein emploi, l'équité en matière d'emploi et des conditions de travail décentes doivent être des objectifs communs des institutions internationales et se situer au cœur des politiques et des stratégies de développement nationales, les travailleurs devant être mieux représentés lors de l'élaboration des politiques, de la législation et des programmes portant sur l'emploi et le travail.

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.

- Offrir aux hommes et aux femmes des emplois de qualité suffisamment rémunérés pour tenir compte du coût réel et actuel d'une vie saine.
- Protéger tous les travailleurs. Les institutions internationales devraient prêter leur concours aux pays pour qu'ils appliquent les principales normes du travail dans les secteurs structuré et non structuré, élaborent des politiques garantissant un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et limitent les effets néfastes de l'insécurité sur les travailleurs qui occupent des emplois précaires.

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.

Variation régionale du pourcentage de la population active vivant avec US\$ 2 par jour ou moins



Les chiffres pour 2007 sont des estimations préliminaires.
Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de OIT (2008).

PROTECTION SOCIALE TOUT AU LONG DE L'EXISTENCE

Chacun a besoin d'une protection sociale tout au long de son existence, dès le plus jeune âge, pendant la vie active et au cours de la vieillesse. Une protection est nécessaire aussi en cas d'événement ou d'accident particulier tels que maladie, incapacité, perte d'emploi ou de revenus.

Bases factuelles de l'action

Un niveau de vie bas est un déterminant important des inégalités en santé. Il influe sur tout le parcours de vie, notamment par ses effets sur le développement du jeune enfant. La pauvreté de l'enfant et la transmission de la pauvreté de génération en génération sont d'importants obstacles à l'amélioration de la santé de la population et au nivellement des inégalités en santé. A l'échelle mondiale, quatre personnes sur cinq ne bénéficient pas de la sécurité sociale de base.

Les systèmes de protection sociale fonctionnant par redistribution et la mesure dans laquelle on trouve sur le marché du travail des emplois permettant de gagner correctement sa vie ont une influence sur les niveaux de pauvreté. Une protection sociale universelle généreuse est associée à un meilleur état de santé de la population, notamment à une surmortalité moindre chez les personnes âgées et à des taux de mortalité plus faibles chez les groupes défavorisés. Le budget consacré à la protection sociale a tendance à être plus important voire plus stable dans les pays qui ont un système de protection universelle ; la pauvreté et les disparités de revenus y sont également moins criantes que dans les pays où le système vise les couches défavorisées.

L'extension de la protection sociale à tous, dans les pays et à l'échelle mondiale, sera un pas décisif dans l'instauration de l'équité en santé en l'espace d'une génération. Il s'agit d'étendre la protection sociale aux emplois précaires, y compris

dans le secteur non structuré, au travail domestique et à la garde d'autres personnes. Pareille mesure est essentielle dans les pays pauvres où la majorité des gens travaillent dans le secteur non structuré et pour les femmes, que les responsabilités familiales empêchent souvent de bénéficier de prestations suffisantes dans le cadre des systèmes de protection sociale financés par des cotisations. Si l'insuffisance des infrastructures institutionnelles et de la capacité financière reste un écueil important dans beaucoup de pays, l'expérience montre qu'on peut entreprendre d'ériger un système de protection sociale dans différentes parties du monde, même dans les pays à faible revenu.

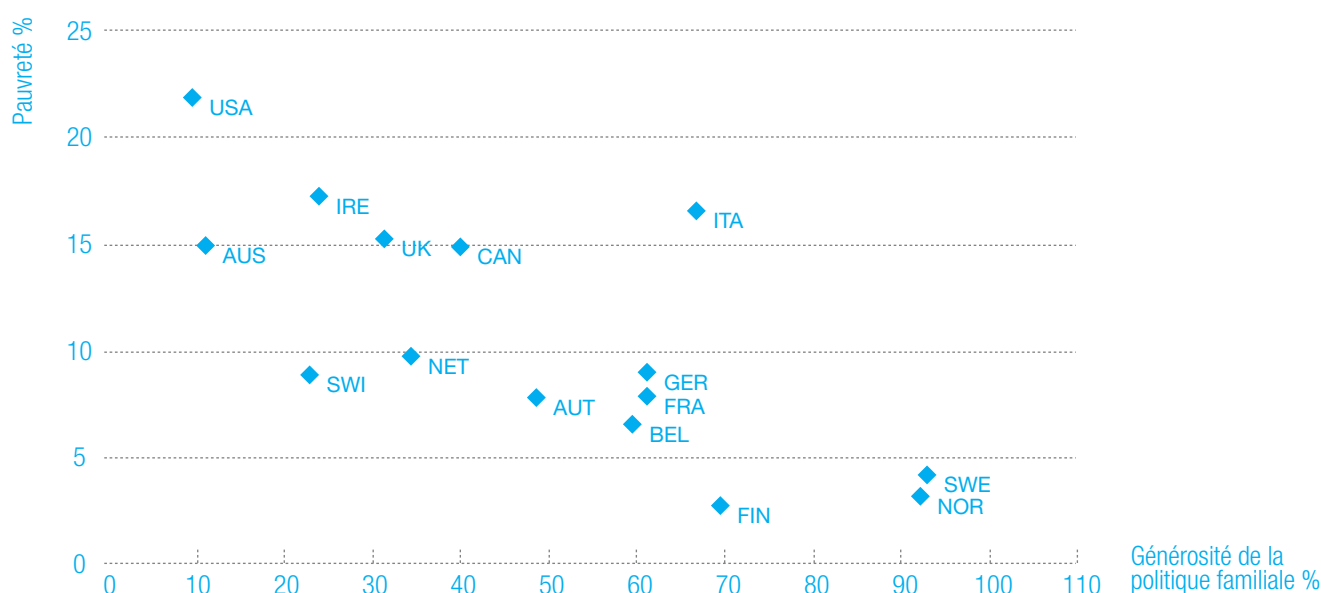
Ce qu'il faut faire

Pour réduire les inégalités en santé en une génération, les instances gouvernementales doivent instaurer des systèmes garantissant un niveau de vie suffisant pour que la population soit en bonne santé et au-dessous duquel aucun individu ne doit passer en raison de circonstances sur lesquelles il n'a aucune prise. Les systèmes de protection sociale peuvent aider à atteindre les objectifs de développement au lieu de dépendre de leur réalisation. Ils peuvent s'avérer des moyens efficaces de résorber la pauvreté et profiter à l'économie locale.

Appliquer des politiques globales et universelles de protection sociale, ou les renforcer, de façon à garantir à tous un revenu suffisant pour mener une vie saine.

- Augmenter progressivement la générosité des systèmes de protection sociale jusqu'à un niveau suffisant pour garantir une vie saine.
- Veiller à ce que les systèmes de protection sociale couvrent les personnes habituellement exclues : travailleurs précaires, y compris dans le secteur non structuré, personnes effectuant un travail domestique ou gardant d'autres personnes.

Générosité de la politique familiale et pauvreté de l'enfant dans 20 pays, vers 2000.



Transferts sociaux nets en pourcentage du salaire net moyen d'un ouvrier de fabrication. Le seuil de pauvreté correspond à 50% du revenu disponible d'équivalence médian.

AUS = Australie; AUT = Autriche; BEL = Belgique; CAN = Canada; FIN = Finlande; FRA = France; GER = Allemagne; IRE = Irlande; ITA = Italie; NET = Pays-Bas; NOR = Norvège; SWE = Suède; SWI = Suisse; UK = Royaume-Uni; USA = Etats-Unis d'Amérique.

Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Lundberg et al. (2007).

