
Commission des Déterminants sociaux de la Santé

Rapport du Secrétariat

1. Dans son allocution à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,¹ le Directeur général, le Dr Lee Jong-wook, décédé depuis, a annoncé la création de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Constituée en mars 2005, la Commission avait pour mission d'orienter les Etats Membres et les programmes de l'OMS en réunissant des éléments probants sur les déterminants sociaux et sur les moyens de combler les inégalités en santé. Des informations ont déjà été communiquées au Conseil² et le présent rapport expose les recommandations faites par la Commission dans son rapport final.

2. Les déterminants sociaux de la santé se définissent comme les facteurs structurels et les conditions de vie quotidiennes qui sont à l'origine d'une grande partie des inégalités en santé entre pays et dans les pays. Ils englobent la répartition du pouvoir, des revenus, des biens et des services, les conditions de vie des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat et environnement). Le terme de « déterminants sociaux » regroupe donc les facteurs sociaux, politiques, économiques, environnementaux et culturels qui ont une forte influence sur l'état de santé.

3. La Commission était composée de 19 membres et présidée par Sir Michael Marmot, Professeur au University College, à Londres.³ Avec le concours du Secrétariat, elle a réuni quatre groupes de travail sur : la collaboration avec les Etats Membres, la collaboration avec la société civile, les réseaux de connaissance mondiaux et la collaboration au sein de l'OMS. De nombreux Etats Membres ont contribué aux travaux de la Commission pour faire partager leur expérience et apprendre de celle des autres.

4. La Commission a consulté de nombreux organismes de la société civile dans toutes les Régions, qui lui ont fourni des études de cas et des données dans tous les domaines sur lesquels ont porté ses

¹ Document A57/3.

² Documents EB115/35 et EB120/35, section B.

³ Les autres membres étaient le Professeur Frances Baum (Australie), le Dr Monique Bégin (Canada), le Dr Giovanni Berlinguer (Italie), Mme Mirai Chatterjee (Inde), le Dr William Foege (Etats-Unis d'Amérique), le Professeur Yan Guo (Chine), le Professeur Kiyoshi Kurokawa (Japon), le Dr Ricardo Lagos (Chili), le Professeur Alireza Marandi (République islamique d'Iran), le Dr Pascoal Mocumbi (Mozambique), le Dr Ndioro Ndiaye (Sénégal), Mme Charity Ngilu (Kenya), le Professeur Hoda Rashad (Egypte), le Professeur Amartya Sen (Inde), le Dr David Satcher (Etats-Unis d'Amérique), le Dr Anna Tibaijuka (République-Unie de Tanzanie), le Professeur Denny Vågerö (Suède) et le Dr Gail Wilensky (Etats-Unis d'Amérique).

travaux. La société civile a établi un rapport distinct.¹ La Commission a rassemblé en neuf réseaux de connaissance mondiaux des experts internationaux du développement du jeune enfant, des conditions d'emploi, de la mondialisation, des systèmes de santé, des instruments de mesure et des éléments d'appréciation, des affections prioritaires en santé publique, de l'exclusion sociale, de l'urbanisme, de la condition de la femme et de l'équité entre les sexes. Le Secrétariat a plus directement participé à deux de ces réseaux. Le Centre de l'OMS à Kobe a accueilli le réseau sur l'urbanisme. Le Secrétariat a, pour sa part, accueilli le réseau consacré aux affections prioritaires en santé publique, qui a coordonné les analyses des déterminants sociaux des maladies les plus importantes en santé publique.

5. La Commission s'est réunie dix fois, au Brésil, au Canada, au Chili, en Chine, en Egypte, en Inde, au Japon, au Kenya, en République islamique d'Iran et en Suisse. Des consultations régionales ont également eu lieu dans chacune des Régions de l'OMS. De son côté, chaque groupe de travail a organisé de nombreuses réunions et consultations.