SOINS DE SANTÉ UNIVERSELS

L'accès et le recours aux soins sont cruciaux pour un bon état de santé et des conditions sanitaires équitables. Le système de santé est lui-même un déterminant social de la santé ; il influe sur les effets d'autres déterminants sociaux et il est influencé par eux. Le sexe, le niveau d'instruction, la profession, le revenu, l'appartenance ethnique et le lieu de résidence déterminent tous l'accès aux soins, leur efficacité et l'expérience individuelle en tant que patient. Un important rôle de tutelle incombe aux responsables des services de santé, qui doivent veiller à ce que les politiques et l'action menées dans d'autres secteurs contribuent à l'équité en santé.

Bases factuelles de l'action

Sans soins de santé, bien des possibilités d'améliorer fondamentalement la situation sanitaire disparaissent. Un système de soins de santé partiel ou inéquitable ne permet pas d'instaurer la santé pour tous au nom de la justice sociale. Ce sont là des questions cruciales pour tous les pays. Mais, préoccupation plus urgente encore pour les pays à faible revenu, un système de santé accessible, bien conçu et bien géré contribuera dans une large mesure à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Sans un tel système, les chances d'atteindre les OMD sont très réduites. Or le système de santé est extrêmement déficient dans de nombreux pays et les inégalités sont grandes entre riches et pauvres en ce qui concerne les prestations, l'accès et le recours aux soins.

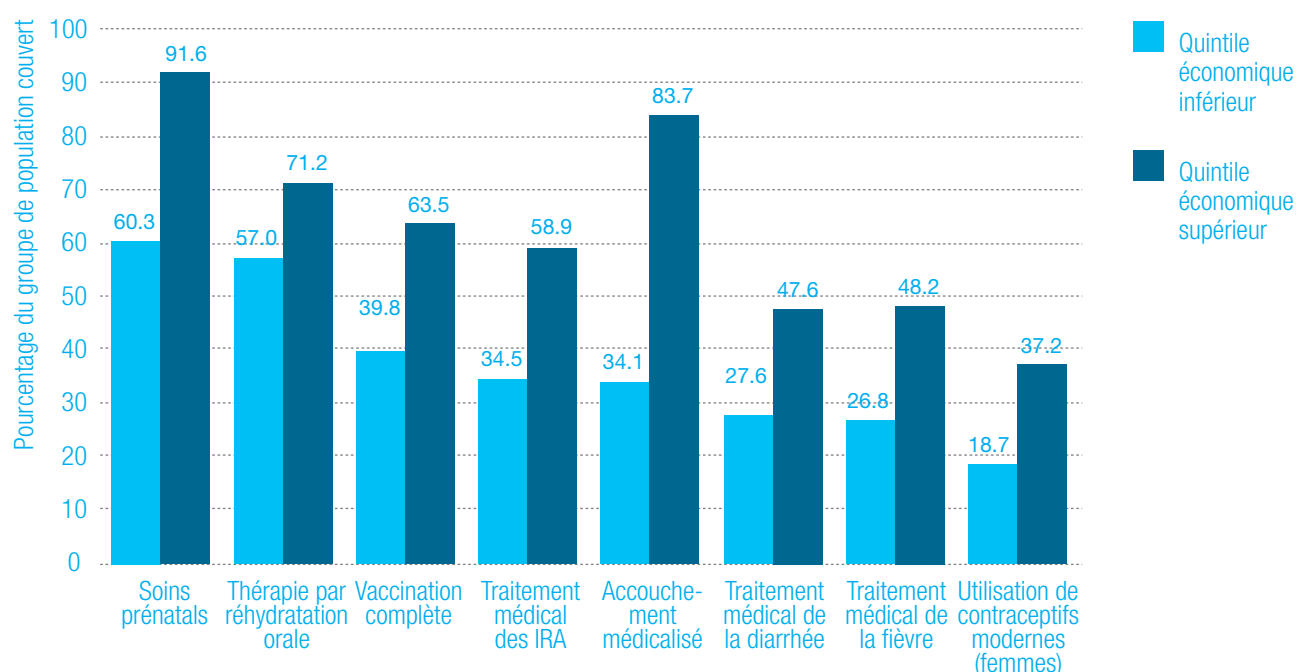
La Commission considère les soins de santé comme un bien commun et non comme un produit commercial. Presque tous les pays à revenu élevé organisent leur système de santé

autour du principe de couverture universelle (à la fois pour le financement et la fourniture des soins). La couverture universelle suppose que tous les habitants du pays aient accès à la même gamme de services (de bonne qualité) selon leurs besoins et leurs préférences, indépendamment de leur niveau de revenu, de leur condition sociale ou du lieu où ils habitent, et qu'ils soient en mesure d'utiliser ces services. Elle signifie que l'ensemble de la population bénéficie du même éventail de prestations. Rien ne justifie que les autres pays, y compris les plus pauvres, n'aspirent pas à la couverture universelle des soins de santé s'ils reçoivent un appui suffisant à longue échéance.

La Commission prône le financement du système de santé par l'impôt ou l'assurance universelle obligatoire. Dans un pays après l'autre, les dépenses de santé publique s'avèrent procéder d'une redistribution. Les faits plaident avec force pour un système de soins de santé financé par des fonds publics. Il est notamment crucial de réduire au maximum les dépenses directes par l'utilisateur. La politique de paiement direct par l'utilisateur dans les pays à revenu faible ou moyen s'est traduite par une diminution globale de l'utilisation des soins et une dégradation des résultats sanitaires. Près de 100 millions de personnes sombrent chaque année dans la pauvreté à cause de dépenses de santé catastrophiques. C'est inacceptable.

Les systèmes de santé donnent de meilleurs résultats sanitaires s'ils reposent sur le modèle des soins de santé primaires, c'est-à-dire s'ils privilégient une action appropriée au niveau local qui englobe l'ensemble des déterminants sociaux et qui respecte l'équilibre entre la promotion de la santé et la prévention d'une part, et les interventions curatives d'autre part, et s'ils mettent l'accent sur le niveau de soins primaire, avec un bon système d'orientation vers les niveaux de soins plus spécialisés.

Utilisation des services de santé maternelle et infantile de base par les quintiles économiques supérieur et inférieur dans plus d'une cinquantaine de pays.



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005).

Dans tous les pays, mais surtout dans les plus démunis et ceux victimes de la fuite des cerveaux, il est indispensable de disposer d'un personnel de santé qualifié en nombre suffisant au niveau local pour étendre la couverture et améliorer la qualité des soins. Il faut investir dans la formation et la fidélisation du personnel sanitaire pour assurer la croissance voulue du système de santé. Pour cela, il faut se soucier aussi bien des flux de personnels de santé au niveau mondial que des investissements et du développement des compétences aux niveaux national et local. Le personnel médical et les professionnels de la santé, depuis l'OMS jusqu'au dispensaire local, ont une forte influence sur les idées et les décisions de la société dans le domaine de la santé. Ils sont là pour témoigner qu'il est à la fois impératif du point de vue de l'éthique et judicieux en termes d'efficacité d'agir sur les causes sociales des problèmes sanitaires de façon plus cohérente au sein du système de santé.

Ce qu'il faut faire

Fonder les systèmes de soins de santé sur les principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

- Mettre en place des services de santé de bonne qualité et à vocation universelle, centrés sur les soins de santé primaires.
- Renforcer le rôle directeur du secteur public dans le financement du système de santé pour plus d'équité et pour garantir l'accès universel aux soins, sans considération de solvabilité.

Renforcer les personnels de santé et développer leur capacité d'influer sur les déterminants sociaux de la santé.

- Investir dans les personnels de santé nationaux en veillant à équilibrer leur densité entre milieu rural et milieu urbain.
- Lutter contre la fuite des cerveaux en investissant dans le développement et la formation des ressources humaines et en passant des accords bilatéraux pour réguler les pertes et les gains.

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

L'inégalité des conditions de vie quotidiennes est le fait de structures et de processus sociaux profonds. L'inégalité est systématique ; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables.

L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS TOUS LES SYSTÈMES, PROGRAMMES ET POLITIQUES

Tous les secteurs du gouvernement et de l'économie peuvent avoir une incidence sur la santé et l'équité en santé : les finances, l'éducation, le logement, l'emploi, les transports et la santé publique, pour ne citer qu'eux. Une action cohérente de l'ensemble des instances gouvernementales, à tous les niveaux, est indispensable pour une plus grande équité en santé.

Bases factuelles de l'action

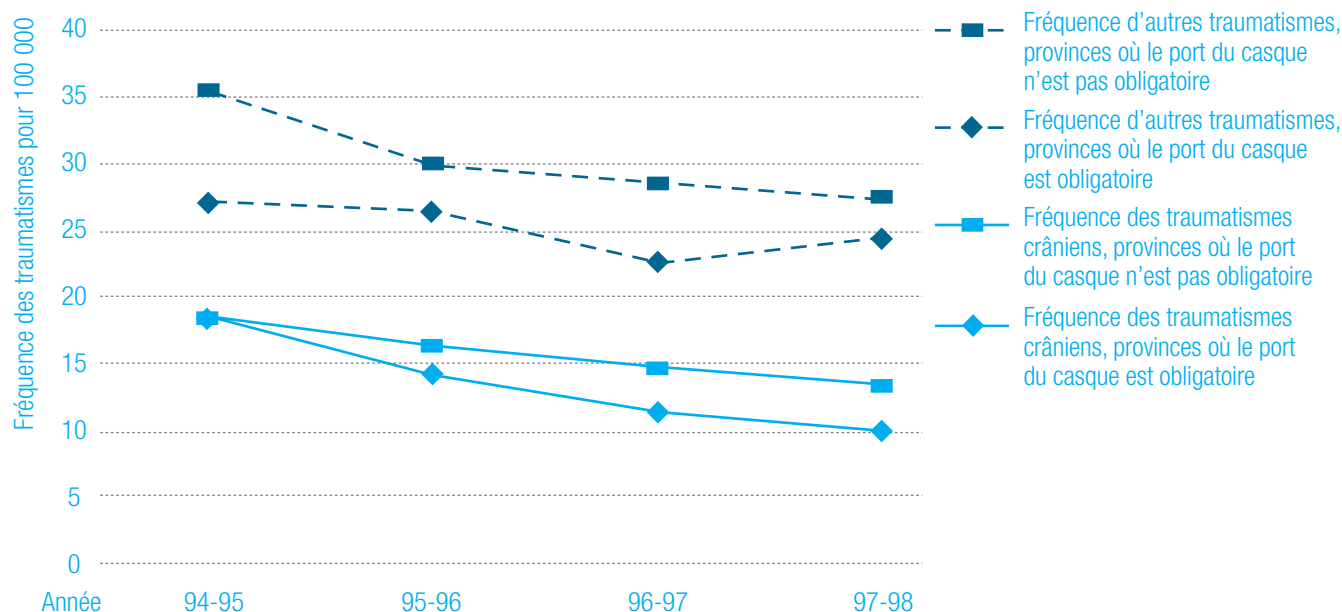
Selon leur nature, les politiques gouvernementales peuvent profiter ou nuire à la santé et à l'équité en santé. Par exemple, un urbanisme qui favorise l'étalement des banlieues sans prévoir suffisamment de logements économiques, d'équipements locaux et de transports publics réguliers et d'un coût abordable ne contribue guère à promouvoir la santé

pour tous. Une bonne politique publique peut avoir des effets bénéfiques sur la santé immédiatement et à plus long terme.

La cohérence des politiques est cruciale : pour favoriser la santé et l'équité en santé, les politiques des différents secteurs du gouvernement doivent se compléter au lieu de se contredire. Par exemple, une politique qui encourage activement la production, le commerce et la consommation sans restriction d'aliments riches en graisses et en sucre au détriment de la production de fruits et légumes va à l'encontre de la politique de santé, qui recommande de consommer relativement peu d'aliments riches en graisses et en sucre et davantage de fruits et de légumes. L'action intersectorielle en faveur de la santé, soit une politique et une action coordonnées entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, peut être une stratégie capitale pour garantir la cohérence nécessaire.

Sortir du cadre du gouvernement pour impliquer la société civile, le secteur du bénévolat et le secteur privé est un pas essentiel vers l'action pour l'équité en santé. Une plus grande participation communautaire et sociale au processus d'élaboration des politiques aide à prendre des décisions justes sur les questions d'équité en santé. Par ailleurs, la santé est un point de ralliement pour différents secteurs et acteurs, par exemple quand une communauté locale conçoit un plan

Evolution des traumatismes crâniens et autres chez les cyclistes dans les provinces canadiennes où le port du casque est obligatoire et dans celles où il ne l'est pas.



Port du casque devenu obligatoire dans les provinces entre 1995 et 1997.
Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Macpherson et al. (2002).

de santé pour elle-même (Dar-es-Salaam, le programme ville-santé de la Tanzanie) ou encore quand l'ensemble de la communauté, y compris les autorités locales, participe à la conception d'espaces qui encouragent les déplacements à pied et en vélo (Healthy by Design, Victoria, Australie).

Faire de la santé et de l'équité en santé des valeurs communes à tous les secteurs ne va pas sans difficultés politiques, mais c'est une stratégie indispensable à l'échelle mondiale.

Ce qu'il faut faire

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.

- Faire de la santé et de l'équité en santé des préoccupations de l'ensemble du gouvernement, sous la houlette du chef de l'Etat, en incluant l'équité en santé dans les critères de performance du gouvernement.
- Evaluer l'incidence de toutes les politiques et de tous les programmes sur la santé et l'équité en santé en visant la cohérence de l'action gouvernementale dans son ensemble.

Définir 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.

- Le secteur de la santé est un bon point de départ pour mettre en place des mesures et des structures qui incitent à agir sur les déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Pour cela, le ministère de la santé doit donner des impulsions vigoureuses avec le concours de l'OMS.



Financement équitable

Pour la protection sociale et l'équité en santé, il est primordial que des fonds publics financent une action portant sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé.

Bases factuelles de l'action

Dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement économique, il est primordial, aux fins de protection sociale et d'équité en santé, d'augmenter les fonds publics pour financer une action portant sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, depuis le développement de l'enfant et l'éducation jusqu'aux soins de santé, en passant par les conditions de vie et de travail. L'expérience montre que le développement socio-économique des pays riches a été solidement soutenu par des infrastructures financées par l'Etat et des services publics devenant progressivement universels. Comme les marchés ne peuvent fournir les biens et services indispensables de façon équitable, le financement par l'Etat exige du secteur public qu'il assure un encadrement solide et consente des dépenses suffisantes. Cela suppose un impôt progressif, car il est attesté qu'une redistribution même modeste contribue bien davantage à résorber la pauvreté que la croissance économique seule. Dans le cas des pays pauvres, une assistance internationale beaucoup plus importante s'impose.