6. La Commission a publié une déclaration intérimaire en septembre 2007² et son rapport final en août 2008.³

PRINCIPALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

7. Les inégalités en santé se creusent dans les pays et entre pays. On constate un écart de plus de 40 ans d'espérance de vie entre les pays les plus riches et les pays les plus pauvres. De plus, d'importantes disparités d'état de santé séparent différents groupes de population dans tous les pays, indépendamment du revenu. Dans les pays à haut revenu, on observe un écart d'espérance de vie de plus de 10 ans selon des facteurs comme l'appartenance ethnique, le sexe, la condition socio-économique et le secteur géographique. Dans les pays à faible revenu de toutes les régions du monde, la mortalité de l'enfant varie sensiblement en fonction de la richesse des ménages.

8. Ces inégalités sanitaires ne sont pas inéluctables. Elles trahissent plutôt l'échec des politiques appliquées, qui entraînent des inégalités dans les conditions de vie quotidiennes, dans l'accès au pouvoir et aux ressources et dans la participation à la société.

9. Il faut agir sur les déterminants sociaux si l'on veut atteindre nombre d'objectifs concernant des maladies données, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, maîtriser et éliminer les épidémies qui mettent en péril des populations tout entières. La plupart des affections prioritaires en santé publique ont en commun d'importants déterminants sociaux, notamment des déterminants de l'exposition aux risques, de la vulnérabilité à la maladie, de l'accès aux soins et des conséquences de la maladie. De nombreuses possibilités s'offrent d'infléchir collectivement ces déterminants, à la fois au sein et à l'extérieur du système de santé. Il faut donc mener une action coordonnée pour combattre les maladies importantes en santé publique dans le cadre de systèmes solides fondés sur les soins de santé primaires si l'on veut atteindre les objectifs du

¹ Civil Society Report to the Commission on Social Determinants of Health. Présenté à la Commission des Déterminants sociaux de la Santé à sa neuvième réunion (Beijing, octobre 2007).

² Commission des Déterminants sociaux de la Santé. *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. Interim statement of the Commission on Social Determinants of Health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

³ Commission des Déterminants sociaux de la Santé. *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. Résumé en français. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

Millénaire pour le développement et réduire les inégalités en santé, et améliorer ainsi l'état de santé de la population en général.

10. La Commission fait trois grandes recommandations :

- a) améliorer les conditions de vie quotidiennes ;
- b) lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ;
- c) mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action.

Elle décline ces recommandations générales en plusieurs axes d'action et recommandations spécifiques à l'intention de toutes les parties, dont l'OMS, d'autres organismes multilatéraux, les autorités nationales et locales, la société civile, le secteur privé et les instituts de recherche.

11. Pour la première recommandation, la Commission définit les axes d'action suivants :

- a) adopter une approche globale des 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 ;
- b) consentir un investissement prolongé dans le développement rural, en allant à l'encontre des politiques d'exclusion qui conduisent à la pauvreté rurale, à la privation de terres et à l'exode ; assurer un bon urbanisme et bien administrer les villes ;
- c) 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 ;
- d) 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 ; garantir 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 ; améliorer les conditions de travail de tous les travailleurs afin de réduire l'exposition aux risques physiques, le stress professionnel et les comportements qui nuisent à la santé ;
- e) appliquer des politiques globales de protection sociale qui garantissent à tous un revenu suffisant pour mener une vie saine ;
- f) en ce qui concerne plus particulièrement le secteur de la santé, la Commission appelle à mettre en place des systèmes de santé universels articulés autour des soins de santé primaires.

12. Pour la deuxième recommandation, la Commission définit les axes d'action suivants :

- a) 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 ;

- b) faire les ajustements nécessaires dans le secteur de la santé – tenir compte des déterminants sociaux dans toutes les fonctions politiques et programmatiques des ministères de la santé et renforcer le rôle de tutelle de ceux-ci pour que l'ensemble du gouvernement applique une approche fondée sur les déterminants sociaux ;
- c) consacrer davantage de fonds publics à l'action sur les déterminants sociaux de la santé ; 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 ;
- d) 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) ;
- e) 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 ;
- f) renouveler l'engagement à agir universellement en faveur de la santé sexuelle et génésique et des droits dans ce domaine ;
- g) donner les moyens d'agir à tous les groupes de la société en les associant de façon équitable à la prise de décision 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 ;
- h) 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.

13. Pour la troisième recommandation, la Commission définit les axes d'action suivants :

- a) 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 ;
- b) 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 ;
- c) communiquer des informations aux responsables des politiques, aux parties prenantes et aux professionnels de la santé sur les déterminants sociaux de la santé et investir dans l'action de sensibilisation.

ANALYSE ET MESURES A PRENDRE

14. Les considérations d'équité qu'invoque la Commission pour appeler à agir sur les déterminants sociaux de la santé rejoignent les valeurs fondatrices des soins de santé primaires. Les recommandations de la Commission complètent l'appel à l'action lancé dans le *Rapport sur la santé*

*dans le monde, 2008.*¹ Les deux rapports insistent sur la nécessité d'agir au-delà du secteur de la santé en tenant compte de la santé dans toutes les politiques. Le rapport de la Commission peut être considéré comme un inventaire exhaustif des politiques à envisager pour mener une action plurisectorielle en faveur de la santé, dans le cadre de la redynamisation des soins de santé primaires.

15. Pour ce qui est du secteur de la santé, la Commission reprend là aussi l'idée défendue dans le Rapport sur la santé dans le monde que les systèmes de santé doivent être basés sur les principes des soins de santé primaires et notamment garantir une couverture universelle. La Commission montre également comment, en influant sur les déterminants sociaux au sein du secteur de la santé, on peut faire en sorte que les systèmes de santé soient plus largement ouverts, plus accessibles et attentifs aux populations défavorisées, et promouvoir la santé plus efficacement.

16. Pour progresser dans la réalisation de tous les objectifs du Millénaire pour le développement, il faut, notamment, s'attaquer aux inégalités en santé, surtout au sein des pays, renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et agir sur les déterminants sociaux. Par conséquent, les recommandations de la Commission définissent des domaines importants où une action concertée pourrait permettre de progresser plus rapidement.

17. Les crises financière, alimentaire, énergétique et écologique actuelles font qu'il est plus important encore d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, car leurs conséquences risquent d'être plus graves pour les personnes démunies. Pour réduire le plus possible les inégalités en ces temps de crise, il faut à la fois maintenir les dépenses de santé et les dépenses sociales et en faire meilleur usage. Il devient plus important que jamais de redynamiser les soins de santé primaires et d'infléchir les déterminants sociaux si l'on veut réduire plus vite les inégalités en santé et atteindre les cibles qu'on s'est fixées, comme les objectifs du Millénaire pour le développement.

18. Le Secrétariat et les Etats Membres ont déjà pris d'importantes initiatives pour combler les inégalités en santé et s'attaquer aux déterminants sociaux, comme convenu dans le onzième programme général de travail et dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 au titre de l'objectif stratégique 7.

19. La Commission demande à l'OMS de faire fond sur ces initiatives. Elle recommande au Secrétariat d'oeuvrer selon trois axes précis. Premièrement, il devrait renforcer les moyens existants aux niveaux mondial et national d'agir sur les déterminants sociaux de la santé : a) en fournissant l'appui nécessaire aux Etats Membres pour qu'ils tiennent compte de la santé dans toutes leurs politiques gouvernementales et réorientent le secteur de la santé dans le sens d'une action sur les déterminants sociaux ; b) en rendant les Etats Membres mieux à même de tenir compte de l'impact des politiques mondiales sur les inégalités en santé dans le pays ; et c) en collaborant avec les organismes partenaires au sein du système multilatéral pour développer les moyens permettant d'envisager une action axée sur les déterminants sociaux et les inégalités en santé.

20. Deuxièmement, le Secrétariat devrait développer les initiatives déjà prises pour mesurer et évaluer les déterminants sociaux et les inégalités en santé : a) en aidant à fixer des cibles et à suivre les progrès accomplis en matière d'équité en santé pour combler les écarts entre pays et dans les pays ; b) en encourageant la mise en place de systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé dans

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

les Etats Membres ; et c) en aidant les Etats Membres à concevoir et utiliser des outils pour mesurer les effets sur l'équité en santé.

21. Troisièmement, le Secrétariat devrait développer les moyens internes d'agir sur les déterminants sociaux dans tous ses domaines de compétence : a) en développant les compétences du personnel et en fixant des critères pour intégrer pleinement l'action sur les déterminants sociaux ; et b) en évaluant les programmes d'après ces critères.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

22. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du présent rapport.

= = =