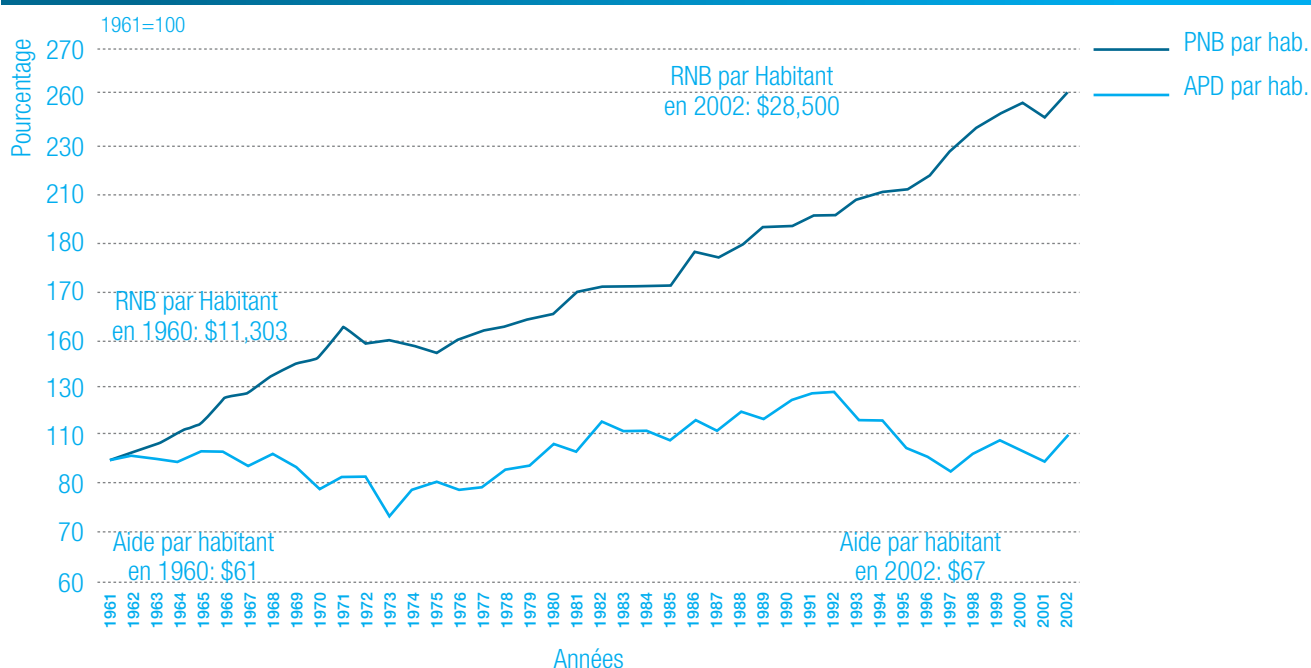
Dans les pays à faible revenu, les institutions et mécanismes d'imposition directe sont relativement déficients et la majorité de la population active travaille dans le secteur non structuré. Dans bon nombre de ces pays, l'Etat tire ses recettes d'impôts indirects comme les droits de douane. Les accords économiques entre pays riches et pays pauvres qui prévoient la diminution de ces droits peuvent limiter le revenu intérieur disponible dans ces derniers avant qu'ils ne trouvent

d'autres sources de financement. Le renforcement des régimes d'imposition progressive est une importante source de revenu supplémentaire pour l'Etat et une condition préalable à tout autre accord réduisant les droits de douane. Parallèlement, des mesures contre les centres financiers offshore utilisés pour échapper au régime d'imposition national pourraient fournir des ressources pour financer le développement au moins comparables à celles tirées de nouvelles taxes. A mesure que la mondialisation rend les pays de plus en plus interdépendants, les arguments en faveur d'une approche mondiale de l'imposition prennent plus de poids.

L'aide est importante. On est fondé à penser qu'elle peut favoriser et qu'elle favorise la croissance économique et peut contribuer plus directement à améliorer la situation sanitaire, mais la Commission estime que la principale utilité de l'aide est de servir de mécanisme de répartition judicieuse des ressources dans l'optique commune du développement social. Le volume de l'aide est, hélas, très insuffisant, en termes absolus (globalement et pour la santé), par rapport à la richesse des pays donateurs, par rapport à l'engagement que les donateurs ont pris en 1969 de consacrer environ 0,7 % de leur produit intérieur brut (PIB) à l'aide au développement et par rapport aux sommes nécessaires pour faire des progrès durables sur la voie des OMD. Une augmentation sensible et rapide s'impose. Indépendamment de l'accroissement de l'aide, la Commission engage à étendre et augmenter les allègements de la dette.

Il faut aussi améliorer la qualité de l'aide, conformément à l'accord de Paris, en mettant l'accent sur une meilleure coordination entre donateurs et une plus grande harmonisation avec les plans de développement des bénéficiaires. Les donateurs devraient envisager d'acheminer l'essentiel de leur aide par un mécanisme multilatéral unique, tandis que, pour planifier la résorption de la pauvreté aux niveaux national

L'écart se creuse : aide des pays donateurs par habitant par rapport à la richesse par habitant, 1960-2000.



Réimprimé avec l'autorisation de l'éditeur, tiré de Randel, German & Ewing (2004).

et local, les pays bénéficiaires devraient définir d'après les déterminants sociaux de la santé un cadre qui garantisse un financement intersectoriel cohérent. Pareil cadre pourrait amener les pays bénéficiaires à mieux rendre compte de l'usage qu'ils font de l'aide et des résultats qu'ils obtiennent. Les gouvernements bénéficiaires devraient notamment développer leur capacité d'allouer les fonds publics équitablement entre régions et groupes de populations et mieux rendre compte de cette répartition.

Ce qu'il faut faire

Augmenter les fonds publics pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

- Développer la capacité nationale d'imposition progressive et étudier la possibilité d'instaurer de nouveaux mécanismes nationaux et mondiaux de financement public.

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

- Honorer les engagements pris en portant l'aide mondiale à 0,7 % du PIB et étendre l'initiative d'allègement de la dette multilatérale ; œuvrer plus activement pour l'équité en santé en prévoyant un volet cohérent sur les déterminants sociaux de la santé dans les cadres existants, comme les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté.

Répartir équitablement les fonds publics consacrés à l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

- Instaurer des mécanismes pour financer l'action de l'ensemble du gouvernement sur les déterminants sociaux de la santé et répartir les fonds équitablement entre les régions géographiques et les groupes sociaux.



Rôle du marché

Le marché contribue à améliorer la situation sanitaire en fournissant de nouvelles technologies, de nouveaux biens et services et en accroissant le niveau de vie. Mais il peut aussi créer des conditions qui ne sont pas favorables à la santé : inégalités économiques, épuisement progressif des ressources, pollution de l'environnement, conditions de travail mauvaises pour la santé et circulation de produits dangereux et nocifs.

Bases factuelles de l'action

La santé n'est pas un bien négociable. C'est une question de droits et c'est une responsabilité du secteur public. C'est pourquoi les ressources pour la santé doivent être équitables et universelles. Il y a trois impératifs liés entre eux. Premièrement, l'expérience montre que la commercialisation de biens sociaux essentiels comme l'instruction et les soins médicaux engendre des inégalités en santé. La fourniture de ces biens sociaux essentiels doit être régie par le secteur public et non par la loi du marché. Deuxièmement, le secteur public doit prendre les choses en main pour une réglementation nationale et internationale efficace des produits, des activités et des circonstances qui nuisent à la santé ou créent des inégalités en santé. Ensemble, ces deux impératifs entraînent un troisième : l'évaluation régulière de l'incidence de toutes les décisions politiques et réglementations du marché sur l'équité en santé doit être institutionnalisée aux niveaux national et international.

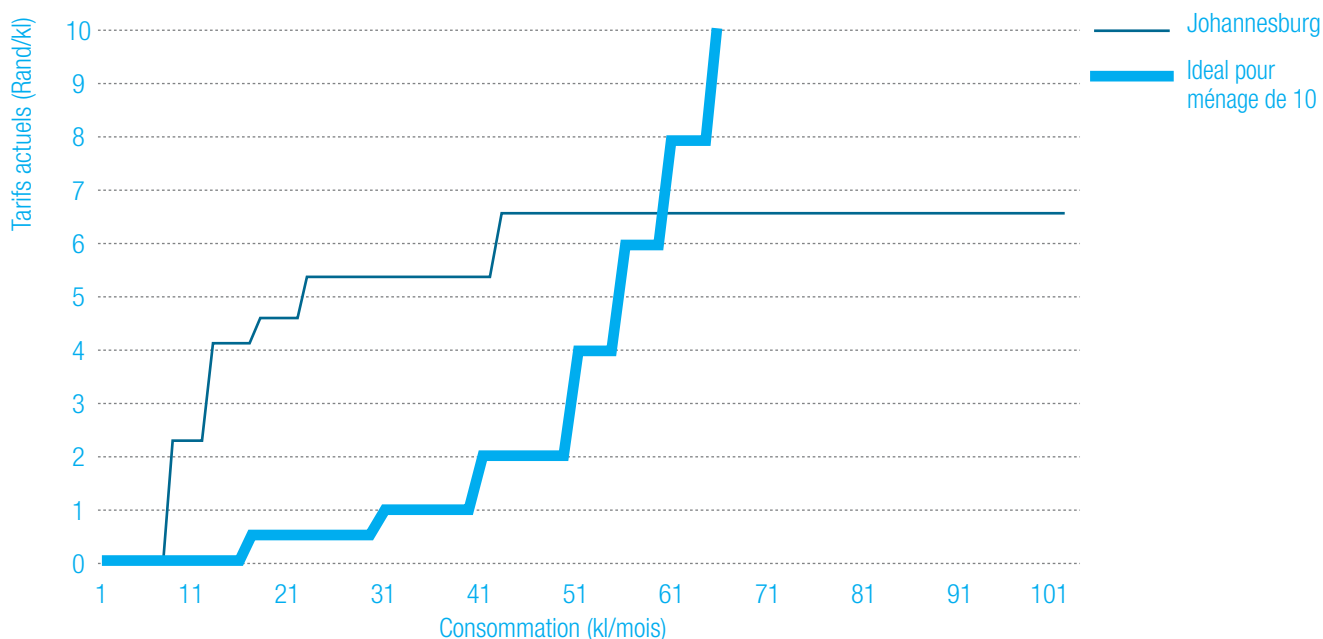
La Commission considère certains biens et services comme des besoins humains et sociétaux de base : l'accès à une eau propre, par exemple, et les soins de santé. Ces biens et services doivent être mis à la disposition de tous, sans considération de solvabilité. Voilà pourquoi, en l'occurrence, c'est le secteur

public plutôt que la loi du marché qui garantit une offre et un accès adéquats.

Pour garantir l'offre de biens et services indispensables à la santé et au bien-être, par exemple l'eau, les soins et des conditions de travail décentes, et pour contrôler la circulation de marchandises ayant des effets sanitaires indésirables (par exemple le tabac et l'alcool), le secteur public doit prendre les choses fermement en main. Dans beaucoup de pays, riches comme pauvres, les conditions d'emploi et de travail sont très souvent inéquitables, mauvaises pour la santé, dangereuses et relèvent de l'exploitation. Vu l'importance de bonnes conditions d'emploi et de travail pour la santé de la population et de l'économie, le secteur public doit prendre la direction des opérations et faire progressivement appliquer les normes mondiales du travail tout en soutenant la croissance des micro-entreprises. Les mécanismes de gouvernance mondiaux comme la Convention-cadre pour la lutte antitabac deviennent de plus en plus nécessaires à mesure que la fusion des marchés élargit l'accès aux produits ayant des effets sanitaires indésirables et facilite leur circulation. Les aliments transformés et l'alcool comptent parmi les principaux produits qui devraient faire l'objet de contrôles réglementaires plus stricts aux niveaux mondial, régional et national.

Depuis quelques dizaines d'années, du fait de la mondialisation, le marché s'est uniformisé. De nouveaux dispositifs de production ont vu le jour, entraînant des changements importants dans les conditions de travail et d'emploi, étendant le champ d'application des accords économiques internationaux et mondiaux et accélérant la commercialisation de biens et services, dont certains ont sans conteste des effets bénéfiques sur la santé, d'autres des effets désastreux. La Commission incite les pays participants à faire preuve

Prix de l'eau à Johannesburg. Le système existant de subventions (ligne fine) favorise les consommateurs riches (et permet une surconsommation), tandis que le système idéal de tarification (ligne épaisse) offre un approvisionnement subventionné adéquat aux consommateurs pauvres et dissuade de trop consommer



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de GKN (2007).

de prudence quand ils envisagent de prendre de nouveaux engagements économiques (commerce et investissements) mondiaux, régionaux et bilatéraux. Avant de prendre de tels engagements, ils doivent être conscients de l'incidence des accords en vigueur sur la santé, les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. De plus, l'évaluation des effets sur la santé dans le temps donne tout lieu de penser que les accords internationaux doivent d'emblée ménager une flexibilité permettant aux pays signataires de modifier leurs engagements en cas de répercussions négatives sur la santé ou sur l'équité en santé, en justifiant ces modifications d'après des critères transparents.

Le rôle directeur du secteur public ne supprime en rien les responsabilités et les capacités des autres acteurs : la société civile et le secteur privé. Les acteurs du secteur privé sont influents et peuvent beaucoup contribuer à l'équité en santé dans le monde. Mais, jusqu'à présent, les initiatives du type des initiatives de responsabilité sociale des entreprises n'ont eu que peu d'effets concrets. Il se peut que la responsabilité sociale de l'entreprise soit un progrès utile, mais cela reste à démontrer. L'obligation de rendre compte offre peut-être une base plus solide sur laquelle fonder une relation responsable de collaboration entre le secteur privé et les instances défendant l'intérêt général.

Ce qu'il faut faire

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.

- Institutionnaliser et renforcer les capacités techniques d'évaluation des conséquences de tous les accords économiques nationaux et internationaux sur l'équité en santé.
- Faire en sorte que les acteurs de la santé soient mieux représentés lors de la négociation des politiques économiques à l'intérieur du pays et au niveau international.

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 services ayant des effets importants sur la santé (comme le tabac, l'alcool et les denrées alimentaires).



Equité entre les sexes

On ne pourra réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération que si l'on améliore la vie des femmes, des jeunes filles et des filles, qui représentent à peu près la moitié de l'humanité, et si l'on lutte contre les inégalités entre les sexes. Il faut donner plus de pouvoir aux femmes pour parvenir à une répartition équitable de la santé.

Bases factuelles de l'action

Les inégalités entre les sexes sont omniprésentes dans toutes les sociétés. Le sexisme dans la répartition du pouvoir et des ressources, les droits à prestation, les normes, les valeurs et la façon dont les organisations sont structurées et les programmes administrés nuit à la santé de millions de femmes, de jeunes filles et de filles. La position des femmes dans la société est également liée à la santé et à la survie des enfants, garçons et filles. Les inégalités entre les sexes influent sur la santé de plusieurs façons : modes d'alimentation discriminatoires, violence à l'encontre des femmes, manque de pouvoir décisionnel et répartition inéquitable du travail, des loisirs et des possibilités de mener une vie meilleure, entre autres.

Les inégalités entre les sexes étant d'origine sociale, elles sont réversibles. La situation des femmes s'est beaucoup améliorée au cours du siècle dernier dans de nombreux pays, mais les progrès sont inégaux et bien des problèmes demeurent. Les femmes gagnent moins que les hommes, même à travail équivalent ; les jeunes filles et les femmes ont moins facilement accès à l'éducation et moins de possibilités d'emploi. La mortalité et la morbidité maternelles restent élevées dans beaucoup de pays et les services de santé génésique sont encore répartis de manière très inéquitable à l'intérieur des pays et entre pays. Les effets intergénérationnels des inégalités entre les sexes font qu'il est plus impératif encore d'agir. Il faut agir maintenant pour instaurer une plus grande équité entre les sexes et donner plus d'autonomie aux femmes si l'on veut réduire les inégalités sanitaires en l'espace d'une génération.

Ce qu'il faut faire

Les inégalités entre les sexes sont injustes ; elles sont aussi source d'inefficacité. En oeuvrant pour l'équité entre les sexes, les gouvernements, les donateurs, les organisations internationales et la société civile peuvent améliorer la vie de millions de femmes, de filles, de jeunes filles et de leur famille.

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

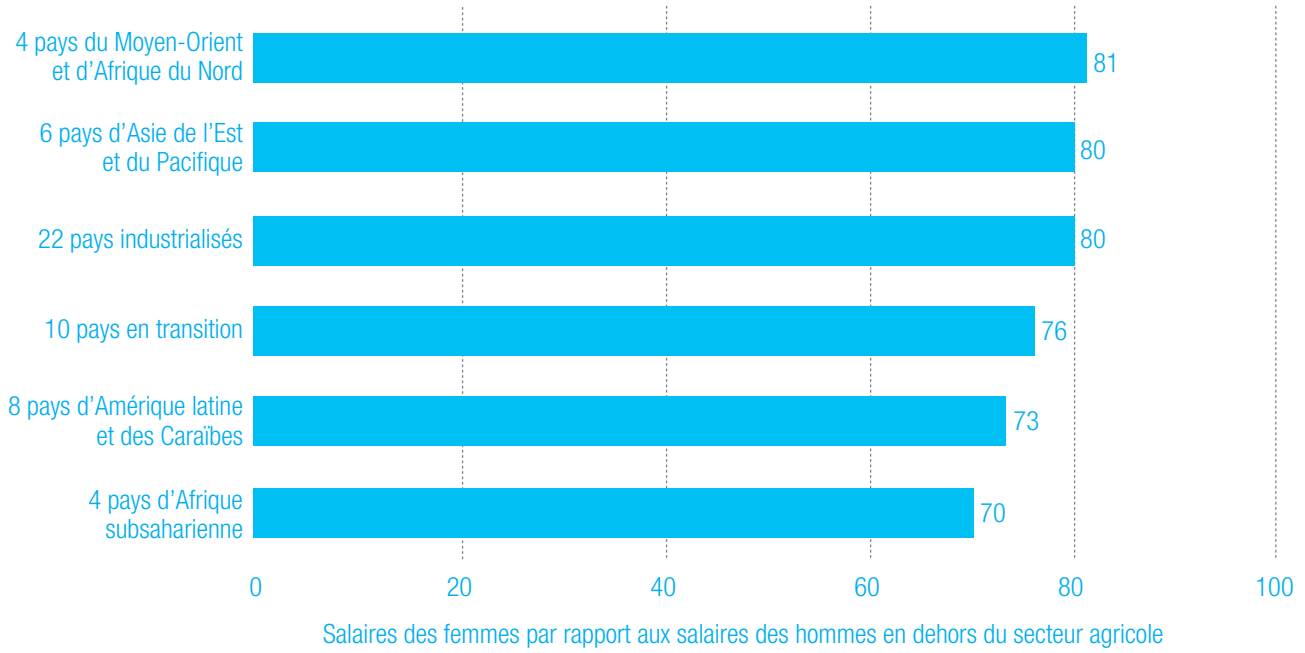
- Elaborer et appliquer une législation qui favorise l'équité entre les sexes et interdit la discrimination sexuelle.
- Mieux tenir compte des considérations d'équité entre les sexes en créant et en finançant une unité chargée de la question au sein de l'administration centrale et des institutions internationales.
- Tenir compte du travail domestique, de la garde d'autres personnes et du bénévolat dans les comptes nationaux.

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.

- Investir dans la formation et l'enseignement réguliers et professionnels, garantir par la loi l'égalité de rémunération, offrir les mêmes possibilités d'emploi à tous les niveaux et mettre en place des politiques soucieuses de la famille.

Investir davantage dans les services et les programmes de santé sexuelle et génésique en visant la couverture universelle et le respect des droits.

Les salaires nominaux des femmes sont nettement inférieurs à ceux des hommes.



Réimprimé avec l'autorisation de l'auteur, tiré de UNICEF (2006).



EMANCIPATION POLITIQUE – PARTICIPATION ET POSSIBILITÉ DE S'EXPRIMER

Etre intégré dans la société dans laquelle on vit est une condition essentielle de l'émancipation matérielle, psychosociale et politique sur laquelle reposent le bien-être social et l'équité en santé.

Bases factuelles de l'action

Le droit de bénéficier des conditions indispensables pour atteindre le plus haut niveau de santé possible est universel. Le risque que ce droit ne soit bafoué tient à des inégalités structurelles profondément ancrées.

Les inégalités sociales se manifestent dans des caractéristiques sociales qui s'interpénètrent comme la classe, le niveau d'instruction, le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, les handicaps et la situation géographique. Il ne s'agit pas seulement de différences mais d'une hiérarchisation due à de grandes disparités de richesse, de pouvoir et de prestige entre les individus et entre les communautés. Les personnes déjà privées de leurs droits sont aussi défavorisées sur le plan de la santé. La liberté de participer aux relations économiques, sociales, politiques et culturelles a une valeur intrinsèque. Participation, représentation et maîtrise sont importantes pour le développement social, la santé et le bien-être. Une participation restreinte limite les capacités humaines et crée des conditions propices aux inégalités dans les domaines de l'éducation et de l'emploi, par exemple, et dans l'accès aux innovations biomédicales et techniques.

Toute tentative sérieuse de réduire les inégalités en santé suppose de répartir autrement le pouvoir au sein de la société et entre les différentes régions du monde, de permettre aux individus et aux groupes d'exprimer haut et fort leurs besoins et de défendre efficacement leurs intérêts et, ce faisant, de remettre en question et de modifier la répartition injuste et très hiérarchisée des ressources sociales (conditions nécessaires pour une bonne santé) auxquelles tous les citoyens peuvent prétendre et ont droit.

Les rapports de force peuvent évoluer à différents niveaux, depuis le « microcosme » que forment les individus, les ménages

ou les communautés jusqu'au « macrocosme » des relations structurelles entre les acteurs et les institutions socio-économiques et politiques. S'il est indispensable de donner plus de pouvoir aux groupes sociaux en les associant au choix des grandes orientations politiques pour qu'ils puissent exercer l'ensemble de leurs droits et pour que les biens matériels et sociaux essentiels soient répartis équitablement, il faut aussi leur donner les moyens d'agir au plan local selon une approche ascendante. La lutte contre les injustices dont les groupes les plus défavorisés sont victimes et le processus d'organisation de ces groupes développent l'esprit d'initiative au plan local. Plus autonomes, les gens ont le sentiment de mieux maîtriser leur vie et leur avenir.

L'action menée par la communauté et la société civile contre les inégalités en santé est indissociable du devoir qui incombe à l'Etat de garantir un ensemble complet de droits et une répartition équitable des biens matériels et sociaux essentiels entre les différents groupes de population. Les approches descendantes et ascendantes sont aussi essentielles les unes que les autres.

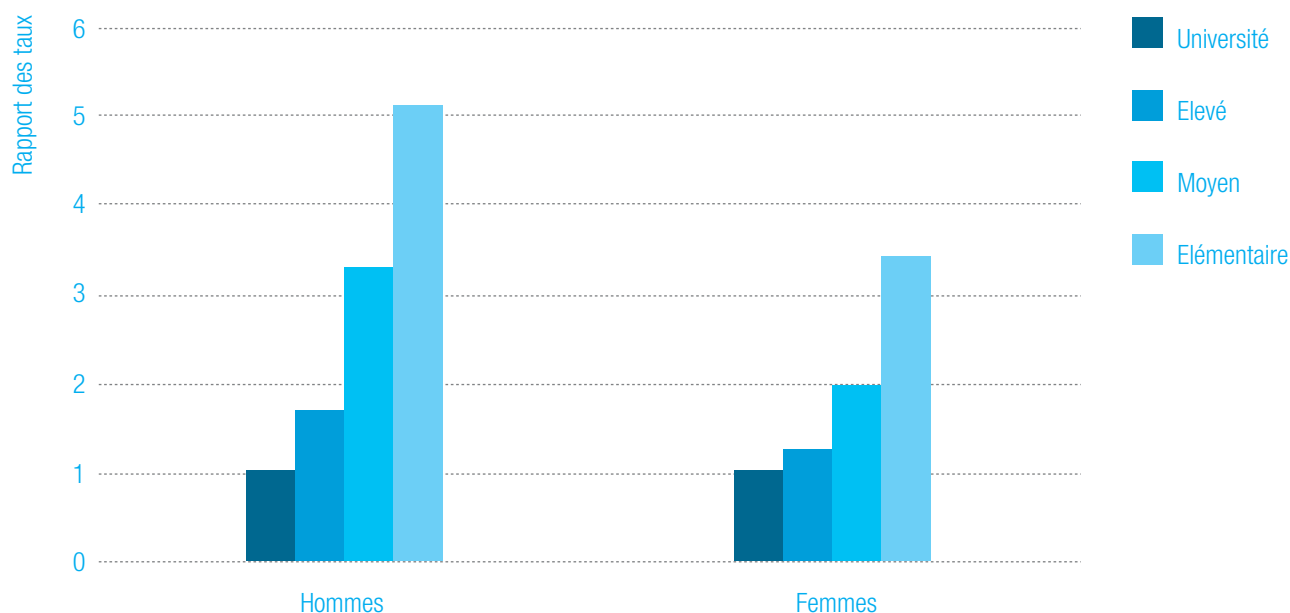
Ce qu'il faut faire

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.

- Renforcer les systèmes politiques et juridiques pour protéger les droits, garantir l'identité juridique et tenir compte des besoins et des revendications des groupes marginalisés, en particulier les peuples autochtones.
- Faire en sorte qu'au titre du droit à la santé, les individus et les communautés soient associés à la prise de décisions concernant la santé et y participent de façon équitable.

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.

Mortalité ajustée sur l'âge chez les hommes et les femmes en République de Corée par niveau d'instruction, 1993-1997.



Source: Son et al., 2002

Bonne gouvernance mondiale

Les énormes différences d'état de santé et d'espérance de vie entre les peuples du monde reflètent le déséquilibre de pouvoir et de prospérité entre les nations. Les bienfaits indubitables de la mondialisation demeurent répartis de façon extrêmement inégale.

Bases factuelles de l'action

La période de l'après-guerre a été marquée par une forte croissance. Mais l'enrichissement et les progrès de la connaissance à travers le monde ne se sont pas traduits par une plus grande équité en santé. La phase la plus récente de la mondialisation (après 1980), au lieu de rapprocher les pays en permettant aux plus pauvres d'entre eux de rejoindre l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, les a divisés en gagnants et perdants, les pays d'Afrique subsaharienne et certains pays de l'ex-Union soviétique voyant avec une grande inquiétude l'espérance de vie à la naissance stagner, voire diminuer. La croissance économique et les progrès de l'équité en santé observés entre 1960 et 1980 se sont nettement ralentis pendant la période qui a suivi (1980-2005), car la politique économique mondiale a porté un coup aux dépenses dans le secteur social et au développement social. Toujours pendant la deuxième phase de la mondialisation (après 1980), les crises financières sont devenues plus nombreuses et plus régulières, les conflits se sont multipliés et les migrations forcées et volontaires ont pris de l'ampleur.

Il est impératif qu'à l'heure de la mondialisation, la communauté internationale, consciente des intérêts communs et de l'interdépendance des perspectives d'avenir, s'engage à mettre en place un système multilatéral auquel tous les pays, qu'ils soient riches ou pauvres, participent de façon équitable. Ce n'est que grâce à un tel système de gouvernance mondiale,

qui place l'équité en santé au cœur du développement et qui permette à tous d'influencer les décisions sur un pied d'égalité, qu'on peut œuvrer de façon cohérente pour l'équité en santé dans le monde.

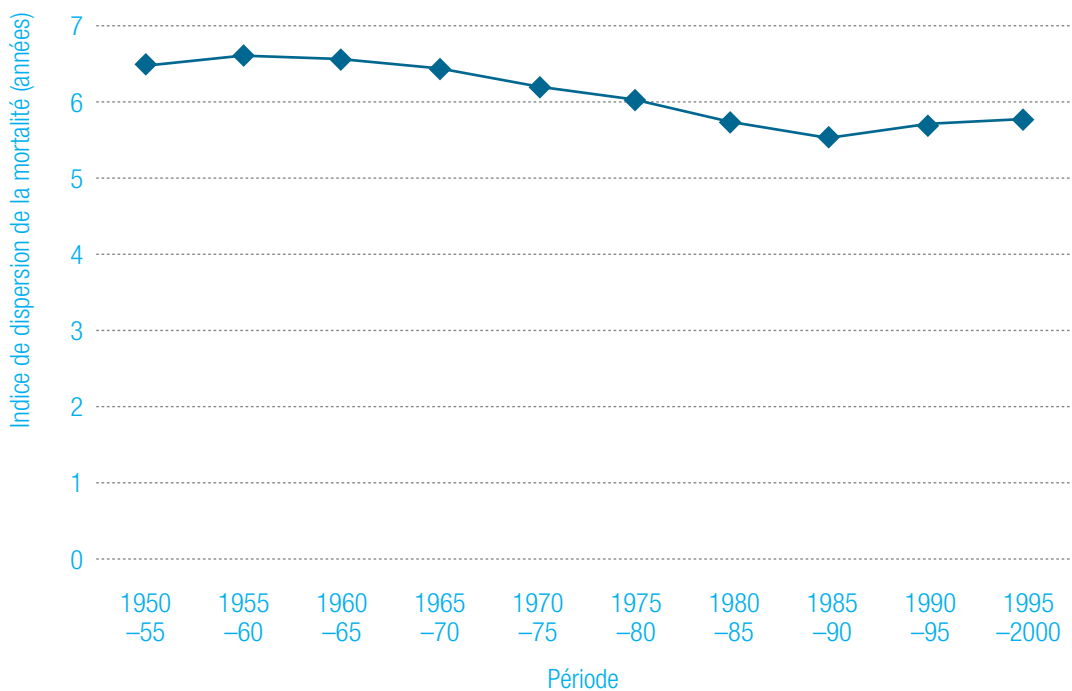
Ce qu'il faut faire

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.

- Le système des Nations Unies, par l'intermédiaire de l'OMS et du Conseil économique et social, doit faire de l'équité en santé un objectif fondamental du développement mondial et utiliser un cadre fondé sur les déterminants sociaux de la santé pour mesurer les progrès accomplis.
- Le système des Nations Unies doit créer des groupes de travail multilatéraux 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.

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 des déterminants sociaux de la santé un fil conducteur pour tous les Départements et tous les programmes de pays de l'Organisation.

Tendance de la mesure de dispersion de la mortalité relative à l'espérance de vie à la naissance, 1950-2000.



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

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

Le monde change rapidement et on ignore souvent quelles conséquences les changements sociaux, économiques et politiques auront 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 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 politiques, des systèmes et des programmes plus performants. La sensibilisation et la formation aux questions de déterminants sociaux de la santé sont cruciales.

Déterminants de la santé : observation, recherche et formation

Les problèmes sont souvent ignorés faute de données. Il faut disposer de données fiables sur l'état de santé, la répartition des problèmes de santé et les déterminants sociaux de la santé pour mesurer l'ampleur du problème, évaluer les effets des mesures appliquées et suivre les progrès accomplis.

Bases factuelles de l'action

L'expérience montre que les pays qui n'ont pas de données de base sur la mortalité et la morbidité en fonction d'indices socio-économiques ont du mal à progresser sur le plan de l'équité en santé. Les pays où les problèmes sanitaires sont les plus graves, notamment les pays en proie à des conflits, sont

ceux qui ont le moins de données. Beaucoup de pays n'ont pas même de système de base pour enregistrer toutes les naissances et tous les décès. L'insuffisance des systèmes d'enregistrement des naissances est lourde de conséquences pour la santé de l'enfant et son développement.

Il faut développer la base de connaissances sur les inégalités en santé, les déterminants sociaux de la santé et les moyens d'influer sur eux. Malheureusement, le financement de la recherche en santé continue de privilégier essentiellement la recherche biomédicale. De plus, les préjugés sexistes restent fréquents dans la recherche. La hiérarchisation classique des données (qui classe en tête les essais contrôlés randomisés et les expériences en laboratoire) ne s'applique généralement pas à la recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Les données doivent plutôt 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.

Les données scientifiques ne sont qu'un des éléments qui influencent les décisions politiques : la volonté politique et la capacité institutionnelle sont elles aussi importantes. Les responsables des politiques doivent savoir quels facteurs influent sur la santé de la population et comment le gradient fonctionne. L'action sur les déterminants sociaux de la santé nécessite aussi de renforcer les capacités des professionnels de la santé, et notamment de prévoir un enseignement sur les déterminants sociaux de la santé dans leurs programmes d'études.

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 avancés | 27 819 | 19 682 (71%) |

ECO = Europe Centrale et orientale ; CEI = Communauté des Etats Indépendants.

Source: UNICEF, 2005

Ce qu'il faut faire

On dispose d'assez de données probantes sur les déterminants sociaux de la santé pour agir maintenant. Avec le concours des organisations internationales, les gouvernements peuvent mener une action plus efficace encore en améliorant les infrastructures d'observation, de recherche et de formation aux niveaux local, national et international.

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.

- Veiller à ce que tous les enfants soient enregistrés à la naissance sans frais pour les ménages.
- Instaurer des systèmes nationaux et mondiaux de surveillance de l'équité en santé qui recueillent méthodiquement des données sur les déterminants sociaux et les inégalités en santé.

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.

- Consacrer un budget particulier à la production et à l'échange, au niveau mondial, de données sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

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.

- Inclure les déterminants sociaux de la santé dans la formation des personnels médicaux et des personnels de santé et initier plus largement aux questions de déterminants sociaux de la santé. Apprendre aux responsables du choix des politiques et aux planificateurs à utiliser les résultats des études d'impact sur l'équité en santé.
- Renforcer les moyens dont dispose l'OMS de soutenir l'action sur les déterminants sociaux de la santé.



Acteurs

Nous avons vu plus haut les principales actions préconisées dans les recommandations. Il va être question ici de ceux dont dépend l'efficacité de l'action. En agissant dans le secteur public, les gouvernements peuvent beaucoup influencer sur l'équité en santé. Mais il n'y a pas que les pouvoirs publics qui doivent agir. C'est plutôt par les processus démocratiques de participation de la société civile et d'élaboration des politiques publiques, relayés aux niveaux régional et mondial, étayés par des travaux de recherche sur les mesures propices à l'équité en santé et menés en collaboration avec les acteurs privés, qu'on peut œuvrer efficacement pour l'équité en santé.

Organismes multilatéraux

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

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

OMS

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

- *Assurer la cohérence des politiques aux niveaux mondial et national* : endosser un rôle de tutelle qui, dans le domaine des déterminants sociaux de la santé, facilite le renforcement des moyens d'action et la cohérence des politiques des organismes partenaires au sein du système multilatéral ; renforcer les capacités techniques au niveau mondial et dans les Etats Membres pour que la santé publique soit représentée dans toutes les grandes instances multilatérales ; et fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils mettent en place des mécanismes garantissant la cohérence des politiques et de l'action intersectorielle dans le domaine des déterminants sociaux de la santé.
- *Mesurer et évaluer* : contribuer à ce que les pays, faisant de l'équité en santé l'un de leurs principaux objectifs de développement, se fixent des buts dans ce domaine et suivent les progrès accomplis en leur sein et parmi eux ; appuyer la création de systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé et mettre en place les capacités techniques nécessaires dans les pays ; fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils conçoivent et utilisent des outils pour mesurer les effets sur l'équité en santé et d'autres outils du même type, par exemple un baromètre de l'équité au niveau national ; et

organiser régulièrement une réunion mondiale pour faire le point sur la situation dans le monde.

- *Renforcer les capacités de l'OMS* : renforcer les capacités de l'ensemble de l'Organisation dans le domaine des déterminants sociaux de la santé (Siège, bureaux régionaux et programmes de pays).

Autorités nationales et locales

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

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

Société civile

Etre intégré dans la société dans laquelle on vit est une condition essentielle de l'émancipation matérielle, psychosociale et politique sur laquelle reposent le bien-être social et l'équité en

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

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

Secteur privé

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

- *Responsabiliser* : reconnaître et appliquer de façon responsable les accords, normes et codes de bonnes pratiques en matière d’emploi en vigueur au niveau international ; garantir des conditions d’emploi et de travail équitables aux hommes et aux femmes ; réduire et supprimer le travail des enfants et veiller au respect des normes de sécurité et de santé au travail ; au titre des conditions d’emploi, soutenir les programmes d’enseignement et de formation professionnelle, en privilégiant ceux destinés aux femmes ; veiller à ce que les activités du secteur privé et les services qu’il assure (production et brevetage de médicaments indispensables, systèmes d’assurance-maladie) contribuent à l’équité en santé au lieu de lui nuire.
- *Investir dans la recherche* : s’engager en faveur de la recherche – développement de traitements contre les maladies négligées et les maladies de la pauvreté et échanger des connaissances dans les domaines vitaux (par exemple les brevets pharmaceutiques).

Monde de la recherche

La connaissance – de la situation sanitaire aux niveaux mondial, régional, national et local, de ce qu’il est possible de faire pour l’améliorer et des moyens efficaces pour combler les inégalités en santé en influant sur les déterminants sociaux de la santé

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

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

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

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

Comme nous le montrons tout au long du rapport, on peut agir. Mais pour être cohérente, l’action doit couvrir l’ensemble des déterminants et tous les domaines exposés plus haut, tant pour supprimer les inégalités structurelles que pour procurer un bien-être plus immédiat. Pour cela, il faut procéder à des changements dès les premiers stades de la vie et tout au long de l’existence. En appelant à combler le fossé en une génération, nous ne comptons pas que le gradient social de la santé dans les pays ou les énormes différences entre pays seront abolis en l’espace de 30 ans. Mais les données figurant dans le rapport final, à la fois sur la rapidité avec laquelle la situation sanitaire peut s’améliorer et sur les moyens d’apporter les changements nécessaires, nous incitent à croire qu’on peut en grande partie combler les écarts.

Il s’agit d’un travail de longue haleine, qui nécessite d’investir dès maintenant et qui suppose de grands changements dans les politiques sociales, les dispositifs économiques et l’action politique. L’action doit être centrée sur l’autonomisation des individus, des communautés et des pays qui sont actuellement lésés. Les connaissances et les moyens nécessaires pour faire changer les choses existent et sont réunis dans ce rapport. Ce qu’il faut maintenant, c’est la volonté politique de procéder à ces changements certes très ardues, mais faisables. L’inaction sera considérée dans quelques décennies comme un refus massif d’assumer une responsabilité qui nous incombe à tous.

